

Aus dem Institut/der Klinik für Medizinische Soziologie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Gesundheit und Intimsphäre im Kontext von Lebensqualität
- Subjektive Perspektiven selbstauskunftsfähiger Bewohner stationärer
Langzeitpflegeeinrichtungen-
-eine qualitative Studie-

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor rerum curae (Dr. rer. cur.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Anja Behr

aus Berlin

Datum der Promotion: 26.02.2016

Inhalt

Zusammenfassung	3
Kurzfassung	3
Abstract	4
1. Einleitung	5
2. Zielstellung	6
3. Methodik	7
4. Ergebnisse	10
4.1 Lebensqualität und Gesundheit	10
4.2 Die Intimsphäre	12
5. Diskussion	13
6. Stärken und Limitationen	16
7. Implikation für Praxis und Forschung	17
8. Referenzen	19
Eidesstattliche Versicherung	22
Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen	23
Ausgewählte Publikationen	24
Lebenslauf	59
Komplette Publikationsliste	62
Danksagung	63

Zusammenfassung

Kurzfassung

Hintergrund Ein Ziel von Forschung und Pflegepraxis ist die Aufrechterhaltung der Lebensqualität von Bewohnern stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen. Gesundheit, als ein wichtiger Teilbereich von Lebensqualität, gewinnt mit steigendem Alter an Bedeutung. Der Verlust körperlicher Selbstständigkeit und das Angewiesensein auf pflegerische Hilfe implizieren wiederum häufig Eingriffe in die Intimsphäre der Betroffenen und können bei Verletzung der Schamgrenzen die Lebensqualität beeinträchtigen. Vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, relevante Bereiche von Gesundheit und der kaum beachteten Intimsphäre aus der Perspektive der Pflegeheimbewohner im Kontext von Lebensqualität zu analysieren.

Methode Es wurden 9 Männer und 33 Frauen aus acht verschiedenen Pflegeheimen in Berlin und Umland mittels narrativer Leitfadeninterviews befragt. Die selbstauskunftsfähigen Interviewpartner sind im direkten Gespräch durch die Interviewer gewonnen worden. Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die dokumentarische Methode nach Bohnsack und mithilfe der mikrosprachlichen Analysemethoden der Positionierung sowie der der Agency-Analyse.

Ergebnisse Für die Befragten ist es wichtig, bis ins hohe Alter geistig leistungsfähig zu sein, um selbstbestimmt handeln und eigenständig das Leben kontrollieren zu können.

Der Verlust eigener kognitiver Fähigkeiten wurde als problematisch angesehen. Darüber hinaus zeigte sich auch, wie schwierig es für die Befragten war, soziale Kontakte zu an Demenz erkrankten Mitbewohnern aufrecht zu erhalten.

Als eine weitere zentrale Komponente von Gesundheit wird die Fähigkeit des „Laufen könnens“ erachtet, um Selbstbestimmung zu wahren und an den Aktivitäten des (Heim-) Lebens teilhaben zu können. Ebenso waren die Thematiken „Schlaf“ und „Schmerz“ relevante Bereiche der Gesundheit, welche die Lebensqualität der Befragten beeinflussten. Bezüglich der Intimsphäre ließen sich zwei Bereiche rekonstruieren. *Körpernahe Bereiche* betreffen den *Toilettengang* und die *Körperpflege*, *körperferne Bereiche* das *Essen* und den *privaten Raum*. Übertritte in die Intimsphäre sind mit unangenehmen Gefühlen, wie Scham und Ekel assoziiert und unterliegen häufig einer Tabuisierung. Die Bereitschaft, über tabubesezte Themen zu reden stieg, je weniger Bezug die Themen zum eigenen Körper aufwiesen.

Schlussfolgerung Pflegeheimbewohner sollten eine gezielte und individuelle Förderung kognitiver Fähigkeiten erhalten und bei Interesse verstärkt über das Krankheitsbild der

Demenz informiert werden. Alltagsnahe Bewegungsangebote können zum Erhalt der Mobilität beitragen. Darüber hinaus besitzt das Thema der Intimsphäre eine hohe Relevanz für die Lebensqualität der Befragten. Da es große Hemmschwellen gibt, schambesetzte Themen anzusprechen, ist eine gute Beziehungsqualität zwischen Personal und Bewohnern unerlässlich. Dies setzt voraus, dass sich die Pflegekräfte auch eigener Schamgrenzen und diesbezüglich negativ besetzter Gefühle bewusst werden.

Abstract

Background Maintaining the quality of life (QoL) for residents of in-patient long-term nursing care homes is one goal of research and care practice. Health, as a crucial part of the QoL, gains in importance with increasing age. The loss of physical autonomy and the dependence on nursing care often in turn implies invasions of personal space of the person concerned and can compromise QoL with the violation of modesty boundaries. This paper aims to analyze relevant areas of health and barely respected personal space from the perspective of care home patients in the context of the quality of life.

Methods Data was obtained from 9 men and 33 women from eight different nursing homes in Berlin and surroundings by means of semi-structured narrative interviews. The interview partners, who were able to give information about themselves, were addressed directly by the interviewers. The interviews were analyzed using the Bohnsack documentary method and with the help of micro language analytical methods of positioning and agency analysis.

Results For the interviewees, retaining mental capacities to an old age is important in order to be able to control their life in an autonomous fashion. The loss of self-cognitive capabilities was considered problematic. Moreover, it also became apparent how difficult it was for the interviewees to maintain social contact with residents who suffer from dementia.

The ability to “move freely” was also deemed as a central component of health in order to maintain autonomy and to be able to perform house related tasks. The themes of “*sleep*” and “*pain*” were relevant areas of health, which influenced QoL of the interviewees. Relating to personal space, two specific spheres were identified: areas proximal to the body concerning *using the toilet* and *personal hygiene*, and areas distal to the body concerning *eating* and *private space*. Crossing into personal space is associated with unpleasant feelings, such as shame and disgust, and are often subject to taboos. The willingness to speak about tabooed topics increased the less the themes discussed had to do with their own bodies.

Conclusion: Residents should receive targeted and individual support for cognitive capabilities. Interested residents should increasingly receive information on the symptoms of

dementia. Everyday physical activity can contribute to the preservation of mobility. Moreover, the theme of personal space occupies a high relevance for the QoL of those asked. Since there is a large threshold level to talk about themes associated with feelings of shame, a good relationship between staff and residents is essential. This requires staff to also be aware of personal modesty boundaries and negative feelings that surround these.

1. Einleitung

Trotz vieler Debatten um die Qualität der Versorgung älterer Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen und dem damit einhergehenden Interesse an deren Lebensqualität [1] stehen Pflegeheimbewohner¹, die selbst über ihre individuell wahrgenommene Lebensqualität berichten, selten im Forschungsfokus [2]. Dies birgt die Gefahr, wichtige Schlüsselfaktoren aus der Perspektive der Pflegeheimbewohner, hinsichtlich einer Aufrechterhaltung der Lebensqualität, zu übersehen [3,4].

Lebensqualität, als ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden [3,5], lässt sich in seiner Gesamtheit nicht direkt, sondern nur indirekt in Teilbereichen abbilden und weist im Kontext institutionalisierter Pflege Besonderheiten auf [6–8]. So ist das Pflegeheim ein Ort, an dem bspw. die sonst übliche Trennung verschiedener Lebenssphären aufgehoben ist, sich der Alltag im unmittelbaren Zusammenleben mit (fremden) Anderen gestaltet und an dem alle Lebensvollzüge dem Regelkanon der jeweiligen Institution untergeordnet sind [9].

Das Konstrukt Lebensqualität selbst umfasst neben den sozialen Netzwerken, der Aktivität und Partizipation, sozioökonomischen Verhältnissen und dem Lebensumfeld auch die körperliche und psychische Gesundheit [4]. Letzterer Aspekt gewinnt mit steigendem Alter zunehmend an Bedeutung und stellt sich als sehr komplex dar [10]. Expertenseitig formulierte Gesundheitsauffassungen können hierbei in einem Spannungsverhältnis zu den subjektiven Alltagsvorstellungen von Gesundheit stehen, welche von allgemeinen und konkreten Umständen abhängen [11]. So weisen Pflegeheimbewohner häufig mehrfach (chronische) Erkrankungen mit funktionalen und/oder kognitiven Einschränkungen auf und sind in der Regel auf fremde Hilfe angewiesen. Immobilität stellt hierbei einer der Hauptfaktoren für den Rückgang gesundheitsbezogener Lebensqualität dar [12]. In einer qualitativen Untersuchung zur Lebensqualität von älteren Menschen, die in Langzeitpflegeeinrichtungen leben, erwies sich Gesundheit für die Teilnehmer als zentrales Thema [6]. Der Aspekt der Mobilität und die

¹ Zur Vereinfachung der Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form verwendet. Eingeschlossen sind in allen Fällen sowohl Frauen als auch Männer.

begrenzte Fähigkeit, sich von Ort zu Ort bewegen zu können, stellte ein Hauptdiskussionspunkt für die Betroffenen dar. Der Gesundheitsstatus und das Niveau der Abhängigkeit, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, war in Cooneys [13] qualitativer Studie ein Motiv, das die Lebensqualität der Pflegeheimbewohner beeinflusste. Der Verlust der körperlichen Selbständigkeit und das Angewiesen sein auf pflegerische Hilfe impliziert wiederum häufig Eingriffe in die Intimsphäre der Betroffenen und kann bei der Verletzung von Schamgrenzen die Lebensqualität ebenfalls beeinträchtigen. Die Intimsphäre selbst umfasst den Kernbereich privater Lebensgestaltung, zu dem grundsätzlich die innere Gefühls- und Gedankenwelt zählt [14]. Die Überschreitung der Grenzen von Intimität wird häufig mit Gefühlen wie Scham oder Ekel assoziiert. In der Pflegepraxis ist sie ein relevanter und diffiziler Gesichtspunkt [15], welcher als ein Teilbereich der Lebensqualität im Kontext der stationären Langzeitpflegeversorgung von älteren Menschen sowohl theoretisch, als auch empirisch zumeist ausgeklammert blieb. Die wenigen Studien, die die Intimsphäre von pflegebedürftigen älteren Menschen zum Gegenstand haben, beschränken sich jeweils nur auf einen Aspekt der Intimsphäre, wie beispielsweise das Verlusterleben von körperlichen Fähigkeiten im Alter und dem damit einhergehenden Gefühl von Scham. Lediglich Stewart und King [3] bezogen im Zusammenhang mit dem multidimensionalen Konstrukt von Lebensqualität und Alter, Sexualität und Intimität in ihre konzeptuellen Überlegungen mit ein. Zusammenfassend betrachtet sind Studien, in denen Pflegeheimbewohner selbst über ihre Gesundheit und Intimsphäre im Kontext von Lebensqualität berichten, rar. Die Studie von Schenk et al. [16], in deren Kontext die hier vorgestellte Dissertation angefertigt wurde, konnte für die Teilpopulation von selbstauskunftsfähigen Bewohnern zeigen, dass neben den Dimensionen *soziale Kontakte, Autonomie, Aktivitäten, Ruhe, sich heimisch fühlen, Sicherheit, Informiertheit* sowie *sinnvolles Tun, Gesundheit und Intimsphäre* als relevante Bereiche des Lebens wahrgenommen werden.

2. Zielstellung

Das zentrale Ziel der Dissertation war die Rekonstruktion und Herausarbeitung der Konzepte von Gesundheit und Intimsphäre aus der Perspektive der Pflegeheimbewohner im Kontext von Lebensqualität. Dabei ließ sich das Hauptziel in zwei Teilziele aufgliedern.

Zum einen sollten jene Aspekte von Gesundheit analysiert werden, welche den Befragten besonders wichtig erschienen, um subjektiv relevante Lebensbereiche gestalten zu können. Von denen als bedeutsam rekonstruierten Subdimensionen *„Intakte geistige Fähigkeiten“*, *„Mobil sein“* sowie *„Schmerz“* und *„Schlaf“* sind die Themen *„Intakte geistige Fähigkeiten“*

und „*Mobil sein*“ einer tiefer gehenden Analyse unterzogen worden. Hier war es Ziel, zentrale Orientierungen herauszuarbeiten, die selbstauskunftsfähige Bewohner mit (kognitiver) Gesundheit und Mobilität verknüpfen. Von Interesse waren zudem die subjektive Einschätzung der eigenen Beeinflussbarkeit der Gesundheit sowie Strategien, welche die Befragten entwickeln, um subjektiv relevante Lebensbereiche trotz gesundheitlicher Einschränkungen aufrecht zu erhalten. Zum anderen sollten relevante Bereiche im Kontext der Intimsphäre für die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern aufgezeigt werden. Im Zentrum standen auch hier das subjektive Wahrnehmen und Erleben von Situationen, die die Intimsphäre der Pflegeheimbewohner berührten, sowie die von den Bewohnern angewandten Strategien, um die Lebensqualität, trotz verletzter Intimsphäre, aufrecht zu erhalten.

3. Methodik

Die Erhebung und Analyse der Daten erfolgte innerhalb der Studie „Lebenswelt Pflegeheim-Konzeptualisierung, Messung und Analyse von Lebensqualität in der stationären Pflege“ (QUISTA), welche im ersten Schritt, mittels einer qualitativ angelegten Teilstudie, die Rekonstruktion relevanter Bereiche des Lebens für Pflegeheimbewohner zum Ziel hatte. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde ein Instrument zur Messung der subjektiven Lebensqualität selbstauskunftsfähiger Bewohner in der stationären Langzeitpflege entwickelt. Das Forschungsvorhaben wurde durch die Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin sowie den behördlichen Datenschutzbeauftragten geprüft und erhielt ein positives Votum (Antragsnummer: EA/110/12). Eine Kooperation mit dem Paritätischen Landesverband Berlin ermöglichte es, Langzeitpflegeeinrichtungen des Wohlfahrtsverbandes für eine Teilnahme an der ersten Teilstudie zu gewinnen.

Studiendesign: Methodologisch orientierte sich die vorliegende Arbeit an der dokumentarischen Methode [17]. Ziel ist es, die in den familiären, gruppen- und milieuspezifischen Erfahrungsräumen kollektiv geteilten Orientierungsmuster herauszuarbeiten. Voraussetzung für die Teilnahme an den Interviews war ein unbegrenzter Aufenthalt in einem Pflegeheim und die Tatsache, seit mindestens vier Wochen in der jeweiligen Einrichtung zu wohnen. Des Weiteren sollten die Bewohner über ausreichend kognitive Fähigkeiten verfügen, die während des Interviews gestellten Fragen nachvollziehbar beantworten zu können. Dies wurde durch kleine Vorgespräche und Rücksprache mit der Bezugspflegeperson im Vorfeld ermittelt. Damit wurden auch Teilnehmer eingeschlossen, die zwar kognitive Einschränkungen aufwiesen, aber dennoch imstande waren, auf die in den Fragen enthaltenen Erzählstimuli angemessen zu reagieren. Um eine willkürliche

Teilnehmerrekrutierung durch die Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtungen zu vermeiden, wurden die Interviewpartner im direkten Gespräch während der Teilnahme am Alltagsleben durch die Interviewer gewonnen. Ein weiteres Einschlusskriterium war die freiwillige Teilnahme (informierte Zustimmung, ggf. auch durch einen gesetzlichen Betreuer, dokumentiert durch eine Einverständniserklärung). In Anlehnung an die Beschreibung des „theoretischen Samplings“ nach Kelle und Kluge [18] sind die Entscheidungen über die Auswahl und Zusammensetzung des empirischen Materials im Prozess der Datenerhebung und deren Auswertung gefällt worden. Um ein möglichst breites Spektrum an Orientierungen zu erfassen, wurden verschiedene Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Größe und Trägerschaft ausgewählt. Die Gruppe der zu Interviewenden bildete weiterhin eine Variation hinsichtlich der Alters- und der sozialen Zusammensetzung sowie ihrer gesundheitlichen Verfassung, aber auch bezüglich solcher Merkmale, die im spezifischen Lebenskontext des Pflegeheims eine Rolle spielen können, wie Wohnsituation (Einzel-/ Doppelzimmer), Pflegestufe (Stufe eins bis drei) und Aufenthaltsdauer im Heim. Insgesamt wurden 42 selbstauskunftsfähige Personen (9 Männer und 33 Frauen) aus acht verschiedenen Pflegeheimen in Berlin und dem Umland, in die Studie eingeschlossen. Tabelle 1 zeigt die wichtigsten soziodemografischen Verteilungen.

	N	%
Gesamt	42	
Geschlecht		
Männlich	9	21.4
Weiblich	33	78.6
Pflegestufe		
Keine	2	4.8
Pflegestufe I	28	66.7
Pflegestufe II	8	19.0
Pflegestufe III	3	7.1
Keine Angabe	1	2.4
Alter		
bis 80 Jahre	14	33.3
> 80 Jahre	19	45.2
> 90 Jahre	9	21.5
Aufenthaltsdauer im Heim		
0 - 6 Monate	7	16.7
> 6 Monate - 1,5 Jahre	12	28.6
> 1,5 - 4 Jahre	15	35.7
> 4 Jahre	5	11.9
Keine Angabe	3	7.1
Schulbildung (höchster Schulabschluss)		
kein Abschluss/Grundschule	7	16.7
Haupt-/Real-/Fachschule	27	64.2
Gymnasium/Abitur	6	14.3
Keine Angabe	2	4.8

Tabelle 1: soziodemografische Basisdaten

Instrumente: Für die Erhebung der Daten kamen die teilnehmende Beobachtung, das semi-strukturiert narrative Interview und ein soziodemographischer Fragebogen zum Einsatz. Dabei diente die teilnehmende Beobachtung zu Beginn der Feldphase als Orientierung im Untersuchungsfeld Pflegeheim. Die Interviewer nahmen gegenüber den Bewohnern die Rolle der Forscher ein, welche das Leben in einem Pflegeheim nachvollziehen wollen. Die Leitfadenterviews wurden mit einem biographisch orientierten Erzählstimulus eröffnet. Dabei wurden die Eingangsfragen offen formuliert. Sie ermöglichten den Interviewten, alle Relevanzsetzungen hinsichtlich inhaltlicher Themen und der Art der Versprachlichung selbst zu entscheiden. Die Interviewteilnehmer sind zunächst gebeten worden, von der Zeit kurz vor Heimeintritt zu erzählen: *„Ich möchte gern, dass Sie mir von ihrem Leben erzählen. Erzählen Sie zunächst von der Zeit, bevor sie ins Heim kamen“*. Falls die Interviewten nicht schon von sich heraus die Zeit des Heimeintrittes thematisierten, baten die Interviewer darum, den erlebten Übergang in das Heim zu schildern: *„Als Sie hier ins Heim kamen, erzählen Sie einmal wie das war!“* Diese Art des Fragens führte im Laufe des Interviews dazu, dass die befragten Pflegeheimbewohner eigeninitiativ vom derzeitigen Leben im Heim erzählten. Mit Aufrechterhaltungsfragen wie: *„Wie ging es dann weiter?“* sind Versprachlichungspassagen wieder aktiviert oder aufrechterhalten worden, ohne dass externe Relevanzsetzungen vorgenommen worden sind. Ein exmanenter Nachfrageteil bezog sich auf gefühlsmäßig positiv und negativ besetzte Erlebnisse im bisherigen Lebensverlauf. Insgesamt betrug die Interviewdauer zwischen 25 und 99 Minuten (Median 45 Minuten). Zu den Interviews sind jeweils Feldnotizen zur späteren Nachvollziehbarkeit der Interviewsituation angefertigt worden. Die Interviews wurden tonbandprotokolliert, anonymisiert und mit einheitlichen Transkriptionsregeln transkribiert.

Datenanalyse: Die Auswertung der Interviews für die Konzepte Gesundheit und Intimsphäre erfolgte in Anlehnung an die *dokumentarische Methode nach Bohnsack* [17] in den drei aufeinanderfolgenden Schritten der formulierenden Interpretation, der reflektierenden Interpretation sowie der komparativen Analyse und diente während der Analysearbeit als *integratives Basisverfahren* [19]. Tabelle 2 verdeutlicht die Stufen des Verfahrens.

Stufen	Zwischenstufen
Formulierende Interpretation	thematischer Verlauf und Auswahl der zu transkribierenden Interviewabschnitte
	formulierende Feininterpretation eines Interviewabschnitts
Reflektierende Interpretation	formale Interpretation mit Textsortentrennung
Komparative Sequenzanalyse	semantische Interpretation

Tabelle 2: Stufen des Interpretationsverfahrens in Anlehnung an Nohl [20]

Während des Analyseprozesses wurde deutlich, dass sich die vier Teilaspekte *„Intakte geistige Fähigkeiten“*, *„Mobil sein“*, *„Schlaf“* und *„Schmerz“* unter dem Leitmotiv *Gesundheit* subsumieren ließen. Die Subdimensionen *„Intakte geistige Fähigkeiten“* und *„Mobil sein“* erwiesen sich in den Interviews als zentrale Schlüssel für die Befragten, um relevante Lebensbereiche in guter Qualität erleben zu können. Da zudem über diese beiden Aspekte im Kontext von Lebensqualität vergleichsweise wenige Erkenntnisse vorhanden sind, ist im weiteren Verlauf der Analyse ein vertiefender Fokus auf jene beiden Teilaspekte gelegt worden. Um den zu konstruierenden Sinngehalt besser herausarbeiten zu können, wurden die mikrosprachlichen Analysemethoden der Positionierung [21] und der Agency-Analyse hinzugezogen [22]. Sie sollten die Aufmerksamkeitsebene innerhalb der Analyse erweitern.

4. Ergebnisse

4.1 Lebensqualität und Gesundheit

„Gesund sein“- ein wichtiges Gut: *Gesundheit* nahm im Kontext von subjektiv wahrgenommener Lebensqualität eine zentrale Stellung für die befragten Pflegeheimbewohner ein. Es zeigten sich sehr unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich einer Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit. Sie wurde zum einem als ein nicht zu beeinflussendes Schicksal betrachtet (15/600-603), als ein begrenztes Gut, welches im Alter zwangsläufig abnimmt (7/549; 14/700f) oder als Ergebnis einer bewussten und gemäßigten Lebensweise wahrgenommen (22/432-440). Das Relativieren der eigenen gesundheitlichen Situation erwies sich als eine Strategie, um alltägliche Herausforderungen zu bewältigen. Gesundheit bedeutete für die Befragten kein „entweder gesund oder krank“ sein, sondern stellte vielmehr einen Raum zwischen den beiden Polen „gesund“ und „krank“ dar. Sie können als gesunde oder kranke Anteile in jeder Lebensphase parallel bestehen.

„Intakte geistige Fähigkeiten“ als Kontrollüberzeugung: *„Intakte geistige Fähigkeiten“* nahmen einen wesentlichen Stellenwert für die eigene Lebensqualität ein. Sie wurden mit einer Kontrollmöglichkeit über das eigene Leben und mit der Teilhabe am Leben verknüpft

(39/253-257). Aus Sicht der Befragten sind jedoch die präventiven und rehabilitativen Bemühungen für ältere Menschen im Allgemeinen in zu geringem Maße auf den Erhalt und die Förderung des „Denkvermögens“ ausgerichtet. Dies wird auf den wahrgenommenen Stereotyp zurückgeführt, Verstand und Wissen hätten im Alter ohnehin keine Bedeutung mehr (22/83-93). Eine Möglichkeit, um dem Verlust kognitiver Fähigkeiten selbst entgegen zu wirken, beinhaltete ein Interesse an den Dingen des Lebens inner- und außerhalb des Heimgeschehens zu haben und darüber nachzudenken.

Soziales Miteinander und „Intakte geistige Fähigkeiten“: Der Kontaktaufbau zu anderen Mitbewohnern wurde durch deren geistige, aber auch körperliche Einschränkungen als schwierig wahrgenommen. Erschwerend kam hinzu, dass einigen Befragten vor Heimeintritt nicht bewusst war, mit vielfach kognitiv und körperlich eingeschränkten Bewohnern zusammen zu leben (17/108-122, 14/143-161). Ein Teil der Befragten empfand den Umgang mit kognitiv eingeschränkten Bewohnern als problematisch. Die Folge waren Unsicherheit, Ratlosigkeit, Rückzugstendenzen und damit einhergehende Einsamkeit. Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild der Demenz und Hinwendung zu den Bewohnern mit Demenz waren in den Interviews aufgezeigte Strategien, um das Gefühl der Unsicherheit zu überwinden (16/269-277, (9/801f).

„Laufen können“, um unabhängig zu sein: Das „*Mobil sein*“ und die Fähigkeit des „Laufen können“, galt bei den Befragten trotz schon vorhandener körperlicher Einschränkungen als Garant, um die letzten Lebensjahre noch genießen und ihre Unabhängigkeit und Teilhabe am (Heim)Leben bewahren zu können (18/159-162; 39/452f). Der Erhalt der Fähigkeit, „Laufen können“, wurde von den Befragten als Möglichkeit wahrgenommen, um einer drohenden Bettlägerigkeit entgegen zu wirken (20/86-89). Tägliche Übungen betrachteten die Befragten als förderlich für den Funktionserhalt des Bewegungsapparates. Angehörige nahmen hierbei eine unterstützende Rolle ein (20/92ff). Konterkarierend zur Wahrnehmung, selbst etwas zum Mobilitätserhalt beitragen zu müssen, empfanden die Befragten das Angebot an Bewegungsübungen und Alltagsaktivitäten als nicht ausreichend (15/199-205, 34/177f).

„Schlaf“: Die Thematik des *Schlafes* war ein immer wieder angesprochener Punkt. Für die befragten Heimbewohner konnte die Nacht ein einsamer und mit negativen Gedanken beladener Teil des Heimlebens sein. Gleichzeitig galt ein erholsamer Schlaf als ein wesentlicher Faktor für das eigene Wohlbefinden (14/751-722; 29/56-65, 177-186; 30/167-172; 38/67-83).

„**Schmerz**“: Ein ebenso relevantes Thema in Bezug auf Lebensqualität und Gesundheit war der physische Schmerz, der das Wohlbefinden der Befragten nicht nur auf der körperlichen, sondern auch auf der mentalen Ebene beeinflusste (20/294-299; 14/1036-1038; 9/917-936).

4.2 Die Intimsphäre

Es konnten innerhalb der Dimension *Intimsphäre* zwei für die Befragten relevanten Teilaspekte rekonstruiert werden. Sie lassen sich in *körpernahe und körperferne Bereiche* einteilen.

Körpernahe Bereiche der Intimsphäre: Eine in diesem Bereich der Intimsphäre angesprochene Thematik war der *Toilettengang*. Sie wurde von jenen Befragten aufgegriffen, die aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen oder einer eingeschränkten Ausscheidungskontrolle nicht in der Lage waren, ohne Unterstützung die Toilette aufzusuchen. Dabei wurde es als belastend empfunden, auf Hilfe angewiesen zu sein. Zudem stellte sich das Gefühl ein, den Pflegekräften etwas Unangenehmes zuzumuten (37/147–155). In den Interviews zeigte sich, dass eine offene Thematisierung des Themas Inkontinenz im Pflegeheim nicht immer gegeben ist. Die Interviews transportierten, dass eine von Vertrauen und Sympathie getragene Beziehung zwischen Bewohner und Pflegekraft den Umgang mit einem schambesetzten Thema erleichtern kann (29/280–289, 295–296). Gelang dieser Aufbau nicht, entwickelten einige Befragte ein aufwendiges Stigma-Management, wie die Verwendung eines provisorischen Nässeschutzes, die Trinkmengenreduktion oder die Nichtteilnahme an Ausflügen (23/126–137,228, 6/781, 28/113). Keiner der Betroffenen vertraute seine Ängste, die den Bereich des Toilettenganges betrafen, dem Personal an.

Ein weiterer, für die Befragten relevanter, *körpernaher Bereich* der Intimsphäre stellte die *Körperpflege* dar. Es zeigte sich in den Äußerungen der Befragten, dass es als wichtig empfunden wurde, vorhandene Ressourcen zu nutzen, um im Bereich der Körperpflege weiterhin eigenständig zu bleiben (30/57–59). Ein weiteres zentrales Anliegen war die Mitsprache zur Festlegung des Zeitpunktes der Körperpflege (14/973–980) und wer die Pflegehandlung durchführt (23/153–166). Plötzliche Abänderungen der Zeiten, ohne vorherige Absprache, konnte zu einer Überforderung werden, da nicht genügend Zeit blieb, um sich auf diese Aktivität einstellen zu können. Innerhalb des Bereiches der Körperpflege trugen die Interviewten wiederholt ihre Anliegen an das Pflegepersonal oder die Heimleitung heran.

Körperferne Bereiche der Intimsphäre: Situationen, die als Grenzüberschreitung von verankerten Normen und Tabus erlebt wurden, schilderten die befragten Bewohner in den

Bereichen des *Essens* und des *privaten Raumes*. Häufig waren in jenen Situationen einzelne Bewohner, bei denen Erkrankungen mit einem Verlust der Affektkontrolle einhergingen, beteiligt. So fühlten sich die Befragten durch Mitbewohner, die im Essensraum nur in Nachtkleidung erschienen oder die eine vulgärsprachliche Ausdrucksweise am Esstisch aufwiesen, unangenehm berührt (14/917–932).

Eine zweite thematisierte Art der Distanzüberschreitung war das unaufgeforderte Betreten des Zimmers der Befragten durch andere Mitbewohner zu den Ruhe- und Nachtzeiten (36/369–378). Die Befragten erlebten das Eindringen eines nicht vertrauten Menschen in den einzigen privaten Raum als Bedrohung der Intimsphäre. Die erlebten Grenzüberschreitungen in den Bereichen des Essens und Schlafens sind entweder an die Heimleitung herangetragen, als gegeben hingenommen oder in der direkten Auseinandersetzung mit der betreffenden Person geklärt worden. Das Abschließen des eigenen Zimmers bot eine weitere Möglichkeit, um den unangenehmen Situationen aus dem Weg gehen zu können. Eine dritte thematisierte Art der Distanzüberschreitung wurde im Zusammenhang mit den Verunreinigungen von Orten, die unmittelbar mit Intimsphäre assoziiert werden, geschildert und löste Gefühle des Ekels aus (14/366–375). Es fand nicht nur ein Eingriff in private Bereiche statt, sondern es wurden gängige Normen und Tabus im Umgang mit der Hygiene verletzt. Insgesamt zeigte sich bezüglich des Bereichs der Intimsphäre, dass es den Befragten umso leichter fiel, mit anderen Personen über persönliche Anliegen zu sprechen, je weniger Bezug die Themen zum eigenen Körper aufwiesen. Das Personal wurde diesbezüglich als erste Vertrauensperson genannt.

Je weniger die Problematiken den eigenen Körper betrafen, umso mehr kommunizierten die befragten Bewohner auch mit anderen Bewohnern. Innerhalb des Bereichs *Toilettengang* wurde weder mit dem Personal, noch mit anderen Bewohnern oder den Angehörigen über die eigenen Befindlichkeiten gesprochen.

5. Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Themen *Gesundheit* und *Intimsphäre* eine hohe Relevanz für die Lebensqualität der befragten Bewohner hatten. Im Bereich der *Gesundheit* gibt es eine große Bandbreite von Vorstellungen, inwieweit Gesundheit durch die eigene Person beeinflussbar ist. Zum einen wurde eine fatalistische Haltung deutlich, indem das Vorhandensein der Gesundheit dem Schicksal zuschreiben wird. Zum anderen verbinden Teilnehmer das „Altern“ mit einem nicht zu beeinflussenden Abbauprozess, welcher die Gesundheit begrenzt. Einige Befragte äußerten die Überzeugung, Gesundheit mit einer gemäßigten Lebensführung beeinflussen zu können. Das dabei angewandte Relativieren der

eigenen gesundheitlichen Situation, um mit Belastungen und Einschränkungen umzugehen, unterstreichen die Befunde von Powers [23].

Die beiden Subdimensionen „*Intakte geistige Fähigkeiten*“ und „*Mobil sein*“ erweisen sich in den Interviews für die Befragten als zentrale Schlüssel, um relevante Lebensbereiche in guter Qualität erleben zu können. Hierbei wird erstmals deutlich, in welcher engen Verbindung ein funktionsfähiger Geist mit der Kontrolle über das eigene Leben wahrgenommen werden kann und welche Bedeutung ihm im Zusammenhang mit der Pflege von sozialen Kontakten beigemessen wird. Das dabei geäußerte Bedürfnis nach Selbstbestimmung im Heimalltag ist im Wesentlichen kongruent mit der Untersuchung von Nakrem et al. [24], jedoch lässt jene Untersuchung keinen Rückschluss auf die damit verbundene Bedeutung der „*Intakten geistigen Fähigkeiten*“ zu. Die Interviews vorliegender Arbeit zeigen in diesem Kontext, dass die Befragten als selbstverantwortliche Personen wahrgenommen und nicht mit dem negativen Altersstereotyp des vergesslichen, abhängigen und kranken alten Menschen [25] in Verbindung gebracht werden möchten. Das von den Heimen zur Verfügung gestellte Angebot, um die eigenen vorhandenen geistigen Fähigkeiten erhalten bzw. fördern zu können, empfanden die Befragten als nicht ausreichend. Eine Möglichkeit, um selbst dem Verlust kognitiver Fähigkeiten entgegen zu wirken, beinhaltete die Strategie des „Nachdenkens“ über für einen selbst interessante Dinge des Lebens. Weiterhin zeigen die Ergebnisse eine enge, jedoch in der Forschung wenig beachtete, Verzahnung des Aspektes der „*Intakten geistigen Fähigkeiten*“ mit dem Thema der Pflege von sozialen Kontakten. In diesem Zusammenhang beschrieben einige Befragte den täglichen Umgang mit Bewohnern, welche an Demenz erkrankt sind, als besonders problematisch. Konflikt geladene Situationen mit verhaltensauffälligen Mitbewohnern, auch in Interaktion mit den Pflegefachpersonen sowie die unzureichende Kenntnis über die bei Heimeintritt zu erwartende Bewohnerstruktur, welche sich vielfach aus Menschen mit Demenz zusammensetzt, riefen Unsicherheit, Ratlosigkeit oder Rückzugstendenzen hervor.

Die Pflege von sozialen Kontakten konnte sich hierbei schwierig gestalten. Soziale Beziehungen haben jedoch eine zentrale Bedeutung im Alter und wirken sich auf die psychische Gesundheit aus [26]. Bewusste Rückzüge bergen die Gefahr der Isolation und Vereinsamung, welche dann von Depressionen begleitet werden können [27]. Das bewusste Hinwenden zu demenziell Erkrankten und /oder das Auseinandersetzen mit dem Krankheitsbild der Demenz waren für die Befragten Strategien, um soziale Kontakte aufrechterhalten zu können. Zudem erfuhren sie dadurch einen Zugewinn an Lebensqualität.

Lebensgeschichtliche Kontexte, wie eine frühere Pflgetätigkeit und die Wiedereinnahme der Position als „Umsorgende“ oder auch ein eigenes langjähriges Krankheitserleben, scheinen den Umgang mit jenen Bewohnern zu erleichtern. Der Teilaspekt „*Mobil sein*“ und die Fähigkeit des „Laufen könnens“ garantierte den Befragten eine unabhängige Bewegungsmöglichkeit und die aktive Teilhabe am (Heim)Leben. Die in den Interviews immer wiederkehrende Betonung, sich um die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit zu bemühen, verweist auf die besondere Aktualität des Themas für die Teilnehmer. Da chronische Erkrankungen und funktionelle Einbußen im Alter zunehmen, ist das Bemühen um die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit als ein besonderer Akt der Selbstsorge zu verstehen[28]. Tägliche Bewegungsübungen und die Teilnahme an Bewegungsangeboten des Heimes waren hauptsächliche Handlungsstrategien für den aktiven Erhalt der eigenen Bewegungsfähigkeit, welche sich mit den Befunden von Edwards et al. [6], Ball et al. [29] und Nakrem et al. [24] decken. Eine motivierende Rolle nahmen hierbei die Angehörigen der Befragten ein. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass es trotz aller Bemühungen einigen Befragten an ausreichenden Anregungen im Heimalltag fehlt, um die täglichen Übungen konsequent durchzuführen. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass Pflegepersonen zu selten gezielte alltagsfunktionelle (ADL-Training) und mobilitätsbezogene Angebote [30] offerieren. Die Subdimension „*Schmerz*“ verdeutlichte, dass der physische Schmerz nicht nur die körperliche, sondern auch die mentale Ebene beeinflusste. Der thematisierte Aspekt „*Schlaf*“ galt als ein wichtiger Faktor für das eigene Wohlbefinden. Die Nacht jedoch wurde als ein immer wieder einsamer und mit negativen Gedanken beladener Teil des Heimlebens empfunden.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen ebenfalls, dass die Dimension der *Intimsphäre* eine hohe Relevanz für die Lebensqualität der befragten Bewohner hat. In den aufgezeigten Bereichen *Toilettengang, Körperpflege, Essen* und *Privatraum*, handelt es sich um Bereiche des Lebens, die bei Grenzüberschreitungen mit unangenehmen Gefühlen, wie Ekel und Scham assoziiert sind. Bei der Interaktion zwischen Bewohner und Pflegemitarbeiter hatte die Beziehungsqualität in jenen Bereichen einen großen Einfluss auf die erlebte Lebensqualität. Dies war insbesondere beim *Toilettengang* und der *Körperpflege* der Fall. Schon Mitchell [15] postulierte, dass Intimität innerhalb der Pflegebeziehung ein wichtiger, aber auch kritischer Bestandteil in Bezug auf die Lebensqualität ist. Die soziale Kompetenz der Pflegemitarbeiter schien einen Einfluss auf das Schamerleben Pflegebedürftiger zu haben. Eine wenig vertrauensvolle Beziehung zwischen Bewohner und Pflegekraft erschwert den

Umgang mit schambesetzten Themen und kann gegebenenfalls bei von Inkontinenz betroffenen Bewohnern zu einem aufwendigen Stigma-Management führen. Es dokumentierten sich in den Interviews große Hemmschwellen seitens der Befragten, ihre Ängste und Befürchtungen im Kontext des Toilettengangs dem Personal gegenüber zu kommunizieren.

Im Bereich der *Körperpflege* ließ sich ein Spannungsfeld zwischen dem Bedürfnis der Bewohner nach Aufrechterhaltung ihrer körperlichen Selbstständigkeit und der gleichzeitig zunehmenden körperlichen Einschränkungen finden.

Dabei hat die Beachtung der Bedürfnisstruktur, wie z. B. der Zeitpunkt der Körperpflege sowie deren Häufigkeit, einen großen Stellenwert für die Befragten. Das Gefühl der Scham trat vor allem dann zutage, wenn Pflegeheimbewohner keinen Einfluss auf den Zeitpunkt der Körperpflege und die Entscheidung, wer von dem pflegenden Personal Hilfestellung dabei leistete, hatten.

In den genannten Bereichen des *Toilettenganges* und der *Körperpflege* lässt sich eine Überschneidung der beiden Dimensionen *Gesundheit* und *Intimsphäre* nachvollziehen. Gelingt, bedingt durch gesundheitliche Einschränkungen, die vollständige Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit nicht oder bleibt der Erfolg einer Verbesserung hinsichtlich der Eigenständigkeit beim Toilettengang oder der Körperpflege aus, müssen Eingriffe in die Intimsphäre seitens der Betroffenen hingenommen werden, was wiederum zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität führte. Ergänzend zur Arbeit von Sowinski [31] zeigt vorliegende Arbeit außerdem, dass das Überschreiten von kulturell erworbenen Grenzen durch einzelne Heimbewohner, nicht nur von Pflegemitarbeitern, sondern auch von den befragten Bewohnern selbst als unangenehm empfunden werden kann. Dies betraf vor allen Dingen die *körperfernen Bereiche der Intimsphäre*. Die Befragten bezogen sich hierbei auf Situationen während gemeinsamer Mahlzeiten, auf den Privatraum und Bereiche der Sauberkeit. Im Gegensatz zu den *körpernahen Themen* konnten die befragten Bewohner in den *körperfernen Bereichen* ihre Anliegen gegenüber dem Personal und vertrauten Mitbewohnern eher kommunizieren.

6. Stärken und Limitationen

Die dargelegten Ergebnisse vorliegender Arbeit bestätigen und ergänzen die wenigen Arbeiten und Untersuchungen zum Thema der Intimsphäre aus subjektiver Perspektive in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Dabei konnte die Thematik der Intimsphäre erstmals als eigenständige Dimension im Kontext von Lebensqualität aufgezeigt werden. Darüber

hinaus zeigen die Ergebnisse dieses Beitrages ebenfalls auf, in welcher enger Verbindung ein funktionsfähiger Geist mit der Kontrolle über das eigene Leben wahrgenommen werden kann und welche Bedeutung ihm im Zusammenhang mit der Pflege von sozialen Kontakten beigemessen wird. Da die Interviews jedoch nur in Einrichtungen eines Wohlfahrtsverbandes erhoben wurden, bedarf es weiterer Studien in anderen Langzeitpflegeeinrichtungen privater – oder öffentlicher Träger, unter Beachtung der dort offerierten Konzepte und Angebote. Die Ergebnisse sind „repräsentativ“ für die analysierten Fälle. Ein kombiniertes Rekrutierungsverfahren (Auswahl der Teilnehmer durch den Forscher und Gatekeeping) könnte jedoch ein breiteres Spektrum an Orientierungsmustern, hinsichtlich der subjektiv erlebten Gesundheit von Pflegeheimbewohnern, zulassen. Diesbezüglich dient vorliegende Studie als Vorbereitung für weitere Untersuchungen. Einbezogen wurden nur Bewohner, die in der Lage waren, ein Gespräch zu führen. Ausgeklammert blieben damit bspw. Bewohner mit größeren kognitiven Beeinträchtigungen. Um die befragten Bewohner nicht unnötig zu belasten und möglicherweise noch auskunftsfähige Bewohner aufgrund vordefinierter Cut-off-Werte nicht auszuschließen, ist auf die Anwendung von Screeninginstrumenten verzichtet worden. Daher können keine quantifizierbaren Aussagen zu kognitiven und anderen gesundheitlichen Einschränkungen getroffen werden.

7. Implikation für Praxis und Forschung

Sowohl die Praxis als auch die Forschung sollten in der Erstellung von gesundheitsfördernden Konzepten die große Bandbreite an Vorstellungen, die eigene Gesundheit beeinflussen zu können, beachten und integrieren. Für die gezielte Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit mit signifikanten Effekten bieten sich langfristige und regelmäßige [32] individualisierte, kombinierte Aktivitätsangebote, unter Einbezug der jeweiligen kognitiven und körperlichen Fähigkeiten, an. Es empfiehlt sich von Seiten der Einrichtungen, auch Bewohnern ohne oder mit nur geringfügigen kognitiven Einschränkungen Angebote, innerhalb und außerhalb des Heimlebens, wie Vereinsarbeit, Musizieren oder Schachspielen [33] zur kognitiven Förderung verstärkt zu offerieren. Zur Förderung und zum Erhalt der noch vorhandenen Mobilität bietet sich, in Abstimmung mit selbstauskunftsfähigen Bewohnern, die Übertragung alltagstypischer häuslicher Aktivitäten an. Dadurch können gezielt mehr Anreize für Bewegung im Alltag geschaffen werden. Zusätzlich sollten die möglichen Folgen eines defizitorientierten pflegerischen Handelns gegenüber Pflegeheimbewohnern gezielt reflektiert werden, um Abhängigkeiten gegenüber Pflegepersonen zu reduzieren. Darüber hinaus nehmen Krankheiten einen breiten Raum im Pflegealltag ein.

Die Interviews dokumentierten hierbei jedoch einen Aufklärungsbedarf hinsichtlich des Krankheitsbildes der Demenz und der Erkrankungen, welche ebenfalls veränderte Verhaltensmuster nach sich ziehen können. Ein Informationsangebot, bezüglich eines angemessenen Umganges mit Bewohnern, die Verhaltensveränderungen zeigen, kann die gefühlte Hilflosigkeit gegenüber schwierigen Situationen mit den Betroffenen lindern, Orientierungen geben, unangenehme Gefühle reduzieren, aber auch das Verständnis untereinander weiter fördern.

Zusätzlich könnten Pflegeheime, Pflegestützpunkte oder auch Angehörigenberatungen vor Heimeintritt durch Informationsveranstaltungen zu diesem Thema den Übergang in das Heimleben erleichtern. Stellt sich für die Bewohner das Zusammenleben mit Menschen mit Demenz jedoch als für sie zunehmend schwierig dar, wäre ggf. auch ein Wechsel in ein segregatives Wohnumfeld in Erwägung zu ziehen.

Da sich eine gute Beziehungsqualität zwischen Bewohnern und Pflegemitarbeitern als besonders wichtig zeigte und die Voraussetzung darstellt, über schambesetzte Themen reden zu können, wird ein offener und einfühlsamer Umgang mit Tabuthemen seitens des Pflegepersonals empfohlen. So kann das Schweigen darüber gebrochen werden und Strategien eines belastenden Stigma-Managements können reduziert werden. In diesem Kontext sollte sich auch das Pflegepersonal eigener Schamgrenzen und tabuisierter Gefühle, wie Scham und Ekel bewusst werden. Die Beachtung von Bedürfnissen der Pflegeempfänger, wie Selbstständigkeit, Mitbestimmung und rechtzeitige Information von Zeitpunkten für die Körperpflege sowie Arztgängen, kann ferner dazu beitragen, die Gefahr von Verletzungen der Intimsphäre zu reduzieren. Mit Blick auf die Ergebniszusammenschau steht die Pflegewissenschaft vor der Aufgabe, die Betroffenenperspektive von Pflegeheimbewohnern stärker als bisher in den Forschungsfokus zu rücken, um weitere wichtige Schlüsselfaktoren hinsichtlich der wahrgenommenen Lebensqualität unter institutionalisierten Bedingungen aufzeigen zu können. Die von den Bewohnern entwickelten Umgangs- und Bewältigungsstrategien zur Aufrechterhaltung ihrer Lebensqualität stellen nutzbare Ressourcen dar. Sie könnten zukünftig bei der Entwicklung von pflegerischen Konzepten verstärkt mit einbezogen werden.

8. Referenzen

1. OECD. The OECD Health Project Long-term Care for Older People. Paris: OECD, 2005.
2. Pieper R, Vaarama M. The Concept of Care-Related Quality of Life. In: Vaarama M, Pieper R, Sixsmith A, editors. Care-related quality of life in old age: Concepts, models and empirical findings. New York: Springer New York, 2008: 65–101.
3. Stewart AL, King AC. Conceptualizing und measuring quality of life in older populations. *Aging and quality of life*, 1994;27–54.
4. Vaarama M, Pieper R, Sixsmith A, editors. Care-related quality of life in old age: Concepts, models and empirical findings. New York: Springer New York, 2008.
5. Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren JE, editor. The Concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego: Academic Press, 1991: 3–27.
6. Edwards HE, Courtney MD, O'Reilly MT. Involving older people in research to examine quality of life in residential aged care. *Quality in Ageing: Policy, practice and research*, 2003; 4:38–43. [http://eprints.qut.edu.au/9499/_\[29.09.2013\]](http://eprints.qut.edu.au/9499/_[29.09.2013]).
7. Kane RA, Kling KC, Bershadsky B, Kane RL, Giles K, Degenholtz HB, et al. Quality of life measures for nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2003; 58:240–48.
8. Saks K, Tiit EM, Muurinen S, Mikkilä S, Frommelt M, Hammond M. Quality of Life in Institutional Care. In: Vaarama M, Pieper R, Sixsmith A, editors. Care-related quality of life in old age: Concepts, models and empirical findings. New York: Springer New York, 2008.
9. Estermann J, Kneubühler H. Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist und wie sie gemessen werden kann. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 2008;34:187–210.
10. Kruse A. *Gesundheit im Alter*. Berlin: Robert-Koch-Inst., 2002.
11. Faltermaier T, Kühnlein I, Burda-Viering M. Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. *J Public Health*, 1998;6:309–26.
12. Slaughter SE, Estabrooks CA, Jones CA, Wagg AS. Mobility of Vulnerable Elders (MOVE): study protocol to evaluate the implementation and outcomes of a mobility intervention in long-term care facilities. *BMC Geriatr*, 2011;11:84.
13. Cooney A, Murphy K, O'Shea E. Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 2009;65:1029–38.
14. BVerfG, Beschluss vom 14.09.1989 - 2 BvR 1062/87 bei juris, BVerfGE 80, 367, 373 (Tagebuchentscheidung).

15. Mitchell GJ. Quality of Life: Intimacy in the Nurse-Person Process. *Nursing Science Quarterly*, 1995;8:102–03.
16. Schenk L, Meyer R, Behr A, Kuhlmeier A, Holzhausen M. Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Qual Life Res.*, 2013; 22:2929–2938.
17. Bohnsack R. *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden*. 7 ed. UTB Erziehungswissenschaft, Sozialwissenschaft, Vol 8242. Opladen: Budrich, 2008.
18. Kelle U, Kluge S. *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. 2 ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010.
19. Kruse J, Biesel K, Schmieder C. *Metaphernanalyse: Ein rekonstruktiver Ansatz*. 1 ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011.
20. Nohl A. *Interview und dokumentarische Methode: Anleitungen für die Forschungspraxis*. 4 ed. *Qualitative Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2012.
21. Lucius-Hoene G, Deppermann A. Narrativität und Positionierung. *Gesprächsforschung-Onlinezeitschrift zur verbalen Interaktion*, 2004:166–83. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2004/> [29.09.2013].
22. Bethmann S, Helfferich C, Hoffmann H, Niermann D (Hrsg.). *Agency: Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit*. Weinheim: Juventa, 2012.
23. Powers BA. From the Inside Out: The world of the Institutionalized Elderly. In: Henderson JN., Vesperi MD, (Hrsg.). *The Culture of long term care: Nursing home ethnography*. Westport, Conn: Bergin & Garvey, 1995.
24. Nakrem S, Vinsnes AG, Seim A. Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.*, 2011;48:1357–66.
25. Hummert ML, Garstka TA, Shaner JL, Strahm S. Judgments about Stereotypes of the Elderly: Attitudes, Age Associations, and Typicality Ratings of Young, Middle-Aged, and Elderly Adults. *Research on Aging*, 1995;17:168–89.
26. Backes G, Clemens W. *Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. 2 ed. Weinheim, München: Juventa-Verl., 2003.
27. Hawkins SY, Domingue A. Nursing home residents' challenges with socialisation: can nurses help? *Br J Nursing*, 2012;21:1150–54.
28. Kruse A. Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2005;38:273-287.
29. Ball MM, Perkins MM, Whittington FJ, Hollingsworth C, King SV, Combs BL. Independence in assisted living. *Journal of Aging Studies*, 2004;18:467–83.

30. Kalinowski S, Wulff I, Kölzsch M, Kopke K, Kreutz R, Dräger D. Physical activity in nursing homes--barriers and facilitators: a cross-sectional study. *J Aging Phys Act*, 2012;20:421–41.
31. Sowinski C. Nähe und Distanz - Schamgefühl und Ekel: Pflege, eine intime grenzüberschreitende Dienstleistung. *Dr. med. Mabuse*, 1999;24:43–46.
32. Oswald W. D, Ackermann A, Gunzelmann T. Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 2006;19:89-101.
33. Verghese J, LeValley A, Derby C, Kuslansky G, Katz M, Hall C, et al. Leisure activities and the risk of amnesic mild cognitive impairment in the elderly. *Neurology*, 2006;66:821–27.

Eidesstattliche Versicherung

Ich, Anja Behr, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *„Gesundheit und Intimsphäre im Kontext von Lebensqualität- Subjektive Perspektiven selbstauskunftsfähiger Bewohner stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen- eine qualitative Studie“* selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum _____ Unterschrift

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Anja Behr hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1:

Schenk L, Meyer R, **Behr A**, Kuhlmeier A, Holzhausen M. **Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey.** Qual Life Res., 2013; 22: 2929–2938. DOI 10.1007/s11136-013-0400-2

Beitrag 25%

Im Einzelnen:

Literaturrecherche, Rekrutierung der Studienteilnehmer, Mitarbeit bei der Datenerhebung, Mitarbeit bei der Interpretation von Interviewmaterial, Manuskriptbearbeitung (Formulierung von Textteilen)

Publikation 2:

Behr A, Meyer R, Holzhausen M, Kuhlmeier A, Schenk L. **Die Intimsphäre.** Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2013; 46: 639-644. DOI 10.1007/s00391-012-0464-6

Beitrag: 65%

Im Einzelnen:

Literaturrecherche, Datenbewertung und- inklusion von Studien, dissertationsspezifische Fragestellungen, Mitarbeit bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer, Interpretation des Interviewmaterials für die dissertationsspezifische Fragestellung, z.T. mit Beratung, Manuskriptverfassung- und Überarbeitung

Publikation 3:

Behr A, Meyer R, Holzhausen M, Kuhlmeier A, Schenk L. **Lebensqualität und Gesundheit - Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern-eine qualitative Studie.** Pflege, 2014; 27: 1 – 12. DOI 10.1024/1012-5302/ a000390

Beitrag: 70%

Im Einzelnen:

Literaturrecherche, Datenbewertung und- inklusion von Studien, Dissertationsspezifische Fragestellungen, Mitarbeit bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer, Auswahl des Textanalyseinstrumentariums, Interpretation des Interviewmaterials für die dissertationsspezifische Fragestellung, z.T. mit Beratung, Manuskriptverfassung- und Überarbeitung

Unterschrift, Datum und Stempel der betreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift der Doktorandin

Ausgewählte Publikationen

Schenk L, Meyer R, **Behr A**, Kuhlmei A, Holzhausen M. **Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey**. Qual Life Res., 2013; 22: 2929–2938.

DOI 10.1007/s11136-013-0400-2

<http://dx.doi.org/10.1007/s11136-013-0400-2>

Ausgewählte Publikationen

Behr A, Meyer R, Holzhausen M, Kuhlmei A, Schenk L. Die Intimsphäre. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2013; 46: 639-644.

DOI 10.1007/s00391-012-0464-6

<http://dx.doi.org/10.1007/s00391-012-0464-6>

Ausgewählte Publikationen

Behr A, Meyer R, Holzhausen M, Kuhlmei A, Schenk L. Lebensqualität und Gesundheit - Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern-eine qualitative Studie. Pflege, 2014; 27: 1 – 12. DOI 10.1024/1012-5302/ a000390
<http://dx.doi.org/10.1024/1012-5302/a000390>

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Komplette Publikationsliste

Fachzeitschrift mit Peer-review-Verfahren

1. Schenk L, Meyer R, **Behr A**, Kuhlmei A, Holzhausen M. Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Qual Life Res.*, 2013; 22: 2929–2938. DOI 10.1007/s11136-013-0400-2
2. **Behr A**, Meyer R, Holzhausen M, Kuhlmei A, Schenk L. Die Intimsphäre. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2013; 46: 639-644. DOI 10.1007/s00391-012-0464-6
3. **Behr A**, Meyer R, Holzhausen M, Kuhlmei A, Schenk L. Lebensqualität und Gesundheit - Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern - eine qualitative Studie. *Pflege*, 2014; 27: 1 – 12. DOI 10.1024/1012-5302/ a000390

Fachzeitschriften ohne Peer-review-Verfahren

1. Schlimper G, Meyer R, Holzhausen M, **Behr A**, Schenk L. QUISTA: Lebensqualität in der stationären Altenpflege. *Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen*, 2010; 7: 56-62.
2. **Behr A**, Meyer R, Holzhausen M, Kuhlmei A, Schenk L. Lebensqualität im Pflegeheim. *Intimsphäre wahren- aber wie? Heilberufe -Das Pflegemagazin*, 2014;66:44-47

Buchbeiträge

Behr A. Gesundheit und Intimsphäre im Kontext von Lebensqualität – Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern. In Kuhlmei A, Blüher S. Dräger D, (Hsg.) *Interdisziplinäre Perspektiven auf Multimorbidität und Alter – Projektreihe der Robert Bosch Stiftung*. Bern Verlag Hans Huber, 2015.

Fachvorträge

Behr A, Apelt A, Herrmann W, Kalinowski S. Verbesserung der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern- Implikationen für die Praxis. Ergebnisse aus drei Jahren Forschung. Symposium des Graduiertenkollegs zum Thema „Forschung und Qualifikation für die Gesundheitsversorgung im Alter“. Berlin, 2012.

Behr A. „Möglichkeiten und Grenzen zur Lebensqualitätsförderung von Pflegeheimbewohnern“ Tagung des Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter“- „Herausforderung für Interdisziplinarität“. Berlin, 2011.

Behr A. „Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Bewohner/innen“. TH Wildau, 2011.

Danksagung

Mein ausdrücklicher Dank gilt meinen Betreuerinnen Frau Prof. Dr. A. Kuhlmeier und Frau Dr. Liane Schenk für das Vertrauen in meine Arbeit und meine Fähigkeiten, das sie mir uneingeschränkt entgegengebracht haben.

Frau Dr. Liane Schenk möchte ich zudem herzlich für den fachlichen und persönlichen Austausch und die maßgebliche Unterstützung während der gesamten Promotionszeit danken. Sie hat mich stets dazu ermutigt, meine Arbeitsweise kritisch zu hinterfragen und mir dadurch die Möglichkeit gegeben, diese zu verbessern.

Neben meinen Betreuerinnen gilt mein herzlicher Dank auch der Leitung des Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter“ für die Chance, gemeinsam und interdisziplinär mit anderen Wissenschaftler/innen im Graduiertenkolleg promovieren zu können. Mein besonderer Dank gilt darüber hinaus der Robert-Bosch-Stiftung, die mir über ein Stipendium die nötige finanzielle Unterstützung für die Promotion zukommen ließ.

Ebenfalls danke ich den Kolleg/innen des QUISTA-Projektes für die unterschiedlichsten Anregungen und Kritik. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit war für mich stets eine Bereicherung. In diesem Zusammenhang möchte ich dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin und allen teilnehmenden Heimbewohner/innen für ihr Vertrauen, ihr Mitwirken, den Einblick in ihre sehr persönlichen Bedürfnisse und Wünsche danken.

Ein herzlicher Dank gilt allen Kollegiat/innen des Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter“, welche stets unterstützten und motivierend wirkten. Es war eine fachliche und persönliche Bereicherung mit ihnen gemeinsam promovieren zu dürfen.

Abschließend möchte ich Frank Behr, meinem Lebenspartner, meinen Eltern und meiner Schwester für die liebevolle und vorbehaltlose Unterstützung, die sie mir zukommen ließen, danken. Ihnen und meinen geliebten Kindern sei diese Arbeit gewidmet.