

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

FAKULTÄT WIRTSCHAFT UND SOZIALES
Department Pflege & Management
Diplomstudiengang Pflege

**Lebenswelt und Krankheitsverlaufskurve –
Vergleich von ausgewählten Konzepten
in der Pflegewissenschaft und Sozialen Arbeit**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 24. Juni 2011
Vorgelegt von: Anke Döll

Erstgutachter: Prof. Dr. Peter Stratmeyer
Zweitgutachter: Prof. Dr. Harald Ansen

Ich glaube, dass Krankheiten Schlüssel sind,
die uns gewisse Tore öffnen können.
Ich glaube, es gibt gewisse Tore,
die einzig die Krankheit öffnen kann.
Es gibt jedenfalls einen Gesundheitszustand,
der es uns nicht erlaubt, alles zu verstehen.
Vielleicht
verschließt uns die Krankheit ewige Wahrheiten.
Ebenso aber verschließt uns die Gesundheit andere,
oder führt uns davon weg,
so dass wir uns nicht mehr darum kümmern.
Ich habe unter denen,
die sich einer unerschütterlichen
Gesundheit erfreuen,
noch keinen getroffen, der nicht
nach irgendeiner Seite hin
ein bisschen beschränkt gewesen wäre -
wie solche, die nie gereist sind.

André Gide

Danksagung

Diese Diplomarbeit zu schreiben und damit mein Studium abzuschließen wurde mir nur durch vielfältige Unterstützung ermöglicht.

Mein größter Dank gebührt Prof. Dr. Peter Stratmeyer, für seine - angesichts meiner Bedürfnisse - äußerst flexible Unterstützung, seine dauerhafte Geduld mit mir und das Einräumen inhaltlicher und zeitlicher Spielräume, die mich von belastendem Druck befreien und damit überhaupt erst das ganz langsame Verfassen dieser Arbeit ermöglichten. Ein ganz besonderer Dank geht auch an meine Unterstützerin, Begleiterin und Freundin Nicole Cröplin. Unser intensiver vertrauensvoller Austausch hat mich immer wieder entlastet und gestärkt.

Mein Studium absolvierte ich parallel zu einer 75%-Stelle in der Klinik, was nur mit Hilfe von Harald Schmidt, meinem langjährigen Stationsleiter, gelingen konnte. Ich danke ihm für die Akzeptanz meiner vielfältigen Dienstplanwünsche, insbesondere während des Praxissemesters und während der letzten Monate, ohne die ich die Verbindung meiner Stelle in der Klinik mit dem Studium nicht hinbekommen hätte.

Meiner Familie - insbesondere meiner Mutter - danke ich für Anteilnahme, Rücksicht und Geduld mit mir, gerade in den letzten Monaten.

Schließlich danke ich Frau Dammann und ihren Kolleginnen in der Bibliothek für ihre stets freundliche Zuwendung während vieler Tage, die ich in der Bibliothek verbrachte.

Einleitung	1
1 Das Konzept der Lebensweltorientierung	5
1.1 <i>Entwicklung des Konzepts der Lebensweltorientierung</i>	5
1.2 <i>Theoretische Wurzeln der Lebensweltorientierung</i>	6
1.2.1 Strukturen der Lebenswelt	6
1.2.2 Kritische Variante der Alltagstheorie.....	11
1.2.3 Analysen gesellschaftlicher Strukturen	13
1.2.4 Hermeneutisch-pragmatische und sozialwissenschaftlich-kritische Pädagogik.....	18
1.3 <i>Arbeitsbasis: Rekonstruktion der Lebenswelt</i>	21
1.4 <i>Dimensionen der Analyse der Lebenswelt</i>	24
1.5 <i>Leitgedanken des Lebensweltkonzepts</i>	27
1.5.1 Ausgangspunkt: Adressaten in ihren Verhältnissen	27
1.5.2 Erweiterter Fokus: Sozialpolitische Funktion	28
1.5.3 Spannungsfeld: Respekt versus Destruktion von Alltagsstrukturen.....	29
1.6 <i>Konsequenzen für die Praxis lebensweltorientierter Sozialer Arbeit</i>	31
1.6.1 Struktur- und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierung.....	31
1.6.2 Prinzip der „Strukturierten Offenheit“	34
1.6.3 Beziehungsgestaltung.....	34
1.6.4 Prozessgestaltung	38
1.6.5 Integration und Flexibilisierung von Hilfen.....	40
2 Das Konzept der Krankheitsverlaufskurve	41
2.1 <i>Kennzeichen chronischer Krankheiten</i>	41
2.1.1 Definition „Chronische Krankheit“	41
2.1.2 Objektive und subjektive Charakteristika chronischer Krankheit.....	41
2.2 <i>Zielsetzung und Kurzkennzeichnung des Konzepts</i>	44
2.3 <i>Entwicklung des Konzepts der Krankheitsverlaufskurve</i>	45
2.4 <i>Theoretische Wurzel: Symbolischer Interaktionismus</i>	45
2.4.1 Meads Identitätstheorie	46
2.4.2 Meads Sozialisationstheorie.....	48
2.4.3 Symbolischer Interaktionismus nach Blumer	49
2.4.4 Symbolischer Interaktionismus nach Strauss	49
2.5 <i>Konzept der Verlaufskurve</i>	53
2.5.1 Variabilität	54
2.5.2 Phasen	54
2.5.3 Projektionen & Aushandlungsprozesse	57
2.6 <i>Bedingungsmatrix als einzelner Moment der Verlaufskurve</i>	59
2.6.1 Ebene 1: Politische und sozioökonomische Bedingungen.....	61
2.6.2 Ebene 2: Bewältigungssituation: Krankheit, Alltag und Biografie	61
2.6.3 Ebene 3: Konzept der Arbeit.....	66
2.6.4 Ebene 4: Strukturbedingungen.....	71
2.6.5 Ebene 5: Interaktionsbedingungen	72
2.6.6 Ebene 6: Arbeitsdurchführung	73
2.6.7 Abschlussbemerkungen zur Bedingungsmatrix.....	73
2.7 <i>Auswirkungen der Krankheitsbewältigung auf Angehörige</i>	74
2.8 <i>Implikationen des Konzepts für die Praxis</i>	75

3	Vergleich beider Konzepte	79
3.1	<i>Gemeinsamkeiten der Konzepte</i>	80
3.2	<i>Unterschiede der Konzepte</i>	100
3.2.1	Kriterien mit Gültigkeit für das Lebensweltkonzept	100
3.2.2	Kriterien mit Gültigkeit für das Krankheitsverlaufskurvenkonzept	115
3.3	<i>Ergebnisse des Vergleichs</i>	122
4	Fazit und Ausblick	126
	Glossar	I
	Literaturverzeichnis	III
	Vergleichstabelle der Konzepte	XI

Einleitung

Immer mehr Menschen - insbesondere in höherem Alter - leiden an chronischen Krankheiten.¹ Im Rahmen einer Befragung des Robert Koch-Instituts geben bereits 39,1% der Befragten an, unter einer chronischen Erkrankung zu leiden, bei den über 65jährigen sind es bereits über die Hälfte der Männer und 60% der Frauen.² Die Versorgung der ansteigenden Zahl - insbesondere älterer und multimorbider - chronisch Kranker stellt in gesamtgesellschaftlicher Hinsicht bereits eine ethische, medizinische und sozioökonomische Herausforderung dar.³ Auch wenn es sich meistens um ältere chronisch Kranke handelt, muss betont werden, dass chronische Krankheiten Menschen *jeden* Alters erfassen und sie von da an das ganze Leben begleiten.⁴ Bei vielen chronischen Krankheiten haben sich wegen des medizinischen Fortschritts die Behandlungsmöglichkeiten derart erweitert, dass sich die Verlaufsdauern verlängern und jahrzehntelange Verläufe keine Seltenheit mehr sind.⁵ Wegen der Dauerhaftigkeit chronischer Erkrankungen sowie der aus ihnen resultierenden Folgeerkrankungen steigt die Wahrscheinlichkeit von Multimorbidität mit dem Alter an, und besteht die Gefahr zusätzlicher psychischer Komorbiditäten.⁶ Für die Betroffenen greifen nicht nur Krankheitsfolgen, daraus resultierende Funktionseinschränkungen und Therapieempfehlungen in höchst komplexer Weise ineinander, sondern können auch Fehlfunktionen des Körpers nicht immer kompensiert werden, was mit Einbußen an Alltagskompetenzen, autonomer Lebensführung und Lebensqualität verbunden ist.⁷

Das heißt, abgesehen von der o. g. Herausforderung für die Gesamtgesellschaft, bedeuten chronische Erkrankungen vor allem für die Betroffenen eine Herausforderung, und zwar im Sinne einer lebenslangen Bewältigungsaufgabe. Dabei wird nicht nur das Leben der Kranken, sondern auch das ihrer Angehörigen durch die chronische Krankheit massiv beeinflusst: Der Großteil der chronisch Kranken lebt zu Hause, bei vielen ist die Erkrankung zudem mit Pflegebedürftigkeit verbunden⁸ und trotz der abnehmenden Bedeutung der Familie, angesichts gesellschaftlicher Individualisierungsprozesse, stellen immer noch 83% der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten deren Partner oder andere engere Familienangehörige dar.⁹ Viele dieser Angehörigen fühlen sich jedoch auf Dauer mit dieser teils lebenslangen Aufgabe überlastet, so dass es neben Erschöpfung und Zunahme innerfamiliärer Konflikte inzwischen sogar zu immer mehr Gewaltausbrüchen seitens der überlasteten Angehörigen kommt.¹⁰

Es wird daher zu einer immer dringlicheren Aufgabe der Gesundheitsprofessionen, den von der chronischen Krankheit unmittelbar oder mittelbar Betroffenen bei ihren anstrengenden Bewältigungsbemühungen zu helfen. Derzeit bestehen allerdings noch große Defizite in der konzeptuellen sowie realen Versorgung chronisch Kranker. Unter anderem liegen diese Defizite

- in der Konzentration auf somatische Probleme und der unzureichenden Berücksichtigung vielfältiger psychischer, biografischer und alltagsweltlicher Herausforderungen

¹ Die Begriffe Krankheit und Erkrankung werden hier synonym gebraucht, vgl. Glossar

² Telefonischer Gesundheitssurvey [vgl. RKI 11, S. 54f.]

³ vgl. Walter/Schneider/Bisson zit. n. Saß/Wurm/Ziese 09, S. 56

⁴ Bei den 18-29 jährigen Menschen sind bereits 20% der Frauen und 16,5% der Männer betroffen [vgl. RKI 11, S. 55]

⁵ vgl. Schaeffer 09a, S. 8

⁶ vgl. Tesch-Römer/Wurm 09, S. 13

⁷ vgl. Saß/Wurm/Ziese 09, S. 56 und vgl. Tesch-Römer/Wurm 09, S. 13

⁸ Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt [vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung zit. n. Lebert 08, S. 33]

⁹ vgl. Kolip/Lademann zit. n. Hildenbrand 09, S. 140

¹⁰ vgl. Lebert 08, S. 33f.

- in der mangelhaften Anpassung des Versorgungssystems an die verlaufsdynamischen (langfristigen und wechselhaften) Besonderheiten chronischer Krankheiten
- in dem Festhalten am traditionellen Rollenverständnis eines hilfebedürftigen Patienten statt eines mündigen - partizipativ und aktiv am Behandlungsgeschehen zu beteiligenden - Patienten
- in der mangelnden Berücksichtigung ressourcenorientierter und autonomieerhaltender Gesichtspunkte
- oder auch in der weitgehend individuenzentrierten Betrachtungsweise, die das unabdingbare Einbeziehen des familiären und sozialen Gefüges des Kranken vernachlässigt.¹¹

Für die Fachdisziplin Pflege hat die Beseitigung dieser bisherigen Defizite der Versorgung chronisch Kranker einen herausfordernden Charakter. In Deutschland wird bislang in der pflegerischen Praxis immer noch überwiegend auf der Basis tradierten Erfahrungswissens gearbeitet; die Entwicklung und Anpassung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen befindet sich noch am Anfang.¹² Das gilt auch für die pflegerische Versorgung chronisch Kranker.

„Was es aber aus Sicht der Erkrankten bedeutet, über eine so lange Zeit mit der Erkrankung samt ihren Konsequenzen zu leben - darüber ist das theoretische [...] Wissen bislang relativ gering. [...] Die vorliegenden Theorieansätze [...] stammen meist aus einer Zeit, in der chronische Krankheiten noch andere Verlaufsmuster aufwiesen oder beziehen den Gesamtverlauf der Krankheit nur partiell ein.“¹³

Die Entwicklung von Pflegekonzepten zur Bewältigung chronischer Krankheiten, die den Bedürfnissen¹⁴ und Ressourcen der Kranken und ihrer Angehörigen Rechnung trägt, und ihnen trotz der Erkrankung ein Höchstmaß an Autonomie und Lebensqualität beschert, wird zu einer aus pflegewissenschaftlicher Sicht dringlichen Herausforderung und Aufgabe.¹⁵ Konzepte müssen nicht völlig neu entworfen werden, sondern können auch aus der Diskussion bereits bestehender Theorieansätze heraus entwickelt werden. Dabei sollten die zu entwickelnden Konzepte die Disziplin Pflege mit anderen Disziplinen verbinden, da der bisherige Professionsseparatismus die Entwicklung disziplinübergreifender Theoriebildungen, die der Komplexität chronischer Krankheit besser gerecht werden könnten, bislang verhinderte.

„[Es] ist erforderlich, die Auseinandersetzung mit den bereits existenten Theorieansätzen - seien sie pflegewissenschaftlicher, psychologischer oder sozialwissenschaftlicher Provenience- zu forcieren und sie mehr als bislang auf ihre Anknüpfungsmöglichkeiten zu prüfen, um so insgesamt zur Weiterentwicklung des theoretischen Wissens über chronische Erkrankungen zu gelangen. Dass eine solche Auseinandersetzung nicht vor den Grenzen der wissenschaftlichen Disziplinen einhalten sollte, wie derzeit beobachtbar, sei [...] ausdrücklich betont, denn eine monodisziplinäre Theoriebildung kann einem so komplexen und interdisziplinären Thema wie chronische Krankheit schwerlich gerecht werden.“¹⁶

Schaeffer verweist zudem darauf, dass unter anderem die unzureichende Berücksichtigung lebensweltlicher Bedingungen dazu führt, dass die derzeitigen Versorgungskonzepte der Praxis nicht auszureichend an die Besonderheiten der Versorgungserfordernisse chronisch Kranker angepasst sind.¹⁷ Daraus lässt sich schlussfolgern, dass auch die ausdrückliche Berücksichtigung des Lebensweltbezugs dabei helfen könnte, Konzepte

¹¹ vgl. Schaeffer 05, S. 45

¹² vgl. Wingenfeld zit. n. Schaeffer 05, S. 47

¹³ Schaeffer/Moers 08, S. 27

¹⁴ Die Begriffe Bedarf (Pflegebedarf) und Bedürfnis (Pflegebedürfnis) werden pflegewissenschaftlich unterschieden, wobei *Bedürfnis* das subjektive Verlangen des Kranken impliziert und *Bedarf* als Ergebnis eines pflegefachlichen Beurteilungs- und Entscheidungsprozesses entsteht und die Gesamtheit der erforderlichen Pflege und Hilfe darstellt. Auf das zwischen den Begriffen ggf. auftretende Spannungsverhältnis muss im Rahmen dieser Diplomarbeit jedoch nicht eingegangen werden, die Begriffe werden hier daher umgangssprachlich und synonym verwendet. Eine ausführlichere Erklärung der pflegewissenschaftlichen Bedeutung der Begriffe findet sich dennoch im Glossar.

¹⁵ vgl. Schaeffer 05, S. 46

¹⁶ Schaeffer/Moers 08, S. 29

¹⁷ vgl. Schaeffer 09a, S. 7

zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Betroffenen angemessener sind.

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich, dass sowohl eine disziplinübergreifende analytische Betrachtung bestehender Theorieansätze als auch die besondere Beachtung des Lebensweltbezugs gewinnbringend für eine Weiterentwicklung des theoretischen Wissens zu chronischen Erkrankungen sein könnte. Dafür bieten sich das in der Pflegewissenschaft genutzte *Konzept der Krankheitsverlaufskurve* an, das die Bewältigung chronischer Krankheit fokussiert sowie das in der Sozialen Arbeit genutzte *Konzept der Lebensweltorientierung*, in dessen Zentrum die Stärkung der Alltagskompetenz der Menschen unter umfassender Analyse ihrer lebensweltlichen Bezüge steht. Beide Konzepte entwickelten sich bislang unabhängig voneinander. Diese beiden in der jeweiligen Fachdisziplin (Pflegerwissenschaft bzw. Soziale Arbeit) sehr bedeutsamen, grundlegenden, theoretischen Konzeptionen sollen daher im Rahmen dieser Diplomarbeit miteinander verglichen werden. Mit der vergleichenden Analyse der Konzepte könnte ggf. eine Basis dafür geschaffen werden, die dringend erforderliche disziplinübergreifende Theoriebildung zum Thema chronische Krankheit zu forcieren.

Abgesehen von diesem Aspekt der Theorieentwicklung gibt es jedoch auch praxisbezogene Gründe, die einen Vergleich der beiden Konzepte nutzbringend erscheinen lassen. In der klinischen Arbeit gibt es diverse praktische Berührungspunkte - ebenso wie auch Konkurrenz - zwischen der Sozialen Arbeit und der Pflege. So haben beide Berufsgruppen beispielsweise ihren jeweiligen spezifischen Anteil beim Entlassungsmanagement sowie der Beratung der (chronisch) Kranken. Eine gute Zusammenarbeit beider Berufsgruppen wäre anzustreben, da einerseits die Soziale Arbeit - z. B. mit der sozialen Beratung - Kenntnisse und Methoden für den Patienten parat hält, die keine andere Berufsgruppe vorweisen kann (beispielsweise detaillierte Sozialrechtskenntnisse, oder auch spezifische Beratungsmethoden und Gesprächstechniken) und andererseits die Pflege die pflegefachlichen Expertise beisteuert und zudem in Schlüsselpositionen steht, d. h. bei der Patientenversorgung (fast) überall beteiligt ist.

Unterschiedliche Konzeptionen beider Disziplinen bedingen nicht nur eine unterschiedliche „Sprache“, aus der Kommunikationsprobleme resultieren können, sondern können auch die Anschlussfähigkeit beider Teilsysteme behindern, so dass es zu Reibungsverlusten kommen kann, die letztlich zu Lasten des Kranken gehen.

Beispielsweise wird das Entlassungsmanagement als gemeinsamer Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit und der Pflege von den Kranken und ihren Angehörigen bislang oft schlecht beurteilt. In einer Hamburger Umfrage fühlte sich die Hälfte der Patienten unzureichend vorbereitet: die poststationäre Versorgung wurde nicht rechtzeitig und umfassend genug angesprochen und Informationen über poststationäre pflegerische Versorgungsangebote wurden nur unzureichend gegeben, wobei das Entlassungsmanagement in den überwiegenden Fällen in der Hand des Sozialdienstes gelegen hatte.¹⁸ Hier hatten Absprachen zwischen Pflege und Sozialdienst nicht geklappt. Nur wenn Informationen zwischen Pflege und Sozialer Arbeit intensiv ausgetauscht, Bedarfe - einander ergänzend - ermittelt und poststationäre Verlaufsplanungen - unter Beteiligung der Patienten - gemeinsam disziplinübergreifend antizipiert werden, können Versorgungsanliegen der (chronisch) Kranken, die den poststationären Verlauf betreffen, zufriedenstellend befriedigt werden. Schon derartige Untersuchungsergebnisse belegen somit beispielhaft, wie wichtig die Verzahnung der beiden Disziplinen in der klinischen Arbeit ist, und sind ein Indikator dafür, dass disziplinübergreifende Handlungskonzepte zu

¹⁸ vgl. BSF 05, S. 18ff., S. 34ff.

entwickeln sind. Auch dafür könnte ein gemeinsamer theoretischer Bezugsrahmen eine Hilfe bieten und das konkretisierende Ableiten disziplinübergreifender Handlungskonzepte und -methoden später erleichtern.

Das Ziel dieser Diplomarbeit ist es daher, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen dem in der Pflege verwendeten *Konzept der Krankheitsverlaufskurve* und dem *Konzept der Lebensweltorientierung* der Sozialen Arbeit herauszuarbeiten, um eine „Brücke“ zwischen den beiden Disziplinen zu bauen, aber auch, um die Unterschiede zu markieren.

Die Ergebnisse können dazu dienen, dass die Theorieansätze beider Disziplinen später hinsichtlich ihrer Anknüpfungspunkte überprüft werden und gegenseitig ergänzt werden können. Bezogen auf den Anwendungsbereich chronischer Krankheiten könnte auf dieser Basis später ein - gegenüber den Ursprungskonzepten erweiterter - disziplinübergreifender theoretischer Bezugsrahmen entwickelt werden, der die Relevanzbereiche der beiden Ursprungskonzepte integrierend umfasst. So könnte anhand der Ergebnisse dieser Diplomarbeit beispielsweise später geprüft werden, inwieweit das Krankheitsverlaufskurvenkonzept durch Subkonzepte des Konzepts der Lebensweltorientierung sinnvoll ergänzt werden könnte.

Die umfassende Darstellung beider Konzepte sowie ein detaillierter Vergleich ihrer Inhalte und ihrer theoretischen Grundlagen stellen daher den Inhalt dieser Arbeit dar.

Im Folgenden wird in Kapitel 1 das Konzept der Lebensweltorientierung ausführlich dargestellt, wobei zunächst die Entwicklung des Konzepts skizziert wird (Kap. 1.1). Da die Ergebnisse des Konzeptvergleichs die Diskussionsbasis dafür liefern sollen, ob Anknüpfungsmöglichkeiten beider Theorieansätze bestehen, muss eingeschätzt werden können, auf welcher theoretischen Grundlage die Konzepte stehen („Basistheorien“). Daher müssen bezüglich des Lebensweltkonzepts zunächst die vier theoretischen Wurzeln des Konzepts relativ ausführlich erläutert werden (Kap. 1.2), bevor sie als „Rekonstruktion“ der Lebenswelt zusammengefasst werden können (Kap. 1.3). Anschließend werden die daraus resultierenden analytischen Dimensionen der Lebenswelt (Kap. 1.4) sowie die Leitgedanken des Lebensweltkonzepts (Kap. 1.5) dargestellt. Das Konzept beinhaltet auch konkretisierende Konsequenzen für die Praxis lebensweltorientierter Arbeit, die abschließend vorgestellt werden (Kap. 1.6).

Kapitel 2 beinhaltet die Erläuterung des Konzepts der Krankheitsverlaufskurve. Hier werden zunächst chronische Krankheiten bezüglich ihrer wichtigsten Charakteristika beschrieben (Kap. 2.1), um aufzuzeigen, wie sehr sie sich von Akuterkrankungen bezüglich der Bewältigungserfordernisse unterscheiden.

Eine Kurzkennzeichnung des Konzepts (Kap. 2.2) sowie seine Entwicklung werden skizziert (Kap. 2.3), bevor auch hier die Basistheorien des Konzepts ausführlich dargelegt werden müssen (Kap. 2.4). Die Krankheitsverlaufskurve wird als phasenhafter Prozess der Krankheitsbewältigung beschrieben (Kap. 2.5) und alle Bedingungen, denen die Krankheitsbewältigung unterliegt, werden anhand einer Bedingungsmatrix erläutert (Kap. 2.6). Die Auswirkungen der Bewältigungsarbeit auf Angehörige der Kranken (Kap. 2.7) sowie die auch in diesem Konzept benannten Implikationen für die Praxis (Kap. 2.8) beenden die Konzeptbetrachtung.

Kapitel 3 beinhaltet den Vergleich beider Konzepte anhand ihrer Gemeinsamkeiten (Kap. 3.1) und Unterschiede (Kap. 3.2) Die knappe Zusammenfassung der Ergebnisse des gesamten Konzeptvergleichs findet sich in Kap. 3.3. Ein abschließendes Fazit (Kap. 4) mit beispielhaften Anregungen zur Ergänzung des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts um bislang nicht berücksichtigte Kriterien des Lebensweltkonzepts beendet dann die Arbeit.

1 Das Konzept der Lebensweltorientierung

Das Konzept der Lebensweltorientierung,¹⁹ das insbesondere im Bereich der Sozialen Arbeit Verwendung findet, aber auch auf andere Disziplinen bezogen werden kann,²⁰ lässt sich als „Theorie für die Praxis“²¹ einstufen und dient sowohl der Theoriebildung der Sozialen Arbeit als auch der Praxis. Durch das Konzept werden sowohl heutige Lebensverhältnisse mit ihren Strukturen und Institutionen analysiert als auch die Arbeitsweisen der heutigen Sozialen Arbeit. All diese Aspekte werden kritisch hinterfragt und neu entworfen, so dass sich das Konzept in sozialpolitischen Rahmenkonzepten, institutionellen Programmen sowie in sozialpädagogischen Handlungskonzepten konkretisiert.²²

Lebensweltorientierung ist inzwischen zum allgemeinen Strukturmerkmal sozialpädagogischer Theorien geworden und nicht nur mit dem Konzept von Thiersch verknüpft, auch wenn sein *Konzept der Lebensweltorientierung* bereits in den 70er Jahren vieles von dem vorweggenommen hat, was spätere sozialpädagogische Theorien erst in den 1990er Jahren beinhalteten, und was inzwischen strukturbildend für die Theorien Sozialer Arbeit wurde.²³ Lebensweltorientierung bedeutet heute in der Sozialen Arbeit:

„das Einlassen auf die eigensinnigen Erfahrungen der AdressatInnen Sozialer Arbeit; Lebensweltorientierung wirkt damit normalisierenden, disziplinierenden, stigmatisierenden und pathologisierenden Tendenzen der gesellschaftlichen Funktion Sozialer Arbeit entgegen.“²⁴

Eine am Konzept der Lebenswelt ausgerichtete Soziale Arbeit muss nach Ansicht von Thiersch et al. nicht nur von den Bedürfnissen der Adressaten in ihrer Lebenswelt ausgehen, sondern dabei auch die *Offenheit* und *Komplexität* der Situationen berücksichtigen.²⁵ Diese Aspekte werden später detailliert erläutert.²⁶

1.1 Entwicklung des Konzepts der Lebensweltorientierung

Das Konzept der Lebensweltorientierung entstand seit den 1970er Jahren²⁷ in mehrphasigen Entwicklungsschritten aus sozialpolitischen und fachbezogenen Forderungen heraus:

- *Politische Entfremdung*: In den 1960er Jahren drängte radikal geäußerte Kritik an traditionell obrigkeitlich bestimmten, disziplinierenden Arbeitsformen der Sozialen Arbeit, die Fragen des Handelns und der konkreten Bewältigung von Lebensverhältnissen zunächst aus dem Blickfeld
- *Fachliche Entfremdung*: Im Rahmen der Spezialisierung und Differenzierung innerhalb der Sozialen Arbeit entstanden expertokratische Arbeitsformen der Sozialen Arbeit, derentwegen allgemeine all-

¹⁹ Die Begriffe *Lebensweltorientierung* und *Alltagsorientierung* wurden in älteren Quellen differenziert [vgl. Thiersch 05, S. 46, vgl. Niemeyer 10, S. 272]. Die Alltagsorientierung später wurde zur Lebensweltorientierung erweitert [vgl. Thiersch 06, S. 7]. In aktuelleren Quellen werden die Konzepte der Lebenswelt- und Alltagsorientierung synonym verwendet [vgl. Thiersch 05, S. 6; Grunwald/Thiersch 04, S. 13]

²⁰ Lebensweltorientierung kann sich auch auf Disziplinen wie Politikbereiche beziehen, weil sie ein ganz allgemeines Gestaltungsprinzip darstellt [vgl. Thiersch 02, S. 207] Das Konzept der Lebenswelt wird -zumindest bezüglich einiger Teilaspekte - auch ansatzweise bereits in der Sozialen Altenarbeit, Sozialen Gerontologie, Pflegewissenschaft und Gesundheitswissenschaft diskutiert [vgl. Otto/Bauer 04, S. 198]. Es wird aber im Rahmen dieser Arbeit -wie auch von Thiersch selbst - auf die Soziale Arbeit bezogen.

²¹ Schoch 05, S. 1

²² vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 13

²³ vgl. Kleve 02, S. 37

²⁴ vgl. Thiersch zit. n. Kleve 02, S. 37

²⁵ vgl. Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 166

²⁶ All diese Gesichtspunkte werden im Rahmen der Konzeptbeschreibung später genauer erläutert (vgl. Kap. 1.5.1 Ausgangspunkt: Adressaten in ihren Verhältnissen und Kap. 1.6.2 Prinzip der „Strukturierten Offenheit“)

²⁷ vgl. Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 165f.; Als offizielle Geburtsstunde der *Alltagswende* in der Sozialpädagogik gilt ein 1977 von Thiersch gehaltener Vortrag mit dem Vortragsthema: Alltagshandeln und Sozialpädagogik [vgl. Niemeyer 10, S. 268]

tagsbezogene Anteile der Sozialen Arbeit vernachlässigt wurden.²⁸

Das Konzept der Lebensweltorientierung entstand aus dieser Kritik zur politischen und fachlichen Entfremdung, führte die Kritik weiter und entwickelte sich zu einem neuen Konzept, das sozialpolitisch „am Ziel gerechterer Lebensverhältnisse, an Demokratisierung und Emanzipation“ sowie professionstheoretisch „an den Chancen rechtlich gesicherter, fachlich verantwortbarer Arbeit“²⁹ orientiert ist.

In den 1980er Jahren musste das Konzept der Lebensweltorientierung erneut modifiziert werden, da „Lebenswelt“ durch die *Individualisierung von Lebensführung* sowie durch die *Pluralisierung von Lebenslagen* nichts Selbstverständliches mehr war, sondern problematisch wurde.³⁰ Die Neukonzeptionierung des Lebensweltkonzepts erweiterte sich nun um die Inszenierung neuer, belastbarer Lebensverhältnisse sowie die Differenzierung der Hilfsangebote, die angesichts der zunehmenden Komplexität der Gesellschaft notwendig wurde.³¹

Das Konzept der Lebensweltorientierung konstituierte sich Anfang der 1990er Jahre zuerst in Form der *lebensweltorientierten Jugendhilfe*,³² wurde dann langsam in die *lebensweltorientierte Sozialpädagogik* und später in die *lebensweltorientierte Soziale Arbeit* überführt; dabei etablierte es sich in immer mehr Arbeitsfeldern, wie z. B. der Gemeindepsychiatrie, der Erwachsenenbildung, etc. und findet inzwischen von der Einzelfallhilfe über die soziale Gruppenarbeit bis zur Gemeinwesenarbeit Anwendung.³³

Im folgenden Kapitel sollen die theoretischen Wurzeln des Konzepts der Lebensweltorientierung dargestellt werden, deren Kenntnis das Verstehen der eigentlichen Konzeptbeschreibung (ab Kap. 1.4) erleichtert.

1.2 Theoretische Wurzeln der Lebensweltorientierung

Das Konzept der Lebensweltorientierung fußt insbesondere auf vier theoretischen Wurzeln: erstens der soziologischen, phänomenologischen und interaktionistischen Prägung der Lebensweltorientierung, die am Beispiel der *Strukturen der Lebenswelt* (Schütz) etwas ausführlicher dargestellt werden soll; zweitens der *kritischen Variante der Alltagstheorie* (Kosik), die eine sowohl ergänzende als auch korrigierende Einschätzung dieser Strukturen darstellt. Drittens sind *Analysen gesellschaftlicher Strukturen* (Beck) für das Konzept der Lebensweltorientierung essentiell, und abschließend wird die vierte Wurzel, die im Zeichen *hermeneutisch-pragmatischer bzw. kritischer Erziehungswissenschaft* (Dilthey, Mollenhauer) steht, skizziert.

1.2.1 Strukturen der Lebenswelt

Vertreter der soziologischen, phänomenologischen und interaktionistischen Prägung der Lebensweltorientierung sind (neben Berger und Goffman) insbesondere Schütz und Luckmann, auf die im Rahmen der folgenden Ausführungen Bezug genommen wird, weil ihre Strukturanalysen der Lebenswelt das Konzept der Le-

²⁸ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 165

²⁹ Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 165

³⁰ *Individualisierung von Lebensführung* bedeutet: Brüchigkeit tradierter Lebensformen und Deutungsmuster zugunsten neuerer offenerer Möglichkeiten der Lebensführung; *Pluralisierung von Lebenslagen* meint den Umstand, dass gesellschaftliche Grunddifferenzierungen nicht mehr durch wenige, z. B. statusbezogene Indikatoren greifbar werden, sondern vielschichtiger zu bestimmen sind [vgl. Thiersch 05, S. 20ff.] und vgl. genauer Kap. 1.2.3 *Analysen gesellschaftlicher Strukturen*

³¹ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 165

³² vgl. Thiersch 05, S. 13ff.; zum Begriff der „Hilfen“ in der Sozialen Arbeit vgl. Glossar

³³ vgl. Niemeier 10, S. 274; vgl. Wahl 04, S. 6; vgl. Hill 08, S. 150

bensweltorientierung der Sozialen Arbeit besonders prägen.³⁴

Lebenswirklichkeit und Handlungsmuster werden vom Sozialwissenschaftler Alfred Schütz unter dem Aspekt der Alltäglichkeit rekonstruiert. Er gründet seine Alltagsanalysen vor allem auf das Werk des Philosophen Husserls,³⁵ der bereits in den 20er Jahren auf die Gefahr des *Vergessens der Lebenswelt* hinwies. Husserl warnte, dass eine Wissenschaft, die *Lebensweltvergessen* vorgehen würde, eine Kluft schaffen würde zwischen der Welt, in der die Subjekte *ihre* Welt erleben und der Welt, die durch die Aussagen der Wissenschaft beschrieben wird.³⁶ Bei der Beschreibung der Lebenswelt als „vorgegebene, relativ auf einen Menschen oder eine Gruppe bezogene soziale und historische Welt“³⁷ hebt Husserl von der *Lebenswelt* ein *Leben des Alltags* als eine besondere Welt ab.³⁸ Schütz fügt das bei Husserl vorgefundene Begriffspaar Lebenswelt und Alltag zur *alltäglichen Lebenswelt* zusammen³⁹ und deklariert damit, dass es einerseits auch noch andere Formen der Lebenswelt gibt (Traumwelten, die Welt der Wissenschaft etc.)⁴⁰ und dass er andererseits mit der alltäglichen Lebenswelt jenen Bereich bestimmt, der dem Menschen als unmittelbare Wirklichkeit gegeben ist:

„Die Lebenswelt des Alltags ist folglich die vornehmliche und ausgezeichnete Wirklichkeit des Menschen“.⁴¹

Dementsprechend bedeutet eine Orientierung an der Lebenswelt der Menschen, dass Mensch und Wirklichkeit als untrennbar miteinander verbunden verstanden werden: Der Mensch wird nicht abstrakt und losgelöst als Individuum verstanden, sondern in der Erfahrung der Wirklichkeit, in der er sich fraglos befindet.⁴²

Schütz geht es darum, die alltägliche Lebenswelt als soziale Wirklichkeit systematisch beschreiben, um menschliches Denken und Handeln zu erklären.⁴³ Er bestimmt *alltägliche Lebenswelt* als einen Ausschnitt der Welt (*Wirkzone*), der der unmittelbaren Erfahrung eines Menschen zugänglich ist.⁴⁴ In diese Wirkzone kann der Mensch mittels seines Leibes eingreifen.⁴⁵ Menschliche Handlungsmöglichkeiten werden durch die in diesem Wirklichkeitsausschnitt existente kulturelle, soziale, natürliche, räumliche und zeitliche Dimension der Lebenswelt sowohl ermöglicht als auch beschränkt.⁴⁶

Lebenswelt wird auf zweifache Weise betrachtet: zum einen als Gesamtheit präformierender und strukturierender, handlungsbeeinflussender Bedingungen, zum anderen aber auch als human produziertes und (daher auch) veränderbares Gefüge von Erfahrungen und Handlungen.⁴⁷

„Die alltägliche Lebenswelt ist die Wirklichkeitsregion, in die der Mensch eingreifen und die er verändern kann [...]. Zugleich beschränken die in diesem Bereich vorfindlichen Gegenständlichkeit und Ereignisse [...] seine freien Handlungsmöglichkeiten.“⁴⁸

³⁴ Die „Strukturen der Lebenswelt“ sind *wesentlich* aus den Texten von Schütz hervorgegangen, wurden allerdings posthum von Luckmann zusammengestellt und etwas ergänzt. [vgl. Scheffel 00, S. 27 und Schütz/Luckmann 03, S. 13ff.]; Da Schütz der *wesentliche* Autor war, wird hier im Fließtext nur auf Schütz Bezug genommen, Luckmann wird jedoch stets durch die zitierte Quelle mit genannt.

³⁵ vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 15

³⁶ vgl. Sieckendiek/Engel/Nestmann 08, S. 157

³⁷ Husserl, zit. n. Bergmann zit. n. Hierdeis/Hug 96, S. 52

³⁸ vgl. Hierdeis/Hug 96, S. 53

³⁹ vgl. ebenda

⁴⁰ vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 61ff.

⁴¹ Schütz/Luckmann 03, S. 27

⁴² vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 169

⁴³ vgl. Scheffel 00, S. 27 und Schütz/Luckmann 03, S. 29

⁴⁴ vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 71

⁴⁵ vgl. Scheffel 00, S. 27, vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 32f.

⁴⁶ vgl. Scheffel 00, S. 26f.; vgl. Schütz/Luckmann 03, insbesondere S. 71ff., S. 81ff., S. 98ff. und S. 445ff.

⁴⁷ vgl. Wahl 04, S. 4

⁴⁸ Schütz/Luckmann 03, S. 29

Innerhalb dieses Wirklichkeitsausschnittes vollziehen sich auch die Verständigungsprozesse mit anderen Menschen, wobei die Konstituierung einer gemeinsamen Lebenswelt (Gesellschaft) schließlich nur auf dem Boden einer alltäglichen Lebenswelt (des Individuums) gelingen kann,⁴⁹ d. h. Schütz beschreibt nicht nur die Mechanismen, nach denen das Individuum durch die Gesellschaft geprägt wird, sondern auch, inwieweit die Formung der Gesellschaft durch die Individuen erfolgt.⁵⁰

Sechs Strukturmerkmalen des lebensweltlichen Denkens nach Schütz werden für die lebensweltlich orientierte Soziale Arbeit (z. B. in Form von Beratung) eine besondere Bedeutung zugemessen: Fraglosigkeit, Inter-subjektivität, Typisierung, Pragmatisches Motiv, Sinngebung und Verständigung,⁵¹ weshalb sie im Folgenden näher erläutert werden sollen.

Fraglosigkeit

Die *alltägliche Lebenswelt* ist der Wirklichkeitsbereich, den der „wache und normale“⁵² Erwachsene als *fraglos* erlebt. In diese alltägliche Lebenswelt wird man hineingeboren. Schütz spricht davon, dass Menschen, für die die Welt fraglos und selbstverständlich *wirklich* ist, das Folgende im Alltag als fraglos gegeben ansehen:

„a) die körperliche Einstellung von anderen Menschen; b) dass diese Körper mit einem Bewusstsein ausgestattet sind, das dem meinen prinzipiell ähnlich ist; c) dass die Außenwelt Dinge in meiner Umwelt und der meiner Mitmenschen für uns die gleichen sind und grundsätzlich die gleiche Bedeutung haben; d) dass ich mit meinen Mitmenschen in Wechselbeziehung [...] treten kann; e) dass ich mich [...] mit ihnen verständigen kann; f) dass eine gegliederte Sozial- und Kulturwelt als Bezugsrahmen für mich und meine Mitmenschen historisch vorgegeben ist [...]; g) dass also die Situation, in der ich mich jeweils befinde, nur zu einem geringen Teil eine rein von mir geschaffene ist. Die alltägliche Lebenswelt schließt also nicht nur die von mir erfahrene `Natur`, sondern auch die Sozial- bzw. Kulturwelt, in der ich mich befinde, ein.“⁵³

Der Alltag wird als so vollkommen selbstverständlich erlebt, dass man sich keine Gedanken über die spezifischen Eigenschaften oder zugrundeliegenden Strukturen des Erlebten macht. Erst wenn man anfängt, sich derartige Gedanken zu machen, d. h. mit dem Beginn des Reflektierens, verlässt man die Alltagswelt. Im Sinne von Schütz ist Alltag somit immer selbstverständlich/fraglos (und damit vorwissenschaftlich).⁵⁴

Intersubjektivität

Die Lebenswelt des Einzelnen ist keine Privatwelt, sondern von Anfang an „intersubjektiv“; die Grundstruktur ihrer Wirklichkeit ist allen an der Lebenswelt teilhabenden Menschen gemeinsam.⁵⁵ Man geht davon aus, dass die Gegenstände der natürlichen, kulturellen oder sozialen Außenwelt für alle etwa das gleiche darstellen, d. h. es gibt einen gemeinsamen und von allen verstandenen Interpretationsrahmen. Das gilt auch für die Mitmenschen als Bestandteile der Umwelt. Man kennt gegenseitige Beeinflussungen und die Möglichkeiten sozialer Beziehungen. Alltägliches Handeln und Verstehen ist unter anderem in Rollen geordnet, und Konventionen regeln Zuständigkeiten, Aufgaben und Machtstrukturen im mitmenschlichen Umgang.⁵⁶ Man

⁴⁹ vgl. Scheffel 00, S. 27

⁵⁰ Beispielsweise beschreibt Schütz einerseits die Prägung des subjektiven Wissensvorrats durch die Gesellschaft (Prägung durch Soziale Vorgegebenheiten der biografischen Situation; gesellschaftliche Bedingtheit der subjektiven Relevanzstrukturen etc.) und andererseits die Bildung des gesellschaftlichen Wissensvorrats durch individuelles subjektives Wissen, sofern dieses vorher „objektiviert“ wurde [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 331ff.; S. 342ff.; S. 358ff.]

⁵¹ vgl. Hierdeis/Hug 96, S. 54ff. und vgl. Sieckendiek/Engel/Nestmann 08, S. 157ff.; die Wichtigkeit wird im Kontext der Erziehungswissenschaften betont

⁵² Schütz/Luckmann 03, S. 29

⁵³ ebenda, S. 31

⁵⁴ vgl. Sieckendiek et al. 08, S. 158

⁵⁵ vgl. Hierdeis/Hug 96, S. 54, vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 30

⁵⁶ vgl. Thiersch 06, S. 24

weiß, dass die Art und Weise, in der andere ihre Beziehungen erfahren, den eigenen Beziehungserfahrungen ähnlich ist. Für alle praktischen Zwecke ist sie zumindest hinreichend ähnlich.⁵⁷

Typisierung

Das Leben in der alltäglichen Lebenswelt setzt voraus, dass man sie verstehen, d. h. *auslegen* kann. Der Mensch bildet aus seinen Erfahrungen einen Wissensvorrat in Form eines Bezugsschemas, mit dessen Hilfe „Typen“ von Personen, Ereignissen, Situationen und Motiven gebildet werden, die gegenwärtig wie auch zukünftig Zuordnungen des alltäglich Wahrgenommenen und Erlebten bestimmen.⁵⁸ Typisierte Deutungsmuster regeln also das Handlungswissen und damit das, was als vertraut oder unvertraut gilt, was verlässlich und was problematisch wirkt.⁵⁹ Da die Situationen der Alltagswelt überwiegend Wiederholungscharakter haben,⁶⁰ beinhaltet der Wissensvorrat in großem Maße Routinewissen. Dieses Routinewissen besticht durch seine Fraglosigkeit, indem es jederzeit griffbereite Lösungsmittel für eine problematische Situation darstellt. Der lebensweltliche Wissensvorrat der Menschen wird biografisch und gesellschaftlich geprägt⁶¹ und kann nie vollständig sein. So bleiben bzw. ergeben sich für die Menschen Bereiche der relativen Undurchsichtigkeit sowie der grundsätzlichen Undurchschaubarkeit der Lebenswelt.⁶²

Bezugnehmend auf Husserl verweist Schütz auf zwei „Idealitäten“, die das lebensweltlich auslegende Denken prägen:⁶³

- Die *Idealität des „Und-so-weiter“* bedeutet: „Ich vertraue darauf, dass die Welt, so wie sie mir bisher bekannt ist, weiter so bleiben wird“,⁶⁴ d. h. dass der Wissensvorrat seine grundsätzliche Gültigkeit behält.
- Die zweite *Idealität des „Ich kann immer wieder“* folgt aus der ersten Annahme und impliziert, „dass ich meine früheren erfolgreichen Handlungen wiederholen kann.“⁶⁵

D. h. so lange die Weltstruktur als konstant hingenommen werden kann, und so lange die eigene Vorerfahrung gilt, kann ein Mensch prinzipiell weiterhin auf seine bisherige Weise in der Welt wirken, was auch die Bildung von Routinen fördert. Beide Idealitäten und die damit implizierte Annahme der *Konstanz der Weltstruktur*, der Gültigkeit der eigenen Vorerfahrung und des eigenen Vermögens, auf die Welt zu wirken, sind wesentliche Aspekte des Denkens in der alltäglichen Lebenswelt.⁶⁶

Pragmatisches Motiv

Menschen sind in Bezug auf ihr Denken und Handeln durchgehend vom *pragmatischen Motiv* bestimmt.⁶⁷

Kann eine aktuelle Erfahrung einer vorangegangenen Erfahrung nicht widerspruchlos zugeordnet werden (wenn z. B. plötzlich ein Problem auftritt und man dadurch aus dem fraglosen Alltag geworfen wird), wird dadurch die Neuauslegung der Situation erforderlich. Die *Auslegung* wird immer nur so weit vorangetrieben, wie es zur Bewältigung der - durch das pragmatische Motiv bestimmten - lebensweltlichen Situation nötig ist und dann abgebrochen.⁶⁸ Der fragliche gewordene Gegenstand wird dann durch *pragmatisch begrenzte Aus-*

⁵⁷ vgl. Hierdeis/Hug 96, S. 54

⁵⁸ Sieckendiek/Engel/Nestmann 08, S. 159, vgl. genauer Schütz/Luckmann 03, S. 33

⁵⁹ vgl. Thiersch 06, S. 24

⁶⁰ vgl. Hierdeis/Hug 96, S. 58

⁶¹ vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 164ff.; vgl. Hierdeis/Hug 96, S. 59

⁶² vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 228ff.; S. 235ff.

⁶³ vgl. Husserl zit. n. Schütz/Luckmann 03, S. 34

⁶⁴ Schütz/Luckmann 03, S. 34

⁶⁵ ebenda

⁶⁶ vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 34

⁶⁷ vgl. ebenda, S. 33

⁶⁸ vgl. ebenda, S. 37

legung in Fraglosigkeit überführt,⁶⁹ d. h. durch die Wiederherstellung der Fraglosigkeit wird wieder der Alltag hergestellt. Die abgebrochene Auslegung muss später bei Bedarf - im Falle eines plötzlich erneut fraglich gewordenen Gegenstandes - wieder neu aufgenommen werden.

Sinnggebung

Die alltägliche Lebenswelt besteht unter anderem aus von allen grundsätzlich geteilten Sinnggebungen und Bedeutungszuschreibungen, die in ihrer Gesamtheit die „Kultur“ der Lebenswelt bilden.⁷⁰ Die Lebenswelt ist zwar intersubjektiv, stellt sich einem Menschen aber als subjektiver Sinnzusammenhang dar. Erfahrene Lebenswelt stellt somit die Schnittstelle von *Objektivem* und *Subjektivem* dar.⁷¹ Lebenswelt ist für Schütz der Hintergrund aller Erfahrung.

„Um diesen Hintergrund aufzuklären, ist eine ‚Strukturanalyse der Sozialwelt‘ in zweierlei Hinsicht notwendig: einerseits die Analyse der sozialen Strukturen, der ‚objektiven Sinnzusammenhänge‘, wie Schütz sagt, andererseits ist aber auch die Untersuchung der ‚subjektiven Sinnzusammenhänge‘, der Erlebnisweisen der Handelnden notwendig.“⁷²

Bei diesen Analysen der objektiven und subjektiven Sinnzusammenhänge richtet Schütz seinen Blick auf den Alltag der Handelnden. Er will Sinnverstehen und Handeln miteinander verknüpfen.⁷³ Soziales Handeln ist nur über die Kategorie *Sinn* zugänglich, die Sozialwelt wird als Sinnwelt verstanden, und wie und warum Menschen in bestimmter Weise handeln, kann wissenschaftlich durch die Rückführung aller Sinngebilde auf die „Sinnsetzungs- und Verstehensprozesse von Handelnden aus der Sozialwelt, aus der sie sich konstituiert haben“⁷⁴ erfasst werden. D. h. Fragen des Verstehens - der „Wissenschaft vom subjektiven Sinnzusammenhang“⁷⁵ sind zentral. Das eigene Handeln ist subjektiv sinnvoll, und das Handeln der Mitmenschen ist analog in *deren* subjektive Sinnzusammenhänge eingebettet, subjektiv motiviert, nach *deren* Interessenlagen zielstrebig und nach für *sie* gültigen Durchführbarkeiten gegliedert.⁷⁶ Das Verstehen eines fremden Handlungsinns kann nur auf mittelbarem Weg gelingen.⁷⁷

„Sinndeutung, ‚Verstehen‘, ist ein Grundprinzip der natürlichen Einstellung mit Bezug auf Mitmenschen“⁷⁸

Aus Sicht von Schütz kann nicht nur das Handeln der Menschen als sinnvoll erlebt werden, sondern sind auch die Institutionalisierungen des Handelns in sozialen Einrichtungen sinnvoll, weil sie grundsätzlich auf das Handeln Anderer verweisen⁷⁹ und damit auf den Sinn, den sie mit diesem Handeln verbunden haben. Man erschließt den Sinn quasi indirekt über das (auch institutionalisierte) Handeln.⁸⁰

Verständigung

Schütz beschreibt ausführlich, wie Menschen sich mit Hilfe von Zeichen in der Lebenswelt intersubjektiv

⁶⁹ dabei wird das Wissen unter Modifizierung des Typs verändert ; vgl Schütz/Luckmann 03, S. 40

⁷⁰ vgl. Sieckendiek/Engel/Nestmann 08, S. 158

⁷¹ vgl. Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 170

⁷² Wahl 04, S: 13f.

⁷³ vgl. Wahl 04, S. 12

⁷⁴ Schütz zit. n. Wahl 04, S. 12f.

⁷⁵ ebenda, S. 13

⁷⁶ vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 44

⁷⁷ vgl. Schütz zit. n. Wahl 04, S. 13

⁷⁸ Schütz/Luckmann 03, S. 45

⁷⁹ vgl. Scheffel 00, S. 30; diese „Anderen“ können Zeitgenossen sein, aber auch Vorgänger, können als anonym („man pflegt so zu handeln“) oder als individualisiert betrachtet werden [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 45]

⁸⁰ Wenn z. B. ein Pflegeheim eine solche Institutionalisierung sozialen Handelns darstellt, erschließt man über die Handlungen (hier: beispielsweise Pflegehandlungen, die beim Waschen, Anziehen etc. helfen) indirekt auch den Sinn der Einrichtung (hier: beispielsweise „Pflegerische Hilfe für unterstützungsbedürftige ältere Menschen bereithalten“)

verständigen.⁸¹ Insbesondere muss die mit den Zeichen verbundene *Bedeutung*, die das Mittel im Verständigungsprozess zwischen Menschen darstellt, intersubjektiv sein. Das heißt, Bedeutung muss vom Sender so gemeint sein, wie sie auch vom Empfänger verstanden werden soll.⁸²

Intersubjektive Verständigung setzt eine „natürliche“ Sprache, d. h. ein gesellschaftlich verfestigtes Zeichensystem, voraus.⁸³ Schütz stellt allerdings fest, dass

„die Zugangschancen zu Sprache [...] sozial verteilt [sind]. Dies ist ein wesentlicher Bestandteil der geschichtlich veränderlichen Formen der sozialen Verteilung des Wissens - und der gesellschaftlichen Ungleichheit.“⁸⁴

Der Einfluss gesellschaftlicher Ungleichheiten auf Kommunikationsmöglichkeiten wird von Schütz ausführlicher dargelegt.

„Die Sozialstruktur, sowohl als Wirk-Zusammenhang von Institutionen, als auch als System gesellschaftlicher Ungleichheit von Lebenschancen und Lebensführung, bestimmt sowohl die Grundstruktur kommunikativer Situationen [...], [als auch] die Zugangschancen zum gesellschaftlichen Vorrat an Wissen und kommunikativen Mitteln. Eine der Folgen davon ist, dass die Fähigkeit, typische kommunikative Situationen zureichend zu meistern, eine soziale Verteilung aufweist“⁸⁵

Die kommunikative Situation ist jedoch nicht durch das Sprachsystem determiniert, denn jede Gesellschaft bietet alternative Wahlmöglichkeiten unter Verständigungsformen und Mustern des Vorgehens bei der Verständigung, die strategisch genutzt werden können und teils bedeutsamer als die Sprache selbst sein können:

„Innerhalb der historisch-gesellschaftlich festgelegten Freiheitsgrade, unter denen z. B. rhetorische und stilistische Variation überhaupt möglich ist, erfüllt nun die tatsächliche Wahl der Verständigungsmittel selbst bestimmte kommunikative Funktionen. Diese, nämlich die *indikative* (Typ, Persönlichkeit und Stimmung des Sprechers anzeigende) und *phatische* (beziehungsstiftende oder -störende), überlagern die vom Zeichensystem bestimmte Bedeutungsfunktion. Die Mitglieder einer Gesellschaft lernen auch diese Bestandteile der Verständigung - und des Missverständnisses - mehr oder minder adäquat kennen. Sie können sie dann mehr oder minder bewusst als Bausteine ihrer 'Strategie' der Verständigung verwenden“⁸⁶

Schütz beschreibt insofern diverse Faktoren, von denen die Verständigung abhängig ist.

Viele der von Schütz beschriebenen Strukturmerkmale, von denen hier nur die entscheidenden Strukturmerkmale der alltäglichen Lebenswelt skizziert werden konnten, d. h. *Fraglosigkeit*, *Intersubjektivität*, *Typisierung*, *Pragmatisches Motiv*, *Sinngebung* und *Verständigung* fließen in das Lebensweltkonzept ein.⁸⁷

Nach dieser Darstellung der ersten Wurzel des Lebensweltkonzepts soll im folgenden Abschnitt die zweite Wurzel des Konzepts erläutert werden.

1.2.2 Kritische Variante der Alltagstheorie

Karel Kosik gehört neben Heller und Bourdieu zu den kritischen Alltagstheoretikern. Er nutzt statt des Lebensweltbegriffs den Alltagsbegriff und definiert den gegebenen Alltag als „pseudokonkret“:

„Die Welt der Pseudokonkretheit ist ein Dämmerlicht von Wahrheit und Täuschung [...] Die Erschei-

⁸¹ vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 650

⁸² vgl. ebenda, S. 651

⁸³ vgl. ebenda, S. 659

⁸⁴ Schütz/Luckmann 03, S. 669

⁸⁵ ebenda, S. 670

⁸⁶ ebenda, S. 671f.

⁸⁷ Eine ausführlichere Erörterung dieser sechs Strukturmerkmale sowie eine ausführliche Darstellung der weiteren Strukturmerkmale *Pläne*, *Durchführbarkeiten* und *Voraussage von Handlungen*, *räumliche*, *zeitliche* und *soziale Dimensionen der Lebenswelt*, die *biografische* und *soziale Prägung des Lebenslaufs*, die *Verflechtungen von Wissen und Gesellschaft*, die *Praxisseite der Lebenswelt*, die *Grenzen der Lebenswelt* sowie *verschiedene Lebenswelten* („geschlossene“ *Sinngebiete*) ist hier aus Raumgründen leider nicht möglich.

nung zeigt das Wesen und verbirgt es zugleich. In der Erscheinung tritt das Wesen hervor, aber es erscheint in nicht adäquater Form, nur teilweise oder nur mit einigen Aspekten.⁸⁸

Gleich mehrere Konsequenzen für die Alltagsbetrachtung ergeben sich daraus.

Erstens existiert hinter der Erscheinungsform der Welt offenbar noch eine andere „Wesensform“, die aber prinzipiell auch der Erkenntnis zugänglich gemacht werden kann. Im Alltag wird diese Differenz zwischen Erscheinungsform und Wesen oft nicht deutlich bzw. scheinen Wesen und Erscheinung zu einer einzigen Sache zu werden.⁸⁹ Es geht darum, über einen dialektischen Denkansatz hinter der „Welt des Scheins“ die „wirkliche Welt“ zu erkennen und freizulegen⁹⁰ und die Pseudokonkretheit insofern zu durchschauen.

Zweitens verweist Kosik mit seiner Definition darauf, dass der konkrete, selbstverständliche, unmittelbare Alltag Widersprüche zeigt: Der Alltag beinhaltet Täuschung, d. h. Menschen sind nicht frei in ihrem Verhalten, sondern werden in der Alltagspragmatik durch Handlungszwänge genötigt. Sie werden unfrei und Opfer ihrer Aufgaben und Routinen und dadurch auch selbst manipuliert.⁹¹

Drittens verweist Kosiks Definition der Pseudokonkretheit auch auf das im Alltag erscheinende „Wesen“. Das „Wesen“ ist im Marx'schen Sinne gemeint und als „Praxis“ zu verstehen, die kämpferisches Handeln gegen strukturelle und soziale Entfremdung bedeutet; dadurch führt sie „zu Verhältnissen [...], in denen Ausbeutung und Unterdrückung hinfällig werden und Selbstverwirklichung für alle möglich ist.“⁹² Dieses „Wesen“ im Alltag kann nur durch die „schmerzliche Destruktion des Pseudokonkreten“ verwirklicht werden, d.h. die „Zwänge von Manipulation müssen aufgehoben werden, die Gewöhnung an sie, die mit der Gewöhnung einhergehende Unwilligkeit, nach Hintergründen zu fragen, muss durchschaut und zerstört werden, damit die Möglichkeiten von Praxis freigesetzt werden.“⁹³

Die im Kapitel 1.2.1 geschilderte phänomenologische Alltagstheorie nach Schütz wird jetzt also durch eine kritische Betrachtungsweise ergänzt, bei der Alltag als in sich widersprüchlich betrachtet wird: Er ist zwar - wie bei der Alltagstheorie nach Schütz beschrieben - durch die entlastende Funktion von Routinen, die Sicherheit und Produktivität im Handeln ermöglichen, gekennzeichnet, allerdings erzeugt dieser Alltag Enge, Unbeweglichkeit und Borniertheit und schränkt Menschen dadurch in ihrer Entwicklung und ihren Handlungsmöglichkeiten ein.⁹⁴ Zudem ist der unter Rückgriff auf Kosik konstruierte Alltagsbegriff nicht mehr nur durch Anpassungsleistungen gekennzeichnet, sondern auch durch den engagierten, aktiven Kampf um bessere Lebensverhältnisse, wobei Menschen durch ganz unterschiedliche Motive getrieben werden, wie z. B. durch ihre Ansprüche, durch Resignation, Wut oder auch Hoffnungen.⁹⁵

Die Intention der kritischen Alltagstheorie liegt in dieser Doppeldeutigkeit: im Alltag einerseits die Ressourcen zu sehen, Borniertheiten zu zerstören und in ihnen unentdeckte und verborgene Möglichkeiten aufzuzeigen und andererseits das Protestpotential in den Gegensätzen und Widersprüchen des Alltags hervorzubringen.⁹⁶ Alle Aspekte dieser kritischen Alltagsbetrachtung fließen in das Lebensweltkonzept ein.

⁸⁸ vgl. Kosik zit. n. Thiersch 06, S. 40. Der Bezug zur *Pseudokonkretheit* fehlt in fast keiner der vielen von Thiersch zur Alltagswende publizierten Erörterungen [vgl. dazu Niemeyer 10, S. 268]

⁸⁹ vgl. Sieckendiek/Engel/Nestmann 08, S. 160

⁹⁰ Das Lebensweltkonzept intendiert, diesen dialektischen Denkansatz zu verfolgen; vgl. Sieckendiek/Engel/Nestmann 08, S. 160

⁹¹ vgl. Thiersch 06, S. 40

⁹² vgl. ebenda, S. 41

⁹³ Thiersch 06, S. 41

⁹⁴ Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 18

⁹⁵ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 18

⁹⁶ Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 168 und Grunwald/Thiersch 04, S. 18

1.2.3 Analysen gesellschaftlicher Strukturen

Aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen führen nach Ansicht von Grunwald/Thiersch zu einer besonderen Relevanz des Konzepts der Lebensweltorientierung.⁹⁷ Die Analyse gesellschaftlicher Entwicklungen stellt daher die dritte Wurzel des Konzepts der Lebensweltorientierung dar und wird - nach einer kurzen Skizzierung der Lebensfelder - ausführlicher dargestellt.

Gliederung der Lebenswelt in soziale Lebensfelder

Lebenswelt konkretisiert sich als erfahrene Wirklichkeit in unterschiedlichen Lebensfeldern wie z. B. Familie, Arbeit und Öffentlichkeit.⁹⁸ Menschen durchleben verschiedene dieser Lebensfelder nach- oder nebeneinander und sammeln dabei unterschiedliche lebensweltliche Erfahrungen, die sich in ihrem Lebenslauf bündeln. Diese Erfahrungen können sich zwar einerseits ergänzen und gegenseitig forcieren, sie können einander jedoch auch blockieren, Menschen traumatisieren und erkranken lassen.⁹⁹ Die genannten Lebensfelder können nicht isoliert betrachtet werden. Schon Beck weist darauf hin, dass „*alles, was in systemtheoretischer Perspektive getrennt erscheint, [...] zum integralen Bestandteil der Individualbiografie [wird]: Familie und Erwerbsarbeit, Ausbildung und Beschäftigung, Verwaltung und Verkehrswesen, Konsum, Medizin, Pädagogik usw.*“¹⁰⁰ Das heißt, dass die Grenzen der Teilsysteme nur für die Teilsysteme, aber nicht für Menschen in ihren Individuallagen gelten, sondern durch Individuallagen quasi hindurchgehen. „Lebensführung wird [...] zur biografischen Auflösung von Systemwidersprüchen“¹⁰¹ (z. B. zwischen Ausbildung und Beruf), d. h. dem Einzelnen wird überlassen, die durch die jeweiligen Teilsystemrationalitäten entstehenden Widersprüche, divergierenden Expertenmeinungen etc. kritisch zu untersuchen, ggf. aufzulösen und auch auf eigene Vorstellungen hin zu prüfen. Diese anspruchsvolle Aufgabe kann allerdings zur Überforderung des Einzelnen führen.¹⁰²

Das Konzept der Lebensweltorientierung intendiert, Menschen beim Erfahren dieser Lebensfelder und bei Übergängen zwischen Lebensfeldern adäquat zu unterstützen.¹⁰³

Pluralisierung von Lebenslagen

Im Gegensatz zu Schütz, der die Idealität des „*Und-so-weiter*“ beschreibt und damit von der relativen Konstanz der Welt ausgeht (vgl. S. 9), betonen Beck/Beck-Gernsheim die aktuelle Dynamik der Veränderung der Gesellschaft. Dabei führen sie Baumanns Prinzip des „*Bis auf weiteres*“ an und betonen damit, dass Entwürfe nicht lebenslang, Bindungen nicht dauerhaft, Identitäten nicht unwandelbar, der Arbeitsplatz oder auch die eigenen Fähigkeiten nicht selbstverständlich und verlässlich sind, sondern nur „bis auf weiteres“ bestehen, d. h., dass sich die Lebensbedingungen ständig verändern.¹⁰⁴

Die „reflexive Moderne“, die der Industriegesellschaft folgt,¹⁰⁵ ist u. a. gekennzeichnet durch Elemente einer enttraditionalisierten und individualisierten „Nachklassengesellschaft“¹⁰⁶, bei der die lebensweltliche Identität sozialer Klassen wegschmilzt.¹⁰⁷ Die *Pluralisierung von Lebenslagen* prägt diese Gesellschaft und meint die

⁹⁷ vgl. Grunwald/Thiersch

⁹⁸ vgl. Thiersch 07, S. 700

⁹⁹ vgl. Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 170

¹⁰⁰ Beck 86, S. 218, Hervorhebung durch den Verfasser

¹⁰¹ ebenda, S. 219

¹⁰² vgl. Beck 86, S. 219

¹⁰³ vgl. Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 170

¹⁰⁴ vgl. Baumann zit. n. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 13

¹⁰⁵ vgl. Beck 86, S. 251, 254

¹⁰⁶ vgl. ebenda, S. 158

¹⁰⁷ vgl. ebenda, S. 151, S. 154

Unterschiedlichkeit von Lebensstrukturen (Bsp. Ausländer vs. Einheimische, Strukturen in Stadt vs. Strukturen auf dem Land) sowie die Unterschiedlichkeit der Lebensbedingungen (Bsp. durch die Zugehörigkeit zu Jahrgangskohorten).¹⁰⁸ Die zu beobachtende Freisetzung aus Sozialformen der industriellen Gesellschaft, d. h. aus Klassen, Schichten, Familien sowie der Geschlechtssituation von Männern und Frauen¹⁰⁹ bedeutet jedoch nicht einfach gelungene Emanzipation oder gar Freiheit des Individuums, sondern geht gleichzeitig mit der „Institutionalisierung und Standardisierung von Lebenslagen“ einher. Das zeigt sich darin, dass die einerseits freigesetzten Individuen andererseits in vielfacher Weise abhängig sind: Sie sind arbeitsmarktabhängig und damit bildungsabhängig, konsumabhängig, abhängig von sozialpolitischen Regelungen, von Möglichkeiten und Methoden der medizinischen und pädagogischen Beratung und Betreuung etc.¹¹⁰

Individualisierung der Lebensführung

Auch die *Individualisierung der Lebensführung* prägt die Gesellschaft. Das bedeutet, dass tradierte Lebensformen, Handlungs- und Deutungsmuster in ihrem Verständnis brüchig werden und sich dadurch neue offenere Lebensführungsmöglichkeiten für die Menschen ergeben (Bsp. Probleme und Chancen bei flexibleren Arbeitsplatzwechseln, bei der Entscheidung für oder gegen eigene Kinder etc.).¹¹¹

Beck/Beck-Gernsheim verweisen zunächst, ebenso wie Schütz, darauf, dass soziales Handeln des Alltags sich eigentlich in Routinen eingebettet vollzieht und zeigen die große Bedeutung dieser Routinen auf: „Was wir nicht oder kaum wissen, prägt unser Denken und Handeln am tiefsten“.¹¹² Aber in der „Moderne“ werden diese Selbstverständlichkeiten des Alltags, die Fraglosigkeiten und unbewussten kollektiven Habitualisierungen brüchig und fragwürdig und bewirken, dass Menschen Dinge kaum noch einfach hinnehmen können.¹¹³ Stattdessen müssen sie ständig darüber nachdenken, planen, abstimmen, aushandeln, entscheiden und ggf. wieder widerrufen.¹¹⁴ Die aktive Gestaltung des eigenen Lebensarrangements in räumlicher, zeitlicher und sozialer Hinsicht gewinnt an Bedeutung.¹¹⁵ Der Mensch wird zum *homo optionis*, der Identität, Religion, Geschlecht, Ehe, Elternschaft, soziale Bindungen, Leben, etc. und ggf. sogar Tod für sich entscheiden muss.¹¹⁶ Das Wegbrechen der Routinen ist somit mit Beschwerneis und Anstrengung für die Menschen verbunden.¹¹⁷ Tendenziell werden Lebensläufe durch Individualisierungstendenzen dabei vielfältiger, widersprüchlicher, unsicherer, anfälliger für Krisen, für (zumindest vorübergehende) Arbeitslosigkeit und Armut.¹¹⁸ Individualisierung bedeutet nicht die Möglichkeit unbegrenzt „freier Handlungslogik“ und bedeutet auch nicht einfach „Subjektivierung“, sondern bedeutet, dass Menschen statt wie bisher unter einschränkenden, traditionellen Vorgaben nun unter neuen - eher Handlungsanreize setzenden - institutionellen Vorgaben der Gesellschaft ihre Biografie im eigenen Handeln prägen, wodurch die Normalbiografie im gelungenen Fall zur „Wahlbiografie“ wird, je nach Risiko, Gefährdung oder Misslingen jedoch auch zur „Bastelbiografie“,

¹⁰⁸ vgl. Thiersch 05, S. 20

¹⁰⁹ vgl. genauer Beck 86, S. 139ff. und S. 115

¹¹⁰ vgl. Beck 86, S. 119 und vgl. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 12

¹¹¹ vgl. Thiersch 05, S. 20; vgl. Beck 86, S. 189, S. 195; Beck spricht vom „widerspruchsvollen pluralistischen Gesamtlebenslauf“ weil ein biografischer Pluralismus von Lebensformen schon *innerhalb eines* Lebenslaufs auftreten kann (Bsp.: jemand kann zeitweise verheiratet, nur zusammenlebend, alleinstehend, wieder verheiratet sein, Kinder mit verschiedenen Partnern haben etc.)

¹¹² vgl. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 17

¹¹³ vgl. ebenda

¹¹⁴ vgl. ebenda, S. 18

¹¹⁵ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 169

¹¹⁶ vgl. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 16

¹¹⁷ vgl. ebenda, S. 18

¹¹⁸ vgl. Beck 86, S. 149

„Risikobiografie“ oder „Bruchbiografie“ werden kann.¹¹⁹ Quasi als Erweiterung bzw. Kontrastierung zu Schütz, der unter Erläuterung der zeitlichen und sozialen Dimensionen der Lebenswelt die Abhängigkeit der Menschen von der historischen Lage sowie - teils - von ihren Vorfahren beschreibt, verweist Beck darauf, dass die Individualisierung sogar so weit geht, dass sie als *ahistorisch* zu bezeichnen ist, weil Menschen die Lebenszusammenhänge ihrer Vorfahren kaum mehr kennen bzw. im Grenzfall „Geschichte zur (ewigen) Gegenwart schrumpft und sich alles um die Achse des eigenen Ichs, des eigenen Lebens dreht“.¹²⁰ Menschen sind zur Individualisierung „verdammte“, was nicht nur die Selbstinszenierung der Biografie bedeutet, sondern auch, die Schaffung eigener sozialer Netze zu bewerkstelligen.¹²¹ Ein Erosionsprozess traditioneller Beziehungsmuster (Familie, Nachbarn) ist festzustellen,¹²² so dass die Menschen angesichts der Auflösung fester sozialer Einbindungen als „Baumeister“ des Sozialen und ihrer Lebenswelt fungieren müssen.¹²³ Statt dass Menschen sich in vorhandene soziale Zusammenhänge einpassen, kommt es darauf an, dass sie die Fähigkeit entwickeln, selbst solche sozialen Netze zu schaffen.

Die beiden Konzepte der *Pluralisierung* und der *Individualisierung* gehören zusammen, da sie Lebensverhältnisse sowohl hinsichtlich der Dimension der veränderten *objektiven* gesellschaftlichen Strukturen beschreiben, als auch hinsichtlich der Dimension der individuellen *subjektiven* Formen, sich in ihnen zu bewegen.¹²⁴

Problematik veränderter Deutungs- und Handlungsmuster

Die durch Individualisierung und Pluralisierung geprägten gesellschaftlichen Veränderungen, die auch eine Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse, der Konsumverhältnisse, der sozialräumlichen sowie der sozialen Bezüge bedeuten, bewirken, dass Menschen hinsichtlich ihrer traditionellen Denk- und Handlungsmuster verunsichert werden.¹²⁵ So haben sich z. B. Wertesysteme verändert: Konventionelle Erfolgssymbole wie ein bestimmter *Lebensstandard*, *Karriere* und *Status* erfüllen nicht mehr die Bedürfnisse der Menschen, die sich heutzutage eher *Selbstfindung*, *Selbstverwirklichung* oder *Suche nach der eigenen Identität* zum Ziel eines „ausgefüllten Lebens“ stecken.¹²⁶ Es sind jedoch nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen von diesem Wandel betroffen, sondern eher die jüngeren, die mit höherem Einkommen und höherer Bildung, so dass sich auch in diesem Zusammenhang wieder die Diversifizierung in der Gesellschaft zeigt.

Denkmuster verändern sich so, dass immer mehr Monopole aufbrechen¹²⁷ (das Berufsmonopol der Männer, das Sexualmonopol der Ehe etc.), was neue Freiheiten, aber auch weitere Verunsicherung bedeutet. Andererseits entstehen neue Monopole, die die Denk- und Handlungsmuster beeinflussen, beispielsweise, indem sie Bezugsgrößen verändern. So bewirkt das weiter an Bedeutung gewinnende medizinische Monopol, dass z. B. die Bezugsgrößen *Gesundheit*, *Krankheit*, *Leben* und *Tod* ihre ursprüngliche „naturwüchsige“ gesellschaftliche Bedeutung verlieren und zu innerprofessionell herstellbaren Größen werden, d. h. die Medizin definiert die Begriffe je nach medizinischem Forschungsstand immer wieder neu.¹²⁸ In diesem Fall bewirkt die monopolistische Kraft sogar, dass in immer mehr Handlungsfeldern der Gesellschaft „eine medizinisch

¹¹⁹ vgl. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 12f. und S. 19

¹²⁰ Beck 86, S. 216

¹²¹ vgl. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 14

¹²² vgl. Beck 86, S. 138

¹²³ vgl. Keupp 94, S. 342, vgl. auch Beck 86, S. 209

¹²⁴ vgl. Thiersch 05, S. 21

¹²⁵ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 169

¹²⁶ vgl. Beck 86, S. 156

¹²⁷ vgl. ebenda, S. 370

¹²⁸ vgl. ebenda, S. 339

geprägte und durchgestaltete Wirklichkeit zur Voraussetzung des Denkens und Handelns [wird]. So entstehen medizinisch geprägtes Recht, medizinisch `bewertete´ Arbeitstechnologien, Umweltdaten und -schutznormen, Ernährungsgewohnheiten usw.¹²⁹, denen die Menschen sich permanent anpassen müssen, weil ihr Altbekanntes in Frage gestellt und ihr Routinewissen verändert werden. Menschen werden dadurch belastet und verunsichert. Zusammenfassend gesagt: Lebensweltliche Denk- und Handlungsmuster verändern sich, verändern Monopole und werden reflexiv selbst wieder verändert, was ständige Anpassungen der Denk- und Handlungsmuster sowie *Verunsicherungen der Menschen* bedeutet.

Problematik individueller Lebensplanung und Identitätsfindung

Die *aktive* Gestaltung des eigenen Lebensarrangements in räumlicher, zeitlicher und sozialer Hinsicht erhält ein neues Gewicht. Jeder, selbst der Einfachste und Zerbrechlichste scheint sich permanent den veränderten Gesellschaftsbedingungen anpassen und die Aufgabe, alles zu wählen und alles zu entscheiden, auf sich nehmen zu müssen.¹³⁰ Der *homo optionis* (vgl. S. 14) erfährt nicht die „Gnade des Hinnehmenmüssens“,¹³¹ sondern muss sich permanent entscheiden. Schon in abgegrenzten gesellschaftlichen Teilbereichen wie der Medizin, in der vom „mündigen Patienten“ ein „Arbeitsbündnis“ gefordert wird, bei dem der Patient zum aktiven Mitgestalter der Behandlungsplanung seiner Krankheit wird, zeigt sich, dass der Mensch den Ansprüchen fundierter Mitgestaltung teils nicht entsprechen kann und daran verzweifelt.¹³² Auch gesamtgesellschaftlich gesehen sind die Individuen mit der Lebensplanung angesichts der hohen Komplexität der Gesellschaftszusammenhänge oft überfordert und teils nicht in der Lage - unter Abwägung von Interesse, Moral und Folgen - fundierte Entscheidungen zu treffen.¹³³ Die eigene Aufgabe der Lebensbewältigung kostet die Menschen insgesamt viel Kraft.¹³⁴

Auch die Identitätsfindung wird schwierig. Rauschenbach spricht angesichts der vielen Widersprüche und sich ausschließenden Handlungsmaximen *in* den Individuen und *in* den eigenen Lebensentwürfen (z. B. für sich *und* für seine Kinder leben zu wollen, Beruf *und* Familie, Freiheit *und* Geborgenheit genießen zu wollen etc.) von „Patchwork-Identitäten“, die aus Einzelstücken zusammengesetzt, teils unversöhnlich ambivalente Anteile enthalten und nicht unbedingt harmonisch konstruiert sind.¹³⁵ In den veränderten Gesellschaften geht die identitätsstiftende Kraft, die soziale Klassen einmal hatten, verloren. Damit werden jedoch Ungleichheiten zwischen Menschen nicht beseitigt, sondern nur in eine Individualisierung sozialer Risiken umdefiniert, als deren Konsequenz gesellschaftliche Probleme in psychische Dispositionen umschlagen, d. h. in persönliches Versagen, Schuldgefühle, Ängste, Konflikte oder psychische Erkrankungen.¹³⁶

Beck verweist immer wieder auf die *soziale Bedingtheit* menschlicher Probleme. So kritisiert er auch Ansätze der Psychologie und Psychotherapie, die dem „Schein der Individualisierung“ aufsitzen und das Leiden der Menschen nur auf frühe falsche Weichenstellungen ihrer individuellen Entwicklungsgeschichte zurückfüh-

¹²⁹ Beck 86, S. 340

¹³⁰ vgl. Ehrenberg 08, S. 247

¹³¹ Beck 86, S. 18

¹³² vgl. Beck 86, S. 331

¹³³ vgl. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 15

¹³⁴ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 171

¹³⁵ vgl. Rauschenbach 94, S. 92f.

¹³⁶ vgl. Beck 86, S. 158 und S. 147; beispielsweise wird die Zunahme der Depressionen in der heutigen Gesellschaft als paradoxe Wirkung der Pluralisierungs- und Individualisierungstendenzen erklärt: Menschen verzweifeln an den permanenten Gestaltungsanforderungen, der Eigenverantwortung für ihre Entscheidungen und dem ständigen Zwang zur Initiative (bei der Gestaltung ihres Lebens) [vgl. Ehrenberg 08, S. 2, S. 20, S. 145f., S. 183f., S. 244, S. 289, S. 302; vgl. auch Ehrenberg zit. n. Faller 08, S. 18]

ren. Seiner Meinung nach ist es unangemessen, die Ursachen für die Probleme der Menschen nur in ihnen selbst zu sehen, anstatt gesellschaftlich veränderte Lebensformen, die den Menschen vorgegeben sind, wie z. B. die immer noch bestehenden Ungleichheiten für Männer und Frauen, zu berücksichtigen.¹³⁷ Das bedeutet, dass bei der individuellen Unterstützung der Menschen (sei sie rechtlicher, medizinischer, psychotherapeutischer oder auch sozialpädagogischer Art) im Sinne Becks die *soziale Bedingtheit* der Probleme nicht aus dem Blick geraten darf.

Herausforderungen durch neue soziale Ungleichheiten

Schon Schütz beschreibt detailliert Ungleichheiten in der Gesellschaft und bezeichnet die Sozialstruktur insgesamt als ein „System gesellschaftlicher Ungleichheit von Lebenschancen und Lebensführung“ (vgl. S. 11). Beck beschreibt zwar ebenso wie Schütz auch die Ungleichverteilung gesellschaftlichen Wissens, geht aber darüber hinaus, detailliert und aktualisiert die Entwicklungen gesellschaftlicher Ungleichheiten. Die von Beck beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen beinhalten einerseits die Bewahrung *traditioneller* sozialer Ungleichheiten. Dazu gehören z. B. Ungleichheiten bezüglich materieller Ressourcen, aber auch „zugewiesene“ Merkmale, die mit Benachteiligungen verbunden sind wie Rasse, Hautfarbe, Alter, Körperbehinderungen oder Geschlecht.¹³⁸ Andererseits bewirken die gesellschaftlichen Veränderungen die Entstehung *neuer* sozialer Ungleichheiten in der Lebenslage und Lebensführung.¹³⁹ *Neue* soziale Ungleichheiten zeigen sich beispielsweise darin, dass nun bestimmte Gruppen eher von neuer Armut betroffen sind¹⁴⁰ und darin, dass sozioökonomisch unterprivilegierte gesellschaftliche Randgruppen besondere Defizite aufweisen bei der zunehmend gesellschaftlich notwendig gewordenen Beziehungs- und Verknüpfungsfähigkeit zum Aufbau sozialer Netze.¹⁴¹

Insgesamt wird die Lebenswelt durch sich immer weiter diversifizierende und tendenziell zunehmende soziale Ungleichheiten charakterisiert,¹⁴² auch wenn diese immer weniger offensichtlich erkennbar sind.¹⁴³ Pluralisierung der Lebensverhältnisse bedeutet, dass die die Gesellschaft bestimmenden Ungleichheiten (Bsp. Unterschiede bzgl. Teilhabechancen, Gerechtigkeit, materiellen Ressourcen etc.) nicht mehr an wenigen Indikatoren abgelesen werden können (wie z. B. an ökonomischen oder statusbezogenen Indikatoren), sondern komplexer und vielschichtiger bestimmt werden müssen.¹⁴⁴ Die Tatsache bestehender Ungleichheiten, Unterprivilegierungen und Armut in der Gesellschaft kann also nicht bestimmten Schichten und Gruppen zugeschrieben werden, sondern muss in der Vielfältigkeit ihrer Erscheinungsformen betrachtet werden.¹⁴⁵ Ungleichheiten, wie z. B. Armut, die bislang eindeutiger „sichtbar“ bzw. zuzuordnen war, dürfen gleichzeitig

¹³⁷ vgl. Beck 86, S. 194

¹³⁸ vgl. ebenda, S. 159 und S. 129

¹³⁹ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 169

¹⁴⁰ vgl. Beck 86, S. 148 und S. 197 zur neuen Armut von Frauen

¹⁴¹ vgl. Keupp 94, S. 344f.

¹⁴² vgl. Beck zit. n. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 168, vgl. auch vgl. Beck 86, S. 150f.

¹⁴³ vgl. Beck 86, S. 151

¹⁴⁴ vgl. Thiersch 05, S. 21

¹⁴⁵ vgl. ebenda, S. 22; vgl. Beck 86, S. 146, S. 117 Beck spricht in Bezug auf soziostrukturelle Entwicklungen und soziale Ungleichheiten immer wieder vom „Fahrstuhl-Effekt“, d. h. die „Klassengesellschaft“ wird, um im Bild zu bleiben, insgesamt zunächst „eine Etage hochgefahren“: es gibt in den unteren sozialen Schichten immer noch weniger als in den oberen Schichten, aber insgesamt gibt es in allen Schichten ein Mehr an Einkommen, Bildung, Recht, Wissenschaft, Massenkonsum etc. Durch die Individualisierung und Pluralisierung von Lebenslagen und Lebensstilen wird das Hierarchiemodell sozialer Klassen (das verwendet wird, um den Fahrstuhleffekt beschreiben zu können) dann aber wieder in Frage gestellt. Angesichts der derzeitigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (wie Massenarbeitslosigkeit) geht die Auflösung der sozialen Schichten dann allerdings mit einer Verschärfung der Ungleichheiten einher, d. h. nun gewinnt der Fahrstuhleffekt „nach unten“ an Bedeutung [vgl. Beck 86, S. 121f. und S. 142f.]

aber auch nicht hinter den pluralisierten „bunten“ Lebensmöglichkeiten versteckt werden, Thiersch spricht in diesem Zusammenhang von „sozialpolitischer Fahrlässigkeit“.¹⁴⁶

All diese Aspekte der Gesellschaftsanalysen fließen ebenfalls in das Lebensweltkonzept ein. Das Konzept muss also berücksichtigen, dass die Lebenswelt in der Gegenwart ebenso durch Widersprüchlichkeiten¹⁴⁷ und Erosionen, wie sie sich im Zeichen zunehmender Pluralisierung und Individualisierung der Lebensverhältnisse ergeben, bestimmt wird, wie auch durch Unsicherheiten in den Deutungs- und Handlungsmustern und Ungleichheiten in den Ressourcen.¹⁴⁸

Nach der Vorstellung dieser dritten Wurzel des Lebensweltkonzepts soll abschließend die letzte theoretische Wurzel des Konzepts erläutert werden.

1.2.4 Hermeneutisch-pragmatische und sozialwissenschaftlich-kritische Pädagogik

Die vierte Wurzel des Konzepts der Lebensweltorientierung der Sozialen Arbeit wird durch die hermeneutisch-pragmatischen Strömungen der Erziehungswissenschaft und deren Weiterentwicklung zur sozialwissenschaftlichen und kritischen Pädagogik bestimmt,¹⁴⁹ deren Vertreter u. a. Dilthey, Nohl, Weniger, Roth und Mollenhauer waren.

Hermeneutisch-pragmatische Prägung der Pädagogik

Die Hermeneutik als erziehungswissenschaftlicher Erkenntnisweg wurde von Schleiermacher begründet und von Dilthey weiterentwickelt.¹⁵⁰ Dilthey betont die Selbstständigkeit der Geisteswissenschaften gegenüber den Naturwissenschaften und verweist darauf, dass der Mensch und sein Geistesleben nicht auf die Natur zurückgeführt werden können, sondern aus ihrem geschichtlichen Dasein interpretiert werden müssen.¹⁵¹ Das methodologische Verfahren der Geisteswissenschaften müsse dabei das Verstehen des Sinns und der Bedeutung menschlichen Handelns sein.¹⁵² Dilthey definiert Verstehen als „den Vorgang, in welchem wir aus Zeichen, die von außen sinnlich gegeben sind, ein Inneres erkennen“¹⁵³ und meint damit nicht primär psychologisches Einfühlen,¹⁵⁴ sondern in erster Linie Sinn-Verstehen, bei dem ein Sachverhalt in einen übergeordneten Sinnzusammenhang eingeordnet wird.¹⁵⁵ Er unterscheidet dabei zwischen *elementaren* und *höheren* Formen des Verstehens.¹⁵⁶ Das *elementare* Verstehen ermöglicht ein Erfassen der Welt, ohne sich bewusst um

¹⁴⁶ vgl. Thiersch 05, S. 21 Ungleichheit in Form von Armut kann dabei mangelnde Teilhabe an Lebensressourcen sowohl in materieller als auch in psychosozialer Hinsicht bedeuten und sowohl in Bezug auf eigene Lebensressourcen als auch in Bezug auf die Teilhabemöglichkeiten an gesellschaftlichen und sozialstaatlichen Unterstützungsmöglichkeiten [vgl. Thiersch 05, S. 22].

¹⁴⁷ Immanente Widersprüche im Individualisierungsprozess ergeben sich z. B. durch neue Standardisierungen und Abhängigkeiten, die die „Individualisierung“ konterkarieren: Menschen werden Spielball von Moden, sind abhängig von Verhältnissen, Konjunkturen, Märkten, institutionellen Lebenslaufmustern (Beispiele: Ein-/Austritt aus dem Bildungssystem und der Erwerbsarbeit oder auch Abhängigkeit von der sozialpolitischen Festlegung des Rentenalters), können sich zudem massenmedialer Beeinflussung kaum entziehen u. v. m. [vgl. Beck 86, S. 211ff.]

¹⁴⁸ vgl. Beck zit. n. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 170f

¹⁴⁹ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 167; vgl. auch Niemeyer 10, S. 277

¹⁵⁰ vgl. Mollenhauer/Uhlendorff 92, S. 21 und vgl. Krüger 09, S. 11

¹⁵¹ vgl. Krüger 09, S. 23f.

¹⁵² vgl. ebenda, S. 24 und Dilthey 83, S. 285

¹⁵³ Dilthey zit. n. Krüger 09, S. 185

¹⁵⁴ vgl. Dilthey 83, S. 296

¹⁵⁵ vgl. Krüger 09, S. 185

¹⁵⁶ vgl. Dilthey 83, S. 288ff.

das Verstehen bemühen zu müssen;¹⁵⁷ es reicht jedoch nicht aus, um Lebenszusammenhänge oder Schlussfolgerungen zu erfassen.¹⁵⁸ Hierfür ist das *höhere* Verstehen nötig, das die Grenzen der nur individuellen Bezüge überschreitet und unter Verwendung methodisch geschulten hermeneutischen Denkens das zu Verstehende in größere allgemeinmenschliche Zusammenhänge einordnen kann.¹⁵⁹ Im Gegensatz zu naturwissenschaftlichen Allgemeinaussagen, die raum- und zeitunabhängig sein können, ist das hermeneutische Verstehen für Dilthey immer geschichtlich. Hermeneutisches Verstehen bezieht sich nach Ansicht Diltheys somit auf die Erklärung der Bedeutungs- und Wirkungszusammenhänge der geistigen Welt in ihrer historischen Gewordenheit und ist von der jeweiligen Kultur und Zeit abhängig.¹⁶⁰

“Das Verstehen als die zentrale Methode und als Erkenntnisziel der Geisteswissenschaften richtet sich auf das überprüfbare Herausarbeiten von Bedeutungs- und Wirkungszusammenhängen der menschlich-historischen Welt. Diese sind [...] von den Menschen selber hervorgebrachte Bedeutungen, Sinngebungen und Interessen. Die Bedeutungs- und Wirkungszusammenhänge der geistig-geschichtlichen Welt sind nicht direkt greifbar und erkennbar. Das, was die Geisteswissenschaften erkennen wollen, ist immer nur indirekt zugänglich, über Objektivationen des menschlichen Geistes“¹⁶¹

Zur Entschlüsselung dieser Geistesobjektivationen - die beispielsweise Texte, Kunstwerke, Institutionen, Traditionen etc. sein können - entwickelte Dilthey die Hermeneutik und stützte sich dabei auf Schleiermacher, auf den auch der Begriff des „hermeneutischen Zirkels“ zurückgeht.

Hermeneutik lässt sich also definieren als

die „Offenlegung des Sinns, den ein Text für den Interpreten und seine Zeit hat, d. h. eine normative Anwendung der überlieferten Wahrheit; [...] [und zum anderen bedeutet die] insbesondere in der von der kritischen Theorie beeinflusste Hermeneutik die Hinnahme einer lebensweltlich eingebetteten Subjekt-Objekt-Dialektik in die sozialwissenschaftliche Methodendiskussion. Man folgt dabei in jedem Fall dem „hermeneutischen Zirkel“,¹⁶² mit dem sowohl der wechselseitige Beeinflussungsprozess zwischen dem Subjekt und einem unter ständig neuen Gesichtspunkten zu verstehenden [...] Objekt gemeint ist als auch eine iterative Annäherung an den Sinn von Begriff und Text, *von Teil und Ganzem* (z. B. *auch einer Handlung mit sozialem Kontext*): das Teil kann nur mithilfe einer hypothetischen Annahme über die Bedeutung des Ganzen verstanden werden, das Ganze nur aus der Bedeutung seiner Teile heraus, wobei auch das Ganze wiederum als Teil eines größeren Ganzen gesehen wird, sodass sich dieser Prozess auf der nächsthöheren Ebene wiederholt. Das adäquate Verständnis ergibt sich nach wiederholtem Durchlaufen des Zirkels.“¹⁶³

Die Ergebnisse des hermeneutischen Prozederes können nicht eindeutig sein, denn alles Verstehen beinhaltet auch einen irrationalen Anteil und kann daher „durch keine Formeln logischer Leistungen repräsentiert werden“.¹⁶⁴ Beim Durchlaufen des hermeneutischen Zirkels wird zwar der Abstand, z. B. zwischen dem Verstehen des Lesers und den Intentionen des Autors geringer, jedoch ist kaum eine absolute Übereinstimmung zwischen dem Verstehenden und dem Textproduzenten herzustellen. Es bleibt eine „hermeneutische Differenz“ bestehen, die als Strukturmoment zu jeder hermeneutischen Situation gehört.¹⁶⁵ Hermeneutisches Verstehen ist zudem nie vollständig abgeschlossen und somit hat das Verstehen als Ziel hermeneutischer Bemü-

¹⁵⁷ elementares Verstehen ist z. B. das Zusammensetzen von Buchstabenreihen zu Worten oder das Erkennen einer Mimik als Zeichen für Freude oder Schmerz [vgl. Dilthey 83, S. 288]

¹⁵⁸ vgl. Dilthey 83, S. 288

¹⁵⁹ vgl. Krüger 09, S. 185 und vgl. Dilthey 83, S. 291ff.

¹⁶⁰ vgl. Krüger 09, S. 185

¹⁶¹ Krüger 09, S. 24; In aktuellen Forschungsansätzen wird die gesellschaftliche Wirklichkeit inzwischen nicht mehr nur als Welt der geistigen Objektivationen erfasst, sondern als historisch bedingter gesamtgesellschaftlicher Strukturzusammenhang [vgl. Reichertz zit. n. Krüger 09, S. 189]

¹⁶² zum „hermeneutischen Zirkel“ vgl. detaillierter Krüger 09, S. 186ff.

¹⁶³ Fuchs-Heinritz et al. 11, S. 277, Hervorhebung durch A. D.

¹⁶⁴ Dilthey 83, S. 299

¹⁶⁵ vgl. Ebeling zit. n. Krüger 09, S. 187

hungen nicht Produkt- sondern Prozesscharakter.¹⁶⁶

War die geisteswissenschaftliche Pädagogik ursprünglich sehr an die historische Hermeneutik gebunden, wurde später die Relevanz hermeneutisch-pragmatischer Fragestellungen und Untersuchungsansätze hervor- gehoben.¹⁶⁷ Die hermeneutisch-pragmatische Pädagogik entwickelt Methoden der *höheren* Form (s. o.) des hermeneutischen Verstehens. Dabei ist sie an der *alltäglichen Praxis* des Verstehens der jeweils individuell interpretierten Welt der Menschen sowie dem darauf bezogenen Bewältigungshandeln interessiert und knüpft dann mit pädagogischen Möglichkeiten daran an.¹⁶⁸

Die o. g. hermeneutisch-pragmatischen Strömungen der Erziehungswissenschaft wurden schließlich zur sozialwissenschaftlichen und kritischen Pädagogik weiterentwickelt, die zum Abschluss der theoretischen Fundierung des Lebensweltkonzepts im Folgenden skizziert werden soll.¹⁶⁹

Sozialwissenschaftlich-kritische Prägung der Pädagogik

Die geisteswissenschaftliche Pädagogik beinhaltet zwar einige Theorieelemente - wie die Lebensweltorien- tierung, die hermeneutische Methode und ein Verständnis von Pädagogik als pragmatischer Wissenschaft - die gern aufgenommen und weiterentwickelt wurden,¹⁷⁰ sie wurde jedoch auch sehr kritisiert. Die Vertreter der sozialwissenschaftlichen und kritischen Erziehungswissenschaft kritisieren unter anderem, dass die geis- teswissenschaftliche Pädagogik keine Gesellschaftstheorie ausgearbeitet habe, so dass die Funktion der Pä- dagogik im Rahmen gesellschaftlicher Praxis kaum beurteilbar sei und sie gesellschaftskritische Bezüge zu Herrschaft, Ökonomie und Politik zu wenig berücksichtigt habe.¹⁷¹ Sie machen die normative Orientierung der Pädagogik nicht nur an einem Interesse an der *Mündigkeit des zu erziehenden Subjekts*, sondern auch an einem *Emanzipationskonzept* fest, das die Dialektik von individueller und gesellschaftlicher Emanzipation¹⁷² herausstellt.¹⁷³ Das „Emanzipationspostulat“ verweist dabei auf die Diskrepanz zwischen Wirklichkeit und Ideal von Erziehungsverhältnissen und auf die notwendige Orientierung an einem gesellschaftlichen Leitbild, das ein freieres, gerechteres und brüderliches Zusammenleben ermöglicht.¹⁷⁴ Zudem könnten Ziele pädagogischen Handelns nur dann legitimiert werden, „wenn sie im ethischen Diskurs der Menschen ermittelt werden, der an der Bemühung, einen vernunftgemäßen Konsens zu finden und den regulativen Ideen der herrschafts- freien Kommunikation orientiert sein muss.“¹⁷⁵ Die kritische Erziehungswissenschaft beschreibt die Interde- pendenzen zwischen Erziehungssystem und Gesellschaftsstruktur derart, dass zwar einerseits das Erzie- hungssystem durch die Gesellschaft beeinflusst wird, d. h. eine historisch vermittelte gesellschaftliche Praxis darstellt und eine bestimmte Funktion in der Gesellschaft erfüllt. Andererseits ist die Erziehung jedoch nicht linear abhängig von Gesellschaftsverhältnissen, sondern relativ autonom, so dass Erziehung mit ihrer gewis-

¹⁶⁶ vgl. Roth zit. n. Krüger 09, S. 187

¹⁶⁷ Während Nohl der von Dilthey beschriebenen historischen Hermeneutik folgte, verfolgten Weniger und Flitner die hermeneutisch-pragmatischen Ansätze [vgl. Krüger 09, S. 29]

¹⁶⁸ vgl. Schoch 05, S. 1; vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 167; Beispiel der Konkretisierung: die Einrichtung der Kinder und Jugendhilfe „Das Rauhe Haus“ leitet im Rahmen seiner lebensweltorientierten Methoden aus diesem herme- neutisch-pragmatischen Ansatz z. B. konkrete Methoden des Fallverstehens, der Durchführung von Betreuungskonferen- zen, Zukunftswerkstätten, des Assessments und Methoden des biografischen Nachvollzugs ab [vgl. Rauhes Haus 09, S. 2]

¹⁶⁹ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 167 und vgl. Krüger 09, S. 11ff.

¹⁷⁰ vgl. Krüger 09, S. 35

¹⁷¹ vgl. Mollenhauer zit. n. Krüger 09, S. 34

¹⁷² Emanzipation bedeutet, dass jeder seinen Alltag und darin sein Recht auf Verständnis und Hilfe im Zeichen gerechte- rer Verhältnisse hat

¹⁷³ vgl. Krüger 09, S. 58 und vgl. Mollenhauer zit. n. Krüger 09, S. 67

¹⁷⁴ vgl. Mollenhauer zit. n. Krüger 09, S. 67

¹⁷⁵ vgl. Mollenhauer und Klafki zit. n. Krüger 09, S. 67

sen Distanz zu ökonomischen und gesellschaftlich-politischen Verhältnissen auch Aufklärungsprozesse initiieren kann, die kritisches Bewusstsein vermitteln und gesellschaftliche Veränderungsperspektiven eröffnen können.¹⁷⁶

Auch viele Aspekte der vierten theoretischen Wurzel - wie z. B. die hermeneutischen Verstehensprozesse und die Orientierung an der Mündigkeit des Subjekts - werden in das Lebensweltkonzept aufgenommen. Inwieweit die „Lebenswelt“, die die Grundlage des Lebensweltkonzepts und somit der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit darstellt, sich aus den beschriebenen vier theoretischen Wurzeln rekonstruieren lässt, wird im folgenden Kapitel dargelegt, in dem deren wesentliche Züge zusammengefasst werden.

1.3 Arbeitsbasis: Rekonstruktion der Lebenswelt

Das Konzept der Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit stellt auf Basis der vier beschriebenen Wurzeln insgesamt ein theoretisches Konzept dar, das Lebenswelt vor dem theoretischen Hintergrund der phänomenologisch-interaktionistisch beschriebenen *Strukturen der Lebenswelt* beschreibt, wobei die Strukturen vor allem aber im Kontext der *kritischen Alltagstheorie* korrigierend umformuliert werden. Die *Gesellschaftsanalysen* zeigen, dass dieses Lebensweltkonzept angesichts neuerer gesellschaftlicher Entwicklungen mit diversifizierender und insgesamt zunehmender sozialer Ungleichheit, mit der Individualisierung von Lebensführung sowie der Pluralisierung von Lebenslagen eine besondere Brisanz gewinnt.¹⁷⁷ Schließlich wird das Lebensweltkonzept für die Soziale Arbeit auch mit Hilfe der Ansätze der *hermeneutisch-pragmatischen Erziehungswissenschaft* und seiner *sozialwissenschaftlich-kritischen Weiterentwicklung* und der daraus resultierenden Methodendiskussion geprägt.¹⁷⁸

Lebenswelt lässt sich - anhand der theoretischen Wurzeln, auf denen das Lebensweltkonzept basiert - zusammenfassend noch einmal folgendermaßen rekonstruieren:

1. Der phänomenologische Lebensweltbegriff im Sinne von Schütz betont die *Subjektivität* der Perspektive. Eine Orientierung an diesen phänomenologischen Lebensweltbegriff bedeutet nicht nur eine Berücksichtigung des Alltags und der unterschiedlichen Alltagsbedingungen, sondern auch mögliche Unterschiede in der Wahrnehmung der Alltagsbedingungen. Es handelt sich also um eine Subjektivität im doppelten Sinne: Zum einen unterscheiden sich die Lebensbedingungen der Menschen und zum anderen unterscheiden sich die Menschen selbst (physisch und psychisch) voneinander, wodurch sich sowohl das, *was* wahrgenommen wird als auch *wie* etwas wahrgenommen wird, unterscheidet.¹⁷⁹

Unter Rückbezug auf die von Schütz beschriebenen Strukturmerkmale - Fraglosigkeit, Typisierung (inkl. Erfahrungsbildung, nicht hinterfragte Routinen), Pragmatisches Motiv und Sinngebung - aber auch unter Rückbezug auf die von Schütz genannten räumlichen, zeitlichen und sozialen Dimensionen der alltäglichen Lebenswelt - lässt sich die Lebenswelt über ihre Bedingungen beschreiben, die als Prämissen für das Verständnis von Menschen in das Lebensweltkonzept eingehen:

„Das Konzept Lebensweltorientierung arbeitet für das Verständnis von Menschen in ihren heutigen Verhältnissen mit einer Reihe von Prämissen: Menschen finden sich in ihren Verhältnissen, in Erfahrungen der räumlichen, zeitlichen und sozialen Strukturiertheit, sie müssen mit vielfältigen, komplexen Alltagsaufgaben zurande kommen; gesichert in oft nicht weiter hinterfragten Typisierungen und Routinen agieren sie pragmatisch, also nicht primär prinzipien- oder analyseorientiert, sondern in der

¹⁷⁶ vgl. Klafki und Mollenhauer zit. n. Krüger 09, S. 67f.

¹⁷⁷ vgl. Thiersch 07, S. 700

¹⁷⁸ vgl. ebenda

¹⁷⁹ vgl. Kraus 04, S. 7

Intention, die Situation zu bewältigen; sie suchen darin lohnende Aufgaben, Sinn.“¹⁸⁰

Im Sinne von Schütz wird der Mensch nicht abstrakt und losgelöst als Individuum betrachtet, sondern in der Erfahrung der Wirklichkeit, in der er sich *fraglos* befindet, d. h. im Zusammenhang mit seiner alltäglichen Lebenswelt. Menschen werden von den alltäglichen Verhältnissen geprägt, können sie aber auch aktiv mitgestalten.

Lebenswelt als Konzept übernimmt viele der Ausführungen von Schütz zum Pragmatismus, denn das Konzept betont nach Ansicht von Thiersch die *pragmatische* Geschicklichkeit des Sich-Arrangierens in der Lebenswelt (z. B. beim Anpassen an Strukturen oder Verändern von Strukturen) jenseits von Stringenz oder in sich konsistenten Begründungen.¹⁸¹ Das Lebensweltkonzept betont auch die Anstrengungen, sich in diesen Verhältnissen zu behaupten, z. B. durch Kompensation aber auch durch Überanpassung oder den Umgang mit Stigmata.¹⁸² Es respektiert dabei auch defizitäre oder normabweichende Verhaltensauffälligkeiten von Menschen, weil sie das Ergebnis der Anstrengung der Menschen darstellen, irgendwie *pragmatisch* mit den gegebenen Verhältnissen zurecht zu kommen.¹⁸³

Im Sinne von Schütz setzt Leben in der alltäglichen Lebenswelt voraus, dass man sie verstehen, d. h. *auslegen* kann. Das Strukturmerkmal der (geteilten) *Sinngebungen* bedeutet für das Konzept der Lebenswelt, dass erfahrene Lebenswelt die Schnittstelle von Objektivem und *Subjektivem* darstellt.¹⁸⁴

Schließlich ergeben sich durch Schütz bereits erste Hinweise auf soziale Ungleichheiten in der Lebenswelt (z. B. ungleiche Zugangschancen zu Sprache und Wissen).

2. Aus der kritischen Alltagstheorie (Kosik) abgeleitet, stellt Lebenswelt ein normativ-kritisches Konzept dar.¹⁸⁵ Es zeigt die Ambivalenz der Ressourcen, Deutungs- und Handlungsmuster auf: Sie bieten Entlastung, soziale Sicherheit und Identität, werden gleichzeitig aber als beengend, ausgrenzend, blockierend erfahren und äußern sich in Trauer und Protest.¹⁸⁶ Lebenswelt in diesem Sinne sieht Menschen in den Widersprüchen zwischen den vordergründigen Routinen, die die dahinterstehenden Zustände, das Elend und die Macht- und Herrschaftsstrategien tabuisieren und den Möglichkeiten und Hoffnungen auf gelingendere Verhältnisse.¹⁸⁷ Das Lebensweltkonzept betont somit unter Bezugnahme auf Kosik „das Widerspiel von Respekt und Destruktion in der Abwehr der Genügsamkeit von Verhältnissen, wie sie sich darstellen, und in der Sensibilität für die Erfahrungen von protestativer Energie, von unterdrückten Hoffnungen, von Trauer und Schmerz“.¹⁸⁸

Nach Thiersch ist die Konstruktion des Alltags nach Kosik für das Lebensweltkonzept aus mehreren Gründen wichtig: weil Alltag in seiner Widersprüchlichkeit und in der Mischung von Täuschung und Wahrheit gesehen wird, weil diese Mischung *gewertet* wird bezüglich der vorgegebenen Humanität und

¹⁸⁰ Thiersch 07, S. 700

¹⁸¹ vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 169

¹⁸² Umgang mit Stigmata bedeutet strapaziöse demütigende Kämpfe von Menschen, die ihres Makels wegen nicht in die „Normalität des Alltags“ passen[nach Goffman zit. n. Thiersch 06, S. 24]

¹⁸³ vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 169. So kann z. B. eine Suchterkrankung, die ursprünglich ein pragmatisches Mittel zur Bewältigung der belastenden lebensweltlichen Verhältnisse war, ein derartiges Ergebnis sein. Das es auch problematisch sein kann, wenn sich bornierte Routinen bilden, sich zwar routinierte aber dabei pathologische Verhaltensweisen entwickeln (Bsp. Flucht in die Sucht) wird von Schütz nicht thematisiert; (die Aufforderung zur Destruktion bornierten Routinen erfolgt erst durch Kosik)

¹⁸⁴ vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 170

¹⁸⁵ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 21 und vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 169f.

¹⁸⁶ vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 170

¹⁸⁷ vgl. Thiersch 05 et al., S. 170

¹⁸⁸ Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 170

Freiheit in der Praxis, weil Alltag zudem in seiner Erscheinung bezogen ist auf die ihn bedingenden gesellschaftlichen Faktoren und weil Alltag „als Prozess von Destruktion und Praxis [im Sinne von Marx] verstanden wird, der in seiner Widersprüchlichkeit so weitergetrieben werden muss, dass die Veränderung im Alltag einhergeht mit der Veränderung der gesellschaftlichen Strukturen, die ihn bestimmen“. ¹⁸⁹

3. Aus der dritten theoretischen Wurzel der Lebensweltorientierung ergeben sich zwei Konsequenzen für die Rekonstruktion von Lebenswelt.

Erstens gliedert sich Lebenswelt in unterschiedliche Lebensfelder. Dabei ist „das Konzept Lebenswelt [...] ebenso engagiert in der Rekonstruktion der konkreten lebensweltlichen Verhältnisse in unterschiedlichen Lebensfeldern, wie auch sensibel für die Anpassung und Vermittlung zwischen den Lebensfeldern, also der im Lebenslauf erworbenen lebensweltlichen Ressourcen zur Bewältigung lebensweltlicher Aufgaben.“ ¹⁹⁰

Zweitens folgt aus den gesellschaftlichen Strukturanalysen (Beck), dass subjektiv erfahrene Wirklichkeit immer durch die dahinterstehenden gesellschaftliche Strukturen und Ressourcen geprägt ist und demnach Lebenswelt ein historisch und sozial konkretes Konzept darstellt, bei dem der lebensweltliche Vordergrund erst zusammen mit dem gesellschaftlichen Hintergrund die Rekonstruktion der Lebenswelt ermöglicht. ¹⁹¹ Zudem ist Lebenswelt durch die beschriebenen Pluralisierungs- und Individualisierungstendenzen mit all ihren Widersprüchen sowie durch soziale Ungleichheiten in den Ressourcen bestimmt.

Auch die Verunsicherungen der Individuen, die u. a. aus veränderten Deutungs- und Handlungsmustern, wie z. B. den veränderten Monopolen, resultieren, charakterisieren die Lebenswelt. Von Individuen wird Verantwortung und Initiative für ihre aktive Lebensgestaltung verlangt, was sehr kräftezehrend und teils überfordernd ist, auch weil neben der Offenheit gesellschaftlicher Strukturen normative Offenheiten bestehen. „Das Konzept Lebenswelt [...] ist sensibel vor allem für die Muster, für die neuen Chancen, aber auch für die Belastungen und Überforderungen in den Gestaltungsaufgaben von Erfahrungsräumen und Lebensentwürfen. Diese Vermittlung von Widersprüchen, Offenheiten und notwendiger Verlässlichkeit und Perspektivität muss in der Sozialen Arbeit realisiert werden.“ ¹⁹²

4. Durch die vierte theoretische Wurzel fließen Aspekte des hermeneutischen Verstehens im Sinne der hermeneutisch-pragmatischen Strömungen der Erziehungswissenschaft in das Lebensweltkonzept ein und beeinflussen wegen des Zusammenhangs von Verständnis und Handeln u. a. die Problemlösungsprozesse der Fallarbeit. Auch viele Implikationen der kritischen Erziehungswissenschaft fließen in das Lebensweltkonzept und beeinflussen die Methodendiskussionen unter Bezugnahme auf die Mündigkeit des Subjekts sowie die Emanzipation als pädagogischem Ziel, um den Adressaten zu helfen, sich von überkommenen Verhältnissen zu emanzipieren. ¹⁹³ Selbst die Perspektive der Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse unter Orientierung an gerechteren Verhältnissen (wie sie auch schon unter Bezugnahme auf Kosik anzustreben wäre) wird in dem Konzept aufgenommen.

Nach dieser ausführlichen Darstellung der Fundierung des Lebensweltkonzepts soll nun das eigentliche Konzept vorgestellt werden.

¹⁸⁹ Thiersch 06, S. 42

¹⁹⁰ Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 170

¹⁹¹ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 21

¹⁹² Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 171

¹⁹³ vgl. Schoch 05, S. 1; Konkretisierungen hierzu finden sich später im Lebensweltkonzept beispielsweise in der Dimension der Hilfe zur Selbsthilfe und der Maxime der Partizipation

1.4 Dimensionen der Analyse der Lebenswelt

Als Ausgangsbasis geht es zunächst um die *Analyse* der Lebenswelt. Bei der systemischen Analyse der Lebenswelten werden mehrere Dimensionen sowie gesellschaftliche Strukturen untersucht, nicht mit dem bloßen Ziel der Bestätigung des Vorgefundenen, sondern mit dem Ziel der kritischen Veränderung des Alltags.¹⁹⁴ Bei den fünf zu berücksichtigenden Dimensionen der heutigen Strukturen der Lebenswelt werden die bereits von Schütz beschriebenen *zeitlichen*, *räumlichen* und *sozialen* Dimensionen von Thiersch um die beiden darauf aufbauenden Dimensionen der *alltäglichen Bewältigungsarbeit* sowie der *Hilfe zur Selbsthilfe* ergänzt.

1. Dimension der erfahrenen Zeit

Bei der systematischen Analyse von Lebenswelten wird die Zeitdimension im Sinne von Biografien und als Zeitgeschichte betrachtet.¹⁹⁵ Soziale Arbeit agiert in der Dimension der *erfahrenen Zeit*. Sie bezieht sich auf die Zeitstrukturen im Lebenslauf der Menschen, d. h. auf ihre in den jeweiligen Lebensphasen unterschiedlichen Bewältigungsaufgaben und Kompetenzen sowie unterschiedlich empfundene zeitliche Perspektive und Zeitdichte (wie beispielsweise zeitlicher Stress oder unerträglich langes Warten bei Krankheit).¹⁹⁶

Angesichts der brüchigen Bezüge zwischen Lebensphasen (vgl. S. 13) und ungewisser Zukunftsperspektiven orientiert sich lebensweltorientierte Arbeit zunächst vorrangig an der *Gegenwart* und den sich in ihr stellenden Bewältigungsaufgaben.¹⁹⁷ Dabei bedeutet lebensweltorientierte Soziale Arbeit auch Aufgaben des *Da-seins* und *Aushaltens* wahrnehmen zu müssen, wie sie sich z. B. bei der Suchtarbeit oder der Sterbebegleitung ergeben.¹⁹⁸ Allerdings orientiert sich lebensweltorientierte Arbeit auch an der offenen *Zukunft* und ist angesichts der mit der Lebensplanung vielfach überforderten Menschen (vgl. S. 16) bestrebt, Adressaten geeignete Kompetenzen für den Umgang mit dieser Offenheit von Lebensmöglichkeiten zu vermitteln.¹⁹⁹ Lebensweltorientiertes Arbeiten sieht und berücksichtigt die heutigen, von den Menschen individualisiert konzipierten, Lebensläufe und -entwürfe.²⁰⁰ Die zeitliche Perspektive einzunehmen, betont, dass eine Verbindung von Alltag (alltäglicher Lebenswelt) mit dem Konzept Biografie/Lebenslauf herzustellen ist.²⁰¹ Dabei werden Lebensphasen in ihrer Alltäglichkeit aufeinander bezogen und insbesondere Probleme des Zusammenhangs des Lebens in den Phasen sowie durch die Phasen hindurch - z. B. als Problem der „Patchwork-Identität“ (vgl. S. 16) - verhandelt.²⁰²

2. Dimension des erfahrenen Raumes

Lebenswelt konkretisiert sich in Zonen unterschiedlicher Erreichbarkeit.²⁰³ Lebensweltorientierte Soziale Arbeit sieht Menschen generell in ihrem *erfahrenen Raum*, der je nach Geschlecht, Kultur, Gesundheitszustand, Lebensalter etc. sehr unterschiedlich sein kann (wie z. B. räumliche Begrenztheiten für Gehbehinderte,

¹⁹⁴ vgl. Hill 08, S. 150

¹⁹⁵ vgl. ebenda

¹⁹⁶ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 33

¹⁹⁷ vgl. ebenda

¹⁹⁸ vgl. ebenda

¹⁹⁹ vgl. ebenda

²⁰⁰ vgl. Thiersch 07, S. 701

²⁰¹ vgl. Schefold zit. n. Thiersch 05, S. 51

²⁰² vgl. Thiersch 05, S. 51

²⁰³ vgl. Thiersch 07, S. 700, damit wird auf Schütz rekurriert, der darauf hinweist, dass Menschen nur innerhalb einer räumlichen „Wirkzone“ (vgl. S. 7) durch direktes Handeln eingreifen können. Hier liegt die beeinflussbare Welt in „aktueller Reichweite“; es gibt jedoch auch Welten in „wiederherstellbarer Reichweite“, in denen man schon einmal war und die man sich nochmals zugänglich machen möchte sowie Welten in „erlangbarer Reichweite“, die man sich erstmalig zugänglich machen wird [zu Formen der Reichweite vgl. genauer Schütz/Luckmann 03, S. 71ff., S. 88f., S. 483f.]

Bettlägerige) sowie in ihren räumlichen Verhältnissen, die die Menschen durch ihre jeweiligen ländlichen Strukturen, städtischen Milieus, Abgrenzungen, territoriale Auseinandersetzungen etc. sehr beeinflussen.²⁰⁴

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit sucht nicht nur raumbezogene Ressourcen und Blockaden, sondern agiert selbst auch in den für die Adressaten relevanten Räumen (Bsp. Straßensozialarbeit), wodurch potentielle Probleme bereits präventiv angegangen werden können.²⁰⁵

„Lebensweltorientierte Soziale Arbeit geht davon aus, dass es ein elementares Recht auf einen eigenen, verlässlichen und individuell gestaltbaren Lebensraum gibt.“²⁰⁶ Daher entwickelt sie raumbezogene Handlungskonzepte und wirkt bei Bedarf sozialpolitisch, indem sie z. B. den Ausbau ambulanter Dienste fordert, um Menschen in ihren angestammten Lebensräumen durch ambulante Hilfen bei der Lebensbewältigung zu unterstützen.²⁰⁷ Diese Arbeit an der sozialen Infrastruktur eines Sozialraums stellt somit einen gesonderten Aufgabenbereich des Lebensweltkonzepts dar.²⁰⁸

3. Dimension der sozialen Bezüge

Das Lebensweltkonzept bezieht sich auch auf die Ressourcen und Spannungen der *sozialen Bezüge*, wobei die Komplexität der sozialen Netze und damit die Fülle unterschiedlicher, sich ggf. auch widersprechender Erfahrungen, die Menschen mit den Mitgliedern ihres sozialen Netzes machen, einer umfassenden Betrachtung bedarf, um die Lebenswelt realistisch erfassen zu können.²⁰⁹ Beispielsweise sind im Rahmen der Netzwerkanalyse nicht nur die Familie, sondern auch Freunde, Kollegen, Gleichaltrige, Nachbarschaft oder auch professionelle Unterstützer als Elemente des Netzes zu betrachten. Das Lebensweltkonzept berücksichtigt auch das Aufbrechen heutiger sozialer Netze (vgl. S. 15), die das Arrangement belastbarer Beziehungen und die „Inszenierungen“ sozialer Ressourcen zu einer besonderen Aufgabe machen.²¹⁰ Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit hilft dabei, Konzepte zu verhandeln, die einerseits verlässliche und dauerhaft verbindliche Beziehungen beinhalten und andererseits die Chancen und Risiken von auf Zeit und für Projekte gebildeten Kooperationen berücksichtigen (z. B. für die Zeit der Erkrankung eines Familienmitgliedes). Damit behält sie die Spannungen zwischen dem Bedürfnis der Menschen nach Dauer und Verlässlichkeit in Beziehungen und den neuen offenen Lebensformen im Blick.²¹¹ Lebensweltorientierte Arbeit beachtet auch, dass angesichts des Aufbruchs der sozialen Netze und den daraus resultierenden Unsicherheiten der Menschen die „Pädagogik kompensierend und entlastend verlässliche und belastbare Beziehungen anzubieten hat“.²¹²

4. Dimension Alltägliche Bewältigungsarbeit

Das Lebensweltkonzept handelt in den eben genannten drei Dimensionen *im besonderen Respekt vor den alltäglichen, eher unauffälligen Bewältigungsaufgaben*.²¹³ Es orientiert sich am Kleinen, am Unscheinbaren und an den immer wiederkehrenden Handlungen des Alltags. Dabei kann es beispielsweise um Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Lebensaltern gehen, um Erwartungen an ökonomische Selbständigkeit²¹⁴ oder auch um Erziehungsaufgaben/ Familienhilfe. In diesem Zusammenhang werden z. B. Aufgaben wie

²⁰⁴ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 33

²⁰⁵ vgl. Thiersch 05, S. 50

²⁰⁶ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 34

²⁰⁷ vgl. ebenda

²⁰⁸ vgl. Koch/Lenz, Hamburger, Thiersch/Thiersch zit. n. Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 172

²⁰⁹ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 34

²¹⁰ vgl. Nestmann und Keupp/Röhrle zit. n. Thiersch 05, S. 51

²¹¹ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 34

²¹² vgl. ebenda

²¹³ vgl. Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 172

²¹⁴ vgl. Hill 08, S. 27

Aufräumen, Putzen, Kochen oder auch Ansprechbar-Sein beachtet,²¹⁵ die angesichts enttraditionalisierter Strukturen in manchen Familien niemandem mehr eindeutig zugeordnet werden können und daher einen Unterstützungsbedarf implizieren. Die kleinen alltäglichen Aufgaben können durch die Sozialarbeiter auch genutzt werden, um „ganz nebenbei“ Beziehungsklärungen zu unterstützen oder auch grundlegende Regeln im Umgang mit Raum, Zeit oder miteinander in pädagogischer Absicht zu strukturieren.²¹⁶

5. Dimension Hilfe zur Selbsthilfe

Das Lebensweltkonzept zielt auf Hilfe zur Selbsthilfe, auf Empowerment und Identitätsarbeit und richtet seine Unterstützungen damit derart aus, dass die Menschen sich als *Subjekte* ihrer Verhältnisse erleben.²¹⁷ Dabei werden die Menschen wieder sehr umfassend fokussiert, d. h. mit ihren Stärken, die sie aus ihnen zugemuteten Bewältigungsleistungen erwarben, mit ihren Aversionen gegen ihnen von außen auferlegte Zwänge und Zumutungen, die keinen Bezug zu ihrer eigenen Lebensgestaltung haben, sowie in ihren neu-entwickelten Formen der Sozialität.²¹⁸ Identitätsarbeit als Kompetenz zur Lebensbewältigung intendiert, dass Menschen trotz all ihrer Belastungen, Überforderungen und Unsicherheiten angesichts der heutigen widersprüchlichen Verhältnisse (vgl. S. 18) eine so weitgehende Sicherheit im Lebenskonzept erwerben, dass eher deprimierende, teils auch pathologische Verhaltensweisen wie Depressionen (vgl. S. 16), Verzweiflung, Rückzug, Gewaltausbrüche oder auch die Flucht in die Sucht vermieden werden können.²¹⁹ Bei der Hilfe zur Selbsthilfe ist die Soziale Arbeit auf Anregungen, Provokationen und Unterstützungen festgelegt, sie schafft Anbahnungen und Voraussetzungen; die jeweilige Realisierung liegt aber bei den Adressaten, die ihr Leben in eigener Verantwortung gestalten und Angebote auch ablehnen können („Vorläufigkeit des Mandats“ der Sozialen Arbeit).²²⁰

In Ergänzung der fünf Analysedimensionen, verweist Thiersch darauf, dass die Lebensverhältnisse immer auch als gesellschaftliche Verhältnisse verstanden werden (analog zu Beck, vgl. S. 16), weshalb Lebensweltorientierung auch immer der *Analyse der gesellschaftlichen Probleme*, die hinter den individuellen Lebensverhältnissen liegen, bedarf (vgl. auch Schütz S. 10). Die lebensweltorientierte reflexive Sozialarbeit²²¹ kann nur zusammen mit den strukturellen, gesetzlichen und finanziellen Bedingungen, die für ihre Verwirklichung Voraussetzung sind, betrachtet werden, d. h. wenn dieser Zusammenhang von strukturellen und reflexiven Momenten verkürzt werden würde, wäre das Konzept der Lebensweltorientierung nach Ansicht Thierschs illusionär.²²²

²¹⁵ vgl. Thiersch 05, S. 49

²¹⁶ vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 172, Die *Betonung des Alltäglichen* beschreibt Thiersch z. B. in dem Fall einer Familienhelferin, die zunächst den *Respekt* vor der betreuten Familie in ihren Verhältnissen und in ihrem So-Sein erst einmal dadurch ausdrückte, dass sie sich -trotz hygienischer Vorbehalte - überwand, den Tee aus einer ihr angebotenen ungespülten Tasse zu trinken, dann der Familienmutter gemeinsames Abwaschen vorschlug und „ganz nebenbei“ erste Gesprächskontakte hatte, die dann langsam zu einer Gewöhnung und langfristigen Unterstützung der Familie durch die Familienhelferin führten [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 163ff.]

²¹⁷ vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 172

²¹⁸ vgl. ebenda und vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 34f.

²¹⁹ vgl. ebenda und vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 35

²²⁰ vgl. Thiersch 02, S. 208f.

²²¹ Reflexivität beinhaltet die Doppeldeutigkeit: Einerseits im Sinne des Reflektierens der eigenen Arbeit (Selbstkritik, vgl. dazu später, S.37) und andererseits - so wie es dieser Stelle gemeint ist - bedeutet Soziale Arbeit, die reflexiv ist, dass sie sich auf die konkreten Bedingungen und Regionen der Sozialen Arbeit (rück-)bezieht [vgl. Thiersch 05, S. 40 und vgl. Gaitanides o. J., S. 10], d. h. den strukturellen und lebenspraktischen Kontextbezug berücksichtigt

²²² vgl. Thiersch 05, S. 40

1.5 Leitgedanken des Lebensweltkonzepts

Nachdem illustriert wurde, wie umfassend die Analyse der Lebenswelt - anhand der fünf Dimensionen und der Berücksichtigung der Gesellschaftsverhältnisse - durch Sozialarbeiter aussehen müsste, werden nun drei zentrale Leitgedanken des Lebensweltkonzepts, die ihnen dabei als Orientierung dienen sollen, vorgestellt. Dazu gehören die Ausrichtung an den Adressaten in ihren jeweiligen Verhältnissen, die sozialpolitische Ausrichtung des Konzepts sowie die Problematik des Spannungsfelds zwischen dem Respekt und der Destruktion von Alltagsstrukturen.

1.5.1 Ausgangspunkt: Adressaten in ihren Verhältnissen

Menschen, die im Rahmen der Individualisierungsprozesse ihr Leben nun selbst planen müssen (vgl. S. 16), werden als konkreter „Einzelfall“ mit der eigenen Lebensführung, in der speziellen Lebensphase und mit der spezifischen Einzelbiografie zum Bezugspunkt der Sozialen Arbeit.²²³ Im Konzept der Lebensweltorientierung ist eine „Radikalität des prinzipiellen Ausgangs von den Erfahrungen und Bewältigungsaufgaben der jeweiligen [Adressaten]“²²⁴ angelegt. Der Ausgangspunkt ist das Leben der Menschen in ihren gegebenen Verhältnissen, d. h. in ihrem Alltag mit den darin vorhandenen Bedürfnissen und Nöten aber auch Stärken und jeweiligen Deutungs- und Handlungsmustern,²²⁵ so dass die Ansätze der lebensweltorientierten Arbeit entsprechend individuell darauf zugeschnitten werden müssen.²²⁶ Lebensweltorientierung stellt dabei einen Ansatz dar, der in der konkret vorhandenen Lebenswelt nicht nur die problematischen defizitären Problemlösungen fokussiert, sondern hier nach Ressourcen sucht: „Lebenswelt fungiert gleichsam als Reservoir sprachlicher, handlungspraktischer, wissensmäßiger Kompetenzen [der Adressaten], an die es anzuknüpfen gilt.“²²⁷ Lebensweltorientierte Soziale Arbeit bedeutet auch, auf Verallgemeinerungen von Lebensverhältnissen zu verzichten, zugunsten einer realistischen Betrachtungsweise der äußerst komplexen, immer vielschichtiger werdenden Lebenswelt. Es gehört zum lebensweltlich orientierten Arbeiten, Leben in seinem Eigensinn ernst zu nehmen, gegenüber den verkürzenden Problemlösungs- und Verständnismustern moderner Wissenskulturen.²²⁸

Da die Lebensweltorientierung eine Dienstleistung im elementaren Sinne ist, d. h. bestimmt von den Bedürfnissen, Ansprüchen und Möglichkeiten der Adressaten, müssen institutionelle und professionelle Entwicklungen mit Tendenzen zur Selbstreferenzialität kritisiert und misstrauisch beobachtet werden.²²⁹ Selbstreferentielle Institutionen (und selbstreferentielle professionelle Entwicklungen) können den lebensweltlichen Aufgaben nicht gerecht werden und können durch ihre spezifischen, teils auch abgeschotteten Arbeitsweisen den eigentlichen - auf die jeweilige Lebenswelt bezogenen - Anliegen ihrer Adressaten nicht mehr entsprechen. Wahl weist darauf hin, dass sich an das Prinzip Lebensweltorientierung die Hoffnung knüpft, Institutionen und Träger Sozialer Arbeit und deren Arbeitsweisen selbst zu reformieren (z. B. in Richtung Dezentralisierung, Niedrigschwelligkeit und Entspezialisierung). Unter dem Druck der Adressatenorientierung „wird

²²³ vgl. Rauschenbach 94, S. 100

²²⁴ Grunwald/Thiersch 04, S. 22

²²⁵ vgl. Thiersch 05, S. 100; vgl. Wahl 04, S. 4

²²⁶ So sieht die Hilfe zur Selbsthilfe z. B. völlig unterschiedlich aus, je nachdem ob ein Behinderter im Heim, oder in der Familie lebt, abgesehen von jenseits von Familie und Heim zusätzlichen Formen der Hilfe zur Selbsthilfe für ein selbständiges, eigenverantwortliches Leben von Behinderten [vgl. Thiersch 05, S. 100]

²²⁷ Wahl 04, S. 7

²²⁸ vgl. Thiersch 05, S. 52

²²⁹ vgl. Thiersch 07, S. 702 und vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 22

der Ausgangspunkt Sozialer Arbeit vom Kopf auf die Füße gestellt. [...] [Der Adressat] hat sich nicht mehr der Handlungslogik Sozialer Dienste anzupassen, vielmehr rückt nun die *Handlungslogik der Betroffenen selbst* in den Vordergrund“.²³⁰

1.5.2 Erweiterter Fokus: Sozialpolitische Funktion

Das Konzept der Lebensweltorientierung stellt auch eine sozialpolitische Handlungstheorie dar,²³¹ denn lebensweltorientierte Sozialarbeit soll nicht ausschließlich die - immer vielfältiger werdenden - Einzelfallspezifika fokussieren, sondern muss auch darauf achten, „die verallgemeinerbaren Anteile kollektiver und gemeinsam geteilter Lebenslagen, gewissermaßen die sozialpolitischen Anteile sozialpädagogischen Handelns [nicht] aus den Augen zu verlieren.“²³² Das heißt, die o. g. gesellschaftliche Bedingtheit von Lebensverhältnissen verlangt eine Beteiligung an der sozialen und politischen Diskussion.²³³ Die sozialpolitische Funktion lebensweltorientierter Sozialer Arbeit zeigt sich unter anderem darin, dass sie die Stärkung sozialer Gerechtigkeit beabsichtigt und das Prinzip parteilicher Einmischung verfolgt.

Stärkung sozialer Gerechtigkeit

Lebensweltorientierte Arbeit vertritt den hohen sozialpolitischen Anspruch, Gerechtigkeit als soziale Gerechtigkeit in der Gesellschaft stärken zu wollen. Dabei geht es um die Form des bislang nicht erfüllten Sozialstaatspostulats. Das bedeutet, dass „soziale Gerechtigkeit als Gerechtigkeit in den *realen* - materiellen und auch immateriellen - Ressourcen zu realisieren“²³⁴ wäre, so wie auch bereits früher die *formale* soziale Gerechtigkeit - bezüglich der Partizipation an Politik und der Stellung der Menschen in der Justiz - realisiert wurde und inzwischen fester Bestandteil der Gesellschaftsstruktur geworden ist.²³⁵ Angesichts des „Selbstanpruchs an soziale Gerechtigkeit“ rekonstruiert lebensweltorientierte Sozialer Arbeit die traditionellen sozialen Ungleichheiten sowie die neuen, sich immer weiter diversifizierenden und tendenziell zunehmenden sozialen Ungleichheiten der Gesellschaft (vgl. S. 17f.), sieht die Menschen darin und vermittelt - im Zeichen stellvertretender Verantwortung für Gerechtigkeit - Hilfen bzw. stärkt die Selbsthilfefähigkeiten der Adressaten in Abhängigkeit von ihren Ressourcen.²³⁶

Neben der Offenheit gesellschaftlicher Strukturen bereiten auch normative Offenheiten den Menschen Schwierigkeiten (vgl. S. 23). Grunwald/Thiersch weisen darauf hin, dass normative Vorgaben zwar tatsächlich nicht einfach vorgegeben werden, sondern für die Einzelfälle (mit ihren unterschiedlichen Lebenskonstellationen und -entwürfen) erst ausgehandelt werden müssten, dass dies jedoch keine beliebige normative Orientierung der lebensweltorientierten Arbeit erlaube. Im Sinne der lebensweltorientierten Arbeit bleibe eine *allgemeine Orientierung an sozialer Gerechtigkeit* bestehen, unter der die Lebensbrüche, Widersprüche, Hoffnungen etc. der Menschen verstanden werden müssten. Die Verbindung dieser allgemeinen Orientierung an sozialer Gerechtigkeit mit den Aufgaben in konkreten, individuellen Lebenskonstellationen bezeichnen sie als „moralisch inspirierte Kasuistik“.²³⁷ Dabei bedeutet Kasuistik zwar eine Verhandlung eines Einzelfalls samt seiner konkreten Lebenskonstellationen, jedoch erfolgt sie unter allgemeinen Regeln (hier: der normati-

²³⁰ Wahl 04, S. 8, Hervorhebung durch den Verfasser

²³¹ vgl. Kahl 00, S. 13, S. 21

²³² Rauschenbach 94, S. 101

²³³ vgl. Thiersch 07, S. 702

²³⁴ Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 166, Hervorhebung durch A. D.

²³⁵ vgl. Marshall zit. n. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 166

²³⁶ vgl. Thiersch 07, S. 701

²³⁷ Grunwald/Thiersch 04, S. 23

ven Orientierung an sozialer Gerechtigkeit), aus deren Blickwinkel heraus erst die möglichen Optionen für den spezifischen Einzelfall deutlich werden können.²³⁸ Thiersch legt aber auch dar, dass die moralisch inspirierte Kasuistik keineswegs eindeutig und definitiv klärend sein muss, sondern Entscheidungen weiterhin schwierig bleiben können. Schließlich weist er darauf hin, dass eine moralisch inspirierte Kasuistik auf allen Ebenen des Handelns praktiziert werden sollte, d. h. der individuellen, aber auch der sozialen und gesellschaftlichen Ebene.²³⁹

Prinzip parteilicher Einmischung

Das Konzept Lebensweltorientierung verfolgt das „*Prinzip Einmischung*“ als parteiliche Vertretung lebensweltlicher Erfahrungen und Probleme²⁴⁰ und greift dementsprechend parteiergreifend in die Arbeitsmarkt-, Familien-, Sozial-, Bildungs-, Gesundheits- oder auch Wohnungsbaupolitik unterschiedlicher politischer Ebenen ein, wobei Mittel der Verhandlung, Aufklärung aber auch Skandalisierung genutzt werden.²⁴¹ Wenn Lebensweltorientierung bedeutet, Probleme tatsächlich so anzugehen, wie sie sich in der Lebenswelt darstellen, dann muss die lebensweltorientierte Soziale Arbeit um der Anwaltschaft für Adressaten willen, die Grenzen ihrer Zuständigkeit überschreiten.²⁴² D. h. man beschränkt sich nicht auf die eigenen Zuständigkeiten und Ressorts, die zudem ggf. den Ressorts der anderen Politikbereiche (wie Gesundheitsressort, Arbeitsressort etc.) nachrangig eingeordnet sind, sondern nutzt bewusst die Einmischung im Sinne eines offensiven Überschreitens der eigenen Grenzen.²⁴³

Dieses Einmischen sollte sich nicht nur auf Konfrontationen mit Politikbereichen, sondern auch auf andere *Institutionen* der Lebenswelt des Adressaten beziehen (bei Jugendlichen z. B. auf Schule, Polizei, Psychiatrie etc.), weil die Belastungen der Adressaten häufig gerade in den Übergängen und den hier schwer auflösbaren Widersprüchen liegen²⁴⁴ (zur Problematik widersprüchlicher Teilsystemrationalitäten vgl. S. 13).

Da lebensweltliche Bewältigungsmuster immer durch gesellschaftliche Verhältnisse geprägt sind,²⁴⁵ wird durch die Beachtung des Prinzips der Einmischung (mit der Intention der Veränderung dieser Verhältnisse) neben den individuellen Hilfen für die Adressaten ein weiterer Ansatzpunkt genutzt, um den Adressaten bei der Bewältigung ihres alltäglichen Lebens zu helfen.

1.5.3 Spannungsfeld: Respekt versus Destruktion von Alltagsstrukturen

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit steht in dem Spannungsfeld, einerseits Respekt vor gegebenen Alltagsstrukturen haben zu müssen und andererseits die Destruktion der Pseudokonkretheit des Alltags (vgl. S. 12f.) betreiben zu müssen.

Respekt, den Thiersch als Grundorientierung lebensweltorientierter Arbeit bezeichnet, bedeutet sowohl die Akzeptanz der eigensinnigen Lebensverhältnisse der jeweiligen Adressaten sowie das Wissen um die Tatsache, dass Menschen generell unterschiedliche lebensweltliche Erfahrungen machen, und der Adressat bzw. Klient dem Sozialarbeiter somit immer als Fremder begegnet.²⁴⁶ *Destruktion* meint die Kritik und Überwin-

²³⁸ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 23

²³⁹ vgl. Thiersch 05, S. 231ff.

²⁴⁰ Grunwald/Thiersch 04, S. 23, Hervorhebung durch die Autoren

²⁴¹ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 23, vgl. auch Thiersch 05, S. 35; gemeint sind die politischen Ebenen: Bund, Länder, Kommunen und Stadtteile [vgl. ebenda]

²⁴² vgl. Thiersch 05, S. 35

²⁴³ vgl. ebenda, vgl. Thiersch 02, S. 208

²⁴⁴ vgl. Thiersch 05, S. 232

²⁴⁵ vgl. Thiersch 07, S. 701

²⁴⁶ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 24, vgl. Thiersch 05, S. 46

derung von bornierten Routinen der Lebenswelt, um damit bislang unterdrückte Optionen aufzuzeigen sowie freiere Möglichkeiten zu schaffen.²⁴⁷ Destruktion ist teils nötig, weil Menschen nicht kompetent in ihrem Alltag sind bzw. ihre Handlungsmuster zur Alltagsbewältigung unangemessen sind, wenn z. B. ungeprüfte Annahmen und Missverständnisse ihre Alltagskommunikation prägen oder Leiden und Schmerz ihre Alltagsarrangements charakterisiert.²⁴⁸ Respekt und Destruktion miteinander zu verbinden, gilt als schwieriges Unterfangen:²⁴⁹

„Im Namen sozialer Gerechtigkeit und Humanität löst die lebensweltorientierte Soziale Arbeit die Doppelstellung von Respekt vor den Handlungsrouninen und Bewältigungsstrategien der Menschen und der zumindest teilweisen Destruktion dieses Alltags nicht auf, sondern sucht in mäeutischer Manier nach neuen Optionen für einen gelingenderen Alltag.“²⁵⁰

Gelingenderer Alltag konkretisiert den o. g. „Praxis“-Begriff („Praxis“ im Sinne des ‚Wesen‘ von Marx, als Kampf gegen unterdrückende Verhältnisse, vgl. S. 12) und bezieht sich auf das Konzept von „Praxis“ als Entwurf humanen Lebens.²⁵¹ Gelingenderer Alltag verweist darauf, dass Hoffnungen auf Verbesserungen an Erfahrungen und Möglichkeiten im gegebenen Alltag gebunden sein müssen: „Praxis“ muss sich *im konkreten Arrangement der Alltäglichkeit* zeigen. Damit werden beispielsweise politische Utopien, die zu abgehoben vom Alltag sind, damit ausgeschlossen. Das Ziel ist nicht der gelungene, sondern der gelingendere Alltag, was darauf hinweisen soll, dass Aussagen über Praxis und anzustrebende *konkrete* Utopie nicht absolut, sondern nur relativ möglich sind, d. h. bezogen auf den konkreten historischen und gesellschaftlichen Kontext.²⁵²

Gelingenderer Alltag wird in einem Prozess geschaffen, bei dem die Destruktion der Pseudokonkretheit bzw. der bornierten Routinen beabsichtigt wird, und Menschen aus dem Vertrauten, Gewöhnten und dem gegebenen Komfort gelöst werden. Das ist nötig, weil Menschen bei ihren pragmatischen Anstrengungen der Bewältigung des Alltags zwar - wie schon bei Schütz beschrieben - durch Typisierungen und Routinen entlastet werden, aber Typisierungen und Routinen „in der Selbstverständlichkeit ihrer Pragmatik auch [bestimmen], was gleichsam unhinterfragt selbstverständlich ist oder als verhandlungsfähig und -bedürftig gilt“.²⁵³

Die „Destruktion des pseudokonkreten Alltags“ ist jedoch in zweifacher Hinsicht zu ergänzen.

Erstens sind gleichzeitig die konstitutiven Momente von Entlastung und Sicherung in der pragmatischen Erledigung von Aufgaben zu stärken. Denn wenn Pragmatik permanent durch Hinterfragen, Kritik und Provokation verunsichert werden würde und endlose Diskussionen um Alternativen in Gang kämen, wären Menschen nicht mehr handlungsfähig. Die Destruktion des pseudokonkreten Alltags ist also durch den gleichzeitig zu beachtenden „Respekt vor der Notwendigkeit von Pragmatik“ zu ergänzen.²⁵⁴ Der bereits von Schütz als essentiell beschriebenen Notwendigkeit von pragmatischen Alltagsroutinen wird also nicht widersprochen, sie wird nur durch die kritische Variante der Alltagstheorie (Kosik) kritisch ergänzt.

Zweitens verweist Thiersch auch darauf, dass die Destruktion des Pseudokonkreten auch mit der detektivischen Suche einhergehen muss, die Momente des *gelingenden* Lebens und uneingelöster Sehnsüchte zu entdecken, wachzuhalten und zu mehren, d. h. mit der „Stabilisierung glücklicher, gelungener Erfahrungen und

²⁴⁷ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 24

²⁴⁸ vgl. Thiersch 05, S. 224

²⁴⁹ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 24

²⁵⁰ Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 168

²⁵¹ vgl. Thiersch 05, S. 224

²⁵² vgl. Thiersch 06, S. 43

²⁵³ Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 169

²⁵⁴ vgl. Thiersch 06, S. 44

weitertreibender Hoffnungen“.²⁵⁵

Thiersch verhehlt nicht, dass es kein Patentrezept dafür gibt, in welchen konkreten Situationen welche der genannten Handlungsmuster - Respekt, Kritik, Destruktion, Provokation und detektivistische Suche - anzuwenden sind und stellt fest: „Der Kampf um den gelingenderen Alltag ist, so schwer das zu praktizieren ist, nur denkbar als Prozess eines mühsamen Aushandelns unter den Beteiligten.“²⁵⁶ Respekt und Destruktion können nur über Verhandlungen realisiert werden, wobei die Verhandlungspartner (Sozialarbeiter und Klient) gleichberechtigt sein müssen (vgl. Maxime Partizipation, S. 33), Respekt und Destruktion nur erfolgen dürfen, wenn auch die Zustimmung des Klienten dazu besteht²⁵⁷ und als unabdingbare Voraussetzung dieser Prozesse zudem Vertrauen zwischen den Verhandlungspartnern herrscht.²⁵⁸

Die drei in diesem Kapitelabschnitt beschriebenen essentiellen Leitgedanken des Lebensweltkonzepts umreißen mit der Adressatenorientierung, der sozialpolitischen Ausrichtung sowie dem eben umrissenen Spannungsfeld die Philosophie des Konzepts. Sie sind daher bislang noch auf einem relativ hohen Abstraktionsniveau beschrieben. Es bedarf demzufolge noch konkretisierender Beschreibungen, um das Konzept in der Praxis nutzen zu können. Diese sollen im folgenden Kapitel beleuchtet werden.

1.6 Konsequenzen für die Praxis lebensweltorientierter Sozialer Arbeit

Ganz unterschiedlich sehen die Konkretisierungen für die Praxis aus. Sie beinhalten fünf Struktur- bzw. Handlungsmaximen sowie das Prinzip der „Strukturierten Offenheit“. Darüber hinaus geben sie Hinweise zur Beziehungsgestaltung zwischen Sozialarbeiter und Klient und zur Prozessgestaltung. Schließlich enthalten sie auch Empfehlungen zur Integration und Flexibilisierung von Hilfen. Auf diese Konkretisierungen wird im nun folgenden Abschnitt eingegangen.

1.6.1 Struktur- und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierung

Fünf Struktur- und Handlungsmaximen (1. Prävention, 2. Alltagsnähe, 3. Integration, 4. Partizipation und 5. Regionalisierung/Dezentralisierung/Vernetzung) werden als Orientierungsrahmen für die Praxis aufgestellt, konkretisieren die lebensweltorientierte Soziale Arbeit und dienen dem Bemühen, gemeinsam mit den Adressaten den *gelingenderen Alltag* (s. o.) auszuhandeln und zu organisieren.²⁵⁹

1. Prävention

Prävention gliedert sich in allgemeine und spezielle Prävention. *Allgemeine* Prävention zielt auf die Stabilisierung und Inszenierung von unterstützenden Infrastrukturen²⁶⁰ und von allgemeinen Kompetenzen zur Lebensbewältigung. *Spezielle* Prävention zielt darauf, rechtzeitig prophylaktisch einzugreifen, bevor Schwierigkeiten sich verschlimmern, d. h. schon dann, wenn sie bloß zu erwarten sind, wie z. B. in Situationen besonderer Belastungen und bei sich abzeichnenden Krisen.²⁶¹ Sinnvoll wäre, die spezielle Prävention in die

²⁵⁵ vgl. Thiersch 06, S. 45f.

²⁵⁶ Thiersch 06, S. 46

²⁵⁷ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 25

²⁵⁸ vgl. ebenda, S. 31

²⁵⁹ vgl. Hill 08, S. 150

²⁶⁰ z. B. der Forderung nach rechtzeitigen, vorbeugenden ambulanten Maßnahmen (z. B. der Jugendhilfe), die gegenüber stationären Maßnahmen Vorrang haben sollen [vgl. Thiersch 05, S. 106]

²⁶¹ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 173

allgemeine Prävention einzubetten, und sie zudem auf definierte Problemsituationen zu beziehen.²⁶²

Prävention bedeutet, eine besondere Sensibilität dafür zu haben, Schwierigkeiten zu entdecken. Das ist eine heikle Aufgabe der richtigen Balancefindung, denn einerseits trägt das Lebensweltkonzept generell zu Normalisierungen und Entstigmatisierungen bei, indem es z. B. normabweichende Verhaltensweisen von Menschen respektiert und als Ergebnis der Anstrengung, irgendwie mit den gegebenen Verhältnissen zurecht zu kommen, interpretiert (vgl. S. 22), und andererseits muss Prävention dennoch dafür sensibilisiert sein, Normabweichungen auch als *unangemessen* erkennen zu können und potentiell oder real daraus resultierende Schwierigkeiten zu erkennen (beispielsweise Sprachprobleme von Migrantenkindern).²⁶³

2. Alltagsnähe

Auch Alltagsnähe gliedert sich in zwei Teilbereiche auf. Sie meint zum einen die Präsenz von Hilfen in der Lebenswelt der Adressaten, d. h. die Erreichbarkeit und Niedrigschwelligkeit von Hilfsangeboten. Zum anderen bezieht sich Alltagsnähe auf eine „ganzheitliche“ Ausrichtung der Hilfen, d. h. auf ihren Bezug zu den miteinander verbundenen Erfahrungen und Selbstdeutungen der Adressaten in ihrer Lebenswelt.²⁶⁴ Thiersch verweist darauf, dass in der Sozialen Arbeit gemäß der Maxime der *Alltagsnähe* „das Verhältnis von alltagsorientierten und spezialisierten Arbeitszugängen verschoben werden muss“.²⁶⁵ Dazu betrachtet er beispielsweise die Analogie zur Medizin, bei der das Verhältnis zwischen dem Allgemeinarzt und den spezialisierten Medizinerinnen auch neu ausgehandelt werden muss.²⁶⁶ *Alltagsnähe* bedeutet sogar, dass die „spezielleren Arbeitszugänge ihre Aufgaben im Kontext der lebensweltlich gegebenen weiteren Problemzusammenhänge sehen müssen, dass sie sich mit ihren speziellen Angeboten beziehen müssen auf die alltagsnahen und offenen.“²⁶⁷ Offene Zugänge - wie die allgemeine Beratung oder Konzepte der Alltagsbegleitung - müssen nach Ansicht von Thiersch et al. gegenüber speziellen Hilfsangeboten der Sozialen Arbeit gestärkt werden, wobei die offenen Zugänge nicht gegen spezielle Hilfen ausgespielt werden sollten, sondern beide ihre Berechtigung und Notwendigkeit haben und nebeneinander bestehen sollen.²⁶⁸ Sie warnen davor, dass - dem Trend zur Spezialisierung folgend - die elementaren Aufgaben (wie die der allgemeinen Beratungsstellen) als „Restgeschäfte“, die quasi „leider“ noch nicht hinreichend spezialisiert werden konnten, angesehen werden.

3. Integration

Integration strebt eine Lebenswelt ohne Ausgrenzung, Unterdrückung und Gleichgültigkeit an und somit eine Gleichheit bezüglich der Grundansprüche.²⁶⁹ Um die Gleichheit bezüglich der Grundansprüche realisieren zu können, ist allerdings die Sicherung von Ressourcen und Rechten erforderlich.²⁷⁰ Integration meint aber keineswegs Egalisierung,²⁷¹ sondern die Anerkennung von Unterschiedlichkeiten. Die Kenntnis dieser Unter-

²⁶² vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 26

²⁶³ vgl. ebenda, S. 27f.

²⁶⁴ vgl. ebenda, S. 26; zum „ganzheitlichen“ Zusammenhang von Problemverständnis und Lösungsressourcen im Rahmen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit [vgl. auch Thiersch 02, S. 215]

²⁶⁵ vgl. Thiersch 05, S. 32

²⁶⁶ vgl. ebenda

²⁶⁷ vgl. ebenda

²⁶⁸ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 173

²⁶⁹ vgl. ebenda, vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 26

²⁷⁰ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 173

²⁷¹ Beck/Beck-Gernsheim weisen darauf hin, dass Integration bei hochindividualisierten Gesellschaften nicht mehr über gemeinsame Werte (Wert-Integration), über gemeinsame materielle Grundlagen (Wohlstandsintegration) oder auch das Nationalbewusstsein möglich ist und zeichnen das Bild von „projektiver Integration“. Sie äußern die Hoffnung, dass Menschen, trotz ihrer heterogenen Individuallagen angesichts drängender Zukunftsfragen neue, politische offene Bündnis- und Bündnisformen schmieden (wie z. B. zu Umweltthemen, Friedensbewegung etc.), auf solche Formen der Integration geht das Lebensweltkonzept trotz des Bezugs auf Gesellschaftsanalysen von Beck jedoch nicht ein. [zu Integ-

schiedlichkeiten, Respekt, Toleranz und Offenheit ihnen gegenüber sowie das Schaffen von Räumen des Miteinanders, verbergen sich hinter der Maxime Integration.

4. Partizipation

Partizipation wird im Rahmen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit in vielfältigen Formen der Beteiligung und Mitbestimmung verwirklicht. Partizipationsmöglichkeiten werden von den Menschen angesichts ihrer individualisierten Lebensführungen und den an sie gestellten Erwartungen an Wahl, Entscheidung, Selbständigkeit und Initiative (vgl. homo optionis S. 14) auch erwartet und beansprucht.²⁷²

Thiersch spricht von einer „neue[n] Kollegialität zwischen Professionellen und Nichtprofessionellen [...], die bei aller Unterschiedlichkeit in Sachzuständigkeiten die Gleichwertigkeit von Positionen unterstellt.“²⁷³ Es müssen jedoch die Voraussetzungen *gleichberechtigten* Handelns zwischen den Beteiligten geschaffen werden. Solche Voraussetzungen können beispielsweise das Organisieren von Ressourcen und Artikulationsmöglichkeiten für die Verhandlungen sein.²⁷⁴ Partizipation bezieht sich jedoch nicht nur auf die Planung und Realisierung individueller Hilfeprozesse, sondern auch auf regionale Planungen.²⁷⁵ Thiersch et al. verweisen zudem darauf, dass Partizipation der Verwirklichung demokratischer Ansprüche dient und somit beispielsweise Mitbestimmung auch mit der Institutionalisierung von Einspruchs- und Beschwerderechten von Bürgern einhergehen muss.²⁷⁶

5. Dezentralisierung/ Regionalisierung/ Vernetzung

Die Dezentralisierung, Regionalisierung und Vernetzung verlangen die Bindung sozialer Hilfen an den Ort der Adressaten, damit sie in die konkreten regionalen (bzw. lokalen) Strukturen eingepasst werden können. Regionalisierung bedeutet darüber hinaus die Verlagerung von Zuständigkeiten an die regionale Basis und insofern die Planung und Kooperation von Hilfen im Kontext der jeweiligen regionalen Gegebenheiten (Bsp. Selbsthilfeszene). Thiersch weist aber darauf hin, dass dafür zunächst verbindliche, überregionale politische Standards zu entwickeln wären, damit Regionalisierung nicht die schon gegebenen Ungleichheiten in den Angebotsstrukturen (z. B. zwischen Stadt und Land) weiter verfestigt.²⁷⁷

Diese fünf *Struktur- und Handlungsmaximen* können sich bei den Konkretisierungen, die sich aus dem Lebensweltkonzept ableiten lassen, sowohl auf *Strukturen* als auch auf *Handlungskonzepte* auswirken.

Beispiel: Die Maxime „Partizipation“ könnte zu *Strukturveränderungen* führen, indem dafür gekämpft wird, dass Patienten in wichtigen gesundheitspolitischen Gremien ein Mitspracherecht erhalten. Und sie könnte zu *Handlungsveränderungen* führen, indem Aushandlungsprozesse zwischen Sozialarbeiter und Klient (Patient) durch eine gleichberechtigte Partizipation geprägt sind. Die Maxime kann somit *Strukturen und Handlungen* beeinflussen.

Grunwald/ Thiersch verweisen darauf, dass die fünf Maximen nur im Zusammenhang gesehen werden können und nur im Zusammenspiel realisiert werden dürfen.²⁷⁸

rationsmöglichkeiten hochindividualisierter Gesellschaften vgl. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 32ff.]

²⁷² vgl. Thiersch 05, S. 33

²⁷³ Thiersch 05, S. 34

²⁷⁴ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 174

²⁷⁵ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 26

²⁷⁶ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 174

²⁷⁷ vgl. Thiersch 05, S. 31f.

²⁷⁸ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 28; z. B. ist Prävention ohne Alltagsnähe, Integration und Partizipation nicht denkbar [vgl. ebenda]

1.6.2 Prinzip der „Strukturierten Offenheit“

Lebensweltorientiertes sozialpädagogisches Handeln ist, da es sowohl von der Situation als auch den beteiligten Menschen abhängig ist, nicht einfach planbar, sondern stellt einen Entwurf ins Offene dar.²⁷⁹ Es bedarf daher bei Sozialarbeitern der Fähigkeit zum Handeln in der Offenheit von Situationen sowie zum Handeln in den Strukturen offener sozialer Beziehungen.²⁸⁰ Lebensweltorientierte Soziale Arbeit bezieht sich auf die Komplexität widersprüchlicher und offener Lebenssituationen ihrer Adressaten und reflektiert sich dabei unter Orientierung an den beschriebenen fünf Maximen. Das *Prinzip der strukturierten Offenheit* beschreibt dieses Zusammenspiel einer situativen Sensibilität und methodischer Maximen.²⁸¹

Lebensweltorientiertes Handeln benötigt *methodische Strukturierung* und Absicherung:

„Methodische Strukturierung meint das Wissen um Phasen des Arbeits-, Verständigungs-, Unterstützungsprozesses (um Gliederungen und Prioritätensetzungen) in den Aufgaben, um Möglichkeiten der Rückkopplung von Ziel, Einlösung und Prüfung im Prozess. Eine solche Methode [...] scheint im Widerspruch zu stehen zur situativen Offenheit lebensweltorientierten Handelns. Dieser Widerspruch aber löst sich auf, wenn Methode als Grundmuster verstanden wird, das in unterschiedlichen Aufgaben unterschiedlich akzentuiert und konkretisiert wird, indem aber immer das Moment der Strukturierung instrumentell für die Situation realisiert wird. Die Angst vor der in aller Schematisierung liegenden Gefahr zur Verengung der Realität darf nicht dazu führen, die Notwendigkeit absichernder und stabilisierender Momente in offenen, überlastenden und diffusen Situationen zu unterschlagen.“²⁸²

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit wird somit als ein Programm betrachtet, dessen Konzeptbegriffe wie Ganzheitlichkeit (vgl. S. 32) und Offenheit nicht im Widerspruch zu Struktur und Methode stehen.²⁸³

1.6.3 Beziehungsgestaltung

Nachdem schon die eben beschriebenen fünf Struktur- und Handlungsmaximen sowie das Prinzip der „strukturierten Offenheit“ der Konkretisierung des Lebensweltkonzepts dienen sollen, lässt sich das Konzept der Lebensweltorientierung für das Profil sozialpädagogischen Handelns auch in Bezug auf die *Beziehung* zwischen dem Professionellen und dem Nichtprofessionellen konkretisieren. Diese Beziehung ist durch eine Asymmetrie zwischen Professionellen und Nichtprofessionellen gekennzeichnet, die für helfende und unterstützende Beziehungen typisch ist. Vier Teilaspekte der Beziehungsgestaltung bedürfen dabei der Betrachtung: die Paradoxie zwischen Nähe und Distanz, der pädagogische Takt, die hermeneutischen Verstehensprozesse sowie die Selbstreflexionen der Professionellen.

1. Paradoxie zwischen Nähe und Distanz

Hinsichtlich der Beziehungsgestaltung ist zu beachten, dass Sozialarbeiter trotz der Nähe zum Klienten auch eine professionelle Distanz wahren müssen, um - unter Nutzung ihres wissenschaftlichen Wissens - den konkreten Fall unter fachlichen Gesichtspunkten reflektieren und Entscheidungen begründen zu können.²⁸⁴ Im

²⁷⁹ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 31

²⁸⁰ vgl. Thiersch 05, S. 38

²⁸¹ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 5; Beispiel zur strukturierten Offenheit: In der lebensweltorientierten Sozialpsychiatrie bewegen sich die Arbeitsweisen auf dem Kontinuum von Selbstbestimmung der Adressaten bis Reglementierung der Adressaten. Je nach Verfassung des psychiatrisch Kranken geht es einmal darum, ihm Sorgfalt und Ernsthaftigkeit als Subjekt entgegenzubringen und damit um die Gestaltung einer offenen, positiven und die Beziehung fördernden Atmosphäre, aber (auf der anderen Seite des Kontinuums) auch darum, ihm - trotz „Alltagsorientierung“ - einzugrenzen und im Notfall auch gegen den Willen des kranken Adressaten zu Handeln sofern es erforderlich ist. [vgl. genauer Rauhes Haus 09, S. 10] Das „Zusammenspiel einer situativen Sensibilität und methodischer Maximen“ kann - selbst bezogen auf nur einem Adressaten- also äußerst unterschiedlich ausfallen.

²⁸² Thiersch 02, S. 217

²⁸³ unter Bezug auf Thiersch vgl. Kahl 00, S. 5

²⁸⁴ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 31; vgl. Thiersch 05, S. 40

Rahmen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit kommen Sozialarbeiter den Klienten in den offenen Arrangements besonders nahe²⁸⁵ und besteht für Sozialarbeiter sogar die Gefahr, in den Alltag bzw. die Lebenswelt der Adressaten hineingezogen zu werden, so dass nur durch die Distanz die Voraussetzung für klärende, strukturierende und alternative Problemlösungen geschaffen wird.²⁸⁶ Wahl verweist darauf, dass sich Sozialarbeiter in einer *paradoxen* Situation befinden, weil gleichzeitig Nähe und Distanz von ihnen verlangt wird, wenn sie versuchen, die subjektiven Sinnbezüge, Verstehens-, Handlungs- und Orientierungsmuster der Adressaten zu berücksichtigen, gleichzeitig aber auch den Alltag der Adressaten aus der Distanz professioneller Hilfe zu rekonstruieren versuchen.²⁸⁷ Insgesamt ergibt sich eine Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz, Empathie und Abgrenzung, Identifikation und Zurückweisung für die lebensweltorientiert arbeitenden Sozialarbeiter.²⁸⁸

2. Pädagogischer Takt

Takt bezieht sich unter anderem darauf, zwischen dem Respektieren der konkreten Alltagsarrangements der Adressaten und der Destruktion schädlicher Routinen (bzw. tabuisierter Macht- und Unterdrückungsstrategien) die richtige Balance zu finden. Damit verbunden ist auch, zwischen der Anregung und dem Provozieren von Veränderungen angemessen ausbalancieren zu müssen.²⁸⁹ Grunwald/Thiersch halten pädagogischen Takt im Umgang mit den Eigenwilligkeiten der Adressaten für unverzichtbar. Dazu gehört auch, als Sozialarbeiter ggf. einmal wegzusehen und sich mit den eigenen Möglichkeiten zurückhalten. Es geht aber nicht darum, Takt nur moralisierend einzuklagen, sondern gesicherte, geklärte und transparente Arbeitsformen zu entwickeln, in denen Takt konkretisiert und operationalisiert wird.²⁹⁰

3. Verstehensprozesse

Thiersch et al. verweisen darauf, dass *höheres* Verstehen (vgl. Hermeneutik, S. 19) in der Praxis erst durch die Entlastung vom alltäglichen Handlungsdruck ermöglicht wird. Auf diese Weise wird eine kritische Distanz zu der aufzuklärenden Alltagspraxis hergestellt, ohne die Perspektive des Alltags und das Handeln im Alltag abzuwerten.²⁹¹ Höheres Verstehen stellt eine schwierige Balance dar:

Einerseits geht es darum, nicht zu konkret am Fall zu bleiben, weil damit nur noch das Individuelle betrachtet würde, obwohl das Verstehen als methodischer Vorgang der Absehung vom Individuellen und damit der Verallgemeinerung bedarf. Es wäre z. B. keine ausgewogene Balance, wenn ein Sozialarbeiter sich distanzlos mit dem Klienten identifizieren würde. Andererseits wäre es auch sinnlos, die Verallgemeinerung auf derart hohem Niveau anzusiedeln, das das Spezielle des Falls und somit der Sinn des Geäußerten verloren ginge.²⁹² Die richtige Balance beim hermeneutischen Verstehen zu finden [...] bedeutet, sowohl in der Theorie als auch in der Praxis so zu verfahren, dass das Verstehen dem Anderen dazu verhilft „die Sorge für sein eigenes Leben zu ermöglichen“.²⁹³

Verschiedene Formen des Verstehens werden von Thiersch unterschieden und dahingehend geprüft, inwieweit sie dem Alltag samt seiner Eigenarten und Komplexität tatsächlich gerecht werden können:

- Das *Alltagsverstehen* ist - wie bereits ausführlich von Schütz beschrieben - funktional, pragmatisch ori-

²⁸⁵ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 31; vgl. auch vgl. Thiersch 05, S. 39f. So sitzt die Familienhelferin nun bei den Familien am Tisch oder rückt die Straßensozialarbeit den Jugendlichen auf der Parkbank näher etc., so dass die Betroffenen sich z. B. nicht mehr so einfach entziehen können.

²⁸⁶ vgl. Thiersch 02, S. 217f.

²⁸⁷ vgl. Wahl 04, S. 27f.

²⁸⁸ vgl. ebenda, S. 28f.

²⁸⁹ vgl. Schoch 05, S. 2

²⁹⁰ vgl. Thiersch 02, S. 217

²⁹¹ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 167

²⁹² vgl. Mollenhauer/Uhlendorff 92, S. 49ff.

²⁹³ Brumlik zit. n. Müller/Otto, hier zit. n. Mollenhauer/Uhlendorff 92, S. 54

entiert, durch Routinen geprägt und fraglos. Es ist aber „blind“ in Situationen, weil es nicht nach seinen Entstehungsbedingungen forscht.²⁹⁴

- Das *wissenschaftliche Verstehen* als eine Form des höheren Verstehens, verbindet Aspekte der Wissenschaftlichkeit (Verallgemeinerungsfähigkeit, Beobachtbarkeit, Prüfbarkeit) mit der Eigenart ihres Gegenstandsbereiches (Zusammenhang von Leben, Erleben und Ausdruck).²⁹⁵ Um allerdings wissenschaftliche Aussagen machen zu können, wird die Komplexität des Alltags zergliedert und spezifiziert, das Verstehen wird auf die interessierenden Aspekte verengt, die Wissenschaft spezialisiert sich auf Teile des Gegenstandsbereiches zum Preis, dass relevante Phänomene vernachlässigt werden (wie z. B. bei psychologischen Verstehenskonzepten, die die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die das Individuum prägen, ignorieren).²⁹⁶ Die Betonung der Rationalität beim wissenschaftlichen Verstehen wird von Thiersch kritisiert, da Alltag auch durch Inkonsistenz und Vorläufigkeit von Verstehensmustern charakterisiert ist, da Verwunderlichkeiten und Kuriositäten ebenfalls zu alltäglichen Lebensformen gehören, und Schicksale wie z. B. Krankheit oder Tod hingenommen werden müssen, auch wenn sie nicht verständlich gemacht werden können.²⁹⁷
- In Bezug auf *Professionelles Verstehen* verweist Thiersch darauf, dass Sozialpädagogen unter anderem durch institutionell vorgegebene Strukturen in ihrem Verstehen geprägt werden. Verstehen gilt als Berufswissen und wird in Berufsrollen verwirklicht, jedoch verfolgt das System institutionalisierter Hilfen verschiedene Zwecke zwischen Kontrolle und Hilfe („Doppelmandat“)²⁹⁸, was die Möglichkeiten des Verstehens einschränkend beeinflusst.²⁹⁹ Verstehenskonzepte sind durch den Institutionszweck geprägt (derselbe Mensch wird je nach Zugriff unterschiedlicher institutioneller Verstehenskonzepte als Patient, als Schuldner, als Arbeitsloser, als in Ehekrise befindlicher Ehepartner etc. betrachtet), was zwar die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einer Institution ermöglicht, jedoch die Gefahr einer Verengung des Verstehens beherbergt, indem nur die Lebensschwierigkeiten, die seitens der Institution behandelbar sind, überhaupt beachtet werden.³⁰⁰

Thiersch geht der Frage nach, ob und inwieweit höhere Formen des Verstehens die Möglichkeit bieten, die Schwächen des Alltagswissens auszugleichen³⁰¹ und plädiert schließlich in Bezug auf das Verstehen in der Praxis dafür, die verschiedenen Ansätze zu kombinieren, so dass sie sich gegenseitig ergänzen. Für die Praxis des Verstehens wünscht er sich, dass eine Offenheit zwischen Laien und Professionellen, zwischen unterschiedlichen Wissenschaftsschulen des Verstehens sowie zwischen den unterschiedlichen Zuständigkeiten und Institutionen der sozialen Hilfe angestrebt werden möge.³⁰² Er hofft, dass ein Verstehen, das sich der notwendigen Offenheit eines vielperspektivischen Ansatzes bewusst ist, die bislang „vertrackte Ineffektivität unseres Verstehensbetriebs“ eliminiert.³⁰³ Dafür benötigen Praktiker eine Reflexivität, die sie immer wieder

²⁹⁴ vgl. Thiersch 06, S. 214ff.

²⁹⁵ vgl. ebenda, S. 219

²⁹⁶ vgl. ebenda, S. 219f.; vgl. auch Becks Kritik an der Psychotherapie, die die *soziale Bedingtheit* von Problemen ignoriert S. 16

²⁹⁷ vgl. Thiersch 06, S. 220f.

²⁹⁸ Das Doppelte Mandat der Sozialpädagogik/Sozialen Arbeit bedeutet für Sozialarbeiter einerseits als Instanz sozialer Kontrolle und gleichzeitig als parteiische Hilfe zu fungieren [vgl. auch Kahl 00, S. 6 und vgl. Thiersch zit. n. Kahl 00, S. 19]

²⁹⁹ vgl. Thiersch 06, S. 222

³⁰⁰ vgl. ebenda, S. 222f.

³⁰¹ vgl. ebenda, S. 216ff.

³⁰² vgl. ebenda, S. 227

³⁰³ vgl. ebenda, S. 227f.; Ineffektive Verstehensprozesse werden auch von anderen Autoren beklagt. Sie stellen ein „her-

hinterfragen lässt, für welche Aufgaben und Situationen welche Verstehenskonzepte angemessen sind.³⁰⁴

Der lebensweltorientierte Ansatz wird häufig mit der Forderung nach *Ganzheitlichkeit* verknüpft, d. h. dem Anspruch, den Alltag der Adressaten mit ihren Problemen und Nöten unter einem ganzheitlichen Anspruch verstehen und ganzheitliche Hilfen anbieten zu wollen (vgl. S. 32).³⁰⁵ Auch wenn das Streben des nach einer ganzheitlichen Problemsicht auf den ersten Blick legitim erscheint, ist nach Ansicht von Wahl ein vollständiges Verstehen des Adressaten nicht möglich. „Dass es auch immer anders sein könnte - diese Annahme verbietet es uns, die AdressatInnen Sozialer Arbeit in dem, was und wie sie sind, vollständig verstehen zu wollen.“³⁰⁶ Seiner Ansicht nach ist der Lebenswelt-Ansatz mit einem Selbstverständnis von Sozialer Arbeit verknüpft, dass sich zum einen der Paradoxien (vgl. S.34) ihres eigenen Tuns bewusst wird und sich zum anderen der permanenten Dekonstruktion der eigenen Rekonstruktionen („es könnte auch anders sein“) bewusst wird.³⁰⁷

4. Selbstreflexionen

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit wird von Thiersch als *reflexive* Sozialarbeit beschrieben (vgl. z. B. S. 26). Reflexiv orientierte Theorieüberlegungen, wie sie z. B. auch das Lebensweltkonzept darstellen,

„[heben] die Aufgabe hervor, die Notempfindungen und Hilfestellungen der KlientInnen im Rahmen von deren Plausibilitäten zu interpretieren und aufgrund solcher Interpretationen in Kommunikation mit ihnen ‚richtige‘, d. h. stets auch situativ und emotional ertragbare Begründungen für praktische Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Dies erfordert eine situative Öffnung der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, nicht um den Alltag ihrer AdressatInnen zu reproduzieren, sondern vielmehr um die Blockierungszusammenhänge in der Lebensführung als solche zu erkennen und Handlungsalternativen aufzuzeigen.“³⁰⁸

Sozialarbeiter müssen sich immer wieder selbstkritisch hinterfragen, ob sie diesen Ansprüchen gerecht werden. Auch in Bezug auf viele andere Aspekte, wie beispielsweise die Angemessenheit ihres hermeneutischen Verstehens und die Relativität der Ganzheitlichkeitsansprüche werden - wie eben geschildert - Selbstreflexionen von ihnen verlangt. Grunwald/Thiersch verlangen zudem eine kritische Selbstreflexivität der Sozialarbeiter bzgl. der in ihrer eigenen Rolle liegenden Gefährlichkeit³⁰⁹ und darüber hinaus eine gemeinschaftliche kollegiale Reflexivität zur Unterstützung und Bewältigung der jeweiligen Situation.³¹⁰ Insgesamt ergibt sich dadurch eine Fülle von Anforderungen an Sozialarbeiter, im Sinne des Konzepts der Lebensweltorientierung das eigene Denken und Wirken immer wieder selbstkritisch zu hinterfragen.

meneutisches Defizit der Sozialpädagogik“ fest, die zwar im Rahmen der qualitativen Sozialforschung hermeneutische Ansätze nutzt, jedoch „bleibt Hermeneutik als Methode für Verstehensoperationen immer noch zumeist in der Ebene von philosophisch mehr oder weniger begründeter Programmatik oder allgemeinen Appellen an Verstehensbereitschaft stecken“ [vgl. Brumlik, Mollenhauer, Parmentier und Thiersch in Mollenhauer/Uhlendorff 92, S. 69], so dass kaum bekannt ist, was sie für die Sozialpädagogik leisten könnte.

³⁰⁴ vgl. Thiersch 06, S. 228

³⁰⁵ vgl. auch Thiersch zit. n. Wahl 04, S. 30; vgl. Thiersch 02, S. 215, vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 26

³⁰⁶ Wahl 04, S. 30 Teils fällt die Kritik an der Verwendung des Ganzheitlichkeitsbegriffs auch deutlich stärker aus: Koring verweist darauf, dass dieser Anspruch auf Ganzheitlichkeit keinem professionellen Selbstverständnis entspricht, sondern auf das Defizit verweist, „die eigenen Grenzen und Möglichkeiten nicht angemessen erkennen und anerkennen zu können [...] [Dieses Defizit wird] durch uneinlösbare, aber subjektiv befriedigende Ambitionen kompensiert“ [Koring zit. n. Wahl 04, S. 31].

³⁰⁷ vgl. Wahl 04, S. 32

³⁰⁸ Dewe/Otto 02, S. 188; von ihnen bezogen auf reflexiv orientierte *Professionalisierungstheorie*

³⁰⁹ Gefährlichkeit resultiert z. B. aus der mangelnden Distanzmöglichkeit der Adressaten, wenn Sozialarbeiter im Zeichen der Lebensweltorientierung näher an die Adressaten heranrücken (z. B. die Familienhelferin in die Familie kommt anstatt sich aufsuchen zu lassen, und die Adressaten sich nicht mehr so verstellen können, wie an einem neutralen anderen Ort) [vgl. Thiersch 05, S. 39] Reflexivität ist abgesehen davon auch erforderlich, um eigene verzerrende Projektionen, Übertragungen auf den Klienten etc. erkennen zu können [vgl. Kahl 00, S. 14]

³¹⁰ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 31; vgl. Thiersch 05, S. 39f.; vgl. genauer Thiersch 02, S. 218f.

Nachdem die Gestaltung der *Beziehung*, die hier anhand der Nähe-Distanz-Problematik, des pädagogischen Takts, der Verstehensprozesse sowie der professionellen Selbstreflexionen skizziert wurde, im Mittelpunkt der Betrachtung stand, soll im folgenden Abschnitt die Gestaltung des *Prozesses* fokussiert werden.

1.6.4 Prozessgestaltung

Das Konzept der Lebensweltorientierung lässt sich auch in Bezug auf den *Prozess* konkretisieren, der zunächst eine Diagnosestellung beinhaltet, die als Ausgangspunkt der Handlungsmöglichkeiten dient. Der Prozess realisiert sich dann als zielgerichteter, problemlösender Handlungsablauf und ist durch permanente Aushandlungsprozesse geprägt. Auf diese Aspekte der Prozessgestaltung soll nun näher eingegangen werden.

Diagnosestellung

Thiersch verweist in Bezug auf das sozialpädagogische Handeln auf die Bedeutung der Diagnose.³¹¹ Diagnose wird von ihm als Klärung der Eingangssituation (z. B. bei Beginn einer Beratung) und daran anschließend als sich prozesshaft fortschreibende Aufgabenbestimmung definiert.³¹² Lebensweltorientierte Diagnosen beziehen sich auf die Situation der Adressaten samt der Komplexität ihrer lebensweltlichen Bezüge, d. h. ihrer derzeitigen materiellen, sozialen, sozialräumlichen und zeitlichen Situation sowie ihrer Lebensperspektiven.³¹³ Schon bei der Diagnosestellung werden somit alle genannten Dimensionen der Lebensweltorientierung inklusive der Ressourcen in den Blick genommen.

Die Person des Diagnostikers gilt als das „wichtigste Instrument“ der Diagnosestellung.³¹⁴

„...in der Vielseitigkeit ihrer Beobachtungen sollten sich Sozialpädagogen von Laien unterscheiden und vor allem in der Fähigkeit, die Relativität ihrer eigenen Standpunkte zu beobachten, ohne dadurch selbst standpunktlos zu werden. In diesen Fähigkeiten sollten sich Sozialpädagogen von keinen anderen Diagnostikern übertreffen lassen.“³¹⁵

Die Diagnose benötigt zwei Arten der Deutung: die bewältigungsorientierte sowie die politische Deutung.³¹⁶

Bei der *bewältigungsorientierten* Deutung sind u. a. das Wissen bezüglich der im Lebenslauf spezifischen Entwicklungsaufgaben sowie die psychischen Bewältigungsmuster des Adressaten (z. B. Angst, Abwehr, Form der Selbstdarstellung etc.) nötig.³¹⁷ Die diesbezüglichen Annahmen der Sozialarbeiter benötigen eine dauernde Rückkopplung an die Selbstinterpretation sowie die Deutungs- und Handlungskonsequenzen der Adressaten.³¹⁸ D. h. im Gegensatz zur Medizin, in der die Diagnosen von den Professionellen festgelegt und deren fachliche Sichtweise gegenüber den Adressaten durchgesetzt wird, sollten sozialpädagogische Diagnosen einer doppelten Kontrolle unterzogen werden: Neben der Kontrolle durch mehrere Fachleute sollte insbesondere eine Kontrolle durch die Betroffenen selbst erfolgen und ein fairer Kompromiss gefunden werden.³¹⁹

Zum anderen verlangen Diagnosen auch eine *politische* Deutung, die durch Einsichten in politische Zusammenhänge hilft, die Adressaten von persönlicher Schuldzuweisung, Scham oder Fatalismus zu entlasten.

Thiersch weist darauf hin, dass gleichzeitig mit dieser Entlastung die Arbeit mit den Adressaten gemäß der Maxime Hilfe zur Selbsthilfe und durch die Nutzung von Empowermentansätzen beginnen muss.³²⁰

³¹¹ vgl. Thiersch 07, S. 705

³¹² vgl. ebenda, S. 704

³¹³ vgl. ebenda, S. 704f.

³¹⁴ vgl. Müller 04, S. 51

³¹⁵ vgl. ebenda, S. 52

³¹⁶ vgl. Thiersch 07, S. 705

³¹⁷ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 30

³¹⁸ vgl. ebenda

³¹⁹ vgl. Müller zit. n. Uhlendorff 97, S. 17

³²⁰ vgl. Thiersch 07, S. 705

Obwohl solche Diagnosen sehr anspruchsvoll und aufwändig sind,³²¹ ist Thiersch von der Notwendigkeit der Stellung der Diagnose überzeugt, weil sie als geeigneter Ausgangspunkt von Handlungsmöglichkeiten dient.

Prozesshafter Handlungsablauf

Das Lebensweltkonzept beinhaltet ein zielgerichtetes prozesshaftes Handlungsmuster:³²²

„Das Muster dieses Handelns - also die Phasenabfolge einer Erkenntnis der Situation, eines Lösungsentwurfs, einer schrittweisen Realisierung des Entwurfs und seiner Überprüfung - konkretisiert sich in den vielfältigen Formen zwischen erziehen, beraten, belehren, zwischen Ressourcenorganisation und Planung. Für alles pädagogische Handeln gilt dabei in der Fallarbeit der Zusammenhang von Verständnis und Handeln. Dieser Zusammenhang [...] realisiert sich - als Vorgabe, die im Handeln korrigiert wird und wieder neue Vorgaben für weiteres Handeln ergibt - fortschreitend im Prozess.“³²³

Der hier geschilderte Phasenablauf des lebensweltorientierten sozialpädagogischen Handelns ist dem Pflegeprozess ähnlich, obwohl die Ressourcenarbeit bei der lebensweltorientierten sozialpädagogischen Arbeit nicht als gesonderte Phase, sondern begleitend beschrieben ist.³²⁴ Allerdings bezieht sich die Ressourcenanalyse nicht nur auf individuelle und soziale, sondern auch auf politische, regionale und lokale Ressourcen.³²⁵

Aushandlungen

Menschen können angesichts der brüchig werdenden Selbstverständlichkeiten des Alltags Dinge kaum noch einfach hinnehmen, sondern müssen Ziele, Wege und Normen beständig neu aushandeln (vgl. S. 14). Dementsprechend bezeichnen Grunwald/Thiersch Verhandeln als „das handlungsorientierte Zentrum Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit“.³²⁶ Allerdings müssen die Menschen auch die zum Aushandeln erforderlichen Fähigkeiten erwerben.³²⁷ Verhandlungen können nur gelingen, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, wie die Gleichwertigkeit der Verhandlungspartner und ihre gegenseitige Anerkennung. Das heißt, im Rahmen der Sozialen Arbeit sind individuelle Ressourcen zu erschließen sowie organisationelle Voraussetzungen zu treffen, damit diese gleichberechtigte Verhandlung ermöglicht wird.³²⁸ Nur unter dieser Voraussetzung können auch die zu den Verhandlungen dazugehörigen Differenzen und Streitereien angemessen ausgetragen werden. Dass auch Respekt und Destruktion von Alltagsstrukturen nur über Verhandlungen realisiert werden können, wurde bereits erläutert (vgl. S. 31).³²⁹

Nachdem in diesem Kapitelabschnitt aufgezeigt wurde, inwieweit die Prozessgestaltung - von der Diagnosestellung über den phasenhaften Handlungsablauf bis zur zentralen Methode der Aushandlungen - durch die Lebensweltorientierung beeinflusst wird, sollen abschließend die unkonventionellen Ideen zur Integration und Flexibilisierung von Hilfen skizziert werden, um die Konsequenzen des Lebensweltkonzepts für die Praxis abzuschließen.

³²¹ vgl. Mollenhauer/Uhlendorff 92, S. 18, S. 29

³²² vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 29f.

³²³ Grunwald/Thiersch 04, S. 30; Mit dem Hinweis des Zusammenhangs zwischen Handeln und Verständnis wird an dieser Stelle auch die Bedeutung des hermeneutischen Verstehens (vgl. hermeneutischer Zirkel S. 19f., verschiedene Formen des Verstehens, S. 35ff.), für das lebensweltorientierte sozialpädagogische Handeln *explizit* betont

³²⁴ Zur Orientierung an den Ressourcen in der Lebenswelt vgl. auch vgl. Thiersch 07, S. 701, S. 705 (soziale Netze); vgl. auch Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 164,

³²⁵ unter Bezugnahme auf Thiersch vgl. Kahl 00, S. 5; regionale Ressourcen wären z. B. gemäß der Maxime Regionalisierung (vgl. S. 33) zu ermitteln, um soziale Hilfen an regionale Ressourcen anbinden zu können

³²⁶ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 25

³²⁷ vgl. Keupp 94, S. 345

³²⁸ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 25, vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 174

³²⁹ Darüber hinaus könnte es sogar *besonderer Formen der Arbeitsteilung und Zuständigkeit* innerhalb der Sozialen Arbeit bedürfen (in Analogie zum juristischen Bereich mit Staatsanwalt, Richter, Verteidiger), um Aushandlungsprozesse im Sinne des Adressaten zu bewerkstelligen; vgl. hierzu Grunwald/Thiersch 04, S. 24f. ; vgl. Thiersch 05, S. 115; vgl. Thiersch 02, S.213

1.6.5 Integration und Flexibilisierung von Hilfen

Von der Logik normativer und funktionaler Hilfskonzepte soll ein „Perspektivenwechsel“ zur Orientierung an den konkreten lebensweltlichen Bezügen der Adressaten erfolgen.³³⁰ In dem bereits bestehenden Gefüge von unterschiedlichen Hilfsangeboten sind die einzelnen Angebote teils sehr spezialisiert und von anderen Angeboten abgekapselt. Die Fülle bereits bestehender Hilfsangebote wird teils wie ein Katalog betrachtet, in den Adressaten „eingepasst“ werden, anstatt dass - genau andersherum - die Angebote auf die Individuallagen zugeschnitten werden. Das Prinzip der Integration und Flexibilisierung von Hilfen soll die Passung zwischen den Problemen der Adressaten und den Möglichkeiten, die die Hilfen bieten, verbessern, indem Maßnahmen neu arrangiert werden und neue unkonventionelle Verbindungen zwischen Hilfsmaßnahmen hergestellt werden. Dazu sollen auch Hilfen zählen, die ggf. quer zu bisherigen Zuständigkeiten und Ressortgrenzen liegen.³³¹ Die Vision besteht in der Aufhebung der einschränkenden Zuständigkeiten, einer transparenten Koordination verschiedener Hilfen unterschiedlicher Träger und gesetzlicher Zuständigkeiten im Sinne des Konzepts lernender Institutionen.³³² Lebensweltorientierte Arbeit prüft das Gefüge bereits bestehender Angebote dahingehend, ob die gegebenen Angebote ergänzt oder auch außer Kraft gesetzt und durch neue Arrangements bereichert werden müssen.³³³ Integrierte, flexible Hilfen bedeutet, bestehende Hilfsangebote somit je nach Lage der Adressaten teils sogar unter Ignoranz von Ressortgrenzen zu nutzen und zu ergänzen.

Zwischenstand

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass lebensweltorientiertes Handeln als ein allgemeines Muster beschrieben worden ist, das sich noch konkretisieren muss, indem die Methoden sich mit unterschiedlichen Verfahren und Instrumenten verbinden und indem die Aufgaben des sozialpädagogischen Handelns für die jeweiligen besonderen Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen des Handelns an unterschiedlichen institutionellen Orten (wie Beratung in unterschiedlichen Settings, Heimerziehung, Straßensozialarbeit, Jugendhilfe, Migranten- und Altenarbeit etc.) spezifiziert werden.³³⁴ Da das Konzept Lebensweltorientierung als ein „relativ unbestimmter Begriff“³³⁵ nur bedingt Lösungsansätze bereitstellt, müssen sie in den konkreten Problemlagen und Situationen von den Handelnden gefunden werden. Dabei treten durch die Konkretisierungen immer wieder Dilemmata auf, die eine einfache Lösung nicht möglich machen, so dass es sein kann, dass der Umgang mit Dilemmata zur Lösungsfindung hinzutreten muss.³³⁶

Abgesehen von den prinzipiellen, anwendungsbezogenen Notwendigkeiten der Konkretisierung, weisen Thiersch et al. kritisch darauf hin, dass die einstige Prägnanz und kritische Schärfe des inzwischen breit genutzten Konzept der Lebensweltorientierung oft nicht mehr so zu finden ist wie ursprünglich intendiert und halten daher präzisierende Reformulierungen des Konzepts für erforderlich.³³⁷

Nach der ausführlichen Darstellung des Konzepts der Lebensweltorientierung soll im Folgenden das Krankheitsverlaufskurvenkonzept detailliert erläutert werden, um die Konzepte später vergleichen zu können.

³³⁰ vgl. Wahl 04, S. 6

³³¹ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 29

³³² vgl. ebenda

³³³ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 175

³³⁴ vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 32

³³⁵ Rauhes Haus 09, S. 10

³³⁶ vgl. Rauhes Haus 09, S. 10f.

³³⁷ vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 165f.

2 Das Konzept der Krankheitsverlaufskurve

Das Konzept der Krankheitsverlaufskurve, das auch als Trajektkonzept bezeichnet wird,³³⁸ bezieht sich auf Menschen, die im weitesten Sinne von einer chronischen Krankheit betroffen sind. Der Begriff „chronische Krankheit“ wird von Corbin/Strauss nicht gesondert definiert, und die Charakteristika chronischer Krankheiten werden über das ganze Konzept verteilt beschrieben. Des besseren Verständnisses und der Übersichtlichkeit wegen, werden zunächst eine Definition und die Charakteristika der chronischen Krankheit dargestellt, bevor dann ab Kap. 2.2 die eigentliche Konzeptbeschreibung beginnt. Die Inhalte des Kapitels 2.1 sind zwar nicht direkt aus dem Konzept abgeleitet, sind inhaltlich aber damit kongruent.³³⁹

2.1 Kennzeichen chronischer Krankheiten

2.1.1 Definition „Chronische Krankheit“

Für den Begriff der chronischen Krankheit existieren viele unterschiedliche Definitionen, von denen Curtin/Lubkin schon allein neun bezüglich ihrer Vor- und Nachteile analysieren. Sie bieten schließlich eine eigene Version an, die derart umfassend ist, dass sie - wie es auch das Krankheitsverlaufskurvenkonzept intendiert - über die medizinischen Aspekte hinaus die krankheitsbedingten sozialen Auswirkungen einbezieht:

„Unter chronischer Krankheit versteht man das irreversible Vorhandensein bzw. die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf unterstützende Pflege, Förderung der Selbstversorgungscompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des Patienten gefordert ist.“³⁴⁰

Chronische Krankheiten unterscheiden sich dabei insofern von Behinderungen, als bei chronischen Krankheiten kein dauerhafter Stillstand des Krankheitsgeschehens möglich ist, und es sich teils sogar um ein progredientes Geschehen handelt. Dadurch sind bei der Bewältigung chronischer Krankheiten immer wieder Anpassungsarbeiten aller Beteiligten erforderlich und werden Routinisierungen erschwert.³⁴¹

2.1.2 Objektive und subjektive Charakteristika chronischer Krankheit

Chronische Krankheiten und Akuterkrankungen unterscheiden sich deutlich voneinander. Einige der besonderen Charakteristika chronischer Krankheiten, wurden insbesondere durch die Untersuchungen vor Corbin/Strauss erst aufgezeigt. Diese Charakteristika prägen - wie bei der Konzeptdarstellung später deutlich wird - die Krankheitsbewältigung ganz entscheidend. Es lassen sich sowohl eher „objektive“, d. h. von außen beobachtbare Charakteristika darstellen, als auch eher „subjektive“ Merkmale, die insbesondere die Bedeutung der Bewältigungs- und Anpassungsanforderungen aus Sicht der Betroffenen ausdrücken.³⁴²

Objektive Charakteristika chronischer Krankheit

- *Dauerhaftigkeit und Langfristigkeit:* Chronische Krankheiten sind langfristiger Natur, beeinträchtigen die Kranken über teils sehr lange Lebensspannen, sind dabei nur bedingt zu kontrollieren und prägen

³³⁸ Strauss verwendet auch den Begriff *trajectory*; Trajekt heißt wörtlich „Flugbahn eines Geschosses“, die nicht genau vorhersagbar ist, daher zielt der Begriff nicht nur auf den Verlauf, sondern auch auf die Einflussfaktoren, die dem Verlauf seine spezifische Gestalt geben; d. h. er hat die Doppelbedeutung: zeitlich und interaktionell [vgl. Corbin/ Hildenbrand/ Schaeffer 09, S. 59f. S. 64]. Teils wird auch von *Pflege- und Krankheitsverlaufskurve* gesprochen, um den Pflegebezug zu verdeutlichen [vgl. White/Lubkin 02, S. 93; vgl. auch Corbin/Strauss 98a, S. 1ff.].

³³⁹ lediglich die *Ambiguität der Rollensituation* (vgl. S.42), die die gesellschaftlichen Rollenerwartungen an chronisch Kranke problematisiert, wird im Krankheitsverlaufskurvenkonzept nicht thematisiert

³⁴⁰ Curtin/Lubkin 02, S. 26

³⁴¹ vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 335

³⁴² vgl. hierzu insbesondere Schaeffer/Moers 11, S. 330ff.

durch die lebenslangen Verläufe den gesamten weiteren Lebensverlauf der Kranken.³⁴³

- *Besondere Verlaufsdynamik:* Ihr Verlauf besteht aus einer wechselhaften Abfolge akuter, krisenhafter, stabiler, instabiler und weiterer Phasen, die ihre jeweiligen besonderen Anforderungen an die Krankheitsbewältigung stellen.³⁴⁴
- *Komplexität:* Chronische Krankheiten bleiben nicht auf körperliche Symptome und funktionelle Einschränkungen beschränkt, sondern ziehen im Verlauf psychische, soziale, biografische und oft auch ökonomische Konsequenzen nach sich, die sich in das Alltags-, Berufs- und Familienleben und somit in fast alle Lebensbereiche hineinziehen. Zudem handelt es sich bei chronischen Krankheiten gerade in späten Phasen oft um multimorbide Verläufe, die eine besonders hohe Komplexität aufweisen.³⁴⁵
- *Verminderte Belastbarkeit:* Mittel- und langfristig sind sie mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit und des Selbstversorgungsvermögens sowie mit Autonomieverlusten bzgl. der Lebensführung und Alltagsbewältigung verbunden.³⁴⁶
- *Hilfe und Pflegebedürftigkeit:* Ein Großteil der Kranken muss im Verlauf das Akzeptieren von Unterstützung und dauerhafter Verwiesenheit auf Fremdhilfe in die Identität integrieren.³⁴⁷
- *Gestaltbarkeit:* Viele der Begleiterscheinungen der Krankheit können zwar nicht revidiert, aber von den Beteiligten beeinflusst werden, wobei auch präventive Maßnahmen greifen.³⁴⁸
- *Ambiguität der Rollensituation:* Chronisch Kranke stecken in einer besonderen Rollensituation, indem sie einerseits phasenweise Patienten - im Sinne Parsons - sind, die gesundheitlich eingeschränkt und dadurch mit gesellschaftlich bestimmten Rechten und Pflichten belegt sind. Sie sind in ihrer gesundheitlichen Autonomie, Handlungsfähigkeit und sozialen Teilhabemöglichkeiten beschränkt. Andererseits weisen chronisch Kranke aber auch Phasen relativer Gesundheit auf, in denen sie über weite Strecken des Krankheitsverlaufs als ggf. symptomfreies und vollwertiges, die Erwartungen erfüllendes Gesellschaftsmitglied fungieren.³⁴⁹

Subjektive Charakteristika chronischer Krankheit

Die subjektiven Charakteristika beschäftigen sich damit, was es für die Erkrankten bedeutet, mit der Krankheit zu leben und welche Bewältigungs- bzw. Anpassungsanforderungen von ihnen zu erfüllen sind.³⁵⁰

- *Irritation der Biografie (und damit der Identität und des Körpers):* Die Entwicklung und Manifestation der Krankheit bewirkt einen „biographischen Bruch“³⁵¹ beim Kranken. Die bisher für selbstverständlich gehaltene Wirklichkeit bricht zusammen. Dabei wird auch die Störung des bislang funktionierenden Körpers offenbar, zwingt zur Revision der Selbstkonzeption und hat weitreichende Implikationen für die Vorstellung von der künftigen Lebensgestaltung und die Um- bzw. Neustrukturierung der Biografie.³⁵²
- *Prägung durch Unsicherheit:* Unsicherheit wird in vielfältiger Form zu einer Konstante im Leben mit der Krankheit. Diagnostische Unsicherheit, Krankheitsunsicherheit, die aus dem Unvermögen resultiert,

³⁴³ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 349, 361, vgl. Schaeffer 09a, S. 7, S. 19, vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 331

³⁴⁴ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 59ff. und 193ff.; vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 331

³⁴⁵ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 66f.; vgl. Schaeffer 04, S. 20, vgl. Corbin/Strauss 04, S. 52

³⁴⁶ vgl. Funk, Garms-Homolová/Schaeffer, Müller-Mundt zit. n. Schaeffer/Moers 11, S. 331

³⁴⁷ vgl. White/Lubkin 02, S. 108, vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 67

³⁴⁸ vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 332; vgl. auch Corbin/Strauss 04, S. 50

³⁴⁹ vgl. Parsons zit. n. Schaeffer/Moers 11, S. 354, vgl. Schaeffer/Moers 09, S. 113, 129

³⁵⁰ Die Auswirkungen der chronischen Krankheit auf Angehörige werden in Kapitel 2.7 gesondert aufgenommen.

³⁵¹ vgl. Bury 09, S. 77; vgl. auch Corbin/Strauss 04, S. 48

³⁵² vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 332f., vgl. Corbin/Strauss 04, S. 23f., 66ff. und 87ff.; vgl. Bury 09, S. 75ff.

krankheitsbezogene Ereignisse zu ermitteln (wie z. B. Nebenwirkungen von Therapien) und Symptomunsicherheit im Umgang mit teils sehr schwankenden, kaum kontrollierbaren und nicht vorher-sagbaren Krankheitssymptomen, können nicht nur irritieren, sondern sogar Ängste und Depressionen auslösen.³⁵³ Dazu kommen Unsicherheiten im Alltagsleben, Ungewissheit über Länge und Verlauf des künftigen Lebens und zudem Unwägbarkeiten, die aus den Bewältigungsprozessen selbst resultieren (z. B. die Überlastungen der Partner).³⁵⁴ Schließlich erwachsen auch aus dem medizinischen Fortschritt mit immer wieder neuen Handlungsoptionen weitere Unsicherheiten.³⁵⁵

- *Permanente Anpassung an Wechselhaftigkeiten:* Aufgrund sehr wechselhafter Krankheitsverläufe kann eine Kontrolle über den Verlauf nur bedingt erlangt werden. Die beinahe Unmöglichkeit der Routinisierung bedingt eine dem chronisch Kranksein innewohnende Krisenhaftigkeit.³⁵⁶ Der anstren-gende Bewältigungsprozess ist unter ständig sich verändernden Bedingungen zu bewerkstelligen, wobei ständig neue Anpassungsleistungen seitens der Betroffenen zu erbringen sind.³⁵⁷
- *Beeinträchtigung des Alltagslebens:* Die Krankheit muss in die Alltagsroutinen eingepasst werden. Gleichzeitig muss der Alltag mit seinen Routinen, an die Bedingungen der Krankheit angepasst werden. Beides ist nötig, um ein „krankheitsangemessenes Alltagsleben“ zu realisieren, das trotz der erforderli-chen Anpassungen an die Krankheit einen lebenswerten Charakter für den Betroffenen behält.³⁵⁸
- *Veränderungen des sozialen Gefüges:* Für den Kranken und sein soziales Gefüge, wie insbesondere die Familie, ergeben sich vielfältige Rollenumschichtungen und Aufbrüche eingefahrener Interaktionsmus-ter.³⁵⁹ Kranke müssen sich ggf. mit Rolleneinbußen abfinden (z. B. nicht mehr der Ernährer der Familie zu sein), und das Gleichgewicht bestehender Beziehungen kann sehr gestört werden. So werden die Kranken und ihr soziales Gefüge durch die Krankheit „gnadenlos“ mit dem Charakter ihrer Beziehungen zueinander konfrontiert und gängige Regeln von Reziprozität und gegenseitiger Unterstützung zerstört, da chronisch Kranksein mit zunehmender Abhängigkeit verbunden ist, und Erkrankte das Gefühl be-kommen können, nicht angemessen etwas zurückgeben zu können.³⁶⁰ Zudem besteht eine Dynamik der Ausdünnung der sozialen Netze im Krankheitsverlauf. Kranke haben gerade in Abwärtsphasen kaum noch Kraft für erforderliche Netzwerkarbeit, da die Krankheitsarbeit schon zu viel Energie von ihnen abfordert.³⁶¹ Sozialer Rückzug und Isolation sind schließlich die diesbezüglichen extremen Folgen und gehören zu den Hauptmerkmalen chronischer Krankheit.³⁶²
- *Verwiesenheit auf das Versorgungssystem:* Häufig sind Erkrankte im Verlauf der Erkrankung auf das Versorgungswesen angewiesen und müssen sich über medizinische Behandlung, psycho-soziale Hilfen und Pflege sowie über rechtliche und finanzielle Fragen informieren, wobei eine gewisse Orientie-rungslosigkeit bezüglich bestehender Hilfen ihnen die Suche nach passenden Hilfen erschwert.³⁶³

³⁵³ vgl. Mishel 97, S. 61ff., vgl. Wiener und Dodd zit. n. White/Lubkin 02, S. 108, vgl. Corbin/Strauss 04, S. 42, S. 48; vgl. in Anlehnung an Mishel Hüper/Hellige 09, S. 57ff.

³⁵⁴ vgl. Mishel 97, S. 66ff.; vgl. Corbin/Strauss 04, S. 47f., S. 352; vgl. Bury zit. n. Schaeffer 09b, S. 21;

³⁵⁵ vgl. Schaeffer 09a, S. 35

³⁵⁶ vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 334ff.

³⁵⁷ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 112ff.

³⁵⁸ vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 337

³⁵⁹ vgl. Gerhardt zit. n. Schaeffer/Moers 11, S. 338

³⁶⁰ vgl. Bury 09, S. 77

³⁶¹ vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 339

³⁶² vgl. Strauss zit. n. Bury 09, S. 84

³⁶³ vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 340

2.2 Zielsetzung und Kurzkennzeichnung des Konzepts

Das von dem Soziologen Anselm Strauss und der Pflegewissenschaftlerin Juliet Corbin entwickelte *Konzept der Krankheitsverlaufskurve* befasst sich mit der Krankheitsbewältigung, die Menschen mit chronischen Krankheiten sowie ihre Partner leisten müssen. Dabei wird eine soziologische und systemische Sichtweise eingenommen.³⁶⁴ Die Autoren verfolgen das Ziel, mit dem Konzept der Krankheitsverlaufskurve eine allgemeine eigenständige Theorie über die Bewältigung chronischer Krankheit zu entwickeln.³⁶⁵

Im Zentrum der theoretischen Aussagen des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts stehen die beiden (Sub-) Konzepte *Verlaufskurve* und *Arbeit*.³⁶⁶ Das zentrale Konzept der *Verlaufskurve* richtet einen expliziten Blick auf alle Phasen des Krankheitsverlaufs, wobei diese Phasen nicht im Sinne einer eher medizinischen Sichtweise einfach den physischen, physiologischen oder therapeutischen Krankheitsverlauf zeigen, sondern um eine soziologische Betrachtungsweise erweitert werden, so dass sie die arbeitsbezogenen, biografischen und interaktionellen Phasen darstellen, die ein Kranker durchläuft.³⁶⁷ Diese Weitung des Blicks bedeutet aber auch, dass nicht nur die Patienten, sondern alle an dem hocharbeitsteiligen Prozess der Krankheitsbewältigung beteiligten Akteure in das Blickfeld gelangen, die ihren Teil an der Gesamtarbeit zur Krankheitsbewältigung leisten. Die Verlaufskurve beschreibt zudem die Gesamtorganisation der konkreten *Arbeit*, die in ihrem Verlauf zur Bewältigung geleistet wird.³⁶⁸ Arbeit ist das eigentliche Anliegen dieses Konzepts und bezieht sich auf den Umgang mit der Krankheit, auf den Alltag und die Biografie.

Die Krankheitsbewältigung basiert auf Aushandlungsprozessen und gegenseitigen Ausrichtungen, da die anzugehenden Aufgaben nicht eindeutig sind, sich im Verlauf der Krankheit verändern und die subjektiven Situationsdefinitionen der beteiligten Akteure zudem der fortlaufenden Abstimmung bedürfen.³⁶⁹ Somit steht im Vordergrund des Konzepts die Krankheitsbewältigung, wobei die Aufmerksamkeit auf die subjektive Realität der Betroffenen und ihre Bewältigungsleistungen gerichtet ist sowie auf das soziale interaktive und prozesshafte Geschehen aller an der Bewältigung des Krankheitsverlaufs beteiligten Akteure.³⁷⁰

Das Konzept der Krankheitsverlaufskurve wird neben den Konzepten *Verlaufskurve* und *Arbeit* von den Autoren in eine Fülle detaillierter Einzelkonzepte untergliedert wie z. B. *Krankheit*, *Biografie*, *Alltagsarbeit*, *Arbeitslinien*, *Arbeitstypen*, *Arbeitsprozesse*, *Verlaufskurvenphasen*, *Vorstellungen vom Krankheits- und Arbeitsverlauf*, *Kontextualisierung*, *Bewältigung der Krankheit*, *Wiederherstellung der Identität*, *Neuentwurf der Biografie*, oder auch das soziologische Konzept der *Ausrichtung* und basiert somit auf deutlich mehr Konzepten als es für soziologische Arbeiten gewöhnlicherweise der Fall ist.³⁷¹ Trotz dieser Fülle von verallgemeinernden Konzepten geht es aber im Konzept der Krankheitsverlaufskurve nicht um simple Typologien, unter denen der Einzelfall subsumiert werden kann, sondern steht der Einzelfall immer im Vordergrund.³⁷²

³⁶⁴ vgl. Lorenz-Krause 98, S. IX

³⁶⁵ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 37, vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 2 und S. 10

³⁶⁶ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 349; Eine Anmerkung zur Begriffsklärung ist an dieser Stelle unabdingbar: der Ausdruck *Krankheitsverlaufskurve* meint in dieser Arbeit das ganze Konzept; der Ausdruck *Verlaufskurve* lediglich den variablen phasenhaften Verlauf der chronischen Krankheit als Teil (Subkonzept) des Gesamtkonzepts

³⁶⁷ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 188

³⁶⁸ vgl. ebenda, S. 49

³⁶⁹ vgl. Schaeffer/Moers 08, S. 9; vgl. Corbin/Strauss 04, S. 152ff.

³⁷⁰ vgl. Schaeffer 09b, S. 18; vgl. Corbin/Strauss 04, S. 10

³⁷¹ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 33; Die Autoren weisen darauf hin, dass zwar die grundlegenden Konzepte von ihnen bezeichnet wurden, jedoch einige der Bezeichnungen der untergeordneten Konzepte bewusst den Wörtern entsprechen, die die im Rahmen der empirischen Erhebungen befragten Kranken nannten („Nomen in vivo“) vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 11. Auch der Begriff der „Arbeit“ stammt von den befragten Kranken.

³⁷² vgl. Corbin/Strauss 04, S. 10, S. 53, S. 259

2.3 Entwicklung des Konzepts der Krankheitsverlaufskurve

Das Konzept der Krankheitsverlaufskurve entstand induktiv auf Basis qualitativer Daten. Diese Daten wurden durch diverse empirische Erhebungen, die bereits in den späten sechziger Jahren begonnen wurden und im stationären sowie im ambulanten Bereich stattfanden, gewonnen.³⁷³ Strauss und Corbin führten dabei u.a. 60 Tiefeninterviews mit Paaren durch, von denen mindestens einer an einer chronischen Krankheit litt. Die Interviews fanden überwiegend in der Häuslichkeit der Befragten statt, so dass der Kontext, in dem die Krankheitsbewältigung stattfand, sowie die Form der Interaktion zwischen den Partnern ebenfalls beobachtet und analysiert werden konnten. Zudem wurden zahlreiche veröffentlichte Autobiografien chronisch Kranker bzw. von Partnern geschriebene Biografien analysiert.³⁷⁴ Durch immer weitere Untersuchungen wurden der Bezugsrahmen der Krankheitsverlaufskurve³⁷⁵ dabei sukzessive immer wieder um neue Konzepte erweitert und vorhandene Konzepte weiterentwickelt.³⁷⁶

Strauss nimmt - als Soziologe - eine soziologische Perspektive ein, wenn er z. B. soziale Probleme, Rollenfunktionen, Beziehungsgestaltung und Anpassungsverhalten bei der Krankheitsbewältigung analysiert und fördert die Sensibilität des Lesers hinsichtlich sozialer Aspekte, beispielsweise selbst auch bei Themen wie Symptomkontrolle, Handhabung von Behandlungsempfehlungen, Krisenprävention und den Umgang mit Sterbenden.³⁷⁷ Jedoch betonen Corbin/Strauss, dass ihr Forschungswissen an keine Disziplin (wie z. B. die Soziologie) gebunden ist, sondern im Rahmen jeder Disziplin eingesetzt werden kann.³⁷⁸ Auch wenn hier stets vom *Konzept* der Krankheitsverlaufskurve die Rede ist, haben sich Strauss und Corbin ihrer Ansicht nach darum bemüht, eine *Theorie* über die Bewältigung chronischer Krankheit zu entwickeln, die

- „in ihrem Umfang ziemlich umfassend ist
- sich auf einer relativ hohen Abstraktionsebene bewegt
- aus [...] [ihren] früheren Forschungen und aus den spezifischen Daten der vorliegenden Untersuchung abgeleitet ist
- mit großer konzeptueller Dichte formuliert ist.“³⁷⁹

Ihnen ist es dabei ein Anliegen, Theorie und Praxis zu verbinden,³⁸⁰ so dass sie nicht nur ihre Theorie darstellen, sondern auch anhand vieler ausführlicher Fallschilderungen aus der Praxis, auf die sie die Theorie anwenden, sowie durch diverse konkrete Hinweise an Praktiker den Bezug zur Praxis herstellen.

Bevor das Konzept ausführlich dargelegt werden kann, bedarf es auch hier der Beschreibung seiner Basistheorie. Daher wird im Folgenden zunächst der Symbolische Interaktionismus, der die theoretische Wurzel des Konzepts darstellt, erläutert.

2.4 Theoretische Wurzel: Symbolischer Interaktionismus

Der *Symbolische Interaktionismus* stellt eine soziologische Handlungstheorie dar, die die intra- bzw. interpersonelle Interaktion zum Fokus hat. Der Begriff *symbolisch* bezieht sich auf die sprachliche Grundlage des menschlichen Zusammenlebens, und *Interaktion* weist darauf hin, dass Menschen in wechselseitiger Bezie-

³⁷³ vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 4ff. und S. 8f.; vgl. genauer vgl. Corbin/Strauss 04, S. 28ff. und Corbin/Hildebrand/Schaeffer 09, S. 61ff.

³⁷⁴ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 28f.; die Daten wurden mit Hilfe der *Grounded Theory* ausgewertet [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 31]

³⁷⁵ Statt vom *Konzept* der Krankheitsverlaufskurve sprechen Corbin/Strauss auch vom Bezugsrahmen [vgl. Corbin/Strauss 98a]

³⁷⁶ vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 5

³⁷⁷ vgl. White/Lubkin 02, S: 123, S. 94

³⁷⁸ vgl. Corbin/Strauss 98a, S.2

³⁷⁹ Corbin/Strauss 04, S. 36

³⁸⁰ vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 9ff.

hung zueinander handeln.³⁸¹ Der Leitgedanke der Theorie besteht darin, dass die Bedeutungen von Beziehungen, Situationen und sozialen Objekten durch den symbolisch vermittelten Interaktionsprozesses erzeugt werden. Der Sozialpsychologe und Sozialphilosoph George Herbert Mead zeigt, dass menschlicher Geist und Identität ausschließlich im *Sozialprozess* entstehen und zudem die Sprache dafür erforderlich ist.³⁸² Seine Arbeiten wurden von Herbert Blumer zum Symbolischen Interaktionismus weiterentwickelt. Die Theorie des symbolischen Interaktionismus stammt aus dem Bereich der Mikrosoziologie, wurde später aber von Strauss um eine makrosoziologische Sichtweise erweitert.³⁸³ Er ergänzte den symbolischen Interaktionismus um eigene handlungs-, struktur- und identitätstheoretische Aspekte.³⁸⁴

2.4.1 Meads Identitätstheorie

Meads Symbolischer Interaktionismus beinhaltet Aspekte einer Identitäts- sowie einer Sozialisationstheorie. Bezüglich der identitätsstiftenden Aspekte greift Mead auf das Spiegelbild-Selbst von Cooley zurück.

Soziologischer Vorläufer: Cooleys Spiegelbild-Selbst

Eine Anmerkung vorab: Verschiedene Autoren sprechen von *Identität*, von *Selbst* oder von *Selbstkonzept*.

Die Begriffe drücken jedoch nichts grundsätzlich anderes aus, sondern verweisen eher auf die fachspezifische Tradition, aus der sie entstammen³⁸⁵ und werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Das Selbstkonzept eines Menschen besteht aus mehreren Selbstkonzepten (die Identität analog aus mehreren Teilidentitäten); generell versteht man unter den Selbstkonzepten einer Person „die Gesamtheit der auf die eigene Person bezogenen Beurteilungen und Bewertungen eines Individuums, also die Gesamtheit der Einstellungen zu sich selbst.“³⁸⁶

Die Sozialpsychologie geht davon aus, dass die beste Quelle des Wissens um die eigene Person und der Bewertung der eigenen Person nicht das Individuum selbst ist. Stattdessen wird das Selbstkonzept ganz entscheidend durch die Bedeutung des sozialen Umfeldes, d. h. der Interaktionspartner geprägt.³⁸⁷ Selbstkonzepte formen sich also in der lebendigen Auseinandersetzung zwischen dem Individuum und seinen Interaktionspartnern. Der Soziologe Cooley stellte fest, dass der Einfluss der anderen so stark ist, dass es gar nicht darauf ankommt, ob sie tatsächlich vorhanden sind oder ihren Einfluss nur in der Vorstellung des Individuums ausüben. Das Individuum entwickelt sich durch die tatsächlichen oder auch nur durch die vermuteten Reaktionen anderer Menschen immer weiter, in Abhängigkeit davon, wie es glaubt, dass die anderen es sehen und beurteilen; das Individuum sieht sich dabei quasi mit den Augen der Anderen. Die anderen wirken wie ein Spiegel, in dem man sich erkennen möchte, aber man hält sich diesen Spiegel selbst vor.³⁸⁸ Cooley nennt dieses Selbst das *Spiegelbild-Selbst*.³⁸⁹ Studien zeigen immer wieder, dass Individuen ihr Selbstkonzept in Abhängigkeit von Rückmeldungen (z. B. durch Testergebnisse, durch Beurteilungen Anderer etc.) sehr verändern.³⁹⁰

³⁸¹ vgl. Denzin zit. n. Stahl 10, S. 33

³⁸² vgl. Morris in Mead 73, S. 17ff.

³⁸³ vgl. Helle 99, S. 155

³⁸⁴ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 56f.

³⁸⁵ vgl. Mummendey 06, S. 85f.

³⁸⁶ Mummendey 06, S. 7

³⁸⁷ vgl. Mead 73, S. 180, S. 182ff.

³⁸⁸ vgl. Mummendey 06, S. 30

³⁸⁹ vgl. Cooley zit. n. Mummendey 06, S. 158f.

³⁹⁰ vgl. Shrauger und Schoenemann zit. n. Mummendey 06, S. 159; dabei ist die Veränderung natürlich davon abhängig, wie festgefügt das Selbstkonzept bereits ist, als wie glaubwürdig das Feedback eingeschätzt wird, und wie positiv es

Meads Weiterentwicklung des Spiegelbild-Selbst

Mead postuliert mit der Lehre vom symbolischen Interaktionismus, dass Reaktionen von Individuen nicht auf unveränderbare, objektiv feststellbare Stimuli, sondern auf die den Reizen zugeschriebenen erlernten Bedeutungen erfolgen; diese Bedeutungen werden als Symbole bezeichnet.³⁹¹ Das gilt nicht nur für sprachliche Stimuli, sondern für jede Art von Stimulus (z. B. erhobener Zeigefinger als Aufmerksamkeitshinweis). In sozialen Interaktionen, d. h. in Prozessen wechselseitiger Beeinflussung, werden Symbole, soziale Objekte, Beziehungen und ganze Situationen definiert. Mead spricht von „Rollenübernahme“ wenn ein Mensch die Haltung eines anderen übernimmt und beschreibt sie als Prozess, in dessen Verlauf ein Individuum bei sich selbst die gleichen Reaktionen auf ein bedeutsames Symbol hervorruft wie bei seinem jeweiligen Interaktionspartner: „Soziales Verhalten wird nach interaktionistischer Auffassung weitgehend durch solche Prozesse der Rollenübernahme, also der Perspektivenübernahme oder Empathie bestimmt.“³⁹² Mead bezeichnet die Rolle, die ein Individuum sich im Rahmen einer bestimmten Interaktionssituation jeweils selbst zuschreibt, als *ein Selbst* dieser Person, wodurch sich insgesamt viele Arten des Selbst ergeben, die sehr situationspezifisch oder auch allgemeinerer Art sein können.³⁹³ Insofern Selbstkonzepte durch die Übernahme der Perspektive eines Anderen („Fremdperspektive“) entstehen, muss ein Prozess der Antizipation, d. h. des rekursiven Denkens („ich denke, dass Du denkst, dass ich denke...“) erfolgen. Das Spiegelbild-Selbst entsteht in sozialinteraktionistischer Sichtweise also vor allem dadurch, dass das Individuum aufgrund gelernter gemeinsamer Bedeutungen Vorhersagen über die Perspektive der anderen Person macht, was ganz besonders für die *Signifikanten Anderen* gilt.³⁹⁴ Mead hatte die Idee des Spiegelbild-Selbst weiterentwickelt, hob dabei aber die Rolle von Personen hervor, mit denen das Individuum hauptsächlich interagiert und die für die Formung des Selbstkonzepts von entscheidender Bedeutung sind: die *Signifikanten Anderen*.³⁹⁵ Diese *Signifikanten Anderen* sind oft Individuen der engeren Umgebung wie Familienmitglieder oder werden durch andere Faktoren, wie z. B. eine bestimmte emotionale Besetzung, die Intensität der Interaktion oder auch durch ein Machtgefälle zu den *Signifikanten Anderen*. Beispielsweise fanden Studien heraus, dass Selbstbilder des einen Ehepartners am stärksten durch die Erwartung dessen, was der andere Ehepartner über ihn denkt, geprägt werden.³⁹⁶

Mead unterscheidet zwischen zwei Formens des „Ich“, die beide Teile der Identität sind:³⁹⁷

- „I“: das Ich als *Subjekt* (personales Selbst); es bezeichnet Initiative, Kreativität und das einmalig Subjektive. Das „I“ ist die Person, die etwas weiß und Urteile abgibt, auch eine stellungnehmende Reaktion auf die Haltungen Anderer
- „me“ : das Ich als *Objekt* der Betrachtung (soziales Selbst); bezeichnet die Vorstellung des Individuums von den Haltungen, die andere dem Individuum gegenüber haben, die Verinnerlichung ihrer Erwartungen an das Individuum. Das „me“ ist die Person, über die man etwas weiß. Ein Mensch gehört vielen Gruppen an (z. B. der Gruppe der Eltern, der Gruppe der Familienmitglieder, der Gruppe der Pflegestudenten etc.), dementsprechend bilden sich viele „me“s im Menschen (wie sehen mich die anderen El-

ausfällt

³⁹¹ vgl. Mummendey 06, S. 161

³⁹² Mummendey 06, S. 161

³⁹³ vgl. ebenda

³⁹⁴ vgl. ebenda

³⁹⁵ vgl. ebenda, S. 31

³⁹⁶ vgl. Schafer und Keith zit. n. Mummendey 06, S. 162

³⁹⁷ vgl. Mead 73, S. 217ff., vgl. auch Strauss in Mead 69, S. 30

tern? Wie die Nachbarn? etc.), die zu seiner Identitätsbildung beitragen.

Identitätsbildung ist somit gesellschaftlicher Prozess und zugleich ein innerer Dialog im Sinne eines permanenten Wechselspiels von „me“ und „I“, das über weitere Handlungen und Entwicklungen einer Person entscheidet und bewusste Verantwortung und neue Erfahrung erst ermöglicht.³⁹⁸

2.4.2 Meads Sozialisationstheorie

Mead studierte auch offen beobachtbare soziale Verhaltensweisen, insbesondere sprachlicher Art. Soziales Verhalten kann nach Mead in symbolischer Form, d. h. über Sprache analysiert werden.

Der Mensch gilt als *soziales Wesen*, d. h. er entwickelt sein Selbstbewusstsein,³⁹⁹ seine Fähigkeit zum Denken, und seine Identität erst in sozialen Beziehungen; Individuum und Gesellschaft sind insofern prozesshaft miteinander verstrickt.⁴⁰⁰ Nach Mead hat menschliche Kommunikation die Entwicklung des Menschen als soziales Wesen bedingt. Menschliche Kommunikation erfolgt ebenso wie die Interaktion, über *signifikante Symbole*,⁴⁰¹ die stets *Allgemeinbegriffe* darstellen.⁴⁰² Die signifikanten Symbole rufen bei Erzeuger und Empfänger die gleiche Reaktion hervor.⁴⁰³ Ihre Bedeutung wird von allen Gesellschafts-/ Gruppenmitgliedern identisch interpretiert. Als Voraussetzung der Interaktion müssen signifikante Symbole Besitzstand der ganzen Gruppe oder Gesellschaft sein.⁴⁰⁴ Signifikante Symbole decken sich mit dem Sprachschatz einer Gemeinschaft und repräsentieren und vermitteln Werte, Normen oder Haltungen, wodurch Individuen einer Gesellschaft ihr Verhalten aufeinander abstimmen können.⁴⁰⁵ Sprache ermöglicht die Integration in die Gruppe und ist eine der gesellschaftlichen Voraussetzungen für die Identitätsbildung. „Mead betrachtet sprachliche Kommunikation [allerdings] beinahe ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der sozialen Integration, nicht unter dem Aspekt der Verständigungsleistung [wie z. B. Habermas] und der inneren Struktur der Sprache.“⁴⁰⁶

Soziale Interaktion wird durch den Symbolischen Interaktionismus ermöglicht, der voraussetzt, dass man die Fremdperspektive (vgl. S. 47) einnehmen und sich selbst (als Objekt) aus dieser Perspektive sehen kann.

Menschen werden zu Mitgliedern der Gesellschaft, indem sie Rollen und Haltungen der *Signifikanten Anderen* übernehmen und somit Moral und Normen der Gesellschaft zu einem gewissen Grad verinnerlichen⁴⁰⁷.

Sozialisation beschreibt den Prozess der Einordnung des (heranwachsenden) Individuums in die Gesellschaft

³⁹⁸ vgl. Mead 73, S. 221

³⁹⁹ Der Mensch reagiert auch auf sich selbst; er macht sich selbst zum Objekt der Bedeutungsanalyse, daraus resultiert Selbstbewusstsein - das Bewusstsein von sich selbst [vgl. Mead 73, S. 178ff, S. 214ff.; vgl. Kuzminski/Großmann 10, S. 2]

⁴⁰⁰ vgl. Mead 73, S. 216

⁴⁰¹ vgl. ebenda, S. 181

⁴⁰² „Man kann nichts sagen, was absolut partikulär wäre; alles, was sinnvoll gesagt wird, ist allgemein.“ [Mead 73, S. 188]

⁴⁰³ vgl. Mead 73, S. 191; vgl. Kuzminski/Großmann 10, S. 2; Mead nennt als Beispiel, dass jemand „Feuer!“ ruft und alle (auch der Rufende selbst) aufgrund des signifikanten Symbols die gleiche Reaktion erfahren: das Gefühl des Schreckens, die Haltung der schreckerfüllten Flucht; vgl. Mead 73, S. 234

⁴⁰⁴ vgl. Mead 73, S. 189

⁴⁰⁵ vgl. Kuzminski/Großmann 10, S. 2

⁴⁰⁶ Ammann 09, S. 1; zur Integration des Individuums in die Gesellschaft vgl. auch Mead 73, S. 300f.

⁴⁰⁷ Identität, Geist, Bewusstsein und signifikante Symbole sind miteinander verbunden. Entscheidendes Merkmal der Identität ist, dass der denkende Organismus die Fähigkeit hat, sich selbst als Objekt zu sehen. Der Mechanismus, durch den dies - gemäß des Sozialbehaviorismus, auf den Mead sich stützt - möglich ist, ist die Übernahme von Rollen, die mit der Verwendung von Sprachsymbolen einhergeht. Insofern man die Rolle eines anderen übernehmen kann, kann man ggf. aus dieser Perspektive auf sich selbst zurückblicken (oder reagieren) und so für sich selbst zum Objekt werden. Darum ist es nur im gesellschaftlichen Prozess möglich, dass sich Identität entwickelt. Identität als Wesen, dass sich seiner selbst bewusst wurde [vgl. Morris in Mead 73, S. 27; vgl. Mead 73, S. 184]

und die damit verbundene Übernahme gesellschaftlich bedingter Haltungen und Verhaltensweisen.⁴⁰⁸ Sozialisation und Identitätsbildung (s. o.) sind miteinander verknüpft: Identitätsbildung wird nur durch das Leben in der Gesellschaft möglich und erfolgt durch die Übernahme der Rollen und Haltungen anderer,⁴⁰⁹ wobei Mead mehrere Stufen dieser Rollenübernahme mit zunehmender Komplexität unterscheidet.⁴¹⁰ Die Identität besteht aus Teilidentitäten, die den verschiedenen Aspekten des gesellschaftlichen Prozesses entsprechen, d. h. die vollständige Identitätsbildung bedeutet eine Spiegelung des vollständigen gesellschaftlichen Prozesses.⁴¹¹

Individuum und Gesellschaft beeinflussen sich gegenseitig. Die Gesellschaft setzt moralische Maßstäbe an das Individuum und übt soziale Kontrolle aus, denn der gesellschaftliche Prozess bzw. die Gemeinschaft tritt als bestimmender Faktor in das Denken ein⁴¹² (z. B. identifiziert sich der Einzelne mit einer politischen Partei), das Individuum verändert aber wiederum die Haltung der Gemeinschaft und bewirkt sozialen Wandel.⁴¹³

2.4.3 Symbolischer Interaktionismus nach Blumer

Auf Blumer, der Meads Ansätze unter Betonung *mikrosoziologischer* Aspekte weiterentwickelte, kann an dieser Stelle nicht ausführlich eingegangen werden. Genannt seien jedoch die von ihm formulierten drei zentralen Prämissen des Symbolischen Interaktionismus:

1. Menschen handeln Dingen gegenüber auf der Grundlage von Bedeutungen
2. Die Bedeutung der Dinge entsteht aus der sozialen Interaktion mit Mitmenschen
3. Die Bedeutungen werden in einem interpretativen Prozess - den die Person in ihrer Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen benutzt - gehandhabt und abgeändert.⁴¹⁴

Neben diversen weiteren Grundannahmen führt Blumer zudem aus, dass Menschen ihr situatives Handeln darauf aufbauen, was sie wahrnehmen, wie sie das Wahrgenommene deuten, und welche Art von Handlungslinien sie daraus entwerfen. Zudem beschreibt er, dass Menschen im Rahmen ihres Zusammenlebens die Handlungslinien gegenseitig aufeinander abstimmen.

2.4.4 Symbolischer Interaktionismus nach Strauss

An dieser Stelle soll abschließend die modifizierte Konzeption des Symbolischen Interaktionismus nach Strauss skizziert werden, deren Kenntnis das Verständnis des im Folgekapitel dargestellten Konzepts der Krankheitsverlaufskurve begünstigt.

Betonung der Veränderungsprozesse

So wie Mead, der behauptete, dass die Darwinsche Revolution *statischen* Vorstellungen von sozialer Organisation endgültig den Boden entzogen hat und damit kontinuierlichen Wandel als Kennzeichen jeder sozialen Welt ausmachte,⁴¹⁵ geht es auch Strauss vor allem darum, Veränderungen greifbar zu machen. Diese Veränderungen betreffen - gemäß der Prämissen des Symbolischen Interaktionismus - Veränderungen der Struktur

⁴⁰⁸ vgl. Duden 01, S. 933 und vgl. Kuzminski/Großmann 10, S. 3

⁴⁰⁹ vgl. Mead 73, S. 180

⁴¹⁰ Die Komplexität steigert sich von der Übernahme einzelner Rollen wie bei Kindern während des Spiels (*play*) über das Hineinversetzen in die Rollen und Haltungen aller Beteiligten (*game*) bis zum Ins-Verhältnis-Setzen der eigenen Gruppe zur Gesamtgesellschaft; vgl. Mead 73, S. 193f., S. 196ff

⁴¹¹ vgl. Mead 73, S. 186.

⁴¹² vgl. genauer Mead 73, S. 198ff., S. 202

⁴¹³ vgl. Kuzminski/Großmann 10, S. 3

⁴¹⁴ vgl. Blumer zit. n. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 55

⁴¹⁵ vgl. Strauss in Mead 69, S. 25

sozialer Ordnungen ebenso wie Bedeutungen, Gewissheiten, Bewusstseinskontexte und Handlungsweisen.⁴¹⁶ Bedeutsam ist dabei, dass selbst Strukturen nicht statisch sind, sondern „durch ständige Veränderungen gekennzeichnet [sind], die durch Interaktions- und vor allem Aushandlungsprozesse zustande kommen. Demzufolge gibt es also keine stabilen Strukturen, da diese durch kontinuierlichen Wandel erzeugt und umgebildet werden. Neues (die Veränderung von Strukturen) und Altes (die bestehenden Strukturen) stehen dabei in einem dialektischen Zusammenhang.“⁴¹⁷ Die Dialektik besteht darin, dass die Strukturen des Alltags zwar durch (Aus-)Handlungsprozesse verändert werden, aber gleichzeitig formale Strukturen die (Aus-) Handlungsmöglichkeiten begrenzen.⁴¹⁸ Strauss betont die permanente Veränderung, indem er unter dem Begriff „Struktur als Prozess“ (später genauer, vgl. S. 65) aufzeigt, dass sich die strukturellen Kontexte - z. B. von Krankheitsbewältigung - permanent verändern.⁴¹⁹ Er weist in Bezug auf den Zusammenhang von Struktur und Interaktion auch darauf hin, dass eine interaktionstheoretische Handlungstheorie zwar den unablässigen Wandel betont, aber gleichzeitig die „stabileren“, d. h. sich langsamer - ggf. über Generationen - verändernden Elemente der sozialen Umwelt nicht übersehen darf.⁴²⁰ Strauss selbst interessiert sich jedoch nicht für diese stabileren Elemente, sondern fokussiert auf Wandel und Veränderung; sein Interesse liegt beim *Prozess*.⁴²¹ Corbin et al. weisen daher darauf hin, dass die interaktionstheoretische Handlungstheorie von Strauss dadurch auch eine (besondere) Strukturtheorie ist.⁴²² Corbin/Strauss bezeichnen demnach auch die theoretische Haltung des Konzepts der Krankheitsverlaufskurve als *strukturell-interaktionell*, weil beide Aspekte miteinander verbunden sind.⁴²³

Synthese aus Mikro- und Makrosoziologie

Viele Einsichten aus dem interaktionstheoretischen Ansatz befriedigen Strauss nicht, er will die Wirksamkeit sozialstruktureller Einflüsse in sozialen Beziehungen verdeutlichen.⁴²⁴ Um konkrete Interaktionssituationen verstehen zu können, müssen neben individuellen Faktoren auch strukturelle einbezogen werden, was eine gute Kenntnis der sozialen Gruppen, innerhalb derer die Interaktionspartner bestehen, erfordert⁴²⁵ und damit ein Einbeziehen mikrosoziologischer Aspekte.

Strauss kritisiert - insbesondere an den frühen Theorien der symbolischen Interaktion (z. B. Cooley, s. o.) - dass der Einfluss der Sozialstruktur auf die Identität unzureichend berücksichtigt worden sei. Seiner Ansicht nach werden in den Theorien zwar Kleingruppen behandelt, aber die Tatsache, dass Menschen stets in gesellschaftliche Großstrukturen eingebunden sind, und Effekte aus dem Makrobereich bis in die Identität hineinwirken, sei vernachlässigt worden.⁴²⁶ Er strebt daher eine Synthese aus persönlichkeitsbezogener Sozialpsychologie und strukturbezogener Mikro- und Makrosoziologie an.⁴²⁷ Im Rahmen der *Bedingungsmatrix* der

⁴¹⁶ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 55

⁴¹⁷ Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 56

⁴¹⁸ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 56, hier bezogen auf Strukturen von Organisationen wie Kliniken, jedoch gilt es allgemein für alle Strukturen, unter denen Bewältigung stattfindet, wie z. B. auch die Strukturen der Häuslichkeit; vgl. Corbin/Strauss 04, S. 112ff.

⁴¹⁹ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 112ff.

⁴²⁰ vgl. Strauss zit. n. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 56f.

⁴²¹ vgl. Hildenbrand zit. n. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 57; die Bedeutung des *Prozesses* für Strauss findet sich auch in den Schilderungen zur Biografie als Prozess, zur Bewältigung als Prozess etc. [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 87ff., S. 138ff.]

⁴²² vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 57

⁴²³ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 155

⁴²⁴ vgl. Helle 99, S. 163

⁴²⁵ vgl. ebenda, S. 164f.

⁴²⁶ vgl. ebenda, S. 155

⁴²⁷ vgl. ebenda

Krankheitsverlaufskurve, die die Bedingungen aufzeigt, unter denen Krankheitsbewältigung erfolgt (später genauer, vgl. S. 59), entspricht er seinen eigenen Ansprüchen, indem er auf sechs verschiedenen Ebenen die sozialen Einflüsse auf die Interaktion darlegt, von den makrosoziologischen (wie z. B. politischen und ökonomischen Bedingungen) auf der obersten Ebene bis zu den mikrosoziologischen Bedingungen (wie z. B. denen in der Familie) auf unteren Ebenen.⁴²⁸

Identitätsentwicklung und Körperbezug

Corbin et al. verweisen darauf, dass die Strauss'sche Perspektive auf den Symbolischen Interaktionismus neben einer interaktionistischen Handlungstheorie auch eine *Identitätstheorie* darstellt.⁴²⁹ Identitätsbildung wird nach Ansicht von Strauss lebenslang nicht abgeschlossen, sondern als Prozess ständig weitergeführt. Insofern betont er den „unabgeschlossenen, tentativen, explorativen, hypothetischen, problematischen, abschweifenden, wandelbaren und nur teilweise einheitlichen Charakter menschlicher Handlungsverläufe“.⁴³⁰ Zudem versteht er biografische Entwicklung (und somit auch Identitätsbildung) als eine „Reihe aufeinander bezogener Transformationen“, die teils institutionell gerahmt sind (wie z. B. eine Eheschließung), teils aber auch „außerhalb des sichtbaren Bereichs sozialer Strukturen“ liegen.⁴³¹ Im Laufe dieser biografischen Entwicklung gelangt das Individuum seiner Ansicht nach immer wieder an Wendepunkte, an denen „Bestandsaufnahme, Revision, Neubewertung, Neuverstehen und Neubeurteilung“⁴³² erforderlich werden. Er recurriert damit auf die *Ideationsprozesse* nach Mead.⁴³³ Ideationsprozesse sind vorwärts- und rückwärts gerichtete Überprüfungen, die die reflexiven Teile von Handlungen darstellen, mit deren Hilfe Menschen versuchen, die Vergangenheit begreifen, die Gegenwart analysieren und die Zukunft projizieren zu können, um eine Basis für zukünftiges Handeln zu schaffen.⁴³⁴ Chronische Krankheiten rufen Krisen hervor, können allerdings auch im positiven Sinne Basis für etwas Neues sein⁴³⁵ und stellen damit solche Wendepunkte der Biografie dar, weshalb Strauss im Rahmen des Konzepts der Krankheitsverlaufskurve bei der Erläuterung der Biografiearbeit als Teil der Krankheitsbewältigung immer wieder auf die fortlaufende Identitätsherstellung und die erforderlichen Ideationsprozesse zurückgreift⁴³⁶ (Ideationsprozesse selbst noch in der Sterbephase, vgl. S. 56 ; vgl. auch Fußnote S. 68) und damit auch bei der Identitätsbildung wieder den Prozesscharakter betont.

Bereits Mead befasst sich mit dem *Körperbezug* der Identitätsbildung.⁴³⁷ In der Fassung des Symbolischen Interaktionismus, die Strauss entwickelte, ist die Annahme „Keine Handlung ist möglich ohne einen Leib“⁴³⁸ jedoch die wichtigste.⁴³⁹ Für Strauss ist der Körper für das Identitätsgefühl von zentraler Bedeutung: zum einen wegen dieser Fähigkeit zum Handeln, zum anderen aber auch wegen der Vorstellungen, die man wäh-

⁴²⁸ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 158ff.

⁴²⁹ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 57

⁴³⁰ Strauss zit. n. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 57

⁴³¹ ebenda

⁴³² ebenda

⁴³³ vgl. dazu Mead 69, S. 416

⁴³⁴ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 88f., S. 107. Überprüfungen wären z. B. Bestandsaufnahmen der Stärken und Schwächen eines Kranken, um die Ressourcen planen zu können, die er für den langfristigen Umgang mit seiner chronische Erkrankung braucht [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 90]

⁴³⁵ So wird von Goethe behauptet, jede Entwicklung seines Werkes sei mit dem Bewältigen einer schweren körperlichen Erkrankung einhergegangen [vgl. Bahrs/Matthiesen zit. n. Hildenbrand 09, S. 140]

⁴³⁶ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 88ff. und S. 98ff.

⁴³⁷ vgl. Mead 73, S. 214f.

⁴³⁸ Strauss zit. n. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 60

⁴³⁹ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 60

rend der aufgabenbezogenen Handlungen von seiner Identität bildet.⁴⁴⁰ Ein - z. B. durch eine Krankheit - gestörter Körper bewirkt eine Wahrnehmung, die „das Innerste des menschlichen Daseins“⁴⁴¹ berührt:

- wegen seiner Unfähigkeit, eine Aktivität auszuführen (z. B. hindert der Tremor eines Parkinson-Patienten ihn an der selbständigen Körperpflege und erfordert Fremdhilfe)
 - wegen des Erscheinungsbildes des Körpers (z. B. fühlt sich ein Psoriasis-Patient äußerlich stigmatisiert)
 - wegen der Unzuverlässigkeit des physiologischen Funktionierens des Körpers auf zellulärer Ebene⁴⁴² (z. B. hindern unkontrollierbare Diarrhoen einen Morbus-Crohn-Patienten daran, seinen Beruf auszuüben).
- Schon diese Beispiele von Autonomieverlust, Stigmatisierung und veränderter Berufsperspektive verdeutlichen den Einfluss, den der Körper auf das Identitätsgefühl hat. Strauss nimmt diesen ihm wichtigen Körperbezug daher ebenfalls ausführlich im Rahmen der Biografiearbeit auf (vgl. später S. 63).

Verstehen zwecks Integration nicht zwecks Verständigung

Strauss stellt zwar Überlegungen zum Thema Sinnggebung an und argumentiert dabei, dass eine Situation zu verstehen, bedeutet, den Vorgang der Situationsdefinition nachzuvollziehen. Aber er fasst das Thema eingeschränkt unter den Aspekt der „Motivation“, d. h. es geht darum, dass ein Subjekt sich *selbst* im Sinne der Motivationsaussage verdeutlicht, wie es handelte und wie es künftig handeln wird.⁴⁴³

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Symbolische Interaktionismus sprachliche Kommunikation vor allem unter dem Aspekt der Integration in eine Gruppe in Bezug auf die Verständigungsleistung betrachtet (vgl. S. 48). Auch Strauss hat diese eingeschränkte Betrachtung nicht erweitert. Er behandelt die Mitgliedschaft in einer Gruppe als symbolisches Phänomen; das Gruppenleben hängt von den Wegen der Kommunikation ab.

„Aber Verständigung darf nicht nur aufgefasst werden als Übertragung von Inhalten auf dem einen oder anderen Wege. Kommunikation bezeichnet Strauss auch als gemeinsame Teilhabe an Sinngehalten. Mit ‚gemeinsamer Teilhabe‘ ist dabei gemeint, dass mehrere Personen einander verstehen und dass aus dem Prozess des kommunikativen Austauschs, in dem sie miteinander stehen, gemeinsame Begriffe und eine gemeinsame Sprache hervorgehen und stabilisiert werden.“⁴⁴⁴

Der „Sinn“ ist hier also sehr eingeschränkt gemeint. Helle weist darauf hin, dass Strauss hier die Bedeutung der Sprache betont, denn die Mitglieder brauchen seiner Ansicht nach eine ihnen gemeinsam verständliche Terminologie, um ihr Handeln koordinieren zu können. Die Bildung von Gruppen bildet sich um Inhalte herum, über die Einverständnis besteht, und auf der Basis gemeinsamer Erfahrungen bilden die Gruppenmitglieder eine gemeinsame Terminologie heraus, so dass die Konstitution einer Gruppe ein symbolischer Vorgang ist.⁴⁴⁵ Das zeigt wieder, dass es beim Verstehen im Rahmen des Symbolischen Interaktionismus (auch in der Version von Strauss) um Prozesse der Integration in die Gruppe aber nicht um hermeneutische Verständigungsprozesse geht.⁴⁴⁶

Definition Interaktion

Strauss definiert schließlich für das im Folgenden ausführlich beschriebene Konzept der Krankheitsverlaufs-

⁴⁴⁰ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 84

⁴⁴¹ Corbin/Strauss 04, S. 67

⁴⁴² vgl. Corbin/Strauss 04, S. 67

⁴⁴³ vgl. Helle 09, S. 162

⁴⁴⁴ Helle 09, S. 168

⁴⁴⁵ vgl. ebenda

⁴⁴⁶ Strauss hält es sogar für bedenklich wenn eine Person glaubt, die Handlungen genauer verstehen zu können als der Handelnde selbst es offenbar tut und interessiert sich nicht für verborgene Sinngehalte in der Kommunikation [vgl. Helle 09, S. 162].

kurve - unter Bezug auf Mead und Blumer sowie in Verbindung mit dem soziologischen Begriff der Arbeit - Interaktion als „Prozess, durch den Menschen mittels Kommunikation mit dem eigenen Selbst und mittels Kommunikation mit anderen Menschen ihre Handlungen auf die Durchführung einer Form von Arbeit gemeinsam ausrichten.“⁴⁴⁷

Nach der Erläuterung der theoretischen Fundierung des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts sollen nun die wesentlichen Konzeptbestandteile dargestellt werden. Dabei wird zunächst das zentrale Konzept der *Verlaufskurve* erklärt.

2.5 Konzept der Verlaufskurve

Im Rahmen dieses Kapitels wird genauer erläutert, was unter der *Verlaufskurve* zu verstehen ist, wobei insbesondere ihre Variabilität und ihr phasenhafter Verlauf vorgestellt werden. Daran anschließend wird dargestellt, warum sich die Vorstellungen über diesen Verlauf zwischen den beteiligten Akteuren deutlich unterscheiden, und wird die Methode der Aushandlungsprozesse zum Abgleich dieser differierenden Verlaufskurvenvorstellungen skizziert.

Das Konzept der Verlaufskurve zeigt den prozesshaften Verlauf einer chronischen Krankheit auf:

„Insgesamt impliziert der Begriff Verlaufskurve Aspekte der zeitlichen Phasen, der Arbeit, der Wechselwirkungen zwischen den Arbeitenden sowie die nichtmedizinischen wie auch relevante medizinische Merkmale der Bewältigung.“⁴⁴⁸

Dabei geht es den Autoren darum, aufzuzeigen, dass der Verlauf *gestaltet* werden kann. Der Prozesscharakter der Krankheitsbewältigung und somit die Auffassung, dass Verlaufskurven von den Akteuren gestaltet werden und diese Gestaltungsprozesse zur weiteren Entwicklung der Verlaufskurve beitragen, ist die Perspektive des Symbolischen Interaktionismus.⁴⁴⁹ Strauss verwies schon vor 40 Jahren darauf, dass Pragmatiker wie Mead immer wieder die *aktive* Rolle unterstreichen, die die Menschen bei der Gestaltung ihrer Umwelt und ihres Schicksals spielen.⁴⁵⁰ Strauss betont diese Möglichkeit der Gestaltung auch in Bezug auf die Verlaufskurve.⁴⁵¹ Der Kranke ist ein aktives Subjekt, seine Handlungskompetenz wird ihm nicht abgesprochen, und er trägt - wie auch die anderen Beteiligten - aktiv zur Krankheitsbewältigung bei. Die Gestaltung bezieht sich dabei auf die Gesamtheit der Maßnahmen, die den Verlauf einer Erkrankung beeinflussen. Während mit dem (vordergründig) ähnlichen Begriff des „Krankheitsmanagements“ fälschlich ein Erfolg impliziert werden würde, betont der Begriff der *Gestaltung* einer Verlaufskurve, „mit unerwarteten Problemen in bestmöglicher Weise umzugehen, auch wenn die Kurve nicht vollständig unter Kontrolle ist.“⁴⁵² Damit wird nur dieser Begriff der *Gestaltung* der Komplexität der Verlaufskurvenarbeit, den medizinischen Ergebnissen und den Auswirkungen auf die beteiligten Akteure gerecht.⁴⁵³ Die Gestaltung kann dabei äußerst unterschiedlich aussehen:

Ein Beispiel „größerer“ Gestaltung wäre es beispielsweise, wenn sich der Partner des Erkrankten entschließt, nun berufstätig zu werden, um den als Versorger ausfallenden Kranken zu ersetzen.

Ein Beispiel „kleinerer“ Gestaltung wäre es, wenn der Partner dem Rheuma-Kranken morgens eine Tasse heißen Tee bringt, damit dieser seine steifen Hände daran wärmen kann und die Handgelenke dadurch langsam beweglicher werden.

⁴⁴⁷ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 152, S. 353

⁴⁴⁸ Corbin/Strauss 04, S. 50

⁴⁴⁹ vgl. Hildenbrand 09, S. 151

⁴⁵⁰ vgl. Straus in Mead 69, S. 26 (Aktive Gestaltung: ein immer wiederkehrendes Thema im Werke Meads)

⁴⁵¹ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 50

⁴⁵² White/Lubkin 02, S. 97

⁴⁵³ vgl. ebenda

Ein Verdienst des von Corbin/Strauss entwickelten Konzepts der Krankheitsverlaufskurve ist, dass erstmals die Situation und die Perspektive des Patienten sowie dieser aktive Part in den Mittelpunkt des Interesses gerückt wurden.⁴⁵⁴ Zur Gestaltung gehören auch viele Maßnahmen, die *präventiven* Charakter haben und z. B. der Vorbeugung von Komplikationen dienen. Corbin und Strauss sehen den Aspekt der Prävention daher als einen Schwerpunkt des Konzepts der Krankheitsverlaufskurve.⁴⁵⁵

2.5.1 Variabilität

Die Formen der Verlaufskurven haben zwei wichtige Charakteristika: Variabilität und phasenhafter Verlauf.⁴⁵⁶ Variabilität zeigen die Verlaufskurven hinsichtlich ihrer Form, Dauer, der erforderlichen Arbeit und ihrer Auswirkungen, wobei die Variabilität durch die Krankheit, die physischen und psychischen Reaktionen des Patienten darauf sowie die Bewältigungspläne, die seitens der beteiligten Akteure aufgestellt werden, konstituiert wird.⁴⁵⁷ Unter „beteiligten Akteuren“ werden dabei alle Menschen verstanden, die von der Existenz der Krankheit betroffen sind, wie z. B. der Kranke, die Familie, medizinisch-pflegerisches Personal, aber auch Freunde, Nachbarn und Arbeitgeber, sofern sie einen Einfluss auf die Verlaufskurve ausüben.⁴⁵⁸ Die Verlaufskurve ist voller Dynamik, da Ungewissheit eine wesentliche Rolle spielt (vgl. S.42) und es unmöglich ist, alle Details im Voraus zu erfassen und einzuplanen.⁴⁵⁹ Somit besteht ständiger Wandel, und ständige Reorganisationen sind erforderlich.⁴⁶⁰

Alle genannten Faktoren, die eine Verlaufskurve prägen, sorgen für einen bestimmten Verlauf, der sich als kurvenförmige bzw. spiralförmige Darstellung mit Auf- und Abwärtsbewegungen und langfristig nach unten weisender Tendenz darstellen ließe.⁴⁶¹

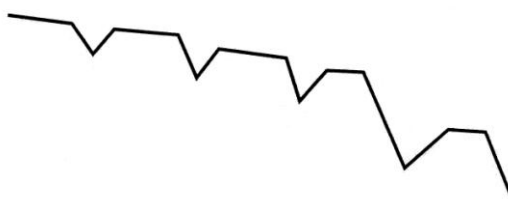


Abbildung 1 Form der Verlaufskurve bei Krebskrankheit⁴⁶²

2.5.2 Phasen

Jede Verlaufskurve kann analytisch in *Phasen* unterteilt werden, die der Kurve ihre Form geben. Zu diesen Phasen gehören Diagnose, Krise, Akute Phase, Normalisierung, Stabile Phase, Instabile Phase, Abwärtsphase und Sterbephase, die in weitere Subphasen unterteilt werden können.⁴⁶³

Phase	Definition
Diagnose	Auftreten und Anzeichen von Symptomen einer Krankheit, beinhaltet auch den Zeitpunkt der Diagnose

⁴⁵⁴ vgl. vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 70

⁴⁵⁵ vgl. Corbin/Strauss 98b, S. 130; vgl. auch Corbin/Strauss zit. n. White/Lubkin 02, S. 122

⁴⁵⁶ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 60

⁴⁵⁷ vgl. ebenda

⁴⁵⁸ vgl. White/Lubkin 02, S. 97

⁴⁵⁹ vgl. Woog 98, S. XIV

⁴⁶⁰ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 54, S. 58

⁴⁶¹ vgl. ebenda, S. 59ff.; vgl. Schaeffer 09b, S. 19; vgl. Schaeffer 09b, S. 66

⁴⁶² Corbin/Strauss 04, S. 61; teils wird die Darstellung von anderen Autoren kritisiert, da der unilineare Verlauf für typische Krankheiten zwar hilfreich, aber unterkomplex für die Fälle sei und werden mehrdimensionale Abbildungen gewählt [vgl. Hildenbrand 09, S. 149]

⁴⁶³ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 38ff.; S. 59ff.; S. 193ff.; vgl. auch Corbin/Strauss 98a, S. 13. Die Phaseneinteilungen von Corbin/Strauss lassen sich in ihren Werken allerdings in verschiedenen Variationen finden. Zu den Subphasen vgl. Corbin/Strauss 04, S. 62ff.; Corbin/Strauss 98a, S. 12

Krise	Lebensbedrohliche Situation
Akute Phase	Akuter Krankheitszustand oder Komplikationen, die einen Klinikaufenthalt notwendig machen
Normalisierung	Körperliche und emotionale Erholung, Aufwärtstrend des Krankheitsverlaufs
Stabile Phase	Krankheitsverlauf und -symptome werden mit Hilfe von Heilprogrammen unter Kontrolle gehalten
Instabile Phase	Krankheitsverlauf und -symptome können nicht länger mit Hilfe von Heilprogrammen unter Kontrolle gehalten werden, ein Klinikaufenthalt ist jedoch nicht notwendig
Abwärtsphase	Fortschreitende Verschlechterung der körperlichen und geistigen Verfassung gekennzeichnet durch zunehmende Behinderung und verstärktes Auftreten von Krankheitssymptomen
Sterbephase	Stunden, Tage und Wochen unmittelbar vor dem Tod

Tabelle 1 Phasen der Verlaufskurve⁴⁶⁴

Die Phasenbezeichnungen suggerieren zwar rein medizinische Geschehnisse, jedoch stellen sie keine krankheitsbezogenen sondern verlaufskurvenbezogene Phasen dar, d. h. sie beziehen sich nicht nur auf physische, physiologische oder therapeutische Veränderungen im Krankheitsverlauf und in der Therapie, sondern auch auf Veränderungen bzgl. der Arbeit, der Arbeitsbeziehungen, auf biografische und interaktionelle Vorgänge und geben somit Hinweise auf die je nach Phase unterschiedlichen Bewältigungsarbeiten.⁴⁶⁵ Die Phasen sehen im Einzelnen wie folgt aus.

Diagnostische Phase

Die Phase beinhaltet das erste Auftreten verunsichernder Krankheitssymptome, die Suche nach der Diagnose sowie die Mitteilung der Diagnose.⁴⁶⁶ Der bislang fraglos funktionierende Körper rückt mit seiner Störung in den Fokus. Im Moment der Diagnosemitteilung steht die Zeit scheinbar still, d. h. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft scheinen zu verschmelzen; ein biografischer Bruch, teils ein Zustand schockbedingter Handlungsunfähigkeit, Orientierungslosigkeit und Haltlosigkeit⁴⁶⁷ sowie Ungewissheiten über die Länge und Qualität des zukünftigen Lebens beherrschen die Kranken und ihre Partner.⁴⁶⁸ Viele Arten diagnosebezogener Arbeit sind zu leisten (z. B. Vorbereitungen für Untersuchungen), Maßnahmen der Symptomkontrolle oder auch Informationsarbeit und Beruhigungsarbeit, um Angst und Schrecken zu mildern.⁴⁶⁹ Der Kranke kann sich noch keine Gedanken über die Zukunft machen. Zu sehr ist er mit der aktuellen Klärung seines Zustands und dem Begreifen der Diagnose beschäftigt.⁴⁷⁰

Krise

Die krankheitsbedingte Krise hat meist lebensbedrohlichen Charakter. Sie kann nicht mehr autonom bewältigt werden, sondern bedarf der Intervention durch die Gesundheitsprofessionen.⁴⁷¹ Auf diese Phase gehen die Autoren (ebenso wie auf die Akutphase) kaum ein, da sie mehr an den Phasen, die die Krankheitsbewältigung *in der Familie* beschreiben, interessiert sind.⁴⁷²

Akute Phase

In der Akutphase ist der Mensch physisch oder psychisch derart von der Krankheit beeinträchtigt, dass ärztliche Betreuung und/oder Klinikeinweisung erforderlich werden, um Verschlechterungen zu vermeiden. Die Arbeit richtet sich darauf, physiologische oder mentale Stabilisierung bzw. Erholung zu fördern, wogegen

⁴⁶⁴ in Anlehnung an Corbin/Strauss 98a, S. 13

⁴⁶⁵ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 60, S. 188, S. 354

⁴⁶⁶ vgl. ebenda, S. 39ff.

⁴⁶⁷ vgl. Schaeffer 04, S. 221

⁴⁶⁸ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 44ff.

⁴⁶⁹ vgl. ebenda, S. 41f.

⁴⁷⁰ vgl. ebenda, S. 43ff.

⁴⁷¹ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 65

⁴⁷² vgl. Corbin/Strauss 04, S. 62

biografische Überlegungen und Pläne oft noch ruhen bis die akute Episode überstanden ist.⁴⁷³

Normalisierung

Körperliche sowie emotionale Erholung des Patienten und ein Aufwärtstrend des Krankheitsverlaufs bestimmen diese Phase. Die Bewältigung fokussiert auf der Wiedergewinnung körperlichen Wohlbefindens und partieller oder vollkommener Wiedergewinnung der infolge der Krankheit verlorenen Funktionsfähigkeit; zudem geht es um die Wiedergewinnung wichtiger Aspekte des Selbst, die verlorengegangen waren.⁴⁷⁴ Die Normalisierung kann dabei - wie z. B. nach einem Schlaganfall - sehr lange dauern und je nach Erkrankung partiell oder vollständig sein. Im Allgemeinen steht in dieser Phase erst die krankheitsbezogene Arbeit, die häufig mit der Entwicklung neuer Routinen verbunden ist, und später -nach Stabilisierung der Gesundheit - die biografische Arbeit im Vordergrund.⁴⁷⁵

Stabile Phase

In dieser Phase ist der Krankheitsverlauf unter einer gewissen Kontrolle, wie z. B. bei einem gut eingestellten Diabetes. Die Bewältigung zielt darauf, diese Stabilität zu erhalten und verläuft, abgesehen von kleinen Komplikationen, relativ routiniert.

Instabile Phase

In dieser Phase gerät der Krankheitsverlauf beharrlich außer Kontrolle. Das Therapieregime greift nicht mehr, die Krankheit verschlechtert sich und bisherige Bewältigungsstrategien erweisen sich in diesem Falle als unzureichend. Nun müssen Ursachen der Instabilität bzw. alternative Strategien zur Bewältigung gefunden werden, mit dem Ziel, wieder in eine stabile Phase eintreten zu können. Instabile Phasen sind oft von krankheitsbezogener Arbeit beherrscht, alltagsbezogene Aktivitäten werden verschoben oder auf ein Minimum reduziert und biografische Arbeit ist eher auf den Augenblick begrenzt, wobei die Zukunft unklar ist.⁴⁷⁶ Gerade längere instabile Phasen können verheerend für das Selbstkonzept sein, weil die Instabilität alles beeinträchtigen kann, was der Kranke zu leisten imstande ist.⁴⁷⁷ Teils bleibt ihm in dieser Phase nur, eine Routine der Bewältigung zu entwickeln, in der er sich ausruht und versucht, die schlimmsten Zeiten geduldig abzuwarten und Dinge leichter zu nehmen.⁴⁷⁸

Abwärtsphase und Sterbephase

Gegen Ende des Krankheitsverlaufs verschlechtert sich der Zustand anhaltend, Krankheitssymptome verändern sich qualitativ und quantitativ und Restabilisierungen bleiben aus.⁴⁷⁹ Die Betroffenen fragen sich, wie schnell der Verfall gehen wird, und die Bewältigung richtet sich darauf, Tempo und Ausmaß des Verfalls zu kontrollieren.⁴⁸⁰ Selbst in der Sterbephase finden noch biografische Ideationsprozesse statt, wenn Betroffene in den letzten Wochen oder Tagen die Krankheit noch in ihr Leben integrieren, sich mit dem Tod abfinden und einen biografischen Neuentwurf des Lebens anfertigen, auch wenn er eher punktuell als gerichtet ist.⁴⁸¹ Die Kranken führen „Schließungsakte“ durch (z. B. Ausflüge mit der Familie unternehmen, damit die Kinder

⁴⁷³ vgl. ebenda, S. 62

⁴⁷⁴ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 62f., S. 189, S. 194

⁴⁷⁵ vgl. ebenda, S. 194f.; S. 219; die Inhalte der einzelnen Arbeitsarten werden in Kap. 2.6.3 „Ebene 3: Konzept der Arbeit“ detaillierter erläutert

⁴⁷⁶ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 279f.

⁴⁷⁷ vgl. ebenda, S. 190

⁴⁷⁸ vgl. ebenda, S. 279

⁴⁷⁹ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 66

⁴⁸⁰ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 64

⁴⁸¹ vgl. ebenda, S. 315

den Kranken als guten und interessierten Vater in Erinnerung behalten).⁴⁸² Die biografische Arbeit steht jetzt im Vordergrund, die alltags- und krankheitsbezogene Arbeit rutscht in den Hintergrund, wobei jederzeit situativ bedingt - wie z. B. bei akuter Luftnot - wieder die krankheitsbezogene Arbeit in den Vordergrund geraten kann.⁴⁸³ Routinen aufrecht zu erhalten, ist kaum noch möglich.

Die genannten Phasen variieren je nach Krankheit, d. h. nicht jeder Kranke muss alle Phasen durchlaufen, zudem werden sie in jeweils anderer Abfolge durchlaufen, teils auch mehrfach, wie z. B. bei wiederholten Krisen. Im Falle von Multimorbidität sind zudem mehrere Verlaufskurven für einen Kranken möglich.⁴⁸⁴

2.5.3 Projektionen & Aushandlungsprozesse

Unter *Projektion* wird das Bild verstanden, dass die beteiligten Akteure sich von der zukünftigen Entwicklung der Verlaufskurve machen, d. h. es ist ein Versuch, sich vorzustellen, über welche Zeiträume welche künftigen Geschehnisse eintreten werden und welche daraus resultierenden Maßnahmen zu ergreifen sind.⁴⁸⁵ Alle Akteure haben anfangs nur ungenaue Vorstellungen vom Krankheitsverlauf. Der genaue Verlauf lässt sich nicht prognostizieren, kann von den ursprünglichen Visionen sogar stark abweichen und lässt sich, genau genommen, nur rückblickend zutreffend abbilden.⁴⁸⁶

Eine Vielzahl von Faktoren, die im Folgenden skizziert werden, wirkt sich darauf aus, welche Projektionen von den Gesundheitsprofessionellen sowie von den Kranken und ihren Angehörigen entwickelt werden und beeinflusst damit die daraus resultierenden Handlungspläne (im Sinne des symbolischen Interaktionismus Blumers: Menschen bauen ihr situatives Handeln darauf auf, was sie wahrnehmen, wie sie Wahrgenommenes deuten und welche Art von Handlungslinien sie daraus entwerfen, vgl. S. 49).

Projektionen der Gesundheitsprofessionellen

Selbst für Ärzte, die meist nur eingeschränkt, d. h. nur aus *medizinischer* Sicht Vorstellungen vom Verlauf entwickeln und ihr Handeln meist nur auf die Somatik statt auf das beeinträchtigte Leben der Patienten ausrichten,⁴⁸⁷ sind Prognosen schwierig: Abhängigkeiten von Strukturbedingungen, die Unberechenbarkeit der teils in Episoden und Schüben verlaufenden Krankheiten, die Komplexität insbesondere multimorbider Krankheiten, begrenzte Therapieoptionen durch Begrenzungen der Kostenübernahme, aber auch Nutzungseinschränkungen seitens der Patienten (wie z. B. fehlende Transportmöglichkeiten) sind zu berücksichtigen. Auch Zuständigkeitskonflikte unter Patienten, medizinischem Personal und Kostenträgern, mangelnde Kostenübernahme durch die Kostenträger oder überstrapazierte finanzielle Ressourcen des Patienten, die die Verordnung besserer aber teurerer Arzneimittel etc. nicht erlauben, begrenzen die Therapieoptionen und beeinflussen die Verläufe. Auch die äußerst individuellen Reaktionen der Patienten auf Therapien weisen nicht nur darauf hin, dass therapeutische Optionen dem jeweiligen Einzelfall anzupassen sind, sondern zeigen, wie schwierig es ist, Entwürfe und Pläne des Verlaufs zu kalkulieren.⁴⁸⁸ Schließlich spielen auch die Persönlichkeit des Arztes sowie gesellschaftliche Vorstellungen in Verlaufskurvenpläne hinein.⁴⁸⁹

⁴⁸² vgl. ebenda

⁴⁸³ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 316; vgl. auch Schaeffer 09b, S. 41

⁴⁸⁴ vgl. White/Lubkin 02, S. 119 wenn ein Patient z. B. mit Hüftfraktur in die Klinik kommt, sich aber sein Lungenproblem dort akut verschlechtert, müssen von allen Beteiligten zwei Verlaufskurven gleichermaßen in Betracht gezogen werden.

⁴⁸⁵ vgl. White/Lubkin 02, S. 99

⁴⁸⁶ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 59

⁴⁸⁷ vgl. Schaeffer 04, S. 224

⁴⁸⁸ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 51ff.

⁴⁸⁹ vgl. ebenda, S. 54

Analog können auch Pflegekräfte sehr differierende Vorstellungen vom potentiellen Krankheitsverlauf entwickeln, der u. a. von ihrem pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand oder auch von der Frage abhängig ist, ob sie Einsätze in der ambulanten Pflege absolviert haben, die ihnen einen Einblick in die Alltagsnormalität von chronisch Kranken und ihren Familien verschafften.⁴⁹⁰

Projektionen sind relevant, weil sie sich direkt auf das Handeln auswirken.

Beispiel zu Unterschieden in der Projektion von Sterbeprozessen, die sich auf das Handeln auswirkt: „Eine Pflegefachkraft, die das Gefühl hat, dass der Klient nun das Endstadium seiner Krankheit erreicht hat, wird sicherlich großzügiger mit Schmerzmedikamenten umgehen als eine, die davon ausgeht, dass der Tod noch lange nicht eintritt, und sich Sorgen um eine mögliche [Morphin-] Abhängigkeit des Klienten macht.“⁴⁹¹

Projektionen der Kranken und ihrer Partner

Auch die Projektionen der Kranken und der Angehörigen sind von unzähligen Faktoren abhängig. Dazu gehören ihr Wissen, ihre Erfahrungen, Gerüchte und persönliche Überzeugungen.⁴⁹² Die Entwürfe und Pläne sind zudem abhängig vom Informationsstand, d. h. durch entsprechende Informationen an Patienten können deren Entwürfe sehr gesteuert werden. Die Gesundheitsprofessionen gestalten die Entwürfe der Kranken und deren Angehörigen also indirekt mit, indem sie ihnen -je nach Fallsituation - teils Informationen vorenthalten, teils sukzessive geben oder auch unterschiedliche Informationen an Partner und Patienten geben.⁴⁹³ Eine Fülle weiterer Aspekte beeinflusst die Verlaufskurvenvorstellungen der Kranken und ihrer Partner, wie z. B. die Ressourcenverfügbarkeit, wozu Corbin/Strauss auch die Motivation zum Leben, die physische und emotionale Kraft zum Kämpfen, das soziale Netz von Familie und Freunden, finanzielle Ressourcen und das Wissen darüber, wie man die modernste und kompetenteste Versorgung bekommt, zählen.⁴⁹⁴

Aushandlungsprozesse

Erfolgreiche Bewältigung einer Verlaufskurve beruht darauf, dass Professionelle und Kranke samt ihrer Partner die Verlaufskurvenvorstellungen miteinander kombinieren und aushandeln.⁴⁹⁵ Die Aushandlungsprozesse sind wichtig, weil Gesundheitsprofessionelle sich eher auf die medizinischen Aspekte beziehen und biographischen Aspekten eine geringere Priorität geben, wogegen die Kranken „das doppelte Problem der Krankheit *und* deren Auswirkungen auf das Leben zu bewältigen versuchen.“⁴⁹⁶ Anders gesagt: Weil die Betroffenen ihr Leben so normal wie möglich weiterführen wollen, geht es darum, die chronische Krankheit in das Bedürfnisprofil des Kranken und seiner Familie zu integrieren und nicht umgekehrt.⁴⁹⁷ Corbin/Strauss betonen, dass Interaktionsprozesse unverzichtbar sind, um all die Abstimmungen und Aushandlungen bewerkstelligen zu können.⁴⁹⁸ Die Einbeziehung und Mitwirkung von Kranken und deren Partnern bei der Verlaufskurvengestaltung verlangt deren ausreichende Information und Vermittlung von Krankheitswissen, damit sie kompetent mit der Situation umgehen können, sie müssen quasi für die Aushandlungsprozesse befähigt werden.⁴⁹⁹ Zudem sind die *gemeinsame* Erörterung von Zielen und Bewältigungsstrategien, *gemeinsame* Entscheidungsfindungen, Umsetzungen und Evaluationen unverzichtbare Bestandteile der interaktiven Aushandlungspro-

⁴⁹⁰ vgl. Hüper/Hellige 09, S. 72

⁴⁹¹ White/Lubkin 02, S. 115

⁴⁹² vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 13

⁴⁹³ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 54f.

⁴⁹⁴ vgl. ebenda, S. 56

⁴⁹⁵ vgl. ebenda, S. 65

⁴⁹⁶ Corbin/Strauss 04, S. 109 Hervorhebung durch die Verfasser

⁴⁹⁷ vgl. Strauss zit. n. White/Lubkin 02, S. 123

⁴⁹⁸ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 110 und S. 149ff.

⁴⁹⁹ vgl. ebenda, S. 65, vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 68f.

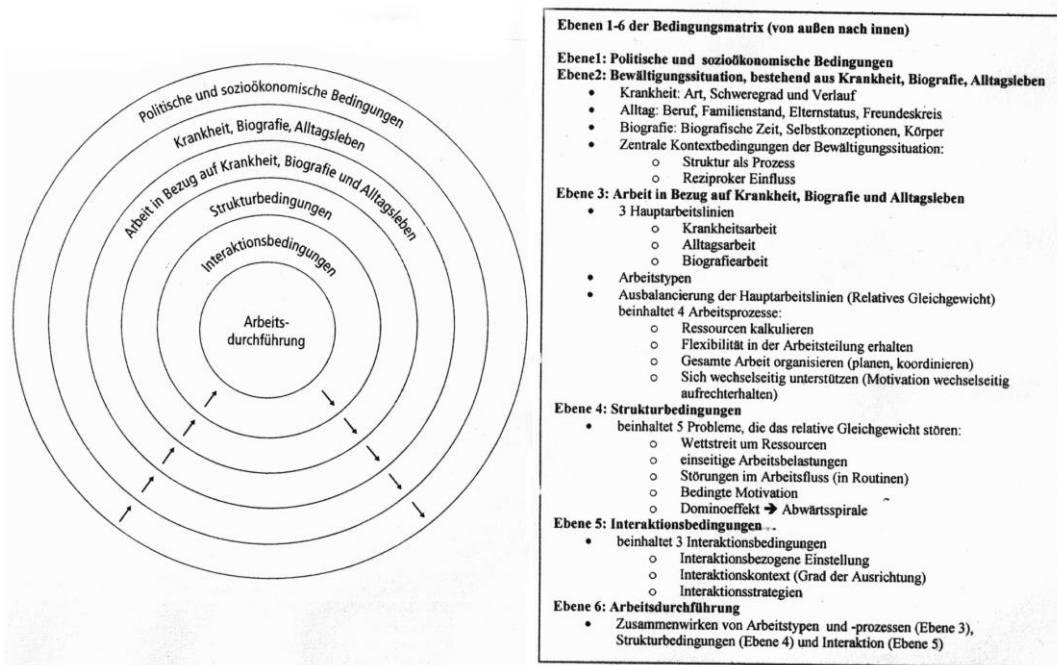
zesse.⁵⁰⁰ Patienten sind dabei als Experten ihres Alltags ernst zu nehmen, ihre Erfahrungen sind zu beachten und ihre Entscheidungen sind (mindestens) ebenso wichtig wie die des Arztes.⁵⁰¹

Aushandlungs- und Abstimmungsprozesse sind natürlich auch zwischen dem Kranken und seiner Familie, die zusammen den Hauptteil der Bewältigungsarbeit leisten, erforderlich.⁵⁰² Zudem sind neue Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse - wegen des permanenten Wandels des Verlaufs und der damit erforderlichen Reorganisation (vgl. S.54) - über teils lange Zeiträume wiederholt erforderlich, was angesichts des Fehlens einer zentralen Steuerungsinstanz und der Vielzahl an Akteuren mit ihren unterschiedlichen Perspektiven auf das Geschehen eine beachtenswerte Gestaltungsleistung darstellt.⁵⁰³

In diesem Kapitel wurde das Konzept der Verlaufskurve unter Beschreibung seiner Variabilität, des phasenhaften Verlaufs sowie der - angesichts unterschiedlicher Projektionen erforderlichen - Aushandlungsprozesse vorgestellt. Corbin/Strauss widmen sich auch ausführlich den Bedingungen, denen die Gestaltung dieser Verlaufskurve unterliegt und fassen sie in einer Bedingungsmatrix zusammen. Diese Matrix soll der Gegenstand des folgenden Kapitels sein.

2.6 Bedingungsmatrix als einzelner Moment der Verlaufskurve

Der Bezugsrahmen des Konzeptes der Krankheitsverlaufskurve ist ein Interaktionssystem, das die Betrachtung vieler Interaktionen, die sich bei der Durchführung der einzelnen Arbeiten entwickeln, ermöglicht. Dieses Interaktionssystem, das als *Bedingungsmatrix* dargestellt wird, besteht aus sechs Ebenen. Jede Ebene stellt eine Bedingungsgruppe dar, die sich - in Richtung auf das Zentrum der Matrix oder auch nach außen in Richtung auf den Rand der Matrix - auf die anderen Bedingungsgruppen auswirken kann.⁵⁰⁴ Die Konsequenzen der Arbeitsdurchführung (des Handelns) können die Bedingungen aufrechterhalten oder auch verändern und gehen dann als Teil der dann veränderten Bedingungen in die nächste Interaktionsphase mit ein.



⁵⁰⁰ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 69

⁵⁰¹ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 58; vgl. auch Corbin/Strauss 98a, S. 5f.; vgl. White/Lubkin 02, S. 113

⁵⁰² vgl. Corbin/Strauss zit. n. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 69

⁵⁰³ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 69

⁵⁰⁴ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 157f.

Abbildung 2 Bedingungsmatrix⁵⁰⁵

Die Bedingungsmatrix soll dazu dienen, den Verlauf einer Interaktion, die verschiedene Phasen durchläuft, verfolgen zu können, allerdings ist diese Bewegung kaum in einem einzigen Diagramm darzustellen, sodass die Bedingungsmatrix nur *eine* Phase der gesamten Entwicklung der Interaktion darstellt.⁵⁰⁶ Ein einzelner Moment der Verlaufskurve mit all seinen Bedingungen, Interaktionen, arbeitsbezogenen Handlungen, wechselseitigen Einflüssen und Konsequenzen der Verlaufskurvengestaltung ist bereits sehr komplex. Die Bedingungsmatrix soll dabei helfen, zu analysieren, was in jedem einzelnen Moment alles relevant ist.⁵⁰⁷

Folgende Inhalte verbergen sich hinter den konzentrischen Kreisen der Matrix und werden in den folgenden Kapiteln ausführlicher erläutert:

- **Ebene 1 ⇒ Politische und sozioökonomische Bedingungen:** repräsentiert die makrosoziologischen Bedingungen, die zu jedem Zeitpunkt vorhanden sind
- **Ebene 2 ⇒ Bewältigungssituation: Krankheit, Biografie, Alltagsleben:** beinhaltet die direkten Bedingungen der Bewältigungssituation, die durch Krankheit, Alltag und Biografie geprägt ist, sowie zwei zentrale Kontextbedingungen der Bewältigungssituation
- **Ebene 3 ⇒ Arbeit in Bezug auf Krankheit, Biografie, Alltagsleben:** beinhaltet die Arbeit an sich mit ihren drei Arbeitslinien, ihren Subtypen und den zugehörigen Arbeitsprozessen
- **Ebene 4 ⇒ Strukturbedingungen:** beinhaltet die Kontextbedingungen, die aus dem Versuch resultieren, die Kontrolle über die drei Arbeitslinien aufrechtzuerhalten. Dazu gehören die aus den Arbeitsprozessen entstehenden Probleme des Wettstreits um Ressourcen, der einseitigen Arbeitsbelastungen, der Störungen des Arbeitsflusses und der Bedingungen wechselseitiger Unterstützung der Partner
- **Ebene 5 ⇒ Interaktionsbedingungen:** beinhaltet alle Interaktionsbedingungen im engeren Sinne, wie z. B. die Einstellungen der Interagierenden, der Grad der gegenseitigen Ausrichtung, den sie wahrnehmen sowie ihre Interaktionsstrategien
- **Ebene 6 ⇒ Arbeitsdurchführung:** beinhaltet die Arbeitsdurchführung an sich und das Maß, in dem die Arbeit stattfindet. Die Konsequenzen daraus schnellen wieder durch die Matrix zurück, beeinflussen die anderen Ebenen in unterschiedlicher Weise und wirken sich bei der nächsten Phase des Handelns, die mit der Arbeitsdurchführung zusammenhängt, aus.⁵⁰⁸

Mit der Bedingungsmatrix können Mikrobedingungen des sozialen Handelns mit gesellschaftlichen Makrobedingungen verknüpft werden, aber die Kreise symbolisieren keinen linearen Einfluss aufeinander, sondern stehen in einem wechselseitigen Bedingungs-zusammenhang.⁵⁰⁹ Hier zeigen sich auch die Charakteristika des Symbolischen Interaktionismus nach Strauss, der u. a. eine Verbindung von makro- und mikrosoziologischen Betrachtungsweisen, die ständige Veränderung der Strukturen und die Tatsache betont, dass Strukturen des Alltags zwar durch (Aus-) Handlungsprozesse verändert werden, aber gleichzeitig formale Strukturen die (Aus-) Handlungsmöglichkeiten begrenzen (vgl. Kapitel 2.4.4 Symbolischer Interaktionismus nach Strauss), d. h. zwischen dem Bedingungsrahmen und den Akteuren findet Interaktion statt.⁵¹⁰

Das Krankheitsgeschehen zieht sich durch alle Kreise hindurch. Corbin und Strauss führen daher das Kon-

⁵⁰⁵ Abbildung aus Corbin/Strauss 04, S. 158; rechtsseitige Gliederung: eigene Darstellung

⁵⁰⁶ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 157

⁵⁰⁷ vgl. ebenda, S. 353f.

⁵⁰⁸ vgl. ebenda, S. 353f., S. 159f.

⁵⁰⁹ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 59

⁵¹⁰ vgl. ebenda, S. 57

zept des *Bedingungspfads* ein und bezeichnen damit den Weg, den ein Ereignis wie eine chronische Krankheit (mit all ihren Einzelmomenten) durch die verschiedenen Ebenen der Bedingungsmatrix nimmt. Der Bedingungspfad wird stets erst in der Rückschau betrachtet.⁵¹¹ Auf diese Ebenen soll in den folgenden Kapiteln - gemäß der Reihenfolge der sechs Ebenen - genauer eingegangen werden.

2.6.1 Ebene 1: Politische und sozioökonomische Bedingungen

Der äußere Kreis der Bedingungsmatrix stellt die makrosoziologischen Bedingungen dar, unter denen die Verlaufskurvenarbeit stattfindet. Beispiele dieser Bedingungen wären Ressourcen, die einer Gemeinde zur Verfügung stehen, der Stand der Medizintechnik, das wirtschafts- und gesundheitspolitische Klima, das die Sozialgesetzgebung im Hinblick auf die Gesundheitspflege beeinflusst etc.⁵¹² All diese Bedingungen stellen für die Kranken und ihre Partner Chancen Unwägbarkeiten aus externen Quellen dar, die - zusätzlich zu den bestehenden Unsicherheiten - schwer zu kalkulieren sind. Diese Bedingungen determinieren die Verlaufskurvenarbeit zwar nicht, beeinflussen sie aber deutlich.

Corbin/Strauss, die ihr Konzept auch als „model for health policy and practice“ bezeichnen,⁵¹³ fordern eine Umorientierung des Gesundheitssystems derart, dass die Komplexität und Langfristigkeit der Problemlagen chronisch Kranker in allen Phasen der Versorgung systematisch berücksichtigt werden.⁵¹⁴ Corbin/Strauss verlangen nicht, dass Gesundheitsprofessionelle sich aktiv für gesundheitspolitische Veränderungen einsetzen sollten, sondern haben bezüglich der politischen Bedingungen zunächst einfach die Vision (und implizite Hoffnung), Politiker würden die phasenhaften Verläufe berücksichtigen. Sie wünschen sich daher u. a. Verwaltungsbeamte bzw. Mitglieder gesetzgebender Institutionen als Leserschaft ihres Konzepts der Krankheitsverlaufskurve.⁵¹⁵

2.6.2 Ebene 2: Bewältigungssituation: Krankheit, Alltag und Biografie

Die zweite Ebene der Bedingungsmatrix befasst sich mit der *Bewältigungssituation*, die durch Krankheit, Alltag und Biografie (inklusive des Ausmaßes der Körperstörung und biografischer Prozesse) geprägt ist. Zudem ist die Bewältigungssituation durch zwei zentrale Merkmale gekennzeichnet, die als „Struktur als Prozess“ und „Reziproker Einfluss“ beschrieben werden. All diese Situationsbedingungen sollen in diesem Abschnitt genauer erläutert werden.

Krankheit

Der Begriff Krankheit bezieht sich auf Art, Schweregrad und Verlauf, den die Krankheit nimmt.⁵¹⁶ Zahlreiche Begleiterscheinungen, wie Schmerz, Medikamentennebenwirkungen, gestörter Schlafrythmus oder auch die genannten diagnostischen und therapeutischen Unsicherheiten der chronisch Kranken (vgl. S. 42) sind damit verbunden.⁵¹⁷

Alltagsleben

In der Familie findet die Krankheitsbewältigung in einem fortlaufenden Kontext statt, der das Alltagsleben der ganzen Familie umfasst und sich damit deutlich von Kontexten, die man in Kliniken und anderen

⁵¹¹ vgl. Hildenbrand 09, S. 139

⁵¹² vgl. Corbin/Strauss 04, S. 158, S. 352, vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 14

⁵¹³ Corbin/Strauss zit. n. Höhmann 02, S. 60

⁵¹⁴ vgl. Corbin/Strauss zit. n. Höhmann 02, S. 60

⁵¹⁵ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 12

⁵¹⁶ vgl. ebenda, S. 159

⁵¹⁷ vgl. Schaeffer 04, S. 24f.

Gesundheitsinstitutionen vorfindet, abhebt.⁵¹⁸ Alltagsleben bezieht sich u. a. auf den Haushalt, auf die Bandbreite der Arbeit in der Familie, auf Beruf, Familienstand, Elternstatus, Freundeskreis und die Freizeitaktivitäten.⁵¹⁹ Das soziale Umfeld muss in die Betrachtung einbezogen werden, weil der größte Teil der chronisch Kranken zu Hause lebt⁵²⁰ und meist von Angehörigen versorgt wird, die kooperativ in die Versorgung einzu beziehen sind.⁵²¹

Biografie

Während Corbin/Strauss die Bewältigungssituation in Bezug auf Krankheit und Alltag nur knapp skizzieren, widmen sie der Biografie als drittem Element der Bewältigungssituation den mit Abstand breitesten Raum⁵²² und fokussieren hierbei auf die Selbstkonzeptbildung (Identitätsbildung), d. h. sie schaffen einen besonders engen Bezug zur Identitätstheorie als Teil des symbolischen Interaktionismus. Unter Biografie verstehen die Autoren den Lebensverlauf mit all den Erfahrungen, die zur einzigartigen - wenn auch gesellschaftlich konstituierten - Identität führen.⁵²³ Die Biografie *muss* von den Gesundheitsprofessionellen berücksichtigt werden, weil erstens der biografische Lebensverlauf durch die chronische Krankheit oft unterbrochen wird (vgl. „biographischer Bruch“ S.42) und die Krankheit - zweitens - nur einen *Teil* des gesamten Selbst konstituiert, denn Kranke sind weit mehr als nur Kranke: Sie sind Partner, Elternteil, Arbeitnehmer und Kollege, Nachbar etc. Dementsprechend ist festzustellen, dass Betroffene nie nur über die Krankheit sprechen, sondern sie auf ihren biografischen Kontext beziehen, d. h. sie zum Teil ihrer Lebensgeschichte machen. Die Krankheitsbewältigung muss somit in einem umfassenderen Lebenskontext gesehen werden (vgl. doppeltes Problem: Krankheit *und* Leben bewältigen, S. 58). Und drittens beeinflussen die Biografie und die Krankheitsbewältigung sich wechselseitig.⁵²⁴

Corbin/Strauss differenzieren drei - in Wechselwirkung miteinander stehende - Bestandteile der Biografie, die zusammen die Struktur und Kontinuität der Identität ausmachen:⁵²⁵

1. Biografische Zeit
2. Selbstkonzeptionen und
3. Körper.

1. Biografische Zeit

Biografische Zeit bezieht sich auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Person und beschreibt, inwieweit die Vergangenheit den Umgang mit der Krankheit beeinflusst, inwieweit Gegenwart und Vergangenheit durch die chronische Krankheit getrennt werden oder die Zukunftsperspektiven durch die erlebte Krankheit beeinflusst werden.⁵²⁶ Die Bedeutung der Vergangenheit und der Zukunftsperspektiven für das *heutige* Handeln und Entscheiden betonte bereits Mead, ebenso wie die Tatsache, dass die Vergangenheit angesichts veränderter Gegenwart und veränderter Zukunftsperspektiven immer wieder anders eingeschätzt wird.⁵²⁷

⁵¹⁸ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 349

⁵¹⁹ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 159, S. 109f.

⁵²⁰ vgl. ebenda, S. 109, vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 7

⁵²¹ Das bedeutet einen Perspektivwechsel gerade für Pflegendе, die die Angehörigen teils eher als Störfaktor denn als Ressource und Kooperationspartner wahrnehmen [vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 345]

⁵²² Damit ist der Theorieblock des Buches [Corbin/Strauss 04] gemeint. Im Praxisteil, d. h. in den Fallbeispielen, die Teil der Konzeptbeschreibung sind, werden auch Alltag und Krankheitsbezug ausführlich geschildert.

⁵²³ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 67

⁵²⁴ vgl. ebenda, S. 67f.

⁵²⁵ vgl. ebenda, S. 69f.

⁵²⁶ vgl. ebenda, S. 66, S. 70

⁵²⁷ vgl. Mead 69, S. 417; vgl. auch Strauss in Mead 69, S. 31f.; Beispiel: Der Umstand, bislang noch keine Kinder bekommen zu haben, mag für eine junge Frau bislang unwichtig gewesen sein, bekommt nach Erhalt einer Krebsdiagnose,

Neue Konzeptionen müssen somit von der Gegenwart an aus dem entstehen, was nun noch möglich ist.

2. Selbstkonzeptionen (Identität)

Aspekte der Identität verändern sich nicht nur während eines Lebenslaufs, sondern auch in Abhängigkeit von unterschiedlichen Situationen und sozialen Beziehungen, d. h. innerhalb von Augenblicken. Die Identitätsentwicklung ist somit von der sozialen *und* biografischen Situation abhängig, in der Menschen sich gerade befinden. (zu sozialen Beziehungen vgl. z. B. Prägung durch die Signifikanten Anderen, S. 47).⁵²⁸

Während man - anhand bislang gemachter Erfahrungen - Situationen interpretiert, passt man seine Selbstkonzeptionen und damit auch seine Handlungen permanent an.⁵²⁹ Identitätsentwicklung ist ein unbemerkter Wandel, der erst dann zum bewussten Wandel wird, wenn er in einem Ereignis deutlich wird, das Reflexion (Bestandsaufnahme, Revision, Neubewertung) verlangt,⁵³⁰ wie z. B. in Situationen, in denen bislang automatisch ablaufende Handlungen wegen der chronischen Erkrankung plötzlich problematisch werden.

Selbstkonzeptionen ergeben sich vor allem durch die Sichtweisen, die ein Kranker von sich in Bezug auf die Gesamtheit seiner Identität hat. Diese Sichtweisen entwickeln sich in *Abhängigkeit davon, inwieweit der Kranke die Fähigkeit besitzt, die mit den verschiedenen Aspekten seines Selbst verbundenen Aufgaben zu erfüllen*. Dafür prägen die Autoren den Begriff der **Performanz**. Performanz ist die Handlung, die zu den Aufgaben gehört.⁵³¹

Beispiel: Ein Kranker mit chronischer schwerer Herzinsuffizienz ist Dozent von Beruf und hat daher die Aufgabe des Unterrichtens. Performanz, d. h. die Handlung, die zu diesen Aufgaben gehört, wäre z. B. das Abhalten von Seminaren

Performanz braucht einen Körper, bei dem mentale und physische Prozesse harmonisch miteinander funktionieren und den Handlungsvollzug ermöglichen.⁵³²

Performanz bezieht sich zum einen auf die Handlungskapazität (*Performanz des Handelns*), wobei auch soziales Handeln eine Form der Performanz darstellt, die ebenfalls scheitern kann.⁵³³ Performanz bezieht sich zum anderen auch auf das körperliche Erscheinungsbild, d. h. es geht um die Art und Weise wie man sich selbst und andere bzgl. körperlicher Merkmale sieht (*Performanz der Erscheinung*).⁵³⁴

Nimmt das Selbst die Durchführung von Handlungen, die für sein Identitätsgefühl besonders wichtig sind, als gescheitert wahr, kann das für das Selbst verhängnisvoll sein.⁵³⁵

Beispiel: Der Dozent schafft das Abhalten der vormittäglichen Seminare aber kaum noch, weil seine Kraftlosigkeit und Beengtheitsgefühle ihm kaum ermöglichen, eineinhalb Stunden zu referieren. Seine berufliche Identität (als Dozent) gerät ins Wanken, weil die Performanz des Handelns (Abhalten der Seminare) beeinträchtigt ist.

Die Identität bildet sich durch die Integration verschiedener Aspekte des Selbst, wobei für jeden Aspekt dieses Selbst verschiedene Bündel von Aufgaben hinsichtlich biografischer Bewältigung erfüllt werden müssen.⁵³⁶

3. Körper

Strauss stellt einen sehr engen Bezug zwischen Identitätsentwicklung und Körper her (vgl. S. 51), d. h. der

die künftige Schwangerschaften ausschließt, aber eine ganz andere Bedeutung („Chance vertan“); die Vergangenheit wird aus der Gegenwart nun ganz anders beurteilt als noch vor kurzem.

⁵²⁸ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 70f.

⁵²⁹ vgl. ebenda, S. 71

⁵³⁰ vgl. Strauss zit. n. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 59

⁵³¹ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 72ff.

⁵³² vgl. ebenda, S. 73

⁵³³ vgl. ebenda, S. 74 als „Performanz für/vor/mit anderen“ bzw. wenn jemand einem eine Handlung abnimmt „Performanz durch andere“; vgl. auch Corbin/Strauss 04, S. 84

⁵³⁴ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 74

⁵³⁵ vgl. ebenda, S. 85

⁵³⁶ vgl. Mead zit. n. Corbin/Strauss 04, S. 69; vgl. Corbin/Strauss 04, S. 69

Körper dient als Medium, durch das Selbstkonzeptionen gebildet werden. Der Körper

- nimmt z. B. Wissen über die Umwelt wahr (Sinneswahrnehmung)
- kommuniziert mit der Umwelt
- kann an sich für andere zu einem sozialen, bewunderten, stigmatisierten Objekt werden (*Performanz der Erscheinung*)
- soll Aufgaben ausführen (die im Sinne der *Performanz des Handelns* mit verschiedenen Aspekten des Selbst verbunden sind) und muss physisch und mental dazu in der Lage sein⁵³⁷

Körper ist für das Identitätsgefühl von zentraler Bedeutung, was insbesondere in seiner Fähigkeit zum Handeln und in den Vorstellungen, die man vom Selbst während der konkreten (erfolgreichen oder gescheiterten) Performanz bildet, begründet liegt.⁵³⁸ Erfolgreiche Performanzen können als Identitätsförderer fungieren, die die Selbstkonzeptionen verbessert,⁵³⁹ aber chronisch Kranke erleben genau hier die Einschränkungen, denn die chronische Erkrankung bedeutet, einen gestörten Körper zu haben, der nicht mehr unauffällig und fraglos funktioniert. Stattdessen bedeutet die chronische Erkrankung die bewusste Wahrnehmung des gestörten Körpers mit seiner Unfähigkeit, Aktivitäten auszuführen und seinem (negativ) veränderten Erscheinungsbild, was die Kranken erschüttert.

Eine Körperstörung zu haben, beinhaltet auch, dass sie nicht gleichbleibend sein muss, sondern selbst im Laufe eines Tages sehr schwanken kann, dass Patienten den Körper nicht mehr als verlässlich erfahren und zudem räumlich sehr eingeschränkt werden können (teils wird der Körper sogar als Gefängnis empfunden).⁵⁴⁰ Im Sinne der Identitätstheorie nach Mead (vgl. S. 47), der zufolge Menschen die Einstellungen anderer in sich selbst tragen und durch reflexives Handeln ins Bewusstsein holen, führen gescheiterte Performanzen vor anderen Menschen zu einer negativen Beurteilung des eigenen Selbst. Nach Ansicht von Corbin/ Strauss sollte Körper daher immer mit Körperstörung bzw. Performanz assoziiert werden.⁵⁴¹

Zudem verweisen sie darauf, dass Kranke ihren Körperzustand hauptsächlich über Symptome wahrnehmen und entsprechend reagieren, aber dass sie auch das Eindringen der Symptome in ihr Leben intensiv erleben und eine Körperstörung auf eine lebenspraktische alltägliche Angelegenheit hinausläuft.⁵⁴²

Beispiel: Patienten mit Kehlkopfkrebs erleben den Verlust ihrer Stimme als Identitätsbruch.⁵⁴³ Zugleich müssen sie eine pragmatische alltagspraktische Lösung für die tägliche Verständigung mit anderen suchen.

Wie stark die Identität von der Körperstörung beeinflusst wird, hängt davon ab, welche Aspekte des Selbst verloren sind, ob sie wiedergewonnen werden können, ob neue Handlungsmodalitäten gefunden werden können oder auch, inwieweit der Kranke sich mit Verlusten abfinden und hinsichtlich der Einschränkungen neue Selbstkonzeptionen aufbauen kann.⁵⁴⁴

Biografien, wie sie von Corbin/Strauss beschrieben werden, sind also eher als *subjektive Wahrnehmung* zu

⁵³⁷ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 71

⁵³⁸ vgl. ebenda, S. 84

⁵³⁹ vgl. ebenda, S. 72, S. 75 und S. 102

⁵⁴⁰ vgl. ebenda, S. 82f.

⁵⁴¹ vgl. ebenda, S. 86

⁵⁴² vgl. ebenda, S. 188

⁵⁴³ vgl. ebenda, S. 302

⁵⁴⁴ vgl. ebenda, S. 84; Dabei gibt es Hinweise darauf, dass es für jüngere Erkrankte, deren biografische Orientierungsschemata, Sinn- und Identitätsbezüge weniger gefestigt sind, womit sie bislang eine größere Optionsvielfalt gehabt hätten, nun entsprechend größere Schwierigkeiten haben, die Begrenztheit der Optionen zu bewältigen und mit körperlichen Einschränkungen und der Irritation des Selbst fertig zu werden [vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 332f.]

betrachten denn als objektive Wiedergabe von Fakten der persönlichen Lebensgeschichte des Einzelnen.⁵⁴⁵

Die Elemente der Trias Biografische Zeit, Selbstkonzeptionen und Körper stehen in Wechselwirkung miteinander: Selbstkonzeptionen (Identität), die (direkt oder indirekt) mit dem Körper zusammenhängen, entwickeln sich im Laufe der biografischen Zeit. Die Auswirkungen, die eine chronische Krankheit auf diese Trias hat, spielen eine zentrale Rolle im Leben der chronisch Kranken.⁵⁴⁶

Zentrale Kontextbedingungen der Bewältigungssituation

Die Bewältigungssituation wird insbesondere durch zwei zentrale Kontextbedingungen geprägt, die sich auf die Verlaufskurvenbewältigung auswirken und von Corbin/Strauss als *Struktur als Prozess* bzw. als *Reziproker Einfluss* zusammengefasst werden.⁵⁴⁷

Struktur als Prozess impliziert, dass die Struktur, unter der Bewältigung stattfindet, sich ständig verändert (vgl. Symbolischer Interaktionismus nach Strauss, S.49) und stellt damit die Betonung der Dynamik dar, die Strauss besonders interessiert. Die Veränderungen können fast unmerklich bis radikal auftreten und sich auf unterschiedlichste Dimensionen der Bewältigung in der Familie beziehen.⁵⁴⁸ Dazu gehören beispielsweise:

- Veränderungen in der Arbeitsteilung zwischen den Partnern (z. B. Kinderbetreuung durch den Partner während des eigenen Klinikaufenthalts)
- Veränderungen des täglichen Arbeitsanfalls (z. B. phasenweise tägliches Bettbeziehen)
- Veränderungen durch Alltags- und Biografieerfordernisse (z. B. bei Wechsel der Arbeitsstelle)
- Veränderungen in Abhängigkeit von den Phasen (die z. B. jeweils andere Arbeitsarten und Ressourcen erfordern, vgl. Kap. 2.5.2 Phasen, S. 54ff.)
- Veränderungen in Abhängigkeit von multimorbiden Verläufen mit gegenseitigen Wechselwirkungen⁵⁴⁹

Alle Veränderungen können bewährte Bewältigungsroutinen zerstören, in eine Dauerkrise führen und immer wieder neue Anpassungen erfordern.⁵⁵⁰

Reziproker Einfluss bezeichnet die Interaktion und damit Wechselwirkung zwischen dem Krankheitsstatus, der Biografie und dem Alltag und damit auch zwischen den daraus resultierenden Bewältigungsarbeiten. So können z. B. Veränderungen im Krankheitsstatus starken Einfluss auf die Biographie nehmen und können andererseits biografische Veränderungen sich auf die Krankheit und die Art der Krankheitsbewältigung auswirken.⁵⁵¹

Beispiele dafür, wie die Biografie den Krankheitsstatus beeinflussen kann:

Positiver Einfluss: Eine Schwangerschaft kann eine Diabetikerin, die ihre Blutzuckerwerte bislang nicht in akzeptablen Grenzen hielt, motivieren (der Gesundheit des Kindes wegen) ihren Diabetes besser zu kontrollieren.⁵⁵²

Negativer Einfluss: Eine Scheidungskrise kann durch den daraus resultierenden Stress die Symptome (Diarrhoen) eines Kranken mit Morbus Crohn verschlimmern.

Nachdem in diesem Abschnitt die zweite Ebene der Bedingungsmatrix, d. h. die durch Krankheit, Alltag und

⁵⁴⁵ vgl. White/Lubin 02, S. 100

⁵⁴⁶ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 69f., S. 351

⁵⁴⁷ vgl. ebenda, S. 112

⁵⁴⁸ vgl. ebenda, S. 112ff.

⁵⁴⁹ Beispielsweise: sich als Diabetiker mit „frischer“ Apoplexie wegen einer Hemiparese nun die Insulininjektion nicht mehr selbst geben zu können

⁵⁵⁰ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 112ff.; vgl. auch Schaeffer 04, S. 26; vgl. Schaeffer 09a, S. 19

⁵⁵¹ vgl. ebenda, S. 115ff.; S. 145

⁵⁵² vgl. ebenda, S. 117

Biographie sowie die beiden zentralen Kontextbedingungen geprägte Bewältigungssituation charakterisiert wurde, soll im nächsten Kapitel das für das Verlaufskurvenkonzept zentrale Konzept der Arbeit erläutert werden, das die dritte Ebene der Matrix darstellt.

2.6.3 Ebene 3: Konzept der Arbeit

Der dritte Kreis der Bedingungsmatrix bezieht sich auf die *Arbeit*, die in Bezug auf Krankheit, Alltag und Biografie zu leisten ist. Corbin und Strauss stützen sich dabei auf berufssoziologische und arbeitssoziologische Grundlagen, die sie inhaltlich erweitern und konkretisieren.⁵⁵³ Unter *Arbeit* verstehen sie die Aufgaben, die zur Krankheitsbewältigung im Rahmen der Verlaufskurvengestaltung (vgl. S.53) durchgeführt werden.⁵⁵⁴ Sie erweitern damit den traditionellen Blick von einer beschränkten medizinisch-pflegerischen Sichtweise derart, dass die gesamte Arbeit, die geleistet werden muss, um die Krankheit bewältigen zu können, in das Blickfeld gerät. Corbin/Strauss ist es ein Anliegen, das Konzept *Arbeit* zu fokussieren, weil sie unter anderem aufzeigen wollen, dass nicht nur die Gesundheitsprofessionen Arbeit leisten, sondern auch die von den Kranken und ihren Familien zu Hause geleistete Krankheitsbewältigung Arbeit darstellt.⁵⁵⁵ Kurz: Bewältigung verlangt Arbeit, Bewältigung wird faktisch als Arbeit verstanden, und diese Arbeit muss von *allen* Beteiligten erbracht werden.⁵⁵⁶

Drei *Hauptarbeitslinien* sind dabei auszumachen: die Krankheitsarbeit, die Alltagsarbeit und die Biografiearbeit,⁵⁵⁷ die oft nur analytisch voneinander zu trennen sind.⁵⁵⁸

Krankheitsbezogene Arbeit

Die krankheitsbezogene Bewältigungsarbeit umfasst alle Handlungen, die sich auf die vielfältigen, wechselnden bzw. drohenden gesundheitlichen und funktionellen Einschränkungen beziehen oder versuchen, den Betroffenen zu einem hohen Maß an gesundheitlichem Wohlbefinden oder Sicherheit zu verhelfen.⁵⁵⁹ „Gemeint ist dabei die riesige Spannbreite von präventiven, (selbst-)diagnostischen und therapeutischen, experimentierenden, unterstützenden, fördernden Aktivitäten, mit denen die Betroffenen, ihre Angehörigen oder die Berufsgruppen des Gesundheitswesens mit ihren je spezifischen Domänen und Kompetenzen sich bemühen, den unterschiedlichen Symptomen vorzubeugen, diese weitmöglich unter Kontrolle zu halten oder zu lindern.“⁵⁶⁰ Krankheitsbezogene Arbeit erfolgt nicht abseits vom Leben des Paares und verlangt wegen der begleitenden Lebensumstände, sich gleichzeitig auf die beiden anderen Arbeitsarten auszurichten.⁵⁶¹

Alltagsbezogene Arbeit

Die alltagsbezogene Bewältigungsarbeit bezieht sich auf die Gestaltung aller Alltagsabläufe, die ihre Selbstverständlichkeit durch die chronische Erkrankung und in deren Folge durch physische, psychische, soziale oder materielle Einschränkungen verloren haben oder zu verlieren drohen.⁵⁶² Alltagsbezogene Arbeit findet im Rahmen des Alltagslebens statt und legt den Akteuren dadurch die Beschränkungen dieses Alltags auf.⁵⁶³

⁵⁵³ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 24f. und S. 150ff.

⁵⁵⁴ vgl. ebenda, S. 25, S. S. 49f.

⁵⁵⁵ vgl. ebenda, S. 25

⁵⁵⁶ vgl. auch Schaeffer 09b, S. 20

⁵⁵⁷ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 110

⁵⁵⁸ vgl. Höhmann 02, S. 63

⁵⁵⁹ vgl. ebenda

⁵⁶⁰ Höhmann 02, S. 63; vgl. auch Corbin/Strauss 04, S. 110

⁵⁶¹ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 26

⁵⁶² vgl. Höhmann 02, S. 63

⁵⁶³ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 109

Die Alltagsarbeit beinhaltet die Arbeiten, durch die der Haushalt funktioniert (wie z. B. einkaufen), die Berufsausübung, die paarbezogene Arbeit mit der Aufgabe (trotz der Krankheit) die Ehe, Gefühle und Zuneigung zu erhalten, die Elternarbeit, die Freizeitbeschäftigungen, Lebensaktivitäten, wie beispielsweise die Zubereitung der Nahrung oder die Körperpflege, aber auch die Gestaltung und Anpassung des privaten Lebensraumes und des Lebensrhythmus sowie die Sicherung und Pflege privater Beziehungen außerhalb der Partnerschaft.⁵⁶⁴ Manchmal muss dabei von Handlungsgewohnheiten und lieb gewonnenen Routinen Abschied genommen werden, allerdings stellt das Aufrechterhalten des Alltags mit seinen stützenden Routinen angesichts der Veränderungsdynamik der chronischen Krankheit selbst eine Bewältigungsressource dar und sperrt sich daher tendenziell gegen Veränderungen.⁵⁶⁵

Corbin/Strauss weisen darauf hin, dass Veränderungen in Bezug auf die *physikalische Zeit* zu beachten sind. So muss von den Erkrankten akzeptiert werden, dass viele Verrichtungen länger dauern, da Aufgaben durch die Erkrankung auf sanftere aber weniger effektive und damit zeitaufwändigere Weise erledigt werden müssen.⁵⁶⁶ Krankheitsbedingte langsame Bewegungsabläufe können (ebenso wie komplizierte Behandlungen) große Löcher in den gewohnten Zeitplan der Betroffenen reißen.⁵⁶⁷

Biografische Arbeit

Corbin/Strauss widmen der biografischen Bewältigungsarbeit die meiste Aufmerksamkeit, weil sie festgestellt haben, dass das psychische Erleben der Betroffenen darüber entscheidet, wie erfolgreich sie die Krankheit bewältigen. Dem biografischen (bzw. sozialpsychologischen) Datenmaterial ihrer Studien kommt daher im Krankheitsverlaufskonzept eine besondere Bedeutung zu.⁵⁶⁸

Die Biografiearbeit, die direkter als die beiden anderen Arbeitsarten in die Identität eingreift, ist komplex.

„Die Re- und Neustrukturierung der Biografie und der Identität einschließlich der dazu notwendigen Interpretations-, Revisions- und Integrationsarbeit, Planung des weiteren Lebens mit chronischem Kranksein, aber auch Ausbildung einer mit der Situation übereinstimmenden Selbstkonzeption, stellen [...] zentrale Aufgaben der [biografischen] Krankheitsbewältigung dar.“⁵⁶⁹

Dabei sind diese Aufgaben keine einmaligen Vorgänge, sondern stellen sich immer wieder. Weil die Krankheit nicht zum Stillstand kommt, müssen die Erkrankten ihre Identität und ihre Biographieentwürfe immer wieder neu definieren, was einem „Ringens um die eigene Identität“ entspricht.⁵⁷⁰ Corbin/Strauss verweisen darauf, dass die *körperliche* Dimension dabei unbedingt einzubeziehen ist, was auch durch diverse Studienergebnisse bestärkt wird.⁵⁷¹

Biografische Arbeit wird durch insgesamt vier parallel ablaufende, sich teils überschneidende und nicht real, sondern *nur analytisch trennbare* Teilprozesse geleistet:

1. *Kontextualisierung*: die Verlaufskurve wird in die Biografie integriert
2. *Bewältigung*: ein gewisses Maß an Verstehen und Akzeptieren der biografischen Konsequenzen tatsächlich oder potenziell gescheiterter Performanzen wird erlangt

⁵⁶⁴ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 26f. und S. 110 und vgl. Höhmann 02, S. 63

⁵⁶⁵ vgl. Schaeffer 04, S. 23

⁵⁶⁶ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 112

⁵⁶⁷ vgl. ebenda, S. 80; Beispiel: Die morgendliche Körperpflege eines Arthritis-Kranken dauert der steifen Gelenke wegen deutlich länger als bisher

⁵⁶⁸ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 12; mit den Hinweisen auf die sozialpsychologischen Daten rekurren sie erneut auf die Bedeutung des Symbolischen Interaktionismus (Sozialpsychologie in Mead 69)

⁵⁶⁹ Hildenbrand und Corbin/Strauss zit. n. Schaeffer/Moers 11, S. 333

⁵⁷⁰ Schaeffer/Moers 09, S. 121; vgl. auch Corbin/Strauss 04, S. 92

⁵⁷¹ Studien zu Aids- Tumor- und Niereninsuffizienzkranken belegen die Bedeutung der Maßnahmen zur Inkorporation der Krankheit und zur Wiederherstellung der körperlichen Integrität [vgl. Fischer, Strauss/Corbin; Strauss, Kesselring zit. n. Schaeffer/Moers 11, S. 333]

3. *Wiederherstellung der Identität*: die Identität wird wiederhergestellt, indem die performanzbezogenen Einschränkungen in ein neu zu definierendes Selbstkonzept aufgenommen werden
4. *Neuentwurf der Biografie*: die Biografie erhält eine neue Zielrichtung.⁵⁷²

Diese biografischen Teilprozesse sind von zentraler Bedeutung, um eine gewisse Kontrolle über das Leben zu erhalten bzw. um die Kontrolle nach dem biografischen Bruch wiederzugewinnen und dem Leben wieder einen Sinn zu verleihen.⁵⁷³ Die biografische Arbeit ist dabei durch eine Fülle von prüfenden Reflexionsprozessen gekennzeichnet (Ideationsprozesse nach Mead, vgl. S. 51).⁵⁷⁴

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, die von Corbin/Strauss sehr detailliert beschriebenen biografischen Prozesse genau wiederzugeben.⁵⁷⁵ Stattdessen soll hier nur anhand zweier Beispiele aufgezeigt werden, wie *unterschiedlich* die biografische Arbeit, aussehen kann.

Beispiel 1: Die Tänzerin

Eine Tänzerin muss sich nach einem Apoplex wegen einer bleibenden Beinschwäche damit abfinden, selbst nicht mehr wie in der Vergangenheit tanzen zu können, sondern stattdessen in der Zukunft nur noch choreographisch tätig sein zu können. Sie muss zur Stütze des schwachen Beines eine Orthese tragen und erwägt das Tragen bestimmter Kleidung, um negative Erscheinungsmerkmale zu verhindern (hier: weite Hose bei Beinorthese) etc.⁵⁷⁶ im Sinne der *Performanz der Erscheinung* (vgl. S. 63)

Anmerkung zum Beispiel: In Bezug auf die biografische Zeit, d. h. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, sollte der Erkrankte versuchen, sich mit der Krankheit und den auferlegten Einschränkungen abzufinden, die Vergangenheit loszulassen, in der Gegenwart zu trauern und die Zukunft anzunehmen; dafür ist allerdings die bestehende Hoffnung auf einen Ausweg eine Voraussetzung.⁵⁷⁷ Corbin/Strauss weisen allerdings auch darauf hin, dass das - natürlich - nicht immer gelingt und dann auch Rückzug bis zum Suizid die verheerende Folge sein kann.⁵⁷⁸ Der Erkrankte muss die Biografie aus seiner subjektiven Sicht heraus neu entwerfen.⁵⁷⁹ Dafür ist Voraussetzung, dass der Erkrankte erkennt, welche Bedeutung die Körperstörung für seine Biografie hat und welche Performanzen jetzt oder auch später nicht mehr möglich sein werden. Corbin und Strauss weisen auch darauf hin, dass *jede* erfolgreiche Performanz hilft, die Identität wieder zusammzusetzen,⁵⁸⁰ und das es sich dabei auch um Kleinigkeiten (wie das Tragen einer weiten Hose) handeln kann.

Beispiel 2: Der Dozent

Am Beispiel des Dozenten mit Herzinsuffizienz (vgl. S. 63) könnte es bedeuten, die Seminare auf den frühen Nachmittag zu verlegen, d. h. auf einen Zeitpunkt, zu dem er i. d. R. keine Beengtheitsgefühle hat und sich kräftiger fühlt oder die Seminare so zu konzipieren, dass der Eigenanteil der Arbeit seiner Studenten erhöht wird und seine eigenen ihn belastenden Sprechanteile reduziert werden (im Sinne der *Performanz des Handelns*, vgl. S. 63)

⁵⁷² vgl. Corbin/Strauss 04, S. 107 und S. 87ff.S. 91ff. Jeder Teilprozess stellt ein eigenes *Konzept* dar [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 18]

⁵⁷³ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 68

⁵⁷⁴ Diese (nach Mead) Ideationsprozesse genannten Reflexionen beinhalten z. B. bilanzierende Überprüfungen, Bestandsaufnahmen des Kranken bzgl. seiner Stärken und Schwächen, einzelne Rückblenden und Erinnerungen des bisherigen Lebens, Entwicklungen von Zukunftsvorhersagen etc. [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 88]

⁵⁷⁵ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 87-108

⁵⁷⁶ vgl. ebenda, S. 77 , S. 224

⁵⁷⁷ vgl. ebenda, S. 224; zur Hoffnung vgl. ebenda, S. 96

⁵⁷⁸ vgl. ebenda, S. 94 und S. 98; Detaillierter findet sich das Kontinuum der Akzeptanz bis zur Transzendenz in [ebenda, S. 95ff.]

⁵⁷⁹ vgl. ebenda, S.87ff. und Hüper/Hellige 09, S. 62

⁵⁸⁰ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 103

Anmerkung zum Beispiel: In Bezug auf den Körper geht es z. B. um das Austesten des kranken Körpers⁵⁸¹ und um das Ersetzen alter Performanzen durch neue Performanzen, um trotz handlungsbezogener Einschränkungen die Identität wiederherzustellen. Zum Erhalt bzw. zur Erlangung der gewünschten Normalität sind Erkrankte äußerst erfindungsreich und wenden unterschiedlichste Strategien an, die das Scheitern von Performanzen minimieren.

Im Sinne des symbolischen Interaktionismus, der besagt, dass Identitätsbildung nur im sozialen Umfeld erfolgen kann, ist es für Patienten nicht ausreichend, neue Performanzen zu finden, sondern sie benötigen außerdem *durch andere Menschen eine Bestätigung* für ihre neuen erfolgreichen (veränderten, aber ggf. noch brüchigen) Performanzen⁵⁸² (zur Prägung des Selbstkonzepts in Abhängigkeit von Rückmeldungen anderer nach Cooley/Mead vgl. S. 46). Oft sind es die Partner und Familienangehörige, aber die Funktion von Ehepartnern können auch *Signifikante Andere* übernehmen (Signifikante Andere, vgl. S. 47).⁵⁸³ Insofern könnten auch Pflegekräfte oder Ärzte (mit engerem Bezug zum Kranken), die z. B. die Fortschritte des Kranken loben und dadurch seine erfolgreichen neuen Performanzen bestätigen, identitätsfördernd wirken.

„Von ihrem Wesen her muss biografische Arbeit [allerdings] von den Betroffenen selbst geleistet werden. Andere können zwar helfen, doch nur die Person, deren Biografie zerbrochen ist, [...] [kann] diese wieder zusammensetzen.“⁵⁸⁴

Jede Veränderung in der Verlaufskurve oder im biografischen Kontext, die in eine Veränderung der Performanzen mündet, kann entsprechende Anpassungen der drei Dimensionen der Biografie (Biografische Zeit, Selbstkonzeptionen und Körper, vgl. S. 62) und damit biografische Arbeit durch die vier genannten Teilprozesse (vgl. S. 67) erforderlich machen.⁵⁸⁵

Ausdifferenzierung in Arbeitstypen und Arbeitsbündel

Corbin/Strauss differenzieren die Arbeit nicht nur in die drei Hauptarbeitslinien, sondern noch deutlich detaillierter in verschiedene einzelne Arbeitstypen.⁵⁸⁶ Ergänzend zu Arbeitstypen, die sie aus den drei Hauptarbeitslinien ableiten (wie z. B. Identitätsarbeit), beschreiben sie Arbeitstypen, die zusätzlich zu leisten sind und sich auf Steuerungsarbeiten beziehen, wie z. B. *Informationsarbeit* (Bsp. Aufspüren von Informationen) und *Organisationsarbeit* (Bsp. Koordination verschiedener Arbeitstypen).⁵⁸⁷ Weitere Arbeitstypen, die insbesondere auch von den Gesundheitsprofessionellen bei der Verlaufskurvenarbeit zu verfolgen sind, sind beispielsweise die *Medizinisch-technische Arbeit* (Bsp. Blutzuckerkontrolle), *Sicherheitsarbeit* (Bsp. behindertengerechte Wohnraumausstattung), *Gefühlsarbeit* (Bsp. Trost spenden) und *Wohlbefindensarbeit* (Bsp. Beachten der Ängste, Stimmungen und Kontaktwünsche der Kranken).⁵⁸⁸

Arbeitstypen werden von den Autoren schließlich noch weiter in Aufgabenbündel differenziert, die sehr detailliert die einzelnen zu leistenden Arbeitsschritte angeben.

Beispiel zum Detaillierungsgrad der Aufgabenbündel: Ein Erkrankter mit einer Atemwegserkrankung nimmt erst schleimlösende Medikamente ein, bevor er inhaliert und schließlich die Atemwegspflege beginnt.⁵⁸⁹

⁵⁸¹ vgl. ebenda, S. 93f. und S. 100

⁵⁸² vgl. Corbin/Strauss 04, S. 102;

⁵⁸³ vgl. ebenda, S. 303

⁵⁸⁴ ebenda, S. 88

⁵⁸⁵ vgl. ebenda, S. 92

⁵⁸⁶ Eine ausführlichere Übersicht über die Arbeitstypen findet sich u. a. in [Hüper/Hellige 09, S. 68ff.]

⁵⁸⁷ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 27, zu weiteren Arbeitstypen [vgl. ebenda, S. 48]; vgl. auch Höhmann 02, S. 64

⁵⁸⁸ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 69; vgl. Hüper/Hellige 09, S. 68ff. (mit weiteren Arbeitstypen); vgl. Corbin/Strauss 04, S. 26

⁵⁸⁹ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 26 und S.111

Bei der Diskussion jeder der Verlaufskurvenphasen muss danach gefragt werden, welche dieser Arbeitstypen (und -bündel) anfallen und wie bzw. von wem sie durchgeführt werden.⁵⁹⁰

Ausbalancierung der drei Hauptarbeitslinien

Da Kraft und Ressourcen der Betroffenen begrenzt sind, können nicht alle Anforderungen, die die drei Arbeitslinien aufwerfen, vollkommen befriedigt werden. Nach Ansicht von Corbin/Strauss muss es daher das Ziel sein, ein *relatives Gleichgewicht* durch das Ausbalancieren von Krankheitsarbeit, Biografiearbeit und Alltagsarbeit herzustellen,⁵⁹¹ auch wenn immer mal wieder eine der Arbeitslinien Vorrang bekommt (z. B. im Falle der Krise die krankheitsbezogene Arbeit).⁵⁹²

Das Ausbalancieren der Arbeitslinien gestaltet sich selbst unter Routinebedingungen schon schwierig, so dass es durch die konkurrierenden Anforderungen seitens der drei Arbeitslinien immer wieder zum Misslingen dieser Ausbalancierung kommt.

Beispiel des Misslingens: Ein Kranker muss nach einer Nierentransplantation morgens 38 Tabletten schlucken, darf gleichzeitig aber aus nephrologischer Sicht kaum Flüssigkeit zu sich nehmen (Krankheitsarbeit). Sein Anliegen ist Normalität im Sinne einer Tasse Kaffee zum Frühstück (Alltagsarbeit). Als seine Partnerin, die ihn bei der Krankheitsarbeit unterstützen will, ihm nur ½ Tasse Kaffee bringt, die weder die Medikamenteneinnahme ermöglicht noch die (relativ geringen) Ansprüche an Lebensqualität sichert, kommt es zu Konflikten.⁵⁹³

Beispiel des Gelingens: Ein Kranker nimmt nur vor geplanten Ausflügen sein Diuretikum nicht ein (generell sind therapeutisch notwendige Maßnahmen gemäß des Ausbalancierens mit dem Lebensstil der Familie abzustimmen, und für ihn hat Alltagsarbeit (Ausflug) gelegentlich eine höhere Priorität als Krankheitsarbeit (Diurese forcieren))⁵⁹⁴

Die Bewältigung dieser Ausbalancierung vollzieht sich als *Prozess*, da viele Wechselwirkungen der Arbeitslinien *im Laufe der Zeit* auftreten und Bewältigung somit nie zu einem Stillstand kommen kann.⁵⁹⁵

Die Ausbalancierung beinhaltet vier Arbeitsprozesse:⁵⁹⁶

1. *Ressourcen kalkulieren*:⁵⁹⁷ Der Ressourcenbedarf ist für die einzelnen Arbeitslinien zu ermitteln. Dabei sind auch der Bedarf an sozialer Unterstützung und die eigenen persönlichen Ressourcen abzuschätzen. Der Ressourcenbedarf ist nach Prioritäten zu ordnen, Bedarf und Verfügbarkeit sind zur Deckung zu bringen, ggf. sind Ressourcen auf andere Arbeitslinien umzulenken. Je nach Bedarf sind zur Ressourcendeckung gesetzliche Behindertenprogramme, Sozialhilfeansprüche und andere finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, Gemeindeprogramme etc. zu nutzen. Schließlich ist Flexibilität im Umgang mit Ressourcen anzustreben.
2. *Flexibilität in der Arbeitsteilung erhalten*:⁵⁹⁸ Die Verteilung der Arbeit ist nach Kriterien wie Effizienz, Wunsch, Tradition, Sicherheit u. a. untereinander auszuhandeln und selbst unter schwankenden Bedingungen flexibel aufrecht zu erhalten.
3. *Gesamte Arbeit organisieren (planen und koordinieren)*:⁵⁹⁹ Zur Arbeitsorganisation gehören auch immer wieder prozesshaft Evaluationen, beispielsweise bezüglich der Effizienz der eingesetzten Ressourcen

⁵⁹⁰ vgl. ebenda, S. 188, S. 110

⁵⁹¹ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 119, S. 138f.

⁵⁹² vgl. ebenda, S. 279

⁵⁹³ vgl. ebenda, S. 125ff.

⁵⁹⁴ vgl. White/Lubkin 02, S. 101

⁵⁹⁵ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 353

⁵⁹⁶ vgl. ebenda, S. 138ff.

⁵⁹⁷ vgl. ebenda, S. 138ff., S. 352, S. 363

⁵⁹⁸ vgl. ebenda, S. 140f.

⁵⁹⁹ vgl. ebenda, S. 141f.

und anschließende Reorganisationen des jeweiligen Plans.⁶⁰⁰

4. *Sich wechselseitig unterstützen*:⁶⁰¹ Motivationen für gemeinsame Unternehmungen unter den Partnern sind wechselseitig aufrechtzuerhalten, wobei ein gleicher Informationsstand, bewahrte Hoffnung, gegenseitige Aufrechterhaltung von Verpflichtung (aber auch zu beachtende Erholungsphasen) und gehegte Identitäten (z. B. dem Kranken sagen, wie wichtig er ist) mitentscheidend für das Gelingen sind.

Corbin/Strauss weisen darauf hin, dass das Funktionieren der Arbeitsprozesse durch das Vorhandensein eines - kooperativen - Partners sehr erleichtert wird.⁶⁰² Denn diese hier recht „nüchtern“ beschriebenen gegenseitigen Anpassungsprozesse stellen tatsächlich einen täglichen Kampf der Paare durch ständiges *Ausbalancieren* von Zeit, Raum, Energie, Geld, Arbeitsstellen, Aktivitäten und Identitäten dar, der zudem voller Widersprüche, Wechselwirkungen und auch durch die eigenen Anliegen des gesunden Partners geprägt ist: Ausbalancieren ist stets ein Entscheidungsprozess zwischen mehreren Optionen, und wenn mehrere Optionen zur Wahl stehen, nimmt man gewöhnlich - pragmatisch - den am wenigsten anstrengenden Weg.⁶⁰³

Zusammenfassend gesagt, besteht das in diesem Kapitel erläuterte Konzept der Arbeit aus drei verschiedenen Arbeitslinien, kann in Arbeitstypen und Arbeitsbündel ausdifferenziert werden und zielt - über vier Arbeitsprozesse - auf ein Ausbalancieren der drei Hauptarbeitslinien (relatives Gleichgewicht). Dass dabei diverse Probleme auftreten können, wird anhand des nächsten Kapitels skizziert.

2.6.4 Ebene 4: Strukturbedingungen

Die vierte Ebene der Bedingungsmatrix beschreibt Strukturbedingungen, die aus Bedingungen der Bewältigungssituation (Ebene 2) resultieren. Da die drei Arbeitslinien - von Krankheit, Biografie und Alltag - sich wechselseitig beeinflussen (vgl. Reziproker Einfluss, Ebene 2, S. 65) und der Kontext, in dem Krankheitsbewältigung stattfindet, sich ständig ändert (vgl. Struktur als Prozess, Ebene 2, S. 65) kann es zu fünf Arten von Problemen kommen, die als *Strukturbedingungen* zusammengefasst werden und das relative Gleichgewicht der drei Arbeitslinien (Ebene 3) stören können.⁶⁰⁴

1. Unter den drei Arbeitslinien kann ein *Wettstreit um die Ressourcen* stattfinden, so dass Prioritäten zu setzen sind, um die begrenzten Ressourcen adäquat zu verteilen.
2. Es können *einseitige Arbeitsbelastungen* bestehen, bei denen der Erkrankte oder der Angehörige den größeren Teil der Verantwortung für die Arbeitsdurchführung trägt (und beispielsweise Angehörige durch die Pflege überlastet werden), so dass, abhängig von Krankheitsart und Verlaufskurvenphase, Arbeit immer wieder neu zu verteilen ist.
3. Es kann zu *Störungen im Arbeitsfluss* kommen, wenn Bedingungen auftreten, die die inzwischen bereits etablierten Routinen derart stören, dass immer wieder neue Lösungen für neue Routinen auszuarbeiten sind. Das ist wichtig, weil es ohne haltgebende Routinen einen noch höheren Verbrauch an Zeit, Energie, Geld und Arbeitskraft gibt.⁶⁰⁵ Die Arbeit liegt immer zwischen Routine und Krise.⁶⁰⁶ Hier liegt auch das

⁶⁰⁰ vgl. ebenda, S. 142

⁶⁰¹ vgl. ebenda, S. 143ff.

⁶⁰² vgl. Corbin/Strauss 04, S. 151; S. 279 Corbin/Strauss haben zum größten Teil Paare in ihren Studien untersucht, kaum allein lebende Menschen. Im Buch findet sich ein Fallbeispiel einer allein lebenden Frau, an dem die Problematik des fehlenden Partners (im Sinne einer sozialen Bewältigungsressource) sehr deutlich wird.

⁶⁰³ vgl. ebenda, S. 21f.

⁶⁰⁴ vgl. ebenda, S. 129ff.

⁶⁰⁵ vgl. ebenda, S. 134f.; Corbin/Strauss benennen in den Fallbeispielen immer wieder detailliert unzählige Routinen, die

Interesse von Strauss: Sein „Interesse zielt auf Handeln und Handlungsroutinen, deren zugrunde liegende Ordnung/Struktur erst dann zu Tage tritt, wenn Routinen durchbrochen werden.“⁶⁰⁷

4. Schließlich existieren Faktoren, von denen die *bedingte Motivation* zur Fortsetzung der Arbeit abhängig ist. Diese Faktoren beruhen weniger auf den „üblichen“ Motivationsfaktoren, wie Geld, Ansehen oder Zufriedenheit, als vielmehr auf anderen Bedingungen, wie verlaufskurvenbezogenen und biografischen Plänen, Hoffnung und Verpflichtung (beispielsweise ermöglicht die *Hoffnung*, bald wieder laufen zu können dem Apoplektiker das Durchhalten belastender Physiotherapie oder ist ein Gefühl der *Verpflichtung* die Basis dafür, dass ein Angehöriger die Pflege eines Kranken übernimmt).⁶⁰⁸
5. Ein *Dominoeffekt* kann entstehen, wenn z. B. Koordinationsdefizite, disparate Situationsdeutungen und Steuerungsverluste bei unvorhergesehenen, komplexen und die etablierten Routinen nun überfordernden Arbeitsanforderungen negative Ereigniskaskaden mit Entwicklung einer Abwärtsspirale der Verlaufskurve in Gang setzen.⁶⁰⁹ Die einzige Präventionsmöglichkeit dafür ist nach Ansicht von Corbin/Strauss, schon in frühen Stadien des Abwärtstrends rechtzeitig gegenzusteuern.⁶¹⁰

Die Ebene der Strukturbedingungen beeinflusst somit ebenfalls die Entscheidungen, die hinsichtlich der Pläne zur Krankheitsbewältigung getroffen werden.⁶¹¹

2.6.5 Ebene 5: Interaktionsbedingungen

Die fünfte Ebene der Bedingungsmatrix beinhaltet die Interaktionsbedingungen. Interaktion (im Sinne der offenen Interaktion mit anderen ebenso wie der Interaktion mit dem eigenem Selbst) ist für alle Arbeitsprozesse nötig.⁶¹² Interaktion beinhaltet gemäß der Definition (vgl. S. 53) die *Ausrichtung* im Sinne eines gegenseitigen Aufeinanderabstimmens von Handlungslinien der Menschen auf die Durchführung der Arbeit hin.⁶¹³ Zudem gehen alle an der Interaktion Beteiligten mit einer bestimmten Einstellung in die Interaktion und verfolgen bestimmte Strategien. Die Interaktionsbedingungen bestehen dementsprechend aus drei Aspekten:

- *Interaktionsbezogene Einstellung*: Die Partner gehen mit bestimmten Einstellungen in die Interaktion, die aus anderen Bedingungen resultieren (z. B. Informationsstand zur Krankheit, Grad der durch die Körperstörung beeinträchtigten Aspekte des Selbst, biographische Pläne etc.).⁶¹⁴ Auch hier ist wieder die Dynamik zu betonen, da die Einstellungen der Interaktionspartner sich fortwährend im Laufe der Interaktion verändern können.⁶¹⁵
- *Interaktionskontext*: meint den Grad der *Ausrichtung* und somit das Ausmaß, in dem die Partner ihre

sich etablierten und bewährten (z. B. Routine bzgl. Aufstehen, Zur-Arbeit-Gehen, Öffentlichkeitsverhalten, Interaktionen, Haushaltsaufgaben oder auch bzgl. „schmutziger Arbeit“ (Steckbeckennutzung) [vgl. ebenda, S. 231f.; S. 235ff.] Sie zeigen auf, dass Gesundheitsprofessionelle dazu Hilfen jeweils nur anbahnen können [vgl. ebenda, S. 233]

⁶⁰⁶ vgl. ebenda, S. 111 Bsp. Diabetiker: das tägliche Insulinspritzen wird schnell Routine; die Behandlung seiner Hypo- oder Hyperglykämie ist die Bewältigung einer Krise

⁶⁰⁷ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 60

⁶⁰⁸ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 135f.

⁶⁰⁹ vgl. Höhmann 02, S. 61

⁶¹⁰ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 138

⁶¹¹ vgl. ebenda, S. 51

⁶¹² vgl. ebenda, S. 145; S. 19

⁶¹³ Strauss baut hier auf den Symbolischen Interaktionismus nach Blumer auf, vgl. S. 49; explizit beziehen sich Corbin/Strauss bzgl. der *Ausrichtung* auf Mead (und den Pragmatiker Dewey sowie den Soziologen Hughes) [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 152]

⁶¹⁴ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 156

⁶¹⁵ vgl. ebenda, S. 159

arbeitsbezogenen Handlungen kooperativ zusammenfügen und fortwährende Anpassungsleistungen erbringen. Die Ausrichtung kann von der Fehlansrichtung unterschiedlicher Ursachen (z. B. durch Missverständnisse, Machtkämpfe etc.) bis zur Neuausrichtung (mit dem Treffen neuer Vereinbarungen) verschiedene Formen annehmen.⁶¹⁶

- *Interaktionsstrategien*: beziehen sich auf Entwicklungsaspekte der Interaktion und befassen sich mit Fragen nach der Initiative zur Interaktion, der Fortsetzung, dem Abbruch und der Veränderung der Interaktion sowie danach, wer diese Entwicklung aus welchen Gründen betreibt.⁶¹⁷

2.6.6 Ebene 6: Arbeitsdurchführung

Die letzte Ebene der Bedingungsmatrix stellt die Arbeitsdurchführung *per se* dar, die sich auf alle beteiligten Akteure verteilt. Die Arbeitsdurchführung bedeutet ein Zusammenwirken der drei Arbeitslinien, den daraus resultierenden Arbeitstypen und -prozessen (Ebene 3), den Strukturbedingungen (Ebene 4) und der Interaktion (Ebene 5).⁶¹⁸

Corbin und Strauss erscheint die übliche arbeitssoziologische Betrachtungsweise zu abstrakt und angesichts der Komplexität der Krankheitsbewältigung auch zu wenig komplex.⁶¹⁹ Ihnen geht es darum, die *konkrete* Arbeitsdurchführung zu erläutern, für deren Verständnis all die involvierten sozialen Mechanismen oder Prozesse in den Blick genommen werden müssen, die auf den obigen Ebenen der Bedingungsmatrix detailliert dargestellt werden, sich aber auf die Arbeitsdurchführung niederschlagen.

2.6.7 Abschlussbemerkungen zur Bedingungsmatrix

Die Pfeile, die sich in beide Richtungen, d. h. von innen nach außen und außen nach innen, durch *alle* Ringe der Bedingungsmatrix ziehen (vgl. Abbildung, S. 60), verweisen auf die bereits beschriebene Dialektik (vgl. S. 50), dass die strukturellen Rahmenbedingungen die konkrete Arbeits- und Interaktionsgestaltung einerseits beeinflussen, dass aber andererseits das Ergebnis von Interaktionen und Aushandlungsvorgängen wieder neue Arbeitskontexte erzeugt, die nun wiederum als neue Rahmenbedingungen der Gestaltung der nun folgenden Interaktionsphase wirken.⁶²⁰

Corbin/Strauss gehen prinzipiell davon aus, dass die Krankheitsbewältigung ganz allgemein *alle* Ebenen betrifft und dass über den Bedingungspfad (vgl. S. 61) - in der Rückschau - betrachtet werden kann, welchen Weg eine chronische Krankheit (mit all ihren Einzelmomenten) durch die verschiedenen Ebenen der Bedingungsmatrix nimmt. Ergänzend sei aber darauf hingewiesen, dass diese grafische Darstellung der konzentrischen Kreise von anderen Autoren teils kritisiert wird.⁶²¹

Beispiel: die gesundheitspolitische Bedingungen der 1. Ebene (wie z. B. gesundheitspolitische Bedingungen für die Zulassung von Arzneien) könnten auch *direkt* die 5. Ebene (z. B. die Arzt-Patienten-Interaktion zu entsprechenden Medikamenten) beeinflussen.⁶²²

Das heißt, die Darstellung darf nicht dahingehend missverstanden werden, dass stets alle Kreise relevant seien. Stattdessen hängt es vom Einzelfall ab, welcher der Kreise relevant wird und wie direkt er die Interaktion beeinflusst.

⁶¹⁶ vgl. ebenda, S. 153ff.; vgl. auch S. 183

⁶¹⁷ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 156, S: 160

⁶¹⁸ vgl. ebenda, S. 150

⁶¹⁹ vgl. ebenda, S. 150

⁶²⁰ vgl. Höhmann 02, S. 62

⁶²¹ vgl. Hall zit. n. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 138f.

⁶²² vgl. ebenda

Insgesamt dient die Bedingungsmatrix dazu, „das komplexe analytische Wesen der Kontexte zu veranschaulichen, in denen die Kranken und ihre Partner die Arbeit der Verlaufskurvenbewältigung verrichten.“⁶²³ Sie zeigt dabei die Bedingungen, arbeitsbezogenen Handlungen und Interaktionen sowie Probleme der Arbeitsdurchführung auf. Dafür fasst die Matrix alle Einzelkonzepte des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts zusammen, die bei jeweils *einer* Phase der gesamten Entwicklung der Interaktion zwischen den beteiligten Akteuren Einfluss nehmen.⁶²⁴

Die eigentliche Konzeptbeschreibung ist mit der Darstellung des Konzepts der Verlaufskurve (Kap. 2.5) und der Erläuterung der Bedingungsmatrix in diesem Kapitel (2.6) inhaltlich fast abgeschlossen. Im folgenden Abschnitt (Kap. 2.7) sollen kurz die Auswirkungen der Krankheitsbewältigung auf Angehörige angedeutet werden, die Corbin/Strauss auch untersuchten sowie ergänzend (in Kap. 2.8) wenige Hinweise auf Implikationen des Konzepts für die Praxis gegeben werden, denen die Autoren selbst viel Raum widmen, um die Konzeptbetrachtung abzuschließen.

2.7 Auswirkungen der Krankheitsbewältigung auf Angehörige

Corbin/Strauss, die ihre Studien überwiegend an Paaren durchführten, machen auch Aussagen über die Auswirkungen der Krankheitsbewältigung auf die gesunden Partner. Viele Gründe dafür, dass Angehörige mögliche Ressourcen nicht nutzen, werden von Corbin/Strauss benannt, wie z. B. Schamgefühle, Pflichtgefühle, das Gefühl, andere nicht belasten zu wollen oder auch eine nur allmähliche, schleichende zunehmende Erschöpfung, die erst spät bewusst wird.⁶²⁵ Die vielen genannten schwankenden Bedingungen der Matrix (z. B. Schwere der Krankheit, aktuelle Verlaufskurvenphase, Ausmaß der Symptomkontrolle, biografische Aspekte des Partners, Makrobedingungen etc.) nehmen Einfluss auf die Verlaufskurve und damit auf den gesunden Partner.⁶²⁶ Corbin/Strauss zeigen zwar auch, dass Angehörige gestärkt aus den Krisen gehen können,⁶²⁷ führen aber vor allem eine Fülle von Problemen der Angehörigen auf, wie z. B. auftretende Konflikte, Erschöpfung, Ängste (finanzielle Existenzangst), Gefühle von Isolation und Einsamkeit u. v. m.⁶²⁸

„Die Probleme, mit denen die Partner kranker Menschen konfrontiert sind, haben eine große Bandbreite und treten in den unterschiedlichsten Kombinationen auf. Man kann verstehen, weshalb die Versorgenden frustriert, zornig, verwirrt, isoliert, voller Schuldgefühle, in ihrer Biografie blockiert, ausgelaugt, erschöpft, finanziell angespannt sind. Man kann sich leicht vorstellen, wie gefangen, verzweifelt und bis an die Grenze ihrer Toleranz getrieben sie sich fühlen, sodass der Stress sich in Phänomenen zu manifestieren beginnt wie z. B. Überessen, Alkoholismus, Krankheit, Allergien und Hautausschlägen wie Nesselausschlag, verbalen und sonstigen emotionalen Angriffen auf den Kranken und zweifellos, wenn auch selten, in versuchtem Mord.“⁶²⁹

Einige Fallbeispiele zeigen die Burnoutsymptomatik der Angehörigen und ihre Emotionen, die von Hassgefühlen auf den Kranken und Ressentiments bis zu Selbstmitleid gehen.⁶³⁰ Auch die Zerrissenheit der Angehörigen wird deutlich: Einerseits sind sie emotional und physisch erschöpft, andererseits haben sie Schuldgefühle und Wut auf sich selbst wegen ihrer ungunstigen Gedanken über den Kranken.⁶³¹ Belastend kommt schließ-

⁶²³ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 184

⁶²⁴ Beispiele der vielen Einzelkonzepte sind *Krankheit, Biografie, Alltagsarbeit, Arbeitslinien, Arbeitstypen, Arbeitsprozesse, Verlaufskurvenphasen, Vorstellungen vom Krankheits- und Arbeitsverlauf, Wiederherstellung der Identität u. v. m.* (vgl. auch S. 44)

⁶²⁵ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 319f.

⁶²⁶ vgl. ebenda, S. 321f.

⁶²⁷ vgl. ebenda, S. 328

⁶²⁸ vgl. ebenda, S. 323

⁶²⁹ ebenda, S. 327f.

⁶³⁰ vgl. ebenda, S. 336

⁶³¹ vgl. ebenda, S. 346

lich hinzu, dass die Beziehung des Paares durch die Krankheitsbewältigung teils auf eine Arbeitsbeziehung reduziert wird.⁶³² Insgesamt zeigen sich somit die großen Belastungen, denen nicht nur die Kranken selbst, sondern auch ihre Partner durch die langfristige Verlaufskurvenarbeit ausgesetzt sind.

Um das, was in der konkreten Paarsituation im Rahmen der Krankheitsbewältigung geschieht, nachvollziehen zu können, müssen stets die Beziehungen zwischen den theoretischen Aussagen von Corbin/Strauss und die spezifischen Umständen des Einzelfalls in den Blick genommen werden.⁶³³

2.8 Implikationen des Konzepts für die Praxis

Corbin/Strauss geben zu den Phasen der Verlaufskurve und zu einzelnen Ebenen der Bedingungsmatrix eine Fülle von unterschiedlich detaillierten Hinweisen, die Praktikern bei der Umsetzung des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts in die Praxis helfen sollen.

Bei den Hinweisen, die sich auf einzelne Phasen beziehen, sind die Hinweise teils eher allgemeiner Art. In Bezug auf die *akute Phase* fordern die Autoren beispielsweise, dass Praktiker sich von dem ausschließlichen Blick auf die Situation in der Klinik lösen können sollten. So sollte „das Klinikpersonal [...] allmählich in der Kategorie denken, dass nach der Akutversorgung die Normalisierung kommt und dieses Durchlaufen verschiedener Phasen antizipieren“.⁶³⁴ Praktiker sollten eine Vision davon entwickeln, was sie für eine Unterstützung der Krankheitsbewältigung in den Folgephasen der Verlaufskurve bereits in der Klinik für den Patienten und seine Angehörigen anbahnen könnten. Damit sprechen die Autoren bestimmte Schnittstellenprobleme der Versorgung an.

Teils sind die phasenspezifischen Hinweise jedoch auch deutlich detaillierter und spezifischer. So wird in Bezug auf die *Sterbephase* beispielsweise darauf hingewiesen, dass Praktiker die Patienten darin unterstützen sollten, nützliche Dinge zu entdecken, mit denen sie ihre Zeit ausfüllen können, und biografische Arbeit zu leisten, die durch die Verschlechterung des Zustands notwendig ist. Dazu gehört auch, Betroffene ggf. an Stützgruppen verweisen zu können.⁶³⁵ Eine adäquate Unterstützung im Umgang mit physischen Schmerzen ist ebenfalls unerlässlich in dieser Phase. Praktiker unterstützen die Betroffenen, damit sie sich mit ihrer Situation einerseits realistisch auseinandersetzen können und andererseits gleichzeitig die Hoffnung aufrecht erhalten können: Das bedeutet für die Praktiker, einen Balanceakt zu meistern. Praktiker brauchen hierfür psychisches Einfühlungsvermögen, Empathie und Erfindungsreichtum bei Interventionen.⁶³⁶

Die Autoren geben Praktikern nicht nur Hinweise für Phasen, in die Praktiker selbst eingebunden sind, sondern auch für Phasen - wie z. B. die *stabile Phase* - in die die Praktiker besonders selten aktiv eingebunden sind. Bezüglich dieser Phasen sollten Praktiker zumindest ein Verständnis dafür haben, wie viel Arbeit seitens der Betroffenen erforderlich ist, um die Stabilität zu erhalten. Wenn es in diesen Phasen zu Konflikten zwischen krankheitsbezogener-, biografischer und alltagsbezogener Arbeit kommt, sollten sie zudem helfen können, kreative Lösungen zu entwickeln und neue Routinen aufzubauen.⁶³⁷ Zudem sollten Praktiker betrof-

⁶³² vgl. ebenda, S. 347

⁶³³ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 355

⁶³⁴ Corbin/Strauss 04, S. 348

⁶³⁵ vgl. ebenda, S. 317

⁶³⁶ Corbin/Strauss 04, S. 318; In Bezug auf die Empathie weisen Corbin/Strauss darauf hin, dass Pflegende, die unablässig versuchen, den Patienten in der letzten Phase Mut zu machen und unerschütterlich an seiner Genesung festhalten wollen, nicht in Übereinstimmung mit seiner biografischen Arbeit stehen, d. h. sie können dem Patienten während dieses entscheidenden Prozesses, bei dem er sich endgültig mit seiner Krankheit abfindet, dann nicht von Nutzen sein [vgl. Corbin/Strauss 98b, S. 135f.]

⁶³⁷ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 260

fene Patienten und Angehörige darüber informieren, dass sie die Arbeit besser durchhalten, d. h. körperlichen und emotionalen Verschleiß durch die Bewältigungsanstrengungen reduzieren, wenn sie sich Beistand holen in Form von entwickelten Routinen, Nutzung von Hilfsmitteln, angeforderte Unterstützung von außen, Arbeitspausen etc.⁶³⁸ und somit einen langen Erhalt der stabilen Phase fördern

Zusammenfassend verlangen Corbin/Strauss für alle Phasen, dass Praktiker reflektieren sollten, welche Arbeit in den einzelnen Phasen jeweils zu leisten ist, und wie sich die Ergebnisse dieser Arbeit wiederum auf die weitere Verlaufskurvengestaltung (und somit auf das Leben der Betroffenen) auswirken. Nur dadurch können Praktiker den Betroffenen helfen, sich mit ihrer Krankheit, den Symptomen und Nebenwirkungen sowie deren Auswirkungen auf ihre Identität und ihren Lebensstil abzufinden.⁶³⁹

Eine besondere Betonung legen die Autoren immer wieder auf die biografischen Prozesse und formulieren hier viele Anforderungen an Praktiker. Praktiker sollten nicht nur die Komplexität der ganzen Arbeit verstehen, sondern müssen stets feststellen können, an welcher Stelle im biografischen Prozess der Kranke gerade steht. Praktiker müssen sensibel für die aktuelle Verlaufskurvenphase sein, in der die biographische Arbeit des Erkrankten stattfindet und Interventionen passend dazu anbieten. Corbin/Strauss weisen dabei darauf hin, dass dazu nicht einfach nur Beratung oder Therapie zu biographischen Problemen der Betroffenen gehört, sondern dass ggf. mehr - oder weniger - Facetten der gängigen medizinischen oder versorgungsbezogenen Interventionen angeboten werden, sofern dies dem biografischen Stand des Betroffenen eher angemessen ist.⁶⁴⁰

Praktiker sollen Intervention und Beratung anbieten, bei denen es nicht darum geht, dass sie medizinisch/pflegerisch optimal sind, sondern dass sie durch die Berücksichtigung der Alltagsumstände und der Biografie (mit Bezug auf biografische Zeit, Selbstkonzept und Körper) geprägt sind. Dafür sind nach Ansicht der Autoren weder der „gesunde Menschenverstand“ noch Fachwissen zur Bewältigungsforschung hinreichend, sondern bedarf es der „subtilen Konzepte“ und einer Sensibilität für das veränderte psychische *und* soziale Erleben chronisch Kranker.⁶⁴¹ Praktiker sollten insbesondere die Bedeutung des *Körpers* für den Kranken samt seiner Bilder, wahrgenommenen Einschränkungen, Fehlschläge und Erfolge (bzgl. der Performanzen) ermitteln können und überlegen, in welchem Verhältnis Körper und Identitätsgefühl des Kranken zueinander stehen. Dem Kranken und seinen Angehörigen zuhören zu können, ist dabei eine wichtige Basis effektiver Interventionen.⁶⁴²

Viele Hinweise an Praktiker betreffen die Analyse von Ressourcen. So sollten Praktiker kalkulieren, welche Ressourcen die Betroffenen derzeit und künftig brauchen, um eine ggf. bestehende Unterversorgung durch Überweisung an Spezialisten, Beratung, Aufklärung etc. zu decken. Praktiker sollten Betroffene durch ihre Kenntnisse des medizinischen Versorgungssystems und hauswirtschaftlicher Unterstützungsmöglichkeiten darin unterstützen, sich im medizinischen Dickicht zurechtzufinden, um eine adäquate medizinische Versorgung zu finden und sich ggf. vorübergehend Hilfen für die tägliche Arbeit (Einkaufen, Versorgung des Haushalts) zu besorgen, wenn die Symptome unkontrollierbar geworden sind. Das betrifft besonders oft die *instabilen* Phasen, in denen Praktiker die Betroffenen neben der Ressourcenbeschaffung angesichts der in dieser

⁶³⁸ ebenda

⁶³⁹ vgl. Corbin/Strauss 98b, S. 136

⁶⁴⁰ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 107f.

⁶⁴¹ vgl. ebenda, S. 85

⁶⁴² vgl. ebenda, S. 85f.

Phase besonders häufigen Wechsel von physischen und emotionalen Hochs und Tiefs auch emotional unterstützen sollen.⁶⁴³

Praktiker sollen auch den kollektiven Arbeitsstil der Familie erkunden⁶⁴⁴ und bei der Arbeitsaufteilung helfen, beispielsweise, indem sie bei Anzeichen von Überlastung Ressourcen finden (wie z. B. Tagesbetreuung, nützliche Hilfsmittel), die entlastend wirken. Praktiker sollten zudem in der Lage sein, bei entsprechenden situativen Veränderungen, die Betroffenen auf die Notwendigkeit hinzuweisen, ggf. neue Wege der Arbeitsdurchführung zu suchen - z. B. bei den Aufgaben Prioritäten zu setzen - und den Arbeitsfluss zu überwachen sowie auf zukünftige Probleme hin zu beobachten und zu planen. Schließlich sollten Praktiker den Patienten und Angehörigen helfen, Kommunikationsmuster auf eine Weise zu installieren, dass es ihnen gelingt, sich gemeinsam über Verlaufskurvenpläne sowie gehegte Identitäten auszutauschen sowie darüber, was sie für sich und voneinander brauchen, um die Motivationen erhalten zu können. Allerdings geben die Autoren nicht an, wie Praktiker konkret verfahren müssten, um z. B. entsprechende „Kommunikationsmuster aufzubauen“.⁶⁴⁵

Praktiker sollten insgesamt ein Verständnis von all den Bedingungen der Matrix haben, die sich auf die Zusammenarbeit des Kranken und seiner Angehörigen auswirken.⁶⁴⁶

Die Autoren benennen nicht nur im Rahmen der Beschreibung der einzelnen Verlaufskurvenphasen und der Bedingungsmatrix bereits diverse Implikationen für die Praxis, sondern widmen dem Thema ein eigenes Kapitel. Darin differenzieren sie mehrere Themenfelder und formulieren zu jedem der Themenfelder eine Fülle von Detailfragen, die Praktiker nutzen können, um eine Bedingungsanalyse durchzuführen und Unterstützungsbedarfe zu ermitteln (z. B. zum Themenfeld Interaktion: Wie läuft die Interaktion? Welche Einstellungen haben die Partner? Welche Ursachen haben auftretende Konflikte? Wird die Krankheit genutzt, um andere zu tyrannisieren? etc.).⁶⁴⁷

Obwohl diese Fragen schon helfen können, die theoretischen Aussagen in der Praxis anzuwenden, bestand bei den Autoren Einigkeit darüber, dass aus dem Krankheitsverlaufskurvenkonzept ein praktisches (Pflege-) Modell abgeleitet werden muss, damit das Krankheitsverlaufskurvenkonzept einen praktischen Nutzen hat.⁶⁴⁸ Inzwischen ist ein Modell daraus abgeleitet worden, das das Konzept der Krankheitsverlaufskurve in das Pflegeprozessmodell integriert.⁶⁴⁹ Allerdings ist es in der Praxis noch nicht umfangreich erprobt worden, so dass Aussagen über den praktischen Nutzen des Konzepts der Krankheitsverlaufskurve noch ausstehen. Das Konzept in der Praxis aufzugreifen und es auf breiterer Basis auszuprobieren, bleibt noch eine Zukunftsaufgabe.⁶⁵⁰

Nach dieser zweiten Konzeptdarstellung erfolgt nun der Vergleich des Konzepts der Lebensweltorientierung mit dem Krankheitsverlaufskurvenkonzept anhand der Analyse ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede.

⁶⁴³ vgl. ebenda, S. 279f.

⁶⁴⁴ vgl. ebenda, S. 184

⁶⁴⁵ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 147

⁶⁴⁶ vgl. ebenda, S. 184

⁶⁴⁷ vgl. ebenda, S. 361ff.

⁶⁴⁸ vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 8

⁶⁴⁹ vgl. ebenda, S. 17ff.; vgl. auch Schaeffer/Moers 11, S. 352. Das Pflegemodell „Trajektmanagement“ ist nicht Gegenstand der Konzeptbeschreibung, sondern bereits die *Anwendung* des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts auf den Pflegeprozess und wird daher in Rahmen dieser Arbeit nicht dargestellt

⁶⁵⁰ vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 352

3 Vergleich beider Konzepte

Eigentlich würde es sich bei einem Vergleich anbieten, zunächst die Zielsetzungen der Konzepte miteinander zu vergleichen. Das erscheint in diesem Fall jedoch nicht durchführbar. Zunächst fällt auf, dass es bei beiden Konzepten kaum möglich ist, die Ziele „gebündelt“ zu finden; es gibt keine entsprechenden Kapitelüberschriften, sondern Hinweise auf die Zielsetzungen finden sich - insbesondere beim Lebensweltkonzept - mit immer wieder leicht differierenden Inhalten über das ganze Konzept verteilt. Beim Zusammenstellen dieser verteilten Hinweise ergibt sich ein weiteres Problem. Sieht man sich die „Kurzform“ der Zielbeschreibungen der Konzepte an, sind die Formulierungen so abstrakt, dass ein Vergleich gar nicht möglich ist, sieht man sich hingegen die Detaillierungen der Zielbeschreibungen („Langform“) an, befindet man sich sofort auf der Detailebene einzelner Kriterien. Das soll kurz erläutert werden.

Kurzform der Zielbeschreibung

In der Kurzform besteht die Zielsetzung des Lebensweltkonzepts darin, in gemeinsamer Anstrengung zwischen Professionellen und Adressaten einen *gelingenderen Alltag* für die Adressaten zu suchen (vgl. S.30). Die Zielsetzung des Krankheitsverlaufskonzepts besteht hingegen darin, eine allgemeine eigenständige Theorie über die *Bewältigung chronischer Krankheiten* zu entwickeln (vgl. S. 44).

Diese Aussagen sind noch auf zu hoher Abstraktionsebene und lassen sich noch nicht vergleichen. D. h. es muss geprüft werden, welche konkreteren Konzeptelemente hinter den zentralen Begriffen „gelingenderer Alltag“ und „Bewältigung chronischer Krankheit“ stehen.

Langform der Zielbeschreibung

In der ausführlicheren Form der Betrachtung der Ziele ergibt sich für das Lebensweltkonzept, dass der *gelingendere Alltag* nur gefunden werden kann, wenn die Strategien der Professionellen an die subjektiven Sichtweisen der Betroffenen anknüpfen und unmittelbar in deren Lebenswelt entwickelt werden, weshalb Professionelle in der Lage sein müssen, diese Lebenswelten zu verstehen, anhand verschiedener Dimensionen zu analysieren, Ressourcen darin zu erkunden und unterstützende Interventionen anzubieten bzw. die Selbsthilfefähigkeiten der Betroffenen zu aktivieren. Bei der heiklen Aufgabe zwischen dem Erhalten und dem Zerstören von etablierten - wenn auch ggf. kontraproduktiven - Bewältigungsroutrinen der Adressaten soll den Professionellen das Einnehmen einer respektvollen und taktvollen Grundhaltung sowie eine generelle Orientierung an humanitären Werten wie der sozialen Gerechtigkeit als Richtschnur dienen. Zudem dienen ihnen fünf Maximen als Richtschnur für die Umsetzung des Konzepts. Diese Umsetzung bedeutet das Einnehmen einer bestimmten professionellen Haltung, die Ableitung von Handlungskonzepten sowie die zusätzlich mit dem Konzept intendierte Veränderung der Gesellschaftsverhältnisse, sofern diese eine angemessene Alltags- bzw. Lebensbewältigung der Adressaten bislang behindern. Die Zielsetzung des Konzepts zeigt sich auf dieser detaillierteren Ebene derart komplex, dass es für einen erkenntnisreichen Konzeptvergleich einer Betrachtung ihrer einzelnen Elemente bedarf.

Analog sieht es beim Krankheitsverlaufskonzept aus. Hier wird die - gemäß der Zielsetzung zu entwickelnde - Theorie konkretisiert, indem die *Bewältigung chronischer Krankheit* als Arbeit seitens aller im weitesten Sinne von der Krankheit betroffenen Akteure unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen konzeptualisiert wird und sich neben der krankheitsbezogenen auch auf die alltagsbezogene und die biografische Arbeit bezieht. Zwischen diesen Arbeitsarten soll ein relatives Gleichgewicht hergestellt werden. Im Fokus stehen

die subjektive Realität der Betroffenen, ihre Bewältigungsleistungen und das interaktive, partizipative Geschehen aller Akteure mit permanenten gegenseitigen Ausrichtungsprozessen. Das Konzept dient der Förderung des Verstehens der generellen sowie auch jeweils individuellen Bewältigungserfordernisse der von chronischer Krankheit Betroffenen. Der Anwendungsbereich des Konzepts und somit der Bewältigung beschränkt sich zwar auf chronische Krankheiten, allerdings wird aufgezeigt, dass durch die chronische Krankheit alle Bereiche des Lebens tangiert werden können, wodurch die Bewältigung alle Bereiche des Lebens betreffen kann. Auch hier zeigt die Aufsplitterung der Zielsetzung, d. h. die Erläuterung des Bewältigungsbegriffs, dass es der Betrachtung der einzelnen Elemente der mit dem Konzept verfolgten Zielsetzung bedarf, um einen produktiven Konzeptvergleich gewährleisten zu können.

An dieser Stelle lässt sich daher nur feststellen, dass die hohe Komplexität beider Konzepte sich in ihrer umfassenden komplexen Zielsetzung widerspiegelt. Die alleinigen Vergleiche der Zielsetzungen lassen jedoch noch keine Aussagen über den Grad der Kongruenz der Konzepte zu, sondern es bedarf des Blickes auf die Detailebene.

Daher soll im Folgenden ein detaillierter Vergleich der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der einzelnen Konzeptelemente anhand von einzelnen Vergleichskriterien erfolgen, deren Reihenfolge keine Aussage über deren Gewichtung implizieren soll. Aus den Vergleichsergebnissen werden später - indirekt - auch Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Zielsetzungen ablesbar sein.

Vorab sei noch ein Hinweis dazu gegeben, wie die Vergleichskriterien erstellt wurden. Ausgehend von den beiden Konzeptbeschreibungen, wurden zur Entwicklung der Vergleichskriterien induktiv Kategorien gebildet, die nach und nach während der Materialsichtung mehrfach revidiert und je nach Inhalt später unter einer allgemeineren Kategorie subsumiert wurden.⁶⁵¹ Um die Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit der Aussagen zu ermöglichen findet sich im Anhang eine umfassende Tabelle, in der die konkreten - die Aussagen belegenden - Textstellen des ganzen Vergleichs zu finden sind (vgl. Anhang, S. XI).

3.1 Gemeinsamkeiten der Konzepte

Zunächst sollen die Gemeinsamkeiten beider Konzepte genauer betrachtet werden.

1. Alter des Konzepts

Obwohl sich Ursprünge des Lebensweltkonzepts bereits in den 20er Jahren durch den Rückbezug auf den Philosophen Husserl finden lassen und die ersten Studien zum Krankheitsverlaufskurvenkonzept bereits in den 60er Jahren begannen, ist festzustellen, dass beide Konzepte vorrangig in den 70er Jahren entstanden, und zwar mit dem Ausrufen der *Alltagswende* (Lebensweltkonzept) bzw. einer Fülle von eigenen Studien (Krankheitsverlaufskurvenkonzept). Beide Konzepte wurden schließlich Mitte bis Ende der 80er Jahre weiter ausdifferenziert, wobei das Lebensweltkonzept sich durch Anpassungen an Gesellschaftsentwicklungen (vgl. Beck) veränderte und sich seit Anfang der 90er Jahre zunächst in Form der lebensweltorientierten Jugendhilfe etablierte, bevor es sich zum Lebensweltkonzept der Sozialen Arbeit weiterentwickelte, und das Krankheitsverlaufskurvenkonzept durch weitere Studien Mitte der 80er Jahre immer weiter ausdifferenziert wurde. Das Alter der beiden Konzepte lässt sich nicht ganz genau angeben, da die Konzepte in mehrphasigen Entwicklungsschritten immer weiter entwickelt wurden. Es ist mit etwa 30-40 Jahren von der Größenordnung her aber in etwa vergleichbar.

⁶⁵¹ So enthält das Kriterium „Situationsangemessenen Selbstbegrenzung“ z. B. drei Subkategorien

2. Disziplinübergreifender Anwendungsbereich & heterogene Adressatengruppe

Das Lebensweltkonzept wird zwar von Thiersch auf die Soziale Arbeit bezogen, kann aber auch auf andere Bereiche, wie z. B. verschiedene Politikbereiche, bezogen werden. Zudem wird es - zumindest bezüglich einiger Teilaspekte - bereits in Disziplinen wie der Sozialen Gerontologie, der Pflegewissenschaft und den Gesundheitswissenschaften diskutiert (vgl. S. 5). Bei der Beschreibung des Lebensweltkonzepts liegt der Fokus auf der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit; es werden daher nur Sozialarbeiter explizit angesprochen. Aber da das Lebensweltkonzept disziplinübergreifend verwendbar ist, sind implizit weitere Zielgruppen (anderer Disziplinen) als potentielle Nutzer des Konzepts angesprochen.

Auch Corbin/Strauss betonen, dass ihr im Krankheitsverlaufskurvenkonzept gebundenes Forschungswissen an keine Disziplin geknüpft ist, sondern im Rahmen jeder Disziplin eingesetzt werden kann (vgl. S.45).

Höhmann sieht sogar die Stärke des Konzepts gerade darin, dass es, ausgehend von den Bewältigungsbedarfen der chronisch Kranken und ihrer Angehörigen, disziplinübergreifend nutzbar ist, d. h. berufsübergreifend zu bearbeitende globale Relevanzbereiche vorgibt.⁶⁵² Für das Krankheitsverlaufskurvenkonzept werden ebenfalls heterogene Gruppen als Zielgruppe benannt:⁶⁵³ erstens Praktiker in der Gesundheitsversorgung, insbesondere diejenigen, die außerhalb der klinischen Akutversorgung mit chronisch Kranken arbeiten, wie Pflegenden, Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte und Mitarbeiter häuslicher Pflegedienste, zweitens Fachleute, die an gesundheitspolitischen Entscheidungen mitwirken, wie Verwaltungsbeamte, Mitglieder gesetzgebender Institutionen und in der Grundlagenforschung Tätige und drittens Sozialwissenschaftler, die an Gesundheitsfragen interessiert sind, besonders Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, Medizinsoziologen, Medizinanthropologen und Soziologen, die auf die Themen Arbeit und Beruf spezialisiert sind. Corbin/ Strauss unterstreichen diese Heterogenität und Offenheit des Adressatenkreises, indem sie bei den beschriebenen Implikationen für die Praxis in ihrem Konzept stets „Praktiker“ ansprechen und nicht einzelne Berufsgruppen. Beide Konzepte sind somit relativ universell, d. h. beziehen sich auf einen disziplinübergreifenden Anwendungsbereich und sprechen als Leserschaft eine heterogene breite Adressatengruppe an.

3. Definition als Konzept oder „praktische Theorie“

An dieser Stelle muss zunächst eine Begriffsklärung erfolgen. Eine *Theorie* besitzt einen höheren Abstraktionsgrad als ein Konzept und stellt ein „Set aufeinander bezogener Konzepte dar; sie eröffnet einen systematischen Blick auf ein Phänomen“⁶⁵⁴ und ermöglicht, das Phänomen systematisch zu strukturieren, um etwas zu erklären oder voraussagen zu können.⁶⁵⁵ Ein *Konzept* ist „ein Bild oder eine symbolische Repräsentation einer abstrakten Idee“⁶⁵⁶ und stellt die „komplexe gedankliche Formulierung einer Erfahrung [dar]“.⁶⁵⁷ Der Unterschied zwischen Theorie und Konzept ist, das zeigen die Definitionen, kein prinzipieller, sondern ein gradueller in Bezug auf den Abstraktionsgrad, die Komplexität und die Reichweite der Aussagen.

3a) Titulierung als Konzept oder Theorie

Im Rahmen dieser Arbeit wurde der Konzeptbegriff übernommen, da Lebensweltorientierung und Krankheitsverlaufskurve überwiegend als *Konzept* bezeichnet werden, allerdings nicht ubiquitär. Das Konzept der

⁶⁵² vgl. Höhmann 02, S. 77; „Jeder Prozessbeteiligte bringt dazu spezifische Berufskompetenzen und Hintergrundbedingungen mit, deren jeweilige konkrete Handlungskorrelate es unter allen Prozessbeteiligten abzustimmen und zu koordinieren gilt.“ [ebenda]

⁶⁵³ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 12

⁶⁵⁴ LoBiondo-Wood/ Haber 05, S. 172

⁶⁵⁵ vgl. ebenda, S. 179

⁶⁵⁶ vgl. ebenda

⁶⁵⁷ Chinn/Kramer zit. n. LoBiondo-Wood/ Haber 05, S. 179

Lebensweltorientierung wird teils auch als *Theorie für die Praxis* titulierte (vgl. S. 5). Auch die Einordnung des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts findet sich unterschiedlich. Corbin/Strauss sprechen teils sehr allgemein vom Bezugsrahmen,⁶⁵⁸ teils vom Konzept⁶⁵⁹ und teils von einer Theorie (vgl. S. 45).

Unterschiede gibt es hinsichtlich der *Eigenständigkeit* der beiden „Konzepte“. Das Ziel von Corbin/Strauss ist, eine *eigenständige* allgemeine Theorie zu entwickeln. Sie stützen sich dabei zwar auf andere Basistheorien (wie z. B. den symbolischen Interaktionismus und die Arbeitssoziologie), definieren ihre Konzepte und Subkonzepte darauf basierend dann aber selbst (z. B. Verlaufskurvenphase, Interaktion etc.).

Dagegen wird dem Lebensweltkonzept teils vorgeworfen, die einzelnen Begriffe bzw. Konzepte nicht eigenständig zu definieren. So weist Wahl darauf hin, dass der Lebensweltbegriff zwar durch die theoretischen Rückbezüge beschrieben wird, jedoch stets aus der jeweiligen theoretischen Perspektive (d. h. den genannten vier Wurzeln des Konzepts, wie z. B. phänomenologisch nach Schütz), die Soziale Arbeit bislang jedoch keinen eigenen *sozialarbeitswissenschaftlichen* Lebensweltbegriff zu formulieren vermochte.⁶⁶⁰

Abgesehen von diesem Kritikpunkt zur Eigenständigkeit der theoretischen Strukturen überwiegen aber die Gemeinsamkeiten von Lebensweltorientierung und Krankheitsverlaufskurve bezüglich der theoretischen Strukturen: Beide befinden sich in dem Übergang zwischen Konzept und Theorie und können insofern als beides eingestuft werden, d. h. als eher abstraktes Konzept oder als eher praktische Theorie.

3b) Zielsetzung: Theoriebildung und Praxishilfe

Die Uneindeutigkeit der Einschätzung als Konzept oder Theorie ergibt sich auch dadurch, dass beide Konzepte als Ziel des Konzepts angeben, sowohl der Theoriebildung dienen zu wollen als auch eine Praxishilfe darzustellen. Das Lebensweltkonzept dient der Theoriebildung der Sozialen Arbeit im Sinne eines Rahmenkonzepts und soll zudem eine Orientierungshilfe für die Praxis sein, wenn sich das Konzept in Handlungskonzepten und institutionellen bzw. politischen Programmen konkretisiert (vgl. S. 5).

Mit dem Krankheitsverlaufskurvenkonzept ist zwar als vorrangiges Ziel die Erstellung einer allgemeinen eigenständigen Theorie zur Bewältigung chronischer Krankheit intendiert (s. o.), jedoch finden sich auch in diesem Konzept - sogar in mehrfacher Hinsicht - Implikationen für die Praxis. So benennen die Autoren am Ende jedes Kapitelabschnitts die Implikationen ihrer jeweiligen theoretischen Aussagen für die Praxis und widmen dem Thema sogar ein eigenes Kapitel (vgl. S.77).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Konzept der Lebensweltorientierung und das Konzept der Krankheitsverlaufskurve als Konzept oder als praktische Theorie eingestuft werden können und beide Konzepte der Theoriebildung dienen sowie gleichzeitig eine Praxishilfe darstellen.

4. Theoretische Ausrichtung: Soziologische bzw. strukturell-interaktionstheoretische Handlungstheorie

Beide Konzepte lassen sich von ihrer theoretischen Ausrichtung her als soziologische Handlungstheorie einordnen, weil sie sowohl mikro- als auch makrosoziologische Gesellschaftsbedingungen des Handelns zu erklären versuchen. Sie lassen sich aber genauer auch als strukturell-interaktionstheoretische Handlungstheorie klassifizieren, weil sie insbesondere die Dialektik betonen, dass Veränderung der Strukturen des Alltags durch (Aus-)Handlungsprozesse erfolgen und gleichzeitig die Begrenzungen des (Aus-)Handelns durch die formale Strukturen der Gesellschaft bedingt sind.

⁶⁵⁸ vgl. Corbin/Strauss 98a

⁶⁵⁹ Trajektkonzept, vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 55ff.

⁶⁶⁰ vgl. Wahl 04, S. 11

Im Lebensweltkonzept werden mikrosoziale und makrosoziale Bezüge der Lebenswelt über die Dimension der *Sozialen Bezüge* (vgl. S. 25) analysiert und miteinander in Beziehung gesetzt. Hier werden sowohl private soziale Netze im Sinne sozialer Ressourcen (mikrosoziologisch) analysiert als auch gesellschaftlichen Erosionstendenzen sozialer Bezüge (makrosoziologisch) untersucht. Zudem werden durch das Lebensweltkonzept Arrangements für kompensierende soziale Netze durch die Sozialarbeiter angeregt, die ggf. auf Zeit und für bestimmte Projekte angelegt sind.

Im Rahmen des Lebensweltkonzepts wird im Sinne einer strukturell-interaktionstheoretischen Theorie darauf verwiesen, dass der lebensweltliche Vordergrund erst zusammen mit dem gesellschaftlichen Hintergrund die Rekonstruktion der Lebenswelt ermöglicht (vgl. S. 23), d. h. dass die subjektiven Erfahrungen immer durch gesellschaftliche Strukturen und Ressourcen geprägt sind. Sozialarbeiter müssen das bei der Analyse und Beurteilung des Alltags der Adressaten berücksichtigen (vgl. S.26). Die o. g. Dialektik findet sich im Lebensweltkonzept in Form der Hinweise, dass einerseits die Grenzen des problemlösenden pädagogischen Handelns in den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen liegen, und andererseits durch das proklamierte *Prinzip Einmischung* die gesellschaftlichen Bedingungen verändert werden sollen, sofern sie die Verwirklichung des gelingenderen Alltags behindern (vgl. S. 29).

Theoretisch fundiert wird das Konzept hinsichtlich seiner soziologischen bzw. strukturell-interaktionstheoretischen Ausrichtung insbesondere durch seine Bezüge auf die Strukturen der Lebenswelt nach Schütz und die von Beck beschriebenen gesellschaftlichen Einflüsse und Abhängigkeiten:

- Schütz liefert die soziologische interaktionistische Basis. Er betrachtet die Lebensweltstrukturen auf zweifache Weise: zum einen als die Gesamtheit präformierender und strukturierender, wirkmächtiger Bedingungen⁶⁶¹ und zum anderen als human produziertes und (daher auch) veränderbares Gefüge von Erfahrungen und Handlungen (vgl. S. 7).
- Beck beschreibt weniger die o. g. Dialektik,⁶⁶² als vielmehr die durch die beschriebenen Pluralisierungs- und Individualisierungstendenzen verursachte *soziale Bedingtheit* menschlicher Probleme (z. B. Isolationsproblematiken durch die Erosion sozialer Netze). Zudem zeigt er in vielfacher Weise die Abhängigkeit der Individuen von der Gesellschaft: Sie sind arbeitsmarktabhängig, bildungsabhängig, konsumabhängig, abhängig von sozialpolitischen Regelungen und Versorgungen etc. (vgl. S.14).

Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept nimmt ebenfalls eine soziologische Sichtweise ein, wenn soziale Probleme, Rollenfunktionen, Beziehungsgestaltung und Anpassungsverhalten bei der Krankheitsbewältigung analysiert werden. Auch die *Arbeit*, die zur Krankheitsbewältigung zu leisten ist, stellt ein soziologisches Konzept dar, für das sich Corbin/Strauss auf berufssoziologische und arbeitssoziologische Grundlagen stützen. Das Konzept nimmt eine interaktionstheoretische Perspektive ein, die generell ein Interesse an situativ ablaufenden Interaktionsprozessen (z. B. beim Umgang mit Krankheit, Aushandlungs- und Interaktionsprozessen) hat und die analysiert, wie *Bewältigungsgeschehen sozial organisiert ist*.

Corbin/Strauss gehen auch auf mikro- und makrosoziologische Aspekte ein. Mit der Bedingungsmatrix können Mikrobedingungen des sozialen Handelns (bis zur einzelnen Interaktion) mit gesellschaftlichen Makrobedingungen verknüpft werden. Mikrosoziologisch liegt der Fokus eindeutig auf Paaren (der Hauptteil der

⁶⁶¹ Beispielsweise prägen die in den Typisierungen der Sozialstruktur enthaltenen Bewertungen „sozialer Positionen“ die eigene Biografie

⁶⁶² Nur ansatzweise geht Beck auf die Dialektik ein, indem er darauf hinweist, dass Individuen die Gesellschaft verändern können So thematisiert er z. B. die „Schaffung von nichtständischen neuen Gruppensolidaritäten“ (Bsp. Gewerkschaften) (vgl. vgl. Beck 86, S. 155) zur Veränderung der Gesellschaft, aber diese Themen behandelt er eher marginal.

Studien befasste sich mit Paaren), teils auch auf der Familie und Freunden; allein stehende Individuen werden hingegen nur selten thematisiert. Die Makrosoziologie wird allerdings nur *sehr kurz* und oberflächlich über den äußeren Kreis der Bedingungsmatrix angerissen. Dieser Kreis stellt die politischen und sozioökonomischen Bedingungen dar, die die Verlaufskurvenarbeit zwar nicht determinieren aber deutlich beeinflussen. Mit dem Aufzeigen dieses Zusammenwirkens von Makro- und Mikrosoziologie wird auch im Krankheitsverlaufskurvenkonzept die o. g. gegenseitige Beeinflussung von Alltagsstrukturen und Handlungsprozessen betont, d. h. der Umstand, dass Neues (die Veränderung von Strukturen) und Altes (die bestehenden Strukturen) in einem dialektischen Zusammenhang stehen.

Theoretisch fundiert wird das Krankheitsverlaufskurvenkonzept durch die Theorie des symbolischen Interaktionismus (Mead), die aus dem Bereich der *Mikrosoziologie* stammt, aber von Strauss um eine *makrosoziologische* Sichtweise erweitert wurde (vgl. S. 50) sowie durch die Berufs- und Arbeitssoziologie, die Corbin/Strauss inhaltlich erweitern und in Form von Arbeitsprozessen konkretisieren.

Die theoretische Ausrichtung beider Konzepte ist somit im Sinne einer soziologischen bzw. strukturell-interaktionstheoretischen Handlungstheorie zu verstehen, und beide sind dieser Ausrichtung entsprechend theoretisch fundiert.

Ergänzende Anmerkung: Für eine gänzlich umfassende makrosoziologische Betrachtungsweise - die über eine Handlungstheorie hinausgeht - müssten auch systemtheoretische Sichtweisen Berücksichtigung finden, da es dann nicht nur darum ginge, gesellschaftliche Veränderungen zu beobachten (wie Beck es beispielsweise tut), sondern auch zu erklären zu versuchen, weshalb es zu gesellschaftlichem Strukturwandel kommt. Der mit dem Lebensweltkonzept verbundene handlungstheoretische Ansatz der verstehenden Soziologie kann zwar die Strukturen von Weltbildern und Lebensformen sowie die Typik schicht- oder gruppenspezifischer Lebenswelten (wofür Schütz die Basis liefert) aufklären, jedoch die Pathologien der „Moderne“ und deren Ursachen nicht mehr erfassen. Die Ursachen und übergreifenden Prozesse liegen außerhalb des Zugriffs des Lebensweltkonzepts. Daher wird teilweise vorgeschlagen, den Lebenswelt-Ansatz um eine systemtheoretische Perspektive zu erweitern und die *Doppelperspektive von System und Lebenswelt* einzunehmen.⁶⁶³

In analoger Weise würde das auch für das Krankheitsverlaufskurvenkonzept gelten. Bislang sind beide Konzepte nicht systemtheoretisch fundiert bzw. ergänzt worden. Wenn im Rahmen dieser Arbeit auf ihre makrosoziologische Ausrichtung hingewiesen wurde, bezieht sich dieser Hinweis in diesem Sinne eingeschränkt auf ihre Ausrichtung als „nur“ *handlungstheoretische Ansätze der verstehenden Soziologie*.

5. Theoriebasis des Konzepts: Intersubjektive Verständigung auf Basis gemeinsamer Symbole/Sprache

Schütz beschreibt in den „Strukturen der Lebenswelt“ ausführlich, wie Menschen sich mit Hilfe von Zeichen intersubjektiv verständigen und nennt *Sprache* das wichtigste Zeichensystem im Wirklichkeitsbereich des täglichen Lebens (vgl. S. 11), weil sie Problemstellungen und Problemlösungen relativ losgelöst von zeitlichen und räumlichen Beschränkungen vermitteln kann. Zudem weist er darauf hin, dass Sprache mit einer bestimmten Struktur jedem Menschen als soziale Vorgegebenheit seiner biografischen Situation bereits vorliegt. Aber obwohl das Lebensweltkonzept auf den Ausführungen von Schütz basiert, der den Themen Sym-

⁶⁶³ vgl. Habermas zit. n. Wahl 04, S. 20f.

bole und Sprache zum Zwecke der Verständigung einen großen Raum einräumt, greift Thiersch diese Themen nicht explizit für das Lebensweltkonzept auf.

Auch Strauss, der immerhin die Interaktion als Zentrum seines Konzepts beschreibt, nutzt die Verständigung über Symbole bzw. Sprache zumindest im Rahmen des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts nur implizit. Dabei basiert das Krankheitsverlaufskurvenkonzept auf Mead, der mit dem symbolischen Interaktionismus die intersubjektive Verständigung untersucht, wofür sprachliche Kommunikation über signifikante Symbole die entscheidende Basis liefert. Strauss hat sich intensiv mit dieser Thematik beschäftigt (vgl. genauer S. 52) und hat - in anderen Werken - die Bedeutung der *Sprache* betont, da Mitglieder einer Gruppe seiner Ansicht nach eine ihnen gemeinsam verständliche Terminologie brauchen, um ihr Handeln koordinieren zu können. Allerdings nimmt er die Bedeutung der Sprache im Krankheitsverlaufskurvenkonzept ebenfalls nicht explizit auf.

Es ist verwunderlich, dass beide Konzepte sich zwar auf Basistheorien beziehen, in denen unter dem Merkmal der intersubjektiven Verständigung insbesondere der Aspekt der Sprache einen sehr hohen Stellenwert einnimmt, beide Autoren die Bedeutung der Sprache aber im Konzept selbst nicht thematisieren (Thiersch gar nicht⁶⁶⁴ und Strauss nur in anderen Veröffentlichungen). Es erstaunt insbesondere, weil beide Konzepte Konzeptbestandteile beinhalten, die ohne eine an das Sprachvermögen des Adressaten ausgerichtete Sprache gar nicht zu verwirklichen wären. Dazu gehört z. B. der Anspruch, den Adressaten in seinen Verhältnissen wahrzunehmen oder auch Methoden wie Aushandlungsprozesse in das Zentrum des Konzepts zu stellen. Beide Konzepte schließen die Berücksichtigung des Sprachaspekts aber auch nicht aus; er ist jedoch nur *implizit* enthalten und müsste in den jeweiligen Konkretisierungen der Konzepte (z. B. in Form eines Beratungssettings) dann berücksichtigt werden.

Beispiel: Der Anspruch, den Adressaten „dort abzuholen, wo er steht“, könnte sich auch auf sein sprachliches Niveau beziehen. Und der Anspruch, Adressaten zu Aushandlungsprozessen zu befähigen, könnte auch implizieren, sie durch Informationen, die ihr sprachliches Ausdrucks- und Verständnisvermögen steigern (z. B. Erklärung unverständlicher sozialrechtlicher bzw. medizinischer Fachtermini), zur intersubjektiven Verständigung zu befähigen und damit zu Aushandlungen auf gleichem sprachlichen Rang mit dem Berater, aber auch mit Behörden, Ärzten etc.

Für beide Konzepte ist *intersubjektive Verständigung auf Basis gemeinsamer Symbole und Sprache* somit ein Teil der jeweiligen theoretischen Basis (hier: Schütz bzw. Mead), jedoch wird es in beiden Konzepten nicht explizit thematisiert, sondern nur *implizit* deutlich.

6. Subjektorientierter Zugang

Das Konzept der Lebensweltorientierung geht prinzipiell („radikal“) von den Bewältigungsaufgaben, Bedürfnissen, Interessen, Erfahrungen und dem Problemverständnis im Sinne der *Selbstdeutungen* der jeweiligen Adressaten aus, um gemäß dem Profil sozialpädagogischen Handelns die Ziele, Inhalte und Methoden des Handlungsprozesses dann darauf abzustimmen (vgl. 1.5.1 Ausgangspunkt: Adressaten in ihren Verhältnissen, S. 27). Das Konzept ist also an der Eigensinnigkeit der Adressaten im Lebensfeld orientiert. Es betont diesen Aspekt z. B. im Rahmen seiner Strukturmaxime *Alltagsnähe* (S. 32), die sich u. a. auf eben diese miteinander verbundenen Erfahrungen und Selbstdeutungen des Adressaten in seiner Lebenswelt bezieht sowie durch das avisierte Ziel des *gelingenderen Alltags*, das darauf verweist, dass Hoffnungen auf Verbesserungen an Erfahrungen und Möglichkeiten im gegebenen Alltag geknüpft sein müssen (S. 30).

Diese Sichtweise des Konzepts der Lebenswelt stützt sich auch hier wieder auf Schütz, der bereits darlegte,

⁶⁶⁴ Genauer: Nur ein einziges Mal fällt das Stichwort Artikulation ohne weitere Erläuterung (vgl. S. 87)

dass der Mensch nicht losgelöst als Individuum verstanden werden kann, sondern nur in der Erfahrung seiner Wirklichkeit, in der er sich „fraglos“ (vgl. S. 8) befindet. Der phänomenologische Lebensweltbegriff nach Schütz betont die *Subjektivität* der Perspektive. Eine Orientierung an diesem phänomenologischen Lebensweltbegriff bedeutet nicht nur eine Berücksichtigung des Alltags und der unterschiedlichen Alltagsbedingungen, sondern auch mögliche Unterschiede in der Wahrnehmung der Alltagsbedingungen. Es handelt sich um die Subjektivität im doppelten Sinne (S. 21): Zum einen unterscheiden sich die Lebensbedingungen der Menschen und zum anderen unterscheiden sich die Menschen selbst voneinander, wodurch sich sowohl das, *was* wahrgenommen wird, als auch *wie* etwas wahrgenommen wird, unterscheidet.

Auch im Krankheitsverlaufskurvenkonzept ist der subjektorientierte Zugang (für den das interaktionstheoretische Paradigma steht)⁶⁶⁵ zentral. In interaktionstheoretisch basierten Forschungsansätzen ist die Orientierung auf den handelnden Akteur bereits konstitutiv angelegt. Das auf solchen empirischen Daten basierende Krankheitsverlaufskurvenkonzept stellt dementsprechend auch fest, dass der Kontext, der das Alltagsleben der ganzen Familie umfasst, zu berücksichtigen ist, um den Betroffenen zu ihrem Alltag passende Interventionen anbieten zu können. Es kritisiert insofern auch Kliniken und andere Gesundheitsinstitutionen, die diese Alltagskontexte nicht berücksichtigen.

Das Kranksein ist von „außen“ nicht beurteilbar, sondern kann nur vom Kranken erlebt und in den Alltagskontext gesetzt werden, so dass eine objektive Bewertung von Gesundheit für eine Situationseinschätzung keinesfalls ausreicht.⁶⁶⁶ Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept geht exakt von dieser Einstellung aus und verlangt dementsprechend gleichfalls, die subjektiven Sichtweisen der Patienten zu beachten, d. h. sie als Experten ihres Alltags ernst zu nehmen, ihre Erfahrungen bei Aushandlungsprozessen zu beachten und ihre Entscheidungen zu respektieren (S. 59). Das Konzept geht in Form einer äußerst respektvollen Betrachtungsweise auf viele Kleinigkeiten des Alltäglichen ein, bei denen sich Betroffene immer wieder als Experten ihres Alltags zeigen, indem sie angesichts ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen Alltagsstrategien entwickeln, die ihnen subjektiv sinnvoll erscheinen und ihnen - auf ggf. kreative, unkonventionelle Weise - helfen, ihr Leben mit chronischer Krankheit zu bewältigen, eine gewisse Kontrolle zu erhalten und ihre Autonomie weit möglichst zu wahren.⁶⁶⁷

Beide Konzepte beinhalten somit einen subjektorientierten Zugang, d. h. es geht darum, von den Individuen in ihren Verhältnissen auszugehen, an ihre subjektiven Sichtweisen anzuknüpfen und die Individuen als Experten ihres Alltags anzusehen.

7. Einzelfall statt Typus

Bereits vor 20 Jahren fanden Untersuchungen heraus, dass „Laien zunehmend eine Beziehung zu Professionellen ablehnen, die auf der Vorstellung eines Rationalitätsgefälles von Wissenschaft zum Alltag beruht.“⁶⁶⁸

Dieses Rationalitätsgefälle lässt sich in keinem der beiden Konzepte finden, sondern es wird, ganz im Gegenteil, vor derartiger wissenschaftlicher Arroganz gewarnt.

So wird Problemlösungs- und Verständnismustern moderner Wissenskulturen, die die Lebenswelt zu sehr simplifizieren und damit verkürzen, im Lebensweltkonzept eine Absage erteilt (vgl. S.27). Stattdessen wird

⁶⁶⁵ vgl. Bauer 09, S. 276

⁶⁶⁶ vgl. Koch-Straube 01, S. 132

⁶⁶⁷ Beispielhaft wurde die Arthritis-Patientin, die sich ihre steifen Gelenke morgen zunächst am der warmen Teetasse wärmt, als eines der vielen Beispiele für die „Alltagsexpertise“ der Betroffenen genannt (vgl. S. 53), und es zeigt schon im ganz Kleinen die Bewältigungsstrategien dieser „Alltagsexperten“

⁶⁶⁸ vgl. Daheim zit. n. Schaeffer 04, S. 19

gefordert, auf Abstraktionen und Verallgemeinerungen von Lebensverhältnissen zu verzichten, eine realistische Betrachtungsweise der heterogenen Lebenswelt zu avisieren, und es rückt die Einzelperson als konkreter „Einzelfall“ in der speziellen Lebensphase und mit der spezifischen Einzelbiografie in den Fokus. Das heißt, die kasuistische Denk- und Handlungsweise prägt das Lebensweltkonzept und wird den nur wissens- oder regelanwendenden Denk- bzw. Handlungsweisen vorgezogen (zur Kasuistik vgl. auch S. 28).

Da der jeweilige Einzelfall mit den individuellen Ressourcen, Deutungs- und Handlungsmustern den Ausgangspunkt darstellt, müssen die Ansätze der lebensweltorientierten Arbeit entsprechend *individuell* darauf zugeschnitten werden.

Auch das Krankheitsverlaufskurvenkonzept betont die Ausrichtung auf den Einzelfall. Zwar wird im Rahmen des Konzepts - angesichts der Intention, eine Theorie der Bewältigung zu erstellen - eine Fülle von verallgemeinernden Konzepten aus den Daten abgeleitet. Dennoch geht es den Autoren mit den Konzepten (wie z. B. den einzelnen Verlaufskurvenphasen) nicht um simple Typologien, unter denen der Einzelfall subsumiert werden kann, sondern sie betonen, dass der Einzelfall immer im Vordergrund steht (vgl. S. 44). So können die Verlaufskurvenphasen beispielsweise bei jedem Betroffenen in anderer Länge, teils auch anderer Folge verlaufen oder sogar teils übersprungen werden.

Beiden Konzepten geht es also darum, Abstraktionen und verallgemeinernde Typisierungen zu vermeiden und anstatt pauschaler den Alltag zu sehr simplifizierender, wissenschaftlicher Problemverkürzungen den jeweiligen Einzelfall als Ausgangspunkt zu wählen und damit auch darum, Hilfen individuell zu konzipieren.

8. Insistieren auf Komplexität

Das Konzept der Lebensweltorientierung besteht darauf, Problemlagen in ihrer alltäglichen Komplexität zu sehen (S. 5, S. 34), d. h. sie nicht zu vereinfachen (vgl. S. 27; z. B. Komplexität sozialer Netze, S. 25), sondern auf genau diese Komplexität zu reagieren. Angesichts der Komplexität der Situationen werden Menschen - z. B. im Rahmen der Hilfe zur Selbsthilfe - sehr umfassend wahrgenommen: von ihren Ressourcen bis zu ihren Aversionen gegen ihnen von außen auferlegte Zumutungen. Das Konzept insistiert auf der Komplexität einer situativ und kommunikativ bestimmten Arbeit, d. h. nicht nur die ggf. prekäre Situation, sondern auch die Kommunikationsmuster pädagogischen Handelns zeichnen sich durch komplexe Strukturen aus, die es zu berücksichtigen gilt (vgl. Verstehensprozesse, die die Komplexität berücksichtigen, S. 35). Auch das Krankheitsverlaufskurvenkonzept besteht darauf, die Komplexität zu fokussieren und verweist mit der Verlaufskurve darauf, dass chronische Krankheiten nicht auf körperliche Symptome und funktionelle Einschränkungen reduziert werden können, sondern von psychischen, sozialen, biografischen und oft auch ökonomischen Konsequenzen begleitet werden und sich zudem in alle Lebensbereiche hineinziehen. Im Falle der häufigen multimorbiden Verläufe wird sogar die besonders hohe Komplexität durch mehrere, parallel zu beachtende Verlaufskurven mit gegenseitigen Wechselwirkungen betont (vgl. S. 42, S. 57, S. 65, Projektionbildung erschwert durch Komplexität, S.57). Das Konzept unterstreicht die Unerlässlichkeit der Komplexitätsbetrachtung auch insofern, als es nicht nur isoliert Handlungsstränge einzelner Professionen bzw. der Betroffenen in den Blick nimmt, sondern stattdessen das Zusammenwirken der Handlungsstränge mit den erwünschten Effekten aber auch unerwünschten Nebenwirkungen (z. B. Strukturbedingungen: Wettstreit um Ressourcen, vgl. S. 71) benennt. Corbin/Strauss verlangen von Praktikern explizit, dass sie die Komplexität der ganzen Arbeit verstehen können sollen (vgl. S. 76).

Beide Konzepte lenken auch den Blick auf die Wechselwirkungen von Interaktionen und Strukturen (vgl.

S. 82), was ebenfalls die Wahrnehmung der Komplexität fördert. Somit insistieren beide Konzepte ausdrücklich auf der Beachtung von Komplexität.

9. Prinzip: Partizipation

Partizipation wird im Lebensweltkonzept als eigene Handlungs- und Strukturmaxime benannt und in vielfältigen Formen der Beteiligung und Mitbestimmung verwirklicht. Dabei wird die *Gleichwertigkeit* der Positionen von Sozialarbeitern und Adressaten bei den Aushandlungsprozessen betont (vgl. S.33).

Da das Erleben von Gesundheit, Krankheit und Bewältigungsprozessen immer subjektiv ist, ist es unerlässlich, Sichtweisen, Erklärungsansätze und Erfahrungen von Patienten als *gleichberechtigt* zur Sichtweise der Gesundheitsprofessionellen anzusehen.⁶⁶⁹ Auch das Krankheitsverlaufskurvenkonzept verfolgt diese Devise. Die gemeinsame Erörterung von Zielen und Bewältigungsstrategien zwischen den Akteuren, gemeinsame Entscheidungsfindungen und Umsetzungen sowie gemeinsame Evaluationen mit daraus resultierenden Neuausrichtungen sind daher Bestandteile der interaktiven Aushandlungsprozesse des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts (vgl. S. 58). Die Gleichberechtigung der Aushandlungspartner wird implizit dadurch beschrieben, dass Entscheidungen der Betroffenen als ebenso gewichtig wie die der Gesundheitsprofessionellen eingeschätzt werden.

Bezüglich der gleichberechtigten Partizipation der Betroffenen bei den Bewältigungsprozessen zeigen beide Konzepte somit Konsens.

10. Methode: Aushandlung als zentrale Handlungsmethode

Aushandlungsprozesse werden als das „handlungsorientierte Zentrum“ lebensweltorientierter Arbeit bezeichnet (vgl. S. 39), weil angesichts des subjektorientierten Zugangs und der Einzelfallbetrachtung (vgl. S. 85f.) individuelle Bewältigungsmuster und Problemlösungen anstelle von Standardlösungen zu suchen sind, die zudem gemäß der Partizipationsmaxime (s. o.) nur gemeinsam mit dem Adressaten ausgehandelt werden können.

Dabei stützt sich das Konzept u. a. auf die dritte Wurzel des Konzepts, d. h. die Gesellschaftsanalysen (Beck), die verdeutlichen, dass angesichts der Pluralisierungs- bzw. Individualisierungs- und Erosionstendenzen der Gesellschaft die Menschen keine Standardlösungen mehr übernehmen können, sondern Ziele und Wege sowie sogar Normen beständig neu aushandeln müssen (vgl. Beck S. 14 bzw. Aushandlungen S. 39). Auch im Krankheitsverlaufskurvenkonzept stehen Aushandlungsprozesse im Fokus. Erfolgreiche Krankheitsbewältigung beruht darauf, dass Professionelle und Betroffene die Verlaufskurvenvorstellungen (Projektionen), miteinander *aushandeln* (vgl. S. 58). Da die Gesundheitsprofessionellen sich eher auf die medizinischen Aspekte beziehen, die Kranken jedoch auch den alltagsbezogenen und vor allem den biografischen Aspekten eine hohe Priorität geben, sind die Aushandlungsprozesse für die Konsensfindung unter den unterschiedlichen Positionen und Projektionen der verschiedenen Akteure und somit für die untereinander abgestimmten Bewältigungsbemühungen essentiell.

Voraussetzung: Befähigung der Individuen zu Aushandlungen

Das Lebensweltkonzept verweist darauf, dass als Voraussetzung gleichberechtigten Handelns zwischen den Beteiligten ggf. Ressourcen organisiert und Artikulationsmöglichkeiten⁶⁷⁰ geschaffen werden müssten (vgl.

⁶⁶⁹ vgl. Koch-Straube 01, S.134

⁶⁷⁰ Das ist der einzige implizite Hinweis auf Sprache [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 174], allerdings wird nicht konkretisiert, was unter Artikulationsarbeit zu verstehen ist, ggf. sind auch Deutungs- und Klärungshilfen darunter zu verstehen

S. 33). Zudem sind gleichberechtigte Verhandlungspositionen zu sichern, um auch das Austragen von Differenzen „angemessen“ zu gewährleisten (vgl. S. 39).

Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird insbesondere die ausreichende Information und Vermittlung von Krankheitswissen an Kranke und deren Partner thematisiert, um sie für die Aushandlungsprozesse zu befähigen, weil die auszuhandelnden Pläne sehr vom Informationsstand abhängig sind (vgl. S. 58). Die Besonderheit beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept (gegenüber dem Lebensweltkonzept) besteht darin, dass hier in besonderer Weise unterstrichen wird, dass - je nach Fallsituation (z. B. bei infauster Prognose) - teils Informationen vorzuenthalten, teils nur sukzessive zu geben oder auch unterschiedliche Informationen an Partner und Patienten zu geben sind, um auch durch die dosierte Informationsgabe die Bewältigungsbemühungen der Betroffenen zu unterstützen (vgl. S. 58).⁶⁷¹

Bei beiden Konzepten stellt demzufolge die Aushandlung die zentrale Handlungsmethode dar, und es wird berücksichtigt, dass als deren Voraussetzung die Befähigung der Individuen zu diesen Aushandlungen zu schaffen bzw. zu sichern ist.

11. Methode: Prozesshafte Verlaufsgestaltung im Sinne eines zielgerichteten problemlösenden Handlungsablaufs

Beim Lebensweltkonzept wird, im Sinne eines mehrphasigen Prozessmodells, die prinzipielle Phasenabfolge des Prozesses (Situationsanalyse, Lösungsentwurf, schrittweise Realisierung des Entwurfs und Evaluation) inkl. der Ressourcenorganisation benannt und auf dessen später jeweils noch erforderliche Konkretisierung (z. B. in Form der Erziehung, Beratung) hingewiesen (vgl. S. 39).

Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept haben die Autoren das Konzept inzwischen im Pflegeprozessmodell selbst konkretisiert (vgl. S. 77) und beschreiben damit ein prozesshaftes Vorgehen (wie beim Pflegeprozess: von der Zielsetzung bis zur Evaluation). Sie bringen damit - ebenfalls auf der Konkretisierungsstufe - einen zielgerichteten problemlösenden Handlungsablauf mit dem Konzept in Verbindung.

Die Autoren beider Konzepte geben somit Hinweise darauf, dass die Konkretisierungen des jeweiligen Konzepts zu Handlungsmustern führen, die im Sinne eines zielgerichteten problemlösenden Prozessablaufs zu verstehen sind.

12. Prinzip des Handelns in situativer Offenheit

Der Offenheit wird im Lebensweltkonzept ein hoher Stellenwert eingeräumt, indem immer wieder darauf hingewiesen wird, dass die Situationen, die Strukturen sozialer Beziehungen und die Ergebnisse der Aushandlungsprozesse offen sind. Somit stellen die Interventionsplanungen Entwürfe „ins Offene“⁶⁷² dar (vgl. S. 34). Daher wird mit dem Lebensweltkonzept von Sozialarbeitern die Fähigkeit zum Handeln in der Offenheit von Situationen verlangt. Das ist unter anderem auch ein Tribut an die o. g. Komplexität, die es zu respektieren gilt und somit die Aufforderung, all das Komplizierte, Undurchschaubare, Unberechenbare nicht auszublenden, sondern sich bewusst zu sein, dass so viele voneinander abhängige Merkmale in einer Situation vorherrschen, dass ihre wechselseitigen Einflüsse nicht überschaubar, nicht steuerbar und somit nicht planbar sind. Damit wird also ausgedrückt, dass lebensweltorientierte Soziale Arbeit von den beteiligten Menschen sowie derart vielen Situations- und Kommunikationseinflüssen abhängig ist, dass Interventionen nur bedingt planbar sind. Man kann zwar Anstöße geben, aber ohne daraus prognostizierend und determinis-

⁶⁷¹ Im Lebensweltkonzept könnte diese dosierte Informationsgabe höchstens implizit in den abstrakteren Formulierungen enthalten sein (z. B. wieder im Sinne des Abholens des Adressaten „dort, wo er steht“)

⁶⁷² Grunwald/Thiersch 04, S. 31

tisch Verlaufsentwicklungen ableiten zu können, kurz: Der Appell an die Beachtung der Offenheit ist unter anderem eine Aufforderung an systemisches Denken. Offenheit impliziert aber auch den Verzicht auf einengende Vorgaben, zum Beispiel bzgl. der Interventionsarten und der Ergebnisse. Das Lebensweltkonzept intendiert dennoch, Adressaten geeignete Kompetenzen für den Umgang mit dieser Offenheit von Lebensmöglichkeiten zu vermitteln und verfolgt dabei deshalb das Prinzip der *strukturierten Offenheit* (vgl. S. 34), was darauf hinweist, dass die Offenheiten nicht Beliebigkeit im Handeln legitimieren soll, sondern dass sozialpädagogisches Handeln dennoch strukturiert erfolgen muss, indem sich die Arbeit an den fünf Struktur- und Handlungsmaximen (vgl. S. 31ff.) sowie am mehrphasigen Prozessmodell (s. o.) orientiert.

Auch in Bezug auf die Offenheit basiert das Lebensweltkonzept auf Schütz, der erläuterte, dass Situationen (genauer: die offenen Elemente der Situation) grundsätzlich *unbeschränkt auslegbar* sind, auch wenn man sie in der Praxis nur pragmatisch, d. h. dem plan-bestimmten Interesse entsprechend, beschränkt auslegt.⁶⁷³

Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept beabsichtigt ebenfalls, Betroffenen zu helfen, Pläne zu entwickeln, die zu ihren situativen Bewältigungsbedürfnissen passen. Corbin/ Strauss weisen dabei ebenfalls darauf hin, dass Handeln nicht einfach planbar ist (S. 54). Zwar müssen Akteure Pläne erstellen - wobei die Projektionen der Verlaufskurve diese Pläne beinhalten - jedoch müssen die Akteure darauf gefasst sein, dass Unwägbarkeiten in jeglicher Hinsicht möglich sind (Krankheit wird schlimmer, Angehörige sind überlastet, etc.) und dass Pläne immer wieder umzustoßen sind. Dabei sprechen Corbin/Strauss von *Reorganisation* (vgl. S. 54). Sie benutzen den Terminus Offenheit zwar nicht, jedoch legt Strauss Wert auf den *antideterministischen* Zug des Symbolischen Interaktionismus⁶⁷⁴, der auch Offenheit impliziert.

Das Prinzip der *Strukturierten Offenheit* gibt es im Krankheitsverlaufskurvenkonzept nicht als Begriff, aber eine Orientierung an den Strukturmaximen, wie sie die Lebensweltorientierung vorgibt, erfolgt zumindest teilweise: Drei der Maximen, d. h. Prävention, Alltagsnähe und Partizipation, werden berücksichtigt (Regionalisierung und Integration eher nicht),⁶⁷⁵ und auch eine Orientierung am Prozessmodell findet sich hier.

Das Fazit dieser Ausführungen: Beide Konzepte weisen auf die Notwendigkeit hin, die *Offenheit* von Situationen zu beachten, wobei das Lebensweltkonzept insbesondere das Prinzip der *Strukturierten Offenheit* verfolgt.

13. Betonung von permanenter Veränderung und Wandel

Im Rahmen des Lebensweltkonzepts wird darauf verwiesen, dass die Verlässlichkeit des Alltäglichen immer nur zeitlich begrenzt besteht,⁶⁷⁶ dass unterschiedliche Arrangements von Alltäglichkeit nur phasenhaft Bestand haben und es immer wieder neuer Anstrengungen bedarf, um diese Verlässlichkeit im Alltag herzustellen, weil Menschen immer wieder mit Situationen und Aufgaben konfrontiert werden, die sich mit den eingespielten Routinen nicht bewältigen lassen.

Zwar basiert das Konzept auch hinsichtlich der Veränderungen auf Schütz, der beschreibt, wie die Fraglosigkeit des Alltags durch Veränderungen zwar immer wieder irritiert, aber auch relativ schnell durch pragmatische Anstrengungen wieder hergestellt wird (vgl. Fraglosigkeit S.8 und Pragmatisches Motiv, S. 9). Aber das Lebensweltkonzept beinhaltet eine ganz andere Betonung dieser Alltagsirritationen: Während Schütz darauf hingewiesen hatte, dass die beiden Idealitäten (*1. Und so weiter; 2. Ich kann immer wieder*) und die damit

⁶⁷³ vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 167

⁶⁷⁴ vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 60

⁶⁷⁵ Inwieweit eine Berücksichtigung dieser Maximen erfolgt, wird im Rahmen des Vergleichs (Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede) später noch detailliert erläutert

⁶⁷⁶ vgl. auch Thiersch 06, S. 25

implizierte Annahme der *Konstanz der Weltstruktur* ganz wesentliche Aspekte des Denkens in der alltäglichen und als fraglos hingenommenen Lebenswelt sind (vgl. S. 9f.), distanziert sich Thiersch inhaltlich von der relativen Konstanz der Welt durch seine besondere Betonung der stets nur begrenzten Verlässlichkeit des Alltags.⁶⁷⁷

Das Lebensweltkonzept berücksichtigt nicht nur die permanenten individuellen Veränderungen, sondern - unter Verweis auf Beck als dritter Wurzel des Lebensweltkonzepts - auch die Dynamik der gesellschaftlichen Veränderungen, die sich im Sinne ständig verändernder Lebensbedingungen (Bindungsbrüche, Arbeitsplatzwechsel etc.) auf die Lebenswelten der Individuen auswirken und bewältigt werden müssen (S. 23).

Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept richtet das zentrale Konzept der Verlaufskurve einen expliziten Blick auf die spezielle Eigendynamik chronischer Krankheiten, die durch akute, krisenhafte, stabile, instabile und weitere Phasen in permanentem, oft unvorhersehbarem Wechsel geprägt wird, so dass ständiger Wandel besteht und ständige Reorganisationen erforderlich sind. Die Bewältigung des Ausbalancierens der drei Arbeitslinien vollzieht sich als Prozess und verändert sich ständig, da viele Wechselwirkungen der Arbeitslinien im Laufe der Zeit auftreten und Bewältigung somit nie zu einem Stillstand kommen kann. Die Veränderungen können fast unmerklich bis radikal auftreten und sich auf unterschiedliche Dimensionen der Bewältigung in der Familie beziehen. Dazu werden im Konzept unzählige Einzelbeispiele (wie Veränderungen in der Arbeitsteilung zwischen den Partnern, Veränderungen des täglichen Arbeitsanfalls) genannt (vgl. S. 65). Dabei interessiert sich auch Strauss insbesondere für die Strukturen von Handlungen und Handlungsroutinen, die gerade dann sichtbar werden, wenn Routinen durchbrochen werden. Es geht ihm darum, Veränderungen greifbar zu machen und dabei zudem aufzuzeigen, dass selbst Strukturen nicht statisch sind, sondern sich durch Interaktions- und vor allem Aushandlungsprozesse ständig wandeln (vgl. Symbolischer Interaktionismus nach Strauss, hier S. 49).

Beide Konzepte betonen insofern die permanente Veränderung und den Wandel und damit die Anstrengungen, die daraus für die Betroffenen durch ein permanentes Ringen um Verlässlichkeit resultieren. Beide Konzepte weisen darauf hin, dass die Stabilität des Alltags stets nur auf Zeit besteht, bevor die nächsten Anpassungsleistungen zu erbringen sind. Das Lebensweltkonzept fokussiert dabei allerdings wesentlich umfassender den auch gesamtgesellschaftlichen Wandel, der zu berücksichtigen ist.

14. Unsicherheiten der Individuen im Fokus

Das Lebensweltkonzept stellt - basierend auf Beck - in vielfacher Hinsicht eine zunehmende Flexibilisierung der Ordnungen der Gesellschaft fest (mit veränderten Wertesystemen, instabilen sozialen Bindungen, veränderten Monopolen etc.), wodurch Menschen hinsichtlich ihrer traditionellen Denk- und Handlungsmuster verunsichert werden (vgl. S. 15) und Hilfen bei der Wiederherstellung des Gefühls von Sicherheit benötigen (vgl. Hilfe zur Selbsthilfe, S. 26).

Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept beschreibt, wie Unsicherheit in vielfältiger Form zu einer Konstanten im Leben mit der Krankheit wird (diagnostische Unsicherheit, Unsicherheiten im Alltagsleben, Unwägbarkeiten durch Überlastungen der Partner etc.; vgl. S. 42), woraus ein Unterstützungsbedarf erwächst.

Beide Konzepte nehmen die Unsicherheiten der Individuen sowohl generell (gesamtgesellschaftlich bzw. bezogen auf Menschen mit chronischen Erkrankungen) als auch individuell in den Blick und leiten auch

⁶⁷⁷ auch andere Autoren kritisieren dieses tendenziell „invariante Fundament“ der Strukturen der Lebenswelt nach Schütz [vgl. Welz zit. n. Scheffel 00, S. 36f.]

daraus Unterstützungsbedarfe der Menschen ab.

15. Akteurstheoretische Sicht: Betonung der Gestaltbarkeit

Im Lebensweltkonzept zeigt sich die akteurstheoretische Sicht dadurch, dass über die fünfte Dimension, d. h. die Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. S. 26), die Unterstützungen so ausgerichtet werden sollen, dass sich die Adressaten nicht als Objekte, sondern als aktive gestaltende Subjekte ihrer Verhältnisse erleben. Dabei wird auch aufgezeigt, dass die Menschen durch Gesellschaftsveränderungen (Individualisierungstendenzen) zur aktiven Gestaltung immer mehr genötigt werden.

Diesbezüglich unterfüttert wird das Konzept dabei u. a. durch die Bezugnahme auf Kosik und auf Beck (2. bzw. 3. Wurzel des Lebensweltkonzepts). Nach Kosik ist der Alltag auch durch das engagierte aktive Einsetzen für bessere Lebensverhältnisse geprägt, wobei auch von *protestativer Energie* gesprochen wird (vgl. S. 22; Protestpotential nach Kosik vgl. S. 12), die die Menschen aus unterschiedlichen Motiven her antreibt, sich der ungenügenden Verhältnisse zu erwehren. Den Gesellschaftsanalysen von Beck zufolge müssen Menschen in der „Moderne“ nun ihr Leben in räumlicher, zeitlicher und sozialer Hinsicht aktiv gestalten, ihren Lebensplan entwerfen und ihn verantworten. Die beschriebenen Individualisierungsprozesse zeigen auf, dass die Biografie durch eigenes Handeln geprägt wird, was (im geglückten) Fall eine „Wahlbiografie“ (vgl. S. 14) entstehen lässt.

Auch Strauss betont im Krankheitsverlaufskurvenkonzept die Möglichkeit der Gestaltung, indem der Kranke als aktives Subjekt mit Handlungskompetenz gesehen wird, der zusammen mit den anderen Akteuren die Gestaltung einer Verlaufskurve beeinflusst, d. h. mit unerwarteten Problemen in bestmöglicher Weise umgeht, auch wenn die Kurve nicht vollständig zu kontrollieren ist, und viele der Begleiterscheinungen der Krankheit nicht revidiert werden können (vgl. S. 53). Von Corbin et al. wird als besonderes Verdienst des Konzepts betont, dass mit dem Konzept erstmals dieser aktive Part in den Mittelpunkt des Interesses gerückt wurde. Bereits Mead hatte schon die aktive Rolle unterstrichen, die Menschen bei der Gestaltung ihrer Umwelt und ihres Schicksals einnehmen (vgl. ebenda).

Gefahr der Überforderung der Individuen durch die Gestaltungsanforderungen

Das Lebensweltkonzept zeigt den ambivalenten Charakter der Selbstbehauptungsaufgaben der Individuen auf und verweist dabei auch auf die aufwändige, schwierige und belastende Arbeit der Betroffenen sowie auf zerstörerische Überforderungen der Individuen bei der Gestaltung ihres Lebens (vgl. S.23).

Basis sind auch hier wieder die Gesellschaftsanalysen (Beck), die beschreiben, wie der Mensch zum *homo optionis* wird, der sich - angesichts des Wegbrechens der Selbstverständlichkeiten des Alltags in der „Moderne“ - ständig entscheiden muss (vgl. S. 14) und dadurch besondere Anstrengungen erfährt. Nicht nur gesamtgesellschaftlich gesehen sind die Individuen mit der Lebensplanung aufgrund der hohen Komplexität der Gesellschaftszusammenhänge oft überfordert, sondern bereits in abgegrenzten gesellschaftlichen Teilbereichen (wie der Medizin) zeigt sich, dass der Mensch den Ansprüchen aktiver fundierter Mitgestaltung (als „mündiger Patient“) teils nicht entsprechen kann und daran verzweifelt (vgl. S. 16). Die Gestaltung der eigenen Biografie kann also auch misslingen („Bruchbiografie“, vgl. S. 15).

Auch das Krankheitsverlaufskurvenkonzept warnt vor Überlastungen durch hohe Gestaltungsanforderungen, wenn auch nicht gesellschaftsanalytisch begründet, sondern in direktem Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung. Überlastungen können z. B. durch *einseitige Arbeitsbelastungen* auftreten, bei denen der Erkrankte oder der Angehörige den größeren Teil der Verantwortung für die Arbeitsdurchführung trägt. Diese

einseitigen Arbeitsbelastungen stellen einen Teil der Strukturbedingungen der 4. Ebene der Bedingungs-
matrix dar (vgl. S. 71). Corbin/Strauss führen insbesondere eine Fülle von Problemen der überlasteten Angehö-
rigen an, wie z. B. Erschöpfung und Suchterkrankungen (vgl. Auswirkungen der Krankheitsbewältigung auf
Angehörige, S. 74). Von Praktikern wird daher gefordert, dass sie den Betroffenen bei der Arbeitsaufteilung
helfen, beispielsweise, indem sie bei Anzeichen von Überlastung entlastende Ressourcen finden und die
Betroffenen über mögliche Unterstützung von außen etc. informieren, um damit den langen Erhalt einer
stabilen Verlaufskurvenphase zu fördern (vgl. S. 77).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl das Konzept der Lebensweltorientierung als auch das
Krankheitsverlaufskurvenkonzept eine akteurstheoretische Perspektive einnehmen und damit die Gestaltbar-
keit der Verhältnisse durch die *aktiven* Subjekte betonen. Beiden Konzepten gemeinsam ist dabei auch, dass
sie gleichzeitig die Gefahr der Überforderung der Individuen durch die an sie herangetragenen Gestaltungs-
anforderungen bei der Lebensbewältigung bzw. Krankheitsbewältigung in den Blick nehmen.

16. Prinzip: Prävention

Im Lebensweltkonzept stellt *Prävention* eine der fünf Struktur- und Handlungsmaximen dar (vgl. S. 31).

Dabei zielt die *spezielle* Prävention⁶⁷⁸ darauf - beispielsweise bei sich abzeichnenden Krisen - prophylaktisch
einzugreifen und beinhaltet die heikle Aufgabe, herauszufinden, ob normabweichende Verhaltensauffällig-
keiten als pragmatische Problemlösung der Adressaten zu respektieren sind oder ob sie unangemessene Ver-
haltensweisen darstellen, aus denen Schwierigkeiten resultieren könnten, die ein präventives Eingreifen
rechtfertigen (vgl. auch S. 32).

Corbin und Strauss sehen den Aspekt der Prävention sogar als einen Schwerpunkt des Krankheitsverlaufs-
kurvenkonzepts (vgl. S. 54) und zeigen auf, dass die Gestaltung der Verlaufskurve auch viele Maßnahmen
beinhaltet, die *präventiven* Charakter haben und damit der Vorbeugung von Komplikationen dienen (z. B.
Krankheitsarbeit mit Symptomkontrolle).

In beiden Konzepten spielt Prävention somit eine bedeutende Rolle.

17. Pragmatismus als Bewältigungsressource

Lebenswelt als Konzept betont die pragmatische Geschicklichkeit, mit der Menschen sich in der Lebenswelt
arrangieren und fordert die Einnahme einer quasi ethischen Grundhaltung, die sogar defizitäre bzw. normab-
weichende Verhaltensauffälligkeiten respektiert, indem sie als Versuch der Menschen gewertet werden,
pragmatisch mit den gegebenen Verhältnissen zurecht zu kommen (wie beispielsweise ein Suchtverhalten als
- vorübergehend - pragmatische Lösung; vgl. S. 32). Hinsichtlich des Ziels des gelingenderen Alltags wird
auch betont, wie wichtig der Respekt vor der Notwendigkeit von Pragmatik ist, weil Menschen nur durch
pragmatische Routinen bei der Aufgabenerledigung handlungsfähig bleiben, weil Routinen sie entlasten,
ihnen Freiräume schaffen, aber auch eine Sicherheit vermittelnde Funktion haben (vgl. S. 30).

Basis sind wieder die Lebensweltstrukturen von Schütz, der pragmatische Alltagsroutinen in der Lebenswelt
als essentiell für menschliche Handlungsmuster beschreibt (vgl. Pragmatisches Motiv, S. 9) und die hohe
Relevanz des Routinewissens für menschliche Handlungen erläutert (vgl. S. 9).

Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept beschreiben Corbin/Strauss insbesondere an vielen Fallbeispielen
sehr wertschätzend den Pragmatismus, der die beteiligten Akteure leitet und ihnen zur Entwicklung von

⁶⁷⁸ Prävention gliedert sich in allgemeine und spezielle Prävention; auf die *allgemeine* Prävention wird später bei Be-
schreibung der Unterschiede der Konzepte eingegangen

(pragmatischen) Alltagsroutinen verhilft. Sie zeigen auf, dass die Krankheit und die bereits bestehenden Alltagsroutinen wechselseitig aneinander angepasst werden müssen, damit der entstehende Alltag zwar krankheitsangemessen gestaltet ist, aber dennoch lebenswert bleibt. Zudem weisen die Autoren ebenfalls darauf hin, dass, wenn *Störungen im Arbeitsfluss* auftreten (also etablierte Routinen gestört werden), von den Akteuren schnell wieder neue Routinen zu entwickeln sind, weil es ohne haltgebende Routinen einen noch höheren Verbrauch an Zeit, Kraft, Geld etc. gibt, der die Betroffenen belastet (vgl. S. 71).

Strauss bezieht sich immer wieder explizit auf den Pragmatismus nach Dewey, wenn er Themen - wie beispielsweise die gegenseitige Ausrichtung der Partner oder geeignete Formen der Arbeitsteilung der Partner untereinander - diskutiert.⁶⁷⁹

Beide Konzepte betonen also die Entlastungsfunktion von Routinen und bewerten Pragmatismus äußerst positiv im Sinne einer nützlichen Bewältigungsressource.

18. Ressourcenorientierung

Das Handeln im Sinne des Lebensweltkonzepts ist ein ressourcenorientiertes Handeln, d. h. das Konzept der Lebensweltorientierung wendet ganz sich bewusst vom traditionell defizitären Blick auf soziale Probleme ab. Es betrachtet stattdessen die Lebenswelt als Reservoir von handlungspraktischen und wissensmäßigen Potentialen der Adressaten, an die angeknüpft werden soll (vgl. S. 27). Der Blick auf die Ressourcen ist dabei sehr umfassend, denn die sowohl materiellen als auch immateriellen Ressourcen der Menschen, die das Bewältigungshandeln unterstützen, sind gemäß dem Konzept bezüglich aller fünf genannten Dimensionen der Lebenswelt zu berücksichtigen.

Die Orientierung an Ressourcen ist auch im Konzept der Krankheitsverlaufskurve eine wichtige Devise, auf die mehrfach Bezug genommen wird. Der Prozess *Ressourcen kalkulieren* (Ressourcenbedarfsermittlung, Ordnung nach Prioritäten etc.) ist ein eigener der insgesamt vier beschriebenen Arbeitsprozesse der Bewältigungsarbeit (vgl. S. 70). Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Projektionen (Verlaufskurvenvorstellungen) der Kranken und ihrer Partner von der *Ressourcenverfügbarkeit* deutlich beeinflusst werden (S. 58), wobei die Autoren ebenfalls materielle (z. B. Finanzen) und immaterielle Ressourcen (z. B. Lebensmotivation, emotionale Kraft, Wissen) bedenken. Darüber hinaus nennen sie in Bezug auf die Ressourcenorientierung spezielle Problematiken wie z. B. den *Wettstreit um die Ressourcen* unter den drei Arbeitslinien (vgl. S. 71) oder auch *Gründe dafür, dass Angehörige mögliche Ressourcen nicht nutzen* (wie z. B. Schamgefühle, vgl. S. 74). Praktikern schlagen sie mit konkreten Hinweisen ein ressourcenorientiertes Handeln vor (vgl. S. 70).

Die **Sozialen Ressourcen** sollen kurz besonders beleuchtet werden, da beide Konzepte ihnen viel Raum widmen. Das Lebensweltkonzept beinhaltet die *Sozialen Bezüge* als eine eigenständige der fünf analytischen Dimensionen der Lebenswelt (vgl. S. 25). Diese Dimension nimmt die Ressourcen der sozialen Bezüge in den Blick und verweist darauf, dass soziale Netze umfassend in ihrer ganzen Komplexität betrachtet werden müssen, um die Lebenswelt realistisch erfassen zu können, d. h. nicht nur Familie etc., sondern auch die „nicht klassischen“ sozialen Bezüge einzubeziehen sind (wie z. B. soziale Erfahrungen im Altenheim). Auch die gesellschaftlichen Erosionstendenzen sozialer Netze (vgl. Gesellschaftsanalysen von Beck, S. 15), die die Schaffung belastbarer sozialer Ressourcen zu einer gesonderten Aufgabe der Sozialarbeiter machen, werden im Lebensweltkonzept reflektiert.

In analoger Weise berücksichtigt auch das Krankheitsverlaufskurvenkonzept die sozialen Bezüge sehr um-

⁶⁷⁹ vgl. Corbin/ Strauss 04, S. 152

fassend, und zwar über die Berücksichtigung der vielen beteiligten Akteure bei der Verlaufskurvenarbeit (Partner, Familie, Freunde, Gesundheitsprofessionelle und andere Professionelle, Arbeitgeber etc.). Auch ein Hinweis auf soziale Erosionstendenzen, d. h. darauf, dass eine Dynamik der Ausdünnung der sozialen Netze im Krankheitsverlauf chronischer Krankheit auftritt, deren extreme Folgen sozialer Rückzug und Isolation sind, wird von Strauss platziert (vgl. S. 43).

Ressourcenorientierung ist insgesamt als Gemeinsamkeit beider Konzepte festzuhalten, wobei beide Konzepte den Ressourcenbegriff auf materielle und immaterielle Ressourcen beziehen. In beiden Konzepten werden die sozialen Bezüge der Betroffenen sehr umfassend betrachtet und die generellen Erosionstendenzen (wenn auch einmal bezogen auf die Gesellschaft und im anderen Fall auf den Krankheitsverlauf) thematisiert.

Ergänzende Anmerkung: Trotz der ausführlichen Widmung der sozialen Ressourcen und der Erosionstendenzen sozialer Netze, gibt es dennoch Problematiken, die sich aus beiden Konzepten nicht herauslesen lassen. So beschreiben beide Konzepte nicht die Problematik, dass es gerade in Abwärtsphasen (chronisch Kranker) nicht nur zum Rückzug allgemeiner Anderer, sondern auch zum stillschweigenden Rückzug *Professioneller* kommt.⁶⁸⁰

19. Zeitdimension

Drei Teilaspekte werden von beiden Konzepten in Bezug auf die Zeitdimension in ähnlicher Weise analysiert: erstens die Beachtung phasenhafter Verläufe (mit phasenspezifischen Bewältigungserfordernissen), zweitens die Wechselwirkung von Biografie und Alltag und drittens die Beachtung „physikalischer Zeit“.

19a) Beachtung phasenhafter Verläufe mit phasenspezifischen Bewältigungserfordernissen

Im Lebensweltkonzept werden über die *Dimension der erfahrenen Zeit* (vgl. S. 24), die sich unter anderem auf die in den jeweiligen Lebensphasen unterschiedlichen Bewältigungsaufgaben und Kompetenzen der Menschen bezieht, Bewältigungserfordernisse phasenspezifisch (aber dennoch individuell) berücksichtigt. Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept kann jede Verlaufskurve analytisch in *Phasen* unterteilt werden (Krise, Akute Phase, Normalisierung etc.), und auch hier werden die einzelnen Phasen samt der darin jeweils unterschiedlichen Bewältigungsaufgaben betrachtet. Außerdem werden Praktiker dazu aufgefordert, Interventionen jeweils passend zur phasenabhängigen Bewältigungsarbeit anzubieten (vgl. S. 75ff.).

19b) Wechselwirkung von Biografie und Alltag

Die zeitliche Perspektive im Lebensweltkonzept einzunehmen, bedeutet, die Verbindung von Alltag und Biografie (Lebenslauf) herzustellen (vgl. S. 24). So werden Lebensphasen in ihrer Alltäglichkeit gesehen, geraten Probleme ganzer Lebensläufe (z. B. als „Patchwork-Identität“) in den Blick und wird auch der Einfluss des Alltags auf die Biografie berücksichtigt (z. B. indem Hilfen zur Lebensbewältigung von den Professionellen immer reflexiv mit dem Alltag der Adressaten verbunden werden sollen).

Bereits bei der theoretischen Basis des Konzepts wurde von Schütz der Einfluss der Biografie auf die Gestaltungsmöglichkeiten des Alltags und dabei der „Bereich des Bewirkbaren“ als durch die eigene biografische Situation begrenzt beschrieben.⁶⁸¹

Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept bezieht sich Biografie als *Biografische Zeit* (vgl. S. 62) auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Person und beinhaltet, inwieweit diese Zeiten durch die chronische Krankheit beeinflusst werden (z. B. Zukunftsperspektiven sich verändern). In diesem Konzept wird der Wechsel-

⁶⁸⁰ vgl. Schaeffer/Moers 09, S. 122

⁶⁸¹ vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 88

wirkung von Alltag und Biografie eine besonders hohe Aufmerksamkeit geschenkt: Der *Reziproke Einfluss* von Alltag und Biografie (vgl. S. 65) besagt, dass nicht nur die Biografie den Alltag bestimmt, sondern auch umgekehrt und diese Einflüsse sich auf die Bewältigungsoptionen niederschlagen.

Auch bei diesem Konzept verweist schon die Basistheorie auf den Zusammenhang von Biografie und Alltag, da bereits Mead die Bedeutung der Vergangenheit und der Zukunftsperspektiven für das heutige Handeln und Entscheiden betonte (vgl. S. 62).

19c) Beachtung „physikalischer Zeit“

Beim Konzept der Lebensweltorientierung werden Alltag und Zeit im Rahmen der *Dimension der erfahrenen Zeit* auch bezüglich unterschiedlich empfundener Zeit (z. B. zeitlicher Stress) untersucht (vgl. S. 24).

Das Krankheitsverlaufskonzept weist ebenfalls - allerdings deutlich detaillierter als das Lebensweltkonzept - darauf hin, dass die *physikalische Zeit* bei Bewältigungsanstrengungen zu beachten ist (vgl. S. 67), weil Verrichtungen krankheitsbedingt länger dauern, komplizierte Behandlungen den alltäglichen Zeitplan torpedieren, aber auch, weil Zeit anders empfunden wird (Bsp. unerträgliches Warten auf Behandlungserfolg).

Zusammenfassend ist in Bezug auf die Zeitdimension festzustellen, dass beide Konzepte in mehrfacher Hinsicht auf den Zusammenhang zwischen zeitlichen Aspekten und daraus resultierenden Einflüssen auf die Bewältigungsarten hinweisen. Beide Konzepte erläutern, dass Bewältigungserfordernisse phasenspezifisch zu erbringen sind (wobei das Lebensweltkonzept den Lebenslauf und das Krankheitsverlaufskonzept die Verlaufskurve der chronischen Krankheit als Ausgangspunkt nimmt). Beide Konzepte beachten zudem die Wechselwirkung von Biografie und Alltag, und schließlich gehen beide Konzepte auch kurz auf die „physikalische“ Zeit ein, die ebenfalls Auswirkungen auf die Bewältigungserfordernisse zeigt.

20 Teilaufgabe: Momente des gelingenden Lebens suchen

Thiersch weist auf die Teilaufgabe der lebensweltorientierten Arbeit hin, auch die Momente des *gelingenden* Lebens zu suchen und zu mehrern, um gelungene Erfahrungen der Adressaten zu stabilisieren und hoffnunggebend zu wirken (vgl. S. 30).

Auch Corbin/Strauss benennen bei den Bedingungen, die dazu beitragen, dass Menschen weiterleben können, Momente der Freude und Erfolge. Sie wünschen sich von Praktikern, Patienten darin zu unterstützen, nützliche Dinge zu entdecken, mit denen sie ihre Zeit ausfüllen können (z. B. in der Sterbephase, vgl. S. 75). Zudem weisen sie darauf hin, dass Erfolge, d. h. auch *jede* erfolgreiche Performanz dabei hilft, die Identität wieder zusammensetzen (vgl. S. 68) und wünschen sich, dass Praktiker Betroffenen erfolgreiche Performanzen bestätigen (z. B. Lob für Fortschritte geben; zur Bestätigung von Performanzen vgl. S. 69). Beide Konzepte beinhalten somit die Teilaufgabe, Betroffene auch durch die Suche nach Momenten *gelingenden* Lebens bei ihren Bewältigungsanstrengungen zu unterstützen.

21 Beziehungsgestaltung: Grundhaltung Respekt

In vielfacher Hinsicht plädiert das Lebensweltkonzept für eine Grundhaltung der Professionellen, die durch Respekt gekennzeichnet ist. Dazu gehört, die eigensinnigen Lebensverhältnisse der jeweiligen Adressaten zu respektieren sowie zu akzeptieren, dass der Adressat - trotz aller Verstehensbemühungen - immer trotzdem teilweise *fremd* bleiben muss, weil jeder (auch Sozialarbeiter und Klient) unterschiedliche lebensweltliche Erfahrungen macht (vgl. S. 29). Zudem gehört ein grundsätzlicher Respekt vor den alltäglichen Handlungsroutinen und Bewältigungsstrategien der Menschen zu dieser Grundhaltung sowie sogar ein besonderer Respekt vor den alltäglichen, eher unauffälligen kleinen Bewältigungsaufgaben (Aufgaben wie Aufräumen,

Putzen etc.; vgl. Dimension *Alltägliche Bewältigungsarbeit*, S. 25). Insgesamt wird im Lebensweltkonzept eine sehr umfassende, grundsätzliche Haltung des Respekts betont.

Im Konzept der Krankheitsverlaufskurve wird der Respekt zwar nicht explizit gefordert, aber über viele Fallbeispiele wird der Respekt vor der Alltagsarbeit der Kranken und ihrer Angehörigen implizit ausgedrückt: beispielsweise in Bezug auf ihre gewählten Taktiken, ihren Erfindungsreichtum, die Anstrengungen der gegenseitigen Ausrichtung am Partner, die Anstrengungen bei Alltagsarbeiten (wie z. B. der Müllentsorgung), die sich für Kranke schon schwierig gestalten können etc. Beispielsweise sollen Professionelle registrieren (und damit implizit respektieren), dass - selbst in stabilen Phasen - der Erhalt der Stabilität nicht selbstverständlich ist, sondern permanente Arbeit bedeutet (vgl. S. 75). Praktiker sollen auch die Vielfältigkeit der Anforderungen im Alltag wertschätzend beachten.

Auch wenn das Lebensweltkonzept deutlicher als das Krankheitsverlaufskurvenkonzept den Respekt als Grundhaltung der Professionellen einfordert, lässt sich feststellen, dass beide Konzepte verlangen, den (eigensinnigen) Alltagsroutinen, Bewältigungsstrategien und Arbeitsbelastungen der Betroffenen mit Respekt zu begegnen und Arbeitsbeziehungen durch eine respektvolle Grundhaltung gegenüber den Adressaten zu fundieren.

22 Erfordernis: Analytische Distanz zum Fall

Der Sozialarbeiter muss im Sinne der lebensweltorientierten Arbeit, trotz der Nähe zum Klienten, eine *professionelle Distanz wahren*, um den konkreten Fall anhand seines Fachwissens reflektieren und Entscheidungen begründen zu können. Dabei ist das Ausbalancieren von Nähe und Distanz im Rahmen lebensweltorientierter Arbeit besonders wichtig und gleichzeitig heikel, weil Sozialarbeiter den Adressaten im Alltag besonders nahe kommen, so dass nur die Distanznahme die Voraussetzungen für klärende, alternative Bewältigungslösungen bietet (vgl. Paradoxie zwischen Nähe und Distanz, S. 34).

Durch das *höhere Verstehen* wird eine kritische Distanz zu der aufzuklärenden Alltagspraxis hergestellt, vom konkreten Einzelfall abstrahiert und unter Anwendung des Fachwissens des Sozialarbeiters gemeinsam mit dem Adressaten nach neuen Lösungen gesucht (vgl. Verstehensprozesse, S. 35).

Die theoretische Basis des Konzepts bildet dabei die hermeneutisch-pragmatische Pädagogik (vgl. S. 18f.). Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept findet sich die Nähe-Distanz-Problematik zwar nicht begrifflich, jedoch geht es auch beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept um die Notwendigkeit der analytischen Distanz zum Fall. Corbin/Strauss weisen darauf hin, dass stets die Beziehungen zwischen ihren theoretischen Aussagen im Konzept *und* die spezifischen Umstände des Einzelfalls in den Blick genommen werden müssen, um das, was in der konkreten Situation im Rahmen der Krankheitsbewältigung geschieht, nachvollziehen zu können (vgl. S. 75). Das heißt, schon die Kenntnis des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts bietet Professionellen direkt eine Hilfe für die analytische Distanz, mit der sie Probleme zwischen den beteiligten Akteuren erkennen können.

Gemeinsam ist beiden Konzepten demzufolge, dass sie die Wichtigkeit der analytischen Distanz zum Fall herausstellen und darauf hinweisen, dass theoretisches Fachwissen *und* Einzelfallspezifika gleichermaßen zu beachten sind.

23 Situationsangemessene Selbstbegrenzung

Auf unterschiedliche Weise beinhalten die Konzepte Hinweise auf eine situationsangemessene Selbstbegrenzung der Professionellen.

23a) Prinzip: Anbahnen von Hilfen

Das Lebensweltkonzept ist bei seiner Dimension der *Hilfe zur Selbsthilfe* auf Anregungen und Anbahnungen ausgerichtet, d. h. eine lebensweltorientierte Soziale Arbeit versucht zwar, Voraussetzungen für gelingendere Bewältigungsprozesse zu schaffen, nimmt sich aber insoweit zurück, als bezüglich der jeweiligen Realisierung dieser Anregungen auf den Adressaten und auf dessen Eigenverantwortung verwiesen wird. Das schließt auch nicht aus, dass seitens des Adressaten auch Hilfsangebote abgelehnt werden (vgl. „Vorläufigkeit des Mandats“, S. 26).

Analog zeigen auch Corbin/Strauss auf, dass die Gesundheitsprofessionellen die Hilfen jeweils nur anbahnen können (vgl. Fußnote S. 72), indem die Autoren - auch anhand von Beispielen - darauf verweisen, dass Professionelle zwar Leitlinien für diese Bewältigungsarbeit anbieten können, doch letztlich der Kranke allein herausfinden muss, wie er solche Leitlinien umsetzt (z. B. wie der Diabetiker zwischen Ernährungsempfehlungen und seinen eigenen Ernährungsgewohnheiten einen Kompromiss zu finden versucht).

23b) Bewusste Zurückhaltung

Die Zurückhaltung kann sich auch auf das Offerieren von Interventionsmöglichkeiten beziehen.

Im Sinne lebensweltorientierter Arbeitsweisen halten Grunwald/Thiersch *pädagogischen Takt* im Umgang mit den Adressaten für unverzichtbar, was bedeutet, ggf. auch einmal wegzusehen und sich ganz oder mit einigen der eigenen Möglichkeiten zurückzuhalten, um unter anderem die Lebensräume und Grenzsetzungen der Adressaten zu akzeptieren (vgl. Pädagogischer Takt, S. 35).

Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept findet sich Takt zwar nicht als Begriff, jedoch werden auch hier Formen der situationsangemessenen Selbstbegrenzung durch bewusste Zurückhaltung von Interventionsmöglichkeiten beschrieben. So weisen die Autoren darauf hin, dass zur Unterstützung der Betroffenen bei der Biografiearbeit ggf. auch *weniger* Facetten der gängigen medizinischen oder versorgungsbezogenen Interventionen angeboten werden sollten, sofern dies dem biografischen Stand des Betroffenen eher angemessen ist (vgl. S. 76; ein Beispiel wäre, in der Sterbephase auf intensivmedizinische Interventionen zu verzichten).

23c) Teilaufgabe: Dasein und Aushalten

Lebensweltorientierte Arbeit beinhaltet auch, Aufgaben des *Daseins* und *Aushaltens* wahrzunehmen (z. B. bei der Suchtarbeit, vgl. Dimension der erfahrenen Zeit, S. 24).

Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept geht deutlich ausführlicher auf die Thematik der Grenzen von Handlungsfähigkeit ein. Die Autoren verweisen zunächst darauf, dass auch die Kranken die eigenen Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit akzeptieren müssen und in instabilen Phasen ggf. nur noch Bewältigungsroutinen im Sinne von Ausruhen, Geduld entwickeln etc. greifen. Zusätzlich verweisen die Autoren dann aber auch darauf, dass Professionelle in solchen instabilen Phasen ebenfalls oft die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit akzeptieren müssen. Sie können Betroffene dann aber emotional unterstützen sowie versuchen, ihnen das Aufrechterhalten von Hoffnung zu erleichtern (vgl. Instabile Phase, S. 77; Abwärts- und Sterbephase, S. 75).

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass beide Konzepte sich erstens sehr zurücknehmen, was die Einschätzung der Macht und Wirkung ihrer Hilfsangebote betrifft, indem sie darauf verweisen, dass Professionelle die Hilfen jeweils nur anbahnen können. Zudem ist beiden Konzepten zweitens gemeinsam, dass sie kontextabhängig auch eine reflektierte bewusste Zurückhaltung von Interventionsmöglichkeiten befürworten. Schließlich geht es drittens in beiden Konzepten auch darum, dass auch die Grenzen der Handlungsfähigkeit - im Sinne eines Aktionismus - zu erkennen sind und stattdessen Aufgaben des Daseins und

der emotionalen Unterstützung zu essentiellen Teilaufgaben der Professionellen werden, die im Sinne des jeweiligen Konzepts arbeiten wollen. Für beide Konzepte ist damit die situationsangepasste Selbstbegrenzung der Professionellen ein relevantes Thema.

24 Analyse von Schnittstellen

Das Lebensweltkonzept nimmt Schnittstellenproblematiken in den Blick. Es will Menschen nicht nur in den unterschiedlichen einzelnen Lebensfeldern helfen, sondern durch Anpassungs- bzw. Vermittlungstätigkeiten auch gerade bei den *Übergängen* zwischen Lebensfeldern (Familie, Arbeit etc.) unterstützen (vgl. S. 23).

Insofern wird die Analyse von Schnittstellenproblemen zur Teilaufgabe der lebensweltorientierten Arbeit.

Dabei basiert das Konzept insbesondere auf den Gesellschaftsanalysen von Beck, der darauf hinweist, dass die Grenzen der Teilsysteme (Familie, Ausbildung, Verkehr, etc.) nicht für Menschen in ihren Individuallagen gelten, sondern menschliche Individuallagen die Teilsystemgrenzen überschreiten bzw. durch die Teilsysteme hindurch gehen (Zur Problematik, widersprüchliche Teilsystemrationalitäten aufzulösen, vgl. S. 13).

Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept werden Schnittstellenprobleme vor allem implizit über viele Fallbeispiele verdeutlicht. Sie zeigen beispielsweise, dass ärztliche Anforderungen (Medizinsystem) nicht mit den Alltagserwartungen der Betroffenen übereinstimmen (vgl. das Beispiel des Nierenkranken, der entgegen dem nephrologischen Rat mehr Kaffee trinken möchte, S.70). Derartigen Schnittstellenproblemen könnte jedoch durch die avisierten berufsübergreifenden Aushandlungsprozesse begegnet werden.

Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird das Schnittstellenproblem an einer Stelle explizit benannt und besonders deutlich: Corbin/Strauss beschreiben die Schnittstellenprobleme zwischen Klinik und poststationärem Bereich und fordern, dass Praktiker sich von dem ausschließlichen Blick auf die Situation in der Klinik lösen können sollten. Sie sollten eine Vision davon entwickeln, was sie für eine Unterstützung der Krankheitsbewältigung in den Folgephasen der Verlaufskurve bereits in der Klinik für den Patienten und seine Angehörigen anbahnen könnten (vgl. S.75).

Beide Konzepte nehmen somit die Schnittstellenproblematik zumindest ansatzweise in den Blick und versuchen, die Bewältigung von Problemen, die durch brüchige Übergänge zwischen Teilsystemen entstehen, zu unterstützen.

Ergänzende Anmerkung: Chronisch Kranke durchlaufen sehr viele Übergänge zwischen Teilsystemen, die durch Phasenwechsel im Krankheitsverlauf, durch Versorgungswechsel oder auch durch Lebensphasenwechsel unter den Bedingungen von chronischer Krankheit bedingt sind.⁶⁸² Thiersch und Corbin/Strauss beschreiben jeweils nur einen Teil davon: Thiersch fokussiert zwar allgemeine, aber nicht die insbesondere krankheitsbezogenen Übergangsprobleme und Corbin/Strauss beschreiben viele Systembrüche nur implizit (z. B. Brüche zwischen Familien und Erwerbsleben) oder deuten sie gar nicht an (z. B. zu Ausbildung, Verwaltung, Verkehrswesen). Die Analyse von Schnittstellenproblematiken wäre zur Verbesserung der künftigen Versorgung chronisch Kranker jedoch wichtig (z. B. im Sinne der integrierten Versorgung).

25 Implikationen des Konzepts für die Berufspraxis und die Berufsgruppe

Neben fall- und gesellschaftsbezogenen Intentionen verfolgen beide Konzepte auch bestimmte Absichten, die sich auf die *Berufspraxis* der Professionellen beziehen.

25a) Konzept als Basis für fachlich verantwortbare praktische Arbeit

Das Konzept der Lebensweltorientierung benennt die Entwicklung *fachlich verantwortbarer Arbeit* als expli-

⁶⁸² vgl. Schaeffer 09b, S. 41

zites Ziel des Konzepts (vgl. S. 6).

Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept geht es hingegen eher implizit um die Förderung fachlich verantwortbarer Arbeit, indem die Kenntnis der Komponenten des Konzepts (wie z. B. Phasierung der Verlaufskurve, Arbeitsprozesse, Interaktion etc.) zu einem grundlegenden Verständnis der Praktiker zu den vielen Bewältigungserfordernissen und zu den Unterstützungsbedürfnissen bei chronischer Krankheit führen sollen, was sich dann auf ihre Arbeit auswirkt. Corbin/Strauss führen zudem eine Fülle von praxisrelevanten Fragen auf, die Praktikern helfen sollen, bei der Verlaufskurventätigkeit in der Familie behilflich zu sein.

25b) Aufwertung einzelner Aufgaben der Berufsgruppe

Das Lebensweltkonzept soll im Sinne der Alltagsnähe zu einer Aufwertung der *alltagsnahen, allgemeinen offenen* Tätigkeiten der Berufsgruppe gegenüber den spezialisierten Arbeitszugängen beitragen (vgl. S. 32). Auch durch das Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird eine Aufwertung bestimmter Pflegefunktionen erwartet: Insbesondere wird angestrebt, zu einer Aufwertung der interaktionswichtigen Aufgaben (Aufklärung, Beratung, Ausarbeitung von Pflegeplänen, Vertretung der Rechte eines Patienten etc.) gegenüber den technischen Pflegeaufgaben beizutragen.⁶⁸³

Beide Konzepte intendieren somit, eine Basis für eine fachlich verantwortliche praktische Arbeit zu schaffen und zudem einzelne Aufgaben der Berufsgruppe aufzuwerten, wobei das Lebensweltkonzept die Alltagsnähe dieser aufzuwertenden Aufgaben betont und das Krankheitsverlaufskurvenkonzept deren Interaktionscharakter.

Als Zwischenstand des Vergleichs beider Konzepte lässt sich an dieser Stelle zunächst festzuhalten, dass beide Konzepte eine Fülle von Gemeinsamkeiten aufweisen. Eine knappe Zusammenfassung dieser Gemeinsamkeiten findet der vorab interessierte Leser auf S. 122.

3.2 Unterschiede der Konzepte

Neben den vielen Gemeinsamkeiten beider Konzepte besteht auch eine Reihe von Unterschieden zwischen ihnen. Im Folgenden werden bezüglich der Unterschiede zunächst die Kriterien aufgeführt, die eher für das Konzept der Lebensweltorientierung Gültigkeit besitzen und im Krankheitsverlaufskurvenkonzept nicht explizit benannt oder weniger deutlich betont werden. Im Anschluss daran werden (ab S. 114) die Kriterien aufgeführt, die eher für das Krankheitsverlaufskurvenkonzept Gültigkeit besitzen, aber im Lebensweltkonzept eher vernachlässigt werden.

3.2.1 Kriterien mit Gültigkeit für das Lebensweltkonzept

1 Breite der Bewältigungsthemen bzw. des Adressatenkreises

Zwar dienen beide Konzepte dazu, bei Bewältigungserfordernissen zu unterstützen, die alle Lebensbereiche tangieren können, jedoch gibt es viele Hinweise dafür, dass das Konzept der Lebensweltorientierung insgesamt für vielfältigere Anwendungsbereiche (z. B. Beratung in unterschiedlichen Settings, Heimerziehung, Behindertenarbeit, Jugendhilfe, Migranten- und Altenarbeit, Straßensozialarbeit etc.) und dementsprechend für vielfältigere prekäre Situationen gilt. Damit ergibt sich auch ein breiterer Adressatenkreis, der je nach Art

⁶⁸³ vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 27

des breiten Anwendungsbereichs der konkretisierten Sozialen Arbeit, ganz anders aussieht. Die Adressaten müssen nicht stets Individuen sein, sondern können auch ganze Gruppen darstellen, da sich das Konzept auch in Arbeitsformen wie der der Gemeinwesenarbeit konkretisiert (vgl. S. 6).⁶⁸⁴

Bezüglich des Adressatenkreises löst sich Thiersch erneut deutlich von der theoretischen Fundierung durch Schütz, denn Schütz beschreibt mit den Wirklichkeitsbereichen der alltäglichen Lebenswelt die Wirklichkeitsbereiche, die vom „wachen und normalen“ Erwachsenen erlebt werden (vgl. S. 8), „wobei wir vom Sonderproblem der Kinderwelt und der pathologischen Wirklichkeiten absehen müssen“,⁶⁸⁵ wogegen Thiersch diese Adressaten nicht ausschließt, sondern sich mit dem Konzept der Lebensweltorientierung, das sich zuerst in Form der lebensweltorientierten Jugendhilfe etablierte, sogar Kindern (respektive Jugendlichen) besonders widmet.

Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept können durch die Krankheit zwar auch alle Bereiche des Lebens betroffen sein (vgl. S. 80 und S. 58), so dass das Spektrum der Bewältigungsthemen prinzipiell ähnlich breit wie beim Lebensweltkonzept sein könnte, jedoch steckt der (unmittelbare, ggf. auch nur mittelbare) Krankheitsbezug die Grenze des Adressatenkreises etwas ab: Er ist zwar auch sehr breit, aber wegen des zwingenden Krankheitsbezugs (vgl. S. 54) nicht so breit wie der des Lebensweltkonzepts. Zudem werden eher Individuen - samt ihres sozialen Umfeldes - in den Blick genommen und keine gesellschaftlichen Gruppen.

Die Breite der Bewältigungsthemen und des Adressatenkreises sind somit beim Konzept der Lebensweltorientierung etwas größer als beim Konzept der Krankheitsverlaufskurve.

2 Berücksichtigung historischer Einflüsse auf das Individuum

Das Lebensweltkonzept bezeichnet sich als *historisch*-soziales Konzept und berücksichtigt insofern auch die historische Prägung der Individuen. Bei der systematischen Analyse von Lebenswelten wird die Zeitdimension nicht nur im Sinne von Biografien, sondern auch als Zeitgeschichte betrachtet (vgl. S. 24), weil Individuen, ihr Lebenslauf, ihre Ziele und Handlungen auch als von der historischen Situation abhängig betrachtet werden.

Dabei basiert das Konzept sowohl auf Schütz, der bereits feststellte, dass die Geschichtlichkeit (mit ihren historisch bedingten Typisierungen) dem Einzelnen als unveränderliche Rahmenbedingung seines Lebenslaufs vorgegeben ist⁶⁸⁶ als auch auf Kosik, der darauf verweist, dass Aussagen über Praxis und anzustrebende *konkrete* Utopie nur bezogen auf den konkreten historischen Kontext möglich sind (vgl. S. 30).

Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird die Beeinflussung der Handlungen durch die Historie hingegen nicht explizit thematisiert.

Beide Konzepte unterscheiden sich insofern dadurch, dass nur das Lebensweltkonzept explizit Bezüge zur historischen Prägung des Alltags herstellt.

3 Pseudokonkretheit des Alltags

Das Lebensweltkonzept insistiert auf der Notwendigkeit, die „Pseudokonkretheit“ des Alltags zu durchschauen (vgl. S. 29f.). Das heißt, der Alltag kann nicht aus sich heraus betrachtbar werden (Vordergrund), sondern Zwänge und Manipulationen durch die Gesellschaft sind zu untersuchen (Hintergrund) und einzube-

⁶⁸⁴ Da die lebensweltorientierte Soziale Arbeit auch die Verhältnisänderung intendiert, d. h. die Beeinflussung der sozialen Milieus, der Umwelt bzw. des Umfeldes von Individuen, stellen die Adressaten auch *Gruppen* dar, die territoriale, kategoriale oder funktionale Gemeinsamkeiten haben, und der Unterstützung bedürfen. Zur Gemeinwesenarbeit vgl. genauer [Kleve 02, S. 33f.]

⁶⁸⁵ vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 53

⁶⁸⁶ vgl. Scheffel00, S. 35 und vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 141f.

ziehen, weil der Alltag durch die ihn bedingenden gesellschaftlichen Faktoren geprägt ist. Menschen werden nicht als „frei“ in ihren Handlungsweisen betrachtet, sondern als in der Alltagspragmatik durch Handlungs-zwänge genötigt. Daher müssen neben individuell-biografischen auch historisch-gesellschaftliche Vorgaben, die den Alltag beeinflussen, analysiert und berücksichtigt werden.

Hierbei basiert das Lebensweltkonzept direkt auf Kosik, der die Menschen in den Widersprüchen zwischen ihren vordergründigen Routinen und den dahinterstehenden Gesellschaftsmächten beschrieb (vgl. Kap. 1.2.2 Kritische Variante der Alltagstheorie, S. 11f.).

Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird zwar auch auf gesellschaftliche Bedingungen hingewiesen, die das Individuum beeinflussen, indem auf die politischen und sozioökonomischen Bedingungen der 1. Ebene der Bedingungsmatrix hingewiesen wird, die die Verlaufskurve und somit auch den Alltag prägen. Aber die Autoren geben keine Hinweise auf Zwänge, Manipulationen, Herrschaftsverhältnisse etc., die Menschen *unfrei* machen. Corbin/Strauss geben nur wenige prinzipiell warnende Hinweise darauf, dass der vordergründige Blick auf den Alltag trügerisch ist und den wahren Alltag nicht erkennen lässt. Allerdings geben sie derartige Hinweise nicht für die historisch-gesellschaftlichen Vorgaben, sondern nur für die individuell-biografischen Vorgaben: Beispielsweise geben sie den Hinweis, dass Angehörige den Kranken ggf. nicht aus Liebe helfen - wie es den Anschein haben könnte - sondern aus einem Gefühl der Schuld oder der Verpflichtung dem Kranken gegenüber.⁶⁸⁷ Abgesehen von wenigen Beispielen solch individuell-biografischer Vorgaben, ist die Pseudokonkretheit des Alltags, die es zu durchschauen gilt - trotz des Hinweises gesellschaftlicher Vorgaben über die Bedingungsmatrix - kein Thema.

Der warnende Hinweis, dass hinter dem präsentierten Alltag stets eine ganz andere Wirklichkeit zu entdecken sein könnte, die die Menschen ggf. „unfrei“ macht und bei Bewältigungshilfen auch reflektiert werden müsste, findet sich in dieser Ausdrücklichkeit nur im Konzept der Lebensweltorientierung.

4 Umgang mit problematischen Routinen

Beim Konzept der Lebensweltorientierung spielt der Aspekt der Destruktion bornierter Routinen eine große Rolle. Der Alltag wird (im Sinne Kosiks) als in sich widersprüchlich betrachtet: Er ist zwar durch die entlastende Funktion von Routinen geprägt (vgl. S.93), erzeugt aber auch bornierte Routinen, die von den Menschen gar nicht mehr hinterfragt werden und schränkt sie dadurch ein. Die Menschen reflektieren nicht, ob es auch andere Lösungen geben könnte. Das Lebensweltkonzept intendiert eine Destruktion bornierter Routinen (vgl. S. 29f.) in Form von partizipativen Aushandlungsprozessen mit den Adressaten und sieht die Destruktion problematischer Routinen als Teil der Bewältigungsunterstützung für die Adressaten vor.

Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird die Ausbildung von Routinen hingegen ausschließlich positiv betrachtet, d. h. akzeptiert und wertgeschätzt, weil die Routinen zum Erhalt stabiler Verlaufskurvenphasen und zu geringerem Ressourcenverbrauch beitragen (vgl. auch S.94). Die Problematik relativ starrer Bewältigungsroutinen thematisieren Corbin/Strauss nicht: Sie weisen nicht auf das Gefährdungspotential „falscher“, einschränkender bzw. bornierter Alltagsroutinen hin.

Insofern unterscheiden sich beide Konzepte dadurch, dass nur das Lebensweltkonzept die Existenz problematischer Routinen sowie den (destruktiven) Umgang mit ihnen explizit thematisiert.

Ergänzende Anmerkung: Erkrankte halten zur Bewältigung oft beharrlich an den gleichen Bewältigungsstrategien fest, um sich gegen das Auf und Ab der Krankheit zu schützen; es sind quasi Überlebensstrategien

⁶⁸⁷ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 155f., S. 136f.

für sie. Eine Veränderung dieser Routinen/Strategien fällt den Kranken oft schwer, nur teilweise sind sie (je nach Verlaufsphase) zu Teilmodifikationen bereit. Die Bewältigungsstrategien haben zwar ihren subjektiven Sinn für die Betroffenen, dennoch treten teils bereits Diskrepanzen zwischen Bewältigungshandeln und realem Krankheitsverlauf auf und beeinflussen den Verlauf negativ.⁶⁸⁸ In solchen Fällen könnte die Destruktion bornierter Routinen/Strategien überlegenswert sein und über Aushandlungsprozesse mit den Kranken realisiert werden (beispielsweise wenn Patienten neue Migränemedikamente nicht nutzen, sondern stattdessen - gemäß ihrer „bornierten“ Routine - mehrere Tage Ruhe/Rückzug praktizieren, obwohl ihnen die Medikamente eine höhere Lebensqualität bescheren könnten). Es könnte somit also wichtig sein, Kranken zu helfen, sich von bornierten Routinen zu lösen. Eine Ergänzung des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts um diesen Aspekt wäre dementsprechend überlegenswert.

5. Theoretische Ausrichtung: Sozialpolitische Handlungstheorie

Das Lebensweltkonzept ist als praktische Theorie sowohl eine Strukturtheorie als auch eine Handlungstheorie, aber stellt - im Gegensatz zum Krankheitsverlaufskurvenkonzept - auch eine *sozialpolitische* Handlungstheorie dar, denn sie setzt auch an den strukturellen Ursachen an, die sie zu verändern sucht. Viele Einzelaspekte des Konzepts, anhand derer sich diese sozialpolitische Ausrichtung der Praxistheorie erkennen lässt, sollen im Folgenden detaillierter mit dem Krankheitsverlaufskurvenkonzept verglichen werden:

- a) Orientierung: Humanität & Freiheit
- b) Orientierung: Soziale Gerechtigkeit statt sozialer Ungleichheit
- c) Intention der Veränderung der Verhältnisse
- d) Notwendigkeit von Gesellschaftsanalysen
- e) Prinzip: Partizipation in erweiterter Sichtweise
- f) Prinzip: (Parteiliche) Einmischung

5a) Orientierung: Humanität und Freiheit

Das Lebensweltkonzept verfolgt eine generelle *Zielrichtung von Freiheit und Humanität*. Hinsichtlich dieser Grundwerte kann der gegebene Alltag kritisch bewertet werden (vgl. S. 22), um dann daraus Konsequenzen für Struktur- oder Handlungsveränderungen zu ziehen (Beispiel: den Adressaten mit Hilfe kritischer Reflexionsprozesse helfen, sich aus destruktiven - da unterdrückenden und einengenden - sozialen Beziehungen zu lösen und kompensierend formelle Netze zu nutzen oder neue informelle Netze aufzubauen).

Das Lebensweltkonzept steht bezüglich dieser Orientierung auf der Basis von Kosik, mit dessen Hilfe gelingenderer Alltag im Sinne *humanen* Lebens zu verwirklichen ist (vgl. Hoffnungen auf gelingendere Verhältnisse, S. 22). Zudem steht das Konzept auf der Basis der kritischen Erziehungswissenschaft, deren Vertreter eine normative Orientierung der Pädagogik am gesellschaftlichen Leitbild eines u. a. *freieren* (aber auch gerechteren und brüderlicheren) Zusammenlebens fordern (vgl. S. 20).

Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept werden generelle Zielrichtungen von Freiheit und Humanität hingegen nicht angesprochen. Zwar gibt es Autoren, die das Krankheitsverlaufskurvenkonzept als eine Basis dafür sehen, dass ein Umdenken von einer „Maschinerie der Krankheitsbekämpfung“ zu einer *humanitären* Versorgung erfolgen kann und dass die Betrachtung chronischer Krankheitsprozesse, sofern sie den jeweiligen sozialen Kontext berücksichtigen, die Chance für eine *humanistische* Pflege ermöglicht,⁶⁸⁹ jedoch führen Corbin/Strauss eine generelle Zielrichtung von Humanität selbst nicht an.

⁶⁸⁸ vgl. Schaeffer/Moers 09, S. 120f., S. 124, S. 126; vgl. auch Schaeffer 04, S. 23, S. 230f.

⁶⁸⁹ vgl. Lorenz-Krause 98, S. VIII und X

Die Zielsetzung von *Freiheit* (bzw. Gerechtigkeit und Brüderlichkeit), die wegen etwaiger unterdrückender Gesellschaftsverhältnisse anzustreben wäre, ist ebenfalls kein Thema, obwohl mangelnde Freiheiten, Macht- und Herrschaftsverhältnisse auch im medizinisch-pflegerischen Sektor relevante Themen sein können, wie z. B. schon allein das teils noch bestehende *Machtgefälle* zwischen Arzt und Patient oder auch die Einschränkungen bzgl. der *Freiheit* der Therapiewahl aufgrund restringierter Kostenübernahmen seitens der Kostenträger zeigen.

Die - proklamierte - Orientierung an Humanität und Freiheit unterscheidet das Lebenswelt- und das Krankheitsverlaufskurvenkonzept somit deutlich voneinander.

5b) Orientierung: Soziale Gerechtigkeit statt sozialer Ungleichheit

Das Lebensweltkonzept verfolgt den Leitgedanken, soziale Gerechtigkeit in der Gesellschaft stärken und in den realen Ressourcen realisieren zu wollen (vgl. S. 28). Dafür werden sowohl die Menschen in ihrem Alltag als auch die sozialen Ungleichheiten der Gesellschaft analysiert und miteinander verbunden. Dies erfolgt im Sinne der Prüfung der mangelnden Teilhabe der Adressaten in Bezug auf eigene Lebensressourcen und in Bezug auf die Teilhabemöglichkeiten an gesellschaftlichen und sozialstaatlichen Unterstützungsmöglichkeiten. Gemäß der „moralisch inspirierten Kasuistik“, die auf diese generelle Orientierung an sozialer Gerechtigkeit hinweist, werden dann adressatenangemessene Hilfen konzipiert (vgl. S. 28).

Fundiert wird das Lebensweltkonzept dabei zum einen durch Bezugnahme auf Beck, der im Rahmen der Gesellschaftsanalysen auf traditionelle und neue soziale Ungleichheiten sowie die Tendenz der sich immer weiter diversifizierenden und tendenziell zunehmenden soziale Ungleichheiten hinweist (vgl. S. 17), zum anderen basiert das Konzept auf Schütz, der die Sozialwelt bereits als eine auf den Einzelnen bezogene *Abstufung sozialer Chancen* beschreibt⁶⁹⁰ sowie ebenfalls auf Ungleichverteilungen in der Gesellschaft verweist (vgl. S. 11).

Soziale Ungleichheit ist hingegen überhaupt kein Thema im Rahmen des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts. Corbin/Strauss nennen gesellschaftlich einflussnehmende Bedingungen nur relativ abstrakt und nur indirekt über die Ebene 1 ihrer Bedingungsmatrix (politische und sozioökonomische Bedingungen), jedoch ohne auf soziale Ungleichheiten Bezug zu nehmen.

In Bezug auf die Reflektion sozialer Ungleichheit bzw. die Beachtung sozialer Gerechtigkeit im Sinne einer Lektorientierung für das Handeln unterscheiden sich die beiden Konzepte somit fundamental.

Ergänzende Anmerkung: Es gibt zwar noch keine Daten, aber zumindest diverse Hinweise darauf, dass *soziale Ungleichheit* die Bewältigung chronischer Krankheiten in relevanter Weise prägen könnte:

1. Es fehlen Angehörigen ressourcenschwacher Milieus oft Kenntnisse, um sich in institutionellen Zusammenhängen (Bsp. Arzt-Patientenverhältnis) zu behaupten, weshalb sie sich selbst zurück ziehen⁶⁹¹
2. Chronische Erkrankungen werden von Menschen aus unteren Schichten anders erlebt und beantwortet als von Menschen höherer Schichten⁶⁹²
3. Schicht- und bildungsabhängige Fähigkeiten entscheiden über die Erschließung von Versorgungsressourcen und die Akzeptanz des Patienten bei den Gesundheitsprofessionellen⁶⁹³

⁶⁹⁰ Schütz/Luckmann 03, S. 142f.

⁶⁹¹ vgl. Bauer 09, S. 269

⁶⁹² vgl. Schaeffer 09a, S. 10

⁶⁹³ vgl. Schaeffer 04, S. 249ff.

4. Bei Männern (ab dem 30. Lebensjahr) zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung und dem Bildungsstand.⁶⁹⁴

Während Corbin/Strauss durch die *interaktionstheoretische* Perspektive vor allem auf die mit der chronischen Erkrankung zusammenhängenden subjektiven Konsequenzen blicken, würden bei einer *ungleichheitstheoretischen* Perspektive „allgemeinere Strukturen der Biografie, der Ausstattung mit materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen in das Zentrum [rücken], und es wird betont, dass durch diese Bedingungen im `Hintergrund` Möglichkeitsspielräume der Krankheitsbewältigung eröffnet aber auch eingeschränkt werden“.⁶⁹⁵ Durch eine Öffnung der Theoriediskussion zu Fragen sozialer Ungleichheit würde *sowohl individuenorientiert* (wie durch Corbin/Strauss) *als auch strukturorientiert* (Beachtung gesellschaftlicher Unterschiede, allerdings ebenfalls unter subjektiven Blickwinkel) auf die Bewältigung chronischer Krankheiten geschaut werden, was zudem auch ein neues relevantes Forschungsgebiet sein könnte.⁶⁹⁶ Diesen „Strukturblick hat der interaktionstheoretische Zugang bislang vernachlässigt.“⁶⁹⁷ Es wäre insofern gut, das Krankheitsverlaufskurvenkonzept um diese strukturorientiert-ungleichheitstheoretische Perspektive zu ergänzen.

5c) Intention der Veränderung der Verhältnisse

Den Autoren des Konzepts der Lebensweltorientierung geht es nicht nur darum, Veränderungen in gegebenen Verhältnissen zu realisieren, sondern auch darum, diese Verhältnisse grundsätzlich in Frage zu stellen und auch selbst zu verändern, denn das Konzept der Lebensweltorientierung betrachtet die Lebensverhältnisse stets auch als gesellschaftlich bedingt (vgl. S. 26). Dementsprechend breit ist auch der Präventionsbegriff des Lebensweltkonzepts zu verstehen. Er bezieht sich - in Form der *allgemeinen* Prävention - auch darauf, unterstützende Infrastrukturen zu schaffen (vgl. Maxime Prävention, S. 31). Die lebensweltorientierte Arbeit beabsichtigt, sich zum Zwecke der Änderungen der Verhältnisse auch ganz bewusst an sozialen und politischen Diskussionen zu beteiligen. Die Strukturen verändern zu wollen, beinhaltet auch die im Konzept verankerte Hoffnung, Institutionen und Träger Sozialer Arbeit sowie deren Arbeitsweisen in Richtung Dezentralisierung, Niederschwelligkeit und Entspezialisierung zu reformieren (vgl. S. 27) sowie eine gesellschaftspolitische Orientierung an Emanzipation. Es finden sich in dem Konzept somit eine Fülle von Einzelhinweisen, die die Wichtigkeit des Ansatzens bei den Verhältnissen beschreiben.⁶⁹⁸

Basierend steht das Konzept hierbei auf Kosik, der schon beschreibt, dass Veränderungen im Alltag mit der Veränderung der gesellschaftlichen Strukturen einhergehen müssen, die ihn bestimmen (vgl. S. 23). Zudem basiert das Lebensweltkonzept auf der kritischen Pädagogik und ihrem Emanzipationspostulat (vgl. S. 20).

Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept intendiert dagegen nicht explizit die Veränderung der Gesellschaft, der Institutionen und der Infrastrukturen. Corbin/Strauss äußern bezüglich der Veränderung von politischen Bedingungen zwar hoffnungsvoll die Vision, Politiker würden die phasenhaften Verläufe berücksichtigen. Sie wünschen sich daher u. a. Mitglieder gesetzgebender Institutionen als Leserschaft ihres Konzepts der Krankheitsverlaufskurve, fordern eine aktive Beteiligung an politischen Diskussionen jedoch an keiner Stelle des Konzepts (vgl. Kap. 2.6.1 Ebene 1: Politische und sozioökonomische Bedingungen, S. 61).

⁶⁹⁴ vgl. RKI 11, S. 54

⁶⁹⁵ vgl. Bauer in Schaeffer 09b, S. 37

⁶⁹⁶ vgl. Schaeffer 09b, S. 38; vgl. Bauer 09, S. 276

⁶⁹⁷ Bauer 09, S. 276

⁶⁹⁸ Soziale Arbeit umfasst neben der soziale Einzelfallhilfe auch Soziale Gruppenarbeit und soziale Gemeinwesenarbeit (vgl. S. 6 und vgl. genauer Kleve 02, S. 15ff.). Im Rahmen der lebensweltorientierten Sozialen Gemeinwesenarbeit unterstützen Sozialarbeiter z. B. Bürgerbewegungen und Stadtteilinitiativen, um strukturelle Veränderungen zu bewirken.

Eine Veränderung der gesellschaftlichen Bedingungen wird höchstens implizit durch die o. g. Dialektik der gegenseitigen Beeinflussung von Strukturen und Handlungen angedeutet, aber nicht im Sinne der politischen Forderung zur Veränderung der Verhältnisse. Auch eine Reflektion darüber, dass eine Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse notwendig wäre (hier: um die Bewältigung chronischer Krankheiten zu unterstützen), findet sich nicht.⁶⁹⁹

Die Basis des Konzepts (Mead) beschreibt dementsprechend nur allgemein, dass Individuum und Gesellschaft sich gegenseitig beeinflussen (vgl. S. 49), aber nicht die Notwendigkeit, zerstörerische Verhältnisse zu ändern (wie Kosik es für das Lebensweltkonzept tut).

Die Unterschiede beider Konzepte bezüglich der Intention, auch gesellschaftliche Verhältnisse verändern zu wollen, sind - zusammenfassend gesagt - eklatant.

5d) Notwendigkeit von Gesellschaftsanalysen

Da im Konzept der Lebensweltorientierung die Lebensverhältnisse immer auch als gesellschaftliche Verhältnisse verstanden werden (s. o.) ist die Analyse der hinter den individuellen Lebensverhältnissen liegenden gesellschaftlichen Probleme für lebensweltorientiertes Arbeiten essentiell (vgl. S. 26).

Fundiert wird das Konzept - neben den Gesellschaftsanalysen von Beck - hierbei insbesondere durch Schütz, der bereits auf die Notwendigkeit von gesellschaftlichen Strukturanalysen hinwies, um die Hintergründe menschlicher Handlungen verstehen zu können (vgl. Intersubjektivität, insbesondere Zitat S. 10).

Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird hingegen auf Gesellschaftsanalysen völlig verzichtet.

Auch in dieser Hinsicht gibt es somit einen fundamentalen Unterschied zwischen beiden Konzepten.

Ergänzende Anmerkung: Der interaktionstheoretische Ansatz (wie der des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts) ist oft rein deskriptiver Art, d. h. er nimmt kaum Bezug auf größere theoretische Zusammenhänge (wie z. B. kulturelle und strukturelle Gesellschaftsbedingungen):⁷⁰⁰ So beschreibt Strauss beispielsweise den Rückzug der Kranken aus sozialer Interaktion (vgl. S. 43), die Problematik und Konsequenzen solcher Rückzüge aber nur implizit.⁷⁰¹ Die Bereitschaft - bei Nutzung des symbolischen Interaktionismus - über deskriptive Interaktionskategorien hinauszugehen und sich einer umfänglicheren Analyse kultureller und struktureller Aspekte zuzuwenden, ist begrenzt.⁷⁰² Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird teils sogar kritisiert, weil es zu stark auf das subjektiv erlebte Krankheitserleben der Betroffenen fokussiert und die gesellschaftliche Existenz des Kranken und seiner Angehörigen außer Acht lässt.⁷⁰³ So werden z. B. Statusfragen im Konzept nicht erwähnt, obwohl sie Ressourcen, Teilhabedimensionen oder auch Verlustdimensionen bedeuten können. Ebenso werden unterschiedliche Dimensionen, Formen und Auswirkungen von Existenzsicherungsaktivitäten der Betroffenen im Verlauf der Erkrankung nicht thematisiert.⁷⁰⁴ Das Konzept enthält die Themen höchstens implizit. Gesellschaftsanalysen könnten jedoch hilfreich und erklärend sein.

Inzwischen fehlt es beispielsweise bei mehr als der Hälfte alternder Menschen an Nachkommen oder sind

⁶⁹⁹ Dementsprechend ist auch der Präventionsbegriff im Krankheitsverlaufskurvenkonzept nur eingeschränkt, im Sinne der speziellen individuellen Prävention, gemeint (z. B. Vorbeugung von Komplikationen) und nicht im Sinne der *allgemeinen Prävention* des Lebensweltkonzepts, die auch die Veränderungen von Infrastrukturen beinhaltet (s. o.)

⁷⁰⁰ Das gilt trotz der Erweiterung des Symbolischen Interaktionismus durch Strauss um eine makrosoziologische Sichtweise

⁷⁰¹ vgl. Bury 09, S. 76.

⁷⁰² vgl. Rock in Bury 09, S. 76

⁷⁰³ vgl. Gerhardt in Höhmann 02, S. 66

⁷⁰⁴ vgl. ebenda, S. 66f.

diese aufgrund großer räumlicher Entfernung nicht unmittelbar erreichbar,⁷⁰⁵ was die Unterstützungsmöglichkeit durch Familienmitglieder negativ beeinflusst. Beziehungsverluste, d. h. soziale Desintegrationstendenzen der Kranken bzw. Pflegebedürftigen, aber auch der pflegenden Angehörigen, sind zu beobachten.⁷⁰⁶ Veränderte Gesellschaftsbilder, die alte und kranke Menschen oft auf ihre körperlichen Defizite reduzieren, prägen die Gesellschaft.⁷⁰⁷ Gesellschaftsanalysen könnten all diese Themen aufzeigen und zusätzlich, inwieweit die beschriebene Unsicherheit der chronisch Kranken durch die von Beck beschriebenen Individualisierungstendenzen mit den erhöhten Selbststeuerungsanforderungen an die Menschen noch forciert wird. Diese neuen Selbststeuerungsanforderungen der „Moderne“ würden auch für Chroniker zutreffen, da auch aus dem medizinischen Fortschritt mit seinen immer wieder neuen Handlungsoptionen zusätzliche Unsicherheiten erwachsen. Der medizinische Fortschritt mit der durch ihn bedingten zunehmenden Optionenvielfalt, die den *homo optionis* zusätzlich verunsichert, wäre deshalb zu reflektieren.⁷⁰⁸ Diese - für das Lebensweltkonzept selbstverständlichen - Gesellschaftsanalysen, die kulturell-strukturelle Zusammenhänge offenlegen und damit auch der Erklärung individueller Bewältigungsweisen dienen, könnten daher auch für das Krankheitsverlaufskonzept nutzbringend sein.

5e) Prinzip: Partizipation in erweiterter Sichtweise

Partizipation bezieht sich im Sinne einer *Strukturmaxime* der Lebensweltorientierung auch auf regionale Planungen, dient der Verwirklichung demokratischer Mitbestimmungsrechte und bedeutet insofern auch die Einrichtung von Einspruchs- und Beschwerderechten von Bürgern (vgl. Maxime Partizipation, S. 33). Dagegen wird im Krankheitsverlaufskonzept Partizipation nur auf *individuelle* Prozesse bezogen (wie z. B. die Aushandlungsprozesse), jedoch nicht auf überindividuelle politische, die Demokratie sichernde Prozesse.

Die Konzepte unterscheiden sich somit auch in Bezug auf die Berücksichtigung der Partizipation im erweiterten Sinne.

5f) Prinzip: (Parteiliche) Einmischung

Das Konzept Lebensweltorientierung verfolgt das *Prinzip Einmischung* als parteiliche Vertretung der Adressaten und greift - die eigenen Zuständigkeiten und Ressorts offensiv überschreitend - in andere Politikbereiche sowie andere Institutionsbereiche ein (vgl. Prinzip parteilicher Einmischung, S. 29), wenn lebensweltliche Probleme des Adressaten sich nicht innerhalb des eigenen Ressorts lösen lassen bzw. zwischen Systemwidersprüchen zu vermitteln ist. Auch insofern wirkt das Konzept als mitwirkende sozialpolitische Kraft. Politische Hinweise finden sich im Krankheitsverlaufskonzept nur vereinzelt, wenn beispielsweise darauf hingewiesen wird, dass jede Nation vor dem Problem steht, chronisch Kranken in finanzieller, medizinischer und menschlicher Hinsicht gerecht werden zu müssen.⁷⁰⁹ Solche Aussagen beinhalten höchstens implizit politische Veränderungswünsche. Ein konkretes Eintreten für die Betroffenen im Sinne einer parteilichen Einmischung auf unterschiedlichen politischen bzw. institutionellen Ebenen wird im Konzept nicht gefordert.

Auch in Bezug auf diesen offensiv zu vertretenden Solidaritätsaspekt der Einmischung unterscheiden sich beide Konzepte grundsätzlich.

⁷⁰⁵ Voges zit. n. Scheffel 00, S. 83

⁷⁰⁶ Scheffel 00, S.84

⁷⁰⁷ vgl. Koch-Straube zit. n. Scheffel 00, S.84f.

⁷⁰⁸ vgl. auch Schaeffer 09b, S. 35f.

⁷⁰⁹ vgl. Corbin/Strauss 98, S. 133

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich beide Konzepte bezüglich aller sechs Teilkriterien, d. h. der Orientierung an Humanität & Freiheit, der Orientierung an sozialer Gerechtigkeit, der Intention der Veränderung der Verhältnisse und Berücksichtigung der dafür erforderlichen Notwendigkeit von Gesellschaftsanalysen, des Prinzips der Partizipation (in erweiterter Sichtweise) und des Prinzips der parteilichen Einmischung fundamental unterscheiden. Nur das Lebensweltkonzept ist als sozialpolitische Handlungstheorie einzuschätzen, wogegen im Krankheitsverlaufskurvenkonzept derartige Ausrichtungen nicht erkennbar sind, obwohl - wie aufgezeigt - grundsätzliche sozialpolitische Reflektionen auch für die Bewältigung chronischer Krankheit relevant sein könnten.

6 Prinzip: Integration

Integration wird im Lebensweltkonzept als eigene Handlungs- und Strukturmaxime beschrieben und beschreibt sowohl eine Gleichheit bezüglich der Grundansprüche als auch die Toleranz und Offenheit gegenüber Unterschiedlichkeiten (vgl. S. 32).

Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird weder die Gleichheit der Grundansprüche gefordert noch die Akzeptanz von Unterschiedlichkeit, obwohl im Konzept mehrfach die Probleme von „stigmatisierten“ Patienten beschrieben werden (inkl. deren Erfindungsreichtum beim Verbergen von Stigmata, vgl. Beispiel zur Performanz der Erscheinung, S. 68).

Beide Konzepte unterscheiden sich insofern bezüglich der expliziten Forderung einer Orientierung am Prinzip der Integration.

7 Hilfe zur Selbsthilfe

Zwar wurde unter dem Kriterium „Akteurstheoretische Sicht: Betonung der Gestaltbarkeit“ beschrieben, dass beiden Konzepten gemeinsam ist, dass sie Betroffene als aktiv gestaltende Subjekte ihrer Verhältnisse betrachten (vgl. S. 92), jedoch betont das Lebensweltkonzept durch seine Dimension der *Hilfe zur Selbsthilfe* stärker, dass dafür Empowermentansätze zu nutzen sind (vgl. *Hilfe Zur Selbsthilfe*, S.26; vgl. auch S. 38). Lebensweltorientierung betont außerdem die grundsätzlich *autonome* Zuständigkeit der Menschen für ihren Alltag, was unabhängig von ihrem Unterstützungsbedarf sowie unabhängig von der Sicht der Professionellen gilt.⁷¹⁰

Fundiert wird das Konzept dabei insbesondere durch die kritische Pädagogik (4. Wurzel des Konzepts), deren Vertreter eine normative Orientierung der Pädagogik an einem Interesse an der *Mündigkeit des zu erziehenden Subjekts* proklamieren (vgl. *Sozialwissenschaftliche und kritische Prägung der Pädagogik*, S. 20).

Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept ist die Hilfe zur Selbsthilfe (bzw. auch Empowerment) kein gesonder-tes Thema. Die Autoren könnten aber mit ihrem Konzept eine Basis für die *Selbstmanagement*debatte schaffen, weil sie immer wieder aufzeigen, wie die Kranken ihre Situation zu steuern versuchen, wie sie um den Kontrollerhalt kämpfen und welche Implikationen damit auf subjektiver Ebene verbunden sind.

Die Bedeutung der Autonomie wird mehrfach angesprochen. So wird darauf verwiesen, dass Autonomieverluste das Identitätsgefühl beeinflussen. Außerdem wird die Bedeutung des Wahrens von Autonomie in vielen Fallbeispielen verdeutlicht (z. B. Lösungen zu finden, um sich so weit wie möglich selbst anziehen zu können). Dennoch ist Selbstmanagement kein explizites Thema des Konzepts, nur Indikatoren und implizite Hinweise finden sich dafür. Beispielsweise fordern die Autoren, dass Praktiker den Patienten und Angehörigen helfen sollten, Kommunikationsmuster auf eine Weise zu installieren, dass es ihnen (selbst) gelingt, sich

⁷¹⁰ vgl. Grunwald/Thiersch zit. n. Otto/Bauer 04, S. 204

gemeinsam über Verlaufskurvenpläne auszutauschen sowie darüber, was sie für sich und voneinander brauchen, um die Motivationen erhalten zu können (vgl. S. 77).

Fazit ist, dass die Hilfe zur Selbsthilfe im Sinne eines empowermentförderlichen Ansatzes nur vom Lebensweltkonzept, jedoch nicht vom Krankheitsverlaufskurvenkonzept betont wird, und sich Hinweise zum Selbstmanagement zwar im Krankheitsverlaufskurvenkonzept finden lassen, jedoch nur in Form impliziter beispielhafter Hinweise.

Ergänzende Anmerkung: Selbstmanagement bei chronischer Erkrankung wäre allerdings ein wichtiges Thema, da das Leben mit chronischer Krankheit stets außer Kontrolle zu geraten droht.

„Zu verstehen und erklären, wie die Erkrankten ihre Situation dennoch steuern und wie sie Kontroll-erhalt ermöglichen (können) und welche Implikationen damit auf subjektiver Ebene verbunden sind, steht im Mittelpunkt der Auseinandersetzung über Selbstmanagement. So sind sie etwa gefordert, kontinuierliche Selbstbeobachtung und -deutung zu leisten, ununterbrochene Handlungsentscheidungen zu prüfen und auf ihre Tragfähigkeit abzuwägen, bestehende Handlungsoptionen sorgfältig auszubalancieren, reflektiert mit verbliebenen Ressourcen umzugehen etc. - Aufgaben, die ein hohes Maß an Expertisierung erfordern und die Erkrankten zwischenzeitlich überfordern.“⁷¹¹

Auch das Symptommanagement chronischer Krankheiten (wie z. B. der Umgang mit Schmerz, Übelkeit, Schlafstörungen etc.) gehört im weitesten Sinne zu den Aufgaben des Selbstmanagements.⁷¹² Inzwischen sind zwar die auf Empowerment bzw. auf die Stärkung von Selbstkompetenzen setzende Interventionskonzepte zur Unterstützung des Selbstmanagements sehr populär geworden, jedoch ist die „Selbstmanagementdebatte inzwischen kaum noch mit dem Theoriediskurs über die Bewältigung chronischer Erkrankung verknüpft“.⁷¹³ Daher wird bereits gefordert, hier eine Kurskorrektur einzuleiten.⁷¹⁴ Eine Ergänzung und Verknüpfung des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts mit dieser Selbstmanagementdebatte könnte dieser Kurskorrektur dienlich sein.

8 Beziehungsgestaltung

Das Konzept der Lebensweltorientierung befasst sich auch mit der Beziehung zwischen Professionellen und Nichtprofessionellen, die stets durch die charakteristische Asymmetrie helfender Beziehungen gekennzeichnet ist. Auf drei Einzelaspekte zur Beziehungsgestaltung, bezüglich derer sich beide Konzepte unterscheiden, soll etwas detaillierter eingegangen werden:

- a) Bedeutung der Beziehungsgestaltung
- b) Verständigung im Sinne des Hermeneutischen Verstehens
- c) Selbstreflexion der Professionellen.

8a) Bedeutung der Beziehungsgestaltung

Beim Lebensweltkonzept wird der Beziehungsgestaltung zum Klienten angesichts der lebensweltlichen Brüche und Offenheiten eine besonders hohe Bedeutung beigemessen und werden viele Teilthemen aufgeführt, wie Nähe und Distanz, pädagogischer Takt, Verstehensprozesse und Selbstreflexionen etc., die die Beziehungsgestaltung prägen (vgl. Kap. 1.6.3 Beziehungsgestaltung, S. 34 ff.).

Basieren könnte das Konzept theoretisch zwar erneut auf Schütz, der schon darauf hinweist, dass die *phatische* (Kontakt knüpfende) Beziehungsgestaltung für eine Verständigung wichtiger sein kann als die sprachlichen Inhalte (vgl. Verständigung, insbesondere S. 11), jedoch nimmt Thiersch hierauf keinen Bezug.

⁷¹¹ Schaeffer 09b, S. 24f.

⁷¹² vgl. ebenda, S. 25

⁷¹³ Haslbeck/Schaeffer in Schaeffer 09b, S. 25

⁷¹⁴ vgl. Schaeffer 09b, S. 25

Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept geben die Autoren hingegen keine direkten Hinweise auf die Bedeutung der Beziehungsgestaltung, sondern allgemeine Hinweise für Praktiker. So brauchen Praktiker eine *Sensibilität* für das veränderte psychische und soziale Erleben chronisch Kranker (vgl. S. 76), *psychisches Einfühlungsvermögen*, *Empathie* (vgl. S. 75) oder auch die Fähigkeit, *zuhören zu können* (vgl. S. 76) als Basis effektiver Interventionen. Diese Hinweise, die auf die generell erforderlichen Kompetenzen von Praktikern für eine unterstützende Verlaufskurvenarbeit gegeben werden, lassen ggf. implizit die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Praktiker und Betroffenen erahnen. Die Bedeutung der Beziehungsgestaltung wird beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept jedoch nicht explizit benannt, und die o. g. Hinweise finden sich über das ganze Konzept verstreut.

Die Bedeutung der Beziehungsgestaltung wird im Konzept der Lebensweltorientierung somit wesentlich deutlicher herausgehoben als im Konzept der Krankheitsverlaufskurve.

8b) Verständigung im Sinne des Hermeneutischen Verstehens

Durch hermeneutische Verfahren wird im Rahmen des Lebensweltkonzepts versucht, die Lebenswirklichkeit der Adressaten in ihrer historischen, kulturellen und sozialen Dimension zu verstehen. Wegen des Zusammenhangs von Verständnis und Handeln soll dieses Verstehen dann in der konkreten Fallarbeit zu adressaten- bzw. lebensweltgerechten Unterstützungsangeboten führen. Für das lebensweltorientierte sozialpädagogische Handeln wird die Bedeutung des hermeneutischen Verstehens daher betont (vgl. Verstehensprozesse, S. 35ff.). Es geht Thiersch darum, dass das Handeln im Sinne des Lebensweltkonzepts an einem *ganzheitlichen* Zusammenhang von Problemverständnis und Lösungsressourcen orientiert sein soll (zur Kritik des Ganzheitlichkeitsbegriffs, vgl. S.37) und gleichzeitig trotz aller Verstehensbemühungen der Adressat immer ein wenig *fremd* bleiben muss, weil Sozialarbeiter und Klient unterschiedliche lebensweltliche Erfahrungen machen (vgl. Kap. 1.5.3 Spannungsfeld: Respekt versus Destruktion von Alltagsstrukturen, S. 29).

Die theoretische Basis des Konzepts liefert Schütz, der bereits beschrieb, dass das Handeln der Mitmenschen in *deren* subjektive Sinnzusammenhänge eingebettet ist und dass das Verstehen eines fremden Handlungssinns nur auf mittelbarem Weg gelingen kann (vgl. Sinnggebung, S.10). Insbesondere basiert das Konzept aber auf der hermeneutisch-pragmatischen Pädagogik, für die Dilthey die niemals abgeschlossenen hermeneutischen Verstehensprozesse ausführlich beschrieb (vgl. Hermeneutische Prägung der Pädagogik, S. 18ff.).

Hermeneutisches Verstehen wird im Krankheitsverlaufskurvenkonzept hingegen nicht thematisiert. Dass bei der zu den einzelnen Fällen erforderlichen Arbeit der Verlaufskurvengestaltung auch der Zusammenhang von Verständnis und Handeln relevant ist, kann angenommen werden; jedenfalls bemühen sich die Autoren, Verständnis beim Leser für die jeweiligen subjektiven Sichtweisen der Akteure, ihre Situationsdeutungen und Bewältigungsbemühungen unter den Bedingungen ihres Alltags, ihrer Krankheit und Biografie zu erwecken. Allerdings kann dieser Zusammenhang höchstens wieder implizit erschlossen werden und wird nicht explizit als hermeneutische Bemühung thematisiert.

Festzuhalten bleibt somit, dass Verständigungsprozesse zwischen Professionellen und Nichtprofessionellen im Sinne hermeneutischer Bemühungen nur im Lebensweltkonzept explizit thematisiert werden.

8c) Selbstreflexion der Professionellen

Das Lebensweltkonzept weist darauf hin, dass es bei Sozialarbeitern der Fähigkeit zur Selbstkritik bedarf: Das eigene Denken und Handeln sollte durch eine *kritische Selbstreflexivität*, bei der Sozialarbeiter ihre Arbeit immer wieder hinterfragen sowie durch eine gemeinschaftliche *kollegiale Reflexivität* zur Unterstüt-

zung und Bewältigung der jeweiligen Situation geprägt sein, um den Adressaten in ihren problematischen Verhältnissen gerecht werden und ihnen adäquate Bewältigungsmaßnahmen anbieten zu können (vgl. Selbstreflexionen, S. 37f.)

Diese individuellen bzw. kollegialen Selbstreflexionen als Voraussetzung der Arbeit sind im Krankheitsverlaufskurvenkonzept kein explizites Thema. Auch hier gilt wieder, dass sich Reflexionen implizit herauslesen lassen könnten, wenn Praktiker im Sinne des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts reflektieren müssen, ob ihre angebotenen Hilfestellungen sich begründen lassen, d. h. für die Betroffenen im Rahmen von deren Sinngebungen und Plausibilitäten „angemessene“ (also situativ und emotional akzeptable) praktische Bewältigungsstrategien darstellen. Reflexivität in dieser Hinsicht ließe sich insofern aus dem Konzept implizit herauslesen, als die Hilfestellungen reflexiv (rückbezogen) auf die Verhältnisse der Betroffenen ausgerichtet sein sollen gemäß dem gegebenen subjektorientierten Zugang und der Einzelfallbetrachtung (vgl. S. 85 bzw. S. 86). Reflexivität im Sinne des selbstkritischen reflektiven Hinterfragens des eigenen Denkens und Wirkens findet sich jedoch nicht als Aufforderung im Konzept.

Insgesamt spielen die individuellen bzw. kollegialen Selbstreflexionen damit - im Gegensatz zum Lebensweltkonzept - keine *explizite* Rolle im Konzept der Krankheitsverlaufskurve.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die hohe Bedeutung der Beziehungsgestaltung, die Notwendigkeit des hermeneutischen Verstehens und der permanenten Selbstreflexionen der Professionellen sich zwar aus beiden Konzepten herauslesen lassen können, sie jedoch nur im Konzept der Lebensweltorientierung besonders herausgehoben werden, indem sie explizit thematisiert werden.

9 Begriff und Inhalt der Diagnose

Lebensweltorientierte Arbeit beinhaltet auch die Erstellung einer Diagnose. Sie beinhaltet insbesondere eine *Sozialdiagnose*, die die komplexen lebensweltlichen Bezüge der Adressaten beschreibt, sowie eine *bewältigungsorientierte* und eine *politische* Deutung. Die vom Sozialarbeiter vorgenommenen Deutungen sollen jeweils über Rückkopplungsprozesse von den Adressaten kontrolliert werden (vgl. Diagnosestellung, S. 38). Dieser Diagnosestellung wird im Lebensweltkonzept eine hohe Bedeutung beigemessen, weil mit ihrer Hilfe die Eingangssituation geklärt sowie die anzugehenden Aufgaben festgeschrieben werden können.

Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird der Diagnosebegriff hingegen ganz anders verwendet. In der diagnostischen Phase der Verlaufskurve geht es um die Mitteilung der Diagnose, d. h. sie wird nicht einer Kontrolle durch die Betroffenen selbst unterzogen, und eine Rückkopplung an die Selbstinterpretation der Adressaten ist nicht vorgesehen (vgl. Diagnostische Phase, S. 55). Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird also der klassische medizinische Diagnosebegriff verwendet (wobei die Diagnose von den Professionellen festgelegt wird und deren fachliche Sichtweise gegenüber den Adressaten durchgesetzt wird). Zwar werden die sich daran anschließenden Projektionen aller Beteiligten später ausgehandelt, jedoch sieht das Konzept in Bezug auf die Diagnose keine Aushandlungsspielräume vor. Eine Pflegediagnose verwenden Corbin/Strauss auch nicht, sogar nicht in ihrem auf dem Krankheitsverlaufskurvenkonzept basierenden Pflegemodell (vgl. S. 77). Die Diagnose im Rahmen des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts verzichtet nicht nur auf die Beteiligung des Kranken an der Diagnose, sondern beinhaltet auch keine Sozialdiagnose sowie keine politische und bewältigungsorientierte Deutung.

Die Bedeutung des Diagnosebegriffs unterscheidet sich zwischen beiden Konzepten insofern fundamental.

Allerdings sagt das noch nicht viel aus, da es bislang nur um die Begrifflichkeit der Diagnose ging, die sich unterscheidet. Wenn auch nicht im Rahmen der Diagnosestellung, so geraten jedoch alle Teilaspekte, die bei der lebensweltorientierten sozialpädagogischen Diagnose eine Rolle spielen (d. h. Sozialdiagnose, bewältigungsorientierte und politische Deutung, Rückkopplungsprozesse an den Adressaten, s. o.) an anderen Stellen des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts auch in den Blick der Praktiker: über die Bedingungsmatrix mit den mikro- und makrosoziologischen Strukturen (wobei Politik nur knapp skizziert wird, vgl. S. 84), über die Bewältigungsaspekte wie beispielsweise Arbeit und Identitätsbildung sowie über die Partizipation (vgl. S. 88). Kurz: Die Inhalte finden sich im Konzept, nur nicht in Zusammenhang mit dem Diagnosebegriff, sondern als in der Bedingungsmatrix festgehaltene soziale Kontexte.

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass sich die in der Diagnose beschriebenen *Inhalte* in beiden Konzepten finden lassen - wenn auch im Krankheitsverlaufskurvenkonzept in der allgemeinen Form der Bedingungsmatrix - sich der Diagnosebegriff in den Konzepten jedoch deutlich unterscheidet.

Ergänzende Anmerkung: Es wurde bereits versucht, sozialpädagogische Diagnosestellung und Bedingungsmatrix des Krankheitsverlaufskonzepts zu verbinden: Bohler, der das Fallverstehen als methodische Grundlage der sozialpädagogischen Diagnostik untersucht, und dabei für das rekonstruktive Fallverstehen die Betrachtung des sozialen Kontextes ebenfalls für unerlässlich erachtet, nutzt die Bedingungsmatrix von Strauss versuchsweise, um Praxisfälle (erzieherischer Hilfen) zu diagnostizieren. Er stellt jedoch fest, dass Strauss über die sechs Ebenen der Bedingungsmatrix so viele Kontextfaktoren berücksichtigt, dass deren Nutzung das Fallverstehen in Kontexten der Sozialpädagogik (Beispiel Jugendhilfe) in der Praxis überlasten würde.⁷¹⁵

10 Kritik an selbstreferentiellen Institutionen

Das Konzept der Lebensweltorientierung beobachtet institutionelle (und professionelle) Entwicklungen mit Tendenzen zur Selbstreferenzialität sehr kritisch, weil die zwar aus jeweiliger Institutionssicht sinnvoll erscheinenden, spezifischen, teils auch abgeschotteten Arbeitsweisen einer ernstgemeinten vollständigen Ausrichtung auf den Adressaten widersprechen. Selbstkritische Reflexionen zur institutionellen und professionellen Arbeit mit dem Ziel der Gewährleistung einer tatsächlichen Adressatenorientierung sind im Sinne des Lebensweltkonzepts selbstverständlich (vgl. Ausgangspunkt: Adressaten in ihren Verhältnissen, S.27).

Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept sind Kritik an Institutionen und Anregungen zur Veränderungen von selbstreferentiellen Institutionen dagegen kaum ein Thema. Lediglich in Bezug auf Kliniken wird der Hinweis gegeben, dass der (quasi selbstreferentielle) Blick, der sich auf die Akutbehandlung begrenzt, auf den poststationären Bereich zu erweitern ist, um den chronisch Kranken im Sinne des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts gerecht werden zu können (vgl. S. 55).

Kritik an selbstreferentiellen Institutionen als bewusster Konzeptbestandteil findet sich somit nur im Lebensweltkonzept.

11 Kompensation fehlender sozialer Ressourcen

Beiden Konzepten ist zwar gemeinsam, dass sie - als ressourcenorientierte Konzepte- auch die sozialen Ressourcen beachten (vgl. S.94), jedoch unterscheiden sich die Betrachtungsweisen bezüglich der Kompensation

⁷¹⁵ vgl. Bohler 11, S. 15f. Bohler bezieht sich auf eine etwas andere (8 Ebenen umfassende) Bedingungsmatrix von Strauss, die jedoch die gleichen Kontextfaktoren wie die hier vorgestellte (6 Ebenen umfassende) Bedingungsmatrix beinhaltet. Er schlägt schließlich die Nutzung einer einfacheren aber praktikableren Matrix anderer Autoren (reduziert auf Makro-, Meso- und Mikroebene der Gesellschaft) vor.

fehlender sozialer Ressourcen graduell voneinander.

Das Konzept Lebensweltorientierung verweist auf eine erforderliche Kompensation fehlender sozialer Netze durch Professionelle, d. h. durch inszenierte soziale bzw. pädagogische Dienste. Das Konzept geht davon aus, dass Sozialpädagogik - angesichts fehlender sozialer Ressourcen der Adressaten - selbst verlässliche und belastbare Beziehungen zur Entlastung anbieten muss (vgl. Dimension der sozialen Bezüge, S. 25).

Zudem bezieht das Lebensweltkonzept Überlegungen zur Unterstützung durch Selbsthilfegruppen mit ein. So wird beispielsweise im Rahmen der Maxime *Regionalisierung* die Planung und Kooperation von Hilfen im Kontext der jeweiligen lokalen Gegebenheiten, wie z. B. der Selbsthilfeszene, bedacht (vgl. S. 33).

Beim Konzept der Krankheitsverlaufskurve sieht es anders aus. Das Konzept beschreibt zwar, dass Praktiker sich dem Kranken sowie seiner sozialen Umgebung widmen sollten und dadurch zur Stabilisierung und Sicherung dort verfügbarer Ressourcen beitragen, um den Verbleib in der Häuslichkeit zu sichern, jedoch beschreibt das Konzept keine Inszenierung von Diensten zur Kompensation fehlender Netze und auch nicht, dass soziale Netze von Praktikern zu schaffen wären.⁷¹⁶

Den Hinweis, Praktiker sollten Betroffene ggf. an Stützgruppen verweisen können, findet man nur ein einziges Mal bezüglich der Sterbephase (vgl. S. 75). Corbin/Strauss geben beinahe keinen Hinweis auf gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen, obwohl diese als aktive Knüpfung von problemorientierten sozialen Netzwerken par excellence betrachtet werden können und den Kranken als Ressource zur Unterstützung ihrer Selbststeuerungskapazitäten dienen können.⁷¹⁷

Beide Konzepte unterscheiden sich damit hinsichtlich der Beachtung der Kompensation fehlender sozialer Ressourcen durch die Inszenierung eigener (sozialer bzw. pflegerischer) Dienste und bezüglich der Berücksichtigung von Selbsthilfegruppen voneinander.

12 Raumdimension und raumbezogene Maxime

Das Lebensweltkonzept berücksichtigt die Raumdimension zunächst als eigene Dimension der Analyse der Lebenswelt (vgl. S. 24), d. h. lebensweltorientierte Arbeit sieht Menschen in ihren räumlichen Verhältnissen, die die Menschen sehr beeinflussen. Zudem wird mit Regionalisierung (Vernetzung, Dezentralisierung) eine eigene den Raum betonende Handlungs- und Strukturmaxime konzipiert. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert bewusst in den für die Adressaten relevanten Räumen, setzt sich für die Präsenz von Hilfen vor Ort der Adressaten ein und fördert die Verlagerung von Zuständigkeiten an die örtliche Basis (vgl. S. 33), um in mehrfacher Hinsicht adressatengerechte Angebote erstellen zu können.

Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird die Dimension des Raumes (im Gegensatz zur Zeitdimension und zur sozialen Dimension) kaum thematisiert. Ein einzelner Hinweis findet sich auf räumliche Bewegungseinschränkungen durch die Körperstörung (vgl. S. 64), ansonsten kann man die Dimension höchstens implizit erahnen: Je nach Verlaufskurvenphase leben Kranke zeitweise in der Klinik bzw. überwiegend zu Hause.

Raumbezogene Problematiken werden nicht explizit genannt, sondern eher implizit (wenn z. B. in den Fallbeispielen beschrieben wird, wie sich der Bewegungsradius der Kranken im Verlauf steigert). Auch dass die Professionellen in den für die Kranken relevanten Räumen arbeiten (wie es z. B. für Pflegedienste der Fall

⁷¹⁶ Selbst Pflegedienste werden kaum thematisiert, was aber ggf. dem Entstehungszeitraum des Konzepts geschuldet sein könnte. Es wird eher allgemeiner von Kenntnissen des medizinischen Versorgungssystems und hauswirtschaftlicher Unterstützungsmöglichkeiten gesprochen, die Praktiker haben sollten, [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 280] und Mitarbeiter der Pflegedienste werden als angesprochene Leserschaft des Buches nur einmal explizit benannt [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 12]

⁷¹⁷ vgl. Borgetto 09, S. 259

wäre) bzw. arbeiten müssten ist kein explizites Thema. Gleichzeitig sind diese räumlichen Aspekte (wieder im ganzen Konzept verteilt) implizit an mehreren Stellen erwähnt.

Regionalisierung, Vernetzung und Dezentralisierung sind hingegen gar kein Thema, selbst die Präsenz von Hilfen vor Ort ist kein explizites Thema (s. o.), obwohl es vorrangig um die Bewältigung zu Hause geht und die Hilfen - gerade in Fällen stark eingeschränkter Beweglichkeit - vor Ort gegeben werden müssten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Raum ein Thema ist, das im Lebensweltkonzept explizite Berücksichtigung findet, indem es in Form einer Analysedimension des Alltags und einer Struktur- bzw. Handlungsmaxime aufgenommen wird, wogegen Aspekte der räumlichen Dimension im Krankheitsverlaufskonzept eher implizit an mehreren Stellen anklingen und Themen der Regionalisierung, Vernetzung und Dezentralisierung sich gar nicht finden lassen.

13 Flexibilisierung von Hilfen

Bei der Flexibilisierung (und Integration) von Hilfen geht es um eine verbesserte Passung zwischen den Anliegen der Adressaten und den anzubietenden Hilfsmaßnahmen. Das Konzept der Lebensweltorientierung nutzt zwar bereits bestehende Hilfen und baut darauf auf, prüft aber zusätzlich, ob gegebene Angebote durch andere bzw. neue Arrangements verbessert werden könnten. Dabei sollen auch neue Hilfen, die quer zu bisherigen Ressortgrenzen liegen, angedacht werden (vgl. Integration und Flexibilisierung von Hilfen, S. 40). Das Ziel besteht darin, die Probleme der Adressaten und die Möglichkeiten, die die Hilfen bieten können, im Sinne der Adressatenorientierung einander besser anzupassen.

Im Krankheitsverlaufskonzept finden sich dagegen weder Kritik an bestehenden Hilfesystemen noch Vorschläge zu neuen unkonventionellen Verbindungen bestehender Hilfesysteme im Sinne individueller Anpassungen an die Anliegen der Betroffenen. Stattdessen gibt es lediglich den allgemeinen Hinweis an Praktiker, auf bestehende Hilfen zu verweisen: Praktiker sollen Betroffene durch ihre Kenntnisse des medizinischen Versorgungssystems und hauswirtschaftlicher Unterstützungsmöglichkeiten darin unterstützen, sich im medizinischen Dickicht zurechtzufinden, um eine adäquate medizinische Versorgung zu finden und sich ggf. vorübergehend Hilfen für die tägliche hauswirtschaftliche Arbeit zu besorgen, wenn die Symptome unkontrollierbar geworden sind (vgl. S. 76). Das Krankheitsverlaufskonzept befasst sich vorrangig mit der individuellen subjektiven Erlebensweise und den Bewältigungsbemühungen der Kranken, aber - wie auch Schaeffer bereits feststellte - kaum mit ihren Bewältigungsbemühungen im professionellen Hilfe- bzw. Versorgungssystem, die sich zudem je nach Verlaufskurvenphase auch immer wieder ändern müssten.⁷¹⁸

Resümierend lässt sich feststellen, dass sich nur das Lebensweltkonzept, nicht jedoch das Krankheitsverlaufskonzept mit der Thematik der Flexibilisierung der bestehenden professionellen Hilfesysteme beschäftigt, um den Bewältigungsbedarfen der Adressaten besser entsprechen zu können.

Als neuer Zwischenstand des Vergleichs beider Konzepte lässt sich nun auch festhalten, dass diverse Kriterien, die das Konzept der Lebensweltorientierung prägen, für das Konzept der Krankheitsverlaufskurve keine Gültigkeit besitzen bzw. weniger deutlich betont werden. Eine knappe Zusammenfassung dieser Gemeinsamkeiten findet der vorab interessierte Leser auf S. 123.

⁷¹⁸ vgl. Schaeffer 04, S. 27ff.

3.2.2 Kriterien mit Gültigkeit für das Krankheitsverlaufskurvenkonzept

Im Folgenden werden die Vergleichskriterien aufgeführt, die für das Konzept der Krankheitsverlaufskurve Gültigkeit besitzen und im Konzept der Lebensweltorientierung mit geringerer Betonung bedacht bzw. nicht explizit benannt werden. Beim Vergleich wird daher nun stets erst das Konzept der Krankheitsverlaufskurve beschrieben.

1 Empirische Datenbasis

Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept ist mit Hilfe eines phänomenologischen Zugangs aus empirischen Studien hervorgegangen, d. h. alle Konzepte und Subkonzepte sind datenbasiert. Das Konzept der Lebensweltorientierung stellt hingegen kein empirisch basiertes, sondern ein theoretisch entwickeltes Konzept dar. Hinsichtlich einer empirischen Datenbasis der Theorie unterscheiden sich die Konzepte somit voneinander.

2 Fokus: Arbeit

Das eigentliche Anliegen des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts ist, ein Bewusstsein für die *gesamte Arbeit*, die geleistet werden muss, um die Krankheit bewältigen zu können, zu schaffen. Die Arbeit bezieht sich auf den Umgang mit der Krankheit, auf den Alltag und die Biografie (vgl. Konzept der Arbeit, S. 66ff.). Unter Arbeit verstehen die Autoren die Aufgaben, die diesbezüglich von allen beteiligten Akteuren durchgeführt werden. Dabei wird die Gesamtorganisation der Bewältigungsarbeit, mit ihren Arbeitstypen, Arbeitsbündeln und Arbeitsprozessen soziologisch hergeleitet und außerdem konkretisiert (vgl. S. 69f.). An Praktiker wird zudem die Erwartung, ein gewisses Bewusstsein dieser Arbeitsprozesse zu haben, gerichtet. Beispielsweise sollen sie den kollektiven Arbeitsstil der Familie erkunden können, bei der Arbeitsaufteilung helfen etc. Weil es Corbin/Strauss darum geht, eine Theorie zur Bewältigung zu entwickeln und Bewältigung gleichzeitig von ihnen als Arbeit konzeptualisiert wird, zieht sich das (Sub-) Konzept Arbeit dementsprechend durch das ganze Konzept der Krankheitsverlaufskurve.

Das Lebensweltkonzept thematisiert Arbeit hingegen nur kurz. Beispielsweise fordert das Lebensweltkonzept im Rahmen der Dimension *Alltägliche Bewältigungsarbeit* (vgl. S. 25), den Respekt vor den alltäglichen Bewältigungsaufgaben der Adressaten zu haben (putzen, kochen, etc.). Aber während die Arbeit in Bezug auf den Alltag zumindest angedeutet wird, wird sie schon in Bezug auf die Biografie (sowie die Krankheit) nicht explizit thematisiert. Der Fokus richtet sich hier nicht so stark auf die Arbeit bzw. die vielen Anstrengungen, die von den Betroffenen zu erbringen sind. Auch die Konkretisierungen der (Bewältigungs-)Arbeit in Arbeitsprozessen, Arbeitstypen und detaillierten Arbeitsbündeln finden sich hier nicht.

Im Lebensweltkonzept ist Arbeit - als soziologisches Konzept - kein Thema. Schütz wird diesbezüglich von Thiersch nicht als Basis des Lebensweltkonzepts genutzt, obwohl Schütz *Arbeit* im Rahmen der „Praxisseite der Lebenswelt“ umfangreich erläutert und Arbeit inkl. des Zusammenhangs von Arbeit und sozialer Verantwortung auch definiert.⁷¹⁹

Die besondere Betonung der Arbeit im Sinne der konkreten Bewältigungsanstrengungen aller Beteiligten mit dem besonderen Fokus auf die eigenen Anstrengungen der Betroffenen sowie die soziologische Fundierung der Arbeit finden sich somit nur im Konzept der Krankheitsverlaufskurve.

3 Bewältigungssituation mit Fokus auf Krankheit

Beide Konzepte beschreiben zwar Bewältigungssituationen, die durch den Alltag und die Biografie der Betroffenen geprägt werden, jedoch betont das Krankheitsverlaufskurvenkonzept zusätzlich die *Krankheit* als

⁷¹⁹ vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 461ff.

gesondertes drittes Element der Bewältigungssituation (vgl. S. 61). Der Begriff Krankheit bezieht sich auf Art, Schweregrad und Verlauf, den die chronische Krankheit nimmt, ist mit zahlreichen spezifischen Begleiterscheinungen (wie Medikamentennebenwirkungen, gestörter Schlafrhythmus etc.) verbunden und verlangt eine eigene krankheitsbezogene Arbeit als eine der drei Hauptarbeitslinien des Konzepts (vgl. S. 66). Schon allein die Therapiemotivation und das Therapieregime zeigen sich als dynamischer mit dem Krankheitsverlauf und der Krankheitsverarbeitung verwobener Prozess. Dazu gesellt sich jedoch noch der „Reziproke Einfluss“, der die komplexen Wechselwirkungen unter anderem zwischen Krankheit und Alltag sowie zwischen Krankheit und Biografie beschreibt (vgl. S. 65).

Viele spezielle Details der Bewältigung, die sich konkret auf *Krankheit* beziehen, finden sich nur in diesem Konzept, wie z. B. der Hinweis, dass eine adäquate Unterstützung bezüglich des Schmerzmanagements in Abwärts- bzw. Sterbephase unerlässlich ist (vgl. S. 75).

Im Konzept der Lebensweltorientierung wird die Krankheit hingegen nicht besonders hervorgehoben, sondern ist implizit als Teil des Alltags bzw. der Biographie enthalten.⁷²⁰ Bei der Analyse der Lebenswelt werden Krankheiten nur beispielhaft genannt (Beispiel: Die Beachtung der *Dimension der erfahrenen Zeit* des Konzepts Lebensweltorientierung bedeutet unter anderem auch, *unerträglich langes Warten bei Krankheit* als subjektive Erfahrung der Adressaten beachten zu müssen, vgl. S. 24).

Zwar werden reziproke Einflüsse von Alltag und Biografie im Lebensweltkonzept beschrieben, jedoch sind reziproke Einflüsse, bei denen insbesondere die *Krankheit* eine Rolle spielt, kein gesondertes Thema. Insgesamt wird Krankheit im Lebensweltkonzept nur marginal, d. h. als besondere Form einer prekären Bewältigungssituation thematisiert. Eine Berücksichtigung der Charakteristika chronischer Krankheiten, die sich von akuten Krankheiten deutlich unterscheiden und die im Krankheitsverlaufskonzept detailliert analysiert werden, wie beispielsweise die besondere Verlaufsdynamik, die Langfristigkeit, die Autonomieverluste durch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die permanenten Anpassungserfordernisse an Wechselhaftigkeiten oder auch die Veränderungen des sozialen Gefüges durch innerfamiliäre Rollenumschichtungen (vgl. Objektive und subjektive Charakteristika chronischer Krankheit, S. 41ff.) finden sich ebenfalls nicht. Diese Charakteristika ließen sich höchstens implizit herauslesen, beispielsweise über die Analysedimensionen der Lebenswelt (z. B. langfristige Verläufe über die *Dimension der erfahrenen Zeit*, Autonomieverluste über die *Dimension der Hilfe zur Selbsthilfe* etc.).

Beide Konzepte unterscheiden sich somit deutlich darin, inwieweit sie Krankheit als konkreten Fall einer allgemeinen prekären Bewältigungssituation behandeln. Die Charakteristika und konkreten Bewältigungsarbeiten mit Bezug auf chronische Krankheiten sowie die reziproken Wechselwirkungen zwischen Krankheiten und Biografie bzw. Krankheit und Alltag finden sich in dieser Ausdrücklichkeit nur im Konzept der Krankheitsverlaufskurve.

4 Theoretische Ausrichtung: Identitätstheorie

Das Krankheitsverlaufskonzept ist eine Struktur- und Handlungstheorie, aber - im Gegensatz zum Lebensweltkonzept - auch eine Identitätstheorie.

Im Krankheitsverlaufskonzept wird Identitätsarbeit als Teil der Biografiearbeit konzeptualisiert. Dabei wird dargelegt, dass die krankheitsbedingte Neustrukturierung der Identität, d. h. die Ausbildung einer mit

⁷²⁰ Beispiel: „Im Alltag müssen sehr verschiedenartige Aufgaben bewältigt werden: [...]die besonderen Belastungen von Müdigkeit, Gereiztheit und Krankheit“ [Thiersch 05, S. 119f.].

der Situation übereinstimmenden Selbstkonzeption eine zentrale Aufgabe der Krankheitsbewältigung darstellt (vgl. Biografische Arbeit, S. 67). Der enge Zusammenhang zwischen der Identität des Kranken und seiner Fähigkeit, die mit den verschiedenen Aspekten seines Selbst verbundenen Aufgaben - im Sinne der Performanzen - zu erfüllen, wird durch das Konzept erläutert (vgl. Selbstkonzeptionen(Identität), S.63) . Zudem beschreibt das Konzept, wie das „Ringen um die eigene Identität“ zum dauerhaften Zustand wird, was der Dauerhaftigkeit und Wechselhaftigkeit der Krankheit geschuldet ist (vgl. S. 67).

Strauss erweiterte den Symbolischen Interaktionismus um eigene identitätstheoretische Aspekte. Die Basis seines Konzepts stellt dabei Meads Persönlichkeits- und Sozialisationstheorie dar (vgl. S. 47ff.), die die Identitätsbildung als gesellschaftlichen Prozess und zugleich als inneren Dialog im Sinne eines permanenten Wechselspiels von „I“(personales Selbst) und „me“(soziales Selbst) erklärt (vgl. S. 47).

Beim Konzept der Lebensweltorientierung finden sich hingegen nur zwei allgemeine Hinweise zur Identitätsbildung. Identitätsarbeit wird zum einen als Teil der Alltagsarbeit benannt,⁷²¹ und Thiersch weist zum anderen - im Bezug auf die Hilfe zur Selbsthilfe - darauf hin, dass Identitätsarbeit als Kompetenz zur Lebensbewältigung angestrebt wird. Damit soll verhindert werden, dass Menschen trotz all ihrer Belastungen eher deprimierende, teils auch pathologische Verhaltensweisen entwickeln (vgl. S. 26). Mit Ausnahme dieses Hinweises finden sich im Konzept jedoch für die Art dieser Identitätsarbeit keine weiteren konkretisierenden Hinweise.

Eine theoretische Basis des Konzepts könnte zwar Schütz bieten, der bereits beschreibt, wie Kinder durch die Sozialstruktur geprägt werden, wie sich ihr *personales Selbst* unter anderem durch intersubjektive Spiegelungsvorgänge bildet und wie sich soziale Kontrolle auswirken kann,⁷²² jedoch wird diese potentielle Basis von Thiersch zu diesem Thema nicht genutzt. D. h. Thiersch nennt diese Spiegelungsvorgänge nicht, gibt keine Identitätsbildung im Detail an und keine Hinweise auf permanent fortlaufende Prozesse der Identitätsbildung. Das Lebensweltkonzept beinhaltet somit weder Hinweise zur theoretischen Herleitung der Identitätsarbeit (wie z. B. der Selbstkonzeptbildung) noch zur praktischen Umsetzung (z. B. über die Gestaltung von Erfolgserlebnissen⁷²³) und kann daher nicht als Identitätstheorie eingeschätzt werden.

Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept und das Konzept der Lebensweltorientierung unterscheiden sich somit dadurch, dass nur das Krankheitsverlaufskurvenkonzept als Identitätstheorie eingestuft werden kann.

5 Körperbezug

Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept ist der Körperbezug besonders wichtig und stellt ein Hauptthema dar, weil der *gestörte* Körper das ganze Leben des Kranken und seiner Angehörigen beeinflusst und als eine lebenspraktische alltägliche Angelegenheit bedacht werden muss. Die Körperstörung hindert den Kranken, bestimmte Aktivitäten auszuführen, prägt das Erscheinungsbildes negativ, etc. (vgl. S. 52), woraus viele weitere negative Einflüsse auf das Leben - wie z. B. Autonomieverlust, Stigmatisierung, veränderte Berufsperspektive - resultieren. Diese Einflüsse wirken sich wiederum auf das Identitätsgefühl aus und stellen außerdem viele Unsicherheiten dar, u. a. durch die unberechenbaren Schwankungen der Körperstörung (selbst innerhalb eines Tages), was vom Konzept detailliert aufgenommen und erläutert wird (vgl. Körper, S. 63f.) . Der sehr enge Bezug zwischen der Identitätsentwicklung und dem Körper wird ausführlich dargelegt und

⁷²¹ „Im Alltag müssen sehr verschiedenartige Aufgaben bewältigt werden: [...], um die eigene Identität kämpfen“ [Thiersch 05, S. 119]

⁷²² vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 333; das personale Selbst ist hier anders definiert als bei Mead und berücksichtigt die intersubjektive Prägung

⁷²³ so wie Strauss es über die Bestätigung erfolgreicher Performanzen zur Stärkung des Selbstkonzepts macht (vgl. S. 69)

durch den symbolischen Interaktionismus gestützt (vgl. S. 63f. und vgl. S. 51).

Im Lebensweltkonzept wird hingegen kein ausdrücklicher Körperbezug hergestellt, d. h. prekäre Situationen, die durch Körperstörungen bedingt sind, sind wieder höchstens implizit enthalten.

Thiersch greift - z. B. bei Benennung der Dimension des erfahrenen Raumes - nur bezüglich der Raumdimension, jedoch nicht bezüglich des Körpers auf Schütz zurück, obwohl Schütz den Körper als wesentlichen Bestandteil der Raumwahrnehmung von Situationen in der alltäglichen Lebenswelt beschreibt. Unter Bezug auf Merleau-Ponty weist Schütz darauf hin, dass der Körper

„die Bedingung für alle meine Erfahrung der räumlichen Gliederung der Lebenswelt [darstellt]. In jeder Situation wirkt mein Körper als Koordinatenzentrum in der Welt, mit einem Oben und Unten, einem Rechts und Links. Hinten und Vorn. Es ist zunächst festzuhalten, dass mein Körper und sein gewohnheitsmäßiges Funktionieren ein Grundelement einer jeglichen Situation ist.“⁷²⁴

Aber auch unabhängig von der Raumdimension wird die Bedeutung des *funktionierenden* Körpers als eine unbewusste Selbstverständlichkeit des fraglosen Alltags von Schütz explizit genannt.⁷²⁵

„Jede Situation [ist] durch die Vorgegebenheit meines Körpers `begrenzt`. Denn der Körper und sein gewohnheitsmäßiges Funktionieren sind in jeder Situation und jeder Erfahrung vorausgesetzt, ohne notwendig zum Erfahrungskern zu gehören [d. h. ohne bewusst zu werden]. Die Grenzen meines Körpers gegenüber einer Welt, deren Gegenstände ihm Widerstände leisten, und das gewohnheitsmäßige Funktionieren des Körpers in ihr sind die Basis der ersten `Selbstverständlichkeiten` des Wissensvorrats.“⁷²⁶

Das damit durch das nicht mehr gewohnheitsmäßige Funktionieren des Körpers (also durch die Körperstörung) der Alltag seine Fraglosigkeit verliert, wird offenbar. Dennoch wird die Bedeutung des Körpers für den fraglosen Alltag (bzw. die Körperstörung als zu bewältigende prekäre Situation des nicht mehr fraglosen Alltags) im Lebensweltkonzept nicht explizit aufgenommen.

Beide Konzepte unterscheiden sich somit dadurch, dass nur das Konzept der Krankheitsverlaufskurve *explizit* die Bedeutung des Körpers (sowie der Körperstörung) für das alltägliche Leben - sowie für die Identitätsbildung - thematisiert.

6 Ausführlichkeit und Detaillierungsgrad biografischer Prozesse

Beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept sind Ausführlichkeit und Detaillierungsgrad der Schilderung biografischer Prozesse hoch. Corbin/Strauss widmen der Biografie als drittem Element der Bewältigungssituation den mit Abstand breitesten Raum, beschreiben auf über 40 Seiten den „biografischen Bruch“ des Kranken, beschreiben vier Arten biografischer Prozesse (vgl. S. 67) und fokussieren bei der biografischen Arbeit auf den Körper (s. o.), die Identitätsbildung (s. o.) und die biografische Zeit⁷²⁷ (in dieser Arbeit wegen des Umfangs nur beispielhaft genannt, vgl. Biografische Arbeit, S. 67f.). Beispielsweise werden Sterbeprozesse sehr detailliert mit einzelnen Ideationsprozessen⁷²⁸ und Schließungsakten beschrieben.⁷²⁹

Im Konzept der Lebensweltorientierung werden zwar - über die analytische Zeitdimension - die Biografien, die lebensphasenabhängigen Bewältigungsaufgaben und die Wechselwirkung von Alltag und Biografie berücksichtigt (vgl. Gemeinsamkeit: Zeitdimension, S. 95), jedoch sind die Ausführlichkeit und der Detaillierungsgrad der Schilderung biografischer Prozesse und biografischer Prägungen eher niedrig.

⁷²⁴ Schütz/Luckmann 03, S. 152

⁷²⁵ vgl. ebenda, S. 151f.

⁷²⁶ ebenda, S. 151; Dabei wird von `gewohnheitsmäßig` statt von `normal` gesprochen, um zu verdeutlichen, dass z. B. für blind geborene Menschen die Farben zwar nicht zur Lebenswelt gehören, dieser Zustand jedoch eine selbstverständliche Gegebenheit ihrer Lebenswelt darstellt.

⁷²⁷ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 66ff

⁷²⁸ zum Begriff der Ideationsprozesse vgl. S. 51

⁷²⁹ vgl. Corbin/Strauss 04, S. 295ff., insbesondere S. 313ff.

Die beiden Konzepte lassen sich hinsichtlich Ausführlichkeit und Detaillierungsgrad biografischer Prozesse somit besonders deutlich unterscheiden: Nur das Krankheitsverlaufskurvenkonzept widmet sich der Biografiearbeit ausführlich.

7 Konkretisierungsgrad

Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept wirkt insgesamt deutlich konkreter und anwendungsbezogener formuliert als das Lebensweltkonzept. Das liegt an dem eingeschränkteren Anwendungsbezug (chronische Krankheiten), an den ausführlichen Fallschilderungen aus der Praxis, auf die Corbin/Strauss ihre theoretischen Überlegungen jeweils schon konkret beziehen sowie an diversen konkreten Hinweisen für Praktiker. Die Autoren entscheiden sich bewusst dafür, die *konkrete* Arbeitsdurchführung - bis zu einzelnen Arbeitsprozessen und -bündeln - zu erläutern (vgl. S.73). Zudem wurde auf Basis des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts ein Pflegemodell, das die Theorie für einzelne Phasen des Pflegeprozesses konkretisiert, entwickelt (vgl. S. 77), womit ein weiterer Ansatz zur Konkretisierung ausprobiert wurde. Außerdem weisen Corbin/Strauss zusammenfassend auf diverse Implikationen für die Praxis hin, die von Praktikern zu beachten sind und mit konkretisierenden Beispielen belegt werden. Sie formulieren sie eine Fülle von detaillierten Einzelfragen, die Praktiker nutzen können, um eine Bedingungsanalyse durchzuführen und Unterstützungsbedarfe zu ermitteln (vgl. Kap. 2.8 Implikationen des Konzepts für die Praxis, S. 75f.).

Nur hinsichtlich eines Aspektes, des Gesellschaftsbezugs, ist das Konzept deutlich abstrakter als das Lebensweltkonzept, denn es beinhaltet (mit der 1. Ebene der Bedingungsmatrix) gar keine Details zu Gesamtgesellschaften oder gesellschaftlichen Veränderungsentwicklungen.

Das Lebensweltkonzept ist insgesamt deutlich abstrakter und universeller formuliert, obwohl die fünf Struktur- und Handlungsmaximen schon konkretisierend wirken sollen. Die Maximen sind aber selbst noch relativ allgemein formuliert. Im Gegensatz zum Krankheitsverlaufskurvenkonzept ist das Lebensweltkonzept für verschiedene Anwendungsfelder angelegt, was den Abstraktionsgrad wegen der entsprechend notwendigen anwendungsfeldübergreifenden Universalität der Aussagen zwangsläufig erhöhen muss. Das Konzept muss für die unterschiedlichen Anwendungsfelder, für die es geeignet erscheint (wie Familienhilfe, Altenarbeit etc.)⁷³⁰ jeweils noch spezifisch konkretisiert werden. Das heißt, es muss noch präzisiert werden, was Lebensweltorientierung bedeutet, und zwar bezüglich der Aufgaben, der Möglichkeiten des sozialpädagogischen Handelns an den unterschiedlichen institutionellen Orten und der Methoden des jeweiligen spezifischen Anwendungsfeldes. Eine Konkretisierung bis hinunter zu konkreten Einzelfragen (wie im Krankheitsverlaufskurvenkonzept) findet sich nicht.

Abgesehen von den anwendungsabhängigen Konkretisierungserfordernissen verweisen Thiersch et al. darauf, dass das vielfach rezipierte Lebensweltkonzept auch als solches konkretisiert werden sollte, da das Konzept inzwischen seine ursprüngliche präzise und kritische Aussagekraft einbüßte und daher nun selbst einer präzisierenden Reformulierung bedarf (vgl. S. 40).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass beide Konzepte zwar einen derart hohen Abstraktionsgrad haben, dass sie einen allgemeinen Orientierungsrahmen für die Praxis darstellen, um daran orientiert gemeinsam mit den Adressaten bzw. auch interprofessionell Bewältigungsstrategien auszuhandeln, dass sich das Krankheitsverlaufskurvenkonzept - mit Ausnahme der gesamtgesellschaftlichen Bezüge - dabei aber insge-

⁷³⁰ Kleve nennt als Sozial- und Sachdimension der Sozialen Arbeit: Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Familienhilfe, Behindertenhilfe, Obdachlosenhilfe, Suchthilfe, Krankenhilfe, Schuldnerhilfe, Rechtshilfe und Altenhilfe etc. [vgl. Kleve 02, S. 9]

samt deutlich konkreter darstellt als das Lebensweltkonzept.

Ergänzende Anmerkung: Der Konkretisierungsgrad sagt nichts über die Güte des Konzepts aus: Es ist sinnvoll und notwendig, einen gewissen Abstraktionsgrad für ein Konzept zu bewahren.

So spricht Höhmann sich beispielsweise dagegen aus, das Krankheitsverlaufskurvenkonzept zu sehr zu konkretisieren bzw. einzuschränken. Die Anwendung des Konzepts stark auf spezifisch pflegerische Handlungskonzepte, wie z. B. den Pflegeprozess, zu beziehen, wie Corbin/Strauss es im o. g. Pflegemodell taten, schätzt sie als „dysfunktionale Einschränkung der Einsatzmöglichkeit“ des Konzepts ein.⁷³¹ Denn sie sieht das Krankheitsverlaufskurvenkonzept als einen gemeinsamen berufs- und einrichtungsübergreifenden Orientierungsrahmen für die Abstimmung professioneller Arbeitsleistungen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen,⁷³² mit dessen Hilfe beispielsweise für den Umgang mit langzeitpflegebedürftigen, multimorbiden Menschen eine übergreifende gegenseitige Ausrichtung unterschiedlicher Versorgungsbeiträge erfolgen kann.⁷³³

Es gibt ein weiteres Argument dafür, einen höheren Abstraktionsgrad positiv zu bewerten. Teils wird das Krankheitsverlaufskurvenkonzept kritisiert, weil es die gesellschaftliche Existenz des Kranken und seiner Angehörigen außer Acht lässt, wie z. B. Statusfragen, die für die Menschen Teilhabe- oder Verlustdimensionen bedeuten können, ebenso wie unterschiedliche Existenzsicherungsaktivitäten der Betroffenen (vgl. S. 106). Allerdings lässt sich einwenden, dass solche Prozesse der gesellschaftlichen Existenz der Betroffenen, über das Krankheitsverlaufskurvenkonzept *doch* angesprochen werden können, da Corbin/Strauss

- im Rahmen der „strukturell-interaktionalen“ Perspektive (Bedingungsmatrix mit dem Zusammenhang zwischen makro- und mikrosozialen Ebenen)
- bzw. auch unter dem Aspekt der erforderlichen Zusammenarbeit der Familienmitglieder im Rahmen der Alltagsarbeit zur Ressourcen- und Existenzsicherung (Ausbalancierung der drei Hauptarbeitslinien, Bewältigung und Struktur als Prozess, Strukturbedingungen)

diese Themen ausführen, wenn auch weniger differenziert.⁷³⁴ Gewissermaßen sind sie wieder *implizit* enthalten, die Schilderung ist hier auf so abstrakterem Niveau, dass die Themen darunter gefasst werden könnten, auch wenn sie nicht *explizit* angesprochen wurden. Insofern ist der hohe Abstraktionsgrad bezüglich gesellschaftbezogener Aspekte des Konzepts gleichzeitig ein Vor- und Nachteil.

8 Innerfamiliäre Bewältigung

Zwar nehmen beide Konzepte soziale Ressourcen der Betroffenen in den Blick (vgl. Gemeinsamkeit: Ressourcenorientierung, S. 94), jedoch fokussiert das Krankheitsverlaufskurvenkonzept deutlicher und detaillierter auf den Kranken und seine Familie: Es geht schwerpunktmäßig um die Analyse der Veränderungen des sozialen Gefüges innerhalb der Familie, d. h. um innerfamiliäre Bewältigungsprozesse. Das Konzept beschreibt dabei, wie sich vielfältige Rollenumschichtungen und Aufbrüche eingefahrener Interaktionsmuster innerhalb der Familien (bzw. der Partnerschaft) ergeben. So müssen sich Kranke mit Rolleneinbußen abfinden (z. B. nicht mehr der Ernährer der Familie zu sein) und kann das Gleichgewicht bestehender Beziehungen sehr gestört werden.

Beim Lebensweltkonzept werden soziale Ressourcen auch sehr umfassend beachtet (vgl. S. 94), jedoch sind

⁷³¹ vgl. Höhmann 02, S. 76; zu diesem Pflegemodell vgl. [Corbin/Strauss 98a]

⁷³² vgl. ebenda, S. 62, S. 74, S. 76

⁷³³ vgl. ebenda, S. 76

⁷³⁴ vgl. ebenda, S. 67

die Formulierungen, die das Einbeziehen familiärer Verhältnisse betreffen, auf höherem Abstraktionsniveau. Konkrete Themen, die beispielsweise die Arbeitsverteilung oder einzelne Rollenumschichtungen innerhalb der Familie betreffen, sind hier kein explizites Thema. Sie lassen sich nur implizit (über die Dimension der sozialen Bezüge, vgl. S. 25) herauslesen.

Das konkrete innerfamiliäre Bewältigungsgeschehen wird insgesamt deutlicher durch das Konzept der Krankheitsverlaufskurve als durch das Konzept der Lebensweltorientierung vermittelt.

9 Dauerhaftigkeit und Langfristigkeit der Bewältigungsaufgaben

Der Fokus des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts liegt auf dem Aspekt der Langfristigkeit, da chronische Krankheiten durch die lebenslangen Verläufe den gesamten weiteren Lebensverlauf der Kranken prägen (vgl. Objektive und subjektive Charakteristika chronischer Krankheit, hier S. 41). Bereits einzelne Phasen wie z. B. die Normalisierung können sehr lange dauern (vgl. S. 56), und meist müssen sogar lebenslang unterstützende Arrangements aufgebaut und aufrechterhalten werden sowie gesundheitsbezogene Einflussfaktoren überwacht werden.⁷³⁵ Bewältigungsaufgaben im Sinne des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts sind somit durch Dauerhaftigkeit und Langfristigkeit gekennzeichnet.

Im Rahmen der Lebensweltorientierten Arbeit heißt es hingegen allgemeiner, dass sich die Arbeit an den gegenwärtigen sowie zukünftigen Bewältigungsaufgaben orientiert (vgl. S. 24). Diese Formulierung ist so allgemein, dass Dauerhaftigkeit und Langfristigkeit zwar auch hier prägend sein könnten, aber es wird nicht explizit formuliert. Thiersch verweist sogar darauf, dass Adressaten den Kontakt immer mal wieder abbrechen, kurzfristig Hilfe annehmen, sich dann wieder zurückziehen, und Sozialarbeiter mit diesen intermittierenden Kontakten zurechtkommen müssen. Anwendungsabhängig sind im Rahmen lebensweltorientierter Arbeit auch *kurzfristige Interventionen eingeschlossen* (wie z. B. eine kurze Beratungssequenz, die Unterstützung zur kurzfristigen Wohnungssuche bei drohender Obdachlosigkeit liefert).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass - auch wenn im Rahmen der Verlaufskurvenarbeit immer wieder kurzfristige Interventionen bei plötzlichen Krisen erforderlich sein können- die beiden Konzepte sich hinsichtlich der Ausrichtung auf die Langfristigkeit und Dauerhaftigkeit der Bewältigungsaufgaben insofern unterscheiden als das Krankheitsverlaufskurvenkonzept den Blick deutlicher auf langfristige Bewältigungserfordernisse richtet.

10 Spannungsverhältnis von Handeln und Erleiden

Beide Konzepte zeichnen zwar das Bild des *aktiv* handelnden Individuums (vgl. Gemeinsamkeiten, S. 92) , jedoch verweisen Corbin/Strauss gleichzeitig auf vielfältige Bedrohungspotentiale für die Betroffenen, z. B. wenn Koordinationsdefizite, disparate Situationsdeutungen, Ermüdungserscheinungen bei langandauernden Bewältigungsanforderungen und Steuerungsverluste bei unvorhergesehenen komplexen und die etablierten Alltagsroutinen nun überfordernden Arbeitsanforderungen das Ausbalancieren der Arbeitslinien stören und negative Ereigniskaskaden in Form von Abwärtsspiralen in Gang setzen (vgl. Ebene 4: Strukturbedingungen, S. 72). Gerade diese Dominoeffekte verdeutlichen die kaum willentlich beeinflussbare Dynamik, die sich auf das *Erleiden* chronischer Krankheitsprozesse bezieht. Das Konzept zeigt somit insgesamt eine Dualität bzw. ein Spannungsverhältnis von aktivem Gestalten und passivem Erleiden auf.⁷³⁶

Im Lebensweltkonzept sind Strukturbedingungen wie derartige Abwärtsspiralen hingegen keine expliziten

⁷³⁵ vgl. Höhmann 02, S. 61

⁷³⁶ vgl. ebenda, S. 65

Themen, sondern sind eher implizit enthalten (wenn z. B. das Thema Sterbebegleitung angeschnitten wird, vgl. S. 24 oder ggf. wenn Überforderungen bei der Lebensgestaltung beschrieben werden; vgl. Gemeinsamkeiten, S. 92).⁷³⁷ Das benannte Spannungsverhältnis zwischen Gestalten-Können und Erleiden-Müssen, das sich zudem permanent ändern kann, ist im Lebensweltkonzept jedoch kein gesondertes Thema.

Fazit ist, dass die Problematisierung des Spannungsverhältnisses zwischen Handeln und Erleiden nur vom Krankheitsverlaufskurvenkonzept, nicht jedoch vom Lebensweltkonzept aufgenommen wird.

11 Blick auf Lebensbereiche, in denen Professionelle keine Rolle spielen

Phasen bzw. Institutionen, die besonders stark durch die Professionellen geprägt werden (Akutphase, Klinikaufenthalt) werden von den Autoren absichtlich nicht detailliert beschrieben (vgl. S. 55). Der Blick des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts richtet sich stattdessen auf viele Bereiche, in die Professionelle nicht direkt eingebunden sind (z. B. die stabile Phase). Diese Blickerweiterung erfolgt, weil das Konzept auf die gesamte Arbeit und somit auch auf die in diesen Bereichen zu leistende Arbeit fokussiert. Zu diesen Bereichen gehören z. B. *Arbeit und Aushandlungen innerhalb der Familie*, die über teils lange Zeiträume immer wieder erforderlich sind, die *Biografiearbeit, die nur der Kranke oder die Angehörigen selbst leisten können* (wie z. B. eine Umorientierung bezüglich der eigenen Werte, die Aufstellung neuer Prioritäten etc.) oder auch die *Arbeit in stabilen Phasen*, in die Professionelle kaum involviert sind.

Beim Konzept der Lebensweltorientierung spielen Lebensbereiche, in denen Professionelle keine Rolle spielen (z. B. Situationen, die stabil und nicht mehr prekär sind oder Identitätsarbeit, die sich *innerhalb* der Adressaten vollzieht), kaum eine Rolle. Sie lassen sich aus dem Konzept erneut eher implizit herauslesen.

Der mit hoher Wertschätzung verbundene erweiterte Blick auf Lebensbereiche des „Privaten“ wegen der auch hier zu leistenden Arbeit findet sich wesentlich deutlicher betont im Krankheitsverlaufskurvenkonzept als im Konzept der Lebensweltorientierung.

3.3 Ergebnisse des Vergleichs

Häufig musste beim Vergleich der Ausdruck „implizit“ genutzt werden, was dem hohen Abstraktionsgrad der Konzepte geschuldet ist. Dieser Abstraktionsgrad lässt manchmal keine eindeutigen Aussagen darüber zu, ob ein Vergleichskriterium von den Autoren des Konzepts *tatsächlich* bedacht wurde, obwohl es im Konzept nicht explizit thematisiert wurde. Aber wegen des Abstraktionsgrades - und damit der inhaltlichen Breite - der Konzepte *könnten* die untersuchten Vergleichskriterien dem Konzept jeweils innewohnen, so dass sie häufig als „gegebenenfalls implizit enthalten“ eingestuft werden mussten. Unter Berücksichtigung dieser kleinen Einschränkung zur Eindeutigkeit der Ergebnisse, ließen sich beim Vergleich der beiden Konzepte fünfundzwanzig Gemeinsamkeiten und insgesamt vierundzwanzig Unterschiede teils prinzipieller und teils gradueller Art feststellen, die hier noch einmal kurz zusammengefasst werden sollen.

Gemeinsamkeiten beider Konzepte

Neben dem vergleichbaren Alter des Konzepts, dem disziplinübergreifenden Anwendungsbereich und der heterogenen Adressatengruppe können beide Konzepte als „Konzept“ (oder als „praktische Theorie“) definiert werden. Die theoretische Ausrichtung lässt sich in beiden Fällen als soziologische bzw. strukturell-

⁷³⁷ Um Missverständnissen vorzubeugen: selbstverständlich sind Abwärtsspiralen auch in der Sozialen Arbeit ein Thema und werden z. B. im Rahmen ressourcenorientierter Ansätze als Teufelskreise bzw. *Verlustspirale* beschrieben (z. B. Arbeitsunfall⇒Behinderung⇒Finanzielle Bedrohung ⇒Isolationstendenzen etc.), jedoch erscheinen diese Abwärtsspiralen im Lebensweltkonzept - im Gegensatz zum Krankheitsverlaufskurvenkonzept - nicht explizit

interaktionstheoretische Handlungstheorie beschreiben, die ausführlich durch verschiedene Basistheorien fundiert ist. Dabei fällt auf, dass auf eine mögliche theoretische Basis des Konzepts, d. h. die intersubjektive Verständigung auf Basis gemeinsamer Symbole bzw. Sprache, von den Autoren nicht explizit zurückgegriffen wird.

Inhaltlich zeichnen sich beide Konzepte durch einen subjektorientierten Zugang, die Einzelfallbetrachtung und das Insistieren auf Komplexität aus, was eine vereinfachende, pauschalisierende Betrachtungsweise von Fällen grundsätzlich ausschließt. Methodisch sind beide Konzepte durch Partizipation, Aushandlung als zentrale Handlungsmethode, eine prozesshafte Verlaufsgestaltung im Sinne eines zielgerichteten problemlösenden Handlungsablaufs und das Prinzip des Handelns in situativer Offenheit gekennzeichnet.

Beide Konzepte legen die Betonung auf permanente Veränderung und Wandel und fokussieren die - auch hieraus resultierenden - Unsicherheiten der Individuen, die einen Unterstützungsbedarf wecken.

Eine akteurstheoretische Sicht, die die aktive Lebensgestaltung durch die Individuen betont, nehmen beide Konzepte ein, wobei sie auch nicht die Gefahr der Überforderung der Individuen durch die Gestaltungsanforderungen übersehen. Beide Konzepte orientieren sich am Prinzip der Prävention, sehen Pragmatismus als positive und nützliche Bewältigungsressource und beinhalten eine allgemeine Ressourcenorientierung. Der Zeitdimension wird in beiden Konzepten in dreifacher Hinsicht Beachtung geschenkt, und neben all den problemlösenden Unterstützungsaufgaben sehen beide Konzepte auch die Suche nach den Momenten gelingenden Lebens als Teilaufgabe ihrer Unterstützungsbemühungen für die Menschen an.

Die für Unterstützungsprozesse wichtige Beziehungsgestaltung ist in beiden Konzepten durch die Grundhaltung des Respekts charakterisiert, durch das Bewusstsein für eine erforderliche analytischen Distanz zum Fall sowie die situationsangemessene Selbstbegrenzung.

Beide Konzepte widmen sich der Analyse von Schnittstellen, um auch bei den Übergängen zwischen Lebensfeldern zu helfen und erhoffen sich schließlich Implikationen des Konzepts für die konkrete Berufspraxis sowie die Neubewertung der Relevanz von Aufgaben innerhalb der Berufsgruppe.

Damit zeigt sich, dass beide Konzepte insgesamt eine recht große gemeinsame Basis ähnlicher Subkonzepte aufweisen, wobei deren Kongruenz sich nicht bloß auf Randthemen, sondern auch auf ganz zentrale Konzeptbestandteile bezieht.

Unterschiede aus Sicht des Konzepts der Lebensweltorientierung

Eine Reihe von Unterschieden zwischen beiden Konzepten ergibt sich durch die Kriterien, die vorrangig im Konzept der Lebensweltorientierung berücksichtigt, betont bzw. explizit benannt werden. Die tendenziell etwas größere Breite der Bewältigungsthemen bzw. des Adressatenkreises und die Berücksichtigung historischer Einflüsse auf das Individuum und seinen Alltag kennzeichnen insbesondere das Lebensweltkonzept. Die Aufforderung zur Beachtung der Pseudokonkretheit des Alltags, mit der Andeutung, hinter dem präsentierten Alltag unter Umständen eine ganz andere Wirklichkeit entdecken zu müssen, und der Hinweis auf einen gegebenenfalls erforderlichen - mit dem Adressaten abgestimmten - destruktiven Umgang mit problematischen Routinen, unterscheiden das Konzept der Lebensweltorientierung von Krankheitsverlaufskonzept.

Außerdem stellt nur das Lebensweltkonzept eine sozialpolitische Handlungstheorie dar, d. h. die Orientierung an Humanität, Freiheit sowie sozialer Gerechtigkeit, die Intention der Veränderung der Verhältnisse und die Notwendigkeit der dafür erforderlichen Gesellschaftsanalysen sowie die Beachtung der Prinzipien der

Partizipation (in erweiterter Sichtweise) und der parteilichen Einmischung, die dieser sozialpolitischen Handlungstheorie ihre Gestalt geben, finden sich so nur im Lebensweltkonzept.

Das Prinzip der Integration findet sich explizit nur im Konzept der Lebensweltorientierung, ebenso wie die „empowernde“ Hilfe zur Selbsthilfe, während sich im Krankheitsverlaufskurvenkonzept eher implizite beispielhafte Hinweise zum Selbstmanagement finden lassen. Ein weiterer Unterschied ergibt sich in Bezug auf die Beziehungsgestaltung, der im Lebensweltkonzept eine hohe Bedeutung beigemessen wird, und die nur dort durch eine Verständigung im Sinne des hermeneutischen Verstehens sowie die geforderte Selbstreflexion der Professionellen inhaltlich unterfüttert wird.

Darüber hinaus unterscheiden sich Begriff und Inhalt der Diagnose deutlich voneinander, obwohl sich die Inhalte der Sozialdiagnose des Lebensweltkonzepts auch in der Bedingungsmatrix des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts entdecken lassen.

Schließlich finden sich die Aufforderung zur Kritik an selbstreferentiellen Institutionen, der Gedanke der Kompensation fehlender sozialer Ressourcen durch professionelle Dienste oder Selbsthilfegruppen, die explizite Beachtung der Raumdimension der Lebenswelt sowie Vorschläge zur unkonventionellen Flexibilisierung von Hilfen ausschließlich, vorrangig oder zumindest deutlicher und explizit betont im Lebensweltkonzept und nicht bzw. nicht so deutlich im Konzept der Krankheitsverlaufskurve.

Die Unterschiede sind damit deutlich: nicht nur die Zahl der Unterschiede ist beachtlich, sondern auch, dass viele dieser Unterschiede ein großes inhaltliches Gewicht haben und die Konzepte damit klar voneinander abgrenzen.

Unterschiede aus Sicht des Konzepts der Krankheitsverlaufskurve

Es lässt sich auch eine Fülle von Kriterien benennen, die für das Konzept der Krankheitsverlaufskurve relevant sind und explizit benannt werden, aber für das Konzept der Lebensweltorientierung eine tendenziell geringere Bedeutung haben bzw. nur implizit Berücksichtigung finden.

Nur das Konzept der Krankheitsverlaufskurven ist aus Studien hervorgegangen und damit empirisch fundiert. Außerdem legt ausschließlich das Krankheitsverlaufskurvenkonzept inhaltlich eine besondere Betonung auf das Konzept der Arbeit im Sinne der konkreten eigenen Bewältigungsanstrengungen aller Beteiligten und ist dementsprechend arbeitssoziologisch fundiert. Beide Konzepte unterscheiden sich zudem deutlich darin, inwieweit sie Krankheit als konkreten Fall einer allgemeinen prekären Bewältigungssituation behandeln. Das heißt, dass sich die konkreten Bewältigungsarbeiten mit Bezug auf chronische Krankheiten sowie die reziproken Wechselwirkungen zwischen Krankheit und Biografie bzw. Krankheit und Alltag nur im Konzept der Krankheitsverlaufskurve finden lassen.

Die Konzepte unterscheiden sich auch dadurch, dass nur das Krankheitsverlaufskurvenkonzept als Identitätstheorie eingestuft werden kann, und in diesem Zusammenhang auch explizit die Bedeutung des Körpers (sowie der Körperstörung) für das alltägliche Leben - sowie für die Identitätsbildung - thematisiert wird.⁷³⁸

Auch der Biografiearbeit widmet sich nur das Krankheitsverlaufskurvenkonzept ausführlich.

Obwohl beide Konzepte den gewissen Abstraktionsgrad eines allgemeinen Orientierungsrahmens für die Praxis zeigen, stellt sich das Krankheitsverlaufskurvenkonzept - mit Ausnahme der gesamtgesellschaftlichen

⁷³⁸ Der Körperbezug ist für alle theoretischen Pflegekonzepte relevant: Wittneben verweist darauf, dass Krankenpflege nicht nur eine *face to face* - Tätigkeit wie die (Sozial-)Pädagogik darstellt, sondern eine *body to body* - Tätigkeit bedeutet. Daher müssen „patientenorientierte“ theoretische Konzepte neben kognitiv-affektiven Dimensionen (wie z. B. Empathie) auch immer die Körperdimension enthalten [vgl. Wittneben zit. n. Scheu 02, S. 15].

Bezüge - insgesamt deutlich konkreter als das Lebensweltkonzept dar.

Einige Themenkomplexe finden sich fast nur im Krankheitsverlaufskurvenkonzept, wie beispielsweise das konkrete innerfamiliäre Bewältigungsgeschehen und die Ausrichtung auf dauerhafte, wechselhafte und langfristige Bewältigungserfordernisse, die nicht selten lebenslang andauern müssen. Auch das den Verlaufskurven chronisch Kranker immanente Spannungsverhältnis von Handeln und Erleiden, das die Unberechenbarkeit der Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten herausstellt und damit ein besonderes Bedrohungspotential für die Betroffenen bedeutet, findet sich nur hier. Schließlich findet sich die Erweiterung des Blicks auf Lebensbereiche, in die Professionelle nicht direkt eingebunden sind, und die Darstellung der auch hier erforderlichen alltäglichen Bewältigungsarbeit deutlich betonter im Krankheitsverlaufskurvenkonzept als im Konzept der Lebensweltorientierung.

Auch aus diesem Blickwinkel ergibt sich, dass die Konzepte in entscheidenden Punkten voneinander abweichen, was hier insbesondere der anwendungsbezogenen Betrachtung (chronische Krankheiten) geschuldet ist, so dass sich - von der Identitätstheoretischen Ausrichtung bis zur Fokussierung auf lebenslange Bewältigungszeiträume - ebenfalls sehr deutliche Unterschiede zwischen den Konzepten zeigen.

Die Ergebnisse zeigen - zusammenfassend gesagt - dass sich insgesamt sowohl ganz entscheidende Übereinstimmungen als auch deutliche Unterschiede zwischen den beiden Konzepten feststellen lassen. Außerdem wurde deutlich, dass ein Vergleich der komplexen Zielsetzungen der Konzepte, im Sinne des *gelingenderen Alltags* bzw. der *Bewältigung chronischer Krankheiten*, ohne eine inhaltliche Verkürzung und Verfälschung nur anhand dieses Blickes auf die hinter den komplexen Begriffen stehenden einzelnen Konzeptelemente und anhand der detaillierten Betrachtung ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede möglich ist.

Im folgenden Kapitel sollen diese Ergebnisse des Konzeptvergleichs abschließend hinsichtlich ihres Aussagegewerts zu den Verknüpfungsmöglichkeiten der Konzepte beurteilt werden.

4 Fazit und Ausblick

Es wurde am Anfang dieser Arbeit die Hoffnung geäußert, die Ergebnisse dieses Konzeptvergleichs könnten der Entwicklung neuer Theorieansätze und damit der Weiterentwicklung des Wissens über chronische Erkrankungen dienen. Der Gedanke bestand darin, aus der Diskussion bereits bestehender Konzepte heraus, könnten neue Konzeptansätze entwickelt und dabei die Verbindung zwischen Pflegewissenschaft und Sozialer Arbeit hergestellt werden, weil nur multidisziplinäre Konzepte der Komplexität der Bedarfslagen chronisch Kranker gerecht werden können.

Die Zielsetzung dieser Arbeit beinhaltete dabei nur den ersten Schritt dieses gedanklichen Vorhabens zu gehen. Das heißt, es ging darum, durch einen Vergleich die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zweier grundlegender Konzepte dieser beiden Disziplinen - d. h. dem Konzept der Lebensweltorientierung und dem Konzept der Krankheitsverlaufskurve - herauszuarbeiten.

Die Ergebnisse dieser vergleichenden Analyse zeigen, wie eben dargelegt wurde, dass die Konzepte in ganz essentiellen Konzeptbereichen große Gemeinsamkeiten aufweisen. Gleichzeitig bestehen aber auch deutlich unterschiedliche Schwerpunktsetzungen beider Konzepte.

Es stellt sich gleich die Frage, ob angesichts dieser Ergebnisse überhaupt Integrationsmöglichkeiten beider Konzepte bestehen könnten. Zum Abschluss dieser Arbeit soll daher noch dieser sich unmittelbar aufdrängenden Anschlussfrage nachgegangen werden, da die Integrationsmöglichkeit hilfreich und wichtig wäre, um, wie beabsichtigt, konzept- und damit disziplinübergreifende Weiterentwicklungen theoretischer Ansätze forcieren zu können.

Die Vergleichsergebnisse scheinen zumindest eine Reihe von *Indikatoren* dafür zu liefern, dass derartige Integrationsmöglichkeiten bestehen. Diese Indikatoren sollen abschließen skizziert werden:

1. **Disziplinunabhängigkeit:** Günstige Voraussetzungen werden schon dadurch geschaffen, dass sich die Konzepte prinzipiell als disziplinübergreifend (bzw. das Krankheitsverlaufskurvenkonzept sogar als disziplinunabhängig) verstehen. Damit sind sie grundsätzlich auch für die jeweils andere Disziplin - Pflegewissenschaft bzw. Soziale Arbeit - einsetzbar.
2. **Gemeinsamkeiten:** Die große gemeinsame Basis ähnlicher Konzeptelemente deutet an, dass es bei den Unterstützungsbemühungen seitens der Professionellen- ob bei der Suche nach dem gelingenderen Alltag (Lebensweltkonzept) oder bei der Hilfe zur Krankheitsbewältigung (Krankheitsverlaufskurvenkonzept) - immer wieder um dieselben oder ähnliche Prinzipien geht, wenngleich sie aus unterschiedlichen theoretischen Zugängen bzw. Disziplinen entwickelt werden.

So stellen beispielsweise der subjektorientierte Zugang zum Betroffenen, die respektvolle - subjektive Sinnhaftigkeiten des Betroffenen akzeptierende- Beziehungsgestaltung oder auch die Methodik interaktiver partizipativer Aushandlungsprozesse in beiden Konzepten ganz zentrale Leitlinien dar (s. o.). Beide Konzepte bieten durch diese Parallelen diverse Verknüpfungsmöglichkeiten.

3. **Integrationsmöglichkeit der Basistheorien:** Verknüpfungsmöglichkeiten werden auch nicht dadurch behindert, dass die Konzepte über differierende theoretische Zugänge wissenschaftlich legitimiert werden. Denn die Zugänge über Schütz und Mead sind nicht widersprüchlich, sondern lassen sich gut miteinander verbinden. Zum einen wurde bereits auf die sich überschneidenden Inhalte hingewiesen (vgl. die symbolbasierte intersubjektive Verständigung, S. 85). Zum anderen haben andere Autoren diese Verbin-

dung bereits geschaffen. So hat bereits Wilson zunächst verschiedene Positionen zum symbolischen Interaktionismus (Mead, Blumer u. a.) zum „Interpretativen Paradigma“ vereinigt und unter Einbeziehung der phänomenologischen Positionen (Husserl, Schütz u.a.) sowie der Handlungstheorie von Habermas zum „Interpretativen Programm“ zusammengefasst.⁷³⁹ Das heißt, eine Verbindungsmöglichkeit der theoretischen Wurzeln beider Konzepte steht zweifelsfrei fest.

4. **Unterschiede als Anknüpfungspunkt für Konzeptergänzungen:** Die ermittelten Unterschiede sind nicht im Sinne fundamentaler Widersprüche zu verstehen, die eine Verbindung der Konzepte unmöglich machen. Stattdessen geben die Unterschiede bereits indirekt konstruktive Hinweise dafür, um welche inhaltlichen Aspekte ein Konzept durch das jeweils andere Konzept ergänzt werden könnte. Beide Konzepte weisen ihre jeweils unterschiedlichen Schwerpunkte bezüglich ihrer Inhalte, Sichtweisen oder Prioritätensetzungen auf, indem sie beispielsweise sozialpolitische Ambitionen haben (wie nur das Lebensweltkonzept) oder körperbezogene Identitätsproblematiken fokussieren (wie nur das Krankheitsverlaufskonzept). Sogar über diese Unterschiede könnten gegenseitige Anknüpfungspunkte der Konzepte geschaffen werden.

So wäre beispielsweise zu prüfen, ob das Lebensweltkonzept um den *Körper* im Sinne einer eigenständigen (sechsten) Dimension zur Analyse der Lebenswelt sinnvoll ergänzt werden könnte.

Analog wäre zu prüfen, ob das Krankheitsverlaufskonzept um bislang nur im Lebensweltkonzept enthaltene Aspekte bereichert werden könnte. Dass das sehr gewinnbringend zur inhaltlichen Erweiterung der Konzepte sein könnte, wurde im Rahmen des Konzeptvergleichs bereits in Form der ergänzenden Anmerkungen angedeutet. Themen wie der *Umgang mit problematischen Routinen* (d. h. Erkrankten helfen, sich von kontraproduktiven Bewältigungsstrategien zu lösen), die Beachtung der *ungleichheitstheoretischen Perspektive* (mit diversen Hinweise darauf, dass soziale Ungleichheit auch die Bewältigung chronischer Krankheiten in relevanter Weise prägen könnte) oder auch die *Notwendigkeit von Gesellschaftsanalysen* (die belegen, dass chronisch Kranken durch gesellschaftliche Entwicklungen in ihren Bewältigungsbemühungen beeinflusst werden, wie z. B. durch die tendenziell zunehmende räumliche Entfernung der Nachkommen, was deren „Verfügbarkeit“ einschränkt) stellen erste Überlegungen zur Konzeptergänzung dar. Auf Basis derartiger Ergänzungen, die hier nur beispielhaft gezeigt werden konnten, aber bezüglich aller Unterschiedskriterien zu prüfen wären, könnte später ein - gegenüber den Ursprungskonzepten der Lebensweltorientierung bzw. der Krankheitsverlaufskurve erweiterter - disziplinübergreifender theoretischer Bezugsrahmen entwickelt werden, der Relevanzbereiche der beiden Ursprungskonzepte integrierend umfasst.

Somit ergeben sich durch diese vier Hinweise, d. h. durch die Interdisziplinarität der Konzepte, die vielfälti-

⁷³⁹ vgl. Wilson zit. n. Weidner 04, S. 21ff. Das „Interpretative Programm“ fasst Treibel in drei Stichworten zusammen: „Interaktion und Intersubjektivität“, „Auslegung der Lebenswelt“ und „Dominanz der Ihr-Einstellungen in gegenwärtigen Gesellschaften“ [Treibel zit. n. Weidner 04, S. 23]. Das dritte Stichwort rekurriert auf Schütz, der die direkten Wirkbeziehungen zum unmittelbaren Menschen gegenüber von anonymen Ihr-Beziehungen zu Zeitgenossen unterscheidet [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 117ff.]. Damit wird die Aktualität des „Interpretativen Programms“ hinsichtlich der Vielfältigkeit der Beziehungsformen in den zusehends komplexeren und individualisierteren Gesellschaftsformen betont [vgl. Weidner 04, S. 23]. Ergänzende Anmerkung: Habermas hat eine eigene theoretische Konzeption der Betrachtung von Lebenswelt entwickelt, bei der es darum geht, Handlungstheorie und Systemtheorie in einer übergreifenden Kommunikationstheorie der Gesellschaft zusammenzuführen. Bei seinem *kommunikationstheoretischen Lebensweltbegriff* ist Lebenswelt nicht mehr als (sozial-)räumlicher Ort und Zeitraum zu verstehen, sondern der „transzendente Ort“, an dem die Kommunikationspartner sich begegnen und wechselseitig den Anspruch erheben können, dass ihre Äußerungen mit der (objektiven, sozialen oder subjektiven) Welt zusammenpassen [vgl. Habermas zit. n. Wahl 04, S. 5 und S. 15ff.; vgl. dazu auch Scheffel 00, S. 45ff.].

gen Gemeinsamkeiten der Konzepte, die Verbindungsmöglichkeiten bezüglich ihrer theoretischen Wurzeln und durch die aus den Unterschieden sich ergebenden Anhaltspunkte zur Konzeptergänzung, diverse Indikatoren dafür, dass Anknüpfungsmöglichkeiten zwischen dem Konzept der Lebensweltorientierung und dem Krankheitsverlaufskurvenkonzept bestehen. Es sind aber nur Indikatoren, und es wäre eigene Fragestellung für eine weiterführende Arbeit, wie aus den hier ermittelten Ergebnissen und den damit nachgewiesenen *prinzipiellen* gegenseitigen Anknüpfungs- und Ergänzungsmöglichkeiten der Konzepte neue disziplinübergreifende theoretische Ansätze zu entwickeln wären.

Die Unterstützung chronisch Kranker bei ihren Bewältigungsbemühungen ist eine komplexe und anspruchsvolle Aufgabe. Einleitend wurde dargelegt, dass für diese Unterstützungsaufgabe derzeit noch interdisziplinäre Konzepte fehlen und sich die theoretisch-konzeptionelle Diskussion neuer Konzepte erst am Anfang befindet. Eine Vereinigung von Beiträgen unterschiedlicher Disziplinen ist hierbei unabdingbar, so dass im Rahmen dieser Arbeit zunächst ein erster Versuch zur Integration zweier Disziplinen angedacht wurde, d. h. der Pflege und der Sozialen Arbeit.

Auch eine Integration mit Konzepten anderer flankierender wissenschaftlicher Disziplinen wäre denkbar, wie z. B. der Medizin, der Gesundheitswissenschaft oder der Psychologie, um sich gegenseitig zu inspirieren und durch Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer zu ergänzen. Dass dabei auch ein internationaler Anschluss den Erkenntnisgewinn fördert, zeigte ansatzweise bereits diese Arbeit, indem sie ein ursprünglich amerikanisches mit einem deutschen Konzept verglich.

Die Schaffung neuer Konzepte wäre jedoch nur ein Teil der Aufgabe, denn selbst wenn die Schaffung umfassender disziplinübergreifender Konzepte zur Versorgung chronisch Kranker gelänge, ließe das noch keine Rückschlüsse auf deren Umsetzung in der Praxis zu.

Schon bei den beiden untersuchten Konzepten hapert es bislang an der Umsetzung. Das Lebensweltkonzept wird seinen hohen Ansprüchen in der Praxis nicht immer gerecht,⁷⁴⁰ und auch bezüglich des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts bedarf es noch des Erprobens in der Praxis (vgl. S. 77).

Erst wenn beides gelänge, d. h. sowohl die interdisziplinäre Konzeptentwicklung als auch die anschließende konzeptgetreue Umsetzung dieses Entwicklungsergebnisses in der Praxis, wäre das Ziel erreicht. Dann ließe sich die Förderung des berufsübergreifenden Dialogs der Gesundheitsprofessionellen in der Praxis unterstützen und bestünde auch die Chance, die eingangs benannten Defizite der Versorgung chronisch Kranker in der Praxis nicht mehr vorfinden zu müssen. Bis dahin ist es jedoch noch ein weiter Weg.

⁷⁴⁰ Dafür finden sich viele Hinweise: Das Konzept wird oft ohne seine präventiven und vernetzenden Ansprüche genutzt [vgl. Bange et al. zit. n. Wahl 04, S. 8f]; Thiersch selbst weist darauf hin, dass sich die Nutzer des Konzepts mit Veränderungen in den gegebenen Verhältnissen begnügen, anstatt die Verhältnisse grundsätzlich in Frage zu stellen [vgl. Thiersch zit. n. Wahl 04, S. 9] und auch die hermeneutischen Ansprüche werden in der Praxis so nicht umgesetzt (vgl. Hermeneutisches Defizit, Fußnote S. 37)

Glossar

Erkrankung s. Krankheit

Hilfen in der Sozialen Arbeit

Soziales Helfen stellt einen Beitrag zur Befriedigung der Bedürfnisse von anderen Menschen dar, die diese nicht mehr selbst befriedigen können: „Sozialarbeiterische Hilfen beziehen sich auf materielle und symbolische (sozio-kulturelle) Bedürfnisse, die für die physische und psychische Reproduktion von Menschen erforderlich sind bzw. gesellschaftlich so bewertet werden. Somit wird soziales Helfen auch verstanden als ein Bedarfsausgleich im Hinblick auf ungleich verteilte und verfügbare soziale Ressourcen und Kapazitäten - z. B. Unterkunft, Nahrung, Gebrauchsgegenstände, Geld, Arbeit, Freizeit, Erziehung, Bildung, Betreuung, persönliche Beziehungen soziale Netzwerke etc.“⁷⁴¹.

Der Begriff der Hilfen in der Sozialen Arbeit beinhaltet somit immer bereits implizit den Blick auf soziale Ungleichheiten.

Krankheit

Der Begriff *Krankheit* bezieht sich auf objektive Parameter, d. h. auf somatische und physiologische Parameter (Normwerte und Funktionsgrößen); dagegen bezieht sich der Begriff *Erkrankung* auf das subjektive Erleben von Krankheit.⁷⁴² Der Begriff *Kranksein* bezieht soziale und gesellschaftliche Aspekte ein, die mit der Übernahme der Rolle als Kranker verbunden sind⁷⁴³ (z. B. Stigmatisierungen).

Im Rahmen dieser Diplomarbeit werden die Begriffe nicht jedoch derart differenziert verwendet, sondern (in Anlehnung an die meisten der zitierten Autoren) alltagssprachlich und damit synonym genutzt, wobei jedoch stets alle drei Dimensionen als implizit eingeschlossen gemeint sind: Der Blick auf die Krankheit ist stets umfassend gemeint, so dass physiologische Aspekte, subjektive Sichtweisen und soziale Auswirkungen bei der beschriebenen Krankheitsbewältigung berücksichtigt werden

Pflegebedarf

Pflegebedarf stellt kein personales Merkmal dar, d. h. ist nicht allein in der Person des Pflegebedürftigen begründet, sondern entsteht als Ergebnis eines Beurteilungs- und Entscheidungsprozesses⁷⁴⁴ und stellt die Gesamtheit der erforderlichen Pflege und Hilfe dar.⁷⁴⁵ Verstanden als Teil oder Gesamtheit der pflegerischen Hilfen/Maßnahmen, die als geeignet und erforderlich erscheinen, um pflegerisch relevante Probleme zu bewältigen, lässt sich der Pflegebedarf fachlich aus der Pflegebedürftigkeit ableiten, allerdings nicht im Sinne eines linearen Zusammenhangs da auch professionelle, kulturelle oder sozialrechtliche Normen einfließen, was einen der Gründe dafür darstellt, in der pflegerischen Fachliteratur zwischen der Erfassung von Pflegeproblemen und der Formulierung eines Pflegebedarfs zu unterscheiden.⁷⁴⁶ Es ist möglich, dass dem Patienten der Pflegebedarf in einer Situation gar nicht bewusst ist. Der Pflegebedarf ist u. a. sehr von Vorstellungen

⁷⁴¹ Kleve 02, S. 12

⁷⁴² vgl. Charmaz zit. n. Schaeffer 09a, S. 9

⁷⁴³ vgl. Schaeffer 09a, S. 10

⁷⁴⁴ vgl. Wingefeld 07, S. 10

⁷⁴⁵ vgl. Hasseler/Görres 05, S. 19

⁷⁴⁶ vgl. Wingefeld 07, S. 10

und Wissen über pflegerische Leistungen, vom neuesten fachwissenschaftlichen Forschungsstand und den Aufgaben sowie Interventionskonzepten in der Pflege abhängig.⁷⁴⁷ Umweltfaktoren (wie z. B. die Barrierefreiheit einer Wohnung), Kompetenzen und interne Ressourcen können den Pflegebedarf beeinflussen.⁷⁴⁸ Das jeweilige Pflegeziel (und damit verbunden das angestrebte Qualitätsniveau der Versorgung) stellt allerdings einen der entscheidenden Faktoren dar, die über Art und Umfang des Bedarfs entscheiden, denn aus einem Pflegeproblem kann sehr unterschiedlicher Interventionsbedarf abgeleitet werden, wenn entsprechend unterschiedliche Pflegeziele definiert werden. Ein solches Ziel kann beispielsweise in der bloßen Kompensation eingeschränkter Fähigkeiten oder Kenntnisse des Patienten bestehen, indem die Pflegekraft genau die Handlungen ausführt, zu denen der Patient selbst nicht in der Lage ist. Das Ziel kann aber auch die Wiedergewinnung verlorener Fähigkeiten beinhalten und damit ein Höchstmaß an Selbständigkeit des Patienten anstreben.⁷⁴⁹ Die aus den jeweiligen Zielen abzuleitenden Pflegemaßnahmen unterscheiden sich dementsprechend fundamental. Aus fachlicher Sicht ist die Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf somit notwendig.⁷⁵⁰

Pflegebedürfnis

Pflegebedürfnis beschreibt die vom Patienten subjektiv wahrgenommenen Bedürfnisse, die neben dem o. g. Pflegebedarf ebenfalls die Pflegesituation bestimmen,⁷⁵¹ allerdings aufgrund entsprechender Problemlagen ggf. unberücksichtigt bleiben müssen. So könnte z. B. das Bedürfnis des Patienten nach Ruhe unberücksichtigt bleiben, wenn der Bedarf nach Umlagerung zur Dekubitusprophylaxe besteht. Es kann somit zu Spannungsverhältnissen zwischen dem aus professioneller und wissenschaftlicher Sicht notwendigen Pflegebedarf und den subjektiven Bedürfnissen der Patienten kommen.⁷⁵²

⁷⁴⁷ vgl. Hasseler/Görres 05, S. 19

⁷⁴⁸ vgl. Hasseler/Görres 05, S. 18f

⁷⁴⁹ vgl. Wingenfeld 07, S. 11

⁷⁵⁰ vgl. Wingenfeld 07, S. 11

⁷⁵¹ vgl. Moers/Schaeffer 02, S. 219

⁷⁵² vgl. Moers/Schaeffer 02, S. 219

Literaturverzeichnis

Ammann 09

Ammann, C.-H.: Symbolischer Interaktionismus
Beitrag 2009
<http://multimedia-pflege.de/paed/soziologie/mead.html>; Zugriff vom 14.4.2011

Bauer 09

Bauer, U.: Der ungleichheitstheoretische Zugang
In: Schaeffer, D. (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, S. 263-280
Huber, Bern, 2009

Beck 86

Beck, U.: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne
Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1986

Beck/Beck-Gernsheim 94

Beck, U.; Beck-Gernsheim, E.: Individualisierung in modernen Gesellschaften - Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie
In: Beck, U.; Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.): Riskante Freiheiten, S. 10-39
Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1994

BSF 05

Behörde für Soziales und Familie (BSF) (Hrsg.): Entlassungsmanagement der Krankenhäuser aus Patienten-/Angehörigensicht
Ein Projekt der Behörde für Soziales und Familie, Referat Seniorenarbeit und Pflege in Kooperation mit dem Pflgetelefon Hamburg
Projektbericht, Hamburg, Juni 2005

Bohler 11

Bohler, K. F.: Das Fallverstehen als methodische Grundlage der sozialpädagogischen Diagnostik
In: Zeitschrift für Sozialpädagogik, Heft 1, 9. Jahrgang, S. 5-28
Juventa, Weinheim, 2011

Borgetto 09

Borgetto, B.: Sozialer Wandel und die Bewältigung chronischer Erkrankungen aus individualisierungstheoretischer Perspektive
In: Schaeffer, D. (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, S. 247-262
Huber, Bern, 2009

Bury 09

Bury, M.: Chronische Krankheit als biografischer Bruch
In: Schaeffer, D. (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, S. 75-90
Huber, Bern, 2009

Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09

Corbin, J.; Hildenbrand, B.; Schaeffer, D.: Das Trajektkonzept
In: Schaeffer, D. (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, S. 55-74
Huber, Bern, 2009

Corbin/Strauss 98a

Corbin, J. M., Strauss, A.: Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten
In: Woog, P.(Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell, S. 1-30
Ullstein Medical, Wiesbaden, 1998

Corbin/Strauss 98b

Corbin, J. M., Strauss, A.: Anmerkung
In: Woog, P.(Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell, S. 129-137
Ullstein Medical, Wiesbaden, 1998

Corbin/Strauss 04

Corbin, J. M.; Strauss, A.: Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit
Huber, Bern, 2. Auflage 2004

Curtin/Lubkin 02

Curtin, M.; Lubkin, I. M.: Was versteht man unter Chronizität?
In Lubkin, I. M. : Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe, S. 19-53
Huber, Bern, 2002

Dewe/Otto 02

Dewe, B.; Otto, H.-U.: Reflexive Sozialpädagogik. Grundstrukturen eines neuen Typs dienstleistungsorientierten Professionshandelns
In: Thole, W.(Hrsg.): Grundriss soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch,
S. 179-198
VS Verlag, Wiesbaden, 2. Auflage 2005

Dilthey 83

Dilthey, W.: Texte zur Kritik der historischen Vernunft
(Hrsg.: Lessing, H.-U.)
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1983

Duden 01

Duden. Das Fremdwörterbuch
Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus, Mannheim, 7. Auflage 2001

Ehrenberg 08

Ehrenberg, A.: Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart
Suhrkamp, Frankfurt a. M., 2008

Faller 08

Faller, H.: Etwas Disziplin, bitte!
In: Zeit Magazin Leben, Die Zeit Nr. 27, S. 17-19
Zeitverlag Gerd Bucerius, Hamburg, 26.6. 2008

Fuchs-Heinritz et al. 11

Fuchs-Heinritz, W.; Klimke, D.; Lautmann, R.; Rammstedt, O.; Stäheli, U.; Weischer, C. (Hrsg.):
Lexikon zur Soziologie
VS-Verlag, Wiesbaden, 5. überarbeitete Auflage 2011

Gaitanides o. J.

Gaitanides, S.: Systemtheorie und Soziale Arbeit. Vorlesungsskript zu Systemtheorie und Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit
http://www.fb4.fh_frankfurt.de/whoiswho/gaitanides/systemtheorie_lebensweltorientierung.pdf;
Zugriff vom 22.5.2011

Grunwald/Thiersch 04

Grunwald, K.; Thiersch, H.: Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit - einleitende Bemerkungen
In: Grunwald, K.; Thiersch, H.: Praxis Lebensweltorientierter Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern, S. 13-39
Juventa, Weinheim, 2004

Hasseler/Görres 05

Hasseler, M.; Görres, S.: Was Pflegebedürftige wirklich brauchen...Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung;
Berliner Schriften
Schlütersche, Hannover, 2005

Helle 99

Helle, H. J.: Verstehende Soziologie: Lehrbuch
Oldenbourg, München 1999

Hierdeis/Hug 96

Hierdeis, H.; Hug, T.: Pädagogische Alltagstheorien und erziehungswissenschaftliche Theorien
Klinkhardt, Bad Heilbrunn, 2.Auflage 1996

Hildenbrand 09

Hildenbrand, B.: Die „Bewältigung“ chronischer Krankheit in der Familie - Resilienz und professionelles Handeln
In: Schaeffer, D. (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, S. 133-155
Huber, Bern, 2009

Hill 08

Hill, B.: Selbsthilfe, bürgerschaftliches Engagement und sozialräumliche „Soziale Arbeit“
Eröffnungsvortrag der Tagung „Dort wo die Menschen leben. Brücken bauen, Netze bilden, Kooperationen stärken: Selbsthilfe in der Gemeinde“ der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.; Würzburg, 25.6.2008
http://www.dag_shg.de/site/data/DAGSHG/SHGJahrbuch/DAGSHG-shgJB2009-20-Hill.pdf;
Zugriff vom 18.8.2010

Höhmann 02

Höhmann, U.: Versorgungskontinuität durch „Kooperative Qualitätsentwicklung“ und abgestimmtes Trajektmanagement
Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 2. Jahrgang, Heft 4, 2002
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/media/HalBeitr/Halle-Pflege-02-04.pdf>;
Zugriff vom 8.5.2011

Hüper/Hellige 09

Hüper, C.; Hellige, B.: Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke: Rahmenbedingungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden
Mabuse, Frankfurt a. M., 2. Auflage 2009

Kahl 00

Kahl, H.-E.: Zum Konzept der Lebensweltorientierung im Zusammenhang mit
Community Education - beispielhaft aufgezeigt an einem Erwachsenenbildungsprojekt in Edinburgh/Schottland
Diplomarbeit, Fachbereich Sozialpädagogik, Fachhochschule Hamburg, 4. April 2000

Keupp 94

Keupp, H.: Ambivalenzen postmoderner Identität
In: Beck, U.; Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.): Riskante Freiheiten, S. 336-350
Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1994

Kleve 02

Kleve, H.: Methoden Sozialer Arbeit- Einführungstexte und Übersichten für das Grundstudium
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, September 2002
http://www.sozialwesen.fh-potsdam.de/uploads/media/Methoden_Sozialer_Arbeit_Eine_kurze_Einfuehrung.pdf; Zugriff vom 28.5.2007

Koch-Straube 01

Koch-Straube, U.: Beratung in der Pflege
Huber, Bern, 2001

Kraus 04

Kraus, B.: Lebenswelt und Lebensweltorientierung - eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft
Portal Sozialarbeitswissenschaft, Beiträge 2004
<http://www.webnetwork-nordwest.de/dokumente/Lebensweltorientierung.pdf>; Zugriff vom 4.9.2010

Krüger 09

Krüger, H.-H.: Einführung in Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft
Band II
Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, 5. erweiterte und aktualisierte Auflage 2009

Kuzminski/Großmann 10

Kuzminski, T.; Großmann, E.: Georg Herbert Mead: Symbolischer Interaktionismus
Universität Erlangen, Institut für Soziologie, HS: Symbolischer Interaktionismus und
Phänomenologie, WS 2010/11, 08.11.2010
http://www.soziologie.phil.unierlangen.de/system/files/15.11._die_soziallehre_von_g_h_mead.pdf;
Zugriff vom 14.04.2011

Lebert 08

Lebert S.: Wenn aus Liebe Wut wird
In: Die Zeit Nr. 22, S. 33-34
Zeitverlag Gerd Bucerius, Hamburg, 21.5. 2008

LoBiondo-Wood/Haber 05

LoBiondo-Wood, G.; Haber, J.: Pflegeforschung. Methoden Bewertung Anwendung
Elsevier (Urban und Fischer), München, 2. Auflage 2005

Lorenz-Krause 98

Lorenz-Krause, R.: Geleitwort
In: Woog, P.(Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell, S. VII-XII
Ullstein Medical, Wiesbaden, 1998

Mead 69

Mead, G. H.: Sozialpsychologie
Luchterhand, Neuwied am Rhein, 1969

Mead 73

Mead, G. H.: Geist, Identität und Gesellschaft
Suhrkamp, Frankfurt A. M., 1973

Mishel 97

Mishel, M. H.: Mit chronischer Krankheit leben: Mit Unsicherheit leben
In: Funk, S. G.; Tornquist, E. M.; Champagne, M. T.; Wiese, R. A. [Hrsg]: Die Pflege chronisch
Kranker, S. 61-74
Huber, Bern, 1997

Moers/Schaeffer 02

Moers, M.; Schaeffer, D.: Patientenerwartungen an die häusliche Pflege bei schwerer Krankheit
In: Schaeffer, D.; Ewers, M.: Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine
integrierte ambulante Pflege Schwerkranker, S. 218-232
Huber, Bern, 2002

Mollenhauer/Uhlendorff 92

Mollenhauer, K.; Uhlendorff, U.: Sozialpädagogische Diagnosen I. Über Jugendliche in schwierigen
Lebenslagen
Juventa, Weinheim, 1992

Müller 04

Müller, B.: Alltagsnahe Diagnose und der „Allgemeine Soziale Dienst (ASD)“
In: Grunwald, K.; Thiersch, H.: Praxis Lebensweltorientierter Arbeit. Handlungszugänge und
Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern, S. 41-53
Juventa, Weinheim, 2004

Mummendey 06

Mummendey, H. D.: Psychologie des „Selbst“. Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung
Hogrefe, Göttingen, 2006

Niemeyer 10

Niemeyer, C.: Klassiker der Sozialpädagogik. Einführung in die Theoriegeschichte einer Wissenschaft
Juventa, Weinheim, 3. aktualisierte Auflage 2010

Otto/Bauer 04

Otto, U.; Bauer, P.: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit älteren Menschen
In: Grunwald, K.; Thiersch, H.: Praxis Lebensweltorientierter Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern, S. 195-212
Juventa, Weinheim, 2004

Rauhers Haus 09

Das Rauhe Haus [Hrsg.]: Lebensweltorientierte Teilhabe: Das Konzept des Rauhen Hauses zur Stärkung von Selbstbehauptung und Kompetenzentwicklung
erstellt 21.02.2005, geändert 24.08.2009
http://www.rauheshaus.de/uploads/media/Konzept_Lebensweltorientierung_01.pdf;
Zugriff vom 22.5.2011

Rauschenbach 94

Rauschenbach, T.: Inszenierte Solidarität: Soziale Arbeit in der Risikogesellschaft
In: Beck, U.; Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.): Riskante Freiheiten, S. 89-111
Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1994

RKI 11

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Robert Koch-Institut, Oktoberdruck AG, Berlin 2011
http://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=13126; Zugriff vom 9.6.2011

Saß/Wurm/Ziese 09

Saß, A.-C.; Wurm, S.; Ziese, T.: Alter=Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung / Somatische und psychische Gesundheit
In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 31-61
Robert Koch-Institut, Berlin, 2009
http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11828&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=69045079&p_lfd_nr=1; Zugriff vom 9.6.2011

Schaeffer 04

Schaeffer, D. : Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit
Huber, Bern, 2004

Schaeffer 05

Schaeffer, D.: Der Pflegeforschungsverbund NRW. Optimierung der Bewältigung chronischer Krankheit
Pflege & Gesellschaft, 10. Jahrgang, Heft 1 Februar 05
<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/dgp/?p=116&pugid=33&artikel=168>; Zugriff vom 17.4.2011

Schaeffer 09a

Schaeffer, D. : Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf - Einleitung
In: Schaeffer, D. [Hrsg.]: Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, S. 7-12
Huber, Bern, 2009

Schaeffer 09b

Schaeffer, D. : Bewältigung chronischer Erkrankung - Status Quo der Theoriediskussion
In: Schaeffer, D. [Hrsg.]: Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, S. 15-51
Huber, Bern, 2009

Schaeffer/Moers 08

Schaeffer, D.; Moers, M.: Überlebensstrategien - ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter
Pflege & Gesellschaft 1-08, Februar 2008
<http://dg-pflegewissenschaft.de/pdf/0801-Schaeffer.pdf>; Zugriff vom 17.04.2011

Schaeffer/Moers 09

Schaeffer, D.; Moers, M.: Abschied von der Patientenrolle? Bewältigungshandeln im Verlauf chronischer Krankheit
In: Schaeffer, D. (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, S. 111-131
Huber, Bern, 2009

Schaeffer/Moers 11

Schaeffer, D.; Moers, M.: Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege
In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, S. 329-363
Juventa, Weinheim, Neuausgabe 2011

Scheffel 00

Scheffel, F.: Lebenswelt in der Pflege. Anforderungen an die berufliche Pflege
Jacobs, Lage, 2000

Scheu 02

Scheu, P.: Pflegeberatung im Krankenhaus. Möglichkeiten und Grenzen
Hausarbeit am Fachbereich Gesundheitswesen der Evangelischen Fachhochschule Hannover;
Studienbereich Pflegepädagogik, 14.3.2002
http://www.mutsumhandeln.de/Beratung_im_Krankenhaus.pdf; Zugriff vom 5.12.2007

Schoch 05

Schoch, B.: Handout: Theoriematrix des Konzepts Lebensweltorientierung. Lebensweltorientierung: theoretische Hintergründe
Arbeitskreis Pädagogik an Fachhochschulen, Beitrag 2005
<http://www.fachschulpädagogik.de/images/Handout%20LWO%20Theoriematrix.pdf>;
Zugriff vom 22.5.2011

Schütz/Luckmann 03

Schütz, A.; Luckmann, T.: Strukturen der Lebenswelt
UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz, 2003

Sieckendiek/Engel/Nestmann 08

Sieckendiek, U.; Engel, F.; Nestmann, F.: Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze
Juventa, Weinheim, 3. Auflage 2008

Stahl 10

Stahl, S.: Versorgung lebensbedrohlich erkrankter Kinder. Eine Analyse der professionellen Kommunikation zur Prozedierung der Krankheitsverläufe krebskranker Kinder
Dissertation, Universität Bielefeld, Juni 2010
http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2010/1741/pdf/Dissertation_Druckversion.pdf; Zugriff vom 3.6.2011

Tesch-Römer/Wurm 09

Tesch-Römer, C.; Wurm, S.: Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zu Alter und Altern /
Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter
In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter.
Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 7-20
Robert Koch-Institut, Berlin, 2009
http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11828&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=69045079&p_lfd_nr=1; Zugriff vom 9.6.2011

Thiersch 02

Thiersch, H.: Positionsbestimmungen der Sozialen Arbeit. Gesellschaftspolitik, Theorie und
Ausbildung
Juventa, Weinheim, 2002

Thiersch 05

Thiersch, H.: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel
Juventa, Weinheim, 6. Auflage 2005

Thiersch 06

Thiersch, H.: Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten
Sozialpädagogik
Juventa, Weinheim, 2.ergänzte Auflage 2006

Thiersch 07

Thiersch, H.: Lebensweltorientierte Soziale Beratung
In: Nestmann, F.; Engel, F. Sickendiek, U. [Hrsg.]: Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze,
Methoden und Felder, S. 699-709
dgv, Tübingen, 2.Auflage 2007

Thiersch/Grunwald/Königeter 05

Thiersch, H.; Grunwald, K.; Königeter, S.: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit
In: Thole, W.(Hrsg.): Grundriss soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch, S. 161-178
VS Verlag, Wiesbaden, 2. Auflage 2005

Uhlendorff 97

Uhlendorff, U.: Sozialpädagogische Diagnosen III. Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches
Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung
Juventa, Weinheim, 1997

Wahl 04

Wahl, W.: Rekonstruktion alltäglicher Lebenswelt. Beiträge zur Kritik und Fundierung
eines sozialarbeitswissenschaftlichen Lebensweltbegriffs
Beitrag 2004
<http://www.webnetwork-nordwest.de/dokumente/lebenswelt.pdf>; Zugriff
vom 8.5.2011

Weidner 04

Weidner, F.: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung
über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege
Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 3. Auflage 2004

White/Lubkin 02

White, N.; Lubkin, I. M.: Pflege- und Krankheitsverlaufskurve
In Lubkin, I. M. : Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für
Pflege- und Gesundheitsberufe, S. 93-129
Huber, Bern, 2002

Wingenfeld 07

Wingenfeld, K.: Der Begriff der Pflegebedürftigkeit aus pflegewissenschaftlicher Perspektive
In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Vierteljahresheft
zur Förderung von Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe, Heft 2, S. 6-18
Lambertus-Verlag, Freiburg, 2007

Woog 98

Woog, P.: Vorwort
In: Woog, P.(Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell, S. XIII-XIX
Ullstein Medical, Wiesbaden, 1998

Vergleichstabelle der Konzepte

Auf den folgenden Seiten befindet sich eine umfassende Tabelle, in der die konkreten - die Aussagen belegenden - Textstellen des ganzen Vergleichs des Kapitels 3 *Vergleich beider Konzepte* zu finden sind. Zunächst werden die Textstellen zu den Gemeinsamkeiten der Konzepte und danach die Textstellen zu den Unterschieden aufgelistet. Die Reihenfolge der genannten Vergleichskriterien entspricht der Reihenfolge, in der die Kriterien auch im Kapitel 3 aufgeführt wurden.

Zielsetzungen der Konzepte

Zielsetzungen	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurvenkonzept
<p>Allgemeine Zielsetzung:</p> <p>Bewältigung der Individuen unterstützen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Im Namen sozialer Gerechtigkeit und Humanität löst die lebensweltorientierte Soziale Arbeit die Doppelstellung von Respekt vor den Handlungsroutinen und Bewältigungsstrategien der Menschen und der zumindest teilweisen Destruktion dieses Alltags nicht auf, sondern <i>sucht in mäeutischer Manier nach neuen Optionen für einen gelingenderen Alltag</i>.“ [Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 168] Gelingenderer Alltag verweist darauf, dass Hoffnungen auf Veränderungen und Verbesserungen an Erfahrungen und Möglichkeiten im Gegebenen (im konkreten Arrangement der Alltagslichkeit) gebunden sein müssen. • Das Ziel ist nicht der <i>gelungene, sondern der gelingendere Alltag</i>, was darauf hinweist, dass Aussagen über Praxis und anzustrebende konkrete Utopie nicht absolut, sondern nur relativ möglich sind, d. h. bezogen auf den konkreten historischen und gesellschaftlichen Kontext [vgl. Thiersch 06, S. 43] • Das Konzept der Lebensweltorientierung ... entwickelte sich zu einem neuen Konzept, das gesellschaftspolitisch „am Ziel gerechterer Lebensverhältnisse, an Demokratisierung und Emanzipation“ sowie professionstheoretisch „an den Chancen rechtlich gesicherter, fachlich verantwortbarer Arbeit“ [Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 165] orientiert ist. • Bei der systematischen Analyse der Lebenswelten werden mehrere Dimensionen (wie Zeit, Raum, Soziale Beziehungen und Bewältigungsaufgaben sowie Ressourcen und gesellschaftliche Strukturen (samt der kulturellen Rahmenbedingungen) untersucht, mit dem Ziel der <i>kritischen Veränderung des Alltags</i>, also nicht nur die Bestätigung des Vorgefundenen [vgl. Hill 08, S. 150]. Fünf Handlungsmaximen (Prävention, Alltagsnähe, Integration, Partizipation und Dezentralisierung) werden als Orientierungsrahmen für die Praxis als Richtschnur aufgestellt und dienen dem Bemühen, gemeinsam mit den Adressaten einen „gelingenderen Alltag“ auszuhandeln und zu organisieren. [vgl. Hill 08, S. 150] • Das Lebensweltkonzept zielt auf Hilfe zur Selbsthilfe, auf Empowerment und Identitätsarbeit und richtet seine Unterstützungen [...] derart aus, dass die Menschen sich als Subjekte ihrer Verhältnisse erleben [vgl. Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 172]. • Das Konzept zielt auf die Stabilisierung und Inszenierung von belastbaren und unterstützenden Infrastrukturen [vgl. Thiersch/Grunwald/Königeter 05, S. 173]. • Im Zentrum der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit steht die Stärkung der „Alltagskompetenz“ [vgl. Gaitanides o. J., S. 8f.], wozu auch gehört, die eigenen Stärken zu entdecken und zu aktivieren, soziale Ressourcen zu aktivieren und Methoden zu wählen, die aufsuchend bzw. niedrigschwellig sind, um an den Alltag der Adressaten heranrücken zu können. 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Ziel besteht darin, mit dem Konzept der Krankheitsverlaufskurve eine allgemeine eigenständige Theorie über die Bewältigung chronischer Krankheit zu entwickeln [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 37, vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 2 und S. 10] • Im Vordergrund des Konzepts steht die Krankheitsbewältigung - wobei die Aufmerksamkeit auf die subjektive Realität der Betroffenen und ihre Handlungs- und Bewältigungsleistungen gerichtet ist - sowie das soziale interaktive und prozesshafte Geschehen aller an der Bewältigung des Krankheitsverlaufs beteiligten Akteure [vgl. Schaeffer 09, S. 18; vgl. Corbin/Strauss 04, S. 10]. • Die Krankheitsbewältigung berücksichtigt u. a. die <i>gegenseitigen Ausrichtungen</i>, da die anzugehenden Aufgaben nicht eindeutig sind, im Verlauf der Krankheit einem permanentem Wandel unterliegen und da zudem die subjektiven Situationsdefinitionen der beteiligten Akteure der fortlaufenden Abstimmung bedürfen • Die Verlaufskurve beschreibt die Gesamtorganisation der konkreten Arbeit, die in ihrem Verlauf zur Bewältigung geleistet wird. Arbeit ist das eigentliche Anliegen dieses Konzepts. Sie bezieht sich auf den Umgang mit der Krankheit, auf den Alltag und die Biografie. • Im Vordergrund des Konzepts steht die <i>Krankheitsbewältigung</i> - wobei die Aufmerksamkeit auf die subjektive Realität der Betroffenen und ihre Handlungs- und Bewältigungsleistungen gerichtet ist - sowie das soziale interaktive und prozesshafte Geschehen aller an der Bewältigung des Krankheitsverlaufs beteiligten Akteure [vgl. Schaeffer 09, S. 18; vgl. Corbin/Strauss 04, S. 10]. • Da Kraft und Ressourcen der Betroffenen begrenzt sind, können nicht alle Bewältigungsanforderungen, die die drei Arbeitslinien aufwerfen, vollkommen befriedigt werden; daher muss es das Ziel sein, ein <i>relatives Gleichgewicht</i> durch das Ausbalancieren von Krankheitsarbeit, Biografiearbeit und Alltagsarbeit herzustellen, [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 119, S. 138f.] auch wenn immer mal wieder eine der Arbeitslinien Vorrang bekommt (z. B. im Falle der Krise die krankheitsbezogene Arbeit) [vgl. ebenda, S. 279].

Gemeinsamkeiten

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
Alter des Konzepts	<ul style="list-style-type: none"> • Das Konzept entstand seit den 1970er Jahren in mehrphasigen Entwicklungsschritten aus gesellschaftlichen und sozialpolitischen Forderungen heraus [vgl. Thiersch/ Grunwald/ Königeter 05, S. 165f.] • Basis der Lebensweltstrukturen von Schütz war der Philosoph Husserl, der bereits in den 20er Jahren auf die Gefahr des Vergessens der Lebenswelt hinwies 	<ul style="list-style-type: none"> • Daten wurden durch diverse empirische Studien, die bereits in den 60er und 70er Jahren begonnen wurden, gewonnen. Darauf aufbauend wurde das Konzept der Krankheitsverlaufskurve etwa Mitte der 80er Jahre immer weiter ausdifferenziert [vgl. Schaeffer 09b, S. 18]
Disziplinübergreifender Anwendungsbereich	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensweltorientierung kann sich auch auf Steuerpolitik, Umweltpolitik etc. beziehen, weil sie ein ganz allgemeines Gestaltungsprinzip darstellt [vgl. Thiersch 02, S. 207]. Es wird aber von Thiersch selbst auf die Soziale Arbeit bezogen. • Das Konzept der Lebenswelt wird - zumindest bezüglich einiger Teilaspekte - ansatzweise bereits in der Sozialen Altenarbeit, Sozialen Gerontologie, Pflegewissenschaft und Gesundheitswissenschaft diskutiert [vgl. Otto/Bauer 04, S. 198] 	<ul style="list-style-type: none"> • Corbin/Strauss betonen, dass ihr Forschungswissen an keine Disziplin gebunden ist, sondern im Rahmen jeder Disziplin eingesetzt werden kann [vgl. Corbin/Strauss 98a, S.2]
Heterogene breite Zielgruppe (Leserschaft)	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialarbeiter werden <i>explizit</i> angesprochen, da der Fokus auf der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit liegt • Da aber angegeben wird, dass das Lebensweltkonzept auch außerhalb der sozialen Arbeit, d. h. disziplinübergreifend verwendbar ist (s. o.) sind <i>implizit</i> weitere Zielgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Drei Gruppen werden als Zielgruppe benannt [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 12]: <ul style="list-style-type: none"> • Praktiker in der Gesundheitsversorgung, insbesondere diejenigen, die außerhalb der klinischen Akutversorgung mit chronisch Kranken arbeiten, wie Pfleger, Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte, Mitarbeiter häuslicher Pflegedienste

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>(anderer Disziplinen) als das Konzept potentiell nutzende Praktiker angesprochen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fachleute, die an gesundheitspolitischen Entscheidungen mitwirken, wie Verwaltungsbeamte, Mitglieder gesetzgebender Institutionen und in der Grundlagenforschung Tätige Sozialwissenschaftler, die an Gesundheitsfragen interessiert sind, besonders Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, Medizinsoziologen, Medizinanthropologen und Soziologen, die auf die Themen Arbeit und Beruf spezialisiert sind
Definition als Konzept / praktische Theorie	<ul style="list-style-type: none"> Das <i>Konzept</i> der Lebensweltorientierung stellt begrifflich ein Konzept dar, das jedoch als Basis der Theoriebildung dienen soll Konzept als „Theorie für die Praxis“ eingestuft [vgl. Schoch 05, S. 1] 	<ul style="list-style-type: none"> Auch wenn hier vom <i>Konzept</i> der Krankheitsverlaufskurve die Rede ist [vgl. auch Schaeffer/Moers 11, S. 351], haben sich Strauss und Corbin ihrer Ansicht nach darum bemüht, eine <i>Theorie</i> über die Bewältigung chronischer Krankheit zu entwickeln. Es ist eine <i>Theorie</i>, die ihrer Ansicht nach <ul style="list-style-type: none"> „in ihrem Umfang ziemlich umfassend ist sich auf einer relativ hohen Abstraktionsebene bewegt aus [...] [ihren] früheren Forschungen und aus den spezifischen Daten der vorliegenden Untersuchung abgeleitet ist mit großer konzeptueller Dichte formuliert ist.“ [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 36] Diese Theorie ist induktiv aus Forschungen hervorgegangen (s. u.) und ist sehr umfassend: das Konzept der Krankheitsverlaufskurve wird neben den Konzepten <i>Verlaufskurve</i> und <i>Arbeit</i> von den Autoren in eine Fülle detaillierter Einzelkonzepte untergliedert wie z. B. <i>Krankheit</i>, <i>Biografie</i>, <i>Alltagsarbeit</i>, <i>Arbeitslinien</i>, <i>Arbeitsstypen</i>, <i>Arbeitsprozesse</i>, <i>Verlaufskurvenphasen</i>, etc.
Theoriebildung und Praxishilfe	<ul style="list-style-type: none"> Das Konzept der Lebensweltorientierung stellt für die Soziale Arbeit ein derart umfassendes <i>Konzept</i> dar, dass es sowohl der Theoriebildung der Sozialen Arbeit im Sinne eines Rahmenkonzepts dient als auch eine konkrete Orientierungshilfe für die Praxis darstellt [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 13, vgl. Sieckendiek et al. 08, S. 157, Thiersch 07, S. 700]. Es konkretisiert sich in institutionellen Programmen, Konzepten sozialpädagogischen Handelns sowie in sozialpolitischen Rahmenkonzepten 	<ul style="list-style-type: none"> Die Autoren verfolgen das Ziel, mit dem Konzept der Krankheitsverlaufskurve bereits eine <i>allgemeine eigenständige Theorie</i> über die Bewältigung chronischer Krankheit darzustellen [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 37, vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 2 und S. 10]. Beim Bezugsrahmen der Krankheitsverlaufskurve geht es (trotz des Begriffs Krankheitsverlaufskurven<i>konzept</i>) um eine <i>Theorie</i> mit Subkonzepten. Viele Definitionen der einzelnen Konzepte (Arbeit, Verlaufskurve, etc.) finden sich im Konzept, theoretisch durch Basistheorien fundiert, aber dann selbst definiert In mehrfacher Hinsicht soll die Theorie als Praxishilfe dienen; die Autoren geben zu einzelnen Bedingungssebenen und Verlaufskurvenphasen an, was Praktiker beachten müssen, weisen zusammenfassend auf neun Implikationen für die Praxis hin, die ebenfalls zu beachten sind [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 361ff.] und konkretisieren die Theorie im Rahmen des Pflegeprozessmodells [vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 20ff.]
<p>Theoretische Ausrichtung: Soziologische bzw. Strukturell-interaktionistische Handlungstheorie</p> <ul style="list-style-type: none"> Mikro- und Makrosoziologie als Konzeptbasis Dialektik: Veränderung der Strukturen des Alltags erfolgen durch (Aus-) Handlungsprozesse und gleichzeitig sind Begrenzungen des (Aus-) Handelns durch die formale Strukturen der Gesellschaft bedingt 	<p>Soziologische bzw. strukturell-interaktionistische Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> Beim Lebensweltkonzept ermöglicht der lebensweltliche Vordergrund erst zusammen mit dem gesellschaftlichen Hintergrund die Rekonstruktion der Lebenswelt [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 21], d. h. in der Lebenswelt ist die subjektiv erfahrene Wirklichkeit immer durch gesellschaftliche Strukturen und Ressourcen geprägt [vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 170]. Lebensweltorientierung ist zudem ein „Konzept des <i>Handelns</i>, das auf gegenwärtige spezifische Lebensverhältnisse antwortet und es erlaubt, methodische und institutionelle Konsequenzen zu ziehen.“ [Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 161] Das Lebensweltkonzept verweist darauf, dass die Grenzen des zielgerichteten problemlösenden pädagogischen Handelns in den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen liegen und beschreibt insgesamt sehr <i>detailliert</i> die Beeinflussungen durch die Gesellschaft Sowohl Schütz als auch Beck (1. bzw. 3. Wurzel des Lebensweltkonzepts) verweisen auf die Einflüsse der Gesellschaft auf die Individuen Basis Schütz: <ul style="list-style-type: none"> Basis ist <i>phänomenologisch-interaktionistische</i> Theorie von Schütz, mit der menschliches Denken und Handeln in den Strukturen der alltäglichen Lebenswelt erklärt werden [vgl. Scheffel 00, S. 27 und Schütz/Luckmann 03, S. 29]. Schütz geht es darum, „die hintergründigen <i>Strukturen alltäglichen Weltverstehens und der Daseinsbewältigung des Menschen</i> zum Fundament und Ausgangspunkt 	<p>Soziologische Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mit dem Verlaufskurvenkonzept wird eine soziologische und systemische Sichtweise eingenommen [vgl. Lorenz-Krause 98, S. IX] Strauss nimmt eine soziologische Perspektive ein wenn er z. B. soziale Probleme, Rollenfunktionen, Beziehungsgestaltung und Anpassungsverhalten bei der Krankheitsbewältigung analysiert und fördert die Sensibilität des Lesers hinsichtlich sozialer Aspekte, beispielsweise auch bei Themen wie Symptomkontrolle, Handhabung von Behandlungsempfehlungen, Krisenprävention und den Umgang mit Sterbenden [vgl. White/Lubkin 02, S: 123, S. 94]. Auch in Bezug auf die <i>Arbeit</i> die in Bezug auf Krankheit, Alltag und Biografie zu leisten ist stützen sich Corbin und Strauss auf berufssoziologische und arbeitssoziologische Grundlagen, die sie inhaltlich erweitern und konkretisieren [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 24f. und S. 150ff.]. <p>Strukturell-interaktionistische Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Soziale</i> Aspekte der Bewältigung stehen im Mittelpunkt: die interaktionstheoretische Perspektive hat ein generell Interesse an situativ ablaufenden Interaktionsprozessen (z. B. beim Umgang mit Krankheit, Aushandlungs- und Interaktionsprozessen), analysiert wie <i>Bewältigungsgeschehen sozial organisiert ist</i>. Und das Verlaufskurvenkonzept nimmt eben diese Perspektive ein [vgl. Schaeffer 09, S. 17f.].

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>der sozialwissenschaftlichen Analyse der Gesellschaft zu machen.“[Wahl 04, S. 4] Lebenswelt wird dabei auf zweifache Weise betrachtet: zum einen als Gesamtheit präformierender und strukturierender, wirkmächtiger Bedingungen, zum anderen als human produziertes und (daher auch) veränderbares Gefüge von Erfahrungen und Handlungen [vgl. Wahl 04, S. 4].</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Die alltägliche Lebenswelt ist die Wirklichkeitsregion, in die der Mensch eingreifen und die er verändern kann [...]. Zugleich beschränken die in diesem Bereich vorfindlichen Gegenständlichkeit und Ereignisse [...] seine freien Handlungsmöglichkeiten.“ [Schütz/Luckmann 03, S. 29] • Strukturen und Handlungen wirken also wechselseitig aufeinander. • „Für die soziale Ausformung der Biografie sind nicht nur die Typisierungen der Biografie selbst relevant, sondern auch die ihnen im System der Typisierungen übergeordneten wertenden Deutungen der Sozialwelt, die sich in Legitimierungen der sozialen Institutionen, Gesetze und Handlungsrezepte ausdrücken und soziales Handeln auf verschiedenen Ebenen der Anonymität regeln“. [Schütz/Luckmann 03, S. 142f.] „Relevant sind auch die in den Typisierungen der Sozialstruktur enthaltenen Bewertungen `sozialer Positionen`. All diese Typisierungen erfüllen die Sozialwelt mit historisch hochspezifischen Inhalten, die der einzelne als Möglichkeiten, Selbstverständlichkeiten und Unmöglichkeiten für seinen Lebenslauf erlernt. So ist die Sozialstruktur der feste Rahmen, in dem sein Altern, seine Lebenspläne und demnach seine Prioritätsstrukturen und Tagespläne konkrete Form gewinnen.“ [Schütz/Luckmann 03, S. 142f.] Es gibt also <i>soziale Kategorien der biografischen Artikulation</i>. [vgl. Schütz/ Luckmann 03, S. 165f.] • Basis Beck: <ul style="list-style-type: none"> • Beck weist in Bezug auf die Einflüsse der Gesellschaft auf die Individuen beispielsweise darauf hin, dass fast alle Konfliktthemen in der Familie auch eine institutionelle Seite haben (z. B. nur eine adäquate Kinderbetreuung berufliches Engagement ermöglicht) [vgl. Beck 86, S. 192]. • Die freigesetzten Individuen sind in vielfacher Weise von der Gesellschaft abhängig: arbeitsmarktabhängig und damit bildungsabhängig, konsumabhängig, abhängig von sozialpolitischen Regelungen und Versorgungen, von Verkehrsplanungen, Konsumangeboten, von Möglichkeiten und Methoden der medizinischen und pädagogischen Beratung und Betreuung etc. [vgl. Beck 86, S. 119; vgl. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 12] Beck weist daraufhin, dass die „individualisierte“ Privatsphäre gar nicht abgegrenzt betrachtet werden kann, sondern von Verhältnissen und Entscheidungen, die andernorts gefällt werden und privat-biografische Konsequenzen gar nicht berücksichtigen, massiv beeinflusst wird und somit diese scheinbar institutionell abgegrenzten Bereiche (Bsp. Bildungssystem, Betrieb, Arbeitsmarkt, Verkehrssystem, Fernsehanstalten, Konsumbereiche etc.) doch sehr vernetzt mit der individualisierten Privatheit sind [vgl. Beck 86, S. 214]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corbin/Strauss benennen somit beides, Mikro- und Makrosoziologie • Bei der Mikrosoziologie liegt der Fokus eindeutig auf Paaren (Hauptteil der Studien befasste sich mit Paaren), teils auch auf der Familie und Freunden; allein stehende Individuen werden hingegen nur selten thematisiert. • Makrosoziologie wird allerdings nur <i>sehr kurz</i> und oberflächlich angerissen. Der äußere Kreis der Bedingungsmatrix stellt die <i>politischen und sozioökonomischen Bedingungen</i> dar, unter denen die Verlaufskurvenarbeit stattfindet. Beispiele dieser Bedingungen wären Ressourcen, die einer Gemeinde zur Verfügung stehen, der Stand der Medizintechnik, das wirtschafts- und gesundheitspolitische Klima, das die Sozialgesetzgebung im Hinblick auf die Gesundheitspflege beeinflusst etc. [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 158, S. 352, vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 14]. All diese Bedingungen stellen für die Kranken und ihre Partner Chancen aber auch Unwägbarkeiten aus externen Quellen dar, die schwer zu kalkulieren sind und die Verlaufskurvenarbeit zwar nicht determinieren aber deutlich beeinflussen. • Mit der Bedingungsmatrix können Mikrobedingungen des sozialen Handelns mit gesellschaftlichen Makrobedingungen verknüpft werden, wobei die Kreise keinen linearen Einfluss symbolisieren, sondern in einem wechselseitigen Bedingungszusammenhang stehen [vgl. Corbin/Hildenbrand/ Schaeffer 09, S. 59]. • Mit dem Zusammenwirken von Makro- und Mikrosoziologie wird auch die Tatsache betont, dass Strukturen des Alltags zwar durch (Aus-) Handlungsprozesse verändert werden, aber gleichzeitig formale Strukturen die (Aus-) Handlungsmöglichkeiten begrenzen [vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 56f., vgl. auch Corbin/Strauss 04, S. 112ff.]. Neues (die Veränderung von Strukturen) und Altes (die bestehenden Strukturen) stehen somit in einem dialektischen Zusammenhang.“ [Corbin/Hildenbrand/ Schaeffer 09, S. 56]. • Strauss erweiterte den Symbolischen Interaktionismus um eigene handlungs- und strukturtheoretische Aspekte [vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 56f.] • Corbin et al. weisen darauf hin, dass die <i>interaktionistische Handlungstheorie</i> von Strauss auch eine (besondere) <i>Strukturtheorie</i> ist [vgl. Corbin/Hildenbrand/ Schaeffer 09, S. 57]. Corbin/Strauss bezeichnen dementsprechend auch selbst die theoretische Haltung des Konzepts der Krankheitsverlaufskurve als <i>strukturell-interaktionell</i>, weil beide Aspekte miteinander verbunden sind [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 155]. • Konzept des Bedingungspfads • Basis Mead <ul style="list-style-type: none"> • Die Theorie des symbolischen Interaktionismus stammt aus dem Bereich der <i>Mikrosoziologie</i>, wurde aber von Strauss um eine <i>makrosoziologische</i> Sichtweise erweitert [vgl. Helle 99, S. 155]. • Viele Einsichten aus dem interaktionstheoretischen Ansatz befriedigen Strauss nicht, er will die Wirksamkeit sozialstruktureller Einflüsse in sozialen Beziehungen verdeutlichen [vgl. Helle 99, S. 163]. Um konkrete Interaktionssituationen verstehen zu können, müssen <i>neben individuellen Faktoren auch strukturelle einbezogen</i> werden, was eine gute Kenntnis der sozialen Gruppen, innerhalb derer die Interaktionspartner bestehen, erfordert [vgl. Helle 99, S. 164f.] und damit ein Einbeziehen mikrosoziologischer Aspekte. Strauss kritisiert - insbesondere an den frühen Theorien der symbolischen Interaktion (z. B. Cooley, siehe Haupttext)- dass der Einfluss der Sozialstruktur auf die Identität unzureichend berücksichtigt worden sei. Seiner Ansicht nach werden in den Theorien zwar Kleingruppen behandelt, aber die Tatsache, dass Menschen stets in gesellschaftliche Großstrukturen eingebunden sind und Effekte aus dem Makrobereich bis in die Identität hineinwirken, sei vernachlässigt.

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
		<p>sigt worden [vgl. Helle 99, S. 155]. Er strebt daher eine Synthese aus persönlichkeitsbezogener Sozialpsychologie und strukturbezogener <i>Mikro- und Makrosoziologie</i> an [vgl. Helle 99, S. 155].</p> <p>Im Rahmen der von ihm konzipierten <i>Bedingungsmatrix</i> der Krankheitsverlaufskurve, die die Bedingungen aufzeigt, unter denen Krankheitsbewältigung erfolgt, entspricht er seinen eigenen Ansprüchen, indem er <i>auf sechs verschiedenen Ebenen die sozialen Einflüsse auf die Interaktion</i> darlegt- von den makrosoziologischen (wie z. B. politischen und ökonomischen Bedingungen) auf der obersten Ebene bis zu den mikrosoziologischen Bedingungen (wie z. B. denen in der Familie) auf unteren Ebenen [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 158ff.].</p>
<p>Theoriebasis des Konzepts: Intersubjektive Verständigung auf Basis gemeinsamer Symbole/Sprache</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die theoretische Basis in beiden Konzepten, d. h. Intersubjektives Verstehen auf Basis gemeinsamer Symbole und Sprache (hier: nach Schütz) wird nur <i>implizit</i> deutlich: Eine Basis des Lebensweltkonzepts sind die „Strukturen der Lebenswelt“ von Schütz. Thiersch sagt <i>explizit</i> nichts zu Symbolen und Sprache zum Zwecke der Verständigung, obwohl Schütz ihnen großen Raum widmet, sondern nutzt sie <i>implizit</i>. Schütz beschreibt ausführlich wie Menschen sich mit Hilfe von Zeichen in der Lebenswelt verständigen [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 634ff.]. Zeichen werden derart wechselseitig und gleichartig gesetzt und gedeutet, dass schon die Setzung grundsätzlich auf die Deutung (mit-) angelegt ist. Für den Setzer des Zeichens geht es um das „Verstanden-Werden-Wollen“ (subjektiver „Um-zu“-Zusammenhang), für den Deutenden des Zeichens um das „Verstehen-Wollen“. Die Zeichen sind intersubjektiv konstituiert - schon ein konstituiertes Zeichensystem wie die Sprache wird intersubjektiv erworben - und die wesentliche Funktion von Zeichen in der Lebenswelt des Alltags ist die der <i>intersubjektiven Verständigung</i> [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 650]. Zeichen dienen dazu, die kleinen Transzendenz, d. h. die räumlichen und zeitlichen Beschränkungen der Erfahrung, zu überwinden (Bsp. Reiserfahrungen, die man selbst nicht machen konnte, in einem Reisebericht Anderer nachlesen); Zeichen helfen zudem dabei, die Grenze zwischen Mitmenschen in beiden Richtungen überschreiten zu können. Wichtig ist, dass die <i>mit den Zeichen verbundene Bedeutung</i>, die das Mittel im Verständigungsprozess zwischen Menschen darstellt, <i>intersubjektiv ist</i>, Bedeutung also so gemeint ist wie sie vom Anderen verstanden werden soll [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 651]. Schütz nennt <i>Sprache</i> das wichtigste Zeichensystem im Wirklichkeitsbereich des täglichen Lebens, sie kann nicht nur „Problemlösungen“, sondern auch „Problemstellungen“ vermitteln: „<i>verhältnismäßig</i> losgelöst von den Beschränkungen der Erfahrung in Raum und Zeit und <i>verhältnismäßig</i> unabhängig von der Grenze, die den Menschen von seinen Mitmenschen und früheren und späteren Generationen trennt“ [Schütz/Luckmann 03, S. 652]. Sprache wird intersubjektiv aufgebaut, geschichtlich abgelagert und gesellschaftlich vermittelt, und Sprache mit einer bestimmten Struktur liegt jedem Menschen somit als soziale Vorgegebenheit seiner biografischen Situation bereits vor [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 666f.]. 	<ul style="list-style-type: none"> Die theoretische Basis in beiden Konzepten, d. h. Intersubjektives Verstehen auf Basis gemeinsamer Symbole und Sprache (hier nach Mead) wird nur <i>implizit</i> deutlich: Strauss, der <i>Interaktion</i> als Zentrum seines Konzepts beschreibt, nutzt die Verständigung über Symbole /Sprache ebenfalls <i>implizit</i> Strauss sagt im Konzept <i>explizit</i> nichts zu Symbolen und Sprache zum Zwecke der Verständigung, obwohl er sich mit dem Thema in anderen Arbeiten (zum symbolischen Interaktionismus) beschäftigte (s. u.) Basis des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts ist Mead, der mit seinem <i>symbolischem Interaktionismus</i> die <i>intersubjektive Verständigung</i> untersucht; der Symbolische Interaktionismus betrachtet sprachliche Kommunikation vor allem unter dem Aspekt der Integration in eine Gruppe in Bezug auf die Verständigungsleistung. Auch Strauss hat diese eingeschränkte Betrachtung nicht erweitert. Er behandelt die Mitgliedschaft in einer Gruppe als symbolisches Phänomen; das Gruppenleben hängt von den Wegen der Kommunikation ab. „Aber Verständigung darf nicht nur aufgefasst werden als Übertragung von Inhalten auf dem einen oder anderen Wege. Kommunikation bezeichnet Strauss auch als gemeinsame Teilhabe an Sinngehalten. Mit `gemeinsamer Teilhabe´ ist dabei gemeint, dass mehrere Personen einander verstehen und dass aus dem Prozess des kommunikativen Austauschs, in dem sie miteinander stehen, gemeinsame Begriffe und eine gemeinsame Sprache hervorgehen und stabilisiert werden.“ [Helle 09, S. 168] Der „Sinn“ ist hier also sehr eingeschränkt gemeint. Helle weist darauf hin, dass Strauss hier die Bedeutung der <i>Sprache</i> betont, denn die Mitglieder brauchen seiner Ansicht nach eine ihnen gemeinsam verständliche Terminologie, um ihr Handeln koordinieren zu können. Nach Mead hat menschliche Kommunikation die Entwicklung des Menschen als soziales Wesen bedingt. Menschliche Kommunikation erfolgt ebenso wie die Interaktion, über signifikante Symbole [vgl. Mead 73, S. 181], die stets Allgemeinbegriffe darstellen. Die signifikanten Symbole rufen bei Erzeuger und Empfänger die gleiche Reaktion hervor. Ihre Bedeutung wird von allen Gesellschafts-/ Gruppenmitgliedern identisch interpretiert. Als Voraussetzung der Interaktion müssen signifikante Symbole Besitzstand der ganzen Gruppe oder Gesellschaftsein sein [vgl. Mead 73, S. 189].
<p>Subjektorientierter Zugang</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausgangspunkt: Das Individuum in seinen Verhältnissen Das Individuum als Experte seines Alltags 	<ul style="list-style-type: none"> Eine am Konzept der Lebenswelt ausgerichtete Soziale Arbeit muss ... „konsequent von den Bedürfnissen und Interessen der Adressaten in ihrer Lebenswelt“ ausgehen [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 166] Das Handeln lebensweltorientierter Sozialer Arbeit ist also an der Eigensinnigkeit der Adressaten im Lebensfeld orientiert [vgl. Thiersch 02, S. 215] Pädagogisches Handeln muss die Alltagserfahrungen berücksichtigen und die Ziele des Prozesses darauf abstimmen (Profil sozialpädagogischen Handelns) Das Lebensweltkonzept beinhaltet die Strukturmaxime <i>Alltagsnähe</i>, die sich u. a. auf die miteinander verbundenen Erfahrungen und <i>Selbstdeutungen</i> des Adressaten in seiner Lebenswelt bezieht [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 26]. 	<ul style="list-style-type: none"> Der <i>subjektorientierte</i> Zugang ist das <i>interaktionstheoretische Paradigma</i>; die Orientierung auf den handelnden Akteur ist bei der interaktionstheoretischen Basierung vieler Forschungsansätze konstitutiv angelegt [vgl. Bauer 09, S. 272 und 276] Die interaktionstheoretische Theorietradition beachtet nicht nur das bio-medizinische Modell, sondern die <i>subjektiven</i> Konsequenzen der Erkrankung mit Alltagsweltbezug u. a. [vgl. Schaeffer 09, S. 15-18, vgl. Corbin/Strauss 04, S. 69f.] In der Familie findet die Krankheitsbewältigung in einem fortlaufenden <i>Kontext statt, der das Alltagsleben der ganzen Familie umfasst und sich damit deutlich von Kontexten, die man in Kliniken und anderen Gesundheitsinstitutionen vorfindet, abhebt</i> [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 349]. Alltagsleben bezieht sich u. a. auf den Haus-

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<ul style="list-style-type: none"> • Im Konzept der Lebensweltorientierung ist eine „Radikalität des prinzipiellen Ausgangs von den Erfahrungen und Bewältigungsaufgaben der jeweiligen [Adressaten]“ [ebenda, S. 22] und somit auch von deren jeweiligem Problemverständnis angelegt. • <i>Gelingenderer Alltag</i> verweist darauf, dass Hoffnungen auf Veränderungen und Verbesserungen an Erfahrungen und Möglichkeiten im Gegebenen (dem Alltag) gebunden sein müssen. „Praxis“ muss sich im konkreten Arrangement der Alltäglichkeit zeigen und erweisen, d. h., dass z. B. politische Ideologien, Utopien etc., die zu abgehoben vom Alltag sind, damit ausgeschossen werden. Das Ziel ist nicht der gelungene, sondern der <i>gelingendere</i> Alltag, was darauf verweisen soll, dass Aussagen über Praxis und anzustrebende konkrete Utopie nicht absolut, sondern nur relativ möglich sind, d. h. bezogen auf den konkreten historischen und gesellschaftlichen Kontext [vgl. Thiersch 06, S. 43]. • Das Konzept der Lebenswelt beachtet somit, dass menschliche Handlungsmöglichkeiten durch die in diesem Wirklichkeitsausschnitt vorfindlichen Gegenstände und Ereignisse ... ermöglicht als auch beschränkt werden [vgl. Scheffel 00, S. 26f.] • Für das Konzept der Lebenswelt bedeutet das: Mensch und Wirklichkeit sind untrennbar miteinander verbunden, d.h. der Mensch wird nicht abstrakt und losgelöst als Individuum verstanden, sondern in der Erfahrung der Wirklichkeit, in der er sich fraglos befindet [vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 169] • Dem Alltagswissen der Adressaten ist hohe Bedeutung beizumessen • Basis Schütz: <ul style="list-style-type: none"> • „auch Probleme, die `jedermann´ begegnen, [erscheinen] im einzelnen im Sinnhorizont einer `einzigartigen´ Biografie[...]. Die vom einzelnen übernommenen, typischen und gesellschaftlich objektivierten Problemlösungen erfahren daher im `einzigartigen´ subjektiven Sinnzusammenhang notwendig gewisse gleichsam idiosynkratische Abwandlungen.“ [Schütz/Luckmann 03, S. 420]; • Der phänomenologische Lebensweltbegriff (Schütz) betont die <i>Subjektivität</i> der Perspektive. Eine Orientierung an diesen phänomenologischen Lebensweltbegriff bedeutet nicht nur eine Berücksichtigung des Alltags und der unterschiedlichen Alltagsbedingungen, sondern auch mögliche Unterschiede in der Wahrnehmung der Alltagsbedingungen. Es handelt sich also um eine Subjektivität im doppelten Sinne: zum einen unterscheiden sich die Lebensbedingungen der Menschen und zum anderen unterscheiden sich die Menschen selbst (physisch und psychisch) voneinander, wodurch sich sowohl das, <i>was</i> wahrgenommen wird als auch <i>wie</i> etwas wahrgenommen wird, unterscheidet [vgl. Kraus 04, S. 7] • die Lebenswelt eines Menschen ist dessen individuelle Wirklichkeitskonstruktion mit seiner subjektiven Sicht seiner Lebenslage, und eine lebensweltliche Orientierung bedeutet die Orientierung an dieser Subjektivität [vgl. Kraus 04, S. 12]. 	<p>halt, auf die Bandbreite der Arbeit in der Familie, auf Beruf, Familienstand, Elternstatus, Freundeskreis und die Freizeitaktivitäten [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 159, S. 109f]. Das soziale Umfeld muss in die Betrachtung einbezogen werden, weil der größte Teil der chronisch Kranken <i>zu Hause</i> lebt [vgl. ebenda, S. 109, vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 7] und meist von Angehörigen versorgt wird, die kooperativ in die Versorgung einzubeziehen sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten sind dabei als Experten ihres Alltags ernst zu nehmen, ihre Erfahrungen sind (bei Aushandlungen) zu beachten und ihre Entscheidungen sind (mindestens) ebenso wichtig wie die des Arztes [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 58; vgl. auch Corbin/Strauss 98a, S. 5f.; vgl. White/Lubkin 02, S. 113]. • Viele Fallbeispiele, die zeigen, wie Betroffene schon eigene passende Lösungen für den Alltag gefunden haben (Bsp. Arthritis-Patientin bekommt vom Mann Tee ans Bett, trinkt langsam bis sich die Glieder erwärmen, sie beweglicher wird; sitzt im Bad so auf Stuhl, dass sie vieles selbst bewerkstelligen kann etc.). es geht um viele Kleinigkeiten des Alltäglichen, bei denen Betroffene sich als ihre eigenen Experten zeigen, z. B. um Autonomie zu wahren (z. B. selbst weit möglichst anziehen)
<p>Einzelfall statt Typus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstraktionen /Typisierungen vermeiden: keine wissenschaftliche Problemverkürzung, sondern Ausgehen vom Einzelfall • Hilfe individuell konzipieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensweltorientierte Soziale Arbeit bedeutet <i>auf Abstraktionen und Verallgemeinerungen von Lebensverhältnissen zu verzichten</i>, zugunsten einer realistischen Betrachtungsweise der äußerst komplexen, immer vielschichtiger werdenden, teils die Menschen auch sehr verunsichernden Lebenswelt. Da die alltägliche Lebenswelt der Raum ist, in dem das Leben pragmatisch bewältigt werden muss, gehört es auch zum lebensweltlich orientierten Arbeiten, <i>Leben in seinem Eigensinn ernst zu nehmen, gegenüber den verkürzten Problemlösungs- und Verständnismustern moderner Wissenskulturen</i> [vgl. Thiersch 05, S. 52]. • Die Einzelperson wird als konkreter „Einzelfall“ mit der eigenen Lebensführung, in der speziellen Lebensphase und mit der spezifischen Einzelbiografie zum Bezugspunkt der Sozialen Arbeit • Mit seinen Hinweisen darauf, dass Alltagshandeln immer <i>kasuistisch</i> bleibt, d. h. konkrete Situationen nicht aus Reflexionen und Forschungsergebnissen abgeleitet werden können [vgl. Thiersch in Niemeyer 10, S. 277], lehnt sich Thiersch an das geisteswissenschaftlichen Theorie-Praxis-Modell an, demzufolge kasuistisches Denken und Handeln dem „bloß“ wissens- oder regelanwendenden Denk- bzw. Handlungsweisen vorzuziehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Trotz der Fülle von verallgemeinernden Konzepten geht es aber im Konzept der Krankheitsverlaufskurve mit den Konzepten nicht um simple Typologien, unter denen der Einzelfall „verrechnet“ werden kann sondern steht der Einzelfall immer im Vordergrund [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 10, S. 53, S. 259].

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>sei [vgl. Niemeyer 10, S. 277].</p> <ul style="list-style-type: none"> Da der Ausgangspunkt das Leben der Menschen in ihren gegebenen Verhältnissen ist, d. h. in ihrem Alltag mit den darin vorhandenen Ressourcen, Stärken, Schwächen und Deutungs- und Handlungsmustern [vgl. Thiersch 05, S. 100], müssen die Ansätze der lebensweltorientierten Arbeit entsprechend <i>individuell</i> darauf zugeschnitten werden. 	
Insistieren auf Komplexität	<ul style="list-style-type: none"> Eine am Konzept der Lebenswelt ausgerichtete Soziale Arbeit muss ...sich in besonderer Weise für „die Vielschichtigkeit und <i>Komplexität</i> pädagogischer Situationen“ engagieren und als Aufgabenbestimmung „auf der [...] <i>Komplexität</i> einer situativ und kommunikativ bestimmten Arbeit“ insistieren [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 166]. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit (z. B. konkretisiert durch die auf dem Lebensweltkonzept basierende sozialpädagogische Beratung) leugnet die Problemlagen in ihrer alltäglichen Komplexität nicht und versucht, auf eben diese Komplexität zu reagieren [vgl. Sieckendiek et al. 08, S. 164]. (Bezüglich der Hilfe zur Selbsthilfe) werden die Menschen im Rahmen der lebensweltorientierten Arbeit wieder <i>sehr umfassend fokussiert</i>, d. h. sowohl mit ihren Stärken, die sie aus ihnen zugemuteten Bewältigungsleistungen erwarben, mit ihren Aversionen gegen ihnen von außen auferlegte Zwänge und Zumutungen, die keinen Bezug zu ihrer eigenen Lebensgestaltung haben sowie in ihren neuentwickelten Formen der Sozialität [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 172 und vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 34f.]. 	<ul style="list-style-type: none"> Chronische Krankheiten bleiben nicht auf körperliche Symptome und funktionelle Einschränkungen beschränkt, sondern ziehen im Verlauf psychische, soziale, biografische und oft auch ökonomische Konsequenzen nach sich, die sich in das Alltags-, Berufs- und Familienleben und somit in fast alle Lebensbereiche hineinziehen ... Zudem handelt es sich bei chronischen Krankheiten gerade in späten Phasen oft um multimorbide Verläufe, die eine besonders hohe <i>Komplexität</i> aufweisen [vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 66f.; vgl. Schaeffer 04, S. 20, vgl. Corbin/Strauss 04, S. 52]. Praktiker sollten die Komplexität der ganzen Arbeit verstehen Das Konzept unterscheidet sich radikal von Ansätzen, die nur isoliert Handlungsstränge einzelner Professionen in den Blick nehmen und betrachtet stattdessen das Zusammenwirken der jeweiligen Interventionen hinsichtlich der Unterstützungsmöglichkeiten für die Betroffenen in ihrer aktuellen Lebenssituation [vgl. Höhmann 02, S. 61]
Prinzip: Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> Partizipation wird im Rahmen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit in vielfältigen Formen der Beteiligung und Mitbestimmung verwirklicht. Thiersch spricht von einer „neue[n] Kollegialität zwischen Professionellen und Nichtprofessionellen [...], die bei aller Unterschiedlichkeit in Sachzuständigkeiten die Gleichwertigkeit von Positionen unterstellt“ [Thiersch 05, S. 34] und eine wechselseitige transparente Anerkennung unterschiedlicher Probleme und Leistungen beinhaltet [vgl. Thiersch 05, S. 104]. Auch Respekt und Destruktion (bornierter Routinen) können somit nur über Verhandlungen realisiert werden, wobei die Verhandlungspartner - Sozialarbeiter und Klient - <i>gleichberechtigt</i> sein müssen (vgl. Maxime Partizipation), Respekt und Destruktion nur erfolgen dürfen, wenn auch die Zustimmung des Klienten dazu besteht [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 25] 	<ul style="list-style-type: none"> Die <i>gemeinsame</i> Erörterung von Zielen und Bewältigungsstrategien, gemeinsame Entscheidungsfindungen, Umsetzungen und Evaluationen sind unverzichtbare Bestandteile der interaktiven Aushandlungsprozesse [vgl. Corbin/ Hildenbrand/ Schaeffer 09, S. 69]. Die Entscheidungen sind der Betroffenen sind ebenso wichtig wie die des Arztes [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 58].
Methode: Aushandlung als zentrale Handlungsmethode (und als deren Voraussetzung die Befähigung der Individuen zu Aushandlungen schaffen)	<ul style="list-style-type: none"> Menschen können angesichts der brüchig werdenden Selbstverständlichkeiten des Alltags Dinge kaum noch einfach hinnehmen, sondern müssen sie aushandeln [vgl. auch Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 17]. Über dieses Aushandeln-Müssen besteht Konsens. So stellen auch Thiersch et al. fest: „Aushandlung ist das Medium, in dem das Profil von Lebensräumen und Bewältigungsmustern bestimmt werden muss“ [Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 171] und bezeichnen Grunwald/Thiersch Verhandeln als „das handlungsorientierte Zentrum lebensweltorientierter Sozialer Arbeit“ [vgl. 04, S. 25]. Das Handeln bietet individuelle Lösungen, die zudem gemeinsam mit dem Adressaten ausgehandelt werden müssen [vgl. Thiersch 02, S. 215]. Für die Menschen bedeutet es, dass sie nicht einfach fertige Pakete des „richtigen Lebens“ übernehmen können, sondern Regeln, Normen, Wege und Ziele beständig neu aushandeln müssen Thiersch betont, dass es kein Patentrezept dafür gibt, in welchen konkreten Situationen welche der Handlungsmuster - Respekt, Kritik, Provokation und detektivistische Suche (nach gelingenden Momenten) - anzuwenden sind und stellt fest: „Der Kampf um den gelingenderen Alltag ist, so schwer das zu praktizieren ist, nur denkbar als Prozess eines mühsamen Aushandelns unter den Beteiligten.“ [Thiersch 06, S. 46] Es müssen jedoch die Voraussetzungen <i>gleichberechtigten</i> Handelns zwischen den Beteiligten geschaffen werden. Solche Voraussetzungen können beispielsweise das Organisieren von Ressourcen und Artikulationsmöglichkeiten für die Verhandlungen sein [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 174]. Verhandlungen können nur gelingen wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind wie 	<ul style="list-style-type: none"> Erfolgreiche Bewältigung einer Verlaufskurve beruht darauf, dass Professionelle und Kranke mit ihren Partnern die Verlaufskurvenvorstellungen (Projektionen), die sich deutlich unterscheiden können, miteinander kombinieren und <i>aushandeln</i> [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 65]. Die Aushandlungsprozesse sind wichtig, weil Gesundheitsprofessionelle sich eher auf die medizinischen Aspekte beziehen und biografischen Aspekten eine geringere Priorität geben, wogegen aber die Kranken „das doppelte Problem der Krankheit <i>und</i> deren Auswirkungen auf das Leben zu bewältigen versuchen.“ [Corbin/Strauss 04, S. 109; vgl. auch S. 57] Corbin/Strauss betonen, dass Interaktionsprozesse unverzichtbar sind, um all die Abstimmungen und Aushandlungen bewerkstelligen zu können [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 110 und S. 149ff.]. Die Einbeziehung und Mitwirkung von Kranken und deren Partnern bei der Verlaufskurvengestaltung <i>verlangt deren ausreichende Information und Vermittlung von Krankheitswissen</i>, damit sie kompetent mit der Situation umgehen können, sie müssen quasi für die Aushandlungsprozesse befähigt werden [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 65, vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 68f.]. Auch die Projektionen der Kranken und der Angehörigen sind von unzähligen Faktoren abhängig. Dazu gehören -wie bei allen Beteiligten- ihr Wissen, ihre Erfahrungen, Gerüchte und persönliche Überzeugungen [vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 13]. Die Entwürfe und Pläne sind zudem abhängig vom Informationsstand, d. h. durch entsprechende Informationen an Patienten können deren Entwürfe sehr gesteuert werden. Die Gesundheitsprofessionen gestalten die Entwürfe der Kranken und deren Angehörigen also indirekt mit, indem sie ihnen -je nach Fallsituation - <i>teils Informa-</i>

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>die Gleichwertigkeit der Verhandlungspartner und ihre gegenseitige Anerkennung, d. h. im Rahmen der Sozialen Arbeit sind individuelle Ressourcen zu erschließen ... damit diese gleichberechtigte Verhandlung ermöglicht wird [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 25, vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 174]. Nur unter dieser Voraussetzung können die zu den Verhandlungen dazugehörigen Differenzen und Streitereien angemessen ausgetragen werden.</p>	<p><i>tionen vorenthalten, teils sukzessive geben oder auch unterschiedliche Informationen an Partner und Patienten geben</i> [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 54f.].</p>
<p>Methode: Prozesshafte Verlaufsgestaltung im Sinne eines zielgerichteten problemlösenden Handlungsablaufs</p>	<ul style="list-style-type: none"> Das Muster dieses Handelns - also die <i>Phasenabfolge einer Erkenntnis der Situation, eines Lösungsentwurfs, einer schrittweisen Realisierung des Entwurfs und seiner Überprüfung</i> - konkretisiert sich in den vielfältigen Formen zwischen erziehen, beraten, belehren, zwischen Ressourcenorganisation und Planung [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 30] 	<ul style="list-style-type: none"> Corbin/Strauss haben zwar keine Prozessbeschreibung im eigentlichen Konzept, aber sie haben das Konzept im Pflegeprozessmodell konkretisiert [vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 20ff.]. Darin beschreiben sie ein prozesshaftes Vorgehen (angeknüpft an den Pflegeprozess von der Zielsetzung bis zur Evaluation). D. h. auf dieser <i>Konkretisierungsstufe</i> ist es auch ein zielgerichteter problemlösender Handlungsablauf Im Konzept selbst sind Teilprozesse beschrieben wie die vier Arbeitsprozesse (z. B. 1. Arbeitsprozess: Ressourcenkalkulation; z. B. 3. Arbeitsprozess: gesamte Arbeit organisieren (planen und koordinieren)) [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 141f.] Zu diesen Prozessen gehören auch immer wieder prozesshaft Evaluationen, beispielsweise bezüglich der Effizienz der eingesetzten Ressourcen und anschließende Reorganisationen des jeweiligen Plans [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 142]
<p>Prinzip des Handelns in situativer Offenheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> Eine am Konzept der Lebenswelt ausgerichtete Soziale Arbeit muss als Aufgabenbestimmung „auf der Offenheit ... einer situativ und kommunikativ bestimmten Arbeit“ insistieren [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 166]. Lebensweltorientiertes sozialpädagogisches Handeln ist, da es sowohl von der Situation als auch den beteiligten Menschen abhängig ist, nicht einfach planbar, sondern stellt einen Entwurf ins Offene dar [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 31]. Es orientiert sich lebensweltorientierte Arbeit auch an der -offenen- <i>Zukunft</i> und ist angesichts der mit der Lebensplanung vielfach überforderten Menschen bestrebt, Adressaten geeignete Kompetenzen für den Umgang mit dieser Offenheit von Lebensmöglichkeiten zu vermitteln [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 33]. Es bedarf daher bei Sozialarbeitern der Fähigkeit zum Handeln in der Offenheit von Situationen, zum Handeln in den Strukturen offener sozialer Beziehungen [vgl. Thiersch 05, S. 38] Beim Aushandeln darf die Offenheit des Aushandlungsprozesses nicht aufgegeben werden [vgl. Thiersch 06, S. 46]. Basis Schütz: Situationen (genauer die offenen Elemente der Situation) sind grundsätzlich <i>unbeschränkt auslegbar</i> [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 167], auch wenn man sie in der Praxis nur pragmatisch, dem plan-bestimmten Interesse entsprechend beschränkt auslegt „Strukturierte“ Offenheit: <ul style="list-style-type: none"> Lebensweltorientierte Soziale Arbeit bezieht sich auf die Komplexität widersprüchlicher und offener Lebenssituationen ihrer Adressaten und reflektiert sich dabei unter Orientierung an den beschriebenen allgemeinen Maximen (siehe Strukturmaximen, der Lebensweltorientierung im Haupttext). Das <i>Prinzip der strukturierten Offenheit</i> beschreibt dieses Zusammenspiel einer situativen Sensibilität und methodischer Maximen [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 5]. Methodische Strukturierung meint das <i>Wissen um Phasen des Arbeits-, Verständigungs-, Unterstützungsprozesses</i> (um Gliederungen und Prioritätensetzungen) in den Aufgaben, um Möglichkeiten der Rückkopplung von Ziel, Einlösung und Prüfung im Prozess. Eine solche Methode [...] scheint im Widerspruch zu stehen zur situativen Offenheit lebensweltorientierten Handelns. Dieser Widerspruch aber löst sich auf, wenn Methode als Grundmuster verstanden wird, das in unterschiedlichen Aufgaben unterschiedlich akzentuiert und konkretisiert wird, indem aber immer das Moment der Strukturierung instrumentell für die Situation realisiert wird. Die Angst vor der in aller Sche- 	<ul style="list-style-type: none"> Zur situativen Offenheit: <ul style="list-style-type: none"> Es gehört zwar zu den Aufgaben der Praktiker, „dass man die Betroffenen darin unterstützt, realistische Erwartungen aufzubauen, Pläne zu entwickeln, die zu ihrer Lebensweise und ihren biografischen Bedürfnissen passen, und diese Pläne mit den Arten von Arbeit zu koordinieren, die von den verschiedenen Mitwirkenden zu leisten ist.“ [Corbin/Strauss 04, S 228] Aber Corbin/Strauss weisen dabei auch darauf hin, dass Handeln ist nicht einfach planbar ist; Pläne macht man zwar (Projektionen enthalten diese Pläne), man muss aber dann darauf gefasst sein, dass Unwägbarkeiten in jeglicher Hinsicht möglich sind (Krankheit wird schlimmer, Angehörige überlastet, etc.) und dass Pläne immer wieder umzustößen sind (sie sprechen von Reorganisation) Corbin/Strauss benutzen den Terminus <i>Offenheit</i> zwar nicht, jedoch legt Strauss Wert auf den <i>antideterministischen</i> Zug des Symbolischen Interaktionismus [vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 60], der auch Offenheit <i>impliziert</i>; Zur „strukturierten Offenheit“: <ul style="list-style-type: none"> Den Begriff gibt es nicht, aber eine Orientierung an den Strukturmaximen, wie sie die Lebensweltorientierung vorgibt, erfolgt zumindest teilweise, d. h. Prävention, Alltagsnähe und Partizipation werden berücksichtigt (Regionalisierung und Integration eher nicht, s. u.)

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
<p>Betonung von permanenter Veränderung und Wandel</p> <p>(nicht die Konstanz der Welt, sondern permanentes Ringen um Verlässlichkeit. Die Stabilität des Alltags besteht nur auf Zeit)</p>	<p>matisierung liegenden Gefahr zur Verengung der Realität darf nicht dazu führen, die Notwendigkeit absichernder und stabilisierender Momente in offenen, überlastenden und diffusen Situationen zu unterschlagen.“ [Thiersch 02, S. 217].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thiersch meint dass die Selbstverständlichkeit des Alltags nicht verabsolutiert werden darf, sondern Menschen immer wieder konfrontiert werden mit Situationen und Aufgaben, die sich mit den eingespielten und vertrauten Verstehens- und Handlungsmustern nicht bewältigen lassen, mit Versagen, ineffektivem Lehlrauf („warten“), mit Verweigerung und mit Protest [vgl. Thiersch 06, S. 25]. „Die Verlässlichkeit des Alltäglichen ist [...] immer eine auf Zeit; es gibt sie nur als Phasen und Stationen in einer Geschichte unterschiedlicher Arrangements von Alltäglichkeit“ [Thiersch 06, S. 25] und es bedarf immer wieder neuer Anstrengungen, um diese Verlässlichkeit im Alltag herzustellen • Thiersch distanziert sich von Schütz und somit der <i>Konstanz der Welt</i>: Schütz hatte gesagt: Beide Idealitäten (1. <i>Und so weiter</i>; 2. <i>Ich kann immer wieder</i>) und die damit implizierte Annahme der <i>Konstanz der Weltstruktur</i> seien wesentliche Aspekte des Denkens in der natürlichen Einstellung (natürliche Einstellung bedeutet in der alltäglichen Lebenswelt zu sein und die Welt als fraglos/ selbstverständlich hinzunehmen)[vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 34, S. 72f.]. Denn nur wenn das „Fundament“ veränderlich sei, meinen analog zu Thiersch auch andere Autoren, könne sich die Welt verändern „Die Dynamik der Wirklichkeit geht weit über das statische Abbild aktueller Erfahrungen hinaus“ [Welz in Scheffel 00, S. 37] • Das Lebensweltkonzept berücksichtigt jedoch nicht nur die permanenten individuelle Veränderungen, sondern - unter Verweis auf Beck als 3. Wurzel des Lebensweltkonzepts - auch die Dynamik der gesellschaftlichen Veränderungen: nach Beck/Beck-Gernsheim sind Entwürfe der Menschen nicht mehr lebenslang, Bindungen nicht dauerhaft, Identitäten nicht unwandelbar, der Arbeitsplatz oder auch die eigenen Fähigkeiten nicht selbstverständlich und verlässlich sind, sondern die Lebensbedingungen verändern sich ständig [vgl. Baumann in Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 13]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Das zentrale Konzept der Verlaufskurve richtet einen expliziten Blick auf den Verlauf chronischer Krankheit, fokussiert dabei darauf, dass dieser Verlauf eine spezielle <i>Eigendynamik</i> aufweist, bei dem diagnostische, akute, krisenhafte, stabile, instabile und weitere Phasen in permanentem, oft unvorhersehbarem Wechsel stehen und den Charakter einer spiralförmigen Kurve aufweist, deren Tendenz langfristig nach unten geht [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 9, S.38ff., S. 60ff., vgl. Schaeffer/Moers 08, S. 8]. • Variabilität zeigen die Verlaufskurven hinsichtlich ihrer Form, Dauer, der erforderlichen Arbeit und ihren Auswirkungen, wobei die Variabilität durch die Krankheit, die physischen und psychischen Reaktionen des Patienten darauf sowie die Bewältigungspläne, die seitens der Akteure Patient, Angehörige und professionelle Helfer aufgestellt werden, konstituiert wird [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 60]. Die Verlaufskurve ist voller <i>Dynamik</i> und es ist unmöglich, alle Details im Voraus zu erfassen und einzuplanen [vgl. Woog 98, S. XIV]. Somit besteht <i>ständiger Wandel</i>, und ständige Reorganisationen sind erforderlich [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 54, S. 58]. • Das „Interesse [von Straus] zielt auf Handeln und Handlungsrountinen, deren zugrunde liegende Ordnung/Struktur erst dann zu Tage tritt, wenn Routinen durchbrochen werden.“ [Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 60] • Die Bewältigung der Ausbalancierung der drei Arbeitslinien vollzieht sich als <i>Prozess</i>, da viele Wechselwirkungen der Arbeitslinien <i>im Laufe der Zeit</i> auftreten und Bewältigung somit nie zu einem Stillstand kommen kann [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 353]. • Der von Corbin/Strauss benutzte Terminus <i>Struktur als Prozess</i> impliziert, dass die Struktur, unter der Krankheitsbewältigung stattfindet, sich ständig verändert und stellt damit erneut eine Betonung der Dynamik dar, die Strauss gemäß seiner Fassung des Symbolischen Interaktionismus besonders interessiert. Die Veränderungen können fast unmerklich bis radikal auftreten und sich auf unterschiedlichste Dimensionen der Bewältigung in der Familie beziehen [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 112ff.]. <ul style="list-style-type: none"> • Dazu gehören unzählige Einzelbeispiele, wie z. B. Umbaumaßnahmen des Zuhauses, Veränderungen in der Arbeitsteilung zwischen den Partnern, Veränderungen des täglichen Arbeitsanfalls, Veränderungen durch Alltags- und Biografieerfordernisse sowie Veränderungen in Abhängigkeit von den Phasen und in Anhängigkeit von multimorbiden Verläufen mit gegenseitigen Wechselwirkungen, die bewährte Bewältigungsrountinen zerstören, in eine Dauerkrise führen können und immer wieder neue Anpassungen erfordern [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 112ff.; vgl. auch Schaeffer 04, S. 26; vgl. Schaeffer 09a, S. 19]. • Die Krankheitsbewältigung basiert auf Aushandlungsprozessen und gegenseitigen Ausrichtungen, da die anzugehenden Aufgaben nicht eindeutig sind, im Verlauf der Krankheit einem permanentem Wandel unterliegen und da zudem die subjektiven Situationsdefinitionen der beteiligten Akteure der fortlaufenden Abstimmung bedürfen [vgl. Schaeffer/Moers 08, S. 9; vgl. Corbin/Strauss 04, S. 152ff.]. „Die <i>Situationsdefinitionen sind [selbst] wiederum nicht statisch</i>, sondern entstehen in fortlaufenden Interaktions- und Aushandlungsprozessen mit anderen.“[Schaeffer/Moers 08, S. 9] • So wie Mead, geht es auch Strauss vor allem darum, <i>Veränderungen</i> greifbar zu machen. Diese Veränderungen betreffen - gemäß der Prämissen des Symbolischen Interaktionismus - Veränderungen der Struktur sozialer Ordnungen ebenso wie Bedeutungen, Gewissheiten, Bewusstseinskontexte und Handlungsweisen [vgl. Corbin/Hildenbrand/ Schaeffer 09, S. 55]. Bedeutsam ist dabei, dass <i>selbst Strukturen</i>

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
		<p><i>nicht statisch sind</i>, sondern „durch ständige Veränderungen gekennzeichnet [sind], die durch Interaktions- und vor allem Aushandlungsprozesse zustande kommen. Demzufolge gibt es also keine stabilen Strukturen, da diese durch kontinuierlichen Wandel erzeugt und umgebildet werden“ [Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 56]</p>
<p>Unsicherheiten der Individuen im Fokus</p>	<ul style="list-style-type: none"> Thiersch et al. stellen (basierend auf Beck) in vielfacher Hinsicht eine zunehmende Flexibilisierung der Ordnungen der Gesellschaft fest wodurch Menschen hinsichtlich ihrer traditionellen Denk- und Handlungsmuster <i>verunsichert</i> werden [vgl. Thiersch/ Grunwald/ Köngeter 05, S. 169]: Wertesysteme verändern sich, Menschen werden verunsichert, hinterfragen ihr Leben immer mehr und gehen immer wieder neue soziale Bindungen ein, um ihrem Selbstverwirklichungsziel näher zu kommen [vgl. Beck 86, S. 156]. Denkmuster verändern sich so, dass immer mehr Monopole aufbrechen [vgl. ebenda, S. 370], was neue Freiheiten aber auch weitere Verunsicherung bedeutet. Andererseits entstehen wiederum neue Monopole, die die Denk- und Handlungsmuster beeinflussen, beispielsweise, indem sie Bezugsgrößen verändern. So bewirkt beispielsweise das weiter an Bedeutung gewinnende medizinische Monopol, dass z. B. die Bezugsgrößen <i>Gesundheit, Krankheit, Leben und Tod</i> ihre ursprüngliche „naturwüchsige“ gesellschaftliche Bedeutung verlieren und zu innerprofessionell herstellbaren Größen werden, d. h. die Medizin definiert die Begriffe je nach medizinischem Forschungsstand immer wieder neu [vgl. ebenda, S. 339]. Menschen müssen sich permanent anpassen, weil ihr Altbekanntes in Frage gestellt und ihr Routinewissen verändert wird. Menschen werden dadurch belastet und <i>verunsichert</i>. Basis Schütz: Eine (von mehreren) der Ursachen für die Unvertrautheit von Wissens-elementen ist „die grundsätzliche Undurchsichtigkeit der Lebenswelt, die mir in gewissem Sinn als ein Element meiner Situation auferlegt ist“ [Schütz/Luckmann 03, S. 201] 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Prägung durch Unsicherheit</i>: Unsicherheit wird in vielfältigster Form zu einer Konstante im Leben mit der Krankheit. Diagnostische Unsicherheit und der teils lange diagnostische Schwebezustand, Krankheitsunsicherheit, die aus dem Unvermögen resultiert, krankheitsbezogene Ereignisse zu ermitteln (z. B. Nebenwirkungen von Therapien zu ermitteln) und Symptomunsicherheit im Umgang mit teils sehr schwankenden, kaum kontrollierbaren und nicht vorhersagbaren Krankheitssymptomen, können nicht nur irritieren, sondern sogar Ängste und Depressionen auslösen [vgl. Mishel 97, S. 61ff., vgl. Wiener und Dodd in White/Lubkin 02, S. 108, vgl. Corbin/Strauss 04, S. 42, S. 48]. Dazu kommen Unsicherheiten im Alltagsleben, Ungewissheit über Länge und Verlauf des künftigen Lebens, biografische Ungewissheit und zudem Unwägbarkeiten, die aus den Bewältigungsprozessen selbst resultieren (z. B. die Überlastungen der Partner) [vgl. Mishel 97, S. 66ff.; vgl. Corbin/Strauss 04, S. 47f., S. 352; vgl. Bury in Schaeffer 09b, S. 21].
<p>Akteurstheoretische Sicht: Betonung der Gestaltbarkeit (Individuen sind <i>aktive</i> Subjekte)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Das Lebensweltkonzept zielt auf Hilfe zur Selbsthilfe (5. Dimension) und richtet seine Unterstützungen damit derart aus, dass die Menschen sich als <i>Subjekte</i> ihrer Verhältnisse erleben [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 172]. Das Lebensweltkonzept beschreibt die Möglichkeiten und Erfordernisse der Gestaltung durch das <i>aktive</i> Subjekt und basiert diesbezüglich u. a. auf Kosik und auf Beck (2. bzw. 3. Wurzel des Lebensweltkonzepts) Basis Kosik: <ul style="list-style-type: none"> Der Alltag ist nicht nur durch Anpassungsleistungen gekennzeichnet, sondern auch durch den engagierten, <i>aktiven</i> Kampf um bessere Lebensverhältnisse, wobei Menschen durch ganz unterschiedliche Motive getrieben werden, wie z. B. durch ihre Ansprüche, durch Resignation, Wut oder auch Hoffnungen [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 18]. Das Lebensweltkonzept betont somit die [...] „Abwehr der Genügsamkeit von Verhältnissen, wie sie sich darstellen, und [...] [die] Sensibilität für die Erfahrungen von <i>protestativer Energie</i>, von unterdrückten Hoffnungen, von Trauer und Schmerz“ [Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 170] Basis Beck: <ul style="list-style-type: none"> Gruppen und Individuen zeigen aber auch insofern ein verändertes lebensweltliches Denken, als sie ihre Lebensräume nun bewusst inszenieren, den eigenen Lebensplan entwerfen und vor sich und anderen verantworten müssen [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 171, vgl. Beck 86, S. 116f.]. Die <i>aktive Gestaltung</i> des eigenen Lebensarrangements in räumlicher, zeitlicher und sozialer Hinsicht gewinnt an Bedeutung [vgl. Thiersch/ Grunwald/ Köngeter 05, S. 169] Individualisierung bedeutet u. a. , die Biografie im eigenen zu Handeln prägen, wodurch die Normalbiografie - im gelungenen Fall - zur „Wahlbiografie“ wird. vgl. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 12f. und S. 19] 	<ul style="list-style-type: none"> Der Prozesscharakter der Krankheitsbewältigung und somit die Auffassung, dass Krankheitsverlaufskurven von den Akteuren <i>gestaltet</i> werden und diese Gestaltungsprozesse zur weiteren Entwicklung der Verlaufskurve beitragen, ist die Perspektive des Symbolischen Interaktionismus [vgl. Hildenbrand 09, S. 151]. Strauss verwies schon vor 40 Jahren darauf, dass Pragmatiker wie Mead immer wieder die <i>aktive</i> Rolle unterstreichen, die die Menschen bei der Gestaltung ihrer Umwelt und ihres Schicksals spielen [vgl. Straus in Mead 69, S. 26]. Strauss betont diese Möglichkeit der Gestaltung auch in Bezug auf die Verlaufskurve [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 50]. Der Kranke ist ein <i>aktives</i> Subjekt, seine Handlungskompetenz wird ihm nicht abgesprochen, und er trägt -wie auch die anderen Beteiligten - aktiv zur Krankheitsbewältigung bei. Die <i>Gestaltung</i> einer Verlaufskurve besteht darin, „mit unerwarteten Problemen in bestmöglicher Weise umzugehen, auch wenn die Kurve nicht vollständig unter Kontrolle ist.“ [White/Lubkin 02, S. 97]. Ein Verdienst des von Corbin/Strauss entwickelten Konzepts der Krankheitsverlaufskurve ist, dass u. a. erstmals dieser <i>aktive</i> Part in den Mittelpunkt des Interesses gerückt wurde [vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 70]. Viele der Begleiterscheinungen der Krankheit können zwar nicht revidiert aber von den Beteiligten aktiv beeinflusst werden (wobei auch präventive Maßnahmen greifen) [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 50, vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 332]
<p>Gefahr der Überforderung der Individuen durch die Gestaltungsanforderungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> „Das Konzept Lebenswelt [...] ist sensibel vor allem für die Muster, für die neuen Chancen, aber auch für die Belastungen und Überforderungen in den Gestaltungsaufga- 	<ul style="list-style-type: none"> Überlastungen können durch <i>einseitige Arbeitsbelastungen</i> auftreten, bei denen der Erkrankte oder der Angehörige den größeren Teil der Verantwortung für die Ar-

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>ben von Erfahrungsräumen und Lebensentwürfen.“ [Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 171]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individualisierung hat einen ambivalenten Charakter, da die Selbstbehauptung aufwändig und schwierig ist und sich zugleich als positive, stärkende Herausforderung aber auch als auch als zerstörerische Überforderung ausdrücken kann [vgl. Thiersch 05, S. 21]. • Basis Beck: <ul style="list-style-type: none"> • In der „Moderne“ werden die Selbstverständlichkeiten des Alltags, die Fraglosigkeiten und unbewussten kollektiven Habitualisierungen brüchig und fragwürdig und bewirken, dass Menschen Dinge kaum noch einfach hinnehmen können [vgl. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 17]. Stattdessen müssen sie ständig darüber nachdenken, planen, abstimmen, aushandeln, entscheiden und ggf. wieder widerrufen [vgl. ebenda, S. 18] Der Mensch wird zum <i>homo optionis</i>, der Identität, Religion, Geschlecht, Ehe, Elternschaft, soziale Bindungen, Leben, etc. und ggf. sogar Tod für sich entscheiden muss [vgl. ebenda, S. 16]. Das Wegbrechen der Routinen ist somit mit Beschwernis und Anstrengung für die Menschen verbunden [vgl. ebenda, S. 18]. Der <i>homo optionis</i> muss sich permanent entscheiden. • Schon in abgegrenzten gesellschaftlichen Teilbereichen, wie der Medizin, in der vom „mündigen Patienten“ ein „Arbeitsbündnis“ gefordert wird, bei dem der Patient zum „Mitarzt“ seiner Krankheit wird, zeigt sich, dass der Mensch den Ansprüchen aktiver fundierter Mitgestaltung (hier: seiner Behandlungsplanung) teils nicht entsprechen kann und daran verzweifelt [vgl. Beck 86, S. 331]. • Auch gesamtgesellschaftlich gesehen sind die Individuen mit der Lebensplanung angesichts der hohen Komplexität der Gesellschaftszusammenhänge oft überfordert und teils nicht in der Lage, fundierte Entscheidungen zu treffen, unter Abwägung von Interesse, Moral und Folgen [vgl. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 15]. • Individualisierung bedeutet zwar die Biografie im eigenen Handeln zu prägen, jedoch kann die Normalbiografie dabei auch zur „Risikobiografie“ oder „Bruchbiografie“ werden [vgl. Beck/Beck-Gernsheim 94, S. 12f. und S. 19]. 	<p>beitsdurchführung trägt und sich beispielsweise Angehörige durch die übernommenen Pflege überlastet fühlen (<i>Einseitige Arbeitsbedingungen</i> stellen einen Teil der Strukturbedingungen der 4. Eben der Bedingungsmatrix dar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corbin/Strauss führen eine Fülle von Problemen der überlasteten Angehörigen auf, wie z. B. auftretende Konflikte, Erschöpfung, Suchterkrankungen der Angehörigen, Ängste (z. B. finanzielle Existenzangst), Gefühle von Isolation und Einsamkeit u. v. m. [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 323] Diverse Fallbeispiele zeigen zudem die Burnoutsymptomatik der Angehörigen und ihre Emotionen, die von Selbstmitleid bis zu Hassgefühlen auf den Kranken und Ressentiments gehen [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 336]. • Praktiker sollen den Betroffenen daher bei der Arbeitsaufteilung helfen, beispielsweise, indem sie bei Anzeichen von Überlastung Ressourcen finden (wie z. B. Tagesbetreuung, nützliche Hilfsmittel), die entlastend wirken. Zudem sollen Praktiker betroffene Patienten und Angehörige darüber informieren, dass sie die Arbeit besser durchhalten, d. h. körperlichen und emotionalen Verschleiß durch die Bewältigungsanstrengungen reduzieren, wenn sie sich Beistand holen in Form von entwickelten Routinen, Nutzung von Hilfsmitteln, angeforderte Unterstützung von außen, Arbeitspausen etc. [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 260] und sollen somit einen langen Erhalt der stabilen Phase fördern.
Prinzip: Prävention	<p>Prävention gliedert sich in allgemeine (s. später) und spezielle Prävention.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Spezielle</i> Prävention zielt darauf, rechtzeitig prophylaktisch einzugreifen bevor Schwierigkeiten sich verschlimmern, d. h. schon dann wenn sie bloß zu erwarten sind, wie z. B. in Situationen besonderer Belastungen und bei sich abzeichnenden Krisen [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 173]. Prävention bedeutet, eine besondere Sensibilität dafür zu haben, Schwierigkeiten zu entdecken; Prävention muss dafür sensibilisiert sein, Normabweichungen auch als <i>unangemessen</i> erkennen zu können und potentiell oder real daraus resultierende Schwierigkeiten zu erkennen (Bsp. Sprachprobleme von Migrantenkindern) [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 27f.]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zur Gestaltung gehören auch viele Maßnahmen, die <i>präventiven</i> Charakter haben und z. B. der Vorbeugung von Komplikationen dienen. Corbin und Strauss sehen den Aspekt der Prävention daher als einen Schwerpunkt des Konzepts der Krankheitsverlaufskurve [vgl. Corbin/Strauss 98b, S. 130]; vgl. auch Corbin/Strauss in White/Lubkin 02, S. 122] • Zur krankheitsbezogenen Arbeit gehört beispielsweise u. a. auch die Prävention
Pragmatismus als Bewältigungsressource	<ul style="list-style-type: none"> • Lebenswelt als Konzept betont ... diese pragmatische Geschicklichkeit des Sich-Arrangierens in der Lebenswelt (z. B. beim Anpassen an Strukturen oder Verändern von Strukturen) jenseits von Stringenz, Prinzipien oder in sich konsistenten Begründungen [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 169]. • Das Lebensweltkonzept betont auch die Anstrengungen, sich in Verhältnissen zu behaupten, z. B. durch Selbstinszenierung, Kompensation, Überanpassung oder den Umgang mit Stigmata und respektiert defizitäre oder normabweichende Verhaltensauffälligkeiten von Menschen, weil sie das Ergebnis der Anstrengung der Menschen darstellen, irgendwie <i>pragmatisch</i> mit den gegebenen Verhältnissen zurecht zu kommen [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 169]. • Gelingenderer Alltag wird in einem Prozess geschaffen, bei dem zwar die Destruktion der Pseudokonkretheit beabsichtigt wird und Menschen aus dem Vertrauten, Gewöhnten und dem gegebenen Komfort gelöst werden, allerdings darf das nach Ansicht von Thiersch nicht missverstanden werden, denn gleichzeitig sind die konstitutiven Momente von Entlastung und Sicherung in der pragmatischen Erledigung von Aufgaben zu stärken. Denn wenn Pragmatik permanent durch Hinterfragen, Kritik und Provokation verunsich- 	<ul style="list-style-type: none"> • An vielen Fallbeispielen beschreiben die Autoren den Pragmatismus, der die beteiligten Akteure leitet und der ihnen zur Entwicklung (pragmatischer) Alltagsroutinen verhilft • Corbin/Strauss beziehen sich zudem explizit auf den Pragmatiker Dewey [vgl. Corbin/ Strauss 04, S. 152] wenn sie sich mit Themen wie der gegenseitigen Ausrichtung der Partner aufeinander oder geeigneter Formen der Arbeitsteilung der Partner untereinander beschäftigen • Auch die Konzeptbasis, der Symbolischer Interaktionismus von Mead, basiert auf Pragmatismus [vgl. Kuzminski/Großmann 10, S.1]; der weiterentwickelte Symbolische Interaktionismus von Strauss basiert ebenfalls auf Pragmatismus nach Dewey [vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 55]

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>chert werden würde, endlose Diskussionen um Alternativen in Gang kämen, wären Menschen nicht mehr handlungsfähig. Die „Destruktion des pseudokonkreten Alltags“ ist zum einen durch den gleichzeitigen „Respekt vor der Notwendigkeit von Pragmatik“ zu ergänzen [vgl. Thiersch 06, S. 44]. Der bereits von Schütz als essentiell beschriebenen Notwendigkeit von pragmatischen Alltagsroutinen wird also nicht widersprochen, sie wird nur durch die kritische Variante der Alltagstheorie kritisch ergänzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basis ist Schütz mit dem Strukturmerkmal <i>Pragmatisches Motiv</i> (s. Haupttext) <ul style="list-style-type: none"> • „Wir können sagen, dass unsere natürliche Einstellung der Welt des täglichen Lebens gegenüber durchgehend vom pragmatischen Motiv bestimmt ist“ [Schütz/Luckmann 03, S. 33]. • Schütz weist aber darauf hin, dass Menschen in der natürlichen Einstellung vom pragmatischen Motiv beherrscht werden, der Erfahrungsvorrat zur Lösung <i>praktischer</i> Probleme dient und den Menschen in der Welt des Alltags daran gelegen ist, sich <i>routinemäßig</i> orientieren zu können; die im Wissensvorrat sedimentierten Auslegungen haben somit den Status von Gebrauchsanweisungen [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 42f.]. 	
Entlastungsfunktion von Routinen	<ul style="list-style-type: none"> • Routinen wie z. B. Alltagsregeln strukturieren das Handlungsfeld, machen den Alltag verlässlich; schaffen auch Freiräume [vgl. Thiersch 05, S. 120] • Basis Schütz <ul style="list-style-type: none"> • Der Wissensvorrat enthält u. a. <i>Routinewissen</i>. Routiniertes Wissen und die damit verbundenen „automatisierten“ Tätigkeiten bestechen durch ihre Fraglosigkeit [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 160]. Der Fokus beim Betrachten der alltäglichen Lebenswelt liegt bei Schütz bei den Typisierungen und Routinen des Alltagslebens. • Schütz weist darauf hin, dass der Erfahrungsvorrat (d. h. das Wissen der Menschen) zur Lösung <i>praktischer</i> Probleme dient und den Menschen in der Welt des Alltags daran gelegen ist, sich <i>routinemäßig</i> orientieren zu können; die im Wissensvorrat sedimentierten Auslegungen haben somit den Status von Gebrauchsanweisungen [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 42f.]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corbin/Strauss beschreiben auch die Entlastung durch Alltagsroutinen. Die Krankheit muss in die Alltagsroutinen eingepasst werden und gleichzeitig muss der Alltag mit seinen bestehenden Routinen, an die Bedingungen der Krankheit angepasst werden, um ein „krankheitsangemessenes Alltagsleben“ zu realisieren, das trotz der erforderlichen Anpassungen an die Krankheit einen lebenswerten Charakter für den Betroffenen behält [vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 337]. • Es kann zu <i>Störungen im Arbeitsfluss</i> kommen, wenn Bedingungen auftreten, die die inzwischen bereits etablierten Routinen derart stören, dass immer wieder neue Lösungen für neue Routinen auszuarbeiten sind. Schnell wieder neue Routinen zu entwickeln ist wichtig, weil es ohne haltgebende Routinen einen noch höheren Verbrauch (an Zeit, Energie, Geld, Arbeitskraft) gibt [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 134f.]. Die Arbeit liegt immer zwischen Routine und Krise [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 111]
Generelle Ressourcenorientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Das Konzept der Lebensweltorientierung wendet sich gegen den traditionell defizitären Blick auf soziale Probleme [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 161] und richtet den Blick auf die Potentiale und Widerstände in der konkreten Lebenswelt und ihre Ressourcen [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 165f.]. • Das Handeln lebensweltorientierter Sozialer Arbeit ist an den in der Lebenswelt vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen orientiert [vgl. Thiersch 02, S. 215]. • „Lebenswelt fungiert gleichsam als Reservoir sprachlicher, handlungspraktischer, wissenschaftlicher Kompetenzen [der Adressaten], an die es anzuknüpfen gilt.“ [Wahl 04, S. 7] • Die materiellen und immateriellen Ressourcen der Menschen, die die Handlungen ermöglichen, sind allen genannten Dimensionen der Lebenswelt zu berücksichtigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu den vier beschriebenen Arbeitsprozessen gehört auch der Prozess <i>Ressourcen kalkulieren</i> [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 138ff.; S. 352, S. 363]. Der Ressourcenbedarf ist für die einzelnen Arbeitslinien zu ermitteln, nach Prioritäten zu ordnen, Bedarf und Verfügbarkeit sind zur Deckung zu bringen, ggf. sind Ressourcen auf andere Arbeitslinien umzulenken. Je nach Bedarf sind zur Ressourcendeckung gesetzliche Behindertenprogramme, Sozialhilfeansprüche und andere finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten, Gemeindeprogramme etc. zu nutzen. Auch der Bedarf an sozialer Unterstützung und die eigenen persönlichen Ressourcen sind abzuschätzen. Schließlich ist Flexibilität im Umgang mit Ressourcen anzustreben. • Eine Fülle weiterer Aspekte beeinflusst die Verlaufskurvenvorstellungen der Kranken und ihrer Partner, wie z. B. die <i>Ressourcenverfügbarkeit</i>, wozu Corbin/Strauss auch die Motivation zum Leben, die physische und emotionale Kraft zum Kämpfen, das soziale Netz von Familie und Freunde, finanzielle Ressourcen und das Wissen darüber, wie man die modernste und kompetenteste Versorgung bekommt, zählen [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 56]. • Corbin/Strauss nennen in Bezug auf die Ressourcenorientierung spezielle Problematiken: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wettstreit um die Ressourcen</i> : Sie beschreiben die problematische <i>Strukturbedingung</i>, dass unter den drei Arbeitslinien ein Wettstreit um die Ressourcen stattfinden kann, so dass Prioritäten zu setzen sind, um die begrenzten Ressourcen adäquat dazu zu verteilen • <i>Gründe dafür, dass Angehörige mögliche Ressourcen nicht nutzen</i>, werden von ihnen ausführlich benannt, wozu u. a. Schamgefühle, Pflichtgefühle oder auch das Gefühl, andere nicht belasten zu wollen, gehören • Praktiker sollen nach Ansicht der Autoren kalkulieren, welche Ressourcen die

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
		<p>Betroffenen derzeit und künftig brauchen; sie sollen den Betroffenen helfen, die benötigten Ressourcen zu finden ,wie z. B. Betreuer für die häusliche Versorgung und Hilfsmittel wie Rampen, Treppenlifte etc., die ihm helfen, frühere Aktivitäten beibehalten zu können, auch wenn sie auf neue Weise durchzuführen sind</p>
<p>Ressource <i>soziale Netze</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Berücksichtigung umfassender sozialer Bezüge 	<ul style="list-style-type: none"> Das Lebensweltkonzept bezieht sich auch auf die Ressourcen und Spannungen der sozialen Bezüge. Um die Lebenswelt realistisch erfassen zu können darf die Komplexität der sozialen Netze und damit die Fülle unterschiedlicher ggf. auch sich widersprechender Erfahrungen, die die Menschen mit den Mitgliedern ihres sozialen Netzes machen, nicht durch eine Betrachtung nur weniger Knotenpunkte des Netzes (Bsp. nur Betrachtung der Familie, aber Vernachlässigung der Betrachtung der Freunde und professioneller Unterstützung) reduzierend betrachtet werden. 	<ul style="list-style-type: none"> Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept berücksichtigt die soziale Bezüge sehr umfassend (siehe beteiligte Akteure: Partner (im Besonderen), aber auch Familie, Freunde, Gesundheitsprofessionelle und andere Professionelle („Praktiker“), Arbeitgeber etc.)
<p>Ressource <i>soziale Netze</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Erosionstendenzen sozialer Netze 	<ul style="list-style-type: none"> Thiersch verweist (basierend auf Beck) auf die Erosionstendenzen sozialer Netze in der „Moderne“: Bedeutsam ist das Aufbrechen heutiger sozialer Netze, die - z. B. bei Belastungen durch erkrankte Familienmitglieder - das Arrangement belastbarer Beziehungen und die „Inszenierungen“ sozialer Ressourcen zu einer besonderen Aufgabe machen [vgl. Nestmann und Keupp/Röhrle in Thiersch 05, S. 51]. 	<ul style="list-style-type: none"> Es besteht eine Dynamik der Ausdünnung der sozialen Netze im Krankheitsverlauf: sozialer Rückzug und Isolation sind die schließlich die diesbezüglichen extremen Folgen und gehören zu den Hauptmerkmalen chronischer Krankheit [vgl. Strauss in Bury 09, S. 84]
<p>Zeitdimension: Betrachtung phasenhafter Verläufe mit phasenspezifischen Bewältigungserfordernissen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lebensweltorientiertes Arbeiten sieht und berücksichtigt die heutigen von den Menschen individualisiert konzipierten Lebensläufe und -entwürfe [vgl. Thiersch 07, S. 701]. Alltäglichkeit und somit auch die lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert in der Dimension der <i>erfahrenen</i> Zeit, bezieht sich auf die Zeitstrukturen im Lebenslauf, d. h. auf die in den jeweiligen Lebensphasen unterschiedlichen Bewältigungsaufgaben und Kompetenzen der Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> Jede Verlaufskurve kann analytisch in <i>Phasen</i> unterteilt werden, die der Kurve ihre Form geben. Zu diesen Phasen gehören Diagnose, Krise, Akute Phase, Normalisierung, Stabile Phase, Instabile Phase, Abwärtsphase und Sterbephase, die in weitere Subphasen unterteilt werden können [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 38ff.; S. 62ff.]. Corbin/Strauss beziehen sich auf die Krankheitsverlaufskurve, d. h. auf den durch die Krankheit beeinflussten Verlauf; dabei beachten sie auch die einzelnen Phasen und die darin unterschiedlichen Bewältigungsaufgaben; also genauso von Phasen abhängigen Bewältigungserfordernisse Praktiker sollten ... sensibel für die aktuelle Verlaufskurvenphase sein, in der die biographische Arbeit des Erkrankten stattfindet und Interventionen passend dazu anbieten Corbin/Strauss schreiben unterschiedlich viel zu einzelnen Phasen: <ul style="list-style-type: none"> Auf die <i>Krise</i> und die <i>Akutphase</i> gehen die Autoren kaum ein, da sie mehr an den Phasen, die die Krankheitsbewältigung <i>in der Familie</i> beschreiben, interessiert sind [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 62]. die anderen Phasen werden ausführlich mit Fallbeispielen geschildert Zur Sterbephase notieren sie deutlich mehr als Thiersch: Gegen Ende des Krankheitserlaufs verschlechtert sich der Zustand anhaltend, Krankheitssymptome verändern sich qualitativ und quantitativ, und Restabilisierungen bleiben aus [vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 66]. Die Betroffenen fragen sich, wie schnell der Verfall gehen wird, und die Bewältigung richtet sich darauf, Tempo und Ausmaß des Verfalls zu kontrollieren [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 64]. Ergänzende Anmerkung, auf die bei der Vergleichsbeschreibung verzichtet wurde: Dass Belastungssituationen - wie chronische Krankheiten- nicht nur nach Phase in der Verlaufskurve, sondern je nach Phase im <i>Lebenslauf</i> anders wahrgenommen, erlebt und verarbeitet werden und auch das Bewältigungsverhalten je nach Phase im <i>Lebenslauf</i> variiert [vgl. Schaeffer 09, S. 32] ist bei Corbin/Strauss im Gegensatz zu Thiersch kein Thema (sie sagen in allgemeiner Weise, man solle auf Einzelfall bzw. auf die Verlaufskurvenphase sehen)
<p>Zeitdimension: Wechselwirkung von Biografie und Alltag (Biografie prägt Alltag und Handeln und umgekehrt)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die zeitliche Perspektive einzunehmen, betont, dass eine Verbindung von Alltag (alltäglicher Lebenswelt) mit dem Konzept Biografie/Lebenslauf herzustellen ist [vgl. Scheffold in Thiersch 05, S. 51]. Dabei werden Lebensphasen <i>in ihrer Alltäglichkeit</i> aufeinander bezogen und insbesondere Probleme des Zusammenhangs des Lebens in den Phasen sowie durch die Phasen hindurch - z. B. als Problem der „Patchwork-Identität“ verhandelt [vgl. Thiersch 05, S. 51]. Schütz (Einfluss der Biografie auf den Alltag und Gestaltungsmöglichkeiten): 	<ul style="list-style-type: none"> Biografische Zeit bezieht sich auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Person. So beschreibt biografische Zeit beispielsweise, inwieweit die Vergangenheit den Umgang mit der Krankheit beeinflusst, inwieweit Gegenwart und Vergangenheit durch die chronische Krankheit getrennt werden oder inwieweit die Zukunftsperspektiven durch die erlebte Krankheit beeinflusst werden [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 66, S. 70]. Die Bedeutung der Vergangenheit und der Zukunftsperspektiven für das <i>heutige</i>

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<ul style="list-style-type: none"> In jeder bestimmten biografischen Lage, zu der auch der Erfahrungsvorrat gehört, entdeckt man, dass Elemente der Lebenswelt teils unabänderlich, teils aber auch durch eigenes Handeln veränderbar sind [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 48]. „Der Bereich des Bewirkbaren ist also auch unmittelbar durch meine [...] biografische Situation begrenzt“ [Schütz/Luckmann 03, S. 88] 	<p>Handeln und Entscheiden betonte bereits Mead, ebenso wie den Umstand, dass die Vergangenheit angesichts veränderter Gegenwart und veränderter Zukunftsperspektiven immer wieder anders eingeschätzt wird [vgl. Mead 69, S. 417; vgl. auch Strauss in Mead 69, S. 31f.]. Neue Konzeptionen müssen somit von der Gegenwart an aus dem entstehen, was nun noch möglich ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> Corbin/Strauss benennen bei der Bewältigungssituation, auch Alltag und Biografie beschreiben dabei den „Reziproken Einfluss“, d. h. nicht nur die Biografie bestimmt den Alltag, sondern auch umgekehrt.
Zeitdimension: Beachtung „physikalischer Zeit“	<ul style="list-style-type: none"> Alltäglichkeit und somit auch die lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert in der Dimension der <i>erfahrenen</i> Zeit, bezieht sich dabei u. a. auch auf die in den jeweiligen Lebensphasen unterschiedlich empfundene Zeit, wie z. B. in Bezug auf die Dichte (z. B. zeitlicher Stress oder unerträglich langes Warten bei Krankheit) [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 33] Auch Schütz widmet sich dieser Zeitart (beschreibt z. B. das Warten bei Wundheilungen) 	<ul style="list-style-type: none"> Corbin/Strauss weisen in Bezug auf die Zeit detaillierter als Thiersch auch darauf hin, dass neben der biografischen Zeit auch die <i>physikalische</i> Zeit zu beachten ist. So muss von den Erkrankten akzeptiert werden, dass viele Verrichtungen länger dauern, da Aufgaben durch die Erkrankung auf sanftere aber weniger effektive und damit zeitaufwändigere Weise erledigt werden müssen (wie z. B. die morgendliche Körperpflege eines Arthritis-Kranken) [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 112]. Komplizierte Behandlungen und krankheitsbedingte langsame Bewegungsabläufe können große Löcher in den gewohnten Zeitplan der Betroffenen reißen [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 80]. Corbin/Strauss beschreiben auch, dass Zeit unterschiedlich empfunden wird, wieder mit Krankheitsbezug (z. B. Warten auf den Tod, unerträgliche Gegenwart)
Teilaufgabe: Momente <i>gelingenden</i> Lebens suchen	<ul style="list-style-type: none"> Thiersch verweist darauf, dass die Destruktion des Pseudokonkreten (s. u.) auch mit der detektivischen Suche einhergehen muss, die Momente des <i>gelingenden</i> Lebens und uneingelöster Sehnsüchte zu entdecken, wachzuhalten und zu mehrern, kurz: mit der „Stabilisierung glücklicher, gelungener Erfahrungen und weitertreibender Hoffnungen“ [vgl. Thiersch 06, S. 45f.]. 	<ul style="list-style-type: none"> Zu den Bedingungen, die dazu beitragen, dass Menschen weiterleben können, gehören u. a. Tage, an denen sie sich relativ wohl fühlen, Momente der Freude, Erfolge aus bestimmten Aktivitäten (Performanzen), persönliche Philosophien (z. B. „ich lebe von einem Tag auf den anderen“) u. v. m. [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 103f] Praktiker sollten Patienten darin unterstützen, nützliche Dinge zu entdecken, mit denen sie ihre Zeit ausfüllen können (z. B. in Sterbephase) Corbin/Strauss weisen zudem darauf hin, dass auch <i>jede</i> erfolgreiche Performanz dabei hilft, die Identität wieder zusammensetzen [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 103], es können schon Kleinigkeiten sein. Praktiker können Betroffenen die erfolgreiche Performanz bestätigen
Beziehungsgestaltung: Grundhaltung Respekt	<ul style="list-style-type: none"> Lebensweltkonzept betont den Respekt vor der Alltagsarbeit (beinhaltet die eigene Dimension <i>Alltägliche Bewältigungsarbeit</i>) Respekt ist wichtig : Beachtung der Pragmatik im Alltag (auch vor unkonventionellen Lösungen der Adressaten) vor der Destruktion von Borniertem <i>Respekt</i>, den Thiersch als Grundorientierung lebensweltorientierter Arbeit bezeichnet, bedeutet sowohl die <i>Akzeptanz der eigensinnigen Lebensverhältnisse</i> der jeweiligen Adressaten sowie das Wissen um die Tatsache, dass Menschen generell unterschiedliche lebensweltliche Erfahrungen machen und der Klient dem Sozialarbeiter somit immer als Fremder begegnet [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 24, vgl. Thiersch 05, S. 46] Das Lebensweltkonzept handelt [...] <i>im besonderen Respekt vor den alltäglichen, eher unauffälligen Bewältigungsaufgaben</i> [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 172]. Es orientiert sich am Kleinen, am Unscheinbaren und an den immer wiederkehrenden Akten des Alltags. In Zusammenhang mit Erziehungsaufgaben/Familienhilfe werden z. B. Aufgaben wie Aufräumen, Putzen, Kochen, Da-Sein, Ansprechbar-Sein beachtet [vgl. Thiersch 05, S. 49]. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit steht in dem Spannungsfeld, einerseits Respekt vor gegebenen Alltagsstrukturen zu haben und andererseits die Destruktion der Pseudokonkretheit des Alltags betreiben zu müssen. Respekt und Destruktion miteinander zu verbinden schätzt Thiersch als schwieriges Unterfangen ein [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 172]. „Im Namen sozialer Gerechtigkeit und Humanität löst die lebensweltorientierte Soziale Arbeit die Doppelstellung von Respekt vor den Handlungsroutinen und Bewältigungsstrategien der Menschen und der zumindest teilweisen Destruktion dieses Alltags nicht auf, sondern sucht in mæutischer Manier nach neuen Optionen für einen gelingenderen Alltag.“ [Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 168] 	<ul style="list-style-type: none"> Beispielsweise sollen Professionelle in stabilen Phasen registrieren (und damit implizit respektieren), dass der Erhalt der Stabilität nicht selbstverständlich ist, sondern permanente Arbeit (auch Alltagsarbeit) bedeutet; Praktiker sollen auch die Vielfältigkeit der Anforderungen im Alltag wertschätzend beachten Zwar wird der Respekt nicht explizit gefordert aber über viele Fallbeispiele wird der Respekt vor der Alltagsarbeit der Kranken und ihrer Angehörigen <i>implizit</i> ausgedrückt: z. B. in Bezug auf ihre gewählten Taktiken, ihren Erfindungsreichtum, die Anstrengungen der gegenseitigen Ausrichtung am Partner, die Anstrengungen selbst bei Alltagsarbeiten wie der Müllentsorgung, die sich für Kranke schon schwierig gestalten können etc. [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 160ff.]

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
<p>Erfordernis: Analytische Distanz zum Fall (Theoretisches Fachwissen <i>und</i> Einzelfallspezifika beachten)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der Person des Sozialarbeiters sowie der Beziehungsgestaltung zum Klienten kommt angesichts der lebensweltlichen Brüche und Offenheiten eine besondere Bedeutung zu. Bei der Beziehungsgestaltung ist für den Sozialarbeiter relevant, dass er trotz der Nähe zum Klienten aber auch eine <i>professionelle Distanz wahren muss</i>, um -unter Nutzung seines wissenschaftlichen Wissens - den konkreten Fall unter fachlichen Gesichtspunkten reflektieren und Entscheidungen begründen zu können [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 31; vgl. Thiersch 05, S. 40]. • Profil sozialpädagogischen Handelns: Dabei ist die Vermittlung zwischen Person und Profession, die immer schwierig ist, im Rahmen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit besonders problematisch, weil Sozialarbeiter den Klienten in den offenen Arrangements so nahe kommen [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 31; vgl. auch vgl. Thiersch 05, S. 39f.] und sogar die Gefahr für Sozialarbeiter besteht, in den Alltag bzw. die Lebenswelt der Adressaten hineingezogen zu werden, so dass nur durch die Distanz die Voraussetzungen für klärende, strukturierende und alternative Problemlösungen gegeben ist [vgl. Thiersch 02, S. 217f]. • Thiersch et al. verweisen darauf, dass Praxis- und Theoriewissen nicht als grundsätzlich voneinander getrennt betrachtet werden, sondern höheres Verstehen durch die Entlastung vom alltäglichen Handlungsdruck erst ermöglicht wird. Auf diese Weise wird eine kritische Distanz zu der aufklärenden Alltagspraxis hergestellt, ohne die Perspektive des Alltags und das Handeln im Alltag abzuwerten [vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 167]. Es ist vom konkreten Einzelfall zu abstrahieren und unter Anwendung seines Fachwissens sowie der Partizipation des Klienten alternative Sichtweisen zu der Situation zu ermöglichen, dafür ist solch eine kritische Distanz unabdingbar • Die schwierige Balance hermeneutischer Bemühungen: einerseits geht es darum, nicht zu konkret am Fall zu bleiben, weil damit nur noch das Individuelle betrachtet würde Andererseits wäre es auch sinnlos, die Verallgemeinerung auf derart hohem Niveau anzuseheln, das das Spezielle des Falls verloren ginge • Basis: hermeneutisch-pragmatische Pädagogik 	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse der Krankheitsverlaufskurve bietet Pflegefachkräften Hilfe für analytische Distanz: sie kann Probleme zwischen den beteiligten Akteuren erkennen [Strauss in White/Lubkin 02, S. 96] • Um das, was in der konkreten Paarsituation im Rahmen der Krankheitsbewältigung geschieht nachvollziehen zu können, müssen stets die Beziehungen zwischen den theoretischen Aussagen von Corbin/Strauss <i>und</i> die spezifischen Umständen des Einzelfalls in den Blick genommen werden [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 355]. • Ansetzen beim Einzelfall, aber die Theorie dahinter muss auch berücksichtigt werden [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 355]
<p>Situationsangemessene Selbstbegrenzung: Prinzip: Anbahnen von Hilfen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bei der Hilfe zur Selbsthilfe ist die Soziale Arbeit auf Anregungen, Provokationen und Unterstützungen festgelegt, sie schafft Anbahnungen, Voraussetzungen, Dispositionen; die jeweilige Realisierung liegt aber bei den Adressaten, die ihr Leben in eigener Verantwortung gestalten und Angebote auch ablehnen können („Vorläufigkeit des Mandats“ der Sozialen Arbeit) [vgl. Thiersch 02, S. 208f.]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corbin/Strauss zeigen auf, dass Gesundheitsprofessionelle dazu Hilfen jeweils nur anbahnen können: „Professionelle Helfer können zwar Leitlinien für diese Bewältigungsarbeit anbieten, doch letztlich muss der Kranke allein herausfinden, wie er solche Leitlinien umsetzt.“ [Corbin/Strauss 04, S. 233]; Beispiele von Diabetiker und Herzpatient dazu [ebenda]
<p>Bewusste Zurückhaltung bei Interventionsmöglichkeiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grunwald/Thiersch halten <i>pädagogischen Takt</i> im Umgang mit den Eigenwilligkeiten der Adressaten für unverzichtbar, wobei sie auch auf die Notwendigkeit hinweisen, dass zum Takt auch gehört, dass Sozialarbeiter ggf. auch einmal wegsehen, sich mit den eigenen Möglichkeiten zurückhalten, sich heraushalten; dass sie Menschen in ihrem Eigensinn respektieren, um den Lebensraum der Adressaten zu sichern [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 31; vgl. auch Thiersch 02, S. 217]. • Gesicherte, geklärte und transparente Arbeitsformen sind zu entwickeln, in denen Takt operationalisiert wird [vgl. Thiersch 02, S. 217]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corbin/Strauss weisen darauf hin, dass zur Unterstützung der Betroffenen bei der Biografiearbeit nicht einfach nur Beratung oder Therapie zu biographischen Problemen der Betroffenen gehören, sondern dass ggf. mehr -oder weniger -Facetten der gängigen medizinischen oder versorgungsbezogenen Interventionen angeboten werden, sofern dies dem biographischen Stand des Betroffenen eher angemessen ist [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 107f.]. Ein Beispiel wäre: in der Sterbephase auf intensivmedizinische/ bzw. -pflegerische Interventionen zu verzichten
<p>Teilaufgabe Dasein und Aushalten (Grenzen der Handlungsfähigkeit)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensweltorientierte Soziale Arbeit bedeutet auch, Aufgaben des <i>Daseins</i> und <i>Aushaltens</i> wahrzunehmen, wie sie sich z. B. bei der Suchtarbeit oder der Sterbebegleitung ergeben [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 33]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kranke (und ihre Angehörigen) müssen die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit akzeptieren: gerade in instabilen Phasen „besteht das einzige operative Mittel darin, dass der Kranke eine Routine der Bewältigung entwickelt, indem er sich ausruht, die Dinge leicht nimmt oder die schlimmsten Augenblicke, Tage oder Wochen mit möglichst großer Geduld einfach abwartet“ [Corbin/Strauss 04, S. 279] • Professionelle müssen ebenfalls die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit akzeptieren und Betroffene auf andere Weise unterstützen: <ul style="list-style-type: none"> • Praktiker sollen Betroffene angesichts der in instabilen Phasen besonders häufigen Wechsel von physischen und emotionalen Hochs und Tiefs auch <i>emotional unterstützen</i> [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 279f.]. • In Abwärts- und Sterbephase sollten Praktiker sich Probleme und Enttäuschungen der Betroffenen anhören; sie müssen einen Balanceakt zwischen dem

Gemeinsamkeit: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
Analyse von Schnittstellen	<ul style="list-style-type: none"> Die genannten Lebensfelder können nicht isoliert betrachtet werden. Schon Beck weist darauf hin, dass „alles, was in systemtheoretischer Perspektive getrennt erscheint, [...] zum integralen Bestandteil der Individualbiografie [wird]: Familie und Erwerbsarbeit, Ausbildung und Beschäftigung, Verwaltung und Verkehrswesen, Konsum, Medizin, Pädagogik usw.“ [Beck 86, S. 218] Das heißt, dass die Grenzen der Teilsysteme nur für die Teilsysteme, aber nicht für Menschen in ihren Individuallagen gelten, sondern durch Individuallagen quasi hindurchgehen. „Lebensführung wird [...] zur biografischen Auflösung von Systemwidersprüchen“ [Beck 86, S. 219] (z. B. zwischen Ausbildung und Beruf), d. h. dem Einzelnen wird überlassen, die durch die jeweiligen <i>Teilsystemrationalitäten</i> entstehenden Widersprüche, divergierenden Expertenmeinungen etc. kritisch zu untersuchen, ggf. aufzulösen und auch auf eigene Vorstellungen hin zu prüfen. Das Konzept der Lebenswelt hat den Anspruch, Menschen beim Erfahren dieser Lebensfelder adäquat zu unterstützen: „Das Konzept Lebenswelt ist [daher] ebenso engagiert in der Rekonstruktion der konkreten lebensweltlichen Verhältnisse in unterschiedlichen Lebensfeldern, wie sensibel für die Anpassung und Vermittlung zwischen den Lebensfeldern, also der im Lebenslauf erworbenen lebensweltlichen Ressourcen zur Bewältigung lebensweltlicher Aufgaben.“ [Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 170] 	<p>Geben von Unterstützung, damit die Betroffenen sich mit ihrer Situation realistisch auseinandersetzen können, und dem Aufrechterhalten von Hoffnung meistern.</p> <ul style="list-style-type: none"> Corbin/Strauss beschreiben Schnittstellenprobleme zwischen Klinik und poststationärem Bereich: In der Akutphase ist der Mensch physisch oder psychisch derart von der Krankheit beeinträchtigt, dass ärztliche Betreuung und/oder Klinikweisung erforderlich werden, um Verschlechterungen zu vermeiden. Die Arbeit richtet sich darauf, physiologische oder mentale Stabilisierung bzw. Erholung zu fördern, wogegen biografische Arbeit oft noch ruht bis die akute Episode überstanden ist [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 62]. Praktiker sollten sich nach Ansicht der Autoren von dem ausschließlichen Blick auf die Situation in der Klinik lösen können. So sollte „das Klinikpersonal [...] allmählich in der Kategorie denken, dass nach der Akutversorgung die Normalisierung kommt und dieses Durchlaufen verschiedener Phasen antizipieren“ [Corbin/Strauss 04, S. 348] Praktiker sollten eine Vision davon entwickeln, was sie für eine Unterstützung der Krankheitsbewältigung in den Folgephasen der Verlaufskurve bereits in der Klinik für den Patienten und seine Angehörigen anbahnen könnten
Konzept als Basis für fachlich verantwortbare praktische Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> Lebensweltorientierung bedeutet die Entwicklung neuer Konzepte, die professionstheoretisch „an den Chancen <i>rechtlich gesicherter, fachlich verantwortbarer Arbeit</i>“ orientiert sind [vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 165]. 	<ul style="list-style-type: none"> Auch hier geht es um fachlich verantwortbare (wenn auch nicht rechtlich abgesicherte) Arbeit: die Komponenten des Konzepts (wie z. B. Phasierung der Verlaufskurve, Arbeitsprozesse, Interaktion, Konsequenzen der Verlaufskurvenbewältigung etc.) sollen zu einem grundlegenden Verständnis der Praktiker zu den vielen Bewältigungserfordernissen und Unterstützungsbedarfen bei chronischer Krankheit führen. Zudem führen Corbin/Strauss sehr detailliert eine Fülle von <i>praxisrelevanten Fragen</i>, auf die „den Bemühungen des Praktikers, bei der Verlaufskurventätigkeit in der Familie behilflich zu sein, eine Orientierung sein können- und den Kranken und ihren Familien bei ihren eigenen Bemühungen um Bewältigung vielleicht helfen.“ [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 366 und S. 361ff]
Aufwertung einzelner Aufgaben der Berufsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> Aufwertung der alltagsnahen allgemeinen Tätigkeiten der Berufsgruppe: Thiersch verweist darauf, dass (insbesondere gemäß der Strukturmaxime der <i>Alltagsnähe</i>) „das Verhältnis von alltagsorientierten und spezialisierten Arbeitszugängen verschoben werden muss“. [vgl. Thiersch 05, S. 32] Er betrachtet dazu beispielsweise die Analogie zur Medizin, bei der das Verhältnis zwischen dem Allgemeinarzt und den spezialisierten Medizinerinnen auch neu ausgehandelt werden muss. [vgl. Thiersch 05, S. 32] <i>Alltagsnähe</i> bedeutet sogar, dass (wie z. B. in der Jugendhilfe) die „spezielleren Arbeitszugänge ihre Aufgaben im Kontext der lebensweltlich gegebenen weiteren Problemzusammenhänge sehen müssen, dass sie sich mit ihren speziellen Angeboten beziehen müssen auf die alltagsnahen und offenen.“ [vgl. Thiersch 05, S. 32] 	<ul style="list-style-type: none"> Zwar wird auch hier eine Aufwertung bestimmter Pflegefunktionen durch das Krankheitsverlaufskurvenkonzept erwartet: insbesondere die Aufwertung der interaktionswichtigen Aufgaben (Aufklärung, Beratung, Ausarbeitung von Pflegeplänen, Vertretung der Rechte eines Patienten etc.) gegenüber den technischen Pflegeaufgaben [vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 27]. Aber auch hier wird wieder <i>implizit</i> die Erwartung geäußert, dass sich etwas ändert und nicht explizit die Veränderung oder aktive Einmischung durch entsprechende Aushandlungsprozesse gefordert

Unterschiede

Zuerst folgen in dieser Tabelle die Kriterien, die eher beim Lebensweltkonzept eine Rolle spielen und weniger (oder gar nicht) beim Krankheitsverlaufskurvenkonzept. Ab Seite XXXVIII folgen dann die Kriterien, die eher für das Krankheitsverlaufskurvenkonzept Gültigkeit besitzen.

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
Fokus zunächst: Kriterien, die eher für das Konzept der Lebensweltorientierung Gültigkeit besitzen		
Breite der Bewältigungsthemen (damit auch Breite des Adressatenkreises)	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt Hinweise dafür, dass das Konzept für vielfältige Bereiche (Bsp. Beratung in unterschiedlichen Settings, Heimerziehung, Behindertenarbeit, Jugendhilfe, Migranten- und Altenarbeit, Straßensozialarbeit etc.) und dementsprechend vielfältige prekäre Situationen gilt • Damit ergibt sich ein breiter Adressatenkreis, der je nach Art des Anwendungsbereichs der konkretisierten Sozialen Arbeit, anders aussieht • Thiersch löst sich bezüglich des Adressatenkreises deutlich von Schütz: Schütz beschreibt mit den Wirklichkeitsbereichen der <i>alltäglichen Lebenswelt</i> die Wirklichkeitsbereiche, die vom „normalen“ Erwachsenen erlebt werden, „wobei wir vom Sonderproblem der Kinderwelt und der pathologischen Wirklichkeiten absehen müssen“ [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 53] Thiersch schließt diese Gruppen im Gegensatz zu Schütz nicht aus, widmet sich sogar intensiv Kindern (respektive Jugendlichen): Das Konzept der Lebensweltorientierung etablierte sich z. B. zuerst in Form der <i>lebensweltorientierten Jugendhilfe</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Konzept bezieht sich auf <i>beteiligte Akteure</i>, worunter alle Menschen verstanden werden, die <i>von der Existenz der Krankheit betroffen sind</i>, wie z. B. der Kranke, die Familie, medizinisch-pflegerisches Personal, aber auch Freunde, Nachbarn und Arbeitgeber, sofern sie einen Einfluss auf die Verlaufskurve ausüben [vgl. White/Lubkin 02, S. 97]. Alle beteiligten Akteure leisten bei den anstehenden Handlungsaufgaben und durch das interaktive Geschehen ihren Teil an der Gesamtarbeit zur Krankheitsbewältigung. • Dabei sind allerdings die Kranken sowie ihre Partner die entscheidenden Akteure, weshalb die Autoren ihren Fokus auf die Paare sowie das Bewältigungsgeschehen innerhalb der Familie richten [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 12, S. 109, S. 151] • Der (unmittelbare, ggf. auch nur mittelbare) Krankheitsbezug steckt somit die Grenze des Adressatenkreises ab; er ist auch sehr breit, aber wegen des zwingenden Krankheitsbezugs nicht so breit wie der des Lebensweltkonzepts
Berücksichtigung historischer Einflüsse auf das Individuum	<ul style="list-style-type: none"> • Das Lebensweltkonzept ist ein <i>historisch-soziales</i> Konzept und berücksichtigt insofern auch die historische Prägung der Individuen • Bei der systematischen Analyse von Lebenswelten wird die Zeitdimension im Sinne von Biografien und als Zeitgeschichte betrachtet [vgl. Hill 08, S. 150]. Individuen, ihr Lebenslauf, ihre Ziele und Handlungen sind abhängig von historischer Situation • Basis: Schütz <ul style="list-style-type: none"> • Es ist festzustellen, dass die Geschichtlichkeit der Situation dem Einzelnen - mit ihrem historisch vorhandenen System von Typisierungen als Bestandteil einer objektiven, vor ihm bestehenden und sozialen Wirklichkeit- als unveränderliche Rahmenbedingung seines Lebenslaufs vorgegeben ist [vgl. Scheffel00, S. 35 und vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 141f.] • Beispiel: Insulin hätte es im vorletzten Jahrhundert als Therapiemöglichkeit noch nicht gegeben • Basis Kosik: <ul style="list-style-type: none"> • Aussagen über Praxis und anzustrebende <i>konkrete</i> Utopie sind nicht absolut, sondern nur relativ möglich sind, d. h. bezogen auf den konkreten historischen Kontext 	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinflussung der Handlungen durch Historie nicht thematisiert (nur durch Gesellschaft, Historie dadurch höchstens implizit)
Pseudokonkretheit des Alltags (Alltag nicht aus sich heraus betrachtbar (Vordergrund), sondern Zwänge und Manipulationen durch Gesellschaft sind zu untersuchen (Hintergrund) und einzubeziehen)	<ul style="list-style-type: none"> • Das Lebensweltkonzept, basierend auf Kosik, sieht Menschen in den Widersprüchen zwischen den vordergründigen Routinen, die die dahinterstehenden Zustände, das Elend und die Macht- und Herrschaftsstrategien tabuisieren und den Möglichkeiten und Hoffnungen auf gelingendere Verhältnisse [vgl. Thiersch 05 et al., S. 170]. • Nach Thiersch ist die Konstruktion des Alltags nach Kosik für das Lebensweltkonzept wichtig, weil Alltag in seiner Erscheinung bezogen ist auf die ihn bedingenden gesellschaftlichen Faktoren • Der unmittelbare Alltag zeigt Widersprüche: der Alltag beinhaltet Täuschung, d. h. Menschen sind nicht frei in ihrem Verhalten, sondern werden in der Alltagspragmatik durch Handlungszwänge genötigt. Sie werden unfrei und Opfer ihrer Aufgaben und Routinen und dadurch auch selbst manipuliert [vgl. Thiersch 06, S. 40]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corbin/Strauss weisen zwar über die Ebene I der Bedingungsmatrix (Politische und sozioökonomische Bedingungen) auf gesellschaftliche Bedingungen hin, die das Individuum beeinflussen: die politischen und sozioökonomischen Bedingungen prägen die Verlaufskurve und somit auch den Alltag. Aber die Autoren geben keine Hinweise auf Zwänge, Manipulationen, Herrschaftsverhältnisse etc., die die Menschen <i>unfrei</i> machen. Sie geben nur wenige prinzipiell warnende Hinweise darauf, dass der vordergründige Blick auf den Alltag trügerisch ist und den wahren Alltag nicht erkennen lässt: <ul style="list-style-type: none"> • Beispiel: Nicht für die historisch-gesellschaftlichen Vorgaben, sondern für die individuelle-biografischen Vorgaben geben sie z. B. den Hinweis, dass Angehörige den Kranken ggf. nicht Liebe helfen- wie es den Anschein haben könnte- sondern aus einem Gefühl der Schuld oder der Verpflichtung dem Kranken gegenüber [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 155f., S. 136f.]

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<ul style="list-style-type: none"> Um die Pseudokonkretheit beurteilen zu können: „Alltag kann nicht aus sich selbst und für sich betrachtet werden; er muss verstanden werden als Schauplatz der Auseinandersetzung mit historisch-gesellschaftlichen und individuell-biografischen Vorgaben; diese wiederum müssen gesehen und gewertet werden in bezug auf die in ihnen gegebenen Lebensressourcen und normativen Ansprüche“ [vgl. Thiersch 05, S. 121] Das Lebensweltkonzept versucht über einen dialektischen Denkansatz hinter der „Welt des Scheins“ die „wirkliche Welt“ zu erkennen und freizulegen [vgl. Sieckendiek et al. 08, S. 160]. Es geht darum, die Pseudokonkretheit insofern zu durchschauen. 	<ul style="list-style-type: none"> Abgesehen von wenigen Beispielen solcher individuellen Vorgaben für den Alltag ist die Pseudokonkretheit des Alltags, die zu durchschauen ist, wegen nur weniger Hinweise auf gesellschaftliche Vorgaben (trotz des Hinweises über die Bedingungsmatrix) eher kein Thema
Umgang mit problematischen Routinen	<ul style="list-style-type: none"> Thiersch weist darauf hin, dass Menschen bei ihren pragmatischen Anstrengungen der Bewältigung der Lebenswelt zwar durch Typisierungen und Routinen entlastet werden, dass Routinen und Typisierungen „aber in der Selbstverständlichkeit ihrer Pragmatik auch [bestimmen], was gleichsam unhinterfragt selbstverständlich ist oder als verhandlungsfähig und -bedürftig gilt“ [Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 169] Der Alltag wird (im Sinne Kosiks) als in sich widersprüchlich betrachtet: er ist zwar durch die entlastende Funktion von Routinen, erzeugt allerdings auch Enge, Unbeweglichkeit und Borniertheit und schränkt Menschen dadurch in ihrer Entwicklung und ihren Handlungsmöglichkeiten ein [Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 18]. Im Alltag sind somit auch Borniertheiten zu zerstören und dadurch in ihnen bislang unentdeckte und verborgene Möglichkeiten aufzuzeigen Die Destruktion bornierter Routinen kann nur über Verhandlungen mit dem Adressaten realisiert werden, wobei die Verhandlungspartner - Sozialarbeiter und Klient - gleichberechtigt sein müssen (vgl. Maxime Partizipation) und die Destruktion nur erfolgen darf, wenn auch die Zustimmung des Klienten dazu besteht [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 25]. 	<ul style="list-style-type: none"> Corbin/Strauss akzeptieren die Ausbildung von Routinen einfach; weil die Routinen zu stabilen Verlaufskurvenphasen beitragen. Die Problematiken relativ starrer Bewältigungsroutinen thematisieren Corbin/Strauss nicht; sie weisen <i>nicht</i> auf das Gefährdungspotential „falscher“, einschränkender bzw. bornierter Alltagsroutinen hin.
Theoretische Ausrichtung: <i>sozialpolitische</i> Handlungstheorie	<ul style="list-style-type: none"> Das Lebensweltkonzept ist als praktische Theorie sowohl eine Strukturtheorie als auch eine Handlungstheorie; aber - im Gegensatz zum Verlaufskurvenkonzept - auch eine <i>sozialpolitische</i> Handlungstheorie Lebensweltorientierte Sozialarbeit orientiert sich zwar an der Lebenswelt des Individuums, um individuelle Lösungen zu finden, beachtet jedoch auch den kulturhistorischen Hintergrund und setzt auch an strukturellen Ursachen an, die sie zu verändern sucht (<i>sozialpolitische Handlungstheorie</i>) [vgl. Kahl 00, S. 13, S. 21]. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ist ein <i>sozialpolitisch verortetes Arbeitsprogramm</i> (mit Konzeptbegriffen wie Ganzheitlichkeit, Offenheit aber auch Allzuständigkeit) [unter Bezug auf Thiersch vgl Kahl 00, S. 5] „Lebensweltorientierung ist das Konzept des <i>Handelns</i>, das auf gegenwärtige spezifische Lebensverhältnisse antwortet und es erlaubt, methodische und institutionelle Konsequenzen zu ziehen“ [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 161] Die von Schütz rekonstruierte alltägliche Lebenswelt sieht Menschen in ihren alltäglichen Verhältnissen, von denen sie geprägt werden, die sie selbst aber auch aktiv mitbestimmen und mitgestalten können [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 18]. Betrachtet man die Lebenswelt unter diesem Blickwinkel dann geraten sowohl die Widerstände, Reibungspunkte als auch belastenden Strukturen des Alltags als auch potentielle Handlungsoptionen in den Blick [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 168]. Für das Konzept der Lebenswelt bedeutet es, dass die erfahrene Lebenswelt die <i>Schnittstelle von Strukturen und Handlungsmustern</i> darstellt. Basis ist Schütz: <ul style="list-style-type: none"> Schütz erklärt Handlungen der Lebenswelt: <i>Handlungen</i> sind derartige Erfahrungsabläufe, die ihren Sinn aus ihrer Beziehung zu einem Entwurf des Menschen beziehen und durch die Erreichung eines vorentworfenen Ziels motiviert sind [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 450] und gelten als <i>die</i> Vorausset- 	<ul style="list-style-type: none"> Das Konzept stellt eine Handlungstheorie dar, jedoch keine <i>sozialpolitische</i> Handlungstheorie

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
Orientierung: Humanität & Freiheit	<p>zung für den Aufbau der Sozialwelt [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 452].</p> <ul style="list-style-type: none"> Im Lebensweltkonzept müssen - z. B. beim Aushandeln - die Gefahren des Einflusses von Machtinteressen sowie die generelle Zielrichtung von Freiheit und Humanität präsent sein [vgl. Thiersch 06, S. 46] Lebensweltkonzept auf Basis von Kosik (2. Wurzel): <ul style="list-style-type: none"> Der <i>gelingenderer Alltag</i> verweist auf das Konzept von Praxis als Entwurf <i>humanen</i> Lebens [vgl. Thiersch 05, S. 224]. Nach Thiersch ist die Konstruktion des Alltags - im Sinne von Kosik- für das Lebensweltkonzept wichtig, weil Wertungen bezüglich der vorgegebenen <i>Humanität und Freiheit</i> in der Praxis ermöglicht werden. Die Intention der kritischen Alltagstheorie nach Kosik besteht u. a. darin, das Protestpotential in den Gegensätzen und Widersprüchen des Alltags im Namen von sozialer Gerechtigkeit und <i>Humanität</i> hervorzubringen [Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 168 und Grunwald/Thiersch 04, S. 18]. Lebensweltkonzept auf Basis der kritischen Erziehungswissenschaft (4. Wurzel): <ul style="list-style-type: none"> Vertreter der kritischen Pädagogik machen die normative Orientierung der Pädagogik auch am gesellschaftlichen Leitbild, das ein <i>freieres, gerechteres und brüderliches Zusammenleben</i> ermöglicht [vgl. Mollenhauer in Krüger 09, S. 67]. 	<ul style="list-style-type: none"> Zwar gibt es Autoren, die das Krankheitsverlaufskurvenkonzept als eine Basis dafür sehen, dass ein Umdenken von einer „Maschinerie der Krankheitsbekämpfung“ zu einer <i>humanitären</i> Versorgung erfolgen kann und dass die Betrachtung chronischer Krankheitsprozesse, sofern sie den jeweiligen sozialen Kontext berücksichtigen, die Chance für eine <i>humanistische</i> Pflege ermöglicht [vgl. Lorenz-Krause98, S. VIII und X] , jedoch führen Corbin/Strauss die generelle Zielrichtung von Humanität selbst nicht an. Sie ließe sich wieder höchstens <i>implizit</i> aus dem Konzept herauslesen. Die Zielsetzung von <i>Freiheit</i> (bzw. Gerechtigkeit und Brüderlichkeit), die wegen etwaiger unterdrückender Gesellschaftsverhältnisse anzustreben wäre, ist ebenfalls kein Thema (obwohl mangelnde Freiheiten, Macht- und Herrschaftsverhältnisse auch im medizinisch-pflegerischen Sektor relevante Themen sein können, wie z. B. schon allein das teils noch bestehende Machtgefälle zwischen Arzt und Patient oder Einschränkungen bzgl. der Freiheit der Therapiewahl aufgrund restringierter Kostenübernahmen seitens der Kostenträger)
Orientierung: Soziale Gerechtigkeit statt sozialer Ungleichheit	<ul style="list-style-type: none"> Zielsetzung: Das Lebensweltkonzept ist gesellschaftspolitisch „am Ziel gerechterer Lebensverhältnisse [...]“orientiert [Thiersch/Grunwald/ Köngeter 05, S. 165]. Soziale Arbeit vertritt den hohen sozialpolitischen Anspruch, Gerechtigkeit als soziale Gerechtigkeit in der Gesellschaft verorten bzw. stärken zu wollen und „soziale Gerechtigkeit als Gerechtigkeit in den realen -materiellen und auch immateriellen - Ressourcen zu realisieren“ [Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 166] Angesichts des „Selbstanspruchs an soziale Gerechtigkeit“ rekonstruiert lebensweltorientierte Soziale Arbeit die traditionellen sowie neuen sich immer weiter diversifizierenden und tendenziell zunehmenden <i>soziale Ungleichheiten der Gesellschaft</i> und sieht die Menschen darin samt ihrer lebensweltlich geprägten subjektiven Denk- und Handlungsmuster, ihrer Lern- Bildungs- und Bewältigungsaufgaben [vgl. Thiersch 07, S. 701]. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit versteht die Menschen in ihrer Widersprüchlichkeit zwischen Ressourcen und Defiziten und vermittelt - <i>im Zeichen stellvertretender Verantwortung für Gerechtigkeit</i> - Hilfen bzw. stärkt die Selbsthilfefähigkeiten der Adressaten in Abhängigkeit von ihren Ressourcen [vgl. Thiersch 07, S. 701]. Ungleichheit in Form von Armut bedeutet sowohl mangelnde Teilhabe an Lebensressourcen sowohl in materieller als auch in psychosozialer Hinsicht und sowohl in bezug auf eigene Lebensressourcen als auch in bezug auf die Teilhabemöglichkeiten an gesellschaftlichen und sozialstaatlichen Unterstützungsmöglichkeiten [vgl. Thiersch 05, S. 22]. Die Verbindung dieser allgemeinen Orientierung an sozialer Gerechtigkeit mit den Aufgaben in konkreten individuellen Lebenskonstellationen bezeichnen Grunwald/Thiersch als „moralisch inspirierte Kasuistik“ [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 23]. Basis Beck (3. Wurzel des Lebensweltkonzepts): <ul style="list-style-type: none"> Die von Beck beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen beinhalten einerseits die Bewahrung <i>traditioneller sozialer Ungleichheiten</i>. Andererseits bewirken die gesellschaftlichen Veränderungen die Entstehung <i>neuer sozialer Ungleichheiten</i> in der Lebenslage und Lebensführung [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 169], die sich auch darin zeigen, dass nun bestimmte Gruppen eher von neuer Armut betroffen sind (Beispiel: die neue Armut von Frauen) [vgl. Beck 86, S. 148 und S. 197] und darin, dass sozioökonomisch unterprivilegierte gesellschaftliche Randgruppen besondere 	<ul style="list-style-type: none"> Soziale Ungleichheit ist kein Thema im Rahmen des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts; Corbin/Strauss nennen gesellschaftliche Bedingungen hingegen nur relativ abstrakt und nur indirekt über die Ebene 1 (politische und sozioökonomische Bedingungen) ihrer Bedingungsmatrix)

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>Defizite aufweisen bei der zunehmend gesellschaftlich notwendig gewordenen Beziehungs- und Verknüpfungsfähigkeit zum Aufbau sozialer Netze [vgl. Keupp 94, S. 344f.]. Das ist auch insofern problematisch als die Herstellung neuer verlässlicher Bezüge in der Lebenswelt gerade angesichts der jetzigen unübersichtlichen Situationen an Bedeutung gewinnt [vgl. Thiersch/ Grunwald/ Köngeter 05, S. 169].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt wird die Lebenswelt durch sich immer weiter diversifizierende und tendenziell zunehmende soziale Ungleichheiten charakterisiert [vgl. Beck in Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 168, vgl. auch vgl. Beck 86, S. 150f.] • Basis Schütz (1. Wurzel des Lebensweltkonzepts): <ul style="list-style-type: none"> • Der einzelne erfährt die ihm vorgegebene [...] Sozialwelt als eine auf ihn bezogene <i>Abstufung sozialer Chancen</i>, als eine Anordnung von Pflichten, leicht oder schwer erlangbaren Zielen und Möglichkeiten. Mit anderen Worten, die Sozialstruktur steht ihm in Form typischer Biografien offen. So ist die Sozialstruktur der feste Rahmen, in dem sein Altern, seine Lebenspläne und demnach seine Prioritätsstrukturen und Tagespläne konkrete Form gewinnen.“ [Schütz/Luckmann 03, S. 142f.] • Schütz verweist auf die „Ungleichmäßigkeit“, die bereits in der sozialen Verteilung des Allgemeinwissens entsteht, die weitere Aufgliederung und Spezialisierung des Sonderwissens sowie die Tatsache, dass „der gesellschaftliche Wissensvorrat in seiner Gesamtheit für den einzelnen unübersichtlich wird und [...] diese Unübersichtlichkeit selbst innerhalb der Gesellschaft unterschiedlich `verteilt` ist“ [Schütz/Luckmann 03, S. 422f.]. Die Ungleichheit in der Verteilung des Allgemeinwissens ist dadurch bedingt, dass jeder sich die „Version“ jener Gesellschaftsschicht aneignet, in die er hineingeboren wurde und die <i>typischen Zugangschancen zum Allgemeinwissen vor der Sozialstruktur und der gesellschaftlichen Schichtung abhängen</i> [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 437f.]; die Wahrnehmung dieser Unterschiede prägt charakteristische Fremd- und Selbsttypisierungen. Niemand überblickt das Sonderwissen in seiner gesamten Differenziertheit, aber auch der <i>relative</i> Überblick über das Sachverständigentum ist sozial verteilt [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 442]. • Schütz stellt fest, dass „<i>die Zugangschancen zu Sprache [...] sozial verteilt [sind]. Dies ist ein wesentlicher Bestandteil der geschichtlich veränderlichen Formen der sozialen Verteilung des Wissens - und der gesellschaftlichen Ungleichheit.</i>“ [Schütz/ Luckmann 03, S. 669] <i>Auch der aktuelle Gebrauch kommunikativer Mittel in konkreten Situationen wird gesellschaftlich festgelegt</i> (Bsp. Nutzung bestimmter Sprachformen, Worttabus, statusbedingte Anredeformeln etc.), wobei mit kommunikativen Mitteln nicht nur sprachliche Ausdrucksformen sondern auch non-verbale Ausdrucksformen (Mimik, Gestik, Distanzierung, Körperhaltung) zu verstehen sind [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 669f.]. Schütz erläutert, inwiefern sich die gesellschaftliche Verteilung der Sprache sich auf die Mitglieder der Gesellschaft auswirkt: „Die Sozialstruktur, sowohl als Wirk-Zusammenhang von Institutionen als auch als System gesellschaftlicher Ungleichheit von Lebenschancen und Lebensführung, bestimmt sowohl die Grundstruktur kommunikativer Situationen wie die Zugangschancen zum gesellschaftlichen Vorrat an Wissen und kommunikativen Mitteln. Eine der Folgen davon ist, dass die <i>Fähigkeit, typische kommunikative Situationen zureichend zu meistern, eine soziale Verteilung aufweist</i>“ [Schütz/Luckmann 03, S. 670] 	
<p>Intention der Veränderung der Verhältnisse (der Gesellschaft, der Institutionen, der</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Lebensweltorientierung wendet sich gegen den <i>individualisierendem</i> Blick auf soziale Probleme, und blickt stattdessen auf das soziale Feld [vgl. Thiersch/Grunwald/ Köngeter 05, S. 161] D. h. die lebensweltorientierte Soziale Arbeit darf nicht ausschließlich die -immer vielfältiger werdenden - Einzelfallspezi- 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept intendiert nicht <i>explizit</i> die Veränderung der Gesellschaft, der Institutionen und der Infrastrukturen • Corbin/Strauss haben bezüglich der politischen Bedingungen die Vision, Politiker würden die phasenhaften Verläufe berücksichtigen. Sie wünschen sich daher u. a. Verwaltungsbeamte bzw.

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
<p>Infrastruktur etc.) und Beteiligung an politischer Diskussion</p>	<p>fika fokussieren, sondern muss auch darauf achten, „die verallgemeinerbaren Anteile kollektiver und gemeinsam geteilter Lebenslagen, gewissermaßen die sozialpolitischen Anteile sozialpädagogischen Handelns [nicht] aus den Augen zu verlieren.“ [Rauschenbach 94, S. 101]</p> <ul style="list-style-type: none"> Die gesellschaftliche Bedingtheit von Lebensverhältnissen verlangt eine Beteiligung an der sozialen und politischen Diskussion [vgl. Thiersch 07, S. 702]. Lebensweltorientierte Sozialarbeit <i>setzt somit auch an strukturellen Ursachen an, die sie zu verändern sucht (sozialpolitische Handlungstheorie)</i> [vgl. Kahl 00, S. 13, S. 21]. Thiersch weist immer wieder ergänzend darauf hin, dass die lebensweltorientierte reflexive Sozialarbeit (wie z. B. die Jugendhilfe) <i>nur zusammen mit den strukturellen, gesetzlichen und finanziellen Bedingungen, die für ihre Verwirklichung Voraussetzung sind, betrachtet werden kann</i>, d. h. wenn dieser Zusammenhang von <i>strukturellen und reflexiven</i> Momenten verkürzt werden würde, wäre das Konzept der Lebensweltorientierung illusionär [vgl. Thiersch 05, S. 40]. Lebensweltkonzept versteht des Präventionsbegriff breiter als nur auf Individualprävention bezogen: <i>Allgemeine Prävention</i> heißt auch, <i>Infrastruktur zu schaffen</i> (wie z. B. der Forderung nach rechtzeitigen, vorbeugenden ambulanten Maßnahmen (z. B. der Jugendhilfe), die gegenüber stationären Maßnahmen Vorrang haben sollen [vgl. Thiersch 05, S. 106]). <i>Allgemeine Prävention</i> zielt u. a. auf die Stabilisierung und Inszenierung von belastbaren und unterstützenden Infrastrukturen und von allgemeinen Kompetenzen zur Lebensbewältigung [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 173]. Das Konzept der Lebensweltorientierung dient dazu, aus einem bestimmten Blickwinkel auf Bestimmungsmerkmale heutiger Lebensverhältnisse zu blicken, daran orientiert <i>Institutionen, Strukturen</i> und entsprechende Professionalisierungsmuster <i>der heutigen Sozialen Arbeit kritisch zu hinterfragen</i> sowie <i>institutionelle Arbeitsstrukturen, die heutigen Lebensverhältnissen angemessen sind, zu entwerfen</i> [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 13]. Die Lebensweltorientierung „betont - in der Abkehr von traditionell defizitärem und individualisierendem Blick auf soziale Probleme - das <i>Zusammenspiel</i> von Problemen und Möglichkeiten, von <i>Stärken und Schwächen im sozialen Feld</i> und gewinnt daraus das <i>Handlungsrepertoire, zwischen Vertrauen, Niedrigschwelligkeit, Zugangsmöglichkeiten und gemeinsamen Konstruktionen von Hilfsentwürfen auszubalancieren</i>. Lebensweltorientierung ist das Konzept des Handelns, das auf gegenwärtige spezifische Lebensverhältnisse antwortet und <i>es erlaubt, methodische und institutionelle Konsequenzen zu ziehen</i>.“ [Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 161] Wahl weist darauf hin, dass sich an das Prinzip Lebensweltorientierung die Hoffnung knüpft, Institutionen und Träger Sozialer Arbeit und deren Arbeitsweisen selbst zu reformieren in Richtung Dezentralisierung, Niederschwelligkeit und Entspezialisierung. Unter dem Druck der Adressatenorientierung (sowie der Qualitätssicherung) „wird der Ausgangspunkt Sozialer Arbeit vom Kopf auf die Füße gestellt. [...] [Der Adressat] hat sich nicht mehr der Handlungslogik Sozialer Dienste anzupassen, vielmehr rückt nun die <i>Handlungslogik der Betroffenen selbst</i> in den Vordergrund“ [Wahl 04, S. 8]. Dem Konzept der Lebensweltorientierung geht es nicht einfach darum, „anspruchlos“ bloß Veränderungen in gegebenen Verhältnissen zu realisieren, sondern auch darum, den Blick zu weiten und diese Verhältnisse grundsätzlich in Frage zu stellen [vgl. Thiersch in Wahl04, S. 9]. Basis Kosik (2. Wurzel des Lebensweltkonzepts): <ul style="list-style-type: none"> Alltag wird im Lebensweltkonzept „als Prozess von Destruktion und Praxis [im Sinne von Marx] verstanden [...], der in seiner Widersprüchlichkeit so weitergetrieben werden muss, dass die Veränderung im Alltag einhergeht mit der Veränderung der gesellschaftlichen Strukturen, die ihn bestimmen“ [Thiersch 06, S. 42]. 	<p>Mitglieder gesetzgebender Institutionen als Leserschaft ihres Konzepts der Krankheitsverlaufskurve [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 12]. Welche politischen Veränderungen dann durch Politiker bewerkstelligt werden könnten wird nicht thematisiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Basis des Konzepts (Mead) beschreibt nur allgemein, dass Individuum und Gesellschaft sich gegenseitig beeinflussen aber nicht die Notwendigkeit, zerstörerische Verhältnisse zu ändern (wie Kosik im Lebensweltkonzept): <ul style="list-style-type: none"> Nach Mead setzt die Gesellschaft moralische Maßstäbe an das Individuum und übt soziale Kontrolle aus, denn der gesellschaftliche Prozess bzw. die Gemeinschaft tritt als bestimmender Faktor in das Denken ein [vgl. genauer Mead 73, S. 198ff., S. 202] (z. B. identifiziert sich der Einzelne mit einer politischen Partei), das Individuum verändert aber wiederum die Haltung der Gemeinschaft und bewirkt sozialen Wandel [vgl. Kuzminski/Großmann 10, S. 3].

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<ul style="list-style-type: none"> • Zielsetzung: Das Lebensweltkonzept ist gesellschaftspolitisch u. a. an Emanzipation orientiert [Thiersch/Grunwald/ Köngeter 05, S. 165]. • Basis: kritische Pädagogik und das Emanzipationspostulat (Emanzipation bedeutet, dass jeder seinen Alltag und darin sein Recht auf Verständnis und Hilfe im Zeichen gerechterer Verhältnisse hat) 	
Notwendigkeit von Gesellschaftsanalysen	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensweltorientierte Soziale Arbeit setzt - gemäß der Prinzipien der Sozialen Gerechtigkeit - in den heutigen lebensweltlichen Verhältnissen an. Sie wendet sich zudem den angesichts der gesellschaftlichen Umbrüche (<i>Pluralisierung von Lebenslagen sowie die Individualisierung der Lebensführung</i> [vgl. Beck 86]) sich rasch und grundlegend verändernden Aufgaben der Lebensbewältigung zu und vermeidet eine Dethematisierung der Lebensverhältnisse und Reprivatisierung sozialer Probleme. Kurz: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit betrachtet diese Verhältnisse immer als gesellschaftlich bedingt; daher <i>sind die Analysen der hinter diesen Verhältnissen stehenden gesellschaftlichen Probleme für die Lebensweltorientierung essentiell</i> [vgl. Thiersch et al. S. 169] • Lebensverhältnisse werden - nach Thiersch - immer auch als gesellschaftliche Verhältnisse verstanden, weshalb Lebensweltorientierung <i>immer der Analyse der hinter den individuellen Lebensverhältnissen liegenden gesellschaftlichen Probleme bedarf</i> • Basis Schütz: <ul style="list-style-type: none"> • „Diese `Strukturen der Lebenswelt` verknüpfen das Handlungserleben des einzelnen Ichs mit den Strukturanalysen der Sozialwelt und ihren historischen, politisch-ökonomischen Zusammenhängen. Jede Situation und jedes Handeln gewinnt ihre Bedeutung nur aus der Verwobenheit mit einem Hintergrund, der gleichsam als Horizont stets präsent ist. Der Lebenswelt-Begriff [...] bekommt bei Schütz also eine kultur- und sozialwissenschaftliche Bedeutung. Lebenswelt ist für Schütz [...] der unbefragte aber stets fragwürdige Hintergrund aller Erfahrung. Um diesen Hintergrund aufzuklären ist eine `Strukturanalyse der Sozialwelt` in zweierlei Hinsicht notwendig: Einerseits die Analyse der sozialen Strukturen, der `objektiven Sinnzusammenhänge`, wie Schütz sagt, andererseits ist aber auch die Untersuchung der `subjektiven Sinnzusammenhänge`, der Erlebnisweisen der Handelnden notwendig.“ [Wahl 04, S: 13f.] • Basis Becks Gesellschaftsanalysen 	<ul style="list-style-type: none"> • Auf Gesellschaftsanalysen wird im Krankheitsverlaufskurvenkonzept verzichtet
Prinzip: Partizipation in erweiterter Sichtweise	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipation (als Strukturmaxime der Lebensweltorientierung) bezieht sich nicht nur auf die Planung und Realisierung individueller Hilfeprozesse, sondern auch auf regionale Planungen [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 26]. Thiersch et al. verweisen zudem darauf, dass Partizipation der Verwirklichung demokratischer Ansprüche dient und somit beispielsweise Mitbestimmung auch mit der Institutionalisierung von Einspruchs- und Beschwerderechten von Bürgern einhergehen muss [vgl. Thiersch/ Grunwald/ Köngeter 05, S. 174]. • Zielsetzung: Das Lebensweltkonzept ist gesellschaftspolitisch u. a. an Demokratisierung orientiert [vgl. Thiersch/Grunwald/ Köngeter 05, S. 165]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipation wird nur auf <i>individuelle</i> Prozesse bezogen, nicht auf überindividuelle politische die Demokratie sichernde Prozesse
Prinzip: (parteiliche) Einmischung (parteiliche Einmischung als politische Beeinflussung und institutionsbezogene Beeinflussung sowie Solidarisierung mit Adressaten)	<ul style="list-style-type: none"> • Das Konzept Lebensweltorientierung verfolgt das „<i>Prinzip Einmischung</i> als parteiliche Vertretung lebensweltlicher Erfahrungen und Probleme“ [Grunwald/Thiersch 04, S. 23] und greift dementsprechend parteiübergreifend mit den Mitteln der Verhandlung, Aufklärung aber auch Skandalisierung in die Arbeitsmarkt-, Familien, Sozial-, Bildungs-, Gesundheits- oder auch Wohnungsbaupolitik unterschiedlicher politischer Ebenen (Bund, Länder, Kommunen und Stadtteile) ein [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 23, vgl. auch Thiersch 05, S. 35]. Wenn Lebensweltorientierung bedeutet, Probleme tatsächlich so anzugehen, wie sie sich in der Lebenswelt darstellen, dann muss die lebensweltorientierte Soziale Arbeit (z. B. in Form der Jugendhilfe), nach Ansicht von Thiersch, um ihrer Problem- 	<ul style="list-style-type: none"> • Eine parteiliche Einmischung auf unterschiedlichen politischen Ebenen wird nicht gefordert; • Politische Veränderungen werden überhaupt nicht explizit gefordert, sondern ihre Notwendigkeit wird - wenn überhaupt - nur <i>implizit</i> angedeutet: <ul style="list-style-type: none"> • Corbin/Strauss, die ihr Konzept auch als „model for health policy and practice“ bezeichnen [Corbin/Strauss in Höhmann 02, S. 60], fordern eine Umorientierung des Gesundheitssystems derart, dass die Komplexität und Langfristigkeit der Problemlagen chronisch Kranker in allen Phasen der Versorgung systematisch berücksichtigt werden [vgl. Corbin/Strauss in Höhmann 02, S. 60]. Corbin/Strauss verlangen nicht, dass Gesundheitsprofessionelle sich aktiv für gesundheitspolitische Veränderungen einsetzen sollten, sondern haben bezüglich der politischen Bedingungen zunächst einfach die Vision (und implizite Hoffnung). Politi-

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>sicht und der Anwaltschaft für Adressaten willen die Grenzen ihrer Zuständigkeit überschreiten [vgl. Thiersch 05, S. 35]. D. h. unter Beachtung des Konzepts der Lebensweltorientierung beschränkt man sich nicht auf die eigenen Zuständigkeiten und Ressorts, die zudem ggf. den Ressorts der anderen Politikbereiche (wie Gesundheitsressort, Arbeitsressort etc.) nachrangig eingeordnet sind, sondern nutzt bewusst die <i>Einnischung</i>, d. h. ein offensives Überschreiten der eigenen Grenzen [vgl. Thiersch 05, S. 35, vgl. Thiersch 02, S. 208]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieses Einmischen sollte sich zudem neben Konfrontationen mit der Sozial- und Gesellschaftspolitik auch auf andere Institutionen der Lebenswelt des Adressaten beziehen (bei Jugendlichen z. B. auf Schule, Polizei, Psychiatrie etc.), weil die Belastungen der Adressaten häufig gerade in den Übergängen und den hier schwer auflösbaren Widersprüchen liegen [vgl. Thiersch 05, S. 232] (zur Problematik widersprüchlicher Teilsystemrationalitäten siehe auch unter „Schnittstellenproblematiken“) • Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ist somit - auch wegen dieses Einmischungsprinzips - eine mitwirkende Kraft moderner Sozialpolitik • Das Lebensweltkonzept betrachtet daher die <i>politische</i> Deutung eines Falles sogar als einen Teil der Diagnosestellung (s. genauer unter Diagnose) 	<p>ker würden die phasenhaften Verläufe berücksichtigen. Sie wünschen sich daher u. a. Verwaltungsbeamte bzw. Mitglieder gesetzgebender Institutionen als Leserschaft ihres Konzepts der Krankheitsverlaufskurve [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 12].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwar gibt es an einer Stelle die Aussage, dass jede Nation vor dem Problem steht, chronisch Kranken in finanzieller, medizinischer und menschlicher Hinsicht gerecht werden zu müssen [Corbin/Strauss 98, S. 133], jedoch bleibt dieser Satz so allgemein und beinhaltet höchstens implizit (nicht konkretisierte) politische Veränderungswünsche • Strauss et al. meinen, eine breiter angelegte nationale Sozialpolitik wäre die Folge wenn das Krankheitsverlaufskurvenkonzept bekannter wäre [vgl. Strauss et al. in White/Lubkin 02, S. 118] • Solidarisierung ist kein explizites Thema
<p>Prinzip: Integration (Gleichheit der Grundansprüche & Recht auf Verschiedenheit)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integration strebt eine Lebenswelt ohne Ausgrenzung, Unterdrückung und Ungleichgültigkeit an und somit eine Gleichheit bezüglich der Grundansprüche [vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 173, vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 26]. Um die Gleichheit bezüglich der Grundansprüche realisieren zu können, ist allerdings die Sicherung von Ressourcen und Rechten erforderlich [vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 173]. Integration meint aber keineswegs Egalisierung, sondern auch die Anerkennung von Unterschiedlichkeiten. Die Kenntnis dieser Unterschiedlichkeiten, Respekt, Toleranz und Offenheit ihnen gegenüber ... verbergen sich hinter der Strukturmaxime Integration. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corbin/Strauss fordern keine Gleichheit der Grundansprüche und betonen auch nicht die erforderliche Akzeptanz von Unterschiedlichkeit (obwohl sie oft die Probleme von „stigmatisierten“ Patienten beschreiben)
<p>Hilfe zur Selbsthilfe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Das Lebensweltkonzept zielt u. a. auf <i>Hilfe zur Selbsthilfe</i> und auf Empowerment und richtet seine Unterstützungen derart aus, dass die Menschen sich als <i>Subjekte</i> ihrer Verhältnisse erleben [vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 172]. • Thiersch weist darauf hin, dass gleichzeitig mit der Entlastung der Adressaten durch die politische Deutung ihrer Diagnose die Arbeit mit dem Adressaten gemäß der <i>Dimension Hilfe zur Selbsthilfe</i> beginnen muss und Empowermentansätze dann den Adressaten dazu dienen, Ressourcen und Lösungen zu entdecken und zu nutzen [vgl. Thiersch 07, S. 705]. • Bei der <i>Hilfe zur Selbsthilfe</i> ist die Soziale Arbeit auf Anregungen, Provokationen und Unterstützungen festgelegt, sie schafft Anbahnungen, Voraussetzungen, Dispositionen; die jeweilige Realisierung liegt aber bei den Adressaten, die ihr Leben in eigener Verantwortung gestalten und Angebote auch ablehnen können [vgl. Thiersch 02, S. 208f.] • <i>Lebensweltorientierung betont auch die grundsätzlich autonome Zuständigkeit der Menschen für ihren Alltag unabhängig von ihrem Unterstützungsbedarf bzw. der Sicht der Professionellen bzw. von Institutionen</i> [vgl. Grunwald/Thiersch in Otto/Bauer 04, S. 204] • Basis des Konzepts: kritische Pädagogik (4. Wurzel des Lebensweltkonzepts): <ul style="list-style-type: none"> • Die Vertreter der kritischen Pädagogik intendieren eine normative Orientierung der Pädagogik an einem Interesse an der <i>Mündigkeit des zu Erziehenden Subjekts</i> [vgl. Krüger 09, S. 58 und vgl. Mollenhauer in Krüger 09, S. 67] 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Corbin/Strauss ist <i>Hilfe zur Selbsthilfe</i> (bzw. Empowerment) kein gesondertes Thema. Sie schaffen aber mit ihrem Konzept eine Basis für die <i>Selbstmanagement</i>debatte, indem sie erklären, wie die Erkrankten ihre Situation zu steuern versuchen, wie sie um den Kontrollerhalt kämpfen und welche Implikationen damit auf subjektiver Ebene verbunden sind. • Die Bedeutung der Autonomie wird mehrfach angesprochen: beispielsweise, dass Autonomieverlust das Identitätsgefühl beeinflussen und das Aufzeigen der Bedeutung der Autonomiewahrung in vielen Fallbeispielen (Autonomie zu wahren, z. B. Lösungen zu finden, um sich weit möglichst selbst anziehen zu können) • Dennoch ist Selbstmanagement <i>kein explizites</i> Thema des Konzepts, nur Indikatoren und <i>implizite</i> Hinweise dafür finden sich, z. B. <ul style="list-style-type: none"> • Praktiker sollten Betroffene, die Schwierigkeiten bei der Ausrichtung haben, bei der Analyse des Prozesses auf Stärken und Schwächen unterstützen. • Praktiker sollten den Patienten und Angehörigen helfen, Kommunikationsmuster auf eine Weise zu installieren, dass es ihnen gelingt, sich gemeinsam über Verlaufskurvenpläne sowie gehegte Identitäten auszutauschen sowie darüber, was sie für sich und voneinander brauchen, um die Motivationen erhalten zu können • Praktiker sollen Subphasen des Verlaufs kennen und Unterstützung in Abhängigkeit davon gewähren oder sich zurücknehmen [Corbin/Strauss 04, S. 229]: Beispiel: Beispielsweise kann es für einen Patienten, dem Pflegekräfte in einer <i>frühen</i> Subphase der Normalisierung angemessene Unterstützung gewähren (Bsp. Hilfe beim Anziehen) nachteilig sein, wenn er die Unterstützung auch in der <i>späteren</i> Subphase noch erhält, obwohl er sie nicht mehr benötigt und er dadurch in seinem Fortschritt oder seiner Motivation gebremst wird.
<p>Bedeutung der Beziehungsgestaltung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beim Lebensweltkonzept kommt der Beziehungsgestaltung zum Klienten angesichts der lebensweltlichen Brüche und Offenheiten eine besondere Bedeutung zu • Teilthemen der Beziehungsgestaltung sind dabei: Paradoxie zwischen Nähe und 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Bedeutung der Beziehungsgestaltung wird nicht <i>explizit</i> benannt. Die Autoren geben allerdings Hinweise bezüglich der erforderlichen Kompetenzen von Praktikern, die <i>implizit</i> die Wichtigkeit der Beziehung erahnen lassen. Beispiele:

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>analytischer Distanz, pädagogischer Takt, Verstehensprozesse, Selbstreflexionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt ergibt sich eine Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz, Empathie und Abgrenzung, Identifikation und Zurückweisung für die lebensweltorientiert arbeitenden Sozialarbeiter [vgl. Wahl 04, S. 28f.]. • Basis wäre Schütz (auf den Thiersch aber <i>nicht</i> verweist): <ul style="list-style-type: none"> • Schütz verweist auf die Bedeutung der <i>Sprache</i> als Basis des Verstehens • Schütz weist schon darauf hin, dass Persönlichkeit und Beziehungsgestaltung für eine Verständigung wichtiger sein können als die über Symbole/Zeichen vermittelten Inhalte: „[...]Innerhalb der historisch-gesellschaftlich festgelegten Freiheitsgrade, unter denen z. B. rhetorische und stilistische Variation überhaupt möglich ist, erfüllt nun die tatsächliche Wahl der Verständigungsmittel selbst bestimmte kommunikative Funktionen. <i>Diese, nämlich die indikative (Typ, Persönlichkeit und Stimmung des Sprechers anzeigende) und phatische (beziehungsstiftende oder -störende), überlagern die vom Zeichensystem bestimmte Bedeutungsfunktion.</i> Die Mitglieder einer Gesellschaft lernen auch diese Bestandteile der Verständigung - und des Missverständnisses - mehr oder minder adäquat kennen. Sie können sie dann mehr oder minder bewusst als Bausteine ihrer `Strategie` der Verständigung verwenden“ Schütz/ Luckmann 03, S. 671f.] 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktiker müssen Intervention und Beratung anbieten, bei denen es nicht darum geht, dass sie medizinisch/pflegerisch optimal sind, sondern dass sie durch die Berücksichtigung der Alltagsumstände und der Biografie geprägt sind. Dafür sind weder der „gesunde Menschenverstand“ noch Fachwissen zur Bewältigungsforschung hinreichend, sondern bedarf es der „subtilen Konzepte“ und einer <i>Sensibilität für das veränderte psychische und soziale Erleben chronisch Kranker</i> [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 85]. • Praktiker brauchen <i>psychisches Einfühlungsvermögen, Empathie</i> und Erfindungsreichtum bei Interventionen [Corbin/Strauss 04, S. 318] • Dem Kranken und seinen Angehörigen <i>zuhören zu können</i> ist eine wichtige Basis effektiver Interventionen [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 85f]. • Praktiker benötigen die <i>Fähigkeit zur Teamarbeit</i> (mit Ärzten, Angehörigen etc.) [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 218, S. 228]
Verständigung im Sinne von Hermeneutischem Verstehen	<ul style="list-style-type: none"> • „Im Zentrum der hermeneutisch-pragmatischen Tradition steht [...] die immer bereits vorgefundene und vorinterpretierte, jedoch zugleich veränderbare Lebenswirklichkeit in ihrer historischen, kulturellen und sozialen Dimension“ [vgl. Thiersch/Grunwald/ Köngeter 05, S. 167] • „Für alles pädagogische Handeln gilt [...] in der Fallarbeit der Zusammenhang von Verständnis und Handeln. Dieser Zusammenhang [...] realisiert sich - als Vorgabe, die im Handeln korrigiert wird und wieder neue Vorgaben für weiteres Handeln ergibt - fortschreitend im Prozess“ [Grunwald/Thiersch 04, S. 30] Damit wird die Bedeutung des hermeneutischen Verstehens für das lebensweltorientierte sozialpädagogische Handeln betont • Thiersch verweist auf verschiedene Formen des Verstehens und deren Problematiken: <ul style="list-style-type: none"> • das <i>Alltagsverstehen</i> das pragmatisch orientiert ist aber „blind“ in Situationen, weil es nicht nach seinen Entstehungsbedingungen forscht [vgl. Thiersch 06, S. 214ff.] • das <i>wissenschaftliche Verstehen</i>, dass die Komplexität des Alltags zergliedert und auf die interessierenden Aspekte verengt aber alles, was außerhalb dieser Verstehensmuster liegt, ignoriert und damit eine Distanz zum Alltag herstellt • das <i>professionelle Verstehen</i>, das durch den Institutionszweck geprägt wird, was zwar die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einer Institution ermöglicht, jedoch die Gefahr einer Verengung des Verstehens beherbergt, indem nur die Lebensschwierigkeiten, die seitens der Institution behandelbar sind, überhaupt beachtet werden [vgl. Thiersch 06, S. 222f.]. • Implikationen für die Praxis: <ul style="list-style-type: none"> • Thiersch geht der Frage nach, ob und inwieweit höhere Formen des Verstehens die Möglichkeit bieten, die Schwächen des Alltagswissens auszugleichen [vgl. Thiersch 06, S. 216ff.] und plädiert in Bezug auf die <i>Verstehenspraxis</i> dafür, die verschiedenen Ansätze zu kombinieren, so dass sie sich gegenseitig ergänzen. Dafür müssen sie jeweils beherrscht werden, d. h. <i>Alltagsverständnis</i> benötigt tatsächlich erlebte Erfahrung bezüglich der strapaziösen, offenen und monotonen Alltagsgeschäfte, da Berichte und Besuche darüber zu wenig vermitteln; <i>wissenschaftliche Verstehenskonzepte</i> müssen nicht nur theoretisch, sondern vor allen hinsichtlich der Praxismöglichkeiten beherrscht, gemäß der eigenen Tätigkeit schwerpunktmäßig gewählt, ggf. kombiniert und 	<ul style="list-style-type: none"> • Hermeneutische Verständigung wird im Konzept <i>nicht</i> benannt • Dass bei der im Rahmen des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts erforderlichen Arbeit zu den einzelnen Fällen auch der Zusammenhang von Verständnis und Handeln relevant ist, kann angenommen werden; jedenfalls bemühen sich die Autoren, Verständnis beim Leser für die jeweiligen subjektiven Sichtweisen der Akteure, ihre Situationsdeutungen und Bewältigungsbemühungen unter den Bedingungen ihres Alltags, ihrer Krankheit und Biografie zu erwecken, allerdings kann dieser Zusammenhang höchstens wieder <i>implizit</i> erschlossen werden und wird <i>nicht explizit als hermeneutische</i> Bemühung thematisiert • Basis Mead (der Verstehen <i>nicht</i> im Sinne der Hermeneutik betrachtet): <ul style="list-style-type: none"> • Sprache ermöglicht die Integration in die Gruppe und ist eine der gesellschaftlichen Voraussetzungen für die Identitätsbildung. „Mead betrachtet sprachliche Kommunikation [allerdings] beinahe ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der sozialen Integration, nicht unter dem Aspekt der Verständigungsleistung [wie z. B. Habermas] und der inneren Struktur der Sprache.“ [Ammann 09, S. 1] • Beim Verstehen im Rahmen des Symbolischen Interaktionismus (auch in der Version von Strauss) geht es um intersubjektive Verständigung im Sinne von Integrationsprozessen in die jeweilige Gruppe, aber nicht um hermeneutische Verständigungsprozesse. Strauss hält es sogar für bedenklich, wenn eine Person glaubt, die Handlungen genauer verstehen zu können als der Handelnde selbst es offenbar tut und interessiert sich nicht für verborgene Sinngehalte in der Kommunikation [vgl. Helle 09, S. 162].

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>nicht hierarchisiert, sondern als gleichwertige Konzepte betrachtet werden (z. B. die Gleichwertigkeit des Verstehens im Alltag mit dem wissenschaftlichen Verstehen) [vgl. Thiersch 06, S. 226f.]. Praktiker benötigen ein Wissen um die Grenzen ihrer Position und Konzepte, damit auch einen Verzicht auf die Allzuständigkeit sowie auf die nur die spezielle Zuständigkeit, d. h. es bedarf der Kooperation und Verweisung zwischen den Konzepten [vgl. Thiersch 06, S. 227]. Für die Praxis des Verstehens bedeutet das nach Ansicht Thierschs, dass die Offenheit zwischen Laien und Professionellen, die Offenheit zwischen unterschiedlichen Wissenschaftsschulen sowie die Offenheit zwischen den unterschiedlichen Zuständigkeiten und Institutionen der sozialen Hilfe angestrebt werden sollte [vgl. Thiersch 06, S. 227]. Zudem verlangt er angesichts des Ziels von Verstehensprozessen „Situationen und Menschen in ihrem Eigensinn zu sehen“, dass Methoden sowie Institutionen, die das Ziel durch die Verengung, Ausblendung und Manipulation von Problemen konterkarieren, zur Diskussion gestellt werden müssen und hofft, dass ein Verstehen, dass sich der notwendigen Offenheit eines vielperspektivischen Ansatzes bewusst ist, die bislang „vertrackte Ineffektivität unseres Verstehensbetriebs“ eliminiert [vgl. Thiersch 06, S. 227f]. Dafür benötigen Praktiker eine Reflexivität, die sie immer wieder hinterfragen lässt, für welche Aufgaben und Situationen welche Verstehenskonzepte angemessen sind [vgl. Thiersch 06, S. 228].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Handeln der lebensweltorientierten Soziale Arbeit ist an einem <i>ganzheitlichen Zusammenhang</i> von Problemverständnis und Lösungsressourcen orientiert [vgl. Thiersch 02, S. 215] • Basis des Konzepts (Schütz): <ul style="list-style-type: none"> • Das Handeln der Mitmenschen ist in <i>deren</i> subjektive Sinnzusammenhänge eingebettet, subjektiv motiviert, nach <i>deren</i> Interessenlagen zielstrebig und nach für <i>sie</i> gültigen Durchführbarkeiten gegliedert [vgl. Schütz/ Luckmann 03, S. 44]. Das Verstehen eines fremden Handlungssinns kann -z. B. für einen Wissenschaftler - nur auf mittelbarem Weg gelingen [vgl. Schütz in Wahl 04, S. 13]. • Basis des Konzepts (4. Wurzel, hermeneutisch-pragmatische Pädagogik): <ul style="list-style-type: none"> • Im Gegensatz zu naturwissenschaftlichen Allgemeinaussagen, die raum- und zeitunabhängig sein können, ist das hermeneutische Verstehen für Dilthey immer geschichtlich. Hermeneutisches Verstehen bezieht sich nach Ansicht Diltheys somit auf die Erklärung der Bedeutungs- und Wirkungszusammenhänge der geistigen Welt in ihrer historischen Gewordenheit und ist von der jeweiligen Kultur und Zeit abhängig [vgl. Krüger 09, S. 185]. Die z. B. historischen und kulturellen Dimensionen der Lebenswelt müssen somit analysiert werden, um hermeneutische Verstehensprozessen leisten zu können. • Dilthey definierte hermeneutisches Verstehen (s. Haupttext). In dem Zusammenhang weist er u. a. auch darauf hin, dass die Ergebnisse des hermeneutischen Prozederes nicht eindeutig sein können, weil alles Verstehen -ebenso wie das Leben - auch einen irrationalen Anteil beinhaltet. daher kann es „durch keine Formeln logischer Leistungen repräsentiert werden“ [Dilthey 83, S. 299]. Beim Durchlaufen des <i>hermeneutischen Zirkels</i> wird zwar der Abstand, z. B. zwischen dem Verstehen des Lesers und den Intentionen des Autors geringer, jedoch ist kaum eine absolute Übereinstimmung zwischen dem Verstehenden und dem Textproduzenten herzustellen. Es bleibt eine „hermeneutische Differenz“ bestehen, die als Strukturmoment zu jeder hermeneutischen Situation gehört [vgl. Ebeling in Krüger 09, S. 187]. Hermeneutisches Verstehen ist zudem nie vollständig abgeschlossen und somit hat das Verstehen als Ziel hermeneutischer Bemühungen nicht Produkt- 	

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
Selbstreflexion der Professionellen	<p>sondern Prozesscharakter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es bedarf bei Sozialarbeitern der Fähigkeit des eigenen Handelns in Selbstkritik [vgl. Thiersch 05, S. 38]. • Zudem verlangen Grunwald/Thiersch eine <i>kritische Selbstreflexivität</i> der Sozialarbeiter bzgl. der in ihrer eigenen Rolle liegenden Gefährdungen (auch, um z. B. eigene Projektionen, Übertragungen etc. zu erkennen [vgl. Kahl 00, S. 14]) und darüber hinaus eine <i>gemeinschaftliche kollegiale Reflexivität</i> zur Unterstützung und Bewältigung der jeweiligen Situation [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 31; vgl. Thiersch 05, S. 39f.; vgl. genauer Thiersch 02, S. 218f.]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diese individuellen bzw. kollegialen Selbstreflexionen als Voraussetzung der Arbeit sind kein explizites Thema
Begriff & Inhalte der Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose wird definiert als <ul style="list-style-type: none"> • Klärung der Eingangssituation (z. B. bei Beginn einer Beratung) und daran anschließend als sich prozesshaft fortschreibende Aufgabenbestimmung [vgl. Thiersch 07, S. 704] bzw. als • „Erkenntnis des Problems und der Interventionsmöglichkeiten“ [vgl. Thiersch/ Grunwald/ Köngeter 05, S. 174]. • Diagnosen beinhalten eine <i>Sozialdiagnose</i>: Lebensweltorientierte Diagnosen beziehen sich auf die ganz individuelle -sich Schematisierungen sperrende - Situation der Adressaten samt der Komplexität ihrer lebensweltlichen Bezüge, d. h. ihrer derzeitigen materiellen, sozialen, sozialräumlichen und zeitlichen Situation sowie ihrer Lebensperspektiven [vgl. Thiersch 07, S. 704f.]. Thiersch et al. verweisen explizit darauf, dass auch die sozialen Bezüge, die über den familialen Kontext hinaus gehen, betrachtet werden müssen [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 174]. Schon bei der Diagnosestellung werden alle genannten Dimensionen der Lebensweltorientierung sowie die Ressourcen in den Blick genommen. • Die Diagnose benötigt zudem <i>zwei Arten der Deutung</i>: die bewältigungsorientierte sowie die politische Deutung [vgl. Thiersch 07, S. 705]. <ul style="list-style-type: none"> • Bei der <i>bewältigungsorientierten</i> Deutung sind u. a. das Wissen bezüglich der im Lebenslauf spezifischen Entwicklungsaufgaben sowie die psychischen Bewältigungsmuster des Adressaten (wie z. B. Abwehr) nötig [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 30]. • Die <i>politische</i> Deutung, die hilft durch Einsichten in politische Zusammenhänge, die Adressaten von persönlicher Schuldzuweisung, Scham oder Fatalismus zu entlasten [vgl. Thiersch 07, S. 705]. • Die diesbezüglichen Annahmen der Sozialarbeiter (bei der Diagnose: z. B. Bewältigungsmuster) benötigen eine dauernde Rückkopplung an die Selbstinterpretation sowie die Deutungs- und Handlungskonsequenzen der Adressaten [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 30]. D. h. im Gegensatz zur Medizin, in der die Diagnosen von den Professionellen festgelegt und deren fachliche Sichtweise gegenüber den Adressaten durchgesetzt wird, sollten sozialpädagogische Diagnosen unter anderem einer <i>Kontrolle durch die Betroffenen selbst unterzogen</i> werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corbin/Strauss beschreiben im Rahmen der diagnostischen Phase der Verlaufskurve auch die Suche nach der Diagnose, die <i>Mitteilung der Diagnose</i> [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 39ff.] und dass im Moment der <i>Diagnosemitteilung</i> die Zeit scheinbar still steht Hier geht es um Mitteilung der Diagnose, d. h. sie wird <i>nicht</i> einer Kontrolle durch die Betroffenen selbst unterzogen und eine Rückkopplung an die Selbstinterpretation der Adressaten ist nicht vorgesehen. Im Krankheitsverlaufskurvenkonzept wird also der klassische der medizinische Diagnosebegriff verwendet (wobei die <i>Diagnose von den Professionellen festgelegt</i> wird und deren fachliche Sichtweise gegenüber den Adressaten <i>durchgesetzt</i> wird), selbst wenn die Projektionen aller Beteiligten später ausgehandelt werden. In Bezug auf die Diagnose sieht das Konzept keine Aushandlungsspielräume vor. • Eine <i>Pflegediagnose</i> verwenden Corbin/Strauss nicht, auch nicht in ihrem auf den Krankheitsverlaufskurvenkonzept basierenden Pflegemodell (vgl. Corbin/Strauss 98a) • Die Diagnose im Rahmen des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts beinhaltet nicht nur <i>keine</i> Beteiligung des Kranken an der Diagnose, sondern auch <i>keine</i> Sozialdiagnose und <i>keine</i> politische und bewältigungsorientierte Deutung • Zwar nicht im Rahmen der Diagnosestellung, jedoch an anderen Stellen des Konzepts geraten allerdings die Sozialstrukturen (Mikro- und Makrosoziologie), die Bewältigungsaspekte und die Partizipation in den Blick (s. o.)
Kritik an selbstreferentiellen Institutionen	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionen sollen nicht selbstreferentiell arbeiten, sondern sich reflektieren, ob sie den Anliegen der Adressaten entsprechen: Da die Lebensweltorientierung eine Dienstleistung im elementaren Sinne, also bestimmt von den Bedürfnissen, Ansprüchen und Möglichkeiten der Adressaten ist, müssen institutionelle und professionelle Entwicklungen mit Tendenzen zur Selbstreferenzialität kritisiert und misstrauisch beobachtet werden [vgl. Thiersch 07, S. 702 und vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 22]. Diese Selbstreferenzialität führt dazu, dass sie den lebensweltlichen Aufgaben nicht gerecht werden können, sondern durch ihre spezifischen, teils auch abgeschotteten Arbeitsweisen den eigentlichen auf die jeweilige Lebenswelt bezogenen Anliegen ihrer Adressaten nicht mehr entsprechen können. Im Sinne der Lebensweltorientie- 	<ul style="list-style-type: none"> • Kritik an Institutionen und Veränderungen von selbstreferentiellen Institutionen sind kein explizites Thema. Lediglich in Bezug auf Kliniken wird der Hinweis gegeben, dass der (quasi selbstreferentielle) Blick, der sich auf die Akutbehandlung begrenzt, auf den poststationären Bereich zu erweitern ist ,um den chronisch Kranken im Sinne des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts gerecht werden zu können.

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>rung und zur Prophylaxe der genannten Probleme müssen daher selbstkritische Reflexionen zur institutionellen und professionellen Arbeit selbstverständlich sein [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 22].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zudem sollten Institutionen (wie z. B. Sozialämter), nicht mehr „Konservatoren einer Wirklichkeit, die es immer weniger gibt“ [vgl. Beck 86, S. 158, vgl. auch S. 214f.] bleiben und sollten nicht mehr mit antiquierten Bildern der Menschen in ihrer Lebenswelt arbeiten [vgl. Thiersch 05, S. 19], sondern eine realistische aktuelle Abbildung der veränderten komplexen sozialen Wirklichkeit als Basis ihrer Arbeit nutzen, um die Menschen in den o. g. Bewältigungsversuchen unterstützen zu können. • Somit dient das Lebensweltkonzept dazu, Institutionen der heutigen Sozialen Arbeit kritisch zu hinterfragen sowie institutionelle Arbeitsstrukturen, die heutigen Lebensverhältnissen angemessen sind, zu entwerfen [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 13]. 	
<p>Kompensation fehlender sozialer Netze als Ressource</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompensation fehlender sozialer Netze durch Professionelle (Inszenierte soziale/ pädagogische Dienste) • Selbsthilfegruppen als Ressource 	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensweltorientierte Arbeit besteht darauf, dass neue soziale Kompetenzen erforderlich sind und darauf, dass angesichts des Aufbruchs der sozialen Netze und den daraus resultierenden Unsicherheiten der Menschen die „<i>Pädagogik kompensierend und entlastend verlässliche und belastbare Beziehungen anzubieten hat</i>“ [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 34]. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit hilft dabei, Konzepte zu verhandeln, die einerseits verlässliche und dauerhaft verbindliche Beziehungen beinhalten und andererseits die Chancen und Risiken von <i>auf Zeit und für Projekte gebildeten Kooperationen</i> berücksichtigen. Damit behält sie die Spannungen zwischen dem Bedürfnis der Menschen nach Dauer und Verlässlichkeit in Beziehungen und den neuen offenen Lebensformen im Blick [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 34]. • Das Lebensweltkonzept bezieht Überlegungen zur Unterstützung durch Selbsthilfegruppen mit ein: z. B. wird im Rahmen der Maxime <i>Regionalisierung</i> die Verlagerung von Zuständigkeiten an die lokale/regionale Basis und insofern die Planung und Kooperation von Hilfen im Kontext der jeweiligen lokalen/regionalen Gegebenheiten (Bsp. Selbsthilfeszene) bedacht. 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Konzept beschreibt <i>keine</i> Inszenierung von Diensten zur Kompensation fehlender Netze und auch <i>nicht</i>, dass soziale Netze von Praktikern zu schaffen wären. Stattdessen beschreibt das Konzept explizit, dass Praktiker sich dem Kranken sowie seiner sozialen Umgebung widmen sollten und dadurch zur (Re-) Stabilisierung und Sicherung dort verfügbare Ressourcen beitragen, was so wichtig ist, weil dadurch der Verbleib in der Häuslichkeit erreicht werden kann [vgl. dazu Schaeffer/Moers 11, S. 339f.] • Der Hinweis, Praktiker sollten Betroffene an Stützgruppen verweisen können, erfolgt nur einmal bzgl. der Sterbephase [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 317] • Corbin/Strauss geben so gut wie <i>keinen</i> Hinweis auf gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen, obwohl sie als aktive Knüpfung von problemorientierten sozialen Netzwerken par excellence betrachtet werden können, und den Kranken als Ressource zur Unterstützung ihrer Selbststeuerungskapazitäten hilft [vgl. Borgetto 09, S. 259].
<p>Raumdimension</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensweltorientierte Soziale Arbeit sieht Menschen generell in ihrem <i>erfahrenen Raum</i>, der z. B. je nach Geschlecht, Kultur, Gesundheitszustand, Lebensalter etc. sehr unterschiedlich sein kann (z. B. sehr klein für Gehbehinderte, Bettlägerige) sowie in ihren räumlichen Verhältnissen, die die Menschen durch ihre jeweiligen ländliche Strukturen, städtischen Milieus, Abgrenzungen, territoriale Auseinandersetzungen etc. sehr beeinflussen [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 33]. • Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert ganz bewusst in den für die Adressaten relevanten Räumen (Bsp. Straßensozialarbeit), wodurch potentielle Probleme bereits präventiv angegangen werden können [vgl. Thiersch 05, S. 50]. • „Lebensweltorientierte Soziale Arbeit geht davon aus, dass es ein elementares Recht auf einen eigenen, verlässlichen und individuell gestaltbaren Lebensraum gibt.“ [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 34] Daher insistiert sie u. a. auf sozialpolitisches Wirken, indem sie z. B. den Ausbau ambulanten Dienste fordert, um Menschen in ihren angestammten Lebensräumen durch ambulante Hilfen bei der Lebensbewältigung zu unterstützen oder indem sie bei der Gestaltung spezieller Einrichtungen (z. B. für alte Menschen) interveniert [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 34]. Die Arbeit an der sozialen Infrastruktur eines Sozialraums stellt damit einen gesonderten Aufgabenbereich des Lebensweltkonzepts dar [vgl. Koch/Lenz, Hamburger, Thiersch/Thiersch in Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 172]. • Öffnung eingeschränkter Lebensräume: wenn festgestellt werden muss, dass (bornierte) Strukturen den Lebensraum der Menschen verengen, impliziert das Konzept der Lebensweltorientierung diese Strukturen für neue Optionen zu öffnen, indem 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Dimension des Raumes wird (im Gegensatz zur Zeitdimension und zur sozialen Dimension) <i>nicht</i> thematisiert. Höchstens <i>implizit</i> kann man die Dimension erahnen (Kranke zeitweise leben zu Hause, zeitweise in Klinik). • Raumbezogene Problematiken werden nicht explizit genannt, sondern eher <i>implizit</i> (wenn z. B. in den Fallbeispielen die Steigerung des Bewegungsradius der Kranken im Verlauf beschrieben wird) • Auch dass die Professionellen in den für die Kranken relevanten Räumen arbeiten (z. B. Pflegedienste) bzw. arbeiten müssten ist kein Thema <p>Ergänzende Anmerkung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur in der <i>neuen</i> Bedingungsmatrix [vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 58], deren (jetzt acht) Ebenen von außen nach innen lauten: <ul style="list-style-type: none"> • Internationale Ebene • Nationale Ebene • kommunale Ebene • Organisation/Institution • Spezifische Organisationseinheit • Bevölkerungsgruppen • Interaktion • Handlung <p>lässt sich die räumliche Dimension zumindest auf der Makro- und Mesoebene erahnen</p>

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>über die Ressourcenarbeit gegebene Ressourcen zugänglich und neue erschlossen werden [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 33].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basis Schütz (auf den Thiersch sich jedoch kaum bezieht): <ul style="list-style-type: none"> • Schütz beschreibt die Raumdimension ausführlich. Beispiel: Es ist für einen Kranken möglich, zu einem Heiler nach Indien zu fliegen, aber unwahrscheinlich, es zu tun [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 74]. Das heißt, auf Grundlage der durch den eigenen Wissensvorrat geprägten Erwartungen werden für diese zukünftig „erlangbare“ Welt die Chancen für geplante Handlungen und die Fähigkeit, angestrebte Ziele zu erreichen, abgeschätzt. Dabei bestehen verschiedene Unterstufen der Erreichbarkeit. „Die Chancen vermindern sich typisch im Verhältnis zur zunehmenden <i>räumlichen</i>, zeitlichen und sozialen Distanz der betreffenden Unterstufe vom Zentrum meiner aktuellen Welt.“ [Schütz/Luckmann 03, S. 75] 	
Maxime: Regionalisierung (Vernetzung, Dezentralisierung)	<ul style="list-style-type: none"> • Im Lebensweltkonzept ist Regionalisierung (Vernetzung, Dezentralisierung) eine eigene Maxime • Die Dezentralisierung, Regionalisierung und Vernetzung verlangen die Präsenz von Hilfen vor Ort der Adressaten, damit sie in die konkreten lokalen/regionalen Strukturen eingepasst werden können. Da sie insofern aber von den diesbezüglichen unterschiedlich verfügbaren Ressourcen abhängig sind, bedeutet die Maxime Regionalisierung - gemäß der Orientierung an sozialer Gerechtigkeit - auch die Sicherung allgemeiner Leistungsstandards anzustreben [vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 05, S. 174]. • Regionalisierung bedeutet darüber hinaus die Verlagerung von Zuständigkeiten an die lokale/regionale Basis und insofern die Planung und Kooperation von Hilfen im Kontext der jeweiligen lokalen/regionalen Gegebenheiten (Bsp. Selbsthilfeszene), wobei Thiersch aber darauf hinweist, dass dafür zunächst verbindliche überregionale politische Standards zu entwickeln wären, damit Regionalisierung nicht die schon gegebenen Ungleichheiten in den Angebotsstrukturen (z. B. zwischen Stadt und Land) weiter verfestigt [vgl. Thiersch 05, S. 31f.]. • Regionalisierung (sowie Alltagsnähe) bedeuten auch, dass z. B. ein „Beratungsangebot dort lokalisiert wird, wo die Adressaten ohnehin vorbeikommen“ [Frommann/Schramm/Thiersch in Sieckendiek et al. 08, S. 164] 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalisierung, Vernetzung und Dezentralisierung sind kein Thema • Präsenz von Hilfen vor Ort ist kein explizites Thema, obwohl es vorrangig um die Bewältigung zu Hause geht
Flexibilisierung von Hilfen (verbesserte Passung zwischen den Anliegen der Adressaten und Hilfsmaßnahmen)	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensweltorientierte Arbeit setzt auf bereits bestehende Hilfen auf, anstatt sie als jeweiligen Neuanfang zu verstehen, prüft aber das Gefüge bereits bestehender Angebote dahingehend, ob die gegebenen Angebote ergänzt oder auch außer Kraft gesetzt werden müssen und durch neue Arrangements bereichert werden müssen • Das Prinzip der <i>Flexibilisierung von Hilfen</i> soll die Passung zwischen den Problemen der Adressaten und den Möglichkeiten die die Hilfen bieten verbessern, indem <i>Maßnahmen neu arrangiert werden und neue unkonventionelle Verbindungen zwischen Hilfsmaßnahmen hergestellt werden.</i> Dazu sollen auch Hilfen (wie z. B. formlose Betreuung) zählen, die ggf. <i>quer zu bisherigen Zuständigkeiten</i> und Ressortgrenzen liegen [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 29]. Die Vision besteht in der Aufhebung der einschränkenden Zuständigkeiten, einer transparenten Koordination verschiedener Hilfen unterschiedlicher Träger und gesetzlicher Zuständigkeiten im Sinne des Konzepts lernender Institutionen [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 29]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsverlaufskurvenkonzept äußert keine Kritik an bestehenden Hilfen und keine unkonventionellen Vorschläge zu neuen Verbindungen bestehender Hilfesysteme mit individuellen Anpassungen an die Anliegen der Betroffenen, sondern nur den Hinweis, bestehende Hilfen zu nutzen • Nach Ansicht von Corbin/Strauss sollen Praktiker dabei Betroffene durch ihre Kenntnisse des medizinischen Versorgungssystems und hauswirtschaftlicher Unterstützungsmöglichkeiten darin unterstützen, sich im medizinischen Dickicht zurechtzufinden, um eine adäquate medizinische Versorgung zu finden und sich ggf. vorübergehend Hilfen für die tägliche Arbeit (Einkaufen, Versorgung des Haushalts) zu besorgen, wenn die Symptome unkontrollierbar geworden sind [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 279f.].
Fokus ab hier: Kriterien, die eher für das Krankheitsverlaufskurvenkonzept Gültigkeit besitzen		
Empirische Datenbasis	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein theoretisch entwickeltes Konzept, nicht empirisch basiert • Ausgangspunkte: Kritik an traditionell obrigkeitlich bestimmten, disziplinierenden Arbeitsformen der Sozialen Arbeit in den 60ern (politische Entfremdung) und Kri- 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsverlaufskurvenkonzept ist aus empirischen Studien hervorgegangen, basiert dabei auf einer Fülle von Tiefeninterviews, ergänzt um Analysen von Autobiografien von Kranken und deren Angehörigen

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>tik an den expertokratischen Arbeitsformen der Sozialen Arbeit (fachliche Entfremdung) [vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 165]. In den 1980er Jahren wurde das Konzept angesichts der <i>Individualisierung von Lebensführungen</i> sowie der <i>Pluralisierung von Lebenslagen</i> erneut modifiziert. Lebensweltkonzept erweiterte sich nun um die Inszenierung neuer, belastbarer Lebensverhältnisse sowie die Differenzierung der Hilfsangebote [vgl. Thiersch/Grunwald/ Königter 05, S. 165].</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Konzept der Lebensweltorientierung etablierte sich zuerst in Form der <i>lebensweltorientierten Jugendhilfe</i> [vgl. Thiersch 05, S. 13ff.] später allgemeiner zur <i>lebensweltorientierten Sozialen Arbeit</i> [vgl. Niemeyer 10, S. 274]. 	<ul style="list-style-type: none"> Alle Konzepte sind datenbasiert, wurden mit der Methode <i>Grounded Theory im Sinne eines phänomenologischen Zugangs</i> ausgewertet. Grounded Theory ist ein Verfahren, bei dem eine regelgeleitete, kontrollierte und prüfbare Entdeckung von Theorie aus empirischen Daten erfolgt und die Autoren (hier: Glaser/Strauss) davon ausgehen, dass Theorien, die aus der Empirie entwickelt werden, funktionieren müssen. Konzepte und Subkonzepte wurden mit Hilfe der Grounded Theory durch Iteration zwischen Erfahrung, Auswertung und Theoriebildung immer wieder erweitert
Fokus Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> Arbeit (als soziologisches Konzept) ist im Lebensweltkonzept kein Thema Schütz wird diesbezüglich von Thiersch nicht als Basis des Lebensweltkonzepts genutzt, obwohl Schütz <i>Arbeit</i> im Rahmen der Praxisseite der Lebenswelt umfangreich erläutert und Arbeit inkl. des Zusammenhangs von Arbeit und sozialer Verantwortung auch definiert [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 461ff.]. 	<ul style="list-style-type: none"> Arbeit ist das eigentliche Anliegen dieses Konzepts; sie bezieht sich auf den Umgang mit der Krankheit, auf den Alltag und die Biografie Unter <i>Arbeit</i> verstehen die Autoren die Aufgaben, die zur Krankheitsbewältigung im Rahmen der Verlaufskurvengestaltung durchgeführt werden [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 25, S. S. 49f.] und erweitern den traditionellen Blick von einer beschränkten medizinisch-pflegerischen Sichtweise derart, dass die <i>gesamte Arbeit</i>, die geleistet werden muss, um die Krankheit bewältigen zu können, in das Blickfeld gerät. Corbin/Strauss ist es ein Anliegen, das <i>Konzept Arbeit</i> zu fokussieren, weil sie u. a. aufzeigen wollen, dass nicht nur die Gesundheitsprofessionen Arbeit leisten, sondern auch die von den Kranken und ihren Familien zu Hause geleistete Krankheitsbewältigung Arbeit darstellt [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 25]. Die Verlaufskurve beschreibt die Gesamtorganisation der konkreten <i>Arbeit</i>, die in ihrem Verlauf zur Bewältigung geleistet wird [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 49]. Praktiker sollen u. a. den kollektiven Arbeitsstil der Familie erkunden und das, was ihren Stil beeinflusst [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 184]. Sie helfen auch bei der <i>Arbeitsaufteilung</i>
Bewältigungssituation mit Fokus auf Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> Bei Thiersch ist die Krankheitsarbeit <i>implizit</i> als Teil des Alltags bzw. der Biografie enthalten. Beispiel: „Im Alltag müssen sehr verschiedenartige Aufgaben bewältigt werden: [...] die besonderen Belastungen von Müdigkeit, Gereiztheit und Krankheit“ [Thiersch 05, S. 119f.]. Reziproke Einflüsse von Alltag und Biografie werden beschrieben, reziproke Einflüsse, bei denen insbesondere die <i>Krankheit</i> eine Rolle spielt, sind kein Thema 	<ul style="list-style-type: none"> Corbin/Strauss benennen bei der Bewältigungssituation, ebenfalls Alltag und Biografie betonen aber zusätzlich die <i>Krankheit</i> als drittes Element der Bewältigungssituation Der Begriff Krankheit bezieht sich auf Art, Schweregrad und Verlauf, den die Krankheit nimmt [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 159]. Zahlreiche Begleiterscheinungen, wie Schmerz, Medikamentennebenwirkungen, gestörter Schlafrythmus etc. sind damit verbunden Zudem ist die Bewältigungssituation bei Corbin/Strauss durch den „Reziproken Einfluss“ beschrieben: nicht nur die Biografie bestimmt den Alltag, sondern auch umgekehrt, zudem gibt es allerdings den reziproken Einfluss zwischen den <i>drei</i> Elementen der Bewältigungssituation: Krankheit, Alltag und Biografie Viele spezielle Details der Bewältigung, die sich auf <i>Krankheit</i> beziehen, finden sich nur in diesem Konzept, wie z. B. der Hinweis, dass eine adäquate Unterstützung im Umgang mit physischen Schmerzen in Abwärts-/ Sterbephase unerlässlich ist
Theoretische Ausrichtung: Identitätstheorie und Konkrete Identitätsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> Bei Thiersch ist Identitätsarbeit <i>Teil der Alltagsarbeit</i>: „Im Alltag müssen sehr verschiedenartige Aufgaben bewältigt werden: [...], um die eigene Identität kämpfen“ [Thiersch 05, S. 119] Das Lebensweltkonzept zielt (im Rahmen der Dimension Hilfe zur Selbsthilfe) auf Identitätsarbeit und intendiert, dass Menschen trotz aller Belastungen, Überforderungen und Unsicherheiten dennoch eine so weitgehende Sicherheit im Lebenskonzept erwerben, dass eher deprimierende, teils auch pathologische Verhaltensweisen vermieden werden können [vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 172 und vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 35]. Basis Schütz (wird von Thiersch zu diesem Thema <i>nicht</i> genutzt obwohl es möglich wäre): <ul style="list-style-type: none"> Schütz beschreibt wie bereits Kinder durch die Sozialstruktur geprägt werden, wie sich ihr <i>personales Selbst</i> unter anderem durch intersubjektive Spiegelungsvorgänge bildet und wie sich soziale Kontrolle auswirken kann [vgl. Schütz/Luckmann 03, S. 333]. Thiersch nennt diese Spiegelungsvorgänge nicht, gibt keine Identitätsbildung im Detail an, keine Hinweise auf permanent fortlaufende Prozesse der Identitätsbil- 	<ul style="list-style-type: none"> Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept ist ebenfalls sowohl eine Strukturtheorie als auch eine Handlungstheorie, aber - im Gegensatz zum Lebensweltkonzept - auch eine Persönlichkeits-/ Identitätstheorie Strauss erweiterte den Symbolischen Interaktionismus um eigene handlungs-, struktur- und identitätstheoretische Aspekte [vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 56f.], d. h., dass die Strauss'sche Perspektive auf den Symbolischen Interaktionismus neben interaktionistischen Handlungstheorie auch eine <i>Identitätstheorie</i> darstellt [vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 57]. Identitätsarbeit wird als <i>Teil der Biografiearbeit</i> konzeptualisiert Die Biografiearbeit greift direkter als die beiden anderen Arbeitsarten in die Identität ein. „Die Re- und Neustrukturierung der Biografie und der Identität einschließlich der dazu notwendigen Interpretations-, Revisions- und Integrationsarbeit, Planung des weiteren Lebens mit chronischem Kranksein, aber auch Ausbildung einer mit der Situation übereinstimmenden Selbstkonzeption stellen [...] zentrale Aufgaben der [biografischen] Krankheitsbewältigung dar.“ [Hildenbrand und Corbin/Strauss in Schaeffer 11, S. 333] Dabei sind diese Aufgaben keine einmaligen Vorgänge, sondern stellen sich immer wieder. Weil die Krankheit nicht zum Stillstand kommt, müssen die Erkrankten ihre Identität und ihre

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
	<p>Lebensweltkonzept beinhaltet somit insgesamt kaum Hinweise zur tatsächlichen Identitätsarbeit</p>	<p>Biographieentwürfe somit immer wieder neu definieren, was einem „Ringens um die eigene Identität“ entspricht [vgl. Schaeffer/Moers 09, S. 121; vgl. Corbin/Strauss 04, S. 92].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerade längere instabile Phasen können verheerend für das Selbstkonzept sein, weil die Instabilität alles beeinträchtigen kann, was der Kranke zu leisten imstande ist [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 190]. Nimmt das Selbst die Durchführung von Handlungen, die für sein Identitätsgefühl besonders wichtig sind als gescheitert wahr, kann das für das Selbst verhängnisvoll sein. • Aspekte der Selbstkonzepte/der Identität verändern sich nicht nur während eines Lebenslaufs, sondern auch in Abhängigkeit von unterschiedlichen Situationen und sozialen Beziehungen, d. h. innerhalb von Augenblicken. Die Identitätsentwicklung ist somit von der sozialen und biografischen Situation abhängig, in der Menschen sich gerade befinden. Während man anhand bislang gemachter Erfahrungen Situationen interpretiert passt man seine Selbstkonzeptionen und damit auch seine Handlungen permanent an. Identitätsentwicklung ist dabei ein unbemerkter Wandel, der erst dann zum bewussten Wandel wird, wenn er in einem Ereignis deutlich wird, das Reflexion (Bestandsaufnahme, Revision, Neubewertung) verlangt. • Selbstkonzeptionen ergeben sich vor allem durch die Sichtweisen, die ein Kranker von sich in Bezug auf die Gesamtheit seiner Identität hat. Diese Sichtweisen entwickeln sich in Abhängigkeit davon, inwieweit der Kranke die Fähigkeit besitzt, die mit den verschiedenen Aspekten seines Selbst verbundenen Aufgaben (Performanzen) zu erfüllen. Basis: Meads Identitätstheorie: • Basis: Meads Persönlichkeits- und Sozialisationstheorie: <ul style="list-style-type: none"> • Nach Mead gilt der Mensch als <i>soziales Wesen</i>, d. h. er entwickelt sein Selbstbewusstsein, seine Fähigkeit zum Denken, und seine Identität erst in sozialen Beziehungen; Individuum und Gesellschaft sind insofern prozesshaft miteinander verstrickt [vgl. Mead 73, S. 216]. • Nach Mead ist Identitätsbildung ein gesellschaftlicher Prozess und zugleich ein innerer Dialog im Sinne eines permanenten Wechselspiels von „me“ und „I“, das über weitere Handlungen und Entwicklungen einer Person entscheidet und bewusste Verantwortung und neue Erfahrung erst ermöglicht [vgl. Mead 73, S. 221].
Körperbezug	<ul style="list-style-type: none"> • Im Lebensweltkonzept wird kein ausdrücklicher Körperbezug hergestellt • Basis Schütz (wird von Thiersch nicht genutzt): <ul style="list-style-type: none"> • Der funktionierende Körper ist eine unbewusste Selbstverständlichkeit des Alltags; es geht hier zunächst um Situationen, in denen der Körper fraglos funktioniert [Schütz/Luckmann 03, S. 151f.]. „Jede Situation [ist] durch die Vorgegebenheit meines Körpers `begrenzt`. Denn der Körper und sein gewohnheitsmäßiges Funktionieren sind in jeder Situation und jeder Erfahrung vorausgesetzt, ohne notwendig zum Erfahrungskern zu gehören [d. h. ohne bewusst zu werden]. Die Grenzen meines Körpers gegenüber einer Welt, deren Gegenstände ihm Widerstände leisten, und das gewohnheitsmäßige Funktionieren des Körpers in ihr sind die Basis der ersten `Selbstverständlichkeiten` des Wissensvorrats. [Schütz/Luckmann 03, S. 151]. Dabei wird von `gewohnheitsmäßig` statt von `normal` gesprochen, um zu verdeutlichen, dass z. B. für blind geborene Menschen die Farben zwar nicht zur Lebenswelt gehören, dieser Zustand jedoch eine selbstverständliche Gegebenheit ihrer Lebenswelt darstellt [vgl. ebenda] • Unter Bezug auf Merleau-Ponty weisen Schütz/Luckmann darauf hin, dass der Körper nicht „ein Gegenstand im Raum, sondern die Bedingung für alle meine Erfahrung der räumlichen Gliederung der Lebenswelt [darstellt]. In jeder Situation wirkt mein Körper als Koordinatenzentrum in der Welt, mit einem Oben und Unten, einem Rechts und Links. Hinten und Vorn. Es ist zunächst festzuhalten, dass mein Körper und sein gewohnheitsmäßiges Funktionieren ein Grundelement einer jeglichen Situation ist.“ [Schütz/Luckmann 03, S. 152] 	<ul style="list-style-type: none"> • Der <i>Körperbezug</i> ist im Krankheitsverlaufskurvenkonzept besonders wichtig • Corbin/Strauss widmen sich als einem ihrer Hauptthemen bei der Verlaufskurvenentwicklung auch dem schicksalhaften und vielschichtigen Einfluss, den ein <i>gestörter</i> Körper auf das Leben des Kranken und seines Partners ausübt [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 23f. und S.66ff.]. • Ein - z. B. durch eine chronische Krankheit - gestörter Körper bewirkt eine Wahrnehmung, die „das Innerste des menschlichen Daseins“ [Corbin/Strauss 04, S. 67] berührt <ul style="list-style-type: none"> • wegen seiner Unfähigkeit, eine Aktivität auszuführen • wegen des Erscheinungsbildes des Körpers • wegen der Unzuverlässigkeit des physiologischen Funktionierens des Körpers auf zellulärer [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 67]. • Viele negative Einflüsse wie z. B. Autonomieverlust, Stigmatisierung oder auch veränderte Berufsperspektive werden durch den gestörten Körper bewirkt und beeinflussen das Identitätsgefühl. • Die Körperstörung des Kranken muss nicht gleichbleibend sein, sondern kann selbst im Laufe eines Tages sehr schwanken, so dass Patienten den Körper nicht mehr als verlässlich erfahren und zudem räumlich sehr eingeschränkt werden können (teils wird der Körper sogar als Gefängnis empfunden). • Strauss stellt einen sehr engen Bezug zwischen Identitätsentwicklung und Körperbezug her, denn der Körper dient als Medium, durch das Selbstkonzeptionen gebildet werden. Der Körper nimmt z. B. Wissen über die Umwelt wahr (Sinneswahrnehmung), kommuniziert mit der Umwelt, kann an sich für andere zu einem sozialen, bewunderten, stigmatisierten Objekt werden (Performanz der Erscheinung), soll Aufgaben ausführen (die im Sinne der Performanz des Handelns mit verschiedenen Aspekten des Selbst verbunden sind) und muss physisch und mental dazu in der Lage sein etc. • Basis Mead <ul style="list-style-type: none"> • Bereits Mead befasst sich mit dem Körperbezug der Identitätsbildung [vgl. Mead 73, S. 214f.]. In der Fassung des Symbolischen Interaktionismus, die Strauss entwickelte, ist die

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
		<p>Annahme „Keine Handlung ist möglich ohne einen Leib“ [Strauss in Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 60] jedoch die wichtigste [vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 60]. Für Strauss ist der Körper für das Identitätsgefühl von zentraler Bedeutung: zum einen wegen dieser Fähigkeit zum Handeln, zum anderen aber auch wegen der Vorstellungen, die man während dieser aufgabenbezogenen Handlungen von seiner Identität bildet [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 84].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Sinne der Identitätstheorie nach Mead, der zufolge Menschen die Einstellungen anderer in sich selbst tragen und durch reflexives Handeln ins Bewusstsein holen, führen gescheiterte Performanzen vor anderen Menschen zu einer negativen Beurteilung des eigenen Selbst. Nach Ansicht von Corbin/Strauss sollte Körper daher immer mit Körperstörung bzw. Performanz assoziiert werden. Zudem verweisen sie darauf, dass Kranke ihren Körperzustand hauptsächlich über Symptome wahrnehmen und entsprechend reagieren, aber dass sie auch das Eindringen der Symptome in ihr Leben intensiv erleben und eine Körperstörung auf eine lebenspraktische alltägliche Angelegenheit hinausläuft. • Praktiker sollen nach Ansicht der Autoren die Bedeutung des <i>Körpers</i> für den Kranken samt seiner Bilder, wahrgenommenen Einschränkungen, Fehlschläge und Erfolge (bzgl. der Performanzen) ermitteln können und überlegen, in welchem Verhältnis Körper und Identitätsgefühl des Kranken zueinander stehen.
Ausführlichkeit und Detaillierungsgrad der Schilderung biografischer Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> • Ausführlichkeit und Detaillierungsgrad der Schilderung biografischer Prozesse und biografischer Prägungen sind niedrig • Beispiel für den niedrigen Detaillierungsgrad: „Alltag [...] muss verstanden werden als Schauplatz der Auseinandersetzung mit [...] <i>individuell-biografischen Vorgaben</i>; diese wiederum müssen gesehen und gewertet werden in bezug auf die in ihnen gegebenen Lebensressourcen und normativen Ansprüche“ [vgl. Thiersch 05, S. 121] 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausführlichkeit und Detaillierungsgrad der Schilderung biografischer Prozesse sind hoch • Corbin/Strauss widmen der Biografie als drittem Element der Bewältigungssituation den mit Abstand breitesten Raum, beschreiben auf über 40 Seiten den „biografischen Bruch“ des Kranken [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 68] und fokussieren bei der biografischen Arbeit auf den Körper (s. o.), die Identitätsbildung (s. o.) und die biografische Zeit [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 66ff]. • Beispiel: Sterbeprozesse werden sehr detailliert mit einzelnen Ideationsprozessen (reflektive Überprüfungen) und Schließungsakten beschrieben [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 295ff., insbesondere S. 313ff.]
Konkretisierungsgrad	<ul style="list-style-type: none"> • Das Lebensweltkonzept ist abstrakter und universeller formuliert • Präzisierung ist nötig: Thiersch et al. weisen darauf hin, dass das Konzept oft an Prägnanz verlor und halten weiterhin <i>präzisierende Reformulierungen des Konzepts für dringlich</i> [vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 05, S. 165f.] • Fünf Struktur- und Handlungsmaximen sollen die lebensweltorientierte Soziale Arbeit konkretisieren, sie sind aber selbst noch relativ allgemein formuliert. • Thiersch beschreibt, dass Lebenswelt sich als erfahrene Wirklichkeit in unterschiedlichen Lebensfeldern wie z. B. Familie, Bildungseinrichtungen, Arbeit und Öffentlichkeit <i>konkretisiert</i> [vgl. Thiersch 07, S. 700] und dass Menschen verschiedene dieser Lebensfelder nach- oder nebeneinander durchleben und dabei unterschiedliche lebensweltliche Erfahrungen, die sich in ihrem Lebenslauf bündeln sammeln. Aber Thiersch belässt die Beschreibung auf diesem doch eher hohen Abstraktionsniveau. • Lebensweltorientiertes Handeln ist als ein allgemeines Muster beschrieben worden, das sich <i>konkretisieren muss</i>, indem die Methoden sich mit unterschiedlichen Verfahren und Instrumenten verbinden und indem die Aufgaben des sozialpädagogischen Handelns für die jeweiligen besonderen Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen des Handelns an unterschiedlichen institutionellen Orten (wie Beratung in unterschiedlichen Settings, Heimerziehung, Jugendhilfe, Migranten- und Altenarbeit etc.) spezifiziert werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufskurvenkonzept ist deutlich konkreter/präziser und anwendungsbezogener formuliert • Corbin/Strauss stellen nicht nur ihre Theorie dar, sondern stellen den Bezug zur Praxis her, indem sie auch viele ausführliche Fallschilderungen aus der Praxis, auf die sie die Theorie anwenden, liefern sowie diverse konkrete Hinweise an Praktiker geben. • Corbin/Strauss ist beispielsweise die übliche arbeitssoziologische Betrachtungsweise zu abstrakt ... [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 150]. Ihnen geht es darum, die <i>konkrete</i> Arbeitsdurchführung zu erläutern, für deren Verständnis all die involvierten sozialen Mechanismen oder Prozesse in den Blick genommen werden müssen, die auf den obigen Ebenen der Bedingungsmatrix detailliert dargestellt werden, sich aber auf die Arbeitsdurchführung niederschlagen. Sie differenzieren die Arbeit nicht nur in die drei Hauptarbeitslinien, sondern konkretisieren sie noch deutlich detaillierter in verschiedene Arbeitstypen (wie <i>Informationsarbeit</i>, <i>Organisationsarbeit</i>, <i>Medizinisch-technische Arbeit</i>, <i>Sicherheitsarbeit</i>, <i>Gefühlsarbeit</i>, <i>Wohlbefindensarbeit</i> u. v. m.) [vgl. Corbin/Hildenbrand/Schaeffer 09, S. 69; vgl. Hüper/Hellige 09, S. 68ff.; vgl. Corbin/Strauss 04, S. 26]. Diese Arbeitstypen werden von den Autoren dann noch weiter in Aufgabenbündel differenziert, die sehr detailliert die einzelnen zu leistenden Arbeitsschritte angeben. • Von Corbin wurde später zudem auf Basis der Theorie des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts ein Pflegemodell, das die Theorie für einzelne Phasen des Pflegeprozesses konkretisiert, entwickelt [vgl. Corbin/Strauss 98a, S. 17ff.; vgl. auch Schaeffer/Moers 11, S. 352], womit ein weiterer Ansatz zur Konkretisierung ausprobiert wurde. • Dennoch hat das Konzept noch einen relativ hohen Abstraktionsgrad, da es einen berufs- und einrichtungübergreifenden Orientierungsrahmen für die Abstimmung professioneller Arbeitsleistungen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen [vgl. Höhmann 02, S. 62] darstellt. • Konzept ist hinsichtlich des Gesellschaftsbezugs jedoch deutlich abstrakter, beinhaltet gar keine Details zu Gesellschaften oder gesellschaftlichen Veränderungen <p>Ergänzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Konzept der Krankheitsverlaufskurve in der Praxis aufzugreifen und es auf breiterer Basis auszuprobieren, bleibt bislang allerdings noch eine Zukunftsaufgabe [vgl. Schaeffer/Moers 11, S.

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
Konkretisierungen für Praktiker	<ul style="list-style-type: none"> Insgesamt kaum <i>konkrete</i> Hinweise an Professionelle (Sozialarbeiter) 	<p>352].</p> <ul style="list-style-type: none"> Corbin/Strauss weisen zusammenfassend auf neun Implikationen für die Praxis hin, die von Praktikern (das können verschiedene Berufsgruppen sein) zu beachten sind und mit konkretisierenden Beispielen belegt werden [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 361ff.]: <ol style="list-style-type: none"> Chronische Krankheiten sind langfristiger Natur z. B. Art der Erkrankung, Ausmaß und potentiellen Verlauf beachten Der Phasierung sollte Rechnung getragen werden z. B. Phase, Subphase erkunden und entsprechende Bedürfnisse ermitteln Man muss den Verlaufskurvenplan verstehen z. B. Kenntnisstand und Bewältigungspläne ermitteln Arbeit ist für Krankheitsbewältigung von zentraler Bedeutung z. B. Arten der Krankheits-, Alltags- und Biografiearbeit ermitteln Arbeitsprozesse ermöglichen, dass Arbeit durchgeführt wird z. B. Routinen erkunden, Ressourcen beschaffen Interaktion ist entscheidend, damit die krankheitsbezogene Arbeit durchgeführt werden kann z. B. Interaktionen zwischen Beteiligten analysieren, Einstellungen erfragen Ereignisse, die sich auf die Krankheitsbewältigung auswirken, müssen verstanden und eingeplant werden z. B. Routinen/Pläne der Betroffenen für den Umgang mit Krisen analysieren Konsequenzen der Krankheit und ihrer Bewältigung bedürfen der sorgfältigen Betrachtung z. B. Symptomkontrolle durchführen, Selbstkonzept-Änderungen beobachten Der Kontext stellt auch Fragen nach der effektiven Versorgung z. B. technische Ausrüstung und finanzielle Unterstützungsbedarfe ermitteln Zu jedem der neun Themenfelder formulieren sie eine Fülle von Detailfragen, die Praktiker nutzen können, um eine Bedingungsanalyse durchzuführen und Unterstützungsbedarfe zu ermitteln [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 361ff.].
Fokus: Soziale Netze als Ressource Hier: Analyse der Veränderungen des sozialen Gefüges innerhalb der Familie, d. h. innerfamiliäre Bewältigungsprozesse	<ul style="list-style-type: none"> Themen zu sozialen Ressourcen, die Rollenumschichtungen innerhalb der Familie betreffen, sind hier kein <i>explizites</i> Thema; Formulierungen abstrakter, eher implizit enthalten 	<ul style="list-style-type: none"> Das Konzept beschreibt die Veränderungen des sozialen Gefüges „im Kleinen“, d. h. für den Kranken und sein soziales Gefüge, wie insbesondere die Familie, für die sich vielfältige Rollenumschichtungen und Aufbrüche eingefahrener Interaktionsmuster ergeben. So müssen sich Kranke mit Rolleneinbußen abfinden (z. B. nicht mehr der Ernährer der Familie zu sein) und kann das Gleichgewicht bestehender Beziehungen sehr gestört werden.
Dauerhaftigkeit und Langfristigkeit der Bewältigungsaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> Lebensweltorientierte Arbeit orientiert sich vorrangig an der Gegenwart und den sich in ihr stellenden Bewältigungsaufgaben, [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 33] allerdings auch an der Zukunft und ist bestrebt, Adressaten geeignete Kompetenzen für den Umgang mit dieser Offenheit von zukünftigen Lebensmöglichkeiten zu vermitteln [vgl. Grunwald/Thiersch 04, S. 33]. Diese Formulierung zum Lebensweltkonzept ist so allgemein dass Dauerhaftigkeit und Langfristigkeit zwar auch hier prägend sein könnten, aber es wird <i>nicht explizit</i> formuliert. Teils wird sogar darauf verweisen, dass Adressaten den Kontakt immer mal wieder abbrechen, kurzfristig Hilfe annehmen, sich dann wieder zurückziehen (und Sozialarbeiter mit diesen intermittierenden Kontakten zurecht kommen müssen) 	<ul style="list-style-type: none"> Chronische Krankheiten sind im Gegensatz zu Akuterkrankungen zeitlich nicht begrenzt, sondern beeinträchtigen die Kranken über teils sehr lange Lebensspannen und prägen durch die lebenslangen Verläufe den gesamten weiteren Lebensverlauf der Kranken [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 349, 361, vgl. Schaeffer 09a, S. 7, S. 19, vgl. Schaeffer/Moers 11, S. 331]. Meist müssen lebenslang unterstützende Arrangements aufgebaut und aufrechterhalten werden sowie gesundheitsbezogene Einflussfaktoren überwacht werden [vgl. Höhmann 02, S. 61] Schon einzelne Phasen wie z. B. die Normalisierung können dabei -wie z. B. nach einem Schlaganfall - sehr lange dauern [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 216ff.] Der Fokus des Konzepts liegt somit auf Dauerhaftigkeit und Langfristigkeit
Spannungsverhältnis von Handeln und Erleiden	<ul style="list-style-type: none"> Strukturbedingungen wie der Dominoeffekt (die Abwärtsspirale chronischer Erkrankungen) sind keine eigenen Themen, eher <i>implizit</i> (wenn z. B. das Thema Sterbegleitung angeschnitten wird) 	<ul style="list-style-type: none"> Ebene 4 der Bedingungsmatrix: Strukturbedingungen, die u. a. den Dominoeffekt (Abwärtsspirale) beinhalten Das Konzept beschreibt auch Bedrohungspotentiale für die Betroffenen, z. B. wenn Koordinationsdefizite, disparate Situationsdeutungen und Steuerungsverluste bei unvorhergesehenen komplexen und die etablierten Routinen nun überfordernden Arbeitsanforderungen negativen Ereigniskaskaden (Dominoeffekte) in Gang setzen [vgl. Höhmann 02, S. 61]
Ausdehnung des Blicks auf Lebensbereiche, in denen Professionelle keine Rolle spielen	<ul style="list-style-type: none"> Lebensbereiche, in denen Professionelle keine Rolle spielen (z. B. Situationen, die stabil und nicht mehr prekär sind oder Identitätsarbeit, die sich innerhalb der Adressaten vollzieht), werden kaum thematisiert. Sie lassen sich aus den (relativ abstrakten) Texten nur teils <i>implizit</i> herauslesen. 	<ul style="list-style-type: none"> Der Blick des Krankheitsverlaufskurvenkonzepts ist richtet sich auf viele Bereiche, in die Professionelle <i>nicht</i> direkt involviert sind. Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> <i>Arbeit und Aushandlungen innerhalb der Familie:</i> Aushandlungen sind nicht nur zwischen Kranken und Professionellen, sondern <i>in</i> der Familie zwischen dem Kranken und seiner

Unterschied: Kriterium	Lebensweltkonzept	Krankheitsverlaufskurve
		<p>Familie über teils lange Zeiträume immer wieder erforderlich, was angesichts des Fehlens einer zentralen Steuerungsinstanz und der Vielzahl an Akteuren eine beachtenswerte Gestaltungsleistung darstellt [vgl. Corbin/Hildenbrand/ Schaeffer 09, S. 69]. Aushandlungen betreffen z. B. die Arbeitsprozesse zur flexiblen Arbeitsteilung, bei denen die Beteiligten die Arbeit nach Kriterien wie Effizienz, Wunsch, Tradition, Sicherheit u. a. untereinander aushandeln</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Biografiearbeit, die nur der Kranke oder Angehörige selbst leisten können:</i> „Von ihrem Wesen her muss biografische Arbeit von den Betroffenen selbst geleistet werden. Andere können zwar helfen, doch nur die Person, deren Biografie zerbrochen ist, [...]kann] diese wieder zusammensetzen.“ [Corbin/Strauss 04, S. 88]; Dazu gehört z. B. auch die Neudefinition des Selbst, die auch eine Umorientierung bezüglich der Werte sowie die Aufstellung neuer wichtiger Prioritäten des Lebens bedeutet [vgl. Corbin/Strauss 04, S. 100] • <i>Arbeit in stabilen Phasen:</i> hier sind Professionelle kaum involviert

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Anke Döll