

**Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
der Freien Universität Berlin**

Qualitätsaspekte subjektbezogener Ergebnisqualität pflegebedürftiger
Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor(in) der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von

Schumann, Susette

Berlin, Juli 2019

Erstgutachter/in

Prof. Dr. Ulrike Urban-Stahl

Freie Universität Berlin

Zweitgutachter/in

Prof. Dr. Gerhard de Haan

Freie Universität Berlin

Tag der Disputation:

05.10.2020

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Inhaltsverzeichnis | 2 |
| Abstrakt | 5 |
| Einleitung..... | 7 |
| 1. Lebenssituation und Lebensumfeld pflegebedürftiger Personen | 15 |
| 1.1 Plötzlicher Einzug versus geplanter Umzug in die Pflegeeinrichtung 25 | |
| 1.2. Abhängig sein versus Koproduzent sein..... | 27 |
| 1.3. Unterbringung versus Wohnen | 31 |
| 1.4. Insasse versus Kunde sein..... | 34 |
| 1.5. Fremdbestimmung versus Selbstbestimmung..... | 37 |
| 1.6. Das Leben im Spannungsfeld von Normen, Souveränität, Autonomie und Widerständigkeit | 40 |
| 2. Qualität im Gesundheits- und Sozialwesen bei personenbezogenen Dienstleistungen | 42 |
| 2.1. Zur Historie und Theorie der Definition von Qualität..... | 43 |
| 2.2. Eine Übersicht über die Qualitätsbegriffe im Gesundheits- und Sozialwesen | 44 |
| 2.2.1. Eine Qualitätskultur mit dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess gestalten..... | 45 |
| 2.2.2. Qualität als Erfüllung eines Sollniveaus im Sinne von Zweckmäßigkeit | 46 |
| 2.2.3. Qualität als monetärer Gegenwert im Sinne eines Preis-Leistungs- Verhältnis | 48 |
| 2.2.4. Theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis in der Pflege | 49 |
| 2.2.5. Qualität als Transformation im Sinne von persönlicher Entwicklung.... | 50 |
| 2.2.6. Evaluation und Reflexion von Qualität | 51 |
| 2.3. Qualität zwischen Ökonomie und Subjektbezug..... | 54 |
| 3. Die Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen, – die indikatorengestützte Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität..... | 58 |
| 3.1. Eine Prüfkultur als gesetzlicher Auftrag | 61 |
| 3.2. Die Erfüllung eines professionellen Soll-Niveaus als Ausdruck fachlicher Leistungsfähigkeit..... | 65 |
| 3.2.1. Die Bewertung der fachlich beeinflussten Ergebnisqualität..... | 71 |

| | |
|---|-----|
| 3.2.2. Die Wahrnehmung der Ergebnisqualität durch die pflegebedürftigen Menschen | 81 |
| 3.3. Der Qualitätsvergleich für interessierte pflegebedürftige Personen und Wettbewerber | 91 |
| 3.4. Die Überprüfung der professionellen Fachlichkeit als Wettbewerbsfaktor- ein Qualitätsbegriff mit Subjektbezug? | 95 |
| 4. Die subjektbezogene Perspektive auf das Konstrukt der Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen und daraus resultierende Fragestellungen | 98 |
| 5. Methodisches Vorgehen | 101 |
| 5.1. Die Erhebung des Materials | 105 |
| 5.2. Die Auswertung des Materials | 108 |
| 5.3. Reflexion des Forschungsprozesses | 110 |
| 6. Subjektbezogene Gütemaßstäbe für die Gestaltung der Lebenssituation und des Lebensumfeldes | 112 |
| 6.1. Frau G. ist zu Hause gestürzt | 112 |
| 6.2. Frau S. schätzt Kommunikation auf Augenhöhe | 114 |
| 6.3. Frau W. hat wieder laufen gelernt | 116 |
| 6.4. Frau R. möchte schön wohnen | 117 |
| 6.5. Frau L. schätzt Sicherheit | 117 |
| 6.6. Frau K. freut sich am Leben | 118 |
| 6.7. Umgang mit persönlichen Bewältigungsprozessen | 119 |
| 6.8. Unerwünschte Ereignisse als Grund für den Heimeinzug und ihre Folgen | 121 |
| 6.9. Die Initiative zur Kommunikation und Interaktion als Ausdruck ihrer Identität | 135 |
| 6.9.1. Das Ergreifen der Initiative zur Kommunikation und Gestaltung von Interaktion | 136 |
| 6.9.2. Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Interessenvertretung | 143 |
| 6.10. Wiedererlangung und Erhalt von körperlicher Beweglichkeit und persönlicher Mobilität als Grundlage für die eigene Unabhängigkeit | 158 |
| 6.11. Gestaltung von privatem Wohnen und der unmittelbaren Nachbarschaft | 167 |

| | |
|--|-----|
| 6.12. Erleben von Bestärkung durch Sicherheit in der stationären Pflegeeinrichtung..... | 177 |
| 6.13. Lebensfreude und das Erleben von Glück und Entlastung | 181 |
| 6.14. Das Konzept der erfolgreichen Bewältigungsarbeit | 182 |
| 7. Einordnung des Konzepts der erfolgreichen Bewältigung in die Diskussion um Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtung..... | 187 |
| 7.1. Anregungen zu einer vertiefenden Forschung..... | 198 |
| 7.2. Relevanz des Konzepts der erfolgreichen Bewältigung in der aktuellen Diskussion um Ergebnisqualität..... | 201 |
| 8. Literatur | 204 |
| 9. Anhänge | 214 |
| 10. Eidesstattliche Erklärung | 225 |

Abstrakt

Die subjektbezogene Perspektive ist in der aktuellen Qualitätsdebatte im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen kaum vorhanden. Sowohl auf der Ebene der theoretischen Qualitätsbegriffe als auch auf der Ebene der Qualitätsmanagementpraxis mit dem Fokus auf Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege ist dieser Ansatz kaum zu finden. Die bisherige Darstellung subjektbezogener Ergebnisqualität konzentriert sich auf die Erfassung und Auswertung von standardisierten Befragungen, bei der die pflegebedürftigen Menschen ihre Wahrnehmung zu einem vordefinierten Themenbereich von Zufriedenheit bewerten können. Die standardisierten Befragungen sind Teil der Erfassung eines normativ begründeten Konstrukts von Ergebnisqualität, welches ein empirisch-theoretisches Fundament missen lässt.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden narrative Interviews mit pflegebedürftigen Personen in stationären Pflegeeinrichtungen geführt und hinsichtlich subjektbezogener Deutungen von Ergebnisqualität ausgewertet. Dabei schilderten sie ihre Wünsche und Ziele, um ihre angestrebte Ergebnisqualität darzulegen, die im Anschluss mit einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Philipp Mayring ausgewertet wurde.

Die Ergebnisse zeigen, dass pflegebedürftige Menschen nach kritischen Lebensereignissen mit deren Bewältigung konfrontiert sind. Anschließend streben sie danach, ihre körperliche Beweglichkeit und persönliche Mobilität wiederherzustellen. Als hilfreich erleben sie dabei die Sicherheit vermittelnde Umgebung einer stationären Pflegeeinrichtung und einen Rückzugsort, das privates Wohnen möglich macht. Hier finden sie die Insel für Entfaltung und persönliche Entlastung. Sie erleben nach einiger Zeit wieder Lebensfreude, Glück und Entlastung, wenn die Bewältigung der kritischen Lebensereignisse erfolgreich verlaufen ist.

Schlüsselbegriffe: Subjektbezogenheit, pflegebedürftige Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung, subjektbezogene Ergebnisqualität, qualitative Inhaltsanalyse, Konzept der erfolgreichen Bewältigungsarbeit

Abstract

A subject-oriented aspect is almost non-existent in the current debate on quality in the German public health and social system. This approach exists only in a rudimentary way on the level of normative quality terms and the level of action-oriented quality management with a focus on the quality of the results. The documentation of a subjective quality of results focusses on the documentation and evaluation of standardised interviews with people in need of care who state their perception of the quality of the results.

Narrative interviews served to identify the subject-oriented approbation capacity of the individually requested quality of the results of people in need of care in residential nursing homes. They describe their wishes and objectives in order to define the requested quality of the results. The next step was a qualitative content analysis of the interviews according to Philipp Mayring.

They have experienced critical life events and have to cope with the events. In addition, they strive to restore physical agility and personal mobility. They experience the environment of a residential nursing home as a setting that offers security and a place of retreat just like a private home. After a while, it provides them with a haven for retreat and development offering them the opportunity to experience joy of life, happiness and relief. Their desired quality of results from a subject-oriented perspective describes the concept of a successful coping process.

Key terms:

Subject orientation, people in need of care in a residential nursing home, quality of results, qualitative content analysis, concept of successful coping process

Einleitung

Seit Jahren nimmt die Bedeutung von Qualität im Gesundheitswesen immer weiter zu, deshalb wird ihr in der Altenpflege eine große Aufmerksamkeit zu teil (vgl. Seeberger, 2011:85). Wortführend sind dabei nicht die Betroffenen selbst, sondern unbeteiligte Dritte wie z. B. externe Prüfinstanzen. Sie sind im Auftrag der Pflegeversicherung mit der Überwachung der Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen beauftragt.

Entweder wird von den Prüfinstanzen das Versagen von qualitätssichernden Maßnahmen über die Medien verbreitet oder aber Ankündigungen zu ihrer Optimierung in Aussicht gestellt. Medien von zentraler Bedeutung sind die in regelmäßiger Reihenfolge veröffentlichten Qualitätsberichte des Spitzenverbands des Medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegekasse (MDS), deren Aussagen es auch manchmal in Nachrichtenmagazine wie z. B. den Spiegel Online vom 01.02.2018: 14:37 Uhr, schaffen:

„Zehntausende Pflegebedürftige leiden in Deutschlands Heimen unter mangelhafter Betreuung. In einigen zentralen Bereichen hat sich die Qualität der Pflege binnen weniger Jahre sogar verschlechtert ... Trotz insgesamt guter Ergebnisse gebe es "Fehlentwicklungen", Hier gibt es großen Handlungsbedarf“.

Die Aussagen des Zitats geben einem interessierten Publikum Einblicke in die Perspektive einer Prüfinstitution wie dem Medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegekasse (MDK), die als gutachterliche Instanz im Auftrag der Kranken- und Pflegekassen handelt. Ihr Qualitätsurteil weist regelmäßig auf Qualitätsdefizite hin, die als mangelhaft und von daher als beunruhigend zu bewerten sind. Sie beziehen sich auf pflegerische Verrichtungen, die in den letzten Jahren immer weniger sorgfältig ausgeführt werden, ohne aber die Ursachen der Qualitätsdefizite oder die vorgegebenen Qualitätsziele zu benennen. Stattdessen richten sämtliche Qualitätsberichte in ihren Schlussfol-

gerungen die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit externer Qualitätsprüfungen. Dieses Credo lässt sich in sämtlichen Qualitätsberichten, die bisher erschienen sind, wieder finden.

Der erste Bericht aus dem Jahr 2004 zeigt auf der einen Seite, dass durch die Bemühungen der stationären Pflegeeinrichtungen im Qualitätsmanagement und nicht zuletzt durch die Qualitätsprüfungen des MDKs, Bewegung in die Entwicklung der Pflegequalität gekommen ist. Auf der anderen Seite wird immer noch ein bestehender Handlungsbedarf dokumentiert (MDS, 2004:3).

Der zweite Bericht aus dem Jahr 2007 zeigt wiederum, dass Pflege nach wie vor ein Qualitätsproblem hat, aus dem sich ein erheblicher Optimierungsbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen ergibt. Es wird deutlich, dass mit den aktuellen Bestrebungen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch die Pflegeeinrichtungen und durch die externe Qualitätssicherung ein ausgewogenes Verhältnis von Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und Beratung sowie Kontrolle durch den MDK erreicht worden ist. Auf beide Ansätze, interne Verantwortung und externe Qualitätskontrolle kann deshalb nicht verzichtet werden (vgl. MDS, 2007:3).

Im dritten Qualitätsbericht aus dem Jahr 2012 wurde positiv bewertet, dass die Prüfergebnisse inzwischen für den Verbraucher öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies hat zu einem Qualitätsschub in den stationären Pflegeeinrichtungen geführt. Die personenbezogene Versorgungsqualität, d. h. die direkte Versorgung der pflegebedürftigen Personen¹ durch Pflegende enthält aber noch Verbesserungspotenzial. Es gilt in Zukunft, sich diesem Verbesserungsbedarf gemeinsam mit Unterstützung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sowie der externen Qualitätsprüfung durch den MDK zu widmen und zum Wohle der Nutzer stationärer Pflegeeinrichtungen die Qualität der Pflege weiter zu verbessern (vgl. MDS, 2012:3).

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in dieser Arbeit überwiegend neutrale Bezeichnungen oder in Ausnahmefällen die männliche Form für die beschriebenen Personen verwendet.

Die mehrfach identifizierten Qualitätsprobleme sollen zukünftig durch die Bewertung von Ergebnisqualität deutlich gemacht werden. So werden derzeit für die vollstationäre Pflege die Weichen für die Neuausrichtung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auf der Grundlage von Ergebnisindikatoren gestellt. Parallel zu diesem Prozess wird die externe Qualitätsprüfung inhaltlich weiterentwickelt, sodass auch zukünftig ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und die externe Qualitätsprüfung effektiv ineinandergreifen und sich gegenseitig ergänzen können (vgl. MDS, 2014:3).

Die Qualität der Pflege konnte laut dem fünften Qualitätsbericht in den letzten Jahren verbessert werden. Dennoch werden weiterhin Problembereiche identifiziert, bei denen die stationären Pflegeeinrichtungen Optimierungsbedarf haben (vgl. MDS, 2017:3), obwohl die geplante Neuausrichtung des externen Qualitätsmanagements noch keine Wirkung entfalten konnte.

Die ambivalente Bewertung der vorgefundenen Qualität in sämtlichen Qualitätsberichten, die sich zwischen Qualitätsverbesserung und -verschlechterung bewegt, lässt die Orientierung an eindeutig vorgegebenen Qualitätszielen vermissen und es stellt sich die Frage, ob dies an der Vernachlässigung des Hauptakteurs der pflegebedürftigen Personen liegen könnte.

Interessant wäre auch, ob sich die Gutachter des MDK als eine Interessenvertretung pflegebedürftiger Personen verstehen. Handelt es sich bei diesen Qualitätsprüfungen um Maßnahmen zum Verbraucherschutz (vgl. Grosskopf, 2002: in vgl. Seeberger, 2010:98), der sich für die Anliegen der pflegebedürftigen Personen verwendet und ihnen damit Wertschätzung entgegenbringt?

Stünde der Verbraucherschutz im Mittelpunkt, könnte dies als ein Ausdruck von Wertschätzung gegenüber den pflegebedürftigen Personen gedeutet werden, auch wenn ein statistischer Nachweis seiner Wirkung schwierig zu führen ist (vgl. Hagen et al, 2014:6). Stattdessen scheint für ihn stellvertre-

tend die Überprüfung der Fachlichkeit der Pflegenden im Mittelpunkt zu stehen. Fachkompetenzen nehmen damit die zentrale Funktion in externen Qualitätsprüfungen ein. Sie konzentrieren sich auf die fachlichen Belange einer pflegerischen Versorgung und damit nur indirekt auf die Belange der pflegebedürftigen Personen. Die professionell-fachliche Perspektive muss nicht zwingend die einer pflegebedürftigen Person sein.

Unstrittig scheint auf den ersten Blick die Wertschätzung von pflegerischer Fachlichkeit im Zusammenhang mit Qualität in der Altenpflege. Es bleibt allerdings unklar, welche pflegerische Fachlichkeit gemeint ist: eine sozialrechtliche oder eine berufsrechtliche. Laut Igl (2010) ist es kritisch zu betrachten, wenn die fachlichen Anforderungen und die damit verbundene Verantwortlichkeit der Pflegeberufe und der Pflegewissenschaft ausschließlich über die sozialrechtlichen Vorgaben zur externen Qualitätssicherung definiert werden. Gerade ein staatlich anerkannter Beruf, der seine Qualitätsanliegen und sein Handeln selbst und autonom definieren kann, die Würdigung im pflegerischen Alltag aber nicht erfährt, verliert ein wesentliches Element seines Profils (vgl. Igl, 2010:12). Der drohende Verlust des professionell-fachlichen Profils kann den Verlust einer qualitätsorientierten Pflege bedeuten und der Wertschätzung pflegebedürftiger Personen entgegenstehen.

Die Wertschätzung professioneller Anforderungen und die damit verbundene Verantwortung für Qualität scheint auch auf den zweiten Blick fragwürdig. Werden die oben in den Qualitätsberichten beschriebenen Qualitätsdefizite als Defizite in der Fachlichkeit gesehen, sind professionelle Personen trotz wiederholter externer Qualitätsprüfungen pflegfachlich immer noch nicht in der Lage, die sozialrechtlich geforderte Qualität zu erbringen.

Das „professionell-fachliche Profil“, welches über die Qualitätskriterien des MDK transportiert wird, ist stark am Qualitätsmanagementsystem nach der Deutschen Industrie Norm (DIN) orientiert und drückt einen qualitätsbezogenen und gleichzeitig einen ökonomischen Wert aus. Das Profil verbindet das Prinzip der Qualität mit dem der effizienzsteigernden Standardisierung

bei personenbezogenen Dienstleistungen. Qualität in Verbindung mit einer standardisierten fachlichen Vorgehensweise soll durch gezielte Handlungen zu einem größtmöglichen Nutzen führen und in wirtschaftlich schwierigen Zeiten den ökonomischen Erfolg ermöglichen und sicherstellen (vgl. Seeberger, 2011:100). Diese qualitäts-ökonomische Ausrichtung steht im Kontrast zur Definition pflegefachlicher Arbeit, als eine person-orientierte und wertebezogene Aufgabe mit pflegebedürftigen Personen (vgl. Seeberger, 2011:85). Die professionellen Personen, die im Rahmen von sozialrechtlich-fachlichen Anforderungen zu einer gleichförmigen Pflege angehalten werden, sehen sich selbst allerdings dem pflegebedürftigen Menschen verpflichtet. Wie lösen professionelle Personen für sich diesen Widerspruch auf? Wessen Anforderungen, denen der pflegebedürftigen Personen oder des MDKs fühlen sie sich verpflichtet?

Denn untrennbar verbunden mit den professionellen Pflegenden sind die pflegebedürftigen Personen. Sie erleben einen gemeinsamen (Berufs) - Alltag und gestalten die Lebenssituation und das Lebensumfeld der pflegebedürftigen Menschen mit. Doch ein Prüfungsschwerpunkt, der auf eine standardisierte Fachlichkeit fokussiert, standardisiert möglicherweise auch die Bedürfnisse oder die Vorstellungen von einer qualitätsorientierten Pflege der pflegebedürftigen Personen. Es schließt sich die Frage an, wie die pflegebedürftigen Personen diese Vorgehensweise selbst einschätzen.

Über die Qualitätsvorstellungen Pflegebedürftiger äußern sich meist Dritte. Sie stehen nicht selten in der Nähe zu Anbietern von pflegerischen Hilfen und äußern sich stellvertretend für sie. Im Fokus liegt dabei die Identifikation von Erwartungen der pflegebedürftigen Personen, die es den stationären Pflegeeinrichtungen möglich machen soll, ihre Angebote zu gestalten.

Laut Josat (2011) ist es ihnen erstens aus ökonomischen Gründen wichtig, die Sichtweise der pflegebedürftigen Personen zu kennen. Um als statio-

näre Pflegeeinrichtung wettbewerbsfähig zu bleiben und gegen die Konkurrenz bestehen zu können, ist es notwendig, die Bedürfnisse und Erwartungen der pflegebedürftigen „Kunden“ zu erfüllen (vgl. Josat, 2010:9).

Es folgt zweitens ein ethisch-normativer Grund. Die stationäre Pflegeeinrichtung ist möglicherweise der einzige und letzte Ort, der einer pflegebedürftigen Person ein menschenwürdiges und identitätswahrendes Leben in seiner letzten Lebensphase ermöglicht (vgl. Josat, 2010:9).

Trotz der benannten zwei Gründe übt Eberlein-Gonska (2011) Kritik an der aktuellen Qualitätsdebatte, weil die handelnden Personen und ihre Absichten nicht konsequent berücksichtigt werden und damit keine ausreichende Wertschätzung erfahren (vgl. Eberlein-Gonska 2011:148). Diese Anmerkung bleibt bisher aber ungehört.

Die unterschiedlichen Perspektiven auf Qualität wurden bisher nicht auf die Relevanz für pflegebedürftige Personen überprüft. Dies weist auf Forschungsbedarf hin. Der bisherige Qualitätsdiskurs in der stationären Altenpflege ignorierte diese Perspektive bisher nahezu vollständig. Eine Ausnahme bilden hier einzelne Zufriedenheitsbefragungen mittels standardisierter Interviews. Deshalb bleibt die Frage bis heute offen, welche Aspekte pflegebedürftige Personen als wertschätzend erleben, die ihnen die nötige Aufmerksamkeit als Hauptperson im Qualitätsgeschehen schenkt und eine empirische Basis für das Verstehen ihrer Perspektive anbietet.

Diese Sichtweise zu kennen, ist unabdingbar, denn der Qualitätsdiskurs schreitet voran und seine Dynamik kann dazu führen, die bisher vernachlässigte subjektbezogene Perspektive ganz aus den Augen zu verlieren.

Ein subjektbezogener Qualitätsdiskurs beschäftigt sich mit den Anliegen der Betroffenen selbst und nimmt sie auf diesem Weg als ein gleichberechtigter Gesprächsteilnehmer wahr. Sie tragen mit ihrer „Expertenmeinung in eigener Sache“ maßgeblich zur Entwicklung von Qualität bei. Daraus ergeben

sich Fragestellungen, die in der vorliegenden Arbeit beantwortet werden sollen:

Welche Versorgungsergebnisse benennen die pflegebedürftigen Menschen, die im Zusammenhang mit der von ihnen gewünschten Ergebnisqualität stehen?

Welche konkreten subjektbezogenen Vorgehensweisen halten sie für angebracht, um die gewünschte Ergebnisqualität zu erreichen? Wie begründen sie ihr Handeln?

Welche Einflüsse in ihrem Alltag erleben sie als förderlich oder hinderlich, um die angestrebte Ergebnisqualität zu erreichen?

In Kapitel 1 wird die Lebenssituation und das Lebensumfeld pflegebedürftiger Personen vor dem Hintergrund theoretischer Aussagen zum Subjekt und Subjektbezug reflektiert. Die Reflexion zeigt das Spannungsfeld, in dem sie dauerhaft leben, auf. Mit diesem gilt es sich zu arrangieren, soll sich die erlebte Spannung nicht dauerhaft als Belastung und fehlender Lebensqualität manifestieren.

In Kapitel 2 und 3 werden die im Qualitätsdiskurs verhandelten Qualitätsbegriffe dargestellt. Darauf folgt die Darstellung der Besonderheiten in der Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen. In der Diskussion fällt auf, dass die Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen in Teilen Bezug auf die Qualitätsbegriffe nimmt, aber auch eigene Akzente, wie die der Fachlichkeit, des Wettbewerbs und der öffentlichen Qualitätsberichterstattung setzt. Große Bedeutung erlangt dabei die Evaluation von Qualität.

In Kapitel 4 werden die methodologischen und methodischen Vorgehensweisen erläutert. Sie umfassen die Konzeption der Forschungsarbeit, die Vorgehensweise bei den narrativen Interviews und ihre Auswertung mit einer qualitativen Inhaltsanalyse.

In Kapitel 5 werden die Auswertungsergebnisse dargestellt. Sie lassen sich mit der Überschrift des „Konzepts einer erfolgreichen Bewältigungsarbeit“ betiteln. Es beschreibt zusammenfassend angestrebte Qualitätsprozesse und -ziele, die sich in den Umgang mit unerwünschten Ereignissen als Grund für den Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung, die Initiative zur Kommunikation und Interaktion als Ausdruck ihrer Identität, der Wiedererlangung und dem Erhalt von körperlicher Beweglichkeit und persönlicher Mobilität, der Gestaltung von privatem Wohnen und der unmittelbaren Nachbarschaft, dem Erleben von Bestärkung durch Sicherheit in der stationären Pflegeeinrichtung und dem Erleben von Lebensfreude, Glück und Entlastung unterteilen.

In Kapitel 7 folgt die Einordnung der gefundenen Ergebnisse in den bereits vorhandenen Forschungsstand zum Thema. In Kapitel 8 werden zukünftige Fragestellungen formuliert, die zur Weiterarbeit am Thema ermutigen sollen.

Die vorliegende Dissertation konnte gelingen, weil es Menschen gibt, mit denen die inhaltlich-theoretische Kontroverse über Qualität oder dem Erleben von Pflegebedürftigkeit möglich ist. Genauso wichtig sind Menschen, die diese mehrjährige Forschungsarbeit positiv unterstützend und motivierend begleiten und gespannt auf eine Vollendung warten.

Beides war mit Freunden möglich, deshalb gilt mein Dank Beate, Marion und Ulrike. Mein Dank gilt auch den stationären Pflegeeinrichtungen, deren Mitarbeiter mir ermöglicht haben, mit pflegebedürftigen Personen Interviews führen zu können. Nicht zuletzt gilt mein Dank auch den Interviewpartnern, ohne deren offene Schilderungen keine Forschungsergebnisse möglich geworden wären.

1. Lebenssituation und Lebensumfeld pflegebedürftiger Personen

Der Begriff des Subjekts kann aus mehreren theoretischen Perspektiven beleuchtet werden. Zu nennen wären hier die sozialwissenschaftliche, wirtschaftswissenschaftliche, philosophische und pädagogische Perspektive. Die Auswahl der hier vorgestellten Subjektbegriffe stammt aus verschiedenen theoretischen Modellen. Um die Lebenssituation und das Lebensumfeld von pflegebedürftigen Personen zu charakterisieren, reicht ein einzelnes Modell zur Darstellung nicht aus. Erst die Erklärung des pflegebedürftigen Subjekts mithilfe mehrerer theoretischer Ansätze vermag es, die vielfältigen Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten und ihre Grenzen aufzuzeigen.

Das normorientierte Subjekt ist in den Sozialwissenschaften zu verorten und beschreibt die modellhafte Annahme als das Vorhandensein von individuellen Denk- und Handlungsweisen. Es gilt als abhängig von gesellschaftlich-kulturellen Strukturen (vgl. Reckwitz, 2010:13) und zeichnet sich durch eine persönliche Bindung an vorgefundene Rahmenbedingungen und Erwartungen durch andere aus (vgl. Gilgenmann et al., 2006:349). Deshalb kann insbesondere sein Handeln nicht als völlig autonom angesehen werden (vgl. Reckwitz, 2010:14).

Das an Normen gebundene und agierende Subjekt, auch als „homo sociologicus“ bezeichnet (vgl. Reckwitz, 2004:304; vgl. Weise, 1989:151), ist in der Lage eine Kultur des Zusammenlebens zu prägen und zu festigen (vgl. Gilgenmann et al., 2006:350), da seine Handlungen aus der kollektiven Gültigkeit in Form von Sollens-Regeln motiviert sind (vgl. Weise, 1989:149; vgl. Reckwitz, 2004:306). In unterschiedlichen Lebenssituationen oder einem wechselnden Lebensumfeld weiß es dadurch um seine Handlungsmöglichkeiten, die ihm wiederum Orientierungssicherheit durch Normorientierung bieten können (vgl. Weise, 1989:149).

Doch der „homo sociologicus“ sieht sich nicht nur an kollektiv gültige Erwartungen gebunden, sondern ist auch in der Lage, sie kritisch reflektierend zu betrachten, um daraus für sich individuelle Denk- und Handlungsweisen zu entwickeln (vgl. Beer, 2002:410; vgl. Geulen, 2002:194), die im Widerspruch zu den externen Erwartungen an seine Person stehen können. Daraus kann für ihn ein inneres Spannungsverhältnis entstehen, das zwischen den Polen der Wahrung der persönlichen Autonomie im Handeln und Handlungserwartungen durch Dritte oszilliert (vgl. Beer, 2002:410).

In den Wirtschaftswissenschaften existiert das Subjektmodell des „homo oeconomicus“ (vgl. Weise, 1989:151). Sein Denken und Handeln ist auf die persönliche Nutzenmaximierung ausgerichtet und dies gelingt ihm durch Kenntnis seiner persönlichen Präferenzen und dem Wissen um seine möglichen Handlungsoptionen (vgl. Gilgenmann et al, 2006:349). Dadurch ergibt sich für das nutzenmaximierende und damit zweckorientierte Subjekt eine individuelle Auswahlmöglichkeit (vgl. Reckwitz, 2010:15), die auf ein persönlich angestrebtes Ergebnis ausgerichtet wird (vgl. Reckwitz, 2004:309). Das nutzenmaximierende und zweckorientierte Subjekt verfügt u. a. über monetäre Mittel, die als ein Wertäquivalent für Dienstleistungen eingesetzt werden können (vgl. Weise, 2002:150). Sie werden dafür verwendet, individuelle Präferenzen zu formulieren und mit Nachdruck nach einem Gegenüber zu suchen, welches bereit ist, dieses als Dienstleistung im Tausch gegen die monetären Mittel zur Verfügung zu stellen. Das Vorhandensein finanzieller Mittel kann auch die Formulierung neuer Präferenzen und Bedürfnisse nach sich ziehen (vgl. Weise, 1989:148) und durch die Möglichkeit des monetären Ausgleichs Druck auf die Anbieter von Dienstleistungen ausüben (vgl. Reckwitz, 2010:12). Das nutzenmaximierende und damit zweckorientierte Subjekt nimmt Einfluss auf Art und Umfang von Dienstleistungen, was ihm Souveränität im Sinne einer „Kundensouveränität“ verleiht (vgl. Strünck, 2000:92).

In der Philosophie steht der Begriff des autonomen Subjekts (vgl. Beer, 2002:409) für freiheitliches Fühlen, Wollen und dem Treffen selbstständiger

Entscheidungen (vgl. Meueler, 2014:4). Es ist mit Bewusstsein ausgestattet und dadurch in der Lage eigene Erkenntnisse zu gewinnen (vgl. Meueler, 2014:43; vgl. Geulen, 2002:192) und kann bei sich verändernden Lebenssituationen oder dem Lebensumfeld nach neuen Lösungen für auftauchende Fragen und Probleme suchen (vgl. Meueler, 2014:3). Die Suche ist am Maßstab des verantwortlichen Handelns ausgerichtet (vgl. Geulen, 2002:192) und setzt die Reflexion von eigenen Distanzierungs- oder Teilhabemöglichkeiten voraus (vgl. Reckwitz, 2010:10), denn sie bilden die Entscheidungsgrundlage für die Akzeptanz oder den kritischen Abstand (vgl. Reckwitz, 2004:314) zur eigenen Lebenssituation oder dem Lebensumfeld.

Erhard Meueler (2014) rückt aus einer erziehungswissenschaftlichen Perspektive die Frage in den Mittelpunkt, ob und wie Subjekte handeln, wenn sie von Rahmenbedingungen wie z. B. von ihrer Lebenssituation und ihrem Lebensumfeld und den damit verbundenen Erwartungen an ihre soziale Rolle überwältigt werden und wie sie sich in der Folge daraus zu behaupten wissen (vgl. Meueler, 2014:43). Behauptung ist laut Meueler eine permanente Selbstbehauptung, die eine andauernde Identitätsarbeit nach sich zieht, um den notwendigen Anpassungen an Lebenssituation, -umfeld und Erwartungen eine widerständige Authentizität entgegenzusetzen (vgl. Meueler, 2014:64). Durch die Vermittlung des Subjekts zwischen seinen äußeren Lebensbedingungen und seiner inneren Natur kann sein Lebensglück oder -unglück entstehen (vgl. Meueler, 2014:72). Als einen möglichen Ausweg aus dem Spannungsverhältnis schafft und gebraucht das widerständige Subjekt individuelle Sinnzusammenhänge und Deutungsmuster, die bei Veränderungen der Lebenssituation oder des Lebensumfeldes immer wieder auf die Probe gestellt werden, deshalb erfordern sie ihre Neu- oder Umstrukturierung (vgl. Meueler, 2014:73). Dies erfolgt durch Lernen und Aneignung. Lernen bezieht sich auf die individuelle Verarbeitung von Erfahrungen, die neue Verhaltensweisen hervorbringen können (vgl. Meueler, 2014:110). Mit dem Begriff der Aneignung wird die Anwendung neuer Verhaltensweisen beschrieben, die das widerständige Subjekt im Laufe der Zeit annimmt und

seine Erfahrungen damit verinnerlicht (vgl. Meueler, 2014:112). Aneignung ist eine Orientierungsleistung des Subjekts, denn es nutzt neu erlernte Verhaltensstrategien, sich in seiner Lebenssituation und der Lebensumwelt einzufinden, ohne das eigene Lebensglück aus dem Blick zu verlieren und stellt durch die Konzentration des Subjekts auf sich selbst einen Subjektbezug her (vgl. Arnold in Meueler, 2014: IX). In der Folge wird von besonderem Interesse sein, welche Gestaltungsmöglichkeiten durch Lernen und Aneignung pflegebedürftige Menschen nutzen können, um sich in einer besonderen Lebenssituation Lebensglück zu schaffen.

Übertragen auf die Lebenssituation und das Lebensumfeld pflegebedürftiger Personen stellt sich die Frage, wie ein „pflegebedürftiges Subjekt“ das Spannungsverhältnis erlebt, wenn es Normorientierung, Souveränität und Autonomie zu vereinen sucht? Wie äußert sich seine aktive Widerständigkeit und damit sein Subjektbezug? Ist seine Widerständigkeit als Orientierungsleistung und damit ein Subjektbezug in seinen Deutungen und seinen Handlungen sichtbar?

Vor dem Hintergrund vorhandener Zahlen und Fakten zur Lebenssituation und dem Lebensumfeld pflegebedürftiger Subjekte erscheint die Auseinandersetzung mit ihren eigenen Lebensvorstellungen angebracht, denn bei den pflegebedürftigen Personen handelt es sich um eine größere Bevölkerungsgruppe.

Im Jahr 2017 lebten laut Pflegestatistik 783. 000 Menschen, rund ein Drittel aller pflegebedürftigen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015:23), in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Die stationäre Pflegeeinrichtung wird wie folgt definiert:

„Eine stationäre Pflegeeinrichtung ist eine ... Einrichtung, in denen pflegebedürftige Personen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ganztägig untergebracht und gepflegt werden können (vgl. SGB XI, § 71 ABS 2)“.

In einer stationären Pflegeeinrichtung sind die pflegebedürftigen Menschen ganztägig und rund um die Uhr untergebracht und werden dort gepflegt. Eine qualifizierte Pflegefachkraft übernimmt die Verantwortung zusammen mit weiteren professionellen Personen für die dort lebenden Menschen. Die Betätigung einer Pflegefachkraft und weiterer professioneller Personen weist darauf hin, dass dort auch Pflege stattfindet.

Die gewählten Begriffe der Unterbringung und der Verpflegung verweisen auf den Institutionsgedanken (vgl. Heintel, 2000:23). Heintel verbindet mit der Aufgabe einer Institution die Erfüllung eines Auftrags oder eines Zwecks (vgl. Heintel, 2000:69), hier Unterbringung, Verpflegung, Pflege und Betreuung.

In einer stationären Pflegeeinrichtung werden die dort lebenden pflegebedürftigen Menschen bei ihren Alltagsaktivitäten personell von professionellen Personen unterstützt. Ihre Lebenssituation ist geprägt von pflegerischem Unterstützungsbedarf zur Behebung ihrer Probleme wie z. B. nicht allein aufstehen können, nicht allein nach draußen gehen können, sich nicht allein kleiden können, die sich aus einer vorliegenden Pflegebedürftigkeit ergeben können (vgl. Wingefeld et al, 2011:20).

Das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ist an vordefinierte Merkmale gebunden:

„Pflegebedürftigkeit ist eine gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, die personelle Hilfe in den Bereichen:

- Mobilität
- Bewältigung psychischer Anforderungen und Problemlagen
- Selbstversorgung (regelmäßige Alltagsverrichtungen)
- Bewältigung krankheits- und behandlungsbedingter Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

- sowie in der Haushaltsführung

erforderlich macht“ (vgl. Wingefeld et al., 2011:112; vgl. SGB XI, § 14).

Der im Jahr 2017 grundlegend überarbeitete Pflegebedürftigkeitsbegriff umfasst die Merkmale körperliche und kognitive Einschränkungen und wurde um die Berücksichtigung psychischer, emotionaler und sozialer Problemlagen erweitert.

Pflegebedürftigkeit kann sich bei geistiger und körperlicher Behinderung als Folge des Alterungsprozesses, der zu Einschränkungen von Sinnesorganen oder der Mobilität führt, einstellen. Es können mehrere chronische und akute Erkrankungen hinzukommen, die die körperlichen und geistigen Funktionen im Alltag und die damit verbundene Selbstständigkeit gefährden (vgl. RKI, 2009:13).

Ihre häufigsten Ursachen sind Einschränkungen in der individuellen Mobilität, d.h. die pflegebedürftige Person benötigt personelle Unterstützung beim Positionswechsel im Bett, beim Halten einer stabilen Sitzposition im Bett, beim Aufstehen aus einer sitzenden Position, beim Umsetzen auf eine andere Sitzgelegenheit, beim Fortbewegen, z. B. durch die Nutzung eines Rollstuhls, innerhalb der eigenen Wohnung und beim Treppensteigen (vgl. Wingefeld et al, 2011:60).

Von Einschränkungen in der Mobilität sind rund 83 % der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen betroffen, der Anteil derjenigen mit schwersten Mobilitätseinschränkungen liegt bei 49,6 % (vgl. Kleina, 2014:105). Die schwerwiegendste Form der Mobilitätseinschränkung ist die sog. Bettlägerigkeit, d.h. die Betroffenen halten sich die überwiegende Zeit des Tages im Bett auf und in ihrer schwersten Form stehen die Menschen überhaupt nicht mehr auf (vgl. Zegelin, 2006:164). Die körperlichen Einschränkungen in der Mobilität führen in der Folge zu weiteren Einschränkungen wie z. B. der selbstständigen Nutzung der Toilette, einer Dusche, bei der Haushaltsführung und der Zubereitung von Mahlzeiten.

Das Auftreten und die Auswirkungen von kognitiven Einschränkungen begründen Pflegebedürftigkeit, weil betroffene Menschen die Personen aus ihrem näheren Umfeld nicht mehr erkennen, sich nicht mehr örtlich und zeitlich orientieren können, Ereignisse oder Beobachtungen nicht mehr erinnern können, keine mehrschrittigen Alltagshandlungen in der richtigen Reihenfolge mehr ausführen, keine angemessenen Entscheidungen im Alltagsleben mehr treffen, Risiken und Gefahren in der häuslichen und außerhäuslichen Umgebung nicht mehr wahrnehmen und darauf angemessen reagieren können (vgl. Wingenfeld et al, 2011:65). Kognitive Einschränkungen führen in ihrem Verlauf auch zu Problemen in der Kommunikation zwischen zwei Menschen, wie z. B. verbale oder nonverbale Aufforderungen nicht verstehen, die Grundbedürfnisse wie Hunger oder Durst nicht mehr äußern, sich nicht mehr an einem Gespräch beteiligen, Gesprächsinhalte nicht mehr aufnehmen und sinngerecht antworten können (vgl. Wingenfeld et al, 2011:66).

Starke kognitive Einschränkungen können zu Verhaltensauffälligkeiten führen. Grund dafür sind die verloren gegangene Fähigkeit zur verbalen Kommunikation, denn an ihre Stelle treten unterschiedliche Formen der nonverbalen Kommunikation. Dazu zählen z. B. Verhaltensweisen wie akute Angstzustände/Panikattacken, visuelle/akustische Halluzinationen, Verwirrheitszustände und Wahnvorstellungen, Antriebslosigkeit, zielloses Umhergehen in der Einrichtung sowie der Versuch desorientierter Personen, ohne Begleitung die Pflegeeinrichtung zu verlassen, nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus, verbale Aggression oder die Abwehr pflegerischer Maßnahmen (vgl. Wingenfeld et al, 2011:70).

Ungefähr 63,8 % der pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen leiden an kognitiven Einschränkungen (vgl. MDS, 2018:25). Mehrere oder ggf. alle Merkmale der kognitiven Einschränkungen verbergen sich hinter dem Krankheitsbild der Demenz (vgl. DNQP, 2018:10).

Sowohl körperliche als auch kognitive Einschränkungen führen wiederum zu Problemen in der Selbstversorgung, z. B. beim An- und Auskleiden, bei der täglichen Körperpflege, bei der Zubereitung von Nahrung oder der Nahrungsaufnahme oder beim Gang zur Toilette (vgl. Wingefeld et al, 2011:78).

Pflegebedürftigkeit kann auch dann bestehen, wenn Menschen nicht mehr in der Lage sind, krankheits- und damit behandlungsbedingte Anforderungen bei der Bewältigung oder Linderung von Symptomen bei einer vorliegenden Erkrankung zu erfüllen. Dazu gehört z. B. die Hilfestellung bei der korrekten und regelmäßigen Einnahme von Arzneimitteln, beim Umgang mit Hilfsmitteln (z. B. einem Beatmungsgerät), bei Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (z. B. Bewegungsübungen durch die Physiotherapie) oder der selbstständigen Linderung von Schmerzen (vgl. Wingefeld et al, 2011:78).

Eine vorliegende Pflegebedürftigkeit hat aufgrund körperlicher und kognitiver Einschränkungen auch Auswirkungen auf die Pflege von sozialen Kontakten oder der Tagesgestaltung. Dazu zählt die Gestaltung des individuellen Tagesablaufs, die Gestaltung von aktiven und passiven Phasen zur körperlichen und kognitiven Aktivierung oder Regeneration, in die Zukunft gerichtete Planungen und die Kontaktpflege zu Personen aus Familie und Freundeskreis (vgl. Wingefeld et al, 2011:78).

Die Feststellung dieser Merkmale von Pflegebedürftigkeit bilden die Grundlage für die Einschätzung des benötigten Grades der Pflegebedürftigkeit. Die Intensität und die Häufigkeit der oben beschriebenen Merkmale von Pflegebedürftigkeit korrelieren mit der Abhängigkeit von personeller Unterstützung und werden als Einschränkung der Selbstständigkeit gewertet. Auf der Basis der festgestellten vorhandenen Selbstständigkeit werden fünf Pflegegrade unterschieden:

- Pflegegrad 1: umfasst eine geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit.

- Pflegegrad 2: umfasst eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit.
- Pflegegrad 3: umfasst eine schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit.
- Pflegegrad 4: umfasst eine schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit.
- Pflegegrad 5: umfasst eine besondere Bedarfskonstellation, z. B. eine völlige Immobilität mit Unbrauchbarkeit beider Arme und Beine. (vgl. Wingenfeld et al, 2011:115; vgl. SGB XI, § 4)

Ausschlaggebend für die Anerkennung eines Pflegegrades ist ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Kranken- und Pflegekassen (MDK). Dieses Gutachten wird im Rahmen eines Hausbesuches von unabhängigen Gutachtern des MDKs erstellt. Es wird durch die zuständige Pflegekasse bewertet und es ergeht ein Bescheid an die pflegebedürftige Person mit der Bekanntgabe des Pflegegrades und des darauf abgestimmten finanziellen oder sächlichen Anspruchs zur Finanzierung von Pflegekosten. Unter einem Anspruch auf Sachleistung ist die professionell personelle Unterstützung zu verstehen, wie sie in stationären Pflegeeinrichtungen angeboten wird.

Die Geld- oder Sachleistungen aus der Pflegeversicherung decken nur einen Teil der Pflegekosten. Ein weiterer Kostenanteil für Pflege, für Unterkunft oder Verpflegung muss privat bzw. vom zuständigen Träger der Sozialhilfe getragen werden, sofern die privaten finanziellen Mittel nicht ausreichen (vgl. Dräther et al, 2009:205). Aus diesem Grund wird die Pflegeversicherung als „Teil-Kasko-Versicherung“ (vgl. Strünck, 2000:62) bezeichnet. Sie beteiligt sich an den Pflegekosten mit einem festen Geldbetrag bzw. Teilbudget (vgl. Strünck, 2000:61). Das so etablierte individuelle Budgetsystem setzt Anreize für eine Rationierung der Leistungen im Sinne von stark standardisierten Leistungen oder Leistungskomplexen (vgl. Strünck, 2000:60), denn die pflegebedürftigen Menschen sind darauf bedacht ihr Budget nicht zu überschreiten, um ihr privates Vermögen zu schonen oder den Bezug von Grundsicherung zu vermeiden.

Dieser Anreiz zur Rationierung pflegerischer Unterstützung führt aber auch dazu, dass die Pflegeversicherung und der mit ihr assoziierte Medizinische Dienst der Pflegekassen (MDK) nicht nur für die Bewilligung von Leistungen verantwortlich ist, sondern auch die Überwachung einer qualitätsorientierten Verwendung für notwendig erachtet und so die Zuständigkeit für externe Qualitätskontrollen übernommen hat, um die Folgen der Rationierung abzumildern. Dies führt wiederum zur Vermischung der Aufgaben von Leistungsbewilligung und externer Qualitätskontrolle in stationären Pflegeeinrichtungen und es scheint fraglich, ob diese Doppelfunktion der Zuständigkeiten auch im wohlverstandenen Interesse der pflegebedürftigen Versicherten ist (vgl. Strünck, 2000:69). So stehen sie zwischen Gutachtern einer Pflegeversicherung, die ihnen ein Teil der pflegerischen Leistungen erstattet und Gutachtern, die während einer externen Qualitätskontrolle den Nachweis über die Verwendung der Versichertenbeiträge für eine qualitätsorientierte Pflege führen müssen.

Die leistungsrechtlichen Aspekte von Pflegebedürftigkeit sind eng verknüpft mit ihrem Verlauf. Die pflegebedürftigen Menschen leiden oft unter zunehmenden und unumkehrbaren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (vgl. von Kardoff, 2009:98). Dies führt zum Ansteigen des Pflegegrades und wird als Unberechenbarkeit des Pflegegeschehens erlebt, weil es einen Unsicherheitsfaktor in der Alltags- und Lebensgestaltung und seiner Finanzierung darstellt (vgl. Schaeffer et al., 2014:334). Pflegebedürftige Menschen müssen deshalb unaufhörlich neue Situationen bewältigen, z. B. wenn Umschwünge des Krankheitsverlaufs erfolgen oder Phasen erneuter krisenhafter Zuspitzung eintreten (vgl. Schaeffer et al., 2014:335). Die Bewältigung der überraschend aufgetretenen Situationen erzwingen dann eine wiederholte Revision der Selbstkonzeption (vgl. Schaeffer et al., 2014:332), um ein Gleichgewicht zwischen den zunehmenden körperlichen Einschränkungen und der Neugestaltung der aktuellen Lebenssituation zu erreichen (vgl. von Kardoff, 2009:106). Kann dieses Gleichgewicht nicht aus eigenen Kräften

hergestellt werden und steigt die Abhängigkeit von personeller Unterstützung, kann sich folglich auch der Pflegegrad verändern, d.h. er steigt auch und damit die finanziellen Zuwendungen durch die Pflegeversicherung.

1.1 Plötzlicher Einzug versus geplanter Umzug in die Pflegeeinrichtung

Aus der subjektiven Perspektive pflegebedürftiger Menschen kann der Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung ein plötzliches Ereignis oder ein vorbereiteter Schritt sein. Die Art und Weise des Eintritts hängt davon ab, ob unvorhergesehene Vorkommnisse wie z. B. die Verschlechterung einer Erkrankung oder ein häuslicher Sturz eine schnelle Entscheidung erforderlich macht oder ob ausreichend Zeit für eine wohlüberlegte Entscheidung und für die Vorbereitung des Eintritts vorhanden ist.

Allerdings steht vor jedem Eintritt in die stationäre Pflegeeinrichtung die Erkenntnis, dass der ständige pflegerische Unterstützungsbedarf den Einzug notwendig macht (vgl. Koppitz, 2009:13). Der kurzfristige Einzug wird als eine Unterbrechung des bisherigen Lebens mit einem negativen Einfluss auf das physische und psychische Gleichgewicht angesehen (vgl. Dreizler, 2013:5). Die geringe Kontrollierbarkeit und Vorhersehbarkeit kann bewirken, dass das Selbstbild nachhaltig erschüttert wird und zu einer Orientierungslosigkeit führt (vgl. Franke et al, 2016:12). Zwar können die pflegebedürftigen Menschen bei der Konfrontation damit auf ihren reichen Erfahrungsschatz von Bewältigungsstrategien zurückgreifen, allerdings liegen die kritischen Lebensereignisse oft jenseits des alltäglichen Erfahrungshorizonts (vgl. Franke et al, 2016:11), denn sie führen nicht selten zum Verlust der eigenen Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume (vgl. Dreizler, 2013:5).

Der schnelle Einzug wird durch externe Faktoren, z. B. Angehörige, die auf den Verkauf von Wohneigentum drängen, Ratschläge zu einer schnellen pflegerischen Unterstützung durch Ärzte nach einer Verschlechterung des

Gesundheitszustands begleitet (vgl. Dreizler, 2013:17) und lösen die Erwartungen bei den pflegebedürftigen Menschen aus, diese erfüllen zu müssen. Den empfundenen Druck und die Beschleunigung des Einzugs erleben sie als einen Übergriff und fühlen sich aufgrund der rasanten Abfolge der Ereignisse und der damit verbundenen Entscheidungen nicht in der Lage eigene zu treffen (vgl. Dreizler, 2013:23). In der Folge fällt ihnen das Einleben in eine stationäre Pflegeeinrichtung schwer (vgl. Dreizler, 2013:28 9).

Eine alternative Hypothese geht davon aus, dass der notwendig gewordene Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung geplant und vorbereitet werden kann. Die Aktivitäten reichen dabei von ersten Gedanken im Umgang mit der eigenen Pflegebedürftigkeit bis hin zu einer nicht verpflichtenden Anmeldung in einer stationären Pflegeeinrichtung. Im weiteren Verlauf sind dann oft neue Lebensumstände dafür verantwortlich, dass die Pläne nicht weiterverfolgt werden, wie z. B. eine stabile Gesundheit oder alternative Hilfsangebote (vgl. Dreizler, 2013:7; vgl. Josat, 2010:57).

Einen bereits in Erwägung gezogenen Umzug kann eine unvermittelt auftretende Situation beschleunigen, z. B. die Zusage eines Einzelzimmers, die Zusage einer in der Nähe des bisherigen Wohnorts befindlichen Pflegeeinrichtung, der plötzliche Tod eines Lebenspartners oder eine eigene schwere Erkrankung (vgl. Dreizler, 2013:10). Damit wird die notwendige Planungsphase stark verkürzt und zu einer schnellen Entscheidung für einen Einzug.

Bei einem geplanten Umzug streben pflegebedürftige Menschen eine eigene Entscheidung oder zumindest ein Mitspracherecht an und erleben es als positiv, wenn sie vor dem Umzug schon einmal Kontakt zu den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung knüpfen und das für sie vorgesehene Zimmer besichtigen oder zur Probe wohnen können (vgl. Dreizler, 2013:21). So werden sie in die Lage versetzt eigenständig ihren bisherigen Besitz wie Möbel, Bilder, Kleidung etc. auf das Wesentliche zu reduzieren, da nur eine kleine Auswahl an Möbeln und anderen Utensilien in einem Zimmer Platz finden werden.

Begleitet werden die Umzugsvorbereitungen von Gefühlen und Fragen wie „was werde ich vermissen“ oder „was muss ich loslassen“ (vgl. Dreizler, 2013:27). Die aufgetretenen Verlusterlebnisse führen dazu, dass sie ihre persönliche Autonomie in anderen Lebensfragen erhalten möchten (vgl. Josat, 2010:99), um sich die verbliebenen Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume zu bewahren (vgl. Josat, 2010:105).

Bezug nehmend auf die modellhaften Subjektbegriffe können die pflegebedürftigen Personen in der Umzugs- oder Einzugssituation auf der einen Seite als souverän in der Auswahl und Planung des Umzugs bezeichnet werden, auf der anderen Seite stehen sie während eines schnellen Einzugs externen Erwartungen gegenüber und laufen Gefahr, ihre eigene Autonomie aufgeben zu müssen. In einer länger andauernden Umzugsphase gelingt es ihnen, ihre Widerständigkeit teilweise zu behaupten, wenn sie sich z. B. für oder gegen eine bestimmte Pflegeeinrichtung oder für bestimmtes Mobiliar entscheiden.

In beiden Fällen wird der Einzug oder der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung von ihnen als unvermeidlich angesehen und entsprechend der Erwartungsnorm akzeptiert, denn sie müssen die Notwendigkeit von personeller Unterstützung erkennen und letztendlich anerkennen. Aus der subjektiven Perspektive ändert die Abhängigkeit von pflegerischer Unterstützung und das Leben in einer stationären Pflegeeinrichtung aber nichts an ihrer Person (vgl. Koppitz, 2009:13) Dies betont die Wahrung ihrer eigenen Identität, der individuellen Authentizität und damit ihrer Widerständigkeit.

1.2. Abhängig sein versus Koproduzent sein

Bei Pflegebedürftigkeit handelt es sich um einen Zustand körperlicher, sozialer und psychischer Vulnerabilität (vgl. Kuhlmeier, 2009:296). Die individuelle Anfälligkeit für körperliche, emotionale, kognitive und soziale Einschrän-

kungen entsteht durch das Vorliegen mehrerer akuter und chronischer Erkrankungen, begleitet von einem Alterungsprozess, der wiederum destabilisierende Auswirkungen auf den subjektiven Gesundheitszustand und die körperliche sowie geistige Funktionsfähigkeit haben (vgl. Kuhlmei, 2009:294). Aus einer geringen Einschränkung der Selbstständigkeit entwickelt sich durch die zunehmende körperliche Beeinträchtigung und die daraus erwachsende soziale Inaktivität spiralförmig die Abhängigkeit von personeller Unterstützung immer weiter (vgl. Friebe, 2004:3). Diese Wechselwirkungen der körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen führen zu einer zunehmenden Einschränkung der Selbstständigkeit und zu Schwierigkeiten, die bisherige Lebensführung weiter aufrechterhalten zu können (vgl. Saß, 2010:32). Begleitet wird die spiralförmige Abwärtsentwicklung von einer individuellen psychischen Verunsicherung und dem zunehmenden Bewusstsein, von fremder Hilfe abhängig zu sein und zu bleiben. Dennoch bestehen pflegebedürftige Personen auch in dieser Lebenssituation auf ihrer Autonomie als Ausdruck ihrer Integrität (vgl. Schrems, 2017:313).

Das Bedürfnis, autonom zu bleiben, d. h. die Alltagsgestaltung weiterhin aktiv und damit ko-produzierend aufrecht zu erhalten, zeigt die subjektive Vorgehensweise bei einer vorliegenden Immobilität und im Umgang mit Pflegebedürftigkeit auf.

Die persönlichen Strategien von pflegebedürftigen Personen im Umgang mit Bettlägerigkeit sind u. a. aktive Versuche, das Bett eigenständig und ohne Warten auf personelle Unterstützung zu verlassen oder sich passiv mit der zunehmenden Inaktivität und Abhängigkeit von der Unterstützung Dritter abzufinden (vgl. Zegelin, 2006:105).

Zu den aktiven und passiven Strategien kommen weitere differenzierte Bewältigungsstile, die Heusinger (2005) identifiziert hat. Sie beschreibt graduelle Abstufungen, wie pflegebedürftige Personen mit ihren individuell gehegten Wünschen umgehen und wie groß ihre Bereitschaft ist, Anspruch auf

Teilhabe an der Steuerung der eigenen Lebenssituation zu erheben und für ihre Durchsetzung Konflikte einzugehen (vgl. Heusinger, 2005:137).

| | Aktiv-kämpferisch | Zuversichtlich-gelassen | Resignativ-angepasst |
|---|---|---|--|
| Umgang mit Wünschen | haben und äußern Wünsche | wünschen nichts „Unmögliches“ | gestehen sich kaum Wünsche zu |
| Anpassungs- und Konfliktbereitschaft | geringe Anpassungs- und hohe Konfliktbereitschaft | anpassungs-, aber je nach subjektiver Bedeutsamkeit auch konfliktbereit | hohe Anpassungs- und niedrige Konfliktbereitschaft |
| Anspruch auf Selbststeuerung | hoch | je nach subjektiver Bedeutsamkeit | Niedrig |

Abbildung 1: Merkmale der Bewältigungsstile nach Heusinger (2005)

So reicht ihr Repertoire im Umgang mit eigenen Wünschen von einem aktiv-kämpferischen über einen zuversichtlich gelassenen bis hin zu einem resignativ-angepassten Bewältigungsstil.

Je niedriger ihre Anpassungsbereitschaft ist, desto eher bestehen sie auf dem Anspruch, ihre Wünsche erfüllt zu sehen.

Je niedriger ihre Anpassungsbereitschaft ist, desto höher fällt ihre Konfliktbereitschaft aus, um ihren Anspruch auf Erfüllung ihrer Wünsche durchzusetzen. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass aktiv-kämpferisches Bewältigungsverhalten einen hohen Anspruch an die eigene Steuerung der Lebenssituation bedeutet. Der Wunsch, die Steuerung der Lebenssituation in der Hand zu haben, sinkt von zuversichtlich-gelassenem bis zum resignativ-angepassten Verhalten immer weiter.

Aus der Perspektive der einzelnen pflegebedürftigen Person können die Ergebnisse umgekehrt aber auch zeigen, dass der persönliche Bewältigungsstil entscheidend dafür ist, wie sehr die von Heusinger (2005) befragten pfe-

gebedürftigen Menschen darauf drängen, an der Steuerung ihrer Angelegenheiten beteiligt zu werden. Dieses Streben zeigt ihre Bereitschaft, für die Durchsetzung der eigenen Interessen Konflikte einzugehen, um die Chancen auf eine selbstbestimmte Gestaltung der Lebenssituation zu verbessern (vgl. Heusinger, 2005:137). Insbesondere der aktiv-kämpferische Bewältigungsstil in einer von Abhängigkeit geprägten Lebenssituation weist auf vorhandene emotionale, kognitive und auch körperliche Ressourcen hin. Sie drücken eine persönliche Stärke aus, die ihnen als Ko- oder Mitproduzent zur Verfügung steht (vgl. Heusinger, 2005:137).

Diese Rolle als Mitproduzent weist ihnen auch das Sozialgesetzbuch XI Pflegeversicherung zu. Pflegebedürftige Menschen haben dort eine gesetzlich vorgegebene Verpflichtung zur Mitwirkung bei der Überwindung ihrer Pflegebedürftigkeit, z. B. durch die Empfehlung zur Teilnahme an einer Rehabilitation. Nach ihrem Eintritt haben sie die Pflicht, an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern (SGB XI, § 6, Abs. 2).

Friesacher (2010) und Strünck (2000) stellen die sozialrechtlich zugewiesene Verpflichtung und damit die Übernahme der Rolle des mitwirkenden oder koproduzierenden pflegebedürftigen Menschen in Frage. Einer möglichen mitwirkenden Produktion in einem defizitorientierten Sozialsystem stehen professionelle Arbeitsweisen, die aus einer technokratischen Aufbereitung standardisierter pflegerischer Diagnosen und Interventionen bestehen, entgegen. Sie lassen kaum Spielraum zur aktiven Integration der pflegebedürftigen Menschen in ihre pflegerische Versorgung zu und lassen die Rede von selbstbestimmten, die Ziele der individuellen Versorgung aushandelnden, pflegebedürftigen Menschen als abwegig erscheinen (vgl. Friesacher, 2010:61).

Im Gegenteil können professionell standardisierte Arbeitsweisen die positiven Effekte einer Kommunikations- und Interaktionsbeziehung zwischen pflegebedürftigen Menschen und den versorgenden Personen und damit

den Ansatz der Koproduktion aushebeln (vgl. Strünck, 2000:100), da sie die erforderliche Kommunikation und Interaktion als soziales Handeln auf ein Minimum einschränken (vgl. Hellige et al., 2005:183). Die dann noch zum Tragen kommende Selbst- und Mitbestimmung des pflegebedürftigen Menschen beschränkt sich auf das „Mit-Entscheiden“ und „Mit-Verantworten“ bei im Vorfeld schon standardisiert vorgegebenen pflegerischen Angeboten, die scheinbar als unausweichliche Rationierungsmaßnahmen umgesetzt werden müssen (vgl. Friesacher, 2010:58).

Die vorhandene widerständige Identität, die sich als ein aktiv-kämpferischer Bewältigungsstil äußern kann, zeigt das Bedürfnis und damit die vorhandenen Möglichkeiten der Verwirklichung von persönlicher Autonomie auf. Sie gerät aufgrund der überwältigenden Wirkung professionell-standardisierter Angebote in den Hintergrund. Die Ko- oder Mitproduktion findet ihren Ausdruck in gemeinsamer Kommunikation und Interaktion und könnte für ein qualitätsorientiertes Vorgehen aus der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen von Bedeutung sein (vgl. Strünck, 2000:101).

1.3. Unterbringung versus Wohnen

Das Zimmer oder das Appartement in einer stationären Pflegeeinrichtung ist für die pflegebedürftigen Menschen der Ersatz für ihre frühere Wohnung. Sie bietet Privatsphäre und einen Rückzugsort. In einer stationären Pflegeeinrichtung treffen sie auf andere Wohnbedingungen.

Ca. 37 % der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen leben in einem Doppelzimmer (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015:18). Das wirft die Frage auf, inwieweit dies ihren Wohnwünschen entspricht. Sie verfügen dort nur selten über private Möbel (DZ²: 17,5 %; EZ³: 82,5 %) oder persönliche

² DZ entspricht Doppelzimmer

³ EZ entspricht Einzelzimmer.

Sachen (DZ: 23 %, EZ: 67 %). Sie halten sich seltener in ihrem Zimmer auf (DZ: 20 %; BZ: 37 %) und sind unangenehmen Geräuschen durch einen Mitbewohner ausgesetzt (DZ: 81 %, BZ: 19 %) (vgl. Lang, 2008:5). Sie erleben Störungen aufgrund der Tatsache, dass nachts eine Pflegekraft das Zimmer betritt, um nach dem Mitbewohner zu sehen (43 %) (vgl. Lang, 2008: 43).

Das Leben in einem Doppelzimmer beeinträchtigt die Privat- und Intimsphäre (vgl. Lang, 2008:20). Die wahrgenommene Lebensqualität der pflegebedürftigen Personen hängt maßgeblich von der Beziehungsqualität zum Mitbewohner ab (vgl. Lang, 2008:22). Das Grundbedürfnis, sich in einen geschützten und selbst kontrollierten Raum zurückziehen zu können, bleibt auch im Fall von Pflegebedürftigkeit in einer Pflegeeinrichtung wirksam und gültig (vgl. Lang, 2008:18). Daher ist das Leben in einem Doppelzimmer als ein Zugeständnis an die Pflegebedürftigkeit zu sehen.

Der Einfluss auf die Auswahl ihres Zimmers ist sehr begrenzt. Deshalb leben pflegebedürftige Menschen entgegen ihren eigenen Wünschen und Überzeugungen in einem Doppelzimmer. Die Mehrheit von ihnen, also 81 %, hat keinen Einfluss auf die Zimmerwahl und nur 19 % haben sich bewusst und selbst für ein bestimmtes Zimmer und damit den Wohnort entschieden (vgl. Lang, 2008:43).

Wohnen hängt für pflegebedürftige Personen eng zusammen mit dem Bedürfnis nach Mobilität als zentrale Fähigkeit, die ihnen eine aktive Lebensgestaltung ermöglicht. Hier sind die pflegebedürftigen Menschen bereit, aktiv an der Erhaltung der noch vorhandenen Mobilität mitzuarbeiten (vgl. Josat, 2010:116), um soziale Kontakte außerhalb der Einrichtung aufrechterhalten zu können. Kontakte innerhalb der Einrichtung, die als zufällig bewertet werden, sind kein Ersatz dafür (vgl. Josat, 2010:117). Deshalb wird die eigenständige Organisation der beiden Lebenswelten, innerhalb und außerhalb der Pflegeeinrichtung, von ihnen als wichtig erachtet. Der Besitz eines „Haustürschlüssels“ ist dafür ein bedeutsames Symbol (vgl. Josat,

2010:114). Sein Besitz stellt die Möglichkeit dar, zwischen der Wohnwelt „drinnen“ und der Lebenswelt „draußen“ zu pendeln. Das Zimmer oder Appartement ist dann der Ausgangspunkt und Rückzugsort vor und nach ihren Aktivitäten.

Der Blick von außen auf das Wohnen in der stationären Pflegeeinrichtung verweist eher auf eine Unterbringung. Die Lebenswelt der pflegebedürftigen Menschen scheint von ihrer bisherigen Lebenswelt abgegrenzt zu sein, so dass für sie eine „Sonderwelt“ oder eine „fremde Welt“ in einer Institution entsteht (vgl. Koch-Straube, 2002a; vgl. Seeberger, 2011:40). Diese befindet sich in einem „Zwischenreich“ zwischen gewerblicher Unternehmung, öffentlicher Verwaltung und Privathaushalt (vgl. Seeberger, 2011:26). So eine institutionelle Sonderwelt hat wenig mit einer privaten Wohnumgebung gemeinsam. Negative Wirkung entfalten dabei auch die Planungsaufgaben im Rahmen des Versorgungsprozesses, die Rationalität und Zweckmäßigkeit durch einen reglementierenden Einfluss innerhalb der Institution geltend machen. Die „Bedürfnislage“ der hilfebedürftigen Menschen findet dabei wenig Beachtung (vgl. Seeberger, 2011:53).

Wohnen in einer fremden Sonderwelt kann für pflegebedürftigen Menschen soziale Isolation bedeuten (vgl. Seeberger, 2011:34). Sie sind umgeben von einer Gruppe ihresgleichen und trotz der Versuche der professionellen Personen, ein gemeinschaftliches Leben im Heim zu fördern, distanzieren sie sich nach Kräften von ihrer näheren Umwelt (vgl. Koch-Straube, 2002b:148). In dieser widersprüchlichen Situation bleibt das zufällige Aufeinandertreffen mit anderen pflegebedürftigen Menschen der einzige Kontakt mit der Nachbarschaft. Verbindende Gemeinschaftserlebnisse bleiben weitgehend aus (vgl. Seeberger, 2011:34). Stattdessen erlangt das Erleben und die Wahrnehmung der eigenen Krankheit, der eigene Gesundheitszustand im Vergleich zum Befinden der übrigen pflegebedürftigen Menschen eine zentrale Bedeutung (vgl. Koch-Straube, 2002b:148; vgl. Seeberger, 2011:35).

In einer Sonderwelt scheint ein an den dort üblichen Normen ausgerichtetes Verhalten oder der Rückzug in die eigene Erlebenswelt und der Vergleich mit anderen pflegebedürftigen Personen ein probater Weg zu sein. Ein Vergleich mit anderen kann dabei positiv oder negativ ausfallen, was wiederum Auswirkungen auf den subjektiv erlebten Schweregrad der Abhängigkeit von personeller Unterstützung haben kann.

Die pflegebedürftigen Menschen tendieren in beiden Fällen zur Anpassung an die zugewiesene und vorgefundene Wohnsituation. Die hohe Anpassungsbereitschaft lässt den Schluss zu, dass sie kaum widerständiges Verhalten entgegensetzen. Folgerichtig wird Wohnen und damit ihr Zimmer mit der Möglichkeit des privaten Rückzugs gleichgesetzt, da Aktivitäten außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung nur schwer umzusetzen sind.

1.4. Insasse versus Kunde sein

Die Umstände des Einzugs und die meist nicht eingesetzten Ressourcen der pflegebedürftigen Person als Ko-Produzent in einer eher öffentlichen Wohnumgebung führt zu der Frage, welche Rolle den pflegebedürftigen Menschen zugewiesen wird. Handelt es sich dabei überwiegend um eine passive Rolle des Insassen oder eine eher aktive Rolle des Kunden, der seinen Ansprüchen aufgrund finanzieller Möglichkeiten Nachdruck verleihen kann?

Die Bezeichnung des Insassen nutzt Ervin Goffman im Zusammenhang mit der Beschreibung eines „Bewohners oder Bewohnerin“ in einer sog. „totalen Institution“. Die Merkmale der „totalen Institution“ zeichnen sich dadurch aus, dass alle Angelegenheiten des Lebens an ein und derselben Stelle und unter einer und derselben Autorität stattfinden (vgl. Goffman, 2014:17). Ihre Mitglieder führen alle Abläufe ihres täglichen Lebens in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus und alle Phasen des Tages sind exakt geplant. Eine geht zu einem vorher bestimmten

Zeitpunkt in die nächste über und die gesamte Folge der Tätigkeiten wird von einem Stab professioneller Funktionäre vorgeschrieben. Dabei ist es typisch, dass der Insasse von den Entscheidungen, die sein Geschick betreffen, keine oder wenig Kenntnis erhält (vgl. Goffman, 2014:20) und indem er die Schwelle der „totalen Institution“ überschreitet, übernimmt er die Pflicht, sich an der Situation durch Anpassung zu beteiligen (vgl. Goffman, 2014:182). Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der dazu dient, die offiziellen Ziele der totalen Institution zu erreichen (vgl. Goffman, 2014:17), wie Unterkunft, Verpflegung und Pflege unabhängig von individuellen Bedürfnissen pflegebedürftiger Personen zu gewähren.

Der Gegenentwurf zur Rolle des Insassen in einer „totalen Institution“ ist die des Kunden, dem aufgrund seiner monetären Mittel, den Kenntnissen seiner Präferenzen und den daraus entstehenden Wahlmöglichkeiten eine Kundensouveränität zugesprochen wird. Er bewegt sich auf einem Angebotsmarkt, kann frei auswählen und durch seine Wahl und Entscheidung auf die Art, den Umfang, den Ort und auch auf die Qualität eines Angebots Einfluss nehmen (vgl. Kelle, 2007:116), die aus seiner Zahlungsfähigkeit abgeleitet werden kann (vgl. Boßle, 2000:834).

Diese Souveränität ist verbunden mit Entscheidungs- und Gestaltungsspielräumen, über die die pflegebedürftigen Menschen nur bedingt verfügen. Sie haben existenzielle Probleme (vgl. Göpfert-Divivier et al., 2002:237; vgl. Bartholomeyczik et al, 2004:16) und sind aufgrund ihrer physischen und psychischen Situation oft nicht mehr in der Lage, die Qualität von Angeboten zu beurteilen oder sich hierzu zu äußern (vgl. Kelle, 2002:106, vgl. Bartholomeyczik et al., 2004:16). Zudem besteht aufgrund der Eile bei den bevorstehenden Entscheidungen im Rahmen des Einzugs und dem begrenzten Wissen um die Auswahlmöglichkeiten die Gefahr des Verlustes der ökonomischen Autonomie (vgl. Seeberger, 2011:34), da insbesondere im Fall von Pflegebedürftigkeit ein großer Teil der Leistungen privat finanziert werden muss und die finanziellen Auswirkungen nicht sofort erkennbar sind. Es

kann aus diesem Grund von einer asymmetrischen Kunden-Anbieter-Konstellation gesprochen werden (vgl. Boßle, 2000:835), bei der die pflegebedürftigen Personen ihre Kundensouveränität nur bedingt geltend machen können.

Die asymmetrische Kunden-Anbieter-Konstellation führt auch dazu, dass pflegebedürftige Menschen aufgrund der sie überwältigenden Lebensereignisse ein kaum ausgeprägtes ´kritisches Kundenbewusstsein´ entwickeln und deshalb nur beschränkte eigene Erwartungen formulieren können. Dies führt dazu, dass aufseiten der Institutionen lediglich die Mindeststandards in der pflegerischen Versorgung angeboten werden (vgl. Bartholmeyczik, 2004:16), obwohl sie im Sinne der oben beschriebenen Kundensouveränität einen Anspruch auf die von ihnen intendierten Dienstleistungen hätten (vgl. Seeberger, 2011:35). Der souveräne Kunde als Teil einer symmetrischen Beziehung scheint daher eher als ein ´stummer Konsument´ zu fungieren (vgl. Kelle, 2014:182; vgl. Schönberg, 2006:94).

Die Umschreibung des stummen Konsumenten drückt zutreffend aus, wie pflegebedürftige Personen die an sie gestellten Erwartungen stumm im Sinne von passiv erfüllen und sich den Normen der totalen Institution vordergründig anpassen. Als „Konsument“ nehmen sie in einer passiven Haltung die im Vorfeld standardisierten Angebote in Anspruch, ohne ihre Souveränität aufgrund ihrer von Abhängigkeit geprägten Lebenssituation geltend zu machen. Stummes konsumieren lässt keine Widerständigkeit als eine aktiv-kritische Auseinandersetzung mit der Lebenssituation und dem Lebensumfeld erkennen. Dafür wird eine Anpassungsleistung benötigt, die mit der persönlichen Autonomie nur schwer in Einklang zu bringen ist.

1.5. Fremdbestimmung versus Selbstbestimmung

Die Rollenzuweisung des stummen Konsumenten an die pflegebedürftigen Menschen hängt eng mit der Wahrnehmung von Fremd- oder Selbstbestimmung zusammen. Es kann bei pflegebedürftigen Menschen der Eindruck entstehen, ihre Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume und ihre Selbstbestimmtheit werden ihnen aberkannt, weil Dritte davon ausgehen, dass sie die Folgen ihrer Entscheidung zu ihrer Gesundheit oder ihres pflegerischen Hilfebedarfs nicht abschätzen können (vgl. Wulff et al., 2010:243). Das führt zur Annahme, dass sie Entscheidungshilfen, bis hin zur Übernahme von Entscheidungen durch Dritte, für die Gestaltung ihrer Lebenssituation und ihres Lebensumfeldes benötigen.

Diese Annahme findet auch zum Teil ihre Bestätigung in wissenschaftlichen Untersuchungen. Je abhängiger pflegebedürftige Menschen sind, desto seltener erhalten sie die für sie wichtigen Informationen (vgl. Schopp, 2001:34). So werden sie z. B. bei konkreten therapierelevanten Maßnahmen nur selten um ihre Zustimmung gefragt (vgl. Schopp, 2001:35). Eine gemeinsame Entscheidungsfindung findet nicht statt. Gründe dafür können sein, dass ein professionelles Pflegeverständnis die Verpflichtung zur Information als entbehrlich erachtet, weil nach standardisierten Pflegeplänen gepflegt wird und es folglich für die pflegebedürftigen Menschen wenig zu entscheiden gibt (vgl. Köpke et al., 2010:13). Die Orientierung an ihren individuellen Bedürfnissen und das Eingehen darauf ist kein integraler Bestandteil pflegerischer Qualitätskriterien (vgl. Bartholomeyczcik, 2004: XII). Für die professionellen Personen scheint es relevanter, sich an den von extern vorgegebenen professionellen Standards, z. B. aus Qualitätsprüfrichtlinien zu orientieren. Eine Abweichung davon kann für sie das Hinterfragen ihrer Fachlichkeit bedeuten.

Bei genauer Betrachtung stellt sich die erlebte Entscheidungsfindung von pflegebedürftigen Menschen allerdings differenzierter dar. Ihre Präferenzen

hinsichtlich der Formen ihrer Entscheidungsfindung zu pflegerischen Angeboten können in drei verschiedene Gruppen aufgeteilt werden (vgl. Smoliner et al., 2009:417): eine „paternalistische“ Gruppe (38,5 %), eine Gruppe „gemeinsame Entscheidung“ (42,1 %) und die Gruppe „informierte Entscheidung“ (5,7 %). Somit ist ihre präferierte Entscheidungsform zwar die der gemeinsamen Entscheidungsfindung, aber dicht darauf folgt die Präferenz der paternalistischen Entscheidungsfindung. Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass das Bedürfnis nach Selbstbestimmung nicht verallgemeinert für alle angenommen werden sollte. Sie zeigen vielmehr auf, dass gewünschte Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume individuell unterschiedlich sind.

Die individuellen Entscheidungsspielräume als Ausdruck von gelebter Selbstbestimmung werden den pflegebedürftigen Menschen durch das Pflegeversicherungsgesetz zugesprochen. Sie können im Kontrast zu gelebter oder erwünschter Fremdbestimmung stehen.

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“ (SGB XI, § 2, Abs. 1).

Im Sozialgesetzbuch XI wird die Selbstbestimmung in Anlehnung an das Grundgesetz betont und mit einem selbstständigen Leben trotz Pflegebedürftigkeit und möglicher Abhängigkeit von personeller Hilfe zusammengebracht.

Die zugesprochene Selbstbestimmung findet einerseits in der Realität der pflegebedürftigen Personen eine eingeschränkte Entsprechung. Interviews mit ihnen zeigten, dass sie sich zwar gut informiert fühlen, ihren Entscheidungsspielraum aber als sehr gering einschätzen (vgl. Brandenburg, 2005:70). Dabei unterscheiden sie zwischen dem Informationsangebot und den damit verbundenen Entscheidungsspielräumen, denn isolierte Informationen ohne Entscheidungsmöglichkeiten führen für sie noch nicht zur Selbstbestimmung (vgl. Brandenburg, 2005:42). Gerade beim Aspekt des

Wohnens, z. B. der Raumgestaltung, wünschen sie sich größere Entscheidungsspielräume, weil Wohnen für sie eine große Bedeutung hat (vgl. Brandenburg, 2005:70). Ob diese Entscheidungsspielräume aber wirksam werden, hängt davon ab, wie eng die Erfüllung der Wünsche in den täglichen Organisationsablauf der Pflegeeinrichtung eingebunden ist und ob dies eine personelle Unterstützung erforderlich macht. Bei einer hohen Einbindung in den Organisationsablauf, z. B. bei einem täglichen personellen Unterstützungsbedarf wie bei der Einnahme der Mahlzeiten, sind die pflegebedürftigen Menschen mit geringeren Entscheidungsspielräumen konfrontiert (vgl. Brandenburg, 2005:70).

Andererseits ist Selbstbestimmung für pflegebedürftige Menschen nicht immer der einzig anzustrebende Zustand, denn Fremdbestimmung kann in bestimmten Kontexten hilfreich und entlastend sein. Hier wird eine Ambivalenz in der Bewertung von Selbst- und Fremdbestimmung offensichtlich. Die pflegebedürftige Person kann ihre Autonomie als einen dynamischen Zustand beschreiben, bei der sie zwischen Autonomie- und Sicherheitsbedürfnis hin und her schwankt (vgl. Bremer, 2005:28) und ihrem Bedürfnis nach Selbstbestimmtheit von einzelnen Kontexten abhängig macht. Diese Ambivalenz wird als Erfahrungen des gedanklichen Schwankens zwischen entgegengesetzten Polen des Fühlens, Denkens, Wollens bei der Suche nach Sinn, der Bedeutung sozialer Beziehungen, die für die Entfaltung und Entwicklung der persönlichen Identität bedeutsam sind, beschrieben (vgl. Lüscher et al., 2016:5).

Selbstbestimmung aus der Sicht der pflegebedürftigen Menschen kann die Nutzung von Entscheidungs- und Gestaltungsspielräumen sein, aber auch die bewusste Entscheidung, die eigene Autonomie bezüglich einzelner persönlicher Problemlagen abzugeben und sie durch Dritte entscheiden zu lassen. Übertragen auf die oben dargestellte Auswahl von Subjektbegriffen bedeutet es, dass sich ein autonomes Subjekt zu seiner vorübergehenden Entlastung an Vorgaben oder Erwartungen anderer orientieren möchte und sich

gültigen Normen unterordnet. Gelebte Selbstbestimmung ist nicht immer die einzig anzustrebende Situation.

1.6. Das Leben im Spannungsfeld von Normen, Souveränität, Autonomie und Widerständigkeit

Eine vorliegende Pflegebedürftigkeit scheint von den pflegebedürftigen Menschen immer wieder Orientierungsleistungen und Widerständigkeit zu verlangen, um Veränderungen des Lebensumfelds und Zuspitzungen in der Lebenssituation zu bewältigen. In der Gesamtschau auf ihre Lebenssituation und das Lebensumfeld wirken äußere Einflüsse stark auf die Widerständigkeit, die in einer der „totalen Institution“ ähnlichen stationären Pflegeeinrichtung zu finden sind.

Die dort gültigen Regeln, die die Funktion von Normen erfüllen, prägen den Alltag der meisten pflegebedürftigen Menschen. Durch ihre Abhängigkeit von personeller Unterstützung scheint es ihnen kaum möglich, sich ihnen zu entziehen oder zu widersetzen. Dies lässt sie als ein passives und fremdbestimmtes Subjekt erscheinen. Die Fremdbestimmung in ihrer Lebenssituation wird noch dadurch unterstrichen, dass pflegebedürftige Subjekte meist keinen aktiven Einfluss auf die Auswahl ihres Lebensorts haben, z. B. ihres Zimmers oder Appartements, was Parallelen zu einer Unterbringung aufweist.

Ein Gegenentwurf zum normorientierten Subjekt wäre das souveräne pflegebedürftige Subjekt. Es findet seinen teilweisen Ausdruck in der Rolle des Kunden, der mithilfe seiner monetären Möglichkeiten Auswahloptionen hat und diese auch nutzen könnte. Persönliche, aktive Bewältigungsstrategien versetzten es auch in die Lage, als Kunde und Koproduzent in eigener Sache aufzutreten. Die Rolle des Koproduzenten ermöglicht die teilweise Wahrnehmung der Rolle eines autonomen Subjekts.

In ihrer Schilderung und der Wahrnehmung ihrer Realität tauchen allerdings Widersprüche auf. Aus ihrer eigenen Perspektive heraus verfügen die pflegebedürftigen Personen über Ressourcen wie aktive Bewältigungsstrategien oder Entscheidungsfähigkeit, die sie aber nur teilweise leben können, weil sie sich an Handlungs- und Verhaltenserwartungen gebunden fühlen. Es gilt aber ebenfalls zu bedenken, dass die erwähnten Ressourcen individuell vorhanden sind und nicht alle pflegebedürftigen Menschen immer autonom und souverän handeln möchten und können. Die Fragestellungen zu ihrer derzeitigen Lebenssituation, die es zu entscheiden oder zu beantworten gilt, werden als eine Belastung wahrgenommen.

Die aktive Auflösung des Spannungsfelds zwischen Normorientierung und souveräner Autonomie könnte das widerständige Subjekt betreiben. Widerständigkeit als die Suche nach dem eigenen Weg oder des „subjektbezogenen Konzepts“ im Sinne einer eigenen Authentizität (vgl. Meueler, 2014) könnte ein Ausweg sein zum Austarieren der gegensätzlichen Pole zwischen Anpassung und Selbstbehauptung, mit dem Ziel der Erreichung des inneren Gleichgewichts und subjektiven Wohlbefindens.

Das Erleben eines inneren Gleichgewichts und subjektiven Wohlbefindens ermöglicht positive Erfahrungen, die, falls sie nicht allein durch pflegebedürftige Subjekte hergestellt werden können, die Unterstützung Dritter benötigen. Dies könnten Anforderungen an professionelle Personen sein, die ihr qualitätsorientiertes Handeln darauf abstimmen und sich somit für eine subjektbezogene Ergebnisqualität einsetzen.

Es schließt sich die Frage an, wie genau subjektbezogene Ergebnisqualität gestaltet sein sollte und welche Merkmale dafür erfüllt sein müssen. Findet ein Subjektbezug Berücksichtigung, muss die Rolle der pflegebedürftigen Person im Rahmen der Erstellung und Bewertung von Qualität bedacht sein.

2. Qualität im Gesundheits- und Sozialwesen bei personenbezogenen Dienstleistungen

Es ist möglich, sich dem Qualitätsbegriff theoretisch anzunähern. In dieser Entwicklungslinie erfährt er unterschiedliche inhaltliche Ausprägungen und Funktionen, sodass nicht von einem einheitlichen und konsentierten Begriff der Qualität ausgegangen werden kann.

Die unterschiedlichen Qualitätsbegriffe werden im Zusammenhang mit der Erbringung personenbezogener Dienstleistungen beschrieben. Diese weisen bei ihrer Erstellung und der anschließenden Evaluation laut Merchel (2006) Besonderheiten auf. Ihre erste Besonderheit ist die unmittelbare Leistungserbringung beim pflegebedürftigen Menschen, die ihre Anwesenheit erforderlich macht. Während Pflegefachkräfte beim pflegebedürftigen Menschen sind, kann eine einmalige oder prozesshafte Abstimmung über die Vorstellungen einer pflegerischen Versorgung erfolgen (vgl. Merchel, 2006:7). Dabei handelt es sich um eine soziale Interaktion, was Depper in diesem Zusammenhang dazu veranlasst, von einer personenbezogenen sozialen Dienstleistung zu sprechen (vgl. Depper et al, 2010:271). Aus diesem Grund wird auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit von einer personenbezogenen sozialen Dienstleistung gesprochen.

Eine zweite Besonderheit ist die Unsichtbarkeit der eigentlichen Erbringung der personenbezogenen sozialen Dienstleistung. Sie ist für pflegebedürftigen Menschen nicht sichtbar oder greifbar. Deshalb können sie nur eine vage Vorstellung von der erbrachten Qualität entwickeln (vgl. Merchel, 2006:8). Für sie wahrnehmbar ist ausschließlich der Prozess der sozialen Interaktion (vgl. Dunkel et al., 2004:1), wie Art, Umfang und Intensität des Abstimmungsprozesses, das Vorhandensein persönlicher Informationen und ihre Möglichkeit der Koproduktion und Mitwirkung. Davon hängt in hohem Maße die Bewertung der Qualität der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen ab (vgl., Boßle 2000:844).

2.1. Zur Historie und Theorie der Definition von Qualität

Die unterschiedlichen Ansätze der Wahrnehmung und der Beschaffenheit von Qualität ergeben sich aus ihrem Wortstamm und der darauffolgenden historisch gewachsenen inhaltlichen Weiterentwicklung.

Das Wort Qualität hat seine historischen Wurzeln im Lateinischen und besitzt zwei Wortstämme: erstens „qualis“ mit der Bedeutung Beschaffenheit und zweitens „qualitas“ (vgl. Zollondz, 2011:9), was mit „das Verhältnis zu den Dingen“ übersetzt werden kann. Qualität beinhaltet die Aussage zur Beschaffenheit und parallel dazu die Beziehung des Empfängers zu einer personenbezogenen sozialen Dienstleistung (vgl. Zollondz, 2011:9). Ein kommunikativer Austausch darüber bildet die Grundlage für den Vergleich von subjektiven Eindrücken und Urteilen (vgl. Terhart, 2000:814).

Der Begriff der Qualität hat im Laufe der Zeit eine Erweiterung seiner Bedeutung erfahren. Sie wird nicht nur geschaffen und wahrgenommen, sondern kann zu einer quantifizierbaren Vorstellung im Geist werden, die quantitativ-empirisch zugänglich als mathematische Größe ausdrückbar ist (vgl. Zollondz, 2011:14) und eine rationale Basis für die Bildung von Qualitätskennzahlen ist. Mithilfe ihrer logisch und systematisch begründeten Bewertungsregeln und Kennzahlen wird die Beschaffenheit von personenbezogenen sozialen Dienstleistungen und ihre Wahrnehmung beschreibbar, vergleichbar und einer Evaluation zugänglich.

Der Begriff der Qualität steht für Beschaffenheit, Wahrnehmung und die Möglichkeit, ihre spezifischen Merkmale in Kennzahlen für den Qualitätsvergleich umzuformen (vgl. Zollondz, 2011:16). Diese dreifache historische Bedeutung findet sich in den Qualitätsbegriffen wieder.

2.2. Eine Übersicht über die Qualitätsbegriffe im Gesundheits- und Sozialwesen

Die hier aufgeführten Begriffe beschreiben Qualität in ihren verschiedenen inhaltlichen Ausprägungen (vgl. Green et al., 2000:19). Zollondz beschreibt Qualität als ein Phänomen im Sinne einer Erscheinung (vgl. Zollondz, 2011:163). Merchel dagegen spricht von Qualität als einem Konstrukt (vgl. Merchel, 2013:40), das durch die Verwendung von gedanklichen Vorwegnahmen und Vorstellungen von Qualität „konstruiert“ werden kann. Hasseler (2016) geht davon aus, Qualität ergibt sich aus der Festlegung von Merkmalen und Kriterien, die systematisch aus der Literatur identifiziert wurden und über empirische Nachweise verfügen. So entsteht ein theoriegeleiteter Qualitätsbegriff (vgl. Hasseler et al, 2016:2).

Der Begriff der Qualität vereint nicht nur verschiedene inhaltliche Ausprägungen auf sich, sondern auch verschiedene Erkenntnisquellen. Während Qualität als Phänomen einen intuitiven Entstehungscharakter hat, baut das Konstrukt Qualität auf logischen Annahmen auf und eine theoriegeleitete Entwicklung nutzt einen vorhandenen empirischen Wissensbestand als inhaltliche Grundlage. Es fällt auf, dass pflegebedürftige Personen als unmittelbare Nutzer und Betroffene von Qualität nicht als eigenständige Wissens- und Erkenntnisquelle herangezogen werden.

Green et al (2000) entwickelt verschiedene Konstrukte von Qualität, die sich in ihrer inhaltlichen Ausprägung unterscheiden und eine Abgrenzung voneinander ermöglichen: erstens die Vorstellung von Qualität als ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess zur Gestaltung einer Qualitäts- oder Prüfkultur, zweitens die Vorstellung von Qualität als Erreichen eines zuvor definierten Soll-Niveaus und der Festlegung von Zweckmäßigkeit, drittens die Vorstellung, dass Qualität mit einem monetären Gegenwert beziffert werden kann und deshalb ein Preis-Leistungs-Verhältnis begründet (vgl. Green et al., 2000:19) und viertens Qualität als Transformation im Sinne von Entwicklung zur Befähigung oder Ermächtigung von Personen (vgl. Merchel,

2013:40). Eine fünfte Variante beschreibt einen theoriegeleiteten Qualitätsbegriff als Grundlage für die Entwicklung eines Qualitätskonzepts, der die Implementation des Qualitätsbegriffes in die Praxis fördern soll (Hasseler et al, 2016:2). Die Evaluation von Qualität ergänzt die fünf Qualitätsbegriffe als eine Möglichkeit Qualität zu erfassen, zu bewerten, zu vergleichen und zu entwickeln.

2.2.1. Eine Qualitätskultur mit dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess gestalten

Eine Kultur der Qualität verfolgt das Ziel, besondere Exzellenz zu erreichen. Dies geschieht durch die Gestaltung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, der die Beschäftigung mit Qualität aller daran Beteiligten durch ihre stetige Optimierung in den Mittelpunkt stellt. Gibt es eine personenbezogene soziale Dienstleistung, bei der dies nicht gelingt, werden alle ihre Prozesse und Teilschritte näher analysiert, um Korrekturen zu ihrer Optimierung vorzunehmen. Die Beschäftigung mit der kontinuierlichen Verbesserung führt zur Ausbildung eines Qualitätsbewusstseins mit der Verankerung in der Unternehmenskultur und dient in der Folge der präventiven Vermeidung von Qualitätsmängeln (vgl. Green et al., 2000:23) und damit einer stetigen Entwicklung von Qualität als eine Selbstverpflichtung.

Eine Qualitätskultur kann sich auch als eine „Kultur der Qualitätskontrolle“ manifestieren und eine oder mehrere regelmäßige Qualitätsprüfungen durch externe Sachverständige nach sich ziehen (vgl. MDS, 2018:7). Sie fokussiert auf die stetige Überwachung und Überprüfung einer korrekten Ausführung der personenbezogenen sozialen Dienstleistung als eine Fremdverpflichtung. Wird während einer Qualitätskontrolle ein Prozess mit einem unbefriedigenden Ergebnis gefunden, wird er näher analysiert. Es werden ggf. Korrekturen vorgenommen, die sicherstellen, dass das Problem oder das Qualitätsdefizit nicht wieder auftritt (vgl. Green et al, 2000:23). Die Überprüfung der Qualität kann eine Einheit aus Prüfung, Beratung und Empfehlung

von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung sein (vgl. MDS, 2018:7), die einen von extern ausgelösten verpflichtenden kontinuierlichen Verbesserungsprozess initiieren.

2.2.2. Qualität als Erfüllung eines Sollniveaus im Sinne von Zweckmäßigkeit

Eine zweckmäßige Qualität verwendet ein zuvor festgelegtes Sollniveau und vergleicht es mit einem vorgefundenen Ist-Zustand (vgl. Green et al., 2000:20). Die beschriebene Sollvorgabe gilt als eine Qualitätsaussage zu einer personenbezogenen sozialen Dienstleistung und definiert auf diesem Weg ihre Funktion und ihre Zweckmäßigkeit (vgl. Terhart, 2000:815).

So können eine Qualitätsaussage und der Zweck einer personenbezogenen Dienstleistung die Vermeidung eines Fehlers oder eines Schadens bei einer pflegebedürftigen Person sein. Das hat zur Folge, dass es zur Vermeidung eines Schadens eine professionelle Soll-Vorgabe und eine Handlungsanweisung gibt. Hier ist die Qualitätsaussage, das Qualitätsmerkmal und das anzustrebende Soll-Niveau festzulegen. Die Bestimmung eines Referenzwertes z. B. als sog. Qualitätskennzahl kann die Erreichung, die Überschreitung oder die Unterschreitung eines Sollniveaus ausdrücken.

Die Festlegung der Zweckmäßigkeit, d. h. eine Ermächtigung, diese zu bestimmen bzw. zu konstruieren, kann verschiedene Perspektiven, z. B. die der Nutzer, der Anbieter oder anderer Interessenvertretungen in den Mittelpunkt stellen (vgl. Green et al., 2000:24; vgl. Terhart, 2000:817). Es könnten sich ggf. auch verschiedene Interessenvertretungen zusammenfinden, die ihre Perspektiven auf Qualität gemeinsam spezifizieren und eine konsensfähige Zweckmäßigkeit und die dazu gehörigen Handlungsempfehlungen bestimmen.

Die Festlegung von Zweckmäßigkeit begründet die Gültigkeit durch ihre Untermauerung mit professionellen Handlungsempfehlungen und diese könnten durch z. B. die Ablehnung oder Abänderung einer personenbezogenen sozialen Dienstleistung infrage gestellt werden (vgl. Green et al., 2000:25). Ihre Ablehnung und Infragestellung könnte durch die Nutzer selbst geschehen und ihre Ansprüche könnten im Widerspruch zur festgelegten Zweckmäßigkeit stehen, z. B. wünscht der Nutzer bestimmte Leistungen ohne Rücksicht auf und durch Unwissenheit der professionellen Handlungsempfehlungen. Professionelle Personen könnten dann in die Lage kommen, ihre Handlungsempfehlungen selbst abzuändern und damit infrage zu stellen, was wiederum der im Vorfeld festgelegten Zweckmäßigkeit widerspricht.

Professionelle Handlungsempfehlungen zur Festlegung einer Zweckmäßigkeit können mit der Tätigkeit von Institutionen als Überwachungsgremien verbunden sein, um die Interessen der Nutzer im Falle der Konfrontation mit schlechter Qualität zu vertreten und so der zuvor definierten Zweckmäßigkeit mit Nachdruck zu ihrer dauerhaften Umsetzung zu verhelfen (Green et al, 2000:30). Eine Möglichkeit, Handlungsempfehlungen und damit die Zweckmäßigkeit dauerhaft zu überwachen, sind die Entwicklung sog. Konsumenten-Chartas. Hier sind stellvertretend für die Nutzer Qualitätsaussagen, Qualitätsmerkmale und die Verfahren zu ihrer Überwachung definiert und spezifiziert. Eine Charta beinhaltet eine Auflistung von Qualitätsaspekten und den dazugehörigen Soll-Vorgaben, um potenzielle Nutzer über ihre begründeten Erwartungen zu informieren, wenn sie mit monopolartigen oder starken Anbietern konfrontiert werden (vgl. Green et al, 2000:30). Bei den Adressaten einer Konsumenten-Charta handelt es sich um strukturell benachteiligte Nutzergruppen, die aufgrund ihrer Lebenssituation nicht in der Lage sind, sich sachkundig für oder gegen ein bestimmtes Angebot zu entscheiden oder selbst die korrekte Leistungserbringung überwachen können. Die Formulierung einer Konsumenten-Charta soll zum Ausgleich der strukturellen Benachteiligung der Nutzer beitragen, um die Asymmetrie zwischen

ihnen und den Leistungserbringern auszugleichen (vgl. Green et al., 2000:27).

2.2.3. Qualität als monetärer Gegenwert im Sinne eines Preis-Leistungs-Verhältnis

In dieser Verständnisvariante wird Qualität mit monetäreren Mitteln bewertet (vgl. Green et al, 2009:29) und stellt ein finanziell bewertetes Preis-Leistungs-Verhältnis dar (vgl. Terhart, 2000:817). Der Gegenwert von vorher eingesetzten personellen und sächlichen Ressourcen für die erreichte Qualität wird als ein monetärer Wert gemessen. Ein hoher finanzieller Einsatz muss in diesem Zusammenhang nicht gleichbedeutend mit hoher Qualität sein. Ziel dieses Ansatzes ist vielmehr das Verlagern von monetären Ressourcen von den Orten schlechter Qualität hin zu Orten ausbaufähiger Qualität, um zu guter Qualität zu ermutigen (vgl. Green et al, 2000:29). Dies kann aber auch darauf ausgerichtet sein, gleiche Wirkungen mit möglichst geringem Ressourceneinsatz zu erzielen (vgl. Terhart, 2000:811). Dadurch besteht die Gefahr einer Rationierung von personenbezogenen sozialen Dienstleistungen.

Unabhängig vom Ziel einer Verteilung von monetären Ressourcen bedarf es einer Begründung für eine nachvollziehbare Zuteilung von finanziellen Mitteln und dies erfordert Instrumente zur Bewertung von Qualität, die zur Unterscheidung von guter und schlechter Qualität hilfreich sein können. Dafür bietet sich der Einsatz von Leistungsindikatoren als Maßzahlen für Qualität an (vgl. Green et al., 2000:30). Neben ihrer bewertenden und vergleichenden Funktion von Qualität erfüllen sie ggf. eine weitere Anforderung. Sie können zur Information für die Nutzer zusammengetragen werden, um Ranglisten für die öffentliche Darlegung der Qualität im Sinne einer öffentlichen Qualitätsberichtserstattung anzubieten. Dies soll zu einem Wettbewerb durch Qualität um potenzielle Nutzer führen (vgl. Green et al.,

2000:30). Auf diesem Weg wird eine Allokation von monetären Ressourcen an Orte guter Qualität angestrebt.

2.2.4. Theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis in der Pflege

Hasseler (2015) formuliert die Forderung nach einem empirisch-analytischen Zugang zur inhaltlichen Bestimmung von Qualität, denn eine systematische Qualitätsentwicklung, -sicherung, -prüfung und -berichterstattung unterliegt diversen wissenschaftlichen Anforderungen. Dazu gehört, den Begriff der Qualität einzugrenzen sowie darauf aufbauend ein theoriegeleitetes Qualitätsverständnis zu entwickeln (vgl. Hasseler et al., 2015:2). Ihr Vorschlag ist als ein heuristisches Qualitätsmodell zu verstehen, das auch die Anforderungen an ein systemisches, Wechselwirkungen abbildendes und dynamisches Qualitätsverständnis berücksichtigt (vgl. Hasseler et al, 2015:21).

Die Definition von Qualität in der Pflege lautet hier:

„Qualität in der Pflege bzw. Pflegequalität entsteht dann, wenn Merkmale der pflegerischen Versorgung ein im Vorfeld definiertes Niveau erreichen, welches sich an den Bedürfnissen und Bedarfen der relevanten beteiligten Gruppen (Klienten, Bewohner, Berufsgruppen, Träger u. a.) messen lässt. Die Qualität in der Pflege wird messbar, wenn zu den Merkmalen der pflegerischen Versorgung Kriterien definiert worden sind, die anhand von evidenzbasierten Indikatoren Rückschlüsse auf das Erreichen von Soll-Werten zulassen“ (Hasseler et al, 2015: 369).

Dieser Qualitätsbegriff in der Pflege gründet auf Kennzeichen und Merkmalen von Qualität, die ein vorgegebenes Niveau erreichen sollten, das sich an den Bedürfnissen und Bedarfen aller beteiligten Gruppen orientiert, erfassen und bewerten lässt. Dabei werden die Bedürfnisse der Nutzer erwähnt, was eine Erweiterung eines professionellen Soll-Niveaus um subjektive Qualitätsaspekte darstellt.

Damit schafft Hasseler mit einer systematischen Herleitung von Qualität eine Alternative für die bisher normativ-beschreibenden Qualitätsbegriffe und macht auf eine Unklarheit aufmerksam, die sich bei der Evaluation von normativ festgelegter Qualität negativ auswirken könnte. Ihre Basis sind keine Qualitätsmerkmale, die systematisch aus einem Wissensbestand isoliert wurden. Die Gefahr unsystematisch entwickelter Qualitätsmerkmale kann sich folglich in nicht systematisch entwickelten Qualitätsindikatoren äußern und diese Unklarheit führt zu einer verzerrten Bewertung von Qualität (vgl. Hasseler et al., 2016:2). Auch Donzallaz (2007) verdeutlicht den Zusammenhang von Qualitätsentwicklungs- und Evaluationsverfahren und weist darauf hin, dass dies eine Frage der damit verbunden vorangehenden Operationalisierung des Qualitätsbegriffes sei (vgl. Donzallaz, 2007:38).

2.2.5. Qualität als Transformation im Sinne von persönlicher Entwicklung

Eine weitere Verständnisvariante von Qualität ist die Transformation durch personenbezogene soziale Dienstleistungen, die auf der Vorstellung eines qualitätsgesicherten Wandels und einer angestoßenen persönlichen Entwicklung einer Person beruht (vgl. Merchel, 2013:44). Dies impliziert eine Unterscheidung zweier transformativer Qualitätsziele: erstens die persönliche Weiterentwicklung und zweites die Ermächtigung des Nutzers (vgl. Green et al., 2000:31), um die eigene Lebenssituation und das Lebensumfeld langfristig selbstbestimmt gestalten zu können (vgl. Terhart, 2000:817). Persönliche Entwicklung oder Ermächtigung ist ein Kommunikations- und Interaktionsprozess, der vom gemeinsamen Aushandeln der Vorgehensweise geprägt ist, auf die kontinuierliche Veränderung einer Person abzielt und durch die professionelle Gestaltung einer zwischenmenschlichen Interaktion erreicht wird (vgl. Görres et al., 2006:81). Qualität durch Transformation ist auf die Mitwirkung der Nutzer angewiesen und aufgrund von Interak-

tionsprozessen, die wiederum zu positiven oder negativen Reaktionen führen können, reich an Verhaltensvarianten. Sie können nicht vorab durch ein Sollniveau festgelegt werden.

Das transformative Qualitätsverständnis ist in der sozialen Arbeit beheimatet und versteht Qualität als ein Konstrukt, bei dem Personen sich in einem dialogischen Vorgang über anzustrebende Handlungsweisen und auf Bewertungsmaßstäbe verständigen und diese unter Einbeziehung ihrer Erwartungen auf einen Gegenstand oder Prozess beziehen (Merchel, 2013:44). Es unterscheidet sich von den anderen durch die konsequente Einbeziehung des Nutzers in den Dialog und seine angestrebte Entwicklung oder Ermächtigung lässt einen Subjektbezug erkennen.

2.2.6. Evaluation und Reflexion von Qualität

Ein zentraler Begriff im Diskurs um Qualität ist die Evaluation von Qualität. Dabei handelt es sich nicht um einen Qualitätsbegriff im eigentlichen Sinn, sondern um analytische Methoden und Verfahren der Erfassung und Bewertung von Qualität zum anschließenden Vergleich von Evaluationsergebnissen.

Der Begriff der Evaluation wird im Diskurs um die Erfassung und Bewertung von Qualität in unterschiedlichen Bedeutungen verwendet:

- als Reflexion beruflicher Standards und ihrer Umsetzung in der Praxis als Basis für evidenzorientiertes professionelles Handeln,
- als Qualitätsvergleich mittels sog. Qualitätsindikatoren oder
- der Befragung zur subjektiven Wahrnehmung von Qualität.

Evaluation ist erstens ein Bestandteil des professionellen Handelns und als die kritische Würdigung professioneller Handlungsempfehlungen zu verstehen. Dabei handelt es sich um eine systematische Anpassung durch die Angehörigen einer oder mehrerer Professionen, um mögliche Differenzen

zwischen den angestrebten Qualitätszielen und den vorgefundenen Versorgungsergebnissen zu identifizieren. Im nächsten Schritt werden Optimierungsmöglichkeiten oder Handlungsalternativen gesucht (vgl. Merchel, 2015:18).

Evaluation ist zweitens ein Bestandteil des evidenzorientierten Arbeitens und bezeichnet ein methodisch-empirisch abgesichertes Vorgehen. Es wird nach empirischen Beweisen gesucht, um kausale Zusammenhänge zwischen Interventionen und ihrer Wirkung deutlich zu machen. Die Hinweise auf die Kausalität dienen der Identifikation und Evaluation von wirksamen Interventionen, die Qualität kalkulierbar verbessern sollen (vgl. Merchel, 2015:18). Das Ziel ist insbesondere die Verbesserung der Ergebnisqualität (vgl. Merchel, 2013:2), indem Entscheidungen für oder gegen Interventionen im Einzelfall mithilfe der Information des Nutzers und vorliegenden Wirksamkeitsnachweisen getroffen werden (vgl. Behrens, 2003:263). Auf diesem Weg wird wissenschaftlich kontrollierte Erfahrung für den einzigartigen Fall der individuellen Person in Respekt vor der Autonomie und der Lebenspraxis des Nutzers angewendet (vgl. Behrens, 2003:262).

Evaluation bezeichnet drittens ein methodisches, strukturiertes, transparentes und teilweise auf empirischer Informationssammlung gründendes Verfahren der Erfassung und Bewertung von Versorgungsergebnissen (vgl. Merchel, 2013:40). Insbesondere die Evaluation von Ergebnisqualität orientiert sich an definierten, quantifizierbaren und einheitlichen Einzelmerkmalen (vgl. Gerull, 2005:86; vgl. Merchel, 2013:43) und einer verpflichtenden Anforderung an die Beschaffenheit einer personenbezogenen sozialen Dienstleistung (vgl. Görres et al., 2006:80). Die einzelnen Qualitätsmerkmale in ihrer Gesamtheit müssen durch eine systematische Vorgehensweise bestimmt werden, um darauf aufbauend Qualitätsindikatoren festzulegen (vgl. Merchel, 2013:40; vgl. Hasseler et al., 2016:2).

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren umfasst die folgenden Schritte: die Themenfestlegung, eine Literaturrecherche zu verfügbaren Indikatoren und

die Formulierung eines Indikators, die systematische Bewertung und Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren bzw. des Indikatoren-Sets durch Expertenarbeitsgruppen und eine Erprobung in der praktischen Anwendung (vgl. DNQP, 2015:25).

Im Anschluss an die Analyse der Literatur und der inhaltlichen Festlegung von Qualitätsindikatoren folgt die Identifikation von Qualitätsmerkmalen und dazugehörige Referenzwerte, die in einem logischen Bezug zueinander stehen (vgl. Merchel, 2013:218), wie z. B. das Auftreten eines Ereignisses in einer bestimmten Population. Dadurch kann eine Aussage in Form einer Verhältniszahl über Ergebnisse für die Gesamtheit einer Gruppe (oder eine definierte Teilgruppe) getroffen werden (vgl. Wingefeld et al., 2011:7). Der methodische Zugang zur Erfassung und Bewertung als Qualitätsindikatoren ist objektiv-beobachtend (vgl. Wingefeld et al., 2011:2).

Qualität ist demnach die Erfassung von Relationen (vgl. Zollondz, 2011:174) als die Bewertung des Grades der Übereinstimmung zwischen zuvor formulierten Merkmalen der vorgelagerten Struktur, der durchgeführten Prozesse und ihrer Ergebnisse und damit der tatsächlich erreichten Qualität (vgl. Görres et al., 2006:80). Um einen immer höheren Grad der Übereinstimmung der Ist- und Soll-Qualität zu erreichen, bedarf es mehrfacher Evaluationen. Dabei entwickelt sich ein prozesshaft-dynamischer Charakter (vgl. Görres et al., 2006:80; vgl. Merchel, 2013:43) im Sinne einer Qualitätsentwicklung.

Eine vierte Form der Evaluation kann die Befragung der Nutzer selbst sein. Hier steht die standardisierte Befragung zu ihrer Wahrnehmung der angebotenen personenbezogenen sozialen Dienstleistung oder die Nachfrage, inwieweit ihre Kunden- und Nutzerwünsche erfüllt wurden im Zentrum und wird als Zufriedenheitsbefragung bezeichnet (vgl. Schönberg, 2006:9). Dabei scheint das mündliche Interview zu standardisierten und geschlossenen Fragen eine geeignete Methode zur Erhebung der Zufriedenheit zu sein (vgl. Schönberg, 2006:83). Ihre Ergebnisse können als Ausdruck zur Bewertung einer wahrgenommenen Ergebnisqualität herangezogen werden. So kann

von einer subjektiv-befragenden Vorgehensweise im Rahmen der Bewertung von Ergebnisqualität gesprochen werden (vgl. Wingenfeld et al, 2011: 22).

Das Erfragen einer oder mehrerer subjektiver Perspektiven unterliegt Einschränkungen, denn es liefert keine objektiven Aussagen über die Ergebnisqualität und ihrer Entwicklung (vgl. Schönberg, 2006:95), sondern ergänzt die Darstellung von Ergebnisqualität mittels Qualitätsindikatoren um eine subjektive Qualitätswahrnehmung. Die Auswertung der Wahrnehmung bei einer befragten Gruppe kann folglich nicht zur Bewertung des subjektiven Wohlbefindens oder Zufriedenheit der einzelnen Person herangezogen werden (vgl. Schönberg, 2006:94).

2.3. Qualität zwischen Ökonomie und Subjektbezug

In der Gesamtschau auf die unterschiedlichen Qualitätsbegriffe fällt ein Aspekt ins Auge. Es gibt eine historisch begründete Trennung von Qualität hinsichtlich der Evaluation ihrer Beschaffenheit und ihrer subjektiven Wahrnehmung. Es wird im Rahmen ihrer Erfassung von einem objektiv-beobachtenden und subjektiv-befragenden Zugang gesprochen, was den engen Zusammenhang zwischen Qualitätserstellung und der Bewertung ihrer Wahrnehmung unterstreicht. Letzteres schließt die Nutzer mit ein, die eine retrospektive Bewertung ihrer Wahrnehmung einer personenbezogenen sozialen Dienstleistung abgeben können.

Bei standardisierten Zufriedenheitsbefragungen sind die Fragen an alle Nutzer identisch und von vornherein festgelegt. Dabei kommt es darauf an, wer die Festlegungen für die erfragten Merkmale vorgenommen hat, was die Schlussfolgerung zulässt, dass es sich auch bei den Fragenkatalogen um ein Konstrukt handelt. Denkbar wären auch Interviewverfahren, die eine Of-

fenheit der angesprochenen Themen und dem Auswertungsverfahren ermöglichen, sich einer Vergleichbarkeit entziehen, aber einen konsequenten Subjektbezug gewährleisten.

Sämtliche Verfahren dienen der Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität. Sie orientiert sich an der Erfüllung eines Soll-Niveaus, was neben der Bewertung der Beschaffenheit von Ergebnissen auch als Grundlage für die Zuweisung monetärer Mittel genutzt werden kann. Auf diesem Weg findet eine Verknüpfung von Ergebnisqualität und Ressourcenallokation statt und kann so für die Durchsetzung von ökonomischen Interessen genutzt werden.

Je nach Interessenlage kann die Festlegung eines Soll-Niveaus, das gleichzeitig eng mit der Festlegung von Zweckmäßigkeit verbunden ist, mit eigenen Interessen verbunden werden. Die Definition der Zweckmäßigkeit kann von unterschiedlichen Interessenvertretungen vorgenommen werden. Es liegt nahe, dass sich Interessenvertretungen wie Finanziere und Empfänger dieser monetären Mittel auf eine von ihnen bevorzugte Zweckmäßigkeit, wie z. B. Vorgaben zur Erbringung von personenbezogenen sozialen Dienstleistungen oder die Verwendung der monetären Mittel zu überwachen, einigen. Es bleibt offen, welche Zweckmäßigkeit die Nutzer für sich festgelegt wissen wollen, aber kaum Einfluss auf deren Ausgestaltung haben.

Das theoriegeleitete Qualitätsverständnis zeichnet sich durch ein systematisch-heuristisches Entwicklungsverfahren aus. Es ist nicht ausgeschlossen, dass dieses Entwicklungsverfahren nur auf das bereits vorhandene Wissen zum Thema zurückgreift und damit neue und innovative Inhalte möglicherweise durch die Exploration im offenen Austausch mit den Nutzern über Qualität den konsequenten Subjektbezug erschweren.

Einen Gegenpol bilden die Qualitätsbegriffe der Qualitätskultur oder deren Transformation. In einer Qualitätskultur, die als kontinuierlicher Verbesserungsprozess zu Qualitätsbewusstsein führen kann, lässt die Einbeziehung

des Nutzers zu. Seine Hinweise können als Verbesserungsvorschläge verstanden werden und ihm dadurch eine aktive und einflussreiche Rolle zuweisen. Die Evaluation von Qualität ist dann eine Gemeinschaftsleistung aller Beteiligten und erfolgt im gemeinsamen Dialog.

Die Anwesenheit und die Aktivität des Nutzers sind beim transformativen Qualitätsbegriff unabdingbar, d. h. er ist während der gesamten Erbringung einer personenbezogenen sozialen Dienstleistung dabei. Er/sie wird in die Kommunikation darüber integriert und kann zeitnah Einfluss nehmen. Damit geht der transformative Ansatz für die Erbringung von qualitätsorientierten personenbezogenen sozialen Dienstleistungen hinsichtlich des Subjektbezugs noch einen Schritt weiter. Qualität kann in diesem Zusammenhang nicht ohne die aktive und prospektive Einbeziehung und Unterstützung pflegebedürftiger Menschen erbracht oder evaluiert werden.

Alle oben benannten Qualitätsbegriffe, mit Ausnahme des theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnis, vereint trotz der unterschiedlichen Intensität des Subjektbezugs eine normativ-beschreibende Vorgehensweise bei der Definition von Qualität (vgl. Green et al., 2000:36; vgl. Görres et al., 2006:83), die als Richtschnur für die Erstellung von personenbezogenen, sozialen Dienstleistungen dienen soll. Nach Merchel (2013) und Zollondz (2011) ist Qualität kein empirischer-analytischer Begriff, sondern immer ein normatives Konstrukt oder ein Phänomen (vgl. Merchel, 2013:40; vgl. Zollondz, 2011:174).

Eine allgemeingültige und richtige Definition von Qualität ist auch aus Sicht von Green (2000) unmöglich, da unterschiedliche Interessengruppen verschiedene Qualitätsmerkmale anwenden und sie folglich auch unterschiedlich beurteilen (vgl. Green et al., 2000:36) und an die „Normierung von Qualität“ unterschiedliche Interessen gekoppelt sind. Sie können ihre Qualitätserwartungen und die daraus folgenden Qualitätsmerkmale formulieren und wären je nach Machtpotenzial in der Lage, ihre eigenen Interessen zur Geltung zu bringen (vgl. Merchel, 2003:9).

Heid (2000) unterstützt in Teilen die Aussagen von Merchel, Zollondz und Green, wenn er sagt, eine Entscheidung, dass bestimmte Qualitätsmerkmale gelten, ist subjektiv oder geht aus einer intersubjektiven Auseinandersetzung und Verständigung zwischen professionellen Personen hervor. Der Qualitätsbegriff sowie die Formulierung von Qualitätsmerkmalen und ihrer anschließenden Bewertung sollten deshalb Gegenstand der Diskussion zwischen allen Interessengruppen sein, um ein Ausbalancieren konkurrierender Interessen zu fördern (vgl. Heid, 2000:47).

Die Einbeziehung aller Interessengruppen unterstützten Heid (2000) und Terhart (2000) auch deshalb, da man im Kontext von Qualitätssicherung und -entwicklung von einem staatlich befürworteten Gestaltungs- und Regulationsprinzip spricht (vgl. Heid, 2000:42), dass inzwischen die Bedeutung eines Leitkonzepts erlangt hat (vgl. Terhart, 2000:209). Dabei handelt es sich um einen verabredeten Gütemaßstab, der auf sozialpolitischen Zweckmäßigkeiten für die Gesundheits- und Sozialeinrichtungen basiert und als Bezugspunkt für die Ermittlung und ggf. den Vergleich der faktischen Wirkungen von qualitätssichernden Maßnahmen dieser Einrichtungen herangezogen wird (vgl. Terhart, 2000:815).

Die Argumentation und Diskussion um die unterschiedlichen Qualitätsbegriffe sehen einen unterschiedlich intensiven Subjektbezug vor. Dieser kann von der Zuweisung einer passiven Rolle und der Bitte einer retrospektiven Beurteilung der Wahrnehmung eines Ausschnitts von personenbezogenen sozialen Dienstleistungen bis hin zur aktiven Beteiligung an der selbst zu schaffenden Qualität als individuelle Kompetenz reichen. Die Ausprägung des Subjektbezugs hängt wiederum stark von der im Voraus festgelegten Zweckmäßigkeit von Qualität, z. B. ihrer gesundheitsökonomischen oder individuellen Bedeutung für einzelne Personen und damit von der Funktion und der Ausrichtung der Qualitätssicherung oder -entwicklung ab.

3. Die Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen, – die indikatorengestützte Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität

Die umfangreichen Vorgaben zur Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen lassen sich in verschiedene Verfahrensweisen unterteilen, die zum einen als eine gesetzliche Vorgabe und Fremdverpflichtung oder zum anderen zur Konkretisierung von zugesicherten Grundrechten als Selbstverpflichtung der stationären Pflegeeinrichtungen zu würdigen sind.

Die Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen unterliegt zahlreichen gesetzlichen Regelungen und damit kann sie als eine Fremdverpflichtung gesehen werden. Zu nennen wären sozialrechtliche Regelungen im SGB XI, die von externen Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegekassen (MDK) bei den Trägern von Pflegeeinrichtungen über die Festlegung eines fachlich orientierten Qualitätsniveaus bis hin zur sich anschließenden öffentlichen Qualitätsberichterstattung reichen.

Die konkretisierende Ausgestaltung zugesicherter Grundrechte, die im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verankert sind, findet über die sog. „Charta der Rechte von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen“ mit einer bundesweiten Gültigkeit statt. In ihr sind die Erwartungen an ein professionelles Handeln formuliert, welche die pflegebedürftigen Personen in stationären Pflegeeinrichtungen erwarten oder einfordern können, um ihrem Recht auf die Grundwerte Ausdruck zu verleihen. Im Gegensatz zu den gesetzlichen Regelungen des SGB XI sind die Einhaltung der „Charta der Rechte von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen“ kein Gegenstand von Qualitätskontrollen, sondern ihre Implementation und ihre Überwachung eine freiwillige Selbstverpflichtung der stationären Pflegeeinrichtungen.

Auf die Berücksichtigung länderspezifischer gesetzlicher Regelungen in den sog. Wohn- und Teilhabegesetzen wurde im Rahmen dieser Arbeit verzichtet. Aufgrund ihrer länderbezogenen Gültigkeit liegen sechzehn Wohn- und Teilhabegesetze vor. Es existiert eine überwiegende Übereinstimmung der zu prüfenden sozialrechtlichen und ordnungsrechtlichen Qualitätsaspekte, was zu inhaltlichen Doppelungen bei externen Qualitätsprüfungen durch den MDK oder der Einrichtungsaufsichten führt.

Die erste Erwähnung von Ergebnisqualität inklusive einer gesetzlichen Regelung im Rahmen der Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgte im Jahr 2008, ohne einzelne Qualitätsaspekte näher zu spezifizieren (vgl. MDS, 2018:6):

„Die Prüfung umfasst ... Aspekte des Pflegezustands und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität) ...“ (SGB XI, § 114, Abs 2).

Die Erfassung und Bewertung der vorgefundenen Ergebnisqualität besteht hinsichtlich ihrer Wirksamkeit in der Überprüfung des Pflegezustands einer pflegebedürftigen Person sowie einer professionell begründeten Auswahl der pflegerischen Interventionen. Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die pflegerische Versorgung und auf Angebote der Aktivierung und Freizeitgestaltung.

Eine standardisierte Befragung der pflegebedürftigen Personen zu ihrer Wahrnehmung und Zufriedenheit mit dem Verhalten der professionellen Personen und des pflegerischen Angebots ergänzen die Überprüfung der vorgefundenen Ergebnisqualität.

Die Definition von Ergebnisqualität und ihre Erfassung und Bewertung wurde inzwischen einer grundlegenden Neuausrichtung unterzogen. Der Begriff der Ergebnisqualität wurde inzwischen auf der Basis einer internationalen Literaturrecherche und damit wissenschaftsbasiert definiert:

„Ergebnisse der vollstationären pflegerischen Versorgung umfassen messbare Veränderungen des Gesundheitszustands, der Wahrnehmung und des Erlebens

der Bewohner, die durch die Unterstützung der Einrichtung bzw. durch das Handeln ihrer Mitarbeiter bewirkt werden. Ergebnisqualität ist dementsprechend eine Eigenschaft von Versorgungsergebnissen, die mit einer bewertenden Aussage beschrieben wird“ (Wingenfeld et al, 2011:14)

Durch ein indikatorengestütztes Verfahren können die pflegerischen Versorgungsergebnisse bewertet werden, die mit Unterstützung professioneller Personen erreicht werden konnten. Ausgangspunkt ist der gesundheitliche Zustand, die Ausprägung der Pflegebedürftigkeit, die aktuelle Lebenssituation der pflegebedürftigen Menschen und die darüber verfügbaren Informationen, die mithilfe eines regelgeleiteten Verfahrens in sog. Qualitätsindikatoren überführt werden.

Ab dem Jahr 2019 erfolgt die Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität durch die Einführung eines indikatorengestützten Verfahrens zur Beurteilung von Ergebnisqualität (vgl. Wingenfeld et al, 2018:9). Vorgesehen ist ein:

... indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, (vgl. SGB XI, §113, Abs 1a).

Mithilfe einer regelgeleiteten Datenerhebung durch die stationären Pflegeeinrichtungen an zwei im Vorfeld festgelegten Stichtagen innerhalb eines Jahres werden die nötigen personenbezogenen Informationen der pflegebedürftigen Personen, die zur Ermittlung der vorgegebenen Qualitätsindikatoren gebraucht werden, vorgenommen. Die erfassten Daten der Vollerhebung werden an ein unabhängiges Institut zur statistischen Auswertung übermittelt und zu einem einheitlichen Format für die interne Nutzung durch die stationären Pflegeeinrichtungen und für die öffentliche Qualitätsberichterstattung aufbereitet. Mit der Einführung von Qualitätsindikatoren zur Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität auf Basis einer systematischen

Datenerhebung wird eine methodische Verbesserung der externen Qualitätsprüfungen und die Brauchbarkeit für die öffentliche Qualitätsberichterstattung erwartet (vgl. Wingenfeld et al. 2018:8).

3.1. Eine Prüfkultur als gesetzlicher Auftrag

Die sozialpolitische Interessenvertretung, insbesondere die Konferenz der Sozialminister der Länder, schaffte 1999 bundesweit die rechtlichen Rahmenbedingungen für ein effizientes und effektives Qualitätssicherungssystem in Einrichtungen des Gesundheitswesens, um die Versorgungsergebnisse nachweislich zu verbessern und die Qualitätssicherung und -entwicklung an den Verbraucherschutz zu binden (vgl. Görres et al., 2006:103). So findet eine Verknüpfung von Effizienz, Effektivität und Verbraucherschutz statt und stellt einen ersten Zusammenhang zwischen Qualität und Ökonomie her. Die Konzentration auf die erreichte Ergebnisqualität steht in doppelter Hinsicht für einen Verbraucherschutz: die Sicherstellung einer fach- und sachgerechten pflegerischen Versorgung bei gleichzeitiger Überwachung der privaten monetären Mittel der pflegebedürftigen Personen und der finanziellen Möglichkeiten der Pflegeversicherung.

Die Qualitätssicherung für stationäre Pflegeeinrichtungen ist wie folgt geregelt:

„Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben unbeschadet des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich..., Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den ... vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen „(SGB XI, §112, Abs 1)

Dem bundesweit zuständigen Spitzenverband der Kranken- und Pflegekassen (MDS) obliegt die Festlegung von Leistungs- und Qualitätsmerkmalen. Aus ihnen ergeben sich die Anforderungen an und die Verantwortlichkeit für

die stationären Pflegeeinrichtungen bezüglich der Implementation eines internen Qualitätsmanagements. Deren professionelle Personen führen Anforderungen in den stationären Pflegeeinrichtungen ein und stellen damit ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis.

Die Leistungsfähigkeit einer stationären Pflegeeinrichtung wird maßgeblich von der Erfüllung der fachlichen Anforderungen geprägt und ist deshalb Gegenstand der externen Qualitätsprüfung. Diese übernimmt der Medizinische Dienst der Kranken- und Pflegekassen (MDK) in gutachterlicher Funktion.

Dazu nimmt der MDK externe Qualitätsprüfungen vor:

„Die regelmäßigen Qualitätsprüfungen beziehen sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und ... umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen“ (SGB XI, § 114, Abs 2)

Die Schwerpunkte der Qualitätsprüfungen beziehen sich auf die pflegerische Versorgung, die Ausführung ärztlicher und therapeutischer Anordnungen, die soziale Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Menschen, deren Aspekte bei der Begutachtung zur Feststellung eines Pflegegrades ebenfalls beurteilt werden. So sind alle pflegerischen Leistungen, die als ein monetärer Teilbetrag durch die Pflegeversicherung getragen werden und darüber hinaus die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung, die von den pflegebedürftigen Personen privat getragen werden, Gegenstand der externen Qualitätsprüfung. Sie spannen einen Bogen zum Verbraucherschutz und der Überwachung der Mittelverwendung der Pflegeversicherung auf.

Ebenfalls Gegenstand einer externen Qualitätsprüfung kann die sachlich und rechnerisch korrekte Abrechnung pflegerischer Leistungen der stationären Pflegeeinrichtung sowohl mit der Pflegeversicherung als auch mit der pflegebedürftigen Person selbst sein.

Jede stationäre Pflegeeinrichtung wird mit dem Abschluss eines Versorgungsvertrages dazu verpflichtet, an der Qualitätssicherung mitzuwirken:

„Die ... Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein internes Qualitätsmanagement ... durchzuführen, ... Expertenstandards ... anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen mitzuwirken“ (SGB XI, §112, Abs 2)

Die Qualitätssicherung umfasst den Aufbau eines internen Qualitätsmanagements, das die Verantwortung für die Erfüllung der Leistungs- und Qualitätsmerkmale, die sich insbesondere aus der Implementation der „Nationalen Expertenstandards für die Pflege“ als ein gesetzlich vorgegebenes Soll-Niveau ergeben, übernimmt. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind zur Mitwirkung bei externen Qualitätsprüfungen verpflichtet.

Prüfer oder Prüfteams des MDKs übernehmen im Auftrag der Kranken- und Pflegekassen als unabhängige Gutachter die externen Qualitätsprüfungen und erstellen dazu einen Prüfbericht. Der Auftrag im Rahmen der externen Qualitätsprüfungen des MDKs lautet:

„Der MDK ... berät die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen ... für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken“ (SGB XI, §112, Abs 3)

Die externe Qualitätsprüfung durch den MDK bietet die Gelegenheit, stationäre Pflegeeinrichtungen zu beraten, mit welchen Interventionen sie präventiv Qualitätsdefizite vermeiden und ihre Eigenverantwortung für die Sicherung ihrer Ergebnisqualität übernehmen und ausbauen können.

Seinem Beratungsauftrag kommt der MDK in regelmäßigen Qualitätsprüfungen nach:

„Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen ...regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den MDK...“ (SGB XI, § 114, Abs 2).

Einmal im Jahr findet in jeder stationären Pflegeeinrichtung eine unangekündigte externe Qualitätsprüfung durch den MDK statt. Ihr liegt ein beratungsorientierter Prüfansatz zugrunde, denn sie bildet eine Einheit aus Prüfung, Beratung und Empfehlung von Maßnahmen der Qualitätsverbesserung (vgl. QPR, 2018:7).

Mit einer Gesamtschau auf die gesetzlichen Regelungen im SGB XI bleibt festzuhalten, dass es sich in erster Linie um die Ergebnisqualität sichernde Maßnahmen handelt, um weitere drohende Qualitätsdefizite präventiv zu identifizieren mit dem Fokus auf einer Nachweispflicht durch das interne Qualitätsmanagement einer stationären Pflegeeinrichtung. Diese qualitätssichernden Interventionen stehen im Kontrast zu einer stetigen und kontinuierlichen Qualitätsentwicklung, wie sie die pflegebedürftigen Personen ggf. selbst anstreben, wenn sie sich aktiv für die Verbesserungen ihres Gesundheitszustandes einbringen oder eine Verschlechterung ihrer Pflegebedürftigkeit vermeiden möchten.

Eine besondere Rolle spielen dabei die externen Qualitätsprüfungen, bei der einmal jährlich beratend auf die geforderten Leistungs- und Qualitätsmerkmale hingewiesen wird. Die Verknüpfung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfung weist darauf hin, dass die stationäre Pflegeeinrichtung qualitativ leistungsfähig sein sollte und aus diesem Grund zu einer sachlich und rechnerisch korrekten Abrechnung aller Leistungen in der Lage ist.

Genau diese Verknüpfung von Qualität und Erlössicherung führt dazu, dass stationäre Pflegeeinrichtungen ihre qualitätssichernden Bemühungen auf die Erreichung einer extern geforderten Qualität und die Sicherung ihrer Erlöse richten und im Zweifelsfall weniger auf die Belange der pflegebedürftigen Personen, gerade wenn ihre Qualitätsvorstellungen den von extern vorgegebenen widersprechen.

Die externe Überwachung der Qualitätssicherung führt im weiteren Verlauf eher zu einer „Kultur des Prüfens“ oder einer Prüfkultur. Der beratungsori-

enterte Prüfansatz findet seinen Ausdruck im Fachgespräch zur Ergebnisqualität mit den professionellen Personen (vgl. Wingenfeld et al, 2018:73; vgl. GKV-Spitzenverband, 2018:7). Es scheint allerdings fraglich, ob der Prüfungscharakter ein Fachgespräch in den Hintergrund treten lässt. Diese Vermutung wird noch bestärkt, da vorgefundene Qualitätsdefizite zu Konsequenzen im Sinne von Sanktionen führen können. Darunter sind eine Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung, die Erteilung von Bescheiden mit einer angemessenen Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel oder die Kündigung des Versorgungsvertrages zu verstehen (vgl. SGB XI, 115, Abs., 2018).

3.2. Die Erfüllung eines professionellen Soll-Niveaus als Ausdruck fachlicher Leistungsfähigkeit

Das geforderte professionelle Soll-Niveau in stationären Pflegeeinrichtungen ist eng mit der Implementation der sog. Nationalen Expertenstandards verbunden. Sie beschreiben den pflegfachlich aktuellen Stand des Wissens und damit eine fachgerechte pflegerische Versorgung für relevante pflegerische Phänomene oder Risiken, deshalb ist ihre Implementation gesetzlich vorgegeben (vgl. MDS, 2018:12; vgl. GKV-Spitzenverband, 2018:8). Neben ihrer verpflichtenden Einführung ist ihre Entwicklung und die flächendeckende Anwendung im Sozialgesetzbuch XI vorgegeben:

„Die Anforderungen an die Entwicklung ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung und Unabhängigkeit, die Schrittfolge der Entwicklung, der fachlichen Abstimmung, der Praxiserprobung und der modellhaften Umsetzung eines Expertenstandards sowie die Transparenz des Verfahrens festzulegen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich“ (SGB XI, §113a, Abs 3)

Die Festlegung eines professionellen Soll-Niveaus basiert auf einer unabhängigen wissenschaftlichen Entwicklung, einer Konsentierung der Inhalte

durch die Unterstützung von ausgewählten Pflegeexperten und einer modellhaften Implementierung in der Praxis vor der Veröffentlichung. Auf Basis dieser Vorgaben werden die Nationalen Expertenstandards zu häufig vorkommenden pflegerischen Phänomenen und Risiken durch das „Deutsche Netzwerk für Qualität in der Pflege“ mit Sitz in Osnabrück entwickelt. Zu nennen wären die Entwicklung von Nationalen Expertenstandards zu pflegerischen Risiken wie z. B. Sturzprävention, Gefahr der Mangelernährung, Gefahr des Wundliegens oder zu pflegerischen Phänomenen wie Schmerzen, Förderung der Kontinenz und Mobilität.

Bei den Nationalen Expertenstandards für die Pflege handelt es sich um evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifisch pflegerischen Beitrag für die gesundheitliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen aufzeigen. Sie bilden ein professionell abgestimmtes Qualitätsniveau und schließen Kriterien zur Erfolgskontrolle der pflegerischen Ergebnisqualität mit ein. Sie zeigen die Zielsetzung komplexer, interaktionsreicher pflegerischer Aufgaben sowie Handlungsalternativen und Handlungsspielräume in der direkten Versorgung auf und erheben den Anspruch, wirksame Instrumente der Qualitätsentwicklung zu sein (vgl. DNQP, 2015:5).

Sie machen Aussagen zu einer erreichbaren Ergebnisqualität (vgl. DNQP, 2011:9), denn sie beschreiben professionelle Handlungsendpunkte, z. B. ist das Eintreten einer Schmerzlinderung das Ergebniskriterium sowie der Handlungsendpunkt und gleichzeitig die Ausführung empfohlener schmerzlindernder Interventionen (vgl. Wingefeld, 2004:13). Die Empfehlungen von pflegerischen Handlungsendpunkten und Ergebniskriterien lassen allerdings die Frage offen, welche der pflegerischen Interventionen in einer Kausalität zur erzielten Ergebnisqualität stehen. Die vorliegende Wirksamkeit bezieht sich auf die Anwendung von Interventionsbündeln, denn eine faktorensolierende Sichtweise auf Pflegeinterventionen kann bis jetzt nicht vorgenommen werden (vgl. Büscher et al., 2012:26), da komplexe pflegerische Probleme selten nur eine nachweisbare Ursache haben und damit einer einzigen Intervention zugänglich sind.

Die Einschätzung von Büscher (2012), dass die isolierte Wirkung einzelner pflegerischer Interventionen nicht ausreichend belegt ist, steht im Widerspruch zum Anspruch des DNQP, wirksame Instrumente für die Qualitätssicherung oder -entwicklung mit einer positiven Auswirkung auf die Ergebnisqualität bereitzustellen. Die gesetzlich verpflichtende Implementation der Nationalen Expertenstandards verleitet dazu, sich nur auf diese zu fokussieren, ohne andere Grundlagen, wie z. B. alternative Handlungsempfehlungen oder empirisch gesicherte subjektbezogene Qualitätsaspekte hinzuzuziehen.

Auch die zuverlässige Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität mithilfe von Qualitätsindikatoren benötigt punktgenau wirksame pflegerische Interventionen mit einer nachgewiesenen Kausalität, ansonsten bleibt die positive Beeinflussbarkeit von Ergebnisqualität unklar (vgl. DNQP, 2010:8) und kann folglich nicht als ein Maßstab für pflegerische Leistungsfähigkeit herangezogen werden. Trotz der zentralen Schwächen in der Darlegung der Kausalität bei den Nationalen Expertenstandards ist vorgesehen, Schlüsselempfehlungen zu formulieren und davon entsprechende Indikatoren abzuleiten (vgl. DNQP, 2015:26).

Für die Nationalen Expertenstandards liegen inzwischen Versionen in Alltagssprache vor mit der Intention, dass die pflegebedürftigen Menschen und andere interessierte Nutzer eine aktive Rolle bei der Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen einnehmen können, denn für sie ist wichtig zu wissen, welche pflegerische Qualität sie erwarten oder einfordern können (vgl. Verbraucherzentrale NRW, 2012:8). Diese verbraucherfreundliche Übersetzung professioneller Soll-Vorgaben versetzt die pflegebedürftige Person in die Lage, sich umfänglich über die zur Auswahl stehenden pflegerischen Interventionen zu informieren. Denn die Implementation der Nationalen Expertenstandards zeichnet sich nach Moers (2014) dadurch aus, dass umfangreiches Regelwissen auf einen Einzelfall bezogen werden muss (vgl. Moers et al., 2014:14) und in Absprache mit dem Adressaten pflegerische

Interventionen vereinbart und durchgeführt werden, denn Ziel ist die maximale Einbeziehung der Perspektive und die Förderung der Interessen der pflegebedürftigen Menschen (vgl. Moers et al., 2014:15). Die Integration ihrer Perspektive besteht darin, sie zu beraten und ihnen damit die Möglichkeit zu geben, eigenständige Entscheidungen zu ihrer Versorgung zu treffen (vgl. Schuldzinski, 2014:66), um ihre Selbstbestimmung und Eigeninitiative zu gewährleisten (vgl. DNQP, 2009:19). Denn es wird davon ausgegangen, dass sie die aktive Einbindung positiv erleben (vgl. DNQP, 2015:21).

Die Intention, den einzelnen pflegebedürftigen Menschen aktiv in Entscheidungen und die Umsetzung der pflegerischen Versorgung einzubeziehen, steht allerdings im Widerspruch zum Nachweis einer standardisierten Verfahrensanweisung, wie es durch die externe Qualitätsprüfung vorgesehen ist. Hier wird gefordert, dass aus einrichtungsinternen Unterlagen erkennbar ist, dass Protokolle von Arbeitsgruppensitzungen zur Anpassung der einrichtungsinternen Verfahrensanweisung an die pflegerischen Erfordernisse in der stationären Pflegeeinrichtung vorliegen (vgl. MDS, 2018:76). Dies hebt allerdings den mitgedachten Subjektbezug bei der Implementation der Nationalen Expertenstandards wieder auf.

Für eine fallbezogene Individualisierung mit Subjektbezug, so von Kardoff (2009), sollte die konsequente Standardisierung eines professionellen Soll-Niveaus vermieden werden (vgl. von Kardoff et al., 2009:101). Die unumgängliche Anwendung standardisierter professioneller Empfehlungen sollte aber dann auf ihre Kontextsensitivität, Akzeptabilität und Situationselastizität hin evaluiert werden, um individuelle Anpassungen an den Einzelfall und an die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse pflegebedürftiger Personen vornehmen zu können.

Unter Kontextsensitivität wird die Individualisierung der professionellen Empfehlungen und damit die Anpassung an subjektive Wünsche und individuelle Aktivitätsbeeinträchtigungen, die Lebenssituation und das Lebensumfeld verstanden (vgl. von Kardoff et al., 2009:295). Im weiteren Verlauf

erfordert der gefundene Konsens zur pflegerischen Versorgung eine kommunikative Validierung zur Evaluation der gemeinsam getroffenen Entscheidung, um die Akzeptanz für deren Anwendung zu erreichen (vgl. von Kardoff et al., 2009:296). Hier setzt die Situationselastizität an, um die Adaption der standardisierten Verfahrensanweisung an die Situation einer konkreten pflegebedürftigen Person vorzunehmen (vgl. Hellige et al., 2005:181). Dies erfordert eine Kommunikations- und Interaktionsintensität, die die dauerhafte Gültigkeit einer dokumentierten und standardisierten Verfahrensanweisung in Frage stellen (vgl. Olk et al., 2008:87).

Olk (2008) gibt zu bedenken, dass die Einführung von standardisierten Verfahrensanweisungen als eine restringierende Formalisierung die Rationierung der pflegerischen Versorgung vorantreiben und die ermächtigende Unterstützung pflegebedürftiger Personen vernachlässigen könnte (vgl. Olk et al., 2008:87). Ihre Anwendung schränkt professionell gestaltete Handlungsspielräume ein und damit auch die Eigeninitiative der pflegebedürftigen Menschen. Gleichzeitig würde allerdings die professionelle, ermächtigende Unterstützung die pflegebedürftigen Menschen durch Handlungs- und Entscheidungsspielräume fördern (vgl. Olk et al., 2008:87).

Standardisierte Verfahrensanweisungen, insbesondere als Gegenstand externer Qualitätsprüfungen, spiegeln nach Hellige (2005) eine zweckrationale Logik in der Pflege wider. Die Zweckerfüllung von Pflege lässt sich am ehesten mit im Vorfeld geplanten und dann umgesetzten Interventionen erreichen. Dabei wird vernachlässigt, dass die Unterstützung pflegebedürftiger Menschen auch verstanden als Unterstützung bei der Bewältigung von Leiden im Verlauf von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung dem interpretativen Paradigma verpflichtet ist (vgl. Hellige et al., 2005:178), das nur mit gemeinsamer Kommunikation und Interaktion der Beteiligten einzulösen ist.

Hellige geht einen Schritt weiter und kommt zu dem Schluss, dass Zweckrationalität als Standardisierung das kommunikative Handeln als Basisdienstleistung in den Hintergrund drängt (vgl. Hellige et al., 2005:182). Ziel sollte aber sein, durch verbale Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Menschen und Empathie zur Erfassung des nonverbalen, sprachlich oft nicht Ausdrückbaren, Bedeutungen von Situationen zu klären. Dies kann durch sinnliche Wahrnehmung, Reflexion und den Vergleich mit eigenen Erfahrungen geschehen, die als Ressourcen dienen. Diese Wissensaneignung hilft, Situationen zu verändern und eigene Machtmöglichkeiten zu erkennen, um Hilfe zur Selbstermächtigung zu ermöglichen (vgl. Hellige, 2005:182).

Die Erfüllung des professionellen Soll-Niveaus, d. h. die Anwendung der Nationalen Expertenstandards als eine einrichtungsintern erforderliche standardisierte Verfahrensanweisung bildet die Beurteilungsgrundlage für die fachliche Leistungsfähigkeit einer stationären Pflegeeinrichtung. Sie wird festgemacht an der Erfüllung von Leistungs- und Qualitätskriterien, die es ermöglicht, die gesundheitliche Situation und den Pflegezustand des pflegebedürftigen Menschen dahingehend zu beurteilen, ob sie dem entspricht, was man bei einer fachgerechten Versorgung erwarten darf oder ob durch fachliche Versäumnisse eine Gefährdung oder Schädigung eingetreten ist (vgl. Wingenfeld et al, 2011:7). Die Fokussierung der Verfahrensanweisungen auf die geforderten Leistungs- und Qualitätskriterien und damit auf die mögliche Gefährdung oder Schädigung der pflegebedürftigen Menschen orientiert sich dabei an einem Mindest-Niveau und führt zusätzlich zu einer sehr engen Auslegung der Handlungsempfehlungen aus den Nationalen Expertenstandards. Es ist davon auszugehen, dass die berechtigten Erwartungen pflegebedürftiger Personen nicht auf die Vermeidung eines körperlichen Schadens ausgerichtet sind, sondern auf die Möglichkeit die Lebenssituation und das Lebensumfeld nach eigenen Vorstellungen und so individuell wie möglich zu gestalten.

3.2.1. Die Bewertung der fachlich beeinflussten Ergebnisqualität

Die Bewertung der Fachlichkeit der professionellen Personen erfolgt durch die Erfüllung der Leistungs- und Qualitätsmerkmale, die durch die Selbstverwaltungspartner und die Fachverbände der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen erstellt wurden. Zurzeit findet eine grundlegende Überarbeitung statt. Es handelt sich dabei um sog. Qualitätsprüfrichtlinien (QPR).

Daneben existiert die „Charta der Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen“, die keine inhaltliche Ähnlichkeit mit den Vorgaben des Medizinischen Spitzenverbands der Kranken- und Pflegekassen (MDS) aufweist. Sie versteht sich als eine Konkretisierung verfassungsrechtlich zugesagter Rechte an die pflegebedürftigen Personen und bildet eine wichtige Grundlage für die Ausgestaltung würdevoller Pflege. Die Charta gilt als Impulsgeber für den gesamten Bereich der Pflege (vgl. BMFSFJ, 2018). Die insgesamt acht Artikel der „Charta der Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen“ machen keine inhaltlich-fachlichen Aussagen zu ihrer Implementation. Die Ausgestaltung obliegt den stationären Pflegeeinrichtungen selbst, was Möglichkeiten hinsichtlich einer freien Ausgestaltung und der Individualisierung eröffnet.

Beide Qualitätsvorgaben haben für stationäre Pflegeeinrichtungen eine besondere Relevanz für die Qualitätsentwicklung und konkurrieren um die Aufmerksamkeit der Führungskräfte.

Die „Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI Teil 2 – Stationäre Pflege“ (QPR) sind eine verbindliche Bewertungsgrundlage nach einheitlichen Kriterien. Sie erfolgt anhand eines einheitlichen Erhebungsbogens (vgl. MDS, 2018:8), mit dem die Mindestanforderung an die Ergebnisqualität erfasst werden (MDS, 2018:4). Ziel dieser und der überarbeiteten Richtlinien ist es, die Prüfung der Qualität der Pflege und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen weiter zu verbessern und zu sichern (vgl. GKV, 17.12.2018:4).

Die bisherigen externen Qualitätsprüfungen zur Bewertung der Ergebnisqualität aus dem Jahr 2008 beziehen sich auf personen- und einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte. Die Prüfung personenbezogener Leistungs- und Qualitätsmerkmale erfolgt durch die Inaugenscheinnahme von pflegebedürftigen Menschen, die Auswertung der Pflegedokumentation, der Auskunft⁴ zur Darstellung und Begründung sowie anhand konkreter Lebenssachverhalte durch die professionellen und pflegebedürftigen Personen (vgl. MDS; 2018: 9).

Fragen, die personenbezogene Leistungs- und Qualitätsmerkmale in Erfahrung bringen sollen, lauten z. B., ob die Eingewöhnung der pflegebedürftigen Menschen systematisch durch die Einrichtung begleitet wird (vgl. MDS, 2018:39). Es wird z. B. bei pflegerischen Interventionen, die im Zusammenhang mit der Mobilität erbracht werden, gefragt, ob bei allen pflegebedürftigen Personen die Risiken eines Sturzes erhoben werden und ob sich Interventionen der Risikovermeidung analog der Nationalen Expertenstandards anschließen (vgl. MDS, 2018:43). Die Antwortmöglichkeiten auf alle Fragen sind ja, nein oder trifft nicht zu.

Die Prüfung einrichtungsbezogener Leistungs- und Qualitätsmerkmale beziehen sich auf die Darlegung der Aufbau- und Ablauforganisation, der personellen Besetzung und anderen ausstattungsbezogenen Aspekte. Eine einrichtungsbezogene Frage, die auf Ausstattungsmerkmale abzielt, ist auf die Vorhaltung von Doppel- und Einzelzimmern (vgl. MDS, 2018:26), die Möglichkeit, die Zimmer mit eigenen Möbeln auszustatten oder ein Haustier mitzubringen, ausgerichtet (vgl. MDS, 2018:177). Die Antwortmöglichkeiten auf alle Fragen sind ja, nein oder trifft nicht zu.

Für die Bewertung der Ergebnisqualität werden 10 % oder maximal 8 der in der stationären Pflegeeinrichtung lebenden Personen zufällig ausgewählt und in die Prüfung mit einbezogen, d. h. insgesamt zwei pflegebedürftige

⁴ Die Berücksichtigung der mündlichen Auskünfte durch professionelle Personen ist im Jahr 2016 in die Qualitätsprüfrichtlinie aufgenommen worden. Zuvor war nur die pflegerische Verlaufsdocumentation maßgeblich bei der Bewertung der vorliegenden Ergebnisqualität

Personen mit den Pflegegraden 1 und 2, zwei mit dem Pflegegrad 3, zwei mit dem Pflegegrad 4 und zwei mit dem Pflegegrad 5. In diese geschichtete Stichprobe sollte im Falle einer Beschwerde über die pflegerische Versorgung die beschwerdeführende pflegebedürftige Person oder ihre Angehörigen integriert werden, um die Beschwerdegründe zu überprüfen (vgl. MDS, 2018:2).

Diese Vorgehensweise zur inhaltlichen Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität ist bei Pflegewissenschaftlern auf Kritik gestoßen, denn sie lässt aus ihrer Sicht wissenschaftliche Gütekriterien, ein fachlich abgesichertes Soll-Niveau und die Fokussierung auf Ergebnisqualität vermissen.

In ihren pflegewissenschaftlichen Gutachten vertreten Görres (2008), Weibler-Villalobos (2010) und Hasseler (2010) die Ansicht, dass die angewandten Methoden zur Erfassung der Ergebnisqualität nicht auf einer empirischen Forschung zu ihrer Eignung beruhen (vgl. Görres et al., 2008:4; vgl. Weibler-Villalobos, 2010:783), sondern überlassen es dem Prüfer, ein subjektives Urteil zur vorgefundenen Ergebnisqualität zu fällen (vgl. MDS, 2017: 10). Sie erfüllen damit nicht die Gütekriterien der Objektivität (vgl. Görres et al., 2008:5; vgl. Weibler-Villalobos, 2010:783; vgl. Hasseler, 2010 : V).

Laut Hasseler fehlt der Nachweis der Validität, um zu belegen, ob das Verfahren tatsächlich Pflegequalität bzw. Ergebnisqualität misst (vgl. Hasseler, 2010: V). Weibler-Villalobos folgt der Kritik und führt aus, dass jeder Prüfer mangels einheitlicher theoretischer Grundlagen eigene Einschätzungen vornimmt, sodass unterschiedliche Interpretationen möglich sind und die notwendige Objektivität nicht gegeben ist (vgl. Weibler-Villalobos, 2010:783). Das wiederum hat zur Folge, dass die Prüfberichte in ihrer Bewertung ein hohes Maß an Subjektivität der jeweiligen Verfasser erkennen lassen (vgl. Görres, 2008:6), was die Validität des Erhebungsbogens fragwürdig erscheinen lässt.

Die in den Qualitätsprüfrichtlinien intendierten Mindestanforderungen zur Feststellung der Fachlichkeit können laut Weibler-Villalobos nicht als eine Festlegung eines vorgegebenen Qualitätsniveaus gelten. Die Differenzen zeigen sich insbesondere in den Vorgaben zum Schutz der pflegebedürftigen Personen vor Gesundheitsschäden oder dem Nachweis fachlicher Standards, da sie das vermutete Qualitätsniveau teilweise in Richtung einer pflegerischen Mindestversorgung unterschreiten. Beispielhaft wird bei freiheitsentziehenden Maßnahmen nach dem Vorhandensein einer richterlichen Anordnung und der regelmäßigen Überprüfung der weiteren Notwendigkeit gefragt. Die optimalere Versorgung ohne die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und dem daher fehlenden Nachweis fachlicher Exzellenz im Sinne der Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen ist nicht relevant und wird somit nicht gefördert (vgl. Weibler-Villalobos, 2010:782).

Ein weiteres Beispiel ist die Erfassung des Qualitätskriteriums „Schutz vor Stürzen“. Es könnte in seiner Zielsetzung dazu führen, dass pflegebedürftige Menschen stark immobil werden (vgl. Weibler-Villalobos, 2010:782), da die Sturzprävention in der Einschränkung der Mobilität bestehen darf. Dies würde noch zusätzlich verstärkt, wenn die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen als Schutz vor Stürzen „nur“ technisch korrekt ausgeführt und nicht generell als Freiheitsentzug interpretiert wird (vgl. Weibler-Villalobos, 2010:782). Im Nationalen Expertenstandard „Sturzprävention“ wird die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen selbst aus Auslöser eines Sturzrisikos behandelt und deshalb als Intervention zur Sturzprävention abgelehnt (vgl. DNQP, 2013:14).

Ferner ist stark zu bezweifeln, dass pflegebedürftige Personen z. B. die Beschränkung ihres Bewegungsradius als die von ihnen gewünschte pflegerische Versorgung sehen. Damit widersprechen die sozialrechtlich geforderten Leistungs- und Qualitätsmindestmerkmale der von ihnen „angestrebten guten pflegerischen Versorgung“ (vgl. SGB XI, § 2, Abs.1).

Beide Beispiele der Festlegung eines Mindest-Niveaus oder der Nicht-Festlegung eines Qualitätsniveaus können zu Schlussfolgerungen bezüglich der Bewertung der Ergebnisqualität führen, die aus Sicht einer externen Prüfinstanz ausreichend ist, aber gleichzeitig nicht Ausdruck der aktuellen Fachlichkeit darstellt. Die geforderte „sozialrechtlich intendierte Fachlichkeit“ widerspricht damit der berufsrechtlich geforderten Fachlichkeit. Ein berufsrechtlicher Ansatz, wie die Entwicklung eines beruflichen Selbstverständnisses hinsichtlich des Umgangs mit ethischen und rechtlich komplexen Situationen (vgl. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Altenpflege, 2002: Punkt 4.1.), verfolgt auch die Auflösung widersprüchlicher, fachlicher Anforderungen, wie des Schutzes vor Schäden und der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Personen.

Eine weitere Kritik von Hasseler (2010) an den Qualitätsprüfrichtlinien bezieht sich auf die Leistungs- und Qualitätskriterien, die in der Mehrzahl Prozessmerkmale sind. Das bedeutet, von insgesamt 84 Merkmalen sind nur zwei für die Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität geeignet (vgl. Hasseler et al., 2010:87). Görres schließt sich der Kritik an, denn der vermutete Einfluss einer hochwertigen Prozessqualität auf die Versorgungsergebnisse ist empirisch kaum nachweisbar (vgl. Görres, 2002:132; vgl. Görres et al., 2008:20). Der Weg über die Erfassung von Prozessmerkmalen kann nur einen Kompromiss darstellen, wenn sie als Substitute für Ergebniskriterien herangezogen werden. So basieren die Vorgaben in den Qualitätsprüfrichtlinien des MDS auf empirisch nicht nachweisbaren Zusammenhängen zwischen Prozessen und Pflegeergebnissen (vgl. Hasseler, 2010:86). Dies kann im späteren Verlauf zu Ungenauigkeiten der Aussagen über die vorgefundene und veröffentlichte Ergebnisqualität führen.

Ein fehlender Subjektbezug bei den derzeit gültigen Qualitätsprüfrichtlinien lässt sich daran festmachen, dass die pflegebedürftigen Personen „in Augenschein genommen“ werden. Damit verbunden ist die Zuweisung einer passiven Rolle. Es ist nicht vorgesehen, einen Dialog mit den pflegebedürft-

tigen Menschen zu führen oder über ihre Bedürfnisse in der augenblicklichen Lebenssituation und dem Lebensumfeld. An dieser Tatsache ändert auch ihre standardisierte Zufriedenheitsbefragung durch die Prüfer nichts.

Aufgrund der Relevanz der externen Qualitätsprüfungen für die Pflegeversicherung und die stationären Pflegeeinrichtungen wurde die Kritik der Pflegewissenschaftler aufgenommen. Das führte zur Revision der Qualitätsprüfrichtlinien im Jahr 2019.

Für die wissenschaftsbasierte Neuordnung wurde das Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ aus dem Jahr 2011 (vgl. Wingenfeld et al, 2011) auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Es hatte zum Ziel, einen praxistauglichen Vorschlag für die zukünftige Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen zu erarbeiten. Zur Bearbeitung begleitender Fragestellungen wurden weitere Projekte durchgeführt. Zu nennen wäre das Projekt „Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)“ unter der wissenschaftlichen Leitung von Görres aus dem Jahr 2017. Das Projekt hatte zum Ziel, die bereits entwickelten Qualitätsindikatoren in der Praxis zu evaluieren. Im Zentrum stand neben der praktischen Umsetzung der Ermittlung von Qualitätsindikatoren auch ihre Eignung für die Verwendbarkeit in öffentlichen Qualitätsberichtserstattungen (vgl. Görres et al, 2017).

Die indikatorengestützte Bewertung der Ergebnisqualität erfolgt anhand von feststehenden Bewertungsregeln, durch die eine Aussage in Form einer Verhältniszahl über Ergebnisse für die Gesamtheit der pflegebedürftigen Menschen (oder eine definierte Teilgruppe) getroffen wird (vgl. Wingenfeld et al., 2011:7). Die Qualitätsindikatoren ermöglichen eine vergleichende Beurteilung von Ergebnisqualität, die methodischen Anforderungen genügt, in das interne Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen integrierbar ist und im Rahmen externer Qualitätsprüfungen prinzipiell erfasst und überprüft werden kann (vgl. Wingenfeld et al, 2011:5)

Der erste Grundgedanke, dass Ergebnisqualität vorrangig an Veränderungen des Gesundheitszustands und damit an der pflegebedürftigen Person festgemacht werden kann, ist konstitutiv für das wissenschaftliche Verständnis von Ergebnisqualität in der pflegerischen Versorgung (vgl. Wingenfeld et al, 2011:12) und wird durch eine methodisch angepasste Vorgehensweise ihrer Messung umgesetzt. Auch die Qualitätsmerkmale zur Operationalisierung von Ergebnisqualität sind an der körperlichen Verfassung der pflegebedürftigen Personen festzumachen, sodass sie sich auf ihre Person konzentrieren (vgl. Wingenfeld et al, 2011:13).

Die zukünftigen Qualitätsindikatoren lassen sich in verschiedene Gruppen einteilen:

Die sog. functional outcomes basieren auf körperlichen, psychischen und sozialen Funktionen, die vor allem im Hinblick auf Selbstpflegefähigkeiten und Fähigkeiten der Alltagsbewältigung relevant sind (vgl. Wingenfeld et al, 2011:15). Die in diesem Bereich versammelten Indikatoren geben Auskunft darüber, inwieweit sich eine stationäre Pflegeeinrichtung erfolgreich um den Erhalt der Selbstständigkeit in zentralen Lebensbereichen wie der Mobilität oder der Körperpflege bemüht (vgl. Wingenfeld et al, 2011:16). Die Festlegung von Qualitätsmerkmalen orientiert sich an den pflegerischen Problemlagen, die zuvor schon im Begutachtungsinstrument zur Erlangung eines Pflegegrades festgelegt sind (vgl. Wingenfeld et al, 2018:19).

Unter safety outcomes sind unerwünschte Versorgungsergebnisse zu verstehen, die die Sicherheit und Unversehrtheit der pflegebedürftigen Menschen betreffen, wie z. B. Stürze und die Entstehung von Dekubitalgeschwüren (vgl. Wingenfeld et al, 2011:15). Die Indikatoren in diesem Bereich beziehen sich durchgängig auf negative Folgen einer pflegerischen Versorgung, denn sie sind von elementarer Bedeutung für das Leben der pflegebedürftigen Personen, als eine Voraussetzung für Wohlbefinden und dem Führen eines bedürfnisgerechten Alltagslebens (vgl. Wingenfeld et al, 2011:16).

Krankheitsbezogene Ergebnisse, z. B. die Symptomkontrolle bei Schmerzen und der Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen werden als *clinical outcomes* bezeichnet. Es geht dabei um besondere Bedarfslagen, wie der fachgerechte Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit einer Demenz (vgl. Wingefeld et al, 2011:16). Auch diese Qualitätsmerkmale ergeben sich aus den Begutachtungsrichtlinien zur Erlangung eines Pflegegrades.

Die Neukonzeption der externen Qualitätsprüfung sieht ein Verfahren in drei Schritten vor: die Erhebung ausgewählter Qualitätsmerkmale zur Erfassung der Qualitätsindikatoren anhand des gesundheitlichen Zustands aller zu einem Stichtag lebenden pflegebedürftigen Personen zweimal jährlich (vgl. Wingefeld et al, 2018:13) und der Würdigung durch das interne Qualitätsmanagement. Einmal jährlich folgt die Überprüfung der Plausibilität der Datenermittlung für die Qualitätsindikatoren durch die externen Prüfer des MDK bei neun zufällig ausgewählten pflegebedürftigen Personen (vgl. Wingefeld et al, 2018:17f).

Die Prüfer verschaffen sich ein Gesamtbild zur vorgefundenen pflegerischen Situation und entscheiden, ob die jeweiligen Qualitätsmerkmale erfüllt sind oder nicht (vgl. MDS, 2018:9). Eine regelgeleitete Beurteilung unterstützt die Prüfer bei der Bewertung der vorgefundenen Ergebnisqualität (vgl. Wingefeld et al, 2018: 85).

Die Regeln für die Beurteilung der einzelnen Qualitätsaspekte weisen immer die gleiche Struktur auf. Ein Qualitätsaspekt ist in folgende Abschnitte gegliedert:

- die vordefinierte Qualitätsaussage
- die Informationserfassung durch die Unterstützung mit vorformulierten Leitfragen und
- ein Bewertungsschema und mit Hinweisen zu dessen Einsatz bei den einzelnen Qualitätsaspekten (vgl. Wingefeld et al, 2018:38).

Um die Erfüllung der Qualitätsaussage zu bewerten, müssen vom Prüfer Leitfragen beantwortet werden, die sich auf die fachgerechte Erfassung des

pflegerischen Bedarfs, die Beurteilung eines vorliegenden Risikos und die Berücksichtigung subjektiver Bedürfnisse wie z. B. der Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person beziehen (vgl. MDS, 2019).

Die Konzeption des neuen Prüfverfahrens liegt bisher nur in Projektberichten und noch unveröffentlichten Qualitätsprüfrichtlinien vor und ist noch kein Gegenstand eines pflegewissenschaftlichen Diskurses.

Einen alternativen Zugang zur Ergebnisqualität kann die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (2014) bieten. Es handelt sich dabei um die qualitätsorientierte Ausformulierung verfassungsrechtlicher Grundlagen, die für die Qualitätssicherung herangezogen werden können. Sie wurden vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegeben. Sie soll hilfe- und pflegebedürftige Menschen stärken, ihre grundlegenden und selbstverständlichen Rechte einzufordern, die sich aus dem Grundgesetz ergeben, indem sie ihre Erwartungen an stationäre Pflegeeinrichtungen äußern können. Die Einlösung der Rechte gilt dabei gleichzeitig als Qualitätsmerkmale und Zielsetzung für eine gute Pflege und Betreuung und kann ihren Ausdruck in einer für die pflegebedürftigen Personen erwünschten Ergebnisqualität finden. Für stationäre Pflegeeinrichtungen soll sie Orientierung und Leitlinie für die Gestaltung des pflegerischen Alltags sein (vgl. BMFSFJ 2014: Präambel; vgl. BMFSFJ 2018: Präambel). Die Charta besteht aus Artikeln in Anlehnung an das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland:

In Artikel 1 wird das Recht auf Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe angeführt. Hilfe- und pflegebedürftige Menschen können erwarten, dass ihre Entscheidungen und ihr Wille respektiert werden, um ihre individuellen Wünsche unter den gegebenen rechtlichen und tatsächlichen Möglichkeiten zu verwirklichen (vgl. BMFSFJ, 2014).

Sie haben, wie in Artikel 2 beschrieben, auch ein Recht, die erforderliche Unterstützung zu erhalten, um ein möglichst selbstständiges Leben führen

zu können. Auch wenn bereits erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen oder ein hoher Pflegebedarf bestehen, haben sie Anspruch darauf, dass alle notwendigen Maßnahmen ergriffen werden, um einer weiteren Verschlechterung vorzubeugen bzw. eine Verbesserung zu erzielen. Pflegerische Maßnahmen und Hilfestellungen sowie medizinische und therapeutische Behandlungen sollen so erfolgen, dass geistige und körperliche Fähigkeiten unterstützt und gefördert werden und darauf abzielen, dass ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden erhalten oder verbessert werden und dass sie die alltäglichen Verrichtungen so weit wie möglich selbst verrichten können (vgl. BMFSFJ, 2014).

Artikel 3 sichert ihnen das Recht auf Wahrung und Schutz der Privatsphäre zu. In ihrem persönlichen Lebensbereich muss ihnen mit Achtsamkeit und Respekt begegnet werden. In stationären Pflegeeinrichtungen können sie erwarten, sich zu Hause zu fühlen. Das bedeutet, dass sie ihre privaten Sachen (Wäsche, Möbel etc.) verwenden können, auch wenn sie sich den Wohnraum mit einer weiteren Person teilen (müssen). Dazu gehört unter anderem auch die Möglichkeit, ungestört telefonieren zu können (vgl. BMFSFJ, 2014).

Laut Artikel 4 dürfen sie auch erwarten, dass ihre Pflege gemeinsam mit ihnen abgestimmt wird und dabei ihre persönliche Zielsetzung oder Präferenzen berücksichtigt werden. Die gemeinsam abgestimmte Pflege besteht in erster Linie aus Maßnahmen, die ihre Mobilität und damit ihre Selbstständigkeit fördern können (vgl. BMFSFJ, 2014).

In Artikel 5 wird ihnen das Recht auf umfassende Information, Beratung und Aufklärung und die dazugehörigen Angebote zugesprochen. Dies beinhaltet auch den Anspruch auf ein offenes, verständliches und einfühlsames Gespräch über alle Maßnahmen und ihre Risiken (vgl. BMFSFJ, 2014).

In Artikel 6 wird der Anspruch auf Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe angesprochen. Leben sie in einer stationären Pflegeeinrichtung, können sie erwarten, Angebote zur Betätigung zu erhalten, die ihren Interessen

und Fähigkeiten entsprechen und ihnen Freude bereiten (vgl. BMFSFJ, 2014).

Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, verstanden als eine Auswahl und Übersicht über Qualitätsmerkmale, orientiert sich konsequent an den Grundrechten der pflegebedürftigen Personen und ihrer Verwirklichung durch die professionellen Personen in stationären Pflegeeinrichtungen. Sie sind kein Bestandteil einer externen Qualitätsprüfung oder anderer Verfahren der Qualitätssicherung oder -entwicklung, sondern werden im Rahmen einer Selbstverpflichtung angewendet. Durch die Freiwilligkeit ihrer Umsetzung drohen sie aufgrund der gesetzlichen Vorgaben im SGB XI in den Hintergrund zu geraten, obwohl oder gerade, weil sie sich der subjektbezogenen Perspektive widmen und diese unterstützen.

3.2.2. Die Wahrnehmung der Ergebnisqualität durch die pflegebedürftigen Menschen

Bei jeder externen Qualitätsprüfung nach den bisher gültigen Qualitätsprüfrichtlinien werden nach dem Zufallsprinzip 10 % der pflegebedürftigen Personen neben ihrer Inaugenscheinnahme auch zu ihrer Zufriedenheit mit der Versorgung in Pflege und Betreuung befragt. Dieser Zufriedenheitsbefragung liegt ein standardisierter Fragenkatalog zugrunde, der 16 geschlossene Fragen umfasst, die mit den Antwortmöglichkeiten „immer – häufig – gelegentlich – nie - keine Angabe“ (vgl. MDS, 2017:52) beantwortet werden können. Individuelle Ergänzungen durch einen Freitext sind nicht vorgesehen.

Der standardisierte Fragenkatalog ist in mehrere Komplexe unterteilt. Ein Fragenkomplex beinhaltet Fragen zum Verhalten der Mitarbeiter, z. B. „Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?“, „Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder

ganz selbst zu waschen?“, „Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?“, „Haben die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?“ (vgl. MDS, 2018: 120f.).

Ein weiterer Fragenkomplex fordert die pflegebedürftigen Personen auf, Service- und Beschäftigungsangebote oder die Reaktion auf ihre Beschwerden zu beurteilen, z. B. „Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?“, „Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote ihre Interessen?“, „Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?“, „Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?“ (vgl. MDS, 2017: 121f.).

Die Fragen fokussieren auf die Bewertung des Verhaltens der Mitarbeiter, das Einlösen des aktivierenden pflegerischen Ansatzes, die subjektive Wahrnehmung der Serviceangebote oder der Beschäftigungsangebote und der Möglichkeit, die Einrichtung zu verlassen, um das Freie aufzusuchen.

Die bisherigen Befragungsergebnisse der pflegebedürftigen Menschen bei externen Qualitätsprüfungen führten, wie in den Jahren zuvor auch im Jahr 2016 zu zwischen 90 % bis 99 % Zustimmung auf jede einzelne Frage. Von der sehr hohen Zustimmung bei der Befragung ist einzig die Frage, ob sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven gewendet hat, mit einer Zustimmung von 66 % und damit einer Ablehnung von 34 % beantwortet worden (vgl. MDS, 2017:93ff). Berücksichtigt sind dabei die Befragungsergebnisse von insgesamt 71.335 pflegebedürftigen Personen im gesamten Bundesgebiet.

Die hohe Zustimmung, die sich aus den Befragungsergebnissen ergibt, weisen nicht auf Qualitätsmängel hin, was sowohl die Vertreter der Pflegeversicherung als auch die Verantwortlichen in den Pflegeeinrichtungen zur Schlussfolgerung verleiten könnte, es liegen keine Hinweise für die Unzufriedenheit der pflegebedürftigen Personen vor. Es ergibt sich deshalb keinen Handlungsbedarf.

Die Ursachen für eine sehr hohe Zustimmung bei Befragungen von pflegebedürftigen Menschen sind vielfältig und weitgehend unabhängig von Aussagen zu ihrer Zufriedenheit. Forschungsarbeiten bestätigen, dass Menschen, die auf Unterstützung in Institutionen angewiesen sind, zu ausgesprochen positiven Zufriedenheitsaussagen und Bewertungen tendieren (vgl. Wingenfeld, 2010:7). Die Ergebnisse der Befragungen weisen kaum Varianz auf, gestatten deshalb wenige Rückschlüsse auf Qualitätsunterschiede (vgl. Wingenfeld, 2010:22) und bieten wenig Anhaltspunkte für die Aufdeckung von Qualitätsmängeln.

Ein Grund für die eingeschränkte Aussagekraft der Befragungsergebnisse könnte sein, dass die Erfassung der Versorgung aus der Perspektive von pflegebedürftigen Menschen theoretische und methodische Überlegungen voraussetzt, die eine vorherige Beschreibung des Konstrukts „Zufriedenheit“ einschließen (vgl. Wingenfeld 2003:10). So wird Zufriedenheit als emotionale Reaktion auf das Ergebnis eines kognitiven Soll-Ist-Vergleichs bezeichnet, dem die Bewertung des subjektiv wahrgenommenen pflegerischen Angebots (Ist-Zustand) gegenüber einer erwarteten Leistung (Soll-Zustand) zugrunde liegt. Die Bestätigung oder Nichtbestätigung ergibt den Grad der Zufriedenheit (vgl. Neugebauer et al., 2001:2). Am Beispiel der Zufriedenheitsbefragung in stationären Pflegeeinrichtungen kann davon ausgegangen werden, dass bei der Konstruktion der Befragung nicht auf eine theoretische Basis und nicht auf die verschiedenen Ausprägungen der Zufriedenheit Bezug genommen wird (vgl. Neugebauer et al., 2001:3; vgl. Wingenfeld, 2003:32). Auch die Identifikation verschiedener Arten der Zufriedenheit, wie die progressive Zufriedenheit, die resignative Zufriedenheit, die fixierte Unzufriedenheit oder die konstruktive Unzufriedenheit, von denen die Initiative zur Überwindung der unbefriedigenden Situation für die pflegebedürftigen Personen abhängen kann (vgl. Neugebauer et al., 2001:3), sind nicht zu erkennen.

Ein weiterer Grund für die Fragwürdigkeit der Befragungsergebnisse könnte sein, dass pflegebedürftige Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung

bei der Beantwortung von standardisierten Befragungen häufig mit einer „verdeckten Verweigerung“ reagieren. Anzeichen für verschiedene Formen „verdeckter Verweigerung“ sind erst im Laufe der Interviews zu erkennen, z. B. als Ausdruck von Desinteresse. Diese Menschen hätten aus freier Entscheidung nicht teilgenommen, tun dies aber, da ihnen kaum eine andere Wahl bleibt. Stattdessen beurteilen sie die Fragen alle eher positiv, um sich vor negativen Folgen zu schützen (vgl. Kelle, 2007:123) und ggf. damit ihre unmittelbaren pflegerischen Bezugspersonen nicht in Misskredit zu bringen. Hier tritt das Phänomen der sozialen Erwünschtheit auf.

Die Fragwürdigkeit eingesetzter Befragungsinstrumente resultiert auch daher, dass pflegebedürftige Menschen vermutlich eine andere Auswahl bestimmter Leistungs- und Qualitätsmerkmale der erbrachten Leistungen im Sinne von Prozessqualität wahrnehmen, z. B. Beziehungsgestaltung und Kommunikation zu den Pflegenden, Zeitorganisation des Tagesablaufes, Vollständigkeit der Versorgung, Belastungsminimierung und Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Verlässlichkeit der professionellen Personen und ihre Erreichbarkeit, das Bedürfnis nach Vertrautheit und personeller Kontinuität oder die Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit, die mit fachlich-professionellen Qualitätsmerkmalen nur eine begrenzte Schnittmenge aufweisen (vgl. Langenfeld, 2003:32, vgl. Görres, 2006:82).

Abschließend muss noch geklärt werden, welchen Stellenwert die Perspektive der pflegebedürftigen Menschen im internen Qualitätsmanagement einer stationären Pflegeeinrichtung einnimmt (vgl. Langenfeld, 2003:12). Sonst bleibt fraglich, ob die Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen letztlich etwas aussagen und Ausgangspunkt für eine Qualitätsentwicklung in Richtung der Zufriedenheit der pflegebedürftigen Personen darstellt. Es besteht also die Gefahr, dass es sich um Alibibefragungen handelt, deren Ergebnisse keine Bedeutung oder keine Bestätigung für die Arbeit des internen Qualitätsmanagements hat (vgl. Langenfeld, 2003:33). Für die pflegebedürftigen Personen wäre es entscheidender, dass die angebotene

Pflege und Betreuung zur Lösung ihrer jeweiligen Probleme beitragen (vgl. Langenfeld, 2003:7). Ihre Vielfalt entzieht sich möglicherweise dem begrenzten inhaltliche Umfang einer standardisierten Befragung.

Aufgrund der Kritik an den zurzeit angewandten Befragungsinstrumenten zur Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen mit der pflegerischen Versorgung wurde ein alternatives Instrument entwickelt. Inzwischen ist es üblich, den Kern der Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen als Lebensqualität zu bezeichnen (vgl. Wahl et al, 2014:21). Sie bildet den Bereich der *perceptual outcomes* ab. Dabei handelt es sich um die wahrgenommenen Einschätzungen zur Lebensqualität aus der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen, einschließlich der Beurteilung der geleisteten Unterstützung (vgl. Langenfeld et al, 2011:16). Diese bezieht sich auf das Vorhandensein und die anschließende Bewertung von individuellen Lebensbedingungen, die sich wechselseitig beeinflussen und zu einem subjektiven Wohlbefinden führen sollen. Lebensqualität äußert sich als Ausdruck von persönlicher Zufriedenheit oder empfundenem Glück (vgl. Staudinger, 2000:186; vgl. Daig et al., 2007:9; vgl. Langenfeld et al., 2012:12; vgl. Brunner et al., 2013:338).

Für das Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ wurden Qualitätsindikatoren und ein Befragungsinstrument für pflegebedürftige Personen erarbeitet, mit denen sich Ergebnisqualität zuverlässig messen und beurteilen lässt. Ihre Erfassung und Bewertung erstreckt sich auf zwei Bereiche: gesundheitsbezogene Indikatoren, die sich auf körperliche, mentale und soziale Aspekte beziehen und die Erfassung von Lebensqualität, die durch Befragungen von pflegebedürftigen Menschen zu ihrer Wahrnehmung erhoben werden (vgl. Langenfeld et al, 2011:4).

Für die zukünftige externe Qualitätsprüfung wurde im Rahmen des Projektes ein neues Befragungsinstrument entwickelt, das verschiedene Dimensionen von Lebensqualität berücksichtigt und Bezug nimmt auf das Modell von Lebensqualität nach Lawton.

So werden im Modell nach Lawton (1996) drei Bereiche benannt, die Ausdruck von Lebensqualität im Alter sein können: das subjektive Wohlbefinden, die Verhaltenskompetenz und die objektive Umwelt (vgl. Wahl et al, 2014:24). Die wahrgenommene Lebensqualität im Sinne des subjektiven Wohlbefindens, umfasst die körperlichen, psychischen und sozialen Lebensumstände, von deren Ausprägung die anderen Bereiche in hohem Maße abhängen. So besteht eine Abhängigkeit zur Verhaltenskompetenz, die die Fähigkeiten einer pflegebedürftigen Person bei der Alltagsgestaltung, ihre geistige Leistungsfähigkeit und ihre sozialen Fertigkeiten umfasst. Die objektive Lebensumwelt bezeichnet fördernde oder behindernde Bedingungen im direkten Lebensumfeld (vgl. Wahl et al, 2014:24).

Bei der standardisierten Befragung, die im Rahmen des Projektes entwickelt wurde, handelt es sich um eine Operationalisierung der einzelnen Dimensionen nach dem Modell von Lawton (vgl. Langenfeld et al, 2011), die auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet werden können: Die kognitiv-mentale Dimension ist auf eine realitätsgetreue Wahrnehmung objektiver Sachverhalte hin orientiert, u. a. die Qualität des Mahlzeitenangebots, Sauberkeit und Geruch in der Pflegeeinrichtung (vgl. Langenfeld et al, 2011:166).

In der interaktiven Dimension kommt Lebensqualität in Normen des „richtigen Handelns“ zum Ausdruck, die auf „Menschenwürde“, „Respekt“ und „Gerechtigkeit“ ausgerichtet sind. Erfasst werden u. a. der respektvolle Umgang aus der Perspektive der pflegebedürftigen Personen (angemessene Anrede, Höflichkeit der Mitarbeiter) (vgl. Langenfeld et al, 2011:207).

Die psychisch-emotionale Dimension des kommunikativen Handelns führt zur Lebensqualität, indem Emotionen und Wünsche „authentisch“ und unverfälscht zum Ausdruck gebracht und selbstbestimmt umgesetzt werden.

Gefragt werden hier u. a. nach einer bedürfnisgerechten Tagesstruktur und Beschäftigung, nach dem Aktionsradius mobilitätseingeschränkter Personen, nach der Privatheit oder der Mitarbeiterzeit für die einzelne Person (vgl. Langenfeld et al, 2011:189).

In der körperbezogenen Dimension können „Gesundheit“, „Leistungsfähigkeit“ und „körperliche Unversehrtheit“ als Umschreibung von Lebensqualität bezeichnet werden (vgl. Langenfeld et al, 2011:19). Erfasst werden hier das Ausmaß der ausreichenden Unterstützung bei Toilettengängen, beim Positionswechsel im Bett, beim Aufstehen oder Laufen etc. (vgl. Langenfeld et al, 2011:176).

Die Lebensqualität und die entsprechend operationalisierten Items haben zum Ziel zu erfassen, inwieweit die pflegebedürftigen Personen angeben, sich verlässlich in ihrer objektiven Umwelt und in ihrem neuen Lebensumfeld orientieren zu können, die im weiteren Verlauf zu einer gleichberechtigten Teilhabe an der sozialen Umwelt und einer authentischen Persönlichkeitsentfaltung mündet. Diese drei Dimensionen haben die körperliche Unversehrtheit und Leistungsfähigkeit zur Voraussetzung (vgl. Langenfeld et al, 2011:19).

Mithilfe des Befragungsinstruments und seiner Ergebnisse lassen sich die jeweiligen negativen Einflüsse verdeutlichen, die die ausgewählten Bereiche der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen gefährden können (vgl. Langenfeld et al, 2011:19). In der inzwischen vorliegenden Neufassung der Qualitätsprüfrichtlinien ist keine Befragung der pflegebedürftigen Personen vorgesehen. Es bleibt unklar, ob diese gestrichen ist oder in einer zweiten Stufe noch ergänzt wird.

Nach dem Konzept für eine indikatorengestützte Erfassung und Bewertung von Lebensqualität unter Leitung von Langenfeld folgte die Beauftragung einer weiteren wissenschaftlichen Arbeitsgruppe, dem „Modellprojekt zur Messung der Lebensqualität und subjektiven Wohlbefindens im Pflegeheim“ (MoMeL) als ein möglicher Gegenentwurf. Baas et al (2017) diskutieren im

Gegensatz zu Langenfeld das Modell von Lawton im Zusammenhang mit der Konzeption von Befragungen zur wahrgenommenen Lebensqualität kritisch, da es keine Bewertung von „gutem“ oder „schlechtem“ Leben vornehmen kann. Als objektive Verhaltenskompetenz lassen sich zum Beispiel funktionelle und kognitive Fähigkeiten beschreiben, die eigenständiges Leben ermöglichen und die objektive Umwelt beinhalten. Baas merkt an, dass die Erfassung objektiver Dimensionen von Lebensqualität keine Auskunft über das subjektive Empfinden geben können und es deshalb zu einer Diskrepanz zwischen beiden Perspektiven kommt (vgl. Baas, 2017:13).

Diese Diskrepanz wird als „Paradox des Wohlbefindens“ bezeichnet, bei dem widrige Lebensumstände oder offensichtliche Einschränkungen nicht automatisch zu einer negativen Bewertung des subjektiven Wohlbefindens führen müssen (vgl. Staudinger, 2000:186; vgl. Daig et al, 2007:8). Bei schwer betroffenen pflegebedürftigen Menschen sind Adaptationsprozesse zu beobachten, die sich in Veränderungen der subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes und damit der Lebensqualität niederschlagen (vgl. Brähler et al., 2003:3). So wird die eigene Lebensqualität von ihnen positiv eingeschätzt, auch wenn objektiv gesehen der Gesamtzustand schlecht ist (vgl. Staudinger, 2000:187; vgl. Brähler et al., 2003:3; vgl. Langenfeld, 2003:32).

Nach Baas et al. handelt es sich neben den Unklarheiten der Bewertung von subjektiven Empfindungen um eine verkürzte Betrachtung des Modells nach Lawton. Um genau dieser Beschränkung der Messung von Lebensqualität auf körperliche, gesundheitliche Aspekte und des Lebensumfeldes zu entgegen oder um solche Aspekte des Lebens wie emotionale Bindungen oder Aktivitäten mit zu berücksichtigen, hat Lawton seinerzeit sein Konzept in das der „positiven Lebensbewertung“ umbenannt und psychologische Konstrukte wie Zukunftsbezogenheit, Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Beharrlichkeit und Zweckhaftigkeit eingefügt (vgl. Baas et al, 2017:15). Diese inhaltliche Erweiterung führt weg von der Konzentration auf die von extern zu er-

fassenden objektiven Dimensionen und hin zu denen, die nur durch die subjektive Perspektive im Sinne von subjektivem Wohlbefinden erfasst werden können. Das führt in der Folge zur gedanklichen Trennung von subjektiven Empfindungen und der Erfassung von Lebensqualität (vgl. Baas et al., 2017:17). Das Modell nach Lawton eignet sich aus diesem Grund zur Erfassung von objektiven Dimensionen von Lebensqualität, die nicht gleichzeitig für eine subjektive Perspektive stehen können und den Subjektbezug einlösen.

Ein Ergebnis des Projektes MoMeL ist ein Gegenvorschlag eines Instruments zur Erfassung von Lebensqualität. Im Zentrum stehen Merkmale, die zur Beschreibung von subjektivem Wohlbefinden herangezogen werden. Basierend auf der Interpretation von sieben problemzentrierten Interviews mit pflegebedürftigen Menschen ergaben ihre Auswertung eine bewusste thematische Öffnung zu einem konsequenten Subjektbezug. Diese sind: die Beziehungen der pflegebedürftigen Menschen zu ihren Angehörigen und Mitbewohnerinnen, deshalb wird den Beziehungen und alltäglichen Interaktionen mit Angehörigen, Mitbewohnerinnen und Mitarbeitenden eine große Bedeutung für das subjektive Wohlbefinden zugesprochen. Die Bandbreite der Beziehungsgestaltung reicht von einer ablehnenden Haltung über ein neutrales, oberflächliches Nachbarschaftsverhältnis bis zu einem innigen, freundschaftlichen Verhältnis (vgl. Baas et al, 2017:60).

Die Dimension der Selbstbestimmung hat sich als zentral für das subjektive Wohlbefinden in der stationären Versorgung erwiesen. Zum einen haben alle pflegebedürftigen Personen subjektiv sehr unterschiedlich beschrieben, dass das Erleben von Selbstbestimmung für sie eine hohe Relevanz hat. Dabei geht es darum, über die „kleinen, alltäglichen“ Dinge zu bestimmen. Und es gibt einen Unterschied zwischen Selbstbestimmen und selbst-tun. Pflegebedürftige Personen wollen erleben, dass die eigenen Lebensgewohnheiten, Interessensgebiete und Hobbys, Wünsche und Bedürfnisse beachtet werden. Dazu gehört auch, in gewissem Umfang tun und lassen zu

können, was man möchte, sowie sich selbst sicher zu fühlen und nicht immer in der Öffentlichkeit bzw. unter Beobachtung zu stehen. Die eigene Selbstbestimmung ist den Betroffenen nicht immer bewusst und die dazugehörigen Wünsche oder Bedürfnisse können nicht immer klar formuliert werden. Das liegt einmal daran, dass das Leben im Pflegeheim überwiegend in der Gemeinschaft stattfindet und in der Interaktion auch Rücksichtnahme geübt wird. Zum anderen sind manche pflegebedürftige Personen nicht in der Weise gewohnt, sich auszudrücken und ihre Bedürfnisse zu benennen (vgl. Baas et al, 2017: 61), wie es für sie notwendig wäre.

Eine weitere Dimension beschreibt die Möglichkeit, den eigenen Lebensraum zu gestalten. Das aktuelle Leben im Pflegeheim unterscheidet sich wesentlich vom bisherigen Wohnen. Mit dem Einzug ins Pflegeheim ist vor allem die Reduktion des „eigenen“ Raums auf ein Zimmer oder weniger im Falle des Einzugs in ein Doppelzimmer verbunden. Möbel, Kleidung, Erinnerungsstücke usw. bleiben zurück in der bisherigen Häuslichkeit und manchmal können nur ausgewählte Stücke mitgenommen werden. Manche Menschen wollen den neuen Lebensabschnitt mit neuen Gegenständen beginnen und tragen die Erinnerungen eher im Inneren (vgl. Baas et al, 2017:62).

Grundlage der vierten Dimension ist das Wissen, dass sich das Leben im Pflegeheim deutlich von vergangenen Tagen unterscheidet und als eine gravierende Veränderung angesehen wird. Erschwerend kommt hinzu, dass der Umzug ins Pflegeheim nicht immer gewollt ist und selbstbestimmt entschieden wurde. Die Akzeptanz der gegenwärtigen Lebensumstände ist ein Prozess, der nicht nur im ersten halben Jahr im Pflegeheim wichtig ist, sondern bei jeder inneren und äußeren Veränderung wieder wichtig werden kann. Dies führt zu einer Akzeptanz im Umgang mit Veränderungen (vgl. Baas et al, 2015:63).

Die derzeit geplante Erfassung von Lebensqualität wird sich in der zukünftig geplanten Befragung von pflegebedürftigen Personen auf die Bewertung

von objektiven Faktoren konzentrieren. Dies ist nicht gleichzusetzen mit der Erfassung subjektiver Empfindungen, wie z. B. des Wohlbefindens und kann nicht mit dem in dieser Arbeit verfolgten Subjektbezug gleichgesetzt werden, der sich auf den selbst intendierten Umgang und die Gestaltung mit der Lebenssituation im Lebensumfeld der stationären Pflegeeinrichtung konzentriert.

3.3. Der Qualitätsvergleich für interessierte pflegebedürftige Personen und Wettbewerber

Die Ergebnisse der externen Qualitätsprüfung sind die Grundlage für die öffentliche Qualitätsberichterstattung, bei der es sich um eine Bekanntmachung von Prüfungsergebnissen handelt, die für alle interessierte pflegebedürftigen Personen und andere zugänglich sein muss.

Diese Verpflichtung ist bei den stationären Pflegeeinrichtungen, die sich entschieden haben, die Artikel der „Charta der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen“ umzusetzen, nicht vorgesehen. Sie können dies freiwillig und ohne Vorgabe an die Inhalte und die Form tun.

Auch die öffentliche Qualitätsberichterstattung nach externen Qualitätsprüfungen ist im SGB XI gesetzlich geregelt:

„Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden ...“ (SGB XI, §115, Abs 1a)

Die Prüfer des MDK schreiben im Anschluss an eine Qualitätsprüfung einen Prüfbericht und stellen die dort gesammelten Informationen analog zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen dar (vgl. MDS; 2018:16). Sie sieht ein einheitliches Format vor, aus dem die Beurteilung der einzelnen Qualitäts-

merkmale und ein zusammenfassendes Ergebnis in Form einer Note hervorgeht (vgl. QPR, Anlage 4, 2018:3). Das Gleiche gilt für die Ergebnisse der Befragung der pflegebedürftigen Personen (vgl. QPR, 2018:3).

Die stationären Pflegeeinrichtungen sind im Rahmen der öffentlichen Berichterstattung gehalten, ihre Prüfergebnisse an gut sichtbarer Stelle in der Einrichtung auszuhängen (vgl. QPR, Anlage 4, 2017:2). Sie wird ergänzt durch die Berichterstattung in einschlägigen Internetportalen der Pflegekassen oder anderer Sozialverbände. Beide Wege der Veröffentlichung ermöglichen, dass sich alle Interessenten, z. B. interessierte pflegebedürftige Personen, ihre Angehörigen, konkurrierende stationäre Pflegeeinrichtungen, Kostenträger etc. über die Prüfergebnisse informieren können.

Die stationäre Pflegeeinrichtung erhält neben den Informationen zum öffentlichen Qualitätsbericht einen Prüfbericht, der den Gegenstand und das Ergebnis der Qualitätsprüfung enthält, die in der Prüfung festgestellten Sachverhalte nachvollziehbar beschreibt sowie die konkreten Empfehlungen des MDKs zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten auflistet. Sie werden an die Landesverbände der Pflegekassen, den zuständigen Sozialhilfeträger und die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde (vgl. MDS, 2018:17) versendet. Dies entspricht einer Qualitätsberichterstattung innerhalb aller Prüfinstanzen in der stationären Altenhilfe.

Die öffentliche Qualitätsberichterstattung führte kurz nach den ersten Veröffentlichungen der „Pflegernoten“ zu Klagen bei den Sozialgerichten. Stationäre Pflegeeinrichtungen klagten gegen die Veröffentlichung der eigenen Pflegenote.

Das Sozialgericht Münster bekräftigte in seinem Urteil vom 24. Juni 2011 die Auffassung, dass der Beurteilung der Qualität der Arbeit von stationären Pflegeeinrichtungen in den sogenannten Transparenzberichten eine verfehlte Bewertungssystematik zugrunde liegt, da bei den Qualitätsprüfungen lediglich das Ausmaß der Dokumentation der Pflegeleistungen beurteilt wird. Im konkreten Fall führe dies zu einer Verletzung von Grundrechten des

Trägers. Deshalb sei die Veröffentlichung der Pflegenoten unzulässig. Zur Begründung führt das Gericht an, dass es um die Prüfung der Dokumentationsqualität geht und nicht um die vorgefundene Ergebnisqualität (vgl. Sozialgericht Münster, Az.: S 6 P 114/11).

Das Landessozialgericht Essen Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 15.11.2010, stellt sich mit seinem Urteil gegen das Sozialgericht Münster und hält die Veröffentlichung für rechtmäßig. Sie ist rechtmäßig, wenn die Noten auf einer neutralen, objektiven und sachkundigen Qualitätsprüfung des zuständigen MDKs basieren. Bewusste Fehltritte oder Verzerrungen sind nicht erkennbar. Eine stationäre Pflegeeinrichtung hatte unzutreffende Feststellungen des MDKs im Hinblick auf Hygiene und Sauberkeit angeführt und behauptete, sie sei zu schlecht bewertet worden. Sie befürchtete Wettbewerbsnachteile sowie einen Reputationsschaden (vgl. Landessozialgericht Essen, NRW, AZ 10 P 76/10 B ER).

Beide Entscheidungen der Sozialgerichte zeigen auf, dass stationäre Pflegeeinrichtungen versuchen, sich gegen die öffentliche Qualitätsberichterstattung zu wehren, um damit Konkurrenz zu vermeiden. Damit versuchen sie sich dem Wettbewerb um Qualität zu entziehen.

So zog der Ansatz des öffentlichen Qualitätsvergleiches einige Untersuchungen nach sich, die einen Zusammenhang zwischen den veröffentlichten Pflegenoten und strukturellen, regionalen oder ökonomischen Parametern bei den stationären Pflegeeinrichtungen aufzeigen sollten. Vorliegende Forschungsarbeiten behandeln z. B. den Zusammenhang von Pflegenoten und Entgelten, der Größe der Pflegeeinrichtung und der Notenvergabepraxis in den einzelnen Bundesländern durch den MDK, allerdings ohne die Nützlichkeit für den Verbraucher zu thematisieren (vgl. Weiss et al, 2014; vgl. Augurzky et al, 2011).

Die Klagen vor Sozialgerichten und die vorliegenden Forschungsarbeiten deuten darauf hin, dass die öffentliche Qualitätsberichterstattung einen Me-

chanismus zur Steigerung der Qualität ausgelöst hat und zu einem Qualitätswettbewerb führen kann. Damit dieser (theoretisch) funktioniert, müssen pflegebedürftige Personen aber über vergleichende Informationen zur Qualität der Einrichtungen verfügen, die laienverständlich und transparent sind (vgl. Hagen et al, 2014:12).

Erst im Jahr 2017 erfolgte eine bundesweite Untersuchung, die eine nutzerfreundliche Darstellung der Ergebnisse einer Qualitätsprüfung unterstützen soll. Eine transparente und nachvollziehbare Darstellung, so die Ergebnisse, erfordert zielgruppengerechte Qualitätsberichte und Anforderungen an die Ergebnisdarstellung im Sinne der Darstellung eines nachvollziehbaren Zusammenhangs der Berechnung aggregierter Daten, wie z. B. der „Pflegequote“ sowie Auskünfte über Personal, Dienst- und Serviceleistungen. Görres (2017) schlussfolgert daraus, dass sowohl die „Pflegequoten“ als auch Qualitätsindikatoren für die Zielgruppe der potenziellen Nutzer der Qualitätsberichte keine große Bedeutung einzunehmen scheinen (vgl. Görres et al, 2017:193). Dies stellt die öffentliche Qualitätsberichterstattung aufgrund eines fehlenden Informationsgehalts für die pflegebedürftigen Personen insgesamt infrage. Ohne diesen kann es ihnen nicht gelingen, die für sie vorteilhaftesten Entscheidungen für oder gegen eine stationäre Pflegeeinrichtung zu treffen.

Auch treffen sie keine Aussagen über die tatsächliche Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen (vgl. Görres, 2008:6; vgl. Friesacher, 2009:11) und vernachlässigen damit eine subjektbezogene Perspektive. Denn um besser auf die Lebenssituation von pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen einzugehen, sollten interpersonelle Faktoren – insbesondere das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen – eine wichtigere Rolle einnehmen (vgl. Görres, 2008:8), die auch eine Erlebnis- und Beziehungsdimension umfasst (vgl. Friesacher, 2009:11).

Diese Anforderungen scheinen nicht erfüllt zu werden, denn die geplanten Qualitätsindikatoren, zu denen es noch keine Aussagen über deren Veröffentlichung gibt, geben Auskunft über die Ausprägung einer sozialrechtlich ausgestalteten Fachlichkeit. Der geplante Wettbewerb ist einer um die Fachlichkeit, von der pflegebedürftige Personen davon ausgehen dürfen, dass diese in jeder stationären Pflegeeinrichtungen vorhanden sein sollte.

Dennoch wurde und wird das stark kritisierte Prüfsystem und das damit verbundene Notensystem oder das Indikatorenset der Öffentlichkeit zugänglich gemacht (vgl. Brechtel, 2010:16; vgl. Weibler-Villalobos, 2010:782) und soll pflegebedürftigen Menschen bei der Entscheidung für oder gegen eine Pflegeeinrichtung unterstützen (vgl. Görres, 2008:4; vgl. Weibler-Villalobos, 2010:783).

3.4. Die Überprüfung der professionellen Fachlichkeit als Wettbewerbsfaktor- ein Qualitätsbegriff mit Subjektbezug?

In der Gesamtschau auf die derzeitigen Bemühungen der Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen lässt sich eine Linie nachzeichnen, die Qualitätssicherung als ein Mittel zur Überwachung einer fachlich korrekten Pflege, zur Vermeidung von gesundheitlichen Schäden bei den pflegebedürftigen Personen nutzt und diese inzwischen als eine Prüfkultur etabliert hat. Gegenstand der externen Qualitätsprüfung ist die Feststellung der Erfüllung eines pflegfachlichen Mindest-Niveaus als Frage-Antwort-Verfahren, welches die Voraussetzung für eine erfolgreiche Qualitätsprüfung ist.

Im Zentrum der zukünftigen Qualitätsprüfung steht ein dialogisch angelegtes Fachgespräch als Vorgehensweise bei der Erstellung der personenbezogenen sozialen Dienstleistung, die den Prozess der Erschaffung von Qualität verdeutlicht. Darauf aufbauend werden Qualitätsindikatoren zu den Themen

Mobilität, Selbstversorgung etc. erhoben. Bei der Erhebung der Qualitätsindikatoren ist zu ermitteln, wie jeder einzelne Versorgungsprozess der pflegebedürftigen Person zu vorgegebenen Qualitätskriterien von den professionellen Personen bewertet wird. Ein dialogisches Vorgehen gemeinsam mit den pflegebedürftigen Personen ist sowohl in der derzeitigen als auch in der zukünftigen externen Qualitätsprüfung nicht vorgesehen.

Nach der Überprüfung der Fachlichkeit wird eine sog. „Pflegenote“ oder eine Ergebnisansicht der bewerteten Qualitätsindikatoren vergeben. Diese wiederum soll die Vergleichbarkeit der stationären Pflegeeinrichtungen untereinander ermöglichen und auf diesem Weg interessierten, pflegebedürftigen Personen die Auswahl einer Pflegeeinrichtung erleichtern. Allerdings ist die vergleichende Darstellung einer externen Qualitätsprüfung in ihren zielgruppenspezifischen Anforderungen noch weitgehend ungeklärt und unerforscht.

Ein Teil der externen Qualitätsprüfung nimmt zurzeit eine Befragung der pflegebedürftigen Personen zum Verhalten der professionellen Personen ein. Ihre Wahrnehmung ergänzt die zuvor festgestellte Fachlichkeit. So werden überblicksartig die fachliche und soziale Kompetenz der professionellen Personen öffentlich zugänglich. Diese kann für die Pflegeversicherung als ein Finanzier der pflegerischen Leistungen von Interesse sein. Für die pflegebedürftigen Personen, die ggf. andere Vorstellungen von Ergebnisqualität oder den vorgelagerten Versorgungsprozessen haben, spielt das hingegen keine große Rolle.

Bezug nehmend auf die unterschiedlichen Schwerpunkte der Qualitätsbegriffe kann konstatiert werden, dass es sich in der stationären Altenpflege um eine Prüfkultur handelt, deren Gegenstand die Bewertung der begrenzten, weil sozialrechtlich dominierten Fachlichkeit ist. Sie steht für die Zweckmäßigkeit der Erbringung einer fachlich korrekten pflegerischen Versorgung, die ein Mindestniveau erreichen sollte. Nach jeder externen Qualitätsprüfung wird die Bewertung als Note öffentlich gemacht, deren eigentliche

Zielsetzung die Information von interessierten, pflegebedürftigen Personen verfehlt und stattdessen die Aufmerksamkeit auf den Wettbewerb der stationären Pflegeeinrichtungen untereinander richtet. Für die Pflegeversicherung ist das gleichzeitig eine Möglichkeit, ein Preis-Leistungs-Verhältnis abzuleiten.

Handelt es sich bei der Kombination mehrere Qualitätsbegriffe in der stationären Altenpflege um einen mit Subjektbezug?

Offen bleibt trotz der Neuausrichtung der Qualitätssicherung und der damit verbundenen Qualitätsprüfungsvorgaben, welche pflegerische Fachlichkeit gefordert ist, um eine subjektbezogene Ergebnisqualität zu erzeugen. Sie schließt neben dem pflegfachlichen Wissen auch eine Methodenkompetenz ein, die das Verständnis des Einzelfalls mithilfe von beobachteten oder kommunikativen Methoden befördern kann. Dieses Erkenntnisinteresse bietet die Chance, die pflegebedürftige Person als einen eigenständigen Qualitätsfaktor zu sehen (vgl. Bräutigam, 2008:9), der mit seinen persönlichen, gesundheitlichen und soziokulturellen Merkmalen (vgl. Görres, 2008:20), einen bedeutsamen Einfluss auf die entstehende Ergebnisqualität hat. Dabei liegt die Betonung auf einem reziproken Zusammenhang zwischen den Komponenten qualitätsfördernder Interventionen für den pflegebedürftigen Menschen, vorliegende Systemmerkmale in den Institutionen, subjektive Merkmale und Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen (vgl. Görres, 2008:20).

Offen bleibt auch, ob das geforderte Mindestniveau mit den Vorstellungen der pflegebedürftigen Personen und die daraus folgende Zweckmäßigkeit übereinstimmen. Es scheint möglich, dass diese im Kontrast dazu stehen, da sie entweder andere Qualitätsmerkmale für relevant erachten und ergänzend dazu auch Vorstellungen zum Prozess der Erbringung einer personenbezogenen sozialen Dienstleistung haben.

Keinen Einfluss auf die Qualitätssicherung haben Ansätze oder der gesamte Qualitätsbegriff der Transformation. Sein Ziel wäre z. B. die Ermächtigung

der pflegebedürftigen Personen im Umgang mit ihren Einschränkungen, dem Ausbau ihrer Selbstständigkeit oder der Wahrung ihrer Selbstbestimmung. Qualität durch Transformation kommt nicht ohne Kommunikation und Interaktion zwischen den professionellen und den pflegebedürftigen Personen aus und stellt so einen subjektbezogenen Beginn der pflegerischen Unterstützung dar, der gemeinsam weiterentwickelt werden kann.

Mit Blick auf die Qualitätssicherung in der stationären Altenhilfe lässt sich ein fehlender konsequenter Subjektbezug feststellen. Die Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen ist ein Prüfprozess zwischen den Prüfern des MDKs und der professionellen Personen. Der auf dieser Ebene stattfindende Monolog oder Dialog schließt die pflegebedürftigen Personen systembedingt aus, auch wenn sie bei Zufriedenheitsbefragungen zu einem geringen Teil in die Prüfung integriert sind. Dieses Vorgehen ist kritikwürdig vor dem Hintergrund, dass sie über individuelle Ressourcen und Kompetenzen verfügen, die im Zusammenhang mit der Erstellung einer für sie positiven Ergebnisqualität genutzt werden könnte.

4. Die subjektbezogene Perspektive auf das Konstrukt der Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen und daraus resultierende Fragestellungen

Die Darstellung der Qualitätsbegriffe mit deren inhaltlichen Parallelen im Qualitätsverständnis und der Qualitätssicherung stationärer Pflegeeinrichtungen zeigt auf, dass die subjektbezogene Perspektive nur vereinzelte Ansätze wie eine Befragung vorsieht. Die vorhandenen Ressourcen und Bewältigungskompetenzen der pflegebedürftigen Personen werden nicht berücksichtigt, obwohl dies möglich wäre. Aufgrund dieser Voraussetzungen besteht die Möglichkeit, sie aktiv in die sie betreffende Qualitätsentwicklung mit einzubeziehen.

Möglicherweise steht ein Ergebnis - Qualitätskonstrukt, das die subjektbezogene Sichtweise der pflegebedürftigen Personen berücksichtigt, im Kontrast zu den aufgezeigten etablierten Qualitätsbegriffen und ihrer Umsetzung in der stationären Altenpflege. Dies könnte dazu führen, dass die Übertragung einer Qualitätsorientierung mit ökonomischen Anreizen, fachlichen Überprüfungen eines Mindestniveaus oder die Schaffung von Wettbewerbssituationen keinerlei Relevanz für eine subjektbezogene Erbringung von Ergebnisqualität entfaltet, da sie keinen Bezug zur individuellen Lebenssituation hat.

Möglicherweise hat der „stumme Konsument“ (vgl. Kelle, 2014:182) alternative Interessen, da er von den unterschiedlichen Wirkmechanismen der Qualitätsbegriffe und Qualitätsvorgaben keine Kenntnis hat oder er nimmt die ökonomische Ausrichtung der Qualitätsstrategie als selbstverständlich für sich in Anspruch. Er geht davon aus, dass ihm eine fachlich korrekte pflegerische Versorgung bei einem angemessenen Preis-Leistungs-Verhältnis zusteht. In beiden Fällen würde er keine Auseinandersetzung um Qualität erkennen und sich entweder passiv abwartend oder aktiv fordernd verhalten.

Möglicherweise möchte er die Rolle des stummen Konsumenten ablegen, kann dies aufgrund der ihm zugeschriebenen Erwartungen an einen pflegebedürftigen Menschen aber nicht ausdrücken oder tun. Seine Intention erlangt nicht das Gewicht in der Gegenüberstellung zu einer fachlichen Überprüfung der professionellen Personen. Es besteht die Gefahr, dass diese sich auf ihre eigenen Belange konzentrieren und von denen der pflegebedürftigen Personen ablenken.

In seinem Alltag steht er im Falle gesundheitlicher Einschränkungen und einem fortschreitenden Alternsprozess vor täglichen Problemen, die einer Lösung bedürfen und für die er die Unterstützung Dritter benötigt. Ergebnis-

qualität könnte sich dabei auf die Unterstützung bei Problemlösungen beziehen und nicht auf die Vermeidung von pflegerischen Risiken oder korrekt ausgeführten pflegerischen Interventionen.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass die subjektbezogene Sichtweise auf Ergebnisqualität Lücken aufweist, da sie bisher nicht systematisch in allen Qualitätsbegriffen und der Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege berücksichtigt wird. Deshalb richtet sich das Erkenntnisinteresse in dieser Arbeit auf das Verstehen der subjektbezogenen Sichtweise von Ergebnisqualität, um auf dieser Basis einen Qualitätsbegriff zu entwickeln oder die schon Vorhandenen zu ergänzen oder anzupassen. Dem besonderen Interesse gilt dabei die Art und der Umfang subjektbezogener Qualitätsaspekte und den sich anschließenden subjektbezogenen Vorgehensweisen, um eine „gute“ oder „schlechte“ Ergebnisqualität zu erschaffen.

Es lassen sich aus dem Erkenntnisinteresse heraus folgende Fragestellungen formulieren:

Welche Versorgungsergebnisse benennen die pflegebedürftigen Menschen, die im Zusammenhang mit der von ihnen gewünschten Ergebnisqualität stehen?

Welche konkreten subjektbezogenen Vorgehensweisen halten sie für angebracht, um die gewünschte Ergebnisqualität zu erreichen? Wie begründen sie ihr Handeln?

Welche Einflüsse in ihrem Alltag erleben sie als förderlich oder hinderlich, um die angestrebte Ergebnisqualität zu erreichen?

Welche über die obigen Fragestellungen hinaus gehenden Angaben machen die pflegebedürftigen Personen im Zusammenhang mit Ergebnisqualität?

5. Methodisches Vorgehen

Die gesetzlich vorgegebenen externen Qualitätsprüfungen in der stationären Altenpflege beziehen sich auf ein Konstrukt von Ergebnisqualität, was durch die vorliegende pflegerische Fachlichkeit der professionellen Personen geprägt ist. Sie beeinflussen die Beschaffenheit pflegerischer Versorgungsergebnisse positiv und können von Dritten überprüft werden. Ihre Ausprägung, so die Annahme, kann dazu führen, dass gute oder schlechte Versorgungsergebnisse erkannt werden und für eine interessierte pflegebedürftige Personen und deren Angehörige veröffentlicht werden sollten.

Eine gute pflegerische Fachlichkeit kann aber nicht unbedingt gleichgesetzt werden mit den Vorstellungen von guten Ergebnissen aus der Perspektive der pflegebedürftigen Personen. Ihre Vorstellungen von guten Versorgungsergebnissen können losgelöst von korrektem pflegerischem Vorgehen sein oder im Kontrast dazu stehen. Es besteht für sie keine Veranlassung, pflegefachliche Vorgaben in die eigene Gestaltung der Lebenssituation und des Lebensumfelds zu integrieren. In der Regel haben sie auch keine umfassenden Vorstellungen von ausreichender pflegerischer Fachlichkeit, sondern gehen vielmehr davon aus, dass diese bei ihrer Versorgung vorhanden ist und nicht hinterfragt werden muss.

Die bisherige Möglichkeit für pflegebedürftige Personen, ihre Wahrnehmung zu ihrer erlebten Ergebnisqualität zu äußern, geschieht bisher mithilfe standardisierter Befragungen und ohne eine ergänzende Möglichkeit, sich mit individuellen Beiträgen zu äußern. Sie werden dabei direkt befragt und sind gehalten, ihre Antwort spontan zu geben. Ihre Bewertung von Pflegeergebnissen umfasst die Ablehnung oder die Zustimmung zu vorgegebenen Qualitätsaussagen.

Für die Befragungen im Rahmen der externen Qualitätsprüfung wurden standardisierte Befragungsinstrumente entwickelt und eingesetzt, die einer

theoretischen Fundierung entbehren. Quantitativ ausgerichtete Befragungsinstrumente bilden zudem in ihrer Item-Auswahl oft nur einen im Vorfeld ausgewählten Ausschnitt der Realität von Dritten ab. Von daher besteht die Unsicherheit, ob und inwieweit die vorgegebenen Fragen und die Beantwortungsmöglichkeiten mit der tatsächlichen Relevanz von Pflegeergebnissen der Befragten übereinstimmen.

Die standardisierten Befragungen während der externen Qualitätsprüfungen sind zur Erfassung von Pflegeergebnissen nur eingeschränkt anwendbar, da sich die Fragen überwiegend auf die Bewertung von organisatorischen Rahmenbedingungen oder auf das Verhalten der professionellen Personen beziehen. Fragen zur persönlichen Wahrnehmung von persönlichen Fort- oder Rückschritten in der eigenen Lebenssituation oder im Lebensumfeld bleiben dabei aus.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, denn diese methodologische Vorgehensweise unterscheidet sich von den in der bisherigen Befragungspraxis angewandten quantitativen Verfahren.

Im Zentrum der vorliegenden Untersuchung steht das Verstehen der Schilderungen und eine schrittweise inhaltliche Analyse der eigenen Vorstellungen (vgl. Lamnek, 2010:54) der pflegebedürftigen Personen zu ihrer intendierten Ergebnisqualität. Die damit erreichbare Offenheit für Schilderungen und die sich anschließenden offenen Auswertungsoptionen ermöglichen herauszufinden, welche Qualitätsaspekte für pflegebedürftige Personen bedeutsam sind und wie sie diese für sich zu erreichen suchen.

Die methodische Vorgehensweise zur Beantwortung der Fragestellungen ist das Führen von narrativen Interviews bei pflegebedürftigen Personen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben. Ihre Auswertung erfolgt mittels der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring.

Narrative Interviews stellen aufgrund des ihnen innewohnenden Anreizes zum Erzählen und Berichten die inhaltliche Öffnung in den Mittelpunkt. Die Möglichkeiten zur ausführlichen Schilderung steigern das Bedürfnis, die angesprochenen Gegenstände zu benennen und durch Details, durch Begründungen und durch positive oder negative Erfahrungen zu ergänzen. Das Führen narrativer Interviews eignet sich deshalb zur Exploration von subjektbezogenen Sichtweisen, denn sie schafft den Raum zur Entfaltung der ihr innewohnenden Erzähldynamik ausführlich zu antworten (vgl. Flick, 2014:231).

Um herauszufinden, welche Aspekte von Ergebnisqualität für die pflegebedürftigen Personen relevant sind, wird zu Beginn des Interviews nach ihren persönlichen Wünschen und Zielen gefragt und damit ein Erzählauftakt gestaltet.

Die Aufforderung zur Formulierung von persönlichen Wünschen soll die Interviewpartner dafür öffnen, über spontane und emotionsgetönte Zukunftsszenarien zu berichten, ohne zugleich an die möglichen Schwierigkeiten ihrer Realisierung zu denken.

Die Frage nach persönlichen Zielen soll die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Interviewpartner angestrebte Ergebnisse und ihre Motivation zur Gestaltung der aktuellen und zukünftigen Lebenssituation und ihres Lebensumfeldes schildern. Die Frage nach Zielen dient zur Anregung der ausführlichen Erzählungen zu gewählten oder geplanten Vorgehensweisen. Ein Ziel zu haben und zu äußern, bedeutet sein Verhalten planvoll auf etwas in der Zukunft Liegendes und Sinnstiftendes auszurichten, dessen Erreichung positiv erlebt wird und als ein Güte- oder Qualitätsmaßstab für das eigene Handeln gelten kann (vgl. Brandstätter et al, 2018:331). Die Erläuterung persönlicher Ziele durch die pflegebedürftigen Menschen beinhaltet zudem die Strukturierung des persönlichen Verhaltens, indem sie gedanklich Handlungs- und Prozessabläufe über die Zeit und über Situationen hinweg vorwegnehmen, organisieren und entwickeln sowohl bezüglich des Inhaltes als

auch der Umsetzungsstrategien (vgl. Freund, 2003:234). Die Formulierung persönlicher Ziele beruht zudem auf, in ihrer Biografie wahrgenommenen und erlebten Zustände und Ereignisse, die für eine Person von individueller Bedeutung sind. Sie zeigen an, wonach eine Person in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation strebt und was sie in Zukunft in unterschiedlichen Lebensbereichen erreichen oder auch vermeiden möchte (vgl. Brunstein et al., 2007:27).

Für die Zusammenstellung eines theoretischen Samples wurden im Vorfeld soziale, persönliche und umweltbezogene Merkmale festgelegt, die die Interviewpartner auf sich vereinigen sollten, um die Gruppe der pflegebedürftigen Personen so breit wie möglich abzubilden. So sind alle Interviewpartner pflegebedürftig und leben in einer stationären Pflegeeinrichtung. Die Kenntnis ihres Pflegegrades ermöglicht im Vorfeld des Interviews eine grobe Einschätzung zum vorliegenden Abhängigkeitsgrad und der möglichen Nutzung eines Hilfsmittels. Des Weiteren wurden Merkmale wie das Geschlecht, ein unterschiedliches Alter, ein unterschiedlicher Familienstand, das Leben in einem Einzel- oder Doppelzimmer oder die Dauer des bisherigen Aufenthalts in der stationären Pflegeeinrichtung berücksichtigt.

Die Interviewtranskripte werden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2011) ausgewertet. Sie ist dazu geeignet, Prozesse des Denkens, Fühlens und Handelns zu einem zuvor festgelegten Gegenstand zu analysieren und zu interpretieren. Mit Unterstützung von im Vorfeld festgelegten Analyse- und Interpretationsregeln ist dieser Ansatz geeignet, die Perspektive von pflegebedürftigen Personen zu verstehen und für die Entwicklung einer subjektbezogenen Vorstellung von Ergebnisqualität zu übernehmen. Dies geschieht durch einen mehrschrittigen Verstehens- und Interpretationsprozess (vgl. Mayring, 2011:38) und dem Abschluss durch eine schrittweise abstrahierende und induktive Kategorienbildung.

Deshalb werden aus den Interviews die inhaltstragenden Textstellen identifiziert, die Angaben zu folgenden Themen machen:

- Die Benennung von Wünschen und die möglichen anschließenden Schritte, um sich diese zu erfüllen. Darunter können erfolgreiche oder erfolglose Handlungsstrategien, Anpassung der Handlungsstrategien, der Grund der Handlung und ihre Wirkung auf die Person selbst verstanden werden.
- Die Benennung von persönlichen Zielen und die möglichen anschließenden Schritte, um diese zu erreichen. Darunter können erfolgreiche oder erfolglose Handlungsstrategien, Anpassung der Handlungsstrategien, der Grund der Handlung und ihre Wirkung auf die Person selbst verstanden werden.
- Weitere Schilderungen, die im Zusammenhang mit der Lebenssituation in einer stationären Pflegeeinrichtung stehen und Hinweise auf eine angestrebte Ergebnisqualität geben.

Bezug nehmend auf die Fragestellung unterstützt die qualitative Inhaltsanalyse die Identifikation inhaltstragender Textstellen, die schrittweise Abstraktion von originalen Textstellen hin zu generalisierend beschreibenden Kategorien von Aspekten einer subjektbezogenen Ergebnisqualität und deren Erreichung.

5.1. Die Erhebung des Materials

Es wurden insgesamt 18 narrative Interviews mit pflegebedürftigen Personen geführt, davon waren 14 Frauen und vier Männer. Sie waren zwischen 72 und 98 Jahre alt. Die Interviews dauerten zwischen 17 und 61 Minuten (siehe Anhang).

Von den insgesamt 18 Interviews wurden 15 in die Auswertung einbezogen. Die zwei Interviews aus dem Pretest und eines, das als Gedächtnisprotokoll festgehalten wurde, weil ein Interviewpartner schwere Sprechprobleme hatte, wurden aufgrund ihrer eingeschränkten Verwertbarkeit nicht mit in die Auswertung einbezogen.

Die Kontaktaufnahme zu den pflegebedürftigen Personen erfolgte über verschiedene Mitarbeiter in verschiedenen stationären Pflegeeinrichtungen, z. B. Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen oder Mitarbeiter im internen Qualitätsmanagement. Aufgrund des Hausrechts der Leitung ist ihre Einwilligung nötig, um einzelne, dort lebende pflegebedürftige Personen aufzusuchen.

An sechs verschiedenen Terminen zwischen September 2015 und April 2016 fanden die Interviews statt. Die ersten zwei Interviews sind im Rahmen des Pretests entstanden. Der Pretest wurde gemacht, um die Konzeption des Interviews zu überprüfen und als Interviewerin praktische Erfahrung zu sammeln.

Zum verabredeten Termin wurden die Interviewpartner in ihrer Wohnumgebung aufgesucht. Während des Interviews waren bis auf eine Ausnahme keine Angehörigen im Zimmer anwesend. Sie kamen der Bitte nach, sich nicht am Interview zu beteiligen. Dies stieß auch auf Akzeptanz.

Die Interviews wurden als Audiodatei mithilfe eines Aufnahmegerätes aufgenommen. Die Interviewerin hielt sich während der Interviews zurück und beschränkte sich auf das Spiegeln oder die inhaltliche Nachfrage zu einer zuvor getätigten Aussage. Thematische Abschweifungen wurden toleriert, um die Einflussnahme so gering wie möglich zu halten. Das Ende des Interviews bestimmte der Interviewpartner, wenn er glaubte, die angesprochenen Themen erschöpfend beantwortet zu haben. Eine Interviewpartnerin beendete das Interview aufgrund von Müdigkeit. Eine andere Interviewpartnerin berichtete zum Ende des Interviews von sehr persönlichen Familienangelegenheiten und bat deshalb um das Ausschalten des Tonbands. Am Ende jedes Interviews wurden von der Interviewerin im Einzelfall Verständnisfragen gestellt, wenn für sie noch offene Sachverhalte zu klären waren.

Die Interviews konnten weitgehend ohne Störungen geführt werden, während zweier Interviews betraten Pflegende kurz das Zimmer, um an die bevorstehende Mahlzeit oder eine Freizeitveranstaltung zu erinnern. Alle Interviews konnten zu Ende geführt werden.

Alle Interviews wurden aufgezeichnet und deren Mitschnitt auf einer Audio-datei gespeichert. Die Tonbandmitschnitte wurden anschließend von der Verfasserin transkribiert und liegen somit in Textform vor.

Die Interviews wurden wörtlich transkribiert. Im Dialekt gesprochene Aussagen wurden buchstabengetreu transkribiert. Gefühlsregungen wie z. B. Lachen oder das Ringen mit Tränen wurden als Ergänzung in das Transkript aufgenommen, um die gesprochenen Worte in ihren Kontext zu stellen und damit in ihrer Bedeutung zu unterstreichen. Das Gleiche gilt für Redepausen, die als Klammern mit Punkten vermerkt sind. Eine Klammer mit einem Punkt (.) beschreibt eine kurze Pause z. B. ein kurzes Schmunzeln vor einem Themenwechsel. Eine Klammer mit drei Punkten (...) steht für eine lange Pause, z. B. während einer Denkpause oder des Ringens um Fassung.

Grundlegende thematische Abschweifungen, wie z. B. das Berichten von Familienangelegenheiten oder Kriegserlebnissen wurden aufgezeichnet, aber aus forschungspragmatischen Gründen nicht transkribiert, denn sie hatten keinen Bezug zum interessierenden Gegenstand. Dies betraf zwei Interviews.

Die transkribierten Interviews wurden durch ein Deckblatt ergänzt. Hier wurden die persönlichen Daten wie Alter, Aufenthaltsdauer in der stationären Pflegeeinrichtung, die besonderen Merkmale des vorliegenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfs und die Besonderheiten der Interviewsituation kurz beschrieben.

5.2. Die Auswertung des Materials

Die Deutung der Inhalte aus den Interviews erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring, 2010). Dabei wechselten sich die Schritte der Paraphrasierung, Generalisierung und Explikation (vgl. Mayring, 2010:65) ab.

Alle Interviews wurden in ihrer Gänze paraphrasiert, um die Struktur des gesamten Interviews zu erfassen. Dazu wurden alle Interviews verdichtend nacherzählt, um ihre Sprachebene anzugleichen. Dadurch wurde die Identifikation aller angesprochenen Inhalte und der Themenschwerpunkte eines Interviews möglich.

Aus den paraphrasierten Interviews konnten Kodiereinheiten identifiziert werden. Dabei handelte es sich um umfangreiche inhaltstragende Textstellen, die Auskunft über ihre Wünsche und Ziele über verschiedene Themengebiete der befragten Personen gaben, z. B. Bewegung, das Sturzerlebnis. Sie waren teilweise über das gesamte Interview verteilt und wurden deshalb zusammengeführt. Sich wiederholende und nicht inhaltstragende Textstellen wurden gestrichen.

Alle inhaltstragenden Textstellen wurden ein zweites Mal verdichtend nacherzählt und deshalb verkürzt in einem Satz reformuliert. Auf dieser Basis konnten die verdichteten inhaltstragenden Textstellen sortiert und gebündelt werden. Dabei wurden alle Textstellen mit gleichem Inhalt einer Gruppe zugeordnet. Die Bündelung führte zur ersten Bildung von Unterkategorien, die durch eine verallgemeinernde Reformulierung benannt werden konnten. Sich wiederholende Aussagen wurden wiederum gestrichen. Einzelne Unterkategorien verwiesen auf inhaltliche Zusammenhänge zu anderen. Diese inhaltliche Verbindung wurde separat dargestellt, um Begründungslinien herauszufiltern.

Die Bildung von sog. Unterkategorien sind der Weg zur ersten Generalisierung, der eine zweite folgte. Die Unterkategorien konnten nochmals zu themengleichen Überschriften gebündelt werden und um doppelte Aussagen bereinigt werden. Die Themenbündel wurden erneut mit einer kurzen und zusammenfassenden Überschrift mit den wesentlichen Aussagen reduziert reformuliert und damit generalisiert. Mit dieser Vorgehensweise entstanden die Kategorien (siehe Anlage im Anhang).

Die identifizierten Kategorien wurden nun in eine Reihenfolge gebracht. Sie entstand unter Berücksichtigung folgender Vorgehensweisen:

- die Kategorien stehen in einem chronologischen Zusammenhang, um z. B. eine zeitliche Abfolge bestimmter Ereignisse vor und während des Aufenthalts in einer Pflegeeinrichtung aufzuzeigen
- die Kategorien beziehen sich aufgrund ihrer inhaltlichen Aussage aufeinander
- die Kategorien weisen zusammengenommen auf ein einheitliches Gesamtkonzept hin

Die gefundenen Kategorien wurden in einem Explikationsschritt mit bekannten theoretischen Konzepten aus der Literatur verglichen, um ihre inhaltliche Nuancierung und ihre Einordnung in schon bestehende Wissensbestände vorzunehmen. Unter dem Begriff des theoretischen Konzeptes ist eine skizzenhafte Darstellung zu verstehen, die mit einer strukturierten, systematischen Herangehensweise entwickelt wurde. Die hier zugewiesenen theoretischen Konzepte zu den Kategorien ermöglichen die Darstellung auf einem Abstraktionsgrad, der die identifizierten Kategorien vom starken Alltagsbezug löst und sie so in allgemeingültigere und theoretische Aussagen überführt. Dies erforderte eine intensive Literaturrecherche, um im vorwiegend sozialwissenschaftlichen Literaturbestand zutreffende Konzepte etc. aufzuspüren. Rechercheleitend waren die Kernaussagen der gefundenen Kategorien. Es konnten nicht zu allen Kategorien entsprechende theoretische Konzepte identifiziert werden, weil diese zur speziellen Lebenssituation und

zum Lebensumfeld pflegebedürftiger Personen nicht gefunden werden konnten.

Dieser Schritt der theoretischen Abstrahierung der einzelnen Kategorie legte inhaltliche Zusammenhänge zwischen den Kategorien offen, sodass sich Anzeichen innerer Kohärenz zeigten, die allerdings zwischen den einzelnen Kategorien sehr unterschiedlich ausgeprägt waren. Ziel dieser Vorgehensweise war, die identifizierten Kategorien in einen übergeordneten theoretischen Kontext einzuordnen, um sie mit möglicherweise weiteren vorhandenen inhaltlichen Nuancen in ihrer Aussage zu präzisieren. Die Einordnung und die Gegenüberstellung der identifizierten Kategorie in schon bestehende theoretische Konzepte ermöglichte die Identifikation von weiteren inhaltlichen Nuancen, die der Kategorie zusätzliche inhaltliche Tiefe gaben.

Im letzten Schritt wurden die bereits bestehenden Kategorien nochmals reformuliert, wobei Anregungen aus den gefundenen theoretischen Konzepten berücksichtigt wurden. Im Anschluss daran wurden die nun reformulierten Kategorien zu einem Konzept zusammengestellt, um herauszufinden, inwieweit sie inhaltliche Zusammenhänge aufzeigen, die auf Wechselwirkungen zwischen ihnen hinweisen.

5.3. Reflexion des Forschungsprozesses

An dieser Stelle wird kritisch beleuchtet, wo die geforderte enge Überwachung des Forschungsprozess ggf. nicht gegeben war. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung werden zwei reflexionswürdige Aspekte diskutiert: die sog. Türsteherproblematik bei der Auswahl der Interviewpartner sowie die Festlegungen zum Erreichen einer theoretischen Datensättigung.

Im Rahmen der Kontaktaufnahme zu den Interviewpartnern mussten sog. „Türsteher“ in einer stationären Pflegeeinrichtung einbezogen werden. Darunter werden u. a. Mitarbeiter mit Leitungsfunktion verstanden, die aufgrund ihres Hausrechts um Erlaubnis für das Betreten der Einrichtung und

dem Führen von Interviews mit den pflegebedürftigen Personen gebeten werden mussten.

Einrichtungsleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen übernehmen möglicherweise die Funktion eines „Türstehers“ (vgl. Kelle, 2002:100: vgl. Wolff, 2017:342) und könnten so bewusst oder auch unbewusst Einfluss auf ihre Auswahl nehmen, indem sie pflegebedürftige Menschen vorschlagen, von denen sie sicher sein können, dass diese positiv über ihre Pflegeeinrichtung sprechen.

Die Türsteherproblematik kann bei der Auswahl der Interviewpartner dazu führen, dass diese nicht bis in den letzten Schritt offengelegt werden kann. In einzelnen Fällen bleibt auch im Rahmen dieser Arbeit unklar, welche Mitarbeiter d. h. Leitungspersonal und Mitarbeiter in der Bewohnerversorgung, die Vorschläge zur Teilnahme am Interview unterbreitet haben, auf wessen Basis die Liste der interessierten Teilnehmer entstanden ist.

Von einer theoretischen Datensättigung kann gesprochen werden, wenn die aus dem Material verfügbaren Schilderungen dazu führen, ein Konzept vollständig darzustellen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde ein theoretisches Sampling zusammengestellt, dessen Merkmale auf verfügbaren Informationen zu den Interviewpartnern beruhen. Diese Merkmale sind schnell verfügbare Informationen aus der pflegerischen Praxis und legten damit ihren Umfang fest. Es wäre allerdings denkbar, dass andere oder weiterführende Informationen, z. B. zu gesundheitlichen Einschränkungen das Material um zentrale Daten bereichert hätte. Die Erfassung dieser individuellen personenbezogenen Daten hätte im Vorfeld des Interviews ein intensiveres Gespräch mit den pflegebedürftigen Menschen verlangt und damit die Frage nach Wünschen und Zielen überdeckt. Die Schilderung von Krankheitsgeschehen und Pflegebedürftigkeit hätte ggf. die Anpassung der Ziele bedeutet, z. B. hin zu Vermeidungszielen als Reaktion auf ihren persönlichen Leidensdruck.

6. Subjektbezogene Gütemaßstäbe für die Gestaltung der Lebenssituation und des Lebensumfeldes

Aus der Perspektive der pflegebedürftigen Personen steht in ihrer Lebenssituation und in ihrem Lebensumfeld die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen im Zentrum. Diese ereigneten sich vor dem Einzug in die stationäre Pflegeeinrichtung und beschäftigen sie darüber hinaus. Sie möchten gerne wieder an ihr früheres Leben anschließen, bei dem das Erleben von Glück und Lebensfreude möglich war. Dazu ist für sie die Wahrung ihrer Identität, die Wiedererlangung ihrer Beweglichkeit und der Mobilität, die Gestaltung ihres privaten Wohnraums und das Erleben einer bestärkenden Sicherheit für sie von Relevanz.

Die ausgewählten Porträts geben Einblick in die persönliche Lebens- und Erlebenssituation einzelner Interviewpartner und stehen stellvertretend für zentrale Themen, die die pflegebedürftigen Personen mit einem subjektbezogenen Gütemaßstab ihrer eigenen Lebenssituation verbinden und im Rahmen der Auswertung der Interviews auch als Kategorien identifiziert werden konnten.

6.1. Frau G. ist zu Hause gestürzt

Frau G., 89 Jahre alt, ist seit drei Jahren bettlägerig und lebt genauso lange in der Pflegeeinrichtung, nachdem sie zu Hause gestürzt ist. Der Sturz in ihrer häuslichen Umgebung rief bei Frau G. völlige Hilflosigkeit hervor und deshalb wurde sie von Feuerwehrleuten in ein Krankenhaus gebracht. Sie hatte während zwei sich anschließenden Krankenhausaufenthalten versucht, mithilfe von Physiotherapeuten das Stehen und das Laufen wieder zu erlernen. Aufgrund mehrfacher folgender Therapieunterbrechungen ist ihr das damals nicht gelungen. Sie erhielt aus ihrer Sicht keine ausreichende Hilfe bei der Wiedererlangung ihrer körperlichen Beweglichkeit und die nicht

stattgefundenen Mobilisationsversuche haben dazu geführt, dass Frau G. nicht mehr laufen kann und ihr Leben unter diesen Umständen als wertlos ansieht. Aufgrund der ausgebliebenen und dadurch erfolglosen Mobilisationsversuche im Krankenhaus schlug eine Ärztin die Übersiedelung in eine stationäre Pflegeeinrichtung vor. Frau G. fühlte sich von ihr überrumpelt, weil sie ihr mit Nachdruck empfahl, in eine Pflegeeinrichtung zu ziehen. Allerdings musste sie auch einsehen, dass es keine Alternative zum Einzug in eine Pflegeeinrichtung gab.

Frau G. lebt seitdem in einem Einzelzimmer, in dem sie ausschließlich ihr Bett und den Nachttisch nutzen kann. So befinden sich sowohl auf dem Bett als auch auf dem Nachttisch alle wichtigen Utensilien für den täglichen Gebrauch, wie z. B. Schreibutensilien, Cremes, Getränke, Zeitung, Wochen Speiseplan, Telefon, Fernbedienung. Ein kleines Radio hat sie unter dem Kopfkissen verstaut. Ihre Utensilien muss sie in Reichweite liegen haben, damit kann sie das Klingeln nach den Mitarbeitern vermeiden und es auf die Begleitung zur Toilette reduzieren. Sie musste sich daran gewöhnen und akzeptieren, dass sie auch für sehr intime Vorgänge personelle Unterstützung benötigt. Da sie sich ausschließlich im Bett aufhält, trägt sie immer ein Nachthemd und eine Nachtjacke.

Ihr Lebensraum ist ihr Bett, das macht es ihr unmöglich, die Vorgänge außerhalb ihres Zimmers in ihrem Wohnbereich aktiv zu verfolgen. Dies erschwert Frau G. auch das Kennenlernen neuer Mitarbeiter, die irgendwann auch zu ihr in das Zimmer kommen, wenn sie nach Hilfe klingeln muss. Sie erwartet von den eingesessenen Kollegen, dass ihr die neuen Mitarbeiter vorgestellt werden, bevor sie das erste Mal ihr Zimmer betreten und dass dadurch bestimmte Regeln des Zusammenlebens eingehalten werden.

Seit einigen Wochen übt sie erneut mit einer Physiotherapeutin in der Pflegeeinrichtung. Inzwischen kann sie Stehversuche unternehmen, sie führen aber nicht zum gewünschten Erfolg, wieder laufen zu können. Die positive Rückmeldung durch die Physiotherapeutin erfüllt sie mit ein wenig Stolz,

auch wenn die Therapien für sie sehr anstrengend sind. Der erlebte Sturz wirkt sich immer noch unmittelbar auf ihre eigene Motivation und ihr Selbstwertgefühl aus.

6.2. Frau S. schätzt Kommunikation auf Augenhöhe

Frau S. ist 72 Jahre alt, lebt seit ca. einem halben Jahr in der Pflegeeinrichtung und war wegen ihres verletzten Beines seitdem aber immer wieder im Krankenhaus und in Rehabilitationskliniken. Bisher hat sie sich deswegen noch nicht richtig einleben können.

Sie kam direkt nach einem Krankenhausaufenthalt in die Pflegeeinrichtung und konnte sich nicht mehr von ihrer Wohnung verabschieden. Es war ihr bis jetzt nur möglich, einige wichtige persönliche Utensilien aus ihrer Wohnung besorgen zu lassen. Aus diesem Grund und weil sie in einem Doppelzimmer lebt, ist ihr Wohnraum sehr spartanisch eingerichtet. Sie teilt sich mit ihrer Mitbewohnerin WC und Dusche. Ansonsten hat sich jeder der beiden Frauen in einer Ecke des Zimmers eingerichtet.

Frau S. sitzt überwiegend in einem Rollstuhl, an den eine lange Beinschiene angebracht werden musste, auf die sie ihr vor Kurzem versteiftes Bein legt. Mit dem Rollstuhl kann sie alleine fahren. Zusammen mit einer Physiotherapeutin übt sie nun das Laufen, da der Rollstuhl mitsamt der Schiene einen sehr großen Bewegungsradius benötigt und sie das als störend empfindet. Sie möchte mit dem Rollstuhl nicht das Haus verlassen, sich auch nicht im Garten aufhalten. Sie benötigt viel Platz und fällt zwischen den anderen Bewohnern auf. Sie hofft, in absehbarer Zeit auf den Rollstuhl verzichten zu können.

Frau S. sind bisher zahlreiche Kommunikationshürden aufgefallen, mit denen sie sich beschäftigt und die ihren Unmut hervorrufen.

Mit ihrer Zimmernachbarin kann sie sich nicht unterhalten, weil diese nach einem Schlaganfall nicht mehr sprechen kann. Sie muss sich Gesprächspartner auf ihrem Wohnbereich suchen.

In der nächsten Zukunft rechnet Frau S. mit Renovierungsarbeiten in ihrem Zimmer. Diese kurze Information wurde bisher an sie weitergegeben. Sie ist nicht einverstanden mit der derzeitigen Informationspolitik durch die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung. Diese geben ihr keine weiteren Informationen, damit sie planen kann. Frau S. hält sich für geistig gesund und hat aus ihrer Sicht deshalb einen Anspruch auf eine umfassende Information.

Gerade zu Beginn ihres Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung litt sie unter starken Schmerzen. Dies äußerte sich bei ihr mit Wut, Unzufriedenheit und Weinen. Das wurde aber aus ihrer Sicht von den Mitarbeitern nicht verstanden und ernst genommen und führte im weiteren Verlauf zu Konflikten mit ihnen, weil sie ihr die Schmerzmittel nicht sofort verabreicht hatten, wenn sie darum bat.

Störungen des Arbeitsablaufes oder auch der Pausenzeiten des Pflegepersonals haben dazu geführt, dass es nicht bereit war, zeitnah zu helfen, wenn sie schnelle Hilfe benötigte. Sie hatte damit keine Möglichkeit, ihren Hilfebedarf zu kommunizieren.

Neben dem Auftreten von Kommunikationshürden erlebte sie die Mitarbeiter aber auch als sehr hilfreich, wenn sie auf sie persönlich eingingen und sie in Entscheidungen über ihre geplante Versorgung mit einbezogen oder ihr Tricks verrieten, wie sie z. B. trotz des unbeweglichen Beines die Toilette alleine aufsuchen konnte. Sie wurde dadurch motiviert, langsam wieder laufen zu lernen, damit der sperrige Rollstuhl überflüssig wird und sie wieder mit anderen Menschen „auf Augenhöhe“ sein kann.

6.3. Frau W. hat wieder laufen gelernt.

Frau W. ist 74 Jahre alt und lebt seit zweieinhalb Jahren in der Pflegeeinrichtung. Sie ist unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt in die Pflegeeinrichtung gezogen und bedauert es sehr, dass sie sich nicht mehr von ihrer eigenen Wohnung verabschieden konnte. Sie kam in einem desolaten gesundheitlichen Zustand in der Pflegeeinrichtung an. Mitarbeiter der Einrichtung und ihre Familie hatten sie fast aufgegeben.

Frau W. hat zuvor ca. zwei Jahre in einem Doppelzimmer gelebt und konnte erst vor einem halben Jahr in ein Einzelzimmer umziehen. Darüber ist sie sehr froh, da sie im Doppelzimmer drei sich nacheinander abwechselnde Mitbewohner hatte, die zum Teil an einer Demenz litten und Verhaltensauffälligkeiten wie Aggression zeigten. Es fiel ihr schwer, dies auszuhalten und wirkte sich deshalb negativ auf ihre eigene Genesung aus.

Die akute Erkrankung und ein Sturz hatten zu einer vorübergehenden Bettlägerigkeit geführt, die sie inzwischen durch viel Training und Durchhaltevermögen überwunden hat. Ihr erstes Ziel war, alleine auf die Toilette gehen zu können, um sich von der Hilfe der Mitarbeiter unabhängig zu machen. Inzwischen kann sie wieder alleine laufen. Dazu nutzt sie einen Rollator. Einzig das Verlassen der Pflegeeinrichtung ist ihr aufgrund von Gleichgewichtsstörungen nicht alleine möglich, da sie die Unebenheiten wie z. B. Bordsteine nicht überwinden kann.

Die wiedererlangte Beweglichkeit ermöglicht Frau W. aktiv an den Freizeitangeboten der Pflegeeinrichtung teilzunehmen. Die Freizeitangebote, die sich um Mobilität und Bewegung drehen, nimmt Frau W. gerne in Anspruch. Sie kommen ihrem Wunsch, ihre Selbstständigkeit weiter zu trainieren, sehr entgegen. An jedem Wochentag besucht sie Veranstaltungen wie Gymnastik, Gedächtnistraining, Musik- und Ergotherapie und gemeinsames Kegeln. Das Wochenende gehört dann ihr.

6.4. Frau R. möchte schön wohnen

Frau R. ist 90 Jahre alt und lebt in einem Einzelzimmer mit Dusche und WC, was mit verschiedenen Möbeln, die unterschiedliche Stilrichtungen repräsentieren, eingerichtet wurde. Sie lebt inzwischen fünf Jahre in der Pflegeeinrichtung, in die sie aufgrund einer sehr schweren Erkrankung, einhergehend mit vorübergehendem Sprachverlust, eingezogen ist. Inzwischen ist sie weitgehend genesen, kann wieder sprechen, beklagt aber noch einzelne Einschränkungen, z. B. fällt es ihr schwer, sich zu bücken oder zu schreiben, da sie den Stift nicht mehr richtig führen kann.

Sie legt Wert auf Wohnlichkeit und versucht, diese auch in ihrem Zimmer herzustellen, indem sie neue Möbel angeschafft hat. Ein wohnliches Zimmer versöhnt sie etwas mit dem Umstand, dass sie nun auf Dauer in einer Pflegeeinrichtung leben muss.

Frau R. konnte nur einen kleinen Teil ihrer Möbel mitbringen, da ihre Wohnung wesentlich größer war als das Zimmer in der Pflegeeinrichtung. Sie ist froh über ein eigenes Bad, da sie dies leicht ohne Hilfe erreichen kann. Zusätzlich zur individuellen Möblierung hat sich Frau R. mithilfe ihres Sohnes Erinnerungsstücke wie Urlaubsbilder anbringen lassen. Das gibt ihrem Zimmer die individuelle Note.

6.5. Frau L. schätzt Sicherheit

Frau L., zum Zeitpunkt des Interviews 77 Jahre alt, lebt seit ca. vier Jahren in der Pflegeeinrichtung. Sie bewohnt ein großzügig geschnittenes Einzelzimmer mit eigenem WC und Dusche. Sie hat sich beim Einzug neu eingerichtet und ihren eigenen Kühlschrank mitgebracht. Sie legt großen Wert auf Wohnlichkeit, die sich in Zimmerpflanzen, sorgfältig ausgewählten und aufeinander abgestimmte Möbeln und Teppichen zeigt.

Frau L. hatte einen Unfall, der ihr zu Hause widerfahren ist. Bei Arbeiten im Haushalt ist sie von der Leiter gefallen und hat sich eine Mehrfachfraktur der Wirbelsäule zugezogen. Sie hatte sich unabhängig von ihrem Unfall schon frühzeitig entschieden, im Falle von Hilfsbedürftigkeit in eine Pflegeeinrichtung zu ziehen, wurde aber aufgrund der schnellen Abfolge der Ereignisse trotzdem davon überrascht.

Dort angekommen zeigte sich, dass sie ihre eigenen Vorstellungen von Wohnlichkeit hatte. Dies führte zu Beginn zu Konflikten mit den Mitarbeitern, die keine Verantwortung für einen evtl. Sturz oder Unfall übernehmen wollten. Die Mitarbeiter sahen in dem mitgebrachten Teppich eine Stolpergefahr, die behoben werden musste. In einem Zimmer ohne Teppich fühlt sich Frau L. aber nicht wohl und übernahm deshalb die Verantwortung für einen evtl. auftretenden Sturz. Sie wies die Angebote zur Sturzprävention ab.

Aufgrund einer erneuten akuten Erkrankung, bei der sie schnelle Hilfe durch die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bekam, wurde ihre bewusst, dass die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter für sie zur Erfahrung von Sicherheit führte und bis heute positive Auswirkungen auf ihr Sicherheitsgefühl hat. Dieses übertrug sich auf ihr tägliches Leben, was im weiteren Verlauf auch zum Nachlassen ihrer Sturzneigung führte. Inzwischen hat sie wieder Vertrauen in ihre körperlichen Fähigkeiten gewonnen und kann die Einrichtung zeitweise z. B. zum Einkaufen verlassen.

6.6. Frau K. freut sich am Leben

Frau K. ist 98 Jahre alt und wohnt seit zwei Jahren in der Pflegeeinrichtung. Sie lebt in einem großzügigen Einzelzimmer mit WC und Dusche, das wohnlich eingerichtet ist. Sie ist trotz eingeschränkter Beweglichkeit und dem angewiesen sein auf ihren Rollstuhl auf Besuch eingerichtet und kann ihre Gäste an einem runden Tisch bewirten. Darauf legt sie großen Wert.

Frau K. hört sehr schlecht und antwortet mit kurzen und präzisen Sätzen oder auch mit Gegenfragen. Es ist ihr über das Interview hinaus ein Anliegen davon zu berichten, dass sie Deutsch in einer Berufsschule für Automechaniker unterrichtet hat, und das, obwohl sie nie einen Führerschein besaß. Sie hat sich auch ein Fotoalbum von ihrer Tochter hinlegen lassen, das die Fotos ihres 95. Geburtstag zeigt, den sie im Elefantenhaus eines Zoos zusammen mit ihrer Familie verbracht hat. Für ihren 100. Geburtstag plant sie eine ähnliche Feier, allerdings möchte sie dann andere Tiere erleben.

Frau K. drückt ihre Freude darüber aus, dass sie als Gesprächspartnerin ausgewählt wurde. Es scheint ihr nicht selbstverständlich, dass sich andere Menschen mit alten Menschen beschäftigen möchten und aus diesem Grund zu ihr kommen.

Auf die direkte Frage nach ihrem persönlichen Ziel gibt sie an, gerne 100 Jahre alt werden zu wollen. Das scheint ihr realistisch, da sie schon 98 Jahre gelebt hat. Die Gewissheit, 100 Jahre alt zu werden, führt sie auf ihre positive Lebenseinstellung zurück und bezeichnet sich deshalb als Optimistin, die sie immer schon war.

Sie sucht regelmäßigen Kontakt zu anderen Bewohnern in ihrem Wohnbereich. Auch hier schätzt sie es, angesprochen zu werden, um ein gemeinsames Gespräch zu führen. Ihre Kommunikationsfreudigkeit und ihr Bedürfnis, in Gesellschaft zu sein, ist Ausdruck ihres Optimismus und ihrer Lebensfreude, die sie sich auch in einem sehr hohen Alter und trotz körperlicher Einschränkungen bewahrt hat.

6.7. Umgang mit persönlichen Bewältigungsprozessen

Die individuellen Ursachen für den Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung und die darauffolgenden Bewältigungsstrategien werden durch sechs identifizierte Themenschwerpunkte repräsentiert. Sie beziehen sich erstens

auf die Ursachen als Erleben von und der Befürchtung vor weiteren kritischen Lebensereignissen, denen verschiedenen Bewältigungsstrategien folgen, um wieder Lebensfreude, Glück und Entlastung zu erleben. Im Detail konnten folgende Themenschwerpunkte identifiziert werden:

- Unerwünschte Ereignisse als Grund für den Heimeinzug und ihre Folgen
- Die Initiative zur Kommunikation und Interaktion als Ausdruck ihrer eigenen Identität
- Wiedererlangung und Erhalt von körperlicher Beweglichkeit und persönlicher Mobilität als Grundlage für die eigene Unabhängigkeit
- Gestaltung von privatem Wohnen und der unmittelbaren Nachbarschaft
- Erleben von Bestärkung durch Sicherheit in der stationären Pflegeeinrichtung
- Lebensfreude und das Erleben von Glück und Entlastung

Die unterschiedlichen Themenschwerpunkte werden durch eine unterschiedliche inhaltliche Breite und Tiefe repräsentiert, die auf einen unterschiedlich ausgeprägten quantitativen Umfang hinsichtlich der ausgewählten Textstellen in den Interviews zurückzuführen sind. So werden die Details der ersten drei Themenfelder „Unerwünschte Ereignisse als Grund für den Heimeinzug und ihre Folgen“, „Die Initiative zur Kommunikation und Interaktion als Ausdruck ihrer Identität“, „Wiedererlangung und Erhalt von körperlicher Beweglichkeit und persönlicher Mobilität als Grundlage für die eigene Unabhängigkeit“ in vielen Interviews angesprochen und deshalb in den inhaltlichen Aussagen breit und tiefgehend angelegt.

Die drei anderen Themenschwerpunkte „Gestaltung von privatem Wohnen und der unmittelbaren Nachbarschaft“, „Erleben von Bestärkung durch Sicherheit in der stationären Pflegeeinrichtung“ und „Lebensfreude und das Erleben von Glück und Entlastung“ werden quantitativ bewertet und weniger

angesprochen, was sich in einer geringeren Anzahl der ausgewählten Textstellen zeigt.

Die Interviewpartner erwähnen in den Interviews die Ursachen für den Einzug in die stationäre Pflegeeinrichtung. Damit schildern sie die vielfältigen Gründe, die ihn notwendig machen, z. B. akute oder chronische Erkrankungen, Sturzereignisse etc. Sie leiten in ihren Schilderungen dann auf ihre subjektbezogenen Handlungsschwerpunkte und Strategien über, die sie selbst angewendet haben oder einfordern, um ihre Lebenssituation zu gestalten, z. B. Bewegung und Mobilität, identitätswahrende Kommunikation und Interaktion. Ihre Umsetzung führt sie zu den von ihnen angestrebten Ergebnissen, die im Zusammenhang mit dem Erleben von Glück und Entlastung stehen.

6.8. Unerwünschte Ereignisse als Grund für den Heimeinzug und ihre Folgen

Der Themenschwerpunkt der unerwünschten Ereignisse als Grund für den Heimeinzug und ihre Folgen gibt zunächst Auskunft über die vorgelagerten Ereignisse, die die Interviewpartner vor dem Einzug in die stationäre Pflegeeinrichtung erlebt haben.

Als Gründe für den Einzug in die Pflegeeinrichtung lassen sich unterschiedliche Auslöser, wie z. B. akute oder chronische, krankheitsbedingte Auslöser begleitet vom Erleben, von externem Druck durch Ärzte oder Angehörige anführen. Der Grund des Einzugs in eine Pflegeeinrichtung ist für sie ein Ereignis, welches aufgrund akuter gesundheitlicher Probleme oder einer sich langsam entwickelnden Hilfebedürftigkeit auftritt und von externem Druck begleitet wird, dem sie nicht standhalten können. Unabhängig davon, ob sie seinerzeit eine bewusste Entscheidung für den Einzug in eine Pflegeeinrichtung getroffen haben, ist der Einzug selbst und der Zeitpunkt des Einzugs von Zweifeln begleitet. Diese Zweifel bleiben im Einzelfall zwischen

einem oder zwei Jahren bestehen und erst nach Auflösen der Zweifel können sie sich in der Pflegeeinrichtung zu Hause fühlen.

Für einige Interviewpartner stellen sich nach einer gewissen Zeit finanzielle Sorgen ein, denn sie können ihre Kosten für die Pflegeeinrichtung nicht alleine tragen, da sie entweder kein Vermögen haben oder es für den Heimaufenthalt schon verbraucht wurde. Damit erleben sie zusätzlich zu ihrer körperlichen auch eine drohende finanzielle Abhängigkeit und damit ein weiteres unerwünschtes Ereignis.

Frau W. ist in ihrer Wohnung gestürzt, weil es in der Wohnung zu eng war, um mit Hilfsmitteln zu hantieren, die vor einen Sturz bewahren sollten. Sie stürzte und konnte sich nicht alleine helfen und musste fremde Hilfe rufen.

„... ich konnte in der Wohnung nicht mit dem Rollator fahren, weil die Türen so eng waren im Neubau, da bin ich eben häufig gefallen, nachts aus dem Bett gefallen, weil ich kam nicht alleine rein, dann musste ich telefonieren und Hilfe holen, auch fremde Hilfe ...“ (Interview 7, Zeile 95–99).

Frau N. erlebt die langsame Verschlechterung der Funktion der Sinnesorgane, d.h. ihrer Augen und dies machte ihr das Leben in der eigenen Wohnung unmöglich. Hinzu kam noch, dass sie alleine in ihrer eigenen Wohnung gewohnt und keine familiäre Unterstützung hatte. Die sich langsam anbahnende körperliche Einschränkung führte bei ihr immer wieder zu Zweifeln, ob der Einzug in die Pflegeeinrichtung wirklich die richtige Entscheidung zum richtigen Zeitpunkt war oder ob es nicht auch zu Hause noch länger funktioniert hätte. Sie überlegt, ob der Einzug in die Pflegeeinrichtung zu vermeiden gewesen wäre.

„... ich bin dann hierhergekommen, weil ich keinen mehr habe auf die Dauer und mir klar geworden ist, vor allem als ich wusste, dass es mit den Augen nun endgültig zu Ende geht, (..) sie können ja nicht alleine zu Hause leben, wenn sie nichts sehen, das geht einfach nicht (...) einer muss wenigstens da sein, der sich um einen kümmert, (..) dann habe ich mich entschlossen, ich habe es bereut, bereut ist zu viel gesagt, ich bin mir sofort darüber im Klaren gewesen, dass es nicht anders geht ...“ (Interview 9, Zeile 125–131).

Nach dem Eintreten eines akuten oder sich langsam anbahnenden, unerwünschten Ereignisses folgt meist ein ungeplanter Krankenhausaufenthalt. Hier drängen sich dann eine Vielzahl von Entscheidungen in kurzer Zeit auf, die sich um die gesundheitliche Versorgung, um den Verbleib in der eigenen Wohnung etc. drehen und an denen eine Reihe von vertrauten, aber auch fremden Menschen mitwirken.

Gleich zu Beginn des Interviews schildert Frau G. ihre Situation beim Einzug in die Pflegeeinrichtung, den sie als Verlust ihres früheren Lebens empfindet. Sie fühlte sich von der behandelnden Ärztin im Krankenhaus unter Druck gesetzt, eine Entscheidung zu fällen, auch wenn ihr klar war, dass diese Entscheidung unausweichlich war.

„... ich kann nur jedem raten, nicht in ein Heim zu gehen, wenn man nicht unbedingt muss, sag ich ganz ehrlich, Sie haben dann nichts mehr, ich bin hier hergekommen, ich war im Krankenhaus und konnte dann nicht mehr richtig laufen, sagt die Ärztin, nach Hause können Sie aber nicht, sie wohnen drei Treppen hoch und haben keinen Fahrstuhl und Sie sind alleine und Sie müssen ja auch versorgt werden, jetzt wenn ich manchmal darüber nachdenke, bin ich ja überrumpelt worden, aber auf der anderen Seite, zu Hause hätte ich jetzt auch nicht alleine sein können, wie soll das mit dem Waschen gehen und zur Toilette kann ich ja auch nicht laufen und stehen, also blieb nur das Heim ...“ (Interview 4, Zeile 7–17).

Frau S. fühlte sich nach einem akuten gesundheitlichen Ereignis unter Druck gesetzt, der von ihren Angehörigen und von den behandelnden Ärzten auf sie ausgeübt wurde. Dieses Erleben von externem Druck beschleunigte sie in ihrer Entscheidung, in die Pflegeeinrichtung zu ziehen.

Ihre Angehörigen sehen sich nicht mehr in der Lage, beim Eintreten eines Anfalls oder einem Sturz zeitnah mit Hilfestellungen zu reagieren und möchten weitere Ereignisse verhindern.

„... ich krieche mal ‘nen Anfall, still lag ich da, ich konnte hinterher nicht laufen, dann hab ich bei den Kindern angerufen, dann kamen die, das eine Mal hatte ich es so schlimm, da kam dann meine Tochter, mein Sohn, die kamen und sachten: Du Mutti, jetzt ist Schluss, entscheide dich, entweder du gehst jetzt ins Heim oder

du gehst nicht, aber dann kommen wir nicht mehr, wenn du uns brauchst ...“ (Interview 3, Zeile 278–283).

Frau N. schilderte, dass die behandelnden Ärzte auf eine schnelle Entlassung aus dem Krankenhaus drängten, um den dortigen Aufenthalt von ihr nicht in die Länge zu ziehen. Es scheint ihr keine Alternative zur Pflegeeinrichtung angeboten worden zu sein, da ein Leben zu Hause für unmöglich gehalten wird.

„... also ich war im Krankenhaus in N.N, im N.N.-Krankenhaus, und da hatte der Arzt von heute auf morgen gesagt, ich müsste aus dem Krankenhaus raus und zu Hause dürfte ich nicht alleine bleiben ...“ (Interview 11, Zeile 68–71).

Ein ärztlicher Rat führt zur Entscheidung für den Einzug in die Pflegeeinrichtung. Dabei spielen auch pragmatische Überlegungen eine Rolle, wie bei Frau M. deutlich wird. Diese führten im Anschluss an den Einzug zur notgedrungenen Akzeptanz der Lebenssituation.

„... na ja die Ärzte sehen, der hat mir einen guten Rat gegeben, sie sind jetzt 93, ein Haushalt führen ob das..., so machen sie ja einen guten Eindruck, aber einen Haushalt versorgen, sie wissen ja, was man da machen muss, und dann sagt er, wenn Sie sich sowieso umstellen müssen, dann würde ich doch einen Heimplatz (.) und ich fühl mich hier auch ganz wohl (...) (wirkt sehr nachdenklich) ...“ (Interview 15, Zeile 65–70).

Der bewussten Gestaltung des Einzugs in eine Pflegeeinrichtung, wie ihn Frau L. gestaltet hat, kann auch eine frühzeitige Entscheidung zu diesem Schritt vorausgehen. Der Druck, der im Falle von Hilfebedürftigkeit auf der gesamten Familie lastet, konnte so verringert werden. Ihre Angehörigen erleben die selbstgefällige Entscheidung für den Umzug als eine Entlastung, da die Auseinandersetzung darüber nicht mehr hinausgezögert werden muss.

„... meine Töchter sagen, Mutti, wir sind dir dankbar, dass du uns mal diese Entscheidung abgenommen hast, nicht wie Oma und Opa, und das ist es, meine Kinder wissen, sie gehen auch einmal ins Heim, ich sage immer, ich lebe euch das vor ...“ (Interview 18, Zeile 164–167).

Die unerwünschten Ereignisse, die den Einzug in die Pflegeeinrichtung sehr bald nach sich ziehen, lassen kaum Zeit für die Reflexion der Geschehnisse. Zwischen dem unerwünschten Ereignis und dem Einzug liegen oft nur wenige Tage. Das Übersiedeln in eine Pflegeeinrichtung können deshalb nicht alle Interviewpartner bewusst erleben und beeinflussen.

Aufgrund der schweren Erkrankung nahm Frau K. die Details rund um ihren Einzug in die Pflegeeinrichtung kaum wahr und kann sich deshalb nicht an das Einzugsdatum erinnern. Ihr Ehemann kann ihr bei der Erinnerung behilflich sein, damit sie für sich die genaue Zeit des Heimaufenthaltes rekapitulieren kann.

„... mein Mann sacht, schon seit dem 9. März vorigen Jahres, ich weiß es nicht, ich weiß, wie ich hergekommen bin, aber wann weiß ick nich ...“ (Interview 12/13, Zeile 161–162).

Ein akutes Krankheitserleben, wie bei Frau M. eine neu aufgetretene Krebserkrankung, stand im persönlichen Erleben so im Vordergrund, dass der Einzug in die Pflegeeinrichtung in den Hintergrund rückte. Nach ihrer Genesung empfindet sie den Einzug in die Pflegeeinrichtung als das Ende ihres bisherigen Lebens. Dabei stellt die Wohnungsauflösung für sie eine Zäsur dar, die nicht mehr rückgängig gemacht werden kann und die Endgültigkeit verdeutlicht.

„... ja, aber das ging so schnell das ganze Geschäft, da war ich noch gar nicht so gesundheitlich wie jetzt, da war ich gerade aus dem Krankenhaus gekommen, ich habe ja doch monatelang rumgekämpft mit meinen Krebs, und da war ich so interesselos, wissen Sie, ich möchte nichts hören und nichts sehen, und dann kam das hier so ganz schnell ... und dann haben sie meine Möbel, das sind ja auch nicht mehr die neuesten, die habe ich ja mein ganzes Leben, die haben wir dann verschleudert ...“ (Interview 15, Zeile 189–196).

Persönliche Zweifel, Schwierigkeiten und deren Zerstreung prägen das Einleben in die Pflegeeinrichtung. Sie münden oft in die Akzeptanz der Situation, weil die körperliche und seelische Befindlichkeit nicht so stabil ist, als

dass sie die erlebten Ohnmachtsgefühle und die erlebte Ausweglosigkeit hinter sich lassen können.

Der Einzug in die Pflegeeinrichtung wird von Frau S. als unvermeidlich angesehen und führt dazu, dass sie die Situation so akzeptieren muss, wie sie ist. Es stellt sich bei ihr das Gefühl von Ohnmacht ein, das durch ihre eingeschränkte Beweglichkeit noch verstärkt wird.

„... , weil ich allein zu Hause nicht mehr klargekommen bin, so war das, ist zwar nicht schön für mich, musste aber so sein, ich musste das einsehen, das ist schwierig für mich, weil ich sehr mobil war früher, und da ist es jetzt für mich schlimm, weil ich nicht mehr laufen kann ...“ (Interview 6, Zeile 4–8).

Das Gefühl, das Richtige getan zu haben, stellt sich bei Frau W. erst lange nach dem Einzug ein und führt dann für sie zu einem inneren Gleichgewicht und der Aussöhnung mit der neuen Lebenssituation.

„... es ist mir so schwergefallen, einfach alles im Stich zu lassen, heute weiß ich, das war das einzig Richtige, der einzig richtige Weg ...“ (Interview 7, Zeile 230–232).

Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung wird nicht als ein Umzug gesehen, bei dem der Hausstand von A nach B transportiert wird und der Wohnort gewechselt wird.

Die tiefgehende und einschneidende Bedeutung eines Einzugs in eine Pflegeeinrichtung beschreibt auch Herr K. indem er betont, dass es mehr als ein Umzug ist, auch und trotzdem er schon längere Zeit seine Ehefrau in der Einrichtung besuchte, bis er selbst dort einziehen konnte.

„... es ist nicht einfach, wenn man hier rinn kommt, dann muss man sich erst hier einleben und Pipapo, und das ist nicht so einfach, einfach rin und jut, als wenn man neu umgezogen ist, das ist janz was andres ...“ (Interview 12/13, Zeile 225–227)

Auch der Umzug von einer Pflegeeinrichtung in eine andere, wie es der Sozialhilfeträger z. B. aus finanziellen Gründen anrät, stellt Ehepaar K. vor große Probleme, die sie gerne vermieden hätten. Sie möchten nach einem

Einzug in die Pflegeeinrichtung nicht noch einmal fremden Menschen in einer anderen Pflegeeinrichtung ihre Hilfebedürftigkeit offenbaren und sich an einem neuen Ort einleben müssen.

„(.) ich sollte in ein anderes Heim, hab ick abgelehnt, mach ich nicht mehr, ich hatte hier so viel Schwierigkeiten mich einzugewöhnen, daran zu gewöhnen, dass ich sitzen muss, aufrichten, dass ich klingeln muss, wenn ich nachts mal muss ...“ (Interview 12/13, Zeile 155–159).

Es ist abhängig von den finanziellen Möglichkeiten der Interviewpartner, ob und wann sie erleben, dass ihre Geldmittel nicht mehr zur weiteren alleinigen Finanzierung ihres Heimaufenthaltes ausreichen.

Finanzielle Sorgen nach dem Einzug in die Pflegeeinrichtung und der für die Zukunft absehbare Bezug von Grundsicherung führen zu einem Ohnmachtsgefühl und dem Erleben von Abhängigkeit. Bei einigen Interviewpartnern stellen sich finanzielle Sorgen ein, da ihr angespartes Vermögen für das privat zu zahlende Entgelt zur Finanzierung des gesamten Heimaufenthaltes nach einiger Zeit aufgebraucht ist. Dies wiederum löst verschiedene Ängste aus, wie z. B. das Einzelzimmer zu verlieren, da die Miete dafür höher angesetzt ist oder die privaten Ausgaben mit einem zugewiesenen Taschengeld bei Bezug von Grundsicherung nicht mehr bestreiten zu können. Ein Doppelzimmer entspricht nicht ihrem Wohnwunsch nach einem Entfaltungs- und Rückzugsort (siehe auch Kategorie: Gestaltung der Privatsphäre im Sinne des privaten Wohnens und der unmittelbaren Nachbarschaft).

Falls finanzielle Unterstützung durch die Kinder notwendig wird, wie bei Frau S. der Fall, bedeutet dies, sich in ihre finanzielle Abhängigkeit zu begeben.

„... bis Oktober habe ich noch von meinem eigenen Geld, was ich hier zahlen muss, und im Oktober sachte mein Sohn, Mutti, dann biste blank, da haste nischt mehr, und das tut mich auch ein bisschen bedrücken, dass wollen die drei Söhne, die haben sich alle drei bereit erklärt, das weiterzuzahlen, ja das tut einem, wissen sie, wenn man das nicht gerne macht, auf andere angewiesen zu sein, ist nicht schön, aber was soll ich machen, ich kann's nicht ändern, das Geld ist alle und ich muss

sehn ... sacht er, du musst keine Angst haben, dass du aus dem Zimmer rausmusst, 'nen Zweibettzimmer nehmen muss, du bleibst hier, bis du stirbst,..., das will ich auch hoffen ...“ (Interview 3, Zeile 178–188).

Die hohen Kosten für den Heimaufenthalt führen dazu, dass Frau N. mit einem angesparten privaten Vermögen langfristig doch von der Grundsicherung abhängig wird. Diese Aussicht löst Angst bei ihr aus.

„... das ist ja eine Menge Geld, wenn man etwas auf dem Konto hat, das schmelzt dahin, da können Sie zugucken (...), und das schlimme ist, wenn Sie nachher nichts mehr haben, dann kriegen Sie vom Sozialamt was, also die alltäglichen Ausgaben die bleiben ja, und alles wird jedes Jahr teurer, nicht nur die normale Steigerung, nicht nur die normale Inflationsrate, auch darüber hinaus wird doch eigentlich alles teurer jedes Jahr, und dann kriegen Sie 107 € Taschengeld, Taschengeld heißt aber Pediküre, Maniküre ... und der Friseur, wenn Sie keinen haben, also die Haare werden gewaschen, aber mehr nicht, dann müssen Sie sich 'nen Dutt stecken, weil Ihnen gar nichts anderes übrig bleibt, dann brauchen Sie mal Handcreme oder Strümpfe ...“ (Interview 9, Zeile 184–196).

Die kontinuierliche Steigerung der persönlichen Ausgaben löst Sorgen aus, die noch verstärkt werden, wenn aufgrund einer Sehbehinderung die eigenen Kontoauszüge nicht gelesen werden können. Damit wird für Frau N. die Kontrolle über die monatlichen Ausgaben nahezu unmöglich.

„... ich wüsste nicht, was ich mir wünschen könnte, ja dass es mit den Preisen zum Stoppen kommt, denn sehr groß ist mein Konto nicht mehr, aber vor allem ist, das Schlimmste ist, dass ich nichts mehr sehen kann, vor allem, dass ich nichts mehr lesen kann, das ist ja das Schlimme (...) und mit meinen Konten nicht mehr zu-rechtkomme ...“ (Interview 9, Zeile 215–219).

Frau W. bestätigt die Sorge, dass ihr Taschengeld nicht ausreicht, denn gerade die Verpflichtung der privaten Zuzahlung zu Medikamenten führt dazu, dass das monatliche Taschengeld schnell aufgebraucht ist.

„... ich muss mir im Monat für über 70 €, das muss ich bezahlen von meinen paar Pfennigen, das ist mein größter Kummer, muss ich mir Nahrungsergänzungsmittel kaufen, weil das die Krankenkasse nicht trägt ... ich hab ja kaum was, meine Rente reicht ja noch nicht mal dafür aus, ums Pflegeheim zu bezahlen ...“ (Interview 7, Zeile 169–175).

Das Angewiesen sein auf Grundsicherung führt zur Offenlegung der gesamten Vermögensverhältnisse, z. B. ob Vermögen in Form von Anwartschaften einer Versicherung vorliegt. Frau W. empfindet dies als ein Unding.

„... jetzt will das Sozialamt, dass ich die Sterbegeldversicherung auflöse, weil das Vermögensbildung ist (..) ist das nicht Irrsinn? Wer soll mich denn unter die Erde bringen...“ (Interview 7, Zeile 185–187).

Frau W. empfindet die Heimentgelte als hochpreisig und so führt der Zwang, den Kühlschrank im eigenen Zimmer zusätzlich mieten zu müssen, bei ihr zu Unverständnis (siehe auch Kategorie: Gestaltung der Privatsphäre im Sinne des privaten Wohnens und der unmittelbaren Nachbarschaft).

„es ist sehr teuer, wenn wir mal ehrlich sind, ... da ist im Großen und Ganzen nichts zu meckern, aber es ist ausverschämt teuer, ich zahle, ich kann es nicht genau sagen, was zahl ich, ich zahl ungefähr 1062 €, für den Kühlschrank muss ich im Monat 8 € zahlen, ich wollte mir selbst einen kaufen, weil das wäre preiswerter gewesen für mich, das war nicht möglich, man muss hier mieten, jeden Monat 8 € für 'nen Kühlschrank, na ja ...“ (Interview 7, Zeile 204–214).

Die anfallenden Unkosten für den Heimaufenthalt empfindet auch Frau K. als teuer.

„... ich hab mein ganzes Leben gearbeitet, ich habe 45 Arbeitsjahre gehabt, ich war in der Verwaltung tätig, allerdings in der DDR, damals war ich Bürgermeister in einer Gemeinde und habe deshalb immer ein schönes Gehalt gehabt und eine Rente, deshalb kann ich hier leben, das ist ja auch nicht billig, ist ja klar ...“ (Interview 15, Zeile 24–29).

Finanzielle Unabhängigkeit führt bei Frau V. zum Erleben persönlicher innerer Ruhe und Gelassenheit. Dabei schwingt auch die Ansicht mit, dass sie sich einen Heimaufenthalt leisten kann.

„... ich kann's mir leisten, viele können sich das nicht leisten, aber ich war eben 40 Jahre bei der IBM, da krieg ich 'ne schöne Firmenrente und außerdem meine Staatsrente ...“ (Interview 10, Zeile 76–78).

Für die interviewten pflegebedürftigen Menschen ist der Einzug in eine Pflegeeinrichtung die Folge chronischer oder akuter gesundheitlicher Einschränkungen in Kombination mit dem Alleine leben im häuslichen Umfeld. Bei einer langsamen Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands ergibt sich ggf. die Möglichkeit, bewusst zu entscheiden, wann der Heimeinzug stattfinden soll. Nach akut auftretenden unerwünschten Ereignissen bleibt keine Zeit für Überlegungen und durchdachte Entscheidungen zur weiteren Lebensplanung. Durch die erfahrene Ohnmacht und den damit verbundenen Kontrollverlust erleben sich die Interviewten als passiv und der Situation ausgeliefert. Häufig üben in dieser Situation Angehörige oder behandelnde Ärzte Druck auf die Interviewpartner aus, was das Abwägen eines für und Wider oder eine Vorbereitung des Umzugs in die Pflegeeinrichtung zusätzlich erschweren oder unmöglich machen kann.

Die Interviewpartner berichten, dass sie unabhängig davon, ob sie sich nach längeren Überlegungen oder schnell aufgrund des äußeren Drucks für den Einzug entschieden haben, Zweifel an der Richtigkeit der Entscheidung haben, was wiederum das Einleben in der Pflegeeinrichtung erschwert. Die Phase des Einlebens scheint für sie abgeschlossen, wenn sie das Leben in der Pflegeeinrichtung akzeptieren können, da die Kontrolle über die eigene Lebenssituation wiederhergestellt werden konnte.

Die Gründe und die Umstände des Einzugs in die Pflegeeinrichtung kann als die Abfolge mehrerer unerwünschter Ereignisse angesehen werden. Ein Sturz im häuslichen Umfeld oder im öffentlichen Bereich ist ein Kontrollverlust über die Lebenssituation und stellt aus entwicklungspsychologischer Sicht das erste kritische Lebensereignis dar. Der darauffolgende Einzug, insbesondere wenn er auf äußeren Druck geschieht, ist ein zweites kritisches Lebensereignis in kurzem zeitlichem Abstand. Auch hier entgleitet den Interviewpartnern die Kontrolle über die derzeitige Lebenssituation, da es zu schnellen oder ungewollten Wohnungsaufösungen kommt und die Pflegeeinrichtung die einzige Option zum Wohnen darstellt. Diese Entscheidung scheint für sie unumkehrbar.

Der Zeitpunkt, an dem die Interviewpartner nicht mehr in der Lage sind, ihren Heimaufenthalt selbst zu finanzieren, wird von ihnen als belastend erlebt und stellt erneut ihr Selbstwertgefühl, das auch auf finanzieller Unabhängigkeit basiert, infrage. Auch Interviewpartner mit einem angesparten Vermögen können aufgrund ihres hohen Alters Empfänger von Grundsicherung werden. Dies löst Angst aus, denn das Taschengeld reicht nicht für die Erfüllung der alltäglichen Bedürfnisse. Die finanziellen Nöte führen somit zu existenziellen Sorgen. Der Kontrollverlust über die eigenen finanziellen Angelegenheiten folgt zeitversetzt zum Einzug in die Pflegeeinrichtung und kann als ein drittes kritisches Lebensereignis erlebt werden.

Kritische Lebensereignisse verweisen auf eine entwicklungspsychologische Theorie (vgl. Filip, 2010:12). Dabei handelt es sich um belastende oder traumatische Ereignisse (vgl. Filip, 2010:11), die das Person-Umwelt-Passungsgefüge destabilisieren und zu einem Zustand des Ungleichgewichts (vgl. Filip, 2012:12) führen. Sie erschüttern persönliche Gewissheiten, lösen Emotionen der Verunsicherung aus und führen bei den pflegebedürftigen Personen dazu, dass sie diesen belastenden Erfahrungen wie Hilflosigkeit, Ohnmacht und dem Verlust der Handlungsorientierung nicht gewachsen sind und dadurch in eine Lebenskrise geraten (vgl. Filip, 2010:13).

Die erlebte Lebenskrise macht eine anschließende Bewältigung notwendig, die in die Lage versetzen soll, an das vorherige Leben wieder anzuschließen oder um ein verändertes Leben in neuen Rahmenbedingungen weiterzuführen.

Die Definition des kritischen Lebensereignisses lässt es zu, den erlebten Sturz, den Unfall, die sich einstellende Behinderung oder den Verlust der finanziellen Autonomie als ein kritisches Lebensereignis zu begreifen, denn das Passungsgefüge zwischen der pflegebedürftigen Person und seiner Umwelt ist gestört. Ein Sturz weist auf ein Lebensumfeld hin, das zur Gefahr wurde. Ein Einzug in eine Pflegeeinrichtung oder ein plötzlicher Krankenhausaufenthalt führen zu einem neuen Lebensumfeld, welches fremd ist.

Existenzielle finanzielle Sorgen entziehen der pflegebedürftigen Person ihre Sicherheit.

Diese Störung der Person-Umweltpassung lässt sich nicht schnell korrigieren, sondern bedarf einer Bewältigung (vgl. Filip, 2010:14). Die Bewältigungsanstrengungen können das Passungsgefüge zwischen dem Lebensumfeld und der Lebenssituation unter den neuen Bedingungen wiederherstellen oder sie führen zu seinem Scheitern. Dann gelingt es den pflegebedürftigen Personen nicht, ihre Widerstandskraft wiederherzustellen. Dies geht einher, mit der verzerrten Einschätzung der eigenen Person und ihren Handlungsmöglichkeiten (vgl. Filip, 2010:15).

Die geschilderten Ereignisse der Interviewpartner erfüllen die Merkmale von kritischen Lebensereignissen. Sie wurden in ihrem früheren Lebensumfeld mit Ereignissen konfrontiert, die ihre Handlungsfähigkeit stark einschränkten und deshalb das Verlassen ihres gewohnten Lebensumfeldes zur Folge hatten.

Die zeitnahe Abfolge von zwei kritischen Lebensereignissen vor dem Einzug in die Pflegeeinrichtung und einem dritten, sich möglicherweise anbahnenden, führt dazu, dass Orientierungs- und Kontrollverlust in Etappen und als mehrere kritische Lebensereignisse in Folge erlebt werden. Dabei müssen die Interviewpartner trotz körperlicher und psychischer Einschränkungen ihre bewährten Bewältigungsstrategien immer wieder abrufen oder möglicherweise neue entwickeln, um den Anschluss an das frühere selbstwirksame Leben zu finden.

Die bisherigen Routinen, die bei alltagspraktischen Verrichtungen durch eine Bewältigungsstrategie aufrechterhalten wurden, greifen plötzlich nicht mehr und führen zu einem sich einstellenden Kontroll- und Orientierungsverlust. Dieser kann das Selbstbild (vgl. Philipp, 2010:100) und damit das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit nachhaltig erschüttern.

Nach Filipp ist das subjektive Bewältigungsgeschehen dynamisch und erfolgt im sozial-interaktiven Austauschgefüge (vgl. Filipp, 2010:213). Dabei prägen die Interviewpartner mit ihren Familienangehörigen und den professionellen Personen die sozial-interaktiven Handlungen. Eine nicht erfolgte Interaktion wird als ein Austauschhemmnis gewertet, wenn Kommunikation und Interaktion als Anerkennung ihrer persönlichen Bedürfnisse ausbleiben. Dieses Erlebnis belegen die Schilderungen der Interviewpartner zum Verhalten ihrer Familienangehörigen und professionellen Helfern, die Druck ausüben und nicht den Weg eines Aushandlungsgeschehens suchen. Dies führt zu den theoretischen Annahmen von Goffman hin, der das vorliegende Austauschhemmnis als ein Muster der Überredung durch Familienmitglieder und professionellen Personen ansieht, gefolgt vom Muster des Ausschlusses aus der Familie (vgl. Goffman, 2014:133). Die Familienmitglieder als vertraute Personen, von denen die Interviewpartner in Krisenzeiten Rückhalt erwarten können, beschleunigen den schnellen Einzug in die Pflegeeinrichtung, indem sie die Interviewpartner als gesundheitlich eingeschränkt und hilflos darstellen (vgl. Goffman, 2014:135) und dadurch zu einer Entscheidung drängen. Der Einzug in die Pflegeeinrichtungen kann dann von den Betroffenen als das Verlassen der Familie gesehen werden.

Davor übernehmen Familienmitglieder die Darstellung des aktuellen Zustands vor Dritten als sog. Agenten und geben stellvertretend für die Interviewpartner die Informationen an z. B. einen Arzt als Beschwerdeführer weiter, der als zweiter Agent den zügigen Einzug in die Wege leitet (vgl. Goffman, 2014: 135). Beide Agenten zwingen den Interviewpartner in eine Entfremdungskalition (vgl. Goffman, 2014:136), denn beide sorgen mit ihrem Handeln dafür, dass sich die Interviewpartner einer dritten, fremden Person, z. B. einer Heimleitung anvertrauen müssen. Die Handlungen des Agenten in der Pflegeeinrichtung wirken ebenfalls als großer Druck auf die Interviewpartner und veranlasst sie, eine Wiederholung, ggf. durch den Umzug in eine zweite Pflegeeinrichtung zu vermeiden.

Die häufige Schilderung von kritischen Lebensereignissen, d. h. seinem Erleben, seinen Folgen und den sich anschließenden, gelungenen oder misslungenen Bewältigungsstrategien führt zu der Frage, warum sie thematisiert wurden. Eine Möglichkeit der Einordnung bietet der soziologische Ansatz der Theorie der biografischen Selbst- und Fremdthematization (vgl. Kohli, 1981). Eine Funktion der biografischen Thematisierung im Interview könnte das Verstehen und das Verstehen wollen sein, z. B. das Verstehen der eigenen Situation, von erforderlichen Handlungen, der subjektiven Betroffenheit oder das Verstehen durch professionelle Personen.

Aus der Perspektive der Interviewpartner kann die Thematisierung von kritischen Lebensereignissen im Interview das eigene Verstehen der Lebenssituation durch eigene Erklärungsversuche, durch die eigene Selbstvergewisserung nach einer Krise und einer sich anschließenden Handlungsplanung sein (vgl. Kohli, 1981:505), die möglicherweise eine Bewältigungsstrategie in Gang setzt.

Der Erklärungsversuch im Interview kann als ein Hinweis verstanden werden, dass die Selbstthematization das Ziel verfolgt, einem Zuhörer plausibel zu machen, dass negative Lebensereignisse nicht in die Verantwortung der Interviewpartner liegen, sondern das Resultat von Rahmenbedingungen war, die sich ihrer Kontrolle entzogen (vgl. Kohli, 1981:507). Das damit verbundene Ziel der Selbstvergewisserung dient der Herstellung oder der Wiederherstellung der eigenen in Mitleidenschaft gezogenen Identität, die zügig im Sinne einer Kontinuität und dem Wiederanschluss an die vorherige Lebenssituation wiederhergestellt werden soll (vgl. Kohli, 1981:508). Die biografische Selbstvergewisserung ist dann von besonderer Bedeutung, wenn eine Person in eine Situation der Bedrohung kommt und sich des eigenen Kerns im Sinne der eigenen Identität zu vergewissern sucht (vgl. Kohli, 1981:509).

Eine biografische Thematisierung kann aber auch der Beginn einer Selbstbefreiung sein und ist ein Schritt der Besinnung auf die eigene Subjektivität,

die aus bewährter lebensgeschichtlicher Erfahrung zur Bewältigung von Bedrohungen und Diskontinuitäten bestehen kann (vgl. Kohli, 1981:510). Die Selbstbefreiung durch die Besinnung auf die eigene Subjektivität kann im günstigsten Fall in eine Handlungsplanung münden (vgl. Kohli, 1981:510), die das zukünftige Vorgehen im Umgang mit Einschränkungen gedanklich vorwegnimmt, bis die nötige Motivation zur praktischen Umsetzung der angestrebten Ziele vorhanden ist. Die Handlungsplanung ist dabei nicht unbedingt als ein fertiger Plan zu verstehen, der nur noch der Umsetzung bedarf, sondern als das Vertrauen, dass die Erfüllung täglicher Verpflichtungen zum Ziel führen werden (vgl. Kohli, 1981:511). Die Bedeutung der Interviews für die Interviewpartner erfüllen nicht nur den Zweck der Schilderung subjektiver Einschätzungen ihres Lebensumfeldes und der Lebenssituation, sondern kann auch auf eine therapeutische Wirkung hinweisen. Die Anwesenheit einer neutralen und auch unbekanntem Person, die sich für ihre Belange interessiert, könnte gleichzeitig als eine Chance angesehen werden, sich zu den belastenden Ereignissen zu äußern, ohne mit einer Bewertung konfrontiert zu werden.

6.9. Die Initiative zur Kommunikation und Interaktion als Ausdruck ihrer Identität

Das lebensnotwendige Bedürfnis nach Kommunikation lässt sich in einer stationären Pflegeeinrichtung nur unter erschwerten Bedingungen leben. Die Interviewpartner berichten sowohl von intra- als auch intersubjektiven Kommunikationsproblemen.

Unter intrasubjektiven Kommunikationshürden können die eigene krankheitsbedingte „Sprachlosigkeit“ oder das Fehlen von geeigneten Gesprächspartnern verstanden werden. Aus diesem Grund versuchen die Inter-

viewpartner auch unter erschwerten Bedingungen die Initiative zur Kommunikation zu ergreifen, um z. B. neue Freundschaften zu schließen. Im besten Fall entwickeln sich tragfähige Beziehungen zu vertrauten Personen.

Die Initiative der Interviewpartner zum Aufbau von Kommunikation mit Mitbewohnern, die ihre Initiative nicht erwidern können, halten sie nicht davon ab, Kommunikationsversuche zu unternehmen. Auch die fehlende Zeit der Mitarbeiter für Kommunikation hält sie nicht davon ab, sie hin und wieder anzusprechen oder in ein Gespräch zu verwickeln.

Die Interviewpartner gehen noch einen Schritt weiter, indem sie, vorausgesetzt sie sind kommunikativ dazu in der Lage, im Alltag ihre eigenen Interessen vertreten. Darunter verstehen sie sowohl die Einflussnahme bezüglich ihrer eigenen oder fremden Belange in der Pflegeeinrichtung als auch auf die ihnen zugängliche öffentliche Berichterstattung über Pflegeeinrichtungen.

6.9.1. Das Ergreifen der Initiative zur Kommunikation und Gestaltung von Interaktion

Aus der Sicht der Interviewpartner gibt es sehr wenig Kommunikation zwischen allen Beteiligten, die in der Pflegeeinrichtung leben. Eine Ursache für die fehlende Kommunikation kann eine krankheitsbedingte „Sprachlosigkeit“ sein. Sie tritt häufig im Zusammenhang mit einem Schlaganfall auf, wie die Schilderungen von Frau R. aufzeigen. Es scheint für sie schwierig zu sein, die eigenen Einschränkungen wahrzunehmen, was zu zusätzlichen Missverständnissen in der Kommunikation z. B. mit den Mitarbeitern führen kann. Für sie hilfreich waren die Schilderungen des Eindrucks durch einen Mitarbeiter.

„... ich konnte ja nicht sprechen, ich konnte nicht laufen, schreiben kann ich bis heute noch nicht richtig, da komm ich mir immer vor wie ein Erstklässler, und das Schlimmste war ja, dass ich nicht sprechen konnte, die haben immer gesagt, Frau

R. wir verstehen Sie nicht, sprechen Sie doch mal deutlich, da habe ich mir immer gedacht, was wollen die bloß von dir, du sprichst doch deutlich,, ..., so allmählich kam das dann mit der Sprache, wo dann der eine Pfleger zu mir sagte, sprechen sie mal ganz langsam, und dann hab ich langsam gesprochen, und dann kam das wieder ...“ (Interview 11, Zeile 46–56).

Fehlende Kommunikationspartner und damit fehlende soziale Beziehungen sind Begleiterscheinungen des hohen Alters von Frau V., da viele Freunde und Weggefährten verstorben sind und die nächsten Angehörigen noch voll im Berufsleben stehen und nicht immer anwesend sein können.

„... also wissen Sie, ich mit 94 Jahren habe ja keine Freunde mehr, sind ja alle weg und meine Tochter ist berufstätig ...“ (Interview 10, Zeile 16–17).

Aus rein biologischen Gründen ist die Zugehörigkeit zu einem Freundeskreis nur noch selten möglich, wenn sie eine sehr hohe Lebenserwartung haben, wie Frau N.

„sind ja alle tot (...) bin 94 ..., wer nicht gerade sehr viel jüngere Freunde hat, aber ich habe immer festgestellt, dass ich immer, da ich keine Familie hatte, eine sehr enge Freundesclique hatte, und da immer einer der Jüngsten gewesen war, das ist zufällig, wie es sich so ergibt, wenn ich eine der Jüngsten in der Clique bin, wer soll da noch übrig sein, wenn ich 94 bin, geht ja beinah gar nicht ...“ (Interview 9, Zeilen 146–150).

Die Auswahl an Gesprächspartnern in der Pflegeeinrichtung scheint ebenfalls sehr überschaubar zu sein, da viele andere pflegebedürftige Menschen den Aufenthalt in der Gesellschaft meiden. Dies begünstigt ihren sozialen Rückzug in einer Pflegeeinrichtung, und das scheint paradox, da diese als eine Gemeinschaftsunterkunft viele unterschiedliche Menschen vereint. Frau V. erlebt den Rückzug der Mitbewohner bei den täglichen Mahlzeiten und geht aber dennoch regelmäßig in den Speisesaal, um die einzige Mitbewohnerin, die sich auch dort aufhält, zu treffen:

„... da bin ich auch nur mit der einen am Tisch zusammen, die anderen kommen alle gar nicht zum Essen, die essen meistens im Zimmer, die sind ja auch fast alle im Rollstuhl, also das ist natürlich nicht so schön, man wird eben alt, und wie gesagt, Freundschaften können sich da kaum noch entwickeln, jeder ist so mehr oder

weniger für sich, aber mit der Dame, mit der ich mich morgens, mittags und abends am Tisch treffe, das sind ja auch meistens nur wir zwei ...“ (Interview 10, Zeile 93–100).

Das Kennenlernen von Mitbewohnern, die noch nicht an einer Demenz leiden und sich an einer Kommunikation beteiligen können, bezeichnet Frau L. als persönliches Glück. Dies offenbart ebenfalls die Vereinsamung mitten unter vielen Menschen.

„... ich habe inzwischen hier zwei Damen kennengelernt, die noch recht gut im Kopf sind, mit denen kann ich auch kommunizieren, und das ist im Moment mein Glück, ansonsten würde ich doch hier alleine sein ...“ (Interview 18, Zeile 110–113).

Frau K. fühlt sich aufgrund ihrer noch vorhandenen Unabhängigkeit auch nicht zur Gruppe der Kranken und der Menschen mit einer Demenz zugehörig. Damit beschreibt sie eine Distanz, die sie zu den anderen Mitbewohnern einnimmt.

„... ich weiß nicht, mir wurde mal gesagt, es ist mehr ein Heim für Kranke, und ich bin hier nur so reingerutscht, das sieht man ja auch, die meisten sind in Rollstühlen, also. Also wie ich so rumwandle, das sind nicht so viele und mit denen unterhalte ich mich, die anderen sind ja meistens dement und das ist immer etwas schwierig ...“ (Interview 15, Zeile 83–88).

Die Interviewpartner treffen täglich auf viele Menschen, die an einer Demenz leiden und diese sind in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung nicht mehr in der Lage, ausreichend und angemessen zu kommunizieren. Ihre Kommunikation ist dahingehend eingeschränkt, dass sie entweder nicht mehr verbal kommunizieren oder keine sinnvollen und adäquaten Antworten auf Fragen geben und somit einem Gespräch nicht mehr folgen können. Frau W. hatte sich zu Beginn ihres Aufenthaltes ein Doppelzimmer mit einer dementen Dame geteilt und die Kommunikationseinschränkungen erlebt. Gleichzeitig wird die Bedeutung der unmittelbaren Nachbarschaft (siehe auch Kategorie „Gestaltung der Privatsphäre im Sinne des privaten Wohnens und der unmittelbaren Nachbarschaft“) deutlich.

„... ich habe mit einer dementen Dame zusammengelebt, wir haben uns gut verstanden, aber ein Gespräch in dem Sinne war eben auch nicht möglich ...“ (Interview 7, Zeile 156–158).

In einer Pflegeeinrichtung ziehen die pflegebedürftigen Menschen ein und aus, was zu einer Fluktuation im Wohnbereich und in der unmittelbaren Nachbarschaft führt. Viele pflegebedürftige Menschen ziehen inzwischen erst wegen ihrer demenziellen Veränderungen ein oder leiden an Einschränkungen der Sinnesorgane. Damit wird der Kreis geeigneter Gesprächspartner für Frau N. ohne kognitive Einschränkungen immer kleiner.

„... als ich hierherkam, waren noch ein paar Leute da, mit denen man gut reden konnte, aber im Augenblick ist es ganz schlimm, kann man auch nichts machen, die zwei, mit denen man noch reden könnte, davon ist die eine, sie verwirrt auch immer mehr, und die andere hört derartig schwer, dass man sich gar nicht mehr mit ihr unterhalten kann ...“ (Interview 9, 53–58).

Trotz des eher schweigsamen Umfeldes schildern die Interviewpartner, dass sie immer wieder die Initiative ergreifen, um Kommunikation herzustellen. Herr G. versucht, mit seinen Tischnachbarn zu kommunizieren, was aber unter Umständen unerwidert bleibt. Doch auch die Mitarbeiter lassen sich anscheinend nicht immer auf die Kommunikationswünsche ein. Er versucht es dennoch immer wieder, möglicherweise auch, um sich seiner noch vorhandenen Kommunikationsfähigkeit zu versichern und um eine Interaktion mit einem anderen Menschen hervorzurufen. Damit wird es ihm möglich, sein eigenes Alleinsein für kurze Zeit zu unterbrechen:

„... wir sitzen zu vier Mann am Tisch, drei Frauen und ich und alle Demenz, da versuch ich ihnen ein bisschen zu erzählen, manchmal antworten die nicht, aber manchmal (...), es ist schlimm, ich versuch dann immer, mit den Schwestern noch ein bisschen Gespräche zu führen ...“ (Interview 16, Zeile 253–256).

Um dem Bedürfnis nach Kommunikation nachzukommen und um ihr Zimmer auch einmal zu verlassen, nimmt Frau W., ähnlich wie Herr G. auch Gesprächspartner in Kauf, mit denen man nicht wirklich ein Gespräch führen kann. So entkommt sie zeitweise dem Alleinsein in ihrem Zimmer.

„... ich hatte auch schon mal überlegt, aber wissen Sie, wenn man gar nicht mehr herauskommt (sie meint das gemeinsame Essen im Speisesaal, Anmerkung d. Verfasserin), man muss ja mal mit einem Menschen reden, auch wenn es denn schwierig ist zu reden, irgendwer erzählt immer was, oder man lacht über was ...“ (Interview 7, Zeile 96–99).

Als Kommunikationspartnerin steht Frau N. ihre langjährige Fußpflege zur Verfügung, mit der sie sich unterhalten kann. Sie hält sich mehrmals im Jahr eine Weile bei Frau N. auf und dort ergibt sich die Gelegenheit für Gespräche. Sie kennen sich schon lange und die Fußpflege kommt außerdem von außen. Das ermöglicht Gespräche auch zu Themen, die entweder nichts mit dem Leben in der Pflegeeinrichtung zu tun haben oder an das Leben vor dem Einzug anschließen.

„... das ist, wenn die Fußpflege kommt, mit der kann ich mich unterhalten, die kenn ich schon lange ...“ (Interview 9, Zeile 63–65).

Es scheint aber trotz der geringen Auswahl von Gesprächspartnern möglich zu sein, Freundschaften zu knüpfen. Passende Gelegenheiten dazu bieten gemeinsame Mahlzeiten oder ein regelmäßiges Zusammentreffen im Garten. Dies hängt davon ab, ob der Interviewpartner offen für das Schließen neuer Freundschaften ist und die zufällig geknüpften Kontakte für den Aufbau einer Freundschaft zu nutzen weiß. Eine neu geknüpfte Freundschaft ermöglicht Frau S. das gemeinsame Erleben des Alltags in der Pflegeeinrichtung.

„... ich sitze immer noch mit jemand zusammen, wir beide sind immer zusammen und dann gehen wir runter ... mit der einen Frau, die wohnt auch auf unserer Etage...“ (Interview 3, Zeile 79–80).

Frau S. und ihre Freundin, die sie als „die Frau“ benennt, verlassen auch gemeinsam den Wohnbereich⁵. Während ihres Zusammenseins erfahren sie Eindrücke aus dem Garten und nutzen die Gelegenheit für die Reflexion

⁵ Es ist davon auszugehen, dass Frau S. den Namen nicht erinnern kann. Es gibt während des Interviews keinen Hinweis darauf, dass sie sich von ihrer Freundin distanzieren möchte.

des gemeinsam erlebten Tages. Darüber hinaus ermöglicht der gemeinsame Alltag auch, sich gegenseitig zu stützen.

„... dann essen wir Mittag und dann, wenn es fertig ist, geh ich runter, dann treff ich mich mit der Frau da unten, wir sitzen dann da unten und gucken und unterhalten uns, was sie so erlebt hat am Tag und so ...“ (Interview 3, Zeile 154–156).

Die sehr regelmäßige Teilnahme von Frau W. an den Freizeitangeboten führt dazu, dass sie dort als eine feste Größe anerkannt ist und dies selbst als eine Verpflichtung empfindet, die ihr teilweise lästig ist. Die Zugehörigkeit zu einem festen Kreis wird von Frau W. zwar als Verpflichtung zu einer regelmäßigen Verabredung empfunden, kann aber auch mit Freude verbunden sein, wenn sie nach einer Pause wieder in die Gruppe kommt. Die positive Resonanz aus der Gruppe unterstreicht die Zugehörigkeit zu ihr und steigert ihr eigenes Wohlbefinden.

„... machen Sie das, was Sie möchten, und das, was Sie können, wenn Sie kommen, dann freuen wir uns, wenn Sie aber mal nicht können, ist es auch nicht schlimm, ... die wissen ja, das wenn ich es möglich machen kann, die Zeit geht ja so auch viel schneller, und man hat ja auch Spaß an der Gemeinschaft ...“ (Interview 7, Zeilen 102–109).

Die Zugehörigkeit zu einer festen und kleinen Gruppe führt bei Frau W. zu gegenseitigem Vertrauen und der Möglichkeit, sehr private Dinge anzusprechen. Dies unterstützt sie in der Bewältigung der zahlreichen Ereignisse vor und während des ersten Jahres des Heimaufenthaltes. Die vertraute Gruppe ermöglicht es ihr, sich zu öffnen, da sie dort einen engen Zusammenhalt spürt.

„... ja, ich habe so 'n festes Grüppchen, und alle vierzehn Tage haben wir Gottesdienst, das macht die Seelsorgerin, da werden christliche Sachen besprochen, ... und zweitens am Freitag nur im kleinen Kreis, das sind ja nur drei, vier Leute, die immer zusammenhalten, die immer kommen, die Kerngruppe, das man auch mal ein Wort sagen kann, was nicht für andere Ohren bestimmt ist, wo man sich austauschen kann ...“ (Interview 7, Zeile 117–124).

Frau K. setzt trotz des Einzugs in die Pflegeeinrichtung ihr früher ausgeübtes Ehrenamt fort und holt sich ihre persönlich ausgewählte Gesellschaft in die Einrichtung. Neben den Schülern, die sie regelmäßig besuchen, gehört sie einer Gruppe anderer Ehrenamtlicher an, die den gleichen Dienst tun und mit denen sie in Kontakt steht. Dabei ist es ihr wichtig, dass das Ehrenamt in der Pflegeeinrichtung ausgeübt werden kann, weil das Verlassen der Einrichtung für sie nicht ohne Weiteres möglich ist.

„... mit den Schülern, so drei, viere, die kommen jeden Donnerstag, die lesen, die sind ein bisschen schwach in der Schule, und dann lesen sie mir eine Stunde was vor, ja das ist auch 'ne Gesellschaft, sie kriegen von der Schule, sie haben von den Lehrern ihre Lesebücher dabei, was sie lesen müssen, können müssen und können sollen, das müssen wir mit ihnen üben, das ist ja nun keine schwere Arbeit ...“
(Interview 15, Zeile 147–153).

Für die Interviewpartner besteht die eine Möglichkeit, neue Freundschaften zu knüpfen. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, lange bestehende Beziehungen fortzusetzen. So kann das gemeinsame Wohnen in einer langjährigen Ehe durch leistungsrechtliche Hürden aber infrage gestellt sein. So ist es eine positive Überraschung für Frau K., dass ihr Ehemann nach längerer Zeit auch in das Pflegeheim einziehen kann, da er mit Unterstützung der Sozialarbeiterin der Pflegeeinrichtung nun einen Pflegegrad zugesprochen bekommen hat, der ihn dazu berechtigt. Damit findet die Zeit der ungewollten Trennung ein Ende.

„... die Frauen da unten haben immer erzählt, wir holen ihrn Ollen und ihre Katze, hab ick gesagt, erzählt mal weiter, ihr scheint was zu wissen, na und was passiert, der kommt sogar mit 'nem Teil Möbel und der Katze und selber an, so war det, das glaubt keen Mensch, wenn man das erzählt ...“ (Interview 12/13, Zeile 163–168).

Herr und Frau K. wurden bei ihrer eintretenden Pflegebedürftigkeit damit konfrontiert, dass sie in getrennten Wohnungen untergebracht werden sollen, was einer faktischen Trennung wider Willen gleichkäme und der Bedeutung eines weiteren kritischen Lebensereignisses (siehe auch Kategorie „Unerwünschte Ereignisse als Auslöser für den Einzug und ihre Folgen“).

Da sie eine Trennung vermeiden wollen, müssen sie eine Reihe von Fragen klären, wie z. B. die der Heimbedürftigkeit für beide Ehepartner.

„... aber so gesehen wäre es ja dann eventuell zu einer Trennung gekommen, so, die Absicht hatten wir nicht, deshalb haben wir drum gekämpft, dass ich auch hierherkam ...“ (Interview 12_13, Zeile 256-259).

Das Knüpfen neuer Freundschaften scheint für die Interviewpartner ein Bedürfnis zu sein. Obwohl es sich bei den Mitbewohnern um zufällig aufeinandertreffende Menschen handelt, ist im Einzelfall ein gegenseitiges Kennenlernen möglich. Voraussetzung ist dafür aber die Bereitschaft des einzelnen, den Rückzug, den viele pflegebedürftigen Menschen antreten, zu unterbrechen und die selbst gewählte Einsamkeit aufzugeben. Diese Bereitschaft hängt im hohen Masse davon ab, inwiefern die Interviewpartner schon das Gefühl haben, heimisch zu sein, inwiefern sie in ihrer nächsten Umgebung Gleichgesinnte antreffen, um sich für neue Menschen zu öffnen, um ggf. auch die therapeutische Wirkung von Kommunikation und freundschaftlicher Beziehung als positiv zu erleben.

Neben einer intensiven Kontaktpflege zu anderen pflegebedürftigen Menschen erleben die Interviewpartner die Zugehörigkeit zu einem festen Kreis oder einem besonders vertrauten Kreis als wohltuend. Dies verleiht ihnen die Bedeutung, wieder oder noch eine „anerkannte Größe“ zu sein. Bei ihrem Fernbleiben werden sie vermisst oder können sehr vertrauliche Anliegen ansprechen, die im Heimalltag keinen Platz finden. Auch dies gelingt nur, wenn die hilfebedürftigen Menschen in der Lage und bereit sind, ihren sozialen Rückzug aufzugeben.

6.9.2. Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Interessenvertretung

Die Interviewpartner versuchen in einem von Reglement geprägten Lebensumfeld ihre eigenen Interessen zu vertreten. Im Grundsatz sprechen sie den Mitarbeitern die Kompetenz zu, mit Menschen umgehen zu können, um

ihnen im Bedarfsfall die nötige Unterstützung zu teil werden zu lassen. Dennoch haben sie das Bedürfnis, in für sie relevanten Angelegenheiten auf ihrem Recht, auf Informationen und ihrem Mitsprache- und Entscheidungsrecht zu bestehen.

Die persönliche Interessenvertretung baut auch auf einer engen Beziehung im Sinne eines Bündnisses zu den Mitarbeitern auf, was im Kern beide Seiten zur Loyalität verpflichtet. Dieses Bündnis kann gelingen, aber auch vonseiten der Mitarbeiter nicht eingegangen werden. Einige Interviewpartner ihrerseits sind allerdings darauf angewiesen, dass Mitarbeiter ihnen wieder die Möglichkeit geben, die eigenen Interessen zu vertreten, z. B. indem sie sie zur Unabhängigkeit motivieren oder bestärkende Impulse geben.

Die Interviewpartner sprechen den Mitarbeitern zu, dass sie sich darauf verstehen, mit anderen Menschen umgehen zu können. Dabei spielt bei Frau S., aber auch das Empfinden von Sympathie und Antipathie eine Rolle.

„... die meisten Schwestern sind furchtbar nett und wissen eben auch Bescheid, wie man die Menschen behandeln muss, es gibt natürlich auch welche, die weniger nett sind und nicht so recht wissen, ..., dann kommt es auch irgendwie darauf an, wie man sich gegenseitig, na sympathisch ist, das gibt's ja auch manchmal ...“ (Interview 5, Zeile 82–87).

Die Interviewpartner sind aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation nicht immer in der Lage, ihre persönlichen Probleme selbst zu lösen. Frau W. empfindet das „offene Ohr“ der Mitarbeiter und dem sich anschließenden Versuch einer Problemlösung als positiv.

„... ich selbst kann von mir aus nur das Beste sagen, man findet immer ein offenes Ohr, ich kann kommen, wann ich will, es wird immer versucht, Lösungen zu finden und zu helfen ...“ (Interview 7, Zeile 22–25).

Dabei kann eine professionelle und problemorientierte Kommunikation und die darauf aufbauende Beziehung therapeutische Wirkung erzielen und zu

einer persönlichen Stärkung führen, die eine erforderliche Bewältigungsleistung z. B. nach dem überstürzten Einzug in die Pflegeeinrichtung unterstützen kann. Frau W. führt dazu die Gespräche mit der Seelsorgerin an.

„... wir haben hier eine sehr gute Seelsorgerin, die sich um unsere Belange, unsere Sorgen und Nöte kümmert, das gibt mir Kraft ...“ (Interview 7, Zeile 51–53).

Frau K. nimmt wahr, wenn auch die Mitarbeiter persönliche Sorgen haben. Sie erlebt einen Mitarbeiter als sehr empathisch und vermutet, dass er sich aufgrund erlebter eigener Schwäche in die Lage der pflegebedürftigen Menschen hineinversetzen kann. So kann eine Ebene des gegenseitigen Verständnisses für die Situation, in der sich beide Seiten befinden, hergestellt werden.

„...na M. ist ein Pfleger, der gerade selbst einiges Ungemach durchmachen muss, und der ist sehr einfühlsam, da hat man das Gefühl, dass er einem viel Mühe ersparen will ...“ (Interview 17, Interview 57–59).

Frau R. schildert interaktive Verhaltensweisen von Mitarbeitern, die eine motivierende Wirkung auf sie haben und sie in ihren Fortschritten bestärken. Dabei kann es sich um verbale Aufforderungen handeln, die als Impuls für die Ausführung von alltagspraktischen Tätigkeiten dienen.

„... ich bin vom Krankenhaus gleich hierher und da ging's mir noch sehr schlecht, und da hat das Pflegepersonal dafür gesorgt, dass ich immer einen Schubs gekriegt habe (lacht), und dann ging es auch ... und als ich das erste Mal auf Toilette war und wieder richtig gehen konnte, da war das ein himmlisches Gefühl, wie Weihnachten und Ostern zusammen ...“ (Interview 11, Zeile 17–21).

Es kann aber auch um Impulse und sichernde Vorkehrungen gehen, die Frau K. ermutigten, alleine zurechtzukommen, was wiederum zu Erfolgserlebnissen und dem Ausbau der eigenen Unabhängigkeit führen kann.

„... so 'ne Nachtschwester, die kam uf ema und sacht: weißte was, ich lass die Badtür ein Stück auf und lass Licht an und dann versuchst de, ob de alleine auf die Toilette kommst, nu ja, und es hat geklappt, ich war selig ...“ (Interview 12/13, Zeile 185–188).

Da Kommunikation mit den Mitarbeitern ausschließlich während der pflegerischen Versorgung stattfindet, weil diese dann anwesend sind, profitiert Frau K. ohne pflegerische Unterstützung nicht von den Mitarbeitern. Im Falle einer kurzzeitigen Erkrankung genießt Frau N. ihre Anwesenheit.

„... so lange ich kann, mache ich alles selber, was ich selber machen kann, (...) aber es ist auch mal ganz schön, wenn man mal verwöhnt wird, vor allem wenn es einem schlecht geht, dass dann einer da ist ...“ (Interview 9, Zeile 139–142).

In ihrer schwierigen gesundheitlichen Situation erlebte Frau S. Mitarbeiter als sehr hilfreich, wenn sie auf sie persönlich eingehen und sie in Entscheidungen über ihre Versorgung mit einbeziehen.

„... da gab's hier einen Pfleger, der war ganz große Klasse, der hat alles mit mehr Ruhe gemacht, der hat mich dann mehr miteinbezogen und gefragt und so, wie machen wir es am besten, und da hab ich das so nach und nach gelernt, so und dann ging's, und dann kam noch 'ne Schwester dazu, die hatte mir dann auch ein paar Tricks gezeigt, na ja, dann war alles gut ...“ (Interview 6, Zeile 100–106).

In Angelegenheiten, die die Interviewpartner für sich als sehr wichtig erachten oder beim Erleben eines Leidensdrucks, bestehen sie auf ihrem Recht auf eine persönliche Information und ihrer Beteiligung an Entscheidungen.

Frau L. besteht auf ihrem Mitsprache- und Entscheidungsrecht. Bei der Einrichtung ihres Zimmers beharrte Frau L. darauf, ihre Vorstellungen umzusetzen, wobei sie die Ratschläge der Mitarbeiter nicht annahm. Sie korrigierte die Einschätzungen der Mitarbeiter.

„denn die hatten plötzlich eine Bewohnerin hier, die noch selber entscheidet, das war etwas ungewohnt, ne, denn die meisten, da müssen die sagen, wir machen das jetzt so und so und so, und die machen das dann auch, und ich habe gesagt, nee es geht so lang wie ich das möchte, das fing an mit dem Teppich, ... ja, das ist 'ne Sturzgefahr und so weiter, ich sage, ich fall auf Geradem hin, durch mein Gehör ist das Gleichgewicht gestört, und da fall ich plötzlich hin, aber ich stolper nicht und ich sage, das soll auch nicht ihre Sorge sein, wenn ich auf die Nase fall, dann ist das meine und nicht ihre, also, mich da auch durchgesetzt, ich musste mich bei vielen Sachen durchsetzen ...“ (Interview 18, Zeile 64–75).

Frau S. hält sich für geistig gesund und hat deshalb einen Anspruch auf eine umfassende Information.

„... weil jetzt hier gebaut wird, da müssen wir irgendwie hier weg, aber keiner von uns weiß so recht wie und was, da wird nicht mit uns gesprochen, und das ist nicht in Ordnung, das sollte schon am Ersten losgehen, das ist nicht mehr lange hin, da müsste man doch wenigstens mal sagen, die und die gehen da und da hin, damit man ein bisschen weiß und sich drauf einrichten kann, aber so kommt eben gar nichts, wird nichts gesagt, das wird so'n bisschen, na ja, ich weiß nich', so wird's verschwiegen, dass die Leute wahrscheinlich nicht aufgeregt werden sollen, denk, ja ich will mal nichts Böses denken, aber ich denke, es wird so sein, da sie deshalb nichts sagen, ob das immer richtig ist ... ja, ja aber bei denen, die noch geistig in Ordnung sind, da könnte man schon noch mal sagen, so und so sieht das aus, ändern kann man es ja sowieso nicht, und es ist ja schön, wenn etwas gemacht wird ...“ (Interview 6, Zeile 58–75).

Die Kommunikations- und Verständnishürden erlebt sie schon, seit sie in die Pflegeeinrichtung eingezogen ist. Gerade zu Beginn ihres Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung litt sie unter starken Schmerzen. Dies wurde aber aus ihrer Sicht von den Mitarbeitern nicht verstanden und ernst genommen und führte im weiteren Verlauf zu Konflikten mit den Mitarbeitern.

„ ... ja, ja, nun ja es gibt auch hier und da mal ein paar Streitigkeiten, eine Zeit war das schlimm mit mir, das muss ich zugeben, ich hatte starke Schmerzen und die haben mir das nicht abgenommen, als ich aus dem Krankenhaus kam und da konnte ich beide Beine nicht benutzen und da haben beide Beine furchtbar weh getan und diese durfte ich nicht benutzen, das hat mir mein Orthopäde extra eingeschärft, sechs bis acht Wochen nicht belasten, sonst kann man das nicht mehr operieren, die haben das hier, doch, eben ignoriert, möchte ich mal sagen, die haben mich da nicht gut behandelt und dann war ich auf der anderen Seite, na ja, wie sagt man dazu, zickig und hab eben laut geweint und war böse und so ...“ (Interview 6, Zeile 89–100).

Störungen des Arbeitsablaufes oder auch der Pausenzeiten des Pflegepersonals können dazu führen, dass das Personal nicht bereit ist, zeitnah zu

helfen, wenn schnelle Hilfe benötigt wird. So gehen die Mitarbeiter nicht zeitnah auf eine erwünschte Kommunikation nach Unterstützung von Seiten von Frau S. ein. Sie hat dazu ihre eigenen Ansichten und auch Lösungen.

„... sicherlich schmeckt's besser, wenn man als Kollegin miteinander essen kann, also nicht nur arbeiten, sondern auch mal essen können, aber es müsste dann immer so sein, dass eine immer da ist, die kann ja mitessen, aber dass sie weiß, wenn eben was ist, auch wenn sie noch isst, dass sie dann geht, daran hapert es oft, auch wenn sie manchmal schimpfen, Sie wissen doch, dass wir jetzt essen, Sie wissen doch, dass wir jetzt Übergabe machen und so und auch nachts, sonst durften wir immer klingeln, jetzt ist das so, dass die Schwestern dann dreimal in der Nacht kommen und außerhalb dieser Zeit soll nicht geklingelt werden ...“ (Interview 6, Zeile 271–279).

Während ihres bisherigen halbjährigen Aufenthalts in der Einrichtung hat Frau S. erlebt, dass ihre existenziellen Bedürfnisse wie Linderung von Schmerzen oder ein Informationsbedürfnis bezüglich eines bevorstehenden Umzugs ignoriert wurden. Mitarbeiter versuchen vorzugeben, dass das Klingeln auf ein Minimum reduziert werden sollte und am besten davon abzusehen ist. Stattdessen sollte sie warten, bis die Mitarbeiter sie auf einem ihrer Rundgänge aufsuchen. Vor diesem Hintergrund fallen ihr positive und partizipative Kommunikationsformen auf, bei der sie in den pflegerischen Ablauf miteinbezogen wurden und somit eine motivierende Wirkung für sie hatten.

Auch die Interviewpartner selbst setzen sich umgekehrt für die Belange der Mitarbeiter ein. Grund kann die Wahrnehmung und Anerkennung ihrer Leistung sein. Dies dient der Herstellung eines gegenseitigen Bündnisses und manifestiert die gegenseitige Loyalität. Das aufgebaute Bündnis verpflichtet beide Seiten, füreinander einzustehen. Dies kann im Falle der Abhängigkeit von personeller Unterstützung helfen, die notwendige Unterstützung dann auch zu bekommen. Die Mitarbeiter ihrerseits fühlen sich dem pflegebedürftigen Menschen verpflichtet, da er sich für ihre Belange z. B. als Mitglied im Bewohnerbeirat einsetzt.

So fragt Herr G. sehr direkt nach den finanziellen Belangen und den Gehältern der Mitarbeiter. Sie geben darüber auch Auskunft, womit sie die Hoffnung nach Gehör verbinden und möglicherweise auch Erwartungen an Herr G. haben, der auch Mitglied des Bewohnerbeirats ist.

„... ich spreche mit vielen Schwestern, ich versuche, mit allen Kontakt zu haben, und hab auch gefragt, wie ist ihr Verdienst, da hab ich Unterschiede festgestellt, wo eine sachte, ich kann von dem Lohne nicht leben, wenn ich meinen Mann nicht hätte ...“ (Interview 16, Zeile 130–133).

Herr G. setzt sich auch für Mitarbeiter ein, die eine eher verborgene Tätigkeit ausüben. So übernimmt er eine Anwaltschaft für Mitarbeiter, die sich selbst offensichtlich kaum vor ihren Vorgesetzten darstellen können. Ihre Funktion als Sprachrohr für die Mitarbeiter kann bei den Einrichtungsleitungen der Pflegeeinrichtung als eine Einmischung in die Angelegenheiten der Mitarbeiterführung empfunden werden, da er auch Kritik am Führungsverhalten übt. Gerade dieser Effekt stärkt das Bündnis zwischen Mitarbeiter und Interviewpartner.

„... ich bin also bemüht, es wird zu wenig anerkannt, finde ich persönlich, es wird nicht genug gewürdigt, es gibt Leistungen, die finde ich hervorragend ... Wenn ich das in meiner Macht hätte, würde ich sie auszeichnen, das fehlt mir manchmal, das sind so Halbleiter, die das nicht an die Spitze geben oder nicht wissen ...“ (Interview 16, Zeile 159–168).

Das Bündnis zwischen den Interviewpartnern und den Mitarbeitern bindet sie durch den Austausch vertraulicher Informationen aneinander. Diese Beziehung verpflichtet beide Seiten im Falle von Unterstützungsbedarf zu einer gegenseitigen Loyalität. Diese kann durchaus von den Mitarbeitern nicht eingegangen oder unterbrochen werden. Ihre Art im Umgang mit Kommunikation deutet darauf hin, dass sie kein Bündnis im Sinne von Kommunikation auf Augenhöhe beabsichtigen, sondern Kommunikation eher als Instrument der Reglementierung nutzen.

So erleben die Interviewpartner Verhaltensweisen bei den Mitarbeitern, die für eine gelungene Kommunikation zwischen Mitarbeiter und Interviewpartner hinderlich sind. Dabei macht das kommunikative und interaktive Verhalten der Mitarbeiter deutlich, dass die pflegebedürftigen Menschen in einem Abhängigkeitsverhältnis zu den Mitarbeitern stehen. Während eines Tagesablaufes in der Pflegeeinrichtung gibt es aus Sicht der Mitarbeiter mehrere Anlässe, den Interviewpartnern die Kommunikation mit ihnen zu untersagen oder diese zu reglementieren.

Ein Anlass für die Mitarbeiter ist die sogenannte Übergabe zwischen den Schichten, die sie ohne Störungen ausrichten möchten. In dieser Zeit informieren sich die Mitarbeiter aus den Schichten über die neuesten Entwicklungen bei den pflegebedürftigen Menschen, sodass die nachfolgende Schicht auf Basis dieser neuesten Informationen ihre Arbeit aufnehmen kann.

„... dann ist Übergabe, das ist immer 'ne halbe Stunde ungefähr, da ist Schichtwechsel, da kommt niemand, wenn dann geklingelt wird und das find ich nicht schön ...“ (Interview 6, Zeile 265–268).

Es kann aber auch bedeuten, dass Klingeln nicht erwünscht ist, und stattdessen wartet die Interviewpartnerin auf die Ankunft der Mitarbeiter, was in bestimmten Situationen zur Bedrängnis führen kann, z. B. beim dringenden Bedürfnis, die Toilette aufzusuchen.

„... jetzt ist das so, dass die Schwestern dann dreimal in der Nacht kommen und außerhalb dieser Zeit soll nicht geklingelt werden ...“ (Interview 6, Zeile 278–279).

Bestimmte Umgangsformen, insbesondere die mangelnde Wahrung von Diskretion bei intimen Bedürfnissen, wie die Bitte zur Begleitung eines Toilettenganges, führen zu unangenehmen Gefühlen bei den Interviewpartnern.

„... oder die ruft ganz laut, Herr oder Frau sowieso, gehen Sie mal auf die Toilette und ziehen Sie sich schon mal aus und wir und die anderen essen noch ... das ist nicht so angenehm ...“ (Interview 6, Zeile 229–231).

Die Interviewpartner scheinen eher eine reglementierende und eine das Abhängigkeitsverhältnis unterstreichende Kommunikation zu erwarten. Es kann dazu führen, dass großzügig offerierte und ernst gemeinte Möglichkeiten der Mitarbeiter von den pflegebedürftigen Menschen nicht angenommen werden. Das Gefühl, dass geäußerte eigene Wünsche Auswirkungen auf die gesamte Organisation haben, lässt den Wunsch nach der Erfüllung des Bedürfnisses in den Hintergrund treten. Dies führt dann im weiteren Verlauf zu einer Anpassung der eigenen Tagesstruktur an die der Pflegeeinrichtung.

„... wenn ich will, kann ich länger schlafen, das haben die schon paar Mal gesagt, wissen Sie, wenn ich sage, ich möchte um neune, dann müssen die wieder von vorne anfangen, das möchte ich doch auch nicht, das sag ich mal als Beispiel, deswegen habe ich, man gewöhnt sich auch daran, ich bin ja hier drin, ich muss ja nicht raus“ (Interview 15, Zeile 207–211).

Ein Interviewpartner vergleicht die Versorgung in der Pflegeeinrichtung mit der in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Dabei stellt er fest, dass es Unterschiede im Angebot der pflegerischen Versorgung gibt. Es entsteht bei ihm der Eindruck, dass in einer Pflegeeinrichtung nicht alle notwendigen Leistungen erbracht werden müssen, da die Leistungen der Pflegeversicherung auch nur für eine Auswahl von Leistungen gezahlt werden, was die Mitarbeiter dazu berechtigt, erwünschte Leistungen nicht zu erbringen. Dieses äußern sie auch direkt. Es scheint für den Interviewpartner keine Möglichkeit zu geben, diese Leistungseinschränkung zu verhandeln.

„... ich war viel im Krankenhaus, also viermal mindestens im Jahr war ich im Krankenhaus, und da werden sie betreut und alles, betreut wirste ja hier im Prinzip och aber anders betreut, ja so is et, denn hier können se immer noch sagen, wenn das nicht wollen, dann sagen se ne, dann müssen se das akzeptieren ...“ (Interview 12/13, Zeile 236–240).

Das Durchbrechen der aufgestellten Regeln führt bei Frau W. und bei anderen Mitbewohnern zu Schuldgefühlen, da sie unerlaubterweise Hilfe anfordern muss und sich so für die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter mitverantwortlich fühlt. Im Anschluss daran kann es sein, dass sie beschimpft wird.

„... meine Nachbarin, die soll zur Toilette klingeln, die muss aber oft, die traut sich nicht, die Schuldgefühle, die man hat, die rennen und rennen, man möchte ja wirklich, und wenn's dann nicht erwischt wird, gibt es dann ein großes Donnerwetter, aber ach Gott, ich kann mich da einfüllen, ich kann's verstehen ich hing ja auch ein halbes Jahr am Dauerkatheter ...“ (Interview 7, Zeile 225–229).

Aber auch im Falle einer missglückten Kommunikation gibt es Interviewpartner, die von sich aus das Fehlverhalten der Mitarbeiter direkt mit ihnen besprechen und somit die Abhängigkeits- und Unterlegenheitsbeziehung unterbrechen.

„... ich hab mal eine Schwester erlebt, die sich unmöglich zu den behandelnden Menschen verhalten hat, meine Frau machte mich aufmerksam auf sie, ich sag, die schnapp ich mir, da bin ich hin zu ihr und sag: Wissen Sie, wollen Sie nicht einen anderen Beruf wählen? Die hat mich mit großen Augen angeguckt: Was meinen Sie? Ihre Art und Weise mit den Leuten, wie Sie umgehen, das ist doch unmöglich, schubsen, ich weiß nicht, ob Sie auch schlagen, ich weiß das nicht, die Leute sprechen hier schlecht von Ihnen (...). Die war platt, das einer sie so anspricht, und die hat sich dann geändert, meine Frau hat dann gesagt, das war nich mehr die Schwester, die vorher war ...“ (Interview 16, Zeile 76–85).

Das Verhältnis der Interviewpartner zu den Mitarbeitern bewegt sich auf einer Linie von einem Bündnis mit der Verpflichtung zur gegenseitigen Loyalität bis hin zu kommunikations- und im weiteren Verlauf zu interaktionshinderlichen Verhaltensweisen, die vorwiegend von Mitarbeitern ausgehen. Einige Interviewpartner ergreifen die Initiative und stellen somit eine Kommunikation oder Interaktion auf Augenhöhe her. Andere Interviewpartner erleben sich als unterlegen, da sie sich im weiteren Verlauf an die Vorgaben der Mitarbeiter anpassen oder sich vom hohen Organisationsgrad der Pflegeeinrichtung beeindruckt lassen und auf die Erfüllung ihrer geäußerten Wünsche verzichten. In einzelnen Fällen machen sie sich die Belastung der

Mitarbeiter zu Eigen und fühlen sich dafür mitverantwortlich, was wiederum zum Verzicht der Erfüllung individueller Wünsche führen kann und somit die persönliche Interessenvertretung erschwert.

Nicht nur die fehlenden Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten mit dem Gegenüber stellen Schwierigkeiten für die Interviewpartner dar, sondern auch die öffentliche Berichterstattung über Pflegeeinrichtungen. Es ist ihnen ein Anliegen, dass die Berichterstattung von wahren Fakten geprägt ist, denn sie sind selbst Angehörige der Gruppe der Bewohner in Pflegeeinrichtungen. Sie möchten deshalb nicht, dass ihre Lebenssituation in der Öffentlichkeit verzerrt dargestellt wird.

Die positive öffentliche Berichterstattung schildert die Pflegeeinrichtung als einen geselligen Ort, an dem es möglich ist, den Lebensabend nicht alleine verbringen zu müssen. Dies deckt sich nicht mit den Erfahrungen von Frau L.

„... was in den Medien immer so gezeigt wird, dass es in den Heimen immer so sehr gesellig ist und dass die Leute immer so sehr miteinander können, das vermiss ich sehr ...“ (Interview 18, Zeile 106–106).

Andererseits haben Pflegeeinrichtungen allgemein einen eher schlechten Ruf, der sich auch in der öffentlichen, oftmals negativen Berichterstattung niederschlägt. Dies stellt für Frau L. ein Problem dar, gehört sie automatisch zu einer Gruppe von Menschen, die somit stigmatisiert wird.

„... und die Heime haben eigentlich, finde ich einen zu schlechten Ruf, das ist nicht der Fall, ich habe leider keine Möglichkeit, aber ich würde gerne mal in den Medien sagen, Leute ganz so ist es nicht, wie es immer hingestellt wird, es kann sich jeder so schön machen wie es nur geht ...“ (Interview 18, Zeile 122–124).

Doch nicht nur der Wunsch, die öffentliche Berichterstattung zu verbessern, geht von den Interviewpartnern aus, sondern für Herr G. ist auch eigenes politisches Engagement denkbar.

„... der letzte Vorschlag von mir, man müsste die Öffentlichkeit hier ins Heim holen, Parteien hierher, damit sie das Leben hier kennenlernen, die geben Millionen von

Geldern aus für Rüstung, aber für die Heime zu wenig, aber die müssen hierherkommen, ich stelle mich gerne zur Verfügung, zur Diskussion, ich würde auch vorher etwas sagen, damit sie wissen, was wir wollen, aber die Leitung ...“ (Interview 16, Zeile 122–128).

Die Gesamtschau auf die inhaltlich breit angelegte Kategorie „Die Initiative zur Kommunikation und Interaktion als Ausdruck ihrer Identität“ deutet darauf hin, dass es für die Interviewpartner sehr schwer ist, ihrem Bedürfnis nach Kommunikation und Interaktion nachzukommen. Dafür gibt es verschiedene Ursachen, wie die eigenen Kommunikationseinschränkungen durch Sprech- oder Hör- und Sehprobleme, durch das Fehlen geeigneter Gesprächspartner oder durch Mitarbeiter, die Kommunikation nicht zulassen oder sie in Form von reglementierender Kommunikation unterbrechen. Die Interviewpartner nehmen eine sich positiv auswirkende Kommunikation gut an. Positive und damit bestärkende Kommunikation, z. B. durch eine Mitarbeiterin oder Therapeutin, hat eine motivierende Wirkung und führt zum Wiedererlangen von Selbstbewusstsein, das für die Ausführungen selbstständiger Handlungen im Alltag notwendig ist. Dies zeigen Beispiele aus den Interviewstellen der Kategorie „Wiedererlangung und Erhalt von körperlicher Beweglichkeit und persönliche Mobilität als Grundlage für die eigene Unabhängigkeit“. Hier wird der Zusammenhang zwischen einer motivierenden Kommunikation und den Trainingserfolgen in Anwesenheit einer Physiotherapeutin sichtbar. Ein anderes Beispiel kann als negativ angeführt werden. Eine Interviewpartnerin bezeichnet ihre eigenen Bewegungsversuche als einen Kampf gegen die professionelle Prognose eines Krankenhausarztes, gegen die sie angehen musste.

Die Interviewpartner entwickeln trotz der ihnen gesetzten Grenzen ihre Strategien, um Kommunikation und die damit verbundene Interaktion herzustellen oder auch aufrecht zu erhalten. Sie unternehmen immer wieder Kommunikationsversuche, auch wenn diese unerwidert bleiben. Sie teilen die Gesellschaft mit Menschen, die nicht unbedingt in der Lage sind, ihnen Gesell-

schaft zu leisten. Es gelingt ihnen auch in der Pflegeeinrichtung Freundschaften zu knüpfen, was umso bedeutender erscheint, da die Angehörigen nicht immer verfügbar sind und frühere Freunde schon verstorben sind.

In einem weiteren Schritt versuchen sie Bündnisse mit den Mitarbeitern, die sie versorgen oder einmal versorgen werden, einzugehen, um sich deren Loyalität zu versichern. Dieses Bündnis dient dazu, die eigenen Interessen selbst zu vertreten. Falls das nicht gelingt, fordern sie ihre Rechte auf Mitsprache und eigene Entscheidungen ein. Das eingegangene Bündnis kann ihnen helfen, auch gegen die Widerstände, die von einem institutionellen Kontext abhängen, anzugehen. Eine Voraussetzung für die aktive Gestaltung eines Bündnisses ist allerdings ihre körperliche und mentale Stärke, über die sie aufgrund ihrer Erlebnisse vor dem Einzug in die Pflegeeinrichtung nicht alle verfügen und diese erst wieder erreichen und sich aneignen müssen.

Durch die Initiative zur Kommunikation und dem Aufbau von neuen Beziehungen versuchen sie sich eine Umgebung zu schaffen, in denen sie Zugehörigkeit und auch Anerkennung spüren können. Die persönliche Stärkung, die von der Zugehörigkeit zu einem engen und vertrauten Kreis und Anerkennung ausgehen können, erleichtert ihnen im weiteren Verlauf wieder ihre eigenen Interessen zu vertreten. Dies bildet die Grundlage dafür, sich körperlich und mental wieder in die Lage zu versetzen selbst zu agieren und zu bestimmen und um sich eine neue Heimat im Sinne des privaten Wohnens zu schaffen.

Für die Initiative zur Kommunikation und Interaktion kann es verschiedene Ursachen geben. Es bietet sich zunächst wiederum ein entwicklungstheoretischer Kontext zur genaueren Deutung an. Denn Menschen suchen als eine Möglichkeit in Zeiten von Bedrohungen und Belastungen, wie es kritische Lebensereignisse sind, als eine existenzielle Reaktion, die Nähe anderer Menschen, da sie sich erhoffen, ihre empfundene Angst dadurch zu mildern

(vgl. Filipp, 2010:214). Die Interviewpartner befinden sich in der Auseinandersetzung mit den als kritisch erlebten Ereignissen und benötigen dringend Unterstützung, was sich in ihrem Drang äußert, sich mitteilen zu müssen. Deshalb wollen und müssen sie soziale Unterstützung aktiv mobilisieren, um mit dem Geschehen fertig zu werden und um diese zu bewältigen (vgl. Filipp, 2010:218).

In Zeiten, in denen die Interviewpartner bedroht und belastet sind, gestaltet sich ihre Suche nach sozialer Nähe allerdings aufgrund eines stark selektierenden Vorgehens schwierig. Sobald sich Menschen ihrer eigenen Endlichkeit bewusst werden, steigt die Präferenz für soziale Kontakte zu Gleichgesinnten und das Bedürfnis nach Zuwendung tritt verstärkt auf (vgl. Filipp, 2010:217). Bei der zufällig zusammengestellten Bewohnerschaft einer Pflegeeinrichtung scheint die Suche nach Gleichgesinnten schwierig, auch und gerade vor dem Hintergrund der Anwesenheit der vielen Menschen mit einer Demenz, die zum Aufbau einer sozialen Beziehung nicht mehr in der Lage sind.

Die Funktion von Kommunikation zur Gestaltung sozialer Unterstützung umfasst die emotionale Unterstützung durch Fürsorge und Nähe als Ausdruck von Wertschätzung. Sie umfasst aber auch die informationsorientierte Unterstützung und zielt darauf ab, die Wissensbasis im Umgang mit einem Problem zu erweitern (vgl. Filipp, 2010:241). Dieses Angebot zur Bewältigung, z. B. durch Seelsorge in der Pflegeeinrichtung oder Beratung zu Problemlösungen der Selbstversorgung, wird im Einzelfall als persönliche Stärkung erlebt.

Die gegenteilige Wirkung von Sorge und Nähe als Ausdruck von Wertschätzung erzielt die als negativ empfundene Kommunikation und Interaktion bei den Interviewpartnern. Goffmans Erkenntnisse, die die Perspektive der „Insassen“ darstellt, beschreibt die Kommunikation zwischen ihnen und dem „Aufsichtspersonal“ als eine von dem Personal kontrollierte. Das Aufsichtspersonal zieht Grenzen in der Kommunikation und entscheidet damit auch

über die Weitergabe von Informationen an die Insassen. Dabei ist entscheidend, dass er von Entscheidungen, die sein Geschick betreffen, keine Kenntnis erhält (vgl. Goffman, 2014:20). Zu nennen wäre an dieser Stelle die versäumte Information von Interviewpartnern über bevorstehende Umbauarbeiten in ihrem eigenen Zimmer. So entstehen durch die Beschränkungen der Kommunikation zwei soziale Welten, die trotz der Nähe kaum Berührungspunkte haben, denn die eine Welt ist die Wissende und die andere bleibt die unwissende Welt (vgl. Goffman, 2014:20).

Theoretische Konzepte zur Identitätstheorie bilden den Rahmen, in denen die Bedürfnisse der Interviewpartner hinsichtlich ihrer angestrebten Kommunikation und Interaktion angesprochen werden. So wird Identität als etwas Vorläufiges gedacht. Sie stellt einen Prozess dar und kein fertiges Produkt (vgl. Straub, 2000:169). Die notwendig gewordenen Bewältigungsstrategien der Interviewpartner nach dem Erleben eines kritischen Lebensereignisses deuten ebenfalls auf einen beginnenden Bewältigungsprozess hin. So geht die Identitätstheorie davon aus, dass keine Person ihre Identität von Geburt an und im weiteren Verlauf ihres Daseins einfach besitzt. Sie muss vielmehr erworben werden und zieht bei spezifischen Anforderungen Entwicklungen und Erfahrungen nach sich (vgl. Straub, 2000:171).

Der immerwährende Findungsprozess führt zu einer Identität, die mit dem in der Psychologie gebräuchlichen Begriff der personalen Identität präziser beschrieben werden kann. Diese Annahme der personalen Identität geht davon aus, dass eine orientierungs-, handlungs-, interaktions- und beziehungsfähige Person als eine einheitliche Struktur gedacht werden muss (vgl. Straub, 2000:169). Alle Attribute bilden zusammen die Identität, die auf Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen beruht und diese finden sich in den Äußerungen der Interviewpartner. So streben sie eine Informationsbasis an, die ihnen Orientierung zu zukünftigen Planungen und Handlungen ermöglicht. Sie suchen nach Kommunikationspartnern, mit denen sie im besten Fall auch interagieren können. Interaktion bedeutet aber

für sie auch, Förderung der eigenen Interaktion oder Handlungen zur Wiedererlangung ihrer Selbstständigkeit. Beziehungen gestalten sie im Sinne von Bündnissen mit den professionellen Personen oder gehen Freundschaften mit Mitbewohnern ein.

6.10. Wiedererlangung und Erhalt von körperlicher Beweglichkeit und persönlicher Mobilität als Grundlage für die eigene Unabhängigkeit

Für die Interviewpartner ist die Möglichkeit der körperlichen Bewegung und der damit verbundenen persönlichen Mobilität der Ausgangspunkt für viele Aktivitäten. Dabei beschränkt sich ihr geschildertes Verständnis von Mobilität nicht nur auf die körperliche Aktivität als Beweglichkeit innerhalb und außerhalb der Pflegeeinrichtung, sondern auch auf z. B. geistige Mobilität im Sinne des Treffens von Entscheidungen oder klarem Verstand (ohne Demenz) als Verlust der kompletten alltagsrelevanten, körperlichen und geistigen Fähigkeiten.

Die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews hat verschiedene Zugangsweisen zum Begriff der körperlichen Beweglichkeit und der persönlichen Mobilität ergeben. Diese subjektbezogenen Aneignungsleistungen umfassen den Kampf zur Überwindung von Immobilität, das Finden individueller Problemlösungen, um die eigene Abhängigkeit abzubauen. Es geht um die Entwicklung von Eigeninitiative, um präventiv der Immobilität zuvorzukommen oder um sich in sie betreffende Entscheidungen einzumischen.

Das Hoffen auf die weitere geistige Mobilität steht bei Frau B. gleichberechtigt neben der Relevanz der körperlichen Beweglichkeit. Geistige Mobilität erlangt für sie Bedeutung, da sie im täglichen Leben häufig mit Demenzkranken konfrontiert ist und deren Verlauf beobachtet, der zur vollständigen Abhängigkeit in allen Lebensaktivitäten führen kann. Die nachlassende geistige Mobilität wird von ihr dabei als schlimmer erlebt als die nachlassende

körperliche Mobilität. Auch sieht Frau B. Probleme in der sehr zeitaufwendigen Unterstützung durch die professionellen Helfer.

„... ich hoffe nur, dass mein Kopf noch recht, recht lange wach bleibt, das ist das Wichtigste, alles andere kann man dann regeln, aber ich möchte möglichst hier nicht hilflos im Bette liegen, das möchte ich nicht und so viel Zeit haben die Schwestern dann eben auch nicht ...“ (Interview 5, Zeilen 172–176).

Die Wiedererlangung der verloren gegangenen körperlichen Beweglichkeit ist für Frau L. mit großen Anstrengungen verbunden, die von ihr als Kampf beschrieben werden. Entgegen professioneller Einschätzungen und Prognosen für die aktuelle Lebenssituation ging sie das Ziel, ihre körperliche Beweglichkeit wiederzuerlangen, aktiv an. Dabei widersetzte sie sich auch der Prognose von professionellen Helfern.

„... na, die Ärzte haben damals gesagt, ich bleib im Rollstuhl sitzen, und dann hab ich im Krankenhaus gesagt, aber nicht ich, und dann hab ich geübt, die Tränen sind gelaufen, aber ich hab einen Kampf aufgenommen und ich habe gewonnen, ich kann wieder laufen, und dann sag ich mir, man darf sich nicht hängen lassen...“ (Interview 18, Zeile 192–197).

Bei der Wiedererlangung von Beweglichkeit spielt bei Frau S. auch der familiäre Austausch eine Rolle, um sich gemeinsam Strategien zu überlegen, wie die eigene Unabhängigkeit wieder erreicht werden kann. Ziel ist dabei nicht mehr auf die Unterstützung von professionellen Personen warten zu müssen.

„... bloß nicht bedienen lassen, ach, das kann ich nicht. Ich steh auf, ich wasch mich, ich mach alles alleine, den Rücken mussten sie mir waschen, hab ich gedacht, ne, das stört dich, du musst warten, bis 'ne Schwester kommt, dann habe ich mit meinem Sohn gesprochen, sag mal Arno, wie wäschst du dir den Rücken ... Mutti, sacht der, ich hab so 'n Ding, von der Seite so 'n Griff, ... dann sag ich, dann bring mir doch auch so was ... Ich tu dann so lange, bis ich es raushabe und dann bin ich Gott sei Dank, hast es geschafft ...“ (Interview 3, Zeile 226–238).

Frau S. ist jetzt stolz auf die eigene Leistung durch die Wiedererlangung von Beweglichkeit unabhängiger zu sein.

„... ich bin so stolz, dass ich keine Schwester mehr brauch (lacht) tue ich alles alleine machen, ach ist das schön ...“ (Interview 3, Zeile 246–248).

Frau W. kann dies bestätigen, denn für sie ist es ein Glück, wieder selbstständig zu sein:

„... ich bin glücklich, dass ich wieder so hergestellt bin, ich kam wie ein Wrack hier an, man hatte mir gar nichts mehr vorausgesagt und ich wollte noch nicht gehen (Stimme wird brüchig) und hab gekämpft wie ein Löwe (beginnt zu weinen) ...“ (Interview 7, Zeile 47–51).

Die akute Erkrankung von Frau W. hatte zu einer vorübergehenden Bettlägerigkeit geführt, die sie inzwischen durch viel Training und Durchhaltevermögen überwunden hat.

„... ja, ja, rausgekrabbelt ... bis vor einem Jahr konnt ich nicht mal mehr die Beine ins Bett und aus dem Bett, mussten immer gehoben werden, meine größte Sorge oder mein größtes Ziel war, dass ich es alleine schaffe, auf die Toilette zu gehen, das war mir ein ganz großes Anliegen, nicht dass man da immer bitten muss, also das war ganz wichtig für mich, ja dann hab ich eben laufen gelernt mit den Gehhilfen, mit denen ging ich vorher schon dann kam die Laufbank und jetzt mit dem Rollator, mit dem Rollator geht es relativ gut hier drin, draußen hab ich Schwierigkeiten, weil mich jede Unebenheit aus dem Gleichgewicht bringt ...“ (Interview 7, Zeile 64–74).

Die wiedererlangte Beweglichkeit ermöglicht Frau W. aktiv an den Freizeitangeboten der Pflegeeinrichtung teilzunehmen. Die Freizeitangebote, die sich um Mobilität und Bewegung drehen, nimmt Frau W. gerne in Anspruch, sie kommen ihrem Wunsch, ihre Selbstständigkeit weiter zu trainieren, sehr entgegen.

„... Montag haben wir Seniorengymnastik, da mach ich mit, Dienstag haben wir Ergotherapie, da sind Bewegungsübungen und Gedächtnistraining, da mach ich mit, Mittwoch komm ein Musikant, da singen wir unten, da mach ich mit, Donnerstag wieder Ergotherapie, Bewegungsübungen mit Musik, Freitag ist Kegeln, da nehm

ich nicht dran teil, Sonnabend und Sonntag gehört dann uns ...“ (Interview 7, Zeile 38–45).

Da körperliche Beweglichkeit auch für Frau V. sehr wichtig ist, werden aktivierende Freizeitangebote der Pflegeeinrichtung von ihr gerne angenommen.

„... ich bin ganz begeistert von den ganzen Veranstaltungen, ich geh zur Gymnastik, ich geh zum Singen, also überall bin ich immer, und zwischendurch mach ich schnell meine Rundgänge draußen, Bewegung ist alles ...“ (Interview 10, Zeile 23–25).

Ergänzend zu ihrer Teilnahme an den aktivierenden Freizeitangeboten der Pflegeeinrichtung trainiert Frau V. zusätzlich in Eigeninitiative. Dabei müssen die eigenen ergänzenden Trainingseinheiten mit den anderen Terminen im Tagesablauf in Übereinstimmung gebracht werden.

„... Gott sei Dank, laufe viel und mache morgens im Bett schon meine Gymnastik, vorwärts, rückwärts und so (deutet gymnastische Übungen an), jeden Morgen ...“ (Interview 10, 30–32).

Im Laufe des Tages nutzt Frau V. die verbleibende freie Zeit für Spaziergänge.

„... und zwischendurch muss ich immer mal an die frische Luft, meine Runden drehen, entweder die kleine Runde bis zum Zoo und zurück, vormittags, weil da die Zeit knapp ist, nachmittags mache ich die große Runde bis zum kleinen Teich da hinten weiter rum ...“ (Interview 10, Zeile 114–120).

Das Freizeitangebot der Pflegeeinrichtung ergänzt Herr G. durch die Inanspruchnahme einer Physiotherapeutin, für die er sich regelmäßig ein Rezept bei seinem Hausarzt besorgt. Dabei spornen ihn eigene Ziele, wie eine bestimmte Anzahl Treppenstufen steigen können und die motivierende Art der Physiotherapeutin zur Wiedererlangung der körperlichen Beweglichkeit an.

„... täglich mache ich meinen Rundgang und meine Übungen, ich will laufen, ich habe arrangiert, mit ärztlicher Bescheinigung, dass sie mit mir Treppen steigt, das ist immer jede Woche, zweimal kommt Frau L. hierher, die ist Fachkraft, kommt hier her ... die geht mit mir hoch, vier Treppen, sie sagt wie hoch wohnt ihre Tochter,

ich sage vier Treppen, die müssen wir schaffen, die hat noch so 'ne Art, das auch rüberzubringen, ich freue mich immer, wenn die kommt ...“ (Interview 16, Zeile 92–103).

Eine ähnlich motivierende Funktion hat die Physiotherapeutin auch für Frau S. beim Wiedererlernen des Laufens. Sie gibt Frau S. das Gefühl, in ihren Bemühungen voranzukommen. So bildet eine motivierende Kommunikation die Grundlage für die Zielerreichung (siehe auch Kategorie „Die Initiative zur Kommunikation und Interaktion als Ausdruck ihrer Identität“).

„weil ich nicht mehr laufen kann, ich kann ja kaum noch, am Gehbock so ein kleines Stück, aber im Moment sonst nichts (..) na ja, das macht halt die Physiotherapeutin mit mir und die ist sehr ordentlich, die ist sehr, wie soll ich das denn sagen, die ist sehr, also ich mach es halt gerne mit ihr, die ist so furchtbar nett, die ist aber auch konsequent ...“ (Interview 6, Zeile 8–13).

Herr G. schätzt die Mitarbeiter, die Bewegungs- und Aktivierungsangebote machen, denn sie sorgen neben der sportlichen Betätigung auch für eine gute Atmosphäre. Eine freudige Stimmung kann die als bedrückend empfundene Ruhe in der Pflegeeinrichtung unterbrechen.

„... da gibt es hier Leute hier im Heim, die machen mit uns Sport, kegeln, mit dem Ball spielen, wissen Sie, solche Leute braucht man, um Spaß und Freude zu verbreiten ...“ (Interview 16, Zeile 107–109).

Einschränkungen der körperlichen Beweglichkeit führten bei Frau R. zunächst zur Immobilität und zu Passivität. Nach einer schweren Erkrankung traute sie sich nicht zu bewegen. Sie akzeptierte zunächst ihre Hilflosigkeit und wartete geduldig auf die Hilfe der Mitarbeiter, die eventuell nicht rechtzeitig kam. Da das Bedürfnis nach eigener Beweglichkeit überwiegte, hat sie ihre Angst vor einem Sturz überwunden und es stellt sich Erfolg ein, auf den sie persönlich sehr stolz ist.

„... also das muss ich Ihnen mal erzählen, das ist ja an und für sich Quatsch, aber wie ich nicht auf die Toilette gehen konnte, das war grausam, wenn ich geklingelt habe und keiner kommen konnte, und na endlich kam einer und dann war das meistens schon zu spät, also, das war grausam und dann hab ich hier so gesessen

und gedacht, Mensch versuch's doch mal, wenn du bis zum Bett kommst und dann an der Wand lang kommst, dann kommst du auch auf die Toilette, und das habe ich versucht und das hat geklappt, was denkste wie stolz ich war ...“ (Interview 11, Zeile 121–128).

Im besten Falle gelingt es den Interviewpartnern, sich wieder frei und ohne personelle Unterstützung zu bewegen. Beweglichkeit bedeutet für die pflegebedürftigen Menschen aber nicht nur körperliche Beweglichkeit und persönliche Mobilität innerhalb der Pflegeeinrichtung, sondern auch persönliche Mobilität außerhalb der Pflegeeinrichtung.

Frau B. schätzt die notwendig gewordene Nutzung eines Hilfsmittels, das ihr trotz körperlicher Einschränkungen ermöglicht, die Pflegeeinrichtung zu verlassen, um z. B. den Garten aufzusuchen.

„... ich kann mich aber nicht mehr so bewegen, aber ich muss dankbar sein, ich geh am Rollator, und im Sommer haben wir den schönen Garten, das ist ein sehr schöner Garten ...“ (Interview 5, Zeile 58–60).

Die personelle Unterstützung durch Mitarbeiter bei Einkäufen ermöglicht das Verlassen der Pflegeeinrichtung und den Gang in die nahe gelegene Nachbarschaft zum Einkaufen. Diese Möglichkeit nutzt Frau L., weil ihr die Angebote innerhalb der Pflegeeinrichtung nicht gefallen und ihren Bedürfnissen nicht entsprechen. Dabei nimmt sie die Leistungen der sozialen Betreuung in Anspruch, die die Pflegeversicherung seit ca. einem Jahr jedem pflegebedürftigen Menschen finanziert.

„... und da ich in der Gemeinschaft so gut wie gar nichts mitmache, weil's mir nichts bringt, habe ich mit der Leitung gesprochen, dass ich doch einmal in der Woche eine Dame bekomme, die mit mir rausfährt zum Einkaufen, und das hat man geregelt, und jetzt habe ich eine Dame, die sehr, sehr nett ist und auch sehr umsichtig ist in den Kaufhallen, und die fährt einmal in der Woche für zwei Stunden mit mir einkaufen, und dann kann ich kaufen, was ich noch möchte ...“ (Interview 18, Zeilen 146–153).

Die körperliche Beweglichkeit und die damit verbundene persönliche Mobilität ermöglicht es Herrn G., seinen privaten Verpflichtungen nachzukommen. Das Verlassen der Pflegeeinrichtung bedeutet für ihn eine Kombination aus körperlichem Training und dem Nachgehen privater Verpflichtungen. Die körperliche Beweglichkeit bildet somit stets den Ausgangspunkt, um das eigene Leben zu regeln und zu gestalten.

Die Regelung der eigenen finanziellen Angelegenheiten erlangt dabei bei ihm eine große Bedeutung.

„... ich gehe jede Woche einmal zur Sparkasse, das ist Training für mich, das dauert so eineinhalb bis zwei Stunden, das mach ich einmal in der Woche ... ich hol da meine Zettel, was die alles so abbuchen und so, aber das ist so mein Rhythmus ...“ (Interview 16, Zeile 173–178).

Eine andere Verpflichtung ist für Herrn G. die Überwachung des eigenen früheren Besitzes, der für den Einzug in die Pflegeeinrichtung verlassen werden musste. Dabei übernimmt er weiterhin die Verantwortung für das frühere Wohnhaus, obwohl er dafür schon Menschen gewinnen konnte, die das für ihn tun.

„... einmal im Monat, da bestell ich mir 'ne Taxe und fahre in meinen Garten. Da guck ich nach dem Rechten, obwohl ich jemand da habe, der auch guckt, ich fühl mich immer noch verantwortlich, deshalb muss ich immer noch alles in der Hand behalten ...“ (Interview 16, Zeile 179–187).

Die Wiedererlangung von persönlicher Mobilität kann dazu führen, dass diese auch von den Mitarbeitern verlangt wird. Dabei gehen die Interviewpartner unterschiedlichen Zielen nach. Sie bieten kleinere Gefallen als eine Unterstützung für die Mitarbeiter an und übernehmen eine für die Allgemeinheit wichtige Aufgabe oder tragen Verbesserungsvorschläge an sie heran.

Frau R. übernimmt als eine wichtige Aufgabe, die Blumen für den gesamten Wohnbereich zu gießen. Falls sie die Aufgabe nicht erfüllen kann, wird dies sofort bemerkt, da für sie eine Vertretung gesucht werden muss, was nun

die Mobilität der Mitarbeiter erfordert. Gleichzeitig erlebt sie, dass ihr Fehlen als eine Lücke empfunden wird, die die eigene Rolle als „Anerkannte Größe“ (siehe auch Kategorie „Die Initiative zur Kommunikation und Interaktion als Ausdruck ihrer Identität“) bedeutsam erscheinen lässt.

„... dann habe ich das Blumengießen übernommen, also damit ich so 'n bisschen was zu tun hab (...) und dann helfe ich dem Pflegepersonal insofern, dass ich die Blumen gieße, dass die nicht gießen brauchen, und jetzt war ich so 'n paar Tage erkältet, und das wurde gleich bemängelt ...“ (Interview 11, Zeile 84–89).

Auch Anregungen und Verbesserungsvorschläge zum Speiseangebot führen dazu, dass die Mitarbeiter zu Mobilität angeregt werden, da sie nun aufgefordert sind, auf die Wünsche von Frau B. zu reagieren. Wird die Anregung erfüllt, führt sie zu einer emotionalen Mobilität, die sich positiv auf das Lebensgefühl auswirken kann.

„... es hat mal so geduftet und zwar nach Quarkkeulchen, ... och habe ich gedacht, die gibt es heute, die gab's lange nicht, ich sage, och ich habe mich so gefreut, das war auf einer anderen Abteilung im Altbau, och sag ich, ich würde die gerne essen und dann gab's auch hier mal Quarkkeulchen, die gab's schon ein paar Mal ...“ (Interview 5, Zeile 175–179).

Die Kategorie „Wiedererlangung körperlicher Beweglichkeit und persönlicher Mobilität als Grundlage für die eigene Unabhängigkeit“ besteht aus verschiedenen Aspekten, die sich gegenseitig bedingen, beeinflussen und ergänzen.

Die Interviewpartner berichteten von ihren Aktivitäten, die sie selbst unternehmen oder in die Wege leiten, um die eigene körperliche Beweglichkeit und Mobilität wieder zu erlangen oder auszubauen. So besuchen sie regelmäßig die „Sportangebote“, die die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung anbieten und ergänzen diese um eigene „Trainingseinheiten“. Eigeninitiative ergreifen sie auch, um sich eine Physiotherapie oder eine Begleitung für Einkäufe zu organisieren. Einigen gelingt es auch, sich aus einer Situation der völligen Immobilität unter Einsatz aller ihnen zur Verfügung stehenden

Kräfte zu befreien. Als hilfreich erleben sie die motivierende Herangehensweise von Mitarbeitern.

Die Interviewpartner streben körperliche Beweglichkeit und die damit verbundene persönliche Mobilität an und tragen selbst einiges dazu bei, dass beides erhalten bleibt oder wiederhergestellt wird. Dieses Engagement führt dazu, dass sie sich verloren gegangene Kompetenzen wieder zurückerobern. Dies erfolgt unter erschwerten Bedingungen, denn der Einzug in eine Pflegeeinrichtung kann von mehreren kritischen Lebensereignissen begleitet sein, die für den plötzlichen Verlust ihrer Kompetenzen und damit auch für Einschränkungen in ihrer Autonomie verantwortlich sind. Die Überwindung der körperlichen Einschränkungen in der Beweglichkeit erfüllt sie mit Stolz, der in der Folge zum Empfinden ihrer eigenen Selbstwirksamkeit führt.

Die körperliche Beweglichkeit wird aus der gerontologischen Perspektive als eine basale Kompetenz bezeichnet. Generell wird zwischen basalen und erweiterten Kompetenzen unterschieden. Die basalen Kompetenzen umschreiben die für eine selbstständige Lebensführung notwendigen Grundfertigkeiten, wie z. B. Körperpflege, Essen, Trinken, Bewegung und Mobilität. Die erweiterte Kompetenz umschreibt die Ausführung z. B. von Freizeitaktivitäten oder andere sozialen Aktivitäten (vgl. Kruse, 2006:32). Die vielen und starken Bemühungen der Interviewpartner, um die Wiedererlangung oder den Erhalt der basalen Kompetenz der körperlichen Beweglichkeit, legen den Grundstein für die Aneignung der erweiterten Kompetenzen. Beide Arten von Kompetenzen sind nötig, um sich langfristig die eigene Unabhängigkeit zu sichern und um den Anschluss an das Leben vor dem Einzug wieder zu erreichen.

6.11. Gestaltung von privatem Wohnen und der unmittelbaren Nachbarschaft

Für die Interviewpartner besteht Wohnen nicht nur aus dem Einzug in ein Zimmer in einer Pflegeeinrichtung, sondern auch aus der Gestaltung ihrer Privatsphäre im Sinne von Rückzugs- und Entfaltungsmöglichkeiten und dem Erleben und der Gestaltung ihrer unmittelbaren Nachbarschaft.

Das Zimmer in der Pflegeeinrichtung ist nach dem Einzug der Ersatz für das frühere Zuhause der Interviewpartner, z. B. ihr früheres Haus oder Wohnung. Sie müssen sich mit Einschränkungen abfinden, da nur ein kleiner Teil ihrer Möbel in einem einzigen Zimmer Platz finden und der Umzug in der Regel nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Die subjektiv erlebte Verbundenheit mit der alten Wohnung und ihrer Ausstattung hat nun gezwungenermaßen keine Bedeutung mehr, wird aber von Trauer begleitet.

Wenn es um die Möblierung ihres Zimmers geht, versuchen die Interviewpartner mit wenigen Mitteln aus dem Zimmer eine wohnliche Umgebung zu gestalten. Herr W. hat sich Bilder von zu Hause mitgebracht.

„... na und dann hab ich noch Bilder mitgebracht, na ja, das sah schon ein bisschen wohnlicher aus als ich kam, sonst hätte es auch so kahl ausgesehen ...“ (Interview 14, Zeile 80–83).

In den Pflegeeinrichtungen gibt es kleinere Lager, in der Möbel vorgehalten werden, die von anderen pflegebedürftigen Menschen stammen oder die Mitarbeiter mitbringen, weil sich die Interviewpartner keine neuen eigenen Möbel kaufen können oder die Auswahl von Kleinstmöbeln im Möbelhandel sehr beschränkt ist. Frau S. hat sich neben kleinen eigenen Anschaffungen etwas aus dem Fundus der Pflegeeinrichtung herausgesucht, was aber nicht über die Trauer um die eigenen Möbel hinweghelfen kann.

„... ich hab gar nichts, das hab ich mir neu gekauft, der ist von hier, die habe ich geschenkt gekriecht von einer Schwester, das sollte auf den Müll, ich hab zu Hause einen Wohnzimmerschrank gehabt, der vier Meter lang war, den hätt ich hier nicht

reingekriegt, und das war so ein schöner Schrank, ich hab natürlich getrauert, aber was sollt ich machen, und dann sprach ich mit der Schwester, die sagte, Mensch Frau S., ich hab einen Schrank, den könn' Se haben, sonst schmeiß ich den weg ...“ (Interview 3, Zeile 9–18).

Ein eigener Kühlschrank ist für Frau L. wichtig, um selbst eingekaufte Lebensmittel, die es in der Gemeinschaftsverpflegung nicht gibt, zu lagern. Damit schafft sie sich etwas Unabhängigkeit von der Gemeinschaftsverpflegung, die nicht immer nach ihrem eigenen Geschmack ist. Über die Möglichkeit, einen Kühlschrank mitzubringen, scheinen die pflegebedürftigen Menschen allerdings nicht von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung informiert zu werden, sondern eher durch „Mundpropaganda“ zu erfahren.

„... das war auch 'ne Empfehlung von meiner Freundschaft hier unten, denn die Leute haben hier alle keinen Kühlschrank, und die hat gesagt zu mir, Inge bring dein Kühlschrank mit, des ist mir das wichtigste“ (Interview 18, Zeile 141–143). „...“

Eine wohnliche Atmosphäre tröstet Frau R. darüber hinweg, dass sie nun dauerhaft in der Pflegeeinrichtung leben muss. Dies nimmt sie zum Anlass, sich mit neuen Möbeln einzurichten.

„...also das erste Jahr war sehr schlecht, sehr schlimm, sich eingewöhnen, ich hab zu meinem Sohn gesagt, ich hab gesagt, wenn ich schon hierbleiben muss, dann möchte ich mich wenigstens wohlfühlen können ... sind wir am Wochenende gefahren und haben die Möbel gekauft, das Bett durften wir nicht austauschen, die Schränke sind noch aus meinem Schlafzimmer zu Hause, die hat mein Sohn mitgebracht ...“ (Interview 11, Zeile 28–35).

Frau R. konnte nur einen kleinen Teil ihrer Möbel mitbringen, da ihre Wohnung wesentlich größer war als das Zimmer in der Pflegeeinrichtung. Sie ist froh über ein eigenes Bad, da sie dies leicht ohne Hilfe erreichen kann.

„... meine Möbel hätten hier sowieso nicht reingepasst, die waren zu groß für das kleine Zimmer, drei Zimmer hatte ich, ... und was natürlich wunderschön ist, dass man alleine ist und dass man das Bad alleine hat und die Toilette und das ist natürlich sehr schön ...“ (Interview 11, Zeile 62–65).

Zusätzlich zur individuellen Möblierung hat sich Frau R. mithilfe ihres Sohnes Erinnerungsstücke wie Bilder anbringen lassen. Das gibt ihrem Zimmer die individuelle Note.

„... also, die erste Zeit ist eine Umstellung, von der Wohnung auf ein Zimmer und dann noch die ollen Möbel, die hier drin waren, also das war gar nicht schön ... ist schwierig, dann haben sie mir meine Bilder mitgebracht, mein Mann, das ist Sylt, wir waren jedes Jahr auf Sylt ...“ (Interview 11, Zeile 157–160).

Die Zimmergröße spielt eine Rolle, gerade vor dem Hintergrund, dass nur wenige Möbel in ein Zimmer passen. Die Größe des Zimmers war für Frau N. das Argument, ein bestimmtes Zimmer zu mieten.

„... das Zimmer gefiel mir durchaus gut, es ist ja auch ein bisschen größer wie die anderen, das ist natürlich auch schon bisschen was anderes ...“ (Interview 9, Zeile 2–3).

Das Wohnen in einem Einzelzimmer ist für die meisten Interviewpartner ein wichtiges Ziel, doch es kann nicht immer erreicht werden, da nicht alle Pflegeeinrichtung über ausreichend Einzelzimmer verfügen. Frau S. geht für ein Einzelzimmer keine Kompromisse ein.

„... ja, ja, das ist schön, dass man alleine ist, das ist sehr wichtig. Man kann sich ganz anders entfalten, als wenn man zu zweit wohnt. Ich will lieber trocken Brot essen, als zu zweit leben ...“ (Interview 3, Zeile 5–7).

Frau B. hat zu Hause alleine gelebt und muss sich jetzt mit einer anderen, zunächst fremden Mitbewohnerin arrangieren. Das kommt dem Wohnen in einem halböffentlichen Raum gleich, denn sowohl die Mitarbeiter als auch die Angehörigen der Mitbewohnerin haben uneingeschränkten Zutritt in ihre „eigene Wohnung“, da ihre Mitbewohnerin auch unterstützt werden muss oder von Angehörigen besucht wird. Frau B. bedauert, dass sie keine Rückzugsmöglichkeit hat. Die Aussicht auf den Umzug in ein Einzelzimmer scheint eher gering zu sein.

„... ich wollte, wir hatten alle einen Antrag auf ein Einzelzimmer gestellt, aber da war keens frei, das gefällt mir nicht im Haus, sehr wenige, hier in unserer Abteilung,

hier sind dreie, wir sind 20 Personen, es ist schön, wir verstehen uns, man muss auf den anderen Rücksichten nehmen, sonst geht es nicht, aber man ist auch manchmal gerne alleine oder meine Frau L. kriegt Besuch, ich krieg Besuch und da dann alle in einem Zimmer oder 'nen Telefonat ...“ (Interview 7, Zeile 132–138).

So stellt sich das Gefühl des Zuhause seins in einem Doppelzimmer nicht ein. Die Lebenssituation ist in einer Pflegeeinrichtung weit entfernt von der früheren häuslichen Normalität, Frau S. kann die Pflegeeinrichtung deshalb nicht als ihr Zuhause betrachten.

„... aber ich kann's nicht als mein Heim, Heim in dem Sinne betrachten, weil ich, ich habe 50 Jahre in einer Wohnung gelebt, und jetzt hier, ich war immer alleine, und jetzt sind hier so viele Menschen und alle sind anders...“ (Interview 6, Zeile 106–109).

Das Leben in einem Doppelzimmer verhindert, dass sich Frau B. entfalten kann, so wie sie es gerne möchte, z. B. Beschäftigungen nachgehen, die die Mitbewohnerin eventuell stören könnten. Darunter versteht sie, fernsehen zu können bis in die späten Abendstunden oder morgens länger schlafen können.

„... und dann hätte ich nun auch gerne ein Einzelzimmer, dass ich dann mal ein bisschen machen könnte, was ich möchte ...“ (Interview 5, Zeile 55–56).

Einige Interviewpartner haben zu Beginn ihres Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung in einem Doppelzimmer gelebt, bis ein Einzelzimmer frei wurde. Das Leben in einem Doppelzimmer kann vom Wechsel der Mitbewohner geprägt sein. Frau W. lebte zu Beginn ihres Aufenthaltes mit mehreren an Demenz erkrankten Mitbewohnerin in einem Doppelzimmer und diese reagierten durch ihren Ortswechsel teilweise mit Verhaltensauffälligkeiten. So erlebte sie zusätzlich zu ihren eigenen Belastungen noch die Belastungen des Zusammenlebens mit fremden Menschen, die ihrerseits an schweren Störungen leiden.

„... ich hatte in der Zwischenzeit fünf Mitbewohnerinnen, immer im Wechsel, und ich hatte auch schlimme Typen dabei, dermaßen unruhig, demoliert, die Wände mit

den Schuhen hochgelaufen, die Lampen kaputtgeschlagen, das ist natürlich belastend ...“ (Interview 7, Zeile 152–156).

Bei den Bewohnern eines Wohnbereichs handelt es sich um zahlreiche einander fremde Menschen, die zufällig in der Pflegeeinrichtung zusammenfinden. Das führt dazu, dass die pflegebedürftigen Menschen sich nicht so geben können, wie sie es zu Hause in der eigenen Familie in einem vertrauten Kreis tun würden. Frau S. kann sich nicht so geben, wie sie gerne möchte, sie hat den Eindruck, immer diplomatisch mit den anderen umgehen zu müssen, damit sie nicht unbeabsichtigt einen Mitbewohner durch Bemerkungen verletzt.

„... da muss man auf jeden anders eingehen und vorsichtig sein und dass man niemand, vielleicht durch eine unbedachte Äußerung beleidigt (..) das kann ja mal vorkommen ...“ (Interview 6, Zeile 126–128).

Frau G. dagegen erwartet, dass man auf sie eingeht, denn es ist ihr unangenehm und sie empfindet Angst, wenn fremde Menschen ihr Zimmer betreten.

„... nein, vor allem, den kannt ich gar nicht, wenn jemand neu kommt und arbeitet hier, auch Praktikanten, haben wir hier auch, dann wird der vorgestellt, dann wissen wir, derjenige arbeitet hier, aber nicht ein ganz Fremder, ich bin der Pfleger, da kann ja jeder kommen, Gott sei Dank ist mein Kopf noch in Ordnung, ja ...“ (Interview 4, Zeile 138–142).

Die Interviewpartner schildern ausführlich die sie störenden Einflüsse auf das Wohnen in der Pflegeeinrichtung. Dazu gehört die alltägliche Anwesenheit von Menschen mit einer Demenz im unmittelbaren Wohn- und Lebensumfeld. Dabei schwanken die Interviewpartner zwischen dem Verständnis für die Menschen mit Demenz und eigener Betroffenheit, wie das Beispiel von Frau S. zeigt und der Angst, diese Krankheit selbst zu erleiden. Sie kommen dabei aber selbst an die Grenzen ihrer Leidensfähigkeit, weil sie sich nicht zurückziehen können, um die störenden Einflüsse zu meiden.

„... irgendwie denkt man, wenn ich dann so mitkriege, die es schon haben, sich dementsprechend benehmen, mein Gott sind die ... hoffentlich passiert das mir

nicht auch, ach, schlimm, hier sind zwei Frauen, die rufen den ganzen Tag Schwester, Schwester, und die Schwestern machen alles und tun alles, da ist die Schwester raus, kaum ist die um die Ecke, geht das schon wieder los, das nervt ein bisschen, die können ja nichts dafür, man kann nicht schimpfen mit denen oder so was, oder dass man sich beschwert, das kann man ja gar nicht, das kann uns ja genauso treffen. Ja, das will ich ja auch nicht, dass man die irgendwo, irgendwo abschiebt ...“ (Interview 3, Zeile 66–76).

Das tägliche Erleben von Menschen mit einer Demenz in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld löst bei Frau B. Angst aus und führt dazu, sich Gedanken darüber zu machen, ob sie selbst schon Symptome einer Demenz aufweist. Sie empfindet eine Ohnmacht, die nur durch ein Gebet erträglich gestaltet werden kann.

„... mein Wunsch ist schon, wenn ich es erlebe, ich werde Anfang März 91 Jahre, und dann bitte ich Gott, dass er mir den Verstand erhalten möge. Man merkt ja selber, der Groschen fällt, aber nicht mehr so wie früher, er fällt langsam, für das Alter, ich sage (faltet die Hände) lieber Herr, bitte, wenn es möglich ist, erhalte mir den Verstand bis es, bis zu meinem letzten Atemzug, das ist für mich ganz wichtig, wenn mit so vielen Menschen in Berührung kommt, die Demenz haben ...“ (Interview 5, Zeile 26–33).

Eine besondere Situation scheint die Einnahme von Mahlzeiten zu sein. Die Interviewpartner treffen täglich mehrfach im Speisesaal auf Menschen mit Demenz, die z. B. nicht mehr in der Lage sind, Tischsitten einzuhalten.

Frau W. akzeptiert die Situation im Speisesaal und relativiert ihre Bedürfnisse nach einer gepflegten Tischgemeinschaft durch die realistische Einordnung des Lebensumfeldes in einer Pflegeeinrichtung.

„... na ja, im Pflegeheim beim Essen dann hält sie sich nicht die Hand vor den Mund beim Husten, das ist hier ein Pflegeheim und kein Interhotel, wenn man in ein Pflegeheim geht, dann weiß man das, hier gibt es viele Menschen, die das bestimmt nicht absichtlich machen, die es nicht mehr wissen ...“ (Interview 7, Zeile 160–164).

Je nach eigener Tagesform empfindet Frau N. die Menschen mit einer Demenz als eine Störung. Sie kann sich aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen, z. B. einer Gehbehinderung nicht von den störenden Einflüssen entfernen.

„... manchen Tags stört's mich gar nicht, da amüsiere ich mich sogar darüber, aber an manchen Tagen werde ich wahnsinnig, wenn dann alle spinnen, einer schlimmer als der andere ...“ (Interview 9, Zeile 78–80).

Abhilfe kann das Essen in getrennten Speisesälen schaffen, sodass die pflegebedürftigen Menschen den Störungen und den damit verbundenen Belastungen aus dem Weg gehen können. Diese Möglichkeit sieht der Wohnbereich von Frau N. aus baulichen Gründen nicht vor, sodass es dann keine Ausweichmöglichkeit für sie gibt.

„... ja das ist auch so 'ne Sache, in den anderen Abteilungen sind überall zwei Speiseräume und da sind die sehr Unappetitlichen, die essen eben extra ...“ (Interview 9, Zeile 82–84).

Eine Tischgemeinschaft mit seinesgleichen empfindet Herr W. als angenehm, da er die Störungen während der Mahlzeiten dort nicht aushalten muss.

„... und ich sitze da beim Essen, noch drei, die einigermaßen in Ordnung sind, das haben die hier so gemacht. Wir waren zuerst in dem großen Saal, ach das war ja furchtbar, jemand hat sein Essen auf den Teller gespuckt, furchtbar, bloß vier Mann, das ist sehr angenehm ...“ (Interview 14, Zeile 50–54).

Die interviewten Menschen machen sich Gedanken über eine angemessene Wohnumgebung, vermutlich auch im Hinblick auf die eigene Situation für den Fall, dass sie an einer Demenz erkranken. Dabei erleben sie die Distanz zu den demenzkranken Menschen als hilfreich, auch gerade, weil ihnen klar ist, dass der richtige Zeitpunkt für die Übersiedlung in einen Demenzbereich schwer zu finden ist. Frau N. beschreibt ihre Gedanken zum Zusammen- oder Getrenntleben von Menschen mit und ohne Demenz so:

„... in K. ist es extra eine Station, die Demenzstation ... Ich weiß nicht, ich habe oft schon hin und her überlegt, ob das gut ist oder nicht, aber was ist mit denen, die anfangen, dement zu werden, wo kommen die hin und wenn es schlimmer wird, will man die dann dorthin versetzen? Es kommt ja meistens nicht ruckartig, sondern langsam, wie soll der entscheiden, dahin sollen die Doofen abgeschoben werden, da kann man ja auch nichts machen ...“ (Interview 9, Zeile 69–77).

Trotz aller ausgewogenen Reflexion und dem Bemühen eine rücksichtsvolle Haltung gegenüber Menschen mit Demenz zu zeigen, bezeichnet Frau W. das Leben unter ihresgleichen als Glück. Es gibt ihr die Möglichkeit, sich von ihrer „Nachbarschaft“ zu distanzieren, um sich von den schwer kranken Menschen mit einer Demenz abzugrenzen. Ein wichtiges Merkmal der Abgrenzung ist die Möglichkeit, miteinander zu kommunizieren.

„... wir haben aber auch Glück auf der Station, man sollte ja sowas nicht sagen, ich sag's nur zu Ihnen, das ist eine sogenannte Elitestation, hier liegen die Patienten, die noch nicht so sehr Demenz haben, also wo man auch nochmal ein Gespräch führen kann, dass man sich unterhalten kann, denn wenn Sie nur mit Demenzkranken leben, die vor sich hin vegetieren, aber ehrlich gesagt, das ist dann für die Mitmenschen auch nicht so angenehm ...“ (Interview 7, Zeile 109–115).

Die Interviewpartner nehmen Rücksicht auf die in ihrer nächsten Umgebung lebenden Menschen mit einer Demenz und auf die Mitarbeiter. Die Gestaltung des Tagesablaufes in der Pflegeeinrichtung ist geprägt vom Reglement und den Routinen der Mitarbeiter. Dies führt dazu, dass sich Frau K. gezwungen fühlt, sich anzupassen, auch wenn es nicht in ihrem eigenen Interesse ist. Dabei fühlt sie sich für den reibungslosen Ablauf in der Pflegeeinrichtung verantwortlich und möchte deshalb Störungen vermeiden, die sie selbst auslösen könnte.

„... sieben ist ja ein bisschen früh mit aufstehen, aber die müssen ja hier, die Küche, das muss ja alles klappen ...“ (Interview 15, Zeile 203-205).

Frau S. sieht sich dem Druck zur Anpassung an das Reglement der Pflegeeinrichtung ausgesetzt und versucht, sich diesen rational zu erklären.

„... ein bisschen länger schlafen würde ich gerne, aber das geht ebendd nich, und das seh ich auch ein und nicht so zeitig abends ins Bett gehen, das ist furchtbar ...“ (Interview 6, Zeile 41–43).

Frau L. ist aber erstaunt, wenn sie die Möglichkeit hat, eigene Vorlieben bei den Mitarbeitern zu äußern, und dafür Verständnis erfährt. Es scheint für sie notwendig, die Tagesstruktur nur mit der Erlaubnis der Mitarbeiter zu ändern.

„... so vor vierzehn Tagen, da sag ich so, Mensch und nu morgen früh um sieben muss ich wieder uffstehn ... Mitarbeiterin: Och Fr. L., warum lassen Sie sich denn früh um sieben wecken, warum schlafen Sie denn nicht aus? Ich sage: Darf ich denn das?“ (Interview 18, Zeile 224-228).

Frau S., die noch nicht so lange in der Pflegeeinrichtung lebt, kann sich nicht so leicht mit dem Reglement abfinden und versucht, es zu unterlaufen. Des Weiteren möchte sie nicht mit den Menschen mit Demenz gleichgesetzt werden, die aus therapeutischen Gründen eine gleichmäßige Tagesstruktur mit vielen Ruhepausen benötigen.

„... ja ich hab mein Grips noch gut beieinander (lacht), dann bleib ich immer noch so'n bisschen, so bis halb acht und rätsle, das wird aber nicht gern gesehen, aber ich mach's trotzdem (...), tja, das ist mir dann doch ein bisschen zu dumm, wenn ich dann um sechs schon ins Bett soll, das geht nicht, das kann man so mit Menschen machen, die nicht so recht über sich selbst, so, bestimmen können, aber so mit normalen Menschen nich ...“ (Interview 6, Zeile 46–52).

Mit dem Einzug in die Pflegeeinrichtung müssen die Interviewpartner ihren Hausstand verkleinern, sodass er in einem kleineren Einzelzimmer unterkommen kann. Dabei wird bei der Möblierung improvisiert, da die alten Möbel meist zu groß für ein einzelnes Zimmer sind. Es ist schwierig, ohne Erinnerungstücke aus der alten Wohnung an die dort erlebte Wohnlichkeit und das Gefühl des Zuhause seins, anzuschließen.

Das Leben in einem Doppelzimmer, verbunden mit ständigen Absprachen mit den Mitbewohnern, behindert die eigene Entfaltung. Zudem kann das

Zimmer jederzeit von anderen und auch fremden Menschen ohne Vorankündigung betreten werden. Die Privatsphäre scheint dann nicht mehr vorhanden zu sein, das Leben ist stets Bestandteil eines öffentlichen Raums, der nicht nach eigenem Belieben geschlossen werden kann. Damit verliert die Wohnung die Bedeutung eines privaten und vertrauten Rückzugsorts.

Menschen mit einer Demenz leben in unmittelbarer Nachbarschaft. Es scheint schwer, den als Störung empfundenen Verhaltensweisen von Menschen mit einer Demenz auszuweichen. Diese Problematik taucht bei jeder Mahlzeit auf, bei der sich die Interviewpartner mit den „Nachbarn“ treffen.

Die tägliche Anwesenheit von Menschen mit Demenz löst Angst aus, selbst daran zu erkranken. Vor diesem Hintergrund wägen die Interviewpartner ab, wie eine angemessene Versorgung aussehen könnte. Sie empfinden diese „Nachbarschaft“ als störend und bitten, dass die Störungen abgestellt werden. Doch sie machen sich auch Gedanken um Menschen, die in ihrer „Nachbarschaft“ leiden, was sie selbst beobachten können. Es scheint ihnen kaum zu gelingen, eine Distanz zur „Nachbarschaft“ zu erreichen, ohne dass sich ein schlechtes Gewissen einstellt.

Dennoch wird es als positiv erlebt, wenn die tägliche Anwesenheit von Menschen mit einer Demenz auf ein Minimum reduziert ist. Das bezieht sich in erster Linie auf das Einnehmen der Mahlzeiten. Essen kann als zentrales Moment von Wohnen und Privatsphäre angesehen werden. Ein weiteres zentrales Moment des Wohnens ist die Möglichkeit, sich zurückzuziehen, um sich neben der vorgegebenen Tagesstruktur eine eigene aufzubauen. Die Gestaltung der freien Zeiten wird als Entfaltungsmöglichkeit angesehen.

Die individuell angestrebten Maßnahmen der Gestaltung des eigenen Wohnraums als Privatraum und als Rückzugsort beziehen sich in erster Linie auf die Inneneinrichtung. Die für sie störenden und belastenden Einflüsse in ihrer nächsten Umgebung können sie nicht abstellen und neigen dann dazu, sich mit den Gegebenheiten abzufinden oder sich eine Nische zu suchen, in der sie vorübergehend einen kleineren Kreis finden, in denen

im Ansatz Normalität im Sinne gemeinsamer ungestörter Mahlzeiten oder sich zurückziehen können, um eigene Interessen zu pflegen, möglich wird. Im übertragenen Sinne bedeutet Normalität auch die Distanz zu sehr kranken Menschen, die sich in ihrer Nachbarschaft aufhalten.

Die Erfüllung der privaten Wohnwünsche bietet eine Umgebung, in der die Privatsphäre nach eigenen Vorstellungen und möglichst ohne störende Einflüsse in der unmittelbaren Umgebung gestaltet werden kann. Privates Wohnen bedeutet die Möglichkeit des Rückzugs in eine persönlich gestaltete Wohnumgebung. Es bedeutet aber auch, sich vor dem Leiden anderer hilfebedürftigen Menschen schützen zu können. Die Konfrontation mit einem schweren Krankheitsbild wie der Demenz ist nicht nur schwer auszuhalten, sondern gibt auch einen Ausblick auf die mögliche eigene Entwicklung, der Angst auslöst. Denn die Privatsphäre gibt erst die Möglichkeit zur persönlichen Entfaltung und des persönlichen Rückzugs auf einer „persönlichen Insel“.

6.12. Erleben von Bestärkung durch Sicherheit in der stationären Pflegeeinrichtung

Das Leben in der häuslichen Umgebung, d. h. bevor die Interviewpartner in die Pflegeeinrichtung einzogen, war geprägt von kritischen Lebensereignissen, die zur Einschränkung der körperlichen Beweglichkeit und der persönlichen Mobilität geführt haben. Diese Einschränkungen werden vom Gefühl der Ohnmacht und des Orientierungsverlusts über ihre aktuelle Lebenssituation begleitet. Die Rückgewinnung der Kontrolle und Orientierung über die aktuelle Lebenssituation gelingt ihnen auch durch eine Wohnumgebung, die sie als sicher empfinden können. Trotz ihrer Wünsche nach Rückzug und Entfaltung erleben die Interviewpartner die vorgefundene Sicherheit in einer Pflegeeinrichtung als unterstützend. Sicherheit vermittelt ihnen das Wissen um die Anwesenheit von schneller Hilfe, z. B. im Falle eines Sturzes.

Diese empfundene Sicherheit kann dazu führen, dass die Interviewpartner wieder alleine die Pflegeeinrichtung verlassen, um den Garten aufzusuchen, weil sie im Falle von gesundheitlichen Problemen Hilfe bekommen können. Dies schildert Frau S.

„... denn ich bin so unsicher, kann ohne den gar nicht (zeigt auf ihren Rollator), ..., hier auf dem Gelände lauf ich, wenn ich denn umkipp oder was, dann wird man doch gefunden, und da draußen, da lieg ich denn ...“ (Interview 3, Zeile 36–39).

Ihr Zuhause hat Frau V. nicht mehr alleine verlassen, da es ihr ihre Tochter untersagt hat. Sie hat ihre krankheitsbedingten Symptome, wie z. B. Gleichgewichtsstörungen als unberechenbar erlebte und deshalb Angst vor einem Sturz gehabt. Nach Einzug in die Pflegeeinrichtung lassen die Symptome bald nach, was ihr Selbstvertrauen gibt.

„... meine Tochter ist berufstätig, sie hat Angst, wenn ich immer alleine im Haus bin, weil ich habe manchmal Gleichgewichtsstörungen und die Ärzte können nicht feststellen wieso ...“ (Interview 10, Zeile 17–19).

Die vorgefundene Sicherheit wird auch von der Tochter von Frau V. erlebt und lässt ihre Befürchtungen z. B. vor einem häuslichen Sturz verschwinden.

„... alleine gehe ich da nicht raus, das soll ich nicht, vorsichtshalber, weil man eben nicht weiß, woher die Gleichgewichtsstörungen kommen können, aber ich hab sie auch jetzt ewig nicht gehabt ...“ (Interview 10, Zeile 37–39).

Bei der Reflexion ihrer Situation kommt Frau R. durchaus zu dem Ergebnis, dass die ständige Anwesenheit von Mitarbeitern der Einrichtung beruhigende Wirkung hat.

„und im Grunde genommen, um jetzt mal ganz ehrlich zu sein, ist es doch beruhigender, wenn ich hier nicht alleine bin“ (Interview 11, Zeile 78–79).

Trotz länger anhaltenden Zweifeln, ob der Einzug in die Pflegeeinrichtung die richtige Entscheidung war, wurde Frau L. von ihrer Richtigkeit überzeugt, als sie der schnellen Hilfe in einer Notsituation bedurfte.

„... ich muss sagen, dass ich vielleicht anderthalb Jahre gebraucht habe, um richtig Fuß zu fassen und ich habe das Glück gehabt, dass ich hier im Heim gewesen bin, denn sonst wäre ich heute nicht mehr am Leben ... im Frühjahr 2012 kam dieser Blutsturz ... ich hätte, wenn ich in meiner Wohnung gewesen wäre, nicht mehr telefonieren können, nichts, gar nichts und so hatte ich hier gleich Hilfe ...“ (Interview 18, Zeile 76–88).

Die Sicherheit, die eine Pflegeeinrichtung auch vermitteln kann, wirkt sich inzwischen positiv auf den Gesundheitszustand von Frau L. und ihr Selbstvertrauen aus.

„... ja ich fühle, ich muss sagen, es hat sich auch vieles an meinem Gesundheitszustand sogar verbessert, ich fall plötzlich nicht mehr hin, und ich begründe das für mich so, es ist eine innere Sicherheit da, und wenn man Sicherheit hat, dann geht das Unsichere aus dem Körper raus und man hat eine bessere Balance ...“ (Interview 18, Zeile 96–100).

Das Erleben von Sicherheit scheint in Bezug auf das Leben in Pflegeeinrichtungen positive Wirkung auf die Interviewpartner zu haben. Mit dem Wissen um die Sicherheit, die die ständige Präsenz von Mitarbeitern ausmacht, können sie ihren persönlichen Aktionsradius ausweiten. Sie vertrauen darauf, dass ihnen im Bedarfsfall zeitnah geholfen werden kann. Mit der Gewissheit, unter ständiger Aufsicht zu stehen, erlangen die Interviewpartner ihr verloren gegangenes Selbstbewusstsein zurück, da sie so die Angst vor eventuellen Stürzen verlieren und sie sich wieder etwas zutrauen können. Auch die ständige Sorge der Angehörigen lässt nach und es ist zu vermuten, dass damit auch die Konflikte innerhalb der Familien weniger werden. Die ständige Anwesenheit der Mitarbeiter scheint dabei nicht als Kontrolle empfunden zu werden.

Die erlebte Sicherheit ist der Grund für eine wiedergewonnene Beweglichkeit, Mobilität und Selbstsicherheit, die im weiteren Verlauf zu Selbstvertrauen führen kann. Dieses wiederum stärkt die Interviewpartner in der Wiedererlangung ihrer verloren gegangenen persönlichen Autonomie. Sie ermöglicht in alltagsrelevanten Bereichen das Gefühl der

Selbstwirksamkeit, das wiederum das Gefühl von Autonomie weiter stärken kann.

Hierbei handelt es sich nicht um eine aktive subjektbezogene Aneignungsleistung, sondern um eine passiv in Anspruch genommene schützende und stützende Umgebung, die als fördernder Auslöser für die angestrebte körperliche Beweglichkeit und die persönliche Mobilität gelten kann. Die pflegebedürftigen Menschen, die interviewt wurden, schildern, dass sie durch die wahrgenommene Sicherheit in der Pflegeeinrichtung eine innere Sicherheit wiedererlangten, die sie befähigt, den Widrigkeiten des Alltags gelassener zu begegnen und sich belastenden Situationen mit weniger Angst zu stellen. In diesem Sinne mag allein das Wissen um ein „diskretes Unterstützungsangebot“ den Umgang mit Belastungssituationen erleichtern, ohne dass diese Unterstützung überhaupt in Anspruch genommen wird (vgl. Filipp, 2010:247). Aus diesem Grund haben sozial-räumliche Faktoren, die die wahrgenommene Unsicherheit vermindern eine starke indirekte Wirkung auf die empfundene Lebensfreude und damit auf die Lebensqualität. Der positive Effekt auf die Lebensfreude wird dann verstärkt, wenn tatsächliche Partizipation zu wahrgenommener Eingebundenheit führt (vgl. Lang et al., 2013:212).

Mit der Unabhängigkeit, zu der gehören, verschaffen sich die Interviewteilnehmer die Voraussetzungen für die soziale Teilhabe, die mit den Begriffen der Autonomie, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung (vgl. Garms-Homolova, 2009:130) verbunden ist. Ziel der Wiederherstellung von Autonomie ist es, wieder Selbstwirksamkeitserfahrungen machen zu können. Dabei sind bewegungsspezifische Selbstwirksamkeitserfahrungen besonders wichtige Ressourcen (vgl. Schür et al., 2013:95) für die Bewältigung u. a. auch kritischer Lebensereignisse.

6.13. Lebensfreude und das Erleben von Glück und Entlastung

Alter, Einschränkungen und Lebensfreude schließen sich nicht gegenseitig aus. Allerdings macht sich Lebensfreude an alltäglichen Erlebnissen fest, wie z. B. die Wahrnehmung der unterschiedlichen Jahreszeiten, ein Platz der Geborgenheit oder die Gestaltung einer selbst gewählten Tagesstruktur, die abgestimmt ist auf die eigenen Interessen.

Genuss bereitet Frau S. das Erleben der Jahreszeiten.

„... jeden Tag zweimal gehe ich in den Garten, nach dem Frühstück von zehn bis elf und nachmittags um eins, und ich geh ja im Sommer um fünf erst hoch ... denn ich will, solange es geht, die schöne Zeit genießen, die Sommerzeit ...“ (Interview 3, Zeile 26–32).

Ein Platz, an dem man seine Interessen verfolgen kann, sorgt bei Frau K. für Momente im Sinne eines „kleinen Glücks“.

„... ja, ich hab mir ja nun ein Fernseher mitgebracht, wo ich dann mal, wie gesagt die politischen Sendungen gucken kann, jetzt ist ja so viel Politik, da ist ja so viel oder abends, da habe ich mir den Sessel gekauft, dann guck ich hier rüber und dann bin ich im Prinzip glücklich ...“ (Interview 15, Zeile 119–122).

Auf die direkte Frage nach ihrem persönlichen Ziel gibt Frau K. an, gerne 100 Jahre alt zu werden.

„... na ja, wenn ich nun schon 98 werde, vielleicht schaff ich es bis 100 ..., wenn ich nun schon so alt geworden bin, dann würd ich den letzten Schluck auch noch nehmen ...“ (Interview 17, Zeile 20–21).

Sie bezeichnet sich selbst als eine Optimistin, die sie immer schon war und hält ihr angestrebtes Ziel deshalb für erreichbar.

„... aber ja, aber ja, es bringt ja nichts, wenn man mit tränenden Augen immer rumsitzt, was soll das, nich, man muss von dem, was sich jetzt bietet, das Beste draus machen“ (Interview 17, Zeile 44–46).

Das erlebte Reglement in der Pflegeeinrichtung ohne das Wissen, dass dieses auch aufgehoben werden kann, führt zu Druck im Sinne von Unwohlsein und fördert die Lebensfreude aus diesem Grund nicht. Fällt der Druck wegen einer selbst veränderten Tagesstruktur weg, wie Frau L. es erlebte, so vermittelt dies ein Gefühl von Selbstwirksamkeit im Sinne von eigenen Entscheidungen, die zum Tragen kommen.

„... so vor vierzehn Tagen, da sag ich so, Mensch und nu morgen früh um sieben muss ich wieder uffstehn ... und seit vierzehn Tagen schlaf ich aus und melde mich um neun,, ... und ich bin komischerweise, und seitdem geht es mir noch besser, weil der Druck ist weg, ich werd nicht mehr geweckt, ich entscheide, wann ich aufstehe, das ist ein ganz anderes Gefühl“ (Interview 18, Zeile 225-233).

Erlebte Lebensfreude in der Pflegeeinrichtung zeigt sich in Situationen des täglichen Lebens. Dabei schaffen sich die Interviewpartner kleine Freiräume, die sie nach eigenen Vorlieben gestalten. Es geht um das Aussteigen aus dem täglichen Reglement oder um das Schaffen persönlicher Ruhepunkte. Beides entlastet sie von einem Druck und mit dem eigenen Gestalten von Entscheidungs- und Handlungsspielräumen schaffen sie sich persönliche und private Inseln, die sie mit Lebensfreude durch Entlastung in Verbindung bringen.

6.14. Das Konzept der erfolgreichen Bewältigungsarbeit

Die identifizierten Themenschwerpunkte können miteinander in einen Zusammenhang gestellt werden und beeinflussen sich wechselseitig. Diese Zusammenhänge werden untermauert durch Zitate, die auf inhaltliche Bezugnahmen oder Beziehungen zwischen einzelnen Themenschwerpunkten verweisen, wie z. B. den Zusammenhang zwischen der Wiedererlangung von körperlicher Beweglichkeit und dem Empfinden von Sicherheit in der Pflegeeinrichtung.

So wird es möglich, alle identifizierten Themenschwerpunkte in einen Bedeutungszusammenhang zu stellen. Dabei ergibt sich folgendes Bild: Kritische Lebensereignisse bilden den Kontext und damit den Auslöser für den Einzug oder den Umzug in die Pflegeeinrichtung. Die Folgen der kritischen Lebensereignisse sind u. a. eine empfundene Orientierungslosigkeit in einer neuen Lebenssituation, die wieder aufgelöst werden und durch eine neue Orientierung ersetzt werden muss. Als besonders einschneidend werden die Schädigung der Person-Umwelt-Passung (vgl. Filipp, 2010:42), die mangelnde Kontrollierbarkeit der Ereignisse (Filipp, 2010:43), die fehlende Vorhersagbarkeit und damit der Überraschungsgehalt (vgl. Filipp, 2010:44) und die damit verbundene Erschütterung des Selbstbildes und des Selbstwertes (vgl. Filipp, 2010: 46) angesehen. Dies kann sich durch eine anhaltende Ambiguität und Zweifel äußern, die dann wiederum, um sie in Kontrollierbarkeit zu verwandeln, zu anschließenden Handlungen im Sinne von Bewältigungshandlungen führen (vgl. Broda, 1990:15).

Eine erste Folge der empfundenen Orientierungslosigkeit hat Auswirkungen auf das Erleben der eigenen Identität, die davon in Mitleidenschaft gezogen wird und durch Kommunikation und Interaktion z. B. zur eigenen Interessenvertretung wiederhergestellt werden soll, äußert sich typischerweise durch interaktives Verhalten (vgl. Filipp, 2010:213), die die Suche nach Nähe beinhaltet (vgl. Filipp, 2010:218). Dieses Bedürfnis kann als eine Bewältigungskompetenz verstanden werden, die sich z. B. durch die Mobilisierung sozialer Kontakte (vgl. Filipp, 2010:218) zeigt. So kann aus einem wieder erschaffenen Beziehungskontext ein, für die Bewältigungsarbeit fruchtbarer Entwicklungskontext (vgl. Filipp, 2010:238), entstehen.

In einer zweiten Folge schließen sich im weiteren Verlauf Handlungen an, in deren Zentrum die eigene Beweglichkeit und Mobilität und die Gestaltung der Privatsphäre stehen. Beides ermöglicht Unabhängigkeit und gleichzeitig das Aufsuchen von Rückzug- und Entfaltungsräumen. Gerade im Zusammenhang mit einer hartnäckigen Zielverfolgung (vgl. Gerdes, 2000:52; vgl. Filipp, 2010:49) bei der Wiedererlangung der körperlichen Beweglichkeit

und damit der persönlichen Mobilität, kann von einer Ressource gesprochen werden (vgl. Filipp, 2010:294). Stellvertretend für personale Ressourcen kann auch die mentale Fitness, die verbessert oder erhalten werden soll, stehen. Möglicherweise lassen sich auch die handlungsorientierten Bemühungen um eine private Wohnumgebung in diesen Zusammenhang stellen. Die Schaffung einer Rückzugsmöglichkeit zur eigenen Entspannung oder zur Entfaltung sind möglicherweise die erforderliche „eigene Insel“, um die eigenen Ressourcen zu sammeln und um sich auf sie zu konzentrieren.

In einer dritten Folge wird ihre Handlungsorientierung unterstützt durch eine als sicher empfundene Umgebung, die in die Lage versetzen kann, das verloren gegangene Selbstvertrauen, das aus der empfundenen Orientierungslosigkeit resultiert, wiederherzustellen. Die Kombination von Handlungsorientierung und wieder wachsendem Selbstvertrauen kann Selbstwirksamkeit fördern (vgl. Filipp, 2010:247), die Stärkung der personalen und damit eigenen Kontrolle (vgl. Filipp, 2010:251) kann zur Stärkung der gesamten Bewältigungsanstrengungen führen (vgl. Filipp, 2010:254). Gelingt dies, so kann aus der Perspektive der Interviewpartner von Lebensfreude, Glück und Entlastung gesprochen werden und als ein angestrebter Gütemaßstab im eigenen Leben gewertet werden. In der Entwicklungspsychologie wird in diesem Zusammenhang insbesondere bei der Kombination von Mobilität und Sicherheitsempfinden von einer „Systemrelevanz“ hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität (vgl. Filipp, 2010:49) gesprochen, die hier ihren Niederschlag als Lebensfreude, Glück und Entlastung findet.

Die identifizierten Themenfelder verfolgen eine inhaltliche Linie, die mit dem Begriff der Bewältigung beschrieben werden kann. Allerdings sollte auf die vorhandene Unschärfe des Begriffes Bewältigung hingewiesen werden. Eine Beschreibung unterschiedlicher Perspektiven darauf ist möglich, die sich auf die Beschreibung des Bewältigungsgeschehen, also dem dazu gehörigen inneren Prozess, beziehen. Es bleibt unklar, was ein Bewältigungsbegriff ausdrücken könnte, da nur prozesshafte Umschreibungen vorhanden

sind. Das Bewältigungsgeschehen lässt sich in zwei theoretische Perspektiven unterteilen:

- Bewältigung als Reorganisation der Person-Umwelt-Passung
- Bewältigung als Regulation von Ist-Soll-Diskrepanzen im Sinne von Selbst- und Emotionsregulation (vgl. Filipp, 2010:127)

Im vorliegenden Begriffsverständnis des Bewältigungsprozesses als Reorganisation des Verhältnisses der Person zu ihrer Umwelt stellen Versuche auf mentaler und der Handlungsebene dar, einen aversiven Anfangszustand zu überwinden und ihn in einem erwünschten, besseren Endzustand zu transformieren oder eine belastende objektive Realität in eine erträglichere subjektive Realität zu überführen (vgl. Filipp, 2010:127). Der Bewältigungsprozess, wie ihn die Interviewpartner schildern, setzt sich von dieser theoretischen Perspektive deutlich ab. Für die Interviewpartner bedeutet die Übersiedlung in die Pflegeeinrichtung kein Versuch der Reorganisation der Person-Umwelt-Passung, sondern wird als einzigartig und unumkehrbar erlebt und stellt damit eine Neuorganisation der Person-Umwelt-Passung dar. Diese Neuorganisation wird aufgrund ihrer Bedeutung ebenfalls als ein kritisches Lebensereignis empfunden. Die stationäre Pflegeeinrichtung wird darüber hinaus nicht mit einer erträglicheren subjektiven Realität in Beziehung gesetzt, sondern eher mit einer belastenden Umwelt.

Eine Besonderheit eines Einzugs oder Umzugs in die Pflegeeinrichtung ist, dass es im Vorfeld und während des Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung zu mehreren und weiteren kritischen Lebensereignissen kommen kann und dadurch der Bewältigungsbedarf immer höher wird oder sehr lange andauern kann. So ist eine Lebensphase von immer wieder auftretenden kritischen Lebensereignissen geprägt und damit auch von immer wieder erforderlichen Bewältigungsanforderungen.

Übertragen auf die mentale Verarbeitung und die sich anschließenden Handlungen der Interviewpartner versuchen sie mit ihrer Selbst- und Emoti-

onsregulation mit den ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten Anschluss zu finden an das Leben, welches sie vor dem Erleben kritischer Lebensereignisse geführt hatten. Damit verfolgen sie das Ziel, die aufgetretene Ist-Soll-Diskrepanz mit der Wahrung ihrer Identität zu überwinden und mit den verbliebenen Möglichkeiten, der Wiedererlangung von Beweglichkeit und Mobilität, die für sie größtmögliche Unabhängigkeit zu erreichen.

Ein Problem in der Wahrnehmung und der Erforschung von Bewältigungsverhalten im Sinne der Regulation des emotionalen, physischen, psychischen und sozialen Empfindens besteht allerdings darin, dass Verhaltensweisen im Umgang mit kritischen Lebensereignissen sich auf der sichtbaren oder wahrnehmbaren Ebene nicht von anderen Verhaltensweisen unterscheiden müssen. Insofern ist Bewältigung keine homogene und typische Klasse von Verhaltensweisen. Ihr kleinster gemeinsamer Nenner besteht allenfalls darin, dass sie im Umfeld einer belastenden Situation erkennbar sind und sie deshalb als Bewältigung klassifiziert werden (vgl. Filipp, 2010:128). Diese Schwierigkeit des Erkennens eines Bewältigungsprozesses führt dazu, dass die von den pflegebedürftigen Personen vorgenommene Handlungen, sowohl als Alltagshandlungen, als auch als Bewältigungsprozess, eingeordnet werden könnten.

Ein weiteres Problem bei der Wahrnehmung von Bewältigungsprozessen ist ihre Abhängigkeit von einem Kriterium als Ausgangspunkt und Endpunkt des Bewältigungsprozesses. Dabei geht es nicht um die Frage, welche Wirkungen ein bestimmtes Bewältigungsverhalten entfaltet und woran dieser Bewältigungsprozess zu messen ist, sondern es geht vielmehr darum zu erkennen, ob und wann die Orientierungslosigkeit überwunden werden konnte, um im Anschluss wieder selbst etwas bewirken zu können (vgl. Filipp, 2010:131). Bewältigung ist eher ein sich wiederholender und spiralförmig verlaufender Prozess, der durch eine Fülle von Rückkoppelungen charakterisiert ist, bis ein wie immer auch gearteter Ausgang oder ein Ergebnis erzielt ist. In dieser Komplexität und Dynamik ist der typische Bewältigungs-

prozess inklusive der Anfangs- und Endpunkte nicht eindeutig rekonstruierbar (vgl. Filipp, 2010:133). Erschwerend kann dabei die Parallelität mehrere Bewältigungsprozesse sein.

Die Copingstrategie könnte treffender als eine Kombination von Handlungsergebnissen und Widerfahrnissen, die jeweils positive wie auch negative Auswirkungen haben können, gesehen werden. Denn der Versuch, dieses Verhältnis von passiver Deutung der Ereignisse und aktiver Handlungen in einem günstigen Gleichgewicht zu halten, ist für die persönliche Entwicklung grundlegend (vgl. Brandstätter, 2006, 682). Maßgebend für eine erfolgreiche Bewältigung und im weiteren Verlauf der Entwicklung ist, dass die jeweils verfolgten Ziele die persönliche Relevanz und den persönlichen Wert besitzen, erreicht zu werden. Persönliche nicht relevante Ziele oder unerreichbare Ziele bergen die Gefahr des Scheiterns und in diesem Punkt wird das Thema Sinnperspektiven und deren Veränderungen im Lebenslauf berührt (vgl. Brandstätter, 2006:682). Übertragen auf die Lebenssituation und das Lebensumfeld der pflegebedürftigen Menschen verbinden sie ihre Handlungen, die zu Lebensfreude und Entlastung und damit zu einer erfolgreichen Bewältigungsarbeit führen mit persönlicher Sinnstiftung.

7. Einordnung des Konzepts der erfolgreichen Bewältigung in die Diskussion um Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtung

Die sich anschließende Darstellung des Konzepts der erfolgreichen Bewältigung und seine Einordnung in die beschriebenen Rollenzuweisungen an pflegebedürftige Menschen sowie der Umsetzung in der Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen verdeutlicht kontrastierende Qualitätsaspekte.

Im Mittelpunkt des persönlichen Erlebens stehen für pflegebedürftige Menschen die Bewältigungsanforderungen, die sie nach dem Erleben oder dem drohenden Erleben von kritischen Lebensereignissen beschäftigen. Danach versuchen sie mit identitätswahrenden und -fördernden, mobilitätsfördernden und lebensraumbezogenen Strategien für sich Lebensfreude, Glück und Entlastung zu schaffen. Förderlich erleben sie dabei die Sicherheit einer stationären Pflegeeinrichtung, die durch die personelle Präsenz Hilfe in für sie schwierigen Situationen in Aussicht stellt. Ihr persönliches Erleben und die daraufhin angestrebten Bewältigungsstrategien dienen der (Wieder-)Gestaltung ihrer Vorstellungen von ihrem „guten“ Leben, welches als eine beschreibende Deutung von subjektbezogener Ergebnisqualität bezeichnet werden kann.

Im Konzept der erfolgreichen Bewältigungsarbeit werden nicht nur die angestrebten Qualitätsaspekte sichtbar, sondern auch Vorgehensweisen, die die pflegebedürftigen Menschen selbst vornehmen, um ihre Bewältigungsanforderungen erfolgreich zu bestehen. Ihr Informationsbedürfnis, ihre Einbeziehung in ihre eigene pflegerische Versorgung, ihr Bedürfnis nach Kommunikation, ihre Entscheidungsfähigkeit und nicht zuletzt „der Kampf“ gegen fragwürdige professionelle Empfehlungen oder schwere gesundheitliche Einschränkungen weist auf Ressourcen hin, die während des Bewältigungsprozess oder gerade deswegen freiwerden. Sie nutzen der aktiven (Wieder-)Gestaltung der Lebenssituation und dem Lebensumfeld und deuten darauf hin, dass pflegebedürftige Menschen die Rolle eines Ko-Produzenten der eigenen Versorgung ausfüllen können. Langfristig streben sie die des Produzenten an, um sich von professioneller Unterstützung unabhängig zu machen.

Im Bereich der Verwendung ihrer monetären Mittel, d. h. für ihre privat getätigten Zahlungen für den Aufenthalt in der stationären Pflegeeinrichtung sind sie ebenfalls in der Lage, ihre Präferenzen zu schildern. So halten sie z. B. das Essensangebot für sehr umfassend und die Ausstattung ihres Zimmers mit einem Kühlschrank für übersteuert. Geraten sie in die Lage, von

Grundsicherung abhängig zu werden, da ihr privates Vermögen für den Heimaufenthalt aufgebraucht wurde, müssen sie in der Lage sein, ihre Präferenzen an einen sehr geringen monatlichen Geldbetrag anzupassen. Es gelingt ihnen z. B. ihr noch vorhandenes privates Vermögen zu überwachen und sie blicken aufgrund seiner Endlichkeit mit Sorge auf den drohenden Bezug von Grundsicherung, der aus ihrer Sicht nicht nur den Umgang mit sehr wenig Taschengeld bedeutet, sondern auch der Verzicht auf gewisse Annehmlichkeiten, wie z. B. dem Wohnen in einem Einzelzimmer. Ihre Schilderungen deuten darauf hin, dass sie auch die Rolle eines Kunden einnehmen könnten. Es scheint allerdings fraglich, ob ihre Präferenzen Gehör finden und sich ihre Kundensouveränität entfalten kann.

In der Gesamtschau sind pflegebedürftige Menschen in der Lage, ihre Rolle als Ko-Produzent oder als Kunde auszufüllen. In der Folge erfüllen sie dann auch die Voraussetzungen, selbstbestimmt als Produzent in eigener Sache zu leben. Ihre Bereitschaft, Konflikte einzugehen, um ihre eigenen Vorstellungen von z.B. Wohnen zu leben, zeugt von der Fähigkeit auch gegen äußere Widerstände selbstbestimmt zu bleiben.

In diesem Zusammenhang sollte darauf hingewiesen werden, dass sie eine Vorstellung von Sicherheit haben, z. B. die schnelle Anwesenheit von Mitarbeitern in einer gesundheitlichen Krise oder das positive Erleben einer diskret schützenden Umgebung. Diese Vorstellung von erlebter Sicherheit in für sie verunsichernden Situationen wird von ihnen nicht als eine Fremdbestimmung im Sinne des Bewahrens vor negativen Folgen angesehen. Sie erleben diese Form von Sicherheit als eine Bestärkung, die bei ihren Bewältigungsanforderungen positive Auswirkungen haben kann.

Pflegebedürftige Menschen sehen sich im eigenen Erleben und Handeln nicht als den stummen Konsumenten, als der sie von einigen Autoren beschrieben werden. Ihr Kommunikationsbedürfnis und die z. B. erfolglosen Versuche, mit professionellen Personen oder mit anderen Bewohnern aus

der Nachbarschaft zu kommunizieren, zeugen von der Bereitschaft zum gegenseitigen Austausch. Vor dem Hintergrund der erfolgreichen Bewältigung kritischer Lebensereignisse kann ihr Kommunikationsbedürfnis als eine Bewältigungsstrategie angesehen werden. Ihr Kommunikationsbedürfnis ist wiederum auch an ein Interaktionsbedürfnis gekoppelt. Sie unternehmen in vielen Zusammenhängen Interaktionen selbst, um sich zu trainieren, z. B. bei Bewegungsangeboten. Ihre Bereitschaft, um die Wiedererlangung von körperlicher Beweglichkeit und Mobilität zu kämpfen, weist auch auf eine Bereitschaft zu größten und anstrengenden Interaktionen hin und bestätigen nicht die Sprachlosigkeit und das passiv konsumierende Akzeptieren pflegerischer Versorgung.

Aus der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen ist Zweckmäßigkeit die (Wieder)-Gestaltung ihres als bisher gut angesehenen Lebens, in dessen Mittelpunkt eine unabhängige Lebensführung, ein identitätswahrender Umgang in einem privaten Wohnumfeld steht. Die Erreichung ihrer Zweckmäßigkeit ist von Bewältigungsanstrengungen geprägt, die sich Dritten durch Handlungen oder Schilderungen nicht unbedingt erschließen oder nur mithilfe einer therapeutisch geprägten Gesprächsführung herausgefunden werden könnten. Sie laufen als innere Vorgänge ab. Sie haben einen dynamischen Charakter, der im Gegensatz zur dauerhaft und im Vorfeld festgelegten Zweckmäßigkeit durch z. B. Institutionen im Gesundheitswesen steht. Dynamisch verlaufende Bewältigungsprozesse und ihre bestenfalls „guten Bewältigungsergebnisse“ entziehen sich einer professionellen und im Vorfeld dauerhaften Festlegung und damit auch einer kontinuierlichen Überprüfung von pflegerischer Fachlichkeit. Im Mittelpunkt einer Überprüfung würde dann nicht die Fachlichkeit, sondern das Vorliegen von z. B. sozialen Kompetenzen wie Gesprächsführung oder verstehende Diagnostik stehen, um sich einem Bewältigungsprozess zu nähern.

Die Beurteilung eines Preis-Leistungs-Verhältnis für die erbrachte Ergebnisqualität bedeutet in der speziellen Situation der pflegebedürftigen Menschen die Würdigung zweier verschiedener Aspekte. Zum einen sind sie privater

Kunde, der ein privates Entgelt entrichtet und damit ein Teil der gesamten Kosten für den Heimaufenthalt finanziert. Zum anderen erhalten sie einen Teilbetrag von der Pflegeversicherung für den noch offenen Teil der Kosten für Pflege und Betreuung.

Die Bewertung des Preis-Leistungs-Verhältnis richtet sich stark an den Bedürfnissen der Pflegeversicherung aus, die im Rahmen der externen Qualitätsprüfungen und der sich anschließenden öffentlichen Qualitätsberichterstattung den Einsatz und die Verteilung der monetären Mittel nachvollziehbar überwachen möchte. Orte schlechter Ergebnisqualität müssen dann mit monetären Sanktionen rechnen oder das Ausbleiben potenzieller pflegebedürftiger Menschen befürchten.

Der mit den externen Qualitätsprüfungen ebenfalls intendierte Verbraucher- oder Kundenschutz verfehlt allerdings die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen. Sie wollen sich vor weiteren kritischen Lebensereignissen z. B. den Bezug von Grundsicherung oder der finanziellen Abhängigkeit von ihren Kindern schützen. Aus der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen führt jedes weitere kritische Lebensereignis den bisher erfolgreichen eigenen Bewältigungsprozess ad absurdum und stellt ein Risiko für den Erhalt des angestrebten guten Lebens im Sinne von Ergebnisqualität dar.

Bezug nehmend auf ein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis, welches die Erfassung und Bewertung von Ergebnisqualität mithilfe von Qualitätsindikatoren beinhaltet, stellt sich eine anders gelagerte Frage. Es entsteht mithilfe der in der wissenschaftlichen Literatur auffindbaren Qualitätsmerkmale die inhaltliche Grundlage für die Beschreibung von Qualitätsaspekten. Aufgrund fehlender Forschung zur subjektbezogenen Ergebnisqualität können folglich nur wenige Merkmale identifiziert werden, die z. B. die theoretische Basis für subjektbezogene Qualitätsindikatoren. Noch fraglicher scheint, ob es Informationen zu Qualitätsaspekten wie der Bewälti-

gungsanforderungen gibt, wenn deren Operationalisierung auch bei alternativen Forschungsarbeiten unklar geblieben ist, z. B. aufgrund eines fehlenden Bewältigungsbegriffes.

Eine Qualitätskultur, die den kontinuierlichen Verbesserungsprozess in den Mittelpunkt stellt, könnte sowohl für die Begleitung der pflegebedürftigen Menschen bei ihren Bewältigungsanforderungen als auch eine sog. Prüfkultur bezeichnen und inhaltlich ausfüllen. Eine auf die Begleitung von Bewältigungsprozessen ausgelegte Qualitätskultur kann als zielführend bezeichnet werden und steht im Kontrast zu einer Prüfkultur. Die Ausprägung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses im Sinne einer formativen Evaluation als eine Kultur mit immer wieder stattfindenden Prüfungen verfehlt das Ziel, pflegebedürftige Menschen bei Bewältigungsprozessen zu begleiten und z. B. kommunikativ in nicht vorhersehbaren schwierigen Situationen zu unterstützen.

Stellt die Qualitätskultur auf die kontinuierliche (Wieder)- Gestaltung eines guten Lebens durch die pflegebedürftigen Menschen ab, steht die Begleitung der Bewältigungsprozesse und ihre Ermächtigung zum Führen eines von Unterstützung unabhängigen Lebens im Mittelpunkt. Diese Begleitung wird mit hoher Wahrscheinlichkeit von Kommunikation begleitet sein, damit sich professionelle Personen ein Bild vom inneren Erleben pflegebedürftiger Personen machen können. Ziel ist ihre Kenntnis, um ggf. Fortschritte, Rückschritte oder Überlagerungen von Bewältigungsprozessen deuten zu können. Diese Vorgehensweise weist eine inhaltliche Nähe zum Qualitätsbegriff der Transformation auf.

Die in stationären Pflegeeinrichtungen gelebte Prüfkultur stellt auf die Beschäftigung mit der vorgefundenen professionellen Fachlichkeit als Soll-Niveau ab. Hier stehen die professionellen Personen als der Prüfgegenstand im Zentrum. Es scheint fraglich, ob es die Intention der pflegebedürftigen Personen ist, dass ihre Vertrauenspersonen jährlich auf ihre vorhandene Fachlichkeit geprüft werden. Es scheint auch fraglich, ob im Rahmen von

fachlichen Überprüfungen professionelle Personen ihre eigenen subjektiven Ziele in den Vordergrund stellen, nämlich das Geforderte tun und darüber die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen zu vernachlässigen oder zu übergehen. Dies kann dann der Fall sein, wenn sie fachlich relevante pflegerische Angebote ablehnen, weil sie persönliche Risiken, z. B. eine Sturzgefahr ganz anders einschätzen und das geforderte Soll-Niveau in Frage stellen und das Primat der Fachlichkeit ignorieren.

Hier schließt sich auch der Kreis zum subjektbezogenen Qualitätsaspekt der Sicherheit, der je nach Sichtweise ebenfalls konträr ausgelegt werden kann. Die Ablehnung von pflegerischen Interventionen zur Risikovermeidung kann gleichzeitig das Absprechen von Fachlichkeit bedeuten, welches es im Sinne guter professioneller Ergebnisqualität zu vermeiden gilt. Die hohe Bedeutung von Fachlichkeit im Sinne des Schutzes der pflegebedürftigen Personen lässt Sicherheit als eine ständige überwachende Fürsorge und nicht als eine situative Unterstützung erscheinen.

Die öffentliche Qualitätsberichterstattung zur Förderung des Wettbewerbs der stationären Pflegeeinrichtungen untereinander scheint zu wirken, was ihre juristischen Reaktionen auf z. B. die Veröffentlichung der sog. Pflegenoten unterstreicht. Aus der Sicht der pflegebedürftigen Personen spielt die öffentliche Qualitätsberichtserstattung nur eine marginale Rolle. Sie finden dort nicht die für sie relevanten Informationen zum Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung. Negative Auswirkungen entfalten für sie eher die Nachrichtenberichterstattung, in der in regelmäßigen Abständen verzerrte Darstellungen ihre Lebenssituation oder ihres Lebensumfelds angesprochen werden. Durch diese empfinden sie eher eine Stigmatisierung als eine Bevölkerungsgruppe, die z. B. entweder nicht vorhandene soziale Teilhabe erlebt oder aber in einer Institution ohne jegliche Freiheit leben muss. Dagegen möchten sie teilweise aufbegehren, was in ihnen das Bedürfnis weckt, politisch zu agieren, um Öffentlichkeit für die eigenen Belange herzustellen.

Einzig der Qualitätsbegriff der Transformation weist eine inhaltliche Nähe zum Umgang mit den subjektbezogenen Qualitätsmerkmalen einer erfolgreichen Bewältigungsarbeit auf. Ergebnisqualität durch Transformation kann ohne oder nur mit wenigen inhaltlichen Festlegungen zur Fachlichkeit auskommen. Denn im Zentrum stehen gemeinsame Absprachen zwischen den pflegebedürftigen Menschen und den professionellen Personen. Diese entstehende inhaltliche Offenheit gibt die Möglichkeit, dass pflegebedürftige Menschen ihre subjektbezogenen Qualitätsaspekte einbringen können und auch sollen. Transformation, verstanden als Veränderung von Sichtweisen und Handlungen durch die Befähigung oder Ermächtigung einer Person im Umgang mit ihrer Lebenssituation, kann sich an den Entwicklungsbedarfen der einzelnen Person ausrichten und damit auch die erforderlichen Bewältigungsanforderungen integrieren. Diese Integration kann dazu führen, dass pflegebedürftige Personen von der professionellen Fachlichkeit erfahren und sich für oder gegen bestimmte Interventionen entscheiden können.

Die dialogische Vorgehensweise kommt den pflegebedürftigen Menschen, die einen erhöhten Kommunikationsbedarf haben und mit ihren Angaben zum Bewältigungsprozess aktiv Qualitätsaspekte betragen können, entgegen. Sie können so die Entwicklung ihrer subjektbezogenen Ergebnisqualität beeinflussen. Damit nehmen sie auch aktiv Einfluss auf die Beschaffenheit und die Wahrnehmung von Ergebnisqualität.

Die in der Literatur behandelten Vorgehensweisen der Evaluation von Ergebnisqualität beziehen sich u. a. auf den Qualitätsvergleich von Pflegeergebnissen. Die Bewertung von Qualitätsindikatoren verlangt nach einer regelgeleiteten Informationssammlung über die pflegebedürftigen Menschen und ihren pflegerischen Versorgungsverlauf. Ein erfolgreicher Bewältigungsprozess kann sich diesen Erfassungen und Bewertungen entziehen, da keine im Vorfeld festgelegten Kriterien als Ausdruck eines Bewältigungsprozesses definiert werden können.

Die im Zusammenhang mit der Darstellung des Forschungsstands eher randständig behandelte „Charta der Rechte von hilfe- und pflegebedürftigen Personen“ bekommt in der Einordnung des Konzepts der erfolgreichen Bewältigungsarbeit eine herausragende Stellung. Ihre Umsetzung ist in die Freiwilligkeit der stationären Pflegeeinrichtung gestellt, welches dazu führt, dass sie eine Existenz neben den verpflichtenden gesetzlichen Vorgaben der externen Qualitätssicherung bekommt.

In der Gegenüberstellung der Artikel der Charta und des Konzepts der erfolgreichen Bewältigungsarbeit ergibt sich allerdings eine höhere Übereinstimmung der subjektbezogenen Qualitätsaspekte.

In Artikel 1 wird der pflegebedürftigen Person das Recht auf Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe zugesprochen. Im Detail findet sich im Konzept der erfolgreichen Bewältigungsarbeit ein Entscheidungs- oder ein Mitbestimmungsrecht, z. B. bei der Gestaltung des eigenen Wohnraums. Vor einer selbstbestimmten Entscheidung sind entsprechende Informationen zum Entscheidungsgegenstand und zur Abschätzung der individuellen Konsequenzen nötig, die ebenfalls einen subjektbezogenen Qualitätsaspekt darstellen. Die pflegebedürftigen Personen gehen davon aus, dass sie nur für einen bestimmten Zeitraum die Hilfestellung professioneller Personen benötigen und schätzen an ihnen, wenn sie ihnen Hilfe zur Selbsthilfe anbieten. Damit unterstützen sie z. B. ihre intrinsisch motivierten Anstrengungen zur Wiedererlangung ihrer Beweglichkeit und Mobilität.

In Artikel 2 wird der pflegebedürftigen Person die körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit zugesprochen. In Bezug auf die seelische Unversehrtheit lässt sich ein Zusammenhang im Konzept der erfolgreichen Bewältigungsarbeit zu den identitätswahrenden und -fördernden Qualitätsaspekten herstellen, unter der die pflegebedürftigen Personen eine motivierende und wertschätzende Kommunikation und eine sie einbeziehende Interaktion verstehen. Im Gegensatz dazu führen ihre unerwiderten

Kommunikationsversuche oder das Miterleben des Stresses der professionellen Personen zu Unwohlsein und Schuldgefühlen, die mit seelischer Unversehrtheit nur schwer zu vereinbaren sind.

Freiheit und gleichzeitig Sicherheit ist den pflegebedürftigen Personen ein Anliegen und deutet auf ein Abwägen von beidem hin. Das Abwägen hängt stark von den Situationen, in denen sie sich entscheiden müssen, ab. Geht es um z. B. die eigene Gestaltung des Wohnraums steht die persönliche Entscheidungsfreiheit im Mittelpunkt. Geht es aber um krankheitsbedingte oder lebensbedrohliche Situationen, stellen sie ihre Sicherheit in den Vordergrund und nehmen Fremdbestimmung in Kauf.

Die verfassungsrechtliche Zusicherung von privaten Freiräumen in Artikel 3 stimmt überein mit dem subjektbezogenen Qualitätsaspekt des privaten Wohnens und des Erlebens von Nachbarschaft. Die pflegebedürftigen Personen vermissen ihre Intimsphäre insbesondere dann, wenn sie nicht über ein Einzelzimmer verfügen oder in ihrer Nachbarschaft mit schwerstkranken Menschen z. B. mit Menschen mit Demenz konfrontiert sind, die bei ihnen Ängste und Hilflosigkeit auslösen.

Artikel 5 der Charta spricht den pflegebedürftigen Personen ein Recht auf Information, Beratung und Aufklärung zu. Insbesondere die Information zu erlangen, die Auswirkungen auf ihr privates Wohnumfeld haben, können als ein subjektbezogener Aspekt gewertet werden. Im Bereich der Beratung und Aufklärung sehen sie einen Zusammenhang mit einer wertschätzenden und auf Augenhöhe geführten Kommunikation. Diese wird als motivierend erlebt und ist geeignet, sie bei ihrem Bestreben nach Selbstständigkeit und Selbsthilfe zu unterstützen.

Artikel 6 spricht ihnen die Teilnahme an Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft zu. Die Teilnahme an Kommunikation initiieren die pflegebedürftigen Personen selbst und das auch, wenn ihre Versuche keine Resonanz finden. Die Erwidern ihrer Kommunikationsversuche durch Mitbewohner oder professionellen Personen könnten sie als eine

Wertschätzung ihrer Person sehen. Können Kommunikationsversuche in eine dialogische Kommunikation oder gegenseitige Interaktion überführt werden, bahnt dieses Vorgehen den Weg zur Teilhabe in der Gesellschaft, was in stationären Pflegeeinrichtungen z. B. mit dem Aufbau von Freundschaften oder der Übernahme von Ehrenämtern vergleichbar wäre, an.

Die zugesprochenen Artikel der Charta, insbesondere zur Selbstbestimmung, zur Sicherheit etc. schließen an verfassungsrechtlich zugesagte Rechte der pflegebedürftigen Menschen an. Die teilweise inhaltliche Übereinstimmung der Artikel der Charta mit den Vorstellungen der pflegebedürftigen Menschen von einem guten Leben als erfolgreiche Bewältigungsarbeit zeigt, dass die zugesagten Rechte auch verwirklicht werden sollten, denn sie stehen gleichzeitig für die Realisierung von subjektbezogenen Qualitätsaspekten.

Verfassungsrechtlich zugesagte Rechte bilden derzeit keine ausreichende Grundlage für eine qualitätsorientierte Vorgehensweise zu Entwicklung einer Ergebnisqualität. Stattdessen wurde eine sozialrechtliche Grundlage für die Konstruktion von Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege geschaffen, die eine verpflichtende Implementation nach sich zieht und nur in einem kleinen Ausmaß subjektbezogene Ergebnisqualität berücksichtigt. Diese Entwicklung geschah vor dem Hintergrund von Empfehlungen z. B. des UN-Sozialpaktausschusses, der bereits im Jahr 2011 an die Bundesrepublik Deutschland appelliert hat, die Lage der älteren Menschen in Pflegeheimen mit dem Fokus auf die Gewährleistung von Grund- und damit Menschenrechten unverzüglich zu verbessern. Unter anderen wurden Maßnahmen wie die Ausbildung der professionellen Personen und gründliche Kontrollen zur Einhaltung von Qualität in der Pflege gefordert (vgl. Mahler, 2013:21). Beide Empfehlungen wurden berücksichtigt, ohne zu reflektieren, dass pflegebedürftige Menschen im Sozialpakt gleichberechtigte Partner sein können und wollen.

7.1. Anregungen zu einer vertiefenden Forschung

Ein erster Schwerpunkt für eine weitere und vertiefende Forschung könnte der Gegenstand des Konzepts der erfolgreichen Bewältigung selbst und seine Forschungsgüte sein.

Bezogen auf das Konzept der erfolgreichen Bewältigung kündigt sich eine Kohärenz, basierend auf den identifizierten Themenfeldern an. Diese inhaltlichen Beziehungen sind teilweise aus mehreren Zitaten der Interviewpartner zu erkennen. Hier wäre z. B. der Zusammenhang zwischen dem Erhalt und der Wiedererlangung von körperlicher Beweglichkeit und einer motivierenden Kommunikation zuzuordnen. Die inhaltlichen Beziehungen basieren allerdings auf einer geringen Anzahl von Zitaten, die zwischen den identifizierten Kategorien auch noch variieren. Auf der Ebene der Interpretation im Vergleich mit theoretischen Konzepten finden diese Zusammenhänge eine Bestätigung. Dennoch wäre es angebracht, die Beziehungen und evtl. kausalen Zusammenhänge genauer zu untersuchen.

Daran schließt sich die Fragestellung an, inwieweit die vollständige Exploration jeder einzelnen Kategorie vollzogen ist. So ist z. B. die Kategorie der unerwünschten Ereignisse und dem Erhalt und der Wiedererlangung der körperlichen Beweglichkeit durch zahlreiche Zitate und eine inhaltliche Breite belegt die Kategorie des Erlebens von Sicherheit dagegen nur durch wenige Zitate und einer geringeren Breite. Die identifizierten Kategorien sollten darauf hin überprüft werden, welchen inhaltlichen Umfang sie evtl. annehmen könnten. Dabei erlangt die Kategorie des Erlebens von Lebensfreude, Glück und Entlastung eine besondere Relevanz, da sie am ehesten Aussagen von angestrebten Ergebnissen repräsentiert und sich nur bedingt im Diskurs um Lebensqualität finden lässt.

Eine weitere Fragestellung könnte sein, welche Bedeutung die einzelne Kategorie im Konzept der erfolgreichen Bewältigung hat und welche Wechsel-

wirkungen sie mit- und untereinander im gesamten Konzept der erfolgreichen Bewältigung eingeht. Hinweise auf Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Kategorien geben die Auslegung der Themenfelder durch den Vergleich mit bereits bestehenden theoretischen Konzepten. Eine empfundene Sicherheit kann durch den Abgleich mit gerontologischen Theorien z. B. zur Wiedererlangung körperlicher Beweglichkeit führen.

Weitere und vertiefende Forschungen sollten die Frage beantworten, welche der identifizierten Themenfelder sog. Minimalkategorien darstellen, ohne die die Darstellung subjektorientiert angestrebter Versorgungsergebnisse scheitern muss. Dabei wird unter einer Minimalkategorie eine Kategorie verstanden, die ggf. wegfallen könnte, ohne das Gesamtkonstrukt und die Gesamtaussage des Konzepts infrage zu stellen. Eine andere Fragestellung zielt auf die Vollständigkeit der Kategorien ab, d. h. gibt es noch fehlende Kategorien, die dem Konzept der erfolgreichen Bewältigung weitere zentrale Aussagen hinzufügen können.

Ein weiterer Schwerpunkt einer vertiefenden und zukünftigen Forschung könnte die Reflexion der Übertragbarkeit der gefundenen Ergebnisse auf die insgesamt heterogene Zielgruppe der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen darstellen.

Die Übertragbarkeit des Konzepts der erfolgreichen Bewältigung auf alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, die in Institutionen leben, ist nur eingeschränkt möglich. Im Mittelpunkt des Konzepts steht die erfolgreiche Bewältigungsarbeit, die aufgrund des Erlebens von kritischen Lebensereignissen notwendig wird. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Menschen mit Unterstützungsbedarf kritische Lebensereignisse erlebt haben. Menschen mit einer angeborenen Behinderung und Unterstützungsbedarf müssen nicht zwangsläufig ein kritisches Lebensereignis durchlebt haben. Sie blicken ebenfalls nicht automatisch auf ein autonom geführtes Leben zurück, das durch ein kritisches Lebensereignis eine jähe Unterbrechung erfahren hat, sondern haben teilweise lebenslang personenbezogene

Dienstleistungen in Anspruch genommen, da sie ein Leben ohne ihre Behinderung nicht kennen. Hier empfiehlt es sich, die gleiche Forschungsfrage zu stellen, auch wenn es kommunikative Hürden zu überwinden gilt. Diese kommunikativen Hürden lassen sich durch die Verwendung alternativer Forschungsmethoden, wie z. B. problemzentrierte halbstrukturierte Interviews überwinden.

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse erreicht auch dann eine Grenze, wenn es um hilfe- und pflegebedürftige Menschen geht, die nicht in der Lage sind, verbal zu kommunizieren. Ihnen ist die Teilnahme an Interviews aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen verwehrt oder sie können im weiteren Verlauf nicht an einer kommunikativ-therapeutischen Unterstützung durch Dritte teilnehmen. Aus diesem Grund existieren speziell für diese Zielgruppe entwickelte Erhebungsinstrumente, die sich der teilnehmenden oder nicht teilnehmenden Erhebungsmethode bedienen, um im späteren Verlauf systematisch die subjektive Perspektive der hilfebedürftigen Menschen zu veranschaulichen. Zu nennen wären beispielhaft das „Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz“ oder „Dementia Care Mapping“ mit seinem personenzentrierten Ansatz zur Erfassung des Wohlbefindens. Hier wäre es angebracht, diese Instrumente zu überprüfen und zu analysieren, inwieweit ihre Items in einen Zusammenhang mit einem erfolgreichen Bewältigungsprozess stehen könnten.

Neben der Einteilung der Zielgruppe der zur Kommunikation fähigen oder unfähigen Menschen kann noch die Unterscheidung der Herkunft aus verschiedenen Settings vorgenommen werden. Die hilfebedürftigen Menschen kommen aus verschiedenen Institutionen, wie z. B. dem Krankenhaus, der Pflegeeinrichtung oder der Behinderteneinrichtung. Es stellt sich die Frage, welche Bedeutung die identifizierten Kategorien in Abhängigkeit vom Setting der Zielgruppe haben. So kann von Bedeutung sein, ob ein hilfe- und pflegebedürftiger Mensch in einer Behinderteneinrichtung lebt und deshalb der Fokus auf der Förderung sämtlicher im Ansatz vorhandener Kompetenzen liegt oder ob er im Krankenhaus ist, wo der Fokus eher auf der Behebung

eines gesundheitlichen Problems liegt. Dies hat zur Folge, dass Bewältigungsressourcen für die Behandlung somatischer Einschränkungen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Es wäre deshalb von Interesse, welche Relevanz das Konzept der erfolgreichen Bewältigung in sämtlichen Settings entfaltet, um eine Sensibilität für diesen Ansatz zu erreichen.

Wie an verschiedenen Stellen in der vorliegenden Arbeit aufgezeigt werden konnte, existiert keine umfängliche Definition des Begriffes der Bewältigung und ihre Besonderheiten, z. B. als typische Verhaltens- oder Handlungsweisen. Diese inhaltliche Unklarheit erschwert die Deutung der Situation von pflegebedürftigen Personen.

7.2. Relevanz des Konzepts der erfolgreichen Bewältigung in der aktuellen Diskussion um Ergebnisqualität

Die aktuelle Qualitätsdiskussion in der stationären Altenpflege ist geprägt von der Neuausrichtung der Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität. Im Zentrum steht der Wechsel von einer theoretisch nicht fundierten und eher subjektiven Bewertung der Ergebnisqualität hin zu einem rational nachvollziehbaren und methodisch gesicherten Verfahren durch den Einsatz von Qualitätsindikatoren. Die Neuausrichtung der Bewertung der Ergebnisqualität setzt allerdings nicht auf die aktive Berücksichtigung der subjektbezogenen Qualitätsaspekte, sondern auf Qualitätsaspekte, die professionelle Fachlichkeit ins Zentrum stellt. Ihre Bewertung kommt ohne die Beteiligung von pflegebedürftigen Menschen aus, da vorhandene Informationen über ihre pflegerische Versorgung ausschließlich von professionellen Personen übermittelt werden. Wünschenswert wäre deshalb die konsequente Beteiligung der pflegebedürftigen Personen an der Erfassung und Bewertung ihrer Ergebnisqualität.

Die Neuausrichtung der Erfassung von Ergebnisqualität rückt die Förderung der körperlichen Beweglichkeit, die selbstständige Verrichtung von Alltagsaktivitäten ins Blickfeld. Diese Themen, die sich im Indikatorenset niederschlagen, können als die teilweise Übereinstimmung von subjektbezogener und professioneller Ergebnisqualität gewertet werden. Dies sollte zur Folge haben, dass professionelle Personen in ihrem Handeln diese Qualitätsaspekte in den Fokus rücken. Dies käme den pflegebedürftigen Menschen in ihren Bemühungen um eine erfolgreiche Bewältigung von kritischen Lebensereignissen und ihrer Pflegebedürftigkeit entgegen. Es sollte sich eine Reflexion bestehender professioneller Verfahrensanweisungen anschließen, die die bisherige Praxis von mobilitätsfördernden oder -hindernden Maßnahmen neu regelt.

Die inhaltliche Neuausrichtung lässt das Thema Bewältigungsanforderungen und ihre Auslöser bei pflegebedürftigen Personen unberücksichtigt. Wie die Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit zeigen, haben sie grundlegende Auswirkungen auf die Lebenssituation und das Lebensumfeld. Die Auswirkungen einer erfolgreichen Bewältigung auf die Lebenssituation können die komplette Unabhängigkeit und damit die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bedeuten. In der pflegerischen Praxis sollten Gesprächsanlässe geschaffen und dazu genutzt werden, gemeinsam über Bewältigungsanforderungen zu reflektieren. Dies setzt eine Sensibilisierung der professionellen Personen voraus.

Mit der Entwicklung des Konzepts der erfolgreichen Bewältigungsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Integration der pflegebedürftigen Personen in die Erstellung von subjektbezogener Ergebnisqualität möglich und erforderlich ist. Dies zieht möglicherweise Qualifikationserfordernisse nach sich, da dieser Aspekt bisher kein Ausdruck von Fachlichkeit zu sein scheint.

Die aktive Integration der pflegebedürftigen Menschen in den Prozess der subjektbezogenen Entwicklung von Ergebnisqualität wirft die Frage nach der Entwicklung von Qualitätsinstrumenten auf. Bewährte Instrumente wie

z. B. die Erhebung zahlreicher Qualitätsindikatoren sind dabei nicht zielführend. Möglicherweise erweisen sich Instrumente wie z. B. Initial- und Entwicklungsgespräche mit dem Fokus auf Bewältigungsanforderungen als hilfreich. Relevanz erlangen dabei auch die Identifikation vorhandener Ressourcen, die die Förderung der pflegebedürftigen Personen erleichtern und die Definition ihrer Anforderungen an Sicherheit.

Die Integration der subjektbezogenen Qualitätsaspekte bezüglich Ergebnisqualität sollte eine weitere Neuausrichtung der Bewertung von Ergebnisqualität in der stationären Pflegeeinrichtung nach sich ziehen. Dies bedeutet nicht die Abkehr von der Auseinandersetzung mit Ergebnisqualität über die pflegebedürftigen Personen hinweg, sondern ihre aktive Beteiligung an der eigenen, subjektbezogenen Entwicklung von Ergebnisqualität. Diese Neuausrichtung scheint umso praktikabler, da pflegebedürftige Personen ihre erwünschten Interventionen zur Zielerreichung schildern. Diese könnten die Grundlage für die professionellen Personen sein, ihre fachlichen Anforderungen damit in Einklang zu bringen.

Nicht zuletzt scheint es angebracht, eine Reflexion verfassungsrechtlich zugesagter Grundrechte und ihr Repräsentation in der aktuell gesetzlich vorgegebenen Qualitätssicherung vorzunehmen. Es wäre sinnvoll, Qualitätsbegriffe und ihre Auswirkungen und Umsetzung in die Praxis der Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen auf die Wahrung der Grundrechte der pflegebedürftigen Personen zu überprüfen.

8. Literatur

1. Qualitätsbericht, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS), 2004, link: Bericht nach § 118 Abs (mds-ev.de)
 2. Qualitätsbericht, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS), 2007, link: 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI (mds-ev.de)
 3. Qualitätsbericht, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS), 2012, link: MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_Endfassung.pdf (mds-ev.de)
 4. Qualitätsbericht, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS), 2014, link: MDS_Vierter__Pflege_Qualitaetsbericht.pdf.pdf (mds-ev.de)
 5. Qualitätsbericht, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS), 2017, link: 5. PFLEGE-QUALITÄTSBERICHT DES MDS NACH § 114 A ABS. 6 SGB XI (mds-ev.de)
- Augurzky, Boris et al. (2011): Pflegeheim Rating Report 2011: Boom ohne Arbeitskräfte? RWI Materialien, No. 68, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/62152/1/664841597.pdf>
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - Alt-PfIAPrV), 2002, <https://ra.de/gesetze/altplaprv/abschnitt-3>
- Baas, Stephan et al, 2017, Beeinflussung von Wohlbefinden und Lebensqualität älterer Menschen im Pflegeheim-wie kann das in der Praxis geschehen? Abschlussbericht des Modellprojekts zur Messung von Lebensqualität und subjektiven Wohlbefinden in der Pflege (MoMeL), Institut für sozialpädagogische Forschung, Mainz
- Bartholomeyczik, Sabine et al, 2004, Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Brähler, Elmar (Hrsg.), 2003, diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden, Seite 1-18, Verlag Hofgrefe, Göttingen
- Brandenburg, Herrmann (Hrsg.), Autonomie im Kontext von Alten- und Pflegeheimen, in: Autonomie im Alter - Leben und Altwerden im Pflegeheim, Seite 40-84, Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover
- Brandstätter, Jochen, 2007, Konzepte positiver Entwicklung, in: Entwicklungspsychologie der Lebensspanne, Seite 681-723, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Brandstätter, Jochen et al, 2018, Ziele; in: Heckhausen, J. (Hrsg.), Motivation und Handeln, 5. Auflage, Seite 331-354, Springer Verlag, Heidelberg

Bräutigam, Christoph (Hrsg.), 2008, Die stationäre Altenhilfe. Situation, Herausforderungen und beispielhafte Entwicklung, Institut für Arbeit und Technik Westfälische Hochschule

Brechtel, Thomas (Hrsg.), 2010, Qualitätsindikatoren in der stationären Altenpflege - Methodische Grundlagen, Eigenverlag

Bremer, Daniel, 2005, Was ist unter Autonomie zu verstehen, in: Autonomie im Alter - Leben und Altwerden im Pflegeheim, Seite 21-34, Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover

Broda, Michael, 1990, Anspruch und Wirklichkeit – Einige Überlegungen zum transaktionalen Copingmodell der Lazarus Gruppe, in: Muthny, F.A., Krankheitsverarbeitung, Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse, Seite 13-24, Springer Verlag, Heidelberg

Brunnstein, Helmut et al, 2007, Persönliche Ziele und Lebenspläne, in: Entwicklungspsychologie der Lebensspanne, Seite 270-336, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit, Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Oktober 2018

Büscher, Andreas et al, 2012, Evidenz in den nationalen Expertenstandards für die Pflege des DNQP, in: Qualitätsentwicklung in der Pflege: Konzepte, Methoden und Instrumente, Seite 50, – 58, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Daig, Isolde et al, 2007, Verfahren zur Messung der Lebensqualität, in: Zeitschrift für medizinische Psychologie, Jahrgang 16, Seite 5–23, Akademische Verlagsgesellschaft

Depper, Thomas et al, 2010, Zur gesellschaftlichen Bestimmung und Fragen der Organisation ›personenbezogener sozialer Dienstleistungen‹. Eine systemtheoretische Sicht auf soziale personenbezogene Dienstleistungen, in: Soziale personenbezogene Dienstleistungen, Springer Verlag, Heidelberg

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2009, Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2010, Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung (DNQP), 2011, Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung (DNQP), 2011, Expertenstandard Sturzprävention, 1. Aktualisierung

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung (DNQP), 2015, Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung (DNQP), 2018, Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz

Donzallaz, Desiree, 2007, Qualität und Evaluation - Implizite Wirkungsattribute und methodische Herausforderungen, in: Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften, Jahrgang 29, Seite 33-46, Universitätsverlag

Dräther, Hendrik et al. 2009, Fokus Pflegeversicherung: Nach der Reform ist vor der Reform, Wissenschaftliches Institut der AOK

Dreizler, Jutta et al, 2013, Eintritt ins Pflegeheim: Das Erleben der Entscheidung zum Heimeintritt aus der Perspektive der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner, Interner Abschlussbericht

Dunkel, Wolfgang et al, 2004, Dienstleistung als Interaktion-Beiträge aus einem Forschungsprojekt, Altenhilfe-Deutsche Bahn-Call Center in: Arbeit und Leben im Umbruch, Band 6, Rainer Hampp Verlag, Augsburg

Filipp, Sigrun-Heide et al, 2010, Kritische Lebensereignisse, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Filipp, Sigrun-Heide et al, 2010, Die differentielle Perspektive: das Schlüsselkonzept Bewältigung - Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen, Seite 123-147, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Filipp, Sigrun-Heide et al, 2010, Personale Ressourcen und Risiken im Bewältigungsgeschehen - Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen, Seite 266-312, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Flick, Uwe, 2014, Qualitative Sozialforschung, Eine Einführung, Rowohlt Verlag, Hamburg

Franke, Anette et al, 2016, Kritische Lebensereignisse gestalten, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Band 49

Freund, Alexandra, 2003, Die Rolle von Zielen für die Entwicklung, in: Psychologische Rundschau, Jahrgang 54, Nummer 4, Seite 233-242, Hofgrefe Verlag, Göttingen

Friebe, Jens, 2004, Der biografische Ansatz, in: Pflege & Gesellschaft, Jahrgang 19, Nummer 1, Seite 1 – 5, Juventa Verlag, Weinheim

Friesacher, Heiner, 2009, Ethik und Ökonomie - Zur kritisch normativen Grundlegung des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung, in: Pflege & Gesellschaft, Jahrgang 14, Nummer 1, Seite 5–23, Juventa Verlag, Weinheim

Gerdes, N. et al, 2000, Zur Theorie der Rehabilitation, in: Bengel, J. et al, Die Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Seite 41-67, Springer Verlag Heidelberg

Gerull, Klaus-Peter, 2004, Qualitätsmanagement in der Jugend- und Sozialhilfe, Dissertation Universität Göttingen

Gesundheitsministerkonferenz, 1999, Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen, Protokoll der 72. Gesundheitsministerkonferenz

Geulen, Dieter, 2002, Subjekt, Sozialisation, "Selbstsozialisation". Einige kritische und einige versöhnliche Bemerkungen, in: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, Band 22, Seite 186-196, Beltz Verlag, Weinheim

Gilgenmann, Klaus, 2006, Homo – sociologicus – Homo sapiens, Zur evolutionstheoretischen Einbettung soziologischer Menschenmodelle, in: Zeitschrift für Soziologie, Jahrgang 35, Seite 348-371, De Gruyter Verlag, Berlin

GKV-Spitzenverband, Qualitätsprüfrichtlinien für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018)

Goffman, Erving, 2014, Asyl - Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp Verlag, Berlin

Göpfert-Divivier, Werner et al, 2002, Qualitätsmanagement - keine neue Forderung; in: Qualität in der Pflege, Seite 227-324, Schattauer Verlag, Stuttgart

Görres, Stephan et al, 2008, Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V.

Görres, Stefan et al, 2006, Strategien der Qualitätsentwicklung in der Pflege und Betreuung, Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und Pflegewesen (Hrsg.) , CF Müller Verlag, Heidelberg

Görres, Stefan et al, 2017; Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP), Abschlussbericht, UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik

Green, Diana et al, 2000, Qualität und Qualitätssicherung im Bildungsbereich Schule, Sozialpädagogik, Hochschule, in: Zeitschrift für Pädagogik, Jahrgang 41, Seite 17-39, Beltz Verlag, Weinheim

Gross, Dorothea, 2004, Evidence Based Nursing - der umfassende Begriff, in: Pflege, Jahrgang 17, Nummer 3, Seite 196–207, Huber Verlag, Bern

Hagen, Kornelia; Rothgang, Heinz, 2014, Editorial: Erfolge und Misserfolge in der Pflegeversicherung - ihre Weiterentwicklung bleibt notwendig, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, Seite 5-20, Beck Verlag, München

Hasseler, Martina et al, 2015, Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität, Abschlussbericht

Hasseler, Martina et al, 2010, Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarung für den ambulanten und stationären Bereich

Heid, Helmut, 2000, Qualität. Überlegungen zur Begründung einer pädagogischen Beurteilungskategorie, in: Zeitschrift für Pädagogik, Jahrgang 41, Seite 41-51, Beltz Verlag, Weinheim

Heintel, Peter, 2000, Das Verhältnis von Institution und Organisation: zur Dialektik von Abhängigkeit und Zwang, Beck Verlag, München

Hellige, Barbara et al, 2005, Klinische Behandlungspfade und Patientenorientierung: Ein Weg zur Integration von standardisierter Behandlungsplanung und Patientenorientierung? In: Pflege, Jahrgang 18, Seite 176-18, Huber Verlag, Bern

Hellige, Barbara: 2004, Behandlungs- und Pflegepfade: Instrumente zur Patientenorientierung oder –ignorierung, in: Pflege & Gesellschaft, Jahrgang 9, Nummer 3, Seite 85-90, Juventa Verlag, Weinheim

Heusinger, Josefine et al, 2005, „Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen! Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements, Dissertation Freie Universität Berlin

Josat, Sabine, 2010, Qualitätskriterien in der stationären Altenhilfe - aus Sicht der Bewohner und der Angehörigen, Dissertation Universität Saarbrücken

Kardoff von, Ernst et al, 2009, Pflege und Behinderung - Gemeinsamkeiten und Vergleichsperspektiven, in: Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf, Seite 93-103, Nomos Verlag, Wiesbaden

Kelle, Udo et al, 2002, „Weil ich doch schon einmal verhört worden bin“ – Methodische Probleme bei der Befragung von Heimbewohnern, in: Perspektiven der empirischen Alterssoziologie, Seite 99-147, Springer Verlag, Heidelberg

Kelle, Udo: 2007, Kundenorientierung in der Altenpflege? Potemkinsche Dörfer im sozialpolitischen Qualitätsmanagement, Zeitschrift für kritische

Sozialwissenschaft, Jahrgang 37, Nummer 1, Seite 113-128, Bertsch und Fischer Verlag, Berlin

Kleina, Thomas, 2014, Mobilität und Bewegungsfähigkeiten von Nutzern stationärer Langzeitversorgung, in: Pflege & Gesellschaft, Jahrgang 19, Seite 101-112, Juventa Verlag, Weinheim

Koch-Straube, Ursula, 2002b, Qualität im Altenpflegeheim - eine bewohner-nahe Perspektive, in: Qualität in der Pflege, Seite 147-158, Schattauer Verlag, Stuttgart

Koch-Straube, Ursula: 2002a, Fremde Welt Altenheim - eine ethnologische Studie, 2. Auflage, Huber Verlag, Bern

Kohli, Martin, 1981, Zur Theorie der biographisches Selbst- und Fremdthematisierung, in: Zeitschrift für Soziologie: Lebenswelt und soziale Probleme, Seite 502-520, Campus Verlag, Frankfurt/ Main

Koppitz, Andrea, 2009, Erfahrungen von betagten alten Menschen beim Einzug in ein Alten- oder Pflegeheim, in: Tagungsbericht Pflegebedürftigsein in der Gesundheitsgesellschaft, Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften Jahrgang 8, Nummer 24

Köpke, Sascha et al, 2010, Evidenzbasierte Patienteninformation und informierte, geteilte Entscheidungsfindung - Eine Aufgabe für die Pflege, in: Pflegezeitschrift, Jahrgang 63, Nummer 1, Seite 12-15. Springer Verlag, Heidelberg

Kruse, Andreas, 2006, Psychologische Alterstheorien, in: Gerontologie, Seite 31-36, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Kuhlmei, Adelheid, 2009, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter, in: Pflege & Gesellschaft, Jahrgang 14, Seite 293-305, Juventa Verlag, Weinheim

Lamneck, Siegfried, 2010, Qualitative Sozialforschung, 5. Auflage, Beck Verlag, München

Lang, Frieder et al, 2008, Das Einzelzimmer im Alten- und Pflegeheim: Bestandsaufnahme, Literaturüberblick und Feldstudie zu den Qualitätsstandards von Einzel- und Doppelzimmern in Altenpflegeheimen in Deutschland und Bayern, ipg research notes, Nummer 1

Lang, Gert et al, 2013, Determinanten der Lebensqualität älterer Frauen: zum Stellenwert der wahrgenommenen Sicherheit und Eingebundenheit. In: Zeitschrift der Sozialwissenschaftlichen Studiengesellschaft Österreich, Nummer 53, Seite 196-215

Lüscher, Kurt et al, 2016, Ambivalenz - ein Schlüsselbegriff der Gerontologie? Elemente einer Heuristik am Beispiel der Identitätsbildung im Alter, in:

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jahrgang 49, Nummer 1, Seite 3-9, Springer Verlag, Heidelberg

Mahler, Claudia, 2013, Menschenrechte – keine Frage des Alters, Deutsches Institut für Menschenrechte

Mayring, Philipp, 2010, Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, 11. Auflage, Beck Verlag, München

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2017, Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2017, Qualitätsprüfrichtlinien-Transparenzvereinbarung, Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege

Merchel, Joachim, 2006, Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit. Erfahrungen zur Verarbeitung und zur Umsetzung des Themas „Qualität“, in: der pädagogische Blick Nummer 4, Seiten 195-208, Juventa Verlag, Weinheim

Merchel, Joachim: 2013, Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit - eine Einführung, 4. Auflage, UTB Verlag, Stuttgart

Merchel, Joachim, 2015, Evaluation in der sozialen Arbeit, 2. Auflage, UTB Verlag, Stuttgart

Meueller, Erhard, 2014, Die Türen des Käfigs - Subjektorientierte Erwachsenenbildung, Schneider Verlag, Hohengehren

Moers, Martin, 2014, Qualitätsmethodik zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung evidenzbasierter Expertenstandards in der Pflege, in: Qualitätsentwicklung in der Pflege, Konzepte, Methoden und Instrumente, Seite 29-46, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Nüßle, Werner, 2000, Qualität für wen? Zur Angemessenheit des Kundenbegriffs in der Sozialen Arbeit, Zeitschrift für Pädagogik Jahrgang 46, Seite 831-850, Beltz Verlag, Weinheim

Olk, Thomas et al, 2008, Qualitätssicherung im Bildungswesen - Qualität und Qualitätsentwicklung in der Sozialpädagogik, in: Zeitschrift für Pädagogik, Jahrgang 53, Seite 76-95, Beltz Verlag, Weinheim

Reckwitz, Andreas, 2010, Subjekt, UTB Verlag, Stuttgart

Robert Koch Institut, 2009, Gesundheit und Krankheit im Alter, Gesundheitsberichtserstattung des Bundes

Saß, Anke-Christine, 2010, Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung, Bundesgesundheitsblatt, Jahrgang 53, Seite 404–416

Schaeffer, Doris, 2014, Bewältigung chronischer Erkrankungen – Herausforderungen für die Pflege, in: Handbuch Pflegewissenschaft, Seite 329-36, Juventa Verlag, Weinheim

Schopp, Anja et al, 2001, Autonomie, Privatheit und die Umsetzung des Prinzips der "informierten Zustimmung" im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen aus der Perspektive des älteren Menschen, in: Pflege, Jahrgang 14, Nummer 1, Seite 29–37, Huber Verlag, Bern

Schönfeld, Frauke, 2006, Qualitätssicherung und Nutzerperspektive in stationären Einrichtungen der Altenpflege – Möglichkeiten und Grenzen von Bewohnerbefragungen, Pontifex, Berichte und Materialien aus Wissenschaft und Praxis, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik

Schrems, Berta, 2017, Vulnerabilität im Kontext von Pflegeforschung, in: Pflege & Gesellschaft, 22. Jahrgang, Nummer 4, Seite 308-320, Juventa Verlag, Weinheim

Schuldzinski, Wolfgang, 2014, Partizipation und Patientenorientierung bei Expertenstandards in der Pflege, in: Qualitätsentwicklung in der Pflege, Seite 61–69, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Schüz, Benjamin et al, 2013, Personale Ressourcen für Autonomie trotz Multimorbidität, in: Autonomie trotz Multimorbidität, Seite 83-110, Hofgrete Verlag, Göttingen

Seeberger, Bernd, 2011, Zur Wirksamkeit von Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen; Mabuse Verlag, Frankfurt/ Main

Smoliner, Andrea et al, 2009, Präferenzen und Erleben von Patienten zur Beteiligung an pflegerischen Entscheidungen im Akutspital - Eine Analyse der Übereinstimmung von Präferenz und Erleben sowie der Einflussfaktoren bezogen auf verschiedenen Entscheidungstypen, in: Pflege, Jahrgang 22, Seite 411–419, Huber Verlag, Bern

Sozialgesetzbuch XI, 2018, Pflegeversicherung, Zugriff am 18.7.2018

Statistisches Bundesamt, 2018, Pflegestatistik 2017

Staudinger, Ursula, 2000, Viele Gründe sprechen dagegen und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens, Psychologische Rundschau, Nummer 51, Ausgabe 4, Hofgrete Verlag, Göttingen

Straub, Jürgen, 2000, Identitätstheorie, empirische Identitätsforschung und die „postmoderne“ armchair Psychologie, Zeitschrift für qualitative und Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung, Nummer 1, Jahrgang 1, Seiten 167-194, Budrich Verlag, Berlin

Strünck, Christoph, 2000, Pflegeversicherung - Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung, institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse, Springer Verlag, Heidelberg

Terhardt, Ewald, 2000, Qualität - Überlegungen zur Begründung einer pädagogischen Beurteilungskategorie, Hintergründe - Konzepte Probleme, in: Qualität und Qualitätssicherung im Schulsystem, Jahrgang 46, Seite 809-829, Beltz Juventa Verlag, Weinheim

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., 2012, Gute Pflege im Heim oder zu Hause, Pflegequalität erkennen und einfordern, 2. Auflage

Weibler-Villalobos, U, 2010, Methodische Anforderungen an einrichtungsbezogene Qualitätsberichte in der Pflege, in: Gesundheitswesen, Nummer 72, Seite 780-789, Thieme Verlag, Stuttgart

Weidekamp-Maicher, Manuela, 2016, Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung, Abschlussbericht

Weise, Peter, 1989, Homo oeconomicus und homo sociologicus- Die Schreckensmänner der Sozialwissenschaftler, in: Zeitschrift für Soziologie, Jahrgang 18, Seite 148-161, De Gruyter Verlag, Berlin

Wingenfeld, Klaus: 2003, Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Nummer P00-124

Wingenfeld, Klaus, 2004, Grenzen der Evidenzbasierung komplexer pflegerischer Standards am Beispiel des Entlassungsmanagements, in Pflege & Gesellschaft, Band 3, Seite 79-83, Juventa Verlag, Weinheim

Wingenfeld, Klaus, 2010, Expertise zu den Ergebnissen der quantitativen und qualitativen Auswertungen im Rahmen der Evaluation der PTVS und PTVA, unveröffentlichtes Gutachten

Wingenfeld, Klaus et al, 2011, Entwicklung und Erprobung von Instrumenten von Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe

Wingenfeld, Klaus et al, 2018, Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege, Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung

Wulff et al, 2010, Autonomie im Pflegeheim – Konzeptionelle Überlegungen zu Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit anhand eines Modells, in Pflege, Band 23, Seite 240-248, Huber Verlag, Bern

Zegelin, Angelika, 2006, Festgenagelt sein - Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung, Huber Verlag, Bern

Zollondz, Hans-Dieter, 2011, Grundlagen Qualitätsmanagement - Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte, Oldenbourg Verlag, München

9. Anhänge

Anlage 1: Informationsschreiben an die Hilfe- und pflegebedürftige Menschen

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine hohe Lebensqualität und gute Gesundheit im Alter sind wichtige Ziele der Altenpflege. In der Pflegeeinrichtung, in der Sie leben, plane ich im Rahmen meiner Doktorarbeit Interviews mit Ihnen zu ihren

- Persönlichen Wünschen und Zielen in ihrer jetzigen Lebenssituation

zu führen. Das Gespräch wird als persönliches Gespräch in ihrer Pflegeeinrichtung geführt und dauert ca. 60 Minuten. Das Gespräch wird auf Tonband aufgenommen. Die Teilnahme ist freiwillig.

Es wäre schön, wenn Sie sich zur Teilnahme entscheiden könnten.

Ihre Antworten werden anonym, also ohne Namen oder ihre Zimmernummer erfasst. Wenn Sie sich entschließen teilzunehmen, bitte ich Sie darum, dies mit einer Unterschrift auf der beigelegten Einverständniserklärung zu bestätigen. Die Einverständniserklärung bleibt bei mir. Die Tonbandaufnahmen werden nach Erstellung der Auswertung vernichtet.

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Anlage 2: Einverständniserklärung für die Interviews

Einverständniserklärung

Teilnahme an der Bewohnerbefragung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme am persönlichen Interview. Mir ist bekannt, dass meine Angaben vertraulich und anonym ausgewertet werden. Ich bin über das Interview hinreichend informiert worden. Ich hatte genügend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Interview zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Ort

Datum

Unterschrift

Kontakt:

Susette Schumann

Promovendin an der Freien Universität

Anlage 3: Terminerinnerung für die Interviewpartner

Terminerinnerung Bewohnerinterview

Ihr Termin für das Interview ist

am:

um: Uhr

Bitte beachten Sie, dass es zu leichten Verschiebungen der Uhrzeit (ca. 15 Minuten) kommen könnte. Sie werden zum vereinbarten Termin auf Ihrem Zimmer aufgesucht werden, um das Interview miteinander zu führen.

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Teilnahme!

Kontakt:

Susette Schumann

Promovendin an der Freien Universität

Anlage 3: Übersicht über die persönlichen Merkmale der Interviewpartner und der Interviewdauer

| Nummer | Alter | Geschlecht | besondere Merkmale | Dauer des Interviews in Minuten | Berufe | Bemerkung |
|---------------------|--------------|------------|---|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| BW 01 | 87 | w | Zimmerappartement | 43,25 | Krankenschwester | nach Pretest aussortiert |
| BW 02 | 86 | w | Zimmerappartement | 40,5 | Krankenschwester | nach Pretest aussortiert |
| BW 03 | 83 | w | | 40,5 | Hausfrau/ Reinigungsfrau | |
| BW 04 | 89 | w | seit drei Jahren immobil und bettlägerig | 55 | Stenotypistin bei Polizei | |
| BW 05 | 91 | w | Doppelzimmer | 19 | Plätterin | |
| BW 06 | 72 | w | Doppelzimmer | 29 | Fahrdienstleiterin ÖPNV | |
| BW 07 | 73 | w | | 60 | Gemeindeschwester | |
| BW 08 | 84 | m | sitzt im Rollstuhl, ortsfixiert und immobil, starke Sprechschwierigkeiten | 45 | promovierter Chemiker | in Auswertung nicht berücksichtigt |
| BW 09 | 93 | w | starke Sehbeeinträchtigung | 62 | Chemieingenieurin | |
| BW 10 | 95 | w | | 17,5 | Chefsekretärin | |
| BW 11 | 92 | w | | 20,25 | Sachbearbeiterin Wohngeldstelle | |
| BW 12 | 83 | m | Bei Belastung starke Atemnot | 22 | Schlosser bei DB | |
| BW 13 | 81 | w | Sitzt überwiegend im Rollstuhl, kann selber damit fahren | Zusammen mit Interview 12 | Beschäftigt bei der DB | |
| BW 14 | 83 | m | Sitzt im Rollstuhl, kann selbst damit fahren, trägt einen Blasenverweilkatheter | 26 | Schlosser in Metallverarbeitung | |
| BW 15 | 95 | w | | 38,5 | Bürgermeisterin DDR | |
| BW 16 | 87 | m | | 61 | Lehrer, Bildungspolitiker DDR | |
| BW 17 | 77 | w | | 57 | Berufsschullehrerin | |
| BW 18 | 98 | w | Sitzt im Rollstuhl, kann nicht selber damit fahren | 62,75 | Schulhelferin, Einzelhandel Schmuck | |
| Durchschnitt | 85,36 | | | 37,85 | | |

Anlage 4: Entwicklungsschritte zur Bildung von Kategorien

Unerwünschte Ereignisse als Auslöser für den Einzug und ihre Folgen

| Textstelle Interview | Paraphrase | Erste Generalisierung | Zweite Generalisierung | Inhaltliche Verbindung zwischen Kategorien | |
|--------------------------|---|---|---|---|--|
| Interview 7/ Zeile 95-99 | Sie konnte das Hilfsmittel wegen Platzmangel in der Wohnung nicht nutzen, die Folge war ein Sturz | unerwünschte Ereignisse sind Auslöser des Einzugs | Unerwünschte Ereignisse als Auslöser für den Einzug und ihre Folgen | | |
| 9/125-131 | Sie erlebt alleine und ihre zunehmende Sehbeeinträchtigung führt zum Einzug | | | | |
| 4/ 7-17 | Sie ist zuhause gestürzt und im Krankenhaus unter Druck gesetzt worden, in eine Pflegeeinrichtung zu ziehen | | | | |
| 3/278-283 | Sie erlitt eine akute Erkrankung, konnte sich nicht alleine helfen und ihre Kinder bestanden danach auf einem Einzug in die Pflegeeinrichtung | | | | |
| 11/68-71 | Sie lag im Krankenhaus und wurde plötzlich entlassen ohne häusliche Hilfe | | | | |
| 15/65-70 | Ärzte raten ihr aufgrund ihres Alters und ihrer Erkrankung in eine Pflegeeinrichtung zu ziehen | | | | |
| 18/164-167 | Ihre Kinder sind dankbar, dass sie die Entscheidung über einen Einzug nicht treffen müssen | | | | |
| 12/13/161-162 | Sie kann sich nicht mehr an das Datum des Einzugs erinnern | Begleitumstände des Einzugs und drohendes weiteres unerwünschtes Ereignis | | | |
| 15/189-196 | Kurz nach der Entlassung aus dem Krankenhaus lösten die Angehörigen ihre Wohnung auf und verkauften alles Mobiliar | | | | |
| 6/4-8 | Sie muss erkennen, dass sie zuhause nicht mehr alleine klar kommt | | | | |
| 7/230-232 | Es ist ihr sehr schwergefallen, ihre Wohnung zu verlassen, aber jetzt bezeichnet sie als die richtige Entscheidung | | | | |
| 12/13/ 155-159 | Ein erneuter Umzug kommt für sie nicht infrage, sie möchte sich nicht noch einmal fremden Menschen offenbaren | | | | |
| 12/13/225-227 | Ein Einzug ist kein gewöhnlicher Umzug | | | | |
| 3/178-188 | Ihr Vermögen reicht für die Zahlung der Einrichtung nicht mehr lange aus, sie hat Angst, sich nur noch ein Doppelzimmer leisten zu können | | | | Ein Doppelzimmer entspricht nicht ihrem Wohnwunsch |
| 9/184-196 | Ihr Vermögen ist inzwischen aufgebraucht, sie hat Bedenken, mit dem Taschengeld von 107€ klar zu kommen | | | | |
| 9/215-219 | Sie hat aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung Probleme, ihre Kontoauszüge zu lesen und zu überwachen | | | | |
| 7/169-175 | Von ihrem Taschengeld muss sie auch die Zuzahlung für ihre Medikamente bestreiten | | | | |
| 7/185-187 | Das Sozialamt verlangt von ihr die Auflösung ihrer Sterbegeldversicherung | | | | |
| 7/204-214 | Sie empfindet das Heim als teuer und muss einen noch Kühlschrank zusätzlich mieten | | | Ein Kühlschrank macht von der Gemeinschaftsverpflegung unabhängiger | |
| 15/24-29 | Sie kann sich den Aufenthalt in der Einrichtung leisten, da sie eine gute Rente hat | Ein gutes Einkommen beruhigt | | | |
| 10/76-78 | Sie kann sich den Aufenthalt leisten, nachdem sie 40 Jahre ein gutes Einkommen hatte | | | | |

Die Initiative zur Kommunikation und Interaktion als Ausdruck von Identität

| Textstelle Interview | Paraphrase | Erste Generalisierung | Zweite Generalisierung | Inhaltliche Verbindung zwischen Kategorien | | |
|------------------------------|--|---|------------------------|--|--|--|
| Interview 11/ Zeile 46-56 | Sie hatte krankheitsbedingt Sprechprobleme, die sie mithilfe eines Pflegers überwunden hat, er hat sie motiviert | Das Ergreifen der Initiative zur Kommunikation und die Gestaltung von Interaktion | | | | |
| 10/16-17 | Sie hat aufgrund ihres Alters keine Freunde mehr | | | | | |
| 9/146-150 | Sie hat aufgrund ihres Alters keine Freunde mehr | | | | | |
| 10/93-100 | Sie trifft sich mit einer Frau bei den Mahlzeiten, die anderen Bewohner bleiben in ihren Zimmern | | | | | |
| 18/110-113 | Sie hat zwei Damen kennengelernt, mit denen sie sprechen kann, das bezeichnet sie als Glück | | | | | |
| 15/83-88 | Sie fühlt sich noch leistungsfähig, im Gegensatz zu den anderen Bewohnern, die in Rollstühlen sitzen oder an einer Demenz leiden | | | | | |
| 7/156-158 | Sie hatte eine Mitbewohnerin, die an einer Demenz litt, eine Unterhaltung war nicht möglich | | | | Wohnen im Doppelzimmer mit Menschen mit einer Demenz | |
| 9/53-58 | Zurzeit findet sie keine Gesprächspartner | | | | | |
| 16/253-256 | Seine Kommunikationsversuche bleiben bei Bewohnern und Mitarbeitern unbeantwortet | | | | | |
| 7/96-99 | Sie verlässt ihr Zimmer zu den Mahlzeiten, um auf Menschen zu treffen | | | | | |
| 9/63-65 | Sie freut sich auf die Fußpflege als Gesprächspartnerin | | | | | |
| 3/79-80 | Sie verbringt viel Zeit mit einer Nachbarin, die sie im Heim kennengelernt hat | | | | | |
| 3/154-156 | Sie nimmt mit ihr gemeinsam die Mahlzeiten ein und beide gehen dann in den Garten | | | | | |
| 7/102-109 | Sie geht gerne zu den Freizeitaktivitäten in der Gruppe, dann vergeht die Zeit und es macht Spaß | | | | | |
| 7/117-124 | Sie besucht eine feste Gruppe, in der alle miteinander vertraut sind und sich offen austauschen können | | | | | |
| 15/147-153 | Sie unterstützt vier Schüler beim Lesen, da sie eine Leseschwäche haben | | | | | |
| 12/13/163-168 | Ihr Ehemann zieht zeitverzögert ein und bringt die Katze mit | | | | | |
| 12/13/256-259 | Er hat um den Nachzug in die Einrichtung gekämpft, weil er sich nicht von seiner Frau trennen wollte | | | | Die Trennung von der langjährigen Ehefrau wäre ein weiteres unerwünschtes Ereignis | |
| 5/82-87 | Das Verhältnis zu den Mitarbeitern ist bei ihr auch von Sympathie und Antipathie geprägt | | | Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Interessenvertretung | Initiative von Kommunikation und Interaktion als Ausdruck von Identität | |
| 7/22-25 | Sie findet bei den Mitarbeitern immer ein offenes Ohr für ihre Probleme | | | | | |
| 7/51-53 | Die Gespräche mit der Seelsorgerin geben ihr Kraft | | | | | |
| 17/57-59 | Sie hat das Gefühl, dass Mitarbeiter mit eigenen Problemen sich in die Lage der Bewohner versetzen können | | | | | |
| 11/17-21 | Sie wurde von den Mitarbeitern „geschubst“ und kann deshalb wieder alleine zur Toilette gehen | | | | | |
| 12/13/185-188 | Sie wurde von einer Nachtschwester motiviert, auch nachts alleine zur Toilette zu gehen | | | | | |
| 9/139-142 | Sie genießt es trotz ihrer Unabhängigkeit auch einmal verwöhnt zu werden | | | | | |
| 18/64-75 | Sie hat bezüglich eines Teppichs in ihrem Zimmer auf ihrem Entscheidungsrecht bestanden | | | | | |
| 6/38-75 | Sie erwartet von den Mitarbeitern rechtzeitig über sie betreffende Angelegenheiten informiert zu werden, z. B. einen Umzug wegen Bauarbeiten | | | | | |
| 6/89-100 | Ihre starken Schmerzen im Bein wurden von den Mitarbeitern nicht ernst genommen | | | | | |
| 6/271-279 | Sie soll nachts nicht klingeln, sondern warten, bis die Mitarbeiter zu ihr kommen | | | | | |
| 6/154-158 | Sie möchte wieder aufrecht stehen können, um mit anderen Menschen auf Augenhöhe zu kommunizieren | | | | | |

| | | | | | |
|---------------|---|--|--|--|--|
| 16/130-133 | Er nimmt aktiv Kontakt zu den Mitarbeitern und erkundigt sich nach ihren finanziellen Nöten | | | | |
| 6/159-168 | Er würde sich gerne für die Anerkennung der Leistungen der Mitarbeiter einsetzen | | | | |
| 6/265-268 | Während der Übergabe darf sich nicht nach den Mitarbeitern klingeln | | | | |
| 6/229-231 | Sie fühlt sich von einer sehr indiskreten Kommunikation einem Mitarbeiter unangenehm berührt | | | | |
| 15/207-211 | Sie könnte morgens länger schlafen, verzichtet aber darauf, weil sie den Ablauf nicht stören möchte | | | | |
| 12/13/236-240 | Er findet, im Krankenhaus helfen die Mitarbeiter mehr als in der Pflegeeinrichtung, sie dürfen hier auch Unterstützung ablehnen | | | | |
| 7/225-229 | Ihre Nachbarin hat Schuldgefühle, wenn sie klingeln muss, da sie sich mitverantwortlich für den Stress der Mitarbeiter fühlt | | | | |
| 16/76-85 | Er hat mit einer Mitarbeiterin gesprochen, die sich nicht korrekt gegenüber den Bewohnern verhalten hat | | | | |
| 18/106-107 | Sie bedauert die Darstellung der Einrichtungen in den Medien als ein geselliger Ort | | | Berichterstattung ist nicht zutreffend | |
| 18/122-124 | Sie bedauert den schlechten Ruf der Heime, sie erlebt es als einen lebenswerten Ort | | | | |
| 16/122-128 | Er würde gerne die Öffentlichkeit in die Einrichtung holen, um das Leben dort zu zeigen | | | | |

Wiedererlangung und Erhalt von körperlicher Beweglichkeit und persönlicher Mobilität

| Textstelle Interview | Paraphrase | Erste Generalisierung | Zweite Generalisierung | Inhaltliche Verbindung zwischen Kategorien | |
|----------------------------|---|---|--|---|--|
| Interview 5/ Zeile 172-176 | Das Wichtigste ist für sie nicht an einer Demenz zu leiden und völlig hilflos sein, um nicht zur Last zu fallen | Eigeninitiative zur Überwindung von Immobilität | Wiedererlangung und Erhalt von körperlicher Beweglichkeit und persönlicher Mobilität | | |
| 18/192-197 | Sie hat gekämpft, auch gegen ärztlichen Rat wieder laufen zu lernen | | | | |
| 3/226-238 | Sie vermeidet fremde Hilfe und übt sich im selbstständigen Waschen etc. | | | | |
| 3/246-248 | Sie ist über ihre erlangte Unabhängigkeit sehr stolz | | | | |
| 7/47-51 | Sie hat den Kampf gegen die Abhängigkeit aufgenommen und gewonnen | | | | |
| 7/64-74 | Ihr größtes Ziel war, alleine auf die Toilette zu gehen | | | | |
| 7/38-45 | Sie nimmt an allen Aktivitäten, bei der sie ihre Mobilität trainieren kann, teil | | | | |
| 10/23-25 | Sie nimmt an vielen Bewegungsangeboten teil und geht selbst spazieren | | | | |
| 10/30-32 | Sie läuft viel und macht morgens schon gymnastische Übungen | | | | |
| 10/114-120 | Sie geht regelmäßig nach draußen und dreht ihre Runden | | | | |
| 16/92-103 | Er macht täglich seine Rundgänge und hat sich eine Physiotherapeutin organisiert | | | | Die positive Interaktion motiviert ihn, sein Ziel zu erreichen |
| 6/8-13 | Sie übt gerne das Laufen mit der Physiotherapeutin | | | | Die konsequente Art der Physiotherapeutin spornt sie an |
| 16/107-109 | Er bemerkt, die Sportangebote sorgen für eine gute Stimmung in der Pflegeeinrichtung | | | | |
| 11/121-128 | Sie versucht in Eigeninitiative auf die Toilette zu gehen und ist stolz auf das Erreichte | Eigene Problemlösungen | | | |
| 5/58-60 | Der Rollator ermöglicht ihr den Gang in den Garten | | | | |
| 18/146-153 | Sie organisierte sich eine Begleitung zum wöchentlichen Einkauf | | | | |
| 16/173-178 | Der wöchentliche Gang zur Sparkasse ist Training für ihn | | | | |
| 16/179-187 | Einmal im Monat fährt er in seinen Garten, weil er immer noch die Verantwortung dafür spürt | | | | |
| 11/84-89 | Sie übernimmt das Blumengießen auf dem Wohnbereich, damit fühlt sie gebraucht zu werden | Eigene Probleme finden | | Als „anerkannte Größe“ akzeptiert zu werden | |
| 5/175-179 | Sie hat sich für eine Änderung des Speiseplans eingesetzt und es wurde ihrem Wunsch entsprochen | Einfluss nehmen auf Entscheidungen | | | |

Gestaltung der Privatsphäre im Sinne des privaten Wohnens und der unmittelbaren Nachbarschaft

| Textstelle Interview | Paraphrase | Erste Generalisierung | Zweite Generalisierung | Inhaltliche Verbindung zwischen Kategorien |
|------------------------------|---|---|---|---|
| Interview 14/ Zeile 80-83 | Für die Wohnlichkeit hat er sich Bilder von zuhause mitgebracht | Ausstattung und Größe des Zimmers | Gestaltung der Privatsphäre im Sinne des privaten Wohnens und der unmittelbaren Nachbarschaft | |
| 3/9-18 | Sie hat sich ihr Zimmer mit Leihgaben möbliert, da ihre eigenen Möbel zu groß waren | | | |
| 18/141-143 | Sie hat sich ihren Kühlschrank von zuhause mitgebracht | | | |
| 11/28-35 | Ein gemütlich eingerichtetes Zimmer entschädigt sie für den Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung | | | |
| 11/62-65 | Sie ist sehr froh über ihr eigenes Bad | | | |
| 11/157-160 | Sie hat ihr Zimmer mit persönlichen Erinnerungstücken eingerichtet | | | |
| 9/2-3 | Sie hat sich aufgrund der Größe für das Zimmer entschieden | | | |
| 3/5-7 | Das Leben in einem Einzelzimmer ist ihr sehr wichtig | Ein Einzelzimmer ermöglicht die eigene Entfaltung und Erholung | | |
| 7/132-138 | Im Doppelzimmer muss sie Rücksicht auf ihre Mitbewohnerin nehmen und das schränkt sie ein | | | |
| 6/106-109 | Sie kann die Einrichtung nicht als ihr zuhause betrachten, da es sich sehr von ihrem früheren zuhause unterscheidet | | | |
| 5/55-56 | Sie wünscht sich ein Einzelzimmer, um sich entfalten zu können | | | |
| 7/152-156 | Sie lebte vorübergehend in einem Doppelzimmer und das war sehr belastend | | | |
| 6/126-128 | Sie muss sich sehr kontrollieren, um keinen zu verletzen | Die direkte Nachbarschaft zu Menschen mit einer Demenz ist sehr belastend | | |
| 4/138-142 | Sie erwartet, dass ihr neue Mitarbeiter vor Arbeitsbeginn vorgestellt werden | | | |
| 3/66-76 | Sie hat Angst, an einer Demenz zu erkranken, ihren Verlauf kann sie bei ihren Nachbarinnen beobachten | | | |
| 5/26-33 | Sie betet dafür, nicht an einer Demenz zu erkranken, denn sie kann das Schicksal bei ihren Nachbarinnen beobachten | | | |
| 9/78-80 | Es kommt bei ihr auf die Tagesform an, ob sie sich davon gestört fühlt | | | |
| 9/82-84 | Sie bedauert, dass es auf ihrem Wohnbereich keine getrennten Speisesäle gibt | | | |
| 14/50-54 | Er hat inzwischen den Speisesaal wechseln können und trifft dort drei Gleichgesinnte | | | |
| 9/69-77 | Sie hat in anderen Einrichtungen eigene Abteilungen für MmD kennengelernt und überlegt, ob das eine Möglichkeit ist | | | |
| 7/109-115 | Sie empfindet ihren Wohnbereich als eine Elitestation, da kaum MmD leben und sie sich mit allen unterhalten kann | | | |
| 15/203-205 | Sie würde gerne länger schlafen, will aber den Organisationsablauf nicht stören | | Der streng organisierte Tagesablauf schränkt ein und ist belastend | |
| 6/41-43 | Sie würde gerne länger schlafen und später ins Bett gehen | | | |
| 18/224-228 | Sie ist ganz überrascht, dass sie auch länger schlafen kann und empfindet es als Entlastung | | | |
| 6/46-52 | Sie fühlt sich geistig gesund und möchte deshalb über ihren Tagesablauf bestimmen | | | |
| | | | | Mitarbeiter reglementieren ihren Tagesablauf und erkennen nicht ihre Fähigkeiten zu Interaktion |

Erleben von Bestärkung durch Sicherheit der stationären Pflegeeinrichtung

| Textstelle Interview | Paraphrase | Erste Generalisierung | Zweite Generalisierung | Inhaltliche Verbindung zwischen Kategorien |
|-------------------------|---|---|---|--|
| Interview 3/Zeile 36-39 | Die Präsenz von Mitarbeitern gibt ihr Sicherheit beim Besuch des Gartens | Die Präsenz von Mitarbeitern wird als Beruhigung erlebt | Erleben von Bestärkung durch Sicherheit der stationären Pflegeeinrichtung | |
| 10/17-19 | Die Tochter ist beruhigt, wenn die Mutter nicht alleine ist und bei auftretenden Gleichgewichtsstörungen stürzt | | | Vermeidung eines unerwünschten Ereignisses |
| 10/37-39 | Die Gleichgewichtsstörungen haben nachgelassen, weil sie nicht alleine das Haus verlässt | | | |
| 11/78-79 | Sie ist beruhigter, seit sie nicht mehr alleine in ihrem Haus wohnt | | | Vermeidung eines unerwünschten Ereignisses |
| 18/76-78 | In einer gesundheitlichen Notsituation war sie froh, dass ihr die Mitarbeiter sofort helfen konnten | | | |
| 18/96-100 | Die Sicherheit der Pflegeeinrichtung hat dazu geführt, dass sie kaum noch die Gefahr des Stürzens wahrnimmt | | | |

Lebensfreude und das Erleben von Glück und Entlastung

| Textstelle Interview | Paraphrase | Erste Generalisierung | Zweite Generalisierung | Inhaltliche Verbindung zwischen Kategorien |
|--------------------------|---|------------------------------------|---|---|
| Interview 3/ Zeile 26-32 | Im Garten kann sie den Sommer genießen | Verfolgen des Jahreslaufes | Lebensfreude und das Erleben von Glück und Entlastung | Die Gartennutzung als Teil des privaten Wohnens |
| 15/119-122 | Ein Sessel und ein Fernseher zum Verfolgen politischer Sendungen bedeutet für sie Glück | Die kleine private Insel | | |
| 17/20-21 | Ihre Lebensfreude macht sie zuversichtlich, dass sie 100 Jahre alt werden wird | Der Lebenswunsch | | |
| 17/44-46 | Sie ist immer schon eine Optimistin gewesen | Die Persönlichkeitseigenschaften | | |
| 18/225-233 | Sie schläft jetzt morgens länger aus und empfindet es als Entlastung | Kein Reglement bedeutet Entlastung | | |

10. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig und nur unter Verwendung der hier angegebenen Quellen angefertigt habe. Alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen habe ich als solche gekennzeichnet.

Berlin, den 10.6.2019