

## **15. Feldzugang**

### **15.1. Regionalauswahl**

Um die aufgestellten Hypothesen überprüfen zu können, musste die Untersuchung in den alten und neuen Bundesländern durchgeführt werden. Die langjährigen Forschungserfahrungen des IGF e.V. und die dadurch bestehenden zahlreichen Kontakte begründen die Durchführung der Untersuchung in Ost- und Westberlin. Obwohl Berlin als bis 1989 geteilte Stadt eine Sonderstellung einnimmt, waren noch relevante Unterschiede hinsichtlich Einstellungen, Solidaritäten etc. besonders in der älteren Generation zu erwarten (HÄUSSERMANN/KAPPHAN 2000). Zusätzlich wurde eine gleich große Zahl von Pflegearrangements in je einer ländlichen Region der alten und neuen Bundesländer befragt.

Die Auswahl dieser Regionen war getragen von der Überlegung, möglichst Gegenden auszuwählen, die vor der Teilung Deutschlands Verbindungen hatten und heute im Hinblick auf Bevölkerungsdichte und Wirtschaftsstruktur vergleichbar sind. Dadurch wurden mögliche Verzerrungen der Ost-West-Unterschiede durch verschiedene regionale Traditionen reduziert. Außerdem sind die ausgewählten Regionen im Hinblick auf Arbeitslosigkeit und Zu- bzw. Abwanderungsbewegungen jeweils typisch für die alten bzw. neuen Bundesländer. Schließlich ähneln sich ihre Strukturen insofern, als es sich jeweils um eine Kreisstadt handelt, in der die wesentlichen Verwaltungsstrukturen konzentriert sind und zu der ein Landkreis mit vielen Dörfern gehört.

Wichtige Hintergrundinformationen hätte uns auch eine genauere Erhebung der jeweiligen regionalen Versorgungsangebote gebracht, die in der Pflegesituation relevant sind. Sie lagen aber leider nicht vor und konnten unter den gegebenen Rahmenbedingungen auch nicht beschafft werden.

### **15.2. Auswahlkriterien für InterviewpartnerInnen**

Für die Befragung wurden Pflegebedürftige ausgewählt, die mindestens 60 Jahre alt und seit mindestens sechs Monaten mehrmals wöchentlich auf Hilfe angewiesen waren, denn unsere Fragestellung zielt auf ältere und wirklich von der Hilfe anderer abhängige Menschen, die bereits ein Versorgungsarrangement gefunden haben. Da uns besonders die Sichtweise der Betroffenen selbst und ihre Selbstbestimmungsmöglichkeiten interessier-

ten, sollten dementiell Erkrankte nicht teilnehmen<sup>38</sup>. Auch lebenslang gehandicapte Menschen schlossen wir aus der Befragung aus, weil damit zu rechnen war, dass sie im Laufe ihres Lebens eine eigene Kultur des Umgangs mit ihren Einschränkungen entwickelt haben, die auch ihren Umgang mit Pflegebedürftigkeit im Alter spezifisch prägt und deshalb zu Verzerrungen der Ergebnisse hätte führen können. Schließlich wollten wir nur in solche Arrangements gehen, in denen sich zuvor alle Beteiligten zu einem Gespräch bereit erklärt hatten. Außerdem sollten selbstverständlich Arrangements unterschiedlicher Zusammensetzung, mit und ohne professionelle Beteiligung und aus den verschiedenen Milieus berücksichtigt werden.

Bevor wir die Interviews in den Pflegearrangements durchführten, klärten wir in einem Vorgespräch soweit wie möglich diese genannten Kriterien sowie die Gesprächsbereitschaft aller am Pflegearrangement Beteiligten.

Für die zweite Befragung wurden vornehmlich die Arrangements ausgewählt, die in der ersten Projektphase bereits ausgewertet worden waren und von denen entweder dadurch oder durch ein vorab geführtes Telefongespräch bekannt war, dass

- Beziehungskonflikte bestanden,
- der Pflegebedarf zugenommen hatte,
- sich das Netzwerk verändert hatte oder
- die häusliche Pflege durch einen Umzug in ein Heim beendet worden war.

### **15.3. Kontaktaufnahme**

Die Erfahrung aus den ersten Interviews während der Vorarbeiten zeigte, dass im weitesten Sinne persönliche Kontakte die zuverlässigste Möglichkeit sind, Interviewpartne-rInnen zu gewinnen. Deshalb erfolgte die Kontaktaufnahme mit den Pflegearrangements über sogenannte „Türöffner“, d. h. Menschen, die im Arrangement bereits bekannt waren. Dazu wurden ambulante Dienste, Beratungsstellen, niedergelassene ÄrztInnen und KrankengymnastInnen angesprochen. Ausgehend von der Vermutung, dass für unterschiedliche soziale Milieus auch verschiedene Zugangsweisen nötig sind, traten wir mit Obdachlosenberatungen, Seniorenfreizeitstätten, Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen in Kontakt und lasen Zeitungsinserte.

---

<sup>38</sup> Unserer Ansicht nach schließen sich eine dementielle Erkrankung und Selbstbestimmung zwar nicht per se aus, die Einbeziehung dieser Gruppe von Pflegebedürftigen hätte aber zusätzliche Erfordernisse mit sich gebracht, die den gegebenen Rahmen gesprengt hätten.

---

Neben einer insgesamt größeren Skepsis und geringeren Bereitschaft zur Teilnahme an unserem Projekt in den neuen Bundesländern ergaben sich Schwierigkeiten beim Feldzugang durch eine eher geringe Bereitschaft zahlreicher ambulanter Dienste besonders in Berlin, uns bei unserer Untersuchung zu unterstützen. Ein Grund dafür lag vermutlich in aktuellen Veränderungen der Rahmenbedingungen (Qualitätsprüfungen, Einschränkungen der Leistungen von Pflege- und Krankenkassen usw.), die Umstrukturierungen in den Institutionen zur Folge hatten. Hinzu kam eine öffentlich geführte Diskussion über die schlechte Pflegequalität, was die Offenheit bei den ambulanten Diensten für unser Forschungsvorhaben zusätzlich beeinträchtigte. Der Versuch einer Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen erwies sich als wenig effektiv.

Nachdem die „Türöffner“ zunächst die allgemeine Interviewbereitschaft erkundet hatten, nahmen wir persönlich Kontakt zu den Pflegearrangements auf. Wir nannten die Untersuchung des Alltags und der Probleme der Beteiligten an häuslichen Pflegearrangements als Anliegen, da wir verzerrte Antworten befürchteten, wenn wir als zentrale Fragestellung die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen angeben würden.