

Berufliches Handeln von Pflegefachkräften
im Spannungsfeld von Individualisierung und Standardisierung.
Ergebnisse einer qualitativen Studie im Setting Pflegeheim.

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

der
Erziehungswissenschaftlichen Fakultät
der Universität Erfurt

vorgelegt von
Sandra Althaus

Erfurt 2018

Erstes Gutachten: Prof. Dr. Manfred Eckert (Universität Erfurt)
Zweites Gutachten: Prof. Dr. Matthias Vonken (Universität Erfurt)
Drittes Gutachten: Prof. Dr. Dietmar Heisler (Universität Paderborn)

Tag der Disputation: 27.05.2019

Datum der Promotion: 27.05.2019

urn:nbn:de:gbv:547-201900162

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	III
TABELLENVERZEICHNIS.....	III
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	IV
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Rahmen.....	4
2.1 ENTWICKLUNG DES PFLEGERISCHEN SELBSTVERSTÄNDNIS.....	4
2.1.1 Begriff Pflege.....	4
2.1.2 Pflegetheorien.....	11
2.1.3 Grundprinzipien pflegerischen Handelns.....	22
2.1.4 Berufsverständnis.....	29
2.2 HANDLUNGSTHEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	45
2.2.1 Evidence-based Nursing.....	45
2.2.2 Stufen der Pflegekompetenz nach Benner.....	56
2.3 SETTING PFLEGEHEIM.....	60
2.3.1 Ausgangslage in Zahlen.....	60
2.3.2 Arbeitssituation und Versorgungsqualität in Pflegeheimen.....	61
2.3.3 Situation der Heimbewohner.....	63
2.4 FORSCHUNGSSTAND.....	72
2.4.1 Handlungstypen in der klinischen Pflegepraxis.....	72
2.4.2 Professionelles Handeln in der ambulanten Pflegepraxis.....	74
2.4.3 Implementierung einer evidenzbasierten Pflegepraxis.....	76
2.4.4 Qualifikation und Tätigkeitsprofile in der stationären Pflegepraxis.....	80
2.4.5 Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Pflegepraxis.....	81
2.4.6 Resümee des Forschungsstandes.....	83
3 Forschungsfragen und Zielstellung.....	85
4 Methodik.....	87
4.1 WISSENSCHAFTSTHEORETISCHE GRUNDLAGEN UND METHODISCHER HINTERGRUND.....	87
4.2 FORSCHUNGSDESIGN.....	91
4.3 FELDZUGANG UND DATENERHEBUNG.....	93
4.4 DATENANALYSE.....	94
4.5 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE.....	96

5	Ergebnisse der Studie.....	98
5.1	DIE ERSCHÖPFENDE BESCHREIBUNG DES ERLEBENS DER PFLEGEFACHKRÄFTE	98
5.1.1	Pflegerisches Selbstverständnis.....	98
5.1.2	Erleben und Bewerten des Pflegealltags.....	108
5.1.3	Dilemma der Handlungssituation.....	152
5.1.4	Handlungsstrategien in Bezug auf Dilemma-Situationen.....	168
5.2	DIE GRUNDSTRUKTUR DES ERLEBENS DER PFLEGEFACHKRÄFTE	220
5.2.1	Das pflegerische Selbstverständnis als Ausgangspunkt beruflichen Handelns	220
5.2.2	Das Erleben und Bewerten als Reflexion des Pflegealltags	221
5.2.3	Das Dilemma als berufliche Herausforderung.....	223
5.2.4	Die Handlungsstrategien als Folge des Dilemmas	225
6	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....	229
6.1	ANSPRÜCHE PROFESSIONELLEN HANDELNS ALS HERAUSFORDERUNG.....	229
6.2	CHARAKTERISTIKA DES SETTINGS PFLEGEHEIM ALS EINFLUSSFAKTOREN.....	230
6.2.1	Heimeintritt als beeinflussender Faktor	231
6.2.2	Differenzierte Bedürfnisse der Bewohner als beeinflussender Faktor	233
6.2.3	Das Spannungsfeld zwischen umfassender Verantwortung und individueller Betreuung als beeinflussender Faktor	234
6.2.4	Dokumentationspflichten und Qualitätsprüfungen als beeinflussende Faktoren	236
6.3	HANDLUNGSSTRATEGIEN IM UMGANG MIT BERUFLICHER VERANTWORTUNG.....	238
6.4	ABSCHLIEßENDE ÜBERLEGUNGEN ZUM METHODISCHEN VORGEHEN	242
7	Ausblick.....	245
8	Literaturverzeichnis.....	247
9	Anhang.....	264
	ANHANG A: INTERVIEWLEITFADEN	264
	ANHANG B: ANSCHREIBEN ZUR VALIDIERUNG DURCH DIE TEILNEHMER	265
	ANHANG C: ERGÄNZENDE INTERVIEWZITATE	266
	ANHANG D: SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	296
	ANHANG E: ERKLÄRUNG ÜBER FRÜHERE PROMOTIONSVERSUCHE.....	297

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Definition professioneller Pflege.....	10
Abb. 2: Artikel der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.....	28
Abb. 3: § 3 Abs. 1 AltPflG (Gesetz über die Berufe in der Altenpflege).....	33
Abb. 4: Aufgaben professionell Pflegenden	40
Abb. 5: Komponenten der pflegerischen Entscheidung.....	47
Abb. 6: Die sechs Schritte von Evidence-based Nursing.....	50
Abb. 7: Das Erleben des beruflichen Handelns von Pflegefachkräften im Setting Pflegeheim	220

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Schritte der Analysemethode.....	95
Tab. 2: Stichprobenbeschreibung.....	97

Abkürzungsverzeichnis

ABEDL [®]	Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens
AltPflG	Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMI	Body-Mass-Index
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BTM	Betäubungsmittel
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CSU	Christlich-Soziale Union in Bayern e. V.
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DBVA	Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DPR	Deutscher Pflegerat e.V.
EbN	Evidence-based Nursing
EU	Europäische Union
FDP	Freie Demokratische Partei
ICN	International Concil of Nurses
IpW	Institut für Pflegewissenschaft
KrPflG	Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PIKE-Schema	Personengruppe, Intervention, Kontrollintervention und Ergebnismaß
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
SGB XI	Sozialgesetzbuch - Elftes Buch
USA	United States of America (Die Vereinigten Staaten von Amerika)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

1 Einleitung

„Für einander sorgen, einander pflegen ist ein wesentliches Element des Menschseins, auch wenn dies Beschränkungen erfahren kann.“ (Arndt 2007: 10) Das Konzept der menschlichen Fürsorge ist die Basis des beruflichen Pflegehandelns (vgl. Arndt 2007: 10), wobei das Element der Sorge für andere Menschen sich in einem bestimmten Wissen und Können ausdrückt. Die Verwirklichung der mit Fürsorge verbundenen Wertvorstellungen geht mit dem Anspruch einher, bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen. Dabei richtet sich das pflegerische Wirken sowohl auf den leiblichen als auch auf den seelisch-geistigen Bereich menschlicher Aktivitäten. Treten im Falle von Krankheit oder im Alter Situationen ein, in denen die Selbstfürsorge nicht mehr ausreicht und professionelles Pflegehandeln nötig wird, bedarf es seitens der Pflegenden neben technischen auch zwischenmenschliche Fähigkeiten, um die beruflichen Ansprüche von Individualität, Selbstbestimmung und Erhaltung bzw. Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit erfüllen zu können (vgl. Lay 2004: 222; Spichiger et al. 2006: 51; Arndt 2007: 10). Ein individuelles, an den persönlichen Bedarf des Betroffenen angepasstes Handeln, setzt darüber hinaus die Orientierung an dessen Lebenswelt voraus (vgl. Matolycz 2013: 19). Entsprechende Ansprüche an das berufliche Pflegehandeln spiegeln sich in vielfältigen Theorien, Konzepten und Methoden wider.

In der Realität der beruflichen Praxis treffen die Pflegenden jedoch auf Rahmenbedingungen, die die Umsetzung des professionellen Anspruchs, der sich aus zahlreichen Pflegekonzepten ableiten lässt, erschweren (vgl. Kersting 2016: 26). Neben den traditionellen Wertevorstellungen der Fürsorge haben Werte wie Effizienz und Effektivität Einzug in den Pflegealltag gehalten. Die Einführung ökonomischer Denk- und Handlungsmaximen lenkt den Blick auf marktwirtschaftliche Rationalisierungen im Pflegebereich. Die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit fordert insbesondere die Vermeidung eines unnötigen Ressourceneinsatzes (vgl. Slotala 2011: 58 f.). Zu den Methoden der Rationalisierung gehören unter anderem neben einem verringerten Leistungsangebot auch die Herabsetzung des Betreuungsverhältnisses zwischen Pflegepersonal und Patienten (vgl. Meyer, Fischer 2010: 138). Dieses wirkt sich insbesondere auf die Situation der Pflegenden aus. Arbeiten am Limit, Erschöpfungssymptome und das Gefühl den eigenen Ansprüchen nicht entsprechen zu können, sind die Folgen. Auf der anderen Seite sind auch die Pflegebedürftigen unmittelbar betroffen. Zwangsläufig resultieren aus der mangelnden Personaldeckung eine Reduzierung pflegerischer Grund- und Betreuungsleistungen und damit häufig eine Unterversorgung der auf Pflege angewiesenen Personen (vgl. Schlürmann 2014: 3 ff.). Neben der ökonomischen Rationalisierung verstärkt der aktuell bestehende und auch langfristig prognostizierte Mangel an Pflegefachkräften die bestehenden Probleme (vgl. Lutz 2014: 3 f.; Schlürmann 2014: 16).

Kersting stellt die These auf, dass eine professionelle, patientenorientierte Pflege im Alltag „nicht nur zufällig, sondern systematisch verhindert“ (Lücke, Kersting 2017: 16 f.) wird. Im Rahmen der Coolout-Studien untersuchte sie Reaktionen Pflegender auf die widersprüchlichen Anforderungen, die aus dem dialektischen Verhältnis von Patientenorientierung und wirtschaftlichen Zwängen resultieren. Dazu führte Kersting Interviews mit Schülern, Praxisanleitern und Pflegepädagogen durch. Auf der Basis eines den Probanden vorgestellten theoretischen Szenarios analysierte sie deren Reaktionsmuster im Umgang mit dem Widerspruch im Krankenhausalltag und beschrieb sie als „Prozess der moralischen Desensibilisierung“ (Kersting 2016a: 71 f.). Kersting (2016b: 2) kommt zu dem Schluss, dass Pflegende lernen „sich unempfindlich, sich kalt zu machen“. Sie nehmen die strukturellen Bedingungen hin. Pflegende halten an ihren hohen Ansprüchen fest, lernen jedoch, diesen pflegerischen Anspruch zu unterwandern und mit dem Widerspruch im Alltag umzugehen. Aus Sicht von Kersting halten die Pflegenden so die „Kältebedingungen“ aus und stabilisieren sie zugleich (vgl. Kersting 2016b: 1 ff.). Die Ergebnisse ihrer Forschung nutzt Kersting als Ansatz für die Weiterentwicklung von Ausbildungskonzepten, in denen sie die Reflexion dieses Widerspruchs im Rahmen der theoretischen und praktischen Ausbildung fordert und fördert (Kersting 2016a: 76).

Grenzen professionellen Pflegehandelns werden auch in den Untersuchungen von Wettreck (2001) und Dörge (2009a, b) aufgezeigt. Mit Blick auf die klinische und ambulante Pflegepraxis kontrastieren die Autoren pflegerische Handlungsstrukturen im Spannungsfeld zwischen Individualität und Regelgeleitetheit. Im Ergebnis bewerten sie das Handeln der Pflegenden im Berufsalltag als überwiegend routiniert und verrichtungsorientiert.

Unzureichend wurde bisher die spezifische Situation von Pflegenden im Setting Pflegeheim untersucht. Die Einschränkungen im Alter werden immer weniger durch private Hilfestrukturen kompensiert. Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes belegen die steigende Bedeutung beruflicher Pflege im Bereich der stationären Altenhilfe. So stieg die Anzahl der Pflegeheime von 11.600 im Jahr 2009 (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a: 5) auf rund 13.600 im Jahr 2015 (vgl. Statistisches Bundesamt 2017a: 5). Auch die Anzahl der dort voll- und teilstationär betreuten Pflegebedürftigen stieg in diesem Zeitraum um mehr als 100.000 Pflegebedürftige von 749.000 im Jahr 2009 auf 857.000 Pflegebedürftige im Jahr 2015 (vgl. Statistisches Bundesamt 2017a: 7). Die bereits angesprochenen ökonomischen Steuerungsmechanismen beeinflussen nicht nur die Pflege im Bereich der Krankenversorgung und die häusliche Pflege. Auch Pflegende im Setting Pflegeheim sind konfrontiert mit einer stetigen Zunahme der Arbeitsverdichtung (vgl. Winter 2008: 17 ff.). So macht der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK 2017a) darauf aufmerksam, dass auf 100 über-80-Jährige in Deutschland nur etwa 11 Vollzeit-Altenpfleger den Betreuungs- und Versorgungsbedarf decken. Im Vergleich dazu sind es in Schweden etwa 33. Trotz wirtschaftlicher Bestrebungen bleibt auch im Bereich der stationären Altenpflege der An-

spruch aus der Profession selbst bestehen, Pflege qualitativ hochwertig, optimal und individuell zu gestalten (vgl. Köther 2011: 49).

Einerseits ähneln sich die Rahmenbedingungen innerhalb der Institutionen Krankenhaus und Pflegeheim. Andererseits kann davon ausgegangen werden, dass im Setting Pflegeheim durch die spezifische Situation des Heimaltages auch andere Faktoren das Handeln der Pflegenden prägen. Bisher ist das Untersuchungsfeld, welches die persönliche Sicht der Pflegefachkräfte im Pflegeheim näher beleuchtet, noch unzureichend erforscht. Die vorliegende Forschungsarbeit soll nun die Thematik des Erlebens des beruflichen Handelns von Pflegefachkräften im Setting Pflegeheim systematisch untersuchen, um neben einem Wissenszuwachs über das Alltagserleben der Pflegefachkräfte auch die innere Struktur des pflegerischen Handelns und dessen Kontexte besser verstehen zu können.

Im folgenden Kapitel wird als Ausgangspunkt der Betrachtung der Gegenstandsbereich des pflegerischen Handelns näher beleuchtet. Es schließt mit der Darlegung des Forschungsstandes, welcher die Einordnung des Themas in den Forschungskontext ermöglicht. Vor dem Hintergrund des theoretischen Bezugsrahmens werden anschließend im Kapitel 3 Forschungsfragen und die Zielstellung der Untersuchung formuliert. Über wissenschaftstheoretische Grundlagen wird im Kapitel 4 die Wahl der Forschungsmethode begründet. Des Weiteren werden das Forschungsdesign und dessen Umsetzung erläutert und auch kritisch hinterfragt. Im Kapitel 5 erfolgt die Darstellung der Ergebnisse. Die Arbeit findet im Kapitel 6 ihren Abschluss. Hier werden die gewonnenen Erkenntnisse vor dem Stand der derzeitigen Forschung reflektiert und mit einem Ausblick auf berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sowie Implikationen für die weitere Forschung abgeschlossen.

2 Theoretischer Rahmen

2.1 Entwicklung des pflegerischen Selbstverständnis

2.1.1 Begriff Pflege

Der Begriff „Pflege“ hat im alltäglichen Sprachgebrauch umfangreiche Bezugspunkte, wie zum Beispiel die Pflege von Autos, die Pflege von Brauchtum, die Pflege von Blumen, die Pflege sozialer Kontakte, die Pflege des eigenen Körpers oder auch die Pflege älterer Menschen (vgl. Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 17; Heil, Zimmermann 2016: 54). Dem allgemeinen Verständnis nach umfasst die Pflege bzw. das Pflegen als Tätigkeit eine angemessene Behandlung. Diese kann sich sowohl auf Gegenstände, Tiere als auch auf Menschen beziehen. Sie äußert sich in spezifischen Handlungen, die die jeweilige Pflege ausmachen. Etwas oder jemanden in einem guten Zustand erhalten und sich kümmern ist immer auch Ausdruck von Wertschätzung. Im Gegensatz zur Pflege von Autos oder Blumen ist der Mensch ein Lebewesen mit eigenem Bewusstsein und umfangreicher Komplexität. Neben physiologischen Bedürfnissen, wie Nahrungsaufnahme und Schlaf, ist er auch fähig, Gefühle zu empfinden. Darüber hinaus steht der Mensch auch mit seinem sozialen Umfeld in engem Kontakt. Die Situation jedes einzelnen Menschen ist somit von vielfältigen Faktoren geprägt. Daraus ergibt sich, dass mit der Pflege von Menschen individuelle Anforderungen verbunden sind, die den Bereich Pflege zu einem sehr komplexen Feld machen und dessen inhaltliche Bestimmung erschweren (vgl. Lauber 2012: 5). Als Formen der pflegerischen Unterstützung werden die Selbstpflege, die Angehörigenpflege und die professionelle Pflege unterschieden (vgl. Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 17).

Die Selbstpflege ist eine Form der Pflege, bei der der einzelne Mensch die Verantwortung für sein Wohlbefinden und für seine eigene Gesunderhaltung übernimmt. Der Mensch ergreift selbstständig Maßnahmen, zum Beispiel schützt er seinen Hals durch einen Schal, treibt Sport oder hört Musik zum Ausgleich eines anstrengenden Berufsalltages (vgl. Mayer, Lehmann 2014: 101). Das Phänomen der Selbstpflege greift Dorothea Orem in der von ihr entwickelten Pflegetheorie auf. Die Selbstpflege bildet dabei den Ausgangspunkt ihrer theoretischen Überlegungen. Nach ihren Vorstellungen setzen die Menschen zielgerichtete Handlungen ein, um ihrem Selbstpflegebedarf zu entsprechen. Der Selbstpflegebedarf eines Menschen ergibt sich aus allgemeinen, entwicklungsbedingten und gesundheitsbedingten Selbstpflegeerfordernissen¹. Normalerweise kann der Mensch seinen Selbstpflegebedarf durch individuelles und zielgerichtetes Verhalten erfüllen. Wenn das Gleichgewicht zwischen Selbstpflegeerfordernissen und Selbstpflege-

¹ Beispiel allgemeine Selbstpflegeerfordernisse: ausreichende Zufuhr von Nahrung; Beispiel entwicklungsbedingte Selbstpflegeerfordernisse: Nachlassen der Sehkraft bei älteren Menschen; Beispiel gesundheitsbedingte Selbstpflegeerfordernisse: Krankheit oder Behinderung (vgl. Drerup 1993: 40 ff.)

fähigkeiten jedoch gestört ist, entsteht ein Selbstpflegedefizit und der Mensch benötigt zusätzliche Unterstützung. In Abhängigkeit von der Ursache, der Art und dem Umfang des Selbstpflege-defizites muss das Defizit durch pflegerische Unterstützung Dritter ausgeglichen werden. Übergeordnetes Ziel ist dann die Wiederherstellung der Selbstpflegefähigkeit (vgl. Drerup 1993: 40 ff.). Die Unterstützung durch Dritte kann in Form von informellen pflegerischen Unterstützungsleistungen und/oder in Form von formellen pflegerischen Unterstützungsleistungen (berufliche bzw. professionelle Pflege) erfolgen. Informelle Pflegeleistungen werden von direkten Bezugspersonen wie Angehörigen, Nachbarn oder Freunden erbracht, die keine pflegerische Ausbildung absolviert haben. Nicht nur vor der Einführung der Sozialversicherungen, sondern auch aktuell nimmt die Hilfe und Unterstützung durch Angehörige in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen einen wichtigen Platz ein (vgl. Isfort 2011: 30). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren im Dezember 2015 in Deutschland 2,86 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Wie das Statistische Bundesamt weiter mitteilte, wurden annähernd drei Viertel (73% oder 2,08 Millionen) aller Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Davon wurden 1,38 Millionen pflegebedürftige Personen in der Regel allein durch Angehörige gepflegt. Im Vergleich mit Dezember 2013 ist beim Anteil der allein durch Angehörige betreuten Menschen eine Zunahme von 11,1% (+ 139.000 Pflegebedürftige) zu verzeichnen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017d). Die Zahlen unterstreichen, dass die informelle Pflege eine wichtige Ergänzung der Selbstversorgung durch Menschen, die keinen Pflegeberuf erlernt haben, ist und dass der gesellschaftliche Wert dieser Form der Pflege sehr hoch ist. Um dieses Potenzial zu stärken, zielen viele Regelungen der Pflegeversicherung darauf ab, Angehörigenpflege zu unterstützen und zu fördern (vgl. Schnepf, Budroni 2010: 219; Schwegler, Großgarten 2014: 111). Die Pflege von Familienangehörigen wird insbesondere von (Ehe-) Partnern und Töchtern übernommen, wobei Frauen die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen stellen (vgl. Schnepf, Budroni 2010: 219). Verschiedene Studien zeigen interessante Entwicklungen auf. Schneekloth und Wahl (2005: 9) stellten fest, dass nach wie vor eine Person die Rolle der Hauptpflegeperson übernimmt. Deutlich angestiegen ist jedoch der Anteil der Pflegebedürftigen, die allein in einem Einpersonenhaushalt leben, von ehemals 20 Prozent auf inzwischen 31 Prozent. Diese singularisierten Lebensformen funktionieren, weil die Mehrheit der Pflegebedürftigen auch in diesen Fällen über eine private Hauptpflegeperson verfügt. Diese wohnt zum Teil im gleichen Haus bzw. wohnt nicht weiter als zehn Minuten entfernt. Dazu passt die Erkenntnis, dass die Anzahl der Pflegenden aus dem sozialen Nahraum wie beispielsweise Freundeskreis, Nachbarn und Bekanntenkreis um das Doppelte zugenommen hat. Zum Untersuchungszeitraum lagen die Werte bei insgesamt acht Prozent der Fälle im Vergleich zu vier Prozent zu Beginn der 1990er-Jahre. Auffällig ist zudem, dass sich im Vergleich zur Situation Anfang der 1990er-Jahre der Anteil der männlichen pflegenden Angehörigen von 17% auf 27% erhöht hat (vgl. Schneekloth, Wahl 2005:

9 f.). Es gibt Hinweise, dass Männer im Vergleich zu Frauen weniger emotionale Belastungen erleben. Sie binden meist frühzeitig fremde Hilfe ein und sind häufiger an Informations- oder Bildungsangeboten interessiert. Zudem begreifen männliche Angehörige die Pflege eher als Managementaufgabe (vgl. Budroni 2013: 1191).

Grundsätzlich ist zu vermerken, dass die Angehörigen für kranke Menschen sehr wichtig und unverzichtbar sind, denn von Krankheit ist nicht nur der einzelne Mensch betroffen, sondern auch sein unmittelbares soziales Umfeld. Das ist in der Regel die Familie. Krankheit und Pflegebedürftigkeit verändern auch die Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder. Aufgabe von beruflich Pflegenden ist es, die Komplexität und Dynamik familiärer Bedürfnisse zu erkennen und die einzelnen Familienmitglieder durch Vorbeugung von Belastungen und Stärkung der Ressourcen bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen (vgl. Schnepf, Budroni 2010: 220 f.). Angehörige können ihrerseits auch beruflich Pflegende unterstützen. So wird die Verwendung der Bezeichnung „Laienpflege“ für die Angehörigenpflege zunehmend hinterfragt, denn pflegende Angehörige verfügen zwar meist nicht über umfangreiches fachspezifisches Wissen, besitzen jedoch im Bezug auf die individuelle spezifische Pflegesituation ihres Angehörigen umfassende Kompetenzen. Dies hat zur Folge, dass informelle Pflegeleistungen stark am einzelnen Pflegebedürftigen orientiert sind (vgl. Isfort 2011: 31). Informationen über die individuelle Pflegesituation können daher auch die Arbeit der beruflich Pflegenden unterstützen und eine am individuellen Menschen orientierte Pflege fördern.

Neben dem allgemeinen Verständnis von Pflege und der Unterscheidung verschiedener pflegerischer Unterstützungsformen existieren vielfältige historische und moderne Beschreibungen von beruflicher Pflege. Was genau unter beruflicher Pflege verstanden wird, unterliegt dem jeweiligen Zeitgeist. Somit hat die berufliche Pflege verschiedene Stadien durchlaufen, in denen unterschiedliche Aspekte hervorgehoben wurden. Die jeweilige Schwerpunktsetzung prägt die Art und Weise des Pflegehandelns, so dass sich die berufliche Pflege wandelt und ständig weiterentwickelt (vgl. Oelke 2008: 388).

Bis ins 20. Jahrhundert hinein wurde im deutschsprachigen Raum die Pflege mit Berufung gleichgesetzt. Als Bestandteil der christlichen Nächstenliebe war sie nicht mit beruflichen Anforderungen verknüpft und konnte somit ohne Weiteres praktiziert werden (vgl. Kelm 2008: 14). Im Gegensatz zum deutschsprachigen Raum begannen im angloamerikanischen Raum bereits sehr früh Bestrebungen, die Pflege als eigenständigen Beruf mit klaren Aufgabenbeschreibungen und wissenschaftlichen Grundlagen zu etablieren. Florence Nightingale (1820-1910) bemühte sich darum, die Krankenpflege zu einem öffentlich anerkannten Beruf zu machen und gilt seitdem als Begründerin der modernen Pflege.

„Pfleger unterstützt die Genesung des Patienten, indem sie ihm seine Umwelt (Nahrung, Interaktion und Körperpflege) nutzbar macht.“
(Florence Nightingale, 1860 zitiert nach Oelke 2008: 388)

Nightingale betont die Einbindung des Menschen in seine Umgebung. Aus diesem Grund sieht sie in der Gestaltung des Umfeldes eine hohe Bedeutung für das physische und psychische Wohlbefinden des Patienten. Nightingale untersuchte einzelne Aspekte des Umfeldes von Pflegebedürftigen, um deren Einfluss auf die Gesundheit zu bestimmen (vgl. Burns, Grove 2005: 9). Durch die Schaffung gesundheitsfördernder Umweltbedingungen sollte die Gesundheitsentwicklung der Betroffenen verbessert werden (vgl. Fröschl 2000: 107).

Zur gleichen Zeit bestimmte in Deutschland die nach wie vor stark prägende christliche Tradition das berufliche Bild der Pflegenden, so dass der Missionar und Schriftsteller Johannes Gossner die Bemühungen einer nach christlichen Werten gestalteten Krankenpflege unterstützte.

„Zur Pflege und Aufwartung erwähle dir fromme Seelen, die auch für dein ewiges Heil erbaulich sind, und dich in deiner Andacht nicht stören. Krankenwärter haben ein wichtigeres Geschäft, als sie es sich denken. Es gehört Erfahrung, Erkenntnis, viel Liebe und Geduld dazu. Haben sie die Geschicklichkeit, die leibliche Pflege recht zu besorgen, so ist es für den Kranken schon ein großer Trost; haben sie aber auch viel geistliches Licht, Kraft und Erfahrung, dass sie geistlich ermahnen, trösten und erbauen können, so ist es eine besondere Wohltat und Gnade, für die ein Kranker nicht genug danken kann. [...] Gottlose, ärgerliche, ungeduldige, unfreundliche, eigennützigte Wärter, die mit Fluchen oder andern eiteln Reden und sündlichen Wesen dienen, verscheuchen den Segen Gottes, stören die guten Gedanken des Kranken, und sind ihm gewiss durchaus schädlich und gefährlich.“
(Gossner 1839: 243 f.)

Im 19. Jahrhundert wurde auch in Deutschland zunehmend der Bedarf an pflegerischer Ausbildung gesehen. Als Vertreter entsprechender Bemühung ist Theodor Fliedner (1800-1864) zu nennen. Er förderte die Ausbildung weiblicher Diakonissen. Diese bekamen neben praktischen Anweisungen auch theoretischen Unterricht zu fachlichen und theologischen Inhalten. Der Unterricht wurde von einem Arzt erteilt und Fliedner selbst übernahm die theologische Unterweisung der Schwestern (vgl. Seidler 1993: 198). Dem Handeln der Diakonissen legte Fliedner eine von ihm selbst verfasste Hausordnung und Dienstanweisung zugrunde. Diese enthält neben Hinweisen zur Lehrtätigkeit und zu spezifischen Pflegesituationen, wie beispielsweise die Gemeindepflege oder die Privatpflege, auch grundlegende Beschreibungen zu Pflichten und Rechten der Diakonissen (vgl. Schmidt 1998: 132). Folgend ein Auszug aus der Hausordnung der Diakonissen von 1837.

„§ 18 Die Diakonissen dürfen bei ihrer leiblichen und geistlichen Pflege der Kranken [...] nicht vergessen, dass sie, wie ihr Amtsname sagt, nur Dienerinnen sein, nur Handreichungen tun sollen und haben sich mit aller Vorsicht zu hüten, weder in das Amt des Arztes noch des Seelsorgers überzugreifen.“

§ 19 Die Diakonissen haben bei der leiblichen Krankenpflege in der Diakonissenanstalt die Vorschriften des Hausarztes in Bezug auf Verbinden, Pflegen, Diät des Kranken usw. pünktlich und ohne Widerrede zu befolgen [...].

§ 26 [...] Da sie Mägde der Kranken sind, nicht um der Kranken willen, sondern nur um Jesu willen, so haben sie ihnen alle Liebe und Geduld nicht in der Absicht zu erweisen, um von ihnen Lob zu erlangen, daher auch nicht in der Weise, dass sie ihren Eigensinn, Zorn, Neid und andere Bosheit dadurch stärken, sondern stets mit dem Endzweck, dass sie dem Herrn ihre Seelen gewinnen.“ (Auszug aus der Hausordnung und Dienstanweisung für Diakonissen, Seidler 1993: 272 f.)

Die Dienstanweisung für Diakonissen verdeutlicht, dass sich das pflegerische Handeln nach wie vor an den persönlichen Eigenschaften der Pflegenden orientierte. Pflege sollte sich vor allem durch christliche Nächstenliebe und Gehorsamkeit gegenüber Ärzten kennzeichnen (vgl. Oelke 2008: 388). Die Sichtweise von beruflicher Pflege als Assistenzberuf der Medizin hielt sich bis weit in das 20. Jahrhundert (vgl. Herzig-Walch 2009: 13).

Das Verständnis beruflicher Pflege wurde im weiteren zeitlichen Verlauf durch die Integration handlungsleitender Theorien geprägt. Diese wurden als Grundlage für die Ausübung der pflegerischen Praxis genutzt. Zunächst prägten zahlreiche Definitionen von amerikanischen Pflege-theoretikerinnen das Pflegeverständnis in Deutschland. Die von ihnen formulierten Definitionen sind je nach Reichweite der Pflege-theorien stark vom Erfahrungshintergrund und dem Arbeitsbereich der jeweiligen Theoretikerin abhängig. Beispielsweise stellt Hildegard Peplau aufgrund ihrer beruflichen Erfahrungen in der psychiatrischen Pflege die Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen in das Zentrum ihrer theoretischen Überlegungen. Pflege ist aus Sicht von Peplau ein „signifikanter, therapeutischer zwischenmenschlicher Prozess“ (Peplau 1952 zitiert nach Fawcett 1999: 149).

Parallel haben sich auch Berufsverbände mit dem Gegenstand und dem Wesen professioneller Pflege auseinandergesetzt. Weltweite Anerkennung hat die vom International Council of Nurses (ICN) veröffentlichte Definition gefunden (vgl. Spichiger et al. 2006: 46). Da sie internationale Gültigkeit besitzt, ist sie allgemein formuliert und bezieht sich nicht auf einzelne Arbeitsbereiche oder Handlungssituationen (vgl. Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 17).

"Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung." (ICN-Definition von Pflege, zit. nach DBfK 2017b)

Neuere Beschreibungen betonen den eigenständigen Arbeits- und Aufgabenbereich von Pflege, deren Adressaten gesunde oder kranke Individuen, Familien, Gruppen oder Gemeinschaften sind. Insgesamt ist eine zunehmende Abkehr von der traditionellen pathophysiologisch-medizinischen Sichtweise hin zu einer umfassenderen, auf Gesundheitsförderung und Prävention hin ausgerichteten Fokus zu verzeichnen (vgl. Spichiger et al. 2006: 46; Wiederhold 2012: 35).

Im Jahr 2006 veröffentlichte eine Expertengruppe ein Projekt des Instituts für Pflegewissenschaft (IpW) der Universität Basel, welches in Zusammenarbeit mit der Expertengruppe „Zukunft Medizin Schweiz“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften durchgeführt wurde. Die Experten hatten die Aufgabe, Ziele und Grenzen der Medizin für die Schweiz zu beschreiben. Da zunächst wichtige Begriffe, wie Medizin und Pflege, geklärt werden sollten, begann man mit der Suche nach einer geeigneten Definition von Pflege. Die Mitarbeiter des Instituts stellten nach ausführlicher Recherche fest, dass nach wie vor keine allgemein akzeptierte und umfassende Definition von Pflege in der Literatur zu finden sei (vgl. Spichiger et al. 2006: 46; Lauber 2012: 11). Zwar existieren zahlreiche Definitionen, die wichtige Aspekte von Pflege betonen, diese beziehen sich jedoch zumeist nur auf einzelne Bereiche von Pflege und spiegeln das Pflegeverständnis der Zeit, in der sie entstanden sind, wider. Aus diesem Grund wurde das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel beauftragt, eine neue, umfassende Definition zu entwickeln, welche die Inhalte professioneller Pflege aus der aktuellen Sicht aufzeigen sollte. Ausgangspunkt für die Formulierung eines neuen Begriffsverständnisses professioneller Pflege waren vorhandene Beschreibungen und die Niederschriften von Diskussionsbeiträgen der interdisziplinär zusammengesetzten Expertengruppe. Ein erster Entwurf entstand, indem die beschriebenen Inhalte systematisch analysiert und bearbeitet wurden.

Im Anschluss wurde auf der Basis von Feedbackrunden und fachlichen Dialogen Änderungen und Ergänzungen vorgenommen, welche in die Definition integriert wurden. Im Ergebnis des interdisziplinären Entwicklungsprozesses wurde eine Definition formuliert, die das heutige Verständnis professioneller Pflege aufzeigt und damit verbundene Erläuterungen, die wesentliche Aspekte ausführlicher darstellen. In zwei Kernsätzen werden die Hauptaufgaben und -ziele professioneller Pflege beschrieben. Ergänzt werden diese durch acht Paragraphen, welche ausführen, an wen sich professionelle Pflege richtet, welche Aufgaben sie umfasst, auf welchen Grundlagen, mit welchen Mitteln, durch wen und in welchem Kontext sie ausgeübt werden kann.

Definition professioneller Pflege

Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.

Professionelle Pflege ...

- ... richtet sich an Menschen in allen Lebensphasen, an Einzelpersonen, Familien, Gruppen und Gemeinden, an Kranke und deren Angehörige, sowie an Behinderte und Gesunde.
- ... umfasst, auf einem Kontinuum, Aufgaben zur Gesundheitserhaltung und -förderung, zur Prävention, in der Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe, bei akuten Erkrankungen, während der Rekonvaleszenz und Rehabilitation, in der Langzeitpflege sowie in der palliativen Betreuung.
- ... beruht auf einer Beziehung zwischen betreuten Menschen und Pflegenden, die von letzteren geprägt ist durch sorgende Zuwendung, Einfühlsamkeit und Anteilnahme. Die Beziehung erlaubt die Entfaltung von Ressourcen der Beteiligten, die Offenheit für die zur Pflege nötigen Nähe und das Festlegen gemeinsamer Ziele.
- ... erfasst die Ressourcen und den Pflegebedarf der betreuten Menschen, setzt Ziele, plant Pflegeinterventionen, führt diese durch (unter Einsatz der nötigen zwischenmenschlichen und technischen Fähigkeiten) und evaluiert die Ergebnisse.
- ... basiert auf Evidenz, reflektierter Erfahrung und Präferenzen der Betreuten, bezieht physische, psychische, spirituelle, lebensweltliche sowie soziokulturelle, alters- und geschlechtsbezogene Aspekte ein und berücksichtigt ethische Richtlinien.
- ... umfasst klinische, pädagogische, wissenschaftliche sowie Führungsaufgaben, die ergänzend von Pflegenden mit einer Grundausbildung und solchen mit unterschiedlichen Weiterbildungen, von Generalisten/Generalistinnen und Spezialisten/Spezialistinnen wahrgenommen werden.
- ... erfolgt in Zusammenarbeit mit den betreuten Menschen, pflegenden Angehörigen und Mitgliedern von Assistenzberufen im multiprofessionellen Team mit Ärzten und Ärztinnen (verantwortlich für medizinische Diagnostik und Therapie) und Mitgliedern anderer Berufe im Gesundheitswesen. Dabei übernehmen Pflegende Leitungsfunktionen oder arbeiten unter der Leitung anderer. Sie sind jedoch immer für ihre eigenen Entscheidungen, ihr Handeln und Verhalten verantwortlich.
- ... wird sowohl in Institutionen des Gesundheitswesens als auch außerhalb, überall wo Menschen leben, lernen und arbeiten, ausgeübt.

Abb. 1: Definition professioneller Pflege (nach Spichiger et al. 2006: 51)

Im Gegensatz zu bereits bestehenden Definitionen basiert diese Begriffsbestimmung professioneller Pflege auf einem pflegewissenschaftlichen Hintergrund und bezieht internationale Perspektiven und Entwicklungen mit ein. Durch Überlegungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und zukünftigen Ausrichtung der beruflichen Pflege vermittelt diese Definition ein zeitgemäßes Bild des Berufs, welches aufgrund gemeinsamer sprachlicher und kultureller Linien auch für Deutschland von Bedeutung ist. Nicht zuletzt leisten die Diskussionen und Auseinandersetzungen zu den Inhalten einen wichtigen Betrag zur Entwicklung professioneller Pflege (vgl. Spichiger et al. 2006: 45 ff.; Oelke 2008: 392).

2.1.2 Pflege-theorien

2.1.2.1 Historische Entwicklung

Die Entwicklung von Pflege-theorien gilt als wichtiger Meilenstein bei der Weiterentwicklung der Disziplin Pflege. Mit Hilfe wissenschaftlicher Studien werden identitätsstiftende Theorien über den eigenen Gegenstandsbereich entwickelt, durch die das pflegerische Handeln auf eine begründbare, systematisierte Basis gestellt werden kann (vgl. Heuwinkel-Otter, Nümann-Dulke, Matscheko 2006: 85; Lauber 2012: 86 f.). Die Bedeutsamkeit und die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit theoretischen Grundlagen der Pflege hob als erstes Florence Nightingale (1820-1910) hervor. Sie gilt als Begründerin der modernen und professionellen Krankenpflege (vgl. Müller 2015: 45; Lauber 2012: 93), die von einem eigenständigen Pflegewissen ausging und Pflege als eigenständigen Bereich betrachtete (vgl. Schewior-Popp, Sitzmann, Ullrich 2012: 47). Mitte der 1950er-Jahre wurde im angloamerikanischen Sprachraum eine Vielzahl unterschiedlicher Theorien entwickelt, welche auch die Pflege in Deutschland über lange Zeit beeinflussten. Denn im Vergleich zu Großbritannien und den USA befindet sich insbesondere die Theorienbildung in der deutschen Pflege noch in den Anfängen (vgl. Lauber 2012: 87; Oelke 2008: 387). Durch die in den 1960er-Jahren vom International Council of Nurses (Zusammenschluss internationaler Berufsverbände) initiierten Übersetzungen in die deutsche Sprache wurden den Pflegenden die Pflege-theorien zugänglich gemacht. Die Übertragbarkeit und Umsetzung dieser Theorien innerhalb der Pflegepraxis in Deutschland stieß jedoch an Grenzen. Zum einen erschweren kulturelle und pflegepraktische Differenzen zwischen dem deutschen und amerikanischen Gesellschaftssystem die Übernahme von Theorien (vgl. Heuwinkel-Otter, Nümann-Dulke, Matscheko 2006: 96; Süß 2014: 42). Zum anderen kam es durch die Verwendung von Sekundärliteratur zu Übersetzungsfehlern und zu einer Reduktion der Pflege-theorien auf einzelne Begrifflichkeiten bzw. Teilaspekte, welche losgelöst ohne die von den Pflege-theoretikerinnen gegebenen Sinnzusammenhänge genutzt wurden (vgl. Heuwinkel-Otter, Nümann-Dulke, Matscheko 2006: 96). Die Einrichtung pflegewissenschaftlicher Studiengänge und pflegewissenschaftlicher

Institute stellte die Weichen dafür, dass auch im deutschsprachigen Raum Pflege-theorien entwickelt wurden (vgl. Lauber, 2012: 137).

2.1.2.2 Bedeutung und Klassifikation

Unter einer Pflege-theorie wird allgemein die Gesamtheit von logisch zusammenhängenden Aussagen zur Erklärung von Pflege oder Pflegehandlungen und der ihnen zugrunde liegenden Gesetzmäßigkeiten verstanden (vgl. Drerup 1993: 22; Heuwinkel-Otter, Nümann-Dulke, Matscheko 2006: 84). Durch die Entwicklung von Pflege-theorien wird neues Pflege-wissen erschlossen und strukturiert. Pflege-theorien bieten auch die Möglichkeit, die Ausbildung von Pflegeberufen nach deren Inhalten zu strukturieren (vgl. Lauber 2012: 88). Des Weiteren ermöglichen Pflege-theorien durch die Vorgabe festgelegter Begriffe die Bildung einer gemeinsamen Sprache und damit eine gute Basis für die Kommunikation (vgl. Heuwinkel-Otter, Nümann-Dulke, Matscheko 2006: 85). Zudem werden durch die Theorien Zusammenhänge zwischen Pflegephänomenen in der Praxis aufgezeigt und der Professionalisierungsprozess der Pflegenden unterstützt (vgl. Zenneck 2008: 14; Lauber 2012: 86; Boschert 2010: 89; Oelke 2008: 397). Die Theorien sind so Hilfsmittel, die den Pflegekräften professionelles Wissen liefern und die durch die Analyse und Reflexion der Pflegepraxis der Verbindung zur Theorie und Praxis dienen. Darüber hinaus haben die Pflege-theorien richtungsweisenden Charakter für die Pflegepraxis. Sie schaffen eine Orientierung, welche allgemeinen Aufgaben und Zuständigkeiten die Pflege hat, indem „das was, wie, wozu, durch wen und warum pflegerischer Tätigkeiten“ (Löser 2008: 16) benannt werden.

Es gibt eine Vielzahl an Möglichkeiten, Pflege-theorien zu klassifizieren. Die jeweiligen Ordnungssystematiken heben unterschiedliche Aspekte einer Theorie hervor. So lassen sich Pflege-theorien nach ihrem Entstehungs- bzw. Veröffentlichungszeitpunkt ordnen. Aus dieser Form der Systematik sind jedoch keine direkten inhaltlichen Bezüge ableitbar (vgl. Heuwinkel-Otter, Nümann-Dulke, Matscheko 2006: 88). Ann Marriner-Tomey strukturiert Pflege-theorien nach ihren Wissenschaftsbezügen. Diese beziehen sich einerseits auf die zum Entstehungszeitpunkt vorherrschenden wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Trends und andererseits auf die wissenschaftliche Prägung der Theoretikerinnen selbst (vgl. Marriner-Tomey 1992; Heuwinkel-Otter, Nümann-Dulke, Matscheko 2006: 88, 95).

Da die Einteilungen nach der Reichweite und nach der Denkschule am meisten verbreitet sind (vgl. Oelke 2008: 397), werden diese beiden Klassifikationsvarianten im Folgenden näher ausgeführt.

Die Systematik nach der Reichweite bezieht sich auf den Grad der Abstraktheit einer Theorie. Pflege-theorien unterscheiden sich „in ihrer jeweiligen Spezifität und Konkretheit ihrer Begriffe und Annahmen“ (Fawcett 1999: 29). Die mit Abstand abstrakteste Form der Theorie bildet die

Metatheorie. Metatheorien beziehen sich inhaltlich auf die Theorieentwicklung. Die damit verbundenen Diskussionen um Zielstellungen, Umsetzung und Bewertung von Pflege-theorien schaffen das Fundament für weitere theoretische Überlegungen. Globale Theorien (grand theories) sind dadurch charakterisiert, dass sie auf allgemeiner Ebene „das Wesentliche und Spezifische der Pflege“ (Lauber 2012: 92) beschreiben. Sie umfassen aufgrund abstrakter Begrifflichkeiten eine große Reichweite, gleichzeitig sind ihre Annahmen, bedingt durch ihr hohes Abstraktionsniveau, nur schwer durch empirische Forschung überprüfbar. Im Gegensatz zu den globalen Theorien richten Theorien mittlerer Reichweite (middle-range theories) ihren Blick auf einen eingeschränkten Bereich der Pflege. Klar abgrenzbare Begriffe und konkrete Annahmen ermöglichen eine leichtere empirische Überprüfbarkeit. Theorien dieser Zuordnung umfassen die Darstellung eines konkreten Phänomens, die Erklärung der Beziehungen zwischen Phänomenen oder die Prognose über die Auswirkungen eines Phänomens auf ein anderes (vgl. Lauber 2012: 92 f.; Fawcett 1999: 29). Praxisnahe Theorien (narrow-scope theories) beschreiben einen kleinen Ausschnitt der Pflege. Auf dieser Ebene entstandenes Wissen beinhaltet direkte pflegerische Praxisbezüge, aus denen konkrete Handlungsrichtlinien entwickelt werden können (vgl. Lauber 2012: 93).

Die Pflegewissenschaftlerin Afaf I. Meleis ordnet Pflege-theorien entsprechend ihrer inhaltlichen Schwerpunkte zu. Bedürfnistheoretische Ansätze haben im deutschsprachigen Raum einen hohen Stellenwert (vgl. Süß 2014: 36). Sie stehen zumeist unter dem Einfluss der von Abraham Maslow beschriebenen Annahmen zur Zufriedenheit des Menschen. Sie gehen von der Prämisse aus, dass jeder Mensch Bedürfnisse hat und diese im täglichen Leben zu befriedigen versucht. Unter normalen Umständen gelingt das den Menschen selbstständig. Wenn dies in bestimmten Situationen, z. B. bei Krankheit nicht oder nur eingeschränkt möglich ist, dann ist es die Aufgabe der Pflegenden, die Betroffenen bei der Bedürfnisbefriedigung zu unterstützen (vgl. Schewior-Popp, Sitzmann, Ullrich 2012: 46 f.). Die Wechselbeziehung zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegenden steht im Mittelpunkt der Interaktionstheorien. Diesen liegt die Annahme zugrunde, dass der Interaktionsprozess zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden den Heilungs- und Pflegeprozess maßgeblich mit beeinflusst und dynamisch gestaltbar ist. Von besonderer Bedeutung für das pflegetherapeutische Handeln ist der bewusste Einsatz der Pflegeperson im Interaktionsprozess und in der Durchführung von Pflegemaßnahmen (vgl. Schewior-Popp, Sitzmann, Ullrich 2012: 46 f.; Heuwinkel-Otter, Nümann-Dulke, Matscheko 2006: 94). Ergebnistheorien beschreiben Pflege aus Sicht des gewünschten Ergebnisses (vgl. Mayer, Lehmann 2014: 97). Im Mittelpunkt steht nicht der Prozess der Leistungserbringung an sich, sondern das Endergebnis und die damit verbundene Frage, welche pflegerischen Ziele im Rahmen des Pflegeprozesses erreicht werden sollen (vgl. Schewior-Popp, Sitzmann, Ullrich 2012: 47; Lauber 2012: 95). Als Akt der Fürsorge wird Pflege innerhalb humanistischer Theorien beschrieben. Insbesondere

wird dem Pflegehandeln eine moralische Dimension mit Pflichtcharakter zugeschrieben (vgl. Heuwinkel-Otter, Nümann-Dulke, Matscheko 2006: 95; Mayer, Lehmann 2014: 97).

Es wird jedoch auch Kritik an der Einteilung und Zuordnung von Pflege-theorien geübt. Beispielsweise sind die Kategorien innerhalb einer Typologie nicht hinlänglich und eindeutig definiert, mit der Folge, dass eine Theorie in mehrere der von Meleis entwickelten Denkschulen eingeordnet werden kann. Zudem werden Pflege-theorien von verschiedenen Autoren unterschiedlich klassifiziert, so dass keine Einheitlichkeit besteht. Auch Pflege-theoretikerinnen selbst sind zum Teil nicht einverstanden mit der Zuordnung der von ihnen entwickelten Theorie, denn aus ihrer Sicht besteht die Gefahr, dass bei einer Kategorisierung wesentliche Facetten und bedeut-same Sichtweisen der Theorien unberücksichtigt bleiben (vgl. Mayer, Selinger 2011: 93).

Über einen langen Zeitraum wurde in der Fachwelt die Meinung vertreten, „dass es nur eine richtige Theorie für die Pflege geben könnte“ (Lauber 2012: 134). Die vielfältigen Bemühungen und Auseinandersetzungen mit dem Gegenstand Pflege verweisen jedoch auf dessen Komplexi-tät und veränderten die Sicht auf Pflege-theorien. Da jede Theorie ihr Augenmerk auf unter-schiedliche Aspekte der Pflege lenkt, wird es als legitim angesehen, dass mehrere Theorien gleichberechtigt nebeneinander existieren können (Lauber 2012: 134).

2.1.2.3 Anwendung

In der Pflegepraxis stationärer Pflegeheime in Deutschland ist ein durch eine Pflege-theorie be-gründetes Pflegehandeln verpflichtend. Pflegeeinrichtungen müssen ein Pflegekonzept aufwei-sen, dass auf einer oder mehreren Pflege-theorien basiert (vgl. MDS 2009: 98; Weigert 2010: 28). Die Auswahl der Pflege-theorie ist vom Aufgabengebiet der pflegerischen Institution und den damit verbundenen Schwerpunkten der pflegerischen Tätigkeit abhängig. Damit Pflege-theorien auch das Pflegehandeln in der Praxis verbessern, ist es notwendig, das theoretische Wissen mit einem Praxisbezug auszustatten. Aus der Entscheidung für eine bestimmte Pflege-theorie erge-ben sich spezifische Anforderungen an die Organisation und Umsetzung von pflegerischen Lei-stungen (vgl. Lauber 2012: 134 ff.). Pflege-teams, die sich mit unterschiedlichen Theorien ausei-nersetzen und diskutieren, tauschen sich zugleich auch über Zielsetzungen und Methoden zur Zielerreichung aus. Sie entwickeln ein gemeinsames Pflegeverständnis (vgl. Lauber 2012: 136; Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 67), denn auf dem Fundament von Pflege-theorien werden ein-heitliche Kriterien für das pflegerische Handeln innerhalb von Pflegeeinrichtungen beschrieben (vgl. Müller 2015: 44) und „die Orientierung der praktischen Arbeit [...] ist nicht mehr in das Belieben der Mitarbeiter und des Trägers gestellt, sondern Verpflichtung für alle“ (Müller 2015: 44).

Die spezifischen Inhalte der von einer Einrichtung gewählten Pflege Theorie spiegeln sich in der Umsetzung pflegerischer Leistungen (z.B. Gestaltung der Pflege, Umsetzung des Pflegeprozesses sowie der Gestaltung des Pflegedokumentationssystems) wider (vgl. Löser, 2008: 16; MDS 2009: 98).

2.1.2.4 „System Fördernder Prozesspflege“ nach Monika Krohwinkel

Die Pflegeinstitutionen in Deutschland nutzen überwiegend bedürfnisorientierte Pflege Theorien (vgl. Kämmer 2015b: 138). Das „System Fördernder Prozesspflege“ nach Monika Krohwinkel kann in vielen Bereichen der Pflege eingesetzt werden, u. a. in der häuslichen Pflege, in Rehabilitationseinrichtungen und in Einrichtungen, in denen Menschen mit Behinderungen betreut werden. Da das „System Fördernder Prozesspflege“ nicht nur in deutschen Altenhilfeeinrichtungen, sondern zunehmend auch in Krankenhäusern eingesetzt wird, ist es zurzeit die am meisten verbreitete pflegetheoretische Grundlage (vgl. Müller 2015: 50; Lauber 2012: 132; Krohwinkel 2013: 20; Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 78). Diese Theorie soll nun ausführlicher dargestellt werden.

Die deutsche Pflegeprofessorin Monika Krohwinkel führte im Zeitraum von 1988 bis 1992 die Forschungsstudie „Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexierkranken“ durch (vgl. Krohwinkel 2013: 242). Den Auftrag für dieses Projekt bekam sie vom Bundesministerium für Gesundheit. Ihre Studie zur Erfassung ganzheitlich-rehabilitativer Prozesspflege wurde durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) unterstützt und die Ergebnisse im Jahr 1993 veröffentlicht. Krohwinkel entwickelte zur Untersuchung der ganzheitlich fördernden Prozesspflege bei Patienten mit Apoplexieerkrankung einen konzeptionellen Rahmen, auf dessen Grundlage Forschungsstrategien, Methoden und Instrumente entwickelt werden konnten (vgl. Krohwinkel 1993: 18). Im Laufe von fast 30 Jahren (1982-2010) hat Krohwinkel ihre theoretischen Grundlagen, die sich auch auf andere pflegerische Bereiche übertragen lassen und darum übergreifend in der Pflege eingesetzt werden können (vgl. Lauber 2012: 132; Müller 2015: 51), kontinuierlich weiterentwickelt. Empirische Untersuchungen, die im Rahmen von Schulungen und Entwicklungsprojekten zur Fördernden Prozesspflege durchgeführt wurden, lieferten Daten, welche zum Vergleich und zur Weiterentwicklung genutzt wurden (vgl. Krohwinkel 2013: 11, 35). Mehrere Buchpublikationen (vgl. Krohwinkel 1993; Krohwinkel 2008; Krohwinkel 2013) verweisen auf den Entwicklungsprozess des konzeptionellen Rahmens und des von ihr beschriebenen Handlungssystems. „Im Zentrum des Forschungsinteresses haben in allen Projekten die pflegebedürftigen Personen und zunehmend auch ihre persönlichen Bezugspersonen mit ihren Sichtweisen, ihren Fähigkeiten, Bedürfnissen, Problemen und Ressourcen gestanden; sowie die beruflich pflegenden Personen“ (Krohwinkel 2013: 23). Als wesentliche theoretische Einflüsse auf

ihre Arbeiten benennt Krohwinkel ihre persönlichen, begründeten Wertvorstellungen (entwickelt aus einer christlich-humanistischen Werthaltung, verbunden mit langjährigen praktischen Erfahrungen in der Pflege in Deutschland und England). Darüber hinaus analysierte sie bereits bestehende Theorien von Martha Rogers (1970), Hildegard Peplau (1952), Virginia Henderson, Dorothea Orem (1980) und Nancy Roper et al. (1980, 1987) und nutzte enthaltene Aussagen und Strukturen in modifizierter Form für die Erstellung ihres Theorierahmens (vgl. Krohwinkel 1993: 19; Krohwinkel 2013: 31 ff.; Lauber 2012: 132). In ihren Ausführungen von 2013 verweist Krohwinkel auch auf weitere theoretische Grundlagen aus den Bereichen der humanistischen Psychologie, der Phänomenologie und der Systemtheorien.

Der theoretischen Rahmen für Pflegetheorien großer Reichweite wird durch die Beschreibung der Schlüsselkonzepte gesetzt. Darunter werden zentrale Begriffe des Gegenstandsbereiches Pflege verstanden. Durch Aussagen zu den Begriffen Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege charakterisieren die Pflegetheoretikerinnen ihr Pflegeverständnis (vgl. Baumgärtel, Al-Abtah, 2015: 66). Auch Krohwinkel charakterisiert die zentralen Schlüsselkonzepte in ihren Ausführungen. Im Rahmen der Weiterentwicklung ihrer Theorie ergänzt sie die Beschreibungen. Bei der Betrachtung der einzelnen Schlüsselkonzepte ist zu bedenken, dass diese nicht getrennt voneinander, sondern in Wechselwirkungen stehen und untereinander in Zusammenhang zu sehen sind (vgl. Krohwinkel 2013: 35). In dem von Krohwinkel beschriebenen Modell wird die Person als ein einheitliches, integrales Ganzes gesehen, das mehr ist als die Summe seiner Teile. Jede Person hat eine eigene Identität und Integrität, ist fähig, sich zu entwickeln, zu wachsen und sich selbst zu verwirklichen. Sie kann entscheiden, handeln und verantworten. In einer sicheren und fördernden Umgebung kann der Mensch seine Lebensaktivitäten realisieren, soziale Kontakte und Beziehungen sichern und gestalten sowie mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln (vgl. Krohwinkel 2008). In ihren späteren Aufzeichnungen betont Krohwinkel, dass sich das Konzept „Person“ nicht nur auf einzelne Menschen bezieht, sondern auch Familien und familienähnliche Bezugssysteme unter diesem Gesichtspunkt integriert sind (vgl. Krohwinkel 2013: 35 f.). Die Umgebung, in der Menschen nicht nur leben, arbeiten und die sozialen Beziehungen leben, ist auch der Ort, an dem die Pflege stattfindet. Dieser Ort ist wesentlichster äußerer Faktor für Leben, Gesundheit und Wohlbefinden. Menschen und Umwelt sind offene, sich wechselseitig beeinflussende Systeme. Andere Menschen (auch beruflich Pflegenden) und andere Lebewesen werden als Teil der Umgebung betrachtet. Darüber hinaus gehören zur Umgebung auch ökologische, physikalische, materielle und gesellschaftliche Faktoren. Im Rahmen der Weiterentwicklung ergänzt Krohwinkel den Hinweis auf den Einfluss kultureller Faktoren. Die Umgebung des Menschen mit ihren Ressourcen und Defiziten wirkt sich auf die Lebens- und Entwicklungsprozesse sowie auf die Gesundheits- und Krankheitsprozesse aus und beeinflusst die Realisierung der Aktivitäten des Lebens, die Gestaltung der sozia-

len Beziehungen und die existenziellen Erfahrungen des Lebens (vgl. Krohwinkel 1993: 19 f.; Krohwinkel 2013: 38). Dieser Vorstellung folgend, ist bei der Pflege kranker Menschen darauf zu achten, dass deren Umgebung und die damit verbundenen Auswirkungen zu erfassen und zu berücksichtigen sind. Auch die Arbeitsumgebung mit den entsprechenden Ressourcen und Defiziten ist als Einflussfaktor von Bedeutung (vgl. Krohwinkel 1993: 21). Gesundheit und Krankheit werden in dem Modell als dynamische Prozesse verstanden, die für die Pflege als Fähigkeiten, Probleme und Bedürfnisse in Aktivitäten des Lebens, in Beziehungen und in existentiellen Erfahrungen des Lebens erkennbar sind. Diese Sichtweise ermöglicht es, dass nicht die Defizite (pathologische Abweichungen), sondern auch die Fähigkeiten (konstruktive Attribute) des Menschen im Mittelpunkt der Betrachtung stehen. Das individuelle Wohlbefinden und die individuelle Unabhängigkeit als Teile der subjektiven Gesundheit sollen im Rahmen der pflegerischen Betreuung erhalten bzw. wiedererlangt werden (vgl. Krohwinkel 1993: 21; Krohwinkel 2013: 37). Ausgangspunkt der Pflege sind die Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen und ihre Auswirkungen auf Unabhängigkeit und Wohlbefinden. Da jedes Bedürfnis, wenn auch primär physiologisch, emotional, sozial oder kulturell bedingt, zugleich in allen anderen Komponenten enthalten ist, sollen die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Menschen ganzheitlich betrachtet werden. Nur zu Beginn der Untersuchung der Ganzheitlichkeit ist eine analytische Trennung erforderlich. Krohwinkel geht davon aus, dass der Mensch Fähigkeiten zur Selbstpflege besitzt. Diese werden genutzt, um Bedürfnisse zu befriedigen und Probleme beim Realisieren der Aktivitäten des Lebens, dem Sichern und Gestalten der sozialen Beziehungen und den Umgang mit den existenziellen Erfahrungen des Lebens zu bewältigen. Benötigt der Mensch Unterstützung bei der Wahrnehmung seiner Selbstpflegeaktivitäten, kommen professionelle pflegerische Hilfeleistungen zum Einsatz. Wenn die Fähigkeiten im Denken, Handeln oder im Ausdrücken von Gefühlen beeinträchtigt sind, ist es in besonderer Weise bedeutsam, den Betroffenen mit Achtung und Respekt zu begegnen, um so ihre Identität und ihren Lebensmut zu erhalten. Diese Vorgehensweise in der Praxis umzusetzen, ist mit hohen Anforderungen an die rationale, emotionale und physische Kompetenzentwicklung der Pflegenden verbunden (vgl. Krohwinkel 1993: 21 f.; Krohwinkel 2013: 38).

Mit den zentralen Schlüsselkonzepten eng verbunden ist das Handlungssystem der Pflege. Als Handlungssystem beschreibt Krohwinkel fünf Modelle der Fördernden Prozesspflege: ABEDL[®]-Strukturmodell, Rahmenmodell, Pflegeprozessmodell, Managementmodell und Qualitätsentwicklungsmodell (Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen) (vgl. Krohwinkel 2013: 54). Krohwinkel entwickelt ein Strukturmodell der Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABDL[®]-Strukturmodell). Dieses ist eng mit dem Rahmenmodell und dem Pflegeprozessmodell verbunden, denn die Inhalte dieses Modells ermöglichen den Pflegenden eine differenzierte Betrachtung der Fähigkeiten und Ressourcen der Person (vgl. Michalke 2001:

70; Krohwinkel 2013: 41). Das Strukturmodell umfasst drei Kategorien, denen jeweils eine unterschiedliche Anzahl von Subkategorien untergeordnet ist. Die einzelnen Bereiche stehen untereinander in Beziehung und die gewählten Nummerierungen symbolisieren keine hierarchische Struktur (vgl. Krohwinkel 1993: 23). Um einzelne Aspekte deutlicher hervorzuheben, wurde das Kategoriensystem im Laufe der Theorieentwicklung verändert und spezifiziert (vgl. Rieckmann, Zenker 2007: E13). Die Kategorie „Lebensaktivitäten realisieren können“ enthält 11 Subkategorien, deren Begrifflichkeiten sich an den von Roper et al. (1980) benannten Lebensaktivitäten orientieren. Die Kategorien „Beziehungen sichern und gestalten können“ (drei Subkategorien) und „mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können“ (vier Subkategorien) wurden von Krohwinkel entwickelt und ergänzt (vgl. Krohwinkel 1993: 23; Krohwinkel 2013: 41). Im Rahmenmodell der Fördernden Prozesspflege werden Aussagen zum primären pflegerischen Interesse, zu primär pflegerischen Zielsetzungen und zu primär pflegerischen Handlungen getroffen. Im primären pflegerischen Interesse stehen die Bedürfnisse, Probleme und die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen bezogen auf die Aktivitäten, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des Lebens sowie seine primären persönlichen Bezugspersonen. Für die Pflege bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die Einflussfaktoren, welche sich auf die Fähigkeiten der Personen, Unabhängigkeit und Wohlbefinden innerhalb der ABDL[®] realisieren zu können, auswirken. Um die pflegerische Handlungssituation förderlich zu gestalten, ist es dienlich, die unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsphasen, die Gesundheits- und Krankheitsprozesse sowie die aktuelle Lebens- und Pflegesituation vor dem Hintergrund der lebensgeschichtlichen Erfahrungen zu berücksichtigen. Die primären pflegerischen Ziele sind darauf ausgerichtet, Unabhängigkeit und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Personen und ihrer persönlichen Bezugspersonen zu erhalten, zu fördern bzw. wiederzuerlangen. Es ist sehr bedeutsam, die Perspektive der pflegebedürftigen Personen zu beachten. Unabhängig vom Grad der Einschränkungen, d. h. unabhängig davon, ob sie gesund ist, wieder gesund wird, krank oder behindert bleibt oder stirbt, sollen die betroffenen Personen und auch deren Bezugspersonen an allen Entscheidungen aktiv beteiligt werden. Primär pflegerische Handlungen beziehen sich auf Unterstützung, Anleitung, Beaufsichtigung, Informationsgabe, Beratung und Begleitung als übergreifende Methoden pflegerischer Hilfeleistungen. Die damit verbundenen Vorgehensweisen, Verfahren und Methoden werden in Anpassung an die Pflegesituation und die individuellen Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme der Pflegebedürftigen und ihrer persönlichen Bezugsperson variabel gestaltet. Als Schlüsselkompetenzen bei der Umsetzung der Fördernden Prozesspflege bezeichnet Krohwinkel ein kommunikativ-förderndes Verhalten und ein Handeln, welches sich an den Bedürfnissen und Wünschen der pflegebedürftigen Person orientiert. Diese Grundcharakteristika sind einerseits allen Handlungen übergeordnet, andererseits zugleich Bestandteil der einzelnen pflegerischen Handlungen (vgl. Krohwinkel 1993: 25 ff.; Krohwinkel 2013: 55 ff.). Die Auf-

gaben und Verantwortungsbereiche der Pflegenden werden im Managementmodell definiert. Als Hauptaufgaben werden die direkte Pflege, die Pflegedokumentation und die pflegerische Arbeitsorganisation genannt. Weitere Aufgabenbereiche ergeben sich aus der Mitwirkung Pflegenden in anderen Verantwortungsbereichen. Pflegende sind beteiligt an der Umsetzung von diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Hier tragen die Pflegenden für die umgesetzten Maßnahmen die Durchführungsverantwortung. Bei der Erbringung von Kooperations- und Koordinationsleistungen stehen die Pflegenden in der Verantwortung, sich mit anderen Berufsgruppen abzustimmen. Als Organisationsform der Pflege favorisiert Krohwinkel die Bezugspflege. Wichtiges Charakteristikum dieser Form der Arbeitsorganisation ist, dass nicht fragmentierte Aufgaben- und Verantwortungszuordnungen im Mittelpunkt stehen, sondern die Übernahme von Gesamtverantwortung durch die jeweilige primäre pflegerische Bezugsperson das pflegerische Handeln leiten (vgl. Krohwinkel 1993: 33 ff.). Im Kontext der Fördernden Prozesspflege ist der Pflegeprozess „auf allen Ebenen und in allen Phasen als personenzentrierter und förderungsorientierter Beziehungs-, Problembearbeitungs- und Entwicklungsprozess konzipiert“ (Krohwinkel 2013: 63). Die Prozessebenen beziehen sich auf die Wechselwirkungen mit den Verantwortungsebenen der direkten Pflege, der Pflegeorganisation und der Pflegedokumentation. Da im Rahmen der direkten Pflege der Pflegeprozess unmittelbar realisiert wird und die Pflegenden die Wirkungen, Verläufe und Auswirkungen von Pflege und Betreuung beobachten, erfragen und evaluieren, ist diese Ebene von übergeordneter Bedeutung. Auf der Ebene der Dokumentation sollen die Kontinuität und Qualität im Pflegeprozess sichergestellt werden und zugleich die pflegerischen Leistungen nach außen transparent dargestellt werden. Um eine personenzentrierte und förderungsorientierte Pflege umzusetzen, ist es zudem notwendig, die Arbeitsorganisation im Pflegebereich personenzentriert und bedarfsgerecht zu gestalten. Personelle, zeitliche und materielle Ressourcen sind so zu planen, dass ein hohes Maß an Kontinuität gewährleistet werden kann (vgl. Krohwinkel 2013: 63). Die Phasen des Prozessmodells, die im Folgenden dargestellt werden, sind in Anlehnung an das vierstufige Modell der World Health Organization (WHO) konzipiert (vgl. Krohwinkel 1993: 28). Die Prozessphasen folgen einem Zyklus, wobei sich die einzelnen Phasen jedoch auch überschneiden können. Um die aktuelle Situation der betroffenen Person und ihrer mitbetroffenen Bezugspersonen verstehen zu können, ist es notwendig, deren Lebens- und Pflegesituation und deren Entwicklungsprozess vor Übernahme der pflegerischen Betreuung zu erfassen. Aus diesem Grund wird in der Erhebungsphase neben den aktuellen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Problemen des pflegebedürftigen Menschen auch die Vorgeschichte erhoben und Anamnesen, Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen anderer Berufsgruppen einbezogen, wenn diese sich auf die aktuelle Pflegesituation auswirken. In der Planungsphase werden die bereits gewonnenen Informationen genutzt, um gezielt personen- und situationsbezogene Assessments durchzuführen, Ressourcen zu erkennen

und pflegerische Interventionen zu planen. Die Ergebnisse werden in einem vorläufigen Pflegeplan dokumentiert (vgl. Krohwinkel 2013: 64 ff.). Die Umsetzung der zuvor geplanten Maßnahmen erfolgt in der Phase der Durchführung. Die fachgerechte Umsetzung der Ziele fördernder Prozesspflege ist in einem hohen Maß von der Auswahl pflegerischer Interventionen sowie von der gezielten, individuellen und flexiblen Anwendung der pflegerischen Methoden abhängig (vgl. Krohwinkel 1993: 31). Im Rahmen einer systematischen Evaluation wird der Grad der Zielerreichung und somit der Erfolg der Pflegemaßnahmen beurteilt. In dieser Phase dient der pflegebedürftige Mensch selbst als primäre Informationsquelle, denn sein Verhalten und seine Reaktionen können am besten Auskunft darüber geben, welche Veränderungen der Pflegeprozess in Bezug auf die jeweilige Lebens- und Pflegesituation hervorgerufen hat (vgl. Krohwinkel 1993: 31 f.; Krohwinkel 2013: 68). Auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse können die pflegerischen Maßnahmen in Absprache mit den pflegebedürftigen Menschen der aktuellen Situation angepasst werden (vgl. Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 76 f.). Auch das ursprünglich von Krohwinkel beschriebene Prozessmodell wurde im Verlauf der Theorieentwicklung erweitert, indem sich die Aussagen nicht mehr nur auf den Bereich Krankenhaus beziehen. Wenn bei der pflegebedürftigen Person über den akuten Bedarf hinaus längerfristig pflegerischer Betreuungsbedarf besteht (z. B. in der stationären Altenpflege), dann gewinnt die Einbeziehung der Lebensgeschichte und der lebensgeschichtlichen Erfahrungen eine hohe Bedeutung. Die Lebensgeschichte und die damit verbundenen Erfahrungen werden im Rahmen des Pflegeprozesses erhoben, berücksichtigt und dokumentiert. Das Qualitätsentwicklungsmodell gibt Pflegenden eine Orientierungshilfe, indem praktisches Erfahrungswissen in einen Lern- und Entwicklungsprozess einfließen und neue Pflegesituationen individuell und kompetent gestaltet werden können. Die einzelnen Schritte des reflektierenden Erfahrungslernens verlaufen analog den Pflegeprozessphasen. Ausgangspunkte sind die vorhandenen Praxiserfahrungen der Pflegenden und bestehende Probleme, die sich im Pflegealltag ergeben. Auf der Basis von Reflexion und Diskussion werden die gemachten Erfahrungen analysiert und evaluiert. Die so gewonnenen Einsichten und die Einbeziehung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse führen zu einem erweiterten Problembewusstsein. Das neue Verständnis der Situation befähigt die Pflegenden, gemeinsam Problemlösungsstrategien und alternative Handlungsweisen zu entwickeln, um so eine aktive Veränderung einer konkreten Situation herbeizuführen. Nach der Erprobung der geplanten Veränderungen in der Praxis fließen die gesammelten Erfahrungen als neue Praxiserfahrung in den Lernprozess ein.

2.1.2.5 Umsetzung von Pflege-theorien in der aktuellen beruflichen Praxis

Neben den Vorteilen der Handlungsorientierung und deren vielfältigen Einsatzmöglichkeiten werden auch Grenzen bezüglich der praktischen Umsetzung von Pflege-theorien diskutiert. So ist

nach jahrelanger Euphorie eine Theoriemüdigkeit eingetreten. Der zunehmende ökonomische Druck führt in den verschiedenen Institutionen der Gesundheitsversorgung zur Arbeitsverdichtung und zu reduzierten Personalressourcen. Die Umsetzung einer umfassenden und prozessorientierten Pflege und Begleitung von Patienten und Bewohnern wird dadurch erschwert. Pflegetheorien bieten für diese aktuell gegebenen Rahmenbedingungen keine praktikablen Lösungsansätze (vgl. Süß 2014: 42).

Auf der Basis ihrer eigenen Erhebungen (zwischen 1995 und 2004) stellte Krohwinkel fest, dass der Umfang des Wissens, das Ausmaß und die Qualität der Umsetzung Fördernder Prozesspflege im Praxisalltag erheblich variieren. Die Untersuchungen zeigten, dass einige Einrichtungen die Qualität der Pflegepraxis auf der Basis der theoretischen Grundlagen verbessern und weiterentwickeln konnten. Ein Teil der Einrichtungen setzt jedoch nur Teile der Fördernden Prozesspflege um (vgl. Krohwinkel 2013: 21; Rieckmann, Zenker 2007: E13).

Neben der Umsetzungsproblematik zeigen sich auch Grenzen in Bezug auf die bestehenden Weiterentwicklungen im Bereich der Altenpflege. Planer (2012) verweist darauf, dass neue Wohnformen, die konzeptionell auf ein sozialpflegerisches, familiäres Verständnis von Pflege aufbauen, im aktuellen Stand der Theorie von Krohwinkel nicht ausreichend aufgegriffen werden. Der propagierte familiäre Charakter sowie die strukturelle Komplexität und Dynamik des Beziehungsgeflechtes von Wohngruppen bzw. von Hausgemeinschaften werden aus Sicht von Planer in der eindimensionalen Betrachtung der Beziehung zwischen Pflegebedürftigem und Pflegendem nicht abgebildet.

Vor dem Entstehungshintergrund der Studie „Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexikranken“ betont Planer (2012) die medizinische Ausrichtung der Theorie und die damit überwiegend körperbezogene Wahrnehmung des Menschen. Innerhalb einer stationären Pflege sollten die pflegerischen Ziele ihrer Meinung nach jedoch nicht auf Heilung oder Rehabilitation ausgerichtet sein, sondern der Fokus auf die Entwicklung einer individuellen Lebenswelt und individuellen Lebensqualität gelenkt werden. Des Weiteren verweist Planer auf die Nachteile, die mit einer zunehmenden Zergliederung der Theorie verbunden sind. Einerseits soll dadurch die Komplexität der Pflege abgebildet werden, andererseits führt diese zu mehr Irritationen in der Praxis. Wenn die einzelnen Informationen innerhalb des Pflegeprozesses nicht personen- und kontextbezogen synthetisiert werden, besteht die Gefahr, dass standardisierte Pflegeprobleme und standardisierte Pflegepläne in den Mittelpunkt der Pflege rücken und die Ganzheitlichkeit und die Identität der Pflegebedürftigen nicht in ausreichendem Maße Berücksichtigung finden.

2.1.3 Grundprinzipien pflegerischen Handelns

Ein großer Teil des beruflichen Handelns von Pflegenden ist durch intensiven körperlichen, psychischen und sozialen Kontakt mit zu pflegenden Menschen gekennzeichnet (vgl. Rehbock 2000: 281). Die Durchführung persönlicher und körperbezogener Alltagsaktivitäten, wie beispielsweise die Grundpflege oder das Essenreichen führen dazu, dass sich Pflegende und Pflegebedürftige nahekomen. In der Folge geht die Qualität der Beziehung meist über die fachlich-technische Ebene hinaus und ist durch Vertrauen und persönliche Vertrautheit gekennzeichnet (vgl. Lay 2015: 90).

Als Besonderheit der Arbeitssituation ist auch zu sehen, dass sich die pflegebedürftigen Menschen in außergewöhnlichen Lebenssituationen befinden, in denen einige von ihnen aufgrund von Alter, Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage sind, ihre Bedürfnisse und Ängste auszudrücken und Fürsorge für sich selbst zu übernehmen. Dann ist es Aufgabe der Pflegenden, Verantwortung stellvertretend zu übernehmen und die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu unterstützen (vgl. Mesaall, Löscher, Rorbach 2013: 2). Gleichzeitig ist das Handeln der beruflich Pflegenden auch durch Ökonomisierungsdruck und Verpflichtungen gegenüber den Institutionen geprägt, in denen Pflege stattfindet. Lay (2015: 66) sieht die aktuelle Gefahr darin, „dass sich Arbeitsweisen etablieren, die an eine Fließbandproduktion erinnern und einer menschenwürdigen Pflege zuwider laufen“. Die enge Zusammenarbeit mit existentiell betroffenen Menschen einerseits und bestehende Anforderungen außerhalb der Pflegebeziehung weisen darauf hin, dass Verantwortung innerhalb der pflegerischen Berufsausübung eine zentrale Rolle spielt (vgl. Lauber 2012: 261). In der Öffentlichkeit werden vor allem ethische Diskussionen zu großen Themen, wie beispielsweise zur Organtransplantation geführt (vgl. Mesaall, Löscher, Rorbach 2013: 1). Ethik bezieht sich aber auch auf das alltägliche Handeln von Pflegenden. Ethik in der Pflege „beginnt dort, wo man Gewohntes in Frage stellt und darüber nachdenkt, ob es dem Wohl von Menschen dient“ (Lay 2015: 70). In der Verantwortung gegenüber den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sind Pflegende im Berufsalltag mit zahlreichen Problemen konfrontiert, die der ethischen Reflexion bedürfen (vgl. Rehbock 2000: 281).

Ethische Werte eines Menschen sind jedoch nicht naturgegeben, sondern erschließen sich durch die Einordnung des Individuums in die Gesellschaft und die dort kulturell verankerten Werte (vgl. Mesaall, Löscher, Rorbach 2013: 1). Das Handeln von Berufstätigen wird neben dem persönlichen Wertesystem und den gesellschaftlich geltenden Normen auch durch berufliche Werte und Normen bestimmt. Diese sind in geschichtliche Kontexte eingebunden und entwickeln sich im Laufe der Zeit weiter. Bis weit in das 20. Jahrhundert hinein bezogen sich ethische Fragestellungen in der Pflege vor allem auf den persönlichen Charakter der Pflegepersonen. Im Fokus standen Tugenden, wie beispielsweise Pünktlichkeit, Freundlichkeit, Zurückhaltung und Gehorsam, die den Pflegenden zu eigen sein sollten.

„Moralisch zu handeln bedeutete, vorgeschriebene Aufgaben mit technischer Perfektion in weiblich zugewandter Haltung auszuführen.“ (Bobbert 2002, zitiert nach Knoepffler, Burmeister 2014: 513)

Durch die Veränderungen im beruflichen Verständnis von Pflege und die damit verbundene zunehmende Professionalisierung und Souveränität des Berufes hat die Bedeutung eigenständiger ethischer Richtlinien zugenommen (vgl. Knoepffler, Burmeister 2014: 513). Dabei hat sich auch der Schwerpunkt der ethischen Reflexion von den Eigenschaften der Pflegeperson hin zum konkreten pflegerischen Handeln mit den pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen verlagert.

Wie professionell Pflegende ihre Verantwortung gegenüber den pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen wahrnehmen können, ist in Berufskodizes beschrieben. Diese enthalten Prinzipien und Regeln für das berufliche Handeln, welche den Pflegenden als Orientierungsrahmen und Entscheidungshilfe dienen. An der Erarbeitung und Verbreitung von Berufskodizes sind die Berufsverbände der Pflegenden maßgeblich beteiligt, denn sie sehen sich in der Verantwortung für die Sicherstellung moralischer Standards innerhalb der Berufsausübung. In Deutschland existieren verschiedene Berufskodizes, welche von verschiedenen Berufsverbänden erarbeitet und herausgegeben werden. Viele von ihnen orientieren sich an dem bekannten Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) (vgl. Lauber 2012: 261 ff.).

Der International Council of Nurses ist ein Zusammenschluss von mehr als 130 nationalen Berufsverbänden der Pflege. Bereits seit 1899 vertritt der ICN die Pflegenden auf internationaler Ebene, aktuell mit mehr als 16 Millionen professionell Pflegende (ICN 2017). Der International Council of Nurses verpflichtet sich, die Qualität der Pflege auf hohem Niveau sicherzustellen und setzt sich weltweit für die Interessen der Pflegenden auch auf der Ebene der Gesundheitspolitik ein. Für die Pflege hat der ICN erstmals 1953 ethische Grundregeln im Sinne einer Berufsethik für Pflegende formuliert (vgl. ICN 2012). Die erstmalige Fassung des Kodex wurde im Zuge des sich wandelnden beruflichen Selbstverständnisses seitdem mehrmals überarbeitet und aktualisiert. Die letzte Überarbeitung fand im Jahr 2012 statt (vgl. ICN 2012; Knoepffler, Burmeister 2014: 513). Auch in Deutschland haben die Richtlinien des internationalen Weltverbandes eine große Bedeutung. So hat der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) als größter Berufsverband für Pflegeberufe in Deutschland und als Mitglied des ICN die internationale Leitlinie übernommen (vgl. ICN 2012). Auch andere nationale Berufsverbände nutzen die internationale Leitlinie als Rahmenorientierung (vgl. Knoepffler, Burmeister 2014: 513).

Der ICN-Ethikkodex ist ein Leitfaden, der die Grundlagen für ein Handeln nach sozialen Werten setzt. In der Präambel wird auf die nicht zu lösende Verbindung von Pflege und Menschenwürde verwiesen.

„Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt.“ (ICN 2012)

Der Berufskodex ist in vier Teile gegliedert, die den Rahmen für ethische Verhaltensweisen bestimmen. Im ersten Teil wird beschrieben, wie professionell Pflegende mit ihren Mitmenschen umgehen sollten. Laut ICN-Kodex gilt die grundlegende berufliche Verantwortung dem pflegebedürftigen Menschen, deren Wertvorstellungen, Glauben und Gewohnheiten von den Berufsangehörigen respektiert werden sollen. Die Gestaltung der Pflegebeziehung, die Planung und die Umsetzung von Pflegemaßnahmen sollen vor dem Grundsatz der Selbstverfügung des Pflegebedürftigen erbracht werden. Zudem wird im ersten Abschnitt darauf hingewiesen, dass sich pflegerisches Handeln nicht im unmittelbaren zwischenmenschlichen Kontakt erschöpft und dass Pflegende auch gesellschaftliche Verantwortung tragen. Die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung sind zu unterstützen und darüber hinaus ist auch die Umwelt zu schützen (vgl. ICN 2012; Knoepffler, Burmeister 2014: 516).

Der zweite Teil legt dar, was während der Berufsausübung beachtet werden sollte. Beruflich Pflegende tragen nicht nur für ihre fachliche Kompetenz und deren Weiterentwicklung Verantwortung, sondern auch für ihre eigene Gesundheit. Sie sind auch dazu angehalten, durch ihr persönliches Verhalten das Ansehen des Berufes gegenüber der Öffentlichkeit zu stärken. Der dritte Teil bezieht sich auf die Verantwortung der professionell Pflegenden für die Weiterentwicklung des Berufsstandes. Pflegende sollen die Verantwortung für ihre beruflichen Tätigkeitsfelder (Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegeforschung, Pflegeausbildung) übernehmen. Auch werden Pflegende angehalten, sich an der Entwicklung neuer beruflicher Erkenntnisse zu beteiligen und eine evidenzbasierte Berufsausübung zu unterstützen. Liegen den Pflegenden Kenntnisse über unethisches Handeln oder unethische Rahmenbedingungen vor, so sollen sie sich engagiert zeigen und sich für ein ethisch fundiertes Arbeitsumfeld einsetzen. Im vierten Teil beschreibt der ICN-Kodex, dass die Zusammenarbeit mit Kollegen aus der Pflege und aus anderen Berufsgruppen respektvoll gestaltet werden sollte. Zudem sollten sich Pflegende für die Förderung ethischer Verhaltensweisen einsetzen. Die Verfasser der internationalen Richtlinie geben im Anschluss der Ausführungen weiterführende Hinweise zur Anwendung des Ethikkodexes auf den Ebenen Praxis und Management, Ausbildung und Forschung sowie nationale Berufsverbände (vgl. ICN 2012).

Der Ethikkodex des International Council of Nurses unterstützt die Pflegenden bei der Findung eines gemeinsamen Werteverständnisses. In ihren Ausführungen analysieren und hinterfragen Knoepffler und Burmeister (2014: 516 ff.) die Inhalte des ICN-Kodex im Kontext von Berufsethos

und Eigeninteresse der Pflegenden. Sie sehen es als nachteilig an, dass sich der internationale Berufskodex mit seinen Inhalten auf die Gesamtheit des Berufsstandes (Praxis, Ausbildung, Forschung und Management) bezieht. Da Deutschland zu den Ländern gehört, in denen die Erstausbildung der Pflegenden noch nicht akademisiert ist, erachten Knoepffler und Burmeister es als notwendig, Differenzierungen im Hinblick auf eine moralische Anspruchshaltung vorzunehmen. Sie stellen auch fest, dass in den Ausführungen nicht nur Belange der beruflichen Pflicht- und Verantwortungsbereiche der Pflegenden angesprochen werden, sondern auch ihre gesellschaftliche Verantwortung und ihr Verhalten auf persönlicher Ebene. Das Vermischen der Verantwortungsebenen im Rahmen des Berufskodexes kann jedoch dazu führen, dass Pflegende dazu angehalten werden, „als ganze Person in den normativen Erwartungen an ihren Berufsstand aufzugehen“ (Knoepffler, Burmeister 2014: 518). Mit solchen Ansprüchen wird die Überforderung von Pflegenden und die Idealisierung des beruflichen Handelns forciert. Knoepffler und Burmeister merken an, dass die Lesart des Kodexes auf eine Funktionalisierung der Pflegenden hinweist, in der die Eigeninteressen der Berufsgruppe unberücksichtigt und altruistische Verausgaben als eigenes moralisches Problem nur unzureichend wahrgenommen werden. Aus diesem Grund fordern sie die Verfasser des ICN-Kodexes dazu auf, in zukünftigen Überlegungen die Pflegenden nicht nur als ausführende Personen, sondern auch als Teil und Gegenstand moralischer Überlegungen mit einzubeziehen (vgl. Knoepffler, Burmeister 2014: 522 ff.).

Die im ICN-Kodex formulierten Grundsätze und Verhaltensregeln konstatieren die hohe Verantwortung, die professionell Pflegende für ihr Handeln tragen. Die allgemein verfassten Aussagen geben jedoch keine konkreten und fertigen Handlungsanweisungen, die für jede Handlungssituation einsetzbar sind. So können Berufskodizes zwar als Orientierungspunkte genutzt werden, die ethischen Entscheidungen im Einzelfall können sie den einzelnen Pflegenden dennoch nicht abnehmen (vgl. Lauber 2012: 256 f.; Mesaall, Löscher, Rorbach 2013: 2). Die ganze Bedeutung eines Berufskodex kann aber nur entfaltet werden, wenn die Pflegenden ihr Handeln an den entsprechenden Inhalten orientieren.

Um Voraussetzungen für eine gute Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen in Institutionen zu schaffen, ist es notwendig, die Alltagsroutinen zu hinterfragen und die Perspektive der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen (Kämmer 2015a: 99). Dieses Ziel verfolgt die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (Pflege-Charta). Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wurde im Jahr 2003 der "Runde Tisch Pflege" einberufen. Zahlreiche Experten aus den verschiedenen Verantwortungsbereichen der Altenpflege (Länder, Kommunen, Einrichtungsträger, Wohlfahrtsverbände, private Trägerverbände, Heimaufsicht, Pflegekassen, Interessenvertretungen der älteren Menschen, Wissenschaftler, Stiftungen) beteiligten sich zwischen 2003 und 2005 an der Ausarbeitung von Hand-

lungsempfehlungen zur Verbesserung der häuslichen und stationären Pflege und dem Bürokratieabbau. Als zentrale Maßnahme wurde die "Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen" formuliert. Die Charta informiert hilfe- und pflegebedürftige Personen in verständlicher Sprache über ihre Rechte und in welchem Umfang sie Erwartungen an ihre soziale Umwelt herantragen können (vgl. Aichele 2014: 31). Sie richtet sich aber auch an die Menschen, die Verantwortung in Pflege und Betreuung übernehmen, die sich beruflich oder auf der Basis von freiwilligem Engagement auf unterschiedlichen Ebenen für das Wohl von pflege- und hilfebedürftigen Menschen einsetzen (vgl. BMFSFJ 2010: 6). Damit stärken die gegebenen Handlungsempfehlungen einerseits die Rolle und die Rechtsstellung der Betroffenen und ihrer Angehörigen und andererseits werden die Pflegenden bei der Gestaltung des Hilfs- und Pflegeprozesses unterstützt.

Die Charta stellt Bezüge zu international anerkannten Menschenrechten her. Sie schafft aber keine neuen Rechte, sondern erinnert an den Bestand aktueller Rechte und klärt über die mit den Rechten verbundenen Verpflichtungen der beteiligten Akteure auf (vgl. Aichele 2014: 31 f.). Die Präambel der Charta beginnt mit dem Hinweis auf die Würde des Menschen. Es wird darauf hingewiesen, dass pflegebedürftige Menschen keine Benachteiligungen aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation erfahren dürfen. Zielsetzung der Charta ist es, die Rolle und Rechtsstellung der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu stärken. Darüber hinaus werden Qualitätsmerkmale genannt, die im Sinne guter Pflege und Betreuung anzustreben sind (vgl. BMFSFJ 2010: 6). Richten Pflegende und Pflegeinstitutionen ihr Handeln und ihre Organisation an den Rechten der Pflegebedürftigen aus, kann dies zu vielfältigen Veränderungen führen. Beispielsweise kann die Pflege-Charta als Anstoß für die Fortentwicklung von Strukturen und Prozessen und auch als Instrument der Organisations- und Personalentwicklung genutzt werden (vgl. Aichele 2014: 32 f.).

Die acht Artikel der Charta werden durch Kommentierungen erläutert. Diese sind als exemplarische Hinweise zu verstehen und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Die Charta kann sowohl von ambulanten als auch teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen als Leitfaden genutzt werden. Aktuell gibt es jedoch noch keine genauen Erkenntnisse darüber, in wie weit die Pflege-Charta in der Praxis verbreitet ist und welche Bedeutung ihr dort zukommt. Im Rahmen des zehnjährigen Bestehens der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ im Jahr 2016 wurde über ihren aktuellen Stellenwert diskutiert und Weiterentwicklungspotentiale in den Bereichen Kultursensibilität, Integration und Teilhabe sowie den rechtlichen Schutz im Bereich der informellen Pflege aufgezeigt. Die DBfK-Präsidentin Prof. Christel Bienstein bewertete die Charta auch als Recht der professionell Pflegenden, dessen Umsetzung nur durch die Schaffung von nötigen Rahmenbedingungen ermöglicht werden kann (vgl. DBfK 2016: 57).

Artikel der Charta

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.

Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

Artikel 3: Privatheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe und Pflege sowie der Behandlung.

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

Abb. 2: Artikel der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
(nach BMFSFJ 2010)

2.1.4 Berufsverständnis

2.1.4.1 Entwicklung der Krankenpflegeausbildung

Die Grundlagen für die Entwicklung des beruflichen Selbstverständnisses von professionell Pflegenden werden bereits in der Ausbildung gelegt. Der Pflegeberuf und die Pflegeausbildung sind von ihren Traditionen aber auch von den sich stetig wandelnden Herausforderungen geprägt (vgl. Hiemetzberger, Messner, Dorfmeister 2010: 150; Breuckmann 2014: 501). Nach wie vor befindet sich der Pflegeberuf in einem Prozess der Weiterentwicklung, der aus Sicht der Fachexperten und der Politik als unumgänglich angesehen wird (vgl. Breuckmann 2014: 506).

Die Pflege hat sich im Laufe des vergangenen Jahrhunderts von einer wenig qualifizierten Arbeitstätigkeit zu einem modernen, personenbezogenen Dienstleistungsberuf gewandelt. Im Jahr 1906 wurden in Preußen erstmals Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen erlassen. Eine einjährige Ausbildung und eine ordentliche Prüfung waren damals als Voraussetzung für die Ausübung der pflegerischen Tätigkeit notwendig. Bestehende Forderungen nach einer dreijährigen Pflegeausbildung konnten zunächst nicht durchgesetzt werden (vgl. Seidler 1993: 213; Lademann, Isfort 2014: 22).

Das nationalsozialistische Regime erließ 1938 das Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege, welches die Leitung von Krankenpflegesschulen unter ärztliche Kontrolle stellte. Die Dominanz der Medizin innerhalb der Pflegeausbildung blieb auch nach den Kriegszeit bis in die 1960er Jahre bestehen (vgl. Lademann, Isfort 2014: 22). Bis zum Jahr 1997 war Pflege als ärztlicher Assistenzberuf definiert (vgl. Hiemetzberger, Messner, Dorfmeister 2010: 150).

Nach 1945 veränderten sich die gesellschaftlichen Bedingungen und Inhalte der Pflegepraxis, so dass die pflegerische Berufsausbildung in den Folgejahren sowohl vom Umfang als auch von den Inhalten stetig weiterentwickelt wurde (vgl. Lademann, Isfort 2014: 22). Um den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden zu können, mussten Pflegenden ihre Rolle im Gesundheitswesen klarer definieren und das Spektrum der Tätigkeiten erweitern (vgl. Hiemetzberger, Messner, Dorfmeister 2010: 150). Diskussionen um ein neues Krankenpflegegesetz hielten bis 1957 an. Sie bezogen sich auf Aufgaben von Pflegenden, den Sinn der Pflege sowie auf Umfang und Niveau der Ausbildung. Bis dahin galt die 1938 eingeführte Regelung einer zweijährigen Ausbildung. Durch das neue Gesetz wurde der theoretische Unterrichtsanteil erhöht und ein Berufspraktikum nach Abschluss der Ausbildung eingeführt. Das Gesetz blieb dennoch hinter den Erwartungen und den bestehenden internationalen Anforderungen zurück, die Krankenpflege als eigenständigen Gesundheitsfachberuf zu etablieren. Deshalb wurde die Auseinandersetzung um das Berufsbild der Krankenpflege stetig fortgesetzt (vgl. Seidler 1993: 245 f.).

Ein grundlegender Wandel des Berufsbildes wird in der Novellierung des Krankenpflegegesetzes von 1965 sichtbar. Veränderungen waren nötig, denn durch die Zunahme der Pflegebedürf-

tigkeit in der Bevölkerung, die deutliche Erhöhung der Zahl an Krankenhausbetten und die Verkürzung der Arbeitszeit des Pflegepersonals war der Bedarf an Pflegepersonal erheblich gestiegen. Zudem sollte das Ausbildungsniveau des Krankenpflegepersonals angehoben werden, denn der medizinische Fortschritt ging mit höheren Bildungsanforderungen einher (vgl. Kühn, Heumer 2010: 64 f.). Die Ausbildungsdauer wurde auf drei Jahre erhöht und der theoretische Unterrichtsanteil stieg um fast das Dreifache auf 1200 Unterrichtsstunden. Im Rahmen der praktischen Ausbildung musste eine vorgeschriebene Anzahl an spezifischen Fachabteilungen durchlaufen werden. Die schulischen Zugangsvoraussetzungen wurden angehoben und der Stellenwert der hauswirtschaftlichen Vorkenntnisse nahm ab. Im Rahmen der Novellierung des Krankenpflegegesetzes wurde ein zweiter Ausbildungsweg für Pflegehilfskräfte gesetzlich geregelt (vgl. Kreutzer 2005: 28, 253). Durch die Abgrenzung von hauswirtschaftsnahen Tätigkeiten sollte der Status des Krankenpflegepersonals verbessert werden und mehr Personal gewonnen werden (vgl. Kühn, Heumer 2010: 65). Seit 2004 wird die Krankenpflegehilfe nicht mehr durch das Krankenpflegegesetz reguliert, sondern unterliegt den landesrechtlichen Regelungen der Bundesländer (vgl. Hein 2015: 551).

Als Besonderheit ist zu sehen, dass durch die Novellierung des Krankenpflegegesetzes 1965 die Kinderkrankenpflege als eigenständige Ausbildung festgelegt wurde. Als Begründung für den Bedarf einer eigenen Ausbildung wurde angebracht, dass die Pflege kranker Kinder besondere Zuwendung benötige und darüber hinaus Kinderkrankenschwestern auch erzieherische Aufgaben zu erfüllen haben (vgl. Lauber 2012: 60).

2.1.4.2 Entwicklung der Altenpflegeausbildung

Im Zuge dieser Veränderungen entwickelte sich in der jüngsten Vergangenheit die Ausbildung in der Altenpflege. Die Versorgung hilfsbedürftiger alter Menschen wurde zuvor seit Jahrhunderten von Familienangehörigen übernommen (vgl. Köther 2011: 994). Später wurden die Angehörigen von Ordensschwestern oder Gemeindeschwestern unterstützt. Es bestand zunehmend die Schwierigkeit, den erforderlichen Pflegebedarf innerhalb der Familie zu sichern. Durch die zunehmende Anzahl älterer Menschen und durch sich wandelnde soziale Strukturen, z. B. sozialer Wohnungsbau, der zur Auflösung von Großfamilien führte, wurde vermehrt professionell organisierte Pflege notwendig (vgl. Köther, Gnam 1995: 51; Stöcker 2002: 95; Kühn, Heumer 2010: 68 ff.). Die Ausbildung in der Krankenpflege war demzufolge primär an den Krankheiten und Krankheitsbildern des Menschen orientiert. Eine am alten Menschen ausgerichtete Pflege benötigt jedoch auch spezifische Kenntnisse in Bezug auf soziale Betreuung und Alltagsgestaltung. Aufgrund des bestehenden Personalmangels ging eine Vielzahl der Altenheime dazu über, ausgebildete Krankenschwestern in Führungspositionen einzusetzen und Laienpersonal zur Grund-

versorgung der alten Menschen einzustellen (vgl. Kolain, Zapp 2006: 29), so dass unmittelbare pflegerische Tätigkeiten zunächst von un- oder angelernten Pflegekräften übernommen wurden. Um den Bedürfnissen der alten pflegebedürftigen Menschen besser gerecht zu werden, wurden in den 1950er-Jahren hausinterne Lehrgänge durchgeführt, welche fachliches Wissen aus der Grundpflege und Medizin in einer sehr verkürzten Ausbildung vermittelten (vgl. Lauber 2012: 60; Köther, Gnam 1995: 52 f.). Erst in den 1970er-Jahren löste sich die Pflege älterer Menschen von der Krankenpflege ab und setzte sich als Beruf mit eigenständigem, auf sozialbetreuerischen Schwerpunkt ausgerichtetem Handlungsfeld durch (vgl. Charlier 2007: 341), in dessen Mittelpunkt die Gesamtsituation des alten Menschen mit seinen sozialen und gesundheitlichen Problemen steht (vgl. Köther, Gnam 1995: 51).

In Nordrhein-Westfalen wurde 1969 die erste zweijährige Ausbildung in der Altenpflege konstituiert. Die anderen Bundesländer folgten und bis 1979 wurde die Altenpflege als Ausbildungsberuf in allen Bundesländern eingeführt.

Mittels einer gesetzlichen Rahmenvereinbarung zwischen den Bundesländern wurden ab 1984 alle Altenpflegeausbildungen in allen Bundesländern anerkannt. In der Folgezeit erweiterten einige Bundesländer die Ausbildung auf drei Jahre. Hinzu kamen Bestrebungen, die Altenpflegeausbildung, ähnlich wie die in der Krankenpflege, bundeseinheitlich zu regeln. Nach jahrelanger Diskussion trat am 01.08.2003 das bundeseinheitliche Altenpflegegesetz (AltpfG) in Kraft (vgl. Charlier 2007: 341 f.; Lauber 2012: 60).

Aktuell ist die Ausbildung der professionellen Pflege in drei Ausbildungsgänge geteilt. Die Ausbildungen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege werden in Bundesgesetzen geregelt, setzen eigene Schwerpunkte und haben jeweils einen eigenen Abschluss (vgl. Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 23).

Das Krankenpflegegesetz von 1965 hatte 20 Jahre Gültigkeit. Es wurde nach lang anhaltenden Diskussionen und einer Vielzahl von Entwürfen und Stellungnahmen 1985 abgelöst. Es wurden die in einer EU-Richtlinie geforderten Normen umgesetzt und die Durchführung einer geplanten Pflege verankert (vgl. Lauber 2012: 59). Durch die letzte Neufassung des Krankenpflegegesetzes von 2003 wurde die Neuordnung der beruflichen Pflege unterstützt (vgl. Stöcker 2003: 618). Es zeichnete sich ein umfassendes Berufs- und Pflegeverständnis ab. Stand im Krankenpflegegesetz von 1985 noch die Mitwirkung der Pflegenden am Genesungsprozess im Vordergrund, definiert das neue Gesetz zusätzlich zu mitverantwortlichen und interdisziplinären Aufgabenbereichen erstmals auch einen eigenständigen Verantwortungsbereich für die Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. Warmbrunn, Stöhr, Trumpetter 2006: 10; Stöcker 2003: 618 ff.). Dazu sind unter anderem die Umsetzung des Pflegeprozesses (Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Evaluation der Pflege), die Qualitätssicherung, die Anleitung und Beratung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen genannt. Neben der

Konkretisierung der Kompetenzen wird auch die inhaltliche Ausrichtung vertieft und erweitert. Bisher war eine „sach- und fachkundige Pflege“ (§ 4 Abs. 1 KrPflG 1985) gefordert. Das novellierte Krankenpflegegesetz hebt zusätzlich eine wissenschaftliche Fundierung der vermittelten Erkenntnisse hervor (§ 3 Abs. 1 KrPflG 2003) (vgl. Warmbrunn, Stöhr, Trumpetter 2006: 10).

Als Paradigmenwechsel wird die neu geschaffene Verknüpfung zwischen Gesundheit und Pflege gewertet (vgl. Stöcker 2003: 619), welcher sich auch in der veränderten Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger“ widerspiegelt. Die erweiterte Ausrichtung von Pflege ist auch darin erkennbar, dass das Gesamtausbildungsziel sowohl präventive, rehabilitative als auch palliative Anteile beinhaltet, welche auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung von Gesundheit ausgerichtet sind (vgl. Warmbrunn, Stöhr, Trumpetter 2006: 10). Damit werden neue Handlungsfelder für Pflegenden erschlossen. Ein umfassendes Berufs- und Pflegeverständnis wird auch in der Ausrichtung auf die ganze Lebensspanne des Menschen sichtbar. Nicht nur der erwachsene Kranke bzw. das kranke Kind stehen im Mittelpunkt der Ausbildung, sondern die pflegebedürftigen Menschen mit ihrer jeweils individuellen Pflegesituation. Die Ausbildungsziele betonen zudem, dass die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der zu pflegenden Menschen berücksichtigt werden sollen (§ 3 KrPflG 2003)(vgl. Warmbrunn, Stöhr, Trumpetter 2006: 10). Insgesamt zeigt sich, dass die Ausbildungsziele den seit Jahren geforderten Ansprüchen professioneller Pflege folgen, denn im Rahmen der Ausbildung werden sowohl das eigenverantwortliche Handeln als auch das professionelle Selbstbewusstsein der beruflich Pflegenden gefördert (vgl. Stöcker 2003: 622).

Auch das Berufsbild der Altenpflege hat sich in den vergangenen Jahren gewandelt. In den 1960er- und 1970er-Jahren standen psychosoziale Aspekte sowie Beratung und Anleitung zur Beschäftigung im Zentrum der Betreuung. Bedeutende Veränderungen wie die Zunahme von Hochaltrigkeit, Veränderung des Krankheitspanoramas und die vermehrte Chronifizierung von Krankheiten führten zu erweiterten fachlichen Anforderungen in der Altenpflege (vgl. Böhme 2002: 240). Nach über zehnjähriger Debatte trat 2003 das Altenpflegegesetz in Kraft, das die Altenpflege zu den Heilberufen zuordnete. Die länderspezifischen Regelungen wurden abgelöst und ein bundeseinheitliches Ausbildungsniveau geschaffen, um das Berufsbild der Altenpflege attraktiver zu gestalten und gleichzeitig dem Beruf ein klares Profil zu geben. Inhaltlich zielte das Gesetz darauf ab, neben den sozialpflegerischen und gerontologischen Kenntnissen und Fähigkeiten auch das medizinisch-pflegerische Kompetenzprofil von Altenpflegern zu stärken. Die in § 3 aufgeführten Ausbildungsziele verdeutlichen den veränderten Verantwortungsbereich der Berufsangehörigen. Auch die Notwendigkeit zum eigenverantwortlichen Handeln wird in den Ausbildungszielen betont (vgl. Lauber 2012: 62 f).

§ 3 Abs. 1 AltPflG

(1) Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere:

1. die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege,
2. die Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen,
3. die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte,
4. die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung,
5. die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung,
6. die umfassende Begleitung Sterbender,
7. die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkräfte sind,
8. die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,
9. die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte und
10. die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger.

Darüber hinaus soll die Ausbildung dazu befähigen, mit anderen in der Altenpflege tätigen Personen zusammenzuarbeiten und diejenigen Verwaltungsarbeiten zu erledigen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Aufgaben in der Altenpflege stehen.

Abb. 3: § 3 Abs. 1 AltPflG (Gesetz über die Berufe in der Altenpflege)

2.1.4.3 Berufliche Entwicklungstendenzen

Trotz der durch die Novellierungen gewonnenen positiven Innovationen wurden die gesetzlichen Grundlagen der pflegerischen Berufsausbildung als unzureichend und nicht den aktuellen Erfordernissen entsprechend eingeschätzt (vgl. Stöcker 2003: 618 ff.). Aus dem veränderten gesellschaftlichen Versorgungsbedarf leitete der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (2009) Reformbedarf im Bereich der pflegeberuflichen Qualifizierung ab, welcher auch politische Unterstützung fand. So gibt es in Deutschland schon seit längerem Bestrebungen, die bestehenden Ausbildungsgesetze erneut zu reformieren und eine einheitliche pflegerische Grundausbildung einzuführen (vgl. Lauber 2012: 63; Lademann, Isfort 2014: 25). Grundsätzlich werden zwei Formen einer möglichen gemeinsamen Pflegeausbildung unterschieden. Die integrative Pflegeausbildung sieht eine gemeinsame Grundausbildung von Alten-, Kinderkranken- und Krankenpflegeausbildung vor, nach deren Abschluss eine Differenzierungsphase mit Spezialisierung in Hinblick auf den Berufsanschluss in Alten-, Kinderkranken- und Krankenpflegeausbildung erfolgt (vgl. Köther 2011: 1001). Im Rahmen

einer generalistischen Pflegeausbildung sollen die drei Pflegeberufe, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege, auf der Grundlage einer gemeinsamen Ausbildung zu einem Beruf mit einer Berufsbezeichnung zusammengeführt werden (vgl. Lademann, Isfort 2014: 25). Auch die Politik sah den Bedarf, die Pflegeberufe durch ein neues Berufsgesetz grundlegend zu modernisieren und zusammenzuführen. Die Grundlagen wurden im Koalitionsvertrag von 2009 durch die gewählte Bundesregierung aus CDU, CSU und FDP festgelegt (vgl. Lauber 2012: 63). Im Jahr 2012 wurde von der damaligen Bundesregierung ein Eckpunktepapier zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes vorgelegt, in dem eine generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildung befürwortet werde (vgl. Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe 2012).

Die Debatten um die Zusammenführung der Pflegeausbildungen in einem Pflegeberufgesetz wurden weiterhin geführt und bezogen sich vor allem auf die geplante Umsetzung einer generalistischen Pflegeausbildung. Im Zentrum der Diskussionen stand die Entwicklung des beruflichen Selbstverständnisses und der beruflichen Handlungskompetenz der Pflegenden im Spannungsfeld zwischen Modernisierung und Profilstärkung einerseits und Profilverlust und verminderter Handlungskompetenz andererseits.

Bestehende gesellschaftliche Bedingungen, wie der demographische Wandel oder neue Entwicklungen im Berufs- und Beschäftigungsbereich, sprechen für eine umfassende Reform der Pflegeausbildung (vgl. BMFSFJ 2017). Befürworter der generalistischen Ausbildung heben hervor, dass sich die Arbeitsschwerpunkte in der Altenpflege, in der ambulanten Pflege und auch im Bereich des Krankenhauses tiefgreifend verändern und zunehmend verschränken. Pflegenden in der Altenhilfe brauchten nicht mehr nur sozialpflegerische, sondern auch medizinisch-pflegerische Kompetenzen (vgl. Böhme 2002: 240). Durch verkürzte Liegezeiten würden komplexe Pflegeleistungen immer mehr in den ambulanten Bereich verlagert. Zudem steigt der Anteil älterer, multimorbid erkrankter Menschen in der Akutversorgung und Konzepte, die nur auf die Pflege im Bereich der Akutversorgung ausgerichtet seien, reichten zur Sicherstellung einer an der Situation des Pflegebedürftigen ausgerichteten Pflege nicht mehr aus (vgl. Gaidys 2016: 93; Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 25). Hinzu kommt, dass in allen drei Pflegeausbildungen zum Teil gleiche Inhalte vermittelt werden. Damit stößt die bisher praktizierte Differenzierung der drei Pflegeberufe an ihre Grenzen und die alleinige Zuordnung der Altenpflege zum stationären Bereich und die Zuordnung der Krankenpflege zum Bereich Krankenhaus und häusliche Pflege wird als wenig sinnvoll eingeschätzt (vgl. Böhme 2002: 240 ff.). Dem widersprachen die Gegner der geplanten Reform. Durch die Zusammenlegung der Pflegeberufe sahen sie die Gefahr, dass das spezielle Wissen der einzelnen Berufe verloren gehe und den Auszubildenden zukünftig vermehrt oberflächliches Wissen angeboten würde (vgl. Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 26; DBVA 2016: 2; Kristel 2011: 91). Es wurde auch das Risiko einer zunehmend

medizinisch-kurativen Ausrichtung der Ausbildungsinhalte und anschließenden Aufgabenverlagerung gesehen, wenn auf der Basis der generalistischen Pflegeausbildung die EU-Berufsanerkennungsrichtlinien erfüllt werden sollten. In der Folge könnte der Kompetenzverlust zu mangelnder Berufsfähigkeit nach der dreijährigen Ausbildung und einem erhöhten Bedarf an Fort- und Weiterbildung führen. Der Deutsche Berufsverband für Altenpflege e.V. hob hervor, dass verschiedene medizinische Fachgesellschaften, wie beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. oder die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, die generalistische Ausbildung ablehnen. Die Fachverbände gehen davon aus, dass unter den zu erwartenden Bedingungen die komplexen Versorgungsanforderungen der spezifischen Bereiche nicht mehr erfüllt werden könnten. Entsprechend wird eine qualitativ schlechtere Versorgung der entsprechenden Gruppen von Pflegebedürftigen befürchtet (vgl. Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 26; DBVA 2016: 2 ff.).

Eine generalistische Berufsausbildung befähige die professionell Pflegenden zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen in allen Versorgungsformen (vgl. Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 25; BMFSFJ 2017). Orientiere sich die Pflegeausbildung umfassend an allen Handlungsfeldern, ermögliche dies einen beruflichen Einsatz in verschiedenen Arbeitsfeldern der Pflege. Dies erleichtere einen Wechsel zwischen den einzelnen Pflegebereichen und erhöhe somit die Attraktivität des Berufes (vgl. Schwenk 2016: 91; BMFSFJ 2017). Diesen reformbestärkenden Argumenten wurde entgegengehalten, dass ein Verlust der Ausbildungsschwerpunkte eher zu Personalverlusten führen könnte. Ausgehend davon, dass die Krankenpflegeausbildung und die Altenpflegeausbildung bisher unterschiedliche Zielgruppen ansprachen, wurde befürchtet, dass sich Auszubildende vom Pflegeberuf abwenden würden, wenn sie erführen, dass sie einen großen Teil der praktischen Ausbildung außerhalb des von ihnen favorisierten Arbeitsbereiches absolvieren müssten. Zudem wurde erwartet, dass sich die Mehrheit der Fachkräfte nach der generalistischen Ausbildung für den Klinikbereich entscheiden und es im Bereich der Altenhilfe zu Personalengpässen kommen könnte (vgl. Kristel 2011: 91; DBVA 2016: 3 f.). Ferner verwiesen die Gegner des Pflegeberufgesetzes auf noch nicht geklärte Aspekte, wie beispielsweise die Finanzierung der Ausbildung oder deren inhaltliche Ausgestaltung (vgl. DBVA 2016: 10 f.).

Die vorgebrachten Argumente und Gegenargumente verweisen darauf, dass die Folgen der Zusammenführung der drei Pflegeberufe schwer abzuschätzen sind.

Zum aktuellen Stand der Entwicklungen ist zu sagen, dass am 13. Januar 2016 die Bundesregierung den vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam vorgelegten Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeberufe beschlossen hat (vgl. BMFSFJ 2017). Verkündet wurde das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe im Juli 2017. Es schafft die Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Die vorher getrennt geregelte Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegeausbildungen wurden zusammen-

gelegt. Das Bundeskabinett hat am 13. Juni 2018 die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe verabschiedet. Es ist geplant, dass die neuen Pflegeausbildungen im Jahr 2020 beginnen werden (BMG 2018b).

2.1.4.4 Akademisierung

Durch den Fortschritt und die Entwicklung des Gesundheitswesens übernehmen Angehörige der Gesundheitsfachberufe zunehmend komplexe Versorgungsaufgaben. Die Veränderungen der Versorgungsbedarfe und des medizinisch-technischen Fortschritts sowie die Folgen dieser Entwicklungen für die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen führen zu veränderten Qualifikationsanforderungen der Gesundheitsfachberufe. Abgesehen von neuen fachlichen Qualifikationen, welche zum Beispiel durch die zunehmende Technisierung der Gesundheitsversorgung bedingt sind, besteht auch ein Bedarf an übergreifenden Qualifikationen. Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht des Wissenschaftsrates erforderlich, dass Angehörige der Gesundheitsfachberufe in die Lage versetzt werden, ihr eigenes berufliches Handeln und die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis zu reflektieren und anzupassen (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 78). Diese notwendigen Veränderungen im beruflichen Handeln können jedoch nicht durch die bisherigen Ausbildungsmöglichkeiten an Berufsfachschulen abgedeckt werden (vgl. Millich 2016; Breuckmann 2014: 502; Wissenschaftsrat 2012: 78). In den Curricula der Pflegefachschulen werden die Begriffe Evidenz und Wissenschaftsorientierung des Handelns erläutert. Der Anspruch, wissenschaftliche Grundkompetenz zu vermitteln, wird damit aber nicht erfüllt (vgl. Millich 2016). Der Wissenschaftsrat geht zudem davon aus, dass auch die angestrebte Weiterentwicklung der beruflichen Pflegeausbildung nicht ausreicht, um die mit komplexen Tätigkeiten betrauten Berufsangehörigen angemessen für ihre Aufgaben zu qualifizieren. Um die notwendigen Fähigkeiten und Kompetenzen zu vermitteln, bedarf es einer hochschulischen Ausbildung (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 78).

In den USA, Großbritannien und Skandinavien wird dieser Bedarf schon lange gesehen. Vor mehr als 100 Jahren begann dort die Akademisierung der Pflege. Im deutschsprachigen Raum erfolgte eine dauerhafte Etablierung der Pflege an Hochschulen erst später. So wurden in der DDR Mitte der 1960er-Jahre und in der BRD in den späten 1980er-Jahren erste Studiengänge für Pflege initiiert. Aktuell werden im Hochschulkompass für Deutschland annähernd 100 Studiengänge für das Fachgebiet Pflege aufgeführt (vgl. Lademann, Isfort 2014: 27). Neben dem Zugang durch die allgemeine Hochschulreife kann Pflegenden auch auf der Grundlage einer beruflichen Ausbildung in Verbindung mit mehrjähriger Berufserfahrung oder abgeschlossener Weiterbildung eine Aufnahme eines Hochschulstudiums ermöglicht werden.

Der überwiegende Teil der Studiengänge ist an Fachhochschulen angesiedelt, nur etwa 20 von den knapp 100 pflegebezogenen Studiengängen sind an Universitäten verortet (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 81; Lademann, Isfort 2014: 28; Millich 2016). Daher liegt der Fokus bisher eher auf der Lehre und weniger auf der grundsätzlichen Auseinandersetzung mit Pflegewissenschaft und Pflegeforschung (vgl. Millich 2016; Lademann, Isfort 2014: 28). Pflegewissenschaft als eigene Wissenschaftsdisziplin ist im deutschsprachigen Raum zwar etabliert, im internationalen Vergleich besteht dennoch Entwicklungsbedarf (vgl. Lademann, Isfort 2014: 28). Durch die bisherige Schwerpunktsetzung in den Bereichen Pflegemanagement und Pflegepädagogik besteht die Gefahr, dass pflegerische Fragestellungen überwiegend unter Zuhilfenahme anderer Bezugswissenschaften beantwortet werden (vgl. Breuckmann 2014: 501). Aus diesem Grund sieht der Wissenschaftsrat den Entwicklungsbedarf nicht nur in der Einrichtung neuer Studiengänge. Vielmehr ist es notwendig, die Pflegewissenschaft als eigenständige Disziplin mit Abgrenzung von anderen Disziplinen auf- und auszubauen (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 79).

Ein weiterer Entwicklungsschritt der pflegerischen Akademisierung ist im Aufbau grundständiger Pflegestudiengänge zu sehen. Die Akademisierung in Deutschland begann zunächst auf der Ebene von Leitungs- und Lehrpersonen. Entsprechend arbeiten akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen überwiegend in den Bereichen Pflegemanagement oder in der Aus-, Fort- und Weiterbildung (vgl. Lademann, Isfort 2014: 28; Teigeler 2015: 93). An der unmittelbaren Versorgung der Pflegebedürftigen sind Pflegende nach ihrem Hochschulabschluss meist nicht mehr beteiligt. Um die komplexen Herausforderungen des beruflichen Pflegealltages bewältigen zu können, besteht der Bedarf an wissenschaftlicher Expertise aber auch auf der Ebene der Praxisinstitutionen (vgl. Teigeler 2015: 92 f.). Im internationalen Vergleich wird die tägliche klinische Versorgung bereits durch Pflegende mit einem Hochschulabschluss umgesetzt (vgl. Lademann, Isfort 2014: 28). Für Deutschland empfahl der Wissenschaftsrat (2012) 10 bis 20 Prozent der Pflegefachpersonen zur Tätigkeit der patientennahen Versorgung in Studiengänge mit Bachelorabschluss zu qualifizieren. Dieser Bedarf ist bisher nicht gedeckt. Im Schuljahr 2014/2015 nahmen ca. 50.000 Auszubildende eine Ausbildung in einem Pflegefachberuf auf. Wendet man die vom Wissenschaftsrat genannten Erfordernisse auf diese Zahlen an, sind 5.000 bis 10.000 Studienplätze erforderlich. Da laut Information der Hochschulstatistik 3.000 Studienplätze in Pflegestudiengängen zur Verfügung stehen, müsste die Anzahl der zur Verfügung stehenden Studienplätze verdoppelt werden (vgl. Millich 2016). Grundständige Studiengänge der Pflege, welche auch zur Berufsausübung qualifizieren, gibt es in Deutschland erst seit wenigen Jahren (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 81). Diese sind in Modellklauseln der bestehenden Berufsgesetze verankert (vgl. Lademann, Isfort 2014: 28). Durch die Verknüpfung von pflegerischer Erstausbildung an Krankenpflegeschulen bzw. Berufs-

fachschulen für Gesundheit und Studium erlangen die Absolventen die pflegerische Berufszulassung und einen ersten akademischen Abschluss (vgl. Breuckmann 2014: 504). Im Eckpunktepapier zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes von 2012 schlägt die Arbeitsgruppe vor, neben einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung auch eine neue akademische Ausbildung einzuführen (vgl. Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe 2012: 3). Die grundständige Akademisierung der Pflegeberufe soll vom bisherigen Modellcharakter zu einem Regelangebot überführt werden (vgl. Lademann, Isfort 2014: 29; Breuckmann 2014: 503). Als zentrale Ziele der akademischen Ausbildung nennt der Wissenschaftsrat „die Verbesserung der Qualität des beruflichen Handelns und die Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersgruppen“ (Wissenschaftsrat 2012: 27). Die Absolventen primärqualifizierender Studiengänge sollen als reflektierende Praktiker mit theoriegeleiteter Handlungskompetenz eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen. Sie sollen befähigt werden, wissenschaftlich fundiert und eigenverantwortlich Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Pflege und Rehabilitation durchzuführen. Zudem übernehmen akademisch qualifizierte Pflegenden auch Verantwortung in der Anleitung von Mitarbeitern. Insbesondere Laien, Hilfskräfte und auch Auszubildende benötigen Unterstützung und Orientierung bei der Planung und Umsetzung evidenzbasierten Handelns (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 28 f.). Damit der Nutzen der Akademisierung in der patientennahen Versorgung umfassend zum Tragen kommen kann, ist neben der Qualifizierung der Pflegekräfte auch die Wahrnehmung ihrer Kompetenzen in Verbindung mit einem adäquaten Einsatz in der Praxis erforderlich. Die Weiterentwicklung des Berufsbildes muss einhergehen mit einer entsprechenden Anpassung der pflegerischen Versorgungsstrukturen. Damit der Tätigkeitsbereich studierter Pflegekräfte nicht vom Patienten weggeführt, gilt es, den Handlungsrahmen und die damit verbundene berufliche Autonomie klar zu definieren, Qualifikationsmöglichkeiten, Karrierewege und ein angemessenes Gehalt zu gewährleisten (vgl. Lademann, Isfort 2014: 29).

Abgesehen von der qualitativen Verbesserung der Versorgungspraxis, kann die Erweiterung des Qualifizierungssystems durch die Hochschulausbildung dazu führen, dass mehr Personen für das Berufsfeld Pflege gewonnen werden können. Denn potentielle Akademiker, die studieren möchten und aufgrund der bisherigen Sonderbedingungen andere soziale Bereiche gewählt haben, könnten sich aufgrund einer bestehenden Primärqualifizierung für ein Studium im Bereich der Pflege entscheiden (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 27; Millich 2016).

2.1.4.5 Berufsordnung

Das Berufsverständnis bezieht sich auf Grundlagen, Anforderungen, Tätigkeiten und Ziele der beruflichen Handlungen (vgl. Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 46). Entsprechende Beschreibungen von Haltungen und Verhaltensnormen werden von berufsspezifischen Verbänden und Organisationen initiiert (vgl. Baumgärtel, Al-Abtah 2015: 46). Neben weltweiten Organisationen, wie der International Council of Nurses, formulieren auch nationale Organisationen zentrale Wertvorstellungen und Verhaltensanforderungen, die mit der Berufsausübung verbunden sind. Für beruflich Pflegende in Deutschland sind allgemeine Grundsätze und Verhaltensregeln in der „Rahmen - Berufsordnung für professionell Pflegende“ festgeschrieben. Die Schrift wurde vom Deutschen Pflegerat e.V. (DPR), dem Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens, herausgegeben.

Berufsorganisationen legitimieren den Beruf gegenüber anderen Berufen und der Gesellschaft, des Weiteren unterstützen sie dessen Weiterentwicklung und kontrollieren seine Werte und Normen. Aufgrund der Veränderungen von Bildungskonzepten für die Gesundheitsberufe, der Umsetzung entsprechender Berufsgesetze und der Anpassung an europäische Bildungsnormen sah sich die Bundesarbeitsgemeinschaft in der Pflicht, den Handlungsrahmen professionell Pfleger zu konkretisieren. Unter dem Dachverband bemühen sich die verschiedenen Pflegeorganisationen darum, ein einheitliches Berufsverständnis zu formulieren, indem das Berufsbild und die dazugehörigen Pflichten konkretisiert werden. Die Pflegenden erhalten eine Orientierungsgrundlage, die ein berufsangemessenes Verhalten bei der Ausübung der Tätigkeiten fördern soll. Damit trägt eine Berufsordnung zur beruflichen Bestimmung und zur Identitätsfindung der Berufsangehörigen bei. Darüber hinaus kann die Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerates e.V. auch die Erstellung von Berufsordnungen in den einzelnen Ländern unterstützen (vgl. Kellnhauser 2007: 468; Kellnhauser 2016b;).

Die Unantastbarkeit der Würde des Menschen gilt auch in Lebenssituationen, in denen Menschen auf Hilfe und pflegerische Betreuung angewiesen sind. Darauf wird in der Präambel der Berufsordnung verwiesen, denn das Handeln professionell Pfleger ist dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet. Als weitere Grundlagen des beruflichen Handelns werden darüber hinaus die aktuellen wissenschaftlich fachlichen Erkenntnisse und die ethischen Regeln der einzelnen Berufsverbände genannt. Im § 2 der Rahmenberufsordnung werden die zentralen Aufgaben der professionell Pflegenden aufgeführt.

§ 2 Aufgaben

I.

Professionell Pflegende sind verpflichtet, ihren Beruf entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auszuüben. Sie müssen sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften informieren und sie beachten.

II.

Professionell Pflegende üben die Pflege ohne Wertung des Alters, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, des Glaubens, der Hautfarbe, der Kultur, der Nationalität, der politischen Einstellung, der Rasse oder des sozialen Status aus.

III.

Eigenverantwortliche Aufgaben professionell Pflegender sind:

- Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
- Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
- Beratung, Anleitung und Unterstützung von Leistungsempfängern und ihrer Bezugspersonen
- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des Arztes oder der Ärztin.

Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung sind:

- eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
- Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
- Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen.

Professionell Pflegende arbeiten interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammen. Sie entwickeln multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen.

Abb. 4: Aufgaben professionell Pflegender (nach Deutscher Pflegerat e.V. 2004: 5)

Darüber hinaus werden in der Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerates e.V. folgende Berufspflichten genannt: Schweigepflicht, Auskunftspflicht, Beratungspflicht, Dokumentationspflicht, Berufshaftpflicht und gesetzliche Unfallversicherung und Fortbildung. Ebenso werden den Pflegenden auch Verhaltensweisen wie die Annahme von Geldgeschenken oder geldwerte Leistungen untersagt (vgl. Deutscher Pflegerat e.V. 2004: 5 ff.). Die vom Deutschen Pflegerat e.V. erlassene Rahmenberufsordnung ist für alle professionell Pflegenden (Altenpflegerinnen/Altenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpfleger) in Deutschland gültig (vgl. Deutscher Pflegerat e.V. 2004: 2 ff.). Da die Berufsordnung verbindlich deklariert ist, wird ihre Einhaltung eingefordert. Ein Verstoß gegen die Berufsordnung entspricht einer Ordnungswidrigkeit und kann entsprechend geahndet werden (vgl. Kellnhauser 2007: 467; Lademann, Isfort 2014: 35). Die Aufsicht über die Einhaltung der beruflichen Vor-

schriften liegt bei der jeweiligen Gesundheitsbehörde des Landes. Nach dem Vorbild des Deutschen Pflegerates e.V. erstellten einzelne Bundesländer (Bremen, Saarland, Sachsen und Hamburg) Berufsordnungen, deren Einhaltung aufgrund mangelnder Ressourcen jedoch nicht umfangreich geprüft werden kann (vgl. Kellnhauser 2016a: 14; Schwinger 2016: 115). In den Bundesländern, die bereits über gesetzlich etablierte Landespflegekammern verfügen, nehmen diese die Berufsaufsicht selbst wahr (vgl. Kellnhauser 2007: 467).

2.1.4.6 Pflegekammern

Pflegekammern sind, wie auch andere Berufskammern, „rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung“ (HeilBG, Heilberufsgesetz vom 19. Dezember 2014, § 2). Weltweit hat die berufliche Selbstverwaltung der Pflege eine lange Tradition. In Staaten wie zum Beispiel den USA, Großbritannien, Finnland, Norwegen, Frankreich und Italien zeigt sich ein Organisationsgrad der Pflegefachkräfte von bis zu 95%. Die Einbindung in politische Entscheidungsprozesse und die eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiche der Pflegenden sind auf die berufliche Selbstverwaltung in diesen Ländern zurückzuführen.

Pflegekammern übernehmen vom Land hoheitliche Aufgaben. Das heißt, Aufgaben, die vorher das Land hatte, werden übertragen. Die potentiellen Aufgaben umfassen die Registrierung der Berufsangehörigen, die Erstellung und Überwachung einer Berufsordnung, Regelungen der Zulassungen und der Prüfungen, der Erlass einer Fort- und Weiterbildungsordnung, Beratungsaufgaben und Mitwirkung an Gesetzgebungsverfahren sowie die Kooperation mit allen anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen auf der Ebene des Bundeslandes (vgl. Reibnitz 2015: 15; Schwinger 2016: 123).

Die Meinung der Berufsverbände zur Einführung von Pflegekammern war zunächst nicht einheitlich, da einige Verbände Konkurrenz durch die Kammerinstitution fürchteten. Schließlich überwog die positive Sicht auf die mit der Gründung von Pflegekammern einhergehenden Chance, dass Pflegende mehr Repräsentanz in Entscheidungsgremien einnehmen können. So sprachen sie sich unter Federführung des Deutschen Pflegerates e.V. einheitlich für die Umsetzung einer beruflichen Selbstverwaltung aus. Ohne Selbstverwaltungsinstitution treffen Pflegende vor allem Entscheidungen auf der Mikroebene, im unmittelbaren Kontakt mit den Pflegeempfängern. Der Vorteil von Landespflegekammern ist darin zu sehen, dass durch sie die bestehenden Entscheidungsspielräume ausgeweitet werden können. Auf der Mesoebene können Pflegende sich mehr in politische Entscheidungsprozesse einbringen, indem sie Steuerungsfunktionen übernehmen und so auch Einfluss auf die Rahmenvorgaben für Gesetzgebungen auf der Makroebene von Staat und Ministerien nehmen können. Pflegekammern als Körperschaften des öffent-

lichen Rechts haben die staatliche Legitimation, die pflegerische Expertise auf Landesebene zu vertreten (vgl. Kuhn 2016: 50 f.).

Auch in Deutschland ist die Forderung nach beruflicher Selbstverwaltung nicht neu. Bereits im Jahre 1906 verwies Agnes Karll auf die Notwendigkeit, die beruflichen Belange selbstständig zu bearbeiten und weiterzuentwickeln (vgl. Lücke 2014: 330; Kuhn 2016: 48 f.). Jedoch erst seit Beginn der Debatte um die Professionalisierung des Pflegeberufs in den 1980er-Jahren nahmen die Diskussionen zur Notwendigkeit der Selbstverwaltung und damit die Debatten um die Gründung von Pflegekammern, als Merkmal der Professionalisierung, wieder zu (vgl. Menker, Watterboer 2006: 36; Kuhn 2016: 48).

In München konstituierte sich im Jahre 1990 der erste Förderkreis zur Gründung einer Pflegekammer (vgl. Kuhn 2016: 49). Andere Bundesländer folgten dem bayrischen Vorbild und gründeten auch entsprechende Fördervereine. Diese schlossen sich 1997 zur Nationalen Konferenz zur Errichtung von Pflegekammern zusammen, welche als Koordinationsstelle der Fördervereine fungierte (vgl. Kellnhauser 2016a: 14). Die vereinzelt Initiativen blieben lange Zeit ohne konkrete Ergebnisse (vgl. Kuhn 2016: 49).

Im Dezember 2014 wurde die erste Pflegekammer in Rheinland-Pfalz gegründet (vgl. Kellnhauser 2016a: 14). Seitdem schreitet die Bildung von Pflegekammern in Deutschland langsam, aber stetig voran. Zunächst stimmen die Berufsangehörigen eines Bundeslandes über das Vorhaben ab. Liegt eine Mehrheit vor, dann wird im Anschluss das Heilberufekammergesetz des jeweiligen Bundeslandes geändert, denn bisher waren Kammern als berufsständische Form der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen allein Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Psychotherapeuten vorbehalten (vgl. Reibnitz 2015: 15; Schwinger 2016: 199). Daraufhin wird in dem entsprechenden Bundesland eine Pflegekammer institutionalisiert (vgl. Reibnitz 2015: 15).

Neben Rheinland-Pfalz haben auch die Landtage von Schleswig Holstein und Niedersachsen die Gründung einer Pflegekammer beschlossen. Die aktuelle Situation der anderen Bundesländer ist laut AOK-Bericht sehr differenziert und durch intensive Diskussionen gekennzeichnet (vgl. AOK, 2016; vgl. Schwinger 2016: 199). In mehreren Bundesländern (Berlin, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Bayern, Hamburg) wurden bereits Befragungen der Berufsgruppe durchgeführt. Außer in Hamburg fanden sich Mehrheiten für die Gründung von Pflegekammern (vgl. Reibnitz, 2015: 15). Das Bundesland Bayern geht einen Sonderweg, denn das bayerische Kabinett hat sich gegen die Einführung einer Pflegekammer und für eine "Vereinigung der bayerischen Pflege" entschieden. Deren Mitgliedschaft ist freiwillig und beitragsfrei (vgl. AOK 2016). Deutschland ist somit von einer flächendeckenden, bundesweit eingeführten Selbstverwaltung von Pflegekräften noch weit entfernt (vgl. Schwinger 2016: 199), denn die kontrovers geführten Debatten um das Für und Wider der Einrichtung von Pflegekammern halten innerhalb und außerhalb der Berufsgruppe an (vgl. Kellnhauser 2016a: 18; Schwinger 2016: 199).

Befürworter hoffen auf eine Zunahme der politischen Einflussnahme durch Pflegende und eine Neustrukturierung des Machtgefüges innerhalb des deutschen Gesundheitssystems (vgl. Lücke 2014: 329; Weidner 2014: 327; Kuhn 2016: 48). Die Gegenseite argumentiert, dass die berufliche Position der Pflegenden nicht gestärkt werden könne, da Pflegekammern im politischen Raum nur beratende Tätigkeiten übernehmen würden (vgl. Meurer 2017: 25).

Auch in der Formulierung von Lerninhalten und Weiterbildungsstandards sehen Kammerunterstützer die Möglichkeit, Fremdbestimmung zu reduzieren und das Bewusstsein für die eigenen Kompetenzen zu stärken (vgl. Schwinger 2016: 123). Als problematisch wird hier angemahnt, dass Pflegende verpflichtet werden, sich bei Veranstaltungen der Pflegekammer fortbilden zu müssen (vgl. Meurer 2017: 25).

Ein wichtiges Argument für die Gründung von Pflegekammern ist darin zu sehen, dass über diesen Weg die Qualität der pflegerischen Versorgung verbessert werden kann (vgl. Schwinger 2016: 123). Durch die Etablierung und Kontrolle einer Berufsordnung können fachliche Schwerpunkte transparent dargestellt werden. Der Gefahr, dass sich fachliche Kompetenz aufgrund schlechter Rahmenbedingungen nicht entfalten kann, soll entgegengewirkt werden.

Die Pflegekammern können als Beschwerdestellen dienen, denn die Pflegenden sollen mit dem Dilemma, ihre Tätigkeiten nicht entsprechend den beruflichen Vorgaben ausführen zu können, nicht alleine gelassen werden (vgl. Schwinger 2016: 123; Skibicki 2016). Es besteht die Meinung, dass eine Berufsordnung Beschäftigungsverhältnisse dahingehend fördern kann, dass sie eine bessere und adäquate Umsetzung der beruflichen Pflichten ermöglichen (vgl. Teigeler 2016a; Teigeler 2016b: 52; Weidner 2014: 327).

Diesen Vorteil sehen Kritiker nicht. Beruflich Pflegende erleben eine zunehmende Verschlechterung der Rahmenbedingungen ihres Handelns. Ein Teil von ihnen steht der Grundidee, dass diese durch die Initiierung von Pflegekammern geändert werden können, skeptisch gegenüber (vgl. Teigeler 2016a: 50). Es bleibt zunächst ungeklärt, ob Arbeitsbedingungen durch den Erlass und die Kontrolle einer Berufsordnung geändert werden können oder ob andere Instrumente dafür besser geeignet sind (vgl. Schwinger 2016: 123).

Das Vertrauen in den Nutzen der Selbstbestimmung ist nur schwer zu gewinnen, denn der unmittelbare Gewinn für die Pflegenden ist zunächst als gering einzuschätzen, d. h. Erfolge sind nicht sofort gegenwärtig. Hinzu kommt, dass Pflegende die Pflichtmitgliedschaft zur Pflegekammer als Fremdbestimmung erleben und Mitgliedsbeiträge zu zahlen sind. Befürworter sehen es als Herausforderung an, die Selbstbestimmung als übergeordnetes Ziel der Pflegekammern sowohl in der Öffentlichkeit, in der Politik als auch innerhalb der eigenen Berufsgruppe zu vermitteln. Sie argumentieren damit, dass es keine schnellen Lösungen gibt und nur über den langfristig angelegten Weg der Selbstbestimmung und über politische Mitbestimmung Veränderungen möglich sind (vgl. Teigeler 2016a: 51 f.). Kritiker hingegen sehen eine Zunahme von Bürokratie

und zusätzlichen Kontrollen für die ohnehin schon stark belasteten Pflegekräfte (vgl. Greiner 2016: 25; Meurer 2017: 25).

Es bleibt abzuwarten, ob durch die Schaffung von Pflegekammern auf Landesebene bisherige Strukturen harmonisiert werden können oder stattdessen Doppelstrukturen aufgebaut und verstärkt werden (vgl. Schwinger 2016: 123). Die Unterstützer der Kammergründungen blicken bereits in die Zukunft, denn sie planen die Einführung einer Pflegekammer auf Bundesebene. Dieser übergeordnete und zentrale Zusammenschluss soll die Aktivitäten der Landespflegekammern koordinieren und eine einheitliche Vorgehensweise hinsichtlich der innerberuflichen Meinungsbildung, der pflegerischen Qualitätsentwicklung und der beruflichen Fort- und Weiterbildung fördern. Durch die Möglichkeit von Informations- und Erfahrungsaustausch untereinander und gegenseitige Beratung soll das Handeln der Landespflegekammern gestärkt werden. Als Aufgabe einer Bundespflegekammer wird auch gesehen, dass diese sich aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft und an der Weiterentwicklung der Gesundheits- und Sozialpolitik beteiligt. In der Gründung einer Bundespflegekammer wird auch das Potential gesehen, dass Pflegende aus Deutschland zunehmend auf europäischer und internationaler Ebene agieren können (vgl. Kellnhauser 2017: 24). Neben den bereits aufgeführten Gegenargumenten zur Gründung von Pflegekammern wird in Bezug auf die Gründung einer Bundespflegekammer die zu erwartende Erhöhung der Mitgliedsbeiträge moniert (vgl. Meurer 2017: 25).

In den bisherigen Ausführungen wurde deutlich, dass das pflegerische Selbstverständnis auf das Ziel ausgerichtet ist, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen (vgl. Spichiger et al. 2006: 51). In diesem Kontext leisten Pflege Theorien einen identitätsstiftenden Beitrag, indem sie das Wesen und den Gegenstandsbereich der Pflege systematisieren, begründen und für alle Akteure des Gesundheitswesens transparent machen. Anhand der Entwicklung der Ausbildung von einer vormals rein altruistisch-christlichen Motivation über eine pflegerische Beruflichkeit bis zur Akademisierung wird ebenso die Weiterentwicklung des beruflichen Selbstverständnisses deutlich. Der Schwerpunkt ethischer Reflexion liegt nicht mehr allein bei den Eigenschaften der Pflegeperson, sondern auf der Ausgestaltung des konkreten pflegerischen Handelns mit pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen. Wie professionelles Handeln unter ethischen Gesichtspunkten in der pflegerischen Praxis umzusetzen ist, wird in verschiedenen Handlungstheorien diskutiert. Diese werden im folgenden Abschnitt thematisiert.

2.2 Handlungstheoretische Grundlagen

2.2.1 Evidence-based Nursing

2.2.1.1 *Evidence-based Nursing als handlungsleitender Ethos*

Evidence-based Nursing (EbN) beschreibt eine Form der alltäglichen professionellen Pflege, nimmt sie in Verantwortung für ihre eigenen Wirkungen und begründet somit Pflege als eine Handlungswissenschaft (vgl. Behrens, Langer 2010a: 25), die am Handlungserfolg orientiert ist. Ihr spezifischer Gegenstand sind unmittelbar zu treffende Einzelfallentscheidungen unter Handlungsdruck und Begründungspflicht im Arbeitsbündnis mit den Klienten (vgl. Behrens, Langer 2016: 57 f.). Klienten sind alle pflegebedürftigen Personen, wie zum Beispiel Bewohner im Pflegeheim, Patienten im Krankenhaus oder Pflegebedürftige im ambulanten Setting, die einen Bedarf an professioneller Hilfe haben.

Die Grundgedanken von Evidence-based Nursing greifen zurück auf die Evidence-based Medicine, deren Idee sich auf das in der zweiten Hälfte des im 18. Jahrhundert von britischen Ärzten entwickelten Konzepts der Medical Arithmetic stützte. Auch wenn die Anfänge der modernen wissenschaftlichen Medizin weiter zurückliegen, gilt David Sackett (1934-2015) als Pionier der Evidence-based Medicine, denn er zeigte den Ärzten deren Bedeutung für die klinische Praxis auf (vgl. Greenhalgh 2003: 13 f.). Sackett forderte dazu auf, individuelle klinische Erfahrungen und die besten zur Verfügung stehenden Nachweise aus wissenschaftlicher Forschung in medizinische Entscheidungsprozesse mit aufzunehmen. Erst später wurden auch die Wertvorstellungen des Patienten als ein weiterer Aspekt der Entscheidungsfindung mit in das Konzept aufgenommen. Eine Initiative, die den Ansatz von Evidence-based Medicine auf den Pflegebereich übertrug, entwickelte sich Mitte der 1990er Jahre. Mit der Gründung des German Center for Evidence-based Nursing durch Johann Behrens und Gero Langer in Halle im Jahr 1999 erhielten die Aktivitäten zu Evidence-based Nursing einen institutionellen Rahmen (vgl. Hanns, Langer 2003: 3; Huhn 2015: 18-21; Behrens, Langer 2016: 44 f.).

Ein Blick auf die geschichtliche Entwicklung in Deutschland zeigt, dass sich das Verständnis von Evidence-based Nursing innerhalb kurzer Zeit von einer Methode zur Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse hin zu einem handlungsleitenden Berufsethos gewandelt hat. Im Übergang der Jahre 1998 und 1999 gründeten Mitglieder der Pflegeprofession aus ganz Deutschland in Halle-Wittenberg das German Center for Evidence Nursing, welches auf internationaler Ebene anerkannt wurde. Zu diesem Zeitpunkt galt EbN und die damit verbundene wissenschaftliche Vorgehensweise in Deutschland als ein Bereich, mit dem sich nur Theoretiker befassten, fern der Pflegepraxis und somit auch fern dem praktischen Handeln. Man war der Überzeugung, dass sich das praktische Handeln von Pflegenden nicht vordergründig an Studienergebnissen orientieren

müsse. Stattdessen sollte das Pflegehandeln auf Intuition und menschlicher Anteilnahme basieren. In dieser Zeit war Evidence-based Nursing zudem mit Vorbehalten wie gesundheitsökonomischen Sparzwängen und die Eingrenzung individueller Entscheidungsfreiheit verbunden. In den Folgejahren hat sich dieser Blick gewandelt. Das Verständnis von Evidence-based Nursing gilt nun als bereits im Kern von Florence Nightingale beschrieben und ist als selbstverständlich in der Pflegepraxis anerkannt (vgl. Behrens, Langer 2010a: 20 ff.). Die frühere Sichtweise, von EbN als alleinige Methode, Forschungsarbeiten zu beurteilen und überprüfetes Forschungswissen in die Pflegepraxis zu transferieren, wird nunmehr auch in Deutschland als zu kurz gefasst befunden, denn Pflegenden müssen ihr Handeln an der individuellen Pflegesituation ausrichten (vgl. Reif 2008: 48; Behrens, Langer 2010a: 25). Dem gegenwärtigen Verständnis nach umfasst Evidence-based Nursing „die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen oder einzigartigem Pflegesystem und professionell Pflegenden“ (Behrens, Langer 2010a: 25).

2.2.1.2 Begründung und Bedeutung von Evidence-based Nursing

Für Pflegenden stellt sich im beruflichen Arbeitsalltag die Frage, in welcher Art und Weise sie den Hilfsbedürftigen bestmögliche pflegerische Versorgung bieten können (vgl. Meyer, Teigeler 2015: 12 ff.) und welche pflegerischen Leistungen zu tun bzw. zu unterlassen sind. An dieser Fragestellung knüpft Evidence-based Nursing an. Die Erbringung pflegerischer Leistungen beinhaltet nicht die Erzeugung standardisierter Handlungen am Pflegebedürftigen, denn nur durch die Einbeziehung des Hilfsbedürftigen selbst können Pflegemaßnahmen hilfreich wirken. So müssen sowohl von Pflegebedürftigen als auch von den Pflegenden im Alltag folgenreiche Entscheidungen getroffen werden. Charakteristisch für die zu treffenden Entscheidungen sind einerseits der zeitliche Druck, innerhalb der die Entscheidung getroffen werden muss und andererseits die bestehende Zukunftsungewissheit (vgl. Behrens, Langer 2010b: 2; Behrens 2012: 87 ff.). Ob eine Entscheidung richtig war, ist im Moment der Entscheidung noch offen. Erst im Nachhinein, wenn die Folgen der Entscheidung eingetreten sind, wird sichtbar, ob diese richtig war. Dieser Umstand gibt den Pflegenden jedoch keine Berechtigung für ein Handeln „auf gut Glück“ bzw. befreit die Pflegenden nicht von begründungspflichtigen Entscheidungen (vgl. Behrens, Langer 2010a: 30 f.) Pflegenden haben eine Bringschuld in Bezug auf eine bestmögliche Versorgung gegenüber den Pflegebedürftigen, denn diese vertrauen sowohl auf die Expertise der professionellen Helfer im Gesundheitswesen als auch auf deren Kompetenz, individuelle Vorlieben und Werte in das Arbeitsbündnis integrieren zu können (vgl. Behrens, Langer 2010a: 28; Meyer, Teigeler 2015: 12 ff.). Aus diesem Verständnis heraus ist Evidence-based Nursing mit einer Haltung gegenüber dem eigenen Handeln verbunden, welche durch Verantwortungsüber-

nahme für Handeln und Wirkung des Handelns charakterisiert ist (vgl. Behrens, Langer 2010a: 25; Behrens 2012: 87 f.). Ausgehend von der Eigenverantwortlichkeit geben sich Pflegende nicht damit zufrieden, ihr Handeln allein auf guten Willen und Herzlichkeit zu stützen oder die Verantwortung an Vorgesetzte oder Mitarbeiter anderer Berufsgruppen abzugeben. Unter dem Ethos evidenzbasierter Pflege werden somit auch die Folgen und Gefahren des Handelns nicht übergangen, sondern im Rahmen pflegerischer Selbstreflexion in den Handlungsprozess integriert (vgl. Behrens 2012: 87).

2.2.1.3 Komponenten der pflegerischen Entscheidung

Die Anwendung von Evidence-based Nursing in der Pflegepraxis leitet sich aus den Komponenten einer pflegerischen Entscheidung ab. Aus diesem Grund ist es hilfreich, sich die alltäglichen pflegerischen Problemlösungen und Entscheidungsvorgänge zu vergegenwärtigen. Der Fokus richtet sich auf eine gemeinsame pflegerische Entscheidungshandlung, innerhalb derer die professionell Pflegenden und ihre Klienten interagieren.

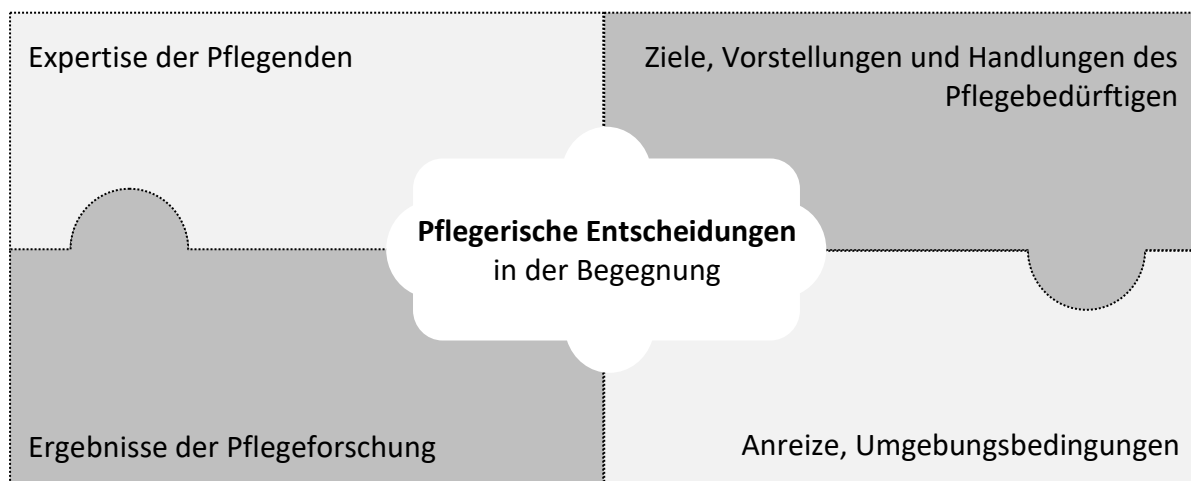


Abb. 5: Komponenten der pflegerischen Entscheidung (nach Behrens, Langer 2016: 27)

Der Lesart evidenzbasierter Pflege entspricht, dass Pflegebedürftige und beruflich Pflegende bei ihren Entscheidungen auf externe und interne Evidence zurückgreifen. Demnach besteht jede pflegerische Einzelentscheidung aus der Expertise der Pflegenden, den Vorstellungen des Pflegebedürftigen, den Umgebungsbedingungen und den Forschungsergebnissen. In Abhängigkeit des Pflegesettings (z. B. Intensivstation, ambulante Pflege, Pflegeheim) und der Zielstellung werden die genannten Komponenten individuell, in je unterschiedlich starkem Ausmaß zur Entscheidung herangezogen (vgl. Behrens, Langer 2010a: 27 ff.).

Die klinischen Erfahrungen der Pflegenden sowie die sich aus der klinischen Situation und den Werten und Bedürfnissen des Klienten ergebenden individuellen Präferenzen werden mit dem

Begriff „interne Evidence“ erfasst (vgl. Balzer, Meyer, Köpke 2014: 46). Zunächst wurde in Deutschland unter interner Evidence nur die individuelle klinische Expertise des professionellen Helfers verstanden (vgl. Behrens 2012: 87 f.). So orientierte sich das Handeln der Pflegenden über einen langen Zeitraum vornehmlich an der Expertise der Pflegenden und weniger an den Ergebnissen der Pflegeforschung. Pflegebedürftige vertrauen jedoch darauf, dass sich das Handeln der Pflegenden an speziellen beruflichen Fähigkeiten und dem damit verbundenen spezifischen beruflichen Wissen orientiert (vgl. Behrens, Langer, 2010a: 27 ff.). In Bezug auf die pflegerische Selbstreflexion kommt der klinischen Expertise eine bedeutsame Rolle zu, denn die Erfahrungen darüber, wie spezifische Pflegemaßnahmen angenommen und erlebt werden, können in zukünftige Entscheidungsprozesse mit einfließen. Beobachtete Interventionsfolgen können jedoch nicht automatisch generalisiert und auf andere Pflegesituationen übertragen werden. Das Erfahrungswissen von Experten ist somit auch selektiv und fehleranfällig (vgl. Meyer, Teigeler 2015: 12 ff.). Dem Konzept entsprach auch, dass Pflegebedürftige in die Entscheidungsfindung eingebunden werden sollten. Unter der Annahme, dass Klienten über Präferenzen verfügen, wurden diese ermittelt und bei der Planung von Unterstützungsmaßnahmen einbezogen. Nach dem neuen Verständnis geht interne Evidence jedoch über das Abfragen von Präferenzen hinaus und gründet sich in der Begegnung zwischen Pflegebedürftigen und beruflich Pflegenden. Pflegebedürftige Menschen werden als Individuen begriffen, welche trotz vorhandener Einschränkungen als Persönlichkeit geachtet werden und selbstbestimmt an den pflegerischen Entscheidungen teilhaben (vgl. Behrens, Langer 2010b: 32; Behrens 2012: 87 ff.; Meyer, Teigeler 2015: 14). Auch bei fortbestehenden körperlichen Einschränkungen und auch wenn keine Aussicht auf Heilung besteht, sollen Pflegebedürftige befähigt werden, selbst Entscheidungen zu treffen (vgl. Behrens 2012: 87 ff.; Meyer, Teigeler 2015: 14). Dabei steht nicht nur der Informationstransfer von Pflegenden zu Pflegebedürftigem im Fokus. Wenn in Krisenzeiten von Krankheit und Pflegebedürftigkeit der Betroffene seine Vorlieben und Neigungen nicht immer unmittelbar artikulieren kann, dann ist es Aufgabe der Pflegenden, diesen Findungsprozess durch Gespräche und Begegnungen zu unterstützen (vgl. Behrens 2012: 87 f.).

Um das pflegerische Handeln begründen zu können und pflegerische Interventionen individuell und situationsbezogen festzulegen, bedarf es neben der pflegerischen Expertise und den Vorstellungen des Pflegebedürftigen auch der Beachtung von Forschungsergebnissen und von Umgebungsbedingungen (vgl. Meyer, Teigeler 2015: 12 f.). Durch den Aufbau interner Evidence werden die Bedürfnisse, Empfindungen und Wünsche des Pflegebedürftigen vorab geklärt. Darauf folgend ist es den Pflegenden möglich, eine planvolle Recherche zur externen Evidence durchzuführen (vgl. Behrens 2006: 168 f.; Behrens, Langer 2010a: 31; Behrens 2012: 87 ff.). Externe Evidence bezieht sich auf gesichertes Wissen, das aus der Erfahrung Dritter herangezogen werden kann (Behrens, Langer 2010a: 27). Um wahrscheinliche Wirkungen und Folgen von pflege-

rischen Interventionen sorgfältig abklären zu können, haben Pflegende die Pflicht, externes Wissen sorgfältig zu prüfen (vgl. Behrens, Langer 2010a: 31). Es reicht nicht aus, wissenschaftliche Erkenntnisse nur zu lesen und zur Kenntnis zu nehmen. Pflegende müssen die Aussagekraft von Studien, ihren Mehrwert gegenüber dem bereits Bekannten und die Übertragbarkeit auf die Einzelsituation beurteilen (vgl. Meyer, Teigeler 2015: 12 f.). Aber auch die Grenzen der externen Evidence müssen im Rahmen der Einzelfallentscheidungen ausreichend reflektiert werden. Denn externe Evidence liegt überwiegend in Form von beobachteten Behandlungsfolgen innerhalb von Gruppen, d. h. in Form von gruppenspezifischen Häufigkeiten vor und die Folgen einer Behandlung bei Dritten lassen keinen unmittelbaren Schluss auf den Einzelfall zu (vgl. Behrens, Langer 2016: 58). Dies ist darin begründet, dass die Erfahrungen anderer nicht an die Stelle der eigenen persönlichen Erfahrungen gesetzt werden können (vgl. Behrens 2006: 168). Daraus folgt, dass eine Entscheidung auch unter Berücksichtigung externer Evidence immer unter Ungewissheit getroffen wird. Ob der Betroffene tatsächlich von der Entscheidung profitiert, kann nicht vorhergesagt werden. Im Rahmen externe Evidence kann nur die Wirkung der Behandlung bei anderen Personen erfasst werden. Durch die ermittelten Wahrscheinlichkeitsaussagen können bestehende Unsicherheiten reduziert, aber nicht völlig aufgehoben werden. Hinzu kommt, dass aus den Erfahrungen Dritter die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Pflegebedürftigen nicht abgeleitet werden können (vgl. Behrens, Langer 2010b: 28; Behrens 2012: 87 f.; Meyer, Teigeler 2015: 12 f.). Folgend kann die Ermittlung externer Evidence die Erfassung des individuellen Einzelfalls nicht ersetzen (vgl. Behrens, Langer 2010b: 28).

Pflege ist nicht nur in das Arbeitsbündnis zwischen beruflich Pflegenden und Klienten eingebunden, sondern organisiert sich in arbeitsteiligen Strukturen (wie zum Beispiel die Gemeinde, das Krankenhaus, das Pflegeheim, der ambulante Pflegedienst). Die aus den Organisationsformen der pflegerischen Arbeit resultierenden ökonomischen Anreize und Umgebungsbedingungen wirken auf die Problemdefinition und die Entscheidungsfindung und dürfen aus diesem Grund nicht vernachlässigt werden. Organisationsinterne Vorschriften, Leitlinien, Richtlinien und auch gesetzliche Regelungen wirken oft, auch ohne dass sie auf die Bedürfnisse der Klienten oder auf externe Evidence zurückzuführen sind, handlungsleitend (vgl. Behrens, Langer 2016: 31).

Die verschiedenen Komponenten der pflegerischen Entscheidungen sind ausgerichtet auf die Begegnung von Pflegebedürftigen und Pflegenden im Arbeitsbündnis. Durch die Zusammenführung von interner und externer Evidence wandelt sich das Verständnis von Evidence-based Nursing von einer erlernbaren Methode, mit der es möglich ist, überprüfbares Wissen in die Praxis zu transferieren, hin zu einer moralischen Verpflichtung der Pflegepraxis, in deren Mittelpunkt die einzigartigen pflegerischen Entscheidungen im Arbeitsbündnis mit dem Klienten stehen und deren Basis die Zusammenführung von Theorie und Praxis ist (vgl. Behrens, Langer 2010a: 13

ff.; Behrens, Langer 2016: 58). Die alleinige separate Anwendung einzelner Aspekte birgt Risiken. Erst durch die Verknüpfung der verschiedenen Komponenten ist es professionell Pflegenden möglich, individuelle klinische Handlungsentscheidungen zu treffen, die größtmögliche Aussicht auf Erfolg beinhalten (vgl. Balzer, Meyer, Köpke 2014: 48).

2.2.1.4 Evidence-based Nursing Schritte

Die Anwendung des Konzepts Evidence-based Nursing folgt einem systematischen Vorgehen und wird als Handlungsanweisung mit sechs einzelnen Schritten dargestellt. Mit dem Ziel, diesen Ansatz praxisnah zu gestalten, wurden die ursprünglich beschriebenen fünf Schritte von Behrens und Langer modifiziert und um den ersten Schritt der Auftragsklärung erweitert (vgl. Hanns, Langer 2003: 4). Die sechs Schritte erlauben es Pflegenden, die Erfahrungen Dritter in der spezifischen, einzigartigen Situation des Pflegebedürftigen zu nutzen. Ausgehend vom Aufbau interner Evidence und daraus entwickelter Fragen, betrachten die Pflegenden die externe Evidence. Um die Erfahrungen Dritter für pflegerische Entscheidungen nutzen zu können, gehen diese im Anschluss wieder in die interne Evidence ein (vgl. Behrens, Langer 2010a: 18, 121, 301). Der Kreis schließt sich „von der internen Evidence zur externen Evidence und zurück“ (Behrens, Langer 2010a: 18). In der Pflegepraxis erfolgt das Vorgehen nicht immer linear, denn in Abhängigkeit von den erzielten Ergebnissen müssen einzelne Schritte gegebenenfalls neu überdacht werden (vgl. Hanns, Langer 2003: 4).

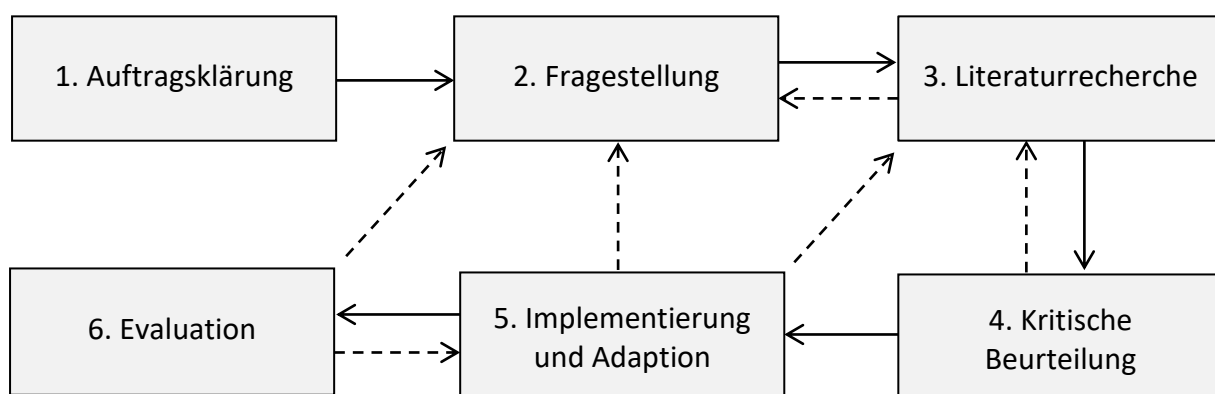


Abb. 6: Die sechs Schritte von Evidence-based Nursing (nach Behrens, Langer 2016: 37)

1. Schritt: Auftrag klären in der Begegnung

Der erste Schritt der Umsetzung von Evidence-based Nursing beginnt mit der Auftragsklärung der Pflegenden. Beruflich Pflegende fühlen sich häufig in einer Sandwichposition zwischen den wirtschaftlichen Interessen der Einrichtung und der Versicherungsgemeinschaften einerseits und zwischen den Pflegebedürftigen andererseits eingeklemmt. Der Position zwischen verschiedenen Interessengruppen haftet die Gefahr der Verantwortungsabgabe an. In der Folge äußern die

Pflegenden gegenüber den Problemen und Wünschen der Pflegebedürftigen zwar Verständnis, reagieren aber mit Abwehr, indem sie auf vorhandene Vorschriften verweisen. „Auftraggeber“ ist letztlich jedoch immer der individuelle Pflegebedürftige und nicht die Einrichtung, da die Pflege der Pflegebedürftigen der Zweck der Einrichtungen ist (vgl. Behrens, Langer 2010a: 99 ff.). Dies heben die Einrichtungen auch innerhalb ihrer Leitbilder hervor (vgl. Behrens, Langer 2016: 91). Nur in der persönlichen Begegnung zwischen Pflegenden und individuellen Pflegebedürftigen kann interne Evidence aufgebaut werden. Dieser erste Schritt ist unverzichtbar, da ohne die Auftragsklärung der Einzelfallbezug und die Verständigung über individuelle Bedürfnisse und Ziele fehlen würden. Die Auftragsklärung dient auch als Maßstab für die Beurteilung externer Evidence. Würde sie fehlen, würde die Basis der weiteren Schritte fehlen (vgl. Behrens, Langer 2010a: 99 ff.).

2. Schritt: Problem formulieren

Aus der zusammen mit dem Pflegebedürftigen erarbeiteten internen Evidence entwickeln die Pflegenden im zweiten Schritt zielgerichtete Fragen an die externe Evidence. Nur so kommt der Nutzen der externen Evidence umfassend zum Tragen. Dabei stehen die Fragen der Pflegebedürftigen im Vordergrund, denn deren individuelle Entscheidungen sollen unterstützt werden. Zu Beginn des zweiten Schrittes ist zu klären, ob das zu lösende Problem wirklich in den pflegerischen Aufgabenbereich fällt. Ist dies der Fall, können Pflegende dazu übergehen, entsprechende Fragen zu formulieren. Die Herausforderung der Pflegenden besteht darin, nicht dem Reiz zu verfallen, sich bei der Auswahl der Fragestellung von der Klarheit der Beantwortbarkeit lenken zu lassen und dadurch die Bedürfnisse und Prioritäten der Pflegebedürftigen zu vernachlässigen. Behrens und Langer (2010a) geben zudem den Hinweis, dass die Entwicklung der Fragen am besten im Gespräch zu klären sei. Dabei können Leitfäden dienlich sein. Es ist jedoch zu beachten, dass diese nicht aufgrund von Zeitmangel nur in verkürzter Form als Formular bzw. Fragebogen genutzt werden und die Zeit für Kontakt und Gespräche gespart wird. Eine vorgegebene Fragestruktur kann den Pflegenden helfen, die wesentlichen Aspekte des Pflegeproblems zu benennen. Zugleich erleichtert eine klare Fragestellung auch die anschließende Recherche nach geeigneten Studien, denn sie enthält die zentralen Schlüsselwörter der Problemstellung (vgl. Behrens, Langer 2010a: 119 ff.). Beispielsweise wird zur Formulierung von Fragestellungen zu pflegerischen Interventionsstudien häufig das PIKE-Schema verwendet. Die Abkürzung PIKE setzt sich zusammen aus den Anfangsbuchstaben der vier Elemente der Frage. Die Systematik der Fragestellung umfasst den Pflegebedürftigen bzw. die Personengruppe, die Intervention (Pflegemaßnahme, die von Interesse ist), die Kontrollintervention (Maßnahme, die mit der Intervention verglichen wird) und das Ergebnismaß (Outcome) (vgl. Behrens, Langer 2010a: 125).

3. Schritt: Literaturrecherche

Nach der präzisen Formulierung der Fragestellung erfolgt die Suche nach den in der Literatur dokumentierten Erfahrungen Dritter (Behrens 2006: 168 ff.). Dabei ist der Erfolg der Literaturrecherche von den zur Verfügung stehenden Veröffentlichungen, von den Recherchequellen, vom Umgang mit den Quellen und von der Effektivität der Suchstrategien abhängig. Den Pflegenden stehen unterschiedliche Arten von Publikationen zur Verfügung. Fachbücher werden häufig als Nachschlagewerke genutzt, denn sie enthalten jenes Wissens, das sich nicht allzu schnell verändert. Als Nachteil dieser Publikationsform wird gesehen, dass entsprechende Inhalte nicht immer auf dem aktuellen Diskussionsstand eines Themas sind. Mit Hilfe von Zeitschriften können sich Pflegende über neue Entwicklungen und aktuelle Diskussionen informieren. Das Zeitschriftenangebot ist vielfältig und die Inhalte sind meist breit gefächert. Des Weiteren stehen den Pflegenden Online-Datenbanken zur Verfügung. Diese sind gut geeignet, um Antworten auf spezifische Fragestellungen zu recherchieren. Abstracts erleichtern die Auswahl, denn Pflegende können so entscheiden, ob die gefundenen Studien zur Fragestellung passen (vgl. Behrens, Langer 2010a: 129 ff.).

4. Schritt: Kritische Beurteilung von Studien

Bevor die gefundenen Studienergebnisse in der Praxis umgesetzt werden können, müssen sie zunächst einer kritischen Analyse unterzogen werden. Diese Analyse bezieht sich zum einen auf die wissenschaftliche Qualität der Forschungsarbeiten und zum anderen auf deren Relevanz und Bedeutung (vgl. Mayer 2011: 353; Behrens 2006: 168 ff.). Die Bewertung findet somit auf zwei Ebenen statt. Eine Bewertungsebene umfasst die externe Evidence. In diesem Rahmen soll sichergestellt werden, ob methodische Qualitätskriterien erfüllt sind, d. h. dass „möglichst viele Verzerrungen und Selbsttäuschungen“ (Behrens, Langer 2010a: 156; vgl. Mayer 2011: 355) auszuschließen sind. Vom Typus der Studie hängt es ab, welche Aspekte jeweils zu bewerten sind. Hierfür stehen den Pflegenden im Internet Beurteilungsbögen zur Verfügung. Diese geben Hilfestellung, die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit einer vorliegenden Studie zu beurteilen.

Die zweite Ebene bezieht sich auf die interne Evidence. Hier wird beurteilt, ob die gefundene externe Evidence dem einzelnen Pflegebedürftigen helfen kann, individuelle Entscheidungen zu treffen. Beide Bewertungsebenen sind notwendig, da Pflegende Interventionen nicht wegen einer Studie verändern sollten, die starke Mängel im Forschungsdesign aufweist oder deren Personengruppe nicht auf die Situation des Pflegebedürftigen übertragbar ist (vgl. Behrens, Langer 2010a: 155 f.).

5. Schritt: Veränderung der Pflegepraxis

Als fünfter Schritt erfolgt die Übertragung der externen Evidence unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorstellungen des Pflegebedürftigen sowie unter Beachtung der gegebenen Rahmenbedingungen in die pflegerische Praxis. Die Veränderung der Pflegepraxis kann sich auf vielfältige Pflegesituationen beziehen. Zudem sind auch die verschiedenen Ebenen der Arbeitsorganisation und die Ebene der Pflegeeinrichtung in die Veränderungsprozesse mit einzubeziehen. Aus diesem Grund nutzen Pflegenden unterschiedliche Problemlösungsansätze, wie zum Beispiel Informationsweitergabe, Anpassung von Standards, Umsetzung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, aber auch Struktur- und Prozessveränderungen in Form von Projekten (vgl. Behrens, Langer 2010a: 301 ff.).

6. Schritt: Evaluation von Wirkungsketten

Die gemeinsamen Entscheidungen zu pflegerischen Handlungen zeigen während und nach der Durchführung individuelle Wirkungen. Im sechsten Schritt wird geprüft, ob sich die ersten fünf Schritte an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert haben und welche Veränderungen der Lebenspraxis eingetreten sind (vgl. Behrens 2006: 168 f.; Behrens, Langer 2010a: 333 ff.). Der Evaluation von Wirkungsketten kommt eine besondere Bedeutung zu, da nicht nur einzelne Pflegehandlungen, sondern auch übergreifende Organisationsstrukturen von Veränderungen betroffen sein können. Eine umfassende Beurteilung führt zu Ergebnissen auf drei Ebenen. Zum einen wird geprüft, ob das erwartete Ergebnis eingetroffen ist. Dies reicht jedoch nicht aus, denn die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen sind nicht statisch. Entsprechend richtet sich die Evaluation auch darauf, ob die Maßnahme noch den Vorstellungen und den Zielen des Pflegebedürftigen entspricht. Zudem müssen die Ergebnisse dahingehend geprüft werden, ob es Erfahrungen Dritter gibt, die bessere pflegerische Handlungen ermöglichen. Um offen für Neuerungen zu bleiben, ist es notwendig, dass Interventionen kritisch hinterfragt werden, auch, wenn sie die bisherigen Erwartungen erfüllt haben. Es wird empfohlen, dass sich die Methoden zur Evaluation sowohl auf Struktur-, Prozess- als auch auf Ergebniskriterien beziehen, wobei diese Qualitätsdimensionen nicht isoliert betrachtet werden dürfen, da sie sich auch untereinander beeinflussen (vgl. Behrens, Langer 2016: 292; Hanns, Langer 2003: 6).

2.2.1.5 Herausforderungen im Umgang mit externer und interner Evidence

Evidence-based Nursing ist in den Gesamtkontext des pflegerischen Handelns eingebunden und zeigt Verknüpfungen zu den Bereichen Wissenschaft, Management und Praxis. Damit sind zugleich auch Hemmnisse verbunden. Zahlreiche Barrieren erschweren die Anwendung von EbN auf den verschiedenen Ebenen (vgl. Behrens; Langer 2010a: 13 ff.).

Die Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis verlangt, dass verlässliche von den weniger verlässlichen Belegen zu unterscheiden sind (vgl. Meyer, Teigeler 2015: 12). Dies wird durch den Umstand erschwert, dass jährlich mehrere hunderttausend Studien und Millionen von Berichten über sichere Heilungsmethoden veröffentlicht werden. Dabei hat sich der Informationsfluss im Laufe der letzten 30 Jahre sehr verändert, von organisierten Hierarchien mit zum Teil undurchlässigen Filtern hin zu einem Übermaß an Informationen (vgl. Behrens, Langer 2010b: 33). Das Problem besteht darin, aus der Vielzahl an Informationen die aussagekräftigen Informationen herauszufiltern, die verlässlichen von den weniger verlässlichen Belegen zu trennen (vgl. Behrens, Langer 2010b: 33; Meyer, Teigeler 2015: 12 ff.). Die Suche nach zuverlässigen Informationen benötigt ein hohes Maß an Erfahrung und Kenntnissen (vgl. Rüsing 2016: 7). Externe Evidence gibt es beispielsweise im Bereich der Handhygiene, der Frühmobilisation oder der sterilen Wundversorgung (vgl. Meyer, Teigeler 2015: 12 f.). Auch die Frage, wie sich freiheitsentziehende Maßnahmen ohne eine Erhöhung der Sturzgefahr reduzieren lassen, kann mit wissenschaftlichen Erkenntnissen beantwortet werden (vgl. Köpke et al. 2012: 2177 ff.). Trotz Fülle an Informationen ist festzustellen, dass für viele pflegerische Fragestellungen keine verlässliche externe Evidence dokumentiert ist (vgl. Behrens, Langer 2010b: 33; Meyer, Teigeler 2015: 12 ff.). Aufgabe von Pflegefachkräften ist es, die Aussagekraft von Studien im Hinblick auf ihre berufspraktische Bedeutung zu reflektieren. Meyer und Teigeler (2015: 14 ff.) sind der Ansicht, dass, wenn keine bzw. nur wenig verlässliche Belege gefunden werden, das gewohnte Handeln bis zum Vorfinden besserer Evidence belassen werden sollte (vgl. Meyer, Teigeler 2015: 14 ff.).

Eine Herausforderung ist auch darin zu sehen, dass sich das im Rahmen der Pflegewissenschaft generierte Wissen aktuell vor allem auf spezifische Teilbereiche bezieht und grundlegendes Wissen weniger Berücksichtigung findet (vgl. Meyer, Teigeler 2015: 16). Somit sind einige Teile der pflegerischen Grundlagen, wie zum Beispiel die Grundpflege, die Nahrungsaufnahme und die Kommunikation, bisher wenig erforscht. Ein Grund liegt in der im Vergleich zu anderen Ländern erst kurzen Zeit der Forschungsarbeit. Hemmend wirkt auch der Mangel an finanzkräftigen Interessenten. Dies hat zur Folge, dass in Bereiche wie Physiotherapie, Ergotherapie und auch Pflege nur wenige Forschungsmittel fließen (vgl. Behrens, Langer 2010b: 33 f.; Meyer, Teigeler 2015: 12 ff.). Da die Wirkungen einzelner Verrichtungen in Vergleichsstudien leichter zu erfassen sind als die Wirkung komplexer Handlungsketten (wie sie für das pflegerische Handeln typisch sind), liegt auch im Forschungsprozess selbst ein Grund für die geringe Anzahl wissenschaftlicher Erkenntnisse für komplexe pflegerische Handlungen (vgl. Behrens, Langer 2010b: 34).

Der Mangel an externer Evidence birgt die Gefahren, dass die Generierung messbarer und standardisierter Ergebnisse in den Fokus des Interesses rückt und die Perspektive der internen Evidence vernachlässigt wird (vgl. Behrens, Langer 2010a: 15 f.). Damit rückt die Orientierung an

einzelnen Verrichtungen in den Vordergrund (vgl. Behrens, Langer 2010b: 34). Die einseitige Hinwendung zur externen Evidence trennt Pflegende zunehmend von ihren eigenen Erfahrungen, lenkt den Blick auf Standards und Leitlinien und kann dazu führen, dass diese ungeprüft in der individuellen Situation der Pflegebedürftigen umgesetzt werden (vgl. Schneeweiss 2008: 18; Behrens, Langer 2010a: 23). Die alleinige Anwendung von Lehrbuchwissen und Standardregeln kann eine unangemessene und respektlose Haltung gegenüber den Pflegebedürftigen zur Folge haben (vgl. Behrens, Langer 2010b: 30).

Als Herausforderung im Umgang mit externer Evidence ist auch zu sehen, dass die Suche nach den besten empirischen Belegen zu keiner Zeit als abgeschlossen angesehen werden kann. Beruflich Pflegende sollten sich bewusst sein, dass das Wissen in der Gesundheitsversorgung einer sehr kurzen Halbwertszeit unterliegt (vgl. Conrad, Kraus 2008: 166 ff.; Balzer, Meyer, Köpke 2014: 45) und der je aktuelle Stand der Kenntnisse schnell veraltet sein kann. Daher setzt die Umsetzung von Evidence-based Nursing kritische Reflexionsfähigkeit als eine wichtige Grundhaltung der Pflegenden voraus (vgl. Behrens, Langer 2010a: 13; Meyer, Teigeler 2015: 13; Rüsing 2016: 7).

Eine mitunter schwierige Aufgabe der Pflegenden besteht auch darin, zwischen externer und interner Evidence zu vermitteln. Beispielsweise ist nachweislich eine rasche Mobilisation nach einer Operation zur Vorbeugung von Sekundärerkrankungen, wie Thrombose und Dekubitus sehr förderlich. Lehnt ein Pflegebedürftiger die fachlich empfohlenen Maßnahmen der Mobilisation ab, geht es für die Pflegekräfte nicht darum, dass Maßnahmen, die sie für sinnvoll erachten, unter allen Umständen umgesetzt werden müssen. Vielmehr ist es Aufgabe der Pflegenden, die Gründe für die Ablehnung zu reflektieren. So können den Betroffenen zum Beispiel Schmerzen oder Luftnot von der Annahme des Angebotes abhalten. Auch sollen die Pflegebedürftigen über Optionen, die dem aktuellen Wissensstand entsprechen, informiert werden. Aufklärung soll zudem auch über noch nicht bzw. nicht ausreichend oder nicht eindeutig belegte wissenschaftliche Erkenntnisse erfolgen. Innerhalb der externen Evidence können widersprüchliche wissenschaftliche Aussagen in Bezug auf eine bestimmte Pflegemaßnahme vorliegen. Ein solches Beispiel ist der Einsatz von Hüftprotektoren bei älteren Menschen in häuslicher Umgebung, welche zum Schutz vor sturzbedingten Knochenbrüchen eingesetzt werden. Pflegebedürftige haben ein Recht darauf, über die nicht eindeutige Studienlage informiert zu werden (vgl. Meyer, Teigeler 2015: 14).

Von entscheidender Bedeutung für die Umsetzung von Evidence-based Nursing ist nicht zuletzt die Übernahme von Verantwortung für die im Arbeitsbündnis auftretenden kritischen Situationen. Neben dem Auffinden externer Evidence ist es vor allem wichtig, dass Pflegefachkräfte sich nicht in der Bindung an Vorschriften und Normen der persönlichen Verantwortung in der konkreten Situation entziehen (vgl. Behrens 2006: 168 ff.). Das heißt, dass externe Evidence nicht

im Sinne einer „Kochbuchanleitung“ unabhängig von den Bedingungen des Einzelfalls verstanden werden darf (vgl. Balzer, Meyer, Köpke 2014: 49). Nur durch die Verbindung von externer und interner Evidence wird gefährliches Pflegehandeln vermieden und eine gut gemeinte Pflege in eine professionelle Pflege gewandelt, welche eine individuelle Bewältigung pflegerischer Herausforderungen ermöglicht (vgl. Behrens 2006: 168 f.).

2.2.2 Stufen der Pflegekompetenz nach Benner

Das Pflegehandeln im Kontext situationsbedingter Entscheidungen wird auch von der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Patricia Benner (1994) in den Blick genommen. Benner beschreibt in ihrem Buch „Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert.“ den Erwerb von pflegerischen Fähigkeiten im Spannungsfeld von Regelgeleitetheit und Eigenverantwortung der Pflegenden. Das Modell basiert auf einem Verständnis, welches das pflegerische Handeln als Entwicklungsprozess des Kompetenzerwerbes und Zusammenspiel von theorie- oder praxisgeleitetem Pflegehandeln versteht. Vor diesem Hintergrund zeigt Benner die Grenzen formaler Regeln auf und stellt die Bedeutung der Urteilsfähigkeit der einzelnen Pflegekraft im Kontext des pflegerischen Arbeitsbündnisses in den Vordergrund. Dabei blickt sie auch auf die Bedeutung formaler Modelle in Bezug auf die Qualität pflegerischer Arbeit. Benner verweist auf die Gefahren, die mit Qualitätsbewertungen ohne Berücksichtigung des individuellen Kontextes einhergehen.

Benner wendet das Dreyfus/Dreyfus-Modell des Kompetenzerwerbs auf den Bereich der Krankenpflege an und analysiert das Handeln der beruflich Pflegenden in realen Praxissituationen. Das Modell zum Kompetenzerwerb entwickelten Stuart Dreyfus und Hubert Dreyfus auf der Grundlage von Untersuchungen an Piloten und Schachspielern. Dem Modell zufolge durchlaufen Lernende beim Erwerb von Fähigkeiten fünf Leistungsstufen: Neuling, Fortgeschrittener Anfänger, Kompetenter, Erfahrener und Experte. In ihren Untersuchungen beobachteten Dreyfus und Dreyfus, dass sich beim Durchlaufen der fünf Stufen drei grundlegende Aspekte der Leistungsfähigkeit wandeln. Zum einen verändert sich die Orientierung an abstrakten Grundsätzen hin zu einem vermehrten Rückgriff auf konkrete eigene Erfahrungen. Zum anderen ändert sich die Wahrnehmung der Handlungssituation. Beim Durchlaufen der Stufen wird die Situation immer weniger als Summe gleich wichtiger Teile wahrgenommen, sondern zunehmend als vollständiges Ganzes erfasst, in dem nur bestimmte Teile wichtig sind. Des Weiteren entwickeln sich die Lernenden von unbeteiligten Beobachtern hin zu engagiert handelnden Personen.

Die von Dreyfus und Dreyfus beschriebenen Kompetenzstufen ermittelte Benner auch bei Pflegepersonen. Mit Hilfe ihrer Untersuchung wollte sie Unterschiede zwischen Neulingen und Pflegeexperten in Bezug auf die Situationserfassung und die Ausübung der Tätigkeiten ermitteln. Zu

diesem Zweck führte Patricia Benner paarweise Interviews mit unerfahrenen Pflegenden und mit solchen, die anerkanntermaßen über hohe Kompetenz in ihrem Beruf verfügten, durch. Die gemeinsam erlebten Pflegesituationen wurden sowohl aus der Perspektive der unerfahrenen Pflegenden als auch aus der Perspektive der kompetenten Pflegenden erfasst. So konnte Benner charakteristische Unterschiede zwischen den Beschreibungen derselben Praxissituation analysieren. Um noch detailliertere Merkmale pflegerischer Arbeit auf den unterschiedlichen Kompetenzstufen erkennen zu können, führte Benner darüber hinaus auch Interviews und teilnehmende Beobachtungen mit Erfahrenen, mit frisch examinierten Krankenschwestern/-pflegern sowie mit Krankenpflegeschülern/-schülerinnen aus einer Abschlussklasse durch. Die Interpretation der gewonnenen Daten erfolgte durch ein Rating, bei dem die einzelnen Mitglieder der Forschungsgruppe ihre (unabhängig voneinander gewonnenen) Ergebnisse miteinander verglichen und diese durch Konsensbeschluss validierten. Da das Dreyfus/Dreyfus-Modell ein situatives und kein Eigenschafts- oder Begabtenmodell darstellt, wurden nicht die Teilnehmer selbst in die Entwicklungsstufen des Modells eingeordnet. Jede spezifische Situation wurde danach bewertet, welche Kompetenzstufe sich in ihr widerspiegelte. Auf der Grundlage der Analyse der Situationsschilderungen konnten Benner und ihre Forschungsmitarbeiter Merkmale des Handelns auf den einzelnen Entwicklungsstufen beschreiben (vgl. Benner 1994: 36 ff., 176).

Fünf Stufen identifiziert und beschreibt Benner bezogen auf das Pflegehandeln. In ihrem Forschungsbericht untermauert sie die erkannten Merkmale der einzelnen Stufen durch zahlreiche Praxisbeispiele.

Stufe 1 - Neuling

Neulinge besitzen noch keine Erfahrung in ihrem Arbeitsbereich. Aus diesem Grund werden ihnen objektive Attribute des pflegerischen Aufgabenbereiches, wie zum Beispiel Gewicht-, Puls- und Blutdruckkontrollen, gezeigt. Diese Merkmale ermöglichen es den Anfängern, die Situation eines Patienten ungefähr einzuschätzen, auch ohne vorhandene Erfahrungen. Die Informationen über objektivierbare Anzeichen werden ergänzt durch kontextfreie Regeln, an welchen die Neulinge ihr Handeln ausrichten können. Die regelgeleitete Vorgehensweise der Neulinge hat meist ein eingeschränktes und unflexibles Handeln zur Folge. Darüber fällt den Neulingen die Prioritätensetzung der Handlungsschritte in den realen pflegerischen Situationen schwer (vgl. Benner 1994: 41 f.). In der Praxis zeigt sich das beispielsweise daran, dass Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr pflegebezogene Einzelhandlungen richtig ausführen, aber noch keinen Blick für darüber hinaus notwendige Tätigkeiten haben (vgl. Quernheim 2009: 57).

Auf dieser Stufe befinden sich nicht nur Gesundheits- und Krankenpflegeschüler zu Beginn ihrer Ausbildung, sondern auch Schwestern und Pfleger, welche mit einem unbekanntem klinischen Gebiet bzw. einer neuen Patientengruppe konfrontiert werden und bei denen sie sich mit den

Zielen und Mitteln dieses Aufgabenbereichs erst noch vertraut machen müssen (vgl. Benner 1994: 41 f.).

Stufe 2 - Fortgeschrittener Anfänger

Fortgeschrittene Anfänger haben bereits eine Reihe von Erfahrungen auf einem Arbeitsgebiet gesammelt, durch welche sie wiederkehrende Situationsmerkmale, die nicht vollständig objektivierbar sind, erfassen können. So benötigen Pflegende zum Beispiel Erfahrungen mit Klienten in ähnlichen Situationen, um erkennen zu können, ob und in welcher Art und Weise sich Pflegebedürftige mit ihrer veränderten Lebenssituation infolge von Krankheit befassen. Die unterschiedliche Bedeutung der einzelnen Situationsmerkmale können fortgeschrittene Anfänger jedoch noch nicht in ihr Handeln integrieren.

Auf dieser Kompetenzstufe sieht Benner vor allem Berufsanfänger in der Pflege. Sie benötigen Unterstützung, um die Bedeutung der verschiedenen Aspekte einer Pflegesituation im Verhältnis zueinander beurteilen und darauf aufbauend Pflegeprobleme identifizieren zu können (vgl. Benner 1994: 41 f.).

Stufe 3 - Kompetente Pflegende

Das Handeln der Pflegenden auf dieser Stufe ist nicht mehr durch alleiniges Reagieren auf die bestehenden Umstände charakterisiert. Im Mittelpunkt des Handelns von kompetent Pflegenden steht vielmehr das bewusste und überlegte Planen der Handlungen. Benner gibt hier das Beispiel einer Pflegekraft, die im beruflichen Alltag zunächst nur auf die aktuell anfallenden Anforderungen reagierte. Später entwickelte sie jedoch die Kompetenz, sich zu Arbeitsbeginn einen Überblick über die Situation der zu betreuenden Patienten zu verschaffen und darauf aufbauend ihre Tätigkeiten geplant umzusetzen. Kompetent Pflegende besitzen die Fähigkeit, Situationen analytisch betrachten und wichtige von weniger wichtigen Aspekten einer Situation unterscheiden zu können. Dies führt zu einer effizienten und organisierten Arbeitsweise und hat auch zur Folge, dass Pflegende nicht nur kurzfristige, sondern auch langfristige Ziele und Pläne umsetzen können. Die Stufe kann erreicht werden, wenn Pflegepersonen zwei bis drei Jahre im gleichen oder ähnlichen Berufsfeld tätig sind (vgl. Benner 1994: 45 f.).

Stufe 4 - Erfahrene Pflegende

Durch die Vertrautheit mit ähnlichen Pflegesituationen besitzen erfahrene Pflegende die Fähigkeit, die Situationen als Ganzes und nicht mehr nur in ihren Einzelaspekten wahrzunehmen. Dabei entdecken die Pflegenden sehr schnell den Kern der vorliegenden Probleme, denn sie können unbedeutende Faktoren unmittelbar ausschließen. Pflegende dieser Kompetenzstufe können zudem selbstständig Prioritäten setzen und sich immer wieder auf eintretende Verände-

rungen der Pflegesituation einstellen. Ihre vielschichtige Sichtweise der Praxisrealität verhilft den Pflegenden dazu, dass sie ihr Handeln mit Hilfe von Maximen auf das Wesentliche einer Situation ausrichten können (vgl. Benner 1994: 47 f.). Ein solches Prinzip kann zum Beispiel sein, dass sich Pflegende vornehmen, bei Aufnahmegesprächen immer nach den Erwartungen der Pflegebedürftigen zu fragen, um diese bestmöglich in die Planung der Pflegemaßnahmen einbeziehen zu können (vgl. Quernheim 2009: 60). Da die Pflegenden die individuellen situativen Kontexte betrachten, dienen ihnen die Theorien und Regelwerke, auf denen ihre Fähigkeiten und Handlungsweisen ursprünglich aufbauten, nur noch als Ergänzungen. Nach der Einschätzung von Benner besitzen Pflegekräfte das Niveau eines Erfahrenen, wenn sie drei bis fünf Jahre im gleichen pflegerischen Bereich tätig waren (vgl. Benner 1994: 49 f.).

Stufe 5 - Pflegeexperte

Pflegeexperten sind aufgrund ihres großen Erfahrungsschatzes und ihres umfassenden Verständnisses der Gesamtsituation in der Lage, die Arbeitssituation intuitiv zu erfassen, ohne auf analytische Prinzipien, wie Regeln oder Maximen zurückzugreifen. Sie entwickeln einen sehr sicheren Blick für die wesentlichen Aspekte der Situation ohne Zeit für die Suche nach Alternativlösungen zu verlieren und können dadurch schnell angemessene Pflegemaßnahmen ableiten. Auch Dreyfus und Dreyfus (1987) beschreiben das sich durch Erfahrungen verändernde Handeln und dessen Bezug zu objektivierbaren Aspekten und Regeln. Sie weisen darauf hin, dass sich regelgeleitetes Handeln in der Praxis als stockend und starr zeigt. Mit zunehmender Beherrschung der Aktivität ändert sich das Handeln. Die tätigen Personen sind sich der einzelnen Handlungsschritte und Regeln nicht mehr bewusst, ihre Verrichtungen werden flüssig und flexibel und erreichen ein hohes Niveau. Da Pflegeexperten die Gesamtsituation auch emotional erfassen, ist es für sie oft schwierig, anderen gegenüber ihren intuitiven Entscheidungsprozess darzulegen.

Die Stufen der Pflegekompetenz charakterisieren das Pflegehandeln als Entwicklungsprozess. Mit zunehmender Praxiserfahrung in einem spezifischen Arbeitsbereich wandelt sich der Umgang mit und die Orientierung an Standards und Leitlinien. Benner verdeutlicht, dass der Kontext und die subjektive Bewertung der Situation einen hohen Einfluss auf das Handeln von Pflegeexperten ausüben. Dadurch, dass Experten das Besondere der jeweiligen Situation erfassen und Regeln gegebenenfalls abwandeln, um dem einzelnen Pflegebedürftigen gerecht zu werden, geht ihr Handeln über die Umsetzung von Normen und Routineverfahren weit hinaus. Durch die Zunahme von Kompetenz und Flexibilität orientieren sich ihre Pflegemaßnahmen an den individuellen Pflegesituationen. Aus diesen Merkmalen ergeben sich jedoch Grenzen formaler, kontextfreier Prinzipien. Das intuitive Erfassen der Situation und das darauf basierende Handeln der

Experten kann nach Meinung Benners im Rahmen offizieller Beurteilungskriterien nur unzureichend erfasst und beurteilt werden. Um das Handeln in Bezug auf den Gesamtkontext beurteilen zu können, ist es notwendig, die bislang üblichen Standards und quantitativen Maßstäbe um interpretative Ansätze zur Beschreibung der Pflegepraxis und qualitative Bewertungsstrategien zu ergänzen (vgl. Benner 1994: 53, 174). Quernheim (2009: 61) schlägt vor, unterschiedliche Bewertungskriterien für die verschiedenen Kompetenzstufen zu entwickeln. Letztlich kommt die Frage auf, welchen grundsätzlichen Einfluss formale und in der Regel kontextfreien Modelle (Checklisten, Pflegestandards) auf das pflegerische Handeln allgemein und auf das Handeln auf Expertenebene ausüben. Ermöglicht der Rückgriff auf Standards die Umsetzung individueller Pflegemaßnahmen oder wirkt dieser eher einschränkend oder sogar ver hindernd?

Die vorgestellten Handlungstheorien haben grundsätzlich den Anspruch, in jedem Arbeitsbündnis zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen angewandt zu werden und unterscheiden nicht nach Pflegesetting. Obwohl sich die Rahmenbedingungen innerhalb der Institutionen Krankenhaus und Pflegeheim sicherlich ähneln, kann andererseits davon ausgegangen werden, dass im Setting Pflegeheim durch die spezifische Situation des Heimalltages auch andere Faktoren das Handeln der Pflegenden prägen. Daher soll nachfolgend das Setting Pflegeheim näher beleuchtet werden.

2.3 Setting Pflegeheim

2.3.1 Ausgangslage in Zahlen

Pflegebedürftigkeit betrifft überwiegend ältere Menschen. Aufgrund der demografischen Alterung unserer Gesellschaft ist in den kommenden Jahrzehnten trotz insgesamt rückläufiger Bevölkerungszahlen mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen zu rechnen (vgl. Statistisches Bundesamt 2010: 5). Diese im Jahr 2010 aufgestellte Prognose zeigt sich nun als aktueller Trend und lässt sich anhand statistischer Kennzahlen nachvollziehen. Durch die Zunahme pflegebedürftiger Menschen gewinnt auch die stationäre Pflege und Betreuung älterer Menschen an Bedeutung.

Nach den Ergebnissen der Sterbetafel 2013/2015 haben Jungen in der Bundesrepublik Deutschland bei Geburt eine Lebenserwartung von 78,2 Jahren und Mädchen eine Lebenserwartung von 83,1 Jahren. Seit Beginn der statistischen Aufzeichnungen bis zum aktuellen Zeitpunkt hat sich die Lebenserwartung Neugeborener damit mehr als verdoppelt. In der Vergangenheit war die sinkende Säuglings- und Kindersterblichkeit als bestimmender Faktor für den Anstieg der Lebenserwartung verantwortlich. Aktuell ist es die sinkende Sterblichkeit im höheren Alter (vgl. Statistisches Bundesamt 2016: 23). Durch die Zunahme an gesunden Jahren verbessert sich in vielen Fällen die Lebensqualität der Menschen. Gleichzeitig bringt die Lebenszeitverlängerung,

insbesondere im hohen und sehr hohen Lebensalter, vielfältige Gesundheitsrisiken mit sich, die zu einem dauerhaften Bedarf an pflegerischer Unterstützung führen können (vgl. Winter 2008: 16).

Im Jahr 2015 waren rund 2,9 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) (vgl. Statistisches Bundesamt 2017b: 5). Das sind 600.000 Pflegebedürftige mehr als im Jahr 2009 (vgl. Statistisches Bundesamt 2011b: 5). Im Dezember 2015 lebten in der Bundesrepublik 718.000 Personen, die 90 Jahre und älter waren. Von ihnen waren 66% beziehungsweise 475.000 pflegebedürftig. Bei den 85- bis 89-Jährigen liegt die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden (Pflegequote) bei 40%. In der Gruppe der 75- bis 84-Jährigen ist die Pflegequote mit 14% niedriger und ein deutlich geringerer Wert mit rund 3% bezieht sich auf die Gruppe der 65- bis 69-Jährigen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017b: 7).

Der Zuwachs an hochaltrigen Menschen geht mit einem überproportionalen Anstieg von Pflegebedürftigkeit einher. Der gesellschaftliche Umgang mit Pflegebedürftigkeit ist an der sozialpolitischen Maxime „ambulant vor stationär“ ausgerichtet. Dieser Grundsatz entspricht auch den individuellen Präferenzen der meisten Pflegebedürftigen (vgl. Winter 2008: 16). Die Mehrheit der Pflegebedürftigen (72%) wird zu Hause allein durch die Angehörigen bzw. mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste betreut (vgl. Statistisches Bundesamt 2017b: 13). Ein Zeitenvergleich verdeutlicht jedoch, dass die Pflege immer seltener ausschließlich von Privatpersonen erbracht wird und zunehmend professionelle Hilfe (ambulante Pflege) in Anspruch genommen wird. Aufgrund der steigenden Komplexität der Pflegebedarfe und abnehmender beziehungsweise überforderter familiärer Unterstützungsressourcen kommt der stationären Langzeitpflege eine steigende Bedeutung zu. Ein Leben im Pflegeheim wird für immer mehr Betroffene zur Versorgungswirklichkeit (vgl. Winter 2008: 16).

Das Verhältnis der Zuordnung zu den einzelnen Pflegestufen² blieb in den letzten Jahren konstant. Mehr als ein Drittel (40%) der in Pflegeheimen versorgten Menschen waren der Pflegestufe I („erhebliche Pflegebedürftigkeit“) zugeordnet. Weitere 40% erhielten Leistungen der Pflegestufe II („Schwerpflegebedürftigkeit“). Der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) betrug 20% (vgl. Statistisches Bundesamt 2017a: 7).

2.3.2 Arbeitssituation und Versorgungsqualität in Pflegeheimen

Auf der Grundlage der demografischen Entwicklung erhöhte sich in den letzten Jahren die Anzahl der Pflegeheime und der dort versorgten Pflegebedürftigen. Es ist eine fortwährende Nach-

² Es wird von Pflegestufen gesprochen, da sich die Daten des Statistischen Bundesamtes (2017a) auf Informationen des Jahres 2015 beziehen. Erst später mit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (1. Januar 2016) wurden die Weichen für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gestellt. Dieser ist seit dem 1. Januar 2017 gültig. Die bisherigen drei Pflegestufen wurden durch fünf Pflegegrade ersetzt (vgl. BMG 2018a).

frage zu verzeichnen, welche sich in der Entwicklung der Heimkapazitäten widerspiegelt (vgl. Winter 2008: 17). Das Statistische Bundesamt erfasst im Rahmen der zweijährigen Erhebungen alle Pflegeheime, die durch einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und demzufolge als zugelassen gelten (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a: 17). Die Zahl der Pflegeheime stieg von rund 11.600 im Jahr 2009 (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a: 5) auf 13.600 Pflegeheime bundesweit (vgl. Statistisches Bundesamt 2017a: 5).

Der Betreuungsfokus in Heimen liegt überwiegend auf der vollstationären Dauerpflege (2015: 759.000 Pflegebedürftige). Darüber hinaus werden Pflegebedürftige auch im Rahmen von Kurzzeitpflege, Tagespflege und Nachtpflege betreut. In all diesen Versorgungsbereichen ist in den letzten Jahren ein Zuwachs von Pflegebedürftigen zu verzeichnen (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a: 7; vgl. Statistisches Bundesamt 2017a: 7).

Die Pflegeheime befinden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft (2015: 53% der Pflegeheime), privater Trägerschaft (2015: 42 % der Pflegeheime) und öffentlicher Trägerschaft (2015: 5% der Pflegeheime) (vgl. Statistisches Bundesamt 2017a: 5). Diese Verteilung blieb gegenüber dem Jahr 2009 beständig (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a: 5).

Welchen Herausforderungen müssen sich die Pflegenden der stationären Langzeitpflege stellen? Die aktuelle demografische Entwicklung in Deutschland lenkt den gesellschaftlichen Blick zunehmend auf die Versorgungssituation der älteren Menschen. Gleichzeitig steht die stationäre Altenpflege am Ende der Versorgungskette. Sie kommt erst zum Tragen, wenn präventive, kurativ-medizinische, rehabilitative und ambulante pflegerische Maßnahmen erschöpfend in Anspruch genommen wurden und keine Alternativen mehr gesehen werden. Nach wie vor hat die stationäre Langzeitpflege ein geringes gesellschaftliches Ansehen. Ein Zuwachs von gesellschaftlicher Aufmerksamkeit ist vor allem durch Veröffentlichungen von Missständen getragen (vgl. Winter 2008: 16 f.).

Mit der Einführung der Pflegeversicherung im April 1994 wurden neben der Klärung von Leistungsansprüchen auch Maßstäbe für die Qualität der Leistungserbringung festgelegt, wodurch auch das Handeln der Pflegenden in Pflegeheimen maßgeblich beeinflusst wurde. Durch die Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeselbstverwaltung sowie durch die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sollen die Rechte pflegebedürftiger Menschen geschützt und gestärkt werden (vgl. Klie, Kraher 2009: 214 f., 1042 ff.). So führte die Implementierung von Expertenstandards zu einer verbesserten pflegerischen Versorgung in pflegerischen Problembereichen. Die Erfüllung der gesetzlichen Auflagen geht aber auch mit einem hohen bürokratischen Aufwand einher. Zudem ist ein struktureller Wandel der Bewohnerschaft bei Heimeinzug zu verzeichnen. Durch höhere gesundheitliche Beeinträchtigungen, größere Nähe zum Tod, mehr Schwerstpflegebedürftige und die Zunahme von demenziell Erkrankten erhöht sich der

Bedarf an medizinisch-pflegerischen sowie gerontopsychiatrischen Pflegeleistungen. Ebenso bewirken wachsende Ansprüche von Bewohnern und Angehörigen eine zunehmende Arbeitsverdichtung der Pflegenden (vgl. Winter 2008: 17 ff.).

Der hohen Arbeitsdichte steht ein Mangel an Personal gegenüber. Im Jahr 2015 waren in den Pflegeheimen in Deutschland insgesamt 730.000 Personen beschäftigt. Die Mehrzahl der Mitarbeiter (84%) waren weiblich. Der Beschäftigungsumfang lag zu knapp zwei Drittel (63%) im Bereich der Teilzeitbeschäftigung und ein Drittel der beruflich Tätigen arbeiteten in Vollzeit. Der Arbeitsschwerpunkt der Beschäftigten eines Pflegeheimes liegt im Bereich von Pflege und Betreuung (64%). Weitere Arbeitsbereiche der Beschäftigten umfassen die Hauswirtschaft, die Verwaltung, die Haustechnik und die soziale Betreuung (vgl. Statistisches Bundesamt 2017a: 9). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes hat sich die Kluft zwischen der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen und dem für ihre direkte Pflege zur Verfügung stehenden Personal zwischen den Jahren 2013 und 2015 vergrößert. Statt Entlastung zu erfahren, steigen die Belastungen des Pflegepersonals sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer Ebene. Hinzu kommt die hohe Altersstruktur der Pflegenden im stationären Bereich (40% der Mitarbeiter sind über 50 Jahre und älter). Nach Schätzungen werden im Jahr 2030 rund 400.000 Beschäftigte fehlen. Entsprechend formulieren Pflegevertreter die Forderung, Maßnahmen gegen den Personalmangel zu initiieren (vgl. Statistisches Bundesamt 2017c: 66).

2.3.3 Situation der Heimbewohner

Die Pflegenden sind vor die Herausforderung gestellt, ihr berufliches Handeln auf der Grundlage der institutionellen Rahmenbedingungen und der individuellen Bewohnersituation zu gestalten. Durch die Auseinandersetzung mit den Aspekten Heimeinzug, Lebensqualität im Pflegeheim und Verweildauer soll die Perspektive der Heimbewohner reflektiert werden.

2.3.3.1 Heimeinzug - Im Erleben der Pflegebedürftigen

Von 2009 bis 2015 stieg die Anzahl der voll- und teilstationär betreuten Pflegebedürftigen bundesweit von 749.000 auf 857.000 Pflegebedürftige (vgl. Statistisches Bundesamt 2017a: 7). Zu den wichtigen Anhaltspunkten für einen bevorstehenden Eintritt in ein Pflegeheim zählen neben soziodemografischen Faktoren, wie ein hohes Alter, eine allein lebende Wohnsituation und das Vorliegen eines weiblichen Geschlechts auch Prädiktoren, wie zunehmende Abhängigkeit in den Alltagsaktivitäten, kognitive Beeinträchtigungen und eine mangelnde pflegerische Unterstützung. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Heimeinzug wird auch durch das Alleinsein in

der Nacht, durch eine zu große Wohnung oder durch zu erwartende künftige gesundheitliche Beeinträchtigungen forciert (vgl. Mischke et al. 2015: 73).

Der Übertritt von der häuslichen Umgebung in ein Pflegeheim zählt für die Betroffenen zu einem der prägnantesten Einschnitte im Leben, welcher mit großen Herausforderungen verbunden ist. Um die Situation der älteren Menschen im Pflegeheim verstehen zu können und professionelle Unterstützung bieten zu können, ist es wichtig, den Prozess des Heimeintritts zu beleuchten. Mit diesem Thema beschäftigt sich die Untersuchung von Mischke et al. (2015). Im Rahmen einer qualitativen Forschungsstudie erfassten die Forscher das Erleben von Senioren in Bezug auf den Heimeintritt. Im Ergebnis zeigte sich ein in drei Phasen ablaufender Entscheidungsprozess. Zu Beginn des Entscheidungsprozesses steht die zum Teil mehrjährige Planungsphase. Die Zeitspanne der bewussten Planung des Heimeintritts und auch die Motivationsgründe für die Beschäftigung mit dem Thema variieren bei den betroffenen älteren Menschen. Personen, die den Wohnort Pflegeheim als Normalität des Älterwerdens in ihre Lebensplanung integrieren, beschäftigen sich oft schon im mittleren Lebensalter mit dieser Thematik. Sie sehen die Chance, durch die vorhandenen kognitiven Fähigkeiten, anstehende Entscheidungen selbstbestimmt treffen zu können. Eine gezielte langfristige Planung erfolgt auch aufgrund fehlender familiärer Ressourcen, dem Wunsch nach Unabhängigkeit von der Familie und dem Wunsch, für potentielle Heimkosten Vorsorge zu treffen. Aber nicht alle Heimeintritte werden vorausschauend geplant. Einige Betroffene beginnen sich mit der Thematik auseinander zu setzen, wenn sie Veränderungen in ihrem Lebensalltag feststellen. Ein akutes Krankheitsgeschehen oder der Rückgang gesundheitlicher Ressourcen wird als Warnsignal für einen beginnenden Hilfebedarf gesehen. Auch das nächtliche Alleinsein und die damit einhergehenden Gefühle von Angst und Unsicherheit können die Planungsphase einleiten. Bei der bewussten Auseinandersetzung mit einem zukünftigen Heimeintritt werden sowohl objektive Kriterien, wie Rahmenbedingungen oder Kosten-Leistungs-Verhältnis als auch subjektive Gründe und Einschätzungen, wie geografische Lage oder persönliche Gestaltungsmöglichkeiten in den Entscheidungsprozess mit einbezogen. Eine weitere Gruppe von Betroffenen setzte sich im Vorfeld des Heimeintritts nicht mit dem Thema „Einzug ins Pflegeheim“ auseinander. Der Eintritt erfolgte für sie überraschend, ohne dass man sich Gedanken über die Wahl des Heimes machen konnte. Ein solcher ungeplanter Übertritt erfolgte meist im Zusammenhang mit einem akuten Krankheitsgeschehen (z.B. Sturz oder kardio-pulmonale Probleme).

Der Verlauf der Planungsphase wirkt sich auf die anschließende Entscheidungsphase aus. Zu diesem Zeitpunkt wird der definitive Entschluss für den Heimeintritt getroffen. Das Maß der Integration der Betroffenen in den Entscheidungsprozess ist unterschiedlich hoch. Ein Teil der Pflegebedürftigen trifft die Entscheidung auf der Basis eines autonomen Lebensstils alleine, wenn die Alltagsbewältigung zunehmend schwerer fällt und damit der Unterstützungsbedarf

zunimmt. Andere erhalten familiäre Unterstützung in der Entscheidungsphase. Sie umfasst neben dem Abwägen verschiedener Versorgungsangebote auch den Besuch von Pflegeheimen und die Unterstützung bei ärztlichen Gesprächen. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass die Betroffenen selbst nicht in den Entscheidungsprozess involviert werden. Familienangehörige, wie beispielsweise der Ehepartner oder auch Ärzte treffen die Entscheidungen, wenn die älteren Menschen zum entsprechenden Zeitpunkt keine eigenständigen Entscheidungen treffen können. Dies wird von den Betroffenen als ein großer Autonomieverlust erlebt. Die damit verbundenen Emotionen seitens der Pflegebedürftigen können sich dann als Unverständnis und Widerstand äußern. Andererseits gibt es auch Personen, die die für sie getroffene Entscheidung gut akzeptieren können. In der Phase der Transition wird der Heimeintritt Realität. Meist muss innerhalb kurzer Zeit die bestehende Wohnung aufgelöst und der Umzug organisiert werden. Bei langfristig erfolgter Planung wurden im Vorfeld persönliche Dinge sortiert und reduziert. Der Verlust von Eigentum wird einigen Bewohnern im Rahmen des Heimaufenthaltes schmerzlich bewusst. Andere konnten sich damit arrangieren, dass sie sich nicht von der bisherigen Umgebung verabschieden konnten. Sie fanden es als Entlastung, wenn der Umzug für sie übernommen wurde. Nicht nur das physische Ankommen im Heim, sondern auch das emotionale Ankommen ist ein wichtiger Teil des Heimeintritts. Positive Empfindungen zeigten Bewohner, welche sich umsorgt fühlten und sich bewusst für den Heimeinzug entschieden hatten. Es gibt aber auch Bewohner, denen es sehr schwer fällt, das Leben vor dem Heimeintritt loszulassen und die neue Situation zu akzeptieren (vgl. Mischke et al. 2015: 73ff.).

2.3.3.2 Lebensqualität im Pflegeheim

Mit den Debatten um die Qualität der Versorgung älterer Menschen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen rückt zunehmend das Interesse an deren Lebensqualität in den Vordergrund. Lebensqualität wird als mehrdimensionales Konstrukt angesehen, welches nicht direkt, sondern nur in Teilbereichen abgebildet werden kann (vgl. Behr et al. 2014: 369). Weitgehende Einigkeit gibt es darüber, dass Lebensqualität sowohl objektive als auch subjektive Anteile umfasst. Objektive Lebensqualität bezieht sich auf die Lebensbedingungen und kann über verschiedene Dimensionen beschrieben werden (vgl. Kaltenecker 2016: 31). Dieser theoretische Ansatz geht davon aus, dass es objektiv bestimmbare Grundbedürfnisse gibt, die bei Befriedigung Wohlbefinden erzeugen (vgl. Kaltenecker 2010: 280). Subjektives Wohlbefinden basiert darauf, dass nur die betreffende Person selbst Aussagen darüber treffen kann, was ihr Leben lebenswert macht (vgl. Kaltenecker 2016: 31). Beide Blickwinkel haben ihre Grenzen, denn Untersuchungen zu Folge können Menschen trotz eingeschränkter objektiver Lebensbedingungen ein hohes Maß an Lebensqualität empfinden. Objektiv schlechte Lebensbedingungen können auf der Grundlage

von Anpassungsverhalten durch die Betroffenen positiv bewertet werden (vgl. Kaltenecker 2010: 281).

Der Kontext institutionalisierter stationärer Langzeitpflege weist gegenüber der häuslichen Pflege verschiedene Besonderheiten auf. Diese prägen u.a. auch die Lebensqualität der Heimbewohner. Auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche und einer Befragung von Heimbewohnern identifizierte Kaltenecker (2016: 82) sechs Dimensionen, welche objektive Lebensbedingungen beschreiben (Wohnen und Privatheit, Selbstständigkeit, Autonomie, Kontrolle, Aktivität, soziale Einbindung), mit deren Hilfe die Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen eingeschätzt werden kann. Beim Blick auf die Umgebungsfaktoren ist zu bedenken, dass diese sich nicht unmittelbar auf das Wohlbefinden auswirken und immer durch individuelle Faktoren modifiziert werden (vgl. Kaltenecker 2010: 281).

Wohnen und Privatheit

Aufgrund des häufig eingeschränkten Aktionsradius im Alter beeinflussen die Gegebenheiten im Wohnbereich die Autonomie und Selbstständigkeit älterer Menschen (vgl. Kreimer 2004: 58 f.). Dabei haben die Wohnumgebung und auch der unmittelbare Wohnraum eine große Wirksamkeit auf das Erleben und das Verhalten der Personen (vgl. Kaltenecker 2010: 281). Kann das Zimmer nach den eigenen Wünschen gestaltet werden, fördert dies Aktivierungsreize. Dem gegenüber steht die oft funktionale Ausstattung in Pflegeeinrichtungen. Das Wohnen gibt den Menschen die Freiheit individuell zu sein und steht für die Manifestation der Persönlichkeit. Das Leben der Bewohner im Pflegeheim konzentriert sich vor allem auf das eigene, oft kleine Zimmer. Der Umzug in das Pflegeheim geht einher mit der Reduktion von persönlichem Besitz. Einer Studie zufolge besitzt ein Bundesbürger durchschnittlich 30.000 Dinge (Möbel, Kleidungsstücke, Dekoration usw.). Nach dem Übertritt ins Heim bleiben für den Betroffenen noch ca. 200 persönliche Dinge übrig (vgl. Kaltenecker 2016: 84 ff.). Koch-Straube (1997: 315) konstatiert, dass sich in den Bewohnerzimmern nur selten eine private Atmosphäre entwickelt. Neben dem materiellen Verlust zeigen sich auch Auswirkungen im Bereich der Identität und des sozialen Status. Der Wechsel der Wohnumgebung kann bei den Pflegebedürftigen zu großer Verunsicherung führen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn eine schlechte körperliche Verfassung oder eine beginnende Demenz bei den Bewohnern vorliegt. Die bisher durch individuelle Gewohnheiten geprägten Handlungsabläufe können nicht mehr umgesetzt werden, was in der Folge demenzielle Entwicklungen beschleunigen kann (vgl. Kaltenecker 2016: 84 ff.).

Auch sind Pflegeheime Orte, wo die sonst übliche Trennung verschiedener Lebensbereiche aufgehoben ist und der Alltag im unmittelbaren Zusammenleben mit anderen (fremden) Personen gestaltet werden muss. Durch die Verbindung von Wohn- und Schlafzimmer geht Privatheit verloren. Heimbewohner empfinden es beispielsweise als unangenehm, Besuch in ihrem Zimmer zu

empfangen, das zugleich auch als Schlafzimmer genutzt wird (vgl. Kaltenegger 2010: 282; Kaltenegger 2016: 84 ff.). Die persönlichen Kontakte zwischen den Bewohnern können durch die Gegebenheiten der Einrichtung beeinflusst werden. Linear gestaltete Wohnbereiche wirken eher defensiv und interaktionshemmend. Zentral orientierte Strukturen hingegen fördern das soziale Miteinander der Bewohner (vgl. Kaltenegger 2016: 92).

Selbstständigkeit

Die häufigste Ursache für den Heimeintritt liegt im Verlust der selbstständigen Lebensführung des alten Menschen. Dabei geht die Abnahme körperlicher Kompetenzen mit einem zunehmenden Bedürfnis nach Sicherheit einher. Durch den Einsatz professioneller Konzepte im baulichen und pflegerischen Bereich können die Ressourcen der Pflegebedürftigen gefördert werden und eine selbstständige Lebensführung unterstützt werden. Die Ausstattung der Räumlichkeiten mit Bildsymbolen, die farbliche Gestaltung von Fluren, der Einsatz markanter Möbelstücke, die Berücksichtigung eines erhöhten Lichtbedarfs und die gezielte Auswahl weicher Bodenbeläge unterstützen die Orientierungs- und Wahrnehmungsfähigkeiten der Bewohner.

Neben den architektonischen Merkmalen kommt auch den Pflegenden eine wichtige Schlüsselrolle beim Erhalt der Selbstständigkeit zu. Der Mangel an Zuwendung und Körperkontakt kann seitens der Bewohner dazu führen, dass unselbstständiges Verhalten instrumentalisiert wird. Es besteht die Gefahr, dass Bewohner Unselbstständigkeit nutzen, um Zuwendung durch die Pflegenden zu erhalten und damit Autonomie und Selbstständigkeit auf Dauer einbüßen. Studien belegen, dass auch das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte ein wesentlicher Bestimmungsfaktor beim Erhalt und der Förderung der Selbstständigkeit darstellt. So verstärken insbesondere Pflegenden ohne oder mit nur geringer fachlicher Qualifikation unselbstständiges Verhalten von Heimbewohnern durch ein falsch verstandenes Übermaß an Aufmerksamkeit und Zuwendung. Da höherqualifizierte Pflegekräfte ihre Helferrolle professionell reflektieren können, gelingt es ihnen eher als den weniger qualifizierten Pflegenden, aktivierende Pflegekonzepte umzusetzen und damit die Selbstständigkeit der Bewohner zu fördern. Vor diesem Hintergrund sind aktuelle Diskussionen um eine weitere Absenkung der Fachkraftquote und der zunehmende Einsatz von Hilfskräften als problematisch zu bewerten (vgl. Kaltenegger 2016: 92 ff.).

Autonomie

Ein zentraler Aspekt des Wohlbefindens alter Menschen im Pflegeheim ist die Autonomie. Den Pflegebedürftigen ist es wichtig, ihre Unabhängigkeit zu erhalten und das eigene Leben selbstbestimmt führen zu können. Das individuelle Gut der Autonomie von Heimbewohnern ist vor dem Hintergrund der Institutionalisierung zu betrachten. Pflegeheime setzen sich in ihren Leitbildern das Ziel, den Pflegebedürftigen einen aktivierenden und individuellen Lebensort zu bieten. Aber

auch in modernen Pflegeeinrichtungen sind den Bereichen Entscheidungsspielraum und Gestaltung des Tagesablaufes durch festgelegte Organisationsstrukturen Grenzen gesetzt. Insbesondere bei Entscheidungen über die pflegerische Versorgung sind die Wahlmöglichkeiten der Bewohner begrenzt. Kaltenegger (2016: 100) verweist auf die Gefahr, dass, wenn individuelle Bewohnerbedürfnisse nur verwaltet statt befriedigt werden, Bewohner als Dienstleistungsobjekte betrachtet und behandelt werden. Kontroll- und Reglementierungsmaßnahmen dienen dann nicht mehr nur dem Schutz und der Sicherheit der Bewohner, sondern stellen vor allem die reibungslose Organisation der Institution sicher.

Des Weiteren können allgemeine, institutionalisierte Werte individuellen Werten der Bewohner gegenüberstehen. Zum Beispiel kann der Wert der Gemeinschaft dem individuellen Wert eines Bewohners, seine Mahlzeiten nicht in den Gemeinschaftsräumen einnehmen zu wollen, gegenüberstehen. Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen Autonomie der Bewohner und deren Pflegebedürftigkeit. Autoren verschiedener Studien verweisen darauf, dass Entscheidungsspielräume der Bewohner abnehmen, je höher der Pflegebedarf ist. Einschränkungen in der Selbstständigkeit der Bewohner können dazu führen, dass Pflegende nicht mehr den Bedarf sehen, die pflegebedürftigen Bewohner an Entscheidungen zu beteiligen. Auch hier zeigt sich die Bedeutung des Ausbildungsstandes. Hilfskräfte sind weniger in der Lage, die Autonomie der Pflegebedürftigen zu respektieren, als Pflegende mit einem höheren Ausbildungsstand.

Grundsätzlich sollte die fachliche Umsetzung von pflegerischen Standards nicht die Autonomie pflegebedürftiger Menschen beschneiden. Denn professionelle Pflege soll sich nicht allein an Checklisten orientieren, sondern die Bedürfnisse der Bewohner umfassend berücksichtigen. Pflegequalität ist dann gegeben, wenn Pflegemaßnahmen auf gemeinsam definierte Ziele ausgerichtet sind und die individuellen Werte, Bedürfnisse, Kompetenzen und Einschränkungen bei der Planung und Umsetzung berücksichtigt werden. Hier betont Kaltenegger zudem die stark verrichtungsorientierte Pflege in Deutschland. Als Arbeitsleistung werden vornehmlich Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege anerkannt. Auch den Pflegenden selbst fällt es oft schwer, Pflegemaßnahmen, wie zum Beispiel die seelische Unterstützung der Bewohner, als Arbeitsleistung aufzufassen (vgl. Kaltenegger 2016: 99 ff.).

Kontrolle

Die Fähigkeit, Situationen kontrollieren zu können, bezieht sich als Charakteristikum für Lebensqualität auf das innere Empfinden und das Erleben der Heimbewohner. Langer und Rodin (1980) konnten darlegen, dass Kontrollmöglichkeiten positive Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Heimbewohnern haben. Geht die Kontrolle über das eigene Leben verloren, reagieren Menschen mit Depressionen. Müssen ältere Menschen unfreiwillig in ein Pflegeheim übersiedeln, erleben sie diese Situation als Kontrollverlust. Es entsteht Hilflosigkeit,

wenn sie keine Möglichkeit mehr sehen, gestaltend Einfluss zu nehmen. Diese Bewohner sind dann stark gefährdet, auch ohne erkennbare physische Ursache in den ersten Monaten des Heimaufenthaltes zu versterben.

Hilflosigkeit kann aber auch bewältigt werden. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn trotz Unkontrollierbarkeit von Ereignissen die Reaktionen darauf von den Betroffenen als beherrschbar eingeschätzt werden. Die Reaktionsmöglichkeiten wirken in gewissem Maß als immunisierend gegenüber der Hilflosigkeit (vgl. Kaltenegger 2016: 106 ff.).

Aktivität

Aktivität hat für viele Heimbewohner einen hohen Stellenwert. In der Zeit des Erwerbslebens wird zwischen Aktivitäten der Arbeit und Aktivitäten der Freizeit unterschieden. Mit dem Ausstieg aus dem Berufsleben endet nicht jede Aktivität. Die Untersuchung von Kaltenegger kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen auf ein breiteres Spektrum an Aktivitäten zurückgreifen können als Männer. Im Pflegeheim besteht der Bedarf, Beschäftigungsprogramme zu entwickeln, die den Bedürfnissen von Frauen und auch Männern entsprechen. Frauen interessieren sich beispielsweise für Handarbeit, Kochen oder Backen. Männer können durch Schachspielen oder Technik-Angebote begeistert werden. Besonders bedeutsam sind Aktivitäten, die sich an den früheren Lebensvollzug und bereits bestehende Interessen anschließen. Aktivität kann Wohlbefinden auslösen, wenn eine Person in einer Tätigkeit völlig aufgeht und sich darüber selbst vergisst. Können Heimbewohner in ihrem Alltag erfüllenden Tätigkeiten nachgehen, kann das dazu führen, dass sie Sorgen und Krankheiten vergessen. Durch Aktivitäten kann der Wunsch nach Anerkennung erfüllt und soziale Kontakte hergestellt werden (vgl. Kaltenegger 2016: 109 ff.).

Soziale Einbindung

Der Übertritt in ein Pflegeheim kann einen Risikofaktor durch den Verlust sozialer Kontakte darstellen, denn auf zuvor gepflegte soziale Netzwerke kann möglicherweise nicht mehr zurückgegriffen werden. Die sozialen Bindungen verändern sich im Laufe des Lebens. Sind jungen Menschen eine hohe Zahl auch loser Kontakte wichtig, gewinnt mit zunehmendem Alter der emotionale Austausch mit vertrauten Personen an Bedeutung. Die wichtigsten Kontakte von Heimbewohnern beziehen sich auf Angehörige und Freunde außerhalb der Einrichtung. Können Heimbewohner entsprechende Kontakte ausreichend pflegen, ist dies eine wichtige Ressource zur Schaffung von Lebensqualität. Kontakte zu Mitbewohnern werden von den Pflegebedürftigen meist nicht als gleichwertig angesehen (vgl. Kaltenegger 2016: 113 ff.). In den Studienergebnissen von Behr (2014: 374) wird deutlich, dass sich bereits die Kontaktaufnahme zu anderen Mitbewohnern aufgrund körperlicher und geistiger Einschränkungen schwierig gestalten kann. Wechselnde Stimmungslagen oder Gewaltäußerungen führen im Umgang mit kognitiv einge-

schränkten Bewohnern häufig zu Unsicherheit, Ratlosigkeit und Überforderung. Mitbewohner bewerten beispielsweise demenziell bedingtes Verhalten als moralisch verwerflich und distanzieren sich. Einen wichtigen Stellenwert innerhalb der sozialen Einbindung haben auch die Kontakte zu den Mitarbeitern der Einrichtung. Dabei ist vor allem die Qualität und Kontinuität der Pflegebeziehung ausschlaggebend für pflegerischen Erfolg. Beispielsweise verweisen die Autoren des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ auf die Bedeutung der Pflege als Beziehungsarbeit. So ist eine Mangelerkrankung demenziell erkrankter Bewohner durch Beziehungskontinuität und Sensibilisierung der Pflegenden positiv beeinflussbar (vgl. DNQP 2010: 123).

Es ist wichtig, dass Pflegenden Verständnis für die Situation der Betroffenen entwickeln. Die Basis pflegerischen Handelns gründet sich in gemeinsamen Entscheidungen über das Ob, Wie und Was getan werden soll. Das geschieht vor dem Hintergrund fachlichen Wissens. Bestehende Erkrankungen, Einschränkungen und aktuelle Bedürfnisse der Bewohner sind dabei zu berücksichtigen. Die Lebensqualität der Bewohner steigt auch durch eine gute Einbindung in das Gemeinwesen. Alte Menschen, die in ein Heim einziehen müssen, bevorzugen Einrichtungen in der Nähe ihres gewohnten Wohnumfeldes. Bereits bestehende Kontakte zur Kirchengemeinde oder zum Gesangs- und Sportverein bleiben erhalten und können genutzt werden (vgl. Kaltenecker 2016: 115).

Wie aufgezeigt wurde, bieten stationäre Pflegeeinrichtungen in Bezug auf die Lebensqualität älterer Menschen eine Vielzahl an Chancen und Risiken. Kaltenecker (2010: 284) kommt zu dem Ergebnis, dass das individuelle Erleben von Lebensqualität jedoch nur teilweise von strukturellen Merkmalen abhängig ist. Scheinbar gleiche Lebenssituationen, wie beispielsweise das Leben in ein und demselben Pflegeheim, können durch verschiedene Personen sehr unterschiedlich beurteilt werden. Der subjektive WahrnehmungsfILTER der Bewohner wird beeinflusst durch Faktoren, wie den Grad der Hilfsbedürftigkeit, Bewältigungsstrategien, psychische Grundausstattung, Biografie, individuelle Lebenshaltung und Einstellung. Auf dieser Basis ergeben sich individuelle Bedürfnisse der Bewohner. Kaltenecker (2016: 128) leitet als Hypothese einen Zusammenhang zwischen Umgebungsfaktoren und der inneren Stärke der Bewohner ab. Demnach nimmt die Bedeutung der Umgebung Heim für das subjektive Wohlbefinden ab, wenn eine Person starke Bewältigungsressourcen und ein hohes Maß an Autonomie und Selbstständigkeit hat. Besitzt eine Person weniger innere und äußere Ressourcen, nimmt die Bedeutung der Einrichtungsqualität zu.

2.3.3.3 Verweildauer - Sterben im Pflegeheim

Der überwiegende Teil älterer Menschen bevorzugt die Versorgung und Betreuung im häuslichen Umfeld. Ein steigender Betreuungsbedarf führt häufig zur Überlastung des häuslichen Settings. Aber auch nicht angepasste Wohnverhältnisse, Desorientierung, Eigen- und oder Fremdgefährdung können einen Umzug in die stationäre Langzeitpflege forcieren (vgl. Heiber 2016: 278). Im Vergleich zu Pflegebedürftigen, die zu Hause betreut werden, sind Heimbewohner durchschnittlich älter und haben einen umfassenderen Pflegebedarf. Zudem leiden viele Bewohner unter demenziellen Erkrankungen (vgl. Winter 2008: 18). Winter (2008: 18) schlussfolgert aufgrund der demografischen Entwicklungen und den möglichen Motiven des Heimeinzuges, dass die Betroffenen in einem stärker gesundheitlich belasteten Alter und in größerer Nähe zum Lebensende in ein Pflegeheim übersiedeln. Aufgrund der verkürzten Krankenhausverweildauer geht Winter davon aus, dass sich das Sterben aus dem Krankenhaus ins Pflegeheim verlagert und sich diese immer mehr zu Orten des Sterbens entwickeln werden. Diese Vermutung wird durch eine Querschnittserhebung der Jahre 2001 und 2011 bestätigt. Die Auswertung von Todesbescheinigungen (n=24.009) kam zu dem Ergebnis, dass die Rate der häuslichen Sterbefälle um 4,5% sank (2001: 27,5%; 2011: 23,0%). Das Krankenhaus blieb mit über 51,2% (2011) der häufigste Sterbeort, aber auch hier konnte ein Rückgang um 6,4% beobachtet werden (2001: 57,6%). Im Gegensatz dazu starben 2011 mehr Menschen auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz (2001: 2,0%; 2011: 5,6%). Alten- und Pflegeheime verzeichneten den stärksten Anstieg als Sterbeort von 12,2% (2001) auf 19,0% (2011). Demnach starb im Jahr 2011 nahezu jeder fünfte Bürger in einem Alten- oder Pflegeheim. Der Anteil Verstorbener mit einer Demenzerkrankung verdoppelte sich zwischen 2001 und 2011 von 6,3% auf 13,2%. Ebenso ergab sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer Demenzerkrankung und einer erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit im Alten- oder Pflegeheim (vgl. Dasch et al. 2015).

Wie sich die Verweildauer der Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege verändert hat und prognostisch in den kommenden Jahren entwickeln wird, untersuchte das Zentrum für Versorgungsforschung und Geragogik. Als Grundlage für die Studie dienten die Verweilzeiten von Bewohnerinnen und Bewohnern aus 32 stationären Pflegeeinrichtungen, die im Zeitraum zwischen 2007 und 2014 verstarben (n= 8.286). Die Verweildauer der im Untersuchungszeitraum verstorbenen Heimbewohnerinnen und -bewohner beläuft sich im Durchschnitt auf 29,9 Monate (ca. 2 Jahre und 6 Monate). Betrachtet man die Jahre 2007 bis 2014 im zeitlichen Verlauf, lässt sich ein kontinuierlicher Rückgang der Verweildauer von durchschnittlich 32,2 Monaten im Jahr 2007 auf ca. 27,1 Monate im Jahr 2014 erkennen. Das heißt, die Verweildauern sind im Forschungszeitraum im Durchschnitt etwa um drei Wochen pro Jahr bzw. insgesamt um ca. 5 Monate gesunken. Zudem wird prognostiziert, dass sich die Zeiträume zwischen dem Einzug und dem Versterben weiter verringern werden. Gestaltet sich der beschriebene Prozess in stationären

Pflegeeinrichtungen so weiter, dann wird sich die durchschnittliche Verweildauer bereits bis zum Jahr 2020 auf voraussichtlich nur noch ca. 24 Monate verringert haben. Die Analyse umfasste auch die Betrachtung der relativen Sterbehäufigkeit innerhalb definierter Zeiträume. Ein hoher Prozentsatz der Pflegebedürftigen verstirbt bereits frühzeitig nach dem Einzug. Knapp ein Fünftel (ca. 18%) der Bewohner überlebt die ersten vier Wochen nach dem Heimeinzug nicht. Bis zum dritten Monat nach Einzug erhöht sich die Mortalitätsrate auf 29% und nach einem Jahr sind knapp die Hälfte (ca. 47%) der Pflegebedürftigen verstorben.

Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die Bedeutung der palliativen Versorgung in den stationären Einrichtungen der Altenpflege zukünftig weiter zunehmen wird. Es wird notwendig, die Handlungsabläufe in den Pflegeeinrichtungen in Bezug auf die palliative Versorgung der Bewohner fachlich zu reflektieren und die damit verbundenen wachsenden Anforderungen stärker in den Kontext der Versorgungsleistungen zu stellen (vgl. Techtmann 2015: 2 ff.).

2.4 Forschungsstand

Die folgenden Ausführungen sollen einen Überblick über den bisherigen Erkenntnisstand geben. Aus diesem Grund werden Forschungsstudien vorgestellt, die das pflegerische Handeln thematisieren. Ziel ist es aufzuzeigen, in welchem fachlichen Kontext das berufliche Handeln von Pflegenden bisher betrachtet wurde. Auf dieser Basis kann die vorliegende Untersuchung an das bereits bestehende Forschungsfeld anknüpfen, da Forschungsfragen zu bisher noch wenig beleuchteten Bereichen des beruflichen Handelns von Pflegefachkräften entwickelt werden können.

2.4.1 Handlungstypen in der klinischen Pflegepraxis

In seinen Ausführungen unter dem Titel „Am Bett ist alles anders“ betrachtet Rainer Wettreck (2001) das pflegerische Handeln im Setting Krankenhaus aus dem Blickwinkel einer professionellen Pflegeethik. Im Rahmen der qualitativen Sozialforschung nutzt er Daten aus Interviews berufsbegleitender Feldforschung und Daten aus einem Forschungsprojekt, welches sich auf den Medizinalltag bezieht: Wettreck analysiert diese Daten und beschreibt als Ergebnis unterschiedliche Perspektiven der Pflegeethik. Als Ausgangssituation formuliert Wettreck die These, dass aufgrund der im Alltag erlebten „Pflegefallen“ und der damit verbundenen „paradoxen Systemstrategien“ die vielfältigen Theorien, Konzepte und Modelle idealer Pflege in der Praxis kaum realisiert werden können. Charakteristisch für die Pflegefallen ist die Problematik der Widersprüchlichkeit der Zielvorgaben einerseits und deren Umsetzbarkeit andererseits (vgl. Wettreck 2001: 13 ff.). Ausgehend von dem Verständnis, dass die Managementaufgaben und die alltäglichen Handlungskonzepte der Pflege inhaltlich untrennbar miteinander verzahnt sind, entwickelt

Wettreck Überlegungen für ein wertorientiertes Pflegemanagement (vgl. Wettreck 2001: 223). Er sieht die Leitungsebenen der Institutionen in der Pflicht, die zum Teil „hausgemachten“ Pflegeprobleme zu lösen, indem vorhandene Spielräume innerhalb der Pflegepraxis genutzt werden. Dazu gehört auch, dass die Beziehungs- und Entwicklungsmöglichkeiten der Pflegenden sowohl auf fachlicher als auch auf persönlicher Ebene im Umgang mit Patienten und Kollegen gefördert werden sollten. Um die Aufgaben des Managements transparent darstellen zu können, beschreibt Wettreck zunächst drei Handlungskonzepte des gegenwärtigen Pflegealltags: (I) das vorprofessionelle (regelgeleitete) Handeln, (II) das professionelle (klinisch-prozessuale) Handeln und (III) die Experten-Pflege. Die Handlungstypen sind als spezifische Strategien zu verstehen, die Pflegenden im Umgang mit der Komplexität und der Dynamik der klinischen Pflegesituation nutzen. Kennzeichen des vorprofessionellen Handelns (I) ist die Reduktion der Situationskomplexität durch die Anwendung von vorgegebenen Handlungsregeln. Zur Sicherung des institutionellen Handlungsablaufes konzentrieren die Pflegenden ihr Handeln auf Basistätigkeiten der Versorgung der Patienten. Pflegerisches Handeln in Form von Zuwendung und individueller Ausrichtung werden, wenn überhaupt, dann nur fakultativ aufgegriffen und nicht dem regulären Pflegehandeln zugeordnet. Der Modus des professionellen Handelns (II) reduziert die Komplexität durch funktionale Prioritätensetzung. Pflegenden erfassen ein Gesamtbild der Handlungssituation, welches auch die verschiedenen situativen Einflussfaktoren mit aufnimmt. Die Sorge um den Patienten ist das tragende Orientierungsprinzip dieses Handlungstypus. Statt alleiniger formaler Erfüllung von Regeln erfassen die Pflegenden „Situations-Typen“, deren Problemlagen mit Hilfe von Schwerpunktsetzungen im Handeln bestmöglich gelöst werden sollen. Trotz der individuellen Wahrnehmung von situationalen Faktoren bleibt der Patient jedoch als „Träger von zu regulierenden Problemen“ (Wettreck 2001: 229) im Status eines Objektes. Der Handlungstypus der Experten-Pflege (III) richtet das Handeln am Individuellen der Patienten aus. Nicht mehr die vorgegebenen Versorgungsniveaus, sondern die individuellen Bedürfnisse der Patienten stehen im Fokus der Pflegekräfte. In der Folge werden normative Routinen und Standards relativiert und „eine intensive fallbezogene Betreuung des Patienten erreicht“ (Wettreck 2001: 232). Die Öffnung hin zur Individualisierung des pflegerischen Handelns sprengt jedoch die Routinen des Pflegealltags und hinterfragt die vorgegebenen Standardisierungen (vgl. Wettreck 2001: 225 ff.). Bei diesen drei Formen von Handlungstypen lassen sich nach den Vorstellungen Wettrecks die Pflegenden entweder zwischen I und II oder zwischen II und III einstufen. Das Management hat die Aufgabe, im Rahmen der Personalentwicklung den Übergang von I zu II und von II zu III durch organisatorische und konzeptionelle Lenkung sowie durch die Nutzung offener Gestaltungsräume, den Überschritt von Standardisierung hin zu Personalisierung zu fördern (vgl. Wettreck 2001: 236, 248).

2.4.2 Professionelles Handeln in der ambulanten Pflegepraxis

Vor dem Hintergrund der Professionalisierungsdebatten und den damit verbundenen Diskussionen um Begrifflichkeiten, wie Profession und professionelles Handeln, untersuchte Dörge (2009a) das pflegerische Handeln im Kontext des Arbeitsbündnisses zwischen Pflegekraft und pflegebedürftigen Klienten. Im Vordergrund ihrer durchgeführten Studie steht nicht, ob der Pflegeberuf die klassischen Merkmale einer Profession erfüllt, sondern ob das pflegerische Handeln im Alltag Merkmale professionellen Handelns aufweist. Die von Oevermann (1996) aus soziologischer Sicht dargelegte „Strukturlogik professionellen Handelns“ diente Dörge als theoretisches Grundgerüst für ihre Untersuchung. Zudem formuliert sie eine auf das Pflegehandeln bezogene Arbeitsdefinition von professionellem Handeln, welche sie als Analyseinstrument für ihre Fragestellungen nutzt.

„Die Professionalität pflegerischen Handelns äußert sich im konkreten praktischen Handeln zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem. Die professionelle Leistung besteht darin, dass wissenschaftlich fundiertes Fachwissen von den Pflegekräften derart in der Pflegepraxis genutzt und flexibel gehandhabt wird, dass es der jeweiligen besonderen und individuellen Situation des Pflegebedürftigen entspricht bzw. gerecht wird. Die professionellem Handeln inhärente Beachtung und Würdigung des individuellen Falles, die Berücksichtigung der autonomen Lebenspraxis des Klienten führt dazu, dass im Handeln selbst die vorhandenen theoretischen Kenntnisse unter der Zielsetzung einer bestmöglichen Problemlösung eine kritisch-reflektierte Übertragung bzw. Adaption auf den konkreten Einzelfall erfahren.“ (Dörge 2009b: 75)

Zentraler Untersuchungsgegenstand ihrer Forschung ist das Handeln der Pflegenden in der unmittelbaren alltäglichen Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen. Dörge stellte die Frage, wie Pflegende ihr Handeln verstehen und praktizieren. Des Weiteren erforschte sie, ob Pflege in Anlehnung an Oevermanns Kriterien professionellen Handelns als professionell bezeichnet werden kann und ob eine so verstandene professionelle Pflege innerhalb der Pflegepraxis als Handlungswirklichkeit oder eher als Vision zu bezeichnen ist.

Zur Umsetzung ihres Forschungsvorhabens wählte Dörge eine qualitative Untersuchungsmethode und führte leitfadengestützte Interviews mit sechs Pflegekräften mit akademischem Abschluss durch. Ergänzend analysierte sie zur Verfügung gestelltes sekundäres Datenmaterial von sieben Experteninterviews mit nicht akademisch ausgebildeten Pflegekräften. Alle Studienteilnehmer verrichteten unmittelbare Pflegearbeit am Patienten. Die Forscherin rekrutierte überwiegend Pflegende aus dem Bereich der ambulanten Pflege, da aus ihrer Sicht die strukturellen Rahmenbedingungen in diesem Pflegesetting größere Gestaltungsspielräume für die Pflegenden aufweisen als in anderen Bereichen und diesem Tätigkeitsfeld eine wachsende Bedeutung beigemessen wird. Die gewonnenen Daten zum Pflegehandeln bewertet Dörge auf der Basis der von ihr formulierten Arbeitsdefinition. Im Ergebnis zeigen sich im Handlungsspektrum der Pflegen-

den zwei divergierende Handlungscharaktere, welche sie als „dichotome Pole auf dem möglichen Kontinuum von beruflich Pflegenden im Alltag“ (Dörge 2009a: 329) bezeichnet.

Die Mehrzahl der untersuchten Pflegenden richtet ihr berufliches Handeln vornehmlich technokratisch und verrichtungsorientiert aus. Die Charakteristika, die ein solches Handeln kennzeichnen, bezeichnet Dörge als „Handeln als Verrichtung“ (2009b: 89). Die Pflegekräfte passen die erlernten Wissensbestände nicht situationsgerecht und bedarfsgerecht an die Pflegebedürftigen an, sondern reproduzieren diese im beruflichen Alltagshandeln. Damit verbunden ist eine generalisierende Typenbildung, welche die Individualität und die sozialen Lebensbezüge von Menschen mit Pflegebedarf darunter subsumiert und technokratisches Verrichtungshandeln der Pflegekräfte begünstigt. Im Fokus des beruflichen Handelns steht die Umsetzung von standardisierten, starren Handlungsschemata. Dies hat zur Folge, dass die Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen nicht als Arbeitsbündnis gestaltet wird, sondern durch „Sachlichkeit“ geprägt ist. Die Eigenheiten des Pflegebedürftigen sowie die Einzigartigkeit seiner Situation finden keine angemessene Berücksichtigung im Handeln der Pflegenden. In Bezug auf den von ihr hergeleiteten Anspruch an professionelles Pflegehandeln, konstatiert Dörge klare Defizite, „denn die fehlende Berücksichtigung der Individualität des Menschen mit Pflegebedarf widerspricht elementaren Voraussetzungen für ein Pflegehandeln“ (Dörge 2009a: 330).

Eine zahlenmäßig kleinere Gruppe der untersuchten Pflegenden gestaltet ihr berufliches Handeln als Aushandlungsprozess. Dörge benennt diese Form des Handelns als „Handeln nahe der Professionalität“ (Dörge 2009a: 331). Regelwissen wird von den Pflegekräften reflektiert und modifiziert auf den Einzelfall übertragen. Sie erfassen die spezifischen Besonderheiten der Pflegesituation und sind in der Lage, sich von starren Handlungsrouninen zu lösen und können Handlungsalternativen entwickeln. Vorhandene sozio-ökonomische Restriktionen führen bei den Pflegenden nicht zur Resignation (vgl. Dörge 2009b: 107). Vielmehr nutzen sie die vorhandenen Gestaltungsspielräume und die fundierten theoretischen Kenntnisse, um Einzelfallentscheidungen im Interesse der Pflegebedürftigen zu treffen und um diese zu begründen. Dörge hebt hervor, dass eine am professionellen Handeln ausgerichtete Handlungspraxis möglich ist, aber „kein Alltagsphänomen, sondern lediglich eine Ausnahmeerscheinung darstellt“ (Dörge 2009a: 331). Dem größten Teil der Pflegenden fällt es schwer, sich von den im Rahmen der Ausbildung vermittelten festen Handlungsschemata und Checklisten zu lösen und individuelle Handlungsstrategien umzusetzen (vgl. Dörge 2009b: 121). Damit professionelles Handeln im Pflegealltag zur praktizierten Wirklichkeit wird, legt Dörge Anregungen zum Qualifizierungsbedarf von Pflegenden dar. Im Rahmen der theoretischen Ausbildung sollten Lehr-Lernprozesse im Mittelpunkt stehen, die darauf ausgerichtet sind, Pflegende zu professionellem Handeln zu befähigen. Unter Zuhilfenahme von exemplarischen Pflegesituationen soll der reflektierte Transfer von theoretischem Wissen hin zu einem situationsangemessenen Pflegehandeln veranschaulicht

werden. Handlungs- und Problemlösungsorientierung sollen den Fokus der Pflegenden von standardisierten Handlungsrepertoires in Richtung einer am subjektiven Pflegebedarf des jeweiligen Pflegebedürftigen ausgerichteten, einzelfallbezogenen Handlungsweise lenken. Entgegen den oft leitenden, arbeitsökonomischen Interessen sollen die Pflegekräfte auch innerhalb der betrieblichen Praxis an ein kritisch-reflektiertes Handeln herangeführt werden (vgl. Dörge 2009a: 332ff.).

2.4.3 Implementierung einer evidenzbasierten Pflegepraxis

Da für den deutschsprachigen Raum bislang nur wenige Daten zur Umsetzung von Evidence-based Nursing (EbN) vorlagen, untersuchten Köpke et al. (2013: 163 ff.) die aktuelle Situation der evidenzbasierten Pflegepraxis in Deutschland. Mit Hilfe einer Querschnittsstudie wurde die pflegerische Sichtweise auf relevante Kontextfaktoren für die Implementierung von EbN erfasst. An der Forschungsstudie nahmen 21 norddeutsche Krankenhäuser teil. Von den 1.384 befragten Pflegenden antworteten 1.023. Die Befragung zeigte im Ergebnis, dass viele Pflegende in deutschen Krankenhäusern einer evidenzbasierten Pflegepraxis positiv gegenüberstehen. Pflegende sind bereit, Forschungsergebnisse, die dem bisherigen Wissen widersprechen, in die Praxis zu integrieren. Die Ergebnisse verweisen jedoch auch darauf, dass eine starke Diskrepanz zwischen der eingeschätzten Bereitschaft, neue Erkenntnisse nutzen zu wollen und deren tatsächlichen Implementierung besteht (vgl. Köpke et al. 2013: 167). Trotz der vorhandenen Bereitschaft, mit aktuellen Forschungsergebnissen arbeiten zu wollen, gelingt die Umsetzung „jedoch nur unzureichend“ (Köpke et al., 2013: 163). Nach wie vor wird die Umsetzung von Evidence-based Nursing in der deutschen Pflegepraxis als wenig etabliert eingeschätzt. Die Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin Gabriele Meyer von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg charakterisiert den Stand der Implementierung als „sehr gering“ (Meyer, Teigeler 2015: 16). Die Gründe sind darin zu sehen, dass die Anwender von Evidence-based Nursing eine Vielzahl von Barrieren überwinden müssen. Nicht nur die Pflegenden, die direkt in Kontakt mit den Pflegebedürftigen stehen, sind davon betroffen, auch Lehrkräfte an Pflegeschulen, Führungskräfte im Pflegebereich und Forscher sehen sich mit verschiedenen Hürden konfrontiert (vgl. Behrens, Langer 2010a: 13). Diese beziehen sich nicht nur auf äußere Bedingungsfaktoren, sondern auch auf Hinderungsgründe, welche aus der Einstellung und den Sorgen der Pflegenden hervorgehen. So mangelt es in einigen Praxiseinrichtungen an den notwendigen Strukturen, die für die Implementierung von EbN wichtig sind. In den Fällen, wo bereits durch das Qualitätsmanagement entsprechende Strukturen aufgebaut wurden, fehlt es den Institutionen an Personen, die über ausreichende Kompetenzen im Bereich evidenzbasierter Pflege verfügen (vgl. Balzer, Meyer, Köpke 2014: 58; Meyer, Teigeler 2015: 15). Ein weiterer Hinderungsgrund liegt darin, dass Pfl-

gende nicht über aktuelle Forschungsergebnisse informiert sind (vgl. Köpke et al. 2013: 163). Es ist für Pflegende nicht leicht, sich bezüglich des aktuellen Wissensstandes auf dem Laufenden zu halten (vgl. Rüsing 2016: 5). Dunn, Crichton und Roe (1998) konnten in einer Untersuchung zeigen, dass Zeitmangel, unverständliche Statistiken in den Studien und die fehlende Fähigkeit, die Qualität von Studien einzuschätzen, Pflegekräfte in Großbritannien und den USA hinderten, Forschungswissen in die Praxis umzusetzen. Neben den Barrieren, die Pflegende in Großbritannien und den USA angaben, stehen Pflegekräfte im deutschsprachigen Raum noch vor der Herausforderung, dass wissenschaftliche Arbeitsweisen, wie das kritische Beurteilen von Studien, im Rahmen von nicht akademischen Ausbildungen kaum erlernt werden können (vgl. Wiederhold 2014a: 248). Zudem wird eine Vielzahl von Forschungsstudien in englischsprachigen Fachzeitschriften veröffentlicht. Pflegekräfte in den deutschsprachigen Ländern müssen folglich internationale Datenbanken nutzen, wenn sie regelmäßig Zugang zu diesem aktuellen Wissen haben möchten (vgl. Balzer, Meyer, Köpke 2014: 58; Wiederhold 2014a: 248). Einen Hinweis auf sprachliche Barrieren fanden auch Köpke et al. (2013). Die von ihnen befragten Pflegekräfte gaben an, Primärliteratur aus pflegerischen Zeitschriften nur selten zu nutzen (vgl. Köpke et al. 2013: 167). Als strukturelle Barriere ist auch anzusehen, dass Arbeitgeber die Inanspruchnahme von Fortbildungen nicht immer fördern und finanzieren. Hinzu kommt, dass nicht jeder Dozent in Fortbildungen aktuelle Inhalte nach „state-of-the-art“ vermittelt. Auch ist es vielen Arbeitgebern aufgrund sehr begrenzter Personalressourcen oft nicht möglich, Pflegende für Fortbildungen freizustellen (vgl. Rüsing 2016: 5).

Nachteilig wirkt sich auch aus, dass bereits vorhandene Aktivitäten zur strukturierten Umsetzung einer evidenzbasierten Pflegepraxis überwiegend nicht aufeinander abgestimmt sind. Da auch personelle und strukturelle Voraussetzungen nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind, weisen Kritiker auf den Mangel an Evaluationsdaten bzgl. der Verbreitung von Evidence-based Nursing in der Praxis hin. Neben der Umsetzung von Fort- und Weiterbildungsangeboten im Bereich EbN werden auch die Wirkungen und Folgen von Implementierungsinstrumenten und -hilfen wie Leitlinien und Expertenstandards nicht in ausreichendem Maße fachgerecht beurteilt (vgl. Balzer, Meyer, Köpke 2014: 46, 50).

Jedoch wirken nicht nur die äußeren Umstände und Rahmenbedingungen hinderlich. Den Ergebnissen von Köpke widersprechend sieht Meyer (2015) eine Erschwernis darin, dass die Pflegenden der Umsetzung einer externer Evidence nicht offen gegenüber sind, sondern mit evidenzbasierter Pflege oft „Argwohn und Misstrauen“ (vgl. Mayer 2011: 370; Meyer, Teigeler 2015: 15) verbinden.

Der Wissensschatz der Pflege wächst, aber das aktuelle Wissen wird dennoch nicht flächendeckend in der Praxis umgesetzt. Pflegekräfte schätzen die Relevanz von Wissenschaft für die Praxis als gering ein (vgl. Breimaier, Halfens, Lohrmann 2011; Balzer, Meyer, Köpke 2014: 58). Dies

wird auch darin sichtbar, dass „Pflegeprofis so selten das aktuelle Wissen von (Anm. d. Verf.: Pflege-) Schülerinnen und Schülern nutzen“ (Rüsing 2016: 7), obwohl diese neuen Erkenntnisse vermittelt wurden. Wenig ausgeprägt ist zudem die Bereitschaft, eigene Zeitressourcen und eigene finanzielle Mittel zur Etablierung einer evidenzbasierten Pflegepraxis aufzubringen. Nur eine Minderheit der Pflegenden ist bereit, finanzielle Mittel für die Teilnahme an Tagungen aufzuwenden (vgl. Köpke et al. 2013: 163, 170). Auch steht ein Teil der Pflegenden der akademischen Ausdifferenzierung skeptisch gegenüber. Beruflich Pflegende haben Angst vor den Folgen einer heterogenen Gruppe von Pflegenden, die auch Bachelor- und Masterabsolventen beinhaltet. Die Pflegenden empfinden die mögliche Zersplitterung der zuvor homogenen Gruppe als Bedrohung und fürchten „Zweiter-Klasse-Pflegende zu werden“ (Meyer, Teigeler 2015: 15).

Trotz zahlreicher Barrieren sieht Meyer (2015) die Umsetzung von Evidence-based Nursing in der pflegerischen Praxis als „alternativlos“, „machbar und ethisch geboten“ (Meyer, Teigeler 2015: 12) an. Dazu müssen jedoch entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden. Ausgangspunkt ist, dass die Implementierung von Evidence-based Nursing als Prozess verstanden werden muss, dessen Umsetzung Zeit bedarf. Eine Bildungsoffensive kann zudem helfen, das Verständnis für Verwissenschaftlichung auf verschiedenen Ebenen zu verbessern (vgl. Meyer, Teigeler 2015: 16). Diese Strategie unterstützen auch Köpke et al. (2013: 172). Sie kommen nach der Auswertung der Studienergebnisse zu dem Schluss, dass es eine deutlichere Ausrichtung der Aus- und Weiterbildung auf die Förderung einer evidenzbasierten Pflegepraxis bedarf. Meyer (2015) schlägt vor, dass Evidence-based Nursing als „Fundament der Curricula der Aus- und Fortbildung sowie der Akademisierung“ (Meyer, Teigeler 2015: 16) genutzt werden sollte. So könnte man sowohl die grundständige Ausbildung als auch die Lehrerausbildung und die wissenschaftliche Ausbildungsebene in den Entwicklungsprozess mit einbeziehen.

Des Weiteren muss die Implementierung von EbN auf allen Ebenen der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gewollt sein. Dabei ist die Grundhaltung der Leitungen und auch die der einzelnen Teammitglieder entscheidend, denn bisherige Auffassungen von Pflege als Beruf und als Wissenschaft oder neue Strategien im Bereich Pflege- und Qualitätsmanagement können nur überdacht und umgesetzt werden, wenn die Verantwortlichen und die Pflegenden für Veränderungen der Praxis offen sind und wissenschaftliche Ergebnisse erwünscht und als notwendig erachtet werden (vgl. Behrens, Langer 2010a: 16; Meyer, Teigeler 2015: 12-16).

Bereits 1989 fanden Champion und Leach im Rahmen einer Studie heraus, dass eine positive Einstellung zur Forschung und vorhandene Wissbegier dazu führen, dass Pflegende Forschungsberichte lesen und das Vertrauen in die Forschung gesteigert werden kann. Werden jedoch wenig Forschungsarbeiten gelesen, entwickelt sich auch keine positive Grundhaltung und das Misstrauen wächst (vgl. Mayer 2011: 371). Durch die Integration einer evidenzbasierten Philosophie

kann die Managementebene einer Institution eine entsprechende strategische Ausrichtung des Unternehmens nach innen und außen verdeutlichen (vgl. Balzer, Meyer, Köpke 2014: 59).

Auch auf der Ebene der Arbeitsorganisation und durch die Pflegenden selbst können Theorie-Praxis-Barrieren überwunden werden und die Implementierung des EbN Ansatzes gefördert werden. So fordert Huhn (2015: 18-21) auf, dass die Bereiche von Theorie und Praxis innerhalb der Pflegeberufe nicht in einen hinderlichen Wettbewerb treten sollten. Entscheidend ist die Einsicht, dass sich die beiden Bereiche bedingen und ergänzen. Die theoretische Arbeit ist auf praxisnahe Informationen angewiesen und die praktisch ausgerichteten Tätigkeiten benötigen theoretische Begründungen (vgl. Huhn 2015: 18ff.).

Grundständig ausgebildete Pflegenden können die Implementierung von EbN in der Praxis jedoch nicht alleine bewältigen. Die Ergebnisse von Köpke et al. (2013: 169) unterstreichen, dass der Unterstützung durch Vorgesetzte aus Sicht der Pflegenden eine sehr wichtige Rolle bei der Implementierung von Evidence-based Nursing zukommt. Deshalb sind auch Praxisinstitutionen und das Management gefordert. Sie können den Pflegenden den Zugang zu wissenschaftlichen belegten Erkenntnissen erleichtern und ihre Kompetenzen zum Aufbau interner Evidence unterstützen (vgl. Behrens, Langer 2010a: 15). Zur Umsetzung einer evidenzbasierten Pflegepraxis kann das Management den Praktikern auch zeitliche Ressourcen zur Lektüre von Forschungsstudien innerhalb der Arbeitsabläufe einräumen (vgl. Balzer, Meyer, Köpke 2014: 59; Meyer, Teigeler 2015: 12ff.).

Die Möglichkeit, den Pflegenden verständliche Forschungsberichte nahezubringen, bewerten Lewis et al. (1998) als weiteres effektives Mittel zur Förderung der Implementierung wissenschaftlicher Ergebnisse in die Praxis. Dieser Ansatz wird durch die Integration von Journal-Club-Rubriken in Fachzeitschriften unterstützt (vgl. Balzer, Meyer, Köpke 2014: 59). Durch die Rubrik „Journal-Club“ geben die Autoren den Pflegenden einen Zugang zur Forschung. Pflegenden bekommen regelmäßig Ergebnisse wissenschaftlicher Studien präsentiert. Aktuelles Fachwissen aus nationalen und internationalen Studien wird verständlich aufgearbeitet und Inhalte für die Anwendung im beruflichen Alltag analysiert. Dadurch werden Pflegenden angeregt, ihre gängige Berufspraxis kritisch zu hinterfragen und zugleich ihr Handeln aktuell nach neustem Stand der Forschung zu gestalten (vgl. Wiederhold 2014a: 248).

Die Konkretisierung der Berufsrolle akademisierter Pflegefachkräfte könnte auch hilfreich sein. Akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte können als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis dienen, indem sie Veränderungsprozesse vorantreiben, überzeugend auftreten, wissenschaftliche Erkenntnisse für Praktiker aufarbeiten und sich mit den Problemen der Praxis beschäftigen (vgl. Balzer, Meyer, Köpke: 2014: 59; Meyer, Teigeler 2015: 12-16;). Somit könnten akademisierte Pflegefachkräfte eine wichtige Vermittlungsfunktion im Spannungsfeld zwischen Forschungsergebnissen, Praxiserfahrungen und den daraus resultierenden Konzepten einneh-

men. Die verschiedenen Strategien können den Erfolg einer etablierten evidenzbasierten Pflegepraxis nur dann erreichen, wenn sie auf den verschiedenen Ebenen das Verständnis für die Einflussnahme von externer und interner Evidence fördern und vertiefen (vgl. Behrens, Langer 2010a: 15).

2.4.4 Qualifikation und Tätigkeitsprofile in der stationären Pflegepraxis

Im Rahmen der von Schönborn (2007) durchgeführten empirischen Studie wird dem Zusammenhang zwischen beruflicher Qualifikation und Tätigkeitsprofilen von Pflegekräften der stationären Altenpflege aus berufssoziologischer Sicht nachgegangen. Dabei geht Schönborn auch auf organisatorische, rechtliche und weitere Rahmenbedingungen ein, die sich auf den Pflegealltag auswirken. Sie überprüft, ob in der Altenpflege arbeitende Hilfskräfte in anspruchsvollen pflegerischen Tätigkeiten involviert sind oder ob es klar abgegrenzte Unterschiede in Bezug auf die Tätigkeitsbereiche entsprechend der Qualifikation von Hilfskräften und Fachkräften gibt (vgl. Schönborn 2007: 2). Die Untersuchung wird in den Kontext der Verberuflichung und Professionalisierung der Pflegeberufe gestellt. Die Erkenntnisse über Aufgabenverteilung im Pflegealltag in Abhängigkeit von der Berufsausbildung der Pflegenden sollen Antwort auf die Frage geben, „inwieweit sich die in der Fachöffentlichkeit diskutierte und weiterhin geforderte Professionalisierung im Arbeitsalltag bisher durchgesetzt hat“ (Schönborn 2007: 160). Vor diesem Hintergrund geht die Forscherin auch der Frage nach, ob die zukünftige berufliche Entwicklung der Altenpflege in Richtung Professionalisierung tendiert (vgl. Schönborn 2007: 4).

Um Tätigkeitsprofile in Abhängigkeit von der Qualifikation erkennen zu können, erfolgte eine schriftliche Befragung von 123 Pflegekräften in Altenheimen. Neben der Erhebung des Berufsabschlusses der Pflegenden wurden die im Pflegealltag anfallenden Tätigkeiten detailliert erfasst. Unter Zuhilfenahme offener Fragen wurden zudem die Gründe für die vorgefundene Aufgabenverteilung, die Einstellung der Pflegenden zu der vorgefundenen Situation und der Stellenwert von fachlichem Wissen erfragt (vgl. Schönborn 2007: 159 ff.).

Die Datenanalyse führte zu einer Annahme, dass die Verteilung der einzelnen Tätigkeiten im Pflegealltag in Abhängigkeit von der Qualifikation erfolgt. Dafür spricht, dass das fachliche Wissen einen hohen Stellenwert bei allen befragten Pflegekräften einnimmt. Zudem wird die Vermutung auch dadurch gestützt, dass die Qualifikation bei der Aufgabenverteilung seitens der Pflegenden als bedeutsam eingeschätzt und als Grund für die Aufgabenverteilung angegeben wurde (vgl. Schönborn 2007: 192, 167, 176). Diesem Ergebnis steht die tatsächliche Aufgabenverteilung der an der Untersuchung teilgenommenen Pflegenden konträr gegenüber. Es zeigen sich „nur ansatzweise Tätigkeitsschwerpunkte in Abhängigkeit von der beruflichen Qualifikation“ (Schönborn 2007: 192). So werden hauswirtschaftliche Tätigkeiten und grundpflegerische

Tätigkeiten unabhängig von der beruflichen Qualifikation in etwa gleichen Anteilen von allen Pflegekräften (mit und ohne Ausbildung) erbracht. Aufgaben der Behandlungspflege werden von den Pflegefachkräften häufiger erbracht als von unausgebildeten Pflegenden. Dennoch ist dieser Aufgabenbereich nicht allein den Fachkräften vorbehalten. Aufgabenfelder, in denen die Pflegefachkräfte stärker involviert sind als andere Pflegenden, sind die Praxisorganisation (Pflegeplanung und Evaluation) und die Praxisanleitung. Schönborn konstatiert, dass es im beruflichen Pflegealltag nur wenige Tätigkeitsbereiche gibt, die allein den Fachkräften vorbehalten sind (vgl. Schönborn 2007: 192 f.). Die Verteilung der Pfl egetätigkeiten erfolgt also nicht deutlich abgegrenzt und entsprechend der Qualifikation. Auch spricht sich die Hälfte der befragten Pflegenden dafür aus, dass die Qualifikation bei der Aufgabenverteilung eine untergeordnete Rolle einnehmen sollte. Aus Sicht von Schönborn unterstützen diese Bedingungen den Eindruck, dass die pflegerische Unterstützung alter Menschen auch von Laien übernommen werden könnte. Schönborn plädiert für eine Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses der Pflegefachkräfte. Um den Bedarf an Fachkräften mit pflegerischer Ausbildung im stationären Bereich transparent zu machen, fordert sie die Pflegefachkräfte auf, den in der Ausbildung gewonnenen fachlichen Kompetenzen im Pflegealltag einen höheren Stellenwert beizumessen und eine entsprechende Aufgabenverteilung (Übernahme von Behandlungspflege und Abgabe von Hilfstätigkeiten) in der Praxis umzusetzen. Zudem sollen die Pflegefachkräfte die Bedeutung der Ausbildung für die Sicherung der Pflegequalität stärker betonen (vgl. Schönborn 2007: 199 f.).

2.4.5 Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Pflegepraxis

Die Forschungsstudie von Junk (2007) thematisiert die Organisation der Pflegearbeit. Neben der Analyse von Arbeitsbedingungen untersuchte Junk die individuellen Belastungen der Pflegemitarbeiter innerhalb einer stationären Einrichtung. Die Forscherin legte anhand eines Seniorenheims dar, „wie das soziale System der stationären Pflegeeinrichtung seine Aufgaben wahrnimmt, bewältigt und mit den Anforderungen seiner äußeren Umwelt umgeht“ (Junk, 2007: 9). Die Datengewinnung in Form einer Arbeitsanalyse umfasste drei Phasen. Innerhalb der ersten Phase führte Junk personenbezogene Studien in Form von Interviews durch. Dieser Untersuchungsabschnitt zielt darauf, die subjektiven Wahrnehmungen des Personals einer stationären Pflegeeinrichtung in Bezug auf die Organisation der Arbeit und die individuellen Belastungen zu erfassen (vgl. Junk 2007: 133 f.). Dabei schließt Junk Mitarbeiter aus verschiedenen Bereichen der Einrichtung, unabhängig von ihrer Qualifikation und ihrer Stellung innerhalb der Organisation, mit in ihre Untersuchung ein. Sie interviewte sieben Pflegehilfskräfte, sechs Pflegefachkräfte, eine Ergotherapeutin, eine Pflegedienstleitung, eine Hauswirtschaftskraft, einen Hausmeister und eine Verwaltungsfachkraft, um die Arbeitssituation und die erlebten Belastungssituationen

innerhalb der Pflegeeinrichtung aus verschiedenen Perspektiven betrachten zu können (vgl. Junk 2007: 139). Die Resultate der personenbezogenen Analyse weisen darauf hin, dass Zeit- und Personalmangel dazu führen, dass sich die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung den Anforderungen nicht in vollem Maß gewachsen fühlen. Sie können ihre beruflichen Tätigkeiten nicht immer entsprechend ihrer Vorstellungen vom Pflegeberuf gestalten und empfinden dies als emotional belastend (vgl. Junk 2007: 281).

Die zweite Untersuchungsphase beinhaltete bedingungsbezogene Arbeitsanalysen der Pflegenden. Diese waren mit der Zielstellung verbunden, alle pflegerischen, betreuenden und unterstützenden Tätigkeiten möglichst unabhängig darzustellen (vgl. Junk 2007: 179). Die erbrachten Leistungen des Pflegepersonals wurden hinsichtlich der Abläufe, der Zeitdauer und der jeweiligen Zuständigkeiten erfasst. Es erfolgte eine Begleitung und Beobachtung der Mitarbeiter des Pflegebereiches über einen Zeitraum von vier Wochen (vgl. Junk 2007: 134). Im Ergebnis zeigte sich eine feste Tagesstruktur im Organisationsablauf der stationären Einrichtung. Innerhalb der Tagesstruktur verorten sich Arbeitszeitspitzen (zwischen 6:00 bis 9:00 Uhr und zwischen 17:00 bis 20:00 Uhr), welche besondere Belastungssituationen hervorrufen können. Demgegenüber konstatiert Junk aber auch einen hohen Anteil an Pausen und vermutet, dass den Mitarbeitern ausreichend Zeit zur Erledigung der Aufgaben zur Verfügung steht. In Bezug auf die Arbeitsorganisation verweist Junk zudem darauf, dass die Pflegefachkräfte häufig Aufgaben von Hilfskräften übernehmen (vgl. Junk 2007: 281 f.).

Mit der dritten Phase schließt Junk ihre Datengewinnung ab. Sie führte Experteninterviews mit den Leitungskräften durch, mit deren Hilfe sie die möglichen Ursachen für hohe Belastungswahrnehmungen der Mitarbeiter erfassen wollte. Dabei griff Junk auf die Ergebnisse der ersten und zweiten Phase zurück. Sie stellte die Ergebnisse der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse einigen Kernaussagen der Interviews gegenüber. Der Vergleich zeigte, dass die mit der Arbeitsorganisation und der zur Verfügung stehenden Zeit einhergehenden subjektiven Belastungen mit den durch teilnehmende Beobachtungen gewonnenen Daten teilweise nicht übereinstimmen (vgl. Junk 2007: 134 f.). Die so ermittelten Differenzen wurden im Rahmen der Experteninterviews hinterfragt. Den hohen Anteil an Pausen begründen die Leitungskräfte damit, dass diese für interne Absprachen und das Studium von Fachliteratur genutzt werden. Zudem tragen die Pausen aus Sicht der Leitungen dazu bei, neue Kraft für den Umgang mit pflegebedürftigen älteren Menschen zu schöpfen. Den Ausführungen der Leitungskräfte zufolge resultiert die wahrgenommene Arbeitsbelastung der Pflegenden aus dem Widerspruch zwischen den persönlichen Erwartungen der Mitarbeiter an das Berufsbild der Altenpflege und den tatsächlichen Anforderungen der Pflegepraxis. Als Beispiel benennen die Leitungen die Umsetzung der Pflegedokumentation, welche mit wechselnden Forderungen der Kontrollinstanzen einhergeht. Die Beobachtung, dass die Pflegefachkräfte auch Hilfstätigkeiten übernehmen, begründen die Lei-

tungsmitarbeiter mit dem Wunsch der Pflegefachkräfte nach direktem, zwischenmenschlichem Kontakt zu den Bewohnern. Zudem sind sie der Meinung, dass die Pflegefachkräfte durch ihr bewohnernahes Handeln das Arbeitsklima im Team verbessern möchten, indem sie zeigen, dass sie auch Hilfstätigkeiten übernehmen (vgl. Junk 2007: 282).

Die Resultate der Forschungsarbeit verweisen darauf, dass sich die stationäre Altenpflege in einem Spannungsfeld zwischen der Idealvorstellung vom Pflegeberuf, der routinierten Alltagsorganisation und den inkonstanten Anforderungen aus der Umwelt befindet (vgl. Junk 2007: 283). Als Ergebnis der Arbeitsanalyse formuliert Junk Hinweise zur praktizierten Aufgabenverteilung, zur Veränderung der Tagesstruktur, zur Reduzierung des Stressniveaus und zur Bewältigung der fachlichen Anforderungen. Die entwickelten Lösungsansätze sollen den Pflegenden im Setting Pflegeheim helfen, die Anforderungen aus der Umwelt zielgerichtet nutzen zu können und die Idealvorstellungen vom Pflegeberuf im Arbeitsalltag umsetzen zu können (vgl. Junk 2007: 133 ff.).

2.4.6 Resümee des Forschungsstandes

Das Handeln der Pflegenden vor dem Hintergrund professionellen Handelns beleuchten Wettreck (2001), Dörge (2009a, b) und Köpke et al. (2013). Sie analysieren und bewerten das praktische Pflegehandeln anhand charakteristischer Merkmale professionellen Handelns.

Wettreck (2001) identifizierte in seiner Untersuchung zum pflegerischen Handeln verschiedene Handlungsstrategien, die im Umgang mit Pflegesituationen von den Pflegenden eingesetzt werden. Diese unterscheiden sich vor allem in Bezug auf die Intensität der Fallarbeit. Im Pflegealltag wenden die Pflegenden einerseits Handlungsstrategien an, die auf reduzierter Situationskomplexität basieren und durch Regelgeleitetheit charakterisiert sind. Andererseits gibt es Pflegenden, die die umfassende Situationskomplexität berücksichtigen und in ihre Handlungsabläufe integrieren.

Als Ergebnis der Forschungsarbeit von Dörge (2009a, b) zeigt sich, dass in der Pflegepraxis vornehmlich verrichtungsorientiertes und routiniertes Handeln im Vordergrund stehen und individuelles Pflegehandeln weniger ausgeprägt ist und umgesetzt wird.

Die Untersuchung von Köpke et al. (2013) fokussierte auf die Implementierung einer evidenzbasierten Pflegepraxis. Auch hier werden die Grenzen professionellen pflegerischen Handelns sichtbar. Diese sind darin zu sehen, dass bei der Umsetzung von interner und externer Evidence als handlungsleitendem Ethos Diskrepanzen zwischen Umsetzungsbereitschaft und verwirklichter Umsetzung bestehen. Zudem ist das Verständnis von externer und interner Evidence in der Pflegepraxis noch nicht ausreichend vertieft und implementiert.

Merkmale des Pflegehandelns im stationären Setting untersuchten auch Schönborn (2007) und Junk (2007). Schönborn (2007) stellte fest, dass sich im Pflegealltag für höher qualifizierte Pflegende nur ansatzweise Tätigkeitsschwerpunkte im Vergleich zu Pflegenden geringerer Qualifikation zeigen. Obwohl dem fachlichen Wissen von den Pflegenden selbst ein hoher Stellenwert beigemessen wird, wird diese Einsicht nicht in die Arbeitsorganisation der Pflegeheime integriert. Diese Art der Aufgabenverteilung trägt dazu bei, dass das berufliche Selbstverständnis auf der Ebene von routiniertem, verrichtungsorientiertem Pflegehandeln verbleibt.

Wissenschaftlich belegt wurde auch, dass Pflegende ihre beruflichen Anforderungen als Belastung erleben. Junk (2007) kommt zu dem Ergebnis, dass die eigenen beruflichen Idealvorstellungen der Pflegenden nicht kongruent mit der Alltagsorganisation und den Umwelanforderungen sind. Die erlebten Widersprüche zwischen persönlichen Erwartungen und Praxisrealität rufen bei den Pflegenden emotionale Belastungen hervor.

3 Forschungsfragen und Zielstellung

Die Forschungsarbeit untersucht das berufliche Handeln von Pflegefachkräften im Setting Pflegeheim. Durch die bisherige theoretische Auseinandersetzung wurde deutlich, dass das Pflegehandeln einerseits durch fachlich-technisches Wissen und andererseits durch verantwortungsvolle, reflektierte, individuelle Gestaltung von Pflegesituationen geprägt ist. Entsprechende Handlungsgrundlagen sind im Berufsverständnis aber auch in spezifischen pflegerischen Theorien und Konzepten verankert. Das Handeln der Pflegenden im Setting Pflegeheim ist durch die besondere Situation der Pflegebedürftigen und durch die institutionellen Rahmenbedingungen determiniert. Die pflegebedürftigen alten Menschen müssen ihr bisheriges Lebensumfeld verlassen und soziale Beziehungen können meist nur noch eingeschränkt gestaltet werden. Die Arbeitsorganisation innerhalb der Pflegeeinrichtungen ist charakterisiert durch eine hohe Arbeitsdichte und Standardisierungen. Die Herausforderung der Pflegenden zeigt sich darin, die vielfältigen Anforderungen innerhalb der individuellen Pflegesituationen zu bewältigen.

Das berufliche Handeln von Pflegenden wurde bereits aus verschiedenen Blickwinkeln und bezogen auf unterschiedliche Arbeitsbereiche wissenschaftlich untersucht. Bisherige Forschungsstudien legen den Fokus auf die Systematik pflegerischer Handlungstypen. Die Untersuchungen von Wettreck (2001) und Dörge (2009a, b) legen dar, dass sich pflegerische Handlungsstrukturen im Spannungsfeld von Individualität der Pflegebedürftigen und Regelgeleitetheit konturieren. Es zeigt sich, dass professionelles Pflegehandeln im Krankenhaus und in der ambulanten Pflege nur sehr begrenzt umgesetzt wird. Auf die Grenzen professionellen Pflegehandelns verweisen auch andere Forschungsarbeiten. Köpke et al. (2013) veranschaulicht in seiner Untersuchung die bisher mangelnde Implementierung einer evidenzbasierten Pflegepraxis. Die Studien von Schönborn (2007) und Junk (2007) legen dar, dass das Pflegehandeln überwiegend routiniert und verrichtungsorientiert ausgerichtet ist und die Pflegenden in ihrer beruflichen Praxis Widersprüche erleben, welche sie als Belastung empfinden.

Bisherige Untersuchungen kategorisieren und bewerten das Handeln der Pflegenden nach äußerlichen Kriterien professionellen Handelns. Unzureichend ist bisher das persönliche Erleben des beruflichen Pflegehandelns von Pflegefachkräften im Setting Pflegeheim erforscht. Es ist bisher nicht beschrieben, welches berufliches Selbstverständnis dem Handeln der Pflegefachkräfte zugrunde liegt. Es mangelt auch an Erkenntnissen darüber, welche Faktoren das berufliche Handeln der Pflegefachkräfte aus ihrer eigenen Sicht heraus beeinflussen. Zudem ist noch nicht beschrieben, wie die Pflegenden mit den konträren Anforderungen (Normierung und Bewohnerorientierung) umgehen.

Nach Beurteilung der bisherigen Erkenntnisse wurden für die vorliegende Forschungsarbeit die nachfolgenden Fragestellungen abgeleitet, die im weiteren Verlauf näher untersucht werden sollen:

- Wie erleben Pflegefachkräfte im Setting Pflegeheim ihr berufliches Handeln?
- Welches berufliche Selbstverständnis liegt dem Handeln von Pflegefachkräften zugrunde?
- Welche Faktoren beeinflussen aus Sicht der Pflegefachkräfte das berufliche Pflegehandeln im Setting Pflegeheim?
- Wie gehen die Pflegefachkräfte mit konträren Handlungsanforderungen (Normierung und Bewohnerorientierung) um?

Das Wissen über die innere Struktur pflegerischen Handelns kann dazu beitragen, einen Zugang zur Alltagswelt der Pflegefachkräfte zu erhalten und das Erleben der Pflegenden im Setting Pflegeheim näher zu beleuchten. Durch die Betrachtung des Spannungsfeldes „Individualisierung – Standardisierung“ können Motive und Handlungsstrategien der Akteure besser verstanden und die Reflexion des beruflichen Pflegehandelns erleichtert werden. Entsprechende Erkenntnisse stellen einen Beitrag zur Entwicklung beruflicher Identität dar und können als Diskussionsbeitrag zur Weiterentwicklung des pflegerischen Selbstverständnisses und auch des Pflegehandelns genutzt werden.

4 Methodik

4.1 Wissenschaftstheoretische Grundlagen und methodischer Hintergrund

Auf der Ebene der Wissenschaftstheorie, als ein Zweig der Philosophie, wird diskutiert, welche begründeten Aussagen als wissenschaftlich anerkannt werden und mit Hilfe welcher Methoden wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden können (vgl. Mayer 2001: 16). Die Entscheidung für eine spezifische wissenschaftliche Vorgehensweise sollte der Wissenschaftler nicht von persönlichen Präferenzen für einen bestimmten Forschungsansatz abhängig machen, sondern die Grundstruktur des Problems und der aktuelle Kenntnisstand sollten die Wahl des Forschungsansatzes bestimmen (vgl. Morse, Field 1998: 12; Mayer 2001: 74 f.). So werden prinzipiell in der Forschung zwei große Ansätze, der quantitative und der qualitative Ansatz, beschrieben. Bis in die 70er-Jahre des 20. Jahrhunderts dominierte der quantitative Ansatz in der empirischen Sozialforschung. Aufgrund der traditionell naturwissenschaftlichen Orientierung war auch im Bereich der Pflegeforschung zunächst der quantitative Ansatz vorherrschend (vgl. Mayer 2001: 63). Diskussionen darum, wie man dem jeweiligen Gegenstand der Forschung in stärkerem Maße gerecht werden könne, führten dazu, dass die rein quantitative Denkweise innerhalb der Sozialwissenschaften, aber auch innerhalb anderer Wissenschaftszweige nicht mehr als alleiniges Ideal angesehen wird (vgl. Mayring 2002: 9; Flick 2011: 31). In Folge der geführten Debatten haben sowohl der quantitative als auch der qualitative Ansatz jeweils einen gleichberechtigten Platz in den Sozialwissenschaften wie auch in der Pflegewissenschaft gefunden (vgl. Mayer 2001: 63; Brandenburg, Dorschner 2003: 89; Behrens, Langer 2010c: 169). Beide Forschungsansätze stehen in Verbindung miteinander, denn bevor man den Untersuchungsgegenstand in Form von objektiver statistischer Repräsentanz überprüft, ist es hilfreich, den Gegenstand und seine Qualität zu erfassen (vgl. Mayring 2002: 9).

In der quantitativen Forschung werden durch die Anwendung standardisierter Erhebungsmethoden sowie statistischer Techniken der Datenauswertung möglichst objektive Daten gewonnen, mit deren Hilfe theoretische Annahmen überprüft und allgemeine Aussagen formuliert werden können (vgl. Mayer 2001: 64). Demgegenüber steht in der qualitativen Forschung das subjektive Erleben eines Menschen in seiner natürlichen Umgebung im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Durch nicht- oder nur halb-standardisierte Datenerhebung und durch interpretative Auswertungsverfahren (vgl. Mayer 2011: 98) entstehen keine numerischen Daten, sondern Beschreibungen, die das menschliche Erleben aus der Perspektive der Betroffenen veranschaulichen (vgl. Mayer 2001: 65f.). Diese subjekt- und situationsbezogenen Aussagen dienen nicht der Verallgemeinerung, sondern haben die Entwicklung interpretativ begründeter Theorien zum Ziel (vgl. Flick 2011: 27). Gerade, wenn über Bereiche der Wirklichkeit nur ansatzweise

theoretische Erkenntnisse vorliegen und noch keine ausreichenden Daten vorhanden sind, ist die Durchführung qualitativer Studien und die damit verbundene Theorieentwicklung unverzichtbar (vgl. Brandenburg, Dorschner 2003: 82). Entsprechend kritisch wird der Einsatz quantitativer Forschungsdesigns dann angesehen, wenn Grundstrukturen eines Phänomens nur wenig bekannt sind. Ebenso können hochstrukturierte Designs, die nur wenig Flexibilität erlauben, das untersuchende Feld in seiner Vielfalt einschränken und zu Verzerrungen führen (vgl. Polit, Beck, Hungler 2004: 202). Quantitative Verfahren sollten dann eingesetzt werden, wenn auf der Basis qualitativer Verfahren bereits umfangreiche Daten in Bezug auf das interessierende Phänomen erschlossen wurden (vgl. Brandenburg, Dorschner 2003: 88). Für diese Arbeit wurde sich deshalb für ein qualitatives Verfahren entschieden, weil das Erleben des beruflichen Handelns aus der Perspektive der Pflegefachkräfte im Setting Pflegeheim noch nicht in ausreichendem Maße exploriert wurde.

Innerhalb der qualitativen Forschung existieren eine Vielzahl von Forschungsansätzen, die hinsichtlich grundlegender Prinzipien Gemeinsamkeiten aufweisen, in Bezug auf theoretische Annahmen, übergeordneter Zielsetzung (Gegenstandsverständnis) und methodische Vorgehensweise jedoch unterschiedliche Schwerpunkte setzen (vgl. Lamnek 2005: 32; Flick 2011: 37, 81; Mayer 2011: 104, 111). So impliziert die Ethnografie als methodische Vorgehensweise Beobachtung und Teilnahme im untersuchten Feld (vgl. Flick 2011: 302) mit dem Ziel, kulturelle Gruppen und Lebenswelten zu beschreiben (vgl. Mayer 2011: 110). Mit der Grounded Theory werden Theorien über menschliches Verhalten und soziale Prozesse generiert. Als methodische Besonderheit zeichnet sich dieser Forschungsansatz dadurch aus, dass sich die Datenerhebung und die Datenauswertung im Verlauf des Forschungsprozesses einander abwechseln (vgl. Mayer 2011: 111 f.).

Das Ziel der vorliegenden Studie liegt darin, das Erleben und die Erfahrungen der Pflegefachkräfte im beruflichen Kontext Pflegeheim und dessen Bedeutung in ihrem tiefen und umfassenden Sinn zu verstehen. Für eine solche Untersuchung, in der die Lebenserfahrungen von Menschen im Fokus der Forschung stehen, ist der phänomenologische Ansatz als wissenschaftstheoretische Grundlage sehr dienlich (vgl. Polit, Beck, Hungler 2004: 219). Die phänomenologische Forschung basiert darauf, dass durch einen persönlichen Dialog diese Erfahrungen durch den Untersucher eingeschätzt werden können und in diesem Prozess die Beschreibungen des Befragten als valide für das Phänomen angesehen werden. Gerade phänomenologisches Denken ist in diesem Zusammenhang konsistent mit den Werten einer ganzheitlich betriebenen Pflegepraxis, die die Einzigartigkeit eines jeden Individuums in all seinen Dimensionen respektiert (vgl. Edward 2006: 237 f.).

Da in der Literatur der Begriff der „Phänomenologie“ einerseits als Bezeichnung für den wissenschaftstheoretischen Hintergrund und andererseits auch für die Beschreibung des methodischen Vorgehens genutzt wird (vgl. Morse, Field 1998: 145; Schoppmann, Pohlmann 2000: 361; Brandenburg, Dorschner 2003: 87; Mayer 2011: 111), soll zunächst erklärt werden, welche Annahmen wissenschaftlichen Erkennens der Phänomenologie zugrunde liegen. Auf der Ebene der Erkenntnistheorie wird die Frage, wie menschliche Erkenntnis überhaupt möglich ist, diskutiert. Zudem lassen sich aus der Beantwortung dieser Frage Begründungen für die Methoden der Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse generieren (vgl. Schoppmann, Pohlmann 2000: 361 f.). Der Begriff Phänomenologie wird als „Lehre von den konkreten Erscheinungen“ (Mayring 2002: 107, Koob 2008: 2) bezeichnet. Historisch haben sich unterschiedliche Schulen und Untergruppierungen innerhalb der Phänomenologie entwickelt (vgl. Schoppmann, Pohlmann 2000: 362). Den verschiedenen Strömungen gemeinsam ist das Ziel, „das Zugänglichmachen des Phänomens“ (Corti 2006: 30), das heißt, die Essenz, das Wesen der Phänomene zum Vorschein zu bringen und ihr umfassende Aufmerksamkeit schenken zu wollen (vgl. Polit, Beck, Hungler 2004: 218; Mayer 2011: 107). Aufgrund der Überzeugung, dass sich Wahrheiten in Bezug auf die Wirklichkeit maßgeblich in gelebten Erfahrungen von Menschen begründen (vgl. Polit, Beck, Hungler 2004: 218), erhalten Forscher einen Zugang zur Alltagswelt (vgl. Spichiger, Pranke, 2003: 128), wenn sie an den Perspektiven der einzelnen Menschen anknüpfen (vgl. Mayer 2011: 107). Obwohl sich der Begriff der „Phänomenologie“ historisch auf zahlreiche Philosophen und Vertreter (z.B. Brentano, Heidegger, Merleau-Ponty, Sartre) zurückführen lässt, gilt Edmund Husserl (1859-1938) als ihr eigentlicher Begründer (vgl. Lamnek 2005: 49). Er fasst sie zunächst als eine Grundwissenschaft der Philosophie auf, mit deren Hilfe man zum reinen Wesen aller Dinge und Erlebnisse geführt werden kann (vgl. Husserl 2002: 4, 120). Eine genaue Beschreibung der Phänomene in unserer Alltagswelt gelingt aus seiner Sicht nur, wenn sich der Forscher auf die Sache selbst bezieht (vgl. Lamnek 2005: 49). Die Grundannahme, dass Vorannahmen zu selektiver Wahrnehmung führen, die der realen Welt nicht gerecht werden, führt Husserl zur Methode der Reduktionsstufen (vgl. Schoppmann, Pohlmann 2000: 362). Innerhalb der Stufen sollen bestehende Erkenntnisschranken beseitigt werden (vgl. Husserl 2002: 3, 94). Das heißt, verfälschende Einflüsse, wie Traditionen, Ideologien oder religiöse Anschauungen sollen ausgeschaltet werden, um die Welt der natürlichen Einstellungen aufzudecken (vgl. Schoppmann, Pohlmann 2000: 363; Husserl 2002: 108). Zum Ursprung der Phänomene können Forscher nur dann vordringen, wenn sie von ihrem bisherigen Wissen und ihren Theorien absehen und sich davon bewusst distanzieren (sogenannte „Selbstausschaltung“ des Phänomenologen) (vgl. Husserl 2002: 121 f.). Über phänomenologische Reduktionen soll zum Schluss die abstrakteste Ebene, das transzendental gereinigte Bewusstsein erreicht werden, das Husserl auf ein „Ich“ zurückführt, welches noch vor dem Bewusstsein liegt und dem die Welt vorgegeben ist (vgl.

Husserl 2002: 5). Husserl selbst benennt die von ihm entwickelte Phänomenologie als „rein deskriptiv“ (Husserl 2002: 113), somit liegt der Schwerpunkt seiner Philosophie auf der ausschließlichen Beschreibung menschlichen Erlebens (vgl. Polit, Beck, Hungler 2004: 217).

Martin Heidegger (1889-1976), ein Schüler Husserl's, griff die erkenntnistheoretische Idee der Phänomenologie seines Lehrers auf (vgl. Schoppmann, Pohlmann 2000: 364). Er übte jedoch auch Kritik an den Annahmen Husserl's, denn aus seiner Sicht können die Menschen nicht aus der Welt hinaustreten und diese von außen betrachten. Vielmehr sind die Menschen Teil der Welt, werden von ihr bestimmt und können nicht losgelöst von dieser gesehen werden. Somit ist auch der Kontext eines Phänomens von großer Bedeutsamkeit und muss vor diesem Hintergrund in den Prozess des Erkennens mit einbezogen werden (vgl. Spichiger, Prakke 2003: 129). Im Unterschied zu Husserl soll der Forscher Erfahrungen nicht ausklammern, sondern diese bewusst in den Erkenntnisprozess mit einbeziehen (vgl. Polit, Beck, Hungler 2004: 365). Das Vorverständnis der Welt des Forschers kann im Prozess als Vorstruktur des Interpretierens genutzt werden und verbessert gleichzeitig das Verständnis für die Phänomene (vgl. Spichiger, Prakke 2003: 129). Auch in Bezug auf die Zielsetzung unterscheiden sich die Ansichten von Husserl und Heidegger. Heidegger legt den Schwerpunkt seines Erkenntnisinteresses auf die Auslegung des Sinns, denn nach seinem Verständnis vom Sein ist die reine Beschreibung der Erkenntnis der Sachen, wie bei Husserl aufgeführt, nicht ausreichend (vgl. Schoppmann, Pohlmann 2000: 365). Die Welt soll aus der Innenperspektive interpretiert werden (vgl. Spichiger, Prakke 2003: 129). Entsprechend gilt Heidegger als Begründer der interpretativen (hermeneutischen) Phänomenologie (vgl. Spichiger, Prakke 2003: 129), ein weiterer wichtiger Hauptzweig der Phänomenologie. Durch die Methode der ausführlichen Interpretation des Seins werden Verdeckungen (der Schein) des Phänomens abgebaut und der Forscher wird dazu geführt, den Sinn des Phänomens zu verstehen (vgl. Corti 2006: 30).

Welcher phänomenologische Ansatz in der Forschungspraxis gewählt wird, hängt vom Erkenntnisinteresse in Bezug auf die Unterscheidung Beschreiben und Verstehen ab. Das Beschreiben zielt darauf ab, das Phänomen als genaues Abbild darzustellen. Das Verstehen ist dem Beschreiben nachgeschaltet, geht über die Abbilddarstellung eines Phänomens hinaus und stellt die Sinndeutung des Phänomens in den Vordergrund (vgl. Schoppmann, Pohlmann 2000: 366).

Da das Erleben des beruflichen Handelns von Pflegefachkräften im Setting Pflegeheim bisher noch nicht aus der Perspektive der Pflegenden selbst untersucht wurde, soll im Rahmen dieser Arbeit eine möglichst genaue Beschreibung des Phänomens erstellt werden. Dementsprechend wurde die deskriptive Phänomenologie als Forschungsansatz für diese Untersuchung gewählt.

Um ein Abbild eines Phänomens zu erhalten, richten die Forscher im Rahmen der deskriptiven Phänomenologie ihr Handeln an vier zentralen Schritten aus, welche als Grundalge für das ge-

samte methodische Vorgehen zu sehen sind. Das Einklammern, das Analysieren, das Einfühlen sowie das Beschreiben sind nicht starr voneinander abzugrenzen, da sich die einzelnen Schritte auch auf das Verhalten des Forschers während des Untersuchungsprozesses beziehen.

Im Rahmen des Einklammerns soll der Forscher insbesondere bei der Datenerhebung sein Vorverständnis und seine Vorurteile in Bezug auf das zu untersuchende Phänomen ausschalten, um eine von seiner Person unabhängige Beschreibung des Phänomens zu erzielen (vgl. Wojnar, Swanson 2007: 175 ff.). Zur Analyse der Daten stehen dem Forscher unterschiedliche Methoden zur Verfügung (vgl. Polit, Beck, Hungler 2004: 369 f.). Als weiterer Grundsatz gilt, dass das methodische Vorgehen des Forschers durch einfühlsames Verhalten während des Untersuchungsprozesses charakterisiert sein soll. Um während der Studie Erfahrungen der Befragten selbst auch intuitiv zu erleben, ist eine Arbeitsweise, die durch aufmerksames Zuhören gekennzeichnet ist und zudem tiefe und kritische Selbstreflexion erforderlich. Durch die Beschreibung eines theoretischen Modells, welches die essenzielle Struktur und das Abbild des Phänomens repräsentiert, wird die Forschungsarbeit abgeschlossen (vgl. Wojnar, Swanson 2007: 175 ff.)

4.2 Forschungsdesign

Bei der Auswahl des Forschungsdesigns sollte der Untersucher die bereits getroffenen methodischen Entscheidungen sowie die Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit berücksichtigen (vgl. Flick 2011: 189). So konstruieren Wissenschaftler innerhalb der quantitativen Forschung auf der Basis von vorhandenen Wissensbeständen und empirischen Untersuchungsergebnissen bereits vor Eintritt in das Untersuchungsfeld vermutete Bedingungen und Zusammenhänge in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand (vgl. Flick 2011: 123). Im Anschluss daran werden mit Hilfe statistisch erfassbarer Daten und strukturierter Erhebungsinstrumente die bereits entwickelten Theorien überprüft. Wenn jedoch, wie in der vorliegenden Untersuchung, nur wenige Informationen über den Untersuchungsgegenstand vorhanden sind und ein Phänomen aus der subjektiven Perspektive betrachtet werden soll, nutzen Wissenschaftler im Rahmen der qualitativen Forschung Verbalisierungen der Erfahrungswirklichkeit der Studienteilnehmer und interpretieren diese (vgl. Morse, Field 1998: 10 f.; Bortz, Döring 2006: 296). Das Ziel dieser Arbeit ist es nicht, vorstrukturierte Theorien zu überprüfen, sondern das Erleben der Pflegefachkräfte aus ihrer Sicht heraus zu beschreiben und ihre Relevanzstrukturen zu erfassen.

Um eine detaillierte Beschreibung des Phänomens zu erhalten, stehen den Forschern zur Datengewinnung eine Vielzahl unterschiedlicher Methoden, wie beispielsweise Beobachtungen, Fallanalysen, Analysen von Dokumenten oder Interviews zur Verfügung (vgl. Bortz, Döring 2006: 307; Misoch 2015: 13), welche jeweils unterschiedliche Zugänge zur Erfassung der subjektiven Sicht der untersuchten Personen nutzen. Die sehr häufig angewendete Form des Interviews (vgl.

Misoch 2015: 13) wird auch für die vorliegende Untersuchung als Erhebungsmethode gewählt, da subjektive Bedeutungen nur schwer durch Verhaltensbeobachtungen erkennbar sind und die Pflegefachkräfte, als Experten für ihre eigenen Bedeutungsgehalte, selbst zu Wort kommen sollen (vgl. Mayring, 2002: 66; Polit, Beck, Hungler 2004: 271 f.). Im Rahmen der Interviews erfolgt der Zugang zum Forschungsgegenstand über sprachliche Äußerungen der Untersuchungsteilnehmer, in Kommunikation mit dem Wissenschaftler (vgl. Morse, Field 1998: 90; Helfferich 2004: 19 ff.; Misoch 2015: 13). Diese Methode zeigt eine Nähe zum Alltagsgespräch, unterscheidet sich in der Umsetzung jedoch durch eine asymmetrische Rollenverteilung. Der Untersucher stellt Fragen und hört zu, der Befragte erzählt und antwortet (vgl. Misoch 2015: 13).

Da die Qualität der Datengewinnung und die Qualität der Ergebnisse durch die Auswahl und die Umsetzung der Interviewtechnik beeinflusst werden, soll auch diese sorgfältig ausgewählt werden (vgl. Friebertshäuser 1997, zit. n. Helfferich 2004: 26; Morse, Field 1998: 91). Die Interviewformen werden häufig nach ihrem Strukturierungsgrad differenziert (vgl. Morse, Field 1998: 86 ff.; Misoch 2015: 13). Standardisierte Interviews sind dadurch charakterisiert, dass sowohl die Fragen als auch die Antwortoptionen vorgegeben werden. Sie finden Anwendung in der quantitativen Forschung, um bereits bestehende Theorien zu überprüfen. In der qualitativen Forschung finden semistrukturierte Interviews und nichtstrukturierte (offene, narrative) Interviews Anwendung, denn im Gegensatz zu standardisierten Techniken legen sie den Fokus mehr auf die subjektiven Bedeutungsinhalte der Teilnehmer und sind offener und flexibler gehalten (vgl. Misoch 2015: 3, 13). Das Erleben der beruflich Pflegenden in stationären Pflegeeinrichtungen soll durch semistrukturierte Interviews erfasst werden. Der Vorteil dieser Interviewtechnik liegt darin, dass die Befragten, mehr als bei standardisierten Interviews, auf ihre Art und Weise ihren Sinn entfalten und mit Hilfe von individuellen Beschreibungen ausdrücken können (vgl. Morse, Field 1998: 90; Helfferich 2004: 19 ff.; Misoch 2015: 13). Das heißt, der Forscher kann das Thema so erfassen, wie es sich für den einzelnen Untersuchungsteilnehmer darstellt (vgl. Polit, Beck, Hungler 2004: 272). Im Rahmen der phänomenologischen Forschung sollen die Untersuchungsteilnehmer während des Interviews animiert werden, sich über die ihnen wichtigen Dimensionen auszulassen. Um genügend Raum für neue Erkenntnisse zu lassen, sollen durch offene Fragenformulierungen einerseits inhaltliche Steuerung ermöglicht und andererseits der Grad der Vorstrukturierung jedoch gering gehalten werden (vgl. Misoch 2015: 66). Aus diesem Grund wurde ein nur locker strukturierter Interviewleitfaden konstruiert. Dieser diente lediglich dem Ziel, die Gesprächskontinuität zu halten sowie die relevanten Themen mit einzubeziehen, welche zur Beantwortung der Forschungsfragen nötig erschienen (vgl. Morse, Field 1998: 90; Polit, Beck, Hungler 2004: 261; Misoch 2015: 66).

4.3 Feldzugang und Datenerhebung

Da die Perspektive des Forschers Einfluss auf den Forschungsprozess nehmen kann und das Risiko besteht, dass seine Sichtweise auch in die Ergebnisse der Untersuchung mit einfließt, ist es innerhalb qualitativer Forschungsmethoden hilfreich, wenn die eigenen Erfahrungen im Bereich des untersuchten Phänomens reflektiert werden (vgl. Behrens, Langer 2010c: 188). Aufgrund dessen, dass die Forscherin nicht als Fachkraft in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig war, wird der Blick auf die Untersuchung nur wenig durch Vorannahmen beeinflusst. Die Offenheit gegenüber dem untersuchten Phänomen, welche für das phänomenologische Vorgehen unerlässlich ist (vgl. Behrens, Langer 2010c: 171), kann als gegeben angenommen werden.

Die Stichprobenziehung der Untersuchungsteilnehmer erfolgte durch eine Gelegenheitsstichprobe. Diese hat den Vorteil, dass Informanten gewonnen werden können, die über einen reichen Erfahrungsschatz über das zu untersuchende Phänomen verfügen, welche zudem redege wandt und bereit sind, ihre Erkenntnisse der Forscherin mitzuteilen (vgl. Polit, Beck, Hungler 2004: 245). In diesem Zusammenhang wurden die bestehenden Kontakte zu Einrichtungen der stationären Pflege als Feldzugang genutzt. Darüber hinaus wurde Kontakt zu weiteren Pflegeheimen innerhalb Thüringens aufgenommen. Die angesprochenen Heimleitungen bzw. Pflegedienstleitungen standen dem Vorhaben offen gegenüber und unterstützten das Projekt, indem die Interviews während der Dienstzeit der teilnehmenden Pflegefachkräfte erfolgen konnten. Die Kontaktaufnahme zu den Pflegefachkräften erfolgte überwiegend über die Leitungsebene der Einrichtungen oder in Form direkter Ansprache der Pflegefachkräfte. Um für die Untersuchung des Phänomens passende Pflegefachkräfte zu rekrutieren, wurden nur Pflegenden, die während des Untersuchungszeitraums in einer stationären Einrichtung tätig waren, befragt. In stationären Pflegeeinrichtungen sind Pflegenden mit sehr unterschiedlicher Qualifikation tätig. Um eine Vermischung von Perspektiven aufgrund unterschiedlicher Qualifikationen und Verantwortungen zu vermeiden, wurden nur Pflegenden mit der Qualifikation und dem Verantwortungsbereich einer Fachkraft eingeschlossen. Da ausgebildete Altenpflegefachkräfte und auch Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit in der stationären Versorgung der älteren Menschen das gleiche Aufgabenfeld bewältigen müssen, wurden beide Gruppen mit in die Untersuchung eingeschlossen. Personen, die keine berufliche pflegerische Qualifizierung hatten und auch Personen, die allein eine Altenpflege- bzw. Krankenpflegehelferausbildung hatten, wurden von der Teilnahme an der Untersuchung ausgeschlossen. Des Weiteren sollten nur Untersuchungsteilnehmer mit einbezogen werden, die im unmittelbaren Praxisfeld Pflege tätig waren, d. h. jene, die in direkten pflegerischen Handlungssituationen mit pflegebedürftigen Heimbewohnern in Kontakt standen. Um die Verständigung zu gewährleisten und entsprechende sprachliche Missverständnisse zu vermeiden, wurde nur mit deutschsprachigen Pflegefachkräften ein Interview geführt. Die Leitungskräfte der Einrichtungen unterstütz-

ten die Forscherin bei der Auswahl von Mitarbeitern, welche die Einschlusskriterien erfüllten und zudem durch ihren Erfahrungsschatz potentiell reichhaltige Informationen für das interessierende Phänomen beitragen konnten. In einer Einrichtung wurden von den Leitungskräften keine Hinweise zu Pflegenden gegeben, welche die benannten Einschlusskriterien erfüllten. Hier sprach die Forscherin die Pflegemitarbeiter direkt auf den Wohnbereichen der Einrichtung an. Damit im gesamten Forschungsprozess den Personen, die ihre Bereitschaft zur Teilnahme an Forschungsprojekten geben, kein Schaden zugefügt wird, muss sichergestellt werden, dass die Untersuchungen ethischen Richtlinien entsprechen (vgl. Misoch 2015: 15). Sowohl in der Pflegewissenschaft (vgl. Polit, Beck, Hungler 2004: 98 ff.) als auch in der Sozialwissenschaft (vgl. Misoch 2015: 16 ff.) sind entsprechende Leitlinien beschrieben. Da sich der Fokus der vorliegenden Arbeit nicht auf Patienten oder pflegerische Interventionsmaßnahmen bezieht, sondern das Erleben des beruflichen Handelns von Pflegefachkräften im Mittelpunkt steht, wurden sozialwissenschaftliche Leitlinien als Anspruchshaltung zugrunde gelegt. Beispielsweise wurden die Persönlichkeitsrechte gewahrt, indem die Informationspflicht, die freiwillige Teilnahme sowie die Vertraulichkeit der Daten beachtet wurden (vgl. Misoch 2015: 16 ff.).

4.4 Datenanalyse

Für die Analyse des Datenmaterials werden innerhalb des deskriptiven Forschungsansatzes unterschiedliche Methoden genutzt. Die häufig zur Datenanalyse verwendeten Methoden von Van Kaam (1966), Giorgi (1985) und von Colaizzi (1978) haben gemeinsam, dass sie, um die Grundstruktur des Problems zu erfassen, nicht auf eine breite Beschreibung bestimmter Gegenstandsfelder, sondern auf eine Analyse einzelner Phänomene zielen (vgl. Mayring 2002: 108 f., Polit, Beck, Hungler 2004: 369 f.). Als Ergebnis der deskriptiven phänomenologischen Analyse wird bei allen drei Methoden durch eine Identifizierung essenzieller Themen die Bedeutung von Erfahrungen beschrieben. Die einzelnen Methoden zeigen jedoch Unterschiede in Bezug auf die Validierung der Ergebnisse. Bei Van Kaams Analyse zieht der Forscher erfahrene Beurteiler hinzu, denn die Ergebnisse sollen für mehrere Betrachter erkennbar und nachvollziehbar sein. Giorgi hingegen vertraut allein auf die forschende Person selbst (vgl. Polit, Beck, Hungler 2004: 370). Da nur Colaizzis Methode eine abschließende Validierung der Ergebnisse fordert, in dem man sich wieder an die Studienteilnehmer wendet und diese Methode sowohl in der Sozialforschung als auch besonders in der Pflegeforschung Anwendung findet, wurde sie für die vorliegende Untersuchung ausgewählt.

Colaizzis Methode umfasst sieben Analyseschritte, durch die der Forscher zu einer erschöpfenden Beschreibung des Phänomens gelangt, die am Ende auch von den Teilnehmern validiert werden sollte (vgl. Colaizzi 1978: 59 ff.; Tab. 1).

Tab. 1: Schritte der Analysemethode (nach Colaizzi 1978: 59 ff., übersetzt und zusammengefasst)

Schritte der Datenanalyse

1. Lesen der Protokolle
 2. Extrahierung der signifikanten Feststellungen
 3. Formulierung der Bedeutung einer jeden Feststellung
 4. Ordnung der formulierten Bedeutungen zu Themenclustern
 5. Integration der bisherigen Ergebnisse zu einer erschöpfenden Beschreibung des Inhalts
 6. Reduktion der Beschreibung auf die essenzielle Struktur des Phänomens
 7. Validierung der Ergebnisse durch Befragung der Teilnehmer
-

In einem ersten Schritt soll der Forscher durch mehrmaliges Lesen der Protokolle ein einfühlen- des Verständnis für das Erleben der Studienteilnehmer bekommen. Anschließend soll jedes Pro- tokoll erneut gesichtet und signifikante Feststellungen extrahiert werden. Signifikante Feststel- lungen sind Aussagen, die das untersuchte Phänomen direkt betreffen. Sich ähnelnde oder über- einstimmende Feststellungen, die sich in verschiedenen Protokollen wiederholen, werden vom Untersucher zusammengefasst und zu einer allgemeinen Formulierung umgestellt. Die Bedeu- tung einer jeden signifikanten Feststellung soll anschließend aus der Sicht der Subjekte formu- liert werden. Nicht anhand der Forschungsfragen, sondern anhand des Datenmaterials werden die zuvor formulierten Bedeutungen zu Themenclustern geordnet. Um zu ergründen, ob alle Themen der Originalprotokolle enthalten bzw. ob Themen enthalten sind, die nicht in den Ori- ginalprotokollen vorkommen, soll der Forscher die Themencluster auf die Originalprotokolle be- ziehen. Für eine anschließende erschöpfende Beschreibung werden die untersuchten Inhalte zusammengefügt und gefundene Unterschiede zwischen den verschiedenen Clustern dokumen- tiert. Hierbei soll der Forscher der Versuchung widerstehen, Themen, die logisch unerklärlich scheinen und nicht als passend empfunden werden, zu ignorieren. Damit wird das untersuchte Phänomen als eine eindeutige Identifikationsaussage der grundlegenden Struktur des Phäno- mens durch den Forscher formuliert. Als abschließenden validierenden Schritt werden die Teil- nehmer zu den bis dahin gewonnenen Ergebnissen befragt. Werden daraufhin neue und relevan- te Aspekte bekannt, sind diese vom Forscher mit in die Forschungsergebnisse einzuarbeiten (vgl. Colaizzi 1978: 59 ff.).

Die von den Pflegefachkräften beschriebenen beruflichen Erfahrungen wurden entsprechend der Methode nach Colaizzi (1978) ausgewertet. Zur Realisierung der geforderten Validierung durch die Teilnehmer im siebten Schritt wurden die Pflegefachkräfte nochmals telefonisch und postalisch kontaktiert. Die Studienteilnehmer wurden über den aktuellen Forschungsstand informiert und in Absprache mit den Teilnehmern erfolgte eine postalische Zusendung der Beschreibung des Phänomens. Die Pflegefachkräfte wurden gebeten, Rückmeldungen zu den bisherigen Forschungsergebnissen zu geben und ihre Ansichten hinsichtlich der Gültigkeit der Ergebnisse auf einem Fragebogen mit offenen Fragen (vgl. Anhang: Bitte um Rückmeldung zu den bisherigen Forschungsergebnissen) zu notieren. Das von den Pflegefachkräften gegebene Feedback wurde in einem gemeinsamen Gespräch zwischen Studienteilnehmer und Forscherin erörtert, so dass neben der Rückmeldung auch Verständnisfragen beider Seiten geklärt werden konnten.

4.5 Beschreibung der Stichprobe

An der Untersuchung nahmen 21 Pflegefachkräfte teil, die alle im Zeitraum der Datenerhebung in stationären Pflegeeinrichtungen in Thüringen tätig waren (vgl. Tab. 2). Die Teilnehmer kamen sowohl aus konfessionellen als auch aus Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft. Das berufliche Arbeitsfeld der 17 weiblichen Studienteilnehmerinnen und der vier männlichen Studienteilnehmer entsprach ihrer Fachkraftqualifikation und beinhaltete auch Pflegemaßnahmen in direktem Bewohnerkontakt. Neben direktem Bewohnerkontakt hatten sieben Pflegefachkräfte auch Verantwortung als Wohnbereichsleitung. Das Alter der interviewten Pflegefachkräfte lag zwischen 26 Jahren und 59 Jahren. Die Teilnehmer hatten zwischen sechs und 43 Jahren praktische Berufserfahrung. Entsprechend der Analysemethode nach Colaizzi (1978) wurden die Forschungsergebnisse nach ihrer Beschreibung durch eine Befragung der Teilnehmer validiert. Sieben der 21 Interviewpartner beteiligten sich daran. Nach ihren Aussagen stimmen die beschriebenen Ergebnisse mit ihrem aktuellen beruflichen Erleben überein. Zudem sahen die Pflegefachkräfte ihre Situation als ausreichend beschrieben an.

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung

	Geschlecht	Alter	Berufliches Arbeitsfeld	Berufserfahrung in Jahre	Interviewdauer in Minuten
1	W	40	Pflegefachkraft	23	74
2	M	32	Wohnbereichsleitung	10	92
3	W	55	Wohnbereichsleitung	38	69
4	W	33	Wohnbereichsleitung	16	38
5	M	26	Pflegefachkraft	9	58
6	W	45	Wohnbereichsleitung	29	29
7	W	59	Pflegefachkraft	43	84
8	W	46	Pflegefachkraft	31	69
9	W	29	Pflegefachkraft	9	40
10	W	54	Wohnbereichsleitung	38	89
11	M	43	Wohnbereichsleitung	27	113
12	W	49	Pflegefachkraft	33	73
13	W	44	Wohnbereichsleitung	27	99
14	W	43	Pflegefachkraft	23	63
15	W	32	Pflegefachkraft	6	58
16	W	49	Pflegefachkraft	32	74
17	W	35	Pflegefachkraft	19	86
18	W	41	Pflegefachkraft	12	52
19	W	30	Pflegefachkraft	13	43
20	M	46	Pflegefachkraft	10	88
21	W	44	Pflegefachkraft	27	28

W = weiblich

Ø 42

Ø 23

Ø 68

M = männlich

gesamt 1419

5 Ergebnisse der Studie

In Anlehnung der Auswertungsmethode nach Colaizzi (1978) wurden zunächst alle Interviewtranskriptionen gesichtet und die signifikanten Feststellungen, die das untersuchte Phänomen direkt betrafen, extrahiert, die für das Erleben des beruflichen Handelns der Pflegefachkräfte im Setting Pflegeheim stehen. Anschließend wurde die Bedeutung einer jeden signifikanten Feststellung formuliert. Sie wurden zu Themenclustern geordnet und die bis dahin erzielten Ergebnisse zu einer erschöpfenden Beschreibung des Inhalts integriert. Diese wird zum besseren Verständnis mit exemplarischen Interviewauszügen vorgestellt. Am Schluss des Ergebniskapitels wird die essenzielle Struktur des Phänomens als Reduktion der erschöpfenden Beschreibung des Inhalts dargestellt.

5.1 Die erschöpfende Beschreibung des Erlebens der Pflegefachkräfte

5.1.1 Pflegerisches Selbstverständnis

Mit ihrem beruflichen Handeln verbinden die Pflegefachkräfte zwei übergeordnete Zielsetzungen. Sowohl regelgeleitete als auch bewohnerorientierte Ansprüche prägen das pflegerische Selbstverständnis und damit auch das Erleben des beruflichen Alltages der Pflegefachkräfte im Setting Pflegeheim.

5.1.1.1 Regelgeleitete Ansprüche

Das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden zeigt sich in regelgeleiteten Ansprüchen. Die Pflegefachkräfte sprechen von guter Pflege, wenn fachliche Handlungsanforderungen am Bewohner umgesetzt werden. Diese werden von den Pflegefachkräften mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten beschrieben. Beispiele sind: „fachlich gut geschult“ (I 3, 114) zu sein sowie über „bestes Wissen“ (I 3, 115-116; I 7, 481), „Hintergrundwissen“ (I 2, 19), „die Theorie und das Fachliche“ (I 3, 120), den „Sachverstand“ (I 11, 364) und die „pflegefachlichen Komponenten“ (I 11, 439-440) zu verfügen.

Eine für die Pflegefachkräfte zufriedenstellende Arbeitsleistung ist dadurch charakterisiert, dass die theoretischen Anforderungen des Pflegeberufes im Rahmen der Pflegearbeit erfüllt sind. Entsprechend setzen sich die Pflegenden das Ziel, Pflegeleistungen im Berufsalltag sachlich korrekt umzusetzen. Neben den direkt am Bewohner erbrachten Leistungen soll auch die Gestaltung des unmittelbaren Wohnumfeldes den Normenanforderungen entsprechen. Als Ergebnis

wünschen sich die Pflegefachkräfte ein harmonisches und geordnetes Gesamtbild von Bewohner und Umfeld.

„[...] ich möchte für mich wissen, wenn ich aus dem Zimmer bin, die Bewohner sind gut gewaschen, die Haare sitzen gut, die Fingernägel sind sauber, das Bett ist sauber, das Umfeld ist geordnet, das Fenster ist früh geöffnet, die Gardinen beiseite, die Blumen sind frisch und alles was dazugehört. So wie ich zu Hause mein Zuhause verlasse, möchte ich morgens aus dem Zimmer gehen. So möchte ich rausgehen und möchte wissen, alles o.k.“ (I 12, 262-267)

Die Ausführungen der Pflegefachkräfte verdeutlichen die technisch-funktionale und an Regeln orientierte Sichtweise der benannten fachlichen Ansprüche. Die von den Pflegenden aufgeführten Beispiele beziehen sich auf die regelgerechte und vollständige Durchführung von Pflegeleistungen. Die Pflegefachkräfte zeigen sich bei der Umsetzung von Pflegemaßnahmen sehr pflichtbewusst. Sie legen besonders viel Wert auf eine genaue und detaillierte Umsetzung.

„Eine gute Arbeit zu leisten ist, wenn man zu dem Bewohner hingeht, Grundpflege gut durchführt. Das heißt, eine Grundpflege, dass auch eingecremt wird, dass eine Bodylotion benutzt wird, erstmal gewaschen wird vernünftig, dass die Füße auch gewaschen werden, das ist manchmal auch, das klingt banal, aber es ist so, dass auch die Füße gewaschen werden. Der Intimbereich gewaschen wird, vernünftig gewaschen wird und auch, dass eine Lotion benutzt wird, beim Duschen die Haare gewaschen werden und auch zeitmäßig, also die 20-25 Minuten, die auch für die Grundpflege dafür Zeit sind, auch genutzt wird.“ (I 13, 390-396)

Die Erfüllung fachlicher Ansprüche beinhaltet die Einhaltung von pflegerischen Grundregeln. Festgelegte Normen in Bezug auf behandlungspflegerische Maßnahmen, wie beispielsweise Tabletten richten oder Insulin spritzen, sollen eingehalten werden.

„Ja, zum Beispiel muss alles seine Ordnung haben. Zum Beispiel, wenn man die Tabletten, die Tropfen müssen richtig sein. Wenn man jetzt Insulin spritzt, die Richtlinien, wo spritz ich Kurzinsulin hin oder Basalinsulin, so was. Diese ganzen Vorschriften, was man so hat oder das BTM-Buch [BTM = Betäubungsmittel: Anm. d. Verf.] richtig geführt ist, zum Beispiel.“ (I 9, 134-137)

Die berufliche Pflege in stationären Einrichtungen unterscheidet sich von der informellen Pflege im häuslichen Bereich. Im Gegensatz zur Laienpflege basiert die berufliche Pflege auf Fachwissen. Aufgrund ihres „Kennerblicks“ (I 12, 728) bewerten Pflegefachkräfte in der stationären Pflege die Situation der Pflegebedürftigen detaillierter als pflegende Angehörige im häuslichen Bereich. Durch die Anwendung von Regelwissen erkennen sie potentielle Gefahren der Pflegebedürftigen besser und ergreifen konsequent vorbeugende Maßnahmen.

„Wer [...] davon keine Ahnung hat, ist es hammerhart, weil die Leute, die zu Hause pflegen müssen, einfach ängstlich sind und die haben keinen Einblick. Die erkennen eine Rötung nicht, was vielleicht ein Hinweis auf einen beginnenden Dekubitus oder sie lassen sich zu

sehr dann vielleicht auch bereden von Mutti und Papa. Lass mich heute mal, ich will heute nicht so viel trinken und, und, und. (I 12, 722-727)

Die Berufserfahrung der Pflegefachkräfte beeinflusst auch die Entwicklung der persönlichen regelgeleiteten Ansprüche. Da sie mit zunehmender Berufstätigkeit wissen, „was alles wie sein sollte“ (I 4, 38), sind die Pflegefachkräfte bestrebt, die regelgeleiteten Anforderungen möglichst fehlerfrei und mit hoher Umsichtigkeit und Vorausschau zu erledigen. Der Blick auf die individuelle Handlungssituation erweitert sich und der Umfang der regelgeleiteten Ansprüche basiert nicht nur auf äußeren Erwartungen Anderer, sondern auch auf intrinsischen Motiven.

„Bei mir ist es wirklich so, je länger ich in dem Beruf arbeite, je perfekter will ich das eigentlich machen [...] Wenn man anfängt mit dem Beruf, da macht man nur das, was man gesagt kriegt oder gerade so, das. Aber jetzt ist es so, dass man immer mehr macht. [...] Jetzt würde man vielleicht noch, wenn man sieht, das Trinken ist alle, obwohl noch ein Schluck drin ist, trotzdem schon wieder eine neue Flasche hinbringen und für den Nächsten schon beim Einmalrasierer, beim Rasierer halt schon wieder eine neue Klinge rein machen und alles, das wäre damals nicht so gewesen.“ (I 4, 32-46)

Am Beispiel der Durchführung prophylaktischer Maßnahmen wird die starke Verinnerlichung regelgeleiteter Normenanforderungen seitens der Pflegefachkräfte sichtbar. Die Pflegefachkräfte bewerten die Vorschriften zur Dekubitusprophylaxe als „ganz enorm wichtig“ (I 7, 388). Um einen Dekubitus zu verhindern, setzen sie die fachlichen Regeln und die damit verbundenen zahlreichen Maßnahmen im Pflegealltag akribisch um. Damit Gefährdungen der Bewohner nicht unerkannt bleiben, werden auch Praktikanten mit pflegerischen Grundlagen vertraut gemacht. Die Pflegefachkräfte erwarten, dass die Praktikanten die Anweisungen in höchster Genauigkeit umsetzen.

„[...] und auch das jeder, der neu kommt, gleich gesagt bekommt, ‘Hautbeobachtung ist das A und O’. Jede Rötung dem Fachpersonal mitteilen, zeigen, wenn dir irgendwas auffällt, sofort sagen und das wird eigentlich auch ganz gut gemacht bei uns. Selbst unsere Praktikanten, die kommen dann schon und ‘gucken sie mal, hier ist eine Rötung, ich weiß nicht, ob die gestern schon war’. [...] Lagerungshilfsmittel müssen sein, wenn wir die seitlich lagern und die Bewohner und wir halten auch unseren Lagerungsplan ein. Wir dokumentieren das auch zeitnah am Bett und bei jedem, wo das wichtig ist, liegt der Lagerungsplan am Bett und dann wird das dokumentiert, rechte Seite, linke Seite, Rücken, 30 Grad, also das machen wir schon. Da sind wir hier hinterher, da passt jeder auf.“ (I 7, 389-403)³

Die hohe Gewichtung der fachlichen Ansprüche im beruflichen Alltag wird auch im folgenden Zitat sichtbar. Die Pflegenden verweisen auf die dringende Notwendigkeit, dass alle pflegerischen Aufgaben, unabhängig von den vorhandenen Zeitressourcen, umfassend erfüllt werden müssen.

³ siehe ergänzend Interviewzitat E1 im Anhang

„Also, dass diese ganzen Sachen, die so erfüllt werden sollen, müssen, dass die wirklich erfüllt werden, ob ich Zeit habe oder nicht.“ (I 4, 24-25)

Werden die fachlichen Anforderungen nicht in vollem Umfang erfüllt, wird die Situation durch die Pflegenden als negativ und nicht annehmbar bewertet. Als „fatal“ (I 8, 214) bezeichnen die Pflegefachkräfte Situationen, in denen pflegerische Leistungen nicht rechtzeitig umgesetzt wurden. Für den Erhalt der persönlichen Zufriedenheit ist es den Pflegefachkräften wichtig, dass die Versorgung der Bewohner bis zum Zeitpunkt der Dienstübergabe vollständig und fachgerecht sichergestellt ist. Denn nicht erledigte Aufgaben sollen den Mitarbeitern des nachfolgenden Dienstes „nicht hinterlassen“ (I 8, 216) werden und sie sollen auch nicht auf den nächsten Tag verschoben werden. Um die Aufgaben vollständig zu erledigen, übertragen die Pflegefachkräfte bei Bedarf Arbeitsaufträge an nachgeordnete Mitarbeiter.

„Ich wäre ganz unzufrieden, wenn ich aus dem Zimmer raus gehe und sage, ‘hier ist nur die Hälfte gemacht’ - das geht nicht. Das geht überhaupt nicht. [...] Ich möchte nie hier rausgehen und sagen können, ‘das Bett dahinten war dreckig, mache ich morgen’, damit kann ich nicht leben, muss ich wirklich sagen. Oder wenn ich sehe, die Haare stehen so oder so dreckige lange Fingernägel oder die Wunde wäre nicht versorgt, um Gottes Willen. Ich möchte wissen, wenn ich mittags gehe, das stimmt. Ansonsten muss ich eben die Kräfte ran zitieren und muss sagen, ‘gucke da noch mal, da war dies und da war das, da war jenes.’“ (I 12, 288-296)⁴

Die Erfüllung fachlicher Anforderungen hingegen führt zu Zufriedenheit und einer positiven Bewertung der Handlungssituation durch die Pflegefachkräfte.

„Wir sind auch ganz stolz, dass wir keine Dekubiti haben.“ (I 7, 403)

Die Weiterentwicklung regelgeleiteter Handlungsansprüche wird von den Pflegefachkräften befürwortet. Dabei wurde der Blick auf die Fachlichkeit von Pflege durch die Konkretisierung von Pflegemaßnahmen in Bezug auf bestimmte Pflegeprobleme, wie beispielsweise Mangelernährung, erweitert. Aus Sicht der Pflegenden führen die damit verbundene Zunahme von Dokumentationsanforderungen sowie die vermehrte Durchführung von Kontrollen zu einer Steigerung der Fachlichkeit und zu einer Förderung der Beruflichkeit des Pflegehandelns.

„Was ich eben gut finde, was auch vor Jahren auch nicht der Fall war, dass jetzt bestimmte Kriterien jetzt auch noch mehr dokumentiert werden, wie zum Beispiel Flüssigkeitsaufnahme oder bei Demenz auch Nahrungsaufnahme oder dass man Gewicht auch noch besser kontrolliert [...]. Das [die Fachlichkeit: Anm. d. Verf.] ist schon in den letzten Jahren in der Pflege professioneller geworden und das kommt natürlich dem Bewohner auch zugute, keine Frage.“ (I 11, 440-445)

⁴ siehe ergänzend Interviewzitate E2 und E3

Das regelgeleitete Handeln der Pflegenden wird auch durch die stetige Zunahme von fundiertem pflegerischem Wissen forciert. Im Pflegealltag zeigt sich die Weiterentwicklung der Fachlichkeit für die Pflegefachkräfte als ein „ständiger Prozess“ (I 2, 350). Dieser setzt sich auch nach der Berufsausbildung fort. So werden durch das Lesen von Pflegezeitschriften neue fachliche Erkenntnisse in den Berufsalltag integriert. Unter Bezugnahme auf aktuelle Forschungserkenntnisse reflektieren die Pflegefachkräfte eigene Handlungsleitlinien. Auf neuem Wissen basierend, verändern sie ihre bisherigen beruflichen Handlungsstrategien.

„Ich habe mal eine Studie über Mobilisation [gelesen: Anm. d. Verf.] [...]. Wenn jetzt jemand im Bett liegt, wenn er ein Tag im Bett liegt, was nach zwei Tagen ist, was nach fünf Tagen ist, was nach zehn Tagen ist, und das war es für mich erschreckend, [...] wie sich dann schon Sachen geändert haben. [...] das Endergebnis für mich war, halt Mobilisation, Mobilisation, Mobilisation. Früher habe ich dann auch schon mal eher gedacht, oh dem geht es nicht gut, den lässt du jetzt lieber liegen und das erlebe ich hier auch viel bei Pflegekräften, die sagen, ah dem geht's ja nicht gut, wollen wir ihn [...] liegen lassen. Wo ich dann sage, mir ist aber lieber, wir nehmen ihn mal zwei Stunden raus, dass er wenigstens mal zwei Stunden gesessen hat.“ (I 2, 360-371)

5.1.1.2 Bewohnerorientierte Ansprüche

Das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden umfasst neben regelgeleiteten Ansprüchen auch bewohnerorientierte Ansprüche. Die Pflegefachkräfte erachten es als wichtig, ihr Handeln an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner auszurichten.

„[...] also man will die Ansprüche [...] den Bewohnern gegenüber erfüllen.“ (I 4, 48-49)

Diese Ansprüche entstehen in der Person der Pflegefachkraft selbst, denn ihr Ziel ist es, die Pflege entsprechend ihrer eigenen Maßstäbe, wie sie es für sich selbst in der Situation wünschen würden, zu gestalten.

„Eine gute Pflege ist das, wenn ich jemanden so betreue, wie ich später selber betreut werden möchte [...]“ (I 11, 363-364)⁵

Des Weiteren entwickeln die Pflegenden bewohnerorientierte Ansprüche dadurch, dass sie sich in die Situation der nahen Angehörigen einfühlen. Aus dieser Perspektive stellen die Pflegefachkräfte die Frage, welche Ansprüche sie an die Pflege ihrer Eltern stellen würden. Die auf der Basis intensiver Beziehungen (Eltern-Kind-Beziehung) entstehenden persönlichen Ansprüche übertragen sie schließlich unter Berücksichtigung der Individualität der Bewohner auf die berufliche Situation in der stationären Pflege.

⁵ siehe ergänzend Interviewzitat E4

„Ich vergleiche es immer so, als wenn es meine Eltern wären, wie würde ich da reagieren, wie möchten die es vielleicht haben. Natürlich unter Berücksichtigung der Person und ihrer eigenen Vorstellungen.“ (I 10, 45-47)⁶

Auch in der Berufsausbildung wird den Pflegenden nahegelegt, dass sie ihre persönlichen Wertvorstellungen und Ansprüche in Bezug auf die Pflegemaßnahmen auf ihren beruflichen Tätigkeitsbereich übertragen sollen. Pflegefachkräften wird in der Ausbildung vermittelt, dass sie sich als Maßstab an der Zufriedenheit der Bewohner orientieren sollen.

„Ich stelle mir das immer so vor, wo ich damals die Ausbildung gemacht habe, da hat mein Lehrer zu mir gesagt [...] 'sie müssen sich vorstellen, wenn sie dann mal im Altenheim sind, dass sie auch mal so eine Pflege haben, so müssen sie auch die Pflege jetzt durchführen'.“ (I 13, 454-458)

Die Ausrichtung pflegerischer Leistungen an den spezifischen Bedürfnissen der Bewohner ist auch in der versachlichten Formulierung des Dienstleistungscharakters von Pflege erkennbar. Pflegefachkräfte erleben erhöhte Ansprüche der Bewohner. Zudem rechnen sie auch mit einer weiteren Zunahme der individuellen Bewohnerwartungen. Das heißt, dass sich die Pflegenden im Alltag mit umfangreichen und differenzierten Wünschen der Bewohner auseinandersetzen müssen.

„Und die Ansprüche werden größer. Das ist das auch, was vor Jahren nicht so war. Die Ansprüche der Bewohner steigen und unsere Generation, wir haben noch höhere Ansprüche, bin ich mir ganz sicher. [...] vor Jahren hat sich keiner von den älteren Damen vielleicht geschminkt oder hat da keinen Wert drauf gelegt, die Haare gefärbt zu haben, das haben wir im Moment noch nicht, aber die Tendenz könnte natürlich sein, dass man dann später mal sagt, ich möchte geschminkt werden, ich möchte meine Haare nicht einmal die Woche sondern zweitägig gewaschen haben. Ich möchte täglich eine Lotion, ich möchte zweitägig geduscht werden.“ (I 12, 334-342)⁷

Der persönliche Anspruch der Bewohnerorientierung geht für die Pflegefachkräfte über ein formelles Mindestmaß an pflichterfüllender Leistungserbringung hinaus. Die Pflegenden wollen den Bewohnern „ein bisschen mehr“ (I 4, 4-5) und „nicht nur das Nötigste“ (I 4, 52) an Leistungen zu Verfügung stellen. Der Mehraufwand, der nicht in regelgeleiteten Ansprüchen verankert ist, zeigt sich im Bereich der Kommunikation, in der Art und Weise der Zuwendung zum Bewohner. Der psychosoziale Rahmen, in dem die Pflegemaßnahmen erbracht werden, rückt in den Vordergrund der pflegerischen Leistungserbringung.

„Wie steht mein Gegenüber vor mir, was hat er für eine Aussprache, was hat er für eine Tonlage, was hat er für eine Stimme, ist er verständnisvoll, hört er mir zu oder macht er nur seine Arbeit und geht weg.“ (I 1, 513-515)⁸

⁶ siehe ergänzend Interviewzitat E5

⁷ siehe ergänzend Interviewzitat E6

⁸ siehe ergänzend Interviewzitate E7 und E8

Bewohnerorientierte Ansprüche, die die Pflegefachkräfte antizipieren, zeigen sich auch im Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Autonomie. Im Pflegealltag nutzen die Pflegefachkräfte ihr Gewissen als Entscheidungsinstanz. Das Gewissen der Pflegenden beinhaltet gleichsam eine fachliche und eine bewohnerorientierte Seite, zwischen denen die Pflegefachkräfte abwägen. Auch bei Bewohnern, die aufgrund demenzieller Erkrankungen eingeschränkte kognitive Fähigkeiten besitzen, sind die Pflegefachkräfte bestrebt, die artikulierten „Wünsche zu respektieren“ (I 3, 121-122) und umzusetzen. Gleichzeitig schätzen sie jedoch auch mögliche Gefahrenlagen für den Bewohner ein. Die Pflegefachkräfte setzen sich als Ziel, verantwortlich und empathisch mit den Wünschen der pflegebedürftigen Bewohner umzugehen.

„Es gibt ja Wünsche von den Bewohnern, wo man so ein bisschen im Gewissenskonflikt ist, wo man sagt, kann ich das jetzt, ist das jetzt gut, letztendlich muss ich das ja schon berücksichtigen. Habe ich einen dementen Bewohner, kann der das jetzt noch einschätzen, ist das gut für ihn? Oder wenn nicht, dass ich das dann auch für mich entscheide und dass ich dann auch so handle, dass es für den Bewohner das Beste ist.“ (I 3, 122-126)

Pflegefachkräfte setzen hohe Prioritäten in Bezug auf die Erfüllung bewohnerorientierter Ansprüche. Gewissen im Sinne der Bewohnerorientierung bedeutet für die Pflegenden, dass sie die aktuellen Bedürfnisse der Bewohner im Pflegealltag erkennen und zeitnah darauf reagieren. Trotz begrenzter zeitlichen Ressourcen versuchen die Pflegefachkräfte, ihre Arbeitsorganisation an den individuellen Bedürfnissen auszurichten. Entsprechend nehmen sie auch höhere berufliche Belastungen in Kauf.

„[...] für mich ist auch Gewissen, zu wissen, das ist jetzt gut für den Bewohner und das auch zu tun. Wenn es auch vielleicht von der Zeit her knapp wird oder so, dass ich das dann wirklich auch umsetze, wenn's wirklich mal viel ist, dass man wirklich sieht, weil ich weiß, das ist jetzt wirklich wichtig für den Bewohner, dass ich das auch für ihn tue.“ (I 3, 129-133)

Die Erfüllung bewohnerorientierter Ansprüche erzeugt bei den Pflegefachkräften positive Gefühle. Um eine gute Betreuung und Pflege zu erreichen, setzen die Pflegefachkräfte alle ihnen zur Verfügung stehenden Kräfte und Mittel ein. Bei den Pflegefachkräften stellt sich Zufriedenheit ein, wenn sie den Ansprüchen der Bewohner während der Dienstzeit gerecht werden konnten.

„Also wichtig ist, dass man irgendwo mit einem guten Gefühl auch wieder nach Hause gehen kann. Dass man sagt, man hat alles gemacht, alles was so einem in der Macht steht. Dass man alle soweit gut behandelt hat und ja, dass man selber ein beruhigtes Gefühl hat und dass man alles getan hat, was so in der Macht steht.“ (I 9, 117-120)

Der auf der Basis von ethischem Grundsatz und Gewissen beschriebene Anspruch nach Bewohnerorientierung wird von den Pflegefachkräften auch in Bezug auf die konkreten alltäglichen Handlungssituationen beschrieben. Ein am pflegebedürftigen Bewohner ausgerichtetes Handeln soll nach Meinung der Pflegefachkräfte am Lebensprozess des alten Menschen orientiert sein.

Am Beispiel „Legen einer Magensonde“ wird sichtbar, welche ethische Grundhaltung die Pflegefachkräfte vertreten. Sie sprechen sich dafür aus, dass medizinische Maßnahmen nicht unreflektiert erbracht werden sollten.

„Das [Legen einer Magensonde: Anm. d. Verf.] ist für mich ganz schlimm, wenn einfach nur eine Leidensverlängerung mit über 90 Jahren irgendwann gemacht wird, wo man als Arzt einfach in die Natur eingreift. [...] und das ist nicht im Sinne des Schöpfers der Natur.“ (I 7, 616-621)⁹

Diese Sichtweise übertragen die Pflegefachkräfte auch auf ihre berufliche Situation in der stationären Pflege. Auch wenn die Entscheidung in Bezug auf das Legen einer Magensonde nicht in den Verantwortungsbereich der Pflegenden fällt, sind sie doch in diesen Prozess involviert. Die Pflegenden plädieren gegenüber den Angehörigen für eine Orientierung am normalen Lebensprozess. Sie wollen die Lebenssituation der alten Menschen annehmen. Dies beinhaltet, dass die pflegebedürftigen Bewohner ein Recht darauf haben, dass die mit dem Älterwerden in Verbindung stehenden zunehmenden Einschränkungen vom Umfeld akzeptiert werden. Pflegefachkräfte wollen die aus ihrer Sicht natürliche Endlichkeit des Lebens akzeptieren. Als „ganz hohes Ziel“ (I 10, 25-26) möchten sie die Bewohner auf ihrem Lebensweg bis zu seinem Ende begleiten. Die Pflegeleistungen sollen dann angepasst an die individuelle und sich verändernde Situation der Bewohner erbracht werden.

„Man soll den Menschen alt werden lassen, gut versorgt wissen, gut gepflegt wissen und auch ein Ende haben dürfen. Das ist eigentlich das, was ich denke, ist das Normalste. [...] aber ich habe ihnen [den Angehörigen: Anm. d. Verf.] gesagt, wir werden alles Mögliche tun, um ihre Mutter nicht verhungern und verdursten zu lassen. Wir können ihr über eine Spritze Flüssigkeit zuführen, wenn sie den Mund aufmacht, so lange der Schluckreflex funktioniert, sind wir immer da, ihre Mutter am Leben zu erhalten. Sollte der Schluckreflex nicht mehr funktionieren, dann ist es höhere Gewalt und dann können wir auch nichts mehr machen.“ (I 7, 617-635)¹⁰

Die Orientierung am Lebensprozess der hilfsbedürftigen Bewohner beinhaltet für die Pflegefachkräfte, dass die alten Menschen die pflegerischen Unterstützungsleistungen als „angenehm“ (I 12, 533; I 5, 10) empfinden sollen. Ältere pflegebedürftige Menschen benötigen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens mehr Zeit als jüngere Menschen ohne Einschränkungen. Sie benötigen Zeit, um sich in die jeweilige Pflegesituation hineinzufinden. Da Druck und Hektik im pflegerischen Alltag den bewohnerorientierten Ansprüchen entgegenstehen, plädieren die Pflegefachkräfte für eine ruhige und behutsame Arbeitsweise. Die Bewohner sollen in ausreichendem Umfang begleitende und erklärende Informationen erhalten und zudem soll sich das Arbeitstempo an den Bedürfnissen der älteren Bewohner orientieren.

⁹ siehe ergänzend Interviewzitat E9

¹⁰ siehe ergänzend Interviewzitat E10

„Und so stelle ich mir das auch immer vor, wenn ich jetzt im Bett liegen würde, und es würde jemand reinkommen und der würde gleich Stress früh machen. Und jetzt müssen sie mal aufstehen und das alles und raus. Also das ist schon, also man soll schon immer ruhig reingehen.“ (I 13, 458-462)

„Ja, dass man da vielleicht ein bisschen mehr Zeit eigentlich für hat, das zu erklären, was man jetzt macht, und sich ein bisschen dafür nimmt und sich mit dem Bewohner ein bisschen darüber unterhalten kann. [...] Dass man sich dafür Zeit nimmt.“ (I 5, 17-21)

Eine gute Pflege zeigt sich in einer individuellen, auf den Bewohner abgestimmten Arbeitsweise. Um die persönlichen Bedürfnisse und Belange der alten Menschen erkennen zu können, bedarf es seitens der Pflegenden der „richtigen positiven Grundeinstellung“ (I 1, 518). „Einfühlsam sein können“ (I 1, 511), „Verständnis“ (I 1, 529) aufbringen und „gut mit Menschen umgehen können“ (I 1, 511-512) sind die Grundbausteine einer am Bewohner ausgerichteten Pflege.

„Weil der Umgang mit dem Menschen, der richtige Umgang mit Menschen eigentlich eine Grundvoraussetzung ist, um überhaupt eine gute Pflege absolvieren zu können.“ (I 1, 509-510)

„Das richtige Pflegeverständnis“ (I 1, 551-552) bezieht sich auf ein Handeln „aus innerer Überzeugung“ (I 1, 550-551). Beginnen Pflegekräfte ihre Arbeit im stationären Bereich, können sie die eigenen bewohnerorientierten Ansprüche noch nicht in vollem Umfang erfüllen. Die notwendige Einstellung basiert auf den in der Pflegepraxis erlangten Erfahrungen. Sie entwickelt sich „über viele Jahre“ (I 1, 547) weiter.

„Und diese Grundeinstellung, diese Einstellung denken auch oft viele, die in der Pflege anfangen zu arbeiten, dass sie die haben. Aber die hat keiner, die habe ich auch nicht gehabt damals. Also ich habe mir Mühe gegeben, im Altenheim zu arbeiten und hab da auch gute Vorsätze gehabt, aber wie ich so diese richtige positive Grundeinstellung hab und umsetze, das habe ich erst im Laufe der Jahre gelernt. Mit den Erfahrungen, die man so sammelt.“ (I 1, 515-519)

Eine Pflegefachkraft, die aus dem Bereich der Krankenpflege in die Altenpflege wechselte, verdeutlicht, dass sie sich mit der Pflege älterer Menschen erst vertraut machen musste. Ihre Sensibilität für die Belange der Bewohner wuchs mit ihrer beruflichen Tätigkeit im Pflegeheim. Sie konnte sich „viel besser“ (I 3, 171) in das „Bewusstsein, oder so die Seele der Bewohner“ (I 3, 170-171) hineinversetzen. Auf der Basis der Erfahrungen orientiert sich das Handeln der Pflegefachkräfte noch stärker an den Bedürfnissen der Bewohner.

„Ich bin ja Krankenschwester und habe eigentlich mit der Altenpflege, bevor ich hier angefangen habe, wenig zu tun gehabt und bin da eigentlich jetzt erst reingewachsen. Erst jetzt über Jahre reingewachsen und das Bewusstsein für einen alten Menschen, das wächst schon. [...] Ich denke, das wird immer intensiver. Man macht ja seine Erfahrungen und macht ja nicht immer alles nur richtig.“ (I 3, 138-144)

Aufgrund ihrer Berufserfahrungen können Pflegende die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner empathischer wahrnehmen und somit gezielter auf diese eingehen. Sie finden das individuelle Maß an Pflege, das dem einzelnen Bewohner entspricht. Die Wünsche der Bewohner haben dann „oberste Priorität“ (I 3, 152) im Pflegealltag, denn mit zunehmender Berufserfahrung fällt es den Pflegefachkräften leichter, Handlungsentscheidungen auf der Basis von Normierungen unter Bezugnahme der Bewohnerwünsche zu treffen. Die Pflegefachkräfte versuchen dann nicht mehr, mit allen Mitteln die Bewohner von ihrer eigenen fachlichen Sichtweise überzeugen zu wollen, sondern sie können „mehr annehmen“ (I 3, 161).

„[...] wenn jemand nicht essen will. [...] Ich versuche nicht mehr mit, es 10 Mal hintereinander zu versuchen, sondern wenn ich merke, man kriegt dann Einfühlungsvermögen, man kennt ja die Bewohner, dass ich das einfach respektiere und einfach sage, ‘der möchte das jetzt nicht mehr’, und ich lasse ihn einfach. Das ist zum Beispiel was, was sich sehr geändert hat bei mir.“ (I 3, 164-169)¹¹

Die Pflegefachkräfte richten ihr Handeln zunehmend an der Persönlichkeit der einzelnen Bewohner aus. Da sie die Handlungssituationen im Pflegealltag differenzierter betrachten können, zeigen sie in der Folge individuellere, personenbezogene Verhaltensweisen gegenüber den Bewohnern.

„[...] man lernt dann schon, die einzelnen Charaktere, weißt du halt, musst halt als Pflegeperson so sein, musst dich halt drauf einstellen. [...] das hat man dann auch im Gefühl und kann sich dann auch auf die Bewohner einstellen, wie du halt auf gewisse Situationen dann reagierst und so weiter. Das lernt man dann mit der Zeit.“ (I 15, 270-274)

Ein hohes Maß an Berufserfahrung ermöglicht den Pflegefachkräften, die Bedürfnisse der Bewohner intuitiv zu erfassen. Dies zeigt sich auch im familiären Umfeld. Das Verständnis für die Bedürfnisse der alten Menschen kann sich so tiefgründig weiterentwickeln, dass die Pflegefachkräfte auch unausgesprochene Bedürfnisse wahrnehmen. Die erfahrenen Pflegefachkräfte fühlen sich verpflichtet, auch nicht ausgesprochene Wünsche zu berücksichtigen.

„Ich weiß aber, dass meine Mutter zu Hause einsam ist und denke, du musst sie jetzt aber mal abholen. Du musst sie mal fragen, wo sie gerne mal hin will. Ich weiß eigentlich eher, wie sie sich alleine zu Hause fühlt oder an bestimmten Äußerungen, die sie macht, was sie gerade so gedanklich im Kopf hat. Was sie sich wünscht, aber was sie sich gar nicht traut zu sagen. Das spüre ich [...]“ (I 1, 556-560)

Die Pflegefachkräfte formulieren ihre beruflichen Ansprüche als zwei voneinander getrennte Anteile beruflichen Selbstverständnisses. Zu einer guten Pflege gehören sowohl regelgeleitete fachliche als auch bewohnerorientierte Ansprüche. Sie bedingen einander.

¹¹ siehe ergänzend Interviewzitat E11

„Ja, erstmal meine eigenen moralischen Grundwerte, die ich habe. Auch warum ich einen Beruf erlernt habe, der mit Pflege zu tun hat. Dann natürlich pflegefachliche Komponenten.“ (I 11, 438-440)¹²

Normenorientierung und Bewohnerorientierung in der stationären Pflege umzusetzen, zeigt sich für die Pflegefachkräfte als Spannungsgefüge. Die Zielsetzung, beide Dimensionen ihres beruflichen Selbstverständnisses gleichberechtigt berücksichtigen zu wollen, stellt sich im Pflegealltag als große Herausforderung dar. Sie wollen Pfl egetätigkeiten nicht „stur“ (I 9, 126) und ohne Reflexion abarbeiten. Stattdessen wollen die Pflegefachkräfte über regelgeleitete Normen hinaus flexibel auf die individuellen Situationen der Bewohner eingehen. Sie möchten „über den Tellerrand schauen“ (I 9, 127) und die Bedürfnisse der alten Menschen würdevoll erfüllen. Sie selbst wollen die Pflegehandlungen „irgendwo verarbeiten können“ (I 9, 127-128). Die Pflegefachkräfte sehen es als ihre Aufgabe an, innerhalb der individuellen Handlungssituationen des Alltages zwischen beiden Positionen einen Ausgleich schaffen zu müssen.

„[...] letztendlich ist meine Aufgabe zu gucken, dass alles ordentlich erledigt wird und natürlich auch den Bewohnern gerecht zu werden [...] mit Gefühl, mit Sachverstand und natürlich mit ausreichend Zeit. Und das muss man eben als Mitarbeiter irgendwie in diesem Spannungsfeld bewegt man sich und das musste du irgendwie hinkriegen.“ (I 11, 310-366)

„Das was ich machen muss, die Regeln oder aber auch, wie kann ich es vielleicht noch anders machen, dass ich das auch erledigen kann, meine Aufgaben, aber dass ich auch das Menschliche dabei nicht verliere.“ (I 9, 128-130)

5.1.2 Erleben und Bewerten des Pflegealltags

In den Beschreibungen der Pflegefachkräfte werden Einflussfaktoren auf die Handlungssituationen sichtbar. Diese veranschaulichen vor dem Hintergrund des eigenen pflegerischen Selbstverständnisses das Alltagserleben und dessen Bewertung. Auf Bewohnerebene sind der Heimeintritt und die Bedürfnisse der Bewohner prägend, währenddessen auf der institutionellen Ebene die Arbeitsorganisation und das Qualitätsmanagement wesentliche Einflussfaktoren darstellen.

5.1.2.1 Heimeintritt

Die Pflegefachkräfte verweisen in ihren Ausführungen darauf, dass das Setting Pflegeheim in besonderer Weise die pflegerischen Handlungssituationen prägt. Spezifisch für diese Pflegesituationen sind der oft notwendige Heimeinzug aufgrund der Lebensumstände und auch die damit verbundenen Konsequenzen.

¹² siehe ergänzend Interviewzitate E12 und E13

Heimeinzug aufgrund der Lebensumstände

In ihren Darstellungen des Alltagslebens reflektieren die interviewten Pflegefachkräfte die Lage der ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Bewohner. Eine besondere Rolle spielen die Rahmenbedingungen, die mit dem Heimeinzug verbunden sind. Diese beeinflussen nicht nur die unmittelbare Situation in der Phase des Heimeinzuges, sondern wirken sich auch auf spätere Handlungssituationen der Pflegenden aus.

Als besonders bedeutsam und nachhaltig wirkend erleben die Pflegefachkräfte die Frage, welche Gründe zum Heimeinzug geführt haben und unter welchen Umständen er stattgefunden hat. Die Pflegefachkräfte nehmen diesen Wechsel zwischen heimischer Umgebung und stationärer Pflege als einen Einschnitt im Werdegang der Pflegebedürftigen wahr. Aus ihrer Sicht zeigt sich ein individuelles Zusammenspiel von krankheitsbedingten und sozialen Faktoren, die zu dem Einzug geführt haben. Zusammenfassend heißt es:

„Die sind wegen ihrer Lebensumstände hier [...]“ (I 11, 237)

Wenn die pflegerische Selbstversorgung eines Menschen eingeschränkt ist, können die Betroffenen auf verschiedene Möglichkeiten zur Sicherung ihrer Versorgung zurückgreifen. Die Hilfen werden in gestufter Form, abhängig vom Umfang des Hilfebedarfs und abhängig von der Einbindung in ein soziales Umfeld, in Anspruch genommen. Die Pflegefachkräfte beschreiben die Entwicklung von zunehmendem Hilfebedarf der Betroffenen und zunehmender Inanspruchnahme von Hilfen als fortschreitenden Prozess. Wenn einzelne Versorgungssysteme an ihre Grenzen gelangen, wird nach Möglichkeit das nächstfolgende Versorgungssystem in Anspruch genommen. Die stationäre Pflege steht dabei am Ende der Kette als letzte mögliche Sicherung, wenn die anderen Versorgungssysteme nicht mehr ausreichen und die häusliche Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann.

„Also der normale Werdegang eines Pflegebedürftigen ist ja: Alleine zu Hause, erst Betreuung durch Familie, wenn das nicht mehr geht, wird ein Pflegedienst, kommen vielleicht Bekannte dazu, wenn das nicht mehr geht, kommt der Pflegedienst und wenn das nicht mehr funktioniert ist letztendlich ja das Heim.“ (I 11, 243-246)¹³

Nicht nur eine langsame und schrittweise Zunahme des Hilfebedarfs kann zum Heimeinzug führen. Auch ein akutes Krankheitsgeschehen, verbunden mit einem plötzlichen und hohen Hilfebedarf, kann für den Heimeintritt verantwortlich sein. Unter gegebenen Umständen müssen die pflegebedürftigen Bewohner den Übergang zwischen Krankenhaus und Pflegeheim so kurzfristig und unmittelbar gestalten, dass sie nicht mehr in ihre bisherigen Wohnungen zurückkehren können.

¹³ siehe ergänzend Interviewzitate E14 und E15

„[...] von heute auf morgen ein Schlaganfall, kommen ins Krankenhaus, kommen zur Reha und kommen nicht noch mal nach Hause.“ (I 13, 492-493)¹⁴

Nicht alle pflegebedürftigen älteren Menschen können auf familiäre Sicherungssysteme zurückgreifen. Der Eintritt in ein Pflegeheim kann darin begründet sein, dass die Angehörigen der älteren Menschen die Pflege nicht übernehmen können, da sie „arbeiten müssen“ (I 9, 355). Wenn Angehörige trotz ihrer Einbindung in bestehenden Arbeitsverhältnissen noch zusätzlich Pflegeleistungen erbringen, sind sie hohen Belastungen ausgesetzt. Diese können oft nur bis zu einem bestimmten Punkt ausgehalten werden.

„Viele arbeiten noch nebenbei, das ist halt für sie sehr anstrengend, das dann nebenbei noch zu machen.“ (I 15, 133-134)¹⁵

Das familiäre Sicherungssystem kommt an seine Grenzen, „wenn die Pflege dann zu umfangreich wird“ (I 15, 126) und die Angehörigen „das zu Hause nicht mehr leisten können“ (I 11, 238). Bestehende demenzielle Erkrankungen sind aus Sicht der Pflegefachkräfte „oftmals der Grund, warum es zu Hause nicht mehr funktioniert“ (I 11, 813-814) und ein Heimeinzug unumgänglich wird. Die eingeschränkten geistigen Fähigkeiten stellen die Angehörigen vor große Schwierigkeiten. Die hohen Ansprüche an die Pflege und Betreuung bergen die Gefahr, dass die Angehörigen mit dieser Situation überfordert sind und „auf die Bretter gehen“ (I 12, 706). Entsprechend ist das Krankheitsbild Demenz für viele Angehörige ein Ausschlusskriterium, ein „No-Go“ (I 11, 202), welches einer langfristigen Übernahme der Pflege durch die Angehörigen entgegensteht.

„Also ich würde jetzt auch meine Eltern, wenn ich es machen könnte, nicht ins Heim tun, sondern lieber zu Hause pflegen. Sofern es machbar ist. Wenn man jetzt so einen hochgradig Dementen hat, geht ja nicht.“ (I 19, 294-296)¹⁶

Der Heimeinzug ist begründet in den Lebensumständen der pflegebedürftigen Menschen und stellt sich für die Betroffenen meist als unumgänglich und unfreiwillig dar. Vielfach treffen nicht die zukünftigen Bewohner selbst, sondern die Angehörigen der Pflegebedürftigen den Entschluss zum Heimeinzug. Denn die Betroffenen können die Entscheidung „nicht mehr selber bewerkstelligen oder beeinflussen“ (I 11, 242-243). So geben die interviewten Pflegefachkräfte auch an, dass die Entscheidungsgewalt bezüglich eines späteren eigenen Pflegeheimeinzuges bei ihren eigenen Kindern liegt. Die betroffenen pflegebedürftigen Menschen sind abhängig von den Entscheidungen ihrer Angehörigen.

¹⁴ siehe ergänzend Interviewzitate E16, E17 und E18

¹⁵ siehe ergänzend Interviewzitate E19 und E20

¹⁶ siehe ergänzend Interviewzitate E21, E22, E23, E24 und E25

„Aber wenn ich muss [in ein Pflegeheim einziehen: Anm. d. Verf.], muss ich so und so. Das weiß ich ja nicht, was meine Kinder mit mir machen [ob sie sich für einen Heimeinzug entscheiden: Anm. d. Verf.], keine Ahnung.“ (I 18, 442-443).

„Aber die Entscheidung liegt ja dann bei meinen Kindern. Ob sie mich zu Hause pflegen oder hier pflegen lassen.“ (I 7, 706-707)

Aus Sicht der Pflegenden ist die Entscheidung der Angehörigen für einen Heimeinzug auch durch die Umstände bedingt. So berichtet eine Pflegefachkraft über ihren selbst durchlebten Entscheidungsprozess als Angehörige bezüglich der Pflege ihres schwerkranken Vaters. Obwohl dieser immer gesagt hat „niemals ins Pflegeheim“ (I 7, 695), entschied sich die Tochter des Betroffenen zunächst für eine Betreuung in einer Pflegeeinrichtung. Sie weist darauf hin, dass die Entscheidung für einen Heimeinzug sehr schnell getroffen werden muss. Dieser Umstand überfordert die Angehörigen sehr. Im weiteren Verlauf des Gespräches unterstreicht die Pflegefachkraft wiederholt die prekäre Lage der Angehörigen in solchen Situationen.

„Und dann war es erst mal soweit, dass er erst mal in der Kurzzeitpflege war und ich absolut überfordert war, mit der Entscheidung, ihn hier unterzubringen. Oder ich wusste nicht, wie es weitergeht und ich hatte mich entschieden, ihn hier unterzubringen. Hatte schon gebeten, dass ein Zimmer freigehalten wird, weil die Entscheidung von der Kurzzeitpflege hierher sofort oder in kürzester Zeit geschehen musste. Habe mich dann aber entschieden, eine Freistellung zu beantragen und meinen Vater zu Hause zu pflegen.“ (I 7, 695-701)

Angehörige versuchen die Pflege im heimischen Umfeld „solange wie es geht“ (I 17, 802) sicherzustellen. Reichen die Möglichkeiten und Kräfte nicht mehr aus, tun sich die Angehörigen bzw. die betroffenen älteren Menschen sehr schwer damit, die Entscheidung für die stationäre Pflegeeinrichtung treffen zu müssen. Es schmerzt die Angehörigen sehr, „wenn es wirklich keinen anderen Ausweg mehr für die Betroffenen“ (I 7, 758) gibt.

„Und dass es jedem selbst schwerfällt, ins Pflegeheim zu geben, steht außer Frage. [...] Ob für den Angehörigen oder den Bewohner selber. Das ist wirklich so eine Lösung, wo man nicht mehr ein noch aus weiß als Angehöriger. Dann erst gibt man doch jemanden in Pflege und nicht aus irgendwelchen freien Stücken, ‘ich will meine Mutter loswerden’, das würde doch nie jemand machen.“ (I 7, 756-761)

„Aber ich selber ins Altenheim oder meine Eltern, ich weiß es nicht. Es würde mir wehtun.“ (I 17, 795-796)

Die interviewten Pflegekräfte betonen, dass der überwiegende Teil der Heimbewohner und der Angehörigen aufgrund der persönlichen Situationen die Wahl für die Wohn- und Betreuungsform „stationäre Pflege“ treffen müssen. Der Einzug in ein Pflegeheim ist für die Betroffenen in den meisten Fällen nur die letzte Möglichkeit der Sicherstellung der Pflege und Betreuung. Die pflegebedürftigen alten Menschen müssen die stationäre Pflege in Anspruch nehmen, sie haben aufgrund ihrer individuellen Lebenssituation häufig keine Wahl.

„Na ja, wenn man jetzt hier so durch horcht, sind die meisten schon nicht freiwillig hier oder aus freien Stücken hierher gegangen. [...] Aber das jemand bewusst sagt, 'ich gehe ins Pflegeheim', das ist wahrscheinlich doch relativ selten. Gibt es wahrscheinlich auch bei uns hier im Haus drei bis vier, die das gesagt haben, aber die meisten sind hier, weil ihnen zu Hause nicht mehr die Möglichkeit gegeben ist, würde ich jetzt sagen.“ (I 11, 236-241)¹⁷

Konsequenzen des Heimeinzuges

Die Pflegenden erleben, dass sich die Situation der älteren Menschen beim Übertritt ins Altenpflegeheim im Vergleich zu früher „mächtig geändert“ (I 12, 134) hat. Dieser Wandel der Bewohnersituation vollzieht sich nicht innerhalb einer festen und begrenzten Zeitspanne. Die Pflegefachkräfte nehmen wahr, dass sich die Bewohnersituation stetig und fortschreitend verändert. Der Wandel bezieht sich aus Sicht der Pflegenden nicht nur auf einen größeren Zeitraum von ca. 15 Jahren (vgl. I 13, 821). Vielmehr betonen die Pflegefachkräfte die von ihnen festgestellten erheblichen Veränderungen innerhalb der letzten vier bis sechs Jahre.

„Da hat sich in den letzten vier Jahren eigentlich relativ viel getan, muss man sagen.“ (I 5, 23-24)

„Das hat sich auch noch mal sehr verändert, also vor sechs Jahren fand ich [...]“ (I 15, 114)¹⁸

Früher gab es „viele ältere Leute“ (I 12, 136-137), „die auch manchmal noch freiwillig rein gekommen sind“ (I 15, 119-120), „obwohl es vielleicht nicht unbedingt nötig war, ins Pflegeheim zu gehen“ (I 5, 252-253). Vor allem soziale Aspekte, wie die Suche nach Gemeinschaft und Geborgenheit waren der Grund für den Heimeintritt. Die älteren Menschen wollten „nicht mehr alleine zu Hause bleiben“ (I 13, 824) und in der Institution Pflegeheim fühlten sie „sich einfach gut aufgehoben“ (I 12, 138). Beim Einzug in ein Altenpflegeheim hatte ein Teil der Bewohner noch keine gesundheitlichen Probleme (I 12, 137) und sie waren in der Pflegestufe 1 eingeordnet (vgl. I 13, 24). Im Gegensatz zur aktuellen Situation konnten noch mehr Heimbewohner vorhandene Ressourcen nutzen und die Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Körperpflege, Ankleiden und Beschäftigung „noch selbstständig“ (I 15, 120), ohne Unterstützung des Pflegepersonals gestalten. Die älteren Menschen zeigten sich „mobiler“, „selten bettlägerig“ und „aktiver“ (I 12, 134). Außerdem waren auch die kognitiven Fähigkeiten der Bewohner besser, denn „die Aufnahmefähigkeit war noch vorhanden“ (I 7, 294).

„Es waren noch ganz viele Bewohner [...], die sich selber versorgen konnten, die sich selber helfen konnten, die noch spazieren gegangen sind.“ (I 7, 295-296)¹⁹

¹⁷ siehe ergänzend Interviewzitate E26, E27, E28 und E29

¹⁸ siehe ergänzend Interviewzitate E30, E31 und E32

¹⁹ siehe ergänzend Interviewzitate E33, E34, E35, E36 und E37

Der Zeitpunkt des Heimeinzuges verschiebt sich in der Lebensspanne der pflegebedürftigen Menschen zunehmend nach hinten. Die Pflegefachkräfte erleben, dass die Bewohner beim Eintritt in das Heim älter sind (I 16, 176) und einen schlechteren gesundheitlichen Zustand haben: „das sind dann halt schon so Fortgeschrittene“ (I 5, 256), „sehr schwere Pflegefälle“ (I 7, 297-298). Dies hat zur Folge, dass sich die im Pflegeheim verbrachte Lebenszeit für die Betroffenen verkürzt und sich zumeist nur auf die Endphase des Lebens beschränkt.

„Der Trend geht immer mehr dazu hin, dass sich jetzt nur noch welche, auch viele, die nur noch zum Sterben kommen, die sind dann auch schon Ende 80 oder 90, in so einem körperlichen Zustand, wo jetzt gar nicht mehr, die nur noch bettlägerig sind. [...] Wo sie selber nicht mehr sprechen können oder usw.“ (I 15, 116-146)²⁰

Nur in Einzelfällen verbringen die Bewohner noch eine Vielzahl von Jahren im Pflegeheim. Charakteristisch für diese Bewohner ist, dass sie zum Zeitpunkt des Heimeintritts einen besseren gesundheitlichen Zustand hatten und ihr kalendarisches Alter noch nicht so fortgeschritten war.

„Wir haben zwar auch manche, die sind schon seit über 10 Jahren hier, aber die sind auch im besseren Zustand hierhergekommen. Die waren ja auch noch jünger.“ (I 15, 148-149)²¹

Die Pflegesituation beim Heimeintritt zeichnet sich dadurch aus, dass die Bewohner in zunehmendem Ausmaß körperlich und seelisch-geistig beeinträchtigt sind. „Der Pflegeaufwand ist viel größer geworden“ (I 7, 289), denn der verschlechterte gesundheitliche Zustand führt zu einer Abnahme von Eigenaktivitäten seitens der Bewohner. Sie sind „bettlägerig“ (I 15, 119), können sich nicht selbstständig mit Nahrung versorgen (vgl. I 15, 154) und bei „fast jedem“ muss die Körperpflege „von Kopf bis Fuß“ (I 5, 37-38) übernommen werden bzw. angeleitet werden. Die Pflegenden können immer weniger auf individuelle Ressourcen der Heimbewohner zurückgreifen und müssen umfangreiche Hilfe- und Unterstützungsleistungen bei allen Bewohnern erbringen.

„Und heute haben sie [...] eigentlich viele Leute, die körperlich oder psychisch wirklich nicht mehr können. [...] Wo früher mehr Selbstständigkeit war, ist heute, sie haben in jedem Zimmer eigentlich mehr oder weniger ein Problem. Sie können selten sagen, der macht das mal selber, das können sie selten sagen.“ (I 12, 138-142)²²

Nicht nur der körperliche Hilfebedarf ist gestiegen. Im Verlauf der letzten Jahre betreuen die Pflegefachkräfte zunehmend mehr Bewohner mit demenziellen Erkrankungen. Der Anteil dieser Bewohnergruppe ist „rapide“ (I 13, 826) gestiegen. Die Angaben der Pflegefachkräfte schwanken zwischen „über die Hälfte“ (I 13, 832) und „ich würde jetzt mal 80% tippen“ (I 11, 179-180).

²⁰ siehe ergänzend Interviewzitate E38, E39 und E40

²¹ siehe ergänzend Interviewzitat E41

²² siehe ergänzend Interviewzitate E42, E43, E44 und E45

„Das Körperliche gar nicht mehr so. Ich meine, wir bekommen auch Bewohner, die auch körperliche Gebrechen haben, aber die Demenz, die ist fortschreitend.“ (I 13, 826-828)²³

Erfolgt der Heimeinzug der demenziell erkrankten Menschen in einer Phase, in der die körperlichen Einschränkungen noch nicht fortgeschritten sind, bedarf es dennoch intensiver Unterstützung durch die Pflegenden, denn die betroffenen Heimbewohner können die durchaus noch vorhandenen körperlichen Ressourcen nicht mehr adäquat nutzen. Das Pflegepersonal leitet die Bewohner zur Selbstpflege an und unterstützt sie bei der Tagesstrukturierung und Tagesgestaltung.

„Also, wenn man da Bewohner bekommt, die noch gängig sind, selber laufen können, sich bewegen, sind sie teils so dement, das sie dann eigentlich den ganzen Tagesablauf nicht selber gestalten können, sondern permanent Hilfe brauchen. Ob es beim Waschen ist komplett, dass man ihnen beim Waschen helfen muss, anleiten muss. Also man kann sie selbst nicht mehr sich selber überlassen in dem Sinne.“ (I 5, 29-33)²⁴

Der pflegerische Versorgungs- und Betreuungsumfang der Heimbewohner ist in den letzten Jahren gestiegen und die Erfüllung beruflicher Aufgaben ist mit einem erhöhten Kraftaufwand verbunden. Sowohl der zunehmende körperliche Pflegebedarf als auch der zunehmende Bedarf an Betreuungsleistungen wirken sich in Form von erhöhten physischen und psychischen Belastungen auf die Pflegenden aus. Da die Pflegefachkräfte im Pflegeheim überwiegend schwerstpflegebedürftige Bewohner betreuen, sind Bewohner, die bei Heimeintritt die Pflegestufe 1 haben, „die noch relativ selbstständig sind“ (I 5, 42), seltene „Glücksfälle“ (I 5, 42).

„Die Arbeit ist schwerer geworden. Für uns körperlich schwerer [...] und psychisch eine höhere Belastung, als wie vor ein paar Jahren. Das hört man ja auch oftmals im Gespräch, das empfinden ja viele so.“ (I 12, 151-153)²⁵

Nicht nur die gesundheitliche Verfassung der Bewohner beeinflusst das Pflegehandeln. Die Pflegenden erleben, dass der Umzug in das Pflegeheim für die Bewohner mit vielfältigen Einbußen verbunden ist. Ein „großer Verlust“ (I 16, 215) geht mit den Veränderungen des Wohnumfeldes einher. Der private Bereich im Pflegeheim beschränkt sich nur noch auf einen „kleinen Raum“ (I 16, 217) und die Bewohner müssen für sie wichtige und bedeutsame Dinge, wie beispielsweise „Geschenke, Erinnerungen, Lieblingsstücke“ (I 16, 219) in ihrem alten Zuhause zurücklassen. Die Pflegenden konstatieren, dass mit dem Verlust der Wohnung für die Bewohner auch ein Verlust ihrer Vergangenheit und ein Verlust ihrer Identität verbunden sind.

²³ siehe ergänzend Interviewzitate E46, E47, E48 und E49

²⁴ siehe ergänzend Interviewzitate E50, E51 und E52

²⁵ siehe ergänzend Interviewzitat E53

„Es ist halt für die auch schwer, ihre ganzen Sachen wegzulassen. Die können zwar so Kleinigkeiten mitbringen, mal ein Sessel oder so, aber die müssen ja im Prinzip ihr vergangenes Leben weglassen eigentlich. So ihre Möbel und ich denke, für einige ist das nicht so einfach.“ (I 19, 193-196)²⁶

Der Umzug in ein Pflegeheim kann auch mit Verlusten von Alltagsfähigkeiten einhergehen. Die Pflegefachkräfte erleben, dass Bewohner schon nach sehr kurzer Zeit vielfältige Ressourcen verlieren. Als Ursache sehen sie eine mangelnde Selbstständigkeit der älteren Menschen. In ihrem neuen Lebensumfeld wird den Bewohnern eine Fülle an Alltagsaufgaben abgenommen. Dies hat zur Folge, dass nicht genutzte Fähigkeiten verloren gehen.

„Daheim müssen sie mehr machen. [...] das fängt ja schon bei einer Flasche Trinken an, die wird ins Zimmer gestellt. Daheim mussten sie sie sich holen bestimmt. Mussten teilweise vielleicht auch noch mal ein bisschen putzen. Wird ja auch bei uns übernommen.“ (I 17, 792-795)

Auch die Einschränkungen der Beweglichkeit sind für die Bewohner sehr bedeutsam. Im Pflegeheim können die älteren Menschen ihren Aufenthaltsort nicht mehr unabhängig bestimmen. Die Intensität dieser Verlusterfahrung wird aus Sicht der Pflegenden in den kommenden Jahren noch zunehmen, da die Mobilität ein prägendes Merkmal unserer heutigen Gesellschaft ist.

„[...] wir hatten mal eine Bewohnerin, die ist Auto gefahren. Also das gab es ja früher wenig, die den Führerschein hatten [...] die hat gesagt, das fehlt ihr einfach, das mobil sein, von A nach B, das ging dann nicht mehr und das war für sie auch ein erheblicher Verlust. Also für unsere Gesellschaft dann noch viel mehr, wenn wir nicht mehr Auto fahren können.“ (I 16, 222-227)

Einschränkungen der Autonomie erfahren die pflegebedürftigen Bewohner auch durch die notwendige Anpassung an die Organisationsstrukturen der Pflegeeinrichtung. Im Gegensatz zu ihrem früheren Zuhause können die Bewohner im Pflegeheim ihren Tagesablauf nicht mehr unabhängig gestalten.

„Weil hier müssen sie [die Bewohner: Anm. d. Verf.] sich ja so ein bisschen sich an den Alltag gewöhnen. Zu Hause konnten sie alles so ein bisschen selbst gestalten.“ (I 18, 447-448)

Der im Lebenslauf der älteren Menschen nach hinten verschobene Heimeintritt und der damit verbundene verschlechterte gesundheitliche Zustand der Bewohner haben Einfluss darauf, wie bewusst und selbständig die Bewohner den Übergang in das Pflegeheim gestalten können. Der Übertritt in ein Pflegeheim erfolgt in den meisten Fällen erst dann, wenn die häusliche Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann. Zu diesem Zeitpunkt haben die betroffenen älteren Menschen meist schon erhebliche Einschränkungen. Dies hat zur Folge, dass die pflegebedürfti-

²⁶ siehe ergänzend Interviewzitat E54

gen Bewohner die Situation nicht umfassend einschätzen können und ihnen die Integration in das neue Lebensumfeld schwerer fällt.

„Natürlich ist es klar, dass man erstmal so lange wie möglich zu Hause bleibt und vielleicht, (...) erst wenn es absolut gar nicht mehr geht, dann ins Heim geht, aber dann ist man ja eben am hilflosesten und weiß nicht, was auf einen zukommt.“ (I 20, 764-767)

„[...] ich fand, wo sie jünger kamen, da ist das ein bisschen leichter gefallen, die Eingliederung.“ (I 16, 177)

Der Eintritt in das Pflegeheim ist für die Pflegebedürftigen besonders schwierig, wenn sie den Heimeintritt nicht selbstständig und selbstbestimmt gestalten können. Bei einem akut notwendigen Heimeintritt erfolgt die Trennung vom heimischen Umfeld plötzlich und ohne Vorankündigung, sie können diesen Prozess nicht eigenständig steuern und damit „kommen viele [Bewohner: Anm. d. Verf.] nicht zurecht“ (I 13, 499).

„[...] von heute auf morgen ein Schlaganfall, kommen ins Krankenhaus, kommen zur Reha und kommen nicht noch mal nach Hause. Das ist das allerschlimmste für die Bewohner, sich nicht noch mal von der Wohnung zu verabschieden, sagen wir mal so.“ (I 13, 492-495)²⁷

Die Pflegenden erleben in ihrem beruflichen Alltag, dass dem überwiegenden Teil der pflegebedürftigen alten Menschen die Akzeptanz des neuen Lebensumfeldes Pflegeheim sehr schwer fällt. Nur wenige Bewohner „können sich darauf einlassen“ (I 16, 194) und der Wunsch, im bisherigen Zuhause leben zu können, bleibt bei vielen Bewohnern langfristig bestehen.

„Wenn ich jetzt mal über die Station gehen würde und würde sagen, ‘alle die nach Hause möchten hier antreten’, dann würde hier wahrscheinlich eine ganze Reihe stehen.“ (I 16, 572-573)²⁸

Dass die Mehrheit der Heimbewohner nicht freiwillig im Pflegeheim ist, hat erheblichen Einfluss auf die Pflegebeziehung und das Pflegehandeln. Die Bewohner machen die Pflegenden durch unterschiedliche Verhaltensweisen darauf aufmerksam, dass sie die neue Lebenssituation im Pflegeheim nicht akzeptieren können. Zum Beispiel fragen Bewohner nach dem Zeitpunkt, wann sie wieder nach Hause können (vgl. I 10, 416-417). Auch sprechen sie häufig von ihrer Sehnsucht nach ihrem ursprünglichen Zuhause. Die Bewohner leiden unter Ruhelosigkeit und haben „viel Heimweh“ (I 16, 180-181). Die Heimbewohner bringen gegenüber den Pflegefachkräften ihre Emotionen zum Ausdruck. Der Einzug in das neue Lebensumfeld ist begleitet von Niedergeschlagenheit, „Traurigkeit“ (I 13, 540) und „Kummer“ (I 13, 501).

²⁷ siehe ergänzend Interviewzitat E55

²⁸ siehe ergänzend Interviewzitat E56

„Die wollen halt immer wieder nach Hause. Die reden pausenlos davon und sind immer unterwegs, auf der Suche irgendwie. (...) Man hat das Gefühl, sie sind immer auf der Suche und kommen nicht mehr ans Ziel.“ (I 16, 198-200)

„Also wenn neue Bewohner kommen und ich mache eine Aufnahme, also die Heimaufnahme, dass sie dann eben ein bisschen unglücklich sind.“ (I 21, 244-245)²⁹

Auch erleben die Pflegenden, dass sich die Bewohner aus der Gemeinschaft zurückziehen. Besonders die Pflegebedürftigen, „die jetzt vom Krankenhaus gleich ins Heim kommen“, „die Schwerkranken“ und „wo die Demenz schon ein bisschen weiter fortgeschritten ist“ (I 20, 437-438), sind davon betroffen. Da sich die Pflegebedürftigen „ziemlich ruhig und zurückhaltend“ (I 20, 438-439) verhalten, fällt es den Pflegenden lange Zeit schwer, eine vertrauensvolle Beziehung zu den Bewohnern aufzubauen.

„Man merkt das dann, dass sie Unlust haben, in Gesellschaft zu gehen, ziehen sich zurück, wollen nur auf dem Zimmer bleiben [...]“ (I 10, 415-416)

„Also es dauert dann eine lange, lange Zeit, ehe sie dann mal sich öffnen und auch mal was sagen.“ (I 13, 499-500)³⁰

Bleibt die Sehnsucht nach ihrem alten Zuhause unerfüllt, steigt das Bewusstsein der Bewohner für die Unwiderruflichkeit ihrer aktuellen Lebenssituation. In diesem Kontext erleben die Pflegefachkräfte auch herausfordernde Verhaltensweisen bei den Bewohnern.

„Merken irgendwo [die Bewohner, dass sie im Pflegeheim bleiben müssen und nicht mehr zurück nach Hause können: Anm. d. Verf.] und da dann diese Aggressivität kommt dann zum Vorschein.“ (I 10, 432-433)

Der Wunsch nach dem ursprünglichen Zuhause gibt den Bewohnern Kraft, Antrieb und Lebenssinn. Bei bestehender Hoffnung auf Rückkehr in das heimische Umfeld zeigen sich die Bewohner motiviert. Sie aktivieren ihre verbleibenden Ressourcen, um größtmögliche Selbstständigkeit zu erlangen. Die Gewissheit, das ursprüngliche Zuhause verloren zu haben, kann nicht kompensiert werden. Der Verlust des Lebenssinnes und die Selbstaufgabe führen zu einer Verkürzung der letzten Lebensphase. Manche dieser Betroffenen wollen nicht mehr leben und sterben aus Kummer (vgl. I 13, 501).

„Sie hat auch die ersten drei Jahre immer gut mitgemacht, Physiotherapie, gelaufen und immer im Hinterkopf gehabt, dass sie nach Hause kommt. Dann war die Situation, dass ihre Tochter ihr das gesagt hat, dass sie hier bleibt und dann war Schluss, da hat sie aufgehört [zu essen: Anm. d. Verf.]. Da hat sie auch klipp und klar gesagt, also ich komme nicht mehr nach Hause, also was soll ich noch hier und hat sie aufgehört zu essen. Das war auch eine lebenslustige Frau eigentlich, aber sie hat dann abgeschlossen.“ (I 13, 512-517)

²⁹ siehe ergänzend Interviewzitate E57, E58 und E59

³⁰ siehe ergänzend Interviewzitat E60

Neben Bewohnern, die Schwierigkeiten beim Übertritt in ein Pflegeheim haben und die Situation nicht annehmen können, erleben die Pflegenden auch Bewohner, die die neue Lebenssituation und das Pflegeheim als neues Zuhause akzeptieren. In den Schilderungen der Pflegenden wird deutlich, dass durch ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Heimeinzug erleichtert wird. Erfolgt der Eintritt in das Pflegeheim aufgrund ihrer eigenen Entscheidung, „die [Bewohnerin: Anm. d. Verf.] hat selbst den Wunsch geäußert ins Heim zu gehen“ (I 16, 191-192), können sich die Betroffenen bereits im Vorfeld mit der neuen Situation vertraut machen. Sie können das neue Lebensumfeld für sich annehmen.

„Ich bin immer der Meinung, Bewohner die den Einzug selbst vorbereitet haben und damit sich vorher auseinandersetzen, die sind sehr offen dem Neuen gegenüber. Nehmen das Neue sehr gut an und haben auch schnell dieses Wohlfühlen, also ich wohne hier. Hier ist mein Zuhause.“ (I 10, 400-403)

Auch die noch vorhandenen Fähigkeiten spielen aus Sicht der Pflegenden eine große Rolle. Bewohner, die „ihren Alltag selbst auch bestimmen“ (I 14, 382), fällt die Integration leichter. Aufgrund ihrer Selbstständigkeit können sie ihren Heimalltag und die damit verbundenen Aktivitäten des täglichen Lebens selbstbewusst und unabhängig gestalten.

„Wie jetzt unten habe ich eine Bewohnerin, die ist sehr froh, dass sie hier ist. [...] die ist auch vom Kopf noch relativ fit, sage ich jetzt mal. Körperlich nicht mehr, aber bewegt sich mit dem Rollstuhl selbstständig im Wohnbereich, weiß noch vieles. Sie weiß, was sie will. Wenn sie heute keine Lust hat, geht sie da nicht hin. Oder wenn sie jetzt Lust hat, legt sie sich ins Bett oder setzt sich in den Sessel, ja dann macht sie das. Die ist froh, dass die hier ist.“ (I 18, 449-456)

Bewohner erleben den Übertritt in das Pflegeheim auch als positiv, wenn sie ihren Blick auf die Vorteile des Pflegeheimes ausrichten. Es geht ihnen besser als zu Hause (vgl. I 14, 369), sie fühlen sich „glücklich“ (I 7, 736) und sie können die neuen Bedingungen zur Lebensgestaltung genießen (vgl. I 7, 736). In der Gegenüberstellung bieten sich den Bewohnern im Pflegeheim bessere Rahmenbedingungen als zu Hause. Als Bereicherung wertschätzen diese Bewohner die „rund um die Uhr“ - Versorgung (I 7, 736), „ein wunderschönes Zimmer, Rundumblick“ (I 14, 375), „ein schönes Bad“ (I 14, 376) und „gutes Essen“ (I 14, 376).

„Sie [die Bewohnerin: Anm. d. Verf.] hatte ein Haus, das sie noch selber beheizen musste, Kohlen schleppen, alles. Die hat den ersten Ausflug mit unserer Ergotherapie gemacht und da hat sie gesagt, ein Picknick im Wald, das habe ich ja mein ganzes Leben noch nicht gemacht und so schön.“ (I 7, 732-734)

Auch der Kontakt zu anderen Menschen zeigt sich als förderlich. Die Integration in das Pflegeheim fällt den Bewohnern leichter, wenn ein intaktes soziales Netzwerk innerhalb und auch außerhalb der Pflegeeinrichtung vorhanden ist. Stehen die Heimbewohner in gutem Kontakt zu

ihren Mitbewohnern, „dann sind sie so integriert“ (I 13, 555). Sie bauen positive Beziehungen auf, dadurch, dass sie sich „ein bisschen beschnuppern“ (I 13, 551), sich „gut unterhalten“ (I 13, 552) und „tratschen“ (I 13, 553). Der Erhalt bereits vorhandener Beziehungen ist ebenso wichtig. Wenn die Angehörigen der pflegebedürftigen Bewohner auch nach dem Heimeintritt gute Kontakte zu den Betroffenen pflegen und die sozialen Kontakte zu vertrauten Menschen aufrechterhalten bleiben, ist die neue Lebenssituation besser annehmbar.

„Die hat früher zu Hause alleine gelebt, war nicht verheiratet, hat hier viele Freundinnen gefunden [...] Hat sie mir auch schon gesagt, dass es ihr hier wesentlich besser geht. Früher musste sie immer warten, bis sie mal Besuch bekommt, jetzt kriegt sie jeden Tag Besuch von den Heimbewohnerinnen, die noch mit auf Station liegen.“ (I 14, 376-380)

„[...] sie [hat: Anm. d. Verf.] auch gute Kontakte zu Angehörigen, die holen sie öfter mal nach Hause oder zu sich nach Hause, dass sie mal was anderes sieht oder fahren zu Bekannten.“ (I 7, 737-739)

5.1.2.2 Bewohnerbedürfnisse

Das Alltagserleben der Pflegefachkräfte wird auch durch die individuellen Bewohnerbedürfnisse geprägt. Die Pflegefachkräfte sind sowohl mit divergierenden Bedürfnissen als auch mit einer unterschiedlichen Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützungsangebote seitens der Bewohner konfrontiert.

Divergierende Bewohnerbedürfnisse

In ihrem beruflichen Alltag betreuen die Pflegefachkräfte Bewohner mit sehr unterschiedlichen Bedürfnissen. Sie erleben konträre Ansprüche der ihnen anvertrauten Pflegebedürftigen, zwischen denen sie vermitteln müssen. Ein ihr tägliches Handeln beeinflussendes Spannungsfeld basiert auf den unterschiedlichen Bedürfnissen orientierter und desorientierter Bewohner. So besteht beispielsweise ein Bedarf an differenzierten Aktivierungsangeboten zur Tagesgestaltung. Wird dies vom betreuenden Personal nicht ausreichend beachtet, kann es dazu führen, dass die orientierten Bewohner sich nicht ernstgenommen fühlen.

„Wenn ich mir jetzt vorstelle, ich bin ein 75-jähriger Rentner und bin noch Herr meiner Sinne und es kommt jemand an und liest mir Hänsel und Gretel vor oder will mir irgendwas erzählen, wo ich sage, ‘eh Freunde ich bin jetzt hier nicht’, aber vielleicht demjenigen, der neben mir sitzt, weil er eben dement ist, wird das vielleicht gefallen.“ (I 11, 265-269)

Auch die unterschiedlichen Lebensrealitäten von demenziell erkrankten Bewohnern und nicht orientierungsgestörten Bewohnern treffen im Pflegealltag aufeinander. Diese können schwer in Einklang miteinander gebracht werden. Den orientierten Bewohnern fällt es nicht leicht, Verständnis für die oftmals nicht mehr der Norm entsprechenden Verhaltensweisen der desorien-

tierten Bewohner aufzubringen. Die orientierten Bewohner fühlen sich in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt und „wollen sich dann auch in ihren privaten Bereich zurückziehen“ (I 11, 214). Sie versuchen, den Kontakt mit den desorientierten Bewohnern zu vermeiden. Der Aufbau sozialer Kontakte unter den Bewohnern ist dadurch erschwert und das soziale Gefüge im Wohnbereich stark beeinflusst.

„Viele demente Leute sind laut, geben keine richtigen Worte mehr von sich, nur noch Laute oder tierähnliche Geräusche. Es stört auch oft andere Bewohner, die noch mehr mitkriegen. [...] Oder können vielleicht nicht mehr schön essen, es fällt viel runter, sie fühlen sich davon gestört.“ (I 16, 295-299)³¹

In Verbindung mit den divergierenden Bewohnerbedürfnissen erleben die Pflegefachkräfte einen unterschiedlichen Ressourcenverbrauch durch die Bewohner. Desorientierte Bewohner sind „teilweise sehr verlangsamt“ (I 15, 525). Zudem benötigen sie „mehr Pflege“ (I 15, 525) in Form von Alltagsbetreuung und Aufmerksamkeit. Die orientierten Bewohner empfinden es als Benachteiligung, denn ein erhöhter Zeitverbrauch bei einzelnen Bewohnern bedeutet letztlich verminderte Zeitressourcen für die Pflege und Betreuung der anderen Bewohner.

„Wenn man jemanden hat, der dement ist und der seinen Haustürschlüssel sucht und findet ihn nicht, dann haben sie manchmal eine halbe Stunde, Stunde zu tun, ehe sie den dann auch wieder und da kommen eben die anderen [orientierten Bewohner: Anm. d. Verf.] auch ein bisschen zu kurz.“ (I 13, 844-847)

Aufgrund finanzieller Förderung stehen den demenziell erkrankten Bewohnern zudem Zusatzangebote in Form sozialer Betreuungsleistungen zur Verfügung. Diese Ressourcen werden bei den orientierten Bewohnern nicht bereitgestellt. Die Pflegefachkraft bewertet dies als eine Vernachlässigung der orientierten Bewohner.

„Aber Alltagsbegleiter sind ja vorwiegend für demenziell erkrankte Bewohner. Somit bleiben dann die anderen, die keine Demenz haben, ein bisschen zurück.“ (I 12, 241-243)

Aus Sicht der Pflegefachkräfte kann es auch zu einem Ungleichgewicht zwischen dem Ausmaß der Ansprüche einzelner Bewohner und deren abrechenbarer Pflegestufe kommen. Bei der Durchführung von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen erfahren die Pflegenden, dass auch Bewohner mit Pflegestufe 1 umfangreiche Zeitressourcen verbrauchen. Das unmittelbare Einfordern von individuellen Bedürfnissen hat Einfluss auf den Umfang der erbrachten Pflegeleistungen. Ein zeitlicher Mehraufwand entsteht, wenn Bewohner mit niedriger Pflegestufe auf ihre bisherigen gewohnten Abläufe bestehen oder trotz vorhandener Eigenressourcen umfassende Hilfen einfordern (vgl. I10, 598-602). Auch individuelle Zuwendung in Form von Gesprächen

³¹ siehe ergänzend Interviewzitate E61 und E62

kann dazu führen, dass entgegen der Kostenabdeckung durch die Pflegeversicherung, Bewohner mit Pflegestufe 1 mehr Zeitressourcen der Pflegefachkräfte verbrauchen als Bewohner mit Pflegestufe 3.

„Wir haben eine Bewohnerin, die hat Pflegestufe 1 und die hat ihren Ablauf und da kann man nichts [ändern: Anm. d. Verf.][...].“ (I 17, 193-194)

„Da sind wieder Pflegestufe 1 hinzugekommen [...] Und ich sage, dadurch, dass wir jetzt auch mehr 1er Kandidaten auch haben, die wollen mehr sprechen, reden viel und da haben wir jetzt festgestellt, die benötigen zeitweise mehr Zeit, wie die 3er.“ (I 17, 186-190)³²

Differenzierte Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützungsangebote

Neben den divergierenden Bewohnerbedürfnissen erleben die Pflegefachkräfte verschiedene Varianten der Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützungsangebote. Eine Gruppe von Bewohnern stellt umfangreiche Ansprüche an die Pflegefachkräfte. Sie fordern die Erfüllung ihrer individuellen Bedürfnisse direkt und unmittelbar ein. Ziel dieser Bewohner ist es, dass die Pflegekräfte die auf sie bezogenen Unterstützungsleistungen pünktlich ausführen.

„Aber es gibt eben auch Heimbewohner, die legen auch Wert drauf, dass das [Bett: Anm. d. Verf.] gleich gemacht wird [...].“ (I 20, 72-73)³³

Die pflegerischen Hilfestellungen sollen nicht nur sofort erfüllt werden, sondern auch auf die spezifische Situation der fordernden Bewohner und auf deren individuelle Wünsche ausgerichtet sein. Im Pflegeheim können sich die Bewohner nicht „nochmal umstellen“ (I 17, 223) und ihre bisherigen Gewohnheiten verändern. Stattdessen legen sie besonders viel Wert auf einen nach ihren Vorstellungen und an ihren Bedürfnissen ausgerichteten Ablauf von Pflegeleistungen.

„Und die hat so ihre Handhabung und dann stellt sie sich auf ihre Fußmatte und dann muss das Läppchen da sein und dann muss das Läppchen da sein. Das muss haargenau [so sein: Anm. d. Verf.]. [...] Wie man es gewohnt ist von früher her.“ (I 17, 197-222)

Bei nicht erfolgter Umsetzung von eingeforderten Bewohneransprüchen zeigen die betroffenen Bewohner ihren Unmut gegenüber den Pflegefachkräften. So werden Störungen bei der Grundpflege, bedingt dadurch, dass die Aufmerksamkeit der Pflegenden auf andere Bewohner gerichtet wird, seitens der Pflegebedürftigen „immer nicht so gut angenommen“ (I 13, 126). Die Bewohner nutzen auch unkonventionelle Maßnahmen, um einerseits unmissverständlich ihren Missmut zu verdeutlichen und um andererseits ihren Ansprüchen energisch Nachdruck zu verleihen. Durch gezielte zusätzliche Forderungen lenken sie Aufmerksamkeit auf sich und untermauern gegenüber den Pflegefachkräften ihre Ansprüche nach individueller Bedürfniserfüllung.

³² siehe ergänzend Interviewzitat E63

³³ siehe ergänzend Interviewzitat E64

„Dann wird sie knießknuddelig. Dann wird sie so ein bisschen, da fliegt auch mal ein Waschlappen durch die Gegend <lacht>. Eine Kollegin sagt, hat die doch einen Waschlappen hinter mir hergeworfen.“ (I 17, 202-204)

„Ja, gut und dann fällt ihr noch das ein und das ein. Da denke ich immer, sie holt dann immer aus in petto noch was raus, was man noch machen könnte.“ (I 17, 216-217)

Der Anspruch nach direkter Bedürfniserfüllung zeigt sich für die Pflegefachkräfte nicht nur auf der Ebene der einzelnen Pflegebedürftigen, sondern auch im sozialen Miteinander der Bewohner. Die Pflegenden erleben „eine Art Olympiade“ (I 11, 33-34) der Bewohner um Zuwendung und unmittelbare Erbringung pflegerischer Hilfen, „jeder möchte der Erste sein“ (I 16, 83). Das Konkurrenzdenken der Bewohner bezieht sich auf verschiedene Aktivitäten des täglichen Lebens, wie zum Beispiel das Frühstück oder die Unterstützung beim Zubettgehen. Im Rahmen der Nutzung von Serviceangeboten, wie „Friseur“ (I 11, 45) oder „Fußpflege“ (I 11, 45) erleben die Pflegefachkräfte den Wettstreit der Bewohner ebenso. Die Bewohner kämpfen um den ersten Platz, d. h. sie ringen darum, dass ihre persönlichen Bedürfnisse vor denen der anderen Bewohner erfüllt werden. Die Pflegefachkräfte erleben die Bewohner hierbei „rastlos, als hätte keiner Zeit“ (I 16, 88).

„Das ist so ein regelrechtes Rennen nach dem Abendessen. Der letzte Brocken ist drin und dann will ich ins Bett. ‘Und ich will heute nicht schon wieder der Letzte sein und erst um halb acht ins Bett kommen’ [...]“ (I 2, 384-387)

„Das fängt beim Friseurbesuch an, jeder möchte der Erste sein. Die möchten am liebsten „ein früheres Frühstück, damit sie ja die Erste, damit jeder auch der Erste ist. [...] obwohl der erst um acht kommt, wollen die schon am liebsten um sieben, halb acht da oben warten.“ (I 16, 83-97)

Parallel zur „Olympiade“ erleben die Pflegefachkräfte andererseits auch das ungeduldige Warten der Bewohner. Die beruflich Pflegenden benennen unterschiedliche Handlungssituationen, wie das Frühstück oder das Anreichen von Tabletten, bei denen die Bewohner auf eine zeitnahe Erfüllung von Pflegeleistung warten (vgl. I 17, 53-60). Auch geringfügige Zeitverschiebungen bei der Ausführung von Unterstützungsleistungen nehmen sie als Verzögerung ihres gewohnten Ablaufes wahr.

„Die wissen auch schon, na da hat die Schwester wieder mal Verspätung. Brauchen wir nur mal fünf Minuten später da sein, sage ich immer, da gucken sie schon, da warten sie schon.“ (I 17, 56-68)³⁴

Die Erfüllung von Bewohnerbedürfnissen durch die Pflegefachkräfte impliziert mitunter gleichzeitig die Nichterfüllung von Ansprüchen anderer Bewohner. In den Ausführungen der inter-

³⁴ siehe ergänzend Interviewzitate E65 und E66

viewten Pflegenden wird deutlich, dass die einfordernden Bewohner bei nicht zeitnaher Erfüllung ihrer Bedürfnisse („warten müssen“) ihren Unmut gegenüber den Pflegenden in unterschiedlicher Intensität Ausdruck verleihen. Zum einen machen die Bewohner indirekt auf ihr Warten aufmerksam.

„Wenn die Kollegin von der Küche jetzt mal früher das Essen ausgeteilt hat, fünf Minuten eher, sie ist auch mal fünf Minuten eher dran, das kommt auch mal vor und man ist dann halt wieder zu spät. [und dann fragen die Bewohner: Anm. d. Verf.] ‘Na, wo bleibst du denn?’“ (I 17, 58-60)

Zum anderen verdeutlichen die Bewohner ihr Missfallen durch aufgebrachtes Verhalten. Die einfordernden Bewohner haben Schwierigkeiten damit, anderen den Vorrang lassen zu müssen und auf die Hilfestellung durch die Pflegenden warten zu müssen. Sie „schimpfen“ (I 21, 63), werden „böse“ (I 13, 129) und reagieren „ungehalten“ (I 11, 43), wenn die Pflegenden anderen Bewohnern eher Unterstützung geben und so deren Bedürfnisse vor ihren erfüllt werden.

„[...] manche regen sich halt auf, wenn man jetzt [...] das Essen [verteilt: Anm. d. Verf.], da muss man den Teller voll machen, bringt ihn an den einen Tisch. Manchmal gehen dann schon mal zehn Minuten ins Land, bevor alle ihr Essen haben. Dann sind sie die Letzten, das ist immer ein Problem für manche [...].“ (I 2, 406-409)³⁵

Die Bewohner vergleichen die Betreuungsleistungen und die Zuwendung, die sie durch die Pflegenden erhalten, mit den Hilfestellungen, die andere Pflegebedürftige im Wohnbereich empfangen. Sie nehmen eine ungleiche Verteilung pflegerischer Hilfen wahr und fühlen sich übervorteilt und als Leidtragende, wenn die Zeitressourcen der Pflegefachkräfte nicht gleichmäßig auf alle Bewohner verteilt sind. Die sich benachteiligt fühlenden Bewohner erkennen den erhöhten Pflegebedarf anderer Bewohner nicht an und wünschen sich „auch mal so viel Pflege“ (I 10, 596-597). Sie äußern ihren Missmut gegenüber anderen Mitbewohnern und die Emotionen können sich dann „ganz schnell aufschaukeln“ (I 10, 616).

„Ganz besonders fällt es immer auf, wenn so zwei Zimmer zusammen [nebeneinander: Anm. d. Verf.] sind, ein Pflegestufe 1 und Pflegestufe 3, jemand der so eine Rundumversorgung braucht, [...] da sind sie ja sehr viel in dem Zimmer. Der andere Bewohner sieht das, er ist so ein bisschen so, oh die geht dauernd da hin, die kann doch auch mal zu mir kommen [...]. Die tauschen sich dann gegenseitig so aus und sind wirklich der Meinung, um mich kümmern die sich überhaupt nicht, die gehen nur zu dem.“ (I 10, 595-620)³⁶

Einerseits bewerten die Pflegefachkräfte das Einforderungsverhalten der Bewohner und deren Wettstreit um pflegerische Hilfen als nachvollziehbares, „ganz menschliches“ (I 10, 601) Verhalten, das nicht auf eine bestimmte Bewohnergruppe beschränkt ist. Zudem verweisen die beruf-

³⁵ siehe ergänzend Interviewzitat E67

³⁶ siehe ergänzend Interviewzitate E68 und E69

lich Pflegenden darauf, dass das allgemeine Anspruchsdenken auch im Setting Pflegeheim wirksam wird. Es gehört aus Sicht der Pflegenden zur Natur des Menschen, dass der Einzelne einen möglichst umfangreichen und optimalen Nutzen aus einer Situation erlangen möchte.

„Ich glaube, das ist der Mensch. Der Mensch ist so. Das sind die Persönlichkeiten, also das ist jetzt, das ist in allen Schichten so, in allen Bevölkerungsschichten. Denn, wenn ich irgendwo an der Schlange stehe, versuche ich ja auch möglichst schnell dranzukommen und nicht mich unbedingt hinten anzustellen.“ (I 2, 417-420)

Das Anspruchsdenken wird durch die notwendigen Zuzahlungen von Bewohnern bzw. deren Angehörigen verstärkt. Diese erwarten und verlangen einen allumfassenden Gegenwert an Pflege-, Service- und Betreuungsleistungen sowie Zeiten der persönlichen Zuwendung.

„[...] viele sehen auch das Geld, was sie bezahlen, das ist schon eine Menge und da wünschen sie sich so manchmal ein bisschen mehr Zeit. [...] wir bezahlen jetzt hier, so und so viel Geld kostet der Heimplatz und dafür möchten wir auch diese und diese Pflege haben.“ (I 15, 541-545)

Andererseits bewerten die Pflegefachkräfte die Situation des unmittelbaren Einforderns individueller Bedürfnisse als mangelndes Einfühlungsvermögen der Bewohner. Die fordernden Bewohner richten aus Sicht der Pflegenden ihr Hauptaugenmerk auf sich selbst und verstehen den umfangreicheren Hilfebedarf der anderen Bewohner nicht. (vgl. I 16, 301-303) Die Bewohner zeigen „kein Verständnis“ (I 16, 303) und „können auch oftmals sehr hart gegenüber den anderen sein“ (I 16, 299-300).

„Bewohner untereinander sind manchmal sehr schlimm. [...] die älteren Leute beziehen viele Sachen auf sich, sehen nur sich als dieses Feld, und das steht mir noch zu, das möchte ich noch vom Leben haben.“ (I 10, 571-573)

Die Pflegefachkräfte erleben aber nicht nur ein forderndes, auf direkte und unmittelbare Inanspruchnahme pflegerischer Hilfen ausgerichtetes Verhalten der Bewohner. Ein Teil der Bewohner reagiert ganz anders, er passt sich aus Rücksichtnahme an das Lebensumfeld Pflegeheim an und stellt die eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund. Dieses zeigt sich in einem bescheidenen Verhalten und dem Verzicht auf ein direktes Einfordern pflegerischer Hilfeleistungen. Solche Pflegeheimbewohner halten sich bei der Inanspruchnahme zurück, warten „sehr geduldig“ (I 20, 80-81) ohne zu klagen, weil sie darauf vertrauen, dass sie die notwendige pflegerische Unterstützung erhalten.

„Ich denke mal, die meisten wissen, dass sie Hilfe brauchen und die auch bekommen. Da denke ich mal, also die meisten nehmen sich dann auch ein bisschen zurück, ja.“ (I 20, 81-83)³⁷

³⁷ siehe ergänzend Interviewzitate E70 und E71

Die zurückhaltenden Pflegeheimbewohner zeigen ein empathisches Verhalten gegenüber den Pflegenden. Sie bringen Verständnis für die Arbeitsbelastungen und den damit verbundenen Zeitmangel für den einzelnen Bewohner auf.

„Aber manche sagen dann auch und die sehen es ja auch selber, ‚sie stehen ja ganz schön unter Zeitdruck‘.“ (I 15, 540-541)³⁸

Die Pflegefachkräfte erleben die Anteile an fordernden und zurückhaltenden Bewohnern in ihrem Arbeitsbereich unterschiedlich. So werden einerseits die Geduldigen als Überzahl im Wohnbereich wahrgenommen. Andererseits erleben die Pflegefachkräfte auch eine Umkehr dieses Verhältnisses, d. h. die fordernden Bewohner werden in hoher Zahl erlebt.

„Wobei hier keiner so sehr böse ist, wenn es mal ein bisschen später wird, weil die Leute sind halt geduldig, will ich mal sagen.“ (I 20, 13-14)

„Ist ja auch nicht jeder so [fordernd: Anm. d. Verf.], aber es gibt viele.“ (I 9, 391-392)³⁹

Entgegen dem fordernden und zurückhaltenden Anspruchsverhalten erleben die Pflegefachkräfte aber auch Ablehnung von pflegerischen Unterstützungsangeboten durch die Bewohner. Die Pflegenden versuchen, den Bewohnern beispielsweise Anregungen zur Tagesgestaltung zu geben. Diese lehnen Angebote ab und bevorzugen das Alleinsein.

„[...] die Bewohner lehnen aber auch häufig Beschäftigung ab, [...] Die sagen ganz einfach, ‚ich will nicht‘. Wenn wir fragen: ‚Wollt ihr?‘ ‚Nein, ich will meine Ruhe haben.‘“ (I 12, 226-228)

Die Pflegenden erleben ebenfalls, dass Bewohner ihre krankheitsbedingten Einschränkungen und den damit verbundenen Hilfebedarf nicht annehmen. (vgl. I 8, 143-149) Bei der Umsetzung von Pflegemaßnahmen machen sie „nicht wirklich mit“ (I 8, 159). Aufgrund des verminderten Antriebs und der Passivität haben diese Pflegebedürftigen einen dauerhaft erhöhten Aktivierungsbedarf. Trotz Nichtwollen von Unterstützung fügen sich die Bewohner den Pflegemaßnahmen und erdulden diese, ohne jedoch einen aktiven Eigenbeitrag bei der Umsetzung von Pflegehandlungen einzubringen.

„Die [Bewohnerin mit Diagnose Schlaganfall: Anm. d. Verf.] hat sehr wenig Eigenmotivation, um sich zu bewegen. Die muss man halt jeden Tag wieder animieren, ‚stehen sie auf, wir helfen ihnen‘. [...] Und sie hilft auch gar nicht mit. Sie lässt es über sich ergehen [...].“ (I 8, 81-86)⁴⁰

³⁸ siehe ergänzend Interviewzitat E72

³⁹ siehe ergänzend Interviewzitate E73 und E74

⁴⁰ siehe ergänzend Interviewzitat E75

Ihre „innere Abwehr“ (I 10, 715) verdeutlichen die pflegebedürftigen Bewohner in Form von Zurückweisung der Hilfsangebote und durch unmittelbaren aktiven Widerstand. Dieser wird für die Pflegenden in Form von Gestik, Mimik und körperlicher Abwehr sichtbar.

„[...] im Gegenteil, sie stellt sich dann auch so ein bisschen mit Gegenwehr gegen die Pflegenden. [...] das äußert sich mit Blicken und dann mit der Körperabwehr.“ (I 8, 86-158)⁴¹

Ablehnendes Verhalten wird nicht nur Einzelpersonen entgegengebracht, sondern bezieht sich auf alle, die an der Pflege und Betreuung beteiligt sind. Auch empathische Versuche der Angehörigen, durch individuelle Anreize Aktivierung der Bewohner zu erreichen, scheitern.

„Das geht auch meinen ganzen Mitarbeitern so, die sagen sich, ja, jetzt stehe ich da und habe ein Schälchen schönen Pudding, den sie früher gerne gegessen hat. Gestern war die Nichte wieder da, die sagte, oh, die hat früher so gerne Zitronenpudding gegessen, ich habe ihr den gemacht, probieren wir mal. Wir haben es ihr gegeben, sie hat es fünf Mal direkt ausgespuckt. Fängt dann sofort an zu husten auch. Lehnt total ab.“ (I 10, 241-246)⁴²

Die Pflegefachkräfte sind motiviert, ihren Fürsorgepflichten gegenüber den Bewohnern nachzukommen und fachliche Erfordernisse umzusetzen. Nehmen die Bewohner die Unterstützungsmaßnahmen nicht an, kommt es zu Spannungen. Die Bewohner fühlen sich „so ein bisschen angegriffen“ (I 8, 145) und weisen die gutgemeinten Hilfen der Pflegefachkräfte zurück. Dieses Verhalten der Bewohner erzeugt bei den Pflegefachkräften das Gefühl, die Wünsche der Bewohner nicht zu beachten, was die Beziehung zwischen den Beteiligten negativ beeinflusst.

„[...] als wenn wir jetzt plötzlich kommen und reißen sie aus dem Schlaf, aber es ist ja eigentlich gar nicht der Fall. Wir lassen ihr schon genügend Ruhe. [...] und vermitteln das dann halt gegenüber den Pflegepersonen, dass die die Bösen so ein bisschen sind. [...] Dass sie sich jetzt wieder bewegen muss, zum Beispiel und gar nicht will, sie liegt doch gerade hier so schön.“ (I 8, 145-156)

Trotz intensiver Bemühungen bewirkt das Handeln der Pflegefachkräfte bei den betroffenen Bewohnern kein Behagen und Wohlgefallen. Da die Bewohner die ihnen entgegengebrachten Zuwendungen und Unterstützungsleistungen ablehnen, können die Pflegenden ihre eigenen beruflichen Erwartungen und Ansprüche nicht erfüllen. Sie können den betroffenen Bewohnern „nicht mal ein Lächeln abringen“ (I 10, 396). Es mangelt an Zusammenarbeit mit den pflegebedürftigen. Die fehlende „Gegenseite“ der Bewohner bewerten die Pflegefachkräfte als „deprimierend“ (I 8, 173), „unerfüllend“ (I 10, 247) und „schwer“ (I 10, 394).

⁴¹ siehe ergänzend Interviewzitate E76 und E77

⁴² siehe ergänzend Interviewzitate E78 und E79

„[...] gerade, wenn ein Bewohner jetzt nicht so mitmachen möchte, das ist dann schade, denn wir kommen, halt als Pflegekräfte, als Hilfe und wenn dann nicht so mitgemacht wird, das finde ich dann schon ein bisschen schade. Ich gebe mir die Mühe und versuche das zu erklären, das zu erläutern und die Bewohner zu animieren aus ihrem Dasein, sage ich jetzt mal so, herauszureißen, ein bisschen Freude hereinzubringen und wenn dann so Abwehrhaltungen da sind, das ist dann ein bisschen schade um die Arbeit, die ich mir eigentlich mit ihnen mache.“ (I 8, 165-171)

5.1.2.3 Arbeitsorganisation

Auch die Art und Weise der Organisation der beruflichen Tätigkeit in Form der Dienstgestaltung und die damit verbundenen Konsequenzen wirken sich auf das berufliche Erleben der Pflegefachkräfte aus.

Dienstgestaltung

Um Informationen über das Erleben des beruflichen Handelns der Pflegefachkräfte im stationären Setting zu erhalten, wurden die Pflegenden gebeten, ihr Alltagserleben zu schildern. In der Folge berichten die interviewten Pflegenden von ihrem Arbeitsablauf, bezogen auf eine bestimmte Dienstzeit (überwiegend Frühdienst). Die Ausführungen der Pflegenden konzentrieren sich auf die inhaltliche Darstellung ihrer vielschichtigen fachlichen und administrativen Aufgaben im Kontext des Tagesverlaufes und den damit verbundenen Zeitkorridoren. Diese werden von den Pflegefachkräften in unterschiedlich stark ausgeprägter Detailliertheit wiedergegeben. Im Fokus der inhaltlichen Skizzierung des Frühdienstes stehen vielfältige Pflegemaßnahmen, welche sich auf Tätigkeiten aus den Bereichen Grundpflege, Behandlungspflege und Organisation beziehen. Diese Tätigkeiten orientieren sich vor allem an den physischen Bedürfnissen der Bewohner. Als Beispiel sind die im Folgenden genannten Frühdienstaufgaben zusammengefasst aufgelistet:

„Übergabe, Medikamente bereitstellen, Spritzen bereiten, Pflegen, Insulinspritzen machen, Bewohner pünktlich am Frühstückstisch haben, Toilettengänge, Lagerung, Pflegen, Telefonate, Flüssigkeit verteilen, Lagerungen, Bewohner evtl. zu Beschäftigungen fahren, Flüssigkeit reichen, Zwischenmahlzeiten, organisatorisch im Haus irgendwie. Pflegefachkräfte haben dann oftmals organisatorisch irgendwelche Sachen zu bestellen, mit Ärzten kommunizieren, Pflegedokumentation ändern und abzeichnen, mit Angehörigen kommunizieren, mit Apotheke irgendwas erledigen, bestellen, Insulin spritzen, Medikamente vorbereiten für den Mittag, Bewohner in den Speiseraum zum Mittag bringen, Essen austeilen, Medikamente verteilen und Bewohnern behilflich sein beim Mittagessen, Bewohner auf ihre Zimmer begleiten, Toilettengang, Lagerung, Inkontinenzmaterial wechseln, nach Klingeln gehen, Dokumentation abzeichnen und Übergabe“ (vgl. I 11, 4-84)⁴³

Als Ausgangspunkt der pflegerischen Arbeitsorganisation nutzen die Pflegefachkräfte vorstrukturierte Arbeitskonzepte. Die einzelnen Tätigkeiten der Pflegefachkräfte werden in einen „Ab-

⁴³ siehe ergänzend Interviewzitate E80 und E81

laufplan des Dienstes“ (I 8, 195) bzw. in ein „Schema“ (I 7, 87) integriert und entsprechend ausgeführt. Charakteristisch sind die sehr eng bemessenen Zeiträume, innerhalb derer die pflegerischen Leistungen erbracht werden müssen. Pflegefachkräfte beschreiben beispielsweise ihre beruflichen Handlungsvollzüge in einer Taktung von 15 bzw. 30 Minuten (vgl. I 12, 1-42).

„Der Arbeitsablauf ist ja streng geplant und soll ja auch geplant werden. [...] so ist eigentlich jeder Zeitraum genau eingeteilt, was wann gemacht wird. [...] es ist halt alles in einen straffen Zeitplan gepackt.“ (I 16, 11-16)⁴⁴

Der berufliche Handlungsspielraum der Pflegefachkräfte wird durch verschiedene Faktoren beeinträchtigt. So führen verkürzte Dienstzeiten von Pflegenden zu einer Komprimierung der pflegerischen Aufgaben und zu „straffen“ (I 20, 586), vorbestimmten Verrichtungszeiten. Pflegefachkräfte mit verkürzter Dienstzeit müssen „fast dieselbe Arbeit genauso schaffen“ (I 20, 588-589), wie ihre Arbeitskollegen mit normaler Dienstzeit. Dies hat zur Folge, dass einerseits der Druck, möglichst viele Aufgaben innerhalb eines sehr begrenzten Zeitraumes zu erledigen, erhöht wird und andererseits das flexible Handeln, die Möglichkeit Aufgaben auf einen späteren Zeitraum verschieben zu können, begrenzt wird. Des Weiteren werden personenbezogene Hilfeleistungen nicht individuell geplant, sondern übergeordnet an den Organisationskontext angepasst.

„Naja, die Arbeitszeit jetzt, wollen wir mal sagen, ist jetzt straffer, also die ganzen Handlungsabläufe müssen jetzt sozusagen in einer kürzeren Zeit gemacht werden. Also das heißt, wir haben lange und kurze Dienste. Wenn ich jetzt kurzen Dienst habe, muss ich ja fast dieselbe Arbeit genauso schaffen, wie wenn ich einen langen Dienst habe.“ (I 20, 585-589)⁴⁵

Auch die Übernahme von Aufgaben aus dem Bereich der Hauswirtschaft führt zu einer erhöhten Arbeitsdichte. Um diese Zusatz Tätigkeiten und den damit verbundenen Arbeitsaufwand bewältigen zu können, verwenden die Pflegefachkräfte vorstrukturierte Wochen- und Monatsplanungen. Auch bewohnerbezogene Dienstleistungen, wie Duschen oder Baden, werden von Pflegenden vorgeplant. Durch die Bereitstellung von Zusatzpersonal sollen diese, mit erhöhtem Zeitaufwand verbundenen Leistungen, besser in den Pflegealltag integriert werden. Ebenso wie die verkürzten Dienstzeiten beeinträchtigt diese Form der Arbeitsorganisation ein an den Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtetes Handeln.

„Da haben wir jeden Tag einen Wochenplan, jeden Tag, zum Beispiel Betten beziehen, Wäsche austeilen. [...] die Wagen werden regelmäßig gesäubert, abgewaschen.“ (I 17, 17-19)
„Alle vier Wochen werden die Betten mit abgewaschen komplett und das ist viel Arbeit. [...]“ (I 7, 59)

⁴⁴ siehe ergänzend Interviewzitate E82, E83, E84 und E85

⁴⁵ siehe ergänzend Interviewzitate E86 und E87

„An bestimmten Tagen, Dienstag, Mittwoch versuchen wir die Leute zu duschen, zu baden, da sind dann evtl., wenn es gut geht, vier Personen im Frühdienst eingeteilt oder eine Drei-Stunden-Kraft, die den größten Ansturm erstmal mit abdeckt.“ (I 7, 11-13)

Eine Verdichtung der Arbeitsaufgaben nehmen die Pflegenden auch am Wochenende wahr. Die Pflegenden geraten „manchmal ganz schön unter Druck“ (I 13, 408), denn die pflegerischen Routinarbeiten bleiben auch am Wochenende vom Umfang her konstant und im Vergleich zu den Werktagen müssen diese Tätigkeiten mit einer verminderten Anzahl von Mitarbeitern bewältigt werden.

„Und was auch jetzt diesbezüglich mit Stress, das ist auch sehr am Wochenende, wenn wir nur zu viert sind, dann ist ja auch, dass die Grundpflege durchgeführt wird, dass auch die Nahrung gereicht wird, der Kaffee gereicht werden muss [...]“ (I 13, 405-407)

Ähnlich ist die Situation der Pflegefachkräfte bei krankheitsbedingten Ausfällen von Kollegen. Die im Dienstag anfallenden Aufgaben müssen auf die verbleibenden Mitarbeiter übertragen werden. Sind die Pflegefachkräfte nur mit Auszubildenden im Dienst, haben sie die alleinige Verantwortung für den gesamten Wohnbereich. Als Fachkraft sind sie dann in der Pflicht, die Verteilung der Aufgaben zu organisieren und deren Erfüllung zu kontrollieren. Die Integration von Zusatzaufgaben in den bereits vorgeplanten Ablauf erschwert die Situation der Pflegefachkräfte, sie empfinden „eine Doppelbelastung oder Dreifachbelastung“ (I 12, 274).

„Es war heute schwieriger, weil sich heute Morgen wieder kurzfristig jemand krankgemeldet hat, somit war ich mit zwei Schülern alleine. Da ist das sehr schwierig, weil man kann zwar der Schülerin sagen, ‘du wäschst jetzt, machst das so und so’ [...]. Ich kann dann nur kontrollieren, ob alles so im Groben stimmt, [...] und kann noch Hinweise geben, ‘gucke da und gucke da, denke daran’.“ (I 12, 269-273)

Die Fülle der geplanten Aufgaben und die damit verbundenen engen Zeitvorgaben lassen der Pflegenden keinen Spielraum für Abweichungen. Kommt es dennoch zu unvorhersehbaren Ereignissen wie zum Beispiel einem Notfall, „gerät dieses ganze Konstrukt schon wieder in Bedrängnis“ (I 11, 348-349) und der Druck erhöht sich. Die Erfüllung der anstehenden Routineaufgaben wird erschwert, wenn ein Bewohner besonderen Betreuungsbedarf benötigt. Da die Pflegefachkräfte nicht immer auf mitarbeitende Kollegen zurückgreifen können, bleiben Aufgaben „erstmal liegen“ (I 12, 48) und „die Zeit [der Pflegefachkräfte: Anm. d. Verf.] [...] ist weg“ (I 12, 114-115).

„Heute Morgen kam mal wieder der Zwischenfall, dass wir eine Bewohnerin hatten, mit einer stark angeschwollenen Zunge [...] Das größte Problem ist in dem Moment, dass ich eben denke, jetzt müsste ich eigentlich das und das machen, wen nehme ich jetzt, der meine Arbeit jetzt fortsetzt, damit ich mich für diese Situation einsetzen kann.“ (I 12, 105-124)⁴⁶

⁴⁶ siehe ergänzend Interviewzitate E88, E89, E90 und E91

Auch die Anleitung von Auszubildenden beeinträchtigt die Arbeitsorganisation im beruflichen Alltag. Die Pflegefachkräfte stehen im Spannungsgefüge zwischen Auszubildenden und Bewohner. Einerseits wollen sie sich den Schülern zuwenden, um ihnen praktische Anleitungen zu geben. Andererseits stehen sie unter dem Druck, ihre Routineaufgaben abzuarbeiten.

„Die [Auszubildende: Anm. d. Verf.] wird zwar jetzt als fünfte Kraft, als ein Mann mehr eingeteilt, aber ich habe ja meinen Ablauf haargenau. Wenn sie wegen mir die Siebte wäre, ich hätte den ganzen Tag Zeit, nur für die eine Person, für den Lehrling, dann wäre das optimal, aber es geht nicht. Also ich muss den Lehrling dann mitnehmen, ihr erklären. Aber ich muss meinen Ablauf auch packen. Das ist immer dann halt problematisch.“ (I 17, 100-104)

Im Verlauf der Dienstzeit müssen die Pflegefachkräfte ihre geplanten Tätigkeiten häufig unterbrechen, ihr Arbeitsfluss wird gestört. Auch wenn Zusatzaufgaben nicht so umfangreich sind, ist der damit verbundene „Zeitaufwand“ (I 7, 346) für die Pflegefachkräfte dennoch spürbar. Zudem können die Pflegefachkräfte ihre „Arbeit nicht richtig beenden, weil dann schon wieder das Nächste anliegt“ (I 16, 24). Beispielsweise können sie begonnene Dokumentationstätigkeiten nicht beenden, da Bewohner zeitnahe Zuwendung oder unterstützende Hilfen benötigen (vgl. I 16, 19-23).

„[...] wenn man dann an irgendwelchen Arbeiten ist und man muss dann unterbrechen und die Tür öffnen und dann wieder hinlaufen und wieder zuschließen und man weiß nicht, ist der Bewohner oder Angehörige jetzt schon wieder raus, da muss man erstmal auf der Station wieder nachfragen, hat der Angehörige das Haus verlassen, kann ich wieder die Tür zu schließen?“ (I 7, 342-346)

„[...] die Zeit wieder, wenn man den Zeitdruck hat, weil der Nächste dann schon wieder klingelt.“ (I 13, 424-425)⁴⁷

Darüber hinaus kann die zügige Verrichtung der Pflegemaßnahmen individuellen Bewohnerbedürfnissen entgegenstehen. Demenziell erkrankte Bewohner benötigen beispielsweise umfangreiche Anleitung, die Pflegefachkräfte können sie „nicht alleine lassen“ (I 20, 47). Andere Bewohner benötigen besondere Zuwendung bei der Nahrungsaufnahme. Führen die Pflegefachkräfte die pflegerischen Unterstützungsleistungen bewohnerorientiert aus, dann geht „sehr viel Zeit“ (I 17, 152) bei einzelnen Handlungen verloren.

„[...] sobald jemand Neues in den Raum reinkommt und ich reiche ihr das Essen an, hört sie sofort auf. Dann ist das Essen unterbrochen und dann guckt sie erstmal und dann dauert es wieder sehr lange, bis sie den Mund aufmacht [...].“ (I 17, 148-151)⁴⁸

⁴⁷ siehe ergänzend Interviewzitat E92

⁴⁸ siehe ergänzend Interviewzitate E93 und E94

Einem flexiblen Handeln der Pflegefachkräfte stehen feste Gewohnheiten und eingefahrene Abläufe entgegen. Ein Teil der Bewohner fordert, entsprechend ihrer Gewohnheiten, die genaue zeitliche Einhaltung von Hilfeleistungen ein. Gleichzeitig erleben die Pflegefachkräfte, dass sich viele Bewohner sehr stark an den institutionellen Rahmenbedingungen orientieren. Dies geht einher mit einem Verlust von individueller Tagesgestaltung und hat zur Folge, dass die Pflegefachkräfte nur wenig Handlungsspielraum haben und eine hohe Anzahl von Pflegemaßnahmen innerhalb sehr begrenzter Zeiträume erbracht werden müssen. Die Pflegefachkräfte haben nicht die Möglichkeit, Tätigkeiten auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben.

„So dieser Klassiker ist für mich immer noch, wenn jemand seine Angehörigen mit ins Pflegeheim bringt und man fragt so, 'ok, wann stehen sie so auf, wann gehen sie ins Bett' so ungefähr, ja abends um 10.00 Uhr und es dauert keine zwei Tage, dann sind sie genauso. [...] Und das habe ich in dem Pflegeheim so erlebt, wo ich vorher war und das erlebe ich hier auch, dass man sich teilweise dann auch so anpasst an diese Umgebung.“ (I 2, 382- 389)⁴⁹

Die verschiedenen Faktoren wirken sich auf den geplanten Arbeitsablauf der Pflegefachkräfte aus. Sie führen zu einer Arbeitsverdichtung und zu wenig Handlungsspielraum innerhalb der Dienstzeit. Um alle Leistungen und Aufgaben erfüllen zu können, organisieren die Pflegefachkräfte ihren beruflichen Alltag unter dem Aspekt eines strengen Zeitmanagements. Das Erleben des Arbeitsalltages ist von einem Pflegehandeln geprägt, welches an der Uhr ausgerichtet ist. Die Pflegefachkräfte spüren „den Zeitdruck im Nacken“ (I 21, 39) und geraten in Bedrängnis, denn der umfangreiche Zeitbedarf einzelner Handlungssituationen steht der Zielsetzung, alle anfallenden Aufgaben bis zum Dienstenende erledigen zu müssen, gegenüber.

„Man hat halt den Druck, dass man dann auch wirklich alles schafft, die Arbeit, weil man immer ein bisschen die Uhr auch im Nacken hat. Also es geht eigentlich für mich sehr nach Uhr.“ (I 16, 5-7)

„Weil man wirklich ständig auf die Uhr guckt [...] dies muss geschafft werden und das muss geschafft werden.“ (I 21, 165-169)⁵⁰

Bereits den täglichen beruflichen Arbeitseinstieg empfinden die Pflegenden als sehr abrupt und ohne Übergang. Sie fühlen sich gleich von den Bewohnern und deren Wünschen bestürmt und sie erleben bereits am Beginn ihrer Arbeitszeit Unterbrechungen des geplanten Ablaufes. Die Zeit „zwischen 6.00 Uhr und 8.00 Uhr“ (I 11, 18) empfinden die Pflegefachkräfte als eine „sehr, sehr hektische“ (I 14, 7) und „druckfüllendste“ (I 11, 18) Zeit des Tages.

„Ja eigentlich, wenn man hier ankommt, ist man eigentlich schon überfallen, auf Deutsch gesagt. Man kommt her und da steht schon der erste Bewohner in der Tür und will schon ir-

⁴⁹ siehe ergänzend Interviewzitate E95, E96, E97 und E98

⁵⁰ siehe ergänzend Interviewzitate E99, E100, E101 und E102

gendwas. Also man kann eigentlich gar nicht erst gar nicht die Übergabe aufnehmen, weil es schon gleich in die Vollen geht.“ (I 16, 2-5)

„Frühdienst ist sehr stressig. Die ersten Stunden jedenfalls, weil wir auch bemüht sind, unsere Bewohner bis 8 Uhr fertig zu haben zum Frühstück. Dann geht das Waschen, die Grundpflege, das ist viel Arbeit und da läuft der Schweiß.“ (I 7, 7-9)⁵¹

Auch in Bezug auf den weiteren Tagesverlauf beschreiben die Pflegefachkräfte ihre Eile bei der Erledigung ihrer Pflichten. Sie „verfallen in einen hektischen Arbeitsrhythmus“ (I 11, 375), verrichten die Aufgaben „in einer höheren Geschwindigkeit“ (I 20, 676-677), sie „müssen sich spalten“ (I 21, 6), hüpfen (vgl. I 21, 14), bewegen sich „im Laufschrift“ (I 11, 349) und „schwärmen [zu Pflegeleistungen: Anm. d. Verf.] aus“ (I 14, 4).

„Ich will mal sagen, man verrichtet jetzt die ganzen Aufgaben in einer höheren Geschwindigkeit. Also, wo man vorher sich vielleicht ein bisschen gemütlicher mit dem Heimbewohner da beschäftigt hat, muss man halt jetzt sehen, dass es halt schneller vonstattengeht.“ (I 20, 676-679)⁵²

Der im Berufsalltag genutzte Ablaufplan wird von den Pflegefachkräften als sinnvoll angesehen, um Prioritäten bzgl. der Reihenfolge der Aufgaben zu setzen und die notwendigen Tätigkeiten systematisch abzuleisten (vgl. I 13, 54-55). Die Pflegefachkräfte wollen den „Ablauf gewährleisten“ (I 8, 201), denn durch die stringente Umsetzung des Ablaufplans wird sichergestellt, dass einerseits am Ende der Dienstzeit alle Aufgaben erledigt sind und andererseits die Bewohner eine wiederkehrende Tagesstruktur erleben.

„Die Essenszeiten, soll alles eingehalten werden. Sonst würden wir den ganzen Tag zwar machen was wir wollen, aber es wäre halt auch nicht alles erledigt und wir wollen ja alles erledigen, was im Frühdienst zum Beispiel gemacht werden muss. [...] und auch bei den Bewohnern, die sollen auch ihre Regelmäßigkeit haben, ihren regelmäßigen Tagesablauf erleben.“ (I 8, 196-200)⁵³

Die Pflegefachkräfte bemühen sich darum, alle Aufgaben umfassend zu erfüllen. Dies hat zur Folge, dass ihr berufliches Handeln durch Zeitdruck (vgl. I 13, 426-430) bestimmt wird. Die Pflegefachkräfte konstatieren eine Intensitätssteigerung der beruflichen Anforderungen (vgl. I 17, 357) und verweisen auf einen strengen (vgl. I 19, 133) Personalschlüssel im Bereich stationärer Einrichtungen.

„Also das ist schon am Tag sehr viel, schon sehr viel Stress, wenn ich hier bin.“ (I 15, 29-30)

„[...] also Fakt ist, dass das, was ein Mitarbeiter im Dienst ist, auf die Masse der Bewohner gerade ausgereizt ist. Da ist keine Minute Spielraum, eher zu wenig.“ (I 11, 334-335)

⁵¹ siehe ergänzend Interviewzitate E103, E104 und E105

⁵² siehe ergänzend Interviewzitat E106

⁵³ siehe ergänzend Interviewzitate E107, E108, E109 und E110

Sie bewerten ihren beruflichen Alltag als „anstrengend“ (I 11, 435) und „sehr heftig“ (I 14, 12.). Die Belastungen wirken sich auch auf den Freizeitbereich der Pflegefachkräfte aus. Die Pflegenden müssen sich nach ihrer beruflichen Tätigkeit Ruhepausen gönnen, um Energien für den weiteren Tagesverlauf zu sammeln.

„[...] und da kommt man auch manchmal ganz schön unter Druck, dass das dann alles geschafft wird. Aber es ist schon, geht man manchmal nachmittags um 14.00 Uhr aus dem Haus und ist doch ganz schön fertig. Das man nach Hause kommt und muss sich dann erstmal hinlegen, eine halbe Stunde, das merkt man schon.“ (I 13, 407-411)⁵⁴

Konsequenzen der Dienstgestaltung

Die strikte Umsetzung der pflegerischen Arbeitsorganisation stellt die Erfüllung normierter Aufgaben sicher. Im Gegensatz zur häuslichen Umgebung und Versorgung der Pflegebedürftigen bieten stationäre Pflegeeinrichtungen den Bewohnern vielfältige Angebote und eine „rundum“ (I 11, 421) - Versorgung. Die Erfüllung der alltäglichen Grundbedürfnisse wird durch die zahlreich vernetzten Strukturen vor Ort gewährleistet.

„Du hast alles das, was du brauchst im Alter. Du hast ein warmes Zimmer, du hast die Pflege, es wird alles besorgt, es wird entsorgt, du wirst ärztlich versorgt, du wirst mit Nahrung versorgt, du wirst mit Kultur versorgt. Das, was ein Bewohner oder Patient oder Pflegebedürftiger, der Zuhause ist, zum Teil nie hätte.“ (I 11, 421-424)⁵⁵

Zudem verhilft die Planung des Arbeitsablaufes dazu, dass die Pflegefachkräfte den Blick auf den Hilfebedarf aller ihrem Verantwortungsbereich zugehörigen Bewohner lenken. Jedoch wird die Zeit für den einzelnen Bewohner dadurch eng begrenzt. Im Vergleich zu früheren Zeiten können die Pflegefachkräfte aufgrund der straffen Arbeitsorganisation nicht mehr so umfassend auf die Bedürfnisse der einzelnen Bewohner eingehen (vgl. I 21, 165-171).

„Ich kann jetzt nicht nur bei einem Bewohner verbleiben, wo ich jetzt gerne möchte, ich habe halt noch mehrere Bewohner, die auch Pflege und Hilfe brauchen.“ (I 8, 200-211)⁵⁶

So führt der umfassende Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Fachkräfte dazu, dass sie entgegen ihren eigenen Wünschen (vgl. I 19, 73) in der Zeit zwischen Frühstück und Mittagessen nur wenig unmittelbaren Kontakt zu den einzelnen Bewohnern aufnehmen können. Ist „nur ein Examinierter“ (I 19, 72) im Dienst, dann übertragen die Pflegefachkräfte die direkten Unterstützungsleistungen an andere Mitarbeiter, damit sie sich selbst auf organisatorische Aufgaben (vgl.

⁵⁴ siehe ergänzend Interviewzitate E111, E112, E113 und E114

⁵⁵ siehe ergänzend Interviewzitat E115

⁵⁶ siehe ergänzend Interviewzitate E116, E117, E118 und E119

I 11, 62), behandlungspflegerische Aufgaben und Dokumentationsaufgaben konzentrieren können (vgl. I 11, 63).

„Dann ist es auch leider Gottes so, dass wir auch eine ganze Weile die Bewohnerin oder den Bewohner nicht sehen, weil dann im Prinzip unsere Kollegen quasi dann meine Leute mitmachen in der Zeit, wie ich das Medizinische halt mache. [...] Eigentlich sehe ich sie dann erst wieder zum Mittagessen, was so um 11.30 Uhr ist.“ (I 19, 73-78)⁵⁷

Trotz der Erfüllung „planmäßiger Arbeiten“ (I 7, 265) und der verschiedenen Angebote der Pflegeheime kommt das auf die Bewohnerorientierung ausgerichtete Handeln aus Sicht der Pflegefachkräfte zu kurz. Die starke Arbeitsverdichtung und die Rationierung der Zeit beim einzelnen Bewohner führen zu einem Verlust von individuell ausgerichteten Hilfen im psychosozialen Kontext (vgl. I 14, 367-370). Im Vergleich überwiegen Pflegeleistungen am Bewohner und Zuwendung und intensive individuelle Betreuung (vgl. I 5, 2-6) gehen verloren (vgl. I 7, 260).

„[...] dann gehen wir in den Kontrollgängen, Inkowechsel, Waschen und Flüssigkeit reichen nach, das ist alles, was man mit diesen armen Menschen eigentlich macht.“ (I 7, 265-267)

„Es wird halt viel geguckt, stimmt es mit der Nahrung, stimmt es mit, ist ja auch richtig, sie sollen ja auch vernünftig versorgt werden. Ist die Körperpflege richtig, aber es ist halt wenig Zeit, ich kann zwar darin, aber es ist halt wenig Zeit, sich auch mal ans Bett zu setzen und zu sagen, ich bleib jetzt hier mal noch eine halbe Stunde sitzen und erzähle mal ein bisschen.“ (I 15, 185-189)⁵⁸

Bewohner mit geringeren Einschränkungen können ihren Tagesablauf eigenständig, abwechslungsreich und unabhängig vom Pflegepersonal gestalten. Bewohner mit Eigenressourcen „können sich dann schon eher mal beschäftigen“ (I 20, 388). Mit erhöhter Pflegebedürftigkeit und mit vermehrter Ortsgebundenheit, wie beispielsweise ein „Rollstuhlfahrer, der sich nicht selber beschäftigen kann“ (I 5, 265) oder „alle, die im Bett liegen und nicht mehr in der Gemeinschaft sitzen“ (I 7, 257-258), steigt jedoch der Bedarf an Unterstützung bei der Tagesgestaltung. Dies trifft aus Sicht der Pflegefachkräfte auf die Mehrheit der im stationären Bereich versorgten Bewohner zu.

„Manche können auch selber ihren Tag gestalten, das sind aber die wenigsten.“ (I 5, 264)

„[...] zwei Heimbewohner die gut zu Fuß sind, die laufen dann hier mal durch das Haus, bei schlechtem Wetter. Bei gutem Wetter gehen sie auch mal bis zum Dom oder so.“ (I 20, 386-388)⁵⁹

⁵⁷ siehe ergänzend Interviewzitate E120, E121, E122, E123 und E124

⁵⁸ siehe ergänzend Interviewzitate E125, E126, E127, E128, E129, E130, E131, E132, E133 und E134

⁵⁹ siehe ergänzend Interviewzitate E135 und 136

Die pflegebedürftigen Bewohner besitzen nicht die nötigen Ressourcen, um ihren Alltag selbst zu gestalten. Sie „wissen nichts mehr anzufangen mit ihrem Tag“ (I 12, 236-237) und haben „keine Pläne und Ziele mehr“ (I 12, 237). Abwechslung im Alltag erfahren sie auch nicht durch soziale Kontakte im Pflegeheim. Der Gemeinschaftsgedanke der Heimbewohner ist wenig ausgeprägt. Jeder Bewohner geht „so seinen Weg“ (I 19, 170), gemeinsame Aktivitäten werden nicht eigenständig organisiert, sondern finden nur innerhalb der vorgeplanten Beschäftigungsrunden statt.

„Manche sitzen nur so im Zimmer und gucken mal aus dem Fenster. [...] Es gibt glaube ich auch ganz wenige, die hier noch irgendwelchen Hobbys nachgehen, wie jetzt stricken oder so was, was sie früher gemacht haben ja. Das wäre vielleicht schön, wenn es da mehr so Gruppen gäbe, die sich zusammensetzen. Muss ja jetzt nicht immer unbedingt jemand dabei sein. Aber wenn jetzt so zwei oder drei Leute zusammensitzen würden und da ein bisschen was stricken würden oder sich irgendwas vorlesen würden, wäre vielleicht angenehmer.“ (I 19, 155-168)⁶⁰

Innerhalb der theoretischen und praktischen Altenpflegeausbildung wird den Pflegenden die Unterstützung bei der Tagesgestaltung vermittelt (vgl. I 17, 71). Für die Übernahme sozialer Betreuungsaufgaben haben die beruflich Pflegenden im Alltag jedoch nur bedingt Zeit. Deshalb übernehmen „Ergotherapeuten“ (I 12, 239), „Betreuungsassistenten“ (I 5, 267), „Alltagsbegleiter“ (I 12, 241) oder „Pflegekräfte bzw. Pflegeassistenten“ (I 17, 73) die Unterstützung der Tagesgestaltung.

„[...] wie früher vor sechs Jahren, da konnte ich auch mal mit wem spazieren gehen draußen mal, sage ich mal. Ich als Pflegeperson, das ist jetzt undenkbar, das machen jetzt die Sozialkräfte und so, die fahren mal raus, aber ich habe dafür keine Zeit [...]“ (I 15, 373-375)

„[...] wenn schönes Wetter ist, werden sie ja in den Garten gefahren, aber da werden sie ja meistens auch nur hingestellt.“ (I 20, 393-394)⁶¹

Mitarbeiter, die Betreuungsaufgaben übernehmen, stehen den Bewohnern nicht immer ganztägig zur Verfügung und auch ihre Zeitressourcen sind sehr begrenzt (vgl. I 17, 73-74; I 21, 115-118). Die Pflegefachkräfte verweisen auf ein aus ihrer Sicht ungünstiges Verhältnis zwischen der Zeit für Beschäftigung durch Pflegeheimmitarbeiter und der Zeit ohne organisierte soziale Betreuung. Da die Bewohner im Tagesverlauf überwiegend auf sich „allein“ (I 15, 203) gestellt sind, ist es nach Meinung der Pflegefachkräfte notwendig, dass die „Begleitung um die Pflege rum“ (I 11, 795-796) gesteigert werden muss.

„[...] aber die [Betreuungsassistenten: Anm. d. Verf.] haben ja auch immer viele Leute, die sie betreuen müssen und können halt nicht viel machen. Ich meine, was ist mal eine Viertel-

⁶⁰ siehe ergänzend Interviewzitate E137, E138, und E139

⁶¹ siehe ergänzend Interviewzitate E140, E141, und E142

stunde oder 20 Minuten für einen Bewohner am Tag? Der Tag hat 24 Stunden, da ist der nicht wirklich ausgefüllt.“ (I 5, 267-270)⁶²

Den Bewohnern fehlt es an aktivierenden und individuellen Anreizen. Als Folge der überwiegend an den Pflegestandards ausgerichteten Pflegeleistungen und der damit verbundenen begrenzten Berücksichtigung sozialer Bedürfnisse zeigt sich für die Bewohner ein monotoner und langweiliger (vgl. I 19, 161) Tagesverlauf. Aus Sicht der Pflegefachkräfte fehlen Variationen der Alltagsgestaltung und sinnstiftende Momente. Stattdessen bestimmen direkte Pflegemaßnahmen in Form von stereotypen Wiederholungen das Alltagserleben der Bewohner.

„[...] ich empfinde es manchmal als monoton, den Tagesablauf für die Bewohner. Wir sind zwar immer da, wir gestalten den Tagesablauf mit Grundpflege, Speiseneinahmen, Zwischenmahlzeit, vielleicht mal über den Flur gehen oder was auch ist, aber so dieses Abwechslungsreiche im Leben, was das Leben schön macht, das finde ich, das würde ich vermissen, wenn ich Bewohner wäre.“ (I 12, 229-233)

„Wie hat mal eine [Bewohnerin: Anm. d. Verf.] gesagt: ‘Schlafen, essen, trinken, Bett gehen’.“ (I 17, 421)⁶³

Der von den Pflegefachkräften erlebte Zeitmangel bezieht sich nicht nur auf die begrenzten Möglichkeiten der Alltagsbetreuung. Die Pflegefachkräfte haben auch keine Zeit, sich durch aktives Zuhören mit den psychischen Belangen der Bewohner auseinanderzusetzen. Die mit dem Heim eintritt einhergehenden Erlebnisse und Emotionen können nicht hinreichend angesprochen werden.

„Weil Viele sind ja auch enttäuscht oder kommen nicht so richtig damit klar, wenn ihre Wohnungen aufgelöst werden oder Häuser verkauft werden müssen oder irgend so was. Ja, dann wollen die das auch mal erzählen, da hat man keine Zeit, da irgendwie zuzuhören.“ (I 19, 129-132)

Auch im Rahmen der Sterbebegleitung möchten die Pflegefachkräfte ihrem Anspruch nach Bewohnerorientierung entsprechen und Betreuungsleistungen übernehmen. Im Pflegealltag ist die Begleitung der letzten Lebensphase der Bewohner für die Pflegenden jedoch nur in sehr engen Grenzen möglich.

„[...] wir versuchen, [...] dass die Bewohner in ihrer Umgebung, ruhig einschlafen. Aber es ist immer ein bisschen so, der Konflikt, dass man auch so die Zeit nicht hat.“ (I 13, 170-171)

Ebenso ist es den Pflegefachkräften nicht möglich, Konzepte zur Betreuung von demenziell erkrankten Bewohnern umfassend in den Arbeitsalltag zu integrieren. Eine am demenziell erkrankten Bewohner orientierte Gesprächsführung, die Einbeziehung von lebensgeschichtlichen Aspekten sowie gezielte, individuelle Aktivierungsmaßnahmen benötigen Zeit, die die Pflege-

⁶² siehe ergänzend Interviewzitate E143, E144, E145, E146, E147, E148 und E149

⁶³ siehe ergänzend Interviewzitate E150, E151, E152, E153, E154 und E155

fachkräfte nicht haben. In der Folge bedauern die Pflegefachkräfte, dass sie Zuwendungen nicht geben können, dass sie vorhandene Ressourcen der Bewohner nicht „rauslocken“ (I 7, 287) können und auch, dass sie den Erfolg von Aktivierungsmaßnahmen im Berufsalltag nicht umfassend reflektieren können (vgl. I 7, 282-284).

„[...] Validation, wenn du auch an den Kern des Bewohners willst, hast du überhaupt keine Zeit. Also richtig mit Biografie zu arbeiten. Ich könnte mich jetzt nicht hinsetzen und könnte mich eine Stunde mit einem Bewohner im Frühdienst beschäftigen. Da irgendwas aus seiner Vergangenheit hervorzuholen, habe ich keine Zeit.“ (I 11, 790-793)⁶⁴

5.1.2.4 Qualitätsmanagement

Das Alltagserleben der Pflegefachkräfte wird auch durch das Qualitätsmanagement bestimmt. In der Lenkung durch regelgeleitete Vorgaben sehen die Pflegefachkräfte neben der dienlichen Relevanz aber auch Umsetzungsbarrieren ihres Handelns. Diese beziehen sich auf mit dem Qualitätsmanagement verbundene hohe Leistungs- und Dokumentationsanforderungen sowie auf die mangelnde Beteiligung am Qualitätsmanagement und auf den eingeschränkten Handlungsspielraum.

Relevanz von Qualitätsmanagement

Die Pflegefachkräfte haben eine aufgeschlossene und positive Grundhaltung gegenüber der Notwendigkeit, Qualitätsmaßnahmen umzusetzen. Sie sehen Qualitätssicherung als einen wichtigen Bereich ihres beruflichen Handelns an, der „auch bearbeitet werden muss“ (I 2, 6). Entsprechend sind sie bestrebt, die mit Qualitätssicherung einhergehenden regelgeleiteten Ansprüche einzuhalten und kontinuierlich umzusetzen.

„Grundsätzlich ist Qualitätssicherung in der Pflege schon sehr wichtig [...].“ (I 2, 4)

„Also ich find das sehr wichtig, dass das [die Qualitätsanforderung: Anm. d. Verf.] auch eingehalten wird und ich denke auch, dass ich daran arbeite, dass das ständig auch umgesetzt wird [...].“ (I 3, 12-13)

Die Einführung des Qualitätsmanagements in den Pflegesektor geht einher mit der Integration zahlreicher pflegerischer Leitlinien. Unter anderem wird auch das pflegerische Handeln im Bereich vorbeugender Maßnahmen gelenkt. „Screenings und Assessments“ (I 2, 320) verhelfen den Pflegefachkräften, einen „Überblick“ (I 2, 320) über den pflegebedürftigen Heimbewohner zu bekommen. Zudem wird die fachliche Sensibilität für Schwerpunktbereiche des Pflegealltags durch „die ganzen neuen Standards [...], die ganzen neuen Prophylaxen“ (I 4, 271) gesteigert. Pflegemaßnahmen werden auf der Basis der Leitlinien zielgerichteter und planvoller gestaltet.

⁶⁴ siehe ergänzend Interviewzitat E156

„Klar, man hat das jetzt besser im Blick, man ist besser darauf vorbereitet. [...] zum Beispiel Ernährungsmanagement, hier Standards, das finde ich ganz wichtig. Das ist super! Einfach zur Einschätzung ist das ok, finde ich das gut.“ (I 3, 373-379)⁶⁵

Die Pflegefachkräfte betonen jedoch auch, dass sie die inhaltlichen Anforderungen der pflegerischen Leitlinien bereits vor der Einführung von Qualitätsmanagement in ihrem beruflichen Alltag umgesetzt und erfüllt haben. Die Pflegeprobleme der Bewohner, wie Mangelernährung oder Sturzgefährdung, wurden von den Pflegenden erkannt und es wurden „vorher auch Maßnahmen eingeleitet“ (I 3, 381-382). Folglich zeigen sich für die Pflegefachkräfte keine unmittelbaren Neuerungen bei der Umsetzung von Pflegemaßnahmen.

„Ich denke, die Arbeit ist schon immer so gewesen. Wenn ich jetzt eine Sturzprophylaxe gemacht habe, ich hab dann schon immer, wenn ich den [Bewohner: Anm. d. Verf.] abends ins Bett gelegt habe, geguckt, liegt jetzt hier irgendwas im Weg, wo er drüber stolpern könnte oder lasse ich das Licht im Bad an.“ (I 2, 728-731)

„Wobei man das vorher auch gesehen hat. Man hat schon gemerkt, man hat das auch vorher gemerkt, wenn jemand nicht gut gegessen hat oder man hat vorher auch Gewichtskontrollen gemacht [...].“ (I 3, 379-381)⁶⁶

Das vom Gefühl geleitete, intuitive Handeln der Pflegefachkräfte wurde durch das Qualitätsmanagement „im Qualitätshandbuch festgeschrieben“ (I 11, 578) und in regelgeleitetes Handeln überführt. Die Maßnahmen der Qualitätssicherung geben den beruflichen Anforderungen der Pflegenden eine geordnete und auch schriftlich nachvollziehbare Struktur. Diese Veränderungen führen zu einem systematischen Handeln. Zudem generieren die festgelegten Qualitätsvorgaben „eine einheitliche Linie“ (I 9, 229) beruflichen Handelns.

„[...] also alles das, was man früher gemacht hat, aber unregelmäßig, manchmal auch ein bisschen intuitiv, dass das jetzt klar strukturiert niedergeschrieben ist [...].“ (I 11, 573-574)⁶⁷

Die Lenkung der beruflichen Pflegequalität wirkt sich unmittelbar auf die Arbeitsorganisation der Pflegefachkräfte aus. Die vorgeplanten Handlungsabläufe direkter und indirekter Pflegemaßnahmen unterstützen den Arbeitsalltag der Pflegenden, in dem sie Sicherheit im Handeln generieren und das Pflegehandeln „nicht dem Zufall überlassen“ (I 3, 394) wird. Nützlich sind Standards vor allem für Mitarbeiter, die Problemlagen der Bewohner nicht ohne Hilfe erkennen, „die das nicht so im Blick haben“ (I 3, 382-383). Sie benötigen aus Sicht der Pflegefachkräfte genaue Vorgaben in Form von Handlungsanleitungen.

⁶⁵ siehe ergänzend Interviewzitate E157 und E158

⁶⁶ siehe ergänzend Interviewzitate E159 und E160

⁶⁷ siehe ergänzend Interviewzitate E161 und E162

„Wobei ich glaube, man kommt ganz einfach nicht drum herum, so Formulare auch zu führen, weil nicht jeder so einen Blick hat. [...] ‘oh, der hat ja so eine große Hose hier, die passt ihm ja gar nicht’, das so zur Kenntnis zu nehmen und weiterzudenken. ‘Aha, hat der evtl. jetzt im letzten halben Jahr an Gewicht verloren’ und das dann so nachzufragen.“ (I 2, 338-344)⁶⁸

Die Leitlinien gewährleisten nicht nur die pünktliche Erbringung von Pflegeleistungen, sondern sie dienen auch der Informationsgabe durch ihre schriftliche Niederlegung. Die anschauliche Darlegung und Transparenz der Leistungen sehen sie als Zeichen für Professionalität (vgl. I 11, 683). Auch liefern die Standards den Pflegenden verfügbare Begründungen, die ihr berufliches Handeln stützen.

„[...] du kannst immer noch mal nachgucken, du kannst dich auf irgendwas berufen [...] Qualitätsmanagement in dem Sinne finde ich wichtig, dass man bestimmte festgelegte Arbeitsabläufe hat [...] um die Pflege durchzuführen. [...] Also, dass das einfach auch Sicherheit gibt ein Stück weit im Alltagsablauf. Bestimmte Sachen sind eben dann und dann zu machen.“ (I 11, 552-577)⁶⁹

Das fachliche Wissen im Bereich der Pflege ist in den letzten Jahren durch ein stetiges Wachstum charakterisiert. Die generierten neuen Erkenntnisse werden in Form von Standards und Assessments in den Pflegealltag integriert. Die Pflegefachkräfte sind gegenüber diesem neuen Wissen sehr aufgeschlossen. Sie bewerten es als „sehr positiv“ (I 3, 16), dass durch Qualitätsmanagement neue Impulse in die Praxis einfließen und die Pflegenden dadurch die Chance haben, ihr Handeln kontinuierlich zu verbessern.

„Und wie gesagt, man kann auch nicht stehen bleiben [...] In den letzten Jahren sind sehr viele Neuerungen reingekommen. [...] Diese Sachen sind in ständigem Wandel und müssen auch nach neuesten Erkenntnissen immer durchgeführt werden.“ (I 10, 767-772)

„[...] da ist auch immer eine Weiterentwicklung wichtig. Es ändert sich ja auch mal was.“ (I 9, 256-257)⁷⁰

Auch die im Rahmen von externer Qualitätssicherung durchgeführten Maßnahmen beurteilen die Pflegefachkräfte als wichtig. Denn die durchgeführten Kontrollen von Pflegeheimen ermöglichen die Identifizierung von Einrichtungen, die nicht das notwendige Maß an Pflegequalität leisten. Gleichzeitig stellen sie die Einleitung von Gegenmaßnahmen sicher.

„MDK-Prüfungen [Medizinischer Dienst der Krankenversicherung; Anm. d. Verf.], das ist so eine Sache, finde ich generell wichtig. [...] ich denke, dass das nicht in allen Häusern so gut

⁶⁸ siehe ergänzend Interviewzitat E163

⁶⁹ siehe ergänzend Interviewzitat E164

⁷⁰ siehe ergänzend Interviewzitate E165, E166 und E167

läuft. [...] Es ist wahrscheinlich so, und um das einfach raus zu fischen und das abzuwehren, ist das schon wichtig.“ (I 3, 400-406)⁷¹

Umsetzungsbarriere: hohe Leistungsanforderungen

Die Umsetzung von Regelgeleitetheit auf der Basis des Qualitätsmanagements ist für die Pflegefachkräfte nicht nur durch Vorteile gekennzeichnet. In ihren Ausführungen verweisen sie auch auf die Grenzen des Qualitätsmanagements. Die Pflegefachkräfte konstatieren, dass der im Rahmen von Qualitätsmanagement geforderte Leistungsumfang zu hoch ist. Die einzelne Pflegefachkraft hat die Verantwortung für eine Vielzahl von Bewohnern. Demgegenüber steht ein hoher Umfang von geforderten prophylaktischen Maßnahmen bei den einzelnen Bewohnern. Aufgrund ihrer begrenzten Zeitressourcen erachten sie es als illusorisch und unrealistisch, die in den Pflegeplanungen dokumentierten bewohnerorientierten Maßnahmen umfassend und vollständig umzusetzen (vgl. I 14, 315).

„[...] ob das jeden Tag auch alles durchgesetzt werden kann, weiß nicht [...] wenn eine Pflegefachkraft für 18 Bewohner zuständig ist. Da ist es zeitlich nicht machbar, auch noch die sieben, acht Leute mit der Kontrakturprophylaxe zu versorgen. Geht nicht. Geht nicht. [...] wenn sie hier im Spätdienst alleine hier so einen Flur haben [...]. Es ist nicht immer alles durchsetzbar.“ (I 12, 629-633)⁷²

Am Beispiel der Kontrakturprophylaxe verdeutlichen die Pflegenden, dass sie die notwendigen Bewegungsübungen „dreimal täglich“ (I 12, 609) nicht entsprechend der Standardvorgaben erfüllen können. Die Pflegenden wissen um den Bedarf an prophylaktischen Leistungen für die einzelnen Bewohner, können diesen im beruflichen Alltag aufgrund von Zeitmangel jedoch nicht erfüllen.

„[...] ja zum Beispiel Kontrakturprophylaxe. Da gibt es einen Standard, wie man was zu machen hat und zum Beispiel, Beine sooft durchbewegen, Arme sooft durchbewegen, da hätten wir so viele Leute, wenn wir das machen müssten, haben wir gar nicht die Zeit dafür, dass wir das generell so explizit eigentlich machen müssen, wie es vorgeschrieben ist.“ (I 5, 336-345)⁷³

Die Pflegefachkräfte wissen, dass die Umsetzung pflegerischer Vorsorgemaßnahmen den Bewohnern dienlich ist. Im Rahmen ihrer zeitlichen Ressourcen versuchen die Pflegenden „nebenbei immer ein bisschen was zu machen“ (I 5, 357-358) bzw. „nur manchmal“ (I 14, 323) die Anforderungen zu erfüllen. Dennoch bleibt das Fazit bestehen, dass eine vollständige Leistungserbringung nach Vorgaben der Leitlinien, „wie es eigentlich sein sollte“ (I 14, 323), nicht umsetzbar ist.

⁷¹ siehe ergänzend Interviewzitat E168

⁷² siehe ergänzend Interviewzitate E169 und E170

⁷³ siehe ergänzend Interviewzitat E171

„Man versucht immer, das Möglichste zu machen, doch weil man ja selber weiß, dass es eigentlich gut für den Bewohner wäre, aber wirklich die Zeit hat man nicht, es immer genau so explizit zu machen, wie es eigentlich vorgeschrieben ist. Wie die Standards dies erfordern.“ (I 5, 343-346)

Entsprechend bewerten die Pflegefachkräfte den im Rahmen von Qualitätsmanagement und Standards zu erbringenden Leistungsumfang als ein hohes, nicht angebrachtes Maß.

„Qualitätsmanagement ist eigentlich viel zu viel.“ (I 7, 363)

„Ja, manche Sachen wird so viel verlangt, von Standards. Ich meine, man weiß man hat halt nicht die Zeit, um noch dieses und jenes zu machen.“ (I 5, 330-332)

Umsetzungsbarriere: hohe Dokumentationsanforderungen

Mit der Umsetzung von Qualitätsforderungen ist für die Pflegefachkräfte eine Zunahme an „Bürokratie“ (I 14, 198) verbunden. Im Vergleich zu früher verbrauchen administrative Tätigkeiten, wie beispielsweise Dokumentationsleistungen, im Pflegealltag mehr Zeit.

„Generell ist wesentlich mehr Schreibearbeit auf einen zugekommen. [...] Das hat sich in den letzten vier Jahren allein die ich schon da bin, auch verändert, muss ich sagen, da hat man einfach mehr Zeit gehabt.“ (I 5, 26-54)⁷⁴

Einen Grund für die erhöhten Dokumentationsanforderungen sehen die Pflegenden darin, dass Außenstehende an der Verlässlichkeit ihres beruflichen Handelns zweifeln. Im Gegensatz zu früher werden pflegerische Maßnahmen nur als durchgeführt anerkannt, wenn sie auch dokumentiert wurden.

„Und irgendwie jede Sache, die man macht, eigentlich in Frage gestellt wird. Es wird nicht mehr drauf vertraut, dass der Pfleger oder die Pflegerin dies macht, sondern man muss es schreiben, dass es gemacht ist. Und das war halt früher nicht so. Da hat man einfach vertraut, dass die Leute halt gewaschen werden und aus dem Bett genommen werden und die Vorlage gewechselt wird.“ (I 5, 135-139)

Den erhöhten Dokumentationsaufwand führen die Pflegenden auf mangelndes Vertrauen in die vollständige Umsetzung von Pflegemaßnahmen zurück. Auch die Absicherung von fachlichem Wissen im Rahmen des Qualitätsmanagements führt zu neuen Dokumentationsanforderungen. Die Pflegefachkräfte erleben, dass ein Teil der Dokumentationsrichtlinien darauf beruht, dass ihr fachliches Wissen in Frage gestellt wird.

„[...] oder was mich auch gestört hat mit den Wirkstoffen. Wir haben immer auf den Medikamentenblättern die normalen Medikamenten wie Torem stehen. Hat ihnen aber nicht gereicht, also müssen wir den Wirkstoff mit dazu schreiben, weil sie der Meinung waren, dass eine Fachkraft nicht entscheiden kann, zwischen Torem und Torasemid. [...] das war an-

⁷⁴ siehe ergänzend Interviewzitate E172, E173 und E174

fangs erst eine Menge Mehrarbeit, die man nicht wirklich unbedingt machen muss oder haben muss. Müssen wir halt jetzt machen, ob es dann Sinn macht oder nicht.“ (I 5, 176-184)

Vor der Einführung des Qualitätsmanagements wurden nur die aus Sicht der Pflegenden wichtigen Aspekte dokumentiert. Neue Dokumentationsrichtlinien beinhalten umfangreichere Anforderungen. Auch wenn sich die Situation des pflegebedürftigen Bewohners nicht verändert hat und aus Sicht der Pflegenden keine neuen Informationen vorhanden sind, stehen die Pflegefachkräfte in der Pflicht, zu dokumentieren.

„Da [früher: Anm. d. Verf.] wurde noch nicht einmal richtig eingetragen. [...] Wer gestürzt ist wurde hingeschrieben, hingestürzt, aber ansonsten stand da nur was drin, wenn wirklich was passiert war. Das ist heute nicht mehr so. Man muss einmal am Tag mindestens über denjenigen was geschrieben haben, schlecht oder gut. Also egal was passiert ist oder auch nicht passiert ist, man muss was darüber gesagt haben.“ (I 4, 272-277)

Dokumentationsverfahren zur Bewertung von Pflegeproblemen sollen Sicherheit geben, damit Gefahren- und Problempotentiale nicht übersehen werden. Damit verbundene regelgeleitete Ansprüche stehen jedoch einem am bewohnerorientierten Pflegehandeln entgegen. Die Pflegefachkräfte erachten es als bedeutsam, „umfassend bzw. auch rechtzeitig“ (I 2, 278-279) auf auftretende Probleme der Bewohner zu reagieren und die Instrumente zur Einschätzung von Pflegeproblemen situationsabhängig in das Pflegehandeln zu integrieren. Die Standards des Qualitätsmanagements fordern hingegen die Dokumentation von Problemeinschätzungen in Abhängigkeit von festgelegten Zeitintervallen unabhängig von der Situation der Bewohner. Dies führt aus Sicht der Pflegefachkräfte zu einem Übermaß an nicht notwendiger Dokumentationsarbeit.

„So, dann da zum Beispiel wichtig, dass diese Assessments [Einschätzung von Pflegeproblemen: Anm. d. Verf.] auch in diesen nötigen Intervallen geführt werden. Wobei ich persönlich da der Meinung bin, man sollte diese Assessments führen, wenn das Problem auftritt und nicht alle vier Wochen, so fürs Papier.“ (I 2, 543-545)⁷⁵

Als weitere Folge der Absicherung von Vollständigkeit und Fachlichkeit müssen die Pflegefachkräfte alle Pflegemaßnahmen ausführlich nachweisen. Die Pflegefachkräfte verweisen auf die von ihnen zu erbringende Detailliertheit bei der schriftlichen Erfassung der erbrachten Pflegeleistungen. Die Verpflichtung „viele Kleinigkeiten“ (I 5, 27) bzw. „jedes Ding“ (I 4, 103-104), wie beispielsweise geringe Trinkmengen und genaueste Kalorienangaben, „jede Abweichung“ (I 3, 556) und „jeden kleinen Hautdefekt“ (I 3, 569) dokumentieren zu müssen, erleben die Pflegefachkräfte als anstrengend, hinderlich und zeitintensiv (vgl. I 4, 102-111).

⁷⁵ siehe ergänzend Interviewzitate E175 und E176

„Ja, also wir haben zum Beispiel viele Bewohner, die schlecht trinken. Das Trinken ist wirklich ein großes Problem und wo man immer wieder anbieten muss, immer wieder und immer wieder. Dieses Schreiben wegen 20 ml, das ist einfach lästig.“ (I 16, 34-36)⁷⁶

Dass die Pflegefachkräfte über ihren eigenen beruflichen Bedarf hinaus Informationen dokumentieren müssen, wird auch im folgenden Interviewauszug erkennbar. An sie herangetragene Forderungen führen zu einer „doppelt und dreifach Dokumentation“ (I 3, 587), welche aus pflegerischer Sicht jedoch nicht nötig wäre.

„[...] zum Beispiel: ich gebe ein Bedarfsmedikament, dass ich dann an drei verschiedenen Stellen so ungefähr abzeichnen muss [...] Das sind so Sachen, die sind so unnötig, wenn ich das einmal an einer Stelle beschrieben habe, denke ich und das gut führe, das auch nachvollziehen kann, würde für mich vollkommen reichen. Das müsste eigentlich auch für jeden anderen reichen.“ (I 3, 558-574)

Auch im Bereich der Wunddokumentation berichten die Pflegenden von Mehrfachdokumentation. Die Anforderungen der Pflegenden an eine handlungsleitende Dokumentation stimmen nicht mit den Dokumentationsanforderungen, die durch das Qualitätsmanagement an sie herangetragen werden überein. Dies hat zur Folge, dass die Pflegefachkräfte beide Anforderungsprofile erfüllen wollen, was zu einer Erweiterung der Dokumentation und zu einem erhöhten Dokumentationsaufwand führt.

„Was ich eben nicht so toll finde, unsere Wunddokumentation. Die ist für mich, ist ein Formular, das existiert, aber das bräuchte es nicht zu geben. Ich würde meinen, wenn ich das vernünftig im Berichteblatt beschreibe, dass das viel effektiver wäre, als wenn ich da immer unsere, meine Häkchen mache, ohne, dass ich das eigentlich hinten beschreiben muss [...]. Das beschreibt nicht das Stadium der Wunde und auch nicht die Entwicklung der Wunde, das ist für mich nicht ausreichend. [...] Man beschreibt es dann im Berichteblatt extra, weil dieses Formular eigentlich nicht wirklich aussagekräftig ist.“ (I 3, 574-581)

Einem Teil der geforderten Dokumentationsinhalte wird seitens der Pflegenden kein inhaltlicher Mehrwert beigemessen und die Bedeutung, die der Dokumentation innerhalb der Qualitätsmanagementanforderungen zugeschrieben wird, entspricht nicht der Bedeutung der beruflichen Pflegepraxis. Da die Pflegefachkräfte ihr Handeln täglich neu an den unmittelbar aktuellen Situationsbedingungen und Bedürfnislagen der Bewohner anpassen, sind beispielsweise vorstrukturierte Pflegemaßnahmen in Form von Pflegeplanungen keine unmittelbaren Hilfen. Pflegeplanungen werden im Berufsalltag nicht als Unterstützungsinstrumente für die Umsetzung bewohnerorientierte Pflegeleistungen genutzt. Eine interviewte Pflegefachkraft gibt den Hinweis, dass nicht nur Pflegenden im Setting Pflegeheim, sondern auch Pflegenden im Krankenhaus „ohne Pflegeplanung zurechtkommen“ (I 5, 395) und diese dort „nicht angewandt“ (I 5, 394-395) werden.

⁷⁶ siehe ergänzend Interviewzitate E177, E178, E179 und E180

„[...] die Pflegeplanung selber finde ich schon wieder ein unnötiges Unterfangen. [...] Man verbringt viel Zeit mit Pflegeplanungen aufzusetzen, aber den Sinn, den sie eigentlich ergeben sollen, macht es nicht. [...] man kann ja einen Menschen nicht nach dem Plan irgendwie darstellen. Ich meine, jeder hat einen anderen Tag und da kann ich nicht festlegen, dem geht es an dem Tag so, der hat an diesem Tag dieses Bedürfnis und dass er das den nächsten Tag wieder hat.“ (I 5, 372-385)⁷⁷

Um sich einen aktuellen Überblick über den Bewohner zu verschaffen, greifen die Pflegefachkräfte auf verbale Kommunikation direkt mit dem jeweiligen Bewohner bzw. mit Kollegen zurück oder sie nutzen bereits vorhandene Formulare. Aus diesem Grund benötigen die Pflegefachkräfte in ihrem beruflichen Alltag keine weiteren Planungsinstrumente.

„Meiner Meinung nach lernt man die Leute am besten kennen, wenn man sich mit ihnen unterhält oder mit Kollegen sich austauscht und nicht in irgendeine Pflegeplanung guckt. [...] Ich meine, da gibt es noch andere Zettel, wo man das sehen kann, ob der Diabetiker ist, ob man den spritzen muss. Da brauche ich eigentlich eine Pflegeplanung nicht, deswegen.“ (I 5, 385-393)⁷⁸

Auch in der Anwendung der Einschätzungsinstrumente sehen die Pflegefachkräfte keinen Mehrwert. Sie nutzen ihre beruflichen Erfahrungen, um die Situation der Bewohner einzuschätzen und Handlungserfordernisse abzuleiten. Sie setzen die individuellen, situativen Rahmenbedingungen unmittelbar in zielgerichtete Handlungsstrategien um, ohne den Zwischenschritt der Verschriftlichung zu benötigen. Statt Dokumentationsvorlagen zu verwenden, haben „gute Pflegekräfte“ (I 2, 15-16) die pflegerelevanten Veränderungen der Bewohner „im Blick“ (I 2, 15). Sie „machen sehr gute Beobachtungen ohne, dass sie Assessments auswerten“ (I 3, 387-388) und erkennen so die Probleme der Bewohner.

„Wie es früher war, man hat es einfach gemacht und dann das dann so rausgekriegt. Ich meine, so ist das heute auch noch, nur das wir nebenbei noch die Zettel schreiben müssen auch. Viele schauen da nicht wirklich auf die Zettel und gucken dann, wie das ist. Wenn der Bewohner kommt, sieht man ja schon, ob er selber gehen kann, ob er unsicher beim Gehen ist. Wenn ich sehe, er ist unsicher beim Gehen, gehe ich generell in Begleitung mit. [...] Aber das weiß ich auch, bevor ich halt die Zettel ausfülle, dass das so ist.“ (I 5, 466-481)⁷⁹

Die Pflegenden empfinden jene Dokumente als hilfreich, die sich auf konkrete Veränderungen der Bewohner beziehen und ausschließlich praxisrelevante Informationen enthalten.

„[...] ein Formular, das man hinlegt für diesen speziellen Fall ist das jetzt so und so, und der läuft jetzt am Gehwagen und alle wissen das, dann ist das sinnvoller finde ich.“ (I 2, 633-635)

⁷⁷ siehe ergänzend Interviewzitate E181 und 182

⁷⁸ siehe ergänzend Interviewzitat E183

⁷⁹ siehe ergänzend Interviewzitate E184 und E185

Als Maßstab für ihre Qualitätsbeurteilungen nutzen die beruflich Pflegenden und die externen Kontrollinstanzen unterschiedliche Sichtweisen von Ergebnisqualität. Die Pflegefachkräfte erleben, dass im Rahmen der Qualitätskontrollen „die Dokumentation im Vordergrund steht“, (I 6, 90-91) und fast ausschließlich „nur die Dokumentationsqualität“ (I 6, 95) kontrolliert wird. Die Anerkennung der erbrachten Pflegeleistungen durch die Kontrollinstanz ist abhängig von deren Dokumentation und nicht von deren Nachvollziehbarkeit am pflegebedürftigen Bewohner.

„Es kann vieles einfach so geschrieben werden, was nicht gemacht wird. [...] generell schützt das ja nicht davor, dass dann die Arbeit nicht gemacht wird. Ich meine, ich kann ja bei jedem Mal hinschreiben duschen und ich habe den nicht geduscht. Für den MDK [Medizinischer Dienstes der Krankenversicherung: Anm. d. Verf.] zählt dann, ja, der hat geduscht. Andererseits kann ich ihn duschen und vergesse zu schreiben, dass ich ihn geduscht hab, ist er nicht geduscht. War halt früher nicht so. Da hat man das halt gemacht an und für sich. Man hat die Leute gesehen, wie sie aussahen und konnte dann einschätzen, ob sie gut gepflegt werden oder nicht gut gepflegt werden.“ (I 5, 141-148)⁸⁰

Dies wird auch daran sichtbar, dass sich der überwiegende Teil der Kritik auf Mängel in der Dokumentation bezieht. Nicht die von den Pflegenden erbrachten direkten Leistungen am Bewohner werden bemängelt, sondern die fehlerhafte Dokumentation wird seitens der Prüfer beanstandet. Die Kontrollinstitutionen kritisieren vor allem nicht aktualisierte Pflegeplanungen und noch nicht korrekt ausgeführte Neuerungen innerhalb der Dokumentationsvorschriften.

„Wie gesagt, im meisten Fall ist es, dass man an der Pflegeplanung selber was neu schreiben muss. Wenn irgendwelche Standards wieder gekommen sind und man die noch nicht richtig niedergeschrieben hat [...] es ist jetzt nicht generell bewohnerbezogen, dass es da heißt, hier größere Schmerzen, guckt ihr mal nach oder so. [...] Die sagen ja nicht ‘oh, der Mensch sieht jetzt schlecht aus’ oder so, ‘habt ihr nicht gut gemacht’, generell ist es ja, weil man irgendwo was nicht so geschrieben hat, wie sie es wollen.“ (I 5, 444-508)

Entsprechend bewerten die Pflegefachkräfte die Qualitätsprüfungen als Dokumentationsprüfungen. Die Pflegenoten als Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung spiegeln aus ihrer Sicht vor allem die Dokumentationsqualität wider. Sie machen jedoch keine adäquaten Aussagen in Bezug auf die Art und Weise der konkret erbrachten pflegerischen Hilfen. Eine sehr gute Dokumentationsqualität muss aus Sicht der Pflegefachkräfte nicht gleichbedeutend sein mit der erbrachten pflegerischen Arbeit.

„Ich muss ehrlich sagen, was jetzt gerade die Qualitätsprüfung angeht, wenn man dann auch oftmals eine Eins liest, dann ist das für meine Begriffe das Formular, das der Eins entspricht, nicht unbedingt der pflegerischen Arbeit.“ (I 2, 202-204)

Die Pflegefachkräfte sehen sich zur Umsetzung der regelgeleiteten Dokumentationsansprüche verpflichtet. Sie müssen sich an die ihnen auferlegten Vorschriften halten, obwohl sie keinen

⁸⁰ siehe ergänzend Interviewzitate E186, E187 und E188

Mehrwert in den umfangreichen Dokumentationsvorgaben sehen und sie diese zum Teil nicht nachvollziehen können.

„[...] und man selber muss es ja machen, ob man jetzt einen Sinn darin sieht oder nicht.“ (I 5, 27-28)

„Ich sage zwar manchmal immer, lieber der Heimbewohner als die Akte, aber irgendwann muss man eben auch mal die Akte machen, das ist so.“ (I 20, 680-682)⁸¹

Umsetzungsbarriere: mangelnde Beteiligung am Qualitätsmanagement

Eine weitere Grenze des Qualitätsmanagements erleben die Pflegefachkräfte in der mangelnden Berücksichtigung ihrer beruflichen Belange. Die Ausführungen der Pflegekräfte lassen erkennen, dass sie selbst keinen unmittelbaren Einfluss auf die Inhalte und die Gewichtung der Dokumentationsrichtlinien haben. Unabhängig von ihrer persönlichen Einschätzung in Bezug auf den „Sinn“ (I 5, 513) der Informationen für ihr Handeln, müssen die Pflegefachkräfte die an sie herangetragenen Anforderungen erfüllen.

„Wenn er jetzt sein Axe sensitive da hat, dass das dann auch drinne stehen muss. Finde ich auch ein bisschen übertrieben, ehrlich gesagt. Es ist schon wichtig, wenn irgendwo eine Allergie ist oder so, dass das drin steht und auch beschrieben ist, dass er nicht unbedingt von Nivea die Produkte, weil er auf Nivea allergisch reagiert, aber Seife ist Seife. Ob ich da jetzt welche von Isana habe oder eine andere, das finde ich ist nicht so entscheidend.“ (I 2, 553-558)⁸²

So sehen die Pflegefachkräfte den Dokumentationsumfang als konstruiertes Problem, dass sich durchaus in ihrem Sinne verändern ließe. Eine Anpassung der Dokumentationsforderungen an die beruflichen Bedürfnisse der Pflegenden könnte die bewohnerorientierte Ausrichtung der Pflegeleistungen verbessern und Frustrationspotentiale seitens der Pflegenden senken.

„Aber das mit dem ganzen Schreiben - ich meine das ist, da könnte der Mensch noch was dafür tun, dass das nicht so gemacht wird. Hätte man mehr Zeit dafür [für den Bewohner: Anm. d. Verf.] und könnte natürlich auch ein bisschen zufriedener die Arbeit gestalten.“ (I 5, 274-277)

Die Pflegefachkräfte beklagen sich über die inhaltliche Gestaltung der Dokumente, mit denen sie arbeiten. Formulare, die nicht eindeutig und selbsterklärend sind, erschweren die Arbeit der Pflegenden.

„Also ich muss ehrlich sagen, wenn ich auf ein Formular draufgucke und muss dann schon überlegen, ja was wollen die jetzt von mir hier wissen, dass ich das nicht als gute Formulare empfinde.“ (I 2, 7-9)

⁸¹ siehe ergänzend Interviewzitat E189

⁸² siehe ergänzend Interviewzitate E190 und E191

Statt Unverständlichkeit und hohem Umfang wünschen sich die Pflegefachkräfte „übersichtlich gestaltete“ (I 11, 594) und „so knapp wie möglich“ (I 11, 558) ausgeführte Dokumentation. Die Handlungsleitlinien sollen sich auf wesentliche Aspekte mit unmittelbarem Praxisbezug beschränken. Wird die Theorieebene nicht praxisnah in den Berufsalltag übertragen, besteht die Gefahr, dass die Dokumente von den Anwendern nicht genutzt werden.

„[...] viele Sachen haben letztendlich für den Alltag, für das Greifbare keine Relevanz. Wahrscheinlich ist das in dem Moment der wissenschaftlichen Erarbeitung notwendig, das in dieser Breite zu machen, aber für uns als Pflegefachkräfte ist es wichtig, dass das was drin steht, ist ja ok, dass es sie gibt, aber dass das eben fachlich sinnvoll runter gebrochen wird. Auf das, was notwendig ist und das, was durchgesetzt werden muss.“ (I 11, 561-565)

Nicht nur im Bereich der Dokumentation müssen die Pflegefachkräfte Vorgaben erfüllen, an deren Ausarbeitung sie nicht beteiligt waren. Die Pflegefachkräfte erleben das Qualitätsmanagement insgesamt als stark hierarchisiert. Sie sehen ihre Aufgabe darin, die durch das Qualitätsmanagement aufgestellten Forderungen im beruflichen Alltag zu realisieren, ohne diese zu hinterfragen.

„Also das Qualitätsmanagement läuft ja so von oben nach unten. In der Ausarbeitung und in dem, was da in den Assessments und was alles auch die ganzen anderen Bereiche auch, haben wir weniger mit zu tun. Das machen schon noch unsere Übergeordneten [...] ich hab eigentlich damit zu tun, dass ich das umsetze, für mich und dass ich das auch an meine Kollegen weitergebe und auch kontrolliere, ob es umgesetzt wird [...] ohne groß da immer ständig was in Frage zu stellen.“ (I 3, 289-302)

Die Pflegenden bedauern den mangelnden Einbezug bei der Lenkung von Pflegequalität. So werden beispielsweise Testläufe mit Überprüfung der Zweckmäßigkeit in Bezug auf geplante Veränderungen nicht durchgeführt. Zudem wird den Pflegenden der positive Nutzen von Maßnahmen nicht aufgezeigt. Stattdessen erfahren sie häufig top down gesteuerte Veränderungen, deren Sinn sich ihnen nicht erschließt.

„[...] wir werden zu wenig gefragt. Es wird zu viel angeordnet, ohne das zu hinterfragen oder ohne das einfach mal auszutesten. [...] Ich wünschte mir, dass das einfach mal ausprobiert würde, bringt das überhaupt was, macht das Sinn und nicht einfache Sache ständig geändert werden und ständig wird noch was anderes und ohne zu wissen, ob das sinnvoll ist.“ (I 3, 35-40)

Dies wird auch im folgenden Beispiel sichtbar. Die Pflegefachkräfte erleben, dass ihre eigene Systematik beim Richten der Tabletten durch Vorgaben der Kontrollinstitutionen reglementiert wird. Die Begründungen für die gestellten Forderungen bleiben für die Pflegenden unverständlich und nicht nachvollziehbar. Das an ihre beruflichen Alltagsbedingungen angepasste Handeln wird durch zusätzliche Forderungen reglementiert. Dies erleben sie als Mehraufwand und mangelndes Vertrauen in ihre Fachlichkeit.

„[...] beim Medikamentenstellen nehmen wir immer diese Blister [...] raus. [...] haben die uns schon so geordnet und tun die nicht die einzelnen, wenn zum Beispiel zehn Tabletten drin sind, nicht wieder in die große Packung rein. [...] Und da wurde diesmal angekreidet [...] dass wohl wir die wieder zurücktun müssten in die große Packung. Was natürlich dann wesentlich mehr Arbeit machen würde. [...] Wieso kann ich die nicht so hinlegen, wie ich sie in der Reihenfolge brauch. Mit der Begründung, es könnte jemand vom Personal an den Schrank gehen und die Teile mutwillig vertauschen, damit sie dann bei einem anderen Bewohner landen. Deswegen sollten wir sie wieder zurück in die Verpackung tun, was eigentlich gar keinen Sinn hat, nur wesentlich mehr Arbeit macht.“ (I 5, 159-172)

Der mangelnde Einbezug der Pflegenden in das Qualitätsmanagement wird auch bei der Überarbeitung von Assessments sichtbar. Da „alles funktioniert und es den Bewohnern gut geht“ (I 3, 77-78), so dass aus pflegerischer Perspektive keine Probleme bestehen, d. h. „alles gut im Blick“ (I 3, 66) und abgesichert ist, sehen die Pflegefachkräfte keinen Veränderungsbedarf. Gleichzeitig werden immer wieder neue Forderungen an sie herangetragen, die sie nicht nachvollziehen können.

„Warum ist man dann nicht mit dem zufrieden, was man jetzt hat. [...] Warum muss ich da ständig alles übertun und wieder was Neues erfinden [...] Die Assessments werden ja ständig geändert, mal wieder, immer wieder. [...] Oftmals sind es ja noch nicht einmal Probleme, die da auftauchen, sondern es ist nur irgendwo was gefunden worden, was man evtl. noch mit rein nehmen könnte [...]“ (I 3, 68-83)⁸³

Nicht nur im Zusammenhang mit der Dokumentation, sondern auch darüber hinaus gehende Maßnahmen des Qualitätsmanagements bewerten die Pflegenden in Bezug auf den unmittelbaren Mehrwert für die Bewohner. Die Pflegenden identifizieren sich nicht mit den regelgeleiteten Ansprüchen des Qualitätsmanagements, sie stehen „nicht wirklich dahinter“ (I 3, 49), wenn die gestellten Forderungen keinen unmittelbaren, individuellen Nutzen für den einzelnen Bewohner haben und sie aus Sicht der Pflegefachkräfte für das berufliche Handeln wenig bedeutsam sind.

„[...] das sind gerade mal drei Punkte gewesen von unzähligen, die ich in den letzten Jahren erlebt habe. Wo man auch von sagt, das ist eigentlich nicht wirklich, was dem Bewohner was bringt. Es bringt nur, dass wir weniger Zeit für die Bewohner haben [...] Ich meine, da denke ich mal, hat fast jeder so die Ansicht, dass er lieber die Zeit mit dem Bewohner verbringen würde und sich mal kurz unterhalten, anstelle sich hinzusetzen und Kalorien zu zählen oder beim Tabletten stellen die Blister zurückzustellen.“ (I 5, 205-216)

Da die Pflegenden den Veränderungsbedarf nicht immer nachvollziehen können, ergreifen sie Maßnahmen der Gegenwehr in Form von Protesten. Dabei erleben die Pflegefachkräfte, dass sie kein Gehör in Bezug auf ihre beruflichen Bedürfnisse und Ansprüche finden. Die Pflegefachkräfte

⁸³ siehe ergänzend Interviewzitate E192 und E193

bewerten diese Situation für sich als aussichtslos, sie müssen die an sie herangetragenen Forderungen erfüllen.

„Aber das ist einfach eine Vorschrift, es muss gemacht werden und wir setzen es dann auch um. [...] und es gibt ja auch immer wieder Proteste und ja, aber letztendlich ändert es ja nichts. Es interessiert nicht wirklich, was wir hier sagen an der Basis sagen, das empfinde ich so, dass ist eben das, was ich nicht gut finde.“ (I 3, 51-60)⁸⁴

Umsetzungsbarriere: eingeschränkter Handlungsspielraum

Das Qualitätsmanagement reguliert das fachliche Handeln der Pflegefachkräfte auf ein vom Bewohner unabhängiges Standardniveau pflegerischer Hilfeleistungen. Die Fokussierung auf die Erfüllung regelgeleiteter Vorgaben kann der Umsetzung individueller, an den Bedürfnissen der Bewohner orientierter Pflegemaßnahmen entgegenstehen. So sehen sich die Pflegenden veranlasst, entgegen ihren bewohnerorientierten Ansprüchen, vornehmlich generalisierte Hilfeleistungen umzusetzen.

Als Ausgangspunkt zeigt sich die Annahme der Pflegenden, vorgegebene Standardanforderungen genau und ohne Abweichungen erfüllen zu müssen.

„Zum Beispiel Expertenstandards, diese Vorgaben gibt es und danach wird ganz strikt gearbeitet [...]“ (I 3, 411-412)

Entsprechend zeigt sich die Entschlossenheit der Pflegefachkräfte, die Anforderungen und Regeln, welche von den Prüfungsinstanzen kontrolliert werden, erfüllen zu wollen. Ihr Handeln richten sie nicht an ihren eigenen beruflichen Vorstellungen und auch nicht an den Bedürfnissen der Bewohner aus.

„[...] es muss ja alles so sein, wie vorgeschrieben. Man will ja auch, wenn der MDK [Medizinischer Dienst der Krankenversicherung; Anm. d. Verf.] kommt, dass alles so ist, wie sie es möchten.“ (I 4, 280-281)⁸⁵

Die Pflegefachkräfte konstatieren, dass bei strikter Einhaltung der Regeln die mit der Lebenswelt des alten Menschen einhergehenden Risiken nicht ausreichend berücksichtigt werden. Der im Rahmen von Qualitätsmanagement formulierten Zielsetzung „Gefahrenabwehr“ stehen das hohe Alter der Pflegebedürftigen und die damit verbundenen Risiken gegenüber. Die Pflegenden erleben, dass sie Gefahren im Bereich der Bewegung, wie die Entstehung von Kontrakturen oder die Sturzgefährdung, nicht hundertprozentig kontrollieren und unter den gegebenen Umständen „nicht abwenden“ (I 3, 377) und „nicht ändern“ (I 3, 377) können.

⁸⁴ siehe ergänzend Interviewzitate E194 und E195

⁸⁵ siehe ergänzend Interviewzitat E196

„Na ja, wenn alte Herrschaften mit 90, 95 [Jahren: Anm. d. Verf.] Kontrakturen kriegen, ist schwer, die zu verhindern. Es ist wirklich schwierig. [...] wir beschreiben dann alle Gelenke, die dann Beuge- oder Streckkontrakturen haben, aber richtige Möglichkeiten, das zu verhindern, haben sie nicht.“ (I 12, 594-597)

„[...] wenn ich 98 bin, kann ich nicht mehr so ein Knochengerüst haben, wie ich mit 20 hatte. [...] Obwohl es doch eigentlich menschlich ist, dass im Alter auch ein Sturz passieren kann.“ (I 10, 789-804)⁸⁶

Auch im Bereich der Ernährung steht der Grundgedanke des Qualitätsmanagements, möglichst alle Risiken vollständig absichern zu wollen, im Vordergrund. Das Handeln der Pflegefachkräfte ist durch die gesetzten Normenvorgaben bestimmt. Kommt es seitens der Bewohner zu Abweichungen von Normenvorgaben in Form von Gewichtsverlust, sind die Pflegenden angehalten, unverzüglich korrigierende Maßnahmen zu ergreifen.

„Hat der Bewohner ein bisschen weniger gegessen eine Woche [...] Jetzt muss ich gleich, ist er unter BMI [Body-Mass-Index: Anm. d. Verf.] gerutscht, unter normalen BMI, sofort Maßnahmen ergreifen, dass der BMI wieder in die normale Spalte rutscht.“ (I 8, 282-286)

„[...] wenn sie zwei Kilo verlieren, muss ich schon den Arzt informieren [...] Der hat zwei Kilo abgenommen, selbst wenn er 150 kg wiegt, darf er das nicht abnehmen. Es könnte ja ein Grund von Krebs oder so etwas sein, dass man sonst nicht merkt.“ (I 5, 738-742)

Starre Standards berücksichtigen nicht die Lebenswelt der Bewohner des Pflegeheimes, denn der mit der Pflegebedürftigkeit einhergehende Abbau von körperlichen Kräften und Ressourcen kann nur in Grenzen aufgehalten werden und der Erhalt eines dauerhaft guten Allgemeinzustandes wird als unrealistisch angesehen.

„[...] die Maßstäbe sind doch schon [hoch: Anm. d. Verf.]. Auch von der Ernährung her, da wird nach dem BMI geguckt. [...] Die kann nicht mehr dicker werden.“ (I 17, 542-545)⁸⁷

Am Beispiel des Sterbeprozesses der Bewohner wird dies von den Pflegenden besonders eindringlich beschrieben. So weisen sie darauf hin, dass der Sterbeprozess der Bewohner nicht mit Gewichtszunahme verbunden ist. Unter dem Gebot der Regelgeleitetheit werden die individuellen Bedürfnisse der Bewohner, wie beispielsweise Appetitlosigkeit, nicht ausreichend in den Handlungsprozess mit einbezogen. Die Pflegefachkräfte erleben, dass sie sich auch in dieser Lebensphase eindringlich um eine Gewichtserhöhung bemühen sollen.

„Wenn da jemand über 90 ist und mal keinen Appetit mehr hat und zum Sterbeprozess gehört ja auch dazu, dass man irgendwann Gewicht verliert. Man stirbt ja nicht, in dem man immer mehr zunimmt, man verliert ja an Gewicht, weil man dann nichts mehr essen will.“

⁸⁶ siehe ergänzend Interviewzitat E197

⁸⁷ siehe ergänzend Interviewzitate E198, E199 und E200

[...] Hat zehn Kilo verloren [...] Oh, da müssen sie aber gucken, dass die jetzt die zehn Kilo wieder zunimmt. Werden wir dann aufgefordert, irgendwie alles zu unternehmen. Notfalls gibt es noch eine Scheibe Brot morgens und abends mehr, damit der wieder auf sein altes Gewicht kommt.“ (I 5, 742-750)

Durch die Ablehnung der Hilfestellung seitens der Bewohner kommen die Pflegefachkräfte an die Grenzen der Erfüllung fachlicher Normen. Die Pflegenden wissen um ihre Fürsorgepflicht. Gleichzeitig sehen sie die aktuellen Wünsche und die Situation der Bewohner, die nicht immer mit den fachlichen Anforderungen übereinstimmen.

„Getränke, da sind mir auch irgendwo die Hände gebunden. Wenn mir ein Bewohner einfach nicht, ich meine ich kenne meine Zieltrinkmenge, ich weiß, was der Bewohner trinken sollte, aber wenn mir der Bewohner das nicht abnimmt, dann sind mir auch die Hände gebunden. Wenn ich halt immer wieder anbiete und anbiete und er lehnt immer wieder ab. [...] dann sind mir auch die Hände gebunden.“ (I 16, 413-416)

Zudem sind allumfassende Maßnahmen zur Sicherung von aktuellen und potentiellen Problemen nicht ohne Abstriche im Pflegealltag umsetzbar. Und auch die Lebensqualität der Bewohner kann in hohem Maße Einschränkungen erfahren, wenn umfangreiche Schutzmaßnahmen ergriffen werden.

„Ich kann ja nicht jeden in ein Geschirr nehmen und ihn den ganzen Tag unter ständiger Beaufsichtigung haben. Das ist nicht möglich.“ (I 10, 804-806)

Die im Spannungsfeld von Normenorientierung und Bewohnerorientierung getroffenen situativen Einzelfallentscheidungen der Pflegefachkräfte werden nicht immer von den Kontrollinstanzen akzeptiert. Die fachlichen Begründungen, Absprachen im Pflorgeteam, Absprachen mit dem zuständigen Arzt und den Angehörigen durch die Pflegefachkräfte und die Nachweise über den Erfolg der Maßnahme in der Dokumentation reichen nicht immer aus, um die Abweichung vom Standardprozedere transparent nachzuweisen.

„Der MDK [Medizinische Dienst der Krankenversicherung: Anm. d. Verf.] hat aber kritisiert, warum wir so einer Frau abends was zum Schlafen geben. [...] Es ist kein Schlafmittel und das tut der Frau einfach gut. Das kann man in Berichtsblättern nachlesen, man kann das nachvollziehen in der Pflegeplanung in den Berichtsblättern ist unsere Erklärung. Die Angehörigen stehen dahinter, der Hausarzt steht dahinter, also jeder steht dahinter und sieht das auch so. Aber der MDK kreidet uns das an und das sind so Sachen, die kann man nicht nachvollziehen.“ (I 3, 424-431)

Den Berichten der interviewten Pflegefachkräfte zu Folge kann es dazu kommen, dass Kontrollinstanzen auf ihrer Position beharren, „es gibt halt wenige, mit denen man noch über irgendwas reden kann“ (I 5, 153-154). Die aus Sicht der Pflegefachkräfte unzureichende Betrachtung der Bewohnersituation erleben die Pflegenden als Angriff auf ihre „Fachlichkeit“ (I 3, 440), die „ein

bisschen in Frage gestellt wird“ (I 3, 440-441). Zudem bewerten es die Pflegefachkräfte als negativ, dass ihnen die Verantwortung für nicht erfüllte Normen zugeschrieben wird.

„Nur mit solcher Akribie, wie das [die Bewertung des Handelns durch Kontrollinstanzen Anm. d. Verf.] manchmal abläuft und mit welcher, manchmal auch Kurzsichtigkeit das abläuft, das finde ich nicht so gut. Also dass wir eigentlich keine Möglichkeit haben, irgendwas zu rechtfertigen [...] Es wird schon hinterfragt, aber es wird nicht akzeptiert.“ (I 3, 406-458)

„Und das empfinde ich ganz schlimm, wie man da gegängelt wird und was da geguckt wird, und ob man ja alles erfüllt hat. Und da sind sie eigentlich als Krankenschwester oder als arbeitende Pflegende hier diejenige, die dann den schwarzen Peter kriegt. Wehe, wenn man da irgendeine Stufe vergessen hat.“ (I 10, 280-284)

Die Pflegefachkräfte erleben Standardisierungsmaßnahmen als Einschränkungen ihrer beruflichen Entscheidungs- und Handlungsfreiheit. Ein hohes Maß an regelgeleitetem Handeln zeigt sich als mechanisiertes Abarbeiten von Pflegeleistungen. Dieses vorbestimmte Handeln ist aus ihrer Sicht schwer zu durchbrechen und geht mit einem Verlust an Eigenständigkeit und Eigeninitiative einher. Die durch das Qualitätsmanagement generierten regelgeleiteten Rahmenbedingungen bewerten die Pflegefachkräfte als fachliche Bevormundung ihres Handelns, das keine Handlungsalternativen zulässt.

„Es braucht nicht mehr Expertenstandards zu geben. Dann würde ja ‚übergepflegt‘ werden. [...] Nicht nur das Abarbeiten von diesen Standards, von diesen Maßnahmen. [...] Wir sind nicht irgendwelche Maschinen, die hier alles genau, Punkt für Punkt abarbeiten, wir wollen halt auch noch ein bisschen die Eigenständigkeit und [...] Eigeninitiative wollen wir gerne auch noch durchführen können. [...] man fühlt sich so ein bisschen bevormundet. Das und das muss gemacht werden. Ich würde es aber vielleicht anders machen wollen [...].“ (I 8, 258-269)

Vor der Einführung des Qualitätsmanagements gab es noch nicht so umfangreiche Regelungen, die das berufliche Handeln der Pflegenden bestimmten. Aus Sicht der Pflegenden führt die zunehmende Standardisierung im Pflegealltag zu vermindertem intuitiven und weniger einfühlsamen Pflegehandeln.

„Die Pflege war früher, vor zwanzig Jahren, war sie, wie nennt man das, flexibler ist ein falsches Wort, kreativ auch ein falsches Wort, es war einfach eben nicht so genormt, ja, es war mehr empathisch, so aus sich heraus. Klar haste auch bestimmte Vorgaben gehabt, aber man konnte eher aus dem Bauch heraus arbeiten.“ (I 11, 678-682)

5.1.3 Dilemma der Handlungssituation

Als zentrales Themencluster zeigt sich das Dilemma, dem einzelnen Bewohner nicht gerecht werden zu können. In Bereichen der zuvor beschriebenen Einflussfaktoren Heimeintritt, Bewohner-

bedürfnisse, Arbeitsorganisation und Qualitätsmanagement werden Spannungsfelder zwischen dem pflegerischen Selbstverständnis und dem tatsächlichen Erleben des Pflegealltags sichtbar.

5.1.3.1 Spannungsfeld: Heimeintritt

Als Folge des ungewollten Heimeintritts erleben die Pflegefachkräfte Bewohner, die mit dem Übertritt in das Pflegeheim sehr unglücklich sind. Ihre Unzufriedenheit mit der Gesamtsituation Pflegeheim übertragen die Bewohner auch auf die Pflege. Besonders deutlich wird diese Problematik in der Gegenüberstellung der Betreuung durch Tagespflege und Pflegeheim. Im Rahmen der Tagespflege bleiben die älteren Menschen in ihrem heimischen Umfeld eingebunden. Sie nehmen diese Situation sehr gut an, denn nach den täglichen Betreuungsphasen „können sie wieder nach Hause gehen“ (I 6, 290-291).

„In der Tagespflege ist es positiver, die Menschen sind zufrieden, sie können jeden Abend nach Hause fahren und sind eigentlich abends in ihrer gewohnten Umgebung und mit ihren Angehörigen zusammen, das was sie auch gern haben. [...] Als ein Beispiel sehe ich eigentlich eine Frau, die bei uns in der Tagespflege viele Jahre war. Sehr unauffällig, sehr zufrieden und glücklich mit dem, was war. Sie fand es immer schlimm, wenn sie mal nicht in die Tagespflege kommen konnte, am Wochenende [...]“ (I 6, 210-223)

Die Situation im Pflegeheim stellt sich für die Betroffenen schwieriger dar. Die Pflegenden erleben Bewohner, die „von Grund her unzufrieden“ (I 6, 231-232) sind. Diese Einstellung der Bewohner führen die Pflegefachkräfte darauf zurück, dass die Bewohner mit dem Ortswechsel ins Pflegeheim im Übermaß unglücklich sind.

„Aber solche Geschichten [die Unzufriedenheit der Bewohner: Anm. d. Verf.] sind aus dem Ursprung eigentlich, weil die Menschen jetzt hier zu Hause sind und eigentlich manche nicht glücklich damit sind, nicht mehr zu Hause zu sein [...]“ (I 6, 207-209)⁸⁸

Ihre Unzufriedenheit äußern die Bewohner nicht in Bezug auf konkrete Details. Sie beanstanden ihre Situation im Pflegeheim auf allgemeiner Ebene: „generelle Verwünschungen“ (I 6, 205-206), „ist alles Mist“ (I 6, 207), „es ist eben alles nicht richtig“ (I 6, 230), „es gab nichts zu essen, den ganzen Tag noch nicht“ (I 6, 230-231). Die beruflich Pflegenden schlussfolgern, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen die Mitarbeiter im Pflegeheim mehr Mühe und Kraft aufbringen müssen, wenn sie den Ansprüchen der Betroffenen gerecht werden wollen.

„[...] aber es ist eben auf jeden Fall 100% schwieriger, in einer vollstationären Einrichtung einen Menschen zufrieden zu stimmen im Gegensatz zu einer Tagespflege.“ (I 6, 286-288)

Ziel der Pflegenden ist es, die Wünsche der Bewohner zu erfüllen. Wechselnde Ansprüche der Bewohner erschweren den Pflegenden jedoch die Umsetzung dieses Ziels. Trotz intensiver und

⁸⁸ siehe ergänzend Interviewzitat E201

zahlreicher Versuche, die Pflegemaßnahmen auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner auszurichten und die Pflegesituationen flexibel zu gestalten, schaffen die Pflegenden es nicht, die Bewohner zufrieden zu stellen.

„Es ist auch manchmal nicht einfach, es recht zu machen. Es gibt auch Leute, die sagen, ‘meine Lieblingsfarbe ist rot’. Und wenn man dann mit was Rotem kommt, ist nur mal so ein Beispiel, ‘ich hasse rot’. Obwohl definitiv gestern noch feststand, rot ist die Lieblingsfarbe. Also, wo ständig die Ansichten hin und her wechseln und man will es ja eigentlich richtig machen. Aber es ist zum Beispiel immer falsch. Aber dann guckt man sich das halt vielleicht über Monate an oder über Wochen auch, und dann weiß man auch, es ist jetzt egal, was auf dem Brot drauf ist, es ist eh falsch.“ (I 4, 235-241)

Die Bemühungen der Pflegefachkräfte reichen nicht immer aus, den unfreiwilligen Übertritt in das Pflegeheim zu kompensieren. Da die Unzufriedenheit mit den erbrachten Leistungen aus Sicht der Pflegenden unmittelbar mit dem unfreiwilligen Übertritt verbunden ist, schlussfolgern sie, dass auch Handeln auf hohem Qualitätsniveau die Zufriedenheit und die Stimmungslage der Bewohner nicht verbessern kann. Die Pflegesituationen sind durch die Ausgangslage negativ determiniert.

„[...] wenn jemand sowieso unglücklich ist mit einem Auszug aus der häuslichen Umgebung und Einzug in eine Einrichtung, wo er eigentlich nicht hin wollte, dann kann man eigentlich als Pflegekraft machen, was man will, man wird den nicht zufrieden stellen. Man kann dann sehr hohe Qualität bringen, aber es wird nicht reichen.“ (I 6, 235-239)⁸⁹

Vor diesem Hintergrund stellen die Pflegenden die Erhebung der Bewohnerzufriedenheit im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen in Frage. Hier bleiben die Folgen des unfreiwilligen Wechsels in Form von Missfallen der Bewohner und die damit verbundene Übertragung von Unzufriedenheit auf die erbrachten institutionellen Leistungen unberücksichtigt.

„Deswegen empfinde ich diese Befragung [der Bewohner: Anm. d. Verf.] auch unreell [...] Es gibt kein reelles Bild, was Qualität betrifft.“ (I 6, 235-248)

Neben der generellen Unzufriedenheit der Bewohner erleben die Pflegenden auch den Unmut der Angehörigen. Die Bewohner bringen ihre Missstimmung über den unfreiwilligen Heimaufenthalt auch gegenüber ihren Angehörigen zum Ausdruck. Sie machen darauf aufmerksam, dass sie sich im Pflegeheim nicht wohl fühlen und erwarten von ihren Angehörigen, dass sie zur Verbesserung ihrer Situation beitragen. Dies führt dazu, dass sich die bereits angespannte Lage weiter zuspitzt.

⁸⁹ siehe ergänzend Interviewzitat E202

„[...] und manchmal ist es auch so, wie ein Protest gegen die Angehörigen, die sagen, mir geht es aber hier schlecht. Tut was, damit es mir besser geht. Ihr seid dran schuld, dass ich hier bin, so ungefähr und dann steigert sich das Ganze dann eben auch.“ (I 6, 270-273)

Für die Angehörigen der Bewohner ist diese Situation schwierig. Sie leiden unter der Anklage der Bewohner und geraten zudem auch unter Handlungsdruck.

„Für die Kinder war das nicht leicht gewesen, weil ihre Mutter ihnen auch noch so Vorwürfe gemacht hat. Sie wollte unbedingt wieder nach Hause.“ (I 13, 508-510)

Nach dem Einzug in das Pflegeheim nehmen die Angehörigen Verhaltensänderungen bei den pflegebedürftigen Bewohnern wahr. Die Pflegefachkräfte bringen die Veränderungen mit der „Eingewöhnungsphase“ (I 10, 435) in Verbindung. Die Heimbewohner müssen sich in der Phase des Heimeintritts erst mit ihrer neuen Lebenssituation vertraut machen. Dieser Prozess wird nicht von allen Angehörigen wahrgenommen. In der Folge sprechen Angehörige die Pflegefachkräfte auf negative Verhaltensweisen an und hinterfragen diese. Die Pflegenden fühlen sich von den Angehörigen gedrängt, die Verhaltensweisen der Bewohner rechtfertigen zu müssen.

„Die Aggressivität [der Bewohner: Anm. d. Verf.] wo die auf einmal herkommt. [...] indem man [der Angehörige: Anm. d. Verf.] dann kommt und sagt, ‘meine Mutter hat das zu Hause aber nicht gemacht. Wieso, weshalb, warum ist das Handtuch kaputt?’ [...] oder ‘meine Mutter trinkt nicht genug’ und dann kommt ‘und warum trinkt sie dann eben nicht genug?’“ (I 10, 438-444)⁹⁰

Vielmehr erleben die beruflich Pflegenden, dass mit der Entscheidung für den Heimeintritt diese Angelegenheit für Angehörige oftmals als erledigt gilt und sie nicht mehr darüber reden und verhandeln wollen. Die Pflegenden sehen, dass jüngere Angehörige den Zwiespalt zwischen häuslicher Versorgung und Einzug in ein Pflegeheim nicht nach außen tragen. Gleichzeitig nehmen sie aber auch die inneren Anspannungen der Angehörigen wahr, entgegen ihrer eigentlichen geplanten Übernahme der Betreuung zu handeln.

„[...] aber bei Jüngeren stelle ich das dann auch teils fest, dass das so ad acta, ‘Mutter du gehst jetzt ins Altersheim, das ist erledigt, es wird darüber nicht mehr diskutiert!’ Ja? Ich will ihnen jetzt nichts unterstellen, nur es sieht in jüngeren Jahren problemloser aus. [...] das ist ebenso heutzutage und da ist das so. Und selber tragen die in sich diesen Konflikt, ich wollte es ja eigentlich ganz anders machen. [...] Jetzt muss ich sie ins Altersheim geben. Ich habe ihr ja eigentlich versprochen, sie immer hier zu lassen.“ (I 10, 476-456)

Die Angehörigen „verdrängen, dass sie selber damit ein Problem“ (I 10, 450) haben und sie setzen sich nicht offen mit den Pflegebedürftigen auseinander. Die Pflegenden können nachvollzie-

⁹⁰ siehe ergänzend Interviewzitat E203

hen, in welcher schwierigen Situation sich die Angehörigen befinden. Sie nehmen wahr, dass die Angehörigen mit dieser Situation überfordert sind.

„Ich kann mich auch manchmal in die Angehörigen versetzen, wie schwierig das ist, ihrem Vater oder Mutter zu sagen, ‘du ich kann das nicht, ich schaffe das nicht.’ [...] So jetzt arbeiten sie immer, haben ihre Stellung und ihre Mutter wird morgen zum Pflegefall. So, jetzt steht auf einmal die Frage da, die verdrängt man ja vorher. ‘Oh, meine Mutter hat es immer so gut mit mir gemeint.’ Man kommt in einen Gewissenskonflikt [...]“ (I 10, 429-464)

In diesem Zusammenhang erleben die Pflegenden immer wieder, dass Angehörige die älteren Menschen nicht umfassend über die getroffenen Entscheidungen und ihre aktuelle Lebenssituation informieren. Zudem gibt es auch Fälle, in denen die Bewohner in das Pflegeheim einziehen, ohne über die Dauerhaftigkeit ihres Aufenthaltes informiert zu sein. Die Bewohner werden im Glauben gelassen, dass sie nur kurze Zeit im Pflegeheim verbringen.

„Manche wissen gar nicht, dass sie hier für immer bleiben müssen. Kriegen dann von ihren Angehörigen gesagt, sie gehen zur Kurzzeitpflege und dann werden sie nicht mehr geholt. Das haben wir auch des Öfteren.“ (I 16, 194-196)

„[...] ‘ich gehe doch am Montag wieder weg, am Montag bin ich doch wieder zu Hause.’“ (I 10, 416-417)⁹¹

Die Pflegenden sind dann auch mit den Fragen der Bewohner konfrontiert. Die Pflegebedürftigen wollen wissen, wann sie wieder in ihr häusliches Lebensumfeld zurückkehren können.

„Wir haben vielmals, dass Bewohner einziehen und die Kinder sagen, du bleibst erstmal für drei bis vier Wochen hier und dann sehen wir weiter. Die wissen ganz genau, wenn die drei oder vier Wochen vorbei sind. Dann fangen sie an, ‘ja, wann kommen wir denn nach Hause, wann kommt denn mein Sohn und holt mich wieder nach Hause?’“ (I 13, 524-527)

Dass die Angehörigen ihre Entscheidung für die Betreuung im Pflegeheim nicht mit den Pflegebedürftigen besprechen, hat Folgen für die Beziehung zwischen Bewohner und Pflegenden. Aufgrund der mangelnden Ehrlichkeit richten die Bewohner ihren Blick auf ihr ursprüngliches Zuhause. Sie können sich nicht auf das neue Lebensumfeld einlassen. Die Pflegenden erleben, dass ihnen der „Schwarze Peter“ (I 10, 283) zugeschoben wird und sie von den pflegebedürftigen Bewohnern als Gegner angesehen werden, die der Rückkehr nach Hause entgegenstehen.

„Aber für uns ist sehr frustrierend, wenn diese Leute wirklich mit so einer Lüge herkommen. Weil dann werden wir ja als Fremdlinge angesehen und dann auch wie so Feinde auf Deutsch gesagt. Das müssen wir uns dann erst immer erarbeiten. Das ist eine schwierige Situation und das kommt leider auch wirklich vor.“ (I 10, 422-425)

⁹¹ siehe ergänzend Interviewzitat E204

Die Pflegefachkräfte betonen, dass die Bewohner ein Gespür für die mangelnde Aufrichtigkeit haben und sie diese erahnen, unabhängig davon, welche Krankheitsbilder bei den Bewohnern vorliegen. Auf dieser Basis fällt es den Pflegenden schwer, Vertrauen zu den Bewohnern aufzubauen, so dass sie sich ihre „Glaubwürdigkeit ganz schwer“ (I 10, 411) erarbeiten müssen.

„[...] das ist ja eine Lüge und die Bewohner bekommen das auf irgendeine Weise mit [...] Aber es ist ja ein Fakt und man kann es nicht verdrängen und selbst Leute mit Demenz merken das.“ (I 10, 410-432)

5.1.3.2 Spannungsfeld: Bewohnerbedürfnisse

Die Pflegenden erleben, dass die Bedürfnisse der verschiedenen Bewohner nicht immer in Einklang zu bringen sind. Bewohner, deren Orientierung intakt ist, können die Störungen durch ihre desorientierten Mitbewohner nicht akzeptieren und äußern gegenüber den Pflegenden ihren Unmut.

„[...] natürlich beschweren sich dann auch zum Teil auch zu Recht die Bewohner, die noch orientiert sind [...]. Kann ich schon verstehen, wenn man da eine halbe Stunde daneben sitzt oder eine Stunde oder auch anderthalb Stunden, dass einem das irgendwann auf den Keks geht.“ (I 11, 212-219)

„Wie gesagt, irgendwelche Geräusche auch von sich abgibt, das ist schon, muss man als orientierter Mensch dann auch schon akzeptieren wollen, können.“ (I 11, 275-276)

Manche Heimbewohner können die Verhaltensweisen ihrer pflegebedürftigen Mitbewohner nicht immer im Kontext der vorliegenden Erkrankungen einschätzen und beurteilen. Aus diesem Grund zeigen sie sich wenig empathisch und drücken ihre Missbilligung auch in Form von körperlichen Zurechtweisungen aus. Die Pflegefachkräfte sehen sich bei Unstimmigkeiten in der Pflicht, schlichtend einzugreifen und wenn nötig die Bewohner auch vor Maßregelungen zu schützen.

„Also man versucht das schon irgendwie zu vermitteln oder die werden auch manchmal handgreiflich anderen Bewohnern gegenüber. Beobachtet man auch zum Teil, wenn zum Beispiel jemanden der behindert ist, der zerrupft halt die Zeitungen und verknüllt die irgendwo hin [...] Die [Inkontinenzvorlagen: Anm. d. Verf.] holt er sich aus dem Mülleimer raus und steckt die sich in die Hose rein. Da sind andere Bewohner, wenn die das merken, die geben ein Klaps auf den Hinterkopf oder auf die Finger drauf, das beobachtet man dann schon. Also man muss dann auch die Bewohner dann auch schützen, vor anderen Heimbewohnern. Weil die sich ja auch in dem Moment auch nicht selbst helfen können.“ (I 16, 303-312)

Die beruflich Pflegenden haben die Verantwortung für alle Bewohner im Wohnbereich. Sie wollen den Ansprüchen aller Bewohner im gleichen Maße gerecht werden. Dies erscheint aber unmöglich, denn die Erfüllung der Bedürfnisse der orientierten Bewohner geht auf Kosten der des-

orientierten Bewohner und umgekehrt. Die Pflegenden sehen sich in einer Zwangslage, denn sie können die gegensätzlichen Anforderungen der Bewohner nicht gleichzeitig erfüllen.

„Aber die Frage ist dann eben, entweder der orientierte Bewohner geht irgendwo anders hin, auf sein Zimmer oder ich schiebe den desorientierten Bewohner irgendwo hin. Aber die Möglichkeiten habe ich eben räumlich auch überhaupt nicht. Ich will den Desorientierten nicht abschieben in sein Zimmer, kann aber auch dem Orientierten nicht sagen, 'gehen sie doch in ihr Zimmer', wenn sie das gar nicht will. Schwierig.“ (I 11, 219-223)

Ein weiteres Spannungsfeld zeigt sich in der Frage, wie die pflegerischen Leistungen und Betreuungsmaßnahmen auf die einzelnen Bewohner verteilt werden. Die Pflegenden erleben, dass verschiedene Faktoren begrenzend auf ihre berufliche Handlungsautonomie einwirken.

Zur Regulierung ihres Handelns nutzen sie die im Rahmen der Begutachtung festgelegte Pflegestufe der Bewohner. Diese sind aus Sicht der Pflegefachkräfte mit bestimmten Zeitbudgets für pflegerische Hilfeleistungen verbunden. Der Normvorgabe nach stehen Bewohnern mit Pflegestufe 1 weniger Zeitressourcen zu als Bewohnern mit Pflegestufe 2 oder 3. Erheben Bewohner mit niedriger Pflegestufe umfassende Forderungen, die mit einem hohen Zeitaufwand verbunden sind, können die Pflegefachkräfte diese nicht erfüllen. Die Erfüllung der Anforderungen ginge einher mit hohem Zeitverbrauch und dies hätte zur Folge, dass andere Bewohnern im gleichen Verhältnis auf Zeit und Zuwendung verzichten müssten.

„Aber sie [die Bewohnerin: Anm. d. Verf.] hat Pflegestufe 1 und dann hat mal eine Kollegin, die hat gesagt, das geht nicht, wir können nicht 25 Minuten bei ihnen drin sein und es sind ja eigentlich von der Pflegestufe her 45 Minuten am Tag. Und wir haben ja schon früh über 25 Minuten bald gebraucht und ich sage und bei anderen Kandidaten, die die 3 haben, die im Bett liegen, dann zwacken wir da die Zeit ab, das geht ja irgendwo nicht.“ (I 17,205-209)

„Sie können natürlich bei einem Pflegefall, der eine 1 hat, nicht ständig im Zimmer sein, das ist nicht möglich.“ (I 10, 601-602)

Nicht alle Pflegenden sind mit der Handlungsregulierung nach Normenvorgabe durch Pflegestufen einverstanden. Die Pflegefachkräfte haben auch den Anspruch, über das Maß der Pflegestufe hinaus „alle [Bewohner: Anm. d. Verf.] gleich zu halten“ (I 16, 104) zu wollen. Unabhängig von der Pflegestufe wollen sie die individuellen Bedürfnisse der Bewohner in ihrem Pflegehandeln berücksichtigen.

„Man versucht ja auch irgendwo, alle gleich zu halten und jedem irgendwo gerecht zu werden. [...] Man kann ja nicht sagen, der eine hat jetzt Pflegestufe 2 oder so, dem stehen jetzt mehr Minuten zu, es geht ja um die Pflegeminuten. Also ich möchte schon auch jemanden, der Pflegestufe 1 nur hat, auch mal zuhören können.“ (I 16, 103-107)

Für die Pflegefachkräfte ist es bedeutsam, dass Bewohner mit einem geringeren pflegerischen Versorgungsbedarf auch psychosoziale Bedürfnisse haben, deren Erfüllung Zeitressourcen in

Anspruch nimmt. Sie erachten es als wichtig, die Bedürfnisse nach Kommunikation, Aufmerksamkeit und Zuwendung im Pflegealltag zu berücksichtigen.

„Neulich ging es mir so, da hat mir eine Bewohnerin [...] erzählt, sie hatte sich von ihrer Enkelin die Kleidung mitbringen lassen, wenn sie mal verstirbt. Was sie anziehen möchte und sie wollte mir das eben mal sagen, dass das alles im Schrank liegt und das im Beutel ist und das es beschriftet ist und da habe ich mich halt so zu ihr gesetzt, habe ihr einfach mal zugehört und wo sie fertig war mit ihren Ausführungen, hat sie gesagt, ‘schönen Dank, dass sie mir zugehört haben’. Und das hat mich irgendwie stark berührt, muss ich sagen. [...] Ja, sie hat eben diese Zuwendung auch gebraucht, obwohl sie nur Pflegestufe 1 ist, aber sie brauchte einfach auch meine Zeit, die ich mir halt mal genommen habe für sie [...] Man fragt sich dann, habe ich wirklich so wenig Zeit für diesen Bewohner und für andere vielleicht mehr?“ (I 16, 107-120)

Neben der Pflegestufe beeinflussen auch direkte Forderungen von Bewohnern und deren Angehörigen den Handlungsspielraum der Pflegenden. Einige Bewohner treten den Pflegefachkräften stark fordernd gegenüber. Sie beanspruchen an ihren individuellen Bedürfnissen ausgerichtete Pflegeleistungen und dulden keine Abweichungen. Die detaillierten Ansprüche sind mit hohem Zeitverbrauch für die Pflegenden verbunden, welcher die Pflegenden stark unter Druck setzt.

„Das muss haargenau [wie gewünscht umgesetzt werden: Anm. d. Verf.], und wenn man einmal nicht so den Plan [ihren Plan: Anm. der Verf.] erfüllt, da merkt man schon, [...] das kostet aber Zeit. [...] Schneller kann man dann nicht machen. Husch die husch geht nicht.“ (I 17, 199-214)

Die Angehörigen erwarten aufgrund ihrer Zuzahlungen, dass die Pflegenden den Bewohnern ein gewisses Maß an Zeit in Form von Zuwendung geben. Die Pflegenden fühlen sich zerrissen, denn sie können die Ansprüche der Angehörigen nachvollziehen, diese aber nicht im gewünschten Umfang realisieren.

„Das ist auch immer so ein Zwiespalt. Die Angehörigen kommen und sagen, ‘ja, wir bezahlen jetzt hier so und so viel Geld, kostet der Heimplatz und dafür möchten wir auch diese und diese Pflege haben’. [...] ‘das habe ich bezahlt und da möchten sie sich auch mal eine Stunde oder was weiß ich Zeit nehmen’. [...] Es gibt Angehörige, die schon ein bisschen schwieriger sind, die verlangen schon sehr viel, was du auch nicht alles immer so umsetzen kannst [...]“ (I 15, 543-549)

Ihrem Anspruch entsprechend, schätzen die Pflegefachkräfte die Handlungssituation unter fachlichen Gesichtspunkten ein, um den Bewohnern, „die eigentlich die meiste Versorgung auch benötigen“ (I 2, 411) zeitnahe Unterstützung zukommen zu lassen. Dem gegenüber stehen jedoch eindringliche Forderungen von Bewohnern, die auf weniger umfangreiche Hilfe angewiesen sind.

„Das ist so ein bisschen ein Dilemma und bzw. auch so eine Erwartung, die mich persönlich so ein bisschen nicht befriedigen, wo ich sage, mein pflegerisches Verständnis ist halt mehr

so, dass ich halt dem, der die meiste Hilfe braucht erstmal gerecht werde und dann diejenigen, die noch selber essen können, fordern sich ihre Hilfe aber oftmals ein.“ (I 2, 411-415)

Der von den direkten Ansprüchen einzelner Bewohner oder von Angehörigen ausgehende Handlungsdruck kann dazu führen, dass die Pflegefachkräfte entgegen ihrem beruflichen Selbstverständnis handeln. Hartnäckige Forderungen und mögliche Beschwerden setzen die Pflegenden unter Druck. Diese geben dem äußeren Drängen nach und leisten die eingeforderte Unterstützung. Andere Bewohner, zum Beispiel demenziell erkrankte Bewohner, werden dagegen vernachlässigt, da sie „halt am wenigsten dann auch mal sagen“ (I2, 421-422). Unter dieser Situation leiden die Pflegenden sehr. Sie erleben ihr Handeln fremdbestimmt, denn sie richten ihr Handeln nicht an ihren persönlichen beruflichen Ansprüchen aus.

„Dieses Dilemma. Verstehen Sie das jetzt nicht falsch, ich komm vom Dorf und wir hatten früher Schweine. Das sollen sie jetzt nicht so wörtlich nehmen, aber das spiegelt es vielleicht am deutlichsten wieder. Mein Opa hat immer so gesagt, ‘die Schweine, die am lautesten schreien, werden als erstes gefüttert, damit sie satt sind’. Und in dem Fall ist es vielleicht auch so. Derjenige, der am meisten rummeckert oder am meisten die Hilfe einfordert und sich auch beschwert, der wird als erstes in dem Fall befriedigt, bearbeitet. [...] derjenige, der nichts mehr sagen kann, weil er hochgradig dement ist, der ist ja erstmal ruhig [...]. Man macht es halt. Ich mach es auch, aber ich finde das für mich selber unbefriedigend, dass es so ist. Aber ja, es ist dann auch teilweise der Druck von den Angehörigen, wenn sich die dann beschweren oder so, dass man das dann halt abarbeitet als erstes. (I 2, 424-434)⁹²

5.1.3.3 Spannungsfeld: Arbeitsorganisation

Ziel der Pflegenden ist es, alle Bewohner entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse und Wünsche zu betreuen. Schwierigkeiten treten auf, wenn sich die Wünsche der Bewohner zeitlich überschneiden. Bei der Grundpflege am Morgen kann es sein, dass verschiedene Bewohner zur gleichen Zeit Hilfestellungen benötigen. Die Erfüllung bewohnerorientierter Ansprüche ist in diesem Rahmen von vorneherein zum Scheitern verurteilt, denn die Pflegefachkraft kann nicht zur gleichen Zeit bei verschiedenen Bewohnern Pflegemaßnahmen durchführen. Die Pflegenden empfinden die Situation, Leistungen in eng begrenztem zeitlichen Rahmen erfüllen zu müssen, als „schwierig“ (I 11, 52) und „hart“ (I 11, 50).

„Und meistens ist es dann so kurz vor halb [sieben: Anm. d. Verf.], dass es dann so losgeht die ersten zu versorgen und da muss ich schon teilweise bei den Runden aufpassen, wenn ich dann drei habe, die früh aufstehen wollen, und habe die in meiner Runde drinnen, da habe ich schon ein Problem, weil alle drei kriege ich nicht um halb sieben versorgt. Wenn ich bei einem bin, dauert das bestimmt eine halbe Stunde, und da ist der nächste um 7 Uhr und wenn ich dann noch mal eine halbe Stunde weiter denke, dann ist schon eine Stunde vergangen, bevor ich den dritten anfangen kann, der nach Möglichkeit auch um 6.30 Uhr aufstehen will.“ (I 2, 394-401)⁹³

⁹² siehe ergänzend Interviewzitat E205

⁹³ siehe ergänzend Interviewzitat E206

Überschneidungen von Bedürfnissen treten auch oft im Nachtdienst auf. Der Anspruch besteht, dass Bewohner zeitnah Unterstützungsleistungen erhalten sollen. Können die Erfordernisse nicht auf mehrere Mitarbeiter verteilt werden, dann sehen sich die Pflegefachkräfte gezwungen, die Bedürfnisse und Anforderungen der einzelnen Bewohner abzuwägen. Um einen Bewohner zu schützen, verzögert sich die Hilfestellung beim nächsten Bewohner. Die Pflegenden erleben den Entscheidungsdruck als „problematisch“ (I 13, 133) und an ihren Kräften zehrend.

„Man soll ja auch gleich hingehen, wenn geklingelt wird, aber das kann man manchmal nicht [...] Wir haben eine Nachtdienstwache, die ist alleine hier im Haus und die sagt auch immer, 'also ich muss dann sehen, wenn ich bei dem einen Bewohner bin, da muss ich erstmal zu Ende alles, wenn der auf Toilette ist, dann kann ich ihn ja nicht einfach sitzen lassen, das geht nicht. Dann steht er vielleicht auf und fällt und stürzt und bricht sich irgendwas und dann muss man dann immer abwägen, wo man zuerst hingehet.' [...] das geht auch auf die Substanz dann irgendwann. (I 13, 146-156)

Als Charakteristikum des beruflichen Pflegealltages zeigt sich, dass die Gestaltung der einzelnen Handlungssituationen nicht von den individuellen Bewohnerbedürfnissen, sondern durch den Blick auf die Gesamtsituation und die Gesamtverantwortung gesteuert wird.

Aufgrund ihres engen Zeitplanes richten die Pflegefachkräfte bei der Erbringung von Hilfeleistungen ihren Blick auf die nachstehend zu erledigenden Aufgaben und die Zeit für den einzelnen Bewohner ist stark begrenzt.

„Das ist ja jetzt auch nicht lange, wenn man dann mal fünf Minuten bei ihr ist, dann musst du ja auch wieder weiter, weil du dann halt auch wieder zum Nächsten musst. Ja, das ist halt so der Alltag.“ (I 15, 203-205)

„Den, den, den, den und dann geht es schon wieder zum nächsten weiter. (I 21, 53-54)⁹⁴

Die Pflegenden bewerten die einzelne Handlungssituation im Kontext auf ihre Gesamtverantwortung für alle Bewohner. Aus dieser Perspektive beinhaltet die Zuwendung zu einem speziellen Bewohner gleichzeitig die Nichterfüllung von Bedürfnissen vieler anderer Bewohner, die zu dieser Zeit keine Zuwendung erfahren (vgl. I 15, 111-113).

Hinzu kommt, dass sich die Pflegefachkräfte, im Gegensatz zu Praktikanten, die nur die Einzelaufgabe im Blick haben müssen, nicht auf die individuelle Handlungssituation einlassen können. Dadurch, dass die Pflegefachkräfte in Gedanken bereits bei den nächsten Verrichtungen sind, nehmen sie sich nicht die Zeit für eine intensivere Betreuung und Zuwendung zu den Pflegebedürftigen, denn sie haben „dann schon wieder im Hinterkopf, was man in der Zeit alles noch erledigen muss“ (I 11, 333-334) bzw. dass sie „eigentlich schon wieder wo anders sein“ (I 15, 350) müssten.

⁹⁴ siehe ergänzend Interviewzitat E207

„Gut ich sage, wir Schwestern haben dann wieder in Gedanken schon, wir müssen schon wieder weiter und müssen ja pünktlich vorne sein und die [Praktikanten: Anm. d. Verf.] können sich dann doch mal zehn Minuten mehr Zeit nehmen, so sehe ich es. Da ist man wieder an die Uhr gebunden.“ (I 17, 237-240)⁹⁵

Immer wiederkehrend erleben die beruflich Pflegenden das Spannungsfeld zwischen der Erfüllung standardisierter Leistungserbringung und ihrem Anspruch einer am Lebensprozess des alten Menschen ausgerichteten Pflege. Die Pflegenden konstatieren, dass eine individuelle Pflege mit umfangreicher Zeit und Zuwendung verbunden ist. Sie stehen im Konflikt, dem einzelnen Bewohner individuelle Hilfestellungen zu gewähren und gleichzeitig aber auch für die Betreuung und Versorgung der zahlreichen anderen Bewohner verantwortlich zu sein.

„Ich weiß nicht, ob das über die Jahre, das ist auch im Alltag so täglich, also man steht schon unter hohem Zeitdruck, auf der einen Seite willst du es den Bewohnern recht machen, weil eigentlich ältere Menschen brauchen sehr viel Zeit und Anspruch und da geht halt nicht mehr alles so schnell. Der eine braucht auch ein bisschen länger als wie der andere, aber du kannst es halt nicht. Auf der anderen Seite hast du halt wieder die Zeit, musst halt unheimlich viele Bewohner schaffen.“ (I 15, 12-17)

Das Handeln der Pflegenden ist nicht standardisierbar, denn der Unterstützungsbedarf der pflegebedürftigen Bewohner ist nicht kontinuierlich auf gleichem Niveau. Passen die Pflegefachkräfte ihre Hilfestellungen den Bedürfnissen der Bewohner an, kann ihr Zeitplan in Bedrängnis geraten. Benötigt ein Bewohner mehr Zeit und Betreuung, sehen sich die Pflegenden in Not. Sie haben das Problem, dass ihnen die verbrauchte Zeit bei den folgenden Pflegeleistungen nicht mehr zur Verfügung steht.

„Also man ist halt immer viel von der Zeit abhängig. Wenn du jetzt siehst, sagen wir mal, du brauchst jetzt, es sind halt Menschen keine Maschinen, für den einen brauchst du halt mal zehn Minuten länger, weil da halt noch irgendwie was dazwischenkommt oder es ist ja nicht jeder Tag gleich. [...] Die Zeit fehlt dir dann aber wieder für den nächsten und es ist manchmal schon ganz schön [schwierig: Anm. d. Verf.].“ (I 15, 31-35)

Auch wenn die Pflegefachkräfte die Reihenfolge ihrer Aufgaben in Anlehnung an die institutionellen Bedürfnisse organisieren, werden Pflegemaßnahmen nicht individuell an die Bedürfnisse der Bewohner angepasst. Die Pflegefachkräfte erfüllen ihren eigenen Anspruch der Bewohnerorientierung nicht und haben wenigstens tendenziell ein schlechtes Gewissen.

„Wenn ich frei habe, möchte ich auch nicht früh 6:30 Uhr aufstehen, wenn es nicht unbedingt sein muss. [...] Nicht jetzt, weil halt alle bis 08:00 Uhr fertig sein müssen, das ist dann nämlich auch nicht gerade das Optimale. [...] Ja, das ist nicht immer angenehm. Gerade jetzt, wenn es früh dunkel oder früh noch dunkel ist, die schlafen ja früh auch noch alle. [...] aber

⁹⁵ siehe ergänzend Interviewzitate E208, E209, E210 und E211

manchmal da ist es nicht einfach, wenn man dann jetzt müssen wir aber, später habe ich dann gar keine Zeit oder so. Manchmal nicht so einfach.“ (I 14, 341-351)

Die Pflegefachkräfte fühlen sich unter Druck, wenn sie den Umfang der Unterstützungsleistungen an der Uhr ausrichten müssen. Die vielen Aufgaben in hoher Geschwindigkeit abarbeiten zu müssen, ohne sich auf die einzelne Handlungssituation einstellen zu können, macht den Pflegefachkräften „zu schaffen“ (I 21, 57) und es ist für sie „nicht einfach“ (I 13, 47) diesen Konflikt zu bewältigen.

„Und dann die Zeit eben. Das dann und dann, der Zeitdruck das macht mich dann immer so unglücklich.“ (I 18, 189-190)

„Die Zeit! Die Zeit macht den Stress aus. Und wenn man auch immer auf die Uhr schaut, das ist viel und jetzt auf der Station 2 sind viele Demenzkranke. Der kommt an und auf Toilette, die andere kommt an und sucht wieder was, also das muss man auch verarbeiten, dass dann so viele, zu viel auf einmal ist.“ (I 13, 44-47)

Als Konsequenz der Arbeitsorganisation zeigt sich, dass es den Pflegenden sehr schwer fällt, die Bedürfnisse aller Bewohner in gleichem Maße zu erfüllen. Ihren beruflichen Alltag müssen sie auf der Basis, „nicht jeden Tag genug Zeit für jeden“ (I 11, 367) aufbringen zu können, bewältigen. Dieses Dilemma zwischen persönlichem Anspruch und Umsetzbarkeit nicht auflösen zu können, wirkt als beruflicher Belastungsfaktor.

„Das ist schwierig, das zu vereinbaren. [...] Aber manchmal dieses sich zerteilen, das ist schwierig manchmal. Es jedem richtig recht zu machen, das ist ganz schwer. Man versucht es, aber es klappt nicht immer.“ (I 9, 394-398)

„Da hat man manchmal das Gefühl, das man irgendwo überfordert ist und man schafft es einfach nicht, jedem gerecht zu werden.“ (I 16, 94-96)

Jüngere Pflegende verweisen darauf, dass auch erfahrene Pflegefachkräfte das Spannungsgefüge zwischen bewohnerorientiertem Anspruch und Wirklichkeit im Pflegealltag erleben und sich damit überfordert fühlen. Der Pflegeberuf hat sich aus ihrer Sicht gewandelt und an Attraktivität verloren. Früher war es den Pflegenden möglich, intensivere Betreuungsleistungen zu erbringen. Sie sind unzufrieden damit, dass sie unter den aktuellen Bedingungen ihre bewohnerorientierten Ansprüche nicht in vollem Umfang erfüllen können.

„Die [älteren Kollegen: Anm. d. Verf.] erzählen auch nur, wie es vor 10 Jahren mal war und wie schön das war, wo sie mit den Leuten raus gehen konnten. Die sind, glaube ich, selber jetzt damit überfordert, mit der ganzen Situation. Was für ein Stress eigentlich im Alltag ist. Das es längst nicht mehr so schön ist, der Pflegeberuf, wie er mal früher war. [...] Heutzutage sieht man das schöne Wetter da draußen und weiß, dass nicht wirklich die Zeit ist, dass man mal eine halbe Stunde mit wem rausgehen kann. Das ist dann schon ärgerlich.“ (I 5, 113 -125)

Der „Zwiespalt“ (I 17, 348) zwischen Normerfüllung und Bewohnerorientierung prägt den Arbeitsalltag der Pflegefachkräfte (vgl. I 17, 346-357). Die Prioritätensetzung zugunsten der regelgeleiteten Normenerfüllung hat zur Folge, dass innerhalb der Arbeitsorganisation psychosoziale Belange in den Hintergrund geraten. Der Verlust an individueller Zuwendung und Betreuung bedeutet für die Pflegefachkräfte, dass ein zentrales Merkmal der beruflichen Altenpflege verloren gegangen ist, ein Verlust an beruflicher Identität.

„[...] Unheimlich wichtig ist die Dekubitusgefahr, soll ja auch alles sein, ist ja auch alles richtig, aber dass an sich auch mal das Gespräch, sich mal dazu setzen und so, das fehlt alles und das, ich meine die Zeit hast du dann dafür nicht mehr. Was eigentlich auch Altenpflege ausmacht, sage ich mal.“ (I 15, 105-108)⁹⁶

5.1.3.4 Spannungsfeld: Qualitätsmanagement

Aufgrund des Zeitmangels schaffen es die Pflegenden nicht immer, alle geforderten Standards in vollem Umfang zu erfüllen. In der Folge versuchen die Pflegefachkräfte das „dann halt durch Schreiben abzudecken“ (I 5, 333), das heißt, sie dokumentieren Maßnahmen, die sie nicht erbracht haben. Diese Situation ist für sie sehr unangenehm und es geht ihnen „nicht gut“ (I 5, 348) dabei. Die Pflegefachkräfte fühlen sich unter hohem Druck, denn der Zeitmangel als Rahmenbedingung des pflegerischen Handelns, wird als Rechtfertigungsgrund von den Mitarbeitern der Kontrollinstitutionen nicht anerkannt.

„Also man würde es [die Kontrakturprophylaxe: Anm. d. Verf.] natürlich gern richtig machen wollen, aber man weiß ja selber, es ist einfach das Geld nicht wirklich da, dass man genug Pflegekräfte hat. [...] Ja, so gut geht es einem nicht, weil man weiß, man unterschreibt eigentlich was, was man nicht wirklich gemacht hat. Aber andererseits muss man es unterschreiben, weil es gefordert ist, wenn ich es nicht unterschreibe, fragen die, warum machen sie so was nicht. Dann wollen die nicht als Ausrede hören, ich hatte keine Zeit, das interessiert die dann nicht.“ (I 5, 348-357)⁹⁷

Die Pflegefachkräfte konstatieren zudem, dass bei Qualitätsprüfungen das Missverhältnis zwischen hohem geforderten Leistungsumfang und tatsächlichen, realistischen Umfang der Leistungserbringung nicht erkannt bzw. nicht benannt wird. Die Pflegenden stellen sich die Frage, ob die externen Prüfer die Nicht-Realisierbarkeit des hohen Leistungsumfanges nicht sehen oder nicht sehen wollen (da es nicht ihren Aufgabenbereich tangiert). Der Kontrollfokus liegt aus Sicht der Pflegenden auf der Dokumentation der pflegerischen Leistungen und weniger auf der tatsächlich realisierbaren Umsetzbarkeit der Leistungen im Pflegealltag.

⁹⁶ siehe ergänzend Interviewzitat E212

⁹⁷ siehe ergänzend Interviewzitat E213

„Ja, ich denke, die kontrollieren das, was da steht, gucken ob die, ob das ordnungsgemäß geschrieben ist, das da ordentlich formuliert ist, so wie es sein soll, aber dass das gar nicht geht, das sehen die gar nicht. Ich weiß nicht, ob sie es sehen. Sie haben ja auch ihren Katalog, den sie abfragen müssen. Das andere gehört nicht dazu anscheinend. Das liegt aber auch nicht am Haus, das ist einfach so.“ (I 14, 326-330)

Für die Pflegefachkräfte zeigt sich ein Missverhältnis zwischen den regelgeleiteten Dokumentationsanforderungen und ihrer persönlichen, bewohnerorientierten Prioritätensetzung. Aus ihrer Sicht sind die Gewichte nicht richtig ausgewogen (vgl. I 3, 22), denn die Pflegenden bemessen den Wert der von ihnen geleisteten Dokumentationsarbeit im Hinblick auf die Bedeutung für die Bewohner. Die Einhaltung von Dokumentationsvorschriften kommt nicht den Bewohnern zugute, sondern geht auf Kosten des Zeitbudgets direkter, unmittelbarer pflegerischer Unterstützungsleistungen, denn sie haben „noch weniger Zeit für die Leute“ (I 5, 51). Zeit für sinnvolle Unterstützungsleistungen geht dadurch verloren.

In der Folge wird der Stellenwert der Dokumentation als Instrument der Qualitätssicherung von den Pflegefachkräften kritisch hinterfragt. Das beschriebene Ungleichgewicht bewerten die Pflegefachkräfte für sich als unbefriedigend.

„[...] man muss Vorschriften haben, nach denen man Arbeiten muss. Aber ich denke immer [...] je mehr ich dem Bewohner von mir geben kann, das ist viel wichtiger für einen alten Menschen, als wenn ich nach Vorschrift irgendwelche Arbeiten mache, wo ich nur Dokumentation schreiben muss. Ich muss so viele schriftliche Arbeiten machen, die mir für den Bewohner verloren gehen, dass wenn ich diese ganze schriftliche Arbeiten nicht hätte [...] hätte ich so viel Zeit für den Bewohner. Das wäre für mich persönlich viel, viel wichtiger, als die Schreiarbeit.“ (I 7, 363-370)

„Wir pflegen zu viel unsere Formulare und Protokolle, als dass wir unsere Bewohner pflegen. Leider, leider ist das so.“ (I 2, 32-33)⁹⁸

Durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen werden zahlreiche Leitlinien aufgestellt, die das Pflegehandeln auf Standardniveau regulieren. Die Pflegefachkräfte empfinden „Widerwille“ (I 8, 297) und „Unverständnis“ (I 8, 297), wenn sie generalisierende Anforderungen erfüllen müssen und die Wünsche der Bewohner nicht umgesetzt werden. Sie bewerten es als „Zwang“ (I 8, 292), der einem am Lebensprozess des alten Menschen orientiertem Pflegehandeln entgegensteht.

„Nein, zu viele [Standards: Anm. d. Verf.] auch nicht. [...] das wäre dann zu viel Bürokratie dann, da geht dann doch die Menschlichkeit ein bisschen verloren, wenn jetzt nur zu stur nach Schema F gemacht werden muss [...]“ (I 9, 253-255)

„Einfach die Handlung durchführen und der [Bewohner: Anm. d. Verf.] muss sich alles gefallen lassen, was er vielleicht noch weniger will.“ (I 8, 276-277)

⁹⁸ siehe ergänzend Interviewzitate E214 und 215

Die Pflegenden stehen im Konflikt, Bewohnerbedürfnisse berücksichtigen zu wollen und Standardleistungen im Pflegealltag durchsetzen zu müssen. Es fällt ihnen schwer, Fürsorgepflicht und Bewohnerautonomie miteinander in Einklang zu bringen.

„Ich stehe eigentlich dazwischen. Ihre Meinung zu akzeptieren, dass sie keine PEG [perkutane endoskopische Gastrostomie: Anm. d. Verf.] möchte und diesem Essen reichen und Trinken reichen. [...] Aber ich weiß nicht, ich tue ihr eigentlich nichts Gutes. [...] Das ist für mich ein ganz großer Zwiespalt. Ich verlängere ihren Leidensweg, aber mir sind auf der anderen Seite die Hände gebunden. [...] Ich möchte der Frau was Gutes tun und in Wirklichkeit versuche ich ja doch jeden Tag sie zu überreden, dass sie ein paar Löffelchen isst. Dass sie den Löffel, den sie zweimal ausgespuckt hat, noch mal isst.“ (I 10, 147-199)

In diesem Zusammenhang stellen die Pflegenden die Frage nach der sie leitenden und lenkenden Zielsetzung ihrer Arbeit. Sie verweisen darauf, dass in der Endphase des Lebens nicht mehr alle Risikofaktoren abgesichert werden können und auch nicht mehr abgesichert werden müssen. Automatisierten Handlungsschritten in der Form von „Maschinerie“ (I 8, 260) hingegen erschweren Abweichungen im Pflegehandeln und in der Folge auch Bewohnerorientierung. Sie plädieren für den Blick und die Annahme der Grenzen des Alters und die Berücksichtigung der individuellen Bewohnerwünsche.

„Warum muss ich jetzt unbedingt dem Bewohner so viel Essen anbieten bzw. verabreichen, wenn es nicht notwendig ist? Das finde ich dann so ein bisschen schade. Als wenn ich das Leben damit verlängern könnte, müsste. Irgendwo sind Grenzen und ein Mensch, der dann nicht mehr so viel essen möchte, muss ich doch akzeptieren, von der menschlichen Seite her.“ (I 8, 298-302)

Ziel der Pflegefachkräfte ist es, die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner zu respektieren und den Bewohnern im Pflegeheim ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Den Pflegenden ist es wichtig, dass die Bewohner die Möglichkeit haben, Pflegemaßnahmen abzulehnen und die Pflegenden diese Entscheidung akzeptieren können. Sie fordern, dass das „individuelle, direkt auf den Menschen bezogene“ (I 9, 231-232) Handeln nicht vernachlässigt werden darf.

„Sturz, da habe ich persönlich große Achtung vor, wobei ich immer sage, der Wunsch des Bewohners muss auch noch im Raum stehen. Ich kann ihn nicht ständig gängeln mit Protektorenhosen, Hilfsgeräten, wenn er die ablehnt. Da muss ich den Wunsch eigentlich als oberstes nehmen. Das ist für mich dann so die Erfüllung. Der Bewohner muss sich wohlfühlen. Und wenn er strikt von sich aus eine Protektorenhose ablehnt und das als unangenehm empfindet, dann möchte ich auch den Wunsch berücksichtigen.“ (I 10, 773-779)

Die Pflegefachkräfte bemängeln die unzureichende Flexibilität in den durch Standards regulierten Bereichen. Für ihr berufliches Handeln wünschen sie sich mehr Möglichkeiten für die Entwicklung eigener Handlungsstrategien und die Umsetzung alternativer Ideen.

„Aber ich denke mal, man kann da auch manches ein bisschen abwandeln, ein bisschen anders, schon nach dem, aber das man sagt, vielleicht was Zusätzliches, was noch dazu genommen, was vielleicht auch schon immer gut war. [...] Ja, dass man nicht stur nach diesen Standards das macht, sondern vielleicht wie gesagt vielleicht auch über den Tellerrand ein bisschen hinausschaut.“ (I 9, 245-251)

Spannungen entwickeln sich auch zwischen bewohnerorientiert ausgerichteter Pflege und möglichen Forderungen von Krankenkassen, wenn ein Schadensfall bei den pflegebedürftigen Bewohnern auftritt. Die Pflegenden fühlen sich sowohl der Autonomie der Bewohner gegenüber als auch dem Schutz der Pflegeheiminstitution vor Schadensersatzforderungen gegenüber zu Loyalität verpflichtet. Es belastet die Pflegenden sehr, wenn die Autonomie der Bewohner durch die Krankenkassen in Frage gestellt wird und die Verantwortung für eine am Bewohner orientierte Pflege entweder der Institution Pflegeheim oder dem Bewohner zu Lasten gelegt wird.

„Wobei ich ganz schlimm empfinde, wenn jemand stürzt, dass durch diese Kassen und diese Versicherung in Rechtssachen doch den Menschen ganz schön die Freiheit genommen wird. [...] es tut mir ein bisschen weh, dass dem Bewohner dann selbst das [das Ereignis, z.B. ein Sturz: Anm. d. Verf.] so zugeschrieben wird.“ (I 10, 782-788)

„Aber dieser Druck so dazwischen [...] Das war früher eben geklärt. Da hat die Krankenkasse das bezahlt und da war es gut und heute versucht man doch immer wieder, auch diese Einrichtung mit in Haftpflicht zu nehmen. [...] Und das bringt einen dann selber auch so in den Zwiespalt, gebe ich denn mein bestes für dieses Haus? [...] Da kommen sie in einen ganz großen Gewissenskonflikt. Das erdrückt einen dann manchmal [...]“ (I 10, 808-817)

Die Fachkräfte stehen vor dem Problem, nicht alle Risiken der Pflegebedürftigen in vollem Umfang absichern zu können. Im Schadensfall müssen sie eindeutig und fehlerfrei nachweisen, dass sie alle notwendigen Vorsorgemaßnahmen eingeleitet haben. Die umfangreiche Begründungspflicht und die Einhaltung der Rechtsvorschriften setzen die Pflegenden unter enormen Druck. Sie fühlen sich schuldig, wenn der Heimträger im Schadensfall Kosten übernehmen muss.

„Zum Beispiel wird jeder Sturz genau dokumentiert von uns. [...] So dieser Zwiespalt, ich kann doch nicht jeden Sturz verhindern. Den muss ich einwandfrei belegen können, das ist ein unheimlicher Druck. Wie drücke ich mich da aus? Da kann schon ein Wort das falsche sein. [...] Da habe ich manchmal so den Eindruck, wer den besseren Rechtsanwalt hat, der gewinnt also. Da hat man ein ganz schlechtes Gefühl, wenn das Haus diese Kosten übernehmen muss.“ (I 10, 792- 803)

Die objektive Bewertung der externen Kontrollinstitution stimmt nicht mit der subjektiven Bewertung der Pflegequalität durch die Pflegenden überein. Die Pflegenden konstatieren, dass innerhalb der Qualitätskontrollen die Erfüllung sozialer Bewohnerbedürfnisse nicht erfasst wird und entsprechend nicht in die Qualitätsbewertung mit aufgenommen wird.

„Das braucht doch so ein Mensch mit 80, 90. Der freut sich, wenn sich mal wer dazu setzt und erzählt mal 20 Minuten oder führt mal ein Gespräch, das wird nicht, das brauchst du nicht zu dokumentieren, das wird ja nicht von denen abgefragt, das wollen die ja gar nicht wissen.“ (I 15, 98-101)

Die Gegenüberstellung der Bewertung zeigt einerseits sehr gute Pflegenoten bei externen Überprüfungen, andererseits bewerten die Pflegefachkräfte ihr berufliches Handeln als „bestimmt keine gute Pflege“ (I 15, 531). Dem Empfinden der Pflegenden nach ist die externe Bewertung besser als ihr erlebter Pflegealltag, denn „eine 1,0, wie es in vielen Häusern der Umgebung ist“ (I 15, 556-557) empfinden die Pflegefachkräfte aus ihrer Perspektive als „schmeichelhaft“ (I 15, 557). Die unterschiedliche Ergebnisbewertung weist darauf hin, dass die guten Pflegenoten nicht die beruflichen Ansprüche der Pflegefachkräfte in Bezug auf eine am Lebensprozess des Menschen orientierte Pflege widerspiegeln.

„Ich meine, das Haus hat zwar auch 1,0 und alles, aber ich finde, das eine 1,0 ist für mich auch was anderes. Das ich auch dem Bewohner mal sage, ich komme und erfülle dir jetzt mal den Wunsch und setze mich mal eine halbe Stunde dazu oder so, dass ich für mich auch das ausschlaggebende, was haben die Leute noch? Die Pflege sicherlich, muss es da sein, er muss gut versorgt sein. Die Behandlungspflege, das muss alles stimmen, das soll schon alles so sein. Aber für mich ist auch mal, ob an dem Pullover oder dieses kleine Fleck dann daran ist, ob das nun ausschlaggebend, ob Sauberkeit immer groß geachtet wird, das ist denke ich mal wichtiger, dass man sich auch mal dazu setzt und auch mal ein offenes Ohr hat für denjenigen, das finde ich besser.“ (I 15, 505-513)

5.1.4 Handlungsstrategien in Bezug auf Dilemma-Situationen

Im Umgang mit dem Dilemma, dem einzelnen Bewohner nicht gerecht werden zu können, zeigen die Pflegefachkräfte unterschiedliche Handlungsstrategien, wobei oftmals nur ein Teil der Handlungsreaktionen punktuelle Erleichterung bietet und das Dilemma bestehen bleibt bzw. nicht gelöst werden kann.

5.1.4.1 Verantwortung abgeben vs. tragen müssen

Um die erlebten beruflichen Spannungen im stationären Setting zu mindern, geben die Pflegefachkräfte berufliche Verantwortung in Bezug auf die unmittelbare Pflege am Bewohner ab. Aufgrund ihrer aktuellen Lebenssituation kommt die Suche nach beruflichen Alternativen als Reaktion auf das erlebte Dilemma jedoch nicht für alle Pflegefachkräfte in Frage.

Im Laufe der letzten Jahre stiegen die beruflichen Anforderungen für Pflegenden im stationären Pflegeheim kontinuierlich an. Die zahlreichen Neuerungen (vgl. I 14, 205), die umfangreichen Arbeitsaufgaben und den Zeitmangel bei der Betreuung und Versorgung der Bewohner (vgl. I 12,

195) erleben die Pflegefachkräfte als sehr belastend. Sie führen zu dem „Trend“ (I 12, 192), dass „viele Mitarbeiter nicht allzu lange bleiben“ (I 12, 188). Viele Pflegefachkräfte sehen im Berufsausstieg eine Möglichkeit, den gegebenen beruflichen Bedingungen und Belastungen zu entfliehen.

„Dokumentation hat sehr zugenommen. Das war [...] vor einigen Jahren noch nicht so extrem, der enorme Zeitdruck auch, den man hat. Ich erlebe auch, dass viele aus dem Beruf wieder ausscheiden. Habe ich erst, etliche, die mit mir gelernt haben, die arbeiten gar nicht mehr in dem Beruf.“ (I 14, 209-212)⁹⁹

Besonders wirksam ist die Dauerhaftigkeit der Belastungen. Die Pflegefachkräfte schaffen es nicht, die kontinuierlich bestehenden Beanspruchungen über die lange Zeit der Berufstätigkeit zu kompensieren.

„[...] die Zeit und der Druck, was sich da auch schon verändert hat, das ist deutlich. Weiß man immer nicht ganz genau, ob man das so auf Dauer [schafft: Anm. d. Verf.]. Man merkt es ja selber, man ist ja ständig unter Druck und Zeit und dies und das noch [...].“ (I 15, 406-408)

Berufstätige, die schon länger in der Altenpflege tätig sind, benennen ihre eingeschränkte körperliche Verfassung als Ursache für einen Austritt aus dem Pflegeberuf. Da die Pflegefachkräfte im Arbeitsalltag häufig auf sich alleingestellt sind, treten „starke Rückenprobleme“ (I 14, 474) auf. Sie schaffen es nicht, die körperlichen Anforderungen „bis zur Rente“ (I 14, 466) zu erfüllen.

„Man merkt, dass der Körper darunter sehr leidet. Weil viele Arbeiten, die man halt zu zweit machen müsste, macht man ja doch alleine, weil es gar nicht anders möglich oftmals ist und das merkt sich der Körper dann irgendwann. Ja ich kenne etliche auch, die gar nicht mehr aus körperlichen Gründen, wo das gar nicht mehr geht.“ (I 14, 475-479)

Aufgrund der bestehenden Belastungen verlässt eine Vielzahl der Fachkräfte bereits unmittelbar nach der Ausbildung den Pflegeberuf. Mit Blick auf ihre berufliche Zukunft wenden sie sich frühzeitig von der Pflege als Arbeitsbereich ab und suchen sich andere Bereiche für ihre Erwerbstätigkeit.

„Gerade junge Leute, die lernen das und machen das drei Jahre und dann suchen sie sich was anderes, weil sie das bis zur Rente ist das nicht möglich, also denken die sich dann auch, dass das nicht zu schaffen ist.“ (I 14, 212-214)

„Ja, die lernen das, und wenn die fertig sind, dann was anderes dann. Die drei Jahre dann halt die Maßnahme dann haben, habe ich schon häufig erlebt, und dann was anderes dann arbeiten.“ (I 14, 538-539)

⁹⁹ siehe ergänzend Interviewzitate E216 und 217

Auch unrealistische Berufsvorstellungen führen zum frühzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf. Der Arbeitsbereich von Altenpflegern zeigt sich im öffentlichen Bild als eine einfache und leicht zu bewältigen Betreuungstätigkeit. Demgegenüber stehen in der stationären Pflegepraxis aber umfangreiche fachliche Anforderungen, die Altenpfleger im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit erfüllen müssen. Die komplexen Anforderungen, die die Pflege von schwerstkranken alten Menschen mit sich bringen, werden auch bei der Berufswahl unterschätzt.

„Ich denke mal, dass sich viele was anderes unter dem Beruf vorstellen. Die sehen, ‘ach die gehen im Garten spazieren oder die fahren den ganzen Tag mit dem Rollstuhl’, das mache ich als Fachkraft nicht. Wissen sie, dass geht gar nicht. Dafür gibt es extra Angestellte, die das machen. Nur, die denken, wenn sie Altenpfleger lernen, ‘ach na ja, so ein bisschen Spazieren gehen, Tabletten stellen’, so was kriege ich hin, aber dass da ganz viel dran hängt, das sehen die gar nicht. [...] Das sind alles schwerkranke Menschen, die meistens ja in die Heime kommen. Das, denke ich, ist denen gar nicht so bewusst.“ (I 14, 542-549)

Die Berufstätigkeit von Altenpflegern im stationären Bereich beinhaltet auch eine „sehr große Verantwortung“ (I 14, 550). Als ausgebildete Fachkräfte übernehmen sie die Pflicht, die Versorgung und Betreuung der alten Menschen sicher zu stellen, und die Bewohner vor Schaden zu bewahren. Da sie den Dienst in der Regel nur mit Unterstützung von Pflegehelfern absolvieren, tragen die Fachkräfte im Arbeitsalltag die umfassende Verantwortung.

„[...] und stehst du alleine manchmal als Fachkraft manchmal da und du hast die ganze Verantwortung. Und wenn ich Nachtschicht dann zum Beispiel, da habe ich Verantwortung für 86 Leute hier im Haus alleine. [...] Das ist schon. Ja, es ist noch ein Pflegehelfer noch mit dabei. Nur ich habe als Examiniertere habe dann die Verantwortung für die ganzen Leute.“ (I 15, 408-416)¹⁰⁰

In der Übernahme der umfassenden Verantwortung direkt nach der pflegerischen Ausbildung sehen die Pflegefachkräfte einen weiteren Grund für den zeitnahen Berufsausstieg. Berufseinsteiger haben nicht die Möglichkeit, ihre Kenntnisse durch praktische Arbeit zu vertiefen und dadurch Sicherheit zu gewinnen. Sie sind unmittelbar nach der Ausbildung auf sich alleine gestellt und müssen die Verantwortung tragen.

„Bist du ausgelernt, bist du Fachkraft. Du musst alles wissen und alles können. Musst alle Entscheidungen gleich treffen können, da fehlt irgendwie auch so ein bisschen so, wo man auch Erfahrungen sammeln kann. Gerade für so junge Altenpfleger. [...] Auf einmal bin ich fertig, muss ich sehen, wie ich damit klar komme, das ist nicht einfach. Deshalb schmeißen dann auch viele das Ganze wieder hin.“ (I 14, 551-564)¹⁰¹

Die Pflegefachkräfte erleben, dass Kollegen nach der Einarbeitungsphase einen Wechsel des Arbeitsplatzes anstreben. Die Pflegefachkräfte bedauern diesen Umstand sehr, denn die inves-

¹⁰⁰ siehe ergänzend Interviewzitat E218

¹⁰¹ siehe ergänzend Interviewzitat E219

tierte Zeit, um den neuen Kollegen die institutionellen Anforderungen nahezubringen, geht ihnen beim Mitarbeiterwechsel wieder verloren. Zudem müssen sie wieder neue Zeitressourcen für die Einarbeitung eines neuen Mitarbeiters aufbringen. Der berufliche Ausstieg von Kollegen verschärft damit die ohnehin schon angespannte Situation der im stationären Bereich tätigen Pflegefachkräfte.

„[...] das ist eben finde ich auch schade, wenn dann die Kollegen nach einem halben Jahr oder nach einem Jahr gehen. Sie haben sie dann da, wo sie sein sollen. Die wissen genau, was für Anforderungen dann sind. Die wissen worauf sie zu achten haben, in dem Dokumentationssystem, die kennen die Ärzte, die kennen die Therapeuten und alles was dazu gehört. Das haben sie nach dieser Zeit drin, wo sie sagen könnten, alles klar, jetzt läuft das und dann sagt die, ich höre auf. Dann fangen sie wieder von vorne an. Auch das ist ganz toll schade, wo ich sage, das ist so schade, was da für Zeit auch flöten geht. Was sie dann auch opfern, um jemanden einzuarbeiten.“ (I 12, 314-321)

Um den Spannungen in ihrem beruflichen Alltag zu entkommen, wechseln Fachkräfte die Institutionen oder sie wechseln in andere pflegerische Arbeitsbereiche. Vom neuen Arbeitsumfeld erhoffen sich die beruflich Pflegenden „ein bisschen leichtere Arbeit“ (I 12, 323-324). Die verschiedenen Institutionen und Arbeitsbereiche zeigen im Vergleich der Pflegefachkräfte jedoch ähnliche Arbeitsbedingungen und die Hoffnungen der Pflegenden erfüllen sich nicht.

„Oder auch das gesagt wird, ich möchte lieber in die ambulante Pflege oder ich gehe in die Tagespflege, da habe ich eben gute Arbeitszeit von morgens bis 16.00 Uhr, ich will den Stress nicht mehr. Gibt es natürlich, unwahrscheinliche Fluktuation natürlich. [...] Und man hört von den Jungen oder den Neuen, die kommen, woanders ist es nicht anders. Überall im Grunde derselbe Druck, derselbe Stress, das ist nun mal so. Und jeder erwartet, wenn er das Haus wechselt, woanders wird es ein bisschen entspannter.“ (I 12, 195-203)¹⁰²

Die Abgabe von Verantwortung in Bezug auf den unmittelbaren Bewohnerkontakt zeigt sich auch in den Qualifizierungsbestrebungen der Pflegefachkräfte. Sie planen bereits in der Phase der Ausbildung ihre berufliche Weiterentwicklung. Durch die Übernahme leitender Managementfunktionen im Berufsfeld Pflege möchten sie ihre aktuellen beruflichen Spannungen mindern.

„Wir haben viele Azubis, die sagen, ich mache später mal Pflegedienstleiter, weil sie denken, dann aus diesem Stress raus zu kommen.“ (I 12, 756-758)

„Ich will halt gucken, dass ich so ein bisschen in das Management wechsele. Also ich mache jetzt noch mal so eine Sozialfachwirt Ausbildung. [...] Da sehe ich meine Zukunft mal ein bisschen auf einer anderen Ebene [...]“ (I 11, 828-833)

Bewohnerbezogene Verantwortung geben die Pflegefachkräfte auch durch bewusst gewählte fachliche Degradierung ab. Dieses Phänomen äußert sich darin, dass langjährig erfahrene Pflege-

¹⁰² siehe ergänzend Interviewzitat E220

fachkräfte freiwillig ein Arbeitsverhältnis unter ihrem beruflichen Qualifikationsniveau eingehen. Sie sind unzufrieden mit ihrem umfangreichen Aufgabenbereich und wollen dem Druck der gestiegenen Anforderungen nicht mehr ausgesetzt sein. In ihrem beruflichen Arbeitsalltag wollen sie sich nur noch auf Pflege und nichts weiter (vgl. I 14, 572-573) konzentrieren müssen.

„[...] jemand in der Spätschicht, das war immer früher eine sehr gute Fachkraft, die das einfach nicht mehr macht. Die hat sich jetzt als Pflegehelfer runterstufen lassen, wegen dieser Dokumentation. [...] Die wollte das einfach nicht mehr. Eine sehr gute Fachkraft, die schon viele Jahre hier ist, die einfach auch sagt, 'das möchte ich auch nicht mehr'. Die möchte mit den Heimbewohnern das, was sie mal gelernt hat, das kommt halt alles viel zu kurz. Der Fortschritt geht halt immer weiter, aber es wird auch immer mehr dann für die Fachkräfte.“ (I 14, 226-232)

Den Pflegefachkräften, die Veränderungen in Bezug auf ihre berufliche Tätigkeit anstreben, stehen Pflegefachkräfte gegenüber, die in ihrer Position durchhalten müssen. In dieser Situation befinden sich erfahrene Pflegefachkräfte, die sich für berufliche Veränderungen zu alt fühlen. In der Rückschau auf ihre Berufswahl konstatieren sie, dass sie sich aus ihrer aktuellen Perspektive heraus nicht noch einmal für eine berufliche Tätigkeit im Bereich der stationären Altenpflege entscheiden würden.

„Wir sind einfach zu alt, um etwas Neues anzufangen. Wissen Sie, was ich mir heute sage, ich möchte noch mal jung sein, ich würde studieren, studieren, studieren. Ich würde einfach studieren. Ich würde sicherlich einen anderen Beruf dann ausüben, schätze ich mal.“ (I 12, 754-756)

„Also ich denke, also ich mag zwar meinen Beruf, aber ich weiß nicht, ob ich ihn heute noch mal lernen würde. Weil halt auch die Freizeit drunter leidet, das Privatleben leidet drunter. Man hat, also man ist oft nicht zufrieden und ich weiß es nicht, ob ich heute noch mal machen würde.“ (I 14, 461-464)

Aufgrund der erlebten beruflichen Rahmenbedingungen und der damit verbundenen beruflichen Belastungen geben die im stationären Bereich tätigen Pflegefachkräfte keine Weiterempfehlung an Dritte ab. Der Blick auf die Einschränkungen, die mit dem Pflegeberuf verbunden sind, überwiegt und beeinträchtigt dessen Attraktivität. Dies hat auch Folgen für den beruflichen Nachwuchs. Die Pflegenden konstatieren, dass junge Menschen nicht mehr im Pflegebereich tätig sein möchten (vgl. I 11, 730-732).

„Also ich würde, ich weiß nicht, wenn eines meiner Kinder auch in die Pflege einsteigen wollte, wüsste ich nicht, ob ich mit ruhigem Gewissen sagen würde, mach das. Also es ist nicht, dass ich völlig frustriert bin oder wie auch immer, aber wenn du guckst, was du auch alles für Einschränkungen auch hast, jetzt mit Wochenendarbeiten, Früh-, Spät- und im Dreischichtsystem, es gibt Nacht. Dann auch die zum Teil psychische Belastung auch.“ (I 11, 695-700)¹⁰³

¹⁰³ siehe ergänzend Interviewzitat E221

5.1.4.2 Entlastung durch andere erfahren vs. zusätzliche Verantwortung übernehmen

Bei der Bewältigung ihrer beruflichen Aufgaben erfahren Pflegefachkräfte einerseits Entlastung durch Mitarbeiter des therapeutischen Teams und andererseits durch die Angehörigen der pflegebedürftigen Bewohner. Fehlt hingegen die Unterstützung durch die Angehörigen, übernehmen die Pflegefachkräfte zusätzliche Verantwortung, um die Situation für die Bewohner zu verbessern.

Pflegefachkräfte unterstützen sich im beruflichen Alltag gegenseitig, indem sie sich kooperativ und solidarisch verhalten. „Ein Hand in Hand arbeiten“ (I 7, 161) der Pflegefachkräfte nimmt den Druck aus stark fordernden Situationen. Denn bei Bedarf übernehmen sie Aufgaben von anderen Teammitgliedern und schützen so den Einzelnen vor beruflicher Überlastung. Zeitlicher Druck aber auch psychische Belange der Pflegefachkräfte finden Berücksichtigung und werden auf mehrere Schultern verteilt.

„Wenn natürlich morgens um 5:00 Uhr oder um 6:00 Uhr ein Anruf kommt, es meldet sich jemand krank. [...] wie wollen wir das jetzt machen? Wo kriegen wir jetzt den dritten Mann her? [...] aber dann ist die Nachtschicht aber auch so kulant und sagt, wenn die um 5.00 Uhr schon den Anruf annehmen, ‘wir haben euch schon vier Leute gewaschen’. Die sehen dann zu, dass sie uns mithelfen können.“ (I 7, 156-161)

„Oder wenn ich jetzt sage, mit einem Bewohner, es gibt ja auch mal, wo ich sage, ‘mit dem kann ich jetzt überhaupt nicht’. Dann sage ich halt auch mal, ‘hier hör zu, gehe du jetzt mal da rein, damit ich mal 14 Tage Pause habe’. Dann kann ich auch mal sagen, ‘oh, jetzt geht es wieder, jetzt kann ich wieder mit dem’. Das versucht man dann schon so zu machen.“ (I 16, 553-557)

Auf der Basis gegenseitiger Rücksichtnahme und Verständnis werden auch berufliche Aufgaben umverteilt. Jüngere Pflegefachkräfte zeigen Verständnis für die Grenzen und Arbeitsbelastungen älterer Mitarbeiter, wenn diese nicht mehr alle Aufgaben in vollem Umfang erfüllen können. In gegenseitiger Absprache werden ältere Pflegenden von spezifischen Aufgaben, wie beispielsweise die Pflegeplanung, entbunden.

„Ja, man nimmt schon Rücksicht, hier der geht auf die 60 [Lebensjahre: Anm. d. Verf.] zu, ‘komm, mach mal ein bisschen langsam’. Wir haben auch eine gehabt, die war 61 Jahre, [Name einer Pflegefachkraft]. Ein herzenguter Mensch, aber sie hat es halt nicht geschafft. Da haben halt die Pflegekräfte versucht, irgendwie das zu machen. Auch die Schwestern, ich sage [Name einer Pflegefachkraft], ‘du musst keinen Computer mehr beherrschen. Du gehst in ein paar Jahren in die Rente, da musst du dich nicht mehr damit quälen.’ [...] Sie hat das Schriftliche mehr, Dekubitus ausgerechnet, so die Blätter und das Ganze geschrieben und wir haben die Pflegeplanungen geschrieben, da sind wir uns irgendwo einig geworden.“ (I 17, 723-731)

Die Pflegefachkräfte prognostizieren jedoch, dass das bisher im beruflichen Alltag gelebte gegenseitige Verständnis und die Zusammenarbeit im Team nachlassen. Die älteren Pflegefachkräfte werden zunehmend auf sich alleingestellt sein und die Belastungen selbst tragen müssen, denn die nachrückende Generation von Pflegefachkräften ist nicht mehr bereit, einen Teil der Aufgaben zu übernehmen und damit soziale Verantwortung für die Kollegen zu tragen.

„Mir graut es nur davor, vor den Lehrlingen, die jetzt kommen die Altenpfleger zum Teil. [...] Weil, die haben nicht mehr das Verständnis oder auch. [...] Und ich denke mal, die Generation, die jetzt kommt, hat kein Verständnis für die Mitarbeiter. [...] Das sind dann die älteren Leute, die müssen ihre Arbeit packen. Entweder du packst es oder bist weg. Davor habe ich ein bisschen Angst vor der Zukunft irgendwo. Weil es ist nicht mehr so, dass die jungen Mitarbeiter einen durchziehen dann. Was wir machen eigentlich.“ (I 17, 707-721)

Auch die Grundeinstellung zur beruflichen Tätigkeit insgesamt ändert sich. Jüngere Pflegende fühlen sich nach Ansicht der älteren Pflegenden nicht mehr so stark in der Verantwortung. Sie schauen mehr auf ihre persönliche Situation und handeln ungezwungener. Dabei nehmen sie weniger Rücksicht auf die Gesamtsituation und die Situation ihrer Kollegen. Da ältere Pflegende im Pflichtbewusstsein und im Blick auf die Kollegen jedoch wichtige berufliche Merkmale sehen, stellen sie die berufliche Entwicklung ohne diese Werte in Frage.

„Ich muss dazu sagen, wir haben viele Auszubildende oder auch junge Leute, junge Mitarbeiter, ich weiß nicht, ob das jetzt mit der Zeit zusammenhängt oder die sehen die Arbeit ganz anders heutzutage. [...] so das Pflichtbewusste ist ganz anders, das ist bei uns in der älteren Generation noch drin, so pflichtbewusst. Wir kommen auf Arbeit, auch wenn wir mal einen Schnupfen haben, auch wenn wir mal 37,5 Fieber haben und dann kommen wir eben, weil wir wissen, dass wenn wir jetzt zu Hause bleiben [...] wird derjenige aus dem Frei geholt und der muss dann für dich arbeiten. So das Wochenende, jeder ist froh, wenn er mal das Wochenende frei hat, wenn er alle 14 Tage mal frei hat oder alle drei Wochen mal und da sagt man, 'ok, dann geht man eben auf Arbeit.' Wenn man eben mal Rücken hat, da nimmt man eine Tablette ein und geht los. Bei den jungen Leuten ist das heutzutage nicht mehr so [...]. Die rufen dann früh an, 'ja mir geht es nicht gut', dann gehen sie, dann lassen sie sich krankschreiben und ja, die sehen das manchmal so ein bisschen salopp alles, finde ich. [...] Was das mal werden soll, wenn die älteren Pflegekräfte mal nicht mehr da sind?“ (I 13, 645-670)¹⁰⁴

Entlastung erfahren die Pflegefachkräfte auch durch die Reduktion von pflegefremden Tätigkeiten. Die Situation der Pflegefachkräfte verbessert sich, wenn die Schwerpunkte der Aufgaben sich stärker auf direkte Pflegetätigkeiten konzentrieren. Hauswirtschaftliche Verrichtungen, die ursprünglich von Pflegenden mit übernommen wurden, jedoch nicht unmittelbar zum pflegerischen Aufgabenbereich gehören, werden an andere Berufsgruppen abgegeben.

¹⁰⁴ siehe ergänzend Interviewzitat E222

„Oder Hauswirtschaft ist bei uns jetzt auch ausgegliedert, das wir nicht mehr so Tätigkeiten machen müssen, die eigentlich gar nicht in unserem Bereich sind, das ist eben auch sehr positiv für die Pflege.“ (I 3, 514-517)

Darüber hinaus erfahren die Pflegefachkräfte Hilfe, wenn Mitarbeiter anderer Berufsgruppen sich nicht nur auf ihren spezifischen Arbeitsbereich beschränken, sondern einen umfassenden Blick auf die zu versorgenden und zu betreuenden Bewohner haben. Die Arbeitskollegen nehmen den bestehenden Zeitdruck der Pflegenden wahr und unterstützen sie entsprechend ihrer Möglichkeiten bei der Erfüllung von pflegerischen Grundleistungen.

„Und wir haben das Glück, dass unsere Ergotherapeutin, die um 8:00 Uhr beginnt, ein paar Minuten früher kommt und sich um das Frühstück schon kümmert. [...] Ja, dann wird der Inkontinenzmaterialwechsel gemacht, bei denen, die draußen im Rollstuhl sitzen, werden Toilettengänge gemacht. Da haben wir auch die Unterstützung vom Ergotherapeuten, die schon auch zwischendurch, wenn die Beschäftigungsrunde ist, dann ruft der eine oder andere auch schon mal, 'ich muss mal zur Toilette', da werden die schon aktiv und helfen uns mit.“ (I 7, 13-40)

Im Rahmen des Ausbaus von Betreuungsdiensten in den stationären Einrichtungen geben die Pflegefachkräfte einen Teil ihrer bisherigen sozialen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen ab. Die Pflegenden bewerten dies als „sehr, sehr positiv“ (I 3, 497), denn Aufgaben, die sie nicht erfüllen konnten, werden durch ausgebildete Mitarbeiter der Institution „abgefangen“ (I 3, 502). Mehr als sie selbst können sich die Kollegen „dann auch wirklich mit dem Bewohner befassen“ (I 3, 505).

„[...] also wir haben eigentlich eine Dementenbetreuung von frühs 8:00 Uhr bis abends 20:00 Uhr [...] Früher war es so, dass wir zum Beispiel nachmittags die Betreuung selbst gemacht haben, zwischen 15:00 Uhr und 16:00 Uhr zum Beispiel die Dementenbetreuung, da haben wir die selbst, das brauchen wir jetzt nicht mehr [...]“ (I 3, 496-527)

Die Abgabe von Betreuungsverantwortung für demenziell erkrankte Bewohner eröffnet den Pflegefachkräften mehr Möglichkeiten zur Gestaltung der verbleibenden Tätigkeiten. Die gewonnene Zeit nutzen die Pflegenden „für die Pflege an sich und für die Betreuung der Bewohner“ (I 3, 517-518). Sie müssen die Aufgaben nicht mehr hektisch, „unter Zeitdruck“ (I 3, 530) verrichten. Weniger Arbeitsunterbrechungen ermöglichen es den Pflegenden, sich besser auf die einzelnen Tätigkeiten konzentrieren zu können.

„Und dadurch haben wir in der Pflege ein Stück mehr Freiraum, weil wir eben nicht diese Betreuung noch mit dazu haben. [...] Das wir einfach im Umgang mit dem Bewohner mehr Zeit haben, versuchen mehr Zeit auch für die Dokumentation zu haben, gehören ja auch noch andere Sachen mit rein, viele Sachen. Oder dass man einfach auch, ruhiger mit jedem Bewohner arbeiten kann, dass man nicht ständig weggerufen wird [...] wir haben jetzt viel mehr Zeit, in Ruhe unsere Sachen abzuarbeiten [...] Auch speziell Essen reichen, Trinken reichen, diese ganzen Sachen viel mehr Zeit haben.“ (I 3, 505-530)

Die Angehörigen der Bewohner sind sowohl in aktiver, engagierter Form als auch in passiver, unbeteiligter Form in den Betreuungsprozess integriert. Einige Bewohner haben Angehörige, die ihnen besondere Bedürfnisse, oft auch nur „Kleinigkeiten“ (I 20, 406) erfüllen. Können die Bewohner nicht auf Angehörige zurückgreifen, bleiben ihre Wünsche, wie beispielsweise „ein Eis lecken“ (I 20, 400) meist unerfüllt, denn die Pflegefachkräfte können nicht alle Wünsche im Rahmen ihrer Dienstzeit erfüllen. Es steht ihnen selten jemand zur Verfügung, an den sie solche Aufgaben delegieren könnten.

„[...] manche Angehörigen, die bringen jetzt für ihre Leute da ein Eis mit und die, die jetzt keinen Besuch kriegen, sitzen da und hätten gern am liebsten auch ein Eis. Ich meine manchmal ist es so, dass wir reagieren und sagen in der Küche Bescheid, dass da mal was noch kommt, aber das ist eher wenig. Aber da müsste man zum Beispiel, jemanden haben, wo ich jetzt sage, 'geh mal schnell rüber und hole mal für die und die Heimbewohner ein Eis' oder so was, das käme noch gut jetzt so als Beispiel.“ (I 20, 401-406)

Wie die Pflegefachkräfte ihre berufliche Situation erleben, ist auch vom Vorhandensein und Engagement der Angehörigen abhängig. Ohne Beteiligung der Angehörigen ist „die Pflege zwar auch gut“ (I 14, 130-131), aber mit Einbindung der Angehörigen in den Heimalltag gestaltet sich die Situation aus Sicht der Pflegefachkräfte „menschlicher“ (I 14, 131), „familiärer“ (I 14, 138) und „individueller“ (I 14, 134). Die Atmosphäre des Pflegeheimes wird behaglicher und angenehmer erlebt.

„Ja, es wird halt mehr drauf eingegangen, wenn jemand Geburtstag hat oder das ist hier alles familiärer, nicht so, wie soll ich denn sagen, nicht so wie Heim [...]. Ja, wenn jemand Geburtstag hat, da ist dann eine Feier oder ja, die Leute kriegen mehr Besuch. Das war in [Stadt in Thüringen], manche hatten da gar keine Angehörigen, das ist sicher auch von der Großstadt her, die gar keine Angehörigen hatten, die hatten wir da auch viel, das gibt es hier fast gar nicht. Das ist viel gemüthlicher sage ich mal.“ (I 14, 137-143)¹⁰⁵

Wenn Angehörige den Alltag der Heimbewohner nicht begleiten und mitgestalten, dann zeigt sich Eintönigkeit. Unterstützen die Angehörigen die Tagesgestaltung der Bewohner, können sie den Pflegebedürftigen individuelle Beschäftigungsangebote machen. Aktivitäten und Abwechslungsreichtum bereichern dann den Heimalltag der Bewohner.

„Das Programm, was da jeden Tag so ablief und hier ist doch individueller manche Sachen. Hier kommen halt mehr Angehörige fahren mit denen mal raus bei schönem Wetter, das war da selten, dass da irgendwie Angehörige mit Heimbewohnern raus gefahren sind. [...] Oder fällt mir gerade so Heiligabend ein [...] Ja, da ist hier Christmette für alle Heimbewohner, große Feier dann nachmittags noch und da war halt im Grunde gar nichts mehr. Es wurde alles vorverlegt, das ist halt so auch der Unterschied vielleicht. Dann kommen auch die Angehörigen noch mit, wenn es geht noch, wo es geht.“ (I 14, 155-166)

¹⁰⁵ siehe ergänzend Interviewzitat E223

Das Engagement der Angehörigen erleichtert die Arbeit der Pflegefachkräfte. Neben der individuelleren Gestaltung von Festen kann sich die Zusammenarbeit mit Angehörigen auch positiv auf pflegerische Tätigkeiten auswirken. Die Angehörigen haben einen persönlichen Kontakt zu den pflegebedürftigen Bewohnern, dadurch können sie den Pflegenden mehr individuelle Informationen zur Verfügung stellen als beispielsweise Betreuer, die keinen privaten Bezug zu den Pflegebedürftigen haben.

„Manchmal ist es einfacher mit den Angehörigen. Man kriegt doch eher raus, was derjenige früher gerne gemacht hat, wie wenn man gar kein Ansprechpartner hat. Wenn jetzt zum Beispiel eine Betreuerin, die jetzt auch kein Bezug zu dem Menschen haben, das ist manchmal ist doch hier einfacher, sage ich mal.“ (I 14, 146-149)

Bei bestehender Vertrautheit und guter Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Angehörigen können die Pflegefachkräfte bestehende Probleme unmittelbar mit den Angehörigen besprechen. Beispielsweise können sie die Angehörigen um Unterstützung bitten, wenn ihnen auffällt, dass ein Bewohner besondere Zuwendung benötigt.

„Wir kennen jeden Bewohner, wir kennen auch fast alle Angehörige, also das Miteinander hier ist ganz anders. Man kann auch mal zu den, man kann auch die Angehörigen mal anrufen und sagen, passen sie auf, so und so war das oder ihre Mutter, die ist so wehleidig, kommen sie doch einfach mal her und müssen sie einfach mal ein bisschen mit ihr rausgehen oder so.“ (I 13, 486-490)

Wenn Angehörige Betreuungsaufgaben übernehmen und sich den pflegebedürftigen Bewohnern zuwenden, wirkt sich dies auch positiv auf die Gefühlslage der Pflegenden aus. Den Bewohnern wird Fürsorge und Aufmerksamkeit geschenkt und Pflegende sehen ihre bewohnerorientierten Ansprüche erfüllt. Die Pflegefachkräfte erleben „ein kleines Stück Entlastung“ (I18, 269-280), denn der Druck, sich den einzelnen Bewohnern zeitlich intensiver zuzuwenden, ist gemindert. Und da die Situation mehr ihren Erwartungen nahekkommt, sind die Schuldgefühle in Bezug auf nicht erfüllte Bedürfnisse der Bewohner ebenfalls gemindert.

„Ja, es ist halt befriedigender, sage ich mal. Man fühlt sich, man hat kein schlechtes Gewissen den Leuten gegenüber oder so, jedenfalls nicht so, wie ich das da empfunden habe. [...] Wenn man jetzt nicht die Zeit hat, die man gerne haben möchte.“ (I 14, 169-172)

„[...] und manche die verbringen ihre Zeit, den ganzen Nachmittag mit denen, Mutter, Vater je nachdem was es ist. Jetzt hatten wir eine, die war verstorben, letzte Woche, da sind die Söhne jeden Tag gekommen. Immer abgewechselt. Jeder hat sich immer gekümmert um die Frau, das finde ich unheimlich gut. [...] Das finde ich unheimlich gut auch von den Angehörigen und für uns auch.“ (I 18, 270-279)

Die Angehörigen der Bewohner können aber auch eine fürsorgliche Versorgung und Betreuung behindern. Im beruflichen Alltag erleben die Pflegefachkräfte Angehörige, die beim Heimeintritt der Bewohner ihre Verantwortung umfassend der Institution und ihren Mitarbeitern übertragen. Sie fühlen sich nicht mehr für die Belange und Bedürfnisse der Bewohner zuständig.

„Dass die so ungefähr [den pflegebedürftigen alten Menschen: Anm. d. Verf.] abgegeben, geht uns nichts mehr an. [...] Man denkt manchmal, wenn man so was banales wie ein Duschgel verlangt, dass man sonst was von den Angehörigen verlangt, obwohl es 79 Cent kostet. Selbst wenn derjenige kein Taschengeld mehr hat und das Geld draufgeht, kann man ja wohl mal so was mitbringen. Die Eltern waren schließlich für die Kinder auch immer da.“ (I 4, 305-321)

Aus Sicht der Pflegenden reichen die institutionellen Möglichkeiten und Bemühungen nicht aus, um das Leben der Bewohner ausreichend abwechslungsreich zu gestalten. Pflegefachkräfte grenzen ihren beruflichen Aufgabenbereich vom persönlichen Aufgabenbereich der Angehörigen ab. Sie sehen die Angehörigen auch nach dem Heimeinzug der Pflegebedürftigen in der Pflicht, einen Teil der Verantwortung zu tragen und Betreuungsaufgaben zu übernehmen. Fühlen sich die Angehörigen jedoch nicht zuständig, bleibt ein Teil der Bewohnerbedürfnisse unerfüllt.

„Ja, wir haben da Pläne, wo die Alltagsbegleitung, die hat Pläne, wo drauf steht, was jeden Tag in der Woche gemacht wird [...] Aber ob das nun reicht, um das Leben bunt zu gestalten, weiß ich nicht, glaube ich nicht. Wenn ich mir denn vorstelle, meine Eltern würden jetzt ins Heim müssen, ich würde mich als Tochter verpflichtet fühlen und würde sagen, komm her, wir fahren mit dem Rollstuhl raus, weil ich sehe, du liegst hier in deinem Zimmer, passiert nicht allzu viel. Das finde ich ein bisschen schade.“ (I 12, 245-252)

Den Pflegefachkräften „fehlt so ein bisschen die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Heim“ (I 16, 167-168). Auch für die individuelle Planung von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen benötigen die Pflegefachkräfte die Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Informationen über die Lebensgeschichte der Bewohner helfen den Pflegenden, Beschäftigungen persönlicher zu gestalten. Diese Informationen können jedoch nur die Bewohner selber oder ihre Angehörigen geben. Fehlen spezifische bewohnerbezogene Informationen, können die Pflege- und Betreuungsmaßnahmen nicht auf den einzelnen Bewohner persönlich zugeschnitten werden.

„[...] man kennt auch von vielen nicht so genau die Vorgeschichte. Das heißt, die Biografie oder den Lebenslauf. [...] Frage ich die Angehörigen, dann kommt da nichts, ganz wenig. Wo ich sage, fehlt mir noch ein bisschen was, ein familiärer Hintergrund. Was hat derjenige gerne gemacht oder was hat er gerne gegessen. [...] Und wenn ich dann auf eine Beerdigung gehe und der Pfarrer sagt dann, ‘die Frau hat immer gerne ihren Garten geliebt, hat sich gern am Zaun mit ihrer Nachbarin unterhalten’ und wenn ich solche Sachen dann eben höre, dann denke ich, wieso habe ich das nicht gewusst? Das wäre für mich eine Sache gewesen, wo ich anknüpfen könnte, wo ich Beschäftigung, wo ich was mit anfangen könnte. Da kriegen wir wenig Rückinformation von den Angehörigen. [...] Wir geben mitunter auch die Bö-

gen mit nach Hause, dass sich die Angehörigen sich in Ruhe hinsetzen können und können uns mal ein paar Punkte aufschreiben, aber es kommt ganz, ganz wenig zurück.“ (I 16, 143-165)

Besonders die Erfüllung persönlicher Angelegenheiten und individueller Bedürfnisse hilft, dass die Bewohner ihren Alltag angenehm erleben. Ein Teil der Wünsche der Bewohner kann nur von Familienmitgliedern erfüllt werden. Um den Wohnbereich der Bewohner individuell gestalten zu können, bedarf es der Unterstützung von Angehörigen. Erfüllen die Angehörigen die persönlichen Bedürfnisse nicht, bedauern die Pflegenden diese Situation. Sie grenzen sich klar ab und sehen sich nicht in der Lage, an den gegebenen Verhältnissen etwas ändern zu können.

„[...] oder mein Angehöriger kennt meine Lieblingsachen vielleicht gar nicht [...]. Die [Bewohnerin: Anm. d. Verf.] wollte immer gerne bestimmte Möbelstücke aus ihrem Haus haben und der Sohn hat sie ihr einfach nicht gebracht. Sie hat gesagt, sie hätte gerne das noch und das noch. Am Anfang hat sie noch im Sessel gesessen, hat gelesen, eine kleine Leselampe dabei gehabt. Der Sohn hat ihr einfach keine persönlichen Dinge gebracht und das fand ich einfach so schlimm, so traurig, dass man da nichts machen kann. Das man da keinen Einfluss hat. Man kann das dem Angehörigen sagen, aber wenn sie das letztlich nicht machen, bin ich machtlos.“ (I 16, 219-238)

Ziehen sich die Angehörigen aus der Verantwortung zurück und kümmern sich nicht intensiv um die Belange und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Bewohner, bedrückt dies Pflegefachkräfte oft so sehr, dass sie die entstandene Lücke füllen möchten. Sie wünschen sich mehr berufliche Zeit, um selber auf die Bedürfnisse der Bewohner eingehen zu können.

„Ich würde mir einfach viel mehr Zeit nehmen, weil die Leute die wohnen hier, da sind gerade mal ihre Angehörigen, die kommen und die bleiben ja auch nicht lange. Manche bleiben dann nur ein paar Minuten, das tut mir dann immer so weh [...].“ (I 18, 268-270)

Dies zeigt sich auch in der Phase des Sterbens. Damit die Bewohner im Sterbeprozess intensive Zuwendung erfahren, bitten sie die Angehörigen um Unterstützung. Die Pflegenden erleben, dass die Angehörigen unterschiedlich reagieren. Einige Angehörige unterstützen die Pflegenden bei der Betreuung. Wenn die Angehörigen diese Aufgabe nicht übernehmen, müssen das die Pflegenden akzeptieren. Sie versuchen im Rahmen ihrer Möglichkeiten, das Bedürfnis der Sterbenden nach Nähe und Zuwendung zu erfüllen.

„Die Sterbebegleitung ist von meiner Sicht her, also wir machen ja hier, wir versuchen, dass man da, dass die Bewohner in ihrer Umgebung ruhig einschlafen. Aber es ist immer ein bisschen so, der Konflikt, dass man auch so die Zeit nicht hat. Man versucht auch mit den Angehörigen dann zusammenzuarbeiten, dass man dann auch die Angehörigen informiert, dass derjenige wahrscheinlich heute ableben wird oder, es ist unterschiedlich. Der eine Sohn oder die Tochter, die kommen damit zurecht und die kommen dann hierher und sind dann auch wirklich bis zum Schluss bei dem Elternteil und andere können das eben nicht, das muss man ja auch akzeptieren. Wenn, dann wird dann auch gesagt, ja ich muss erstmal, und da merkt man das auch, und dann versuchen wir vom Personal her, dass man dann

auch immer oft reingeht, oft dann auch zu dem Bewohner hinget und auch mal sich zehn Minuten mit hinsetzt oder viertel Stunde [...]" (I 13, 170-180)

Die Pflegefachkräfte fühlen sich in der Pflicht, „als Ersatz“ (I 4, 293) der Angehörigen zu agieren. Folgend übernehmen sie Aufgaben, wie „Gespräche und irgendwelche Besorgungen“ (I 4, 295), die dem persönlichen Verantwortungsbereich der Angehörigen zugerechnet werden. Um ihre bewohnerorientierten Ansprüche zu erfüllen, engagieren sich die Pflegefachkräfte auch auf privater Ebene, indem sie Zeit aus dem privaten Bereich mit in die Arbeit einbringen.

„Wenn Duschgel oder irgendwas alle ist, dann liegt ein Zettel im Schrank und dann sollten die das schon schnellstmöglich beim nächsten Besuch mitbringen. Wenn sie aber nur zweimal im Monat kommen, weiß ich, wenn das Duschgel alle ist, jetzt kann ich mindestens zwei Wochen auf eine neue Flasche warten. [...] Dann bringe ich meistens so eins mit und die bezahlen es. Das ist aber auch den Angehörigen recht, haben sie ja wieder eine Sache weniger. Ich finde das manchmal schlimm, richtig schlimm.“ (I 4, 296-303)¹⁰⁶

5.1.4.3 Auf Freizeit verzichten vs. sich abgrenzen

Um die mit ihrem pflegerischen Selbstverständnis verbundenen Ansprüche umfassender erfüllen zu können, verzichten die Pflegefachkräfte auf einen Teil ihrer persönlichen Freizeit. Demgegenüber grenzen sich andere Pflegefachkräfte auch bewusst von dieser Handlungsreaktion ab, indem sie die Auffassung vertreten, dass Freizeit nur zu einem Minimum für berufliche Belange eingesetzt werden sollte.

Die Arbeitsorganisation der Pflegefachkräfte ist auf die Erfüllung fachlicher und organisatorisch-administrativer Anforderungen ausgerichtet. Trotz der strengen und eng terminierten Ablaufplanung ist es den Pflegenden nicht immer möglich, alle an sie gestellten Aufgaben innerhalb der dafür vorgesehenen Dienstzeit zu erfüllen.

„Sicherlich, du schaffst auch, also ich muss auch sagen, in der ganzen Zeit, alles kannst du nicht immer schaffen in deiner Dienstzeit.“ (I 15, 319-320)

„Es kommt auch vor, dass man dann auch mal eine halbe Stunde länger sitzt oder auch mal eine Stunde, dass man wenn eine stationäre Aufnahme oder eine Kurzzeitpflege zu uns ins Haus kommt, das ist ja auch ein Haufen Arbeit, ist viel Schriftliches, viel Dokumentation [...]" (I 13, 34-37)¹⁰⁷

Ob die nicht erfüllten beruflichen Ansprüche durch Eigeninitiative der Pflegefachkräfte und durch Einbringen von persönlicher Freizeit abzudecken sind, darüber bestehen unterschiedliche Auffassungen. Die Ausführungen der interviewten Pflegefachkräfte verdeutlichen, dass die Ma-

¹⁰⁶ siehe ergänzend Interviewzitat E224

¹⁰⁷ siehe ergänzend Interviewzitate E225 und E226

nagementebene der stationären Einrichtung die Erwartung hat, dass Pflegemitarbeiter auch Freizeit einsetzen, um die institutionellen Zielstellungen zu erfüllen. So wird von den leitenden Pflegefachkräften beurteilt, ob die Mitarbeiter zusätzlich zur regulär geplanten Dienstzeit persönliche Zeitressourcen in ihr berufliches Arbeitsfeld einbringen. Führungskräfte bewerten das Einbringen von Freizeit durch die Mitarbeiter als Zeichen dafür, dass diese sich mit den Anliegen des Unternehmens identifizieren.

„Die PDL [Pflegedienstleitung: Anm. d. Verf.] sagt schon immer mal bei Dienstbesprechungen, wenn bestimmte Events gewesen sind, Feierlichkeiten, wie das so gelaufen ist, wie sie das so empfunden hat. Das Personal auch präsent war, auch wenn kein Dienst ist, dass man trotzdem da mal da ist, das wird schon gesagt und auch beurteilt. Ja, wie man sich mit der Arbeitsstelle halt identifiziert. Ja, komme ich nur her, mache meine Arbeit und gehe wieder nach Hause oder habe ich dann doch im Laufe der Jahre eine Verbindung hergestellt mit dem Haus und so weiter.“ (I 8, 360-365)

Zusätzliche Aufgaben, wie die Erstellung der Pflegeplanung, werden von den Pflegenden auch außerhalb ihrer Dienstzeit erfüllt. Die Pflegenden müssen unfreiwillig persönliche Freizeit zur Erfüllung beruflicher Aufgaben einbringen, denn die anerkannte und abrechenbare Arbeitszeit stimmt nicht immer mit der benötigten Arbeitszeit überein.

„Die Pflegeplanung schaffe ich nie in meiner Arbeitszeit, die muss ich zu Hause schreiben, oder ich schreibe sie hier, aber ich muss dann halt extra hierherkommen oder ich muss mich halt vier bis fünf Stunden extra hier hinsetzen und krieg dafür dann nur zwei Stunden angerechnet, sage ich mal. Weil, in zwei Stunden schaffst du keine Pflegeplanung von 20 Seiten ausführlich über den Bewohner.“ (I 15, 359-363)

Die Erfahrungen der Pflegenden zeigen, dass die Erwartung, Freizeit für die beruflichen Belange einzusetzen, im stationären Bereich jedoch weniger stark ausgeprägt ist als im ambulanten Pflegebereich. Werden die Tätigkeiten nicht in der vorgegebenen Zeit erfüllt, wird die darüber liegende Arbeitszeit nicht als Dienstzeit anerkannt. In der stationären Pflege zeigt sich der Vorteil, dass die Pflegefachkräfte nicht ausschließlich auf sich allein gestellt sind.

„Aber es ist, wie gesagt, ich komme aus der ambulanten Pflege, da haben es die Mitarbeiter noch um einiges schwerer und müssen noch um einiges mehr in ihrer Freizeit auch machen. Denn wenn die Minutenzahlen, die von der Kasse her vorgesehen sind, abgelaufen ist, dann ist eben Schluss, wenn du noch eine halbe Stunde oder Stunde zu tun hast zu fahren hast, dann hast du eben Pech gehabt. Das ist hier eben schon wieder ein bisschen anders. Du bist nicht ein Einzelkämpfer, sondern du hast noch ein paar um dich rum.“ (I 11, 349-355)

„Das war, also wie gesagt, in der ambulanten Pflege noch um einiges dramatischer. Da wurde von den Mitarbeitern noch einiges mehr abverlangt auch an privater Zeit.“ (I 11, 694-695)

Auch die notwendigen alltäglichen Dokumentationsleistungen schaffen die Pflegefachkräfte nicht immer in der vorgegebenen Dienstzeit. Die Unternehmensleitungen kommen den Pflege-

fachkräften entgegen und zeigen sich kompromissbereit, indem sie einen Teil der zusätzlich notwendigen Zeit als Arbeitszeit anerkennen. Der volle Umfang der benötigten Arbeitszeit wird jedoch nicht abgedeckt und die Pflegefachkräfte müssen bei Bedarf noch Freizeit zur Erfüllung der beruflichen Aufgaben mit einbringen.

„Wir haben im Grunde von unseren acht Stunden Arbeitszeit, haben wir volle sieben Stunden, siebeneinhalb Stunden mit der Pflege zu tun und [...] eine Stunde Schreiarbeit. Aber was an Schreiarbeit verlangt wird, da könnten wir jeden Tag drei Stunden sitzen, und das ist eben schwierig, das dann unter einen Hut zu kriegen. Ich meine, dieses Haus ist uns jetzt gut entgegengekommen, und sagt, ihr kriegt drei Stunden im Monat für Eure Schreiarbeit extra und wer dann denkt, er muss noch Schreiarbeit dann machen, nach der Arbeit, der macht das und das ist schon gut. Dass man sagt, wir kommen Euch entgegen, es ist verdammt viel Schreiarbeit.“ (I 12, 615-623)

Nicht nur die Managementebene erhebt den Anspruch, dass Pflegende Freizeit zu betrieblichen Zwecken einsetzen müssen. Auch Pflegefachkräfte selbst äußern die zwingende Notwendigkeit, private Einschränkungen bei der Ausführung des Pflegeberufes einkalkulieren zu müssen. Aus ihrer Sicht benötigen Pflegende eine aufopferungsvolle berufliche Grundeinstellung. Zudem muss auch das private Umfeld der Pflegefachkräfte diese Einstellung unterstützen.

„Auf jeden Fall sollte derjenige, der sich bereit erklärt, in der Pflege zu arbeiten, von vornherein klar sein, das Sonn- und Feiertage passé sind. Dass man einspringen muss. Dass man Bereitschaft zeigt für die Einrichtung und für den Menschen da zu sein. Das muss man einfach im Hinterkopf haben und da muss auch die Familie dahinterstehen. Ansonsten braucht man in diesem Beruf nicht arbeiten. Man opfert bestimmt viel Freizeit, aber ich denke, es ist für eine gute Sache“ (I 7, 772-777)

Eine caritative Grundhaltung zum Pflegeberuf kann dazu führen, dass der Verzicht von privater Freizeit für berufliche Zwecke als selbstverständlich angesehen wird und nicht als berufliche Belastung empfunden wird.

„Oder wenn man mal nicht pünktlich rauskommt, man muss länger arbeiten, das kommt auch vor, man kann nicht sagen, jetzt halb drei ist mein Feierabend, da sind Sachen die noch erledigt werden müssen, oder es geht einem Bewohner schlecht, da bleibt man dabei stehen, aber das sind alles nicht so, wo man überfordert ist.“ (I 7, 170-173)

Wenn dagegen junge Pflegefachkräfte versuchen, ihren privaten Bereich abzugrenzen und gezielt freie Zeit an Wochenenden einfordern, wird dies von Mitarbeitern, die bewusst Freizeit für berufliche Zwecke einsetzen, als mangelhaft und nicht passend zum Berufsbild gewertet.

„Und es gibt nämlich ganz viele junge Menschen, die kommen und sagen also, ‘das kann ich nicht und die Wochenenden müsste ich freihaben’. Wenn ich mit solchen Voraussetzungen in diesen Beruf gehe, dann kann ich es vergessen.“ (I 7, 777-779)

Ob Pflegefachkräfte die Handlungsstrategie, auf Freizeit zu verzichten, für sich als akzeptabel annehmen können, ist abhängig vom biografischen Hintergrund der Pflegenden. Die aktuelle Lebenssituation der Pflegefachkräfte kann den Freiraum für eine soziale und selbstlose Ausrichtung der beruflichen Tätigkeit schaffen, aber auch behindern. Beispielsweise legen ältere Pflegefachkräfte andere Schwerpunkte bezüglich ihrer Freizeitgestaltung und sind weniger auf die Wochenenden als arbeitsfreie Zeit fokussiert als jüngere Pflegenden.

„[...] aus den zwei freien Wochenenden können manchmal sechs Wochenenden Dienst am Stück werden. [...] Ich kann damit umgehen. Ich habe in der Woche dann einen freien Tag, da kann ich meinen Enkel mal aus dem Kindergarten abholen, das ist für mich auch ganz schön. Ich genieße die Freizeit mit meinem Enkel jetzt. Ja, das ist so, wenn man älter wird. Sicherlich, die jungen Leute, die wollen noch was von ihrem Leben haben und Wochenenden gehören der Familie [...].“ (I 7, 809-820)

Lässt es die aktuelle soziale Situation zu, können Pflegefachkräfte diese Handlungsstrategie nutzen. Eine alleinstehende Pflegefachkraft kann ihre Freizeit flexibler planen als Pflegenden, deren Zeitmanagement an der Verantwortung für weitere Familienmitglieder ausgerichtet ist.

„[...] bei mir ist es vielleicht nicht ganz so dramatisch, ich habe keine Familie weiter, aber wenn man Familie hat und Kinder auch, da kann man seine Freizeit nicht an der Arbeit verbringen hier. [...] aber man macht es ja gerne, also ich zumindest. Mir macht es nichts aus.“ (I 19, 224-228)

Geht Engagement über das bestehende Arbeitsverhältnis hinaus, kann dies auch zu familiären Problemen führen. Es besteht die Gefahr, dass die Erfüllung der beruflichen Ansprüche im Spannungsverhältnis zum privaten Umfeld steht.

„Auseinandersetzungen mit meinem Mann gibt es dann auch schon mal, aber das wird immer wieder ausgegült, die Probleme. Ja, aber das sind Probleme, die dann viele dann auch zu Hause beschäftigen.“ (I 7, 821-823)

Es gibt jedoch auch Pflegefachkräfte, die versuchen ihre private freie Zeit bewusst von der beruflichen Arbeitszeit abzugrenzen und das Einbringen von Freizeit für berufliche Zwecke auf ein Minimum zu reduzieren.

„Und man will ja auch nicht immer seine Freizeit dafür und sagen, ‘ach, ich habe heute frei, ich gehe hin und gucke mal, was ich so machen kann’. Ich meine wir haben ja auch noch ein Privatleben [...].“ (I 19, 222-224)

Eine an der Zeit ausgerichtete Arbeitsorganisation hilft den Pflegenden, die beruflichen Aufgaben bis zum Dienstenende zu erfüllen und die Dienstübergabe pünktlich durchzuführen (vgl. I 13, 54-57). Wenn die Pflegenden ihr Handeln nicht an der Uhr ausrichten, besteht die Gefahr, dass

die Aufgaben nicht rechtzeitig erledigt sind. Die Übergabe verspätet sich und die Pflegenden müssen über ihre reguläre Dienstzeit hinaus arbeiten.

„Wenn man nicht auf die Uhr guckt, dann kann es schon mal 14.30 Uhr dann werden, dann ist mein Dienst rum und ich habe noch keine Übergabe gemacht. Ich muss es ja hinten dranhängen.“ (I 17, 45-47)¹⁰⁸

Aus Sicht der Pflegefachkräfte geht viel persönliche Freizeit für die Erfüllung beruflicher Aufgaben verloren. Die Erledigung von Dokumentationsaufgaben in ihrer Freizeit erleben sie als Beschränkungen ihrer autonomen Lebensgestaltung. Pflegefachkräfte sind unzufrieden, wenn die berufliche Abgrenzung nicht gelingt.

„Man muss halt viele Sachen in seiner Freizeit schreiben und so. Man denkt, ach heute habe ich mal frei, ach nein, ich muss doch die Pflegeplanung noch wieder umschreiben oder so. Wo man kein Freiraum, man denkt, ich habe kein Freiraum mehr für mich oder so. Das habe ich in [Stadtname] ganz extrem empfunden. Da hatte man halt einen Tag frei und da musste ich die Pflegeplanung noch schreiben, das ist extrem in dem Beruf.“ (I 14, 199-204)

Der bewusste Einsatz von Engagement der Pflegenden durch Einbringen von Freizeit einerseits und die bewusste berufliche Abgrenzung andererseits wirken jeweils auf die berufliche Handlungssituation der Pflegenden. Der Einsatz von Freizeit ermöglicht den Pflegenden, Wünsche von Bewohnern zu erfüllen, die über das berufliche Anforderungsmaß hinausgehen. Individuelle Wünsche, die während der Dienstzeit nicht erfüllt werden können, werden über den privaten Weg erledigt. Der berufliche Anspruch einer bewohnerorientierten Pflege und Betreuung kann so umgesetzt werden. Von den pflegebedürftigen Bewohnern erhalten die Pflegenden für dieses Verhalten positive Rückmeldungen.

„Letztens hat der eine Patient auch gesagt, er hätte gerne mal wieder Mandarinen oder irgendwas. Von der Fernbedienung war die Batterie leer, ich sage, 'hier komm, ich fahre heute einkaufen, ich bringe sie ihnen mit'. Und da hat er dann gesagt, 'ja' und hat sich auch total gefreut. Obwohl er auch gute Angehörige auch hat, die ihm immer alles mitbringen, was er braucht. Aber wegen einem Netzchen Mandarinen will er halt auch nicht zu Hause anrufen und sagen, hier kommt her [...]. Aber ich hätte jetzt nicht die Zeit [während der Arbeitszeit: Anm. d. Verf.] gehabt [...].“ (I 19, 211-220)

Pflegefachkräfte können auch durch zusätzliche persönliche Zuwendung und sinnstiftende Alltagsgestaltung die Bewohnerorientierung steigern. Wenn beruflich Pflegenden ihre Freizeit dafür einsetzen, die Bewohner zu beschäftigen und zu aktivieren, nutzt es einerseits den Bewohnern und gleichzeitig wirkt es sich auch positiv auf die Stimmungslage der Pflegenden selbst aus.

„Ich wohne ja hier gleich um die Ecke, da habe ich auch ein Hund und wenn ich jetzt frei habe oder so, komme ich auch ab und zu mal her mit dem, da sieht man auch, wie die dann

¹⁰⁸ siehe ergänzend Interviewzitat E227

aufblühen manche so. Wenn so ein Tier dann kommt und dann erzählen auch viele von früher, dass sie auch mal Tiere hatten.“ (I 19, 97-100)

„Oder wenn ich mal mit meinem Hund rüberkomme, ich freue mich halt auch, wenn die sich freuen. Und dann mal anfangen irgendwas zu erzählen.“ (I 19, 228-230)

Versuchen die Pflegenden ihre nicht erfüllten beruflichen Ansprüche durch ein hohes Maß an persönlichem Engagement auszugleichen, besteht jedoch auch das Risiko, dass sie damit scheitern. Ihr Einsatz kann negative gesundheitliche Auswirkungen nach sich ziehen. Wenn Pflegefachkräfte solche Erfahrungen bereits gemacht haben, distanzieren sie sich von ihren bisherigen hohen beruflichen Ansprüchen und einem Übermaß an persönlichem Engagement. Die Pflegenden entscheiden sich bewusst für eine persönliche Abgrenzung. Die Akzeptanz der beruflichen Grenzen und die damit verbundene Distanzierung von persönlicher Verantwortung bewahrt sie vor gesundheitlichen Schäden und vorzeitiger Arbeitsunfähigkeit.

„Also, wenn man jetzt alles was man nicht geschafft hat oder was man jetzt gerne geschafft hätte oder so, das kann man nicht immer an sich rankommen lassen, das geht einfach nicht. Da wird man irgendwann krank, sage ich mal. [...] Ich war schon längere Zeit krank, durch halt ich sage mal Burnout und das ist dann, weil man halt auch ein Mensch ist, der sehr genau ist und man will das alles schaffen, aber es geht gar nicht, weil das gar nicht zu schaffen ist manche Sachen. Und das denke ich, im Laufe der Jahre muss man dann auch irgendwie ein Schutzmechanismus aufbauen, um das nicht mehr alles an sich rankommen zu lassen. Sonst würde man das gar nicht mehr durchhalten bis zur Rente. Das geht gar nicht.“ (I 14, 186-195)

„Aber irgendwie versucht man dann schon, je länger man in dem Beruf ist, irgendwie auch ein Schutz irgendwie aufbaut, und das versucht das nicht mehr an sich ran kommen zu lassen, ansonsten wird man irgendwann verrückt. Also man darf das alles nicht so persönlich nehmen.“ (I 14, 180-183)

Die uneinheitliche Vorstellung darüber, welches Maß an Freizeit für berufliche Zwecke geopfert werden soll, zeigt ihre Auswirkungen im Pflgeteam. Sind die Pflegenden sich über das Vorgehen einig, kann dies zur Entlastung der Pflegenden beitragen. Pflegefachkräfte kommen eine Viertelstunde vor dem eigentlichen Dienstbeginn, um sich für die Dienstübergabe mehr Zeit nehmen zu können.

„Die beginnen normalerweise um 6:15 Uhr [...] die meisten Mitarbeiter sind aber schon um 6:00 Uhr auf Station, weil man dann für die Übergabe ein bisschen mehr Zeit hat. Weil das morgens immer relativ knapp gefasst ist alles.“ (I 11, 2-5)

„Ich bin meistens schon 5:45 Uhr im Haus, eigentlich immer. 6:00 Uhr beginnt der Dienst, dann treffen die Kollegen ein und es beginnt mit einer Dienstübergabe.“ (I 12, 2-3)

Die Pflegefachkräfte nutzen die zusätzliche Zeit zur Pflege kollegialer Beziehungen. Des Weiteren planen sie die Arbeitsorganisation für ihren Dienst. Die Pflegenden bewerten es als positiv,

wenn sie sich auf die Anforderungen des Tages einstellen können und der Dienstbeginn ohne Anspannung und Zeitdruck gestaltet werden kann.

„Der typische Arbeitsalltag beginnt im Frühdienst um 6:00 Uhr. Wir treffen uns eigentlich, das ist eine interne Absprache, schon eine halbe Stunde vorher, um noch gemütlich eine Tasse Kaffee zu trinken, bevor der Stress losgeht. Das ist in unserer Abteilung so, in anderen Stationen sicherlich nicht so durchgeführt, aber wir haben uns das angewöhnt und wir finden das ganz gut. Da kann man auch noch ein paar Worte privat sprechen und dann wird die Diensterteilung vorgenommen und dann beginnt der Stress.“ (I 7, 2-7)

Innerhalb des Pflgeteams können sich die Einstellungen zum Bedarf und zur Notwendigkeit von persönlichem Engagement auch unterscheiden. Treffen hoch engagierte Mitarbeiter auf Mitarbeiter, die ihren persönlichen Bereich bewusst vom beruflichen Bereich abgrenzen, dann können sich die beruflichen Spannungen noch weiter verstärken.

„Es gibt halt welche, die machen so viel und die bleiben auch immer mal eine Stunde länger oder was weiß ich. Und andere die sehen halt das nicht ein und machen dann halt nur das Nötigste und gehen halt noch fünf Minuten eher so ungefähr. Und da denkst immer, meine Güte, der eine der reibt sich da auf und alles Mögliche und der andere zieht da nicht mit, und das ist immer so ein schwieriges Thema.“ (I 15, 309-313)¹⁰⁹

Bringen die Teammitglieder nicht zu gleichen Anteilen Freizeit für berufliche Belange mit ein, fühlen sich die engagierten Pflegenden gegenüber den sich abgrenzenden Pflegenden benachteiligt. Sie fordern, dass sich alle Teammitglieder gleichermaßen mit engagieren und drohen bei Nichteinhaltung mit vermindertem persönlichem Einsatz. Um die Situation zu entschärfen und die Engagierten zu unterstützen, führen leitende Führungskräfte mit den Mitarbeitern Gespräche. Sie kommen den sich abgrenzen wollenden Pflegenden entgegen, indem sie ihnen zugestehen, dass sie sich Teile der zusätzlich erbrachten Dienstzeiten notieren können und anerkannt bekommen. Sie können diese Zeit dann als Freizeitausgleich bekommen und müssen keine persönliche Zeit investieren.

„Da sagt der eine dann zum anderen, ‘ja, der macht ja mehr also und der andere macht ja viel weniger als ich’. Dann sagt der, ‘ja, dann sehe ich das nicht mehr ein’. [...] Es ist halt manchmal so ein bisschen schwierig, aber ich denke, das geht schon. Manche musst du halt nur ein paarmal mit Gesprächen oder irgendwas dann ein bisschen in die richtige Richtung lenken. [...] Gut, ich kann das nicht verlangen, aber du kannst doch mal sagen, schreib dir mal noch eine halbe Stunde länger auf oder so, dann macht der das vielleicht mal.“ (I 15, 329-337)

Mit Blick auf die Zukunft konstatieren die Pflegefachkräfte, dass die Erfüllung beruflicher und betrieblicher Ansprüche nicht auf Dauer durch persönliches Engagement und Freizeitopferung aufrechterhalten werden kann. Die berufliche Einstellung des Personals ändert sich, denn Pfl-

¹⁰⁹ siehe ergänzend Interviewzitat E228

gende sind zunehmend nicht mehr bereit, im hohen Maß Freizeit für berufliche Belange zu opfern.

„Dies hohe Niveau, das die voraussetzen, was die kontrollieren von den Pflegeplanungen [...] da finden sie das Personal nicht mehr zu, die dann auch sagen, hier bleibe ich mal drei Stunden länger. Weil sowieso überall Fachkräftemangel ist und da können die auch sagen, dann gehe ich halt woanders hin oder so. Ich glaube, dass das System irgendwann hier zusammenbricht, glaube ich.“ (I 15, 379-384)

5.1.4.4 Anpassung der Arbeitsweise

Bei der Anpassung der Arbeitsweise in Form von hohem Arbeitstempo, Prioritätensetzung und Rationierung steht die Erfüllung normierender Anforderungen im Vordergrund. Demgegenüber unterstützt Flexibilität als Arbeitsmethode den Anspruch auf bewohnerorientierte Pflege.

Hohes Arbeitstempo

Die Pflegefachkräfte setzen sich zum Ziel, ihre beruflichen Aufgaben auch unter den gegebenen begrenzten Personal- und Zeitressourcen zu erfüllen. Durch „Schnelligkeit“ (I 4, 120) versuchen sie, die ihnen zur Verfügung stehende Zeit möglichst optimal zu nutzen und viele Aufgaben pünktlich zu erledigen. Dies zeigt sich im Alltag der Pflegefachkräfte darin, dass sie „schnell, schnell, schnell“ (I 19, 149) Essen reichen, damit alle Bewohner anschließend pünktlich ins Bett begleitet werden können. Auch bei der Lagerung von Bewohnern im Nachtdienst müssen sie sich „beeilen“ (I 15, 466), um alle notwendigen Lagerungswechsel zu schaffen.

„Wenn ich nicht viel Zeit habe, dann muss ich halt sehen, wie ich das mache. Immer wieder die Zeit und dass, wenn das Personal mehr wäre, könnte ich mir mehr Zeit lassen oder könnte ich auch alles so richtig erfüllen und so versucht man es halt, trotzdem zu erfüllen. Aber man muss halt schneller laufen.“ (I 4, 249-252)¹¹⁰

Das hohe Arbeitstempo ermöglicht es den Pflegenden, die geplante Tagesstruktur der Bewohner einzuhalten. Die Ausführungen der Pflegenden verweisen darauf, dass die Arbeitsorganisation auf die Erfüllung der beruflichen Gesamtaufgaben ausgerichtet ist. Die individuellen Bedürfnisse und Handlungssituationen geraten dadurch in den Hintergrund.

„Aber letztendlich sehen die dann auch die Notwendigkeit unseres Handelns, unseres Laufens, weil sie ja letztendlich davon auch abhängen wieder. Wenn wir nicht schnell genug laufen, dann sind ja auch ihre Tagesabläufe dadurch in Mitleidenschaft gezogen. Zum Beispiel morgens, wenn ich nicht schnell genug arbeiten würde, würde halt [Name einer Bewohnerin] erst um 8:30 Uhr zum Frühstück kommen. Aber sie will ja schon um 8:00 Uhr da sitzen.“ (I 11, 430-434)

¹¹⁰ siehe ergänzend Interviewzitate E229 und E230

Nimmt die Pflege und Betreuung bei einem einzelnen Bewohner mehr Zeit in Anspruch als geplant, müssen die Pflegefachkräfte „irgendwo anders wieder Abstriche machen“ (I 7, 227-228). Sie versuchen, den entstandenen Zeitverlust durch ein erhöhtes Arbeitstempo bei den anderen Bewohnern wieder auszugleichen.

„Das kannst du nicht kompensieren, das ist, da musst du dann halt, musst dich dann bei dem anderen ein bisschen mehr beeilen, sage ich mal. Kannst nicht genauso nach, wie du es sonst immer machst, die Pflege dann so durchführen, wie es eigentlich geplant ist.“ (I 15, 37-39)¹¹¹

Das hohe Arbeitstempo zeigt auch Auswirkungen auf die Atmosphäre im Pflegeheim. Der „hektische Alltagsarbeitsrhythmus“ (I 11, 375) der Pflegenden vermittelt Eile und Unruhe. Die zur Verfügung stehende Zeit reicht nicht aus, die Bewohner mit besonderer Aufmerksamkeit und Zuwendung zu betreuen.

„Es geht nicht mehr so, dass alles so ruhig abgeht, das geht nicht mehr.“ (I 4, 252-253)

„Wenn man zu zweit ist, kann man nicht immerzu überall sein und die am Tisch sitzen, die werden zum Teil auch von uns beim Durchlaufen mit versorgt.“ (I 7, 88-90)¹¹²

Auch die Sorgfalt bei der Erbringung einzelner Pfllegetätigkeiten wird durch das hohe Arbeitstempo beeinträchtigt. Aufgrund der Erkrankungen und altersbedingten Einschränkungen benötigen die Pflegefachkräfte für eine am Lebensprozess des Bewohners orientierte Unterstützung viel Zeit. Den „zeitaufwändigen“ (I 14, 45, 74) Bedürfnissen der Bewohner steht der Zeitmangel der Pflegefachkräfte (vgl. I 14, 75) gegenüber.

„Die [demenziell erkrankte Bewohner: Anm. d. Verf.] brauchen manchmal noch mehr Pflege, sind ja auch teilweise sehr verlangsamt und so, aber du kannst halt nicht immer so genau drauf eingehen [...]. Und das ist immer schon, denkst du immer, für die bräuchtest du eigentlich viel mehr Zeit. Ich meine, wie ein gesunder Mensch, da geht das auch alles schneller. Bei Älteren ist das eben verlangsamer und die brauchen mehr Zeit. Das haste halt nicht immer so.“ (I 15, 524-529)¹¹³

Die auf alle Bewohnerbedürfnisse ausgerichtete Arbeitsorganisation, der damit verbundene Zeitdruck und die zügige Verrichtung pflegerischer Hilfen beeinträchtigen den Blick für die individuellen Bedürfnisse der Bewohner. Es fällt den Pflegefachkräften schwer, sich auf die einzelne Handlungssituation und auf den einzelnen Bewohner zu konzentrieren.

„Ist halt nicht immer so einfach, sich da hinein zu versetzen, weil man ja auch immer einen gewissen Zeitdruck hat und weiß, man muss das hier schnell, schnell machen, aber im Prin-

¹¹¹ siehe ergänzend Interviewzitat E231

¹¹² siehe ergänzend Interviewzitat E232

¹¹³ siehe ergänzend Interviewzitat E233

zip will man ja, muss man sich mal vorstellen, die Leute sind alt und manche wissen dann auch nicht, was kommt jetzt auf einen zu und dann kommt einer rein, kommt schnell ins Zimmer rein und waschen, waschen [...].“ (I 5, 13-17)¹¹⁴

Im Umgang mit den demenziell erkrankten Bewohnern ist „sehr viel Ruhe“ (I 17, 136) notwendig. Die Pflegenden sind sich bewusst, dass sie sich „entspannt und nicht hektisch“ (I 12, 390) verhalten sollten. Doch den im beruflichen Arbeitsalltag entstehenden Druck können sie nicht immer kontrollieren und gegenüber den Bewohnern verbergen. Die Pflegenden reflektieren, dass sich ihre Anspannung auf die Bewohner überträgt und die Kommunikation mit den Erkrankten nicht immer angemessen ist.

„Das ist schon, wenn man einen Demenzkranken hat und da kommt und man ist in Stress, wird sofort gemerkt, derjenige merkt das. [...] Das ist dann wie mit dem Herrn, [...] der dann alle viertel Stunde oder alle 20 Minuten mal auf Toilette und dann kommt man und sagt 'ja, sie waren doch erst vor 20 Minuten gewesen'. Ja, ich weiß, in seiner Demenz sagt er dann immer, 'bin ich denn böse?' oder 'sind sie denn böse mit mir?' [...] Das überträgt sich dann sofort auf den Bewohner. Man muss dann ruhig werden, da geht man lieber noch mal raus und holt noch mal tief Luft und geht dann noch mal ins Zimmer rein, dass man dann ein bisschen ruhiger ist, aber es ist eben, der Stress ist dann immer mal wieder da.“ (I 13, 430-442)¹¹⁵

Aber auch die verschiedenen Aktivitäten des täglichen Lebens sind durch das hohe Arbeitstempo beeinträchtigt. Zum Beispiel wird beim Essenreichen der „Löffel reingeschoben“ (I 19, 142) oder „die Körperpflege für die Beine, dass du das eben schneller machst, als es eigentlich sein sollte“ (I 11, 373-374). Das hohe Arbeitstempo soll die Erfüllung von Bewohnerbedürfnissen sicherstellen. Gleichzeitig führt die hastige Arbeitsweise aber auch dazu, dass bewohnerorientierte Pflege vernachlässigt wird und das pflegerische Handeln als unwürdig erlebt wird.

„Ja, so was [das Essenreichen: Anm. d. Verf.] würde ich dann auch gerne langsamer erledigen. Um halt auch den Bewohnern ein normales Leben zu ermöglichen und nicht so, wie so ein Vieh da manchmal.“ (I 19, 144-145)¹¹⁶

Die mit dem Zeitmangel verbundene hohe Arbeitsgeschwindigkeit der Pflegefachkräfte nimmt zudem Einfluss auf die Kommunikation mit den Bewohnern. Die Pflegenden konstatieren, dass sie keine Zeit haben, um „die Leute [...] aussprechen zu lassen“ (I 21, 54-55) oder „auf die Bewohner richtig eingehen“ (I 15, 110) zu können. Es ist den Pflegefachkräften nicht möglich, sich vertiefend mit den psychischen und sozialen Belangen bzw. Problemen der Bewohner auseinanderzusetzen (vgl. I 15, 343-349).

¹¹⁴ siehe ergänzend Interviewzitate E234 und E235

¹¹⁵ siehe ergänzend Interviewzitate E236, E237 und E238

¹¹⁶ siehe ergänzend Interviewzitate E239 und E240

„Man kann teilweise die Leute gar nicht so richtig, wie soll ich sagen, aussprechen lassen, weil man dann schon wieder zum Nächsten hirschen muss oder es klingelt irgendwo, wo man dann hin muss.“ (I 21, 54-56)

Das Ziel, alle beruflichen Aufgaben zu erfüllen und der persönliche Anspruch, die Pflege und Betreuung über das Mindestmaß hinausgehend zu erfüllen, verstärken die berufliche Belastung der Pflegenden. Mit dem hohen Arbeitstempo sind neben körperlichen auch psychische Arbeitsbelastungen verbunden.

„Ich mache mich selber damit teilweise auch fertig, von den Nerven her oder so und ich renne wirklich, wie eine Wahnsinnige, um das alles zu schaffen und vielleicht noch ein bisschen mehr.“ (I 4, 33-35)¹¹⁷

Jüngere Pflegende können aufgrund ihrer besseren körperlichen Verfassung die beruflichen Aufgaben in einer hohen Arbeitsgeschwindigkeit umsetzen. Ältere Pflegefachkräfte sind aufgrund bestehender körperlicher Beschwerden stärker belastet. Sie können die gegebenen Rahmenbedingungen nicht mehr durch ein hohes Arbeitstempo kompensieren. Stattdessen passen ältere Pflegekräfte den Umfang der Tätigkeiten an ihre physischen Möglichkeiten an und nicht mehr alle individuellen Wünsche der Bewohner können erfüllt werden.

„Ja, weil ich halt noch jung bin und das vielleicht anders machen kann, als Ältere, die nicht mehr so können. [...] Dass die halt schon so Gurte brauchen und die dann einfach nicht mehr [können: Anm. d. Verf.] Oder das Knie schon irgendwie und dass die dann einfach nicht mehr so schnell können, wie ich noch. [...] Eben würden die nicht so Dinge machen, dass die noch mal extra losspringen würden und auf einen ganz anderen Flur laufen würden, weil ein kleines Kissen fehlt, dann würden sie das Kissen halt nicht holen.“ (I 4, 120-130)¹¹⁸

Prioritäten setzen

Auch wenn sich die gegebenen Rahmenbedingungen als ungünstig erweisen, bleibt der Anspruch der Pflegefachkräfte, die Pflegemaßnahmen an den individuellen Bedürfnissen des Bewohners auszurichten, bestehen. Die Alltagswirklichkeit setzt dem Handeln der Pflegenden jedoch Grenzen.

„Aber so im Allgemeinen versucht man natürlich trotzdem, immer noch so beizubehalten, ja, weil nützt ja alles nichts. [...] Ich sage zwar manchmal immer, lieber der Heimbewohner als die Akte, aber irgendwann muss man eben auch mal die Akte machen, das ist so.“ (I 20, 679-682)

Das hohe Arbeitstempo reicht nicht aus, um den eigenen Ansprüchen an das Pflegehandeln gerecht zu werden. Die gesammelten Praxiserfahrungen führen die Pflegefachkräfte zur Einsicht, dass sie die eigenen Ansprüche nicht im vollen Umfang verwirklichen können. Da sie Bewohner-

¹¹⁷ siehe ergänzend Interviewzitat E241

¹¹⁸ siehe ergänzend Interviewzitat E242

bedürfnisse nicht zur gleichen Zeit erfüllen können, fühlen sie sich dazu gezwungen, eine Rangfolge der beruflichen Verrichtungen festzulegen.

„Das man sagt, man kann nicht alles realisieren, das lernt man dann mit der Zeit, man will es vielleicht nicht, aber es ist dann so, man muss dann lernen, was man zuerst macht.“ (I 13, 156-158)

Die Pflegenden versuchen, die einzelnen Aufgaben „nach und nach abzuarbeiten“ (I 13, 50). Um die aus ihrer Sicht dringenden Tätigkeiten (vgl. I 13, 52) zuerst erledigen zu können, müssen die Pflegefachkräfte zwischen den gleichzeitig bestehenden Bewohnerbedürfnissen und den noch zu erledigenden Aufgaben abwägen. Sie unterscheiden zwischen Bedürfnissen und Aufgaben, die zeitnah erfüllt werden müssen und Bedürfnissen und Aufgaben, die weniger hohe Priorität haben und zu einem späteren Zeitpunkt erfüllt werden können. Bei der Abwägung der Bewohnerbedürfnisse hilft ihnen, dass sie mit den individuellen Besonderheiten der einzelnen Bewohner vertraut sind.

„Man kennt die Bewohner. Und wenn [Name der Bewohnerin] klingelt, die Alzheimer hat oder sehr durcheinander ist, dann geht man da zuerst hin und wenn man eben einen Bewohner hat, der Pflegestufe 1 ist und der auch noch vom Kopf her klar ist und wo man auch weiß, der steht jetzt noch alleine auf, der braucht vielleicht Hilfe beim Toilettengang, dass sie vielleicht mal den Schlüpfel runter ziehen, dann geht man da dann danach hin. Also das muss man dann sehen.“ (I 13, 161-166)

Neben der Erfüllung von Aufgaben und Bewohnerbedürfnissen bedeutet Prioritätensetzung jedoch auch, dass die Pflegefachkräfte einen Teil der Bewohnerbedürfnisse im zeitlichen Arbeitsverlauf nach hinten verschieben müssen. Das Dilemma, allen Bewohnern gleichermaßen gerecht werden zu wollen, wird durch die Setzung von Handlungsprioritäten nicht aufgelöst. Die Spannungen und die damit verbundenen Belastungen der Pflegenden bleiben bestehen, wenn sie organisatorisch-administrativen Aufgaben den Vorrang geben und die Zuwendungs- und Kommunikationsbedürfnisse der Bewohner nicht unmittelbar erfüllen können. Sie sind mit der Situation und ihrem Handeln unzufrieden. Da ihre beruflichen Qualitätsansprüche unerfüllt bleiben, bewerten sie ihr Handeln als mangelhafte Pflege.

„Manchmal bist du auch nicht so zufrieden [...]. Das merkst du doch selber, wenn der Bewohner sagt dir irgendwas, 'hier ich habe dies Problem' und ich sage 'ja, ich muss jetzt erstmal schnell zu wem anderes, ich komme dann gleich wieder'. Da denkst du schon, da bist du manchmal schon in so einem Zwiespalt. Da sagst du dann, 'Mensch, jetzt müsstest du eigentlich das Problem erstmal machen', aber hast noch nicht die Zeit. Dann hast du noch angerufen, dann musst du das noch klären und dann musst du das noch und da musst du halt den Bewohner erstmal zurücksetzen. Ja, da denke ich auch manchmal, das ist jetzt auch nicht gut gewesen, keine gute Pflege in dem Sinne, wie du es dir halt vornimmst oder so.“ (I 15, 492-501)¹¹⁹

¹¹⁹ siehe ergänzend Interviewzitat E243

Rationierung

Aufgrund der beschränkten pflegerischen „Kapazitäten“ (I 11, 651) sind einer bewohnerorientierten Pflege „Grenzen“ (I 11, 649) gesetzt. Die geplanten Pflegemaßnahmen können „nicht so, wie es eigentlich sein sollte“ (I 5, 360) erbracht werden. Da die Pflegefachkräfte für mehrere Bewohner eines Wohnbereiches verantwortlich sind, ist es aus ihrer Sicht notwendig, die Leistungen für den einzelnen Bewohner zu rationieren. Für die Bewohner bedeutet dies, dass nicht alle individuellen Gewohnheiten und Wünsche im Pflegealltag realisiert werden können.

„Na zum Beispiel, wenn einer täglich baden möchte. Das ist eben nicht möglich. Das schaffen wir von der Zeit her gar nicht. Und wie gesagt, bei 20 Bewohnern schafft man das nicht. Und so haben wir dann einmal in der Woche ist Duschen oder Baden. Da können sie sich aussuchen, was sie gerne möchten. Ob sie früh oder abends, das realisieren wir schon, aber so täglich duschen, wenn es geht früh und abends, wie sie es vielleicht gewohnt waren, das schaffen wir nicht von der Zeit her.“ (I 21, 143-148)¹²⁰

Am Wochenende erbringen die Pflegenden unter Umständen nur ein Mindestmaß grundpflegerischer Leistungen. Wenn das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Bewohner nicht ausreicht, um alle geplanten Maßnahmen vollständig durchzuführen, werden nur pflegerische Tätigkeiten umgesetzt, die als dringend und notwendig eingestuft werden. Verrichtungen, die die Pflegenden als weniger wichtig einstufen, werden dann nur teilweise umgesetzt.

„Ja, also in der Woche ist das schon, da sind wir ja zu fünft in der Woche und wir, da wird auch die Grundpflege auch gut durchgeführt, aber es gibt auch Situationen, wenn wir am Wochenende zu viert sind und wir einundvierzig Bewohner hier haben und alle waschen müssen, dann geht das nicht anders. Das man auch mal nicht die Füße wäscht am Wochenende und dass die Grundpflege durchgeführt wird. Also Oberkörper und Intimbereich, das wird immer gewaschen, also das ist aber das eben mal die Füße nicht gewaschen werden am Wochenende.“ (I 13, 399-405)

Die Pflegefachkräfte vergleichen und bewerten die geplanten Pflegemaßnahmen der Bewohner ihres Verantwortungsbereiches. Bei der Auswahl richten sie sich nach dem Grad der existenziellen Notwendigkeit der Maßnahmen. So bewerten die Pflegenden die Zufuhr von Nahrung wichtiger als die Durchführung von Prophylaxen, deshalb erfolgt die Umsetzung prophylaktischer Maßnahmen nur im Rahmen der verbleibenden zeitlichen Möglichkeiten.

„Ich meine, man muss das machen, was noch vorrangig ist. Da ist natürlich Essen reichen wichtiger, als dass ich die Beine irgendwie bewege. Wenn ich weiß, dass ich bei dem nächsten schon wieder Essen reichen muss. [...] also man versucht trotzdem schon nebenbei immer ein bisschen was zu machen, man weiß ja, das was von der Zeit drin ist, das man irgendwie mal versucht, dann auch mal ein bisschen durchzubewegen.“ (I 5, 351-359)

¹²⁰ siehe ergänzend Interviewzitat E244

In der Folge dokumentieren Pflegefachkräfte Maßnahmen, die sie aufgrund des Zeitmangels nicht im vollen Umfang erbracht haben. Das bestehende Dilemma der Pflegenden, nicht alle geplanten Pflegemaßnahmen umsetzen zu können, wird für Außenstehende dann nicht sichtbar.

„Ich versuch es dann halt durch Schreiben abzudecken, indem man das halt schreibt und nicht wirklich hundertprozentig machen konnte. [...] Man zeichnet zwar ab, dass man das gemacht hat, aber im Prinzip schafft man es nicht wirklich, dass man hier bei dem einen alle zwei Stunden dann zehnmal das rechte Bein und zehnmal das linke Bein, fünfmal Arm und fünfmal Kopf drehen, wenn wir das bei fünf bis sechs Leuten im Wohnbereich machen wollen, hat man gar nicht die Zeit dazu.“ (I 5, 332-343)

Flexibilität

Um eine am Bewohner orientierte Pflege besser umsetzen zu können, nutzt ein Teil der Pflegefachkräfte eine bewusst und gezielt auf Flexibilität hin ausgerichtete Arbeitsweise. Ein anderer Teil der Pflegefachkräfte bevorzugt es, die einzelnen Aufgaben und Tätigkeiten „streng der Reihe nach“ (I 20, 64) abzuarbeiten.

„Ich will mal sagen, ich würde das so in zwei Lager teilen. Es gibt die, die das so machen [flexibel arbeiten: Anm. d. Verf.] und es gibt eben die, die der Reihe nach machen.“ (I 20, 102-103)

Die Pflegefachkräfte sind der Meinung, dass das berufliche Pflegehandeln im Gegensatz zu industriellen Produktionstätigkeiten durch den grundsätzlichen Bedarf einer flexiblen Arbeitsweise charakterisiert sein sollte, denn von den Pflegenden wird ein an den individuellen Bedürfnissen des Bewohners orientiertes Handeln erwartet.

„[...] man kriegt jetzt nicht vorgeschrieben, wie ich mit den Leuten umgehen muss oder so jetzt, wenn man auf Arbeit kommt. Ich meine an einer Maschine, da muss man ja genau da den Knopf drücken und das und das einstellen. Hier ist es eben immer unterschiedlich. Man muss auf die Leute eingehen, wie sie halt gerade sind.“ (I 20, 703-707)

Dieser Prämisse folgend, sind Pflegefachkräfte der Ansicht, dass auch bei der Planung der Arbeitsorganisation, die Lebenswelt der Bewohner Berücksichtigung finden muss. Um die Ressourcen der alten Menschen angemessen unterstützen zu können, müssen die individuellen Zeitbedürfnisse der Bewohner beachtet werden. Den Pflegefachkräften ist es wichtig, „nicht nur stur nach Plan“ (I 9, 143) zu arbeiten, sondern die Abfolge der Tätigkeiten „für sich selber“ (I 9, 142) zu strukturieren.

„[...] aber man darf halt auch nicht vergessen, jemand, der vielleicht länger Zeit braucht, dass man dem auch die Möglichkeit gibt, dass er die Zeit auch hat, die er benötigt, dass wir nicht nur stur nach Zeitplan [...]“ (I 9, 138-140)

Die Flexibilität der Pflegefachkräfte wird auf verschiedenen Ebenen der Arbeitsorganisation sichtbar. Pflegende nutzen zum einen die Ressourcen und die damit verbundenen Eigenaktivitäten der Bewohner. Das hilft ihnen dabei, „mehrere Leute mit einmal bedienen“ (I 20, 65) zu können. Bei einem starren Arbeitsplan, bei dem die Pflegenden „immer ständig danebenstehen, wo derjenige doch viel selber machen kann“ (I 20, 96-97), wird aus ihrer Sicht wertvolle Zeit „verplempert“ (I 20, 95). Deshalb teilen sich die Pflegenden die Arbeit entsprechend der Rahmenbedingungen differenzierter ein. Die damit verbundenen zusätzlichen körperlichen Belastungen durch „mehr Laufarbeit“ (I 20, 62-63) nehmen sie in Kauf.

„Aber wenn wir dann so grob die Pflege hinter uns haben, dann weiß ich, die Frau, die macht sich gerne noch ein bisschen so zurecht im Spiegel, so mit Lidschatten und was weiß ich nicht alles. Und in der Zeit gucke ich dann schon wieder zum Nächsten, dass der schon mal aufsteht und so. [...] dann kann ich später noch mal gucken, dass alles in Ordnung ist. Man kann aber in der Zwischenzeit schon jemand anders aus dem Bett helfen oder so. Es gibt ja viele, die waschen sich vorne rum oder das Gesicht selber, da brauche ich nur mal den Rücken waschen, die Füße waschen und unten rum anziehen. Da muss man sich halt die Arbeit so ein bisschen aufteilen.“ (I 20, 52-61)

Der Praxiserfahrung der Pflegenden nach entspricht eine flexibel ausgerichtete Arbeitsorganisation den Bewohnerbedürfnissen eher, als eine strikt auf Abarbeitung hin ausgerichtete Arbeitsorganisation. Der Mehraufwand der Pflegenden wirkt sich auf die Bewohner positiv aus, „den Leuten tut das irgendwie besser“ (I 20, 63).

„Ja, ob man das jetzt den Heimbewohnern jetzt so unbedingt anmerkt, wer jetzt im Dienst war? Also meine Erfahrung zeigt, ja. [...] Die können das schon unterscheiden [...] Dann gibt es eben welche, die sagen ‘ach, wenn die Männer da sind’, zum Beispiel, da ist es ruhiger’ oder irgend so was, solche Sprüche kommen da.“ (I 20, 104-111)

Des Weiteren nutzen Pflegefachkräfte Flexibilität innerhalb der Arbeitsorganisation, indem sie Aufgaben individuell innerhalb der Tagesstruktur verschieben. Um bei der morgendlichen Grundpflege nicht zusätzlichem „Stress“ (I 17, 293) ausgesetzt zu sein, vermeiden es die Pflegekräfte, alle anfallenden Tätigkeiten bei einem Bewohner sofort erledigen zu wollen. Sie empfinden es als hilfreich, wenn sie Tätigkeiten, wie beispielsweise „Tabletten stellen“ (I 17, 297), „Wundversorgung oder Verbandswechsel, PEG [Perkutane endoskopische Gastrostomie: Anm. d. Verf.]“ (I 17, 301) in Abhängigkeit von, „wie ich gerade Zeit und Luft habe“ (I 17, 292) flexibel innerhalb ihrer Dienstzeit erfüllen können.

„[...] ich versuch dann immer, wenn ich es früh nicht schaffe, dass, was ich gerne machen will, versuche ich dann auf einen späteren Zeitpunkt zu verlegen, dass ich es noch mache. Dass ich es mir irgendwie einteile. Und damit komme ich dann eigentlich gut klar. [...] Und dass ich früh jetzt den Stress nicht habe, weil es ist ja auch irgendwo zehn Minuten, viertel Stunde, die ins Lande gehen und die fehlen mir dann auch wieder in der Pflege, für die Kör-

perpflege, an den anderen Bewohnern. Da komme ich ja wieder ins Rudern.“ (I 17, 279-296)¹²¹

Auch der Unterstützungsumfang der Pflegemaßnahmen beeinflusst die Arbeitsorganisation. Um den Arbeitsdruck und die eigene Anspannung zu senken, planen die Pflegefachkräfte die Reihenfolge der Bewohner bei der morgendlichen Grundpflege entsprechend der für die Verrichtungen notwendigen Zeit. Pflegemaßnahmen, die mit einem erhöhten Aufwand verbunden sind, werden zeitlich nach hinten verschoben, damit vorherige Pflegemaßnahmen ohne erhöhten Druck abgearbeitet werden können.

„Ja, ich mache es dann halt immer so, wenn ich in dem Gang bin und ich habe sie, ich mache sie zum Schluss, komplett zum Schluss. Das machen die anderen jetzt auch, denn wenn ich sie als erstes machen würde, von der Grundpflege her, vom Waschen her, da wäre ich selber nervös. Wenn ich weiß, ich habe noch sieben Mann zu waschen und bin jetzt bei ihr.“ (I 17, 225-229)

Nicht nur die körperlichen Unterstützungsmaßnahmen werden in Anpassung an die vorliegenden Rahmenbedingungen erbracht. Da nicht alle Bewohner gleichzeitig in einem hohen Maß betreut werden können, werden die Zuwendung und die psychosoziale Betreuung der Bewohner durch die Pflegefachkräfte flexibel verteilt. Während der Dienstzeit richten sie ihre Aufmerksamkeit entsprechend des bestehenden Bedarfs bewusst nur auf einzelne Bewohner. Dabei sind für sie die vorliegenden Problemlagen und Bewohnerbedürfnisse, die während der morgendlichen Grundpflege erfasst werden, entscheidend.

„Ich meine, es ist ja nun nicht jeden früh, dass da 15 Mann sagen, ‘ich habe Stuhlprobleme’ oder ich muss da eine halbe Stunde jetzt nur dafür da sein, das ist mal der eine oder andere, der da mal ein Problem hat. Und das nehme ich dann eigentlich schon immer wahr, weil man muss es sowieso, man kann ja früh nicht 15 Leute jetzt gleichmäßig mit Gesprächen führen oder ein bisschen mehr Zeit investieren, man muss sich dann eben jeden Tag mal so. Man sieht dann ja früh bei der Pflege, wer jetzt mal ein bisschen mehr Bedarf hat an einem Gespräch oder an irgendwas. Dass man sich da halt mal den Einen rauspickt und da mal ein bisschen mehr Zeit investiert. Und dann den nächsten Tag mal schauen, wer da oder so. Also so mache ich es jedenfalls. Kommt ganz gut.“ (I 20, 462-471)

Die Pflegefachkräfte verschieben die Zuwendung und psychosoziale Betreuung der Bewohner auch im zeitlichen Tagesverlauf. Bemerkten die Pflegefachkräfte während der morgendlichen Grundpflege, dass die Bewohner einen umfangreichen Gesprächsbedarf signalisieren, verschieben sie eine intensive und zugewandte Kommunikation mit dem Bewohner auf die Zeit nach dem Frühstück. Der Druck während der morgendlichen Grundpflege soll nicht zusätzlich erhöht werden.

¹²¹ siehe ergänzend Interviewzitat E245

„Oder ich meine, früh geht man ja sowieso zu jedem Heimbewohner [...] man guckt ja, ob alles in Ordnung ist, macht das Bett evtl. oder so. Das ist so die Zeit, wo man mal kurz persönlich mit demjenigen da ein bisschen was besprechen kann oder fragt, ob sie gut geschlafen haben oder ob sie Probleme haben oder so was. Da ist eben dann manche Situation, wo manche dann eben so ausholen wollen, da muss man manchmal sagen, wir verschieben es vielleicht auf nach dem Frühstück, ja das man sich dann noch mal mit demjenigen noch mal zusammensetzt oder mal ins Dienstzimmer reinholt und sich die Sache dann da anhört.“ (I 20, 296-304)

Zudem ist die Arbeitsorganisation im Frühdienst durch ein hohes Maß an administrativen Tätigkeiten geprägt, so dass Pflegenden für die Bewohner „tagsüber keine Zeit“ (I 17, 85), „nicht mal ein paar Minütchen“ (I 17, 76) haben. Aufgrund des Zeitmangels kommen die Pflegefachkräfte nicht dazu, „mit denen mal zu reden“ (I 19, 423). Im Spätdienst ist die Situation „ein bisschen entspannter“ (I 19, 88), deshalb haben die Pflegefachkräfte dann eher die Möglichkeit, den Gesprächsbedarf der Bewohner zu erfüllen.

„Aber ich sage immer auch, man muss auch mal einen anderen Bewohner, die auch mal ein Gespräch, das kommt halt sehr kurz. [...]. Das hole ich mir halt im Spätdienst, wenn ich so nach 20:00 Uhr mal, so zehn Minuten, fünf Minuten mal den Bewohnern, das tut ihnen ja so gut. [...] ab und zu muss man sie sich auch mal nehmen, dass man auch mal ein Gespräch, weil es wirklich so im Frühdienst, da hat man nicht viel Zeit. Das ist nur, im Spätdienst nehme ich mir schon mal, wie abends dann, wenn man noch mal die Runde macht, dann geht man noch mal durch jedes Zimmer durch, wo halt unsere Rüstigen sind, die Gängigen, die halt auch mal schwätzen wollen. ‘Ach setz dich erst mal hin.’“ (I 17, 74-84)

Da das Zeitfenster, innerhalb dessen bestimmte Aufgaben erfüllt sein müssen, im Nachtdienst größer ist als im Frühdienst, können die Pflegenden während dieser Dienstzeit ihre Tätigkeiten freier planen. In dieser Zeit ist es den Pflegefachkräften möglich, sich dem einzelnen Bewohner etwas intensiver zuzuwenden. Die Pflegenden im Nachtdienst erfüllen psychosoziale Bedürfnisse der Bewohner, die im Tagdienst nicht immer ausreichend erfüllt werden können. Sie unterstützen die Heimbewohner bei der Verarbeitung von Problemen, indem sie den Bewohnern zuhören, wenn diese von Dingen, die sie innerlich bewegen, berichten.

„Ich denke mal, in der Nacht ist das noch mal was anderes, da kann man seine Zeit ja auch ein bisschen verschieben. Wenn ich jetzt meinen Rundgang in der Nacht eine halbe Stunde später mache, ist das auch nicht so dramatisch, denke ich mal. Dafür habe ich mich halt bei demjenigen da hingesetzt und habe da mal irgendwie was gelesen oder irgend so was ja. [...] Es gab viele, die in der Nacht geklingelt haben oder wenn man zum Rundgang war, die dann noch gesagt haben, ‘ach haben sie mal fünf Minuten?’ Und dann haben die mal losgelegt und haben ein bisschen was erzählt und gemacht. Das brauchen die einfach auch. Denke ich mal, so ein bisschen was zu erzählen, was denen so auf der Seele brennt. Oder wenn jetzt irgendeine Schwester mal nicht so nett war, dann haben die auch gesagt, ‘ach die hat heute wieder geschimpft’ oder irgend so was, das haben die dann so erzählt.“ (I 19, 414-429)¹²²

¹²² siehe ergänzend Interviewzitat E246

Der flexiblen Arbeitsorganisation der Pflegefachkräfte sind im Arbeitsalltag auch Grenzen gesetzt, denn der Umfang der Pflegebedürftigkeit und die Wünsche der Bewohner nehmen Einfluss auf den Gestaltungsspielraum der Pflegenden. Bei Bewohnern mit Pflegestufe 3, die das Bett nicht mehr verlassen, können die Pflegenden die Unterstützungsmaßnahmen unabhängiger in den Tagesverlauf integrieren.

„Es gibt dann noch einige Bewohner, die man eben auch nach 8.00 Uhr dann noch versorgen kann. Pflegestufe 3 Bewohner, die bettlägerig sind und wo man eben dann das Essen reichen muss und demzufolge auch ein bisschen flexibler ist. Das sind aber eben nicht so viele. Der Wohnbereich 1 [...] da haben wir letztendlich auf jeder Etage einen Bewohner, den das betrifft [...].“ (I 11, 22-27)

Andererseits betreuen die Pflegenden auch Bewohner, die auf einer zeitnahen Erfüllung von spezifischen Tätigkeiten bestehen und dadurch den Handlungsspielraum der Pflegenden stärker einschränken. Die Pflegefachkräfte wünschen sich „mehr Freiraum“ (I 11, 29), denn Veränderungen innerhalb der Arbeitsorganisation können für sie entlastend wirken. Geplante Veränderungen scheitern jedoch an den Wünschen der Bewohner.

„Wie gesagt, haben wir auch schon probiert [das Frühstück: Anm. d. Verf.] ein bisschen nach hinten zu verschieben, am Wochenende wird es zum Teil auch mal 8.15 Uhr, aber dann gibt es eben schon Bewohner, die dann richtig ungehalten reagieren. Ich will 8.00 Uhr frühstücken.“ (I 11, 41-44)¹²³

Auch die Nutzung freier Kapazitäten am Vormittag scheitert, wenn die Bewohner darauf bestehen, dass notwendige Pflegemaßnahmen vor dem Frühstück erfolgen und sie diese Wünsche „akzeptieren“ (I 11, 50) müssen.

„Ja natürlich, also so in der Zeit nach dem Frühstück bis zum Mittag, da wäre auch noch von den Mitarbeitern her Pfl egetätigkeit möglich, aber da will eben keiner.“ (I 11, 656-657)

Zudem kann eine flexible Arbeitsweise der Pflegefachkräfte zu Abweichungen im Tagesablauf der Bewohner führen. Bewohner, „die jetzt Wert auf Pünktlichkeit legen“ (I 20, 107-108), sehen in den auftretenden zeitlichen Verzögerungen eine Beeinträchtigung ihrer fest geplanten persönlichen Tagesstruktur.

„Wobei das Bett immer noch, da sage ich, ‘das kann man nach dem Frühstück noch genauso machen’. Aber es gibt eben auch Heimbewohner, die legen auch Wert drauf, dass das gleich gemacht wird [...] die sagen, ‘wieso ist es denn heute so spät?’, wenn ich jetzt im Dienst bin. So, die können das wieder so rum nicht wertschätzen [...].“ (I 20, 71-109)

¹²³ siehe ergänzend Interviewzitat E247

5.1.4.5 Erfüllung und Abweichung von Standards

Um den regelgeleiteten Ansprüchen gerecht zu werden, sind die Pflegefachkräfte bestrebt vorgegebene Standards umfassend zu erfüllen. Da die vorgegebenen Standards aber nicht immer der individuellen Bewohnersituation entsprechen, weichen sie auch bewusst von ihnen ab.

Pflegefachkräfte sind im Rahmen ihrer Berufsausübung damit beauftragt, Gefährdungen der Bewohner zu erkennen und Maßnahmen zu deren Vermeidung zu ergreifen. Im stationären Pflegealltag fühlen sich die Pflegefachkräfte durch äußere Vorgaben genötigt, ihrer Fürsorgepflicht nachzukommen und umfangreiche Vorsorgemaßnahmen einzuleiten. Sie sehen sich dem „Zwang“ (I 8, 292) ausgesetzt, die vorgegebenen standardisierten Normwerte zu erreichen. Zum Beispiel versuchen die Pflegefachkräfte immer wieder, die betroffenen Bewohner auch entgegen ihren eigentlichen aktuellen Bedürfnissen und entgegen ihrem Wohlbefinden zu einer gesteigerten Nahrungsaufnahme „zu überreden“ (I 10, 197-198).

„So, und dann muss ich versuchen, dem Bewohner mehr Essen anzubieten, wie er eigentlich essen würde. Dass er wieder das Gewicht aufholt mit aller Macht und eben noch ein Pudding isst und noch eine Kartoffel mehr den nächsten Tag, muss ich versuchen, obwohl er das gar nicht unbedingt will. Er hat eben nicht mehr so großen Hunger. [...] ich muss jetzt sehen, dass der Bewohner wieder das Gewicht erreicht, was er mal hatte, damit er ja seinen Normal-BMI halt wieder erreicht. Obwohl er sich gut fühlt mit dem, was er gegessen hat, satt ist mit dem, was er gegessen hat, aber halt nicht mehr so ganz tolles Gewicht auf die Waage bringt.“ (I 8, 286-295)¹²⁴

Bei einer Bewohnerin, deren Body-Mass-Index stetig (bereits vor der Aufnahme in das Pflegeheim) um die 18 [kg/m²: Anm. d. Verf.] lag, leiten sie Maßnahmen zur Erhöhung des Body-Mass-Indexes ein. Bei strenger Umsetzung normierender Ansprüche besteht die Gefahr, dass bisherige individuelle Gewohnheiten der Bewohner im Pflegealltag unberücksichtigt bleiben.

„Bewohnerin 104 Jahre alt [...] Die hat BMI [Body-Mass-Index: Anm. d. Verf.] immer nur um 18 gehabt. Die musste ich regelrecht ermutigen, dass die auf 20 kommt [...] Sie möchte eigentlich diesen BMI so halten, wie sie immer war. [...] wobei dem MDK [Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: Anm. d. Verf.] ja, sie wissen ja selber, die Richtlinien, die 18 eigentlich Mangelernährung, Unterernährung ist.“ (I 10, 300-307)

Die Alltagserfahrungen der Pflegefachkräfte zeigen, dass die Versuche, die regelgeleiteten Ansprüche immer umsetzen zu wollen, auch scheitern können. Die eingeschränkte körperliche Verfassung der Bewohner kann dazu führen, dass die regelgeleiteten Ziele nicht erreicht werden können. Diese Zielsetzungen werden von den Pflegefachkräften als unrealistisch eingeschätzt, denn es gibt Bewohner, die beispielsweise „nicht mehr dicker werden“ (I 17, 545-573) können. Die eingeleiteten Pflegemaßnahmen entsprechen nicht den individuellen Bewohnerbedürfnis-

¹²⁴ siehe ergänzend Interviewzitat E248

sen. Dies zeigt sich auch darin, dass die Pflegefachkräfte als Reaktion auf die Durchsetzung normierter Ansprüche Abwehrreaktionen (vgl. I 7, 206) der Bewohner erleben.

„Finde ich irgendwo, die Maßstäbe sind doch schon [hoch: Anm. d. Verf.] Auch von der Ernährung her, da wird nach dem BMI geguckt. [...] Wir haben es bei der [versucht: Anm. d. Verf.], nein, es bringt nichts. Bei der, die hat gebrochen dann. [...] Das ist zu viel. Ein Ernährungsplan wird dann erstellt und da muss man ja auch die Kalorien ausrechnen, was der essen muss. Das wird zu viel. Das verkraftet der ihr Magen nicht.“ (I 17, 542-562)¹²⁵

Pflegefachkräfte, die sich gezwungen fühlen, Normansprüche im Alltag durchsetzen zu müssen, sind mit ihrem eigenen Handeln unzufrieden. Sie verstehen den aus ihrer Sicht bestehenden Druck, der durch die Normenanforderungen generiert wird, nicht. Wenn sie bewohnerorientierte Ansprüche aufgrund von Normierungen in ihrem beruflichen Alltag nicht umsetzen können, empfinden sie heftige Abneigung in Bezug auf die durchgeführten Maßnahmen.

„Ist so ein bisschen Unverständnis, ist so ein bisschen Widerwille ist da. Weil ich sehe, dem [Bewohner: Anm. d. Verf.] geht es trotzdem gut. Warum muss ich jetzt unbedingt dem Bewohner so viel Essen anbieten bzw. verabreichen, wenn es nicht notwendig ist? Das finde ich dann so ein bisschen schade. Als wenn ich das Leben damit verlängern könnte, müsste. Irgendwo sind Grenzen und ein Mensch, der dann nicht mehr so viel essen möchte, muss ich doch akzeptieren, von der menschlichen Seite her. Und das finde ich dann zum Beispiel eben ein bisschen schwierig zu verstehen.“ (I 8, 297-303)

Der Durchsetzung von allgemeinen Normen stehen die Anstrengungen um eine bewohnerorientierte Pflege gegenüber. Denn Pflegende zeigen auch Bemühungen, die Wünsche und Entscheidungen der Bewohner im Pflegehandeln berücksichtigen zu wollen. Die individuelle Lebensführung und die Autonomie der ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Bewohner soll erhalten bleiben und hat oberste Priorität. Entsprechend haben die Bewohner auch das Recht, Pflegemaßnahmen abzulehnen. Die Pflegefachkräfte wollen die Bewohner nicht mit Pflegemaßnahmen bedrängen. Sie wollen die Pflegebedürftigen „nicht mästen“ (I 17, 553) und auch „nicht ständig gängeln“ (I 10, 775) müssen.

„Also da stehe ich auch dazu, also wenn ich ein Typ wäre, der immer 19 [Body-Mass-Index: Anm. d. Verf.] gehabt hätte, da würde ich auch weiter drauf bestehen, denn es ist ja mein Wohlfühlgewicht. Das Selbstbestimmungsrecht, das muss bei jedem bleiben.“ (I 10, 322-325)

„Der Bewohner muss sich wohlfühlen. Und wenn er strikt von sich aus eine Protektorenhose ablehnt und das als unangenehm empfindet, dann möchte ich den auch mit dem Wunsch berücksichtigen. [...] Obwohl es doch eigentlich menschlich ist, das im Alter auch ein Sturz passieren kann. Ich kann ja nicht jeden in ein Geschirr nehmen und ihn den ganzen Tag unter ständiger Beaufsichtigung haben. Das ist nicht möglich. Das ist beim Kind nicht möglich,

¹²⁵ siehe ergänzend Interviewzitat E249

das ist beim älteren Menschen auch nicht möglich. Und ein älterer Mensch hat auch nicht die Knochenbeschaffenheit mehr [...].“ (I 10, 777-807)¹²⁶

Handeln die Pflegefachkräfte bewohnerorientiert, besteht die Gefahr, dass festgelegte Normenwerte nicht erreicht werden. Hier sehen sich die Pflegefachkräfte verpflichtet, umfangreiche Nachweise zu erbringen. Sie müssen belegen, dass keine Pflegefehler ihrerseits vorliegen, sondern die Orientierung an der Lebenswelt der Bewohner und die persönlichen Entscheidungen der Bewohner ihr Handeln lenken.

„[...] um dem MDK [Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: Anm. d. Verf.] zu sagen, also hier liegt keine Mangelernährung durch unsererseits vor, sondern hier ist dieses Krankheitsbild da und ich muss den Willen des Bewohners akzeptieren. [...] Aber diese Beweisspflicht immer, verstehen Sie, das muss ja alles immer dokumentiert werden, obwohl es der Wunsch des Bewohners ist. [...] Der MDK, wenn der kommt und sagt, wer hat einen BMI unter 20, dann muss ich diese Begründungen auch alle stehen haben und die habe ich auch.“ (I 10, 278-322)¹²⁷

Die Pflegefachkräfte versuchen die individuelle Situation der Bewohner transparent darzustellen. Im Rahmen der von ihnen geführten Pflegedokumentation legen sie die individuelle Lebensgeschichte der Bewohner dar. Diese Informationen werden auch für die Planung individueller Pflegemaßnahmen genutzt. Um noch detailliertere Nachweise zu erbringen, erweitern die Pflegenden auch den Umfang der Dokumentation. Sie notieren beim Einzug in die stationäre Einrichtung zusätzlich die Kleidergröße, um sich gegen den Vorwurf der Mangelernährung zur Wehr setzen zu können.

„[...] ich bin darauf eingegangen, indem ich dann in der Pflegeplanung hingeschrieben habe, Bewohner war sein Leben lang so schlank, hatte immer einen BMI um 18 und möchte dieses auch halten.“ (I 10, 313-315)

„[...] deswegen schreiben wir jetzt die Kleidergröße gleich bei der Aufnahme, wenn wir Lebenslauf so ein bisschen, damit man es gleich hat. Es muss ja alles übereinstimmen. [...] Wenn sie jetzt einen BMI, sage ich jetzt mal von 17, 18 und man muss ja schon die Maßnahmen einleiten, wenn sie unter 22 fallen. [...] Mit der Kleidergröße, da sind wir uns schon einig geworden.“ (I 17, 547-562)

Die Pflegefachkräfte sehen es als Gebot, die individuellen Problemlagen der Bewohner bei der Planung von Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen und „im Sinne der Bewohner abzuwägen“ (I 3, 431-432) und „das Beste“ (I 3, 444) für den Bewohner zu tun.

„Bei der letzten Qualitätsprüfung war das zum Beispiel so, ich habe einen Fall von einer demenzen Frau, sie ist ein Läufer. Die läuft bis zum Umfallen und die läuft, die fällt, die verletzt sich dann, da haben wir ja schon die Pflicht, die Frau vor sich selbst zu schützen. Auch im

¹²⁶ siehe ergänzend Interviewzitat E250

¹²⁷ siehe ergänzend Interviewzitate E251 und E252

Gespräch mit den Angehörigen. Die ist schon zigmal gefallen, die kriegt jetzt abends was zum Schlafen, auch einfach um den Tag-Nacht-Rhythmus zu gewährleisten. Das ist auch abgesprochen und das haben wir auch im Empfinden, dass das so besser läuft. Also wir lassen sie nicht einfach laufen, Tag, Nacht, wie sie gerade möchte, sondern wir versuchen schon ihr einen Rhythmus zu geben. Am Tag eine Strukturierung und sie schläft dann auch meistens nachts. Das funktioniert sehr gut.“ (I 3, 416-424)

Handlungen, die aus Sicht der Pflegefachkräfte „im Sinne des Bewohners“ (I 3, 431-432) sind, werden unter Umständen vom Medizinischer Dienst der Krankenversicherung als „negativ“ (I 3, 444) bewertet. Die Pflegenden tauschen sich im Team über die Problematik aus. Im Kollektiv beschließen sie, dass sie die Maßnahmen trotz benannter Kritik fortsetzen und auch bewusst entgegen regelgeleiteten Anforderungen handeln. Sie fühlen sich in der Pflicht ihr Handeln individuell und situationsangepasst umzusetzen.

„Ja, wir haben es dann so hingenommen. [...] Wir können es nicht anders, wir machen das genauso weiter. Wir machen das genauso weiter. Wir haben darüber gesprochen [...] Ich kann ja nun nicht, nur weil der MDK [Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: Anm. d. Verf.] meint, dass das nicht ok ist, nicht im Sinne des Bewohners handeln.“ (I 3, 448-455)

Dies gilt auch für die Umsetzung von Assessments. Die Forderung einer regelmäßigen Einschätzung der Bewohnersituation bewerten sie als unzureichend. Um individuelle Veränderungen in Bezug auf den Gefährdungsgrad eines Bewohners zu erkennen, reicht eine Überprüfung in festgelegten Zeitintervallen nicht aus. Auch hier stehen die Normenforderungen einer individuellen Pflege entgegen. Die Pflegenden erachten es als sinnvoll, Veränderungen der Bewohnersituation zeitnah zu erfassen, denn nur so können die Pflegefachkräfte auf aktuelle und potentielle Pflegeprobleme angemessen reagieren.

„Es sollte schon so sein, dass wenn Probleme auftreten, dass dann auf diese Probleme reagiert wird, also auch umfassend bzw. auch rechtzeitig reagiert wird. Wenn ich jetzt zum Beispiel diese Geschichte nehme mit dem Gewichtsverlust, also ich ermittle heute das Gewicht und dann mache ich das turnusgemäß wieder in vier Wochen. Das ich dann schon mal gucke, oh, wenn ich jetzt sehe er hat heut nichts gegessen, gestern hat er nicht gegessen, dass ich dann auch schon mal gucke, ob da irgendwo ein Problem ist. Und nicht erst dann in vier Wochen wieder feststelle, oh, der hat ja drei Kilogramm an Gewicht verloren, sondern dass ich dann auch schon mal in der Zeit, wo der Prozess halt in Gang ist, dass ich da auch sehe, 'oh, hier könnte eine Gefahr sein'.“ (I 2, 277-285)

Regelgeleitete Forderungen beziehen sich nicht nur auf direkte am Bewohner vollzogene Pflegemaßnahmen. Pflegefachkräfte erleben auch Normenanforderungen, welche die pflegerische Arbeitsorganisation betreffen. Diese entsprechen nicht immer der beruflichen Alltagsrealität der Pflegenden. Hier versuchen die Pflegefachkräfte Kompromisse zu finden, um einerseits den Forderungen gerecht zu werden und andererseits ihr eigenes berufliches Handeln sinnvoll strukturieren und gestalten zu können.

„Wir haben uns dann aber versucht, es ein bisschen anders [als die Vorgabe des Qualitätsmanagements: Anm. d. Verf.] anzugewöhnen, in dem wir dann einfach diese ganzen kleinen Blister [Sichtverpackung von Tabletten: Anm. d. Verf.] mit Namen beschreiben und sie dann draußen lassen können, das andere würde einfach, man würde durcheinander kommen.“ (I 5, 172-175)

5.1.4.6 Gestaltung zwischenmenschlicher Interaktionen

Die Umsetzung bewohnerorientierter Ansprüche wird durch die bewusste Gestaltung der beruflichen Beziehungen verbessert. Pflegefachkräfte nutzen gezielt Formen der zwischenmenschlichen Interaktion, um Konflikten vorbeugen und diese frühzeitig erkennen bzw. zeitnah bewältigen zu können. Aus Sicht der Pflegefachkräfte kann die Umsetzung bewohnerorientierter Ansprüche nur durch eine gute Zusammenarbeit zwischen allen an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen erreicht werden. Aus diesem Grund bemessen die beruflich Pflegenden der Beziehungsgestaltung einen „ganz hohen Wert“ (I 10, 753) bei. Ziele wie „Wohlfühlen“ (I 10, 549), sich „angenommen fühlen, mit allen Sorgen und Problemen, egal was es ist“ (I 10, 18-19) und sich „vollkommen rundum betreut“ (I 10, 29) fühlen, können die Pflegenden nur erreichen, indem sie berufliche Kontakte intensiv pflegen. In diesem Prozess sehen sich die Pflegefachkräfte selbst als „Ansprechpartner für die Leute“ (I 10, 17) und entscheidendes „Zwischenbindeglied“ (I 10, 29).

„Also die Teamarbeit ist ganz hoch zu schätzen, weil wirklich das zum Wohle der Bewohner beiträgt, also das muss immer ein reger Austausch sein.“ (I 10, 388-390)

„Ohne die [Zusammenarbeit: Anm. d. Verf.] ist es nicht möglich, da würde man sich alleine abstrampeln, das könnte man nie so erfüllen in dem Maße.“ (I 10, 754-755)¹²⁸

Als sehr förderlich erweist sich der Austausch von Informationen innerhalb des Betreuungsteams. Um bewohnerbezogene Problemlagen frühzeitig zu erkennen, schätzen die Pflegefachkräfte zu Beginn des Tages die aktuelle Situation der Bewohner ein. Als fester Bestandteil der Arbeitsorganisation werden diese Informationen an die übergeordnete pflegerische Leitungsebene übermittelt. Zusammen mit den leitenden Mitarbeitern suchen die Pflegefachkräfte nach Lösungsmöglichkeiten.

„Dann gucke ich mir an, was für Probleme den Tag anstehen, wie es den Bewohnern geht. Ob von ärztlicher Seite jemand Bescheid wissen muss. Ob ich jemanden informieren muss. Je nachdem, was dann auch an Krankheiten so im Vordergrund steht. Ich gucke nach diesen Bewohnern auch, bespreche das mit der Pflegedienstleitung [...] Ist es etwas Pflegerisches, dann können wir es gleich lösen, dann wird es hier im Haus gleich besprochen.“ (I 10, 2-8)¹²⁹

¹²⁸ siehe ergänzend Interviewzitate E253, E254, E255, E256 und E257

¹²⁹ siehe ergänzend Interviewzitat E258

Aufgrund dessen, dass in stationären Einrichtungen „viele multimorbide Bewohner“ (I 10, 64) betreut werden, besteht auch eine enge Beziehung zu den verantwortlichen Fachärzten. Die Pflegefachkräfte bemühen sich dabei um einen reibungslosen Informationsaustausch. Durch „regelmäßigen Kontakt“ (I 10, 60) werden krankheitsbezogene „Auffälligkeiten“ (I 10, 53) unmittelbar weitergeleitet. Schwierigkeiten der Bewohner können so gemeinsam bewältigt werden.

„Ich vereinbare dann Termine, Arzttermine [...] wir haben da so eine schöne Pendelmappe, die haben wir angelegt [...] zwischen Bewohner und Arzt, damit wir auch gute Rückinformationen bekommen, dass auch die Ärzte uns verstehen und da steht dann auch gleich drin, was an Therapie angesetzt wird, so dass ich da nicht noch mal telefonisch hinterher telefonieren muss [...]. Die Ärzte schätzen das auch sehr.“ (I 10, 53-60)¹³⁰

Auch der Informationsfluss zu gleichgestellten Mitarbeitern und zu untergeordneten Mitarbeitern ist von großer Bedeutung, denn die Pflegefachkräfte tragen die Verantwortung für viele Bewohner. Sie können im beruflichen Alltag jedoch nicht alle Bewohner gleichzeitig im Blick haben. Deshalb werden alle Mitarbeiter, die direkte Pflege- und Betreuungsaufgaben übernehmen und auch Praktikanten angehalten, die Situation der Bewohner aktuell einzuschätzen und Informationen über Veränderungen zeitnah an die Fachkräfte weiterzuleiten.

„Also was ich finde, was auch sehr wichtig ist, ist die gute Zusammenarbeit mit allen Mitarbeitern, ob es Hilfskräfte sind, unsere Pflegekräfte, unsere Bezugspflegefachkräfte, regelmäßiger Infoaustausch, damit nichts verloren geht und auch wirklich die Leute sich hier Wohlfühlen können. Weil man kann nicht überall zur gleichen Zeit sein. Das ist ja nicht möglich. Also dieser Austausch, der muss eben jeden Tag gewährleistet sein und das ist hier auch.“ (I 10, 72-77)

„Selbst unsere Praktikanten, die kommen dann schon und gucken sie mal, hier ist eine Röntgen, ich weiß nicht, ob die gestern schon war. Da ist ein roter Streifen, da müssen wir mal drauf achten, dass da heute Abend noch mal geguckt wird.“ (I 7, 392-394)

Um ein umfassendes Bild von der individuellen Bewohnersituation zu erhalten, ist es hilfreich, wenn die Pflegefachkräfte auch untereinander in Kontakt treten und einen Dialog führen. In diesem Rahmen sollen Schwierigkeiten im Umgang mit Bewohnern offen dargelegt werden, um im Anschluss konkrete Absprachen zu treffen. Durch Umsicht in Form von „mitteilen und sagen“ (I 10, 673) lassen sich „viele Probleme lösen“ (I 10, 676).

„Es muss abgesprochen werden, ‘das und das wird so gemacht’ und nicht der eine macht hü und der andere macht hott, das geht nicht. [...] Und viel reden. Das Reden ist das A und O sage ich immer. [...] Man soll nicht schweigen irgendwo, wenn man ein Problemchen hat oder irgendwas oder über die Probleme halt, wenn jetzt ein Bewohner ein Problem hat, hier das

¹³⁰ siehe ergänzend Interviewzitat E259

können wir so und so machen und auch mal eine andere Meinung mit einbeziehen.“ (I 17, 474-483)¹³¹

Der Meinungsaustausch zwischen den Beteiligten ermöglicht den Pflegenden, verschiedene Perspektiven der individuellen Bewohnersituation zu reflektieren. Des Weiteren können durch den Kontakt mit anderen Pflegenden die vielfältigen Erfahrungen im Umgang mit den Bewohnern genutzt werden. Dies erleichtert die Arbeit der Pflegefachkräfte. Im Rahmen von Teamabsprachen können „bessere Lösungen“ (I 9, 182) gefunden werden. Letztlich ermöglicht den Pflegenden die Einigung auf „eine Linie“ (I 9, 166) ein „Hand in Hand“ (I 9, 180) Agieren.

„Erstmal zum Beispiel beim Mobilisieren der Leute, das ist für einen ja selber auch von der körperlichen Arbeit her dann einfacher ist oder dass man sich auch mal drüber unterhält, Mensch, wie hast du das empfunden. Das man sagt, ‘na ja, mir geht es dabei so und so’ und ‘ja, stimmt, das sehe ich so auch’. Und halt, dass man sich untereinander unterhält und dass man auch wichtige Dinge weitergibt.“ (I 9, 184-188)¹³²

Der Informationsaustausch der Pflegenden dient auch der Qualitätssicherung. Um erneuten Fehlern vorzubeugen und das berufliche Handeln der Mitarbeiter positiv weiterzuentwickeln, machen Pflegefachkräfte Kollegen auf bestehende Probleme aufmerksam. Sie weisen die Mitarbeiter darauf hin, dass Pflegehandlungen „nicht so o.k. gewesen“ (I 17, 486) sind. Entspricht das Pflegehandeln nicht ihren beruflichen Ansprüchen, geben die Pflegefachkräfte auch Hinweise zur notwendigen Verbesserung. Dabei spielt die Art und Weise der Fehlerkommunikation eine entscheidende Rolle. Damit die Mitarbeiter die Hinweise gut annehmen können, ist eine zugewandte und partnerschaftliche Kommunikation hilfreich.

„Es gibt Personal, die packen gern Kissen unter und fördern damit eine Kontraktur, da sage ich ja, da müsste eigentlich lieber noch ein Sandsack drauf, damit die Kontraktur runtergedrückt wird, aber da muss man sich austauschen und da muss man dann auch mal miteinander reden und das finde ich auch ganz gut.“ (I 7, 395-398)

„Da war eine Kollegin, die hat Windeln, das ist mir dreimal aufgefallen, liegengelassen. Da sage ich, ‘Jung, was ist denn mit dir los?’ [...] Es kommt auch drauf an, wie man es sagt. Wenn man es jetzt im barschen Ton sagt, ‘hier, was soll denn das hier?’ Oder man kann sagen, ‘hier so und so ist, wieso hast du denn jedes Mal die Windel liegengelassen? Ist irgendwas oder?’ Der Ton spielt auch eine Rolle. Das ist sehr wichtig. Wie man es sagt. [...] Heute hatte ich auch was mit dem Lehrling, wo ich gerade die Runde gemacht habe und es hat mir nicht so gefallen. Da sage ich nur zur Kollegin, ich komme dann noch mal runter und dann schwätze ich nochmal mit ihr.“ (I 17, 493-505)

Auch durch gute Beziehungen zwischen den Generationen kann Problemen im pflegerischen Alltag vorgebeugt werden. Die Zusammenarbeit der Pflegenden ist sehr nützlich, denn jede Altersgruppe hat Eigenschaften, durch die sie das Pflegehandeln positiv mitgestalten können. Bei

¹³¹ siehe ergänzend Interviewzitate E260 und E261

¹³² siehe ergänzend Interviewzitat E262

Schwierigkeiten können jüngere Kollegen sich auf die Erfahrungen der älteren Mitarbeiter stützen. Zum Beispiel können weniger erfahrene Kollegen bei bestehenden Unsicherheiten im Umgang mit Angehörigen erfahrenere Pflegekräfte mit einbeziehen bzw. diese können Aufgaben vollständig übernehmen.

„Angehörige, da sind die [jüngeren Kollegen: Anm. d. Verf.] etwas ängstlicher, das überlassen sie mehr uns. Aber das finde ich auch gut, dass die Generationen sich so da ergänzen. Wenn die eben Probleme merken, dann sprechen die uns an, die jüngeren und sagen da ist irgendwas. Oder die Angehörige hat mich angesprochen, wegen dem und dem und das war nicht so einwandfrei und das war nicht in Ordnung, was kann ich denn da sagen. Dann versuchen wir sie mit dazu zu nehmen oder das alleine mit den Angehörigen zu besprechen.“ (I 10, 510-515)

Die jungen Pflegefachkräfte können durch ihre Fröhlichkeit und Unbeschwertheit den Pflegealltag bereichern. Ältere Pflegefachkräfte kommunizieren mit den Bewohnern eher auf der Sachebene. Im Gegensatz dazu schaffen es jüngere Pflegenden durch ihren offenen und ungezwungenen Umgang, die emotionale Ebene der demenziell erkrankten Bewohner anzusprechen. Diese reagieren positiv auf den lockeren Umgang und können Ressourcen stärker aktivieren. Pflegeteams, die sich aus unterschiedlichen Generationen zusammensetzen, bereichern das bewohnerorientierte Pflegehandeln.

„Die Jungen bringen frischen Wind rein, was keiner glaubt, junge Leute bringen auch viel Freude mit rein. [...] Gerade dieses Unbekümmerte, was die Jugend so an sich hat, das wirkt sich auch gut auf Demenzkranke aus. [...] wir Ältere wollen immer alles erklären und alles. Die sind so unbekümmert, die gehen schon mal so frisch fröhlich ins Zimmer rein, trällern ein Lied und erzählen von Kirmes und auf einmal fangen dann die älteren Leute an, ja Kirmes und die singen dann auch mal ein Lied, also die haben noch so richtig die Aufbruchstimmung, finde ich. Wir erzählen dann höchstens, na ja Kirmes, 'die Kinder waren zur Kirmes'. Das muss sich ergänzen, das finde ich sehr gut. Also gemischte Teams sind sehr gut.“ (I 10, 520-530)

Die Beziehungen der Pflegenden untereinander haben starken Einfluss auf die Umsetzung einer bewohnerorientierten Pflege. Findet keine Kommunikation statt, wird das Pflegehandeln nicht umfassend aufeinander abgestimmt und die mangelnde pflegerische Kontinuität führt dazu, dass die Bedürfnisse der Bewohner nur unzureichend berücksichtigt werden. Die beruflichen Ansprüche der Pflegefachkräfte bleiben unerfüllt. Bei mangelhafter Kommunikation der Pflegenden besteht auch die Gefahr, dass Beziehungsprobleme unter den Mitarbeitern zu Lasten der Bewohner ausgetragen werden und die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Bewohner nicht mehr im Zentrum des pflegerischen Handelns stehen.

„[...] es muss miteinander alles funktionieren, alles abgesprochen werden. Es darf nicht gegeneinander, das ist auch sehr wichtig. Wenn man gegeneinander arbeitet, sich nicht abspricht, kann man keine gute Pflege erzielen [...] wenn jetzt die Kollegin, die einen nicht leiden kann so ungefähr, macht sie was, stellt eine Falle oder so. Das darf nicht sein, man muss

schon, das darf nicht an dem Bewohner ausüben, das muss unter sich, wenn man sich nicht leiden kann, aber es muss miteinander funktionieren.“ (I 17, 463-474)

Der Informationsfluss zwischen den Pflegenden wird auch durch hohe Fluktuationsraten beeinträchtigt. Pflegende, die Bewohner nur kurze Zeit kennen, können deren Situation nicht umfassend wahrnehmen und beurteilen. In der Folge werden bewohnerbezogene Probleme nicht immer zeitnah erfasst, andere Teammitglieder werden nicht über die bestehenden Schwierigkeiten informiert und die Pflegenden können keine gemeinsamen Lösungsstrategien entwickeln.

„Ja und das finde ich, merkt man auch nur, wenn man länger mit den Bewohnern zusammen ist. Und deswegen ist so ein ständiger Wechsel nicht gut. Gerade wenn wir so neue Kolleginnen haben, merken wir das immer wieder, weil dann erstmal, ihnen fällt ja dieses Problem auch nicht auf, was da sein könnte. [...] Aber wo dran sollen sie es denn merken, wenn sie ihn gerade erst so kennengelernt haben?“ (I 10, 669-674)

Um Konflikten präventiv entgegenzuwirken, suchen die Pflegefachkräfte nicht nur den Austausch innerhalb des multiprofessionellen Teams. Sie suchen auch den Kontakt zu den Angehörigen. Aus Sicht der Pflegefachkräfte ist es hilfreich, wenn die Angehörigen offen mit den bestehenden Schwierigkeiten des meist unfreiwilligen Heimeinzuges umgehen. Die Ehrlichkeit und die Annahme der Problematik verschaffen den Beteiligten einen tieferen Blick auf die Bewohnersituation und eine bessere Kommunikationsgrundlage. Auf dieser Basis können die Pflegefachkräfte und die Angehörigen gemeinsam erkunden, ob bestehende Probleme unmittelbar mit der Situation des Heimeinzuges verbunden sind.

„Ehe dass irgendwelche Situationen herauskommen, wo man dann unzufrieden ist mit dem Haus. [...] Dann ist mir eigentlich lieber, wenn die Angehörigen das ansprechen und sagen, ‘wissen sie, ich habe selber richtig Schwierigkeiten, mir tut das so weh, das ich meine Mutter hierher geben musste’. Da hat man dann schon mal so die Ebene, dass man sich vertraut gegenseitig und dann bekommen wir auch dieses Gefühl, wenn irgendein Problem ist [...].“ (I 10, 457-468)

Die Pflegefachkräfte greifen die schwierige Situation der Angehörigen auf und zeigen Verständnis. Sie verdeutlichen den Angehörigen die positiven Aspekte der häuslichen Entlastung. Zudem versuchen sie, das schlechte Gewissen der Angehörigen zu mindern und sie zeigen ihnen Wege und Möglichkeiten auf, sich an der Betreuung der Bewohner aktiv zu beteiligen. Den Angehörigen wird aufgezeigt, dass sie wichtige Aufgaben der Betreuung übernehmen können. Die Integration der Angehörigen ermöglicht ein gemeinsam ausgerichtetes Handeln.

„[...] meistens hole ich sie dann da ab und sage, wenn sie voll im Beruf tätig sind und dann mal hier eine Stunde herkommen, haben sie so viel Zeit für ihre Mutter, die hätten sie doch zu Hause gar nicht gehabt. Wenn sie diese Stunde mit ihr nutzen, da hat ihre Mutter so viel von ihnen, die hätten sie zu Hause gar nicht bringen können, weil sie nämlich dann waschen müssten, dann Toilettengänge machen müssten, sie müssten ihre ganzen anderen Arbeiten machen, was so hier vom Haus gemacht wird, von uns erledigt wird. Die Pflege und das alles rundherum. [...] So dass derjenige sich dann auch wieder einbringen kann.“ (I 10, 483-492)

Auch Erklärungen des Pflegehandelns können helfen, das gegenseitige Verständnis zwischen Pflegefachkräften und Angehörigen zu fördern. Begründen die Pflegenden ihr Handeln und erläutern sie den Angehörigen die Ziele einer aktivierenden Pflege, können die Angehörigen die Vorgehensweise der Pflegenden besser verstehen. Die Angehörigen können sich mit den Pflegezielen besser identifizieren und die Arbeit der Pflegenden unterstützen.

„Sie [eine Heimbewohnerin: Anm. d. Verf.] ist Pflegestufe 1. Ich komme morgens früh bei der Grundpflege hin, ich frage ihre Mutter, ich wasche den Rücken, ich wasche den Unterkörper, oben rum wäscht sie sich alleine und wir wollen eben gerne auch diese Fähigkeiten erhalten und wenn ich ihr das abnehme, auch wenn es lange dauert, bei ihr selbst, ist aber diese Fähigkeit ganz schnell weg und dann verliert der Bewohner an Eigenständigkeit. Und das sind eigentlich immer dann Fakten, wo das dann den Angehörigen auch einleuchtend ist und wenn man die mit im Boot hat, dass die das dann auch ihrer Mutter, ‘oh Mutter du bist ganz stolz, dass kannst du noch selber und das ist doch super und solange, wie du das kannst, ansonsten die Schwestern helfen dir auch’. Dann hat man das so ein bisschen weggenommen.“ (I 10, 626-635)

Vertrauen beide Parteien darauf, dass sie die gleichen Interessen und Ziele in Bezug auf den Bewohner verfolgen, ist ein offener Umgang mit Problemen möglich. Es ist hilfreich, wenn die Angehörigen bestehende Schwierigkeiten ansprechen. Diese können dann auf der Sachebene erörtert werden und im gegenseitigen Austausch können Lösungen gefunden werden.

„Und da kann man auch mal sagen, ‘oh das gefällt mir aber nicht’. Da wird das von der Seite her nicht so genommen und von der anderen Seite auch nicht. Im Grunde alles zum Wohle für die Bewohner.“ (I 10, 494-496)

„Also die wollen auch nur das Beste und das Allerbeste für ihre Angehörigen, das sollen sie auch alle haben, aber da muss man eben miteinander sprechen. Ich sage auch immer, wenn sie was haben, dann kommen sie eben zu uns, sprechen sie es an und dann werden wir sehen, wie wir das regeln können [...]“ (I 13, 567-570)

„Auch in Fällen, wo man wirklich die Probleme nicht lösen kann“ (I 10, 676-677), ist der Kontakt zwischen Angehörigen und Pflegenden bedeutsam. Die Angehörigen und auch die Pflegenden können sich in schwierigen Situationen gegenseitig stützen. Durch Austausch und Absprachen erleben die Beteiligten, dass sie nicht als Einzelkämpfer agieren. Sie können gemeinsam die Last schwieriger Situationen tragen und sich gegenseitig darin bestärken, dass sie nichts unversucht gelassen haben, um dem Bewohner bestmögliche Bedingungen zu schaffen.

„Dann ist aber sehr wichtig, dass man die Angehörigen, dass der Informationsaustausch erfolgt, dann weiß man, dass man trotzdem zum Wohle des Bewohners handelt. [...] für uns ist dann wichtig, wenn wir das alle besprochen haben und jeder versucht, hat alles möglichstes zu machen. Und in dem Fall war uns sehr, sehr wichtig, die gute Zusammenarbeit auch mit der Tochter. Denn sie selbst fand sich auch bei uns aufgehoben, weil sie nicht alleine mit dem Problem stand. Und so war eigentlich immer eine rege Kommunikation, bis das die

Frau dann auch gestorben war, auch heute noch, wenn man sie sieht, fragt sie noch nach, 'wie geht es ihnen?' Das ist für uns auch eine Gefühlsbestätigung, dass wir eben, was wir machen konnten, gemacht haben." (I 10, 677-740)

Der Austausch mit den Angehörigen führt aus Sicht der Pflegefachkräfte nicht immer zum Erfolg. Werden seitens der Angehörigen keine konkreten Aussagen über Wünsche und Bedürfnisse gemacht, haben die Pflegenden keine direkt greifbaren Möglichkeiten, Veränderungen im Sinne einer bewohnerorientierten Pflege einzuleiten.

„[...] ansonsten ist sie nicht glücklich und das teilt sie so ihren Angehörigen mit und die Angehörigen sind dann auch mit unserer Pflege nicht zufrieden. Was will man machen? [...] Also sie geben eigentlich so Forderungen kund, das und das müsste aber noch mehr, dann aber das ist immer nichts Konkretes.“ (I 6, 251-257)

Neben der Zusammenarbeit mit Angehörigen sind auch die Kontakte zu den Heimbewohnern „unheimlich wichtig“ (I 10, 621). Die Pflegefachkräfte legen viel Wert darauf, mit allen Pflegebedürftigen ihres Verantwortungsbereiches direkten Kontakt zu halten und „in jedem Zimmer auch drin gewesen zu sein“ (I 10, 637). Durch die Ausführung bewohnerbezogener Tätigkeiten, wie „Grundpflege“ (I 10, 2), „Lagern“ (I 10, 99), Frühstück austeilen oder Medikamente austeilen (vgl. I 10, 10-11), haben die Pflegefachkräfte unmittelbaren Bewohnerkontakt. Diese Zeit nutzen sie, um mit den Bewohnern ins Gespräch zu kommen und um auch mal „einen Schwatz“ (I 6, 167) zu halten.

„Du versuchst es schon bei Körperpflege, weil du da auch länger bist früh, bei den Leuten. Da hast du auch mal so eine Zeit, wenn da mal 20 oder 25 Minuten dabei bist oder mal so ein bisschen erzählst [...]“ (I 15, 513-515)¹³³

Die Bewohnerkontakte und die damit verbundenen Gespräche vermitteln dem Bewohner Zuwendung und Interesse an ihrer Person. Besteht enger Kontakt, dann haben die Bewohner „großes Vertrauen“ (I 6, 151) und sie sprechen die Pflegefachkräfte auch „sofort“ (I 6, 151) an und benennen bestehende Probleme. Zudem können die Pflegenden im Rahmen der Begegnungen auch auf die Bewohner zugehen und sie gezielt auf Schwierigkeiten, Veränderungsbedarf oder Wünsche ansprechen. Beide Varianten haben den Vorteil, dass Probleme zeitnah bearbeitet und im Sinne der Bewohner gelöst werden können.

„Dadurch, dass ich halt mindestens halt zwei- bis dreimal am Tag in die Tagespflege gehe und halt versuche, Kontakt mit den Gästen [der Tagespflege: Anm. d. Verf.] aufzunehmen, da erhalte ich halt so die Bindung zu den Gästen und versuche dadurch, dass wenn sie halt Anliegen haben und Veränderungen wünschen oder wenn ihnen irgendwas nicht gefällt, auch

¹³³ siehe ergänzend Interviewzitate E263, E264, E265 und E266

mit aufnehmen zu können. Damit wir das vielleicht an Ort und Stelle klären und ja verändern können.“ (I 6, 145-150)¹³⁴

Um Spannungen gezielt vorbeugen zu können, benötigen die Pflegefachkräfte Empathie. Es ist bedeutsam, dass sie auch unausgesprochene und nicht direkt formulierte Bewohnerprobleme „spüren“ (I 10, 607). Denn Probleme der Bewohner können im Pflegealltag auch in Form von Unzufriedenheit sichtbar werden. Die Pflegefachkräfte sehen es als wichtige Aufgaben an, die Situation der Bewohner und deren Hintergründe sensibel zu erfassen. So besteht die Möglichkeit, dass die Pflegefachkräfte „vorher ein bisschen eingreifen“ (I 10, 608) können. Durch Gespräche und frühzeitige Klärungen lassen sich in der Folge größere Spannungen vermeiden.

„Und da muss man dann auch wirklich dieses Gespräch immer suchen, das ist unheimlich wichtig, dass man Kontakt zu den Bewohnern hat und wenn man eben merkt, dass so was [Unzufriedenheit: Anm. d. Verf.] im Kommen ist, dies Gespräch auch suchen mit denen, mit dem Bewohner und auch mit den Angehörigen. [...] man merkt das ja, manchmal ganz einfach, indem derjenige dann anfängt und unzufrieden ist. Heute ist es dies, morgen ist es das, denkt man, was ist denn eigentlich los? Irgendwas stimmt doch nicht und dann gehe ich schon von alleine manchmal so hin und frage, haben sie Probleme oder irgendwas? Und sie kommen meistens aufs Gespräch, weil sie wollen gerne dann auch umsorgt sein, verstanden sein.“ (I 10, 620-644)

Im Rahmen von Gesprächen versuchen die Pflegefachkräfte auch ihre individuelle Fürsorge zu signalisieren. Pflegende entschuldigen sich und bitten die Bewohner um Geduld. Zudem vermitteln sie den Bewohnern, dass sie bestrebt sind, die an sie herangetragenen Wünsche und Bedürfnisse zu erfüllen. Sie versuchen, Situationen zu erklären, um die Bewohner milde zu stimmen und „Unstimmigkeiten“ (I 13, 138) zu beseitigen.

„Klar, man versucht dann immer, ‘ich konnte leider nicht eher kommen, jeder kriegt die Hilfe, die er braucht’. Es soll ja auch so sein.“ (I 9, 394-396)

„[...] ich meine, wenn es wirklich mal später wird, ja da macht man das halt im Gespräch, dass die Leute eben trotzdem noch pünktlich zum Frühstück kommen. [...] Also wir haben es jetzt ein bisschen ausgedehnt zwischen 8:00 Uhr und 8:30 Uhr, dass da Frühstück ist. [...] Ja und da sagen wir eben schon, ‘es geht gleich los’ oder so.“ (I 20, 16-25)¹³⁵

Die Kontakte zwischen Pflegefachkräften und Bewohnern dienen nicht nur der sachlichen Informationsgabe. Sie sind auch für die Gestaltung der Beziehungsebene von entscheidender Bedeutung. Die Pflegefachkräfte sind der Meinung, dass die Bewohner den Austausch „brauchen“ (I 19, 10), denn sie „wollen gerne dann auch umsorgt sein, verstanden sein“ (I 10, 643-644). In schwierigen Situationen können die Pflegefachkräfte durch persönliche Gespräche den Bewohnern auch Zuspruch und Trost vermitteln.

¹³⁴ siehe ergänzend Interviewzitate E267, E268, E269 und E270

¹³⁵ siehe ergänzend Interviewzitat E271

„Die Kommunikation ist ganz wichtig, dass man auch sagt, was man durchführt. Auch mal fragen, wie es einem geht oder mal familiär sprechen, also das ist auch, das ist so der Mantel bei einer guten Grundpflege, die Kommunikation. Das ist schon manchmal Balsam für die Seele für die Bewohner, wenn man sich nur mal so die 20 Minuten mal unterhält und mal fragt.“ (I 13, 464-468)¹³⁶

Es ist möglich, dass die Pflegefachkräfte im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit ein „richtiges familiäres Verhältnis“ (I 9, 99) zu den Bewohnern entwickeln. Da die Pflegenden im Alltag, die „Hauptzeit“ (I 9, 110) der Bewohner unmittelbar mit begleiten, fühlen sie sich für die Bewohner verantwortlich. Um den Alltag der Bewohner vertrauensvoll zu gestalten und ihnen ein Gefühl von Gemeinschaft zu vermitteln, bemühen sie sich um eine „persönliche Atmosphäre“ (I 12, 184).

„Wenn man dann zu Hause noch dran denkt, na, was macht er denn jetzt? [...] Ja, man verbringt so lange Zeit [...] Man hat die Wochenenden, die man zusammen hat, die Feiertage besonders Weihnachten, Silvester, wo man dann ein Stück weit auch Familie mit ist, weil die Familie ja nicht immer da ist. Man muss da ja auch immer gucken, dass sie sich nicht alleine fühlen, sondern dass sie so integriert sind und dass man versucht, ja denen auch ein paar schöne Stunden zu machen.“ (I 9, 99-107)¹³⁷

Innerhalb der stationären Pflege übernehmen die Pflegenden dann auch soziale Aufgaben. Private Schwierigkeiten der Bewohner können sich auf das Wohlbefinden der Bewohner und auf den Pflegealltag auswirken. Aus diesem Grund geben die Pflegefachkräfte den Bewohnern auch im privaten Bereich Unterstützung.

„[...] wir hatten einen Bewohner, der sollte eigentlich abgeholt werden sonntags und er hatte jeden Tag was anderes an Krankheiten. Er fühlte sich nicht wohl, aber nie klare Aussagen [...] ich bin dann zu dem Bewohner gegangen, er war auch unten. Ich sage, ‘na, das ist aber schön, Sonntag werden sie abgeholt’, ‘ach hören sie mir doch nur auf’. Aha, da lag ein persönliches Problem der quer. [...] Er wusste nicht genau, mache ich das jetzt richtig, wenn ich dahin fahre oder mache ich es nicht richtig. Wir haben das dann zusammen besprochen, dann hat er gesagt, ‘ja wenn sie das so sehen’.“ (I 10, 650-662)

Pflegefachkräfte sind jedoch auch der Meinung, dass die Schaffung eines umfassenden familiären Umfeldes eher als Idealvorstellung einzustufen ist und in der Pflegepraxis nicht ohne Abstriche umgesetzt werden kann.

„Man kriegt es nicht hin. Die ideale Form wäre, wie in der Familie. Das bekommt man nie ganz hin [...].“ (I 10, 556-557)

¹³⁶ siehe ergänzend Interviewzitate E272 und E273

¹³⁷ siehe ergänzend Interviewzitate E274, E275 und E276

Gute Kontakte zu den Bewohnern sollen die Pflegesituation positiv beeinflussen. Dazu nutzen die Pflegefachkräfte unterschiedliche Strategien. „Auch wenn es schwierig ist“ (I 20, 311), versuchen die Pflegefachkräfte „sich mal ein bisschen Zeit“ (I 20, 311) für die Bewohner zu nehmen. Die Pflegenden stellen die Bewohner zufrieden, indem sie individuelle Wünsche der Bewohner, zum Beispiel „mal ihre Angehörigen anrufen“ (I 20, 313), erfüllen. Ein zugewandter Umgang beinhaltet auch, dass Pflegefachkräfte die Probleme der Bewohner ernst nehmen. Es ist für die Beziehung zwischen Pflegefachkraft und Bewohner bedeutsam, dass die Lösung individueller Probleme nicht aufgrund von Zeitmangel verschoben wird.

„Und dass auch, wenn jetzt Leute über Schmerzen klagen oder so, dass dann der Hausarzt mal bestellt wird, dass der sich das mal anguckt [...] Oder ‘ich habe Stuhlprobleme, kann ich da mal was kriegen’ oder so. Dass man darauf eingeht und dann die Leute dann dementsprechend bedient, sage ich mal. Und das macht viel aus, als wenn man sagt, ‘nein, jetzt nicht oder keine Zeit’ oder so.“ (I 20, 456-462)

„[...] ich versuche es dann eigentlich es ihnen auch wieder recht zu machen.“ (I 10, 604)

Die persönliche Beziehung zu den Bewohnern zu fördern, „macht ja viel aus“ (I 20, 446). Die Pflegefachkräfte haben die Erfahrung gemacht, dass sich die Zeitinvestition in ein „gutes Verhältnis“ (I 9, 71) lohnt. Sie wirkt sich unmittelbar auf das Pflegehandeln aus. Gute Kontakte und eine persönliche Beziehung fördern die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Bewohnern. Die Pflegefachkräfte können in Pflegesituationen besser und individueller auf die Persönlichkeit des einzelnen Bewohners eingehen. Die Pflegefachkräfte wissen dann, „wie man sie [die Bewohner: Anm. d. Verf.] zu nehmen hat, auch, wie man auf sie zuzugehen hat“ (I 9, 72-73) und sie können auch in angespannten Situationen locker reagieren.

„Weil man will ja, also ich habe zum Beispiel festgestellt, wenn man jetzt ein gutes Verhältnis jetzt zu den Leuten aufgebaut hat, dass die einen gerne, sagen wir mal, sehen, wenn man kommt oder so, man hat hier vieles einfacher.“ (I 20, 314-317)

„Ja, da kommt dann bloß mal so eine Bemerkung, wer macht denn mein Bett heute oder so? Ich sage, ‘was, es ist wohl noch nicht gemacht?’“ (I 20, 77-78)¹³⁸

Die Zufriedenheit der Bewohner erleichtert die Umsetzung von Pflegemaßnahmen in einem hohen Maß, denn negative Verhaltensweisen, die Pflegenden als Belastung erleben, werden vermieden und die Arbeitsorganisation der Pflegenden wird weniger in Mitleidenschaft gezogen.

„Das Wohlfühlen, erstens mal, wie gesagt, es gibt keine Streitereien, es gibt, sagen wir mal, keine Aggression gegen Pflegekräfte oder so. [...] Der Arbeitsablauf wird in dem Sinne auch nicht gestört. Wenn ich jetzt ein Heimbewohner habe, der sich immer sträubt gewaschen zu werden oder so, dass ist ja für die Pflegekraft ein Aufwand, nicht nur körperlich, sondern

¹³⁸ siehe ergänzend Interviewzitat E277

auch geistig sicher, da denjenigen jedes Mal zu überzeugen, dass er doch ins Bad gehen soll oder so.“ (I 20, 445-450)¹³⁹

Die Bewohner fühlen sich wohl, wenn sie zu den Pflegefachkräften eine persönliche Beziehung aufgebaut haben. Diese wächst und entwickelt sich im Laufe der Betreuungszeit. „Weil man sich so lange kennt“ (I 12, 187), wird die Beziehung zwischen den Pflegefachkräften und den Bewohnern zunehmend intensiver. Aus diesem Grund ist eine langfristige personelle Kontinuität ein wichtiger Faktor für eine gute Beziehungsgestaltung und eine am Bewohner orientierten Pflege.

„Deswegen ist es sehr gut, wenn das Pflegepersonal lange Zeit zusammenbleibt, nicht ein ständiger Wechsel ist, weil das ist Wohlgefühlcharakter für die Leute hier mit. Die können sich nicht ständig auf Neue einstellen.“ (I 10, 558-560)¹⁴⁰

Mit zunehmender beruflicher Erfahrung entwickeln die Pflegefachkräfte ein vertieftes pflegerisches Verständnis von Bewohnerorientierung. Die Pflegebeziehung gestaltet sich auf einer persönlichen Ebene und die Pflegefachkräfte nehmen mehr Rücksicht auf die mit der Lebenswelt des alten Menschen verbundenen spezifischen Bedürfnisse. Dabei berücksichtigen sie auch die differenzierten Erfordernisse der Bewohner und wählen gezielt individuelle, auf den einzelnen Bewohner abgestimmte Pflege- und Betreuungsmaßnahmen aus.

„Und im Laufe der Jahre, wenn ich wirklich weiß, ein Mensch lebt im Altenheim, lebt da viele Jahre da, soll er sich auch bis zu seinem Lebensende da wohlfühlen, baue ich ja eine bestimmte Beziehung auf und in dieser Beziehung ergeben sich einfach auch andere Gespräche. Und es ist auch manchmal so eine Beziehung wie zum Großvater oder zur Großmutter, je nachdem. Man ist ja dann auch bestrebt, diesen Menschen zufriedenzustellen. Ich habe dann eine andere Redensart, ich stelle mich beispielsweise mit ihm auf Augenhöhe[...] ich spreche langsam, deutlich artikuliert, dass er mich versteht, dass er mir Rückmeldung geben kann, ich hab beispielsweise Orientierte, mit dem ich mich anders unterhalten kann, wie mit einem Dementen. Einen Dementen kann ich nicht überfordern mit äußeren Einflüssen, ein Schwerstkranker weiß ich im Laufe der Jahre, dass der nicht jeden Tag zu fünf Beschäftigungen gehen kann, der braucht seine Ruhe in seinem Zimmer, sein gewohntes Umfeld, aber er braucht auch äußere Reize, damit er nicht noch mehr abstumpft. Also mache ich ihm nicht das Fernsehen an mit irgendwelchen Geräuschen, die ihn nicht interessieren, ich mache eben auf dem Radio eine bestimmte Musik an oder ich weiß aus seiner Biografie, dass er vielleicht irgendwas Bestimmtes gerne gehört hat oder gesehen hat im Fernsehen, dass er Volksmusik liebt, also mache ich ihm abends die Stunde die Volksmusik an, aber überreize ihn auch nicht.“ (I 1, 530-546)

Häufig erreichen die Pflegemitarbeiter jedoch nicht den Status einer persönlichen Beziehung. Aufgrund hoher Fluktuationsraten haben Pflegefachkräfte keinen kontinuierlichen Kontakt zu den Heimbewohnern. Mitarbeiter, die nur „zwischenzeitlich da sind“ (I 20, 74), kennen die Eigenheiten und individuellen Wünsche der Bewohner nicht. Sie erfüllen diese im Pflegealltag

¹³⁹ siehe ergänzend Interviewzitat E278

¹⁴⁰ siehe ergänzend Interviewzitat E279

nicht in vollem Umfang und können keine intensiven Beziehungen zu den Bewohnern aufbauen. Nur Pflegefachkräfte, die Bewohner langfristig betreuen, „die hier ständig arbeiten“ (I 20, 73), können sich im Rahmen des Pflegehandelns auf die Vorteile einer persönlichen Beziehungsgestaltung stützen.

„[...] und das finde ich schade, weil man hat ja auch viele Mitarbeiter, die nicht allzu lange bleiben und das finde ich schade. Die werden nie dieses Gefühl aufbauen, wie wir Alten das können, weil die nie so nah ran wachsen an den Bewohner.“ (I 12, 188-190)¹⁴¹

Um zu trösten, lenken die Pflegefachkräfte den Blick der Bewohner auf die positiven Aspekte der Lebenssituation Pflegeheim. Sie zeigen die mit dem Heimeinzug verbundenen Vorteile auf und weisen auf die Möglichkeiten einer unabhängigen Alltagsgestaltung hin. Im Pflegeheim können die Bewohner ihren individuellen Lebensgewohnheiten nachkommen. Ebenso verweisen die Pflegenden auf die erhöhte Sicherheit, die durch eine rundum Betreuung gewährleistet wird. Um die Stimmungslage der Heimbewohner zu verbessern, machen die Pflegefachkräfte auch auf deren vorhandene Fähigkeiten aufmerksam.

„Dann versuche ich immer zu sagen, ach gucken sie doch mal. Sehen sie es doch erstmal nicht ganz so schlimm. Sie haben ein schönes Einzelzimmer, sie haben ihre Toilette drinnen. Das ist wie eine Einraumwohnung, nur, dass eben rund um die Uhr jemand da ist. Ich sage, 'sie können ihre Gewohnheiten in ihrem Zimmer genauso ausleben, wie zu Hause. Sie können lange Fernsehen gucken oder spät aufstehen. Aber es ist halt immer jemand da.' Und versuche die Bewohner dann eben so ein bisschen, dass sie nicht ganz so traurig sind [...].“ (I 21, 247-253)

„Dass ich dann sage, 'sehen sie mal, ihnen geht es Gott sei Dank noch gut. Sie können noch lesen. Das ist eine gute Gabe, sie verstehen mich, wenn ich mich mit ihnen unterhalte.' Also ich versuche es eigentlich dann auf diese Art und Weise.“ (I 10, 605-607)

Durch eine individuelle Alltagsgestaltung versuchen die Pflegefachkräfte Gefühle von Verbundenheit, Geborgenheit und Vertrauen bei den Bewohnern hervorzurufen. Zudem sollen die Alltagsbedingungen der Bewohner individuell und so angenehm wie möglich gestaltet werden, um die mit dem Heimeinzug verbundenen Spannungen zu minimieren und „zu überdecken“ (I 16, 205). Dies beinhaltet, „einzugehen auf die Heimbewohner“ (I 14, 366-367), die „Wünsche von den Bewohnern mitberücksichtigen“ (I 10, 562), die Übernahme von bisherigen Gewohnheiten (vgl. I 21, 149-150) sowie eine Vielzahl von „Angeboten, Therapien“ (I 16, 204) zu ermöglichen.

„Man muss halt immer wieder versuchen, die Leute zu integrieren. Immer wieder irgendwo versuchen, ihnen eine Heimat zu geben. Wer jetzt religiös ist, natürlich durch Gottesdienstbesuche im Haus.“ (I 16, 202-204)

¹⁴¹ siehe ergänzend Interviewzitat E280

„Ja, man versucht halt, damit sie es trotzdem schön haben, ja. Man muss sich immer wieder neu drauf einstellen, auf die Heimbewohner und man versucht auch, ihre Bedürfnisse man weiß dann ja auch, wie der es gern hätte oder manche Dinge auch durch, sage ich mal, Biografiearbeit, das ist zum Beispiel eine Sache, die gut ist. Viele Sachen erfährt man da ja auch. War derjenige Langschläfer oder solche Sachen, finde ich zum Beispiel, da ist es angebracht, solche Sachen sind ganz gut.“ (I 14, 357-362)¹⁴²

5.1.4.7 Aufmerksamkeit einfordern vs. Grenzen annehmen

Die Pflegenden nehmen auf unterschiedliche Art und Weise Stellung zu den sich ihnen zeigenden beruflichen Rahmenbedingungen. Einerseits fordern sie ein erhöhtes Maß an Aufmerksamkeit für ihre berufliche Situation ein. Andererseits nehmen Pflegefachkräfte die beruflichen Rahmenbedingungen auch als gegeben hin und sehen darin Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten.

Aus Sicht der Pflegefachkräfte besteht die Notwendigkeit eines kollektiven Umdenkprozesses, denn die beruflichen Belastungen sind so umfangreich, dass im Hinblick auf die kommende Generation von Berufstätigen der Pflegeberuf zunehmend unattraktiver wird und der Nachwuchs fehlen wird.

„Und ich denke auch, dass sich da mächtig überhaupt im ganzen Land irgendwas ändern müsste. Ansonsten hat man in 20 oder 30 Jahren keinen mehr, der in dem Beruf arbeiten will.“ (I 14, 479-481)

In ihren Ausführungen benennen die Pflegefachkräfte verschiedene Möglichkeiten, wie durch die Gestaltung der äußeren Rahmenbedingungen, ihr berufliches Handeln verbessert werden könnte. Die Pflegenden beklagen, dass die „Bedingungen der Freizeit“ (I 12, 751) aktuell „nicht gewährleistet“ (I 12, 752) sind. Gerade junge Menschen verplanen ihre Freizeit jedoch an den Wochenenden. Sie wollen nicht unter solchen Arbeitsbedingungen tätig sein, „die jungen Leute tun sich das nicht 20, 30 Jahre lang an und bis 67 schon gar nicht“ (I 12, 699-700). Entsprechend fordern die Pflegenden eine Verbesserung der Freizeitbedingungen.

„Solange man nicht regelmäßig sein frei hat, die Problematik ist ja nun mal, der Krankenstand ist hoch. [...] Die Arbeit muss ja abgedeckt werden und das ist viel so, wo die abgeschreckt werden. [...] Aber es muss eben, es müssen auch gewisse Eckpunkte müssen dann aber auch stimmen, die man in der privaten Freizeit auch wahrnehmen kann. Wenn ich natürlich nur noch 10 Tage durcharbeite, dann vielleicht mal ein Wochenende im Monat frei habe, vergeht es jedem. Wer jung ist, die wollen auch am Wochenende weggehen, wenn sie nur noch auf Arbeit sind, sagen die 'nein, mache ich nicht', das ist nun mal so. Logisch.“ (I 12, 697-770)

¹⁴² siehe ergänzend Interviewzitate E281, E282 und E283

Um die beruflichen Spannungen zu reduzieren und die pflegebedürftigen Bewohner intensiver betreuen zu können, bedarf es aus Sicht der Pflegenden der Einstellung von mehr Pflegekräften in den stationären Einrichtungen.

„[...] Personal würde ich mir gerne, dass noch mindestens [...] eine Pflegeperson noch mehr eingestellt ist, also das ist halt zu wenig, finde ich. Es ist zu viel Stress. Ein bisschen weniger Stress würde ich mir wünschen, aber das man halt viel mehr Zeit für die Bewohner findet, sich auch mal, was weiß ich, mal auch wirklich auf die Probleme [konzentrieren kann: Anm. d. Verf.]“ (I 15, 340-344)

Zudem appellieren die Pflegefachkräfte, den Umfang der Qualitätsanforderungen auf ein realistisches Maß zu reduzieren. Für die Pflegenden bedeutet es berufliche Entlastung, wenn sie im Pflegealltag die Möglichkeit haben, die an sie gestellten Aufgaben auch realisieren zu können. Die gestellten Anforderungen sollen nicht von vorneherein als alltags- und wirklichkeitsfremd charakterisiert sein.

„[...] die Gewichte sind nicht, meiner Meinung nach, nicht richtig ausgewogen. [...] Also Qualität ist super toll und soll auch sein, aber das man das in Maßen hält, dass das für uns auch umzusetzen ist.“ (I 3, 22-27)¹⁴³

Die Pflegenden fordern auch, dass sich das Ausmaß und die Gestaltung der Dokumentation „unbedingt ändern müsste“ (I 3, 557). Es ist aus Sicht der Pflegenden notwendig, dass die Struktur und die Inhalte der Dokumentation auf ein Mindestmaß reduziert werden und zudem Mehrfachdokumentationen vermieden werden. Die Pflegenden erhoffen sich dadurch, ihre Arbeit „ein bisschen zufriedener“ (I 5, 276) gestalten zu können.

„Wo ich mir Änderungen wünsche, ist die Pflegedokumentation. Da wünschte ich mir wirklich Veränderungen, weil ich oftmals wirklich denke, dass wir uns da oftmals doppelt und dreifach dokumentieren, aufs Visitenblatt, aufs Berichteblatt [...] Das wir einfach von der Dokumentation ein Stück zurückkommen. Das Wichtige klar natürlich, aber das wir nicht jede, zum Beispiel: ich gebe ein Bedarfsmedikament, das ich das an drei verschiedenen Stellen so ungefähr abzeichnen muss [...]“ (I 3, 553-560)

Dem Wunsch nach Veränderungen seitens der Pflegefachkräfte steht das mangelnde Mitspracherecht entgegen. Die im stationären Pflegebereich tätigen Mitarbeiter werden in die Planung von Arbeitsprozessen und in die damit verbundenen Entscheidungen häufig nicht einbezogen. Sie wünschen sich, dass ihre Sichtweise auf die beruflichen Alltagssituationen mehr Beachtung findet und dass bei der Festlegung von regelgeleiteten Forderungen ihre Alltagserfahrungen einbezogen werden.

¹⁴³ siehe ergänzend Interviewzitat E284

„Ja, wir werden zu wenig gefragt. Es wird zu viel angeordnet, ohne das zu hinterfragen oder ohne das einfach mal auszutesten. [...] Ich wünschte mir, dass das einfach mal ausprobiert würde, bringt das überhaupt was, macht das Sinn und nicht einfache Sachen ständig geändert werden [...] und man sollte dann vielleicht mal hinterfragen, warum das in manchen Häusern nicht zum Erfolg gekommen ist? Ob das wirklich nur an den Assessments, an der Dokumentation liegt, an dem, wie es umgesetzt wird [...].“ (I 3, 35-55)

Nicht nur in Bezug auf die Rahmenbedingungen der Arbeitsgestaltung, sondern auch in Bezug auf individuelle Handlungssituationen erleben Pflegefachkräfte, dass die ihnen zugebilligten Kompetenzen stark „zurückgefahren“ (I 3, 561) wurden. Denn „erklären und begründen“ (I 3, 463) sie ihr berufliches Handeln, wird dies von den Kontrollinstanzen „nicht akzeptiert“ (I 3, 458). Statt zunehmendem Misstrauen erhoffen sich die Pflegenden, dass ihrer fachlichen Kompetenz mehr Vertrauen entgegengebracht wird. Wenn die Verlässlichkeit der beruflich Pflegenden von Außenstehenden nicht angezweifelt würde, müssten sie ihr berufliches Handeln nicht mehr so umfassend belegen.

„Das nicht immer alles in Frage gestellt wird, dass wir das nicht immer alles so viel nachweisen müssen.“ (I 3, 588-589)

„Also es wird eigentlich nicht, wenig auf uns gehört. [...] Wir wollen nur erklären und begründen und das wird eben zu wenig, finde ich, toleriert.“ (I 3, 461-463)

Die Pflegenden sind auch der Meinung, dass „Außenstehende nicht den Einblick [haben: Anm. d. Verf.] was man wirklich leistet“ (I 9, 368). Angehörige der Pflegebedürftigen und die Bewohner selbst übersehen, beim Stellen von Ansprüchen, die Situation des Pflegepersonals. Sie berücksichtigen nicht die bestehenden Arbeitsbelastungen und den umfangreichen Verantwortungsbereich der Pflegefachkräfte. Die Pflegenden wünschen sich, dass die beteiligten Personen auch ihre berufliche Perspektive, d. h. ihren Blick auf die einzelnen Handlungssituationen und auf die Gesamtsituation wahrnehmen und dass ihrem beruflichen Handeln mehr Anerkennung und Wertschätzung entgegengebracht wird.

„Ja, Pflege sollte vielleicht manchmal ein bisschen mehr Beachtung haben, weil das nicht einfach ist. Wenn man als Besucher vielleicht hier ist und geht hier lang, da denken sie vielleicht, da sitzen die schon wieder da und schreiben oder machen den ganzen Tag nichts. Diese ganze psychische und körperliche Arbeit, gerade im Pflegeheim, den Einblick hat einer, der noch nie in dem Beruf gearbeitet hat, nicht. [...] Wenn Beschwerden kommen, ‘der Kaffee ist aber nicht kochend heiß’ oder so Kleinigkeiten, dass man das nicht im Überblick hat, was da im anderen Moment jetzt wichtig ist.“ (I 9, 365-377)¹⁴⁴

Die Pflegefachkräfte verdeutlichen den Angehörigen ihre berufliche Perspektive. Sie führen mit den Angehörigen auch Gespräche über die Grenzen ihrer Unterstützungsmöglichkeiten und ma-

¹⁴⁴ siehe ergänzend Interviewzitat E285

chen darauf aufmerksam, dass sie nicht alle Ansprüche der Angehörigen im Alltag umsetzen können.

„Wenn du es ihnen dann vernünftig erklärst, da sagen die dann, ‘das habe ich bezahlt und da möchten sie sich auch mal eine Stunde [...] Zeit nehmen’. Das geht halt nicht, da musst du dann halt mit denen sprechen und so.“ (I 15, 545-547)

In Bezug auf den Heimeintritt fordern die Pflegefachkräfte Unterstützung von den Angehörigen. Den beruflich Pflegenden ist es wichtig, dass die Bewohner umfassend über den Heimeintritt und den neuen Lebensabschnitt informiert sind. Sie plädieren für einen offenen Umgang mit der Situation und fordern die Angehörigen auf, bereits zu Beginn des Einzuges ehrlich zu den Pflegebedürftigen zu sein.

„[...] also die Kinder sollten ihren Eltern sagen, dass sie hier ins Heim einziehen und dass sie hier bleiben. Also die Ehrlichkeit sollte da sein und auch gleich von Anfang an gesagt, pass auf hier, du ziehst jetzt hier ein und du bleibst hier. [...] dann ist eben drei oder vier Tage mal stille Messe, dann sagen die eben nichts, dann schmollen sie eben mal drei oder vier Tage. Aber das legt sich alles, aber sie wissen Bescheid, dass sie dann auch hier sind. Das ist so der Knackpunkt, also das sollte schon die Offenheit sollte schon sein. Und wir halten uns da raus, also wir sagen das nicht. Vom Personal her wird darüber nichts gesagt, wenn dann sollen das die Kinder, müssen das die Kinder ihren Eltern sagen“. (I 13, 521-533)

Von den Heimbewohnern fordern die Pflegefachkräfte die Akzeptanz der organisatorischen Gegebenheiten und die Rücksichtnahme auf die Gemeinschaft. Damit das Zusammenleben gelingt, erwarten die Pflegenden von den Bewohnern, dass sie die bestehenden Ordnungsstrukturen der Pflegeinstitution respektieren. Ferner erhoffen sie, dass die pflegebedürftigen Bewohner die Bedürfnisse ihrer Mitbewohner sensibler wahrnehmen, dass sie deren Hilfebedarf erkennen und annehmen können.

„Ich sage, im Pflegeheim man muss sich halt immer an so einen gewissen Ablauf auch halten, sonst funktioniert es auch irgendwo nicht. Es soll ja irgendwo eine Gemeinschaft sein und man kann nicht, man muss sich an gewisse Abläufe und Regeln einfügen, das geht gar nicht anders.“ (I 16, 565-568)

„Hat man ganz oft, wo man dann denkt, du solltest mal wissen, wie es der Person A geht, dann würdest du vielleicht ein bisschen rücksichtsvoller sein. [...] Weil man ja so in erster Linie nur sich selber dann sieht.“ (I 9, 389-391)

Ebenso hilfreich ist es für die Pflegefachkräfte, wenn die pflegebedürftigen Bewohner den benötigten Hilfebedarf anerkennen. Das Ziel der Pflegenden ist es, „dass die Bewohner den Tag sinnvoll erleben“ (I 8, 181). Es kommt den Pflegenden entgegen, wenn die Unterstützung bei den alltäglichen Verrichtungen des Lebens in Zusammenarbeit mit den Bewohnern erfolgen kann. Die Akzeptanz und Annahme von Hilfe seitens der Bewohner lösen bei den Pflegenden positive Empfindungen aus und erleichtern ihnen den Arbeitsalltag.

„Es gibt nichts Schöneres, wenn ich schon früh mit einem Bewohner lachen kann. Wenn die schon ein bisschen, ein Lied singen am frühen Morgen, das ist dann schon eine Freude. Wenn mitgemacht wird, wenn das akzeptiert wird, das die Hilfe angenommen wird, die ich gebe. Das ist ja eigentlich der Sinn sag ich mal unseres Berufes, die Menschen zu begleiten in ihrem Alltag. Ihnen den Alltag so schön wie möglich zu gestalten. Dass das Essen geschmeckt hat, dass das Trinken schmeckt, dass sie nicht durstig sind. Dass sie sich nach der Bewegung eigentlich gut, besser fühlen.“ (I 8, 173-180)

Den Forderungen nach Anpassung und Verbesserung der beruflichen Rahmenbedingungen stehen Reaktionen in Form von Akzeptanz und Annahme der beruflichen Situation gegenüber. Die Pflegefachkräfte erleben Grenzen, die der Erfüllbarkeit ihrer eigenen fachlichen und bewohnerorientierten Ansprüche entgegenstehen. Beispielsweise möchten sie den Alltag der Bewohner positiv gestalten. Aber nicht alle Pflegebedürftigen nehmen die Unterstützungsangebote an und lassen sich motivieren und aktivieren. Die Pflegefachkräfte erkennen, dass sie nicht alle bewohnerbezogenen Probleme lösen können. Sie müssen „lernen mit umzugehen“ (I 10, 727) und die Situation, so wie sie ist „hinnehmen“ (I 10, 734).

„Sie hat gegessen, sie hat getrunken, sie hat sich manchmal in Gesellschaft, nur ganz, ganz wenig animieren lassen, mal wo dran teilzunehmen. Mit der Tochter dann zusammen, wir haben das dann akzeptiert, dass die wenig unter die Leute wollte. Aber was ich immer gut fand, wenn sie mit ihr spazieren gefahren ist und dieses war für beide so ein bisschen ein Ausgleich dann. Also, so dass man selber merkte, ach vielleicht hat ihr das doch gut getan. Es war zumindest nicht da, ach das will ich nicht. Und so muss man sich auch kleine Felder schaffen, das man sagt, ich habe alles getan, es geht nicht weiter. Das muss man dann so stehen lassen.“ (I 10, 716-725)¹⁴⁵

Aufgrund ihrer Erfahrungen plädieren Pflegefachkräfte auch für eine Annahme der Bewohnerindividualität im Pflegealltag. Der präferierte Gemeinschaftsgedanke, als Charakteristikum der stationären Einrichtungen, kann nicht ohne Abstriche aufrechterhalten werden. Es ist den älteren pflegebedürftigen Bewohnern nicht immer möglich, den stark unterschiedlichen Fähigkeiten und Problemen der Mitbewohner mit Toleranz und Geduld zu begegnen. Aufgrund dessen, dass die Mehrheit der Bewohner unfreiwillig in die stationären Pflegeeinrichtungen einzieht, lässt sich der Wunsch nach gegenseitiger Verbundenheit und Verständnis nicht immer verwirklichen.

„Aber ich war sonst immer ein engagierter Verfechter von gemischten Wohngruppen, bin jetzt aber der Meinung, man sollte versuchen, wenn es räumlich geht, das zu trennen. Also dass man reine Dementengruppen macht und versucht dann eben auch orientierte Bewohner noch auch zusammenzuführen. Weil einfach da auch die Lebensqualität um einiges verbessert ist. [...] Weil ich einfach gedacht habe, das man auch im Alter noch Rücksicht auf andere Menschen nehmen kann, durchaus. Also, dass es nicht heißt, wenn man alt ist, dass man nicht auch sich mit anderen arrangieren muss oder wie auch immer. Aber eigentlich stimmt das auch nicht. Ich meine, wenn du hier bist, notgedrungen, die meisten.“ (I 11, 225-234)

¹⁴⁵ siehe ergänzend Interviewzitate E286 und E287

„[...] teilweise fehlt mir dann auch so ein bisschen Verständnis für den anderen. Wobei ich mir auch vorstellen kann, dass ich das im Alter auch nicht mehr habe.“ (I 2, 403-405)

Die Praxiserfahrungen der Pflegenden veranlassen sie auch, die eigenen Ansprüche an ihre berufliche Tätigkeit zu reflektieren. Dem Wunsch, die Pflege entsprechend der theoretisch vermittelten Kenntnisse umzusetzen, stehen die Grenzen des beruflichen Pflegealltages entgegen. Pflegenden erkennen, dass sie ihr Handeln nicht ohne Abweichungen von den Theorieanforderungen erfüllen können.

„Ich meine jetzt von der Schule, man möchte das gerne umsetzen, aber geht in der Praxis nicht. Theorie und Praxis sind große Unterschiede. Man lernt zwar in der Schule, aber man kommt dann irgendwann und sagt sich dann, man kann es nicht umsetzen.“ (I 17, 276-278)
Die Pflegefachkräfte stellen in diesem Zusammenhang auch die Realisierbarkeit ihrer eigenen Ansprüche und Ziele infrage. Sie zweifeln an, dass sie den Bewohnern „eine Heimat“ (I 16, 186) geben können. Die Pflegenden versuchen, durch die Gestaltung des äußeren Umfeldes und durch umfangreiche Angebote, den Bewohner eine angenehme Atmosphäre zu bieten. Sie sehen jedoch auch die Grenzen ihres Handelns, denn die positiven äußeren Bedingungen und das professionell ausgerichtete berufliche Handeln der Pflegenden reichen meist nicht aus, um bei den Bewohnern Gefühle von Geborgenheit und Wohlfühlen hervorzurufen. Der Wunsch der Bewohner nach ihrem vorherigen Zuhause bleibt oft dauerhaft bestehen.

„Die Leute sind gut aufgehoben, es ist alles sauber, es ist ordentlich. Es ist aber kein Zuhause. [...] Wenn ich jetzt mal über die Station gehen würde und würde sagen, alle die nach Hause möchten hier antreten, dann würde hier wahrscheinlich eine ganze Reihe stehen.“ (I 16, 570-573)

„Das Zuhause kann eigentlich niemand ersetzen. Selbst wenn man es noch so gut macht oder man noch so viel anbietet, ein Zuhause kann man nicht ersetzen. [...] eine Heimat geben, kann man glaube ich nicht, dass man das überhaupt kann. Also es sind nur ganz, ganz wenige einzelne, wo man sagt, man kann eine Heimat geben oder ein neues Zuhause.“ (I 16, 181-188)¹⁴⁶

¹⁴⁶ siehe ergänzend Interviewzitat E288

5.2 Die Grundstruktur des Erlebens der Pflegefachkräfte

Folgend wird die Grundstruktur der Forschungsergebnisse zusammenfassend dargestellt. Dies entspricht dem sechsten Schritt „Reduktion der Beschreibung auf die essenzielle Struktur des Phänomens“ der Analyseverfahren nach Colaizzi (1978).

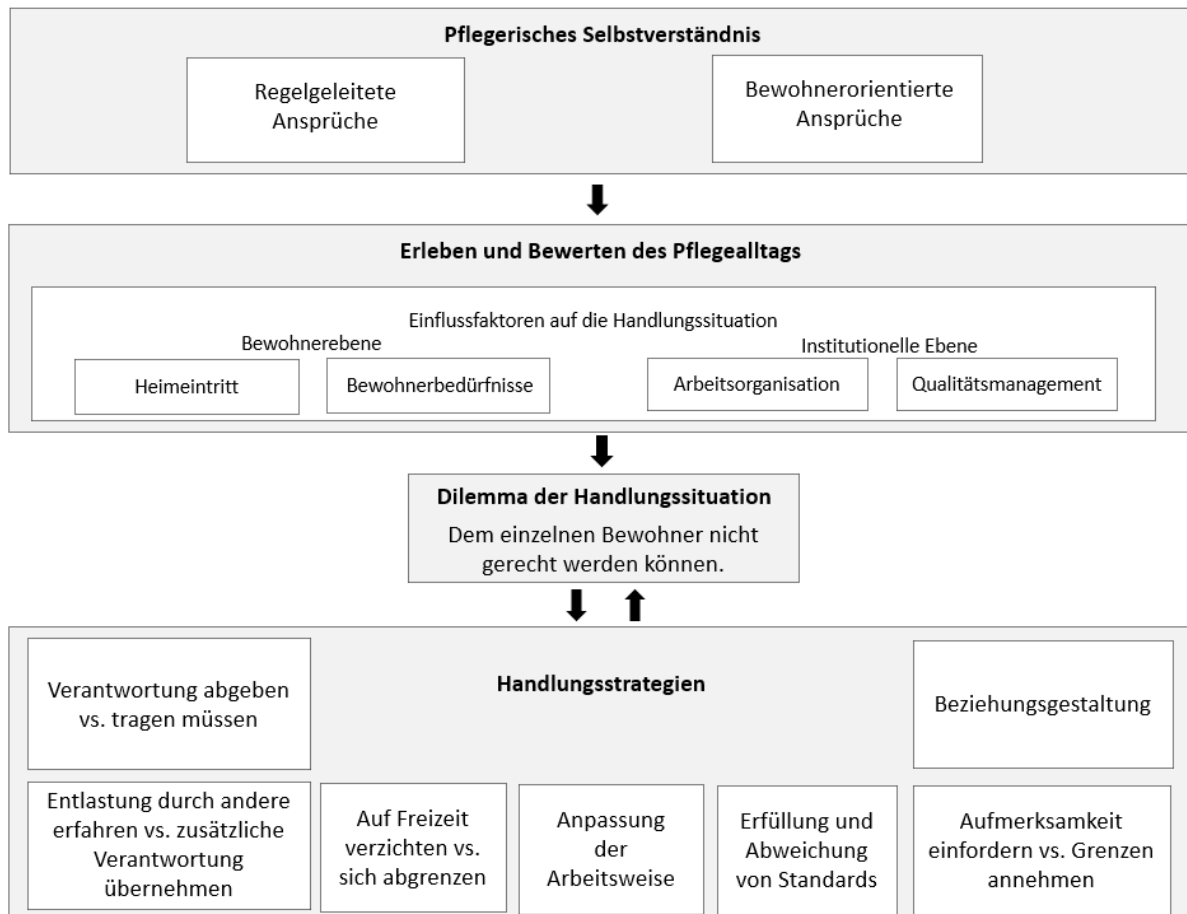


Abb. 7: Das Erleben des beruflichen Handelns von Pflegefachkräften im Setting Pflegeheim

5.2.1 Das pflegerische Selbstverständnis als Ausgangspunkt beruflichen Handelns

Ein wichtiger Ausgangspunkt des beruflichen Handelns bildet das pflegerische Selbstverständnis der Pflegefachkräfte. Die damit verbundenen Zielsetzungen lenken das Pflegehandeln im Berufsalltag. Zudem bewerten die Pflegefachkräfte ihr Handeln am Grad der Erfüllung ihrer persönlich formulierten Ansprüche. Im stationären Setting zeigt sich ein homogenes Bild, welches durch regelgeleitete und bewohnerorientierte Ansprüche geprägt ist. Die regelgeleiteten Ansprüche beruflichen Pflegehandelns fokussieren die Fachlichkeit der Pflegemaßnahmen. Pflegehandlungen sollen entsprechend der Vorgaben sachgerecht und vollständig erfüllt werden. Durch die bewohnerorientierten Ansprüche richten die Pflegefachkräfte den Blick auf die Lebenswelt der einzelnen Bewohner. Die Pflegemaßnahmen sollen sich auch an den individuellen Bedürfnissen

der Bewohner orientieren. Arbeiten Pflegefachkräfte über eine längere Zeit im stationären Bereich, wirkt sich dies auch auf ihr berufliches Selbstverständnis aus. Auf der Basis beruflicher Erfahrungen verinnerlichen und intensivieren die Pflegefachkräfte sowohl die fachlichen als auch die bewohnerorientierten Ansprüche. Schaffen es die Pflegefachkräfte, ihre beruflichen Ansprüche zu erfüllen, sind sie mit ihrem Handeln zufrieden. Das Ziel, die regelgeleiteten Ansprüche und die bewohnerorientierten Ansprüche gleichberechtigt erfüllen zu wollen, führt im Pflegealltag jedoch auch zu Spannungen. Die Pflegefachkräfte sehen sich in der Pflicht, zwischen regelgeleiteter Fürsorge und Bewohnerorientierung einen Ausgleich schaffen zu müssen.

5.2.2 Das Erleben und Bewerten als Reflexion des Pflegealltags

Das Alltagserleben der Pflegefachkräfte wird von verschiedenen Faktoren geprägt, welche im konkreten Handeln der Pflegefachkräfte sichtbar werden. Die Einflussfaktoren beziehen sich einerseits auf die Bewohner und andererseits auf die Institution Pflegeheim. Vor dem Hintergrund ihres pflegerischen Selbstverständnisses bewerten die Pflegefachkräfte die für die Pflege im stationären Setting charakteristischen Merkmale.

Auf der Bewohnerebene beeinflussen sowohl die Situation des Heimeintritts als auch die Bedürfnisse der Bewohner das Erleben des beruflichen Alltags. Der Eintritt in das Pflegeheim dient der Sicherstellung der Pflege und Betreuung, wenn die Sicherungssysteme innerhalb des häuslichen Umfeldes nicht bzw. nicht mehr in Anspruch genommen werden können. Dabei stellen der Heimeintritt und die zunehmende Multimorbidität der Pflegebedürftigen alle Beteiligten vor große Herausforderungen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Entscheidung für den Heimeintritt aufgrund der aktuellen Lebensumstände getroffen werden muss und die Pflegebedürftigen keine andere Wahlmöglichkeit haben. Der meist unfreiwillige Übergang in ein stationäres Pflegeheim wirkt sich auf das Pflegehandeln aus, denn die mit dem Heimeintritt verbundenen negativen Emotionen der Bewohner und die inneren Konflikte der Angehörigen fließen in die pflegerischen Handlungssituationen ein und beeinflussen diese nachhaltig. Die Integration in das neue Lebensumfeld fällt den Bewohnern schwer und die Sehnsucht nach dem ursprünglichen Zuhause bleibt bestehen. Können die Bewohner den Heimeinzug noch selbstständig planen und können die Bewohner zudem auf Ressourcen zurückgreifen, die es ihnen ermöglichen, ihren Heimalltag unabhängig zu gestalten, dann zeigen sich die Bewohner gegenüber der neuen Lebenssituation und gegenüber dem Handeln der Pflegefachkräfte aufgeschlossen.

In ihrem beruflichen Alltag erleben die Pflegefachkräfte unterschiedliche Bedürfnisse der Bewohner, die zum Teil stark voneinander abweichen. So stehen die Pflegefachkräfte vor der Herausforderung, zwischen den verschiedenen Bedürfnissen von desorientierten und orientierten Bewohnern vermitteln zu müssen. Auch kann es zu einem Ungleichgewicht zwischen dem Aus-

maß der Ansprüche einzelner Bewohner und deren abrechenbarer Pflegestufe kommen. In Bezug auf die Bewohnerbedürfnisse erleben die Pflegefachkräfte zudem eine differenzierte Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützungsangebote. Ein Teil der Bewohner fordert die Erfüllung ihrer Bedürfnisse nachdrücklich ein. Dies kann sich in einem Wettstreit der Bewohner um pflegerische Unterstützung äußern. Im Gegensatz dazu verhalten sich andere Bewohner eher zurückhaltend. Sie sind geduldig, passen sich dem Lebensumfeld Pflegeheim an und zeigen Verständnis für die Arbeitsbelastungen und den Zeitdruck der Pflegenden. Des Weiteren erleben die Pflegefachkräfte auch die Ablehnung ihrer Hilfsangebote. Nehmen die Bewohner die Unterstützungsmaßnahmen nicht an, kommt es zu Spannungen innerhalb der Pflegebeziehung. Die Pflegefachkräfte sind jedoch motiviert, ihren Fürsorgepflichten gegenüber den Bewohnern nachzukommen und fachliche Erfordernisse umzusetzen. Dabei müssen die Fachkräfte im Pflegealltag den Blick auf alle Bedürfnisse der ihnen anvertrauten Bewohner haben und zwischen den divergierenden Bedürfnissen der Bewohner vermitteln. Sie stehen vor der Herausforderung, die vorhandenen pflegerischen Ressourcen gleichmäßig auf die zu betreuenden Bewohner zu verteilen. Auf institutioneller Ebene prägen die Form der Arbeitsorganisation und die Auswirkungen des Qualitätsmanagements das Erleben der Pflegefachkräfte. Der Arbeitsalltag der Pflegefachkräfte ist sehr stark durch die Art und Weise der Arbeitsorganisation geprägt. Im Rahmen der Dienstgestaltung führt die Ausrichtung an einem straff geplanten Arbeitsablauf dazu, dass Abweichungen vom Routineablauf zu einer höheren Arbeitsverdichtung führen und als Störfaktoren erlebt werden. Durch die Übernahme von ergänzenden Aufgaben wird der Arbeitsablauf der Pflegefachkräfte zudem noch stärker komprimiert. Aus diesem Grund konzentrieren sich die Pflegefachkräfte in ihrem beruflichen Alltag auf die Absicherung und Erledigung dieser regelgeleiteten Ansprüche mit dem Blick auf alle Bewohner ihres Verantwortungsbereiches. In der Konsequenz führt die Dienstgestaltung zu Einschränkungen bewohnerorientierter Handlungsweisen auf der Ebene der einzelnen Bewohner. Der von den Pflegefachkräften erlebte Zeitmangel bezieht sich darauf, dass soziale und individuell am Bewohner ausgerichtete Tätigkeiten wie Alltagsbegleitung, Sterbebegleitung und Konzepte zur Ressourcenaktivierung nicht ausreichend umgesetzt werden können.

Auch das Qualitätsmanagement nimmt auf institutioneller Ebene Einfluss auf das Erleben des Pflegealltages. Die im Rahmen des Qualitätsmanagements formulierten Vorgaben lenken das Handeln der Pflegenden. Die generierte Regelgeleitetheit, in Form von schriftlichen Handlungsleitlinien, bietet den Pflegefachkräften eine einheitliche Handlungsgrundlage, Sicherheit im Handeln sowie Transparenz der beruflichen Tätigkeit für Außenstehende. Der Pflegealltag wird durch die erfolgte Strukturierung unterstützt und die berufliche Weiterentwicklung wird gefördert. Dies hat zur Folge, dass die Pflegefachkräfte sich gegenüber dem Qualitätsmanagement sehr aufgeschlossen zeigen.

Neben den positiven Aspekten erleben die Pflegefachkräfte auch Grenzen des Qualitätsmanagements. Eine Umsetzungsbarriere sehen die Pflegefachkräfte im geforderten Leistungsumfang des Qualitätsmanagements. Sie bewerten diesen als zu hoch, denn sie schaffen es nicht, alle geforderten Leistungen, wie Prophylaxen, auch tatsächlich im Pflegealltag umzusetzen.

Zudem sind die Pflegefachkräfte verpflichtet, umfangreiche Dokumentationsleistungen zu erbringen. Die Dokumentation der Leistungen dient dem Nachweis der Fachlichkeit. Einem Teil der geforderten Dokumentationsinhalte wird seitens der Pflegenden jedoch kein inhaltlicher Mehrwert beigemessen und die hohe Bedeutung, die der Dokumentation innerhalb der Qualitätsmanagementanforderungen zugeschrieben wird, entspricht nicht dem Stellenwert der Pflegepraxis. Aus diesem Grund bewerten die Pflegefachkräfte die Umsetzung regelgeleiteter Dokumentationsforderungen vor allem als Verlust pflegerischer Ressourcen und als Nicht-Erfüllung bewohnerorientierter Ansprüche.

Als weitere Barriere zeigt sich die mangelnde Beteiligung am Qualitätsmanagement, denn die Pflegefachkräfte selbst haben wenig unmittelbaren Einfluss auf die im Rahmen des Qualitätsmanagements formulierten Forderungen. Auch wenn sich der Nutzen für sie nicht erschließt und sie die Forderungen nicht nachvollziehen können, sehen sich die Pflegefachkräfte in der Pflicht, die gestellten Anforderungen umsetzen zu müssen. Aufgrund des fehlenden Einbezugs in das Qualitätsmanagement werden die beruflichen Belange der Pflegefachkräfte, wie Praxisrelevanz und Praxisrealität, nur unzureichend berücksichtigt.

Schließlich liegt eine weitere Grenze des Qualitätsmanagements im eingeschränkten Handlungsspielraum der Pflegefachkräfte. Die Forderungen des Qualitätsmanagements legen ein einheitliches Standardniveau des Handelns fest. Die starke Fokussierung auf die Erfüllung regelgeleiteter Ansprüche führt dazu, dass aus Sicht der Pflegefachkräfte die Lebenswelt der einzelnen Bewohner nicht ausreichend berücksichtigt und die Umsetzung individueller Pflegemaßnahmen erschwert werden. In der zunehmenden Standardisierung sehen die Pflegefachkräfte ihre Handlungsautonomie beschnitten. Zudem besteht die Gefahr, dass im Pflegealltag mechanisierte Handlungsstrukturen im Vordergrund stehen und intuitives, empathisches und bewohnerorientiertes Pflegehandeln verloren gehen.

5.2.3 Das Dilemma als berufliche Herausforderung

Im Spannungsfeld zwischen dem pflegerischen Selbstverständnis und dem tatsächlichen Erleben des Pflegealltags zeigt sich das Dilemma, dem einzelnen Bewohner nicht gerecht werden zu können. Einerseits wollen die Pflegenden auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner eingehen und andererseits müssen sie standardisierte und normierende Anforderungen erfüllen. In der Bewertung des Pflegealltags werden die Spannungsfelder sichtbar, in denen die Pflegefach-

kräfte in den einzelnen Handlungssituationen Grenzerfahrungen in der Bewohnerorientierung machen und so ihr pflegerisches Selbstverständnis in Bezug auf den einzelnen Bewohner nicht zufriedenstellend umsetzen können.

Ein Spannungsfeld bezieht sich auf den Heimeintritt, bei dem die umfangreichen Bemühungen der Pflegefachkräfte nicht immer dazu führen, dass die Bewohner ihr neues Lebensumfeld akzeptieren. In der Folge sind die Pflegefachkräfte in ihrem beruflichen Alltag auch mit genereller Unzufriedenheit der Bewohner konfrontiert. Schwierigkeiten entstehen auch im Beziehungsaufbau, wenn Bewohner in das Pflegeheim einziehen, ohne dass sie von ihren Angehörigen in ehrlicher Weise über die Endgültigkeit des Umzuges informiert wurden. Da externe Qualitätskontrollen und auch die Angehörigen die Besonderheiten des Heimeintritts nicht erkennen und die Unzufriedenheit der Bewohner fälschlicherweise als unzureichende pflegerische Versorgung bewerten, geraten die Pflegefachkräfte unter Druck, sich dafür rechtfertigen zu müssen.

Eine weitere Grenzerfahrung bezieht sich auf die Bewohnerbedürfnisse. Die Pflegefachkräfte erleben, dass die Bedürfnisse der verschiedenen Bewohner oft schwer in Einklang zu bringen sind. Spannungen entstehen zum einen, wenn die Pflegefachkräfte die gegensätzlichen Anforderungen von desorientierten und orientierten Bewohnern nicht gleichzeitig erfüllen können. Zum anderen zeigen sich Spannungen bei der Verteilung der Zeitressourcen. Die Pflegefachkräfte fühlen sich hin- und hergerissen zwischen den bereitgestellten Ressourcen der jeweiligen Pflegestufe und den oftmals darüber hinausgehenden individuellen Bedürfnissen der Bewohner. Weiterhin bestehen Probleme, wenn Pflegefachkräfte sich genötigt fühlen, Bedürfnisse von fordernden Bewohnern erfüllen zu müssen, obwohl sie auf der Grundlage ihres pflegerischen Selbstverständnisses einen dringenderen Hilfebedarf bei anderen Bewohnern sehen, die ihre Bedürfnisse nicht unmittelbar einfordern bzw. nicht einfordern können.

Auch im Bereich der Arbeitsorganisation zeigt sich das Dilemma, sowohl dem einzelnen Bewohner als auch allen Bewohnern gleichermaßen gerecht werden zu können, denn aufgrund zeitlicher Überschneidungen können nicht alle Bewohnerbedürfnisse sofort erfüllt werden. Hinzu kommt, dass im Rahmen der Arbeitsorganisation die Gesamtsituation der Bewohner und die noch nachstehend zu erledigenden Aufgaben im Vordergrund stehen. Nicht die Lebenswelt und die psychosozialen Bedürfnisse der einzelnen Bewohner bestimmen das Pflegehandeln, sondern der Blick auf die Uhr und die zeitlichen Limitierungen. Aufgrund des erlebten Zeitmangels können die Pflegefachkräfte ihre bewohnerorientierten Ansprüche im Pflegealltag nicht umfassend erfüllen, sie fühlen sich überfordert und sehen sich mit einem Verlust beruflicher Identität konfrontiert.

In der Umsetzung des Qualitätsmanagements fühlen sich die Pflegefachkräfte dem Druck ausgesetzt, auch nicht erbrachte Leistungen als erbrachte dokumentieren zu müssen, denn der von ihnen erlebte Zeitmangel wird als Rechtfertigungsgrund von externen Prüfungsinstanzen nicht

akzeptiert. Dabei sehen die Pflegefachkräfte auch das Problem, dass die Nicht-Realisierbarkeit der umfangreichen Forderungen von externen Prüfern nicht erkannt bzw. nicht benannt wird. Zudem spiegeln aus Sicht der Pflegefachkräfte gute externe Qualitätsbewertungen nicht immer eine am Lebensprozess des Menschen orientierte Pflege wider. Hinzu kommt, dass die Pflegefachkräfte sich auf der Grundlage der Qualitätsvorgaben in der Pflicht sehen, umfassende regelgeleitete Fürsorgemaßnahmen zu ergreifen, gleichzeitig möchten sie aber auch die Autonomie und die individuellen Bedürfnisse der Bewohner berücksichtigen.

5.2.4 Die Handlungsstrategien als Folge des Dilemmas

Die Pflegefachkräfte zeigen im Umgang mit dem Dilemma, dem einzelnen Bewohner nicht gerecht werden zu können, spezifische Handlungsstrategien. Dabei geben die Pflegefachkräfte nicht nur einer speziellen Strategie den Vorzug, sondern sie treffen auf der Grundlage von Alter, Berufserfahrung, persönlicher Einstellung und Lebenssituation ihre individuelle Auswahl. Diese unterschiedlichen Strategien nehmen in Form eines Rückkopplungseffektes Einfluss auf das bestehende Dilemma. Einerseits können Handlungsstrategien das Dilemma der Pflegefachkräfte abmildern, andererseits kann das Dilemma durch die angewandten Handlungsreaktionen in seiner Form bestehen bleiben bzw. auch verstärkt werden.

Verantwortung abgeben vs. tragen müssen

Um den im Pflegealltag erlebten beruflichen Spannungen nicht mehr ausgesetzt zu sein, nutzen die Pflegefachkräfte unterschiedliche Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung. Neben einer Suche nach persönlicher beruflicher Neuorientierung streben manche Pflegefachkräfte auch Veränderungen des Arbeitsumfeldes an. Zudem nutzen sie berufliche Qualifizierungsmaßnahmen, die sie von der Pflege am Bett wegführen, aber auch freiwillige berufliche Degradierungen, um eine Abnahme der unmittelbaren Verantwortung im Umgang mit den Heimbewohnern zu erreichen. Durch solche Maßnahmen der beruflichen Entwicklung mildern die Pflegefachkräfte das Dilemma auf ihrer persönlichen Ebene ab. Gleichzeitig verstärkt sich das Dilemma auf der arbeitsorganisatorischen Ebene, da hohe Fluktuationsraten und Personalmangel im Bereich der direkten Pflege akut werden. Es gibt auch Pflegefachkräfte, für die keine der benannten beruflichen Veränderungen als Alternative in Frage kommt. Ihr Dilemma bleibt bestehen, denn sie können sich der pflegerischen Verantwortung, bezogen auf den einzelnen Heimbewohner, nicht entziehen.

Entlastung durch andere erfahren vs. zusätzliche Verantwortung übernehmen

Bei der Bewältigung ihrer beruflichen Aufgaben erfahren Pflegefachkräfte Unterstützung durch Pflegenden und Mitarbeiter aus anderen Arbeitsbereichen. Durch die so geschaffenen Freiräume können die Pflegefachkräfte Bewohnerbedürfnisse umfassender erfüllen. Zudem wird die Arbeitssituation für die Pflegefachkräfte erträglicher, wenn die Angehörigen der Bewohner Verantwortung für Pflege- und Betreuungsaufgaben übernehmen und sie dadurch von bewohnerorientierten Ansprüchen entlastet werden. Demgegenüber erfahren die Pflegefachkräfte aber auch, dass Angehörige im Rahmen des Heimeinzuges Verantwortung für die Betreuung der pflegebedürftigen Bewohner abgeben. Fehlt den Pflegefachkräften die Unterstützung durch die Angehörigen, bleibt ein Teil der bewohnerorientierten Ansprüche unerfüllt und die beruflichen Belastungen nehmen zu, denn die Pflegefachkräfte fühlen sich in der Verantwortung, diese Lücke zu schließen.

Auf Freizeit verzichten vs. sich abgrenzen

Um ihre beruflichen Aufgaben und bewohnerorientierten Ansprüche im Pflegealltag umfassender erfüllen zu können, bringen die Pflegefachkräfte über die reguläre Dienstzeit hinaus zusätzlich persönliche Freizeit ein. Auf der Basis eines aufopferungsvollen Berufsbildes von Pflege erheben sowohl die Managementebene der Institution als auch Pflegefachkräfte selbst den Anspruch, dass Freizeit zu betrieblichen Zwecken eingesetzt werden muss und private Einschränkungen bei der Ausführung des Pflegeberufes einkalkuliert werden müssen. Demgegenüber steht die Grundeinstellung, dass die Arbeitszeit bewusst von der Freizeit zu trennen ist und dass Freizeit nur zu einem Minimum für berufliche Belange eingesetzt werden sollte. Pflegefachkräfte wollen sich durch die bewusste Abgrenzung von beruflichem Engagement vor einem Übermaß an beruflichen Belastungen schützen.

Anpassung der Arbeitsweise

Innerhalb der Arbeitsorganisation nutzen die Pflegefachkräfte unterschiedliche Arbeitsmethoden. Ein hohes Arbeitstempo soll dazu verhelfen, dass alle beruflichen Aufgaben erfüllt werden. Jedoch geht diese Art der Arbeitsweise zu Lasten der Bewohnerorientierung, denn die Lebenswelt und die individuellen Bedürfnisse der Bewohner werden dann oft nicht ausreichend berücksichtigt. Auch die Strategien, Prioritäten zu setzen und Pflegemaßnahmen zu rationieren, verstärken das schlechte Gewissen der Pflegefachkräfte und lassen das Dilemma bestehen. Unter der Annahme, nicht alle Bewohnerbedürfnisse und individuellen Gewohnheiten umfassend erfüllen zu können, fühlen sich die Pflegefachkräfte gezwungen, Bewohnerbedürfnisse abzuwägen und zudem die Erfüllung von Bedürfnissen teilweise auf ein Mindestmaß beschränken zu müssen.

Hingegen unterstützt eine flexible Arbeitsorganisation den Anspruch auf bewohnerorientierte Pflege. Pflegefachkräfte nutzen die vorhandenen Ressourcen der Bewohner und können die gewonnene Zeit für die Erfüllung von Bewohnerbedürfnissen einsetzen. Um den Zeitdruck zu mindern, verschieben sie auch tägliche Arbeiten und die Erfüllung psychosozialer Bedürfnisse innerhalb der Tagesstruktur. Des Weiteren erheben Pflegefachkräfte nicht den Anspruch, bei allen Bewohnern jeden Tag soziale Betreuungsleistungen in gleich hohem Umfang erbringen zu müssen.

Erfüllung und Abweichung von Standards

Den Pflegefachkräften fällt es schwer, bewohnerorientierte Leistungen durchzusetzen, denn ihr Handeln wird in einem hohen Maß durch regelgeleiteter Ansprüche und deren Überprüfungen gelenkt. Entgegen ihrem beruflichen Selbstverständnis fühlen sie sich verpflichtet, umfassende Fürsorgemaßnahmen ergreifen zu müssen, obwohl diese nicht immer den Wünschen und den aktuellen Bedürfnissen der Bewohner entsprechen. Andererseits grenzen sich Pflegefachkräfte bewusst von der Durchsetzung normierender Ansprüche ab, indem sie ihr Handeln umfassend im Team und mit Angehörigen abstimmen und zudem Nachweise für die vorliegende Bewohnerorientierung erbringen.

Aufmerksamkeit einfordern vs. Grenzen annehmen

Einerseits nehmen die Pflegefachkräfte aktiv Stellung zu ihren beruflichen Rahmenbedingungen. Sie fordern die Gesellschaft aber auch die Angehörigen und Bewohner auf, ihre Sichtweise des Pflegealltages stärker zu berücksichtigen. Durch ein höheres Maß an Aufmerksamkeit erhoffen sie sich bessere Arbeitsbedingungen und mehr Rücksichtnahme seitens der Angehörigen und Bewohner. Andererseits erkennen die Pflegefachkräfte auch die Grenze, eigene bewohnerorientierte Ansprüche nicht umfassend realisieren zu können. Sie sehen es als Notwendigkeit an, diese Grenze des Handelns bewusst anzunehmen.

Beziehungsgestaltung

Durch gezielte Zusammenarbeit und Beziehungsgestaltung gelingt es den Pflegefachkräften, Konflikten vorzubeugen, diese frühzeitig zu erkennen bzw. zeitnah zu bewältigen. Dabei legen sie viel Wert auf einen ununterbrochenen Informationsfluss innerhalb des multiprofessionellen Teams.

Zudem bauen die Pflegefachkräfte eine vertrauensvolle Atmosphäre und persönliche Beziehung zu den Angehörigen und zu den Bewohnern auf. Indem sie auf deren individuellen Belange eingehen, können sie Spannungen entgegenwirken und die Zusammenarbeit fördern.

Insgesamt zeigt sich also das Dilemma, dem einzelnen Bewohner nicht gerecht werden zu können, im Spannungsverhältnis der Gesamtverantwortung für alle Bewohner und der individuellen Situation des einzelnen Bewohners. Zur Kompensation des Dilemmas ohne äußere Hilfestellung müssen die Pflegefachkräfte einen für sich selbst gangbaren Weg finden, wobei jedoch oftmals nur ein Teil der Handlungsreaktionen punktuelle Erleichterung bietet und das Dilemma bestehen bleibt bzw. nicht gelöst werden kann.

6 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

6.1 Ansprüche professionellen Handelns als Herausforderung

Berufliche Pflege ist determiniert durch Verpflichtungen gegenüber der Institution und damit verbundener Ökonomisierung aber auch durch die außergewöhnlichen individuellen Lebenssituationen pflegebedürftiger Menschen. Somit sind einerseits ein fachlich-technisch korrektes Handeln, andererseits eine dialogisch-interaktive Haltung und nicht zuletzt ein hohes Maß an Verantwortung gegenüber den Pflegebedürftigen die zentralen Charakteristika des pflegerischen Handelns. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass sich die Pflegefachkräfte im Setting Pflegeheim mit diesen Anforderungen identifizieren. Sie haben den Anspruch, ihr berufliches Handeln nicht allein an fachlich-technischen Regeln zu orientieren. Die Pflegefachkräfte sind bestrebt, auch die Komplexität und Einzigartigkeit der jeweiligen Pflegesituation (hohes Lebensalter, Rückzug aus sozialen Kontakten und beginnender Prozess des Sterbens bis zum Lebensende) in das Pflegehandeln zu integrieren. Als Herausforderung der beruflich Pflegenden ist der Umfang der eigenen Ansprüche zu sehen. Darüber hinaus ist auch die Zusammenführung der Ansprüche in den konkreten Handlungssituationen für die Pflegenden schwierig.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass Pflegefachkräfte ihr Handeln über die formelle Pflichterfüllung hinaus ausrichten wollen. Berufliche Konzeptionen forcieren entsprechende Sichtweisen. So werden im Pflegekonzept der „ganzheitlichen Pflege“ nicht nur psychosoziale Bedürfnisse, sondern auch der „Sinn des Lebens“ als ein zu erfüllendes Attribut einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Bewohners benannt (vgl. Salzberger 2006: 172). Entsprechende Wertigkeiten und Ansprüche stellten auch Veit (2004) und Scharfenberg (2016) in ihren Untersuchungen fest. So wird die Erfüllung christlich orientierter Motive, wie das Verstehen, Mitfühlen und die Teilnahme am Lebensprozess von den Pflegenden als besondere und zentrale pflegerische Leistung angesehen (vgl. Veit 2004: 126 f.). Die vorliegenden Studienergebnisse ergänzen und vertiefen somit den bisherigen Erkenntnisstand. Es wird deutlich, dass sich die Pflegenden in die Situation der Angehörigen hineinversetzen und die damit einhergehenden umfassenden Erwartungen an eine gute Pflege erfüllen wollen. Besonders viel Wert legen die Pflegenden auf ein individuelles, bewohnerorientiertes Handeln. Das hohe Engagement der befragten Pflegenden gegenüber ihren Aufgaben und Verantwortungen wird deutlich. Darüber hinaus werden aber auch die damit verbundenen Folgen sichtbar. Die durch hohe Ideale geprägten beruflichen Ansprüche können zu einer emotionalen Überforderung der Pflegenden führen,

wenn das Spannungsverhältnis von Anspruch und Wirklichkeit in der Pflegepraxis nicht durchbrochen werden kann.

Eine wichtige Erkenntnis der vorliegenden Studie ist auch darin zu sehen, dass die befragten Pflegefachkräfte regelgeleitete und bewohnerorientierte Ansprüche als zwei voneinander getrennte Anteile pflegerischen Handelns verstehen und handhaben. Im Rahmen beruflicher Grundlagenkonzepte (Kompetenzstufen von Benner und Evidence-based Nursing Ethos) werden diese Ansprüche und deren Umsetzung miteinander verwoben. In bisherigen Studien zum professionellen Handeln wurden überwiegend die Grenzen pflegerischen Handelns aufgezeigt und kritisiert (vgl. Veit 2004: 209; Wieteck 2016: 8 f.). Durch die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit konnte der Blick auf das professionelle Handeln um die Perspektive der Pflegenden erweitert werden. Die Herausforderung der Vereinbarkeit von Normierung und Bewohnerorientierung zeigt sich im Pflegealltag besonders deutlich in der Anwendung von Pflegestandards. Anhand konkreter Beispiele wurden Hintergründe aufgezeigt, warum die Pflegenden trotz bewohnerorientierter Ansprüche ihr Handeln zum Teil an starren Schemata ausrichten und es ihnen schwerfällt, die hermeneutische Komponente professionellen Handelns in ihre Handlungen zu integrieren. Sie machten in verschiedenen Bereichen die Erfahrung, dass Begründungen bezogen auf die individuelle Lebenssituation der Bewohner von Kontrollinstanzen nicht immer akzeptiert wurden. Pflegenden wollen sich nicht immer dem Begründungszwang individuellen professionellen Handelns aussetzen, stattdessen sehen sie sich öfters gezwungen, Standards ohne Abweichungen umzusetzen. Ebenso empfinden die Pflegefachkräfte hohe Loyalität gegenüber der Interessenlage der Pflegeheime. So kommt es vor, dass sie eigene Ansprüche in Bezug auf das pflegerische Selbstverständnis unterwandern, um Beschwerden von Bewohnern und Angehörigen zu vermeiden.

6.2 Charakteristika des Settings Pflegeheim als Einflussfaktoren

Die Pflegefachkräfte erleben in ihrem beruflichen Alltag auf verschiedenen Ebenen Handlungssituationen, die sie als moralische Konfliktsituationen bewerten. Die Interviewausagen der Probanden verweisen auf den Kern des beruflichen Erlebens und Bewertens der Pflegefachkräfte im Setting Pflegeheim. Dieser zeigt sich als Dilemma der Pflegenden, bewohnerorientierte Ansprüche nicht ausreichend erfüllen zu können. Ein wichtiger Erkenntnisgewinn der vorliegenden Studie ist darin zu sehen, dass Charakteristika des Settings Pflegeheim, welche unmittelbaren Einfluss auf die Bewertung und das Handeln der Pflegenden nehmen, sichtbar werden. Es ist bereits angesprochen worden, dass der An-

spruch professioneller Pflege, pflegetheoretischen Anforderungen und individuellen Bedürfnissen gerecht werden zu wollen, häufig zu Spannungsfeldern und moralischen Problemen führt (vgl. Lay 2012: 36; Riedel 2012: 1). Den ambulanten Bereich untersuchte Lauxen (2009). Er stellte die Frage, welche Situationen Pflegende in ihrer täglichen Berufspraxis als moralisch problematisch erleben. Gewissenskonflikte bzw. ein schlechtes Gewissen zeigten sich bei den befragten Pflegenden dann, wenn sie nicht ihren Vorstellungen entsprechend „gute Pflege“ im Sinne fürsorglicher Pflege leisteten. In der hier vorgelegten Studie werden nun auch die Hintergründe für die Bewertung und für das Handeln der Pflegenden transparenter. Es zeigen sich verschiedene Faktoren, die dazu führen, dass die Zielsetzungen von umfassender Fürsorge und Bewohnerorientierung nicht in dem gewünschten Umfang erreicht werden. Diese Faktoren werden im Folgenden zusammengefasst und diskutiert.

6.2.1 Heimeintritt als beeinflussender Faktor

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen die Bedeutung des pflegerischen Settings und dessen Einfluss auf das Erleben und Bewerten des Pflegehandelns seitens der Bewohner, deren Angehörigen und der Pflegenden selbst. Sowohl die Bewertung des Heimeintritts durch die Bewohner als auch die Reaktion der Angehörigen auf den Heimeintritt verweisen auf Grenzen erfüllbarer beruflicher Ansprüche.

Eine wichtige Erkenntnis der vorliegenden Untersuchung ist darin zu sehen, dass die Bewertung „gute Pflege“ nicht nur von den erbrachten Pflegeleistungen abhängig ist, sondern auch vom Kontext, in dem die Handlungen stattfinden. Die Pflegefachkräfte im Setting Pflegeheim haben den Anspruch, gute Leistungen zu erbringen. Sie möchten die Bewohner durch Fürsorge und Zuwendung zufriedenstellen. Gleichzeitig erleben die Pflegenden, dass der überwiegende Teil der Heimbewohner aufgrund ihrer Lebensumstände unfreiwillig in ein Pflegeheim einziehen muss. In der Folge fällt es den Bewohnern oft schwer, die neue Lebenssituation anzunehmen. Negative Emotionen der Bewohner und allgemeine Unzufriedenheit, die in der aktuellen Lebenssituation im Pflegeheim begründet ist, beeinflussen die Pflegesituation nachhaltig. Hier nehmen die Pflegenden Grenzen ihres Handelns wahr, denn sie können den Unmut und die Frustration der Bewohner nicht immer durch gute Pflege und Zuwendung kompensieren. Das Wissen um die Bedeutung des pflegerischen Kontextes ist nicht nur seitens der Pflegenden selbst zu reflektieren und zu berücksichtigen. Es fordert auch einen kritischen Blick auf die Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen. Qualitätssicherungskonzepte nutzen das Instrument der

Kundenzufriedenheitsbefragung im Bereich der Altenhilfe. Dieses Instrument wird in Pflegeheimen sowohl intern als auch extern zur Sicherung der Pflegequalität angewendet (vgl. Kelle, Niggemann 2002: 99; GKV-Spitzenverband 2016: 16). Die Autoren des „4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS“ (vgl. MDS 2014: 38) weisen darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität auf der einen Seite und der Zufriedenheit der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen auf der anderen Seite aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten und bestehendem Abhängigkeitsverhältnis nicht ohne Weiteres hergestellt werden kann. Durch die vorliegenden Studienergebnisse wird der Blick auf die Bewertung von Zufriedenheitsbefragungen im Setting Pflegeheim erweitert. Die Grenzen dieser Befragungen liegen nicht nur auf methodischer Ebene. Fehlende Akzeptanz und Annahme des neuen Lebensumfeldes kann zu genereller Unzufriedenheit der Bewohner führen. Es ist zu beachten, dass diese Unzufriedenheit nicht immer gleichzusetzen ist mit mangelnder, unzureichender Pflege und Fürsorge. Wird dieser Umstand von Kontrollbehörden und Angehörigen ignoriert, geraten Pflegefachkräfte trotz ihrer umfangreichen Bemühungen unter einen fragwürdigen Rechtfertigungsdruck. Es lässt sich feststellen, dass die Zufriedenheitsmessung im Setting Pflegeheim nur bedingt aussagekräftig ist. Die Ergebnisse der hier vorgelegten Studie lenken die Aufmerksamkeit darauf, dass Zufriedenheitsbefragungen für den Einzelfall sowohl in Hinblick auf positives Antwortverhalten und auch in Hinblick auf negatives Antwortverhalten kritisch reflektiert werden sollten.

Auch der Umgang der Angehörigen mit der Situation des Heimeintritts beeinflusst die Pflegesituation. Dabei stimmen die hier vorgelegten Studienergebnisse mit bereits vorliegenden Befunden überein. So bemerkt Sandberg (2001; ziti. nach Altmann 2014: 94), dass psychische Belastungen bei Angehörigen auch nach dem Heimeintritt erhalten bleiben. Ihre Gefühle erleben die Angehörigen als ambivalent. Einerseits empfinden sie Entlastung, andererseits entwickeln sie Schuldgefühle und verspüren Hilflosigkeit und Verlust. Diese Ambivalenz der Angehörigen wird auch von den interviewten Pflegefachkräften wahrgenommen. Die vorliegende Untersuchung verdeutlicht darüber hinaus die Folgen für das Pflegehandeln. Insbesondere wird die Beziehungsebene zwischen Pflegefachkraft und Bewohner durch innere Konflikte der Angehörigen nachhaltig und negativ beeinträchtigt. Aus der erlebten Ambivalenz heraus gehen nicht alle Angehörigen offen mit der Situation des Heimeintritts um. Sie verschweigen die Endgültigkeit des Heimaufenthaltes gegenüber den Pflegebedürftigen bereits beim Heimeinzug. Die Pflegefachkräfte fühlen sich jedoch zur Aufrichtigkeit gegenüber den Bewohnern verpflichtet. Gleichzeitig besteht auch eine Loyalitätsverpflichtung gegenüber den Angehörigen. Diese Situation beeinflusst

die Beziehungsebene zwischen Bewohner und Pflegenden, denn tragfähige und vertrauensvolle Beziehungen beruhen auf Aufrichtigkeit und Authentizität (vgl. Lauber 2012: 274). Der Erfolg der pflegerischen Betreuung kann dadurch stark vermindert sein.

6.2.2 Differenzierte Bedürfnisse der Bewohner als beeinflussender Faktor

Die befragten Pflegefachkräfte erleben Bewohner mit differenzierten Bedürfnissen. Diese beinhalten sowohl individuelle Wünsche als auch objektive Pflegebedarfe. Nicht immer sind diese Bedürfnisse seitens der Pflegenden harmonisch in den Pflegealltag integrierbar. Die Studienergebnisse verdeutlichen die Herausforderungen der Pflegenden, wenn sie zwischen den konträren Bedürfnissen von orientierten und desorientierten Bewohnern vermitteln müssen. Ihr Ziel, das pflegerische Handeln an den individuellen Bedürfnissen eines jeden einzelnen Bewohners auszurichten, ist dadurch nicht immer erreichbar. In der Pflegepraxis werden unterschiedliche Modelle in Bezug auf die Betreuung von orientierten und desorientierten Bewohnern angewandt. Ein Teil der Einrichtungen befürwortet die gemeinsame (integrative) Betreuung von demenziell Erkrankten und nicht demenziell erkrankten Bewohnern. Ein anderer Teil bevorzugt das Modell der getrennten (segregativen) Betreuung. Für beide Betreuungsvarianten lassen sich Argumente finden (vgl. Staack 2017: 27 f.; Brown 2006: 49). Staack (2017: 28 f.) und Abaz (2017: 18 f.) favorisieren die segregative Betreuungsform. Staack (2017: 28 f.) führt als Begründung Erkenntnisse der psychogeriatrischen Pflege- und Versorgungsforschung an, nach denen das Ausmaß der Gleichartigkeit der Bewohner hinsichtlich der Krankheit und des Krankheitsstadiums ein entscheidender Faktor für die Zufriedenheit der Bewohner und Mitarbeiter ist. Demnach erleichtert Homogenität den Zugang zu den Erkrankten und es muss nur ein Milieu im Wohnbereich aufgebaut werden. Abaz (2017: 18 f.) stellte fest, dass sich Pflegende in einem Segregationsmodell weniger körperlich und psychisch belastet fühlen als Personal, welches im Semisegregationsmodell oder in einem Integrationsmodell tätig ist. Als Ursache vermutet Abaz wie Staack (2017: 28), dass die Arbeit in Integrationsgruppen von den Mitarbeitern einen raschen Wechsel der Pflege und Betreuung erfordert. Die Ergebnisse der hier vorgelegten Studie zeigen, dass Wohnform und Betreuungskonzept das Pflegehandeln beeinflussen. Wie auch bei Staack (2017: 28 f.) und Abaz (2017: 18 f.) sprechen die Ergebnisse für die Wahl einer segregativen Betreuungsform. Es wird deutlich, dass Pflegende beim integrativen Modell zwischen demenzerkrankten und nicht demenzerkrankten Bewohnern als eine Art Mediator vermitteln müssen. Wollen die Pflegefachkräfte den differenzierten und zum Teil konträren Bedürfnisse der ihnen anvertrau-

ten Bewohner gerecht werden, ist es notwendig, sich mit den Vorteilen und Grenzen entsprechender Wohnformen und Betreuungskonzepte auseinanderzusetzen.

6.2.3 Das Spannungsfeld zwischen umfassender Verantwortung und individueller Betreuung als beeinflussender Faktor

Die verfügbare Betreuungszeit ist ein sehr zentrales Thema innerhalb der stationären Altenhilfeeinrichtungen (vgl. Dorschner, Meussling-Sentpali, Schaefer 2009: 35 ff.; Lücke 2017: 14).

Die hier vorgelegten Studienergebnisse veranschaulichen die Folgen begrenzter zeitlicher Ressourcen und damit verbundener begrenzter Betreuungszeit. Darüber hinaus geben die Ergebnisse Aufschluss über die Entstehung zeitlichen Drucks und die Hintergründe der unterschiedlichen Ressourcenverteilung seitens der Pflegenden. Die interviewten Pflegefachkräfte berichten umfassend darüber, dass eine individuelle Ausrichtung des Handelns häufig nur begrenzt erfolgt. Die Ergebnisse unterstützen bisherige Befunde, welche die Folgen des Zeitmangels dokumentieren. So stellen Isfort und Weidner (2010: 7 f.) im Rahmen der Studie „Pflegethermometer“, einer bundesweiten Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, fest, dass die abnehmende Pflegekapazität und die Zunahme der Arbeitsverdichtung sich in einem hohen Maße auf die Patientenversorgung und Patientensicherheit auswirken. Mängel sind sowohl in patientenfernen als auch in patientennahen Arbeitsbereichen zu verzeichnen. Dabei heben Isfort und Weidner (2010: 7 f.) hervor, dass Mängel in der pflegerischen Versorgung nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel sind. Auch Pflegenden im stationären Setting Pflegeheim sind vom Zeitmangel betroffen. Die Mitarbeiter des Thüringer Projektes "Optimierung der Abbildung des Pflegeprozesses in der Pflegepraxis und der Pflegedokumentation" fanden heraus, dass Pflegekräfte stationärer Altenhilfeeinrichtungen ihre Handlungen unter permanentem Zeitdruck durchführen müssen. In der Folge wurden Pflegehandlungen häufig auf Vorschriften und die Sachebene reduziert. Für die Beziehungsebene, insbesondere Zeit für menschliche Zuwendung, konnte nur wenig Raum entfaltet werden (vgl. Dorschner, Meussling-Sentpali, Schaefer 2009: 35 ff.). In den Ausführungen zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Gesundheitseinrichtungen berichtet auch Wieteck (2016: 10) als Sachverständige über aktuelle Versorgungsdefizite, die sowohl Kliniken als auch Altenpflegeeinrichtungen betreffen. Sie kritisiert, dass Bewohnerinformationen nicht systematisch ausgewertet werden, notwendige Maßnahmenänderungen lediglich zeitversetzt realisiert oder komplett unterlassen werden. Zudem werden

die pflegerischen Handlungsangebote, welche prophylaktischen und fördernden Charakter haben, reduziert. Durch die hier vorgelegten Untersuchungsergebnisse kann die Zeitproblematik im Rahmen des pflegerischen Handelns jedoch differenzierter als bisher betrachtet werden. Zusätzlich zu den bekannten Erkenntnissen bezüglich der Folgen von Zeitmangel verdeutlichen die Untersuchungsergebnisse dieser Studie die Entstehung des Zeitmangels. Sowohl die Verantwortung der Pflegefachkräfte gegenüber allen Bewohnern als auch die fehlende gegenseitige Rücksichtnahme seitens der Bewohner untereinander führen zu hohem Verteilungsdruck bezüglich zeitlicher Ressourcen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Arbeitsabläufe der Pflegefachkräfte stark vorstrukturiert sind. Als Grund benennen die Pflegefachkräfte die Verantwortung gegenüber allen zu betreuenden Bewohnern. Die Absicherung normativer Pflegeaufgaben und physischer Bedürfnisse der Bewohner stehen im Fokus. Es ist zu vermuten, dass der hohe Strukturierungsgrad der Arbeitsorganisation zu einem hohen Grad der Fremdbestimmung der Bewohner führt - eine Erkenntnis, die auch Moritz (vgl. 2013) beschrieb. Pflegekräfte fühlen sich jedoch nicht nur dem Druck der Gesamtverantwortung ausgesetzt. Auch die differenzierte Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützungsangebote durch die Bewohner erzeugt Druck. Die vorliegenden Studienergebnisse zeigen, wie die Pflegenden einen Mangel an Gemeinschaft erleben und welche Folgen für das pflegerische Handeln damit verbunden sind. Schnell (2005: 56) nimmt die Perspektive der Bewohner ein und weist darauf hin, dass die Lebenswelt von alten Menschen im Pflegeheim durch soziale Isolation geprägt ist. Und auch Christov (2016: 60 f.) verweist in ihren Ausführungen auf die bestehende Distanz zwischen den oft passiven Bewohnern. Individuelle Kommunikationshindernisse, später Heimeinzug, verbunden mit schlechter kognitiver und körperlicher Verfassung sowie fehlender privater Schutz und mangelnde Rückzugsmöglichkeiten führen dazu, dass viele Bewohner keine Bereitschaft zu einem sozialen Miteinander entwickeln und das Bild einer Gemeinschaft von Heimbewohnern oft im fiktiven Bereich bleibt. Die vorliegende Untersuchung beleuchtet diese Problematik ergänzend aus der Perspektive der Pflegenden. Bei der Verplanung der Zeitressourcen können die Pflegefachkräfte im Setting Pflegeheim nicht immer auf das Verständnis und die Rücksichtnahme der Bewohner bauen. Es ist zu vermuten, dass die soziale Isolation der Bewohner die von den Pflegenden wahrgenommene mangelnde Rücksichtnahme forciert. Dies hat zur Folge, dass sich Bewohner ungeduldig zeigen, wenn es um ihre unmittelbare Bedürfniserfüllung geht und ein Wettstreit um die Zeitressourcen der Pflegefachkräfte stattfindet. Des Weiteren verdeutlichen die Untersuchungsbefunde, dass die Pflegefachkräfte die individuelle Situation der Bewohner innerhalb der Bewohnergemeinschaft unterschiedlich bewerten. Ein Teil der

Pflegenden erwartet von den Bewohnern gegenseitige Rücksichtnahme. Dadurch könnte der Zeitdruck der Pflegenden und die Problematik der Ressourcenverteilung abgemildert werden. Ein anderer Teil der Pflegekräfte argumentiert anders. Sie bewerten den individuellen Stellenwert eines jeden einzelnen Bewohners als prioritär. So kann man aus ihrer Sicht gar nicht erwarten, dass der einzelne Bewohner in Rücksichtnahme auf andere seine eigenen Bedürfnisse hintenanstellt. Unabhängig von der Erwartungshaltung der Pflegenden gegenüber den Bewohnern, fühlen sie sich einerseits dem Druck der gerechten Verteilung von Zeitressourcen ausgesetzt und andererseits mit unmittelbaren individuellen Forderungen einzelner Bewohner konfrontiert.

6.2.4 Dokumentationspflichten und Qualitätsprüfungen als beeinflussende Faktoren

Auch Bereiche des Qualitätsmanagements werden von den Pflegenden als Barriere für professionelles Handeln im Setting Pflegeheim wahrgenommen. Bereits erläutert wurde, dass der bisherige Umgang mit Pflegestandards zu Einschränkungen bewohnerorientierter Pflege führen kann (siehe Kap. 6.1). Darüber hinaus erleben die Pflegefachkräfte auch die Dokumentationsanforderungen und das aktuelle Prüfverfahren als limitierend. Sowohl die Dokumentationsanforderungen als auch das Prüfverfahren sind aktuell in Weiterentwicklungsprozesse eingebunden.

Infolge der in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebauten Dokumentationspflichten erleben die beruflich Pflegenden diese als zu umfangreich und nicht zielführend. Aus Sicht der beruflich Pflegenden besteht ein Missverhältnis zwischen Nutzen und Zeitaufwand. Die Zeit zur Erfüllung von Dokumentationsanforderungen geht auf Kosten direkter Pflegeleistungen. Dieses Problem wurde zum Zeitpunkt der Erhebung der hier vorgelegten Studie bereits öffentlich diskutiert. In der Folge wurde im Jahr 2012 mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz die Einleitung von Maßnahmen zur Entbürokratisierung beschlossen. Der Umfang der Pflegedokumentation sollte deutlich reduziert werden, wobei keine Abstriche an der Aussagekraft gemacht werden sollen. Im Rahmen des Projektes „Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ wurde für den ambulanten und den stationären Versorgungssektor ein neues Strukturkonzept der Pflegedokumentation (Strukturierte Informationssammlung - SIS[®]) entwickelt und getestet (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014: 8 ff.). Einzelleistungsnachweise in der Grundpflege fallen nun weg, wenn im internen Qualitätsmanagement verbindliche Leistungsbeschreibungen vorliegen (vgl. Schulz 2014: 67). Im Zeitraum

2013 bis 2014 wurde unter wissenschaftlicher Begleitung evaluiert, ob das entwickelte Strukturmodell unter Verwendung der neuen „Strukturierten Informationssammlung“ den Anforderungen der Pflegepraxis entspricht. An dieser Praxisphase nahmen 26 stationäre Pflegeeinrichtungen und 32 ambulante Pflegedienste teil. Im Ergebnis der Erprobung zeigte sich eine Entlastung hinsichtlich Aufwand und Umfang für die Pflegenden. Positiv bewertet wurden auch die pflegerelevanten Bezüge der Dokumentation (vgl. Roes 2014: 695 ff.). Im Rahmen einer Reflexionsveranstaltung im September 2017 bewertete die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung Ingrid Fischbach das Projekt der Entbürokratisierung in der Altenpflege als erfolgreich. Bürokratische Belastungen seien reduziert, die Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit und Motivation der Pflegenden seien verbessert worden. Die beruflich Pflegenden in der ambulanten und stationären Langzeitpflege erfahren Entlastung und gewinnen mehr Zeit für die Versorgung der Pflegebedürftigen. Das Bundesprojekt endete im Oktober 2017, indem die Weiterführung der Entbürokratisierungsmaßnahmen in die Verantwortung der Trägerverbände übertragen wurde. Das Entbürokratisierungsprojekt wird jedoch trotz erfolgter Praxisevaluierung nicht als abgeschlossen angesehen. So gilt es Fragen hinsichtlich der Anpassung der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualitätssicherung in der Pflege zu diskutieren (Roes 2014: 695 ff.).

Auch Qualitätsprüfungen werden von den Pflegenden als begrenzend erlebt. Dem Ergebnis der vorliegenden Studie zufolge, stimmt die Bewertung der Pflegequalität durch externe Prüfinstanzen nicht mit der Bewertung der beruflich Pflegenden überein. Die überwiegend positiven Prüfungsnoten entsprechen nicht der Sichtweise der befragten Pflegefachkräfte.

Es ist davon auszugehen, dass das Qualitätsverständnis der Pflegenden auf den Kriterien ihres pflegerischen Selbstverständnisses aufbaut. Die damit verbundenen umfassenden bewohnerorientierten Ansprüche werden aus Sicht der Pflegenden im Rahmen von externen Qualitätsprüfungen nicht hinreichend reflektiert und wahrgenommen. Die Pflegefachkräfte sehen vor allem die sozialen Belange der Pflegebedürftigen nicht hinreichend berücksichtigt. Sie konstatieren, dass durch die sehr guten und guten Bewertungen die bestehenden Probleme und Defizite nicht öffentlich transparent werden. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) wurde die Möglichkeit geschaffen, die Verbraucher über die Pflege, die soziale Betreuung und die Versorgung Pflegebedürftiger zu informieren. Die genutzte Bewertungssystematik nach Pflegenoten wurde in den Folgejahren kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt. Bisherige Veränderungen der Bewertungssystematik reichten jedoch nicht aus, um bestehende Probleme zu beheben und die Transpa-

renz zu verbessern (vgl. Gerber, 2014: 317 f.; Laumann 2014). Die Grenzen der bisherigen Art und Weise der Qualitätsprüfungen (vgl. Laumann 2014), so wie sie auch die Pflegefachkräfte erleben, wurden in den letzten Jahren vermehrt in der Öffentlichkeit diskutiert. Die nach dem bisherigen System veröffentlichten Schulnoten werden als nicht aussagekräftig bewertet. So liegt der Notendurchschnitt für die rund 12.500 stationären Pflegeeinrichtungen bei 1,3. Die guten Bewertungen spiegeln die differenzierte Wirklichkeit nicht wider. Es wird nicht zwischen unabdingbaren Kernkriterien, die gute Pflegeeinrichtungen auf jeden Fall erfüllen müssen, und weniger wichtigen Faktoren unterschieden, so dass Probleme im Kernbereich der Pflege durch weniger wichtige Aspekte ausgeglichen werden können. Zudem wird bei dem bisherigen Begutachtungsverfahren ein sehr hoher Wert auf die Dokumentation gelegt. Zu wenig wird die tatsächliche Pflege und Zuwendung berücksichtigt (vgl. Laumann 2014). Aichele (2014: 34) macht darauf aufmerksam, dass die bisher zur Begutachtung und Qualitätsprüfungen genutzten Indikatoren die menschenrechtliche Dimension in der Pflege nicht ausreichend berücksichtigen. So wird im Rahmen des aktuell vorherrschenden Verständnisses von Pflegequalität vor allem die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen in den Bereichen Wohnen, Essen, Gesundheit und Mobilität nicht ausreichend thematisiert. Infolge der öffentlich wahrgenommenen Schwächen wurde die Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen als unerlässlich angesehen (vgl. Brüggemann 2015). Zum 1. Januar 2016 wurde das Bewertungssystem der Pflegenoten ausgesetzt. Als Übergangslösung bis zur Neukonzeption werden die Prüfungsergebnisse ohne Gesamt- und Bereichsnote veröffentlicht. Stattdessen werden die Ergebnisse durch kurze Zusammenfassungen des Prüfungsberichtes dargestellt. Parallel werden auch die Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfung und die Qualitätsdarstellung in der stationären Pflege überarbeitet. Wissenschaftliche Institutionen entwickeln aktuell ein auf Indikatoren basiertes Qualitätsmessungsinstrument als Ersatz für die Pflegenoten. Mit ersten Ergebnissen wird Mitte 2018 gerechnet (vgl. Kämmer 2015c: 417). Es bleibt abzuwarten, ob und in welcher Form auch Selbstbestimmungsrechte der Bewohner mit in die neuen Prüfverfahren integriert werden. Zudem wird sich zeigen, ob die neuen Prüfkriterien und deren Einschätzung durch die Prüfinstanzen mehr als bisher mit dem Verständnis guter Qualität seitens der Pflegenden übereinstimmen werden.

6.3 Handlungsstrategien im Umgang mit beruflicher Verantwortung

Im Zusammentreffen von Normierung und Bewohnerorientierung werden die Pflegefachkräfte im Setting Pflegeheim mit Barrieren professionellen Handelns konfrontiert. Diese

münden in das Dilemma, dem einzelnen Bewohner nicht gerecht werden zu können. Die Pflegenden fühlen sich verantwortlich für das Wohlbefinden der ihnen anvertrauten Bewohner. Im Rahmen der Arbeitsorganisation müssen sich die Pflegefachkräfte stetig entscheiden, was als nächstes zu tun ist. In der Folge führt die Zielsetzung, allen Anforderungen gerecht werden zu wollen, zu dauerhaftem Druck und dem Zwang, wertende Entscheidungen treffen zu müssen. Die Studienergebnisse verdeutlichen die Vielfalt der daraus folgend genutzten Handlungsstrategien. Die Erkenntnisse bezüglich der angewandten Handlungsstrategien Pflegenden im Setting Pflegeheim ermöglichen ein besseres Verstehen beruflicher Handlungsweisen und verweisen auf deren Zusammenhänge mit den erlebten Rahmenbedingungen. Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Handlungsstrategien kann zudem Diskussionen bezüglich des Umgangs mit beruflicher Verantwortung anregen. Möglichkeiten beruflicher Weiterentwicklungen können genutzt werden und zur Entlastung der Pflegenden führen.

Die im beruflichen Alltag erlebten Spannungen führen bei einem Teil der Pflegefachkräfte dazu, berufliche Veränderungen anzustreben. Sie nutzen die Möglichkeit der Flucht. Durch eine so initiierte Abkehr von der beruflichen Situation, können die Pflegefachkräfte dem erlebten Dilemma, dem einzelnen Bewohner nicht gerecht werden zu können, entkommen. Die unmittelbare Verantwortung in der direkten Pflegebeziehung wird dadurch abgegeben. Die interviewten Pflegefachkräfte berichten davon, dass vor allem junge Pflegenden aktive Schritte zur beruflichen Veränderung einleiten. Das Phänomen des frühen Ausstiegs aus dem Beruf wird von Neumann und Klewer (2008: 16), Hornung (2014: 20) sowie Rinsche (2015: 63) bestätigt. Ursachen und Folgen des vorzeitigen Ausstieges aus dem Pflegeberuf wurden im Rahmen der Next-Studie (nurses early exit study) im Zeitraum von 2002 bis 2007 in elf europäischen Ländern untersucht. Demnach befasst sich jede vierte Pflegekraft in Deutschland mehrmals im Monat mit dem Gedanken, den Pflegeberuf zu verlassen (vgl. Borchart et al. 2011). Unter Berücksichtigung des demografischen Wandels und dem damit verbundenen erhöhten Bedarf an Pflegepersonal ist mit der Handlungsreaktion „Abgabe von Verantwortung“ innerhalb der Pflegebeziehung eine besondere Brisanz verbunden. Prognosen sehen für das Jahr 2025 in Deutschland einen Bedarf von voraussichtlich 112.000 Pflegerinnen und Pflegern in Vollzeitstellung (vgl. Buxel 2011a: 426). Nicht erst in Zukunft, sondern bereits aktuell werden vielerorts Pflegefachkräfte händeringend gesucht (vgl. Kleiner 2017: 16; Isfort 2017: 5.). Pflegefachkräfte geben auch durch das Erlangen höherer Qualifikationen Verantwortung ab. Sie haben das Ziel, andere Aufgaben und Pflichten zu übernehmen. Neu ist die Erkenntnis, dass Pflegefachkräfte auch freiwillige berufliche Degradierungen nutzen, um den Umfang an Ver-

antwortung zu reduzieren. Die Abgabe der Verantwortung durch verschiedene Formen von Flucht mündet auf der Ebene des beruflichen Handelns in einen Teufelskreis, welcher das bestehende Dilemma verstärkt. Vorhandenes Personal muss den bestehenden Mangel an Arbeitskräften kompensieren. Die Arbeitsdichte erhöht sich, der Arbeitsdruck und die Arbeitsbelastungen steigen. Diese Bedingungen forcieren wiederum die Gefahr von Kündigung oder Berufsausstieg. Des Weiteren geht durch den Ausstieg von Mitarbeitern Wissen verloren und Pflegende müssen Zeit in die Einarbeitung neuer Mitarbeiter investieren. Zudem steigt aufgrund des Nachwuchsmangels der Altersdurchschnitt des Pflegepersonals (vgl. Hornung 2014: 21; Kleiner 2017: 16; Springer Medizin 2017: 59). Eine Möglichkeit, bedürfnisorientierte Pflege sicherzustellen und Pflegende zu entlasten, liegt darin, Fluchtmaßnahmen und Degradierungen zu reduzieren. Durch politisches Engagement sollen die gesellschaftliche Anerkennung und die beruflichen Rahmenbedingungen verbessert werden (vgl. Höfert 2015: 65; Dreyer, Nahles, Barley 2017). Um in Pflegeeinrichtungen auch dauerhaft eine bedürfnisorientierte und qualitativ hochwertige Pflege sicherstellen zu können, bedarf es jedoch nicht nur der Rekrutierung qualifizierten Nachwuchses. Als besondere Herausforderung ist die nachhaltige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegekräftebasis zu sehen (vgl. Borchart et al. 2011). Hier besteht Handlungsbedarf sowohl auf politischer Ebene als auch auf der Ebene der Institutionen. So kann durch die Einführung von Pflegekammern in Deutschland das Berufsprofil gefördert und die personellen Rahmenbedingungen aktiv gesteuert werden (vgl. Lücke 2017: 17). Auch die Pflegenden selbst können durch einen höheren Grad an beruflicher Organisation in Pflegekammern, Berufsverbänden und Gewerkschaften mehr Einfluss auf die Verteilung der zur Verfügung stehenden Geldmittel nehmen (vgl. Teigeler 2017: 21). Auf institutioneller Ebene sollte in diesem Zusammenhang vor allem die Zufriedenheit des Pflegepersonals verbessert werden. Arbeitgebern stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, um dieses Ziel zu erreichen. Durch Maßnahmen, wie zum Beispiel Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Mitspracherecht der Beschäftigten und flache Hierarchien, können die Rahmenbedingungen des pflegerischen Handelns verbessert werden (vgl. Buxel 2011a: 430; Dreyer, Nahles, Barley 2017: 4; Springer Medizin 2017: 59; Kleiner, 2017: 16 ff.; Lücke 2017: 17). Auch die konkrete Arbeitssituation bietet Ansatzpunkte, die Zufriedenheit des Pflegepersonals nachhaltig zu verbessern. Hier sollten vor allem soziale Aspekte des Berufsalltages, wie beispielsweise die Entlastung von verwaltungs- und pflegeberufsfremden Tätigkeiten sowie Wertschätzung durch Lob, Berücksichtigung finden (vgl. Buxel 2011a: 429 f.). Durch eine Vielzahl von Initiativen befindet sich das Berufsfeld Pflege aktuell im Wandel (vgl. Lücke 2017: 17). Welche tatsächlichen Verände-

rungen in der Pflegepraxis ankommen und ob die angestrebten Ziele Personalrekrutierung und Mitarbeiterbindung erreicht werden, ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht evaluiert.

Eine wichtige Erkenntnis der vorliegenden Studie liegt auch darin, dass Pflegefachkräfte durch Angehörige berufliche Entlastung erfahren. Einerseits zeigt dieser Aspekt, dass Pflegenden viel Wert auf bewohnerorientierte Pflege und Betreuung legen. Andererseits verdeutlicht dieser Punkt aber auch die beruflichen Grenzen der Pflegenden. Geben Angehörige den Bewohnern Zuwendung, werden so bewohnerorientierte Bedürfnisse erfüllt, die seitens der Pflegenden nur schwer umsetzbar sind. Dadurch können Pflegenden einen Teil der beruflichen Verantwortung abgeben. Für eine stärkere Einbeziehung der Familien in die tägliche Versorgung der Menschen in Institutionen plädieren auch Abt-Zegelin und de Jong (2015: 75 f.). Ob die Pflegenden Entlastungen erfahren, ist bisher jedoch stark von der Eigeninitiative der Angehörigen abhängig. Um die Pflegenden zu entlasten, sollte der Frage nachgegangen werden, ob die Unterstützung durch Angehörige gezielt gefördert werden kann. Aus Sicht der Autorin müsste in diesem Zusammenhang der bestehende Bedarf aufgezeigt werden, indem die bestehenden beruflichen Grenzen transparent und öffentlich kommuniziert werden.

Ein Teil der Pflegefachkräfte nimmt durch aktive und bewusste Gestaltung ihres Verhaltens berufliche Verantwortung wahr. Bisherige Studien richten ihren Blick oft auf bestehende Pflegemängel (z. B. Wettreck 2001; Dörge 2009a). Die Ergebnisse dieser Untersuchung verdeutlichen jedoch, dass Pflegefachkräfte auch engagiert nach Lösungen suchen. Pflegefachkräfte versuchen die Folgen der Arbeitsorganisation, welche an der Verantwortung gegenüber allen Bewohnern ausgerichtet ist, abzumildern. Sie reflektieren die Grenzen ihres beruflichen Handelns und sie bleiben dennoch aktiv. Pflegefachkräfte finden Kompromisse, indem sie die Erfüllung von psychosozialen Bedürfnissen auf den Spätdienst oder Nachtdienst verlagern, indem sie auf kommunikativer Ebene Probleme frühzeitig erfassen und indem sie flexible Arbeitsweisen umsetzen. Trotz der gegebenen Rahmenbedingungen sollen nicht nur normative, sondern auch individuelle, bewohnerorientierte Bedürfnisse erfüllt werden. Der Austausch der Pflegenden über ihre positiven Erfahrungen mit den von ihnen genutzten Handlungsstrategien kann bewohnerorientiertes Verhalten seitens der Kollegen fördern.

Eine wichtige Grundlage des Pflegehandelns bildet die Entscheidung über die Verteilung der pflegerischen Zeitressourcen. Die Resultate der Forschungsarbeit verdeutlichen, dass Entscheidungen der Pflegenden in diesem Zusammenhang nicht auf einheitlichen Grundannahmen beruhen. Vielmehr liegt die Verantwortung bei der einzelnen Pflegefachkraft.

Abt-Zegelin und de Jong (2015: 76) konstatieren, dass Prioritäten in der Praxis überwiegend zufällig gesetzt werden. Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse können dies für Pflegefachkräfte im Setting Pflegeheim nicht bestätigen. Die Interviewaussagen der Probanden der hier vorgelegten Studie zeigen, dass die getroffenen Entscheidungen durch die Pflegenden begründet werden. Das Treffen von Entscheidungen und das Setzen von Prioritäten erfolgt auf der Basis individueller Argumentationen seitens der Pflegenden. Darüber hinaus sind entsprechende Entscheidungen auch davon abhängig, inwieweit sich Pflegebedürftige bemerkbar machen können. Diesbezüglich stimmen die Resultate der vorliegenden Arbeit mit den Befunden von Abt-Zegelin und de Jong (2015: 76) überein. Bisher wird in Deutschland jedoch nicht offen über Rationierung und Priorisierung debattiert (vgl. Abt-Zegelin, de Jong 2015: 74). Öffentliche Diskussionen um die Grenzen beruflicher Pflege sind von besonderer Brisanz, denn die bestehende Mangelsituation müsste transparent nach außen dargestellt werden und die Pflegenden müssten sich mit ihren beruflichen Ansprüchen auseinandersetzen. Beides fällt den Pflegenden nicht leicht. Eine Offenlegung der Verhältnisse und der begrenzten Möglichkeiten allumfassender Pflege könnte einen gesellschaftlichen Diskurs anregen und die berufliche Verantwortung auf eine höhere Ebene transformieren.

6.4 Abschließende Überlegungen zum methodischen Vorgehen

In der vorliegenden Arbeit wurde das bisher noch unzureichend betrachtete Phänomen des Erlebens des beruflichen Handelns von Pflegefachkräften im Setting Pflegeheim untersucht. Die qualitative Sozialforschung, in der Tradition der Phänomenologie als Forschungsmethode, zielt darauf ab, das Wesentliche der Dinge aufzudecken und die Erfahrungen, Erlebnisse und deren Bedeutungen im Kontext ihrer Eigenwelt zu verstehen (vgl. Mayer 2001: 67). Entsprechend der Zielsetzung der Arbeit konnten durch die Anwendung der deskriptiven Phänomenologie tiefere Einblicke in das Erleben und die Erfahrungen der Pflegefachkräfte gewonnen werden.

Zur Auswahl der Studienteilnehmer werden sowohl in der quantitativen als auch in der qualitativen Forschung häufig Gelegenheitsstichproben genutzt. Es werden die Personen in die Studie mit einbezogen, die für den Forscher gut zugänglich sind und auf die er im Untersuchungsfeld gerade stößt, so dass die Auswahl der Teilnehmer leicht zu handhaben und mit einem geringen Aufwand verbunden ist (vgl. Mayer 2011: 301; Döring, Bortz 2016: 306). Im frei gestaltbaren Auswahlrahmen und Auswahlprozess zeigen sich aber auch die Grenzen dieses Stichprobentyps. Die gewonnenen Ergebnisse haben nur ein ge-

ringes Ausmaß an Repräsentativität. Die Aussagekraft der Stichprobe konnte dadurch verbessert werden, dass Studienteilnehmer aus ganz Thüringen mit einbezogen wurden. Zugleich ist nochmals zu betonen, dass das Ziel der vorliegenden Arbeit nicht darin lag, repräsentative Daten zu erhalten, sondern die Erfahrungswelt der Pflegefachkräfte in der Tiefe zu erkunden.

Bei der Datengewinnung mittels Interviews besteht eine grundlegende Abhängigkeit von der Antwortbereitschaft der angesprochenen Personen. Hinzu kommt, dass die Nutzung von zu stark vorformulierten Interviewleitfäden die Gefahr birgt, dass Aussagen, die für die Befragten wichtig sind, zu schnell abgehandelt werden und in der Folge die Gesprächsbereitschaft der Studienteilnehmer und der Informationsfluss des Gespräches negativ beeinträchtigt werden können (vgl. Przyborski, Wohlrab-Sahr 2014: 130; Misoch 2015: 66). Um die Offenheit gegenüber den inhaltlichen Relevanzstrukturen zu wahren, wurde der Leitfaden nur locker strukturiert, so dass die im Leitfaden formulierten Fragen nur sehr allgemeinen Charakter hatten und nur genutzt wurden, um Impulse für die Fortsetzung des Gespräches zu geben. Zudem wurde jedes Interview mit einer unspezifischen Einstiegsfrage begonnen, wodurch den Teilnehmern keine feste Ordnungsstruktur auferlegt wurde und die thematischen Interessen der Befragten im Mittelpunkt der Untersuchung standen (vgl. Przyborski, Wohlrab-Sahr 2014: 126). Auch wurde zum Abschluss eines jeden Interviews die offene Frage gestellt, ob alle Themen bzw. Erfahrungen, die den Pflegefachkräften wichtig sind, angesprochen wurden.

Eine Besonderheit des deskriptiven phänomenologischen Vorgehens liegt darin, dass im Anschluss an die Datenanalyse und nach der Identifikation der Kernaussagen, die Teilnehmer mit den Ergebnissen konfrontiert werden (vgl. Mayring 2002: 112). Im Rahmen der kommunikativen Validierung (Member Checks) wird versucht, durch wiederholtes Befragen des Interviewten die Interpretationsergebnisse abzusichern (vgl. Lamnek 2005: 736). Dies war auch insofern hilfreich, da zwischen der Datenerhebung und dem Abschluss der Datenanalyse einige Zeit vergangen war. Um die Aktualität der Ergebnisse sicherzustellen, wurde im Rahmen der kommunikativen Validierung auch die Frage nach Veränderungen der beruflichen Handlungssituation gestellt.

Da ein zu untersuchender Gegenstand immer unter zahlreichen Gesichtspunkten betrachtet werden muss und somit eine Beschreibung niemals als abgeschlossen angesehen werden kann, ist in der detaillierten Beschreibung eines Phänomens auch gleichzeitig die Grenze der Verallgemeinerung zu sehen (vgl. Lamnek 2005: 56). Wie zuvor bereits erwähnt, war es nicht Ziel der Studie, generalisierende Aussagen zu treffen, sondern die Erfahrungen und Erlebnisse der Pflegefachkräfte im beruflichen Handlungsfeld der stati-

onären Pflege zu beschreiben. Durch den gegebenen Kontextbezug der Untersuchung und die Form der nicht-standardisierten Erhebung erhalten die gewonnenen Ergebnisse eine spezifische Aussagekraft (vgl. Lamnek 2005: 198; Flick 2011: 522). Diese sind in ihrer Übertragbarkeit auf andere Pflegebereiche, wie beispielsweise das Erleben der beruflichen Handlungssituation von Pflegefachkräften im Krankenhaus oder in der ambulanten Pflege begrenzt. Auch beschränken sich die Ergebnisse ausschließlich auf die Handlungssituation von Fachkräften. Auf Pflegehelfer, ungelernte Mitarbeiter und andere Arbeitskräfte, die im stationären Pflegebereich tätig sind, können die aufgezeigten Handlungsstrukturen nicht ohne Weiteres übertragen werden. Während quantitative Forschungsmethoden mit dem Ziel, generalisierbare Aussagen zu treffen, nach der Größe der Stichproben und nach dem Standardisierungsgrad des Auswertungsverfahrens beurteilt werden (vgl. Lamnek 2005: 180), steht bei der Bewertung qualitativer Forschungsmethoden das Verstehen (vgl. Lamnek 2005: 182) und die Entwicklung neuer Einsichten und Theorien im Vordergrund (vgl. Mayring 2002: 108 f.; Flick 2011: 50). Qualitative Verfahren sind so theoriekonstituierend. Durch die genaue Beschreibung des interessierenden Phänomens liefern sie den notwendigen Kontext für die Umsetzung quantitativer Verfahren (vgl. Behrens, Langer 2010c: 64 f.). In der Anwendung können sich qualitative und quantitative Methoden gegenseitig ergänzen und damit umfassende Erkenntnisse hervorbringen (vgl. Misoch 2015: 4).

7 Ausblick

Die Situation und das Handeln der Pflegefachkräfte im Setting Pflegeheim werden durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung für die Pflegenden selbst und für Außenstehende transparenter und verständlicher. Nicht nur das Grundproblem des beruflichen Pflegehandelns, in Form von Nicht-Erfüllung von bewohnerorientierten Ansprüchen, sondern auch der damit verbundene Kontext wird sichtbar. Das Handeln der Pflegefachkräfte kann somit differenzierter betrachtet werden. Beispielsweise wird sichtbar, dass Pflegende trotz des Einflusses von ökonomischen Denk- und Handlungsmaximen ihrem Handeln hohe berufliche Ideale zugrunde legen. Auch werden die Grenzen von Zufriedenheitsbefragungen und Standardisierungen sehr deutlich. Besonders hervorzuheben ist die Erkenntnis bezüglich der hohen Verantwortung der einzelnen Pflegefachkräfte. Sie entscheiden über die Verteilung der Zeitressourcen. Es ist als Herausforderung zu sehen, die Grenzen beruflicher Pflege zu justieren und das Pflegehandeln an der individuellen Lebenswelt der Bewohner zu orientieren. Der vertiefte Blick auf die Situation beruflich Pflegender im Setting Pflegeheim kann von Pflegenden als Grundlage für Eigenreflexionen dienen. Auch berufliche und gesellschaftliche Akteure können durch die aufgezeigten Spannungsfelder sensibilisiert werden. Zum Beispiel können die Ergebnisse als berufspolitische Argumentationshilfe zur Steigerung der Attraktivität und gegen berufliche Abwanderung genutzt werden. Diskussionen unter Berücksichtigung der erweiterten Perspektive und der neuen Erkenntnisse können einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der Rahmenbedingungen und der Gestaltung des pflegerischen Handelns leisten.

Auch für weitere Forschungsvorhaben ergeben sich auf der Basis dieser Arbeit vielfältige Anknüpfungspunkte. Es besteht die Möglichkeit, die dargelegten Ergebnisse zum einen weiter zu verifizieren und zum anderen durch neue Untersuchungen zu erweitern. Mit Hilfe von quantitativen Forschungsmethoden können die vorliegenden Ergebnisse überprüft werden. Durch die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden können die sichtbar gewordenen Handlungsstrukturen und deren Zusammenhänge noch genauer erforscht werden. Beispielsweise kann untersucht werden, wovon die Wahl der genutzten Handlungsstrategien abhängig ist. Da pflegerische Tätigkeiten im Setting Pflegeheim nicht nur von Pflegefachkräften erbracht werden, erscheint es sinnvoll, die Ergebnisse im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zu betrachten. Wird die Situation und das Handeln von Pflegehelfern und Betreuungskräften ohne Ausbildung beleuchtet, lassen sich beispielsweise Rückschlüsse auf die Auswirkungen von Qualifizierungsmaßnahmen und Verantwortungsbereichen auf die Wahrnehmung von Pflegesituationen und das berufliche Han-

deln ziehen. Darüber hinaus können Vergleiche mit anderen Settings hilfreiche Informationen generieren. Durch die Betrachtung der Bereiche Krankenhaus und ambulante Pflege können Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Bezug auf pflegerische Herausforderungen und Handlungsreaktionen das Bild pflegerischen Handelns ergänzen.

8 Literaturverzeichnis

Abaz, S. (2017): *Betreuung von Demenzkranken in Altenheimen. Segregative, Semi-Segregative und Integrative Betreuung*. Hamburg: disserta Verlag.

Abt-Zegelin, A. / de Jong, A. (2015): *Brauchen wir Priorisierung?* In: *Die Schwester Der Pfleger*. 54 (4). 74-77.

Aichele, V. (2014): *Grundlagen und Ziele der sozialen Pflegeversicherung*. In: Gaertner, T. et al. (Hrsg.) (2014): *Die Pflegeversicherung: Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. 3. Aufl. Berlin: De Gruyter. 29-35.

Altmann, S. (2014): *Der letzte Umzug: Der Weg ins Altersheim für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen*. Hamburg: disserta Verlag.

AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse) (2016): *Errichtung von Pflegekammern in den einzelnen Bundesländern*. Im Internet: <http://www.aok-verlag.info/de/news/Errichtung-von-Pflegekammern-in-den-einzelnen-Bundeslaendern/28/> (Stand: 15.02.2017).

Arndt, M. B. (2007): *Ethik denken - Maßstäbe zum Handeln in der Pflege*. 2. Aufl. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag.

Balzer, K. / Meyer, G. / Köpke, S. (2014): *Was ist evidenzbasierte Pflege(-praxis)?* In: *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. Berlin: De Gruyter: 45-61.

Baumgärtel, F. / Al-Abtah, J. (2015): *I care. Band 3. Pflege*. Stuttgart: Thieme.

Behr, A. / Meyer, R. / Kuhlmeier, A. (2014): *Lebensqualität und Gesundheit - Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern - eine qualitative Studie*. In: *Pflege*. 27(6). 369-380.

Behrens, J. (2006): *Das Wichtigste sind Verantwortungsübernahme und Respekt*. In: *Die Schwester Der Pfleger*. 45 (6). 68-171.

Behrens, J. (2012): *EBN ist eine Haltung: Evidence-Basierung in Gesundheitsförderung und Krankenversorgung*. In: *Psych. Pflege heute*. 18 (2). 87-89.

Behrens, J. / Langer, G. (2010a): *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3. Aufl. Bern: Hans Huber.

Behrens, J. / Langer, G. (Hrsg.) (2010b): *Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis*. Bern: Hans Huber.

Behrens, J. / Langer, G. (2010c): *Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft*. 3. Aufl. Bern: Huber.

Behrens, J. / Langer, G. (2016): *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 4. Aufl. Hogrefe: Bern.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2010): *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2017): *Hintergrundmeldung. Altenpflegeausbildung. Weiterentwicklung der Pflegeberufe*. Im Internet: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/altenpflegeausbildung/weiterentwicklung-pflegeberufe/weiterentwicklung-der-pflegeberufe/77264?view=DEFAULT> (Stand 28.02.2017).

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018a): *Neue Pflegegrade seit 2017*. Im Internet: <https://www.pflegestaerkungsgesetz.de/finanzielle-leistungen/neue-pflegegrade-seit-2017/>(Stand 03.05.2018).

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018b): *Pflegeberufegesetz*. Im Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegeberufegesetz.html> (Stand 21.08.2018)

Benner, P. (1994): *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

Bockenheimer-Lucius, G. / Dansou, R. / Sauer, T. (2012): *Ethikkomitee im Altenpflegeheim: Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.

Böhme, H. (2002): *Bundeseinheitliches Altenpflegegesetz*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 41 (3). 240-244.

Bollinger, H. (1999): *Die Akademisierung der Pflege. Teil I*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 38 (4). 340-342.

Borchart, D. / Galatsch, M. / Dichter, M. / Schmidt, S.G. / Hasselhorn, H.M. (2011): *Warum Pflegende ihre Einrichtung verlassen. Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie*. Im Internet: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1> (Stand: 08.11.2011).

Bortz, J. / Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4. Aufl. Heidelberg: Springer Verlag.

Boschert, S. (2010): *100 Tipps für eine zeitgemäße Altenpflege*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.

Brandenburg, H. / Dorschner, S. (Hrsg.) (2003): *Pflegewissenschaft 1. Lehr und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Braun, B. / Klinke, S. / Müller, R. / Rosenbrock, R. (2011): *Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus: Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008*. Universität Bremen, Forschungszentrum Nachhaltigkeit. Bremen (artec-paper 173). Im Internet: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-375444> [Stand 12.10.2017].

Breimaier, H. / Halfens, R. / Lohrmann, C. (2011): *Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria*. In: *Journal of Clinical Nursing*. 20 (11-12). 1744-1756.

Breuckmann, M. (2014): *Professionalisierung der Pflege - Weiterentwicklung der Pflegeberufe*. In: Gaertner, T. et al. (Hrsg.) (2014): *Die Pflegeversicherung: Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. 3. Aufl. Berlin: De Gruyter. 501-506.

Brown, J. (2006): *Chancen und Grenzen segregativer Betreuung Demenzkranker*. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

Brüggemann, J. (2015): *Viel Licht, aber auch Schatten in der Pflegeversorgung*. In: *mdk forum* Heft 1/2015. Im Internet: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/MDK_Forum/MDK-Forum_Schnipsel/Heft_1-2015_-_Thema_Versorgungsqualitaet_in_der_Pflege_-_Viel_Licht_aber_auch_Schatten_in_der_Pflegeversorgung.pdf [Stand 13.10.2017].

Brüsemeister, T. (2008): *Qualitative Forschung. Ein Überblick*. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Budroni, H. (2013): *Männer pflegen anders*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 52(12). 1190-1193.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2005): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund, Berlin, Dresden: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH. Im Internet: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Schriftenreihe/Uebersetzungen/Ue15.pdf?_blob=publicationFile&v=6 (Stand:11.01.2018).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2014): *Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Abschlussbericht*. Berlin, Witten. Im Internet: https://www.einstep.de/fileadmin/content/documents/Abschlussbericht_und_Anlagen_fin20140415_sicher.pdf (Stand 10.01.2018).

Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe (2012): *Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes*. Im Internet: <https://www.bmfsfj.de/blob/77280/4dfe6afe4f76e0f29465b62548531fe8/eckpunkte-pflegeberufegesetz-data.pdf> (Stand 28.02.2017).

Burns, N. / Grove, S.K. (2005): *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Elsevier.

Buxel, H. (2011a): *Wie Pflegenden am Arbeitsplatz zufriedener werden*. In: *Die Schwester Der Pfleger*. 50 (5). 426-430.

Buxel, H. (2011b): *Was Pflegenden unzufrieden macht*. In: *Deutsches Ärzteblatt*. 108 (17). 946-948.

Champion, V.L. / Leach, A. (1989): *Variables related to research utilization*. In: *nursing an empirical investigation*. *Journal of Advanced Nursing*. 14(9). 705-710.

Charlier, S. (Hrsg.) (2007): *Soziale Gerontologie: Altenpflege professionell*. Stuttgart: Thieme.

Christov, V. (2016): *Gemeinschaft und Schweigen im Pflegeheim: Eine ethnologische Annäherung*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Colaizzi, P.F. (1978): *Psychological Research as the Phenomenologist Views It*. In: Valle, R.S. / King, M. (Eds.): *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology*. New York: Oxford University Press. 48-71.

Conrad, J. / Krauss, A. (2008): *Es herrscht großer Wissensdurst – Fortbildungsverhalten von Mitarbeitern in der stationären Krankenpflege*. In: *Pflegezeitschrift*. 61. 166-169.

Corti, C.A. (2006): *Zeitproblematik bei Martin Heidegger und Augustinus*. Würzburg: Königshaus und Neumann.

Dasch, B. / Blum, K. / Gude, P. / Bausewein, C. (2015): *Sterbeorte. Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts: Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011*. In: *Deutsches Ärzteblatt*. 112 (29-30): 496-504.

DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2016): *Zehn Jahre Pflege-Charta*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 55 (12). 57.

DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2017a): *Informationen zum aktuellen Stand der Pflegeberufe*. Im Internet: <http://www.dbfk.de/manifest/der-hintergrund/> (Stand 05.03.2018).

DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2017b): *Die Bedeutung professioneller Pflege*. Im Internet: <https://www.dbfk.de/de/themen/Bedeutung-professioneller-Pflege.php> (Stand 09.10.2017).

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2009): *Positionspapier. Es geht voran: neuer Pflegeberuf kommt!* Im Internet: http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/2009_12_12_DBR_Ein_neuer_Pflegeberuf_kommt.pdf (Stand 21.08.2018)

DBVA (Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.) (2016): *Stellungnahme Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufsgesetz)*. Im Internet: [http://www.dbva.de/docs/stellungnahmen/Stellungnahme_zum_Entwurf_eines_Gesetzes_zur_Reform_der_Pflegeberufe_%20\(Pflegeberufereformgesetz-PfIBRefG\).pdf](http://www.dbva.de/docs/stellungnahmen/Stellungnahme_zum_Entwurf_eines_Gesetzes_zur_Reform_der_Pflegeberufe_%20(Pflegeberufereformgesetz-PfIBRefG).pdf) (Stand 28.02.2017).

Deutscher Pflegerat e.V. (2004): *Rahmen - Berufsordnung für professionell Pflegende*. Berlin. Im Internet: <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/Rahmenberufsordnung.pdf> [Stand 29.01.2017].

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung on der Pflege) (Hrsg.) (2010): *Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege*. Osnabrück.

Dörge, C. (2009a): *Professionelles Pflegehandeln im Alltag*. In: *Pflegewissenschaft*. 11 (6). 325-336.

Dörge, C. (2009b): *Professionelles Pflegehandeln im Alltag. Vision oder Wirklichkeit?* Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Döring, N. / Bortz, J. (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. Aufl. Heidelberg: Springer.

Dorschner, S. / Meussling-Sentpali, A. / Schaefer, I. (2009): *Wir tun unser Bestes ..." - Pflegeprozess und Pflegequalität im subjektiven Erleben beruflich Pflegender*. In: Stemmer, R. (Hrsg.): *Qualität in der Pflege - trotz knapper Ressourcen*. Hannover. Schlütersche Verlagsgesellschaft: 29-55.

Drerup, E. (1993): *Modelle der Krankenpflege. Materialien zur Krankenpflegeausbildung. Band 1*. 2. Aufl. Freiburg: Lambertus.

Dreyer, M. / Nahles, A. / Barley, K. (2017): *Aktionsprogramm zur Aufwertung sozialer Berufe*. Im Internet: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Dashboard/Botschaften/Aktionsprogramm_zur_Aufwertung_sozialer_Berufe.pdf [Stand: 09.11. 2017].

Dreyfus, H. L. / Dreyfus S. E. (1987): *Künstliche Intelligenz, von den Grenzen der Denkmaschine und dem Wert der Intuition*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Dunn, V. / Crichton, N. / Roe, B. (1998): *Using research for practice: a UK experience of the BARRIERS Scale*. In: *Adv Nurs* 1998; 27. 1203-1210.

Edward, K.L. (2006): *A Theoretical Discussion about the Clinical Value of Phenomenology for Nurses*. In: *Holistic Nursing Practice*. 20(5). 235-238.

Eggert, F. (2015): *Krankenpflege - eine Profession aus reiner Nächstenliebe?* In: *Heilberufe*. 67 (3). 60-62.

Fawcett, J. (1999): *Spezifische Theorien der Pflege im Überblick*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Flick, U. (2011): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 4. Aufl. Hamburg: Rowohlt.

Fröschl, M. (2000): *Gesund-Sein. Integrative Gesund-Seins-Förderung als Ansatz für Pflege, Soziale Arbeit und Medizin*. Stuttgart: Lucius und Lucius.

Gaidys, U. (2016): *Generalistik braucht Spezialisierung*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 55 (8). 93.

Gerber, H. (2014): *Transparenz der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen*. In: Gaertner, T. et al. (Hrsg.) (2014): *Die Pflegeversicherung: Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. 3. Aufl. Berlin: De Gruyter: 311-318.

GKV-Spitzenverband (2016): *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR)*. Im Internet: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare

/richtlinien_und_grundsätze_zur_qualitäts-sicherung/qpr_2016/20161004_Pflege-QPR_genehmigt.pdf [Stand 05.09.17].

Gossner, J. (1839): *Der seligste Genuss des Christen am Tische seines Herrn*. Ein Communion-Buch. Düsseldorf: Rettungs-Anstalt.

Greenhalgh, T. (2003): *Einführung in die Evidence-based Medicine. Kritische Beurteilung klinischer Studien als Basis einer rationalen Medizin*. 2. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Greiner, T. (2016): *Halbes Jahr Pflegekammer: Geglückte Startphase?* In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 55 (8). 25.

Hanns, S. / Langer, G. (2003): *Evidence-based Nursing*. In: *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*. 2 (1). 1-11. Im Internet: https://www.medizin.unihalle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflgewissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/Halle-PfleGe-02-01.pdf [15.01.2017]

Hasselhorn, H. M. / Müller, B. H. (2005): *Arbeitsbelastung und -beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa - Ergebnisse der NEXT-Studie*. In: Badura, B. / Schellschmidt, H. / Vetter, C. (Hrsg.) (2005): *Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 21-50.

Heiber, A. (2016): *Das SGB XI - Beratungshandbuch*. 3. Aufl. Hannover: Vincenz Network.

Heil, J. / Zimmermann, B. (2016): *Medizinethik als Ethik der Pflege. Auf dem Weg zu einem klinischen Pragmatismus*. Berlin, Boston: Walter De Gruyter.

Hein, B. (2015): *Krankenpflegehilfe, Altenpflegehilfe. Lehrbuch für die Pflegeassistenz*. 3. Aufl. München: Urban & Fischer.

Helfferrich, C. (2004): *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Herzig-Walch, G. (2009): *Kommunikation in der Pflege: ein Ansatz zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonal*. Kassel: University Press.

Hiemetzberger, M. / Messner, I. / Dorfmeister, M. (2010): *Berufsethik und Berufskunde: ein Lehrbuch für Pflegeberufe*. 2. Aufl. Wien: Facultas.

Heuwinkel-Otter, A. / Nümann-Dulke, A. / Matscheko, N. (Hrsg.) (2006): *Menschen pflegen. Band 1. Pflegeprinzipien*. Heidelberg: Springer.

Höfert, R. (2015): *Von starker Pflege noch weit entfernt*. In: *Heilberufe*. 67 (7-8): 65.

Hornung, J. (2014): *Pflegekräftefluktuation: Mitarbeiterbindung beginnt am ersten Tag*. In: *Heilberufe*. 66 (1). 20-21.

Huhn, S. (2015): *Gute Gründe für mehr Wissenschaftlichkeit*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 54 (9). 18-21.

Husserl, E. (2002): *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie*. 6. Aufl., Nachdr. der 2. Aufl. v. 1922. Tübingen: Niemeyer.

ICN (International Council of Nurses) (2012): *ICN-Ethikkodex für Pflegende*. Im Internet: https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/Arbeitshilfe/Modul_5/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK_.pdf (Stand: 09.02.2017).

ICN (International Council of Nurses) (2017): *Who We Are*. Im Internet: <http://www.icn.ch/who-we-are/who-we-are/> (Stand: 09.02.2017).

Isfort, M. / Weidner, F. et al. (2010): *Pflege-Thermometer 2009*. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Im Internet: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf [Stand 12.10.2017].

Isfort, M. (2011): *Professionelles Pflegehandeln*. In: Menche, N. (Hrsg.): *Pflege Heute*. 6. Aufl. München: Urban Fischer Verlag: 19-40.

Isfort, M. (2014): *Professionelles Pflegehandeln*. In: Menche, N. (Hrsg.): *Pflege Heute*. 6. Aufl. München: Urban Fischer Verlag. 19-40.

Isofort, M. (2017): *Bedrohliche Personalsituation in Bayern*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 56 (4). 5.

Junk, A. (2007): *Organisation der Pflegearbeit. Arbeitsbedingungen, Belastungsfaktoren und Reformbedarf in der stationären Altenpflege*. Im Internet: https://www.db-thueringen.de/servlets/MCRFileNodeServlet/dbt_derivate_00014159/junk.pdf (Stand: 13.04.2016).

Kaltenegger, J. (2010): *Qualitative Studie. Lebensqualität im Pflegeheim*. In: *Die Schwester Der Pfleger*. 49 (3). 280-284.

Kaltenegger, J. (2016): *Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen fördern: Konzepte und Methoden für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

Kämmer, K. (2015a): *Schattentage - Ethisch reflektierte Qualitätsentwicklung in der Pflegepraxis*. In: Kämmer, K. (Hrsg.) (2015): *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern, wirtschaftlich lenken*. 6. Aufl. Hannover: Schlütersche. 99-101.

Kämmer, K. (2015b): *Pflegesysteme und Pflegeorganisationsformen*. In: Kämmer, K. (Hrsg.) (2015): *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern, wirtschaftlich lenken*. 6. Aufl. Hannover: Schlütersche. 102-145.

Kämmer, K. (2015c): *Externe Qualitätssicherung*. In: Kämmer, K. (Hrsg.) (2015): *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern, wirtschaftlich lenken*. 6. Aufl. Hannover: Schlütersche. 411-419.

Kelle, U. / Niggemann, C. (2002): *„Weil ich doch vor zwei Jahren schon einmal verhört worden bin ...“ - Methodische Probleme bei der Befragung von Heimbewohnern*. In: Motel-

Klingebiel, A. / Kelle, U. (Hrsg.): *Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie*. Wiesbaden. Springer. 99-132.

Kellnhauser, E. (2007): *Was ist Pflege? Berufsordnung für professionell Pflegende*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 46 (5). 464-468.

Kellnhauser, E. (2016a): *Der Gründungsprozess der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz: Vorgehensweise, Registrierung der Mitglieder & Wahl der Vertreterversammlung*. Hannover: Schlütersche.

Kellnhauser, E. (2016b): *Berufsordnung für professionell Pflegende*. Im Internet: http://www.alk-bawue.de/documents/events/tagung_12_06/E.%20Kellnhauser.pdf (Stand 11.02.2017).

Kellnhauser, E. (2017): *Brauchen wir eine Bundespflegekammer?* In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 56 (1): 24.

Kelm, R. (2008): *Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege*. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Kersting, K. (2016a): *Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Kersting, K. (2016b): *Was ist Coolout?* Im Internet: <https://opac.hs-lu.de/repository/DOC000001/B00207512.pdf> (Stand 05.03.2018).

Kersting, K. (2017): *Fachlicher Anspruch vs. Praxisrealität. Wie Pflegende die unwürdigen Bedingungen im Arbeitsalltag aushalten*. In: *Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*. 42 (3). 26-28.

Kleiner, G. (2017): *Arbeitsorganisation - alterns- und gendergerecht*. In: *Heilberufe*. 69 (7-8): 16-18.

Klie, T. / Kraemer, U. (Hrsg.) (2009): *Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar*. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Knoepffler, N. / Burmeister, C. (2014): *Der Pflegende im Spannungsfeld von Berufsethos und Eigeninteresse*. In: Gaertner, T. et al. (Hrsg.) (2014): *Die Pflegeversicherung: Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. 3. Aufl. Berlin: De Gruyter. 513-524.

Koch-Straube, U. (1997): *Fremde Welt Pflegeheim: eine ethnologische Studie*. Bern, Göttingen Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.

Kolain, G. / Zapp, J. (2006): *Altenpflege - Altenpflege als Beruf. Lernfelder 4.1, 4.2, 4.3, 4.4*. Troisdorf. Bildungsverlag EINS.

Koob, D. (2008): *Sachen gibt's ...?! Ein Survival-Kit für angehende Phänomenologinnen und Phänomenologen*. In: *Forum Qualitative Sozialforschung*. 9 (2). Im Internet: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0802202> (Stand 31.12.2017).

Köpke S. et al. (2012): *Effect of a Guideline-based Multi-Component Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes. A Randomized Controlled Trial.* JAMA 307: 2177-2184.

Köpke S. / Koch, F. / Behncke, A. / Balzer, K. (2013): *Einstellungen Pflegender in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis.* In: *Pflege.* 26 (3). 163-75.

Köther, I. (Hrsg.) (2011): *Altenpflege.* 3. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Köther, I. / Gnamm E. (Hrsg.) (1995): *Altenpflege in Ausbildung und Praxis.* 3. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Kreimer, R. (2004): *Altenpflege: menschlich, modern und kreativ: Grundlagen und Modelle einer zeitgemäßen Prävention, Pflege und Rehabilitation.* Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Kreutzer, S. (2005): *Vom "Liebesdienst" zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945.* Frankfurt, New York: Campus.

Kristel, K.H. (2011): *Generalistische Pflegeausbildung. Proletarisierung statt Professionalisierung.* In: *Die Schwester / Der Pfleger.* 50 (1). 90-92.

Krohwinkel, M. (1993): *Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitativer Prozesspflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 16) Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.

Krohwinkel, M. (2008): *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System.* 3. Aufl. Bern: Hans Huber.

Krohwinkel, M. (2013): *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis.* Bern: Hans Huber.

Kuhn, A. (2016): *Die Errichtung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz: Der fehlende Baustein zur Professionalisierung?* Wiesbaden: Springer.

Kühn, C. / Heumer, M. (2010): *Die Entstehung und Entwicklung der Altenpflegeausbildung. Historische Rekonstruktion des Zeitraums 1950 bis 1994 in Nordrhein-Westfalen.* Hamburg: Diplomica.

Lademann, J. / Isfort, M. (2014): *Pflege als Beruf und Profession.* In: Menche, N. (Hrsg.): *Pflege Heute.* 6. Aufl. München: Urban Fischer Verlag. 19-40.

Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch.* 4. Aufl. Weinheim: Beltz.

Lauber, A. (Hrsg.) (2012): *Grundlagen beruflicher Pflege. Verstehen und Pflegen 1.* 3. Aufl. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Laumann, K.-J. (2014): *Pflegenoten gescheitert - mehr Transparenz für Verbraucher schaffen. Positionspapier des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung Staatssekretär Karl-Josef Laumann.* Im Internet: https://www.patientenbeauftragter.de/images/dokumente_version1/Positionspapier_Pflegenoten_a.pdf [Stand 19.10.17].

Lauxen, O. (2009): *Moralische Probleme in der ambulanten Pflege - Eine deskriptive pflegeethische Untersuchung*. In: *Pflege*. 22 (6): 421-430.

Lay, R. (2004): *Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Hannover: Schlütersche.

Lay, R. (2012): *Ethik in der Pflege: Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. 2. Aufl. Hannover: Schlütersche.

Lay, R. (2015): *Ethik und professionelle Pflege*. In: Kämmer, K. (Hrsg.) (2015): *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern, wirtschaftlich lenken*. 6. Aufl. Hannover: Schlütersche. 66-99.

Lewis, S.L. / Prowant, B.F. / Cooper, C.L. / Bonner, P.N. (1998): Nephrology nurses' perceptions of barriers and facilitators to using research in practice. In: *ANNAJ*. 25. 397-405.

Löser, A. P. (2008): *Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege. Leicht und sicher selbst erstellen*. 3. aktual. Aufl. Hannover: Schlütersche.

Lutz, T. (2014): *Personalmangel in der Pflege: Entgegenwirken durch Personalmarketing*. Hamburg: Diplomica Verlag.

Lücke, S. (2014): *Pflegekammer - Historische Chance*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 53 (4). 328-331.

Lücke, S. (2017): *Am Anschlag*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 56 (4). 12-17.

Lücke, S. / Kersting, K. (2017): *Gemeinsam einen kritischen Blick entwickeln*. In: *Die Schwester Der Pfleger*. 56 (17). 16-19.

Marriner-Tomey, A. (1992): *Pflege-theoretikerinnen und ihr Werk*. Basel. Recom Verlag.

Matolycz, E. (2013): *Fallverstehen in der Pflege von alten Menschen*. Wien: Springer Verlag.

Mayer, H. (2001): *Pflegeforschung: Elemente und Basiswissen*. 2. Aufl. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Mayer, H. (2011): *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. 3. Aufl. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Mayer, H. / Lehmann, Y. (2014): *Pflegewissenschaft*. In: Menche, N. (Hrsg.): *Pflege Heute*. 6. Aufl. München: Urban Fischer Verlag: 82-108.

Mayer, H. / Selinger, Y. (2011): *Pflegewissenschaft*. In: Menche, N. (Hrsg.): *Pflege Heute*. 5. Aufl. München: Urban Fischer Verlag: 77-103.

Mayring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.) (Hrsg.) (2009): *Qualitätsprüfungs-Richtlinien. MDK-Anleitung. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege*. Im Internet: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_

formulare/transparenzvereinbarungen/2010-02-16_stat_Screen_neu_11981.pdf (Stand: 20.12.16).

MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.) (2014): *4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS. "Qualität in der ambulanten und stationären Pflege" nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege.* Im Internet: http://mdk.de/media/pdf/MDS_Vierter_Pflege_Qualitaetsbericht.pdf.pdf. (Stand 05.09.2017).

Menker, K. / Waterboer, C. (Hrsg.) (2006): *Pflegetheorie und -praxis*. 2. Aufl. München: Urban & Fischer.

Mesaall, A. / Löscher, D. / Rorbach, C. (Hrsg.) (2013): *Fachpflege. Neonatologische und Pädiatrische Intensivpflege*. 2. Aufl. München: Urban & Fischer.

Meurer, B. (2017): *Brauchen wir eine Bundespflegekammer?* In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 56 (1). 25.

Meyer, G. / Teigeler, B. (2015): *Es gibt keine Alternative: evidence-based Nursing.* In: *Die Schwester Der Pfleger*. 54 (9). 12-16.

Meyer, S. / Fischer, M. G. (Hrsg.) (2010): *Gesundheit und Wirtschaftswachstum: Recht, Ökonomie und Ethik als Innovationsmotoren für die Medizin.* Heidelberg, Berlin: Springer-Verlag.

Michalke, C. (2001): *Altenpflege konkret. Pflegetheorie und Pflegepraxis*. München: Urban & Fischer.

Millich, N. (2016): *Wir brauchen die hochschulische Erstausbildung.* Station24. Im Internet: <https://www.station24.de/web/guest/bildung/-/content/detail/21639568;jsessionid=FF43AF7475295D820B76F468E065B61B.hXrW0Z> (Stand 08.03.2017).

Mischke, C. et al. (2015): *Eintritt ins Pflegeheim: Das Erleben der Entscheidung aus der Perspektive der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner.* In: *QuPuG. Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft*. 2(1). 72-81.

Misoch, S. (2015): *Qualitative Interviews*. Oldenbourg: De Gruyter.

Moritz, S. (2013). *Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen Schriften zum Sozialrecht*. Band 29. Nomos-Verlag, pp. 253.

Morse, J.M. / Field, P.A. (1998): *Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co.

Müller, H. (2015): *Arbeitsorganisation in der Altenpflege: Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung*. 5. Aufl. Hannover: Schlütersche.

Neitzke, G. (2011): *Ethische Konflikte im Klinikalltag - Ergebnisse einer empirischen Studie.* In: Stutzki, R. / Ohnsorge, K. / Reiter-Theil, S. (Hrsg.): *Ethikkonsultation heute - vom Modell zur Praxis*. Wien. Lit-Verlag: 59-80.

Neumann, P. / Klewer, J. (2008): *Pflegepersonalfluktuation und Mitarbeiterorientierung in der Pflege: Eine Untersuchung in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen*. In: *Heilberufe SCIENCE*. Nr. 1. 13-17.

Oelke, U. (2008): *In guten Händen. Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*. 3. Berlin: Cornelsen.

Planer, K. (2012): *Fördernde Prozesspflege - ist sie noch zeitgemäß?* In: *neue caritas* 9/2012, Im Internet: <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2012/artikel/foerdernde-prozesspflege-ist-sie-noch-ze> (Stand: 20.12.16).

Polit, D.F. / Beck, C.T. / Hungler, B.P. (2004): *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Przyborski, A. / Wohlrab-Sahr, M. (2014): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4. Aufl. München: Oldenbourg.

Quernheim, G. (2009): *Spielend anleiten und beraten. Hilfen zur praktischen Pflegeausbildung*. 3. Aufl. München: Urban & Fischer.

Rehbock, T. (2000): *Braucht die Pflege eine Ethik?* In: *Pflege*. 13 (5). 280-289.

Reibnitz, C. (Hrsg.) (2015): *Case Management: praktisch und effizient*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.

Reif, K. (2008): *Evidence-based nursing (EBN)*. In: Bäumer, R. / Maiwald, A. (Hrsg.): *Thiemes onkologische Pflege*. Stuttgart [u.a.]: Thieme. 48-51.

Rieckmann, S. / Zenker, R. (2007): *Planung im Mittelpunkt*. In: *Altenpflege Extra*. 32(6). E13-E14.

Riedel, A. (2012): *Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung im professionellen Pflegehandeln realisieren*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. *Ethik Med* (2013) 25: 1-4. Im Internet: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00481-012-0236-2.pdf> (Stand 01.09.2017).

Rinsche, A. K. (2015): *Erfolgreich ausgebildet - und dann? Pflege-Azubis 2015*. In: *Heilberufe*. 67 (7-8): 63.

Roes, M. (2014): *Fachlich, übersichtlich, praxistauglich*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 53 (7). 694-697.

Rüsing, D. (2016): *Guter Rat muss nicht teuer sein. Der Wissensschatz in der Pflege wächst unaufhörlich*. In: *pflegen: Demenz*. 38 (1. Quartal). 4-7.

Salzberger, G. (2006): *Umgang mit existentiellen Erfahrungen*. In: Berger, G. / Kämmer, K. / Zimber, A. (Hrsg.): *Erfolgsfaktor Gesundheit. Handbuch zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Teil 2. Pflegemanagement und Selbstliebe*. Hannover: Vincentz Network. 162-173.

Scharfenberg, E. (2016): *Was beschäftigt Pflegekräfte?* Online-Umfrage 2016. Im Internet: http://www.elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/ErgebnissederUmfrage_

WasbeschaeftigtPflegekraefte.pdf [Stand 28.08.20017].

Schewior-Popp, S. / Sitzmann, F. / Ullrich, L. (Hrsg.) (2012): *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*. 12. Aufl. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Schilling, T. (2003): *Das Professionelle des Nicht-Professionellen*. In: Caritasverband Magdeburg (Hrsg.) (2003): *Altenpflege im Dialog - ein Werkheft*. Hannover: Schlütersche: 55-74.

Schlürmann, B. (2014): *Pflegestufenmanagement: Mit gezieltem Controlling zum geplanten Umsatz*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Schmidt, J. (1998): *Beruf: Schwester: Mutterhausdiakonie im 19. Jahrhundert*. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.

Schneekloth, U. / Wahl, H.-W. (2005): *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten, Ergebnisse der Studie (MuG III)*. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Im Internet: <https://www.bmfsfj.de/blob/79306/eac099e1655fa73eb5866d5b33b7e998/selbststaendigke-im-alter-kurzfassung-data.pdf> (Stand: 02.02.17)

Schneeweiss, S. (2008): *Einführung*. In: Schneider, H. (Hrsg.) (2008): *EBN - Evidence-based Nursing*. Wien: Fakultas. 9-24.

Schnell, M.W. (Hrsg.) (2005): *Ethik der Interpersonalität. Die Zuwendung zum anderen Menschen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Schnepp, W. / Budroni, H. (2010): *Die Entdeckung der Angehörigen*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 49 (3). 218-221.

Schönborn, A. (2007): *Fachlichkeit in der Altenpflege. Eine Tätigkeitsanalyse unter dem Aspekt der Professionalisierungsdebatte aus berufssoziologischer Sicht*. Duisburg-Essen: Verlag Dr. Kovač.

Schönborn, A. (2007): *Fachlichkeit in der Altenpflege. Eine Tätigkeitsanalyse unter dem Aspekt der Professionalisierungsdebatte aus berufssoziologischer Sicht*. Duisburg-Essen: Verlag Dr. Kovač.

Schoppmann, S. / Pohlmann, M. (2000): *Erkenntnistheoretische Überlegungen zur phänomenologischen Pflegeforschung*. In: *Pflege*. 13 (6). 361-366.

Schulz, M. (2014): *Mehr Zeit für die Pflege. Dokumentation endlich verschlankt*. In: *Heilberufe*. 66 (4): 66-67.

Schützendorf, E. (2010): *Wer pflegt, muss sich pflegen. Belastungen in der Altenpflege meistern*. 2. Aufl. Wien, New York: Springer.

Schwegler, F. / Großgarten, K. (2014): *Leistungen der sozialen Pflegeversicherung*. In: Gaertner, T. et al. (Hrsg.) (2014): *Die Pflegeversicherung: Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. 3. Aufl. Berlin: De Gruyter. 111-124.

Schwenk, M. (2016): *Eine Ausbildung, drei Abschlüsse*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 55 (8). 90-92.

Schwinger, A. (2016): *Die Pflegekammer: Eine Interessenvertretung für die Pflege?* In: Jacobs, K. / Schwinger, A. / Klauber, J. / Greß, S. / Kuhlmeier, A. (Hrsg.) (2016): *Pflege-Report 2016: Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart: Schattauer. 109-125.

Seidler, E. (1993): *Geschichte der Medizin und Krankenpflege*. 6. Aufl. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Selinger, Y. (2014): *Pflegewissenschaft*. In: Menche, N. (Hrsg.): *Pflege Heute*. 6. Aufl. München: Urban Fischer Verlag. 77-103.

Simon, M. / Tackenberg, P. / Hasselhorn, H.-M. / Kümmerling, A. / Büscher, A. / Müller, B.H. (2005): *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Im Internet: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1> (Stand: 8.11.2011).

Skibicki, M. (2016): *Kommentar. Pflegekammer Niedersachsen: Woher kommt der Widerstand?* Station24. Im Internet: <https://www.station24.de/web/guest/pflege-allgemein/-/content/detail/18004498>(Stand 16.02.2017).

Slotala, L. (2011): *Ökonomisierung der ambulanten Pflege: Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Spichiger, E. / Kesselring, A. / Spirig, R. / De Geest, S. (2006): *Professionelle Pflege - Entwicklung und Inhalte einer Definition*. In: *Pflege* 19 (1). 45-51.

Spichiger, E. / Prakke, H. (2003): *Interpretierende Phänomenologie: Eine qualitative Forschungsmethode für die Pflege*. In: *Pflege*. 16 (3). 128-134.

Springer Medizin (2017): *Aktionsprogramm zur Aufwertung sozialer Berufe*. In *Heilberufe*. 69 (10): 59.

Staack, S. (2017): *Milieutherapie: ein Konzept zur Betreuung demenziell Erkrankter*. 3. Aufl. Hannover: Vincentz Network.

Statistisches Bundesamt (2010): *Demografischer Wandel in Deutschland - Heft 2 - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige - 2010*. Im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige.htm> (Stand 23.05.2017).

Statistisches Bundesamt (2011a): *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime*. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102099004.pdf?__blob=publicationFile (Stand 23.05.2017).

Statistisches Bundesamt (2011b): *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich - Pflegebedürftige*. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002099004.pdf?__blob=publicationFile (Stand 23.05.2017).

Statistisches Bundesamt (2016): *Sterbetafel 2013/2015. Methoden- und Ergebnisbericht zur laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer*. Wiesbaden. Im Internet:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/PeriodensterbetafelErlaeuterung5126203157004.pdf?__blob=publicationFile (Stand 09.06.2017).

Statistisches Bundesamt (2017a): *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegeheime.* Im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Laender/Pflegeheime.html> (Stand 23.05.2017).

Statistisches Bundesamt (2017b): *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich - Pflegebedürftige*. Im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Laender/Pflegebeduerftige.html> (Stand 23.05.2017).

Statistisches Bundesamt (2017c): *Pflegestatistik veröffentlicht. Dringender Handlungsbedarf*. In: *Heilberufe*. 69 (3): 66.

Statistisches Bundesamt (2017d): *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 02.02.2017).

Stemmer, R. (2003): *Pflegetheorien und Pflegeklassifikationen*. In: *Pflege & Gesellschaft*. 8 (2). 51-58.

Stöcker, G. (2002): *Bildung und Pflege. Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung*. Hannover: Schlütersche.

Stöcker, G. (2003): *Wie innovativ ist das neue Krankenpflegegesetz?* In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 42 (8). 618-624.

Strübing, J. (2013): *Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung für Studierende*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Süß, M. (2014): *Pflegetheorien und Bewertung des Hilfebedarfs*. In: *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. Berlin: De Gruyter. 35-45.

Techtmann, G. (2015): *Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen. Zusammenfassender Forschungsbericht*. Im Internet: http://www.altersinstitut.de/files/altersinstitut_analyse_verweildauer_download_ck.pdf [Stand 23.06.2017].

Teigeler, B. (2015): *Wir müssen die Pflegepraxis akademisieren. Interview mit Prof. Dr. Frank Weidner*. In: *Die Schwester / Der Pfleger* 54 (03). 92-93.

Teigeler, B. (2016a): *Wir stellen uns der Diskussion. Interview mit Sandra Postel*. In: *Die Schwester Der Pfleger*. 55 (10). 50-52.

Teigeler, B. (2016b): *5. Pflegemanagement-Kongress. Zwischen Ethik und Monetik: Pflege muss sich positionieren*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 55 (11): 6.

Teigeler, B. (2017): *Eine neue Form der Unerträglichkeit*. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 56 (4): 20-23.

Veit, A. (2004): *Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Warmbrunn, A. / Stöhr, M./ Trumpetter, N. (2006): *Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen. Werkstattbücher zu Pflege heute. Themenbereich 10: Analyse und Vorschläge für den Unterricht*. München: Urban & Fischer.

Weidner, F. (2014): *Die Pflegekammer kommt! Ja, warum denn nicht?* In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 53 (4). 324-327.

Weigert, J. (2010): *100 Tipps für die Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Pflege*. 2. Aufl. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.

Wettreck, R. (2001): *„Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik*. Münster, Hamburg, London: Lit Verlag.

Wiederhold, D. (2012): *Definitionen der nephrologischen Fachpflege*. In: *Spektrum der Dialyse und Apherese*. 02 (9). 34-37.

Wiederhold, D. (2014a): *Chancen der Verbreitung neuen Pflegewissens*. In: *Dialyse aktuell*. 18 (5). 248-249.

Wiederhold, D. (2014b): *Journal-Club Pflege: Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals. Einflussfaktor auf die Mortalität in europäischen Krankenhäusern*. In: *Dialyse aktuell*. 18 (9): 460.

Wiese, U.E. (2005): *Rechtliche Qualitätsvorgaben in der stationären Altenpflege. Leitfaden durch den Gesetzesdschungel*. München, Jena: Urban & Fischer.

Wieteck, P. (2016): *Pflegepersonal. Sachverständigeneinschätzung*. Ausschussdrucksache. Im Internet: https://www.bundestag.de/blob/482792/9b75a614f406cb1546ce3e6bfb2e871c/18_14_0221-5-_gute-arbeit---gute-versorgung_esve-wieteck-data.pdf [Stand 12.10.2017].

Winter, M. H.-J. (2008): *Pflegeheime auf dem Weg zu Institutionen des Sterbens?* In: *GGW*. 8 (4). 15-22. Im Internet: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs2_1008.pdf [Stand 09.06.2017].

Wissenschaftsrat (Hrsg.) (2012): *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Im Internet: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (Stand: 09.03.2017).

Wojnar, D.M. / Swanson, K.M. (2007): *Phenomenology - An Exploration*. In: *Journal of Holistic Nursing*. 25(3). 172-180.

Zenneck, H.-U. (2008): *THIEMEs Altenpflege in Lernfeldern: Schnell finden - schnell lesen - schnell verstehen*. Stuttgart: Thieme.

9 Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden

Einstieg:

- Frau/Herr ... wie erleben Sie Ihre tägliche Arbeit als Pflegefachkraft im Pflegeheim?

Weitere Fragen:

- Können Sie mir bitte Ihren typischen Arbeitsalltag beschreiben?
- Wie erleben Sie die anfallenden Aufgaben?
- Gibt es besondere Herausforderungen in Ihrer täglichen Arbeit?
- Wie gehen Sie mit diesen Herausforderungen um?
- Was verstehen Sie unter „guter Pflege“?
- Was gibt Ihnen Orientierung beziehungsweise wonach richten Sie ihr Handeln aus?
- Was beeinflusst Ihr Handeln?
- Wie erleben Sie den Alltag der Bewohner?

Interviewabschluss:

- Gibt es noch Dinge, die Ihnen wichtig sind, die noch nicht angesprochen wurden?

Haben Sie vielen Dank für die Bereitschaft, mit mir über Ihren beruflichen Alltag zu sprechen.

Anhang B: Anschreiben zur Validierung durch die Teilnehmer

Bitte um Rückmeldung zu den bisherigen Forschungsergebnissen zum Thema „Das Erleben des beruflichen Handelns von Pflegefachkräften im Setting Pflegeheim“

Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,

vor einiger Zeit habe ich mit Ihnen ein Interview durchgeführt, in dem Sie gebeten wurden, darüber zu sprechen, wie Sie Ihr berufliches Handeln als Pflegefachkraft in einer stationären Pflegeeinrichtung erleben.

Haben Sie dafür nochmals vielen herzlichen Dank! Durch Ihre Mitarbeit konnte das Thema eingehend untersucht werden. Die wesentlichsten Ergebnisse dieser Studie wurden nun in einer Beschreibung zusammengefasst und liegen diesem Schreiben bei.

Um zu überprüfen, inwieweit diese Beschreibung auch das damalige Erleben Ihrer beruflichen Situation widerspiegelt, möchte ich Sie herzlichst bitten, zunächst den angefügten Text zu lesen und mir anschließend Ihre Meinung diesbezüglich mitzuteilen. Dazu würde ich gerne mit Ihnen einen Gesprächstermin vereinbaren, um die am Ende dieses Schreibens aufgeführten Fragen mit Ihnen zu besprechen. Die Dauer des Gespräches schätze ich auf ca. 15 Minuten. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mich beim Abschließen der Studie unterstützen würden.

Mit freundlichen Grüßen und vielen Dank im Voraus!

Sandra Althaus

Fragen zur Beurteilung der Studienergebnisse:

- Konnten Sie sich in der Beschreibung, wie Pflegende ihre berufliche Handlungssituation im Pflegeheim erleben, wiederfinden?
- Wurde Ihre Situation in dem Text ausreichend beschrieben?
- Gibt es Dinge, die Ihrem Erleben nicht entsprechen oder die fehlen?

Anhang C: Ergänzende Interviewzitate

- E1 „Wichtig ist eben, dass am Bewohner alles erledigt ist, dass der gelagert wurde zum Beispiel, wäre fatal, wenn jetzt die Bewohner nicht rechtzeitig gelagert worden wären.“ (I 8, 213-215)
- E2 „Die Essenszeiten, soll alles eingehalten werden, sonst würden wir den ganzen Tag zwar machen was wir wollen, aber es wäre halt auch nicht alles erledigt und wir wollen ja alles erledigen, was im Frühdienst zum Beispiel gemacht werden muss.“ (I 8, 195-198)
- E3 „Nur das kann man eben dem nächsten Dienst nicht hinterlassen, dass da irgendwelche Fehler aufgetreten sind oder ein Manko, dass die das wieder vernachlässigen, das Wichtigste ist schon der Bewohner, dass es erledigt wurde.“ (I 8, 215-218)
- E4 „Ich pflege so, wie ich später selbst mal gepflegt werden möchte.“ (I 12, 332)
- E5 „[...] also ich stelle es mir immer wieder so vor, wenn meine Eltern soweit wären [...].“ (I 4, 49-50)
- E6 „Weil die Ansprüche auch höher werden [...].“ (I 4, 48)
- E7 „[...] so wie ich's denke, dass es schön wäre, wenn es irgendwer dann auch mit meinen Eltern so macht und nicht nur das Nötigste.“ (I 4, 51-52)
- E8 „[...] das alles [...: Anm. d. Verf.] zu schaffen und vielleicht noch ein bisschen mehr.“ (I 4, 35)
- E9 „In meinen Augen ist es eine verlängernde Maßnahme [...]. Es kommt immer wieder auf das Krankheitsbild drauf an und auf das Alter. Und was die Ärzte noch sagen, ist noch eine Chance da. Gewinne ich noch etwas dadurch, wenn jetzt noch eine Magensonde gelegt wird. Wird er wieder in seinen Zustand, wie er früher war, wiederkommen oder nicht oder bleibt er im Bett, nimmt nichts mehr wahr.“ (I 17, 385-390)
- E10 „Und wenn es eben gar nicht mehr [geht: Anm. d. Verf.] / Wenn es sich krankheitsmäßig irgendwie so rapide der AZ [Allgemeinzustand: Anm. d. Verf.] sich verschlechtert hat, diese Begleitung dann durchzuführen, also dass ist für mich auch ein ganz hohes Ziel, weil, wenn man in so einem Altenpflegehaus arbeitet, ist dieser Werdegang ja da.“ (I 10, 25-28)
- E11 „Das ist ja ein Wachstum, also so eine Entwicklung, und auch für mich persönlich ist es jetzt so, dass ich weiß, dass ich wünsche, das hat für mich oberste Priorität, also wie ich's verantworten kann, dass ich immer und immer auch versuche, die Wünsche der Bewohner zu respektieren. Wo ich vielleicht vor 7, 8 Jahren noch gesagt hätte, das kann man doch nicht machen, das ist nicht zu verantworten, das kann ich heute verantworten. Also wenn zum Beispiel jemand vor 7-8 Jahren Mittagsschlaf und ich weiß genau es tut dem Bewohner gut, da hätte ich damals noch mit allen Mitteln versucht, den Bewohner dahin zu bringen, dass der sich mittags hinlegt. Wenn

der mir heute sagt, er möchte das nicht, auch wenn ich weiß, dass es nicht ok ist, dass es ihm eigentlich nicht gut tut, aber er versteht das jetzt in diesem Moment nicht, dann lasse ich ihn einfach. Also das ist schon so, man kann da schon mehr annehmen. [...] Als junger Mensch ist man noch geradliniger, man macht so seine Erfahrungen. Aber ich respektiere einfach die Wünsche der Bewohner.“ (I 3, 150-164)

E12 „Dass man erstmal fachlich gut geschult ist und das auch umgesetzt wird. Das ist egal, ob Pflegekraft oder Pflegefachkraft. Das jeder nach seinem besten Wissen und Gewissen auch arbeitet. Und das auch nach Wunsch des Bewohners. Nicht nur das, was wir gelernt haben, sondern nach Wunsch des Bewohners. Das macht für mich gute Pflege aus.“ (I 3, 114-118)

E13 „Ja, für mich ist eigentlich wichtig, dass die Bewohner gut versorgt sind. Dass man auf jeden auch irgendwo eingehen kann, dass man jeden in seiner Persönlichkeit auch beachten kann [...] So diese ganzen Vorgaben das muss natürlich auch erledigt werden, das macht man auch.“ (I 9, 122-132)

E14 „Und heutzutage wird das wirklich erstmal, auch wenn es der Staat vom Sozialamt zahlt, versucht nur so lange mit dem Pflegedienst abzudecken, wie es geht, mit dem sozialen Pflegedienst, ambulanten Pflegedienst und dann kommen sie erst zu uns, wenn es dann das schon mit den sozial Pflegen nicht mehr geht.“ (I 5, 253-256)

E15 „Weil die Leute, die stürzen, das wissen sie selber von den Zusammenhängen im Krankenhaus, die Fürsorge ist eingeschaltet, ein Bett Kurzzeitpflege und dann, ja wie geht jetzt die Situation zu Hause weiter? Kann die Pflege übernommen werden, kann sie nicht übernommen werden [...]“ (I 10, 427-430)

E16 „[...] und durch unglücklichen Umstand hatte sie Oberschenkelhalsbruch und sie konnte sich nicht mehr bewegen. Und die Angehörigen konnten sie zu Hause nicht mehr versorgen, weil sie oben alleine in der Wohnung wohnte und musste dann halt in die vollstationäre Pflege übergeleitet werden.“ (I 6, 223-227)

E17 „Weil die Leute, die stürzen, das wissen sie selber von den Zusammenhängen im Krankenhaus [...]“ (I 10, 427-428)

E18 „Gerade, weil viele vom Krankenhaus gleich hier ins Heim kommen, nicht noch mal zu Hause vorbei gucken konnten oder so.“ (I 20, 431-433)

E19 „Jeder arbeitet auch, die Kinder müssen auch, wie wir jetzt arbeiten müssen, müssen vielleicht unsere Kinder später auch arbeiten, dass sie dann sagen, ich kann aber leider nicht.“ (I 9, 354-356)

E20 „Ja, weil ich weiß, dass meine Kinder mich nicht pflegen würden. [...] Wer weiß, wo es die beruflich hinträgt, also ich würde mich nicht auf meine Kinder verlassen.“ (I 21, 257-261)

E21 „Man weiß ja auch nicht selber, was man später für Krankheiten bekommt. Vielleicht werde ich auch mal richtig Demenzkrank und mache den Herd zu

- Hause an [...]“ (I 9, 351-353)
- E22 „Mit einer Pflegesituation, wo der Patient dann oder der Angehörige vielleicht noch ein Stück selbst bestimmen kann durch seine geistigen Fähigkeiten, das kann man wahrscheinlich immer noch zu Hause auch abdecken, aber sobald dann eben Demenz ins Spiel kommt, habe ich so den Eindruck, dass da eben viele zu Hause auch sagen, nein, das geht jetzt nicht mehr. Ist ja auch schwierig.“ (I 11, 202-207)
- E23 „In manchen Fällen evtl., aber gut aus der Erfahrung, ich stehe da immer zwischen Baum und Borke, ich vergleiche es immer mit meinen Eltern. Es gibt ja, wie gesagt, haben sie einen hoch dementen Menschen zu Hause, würde ich zu Hause nicht pflegen wollen [...] und da ist ein Pflegeheim ideal.“ (I 12, 703-706)
- E24 „[...] es sind viele, die bringen ihre Mutter oder Vater oder Tante erst, wenn sie so die Pflegestufe 3 haben oder wenn es nicht mehr zu Hause geht.“ (I 17, 695-697)
- E25 „Wenn man jetzt so einen Dementen hat und machen zu Hause irgendwas an oder müssen mal kurz alleine bleiben, man hat ja auch mal was zu erledigen, man muss ihn jedes Mal mitnehmen. Ich weiß nicht, ob das so machbar ist zu Hause alles. Müsste man abwägen wahrscheinlich.“ (I 19, 298-301)
- E26 „Generell, wenn man andere fragt, sagen die immer, ins Heim will ich eigentlich nicht wirklich.“ (I 5, 314)
- E27 „Ich glaube, keiner will ins Pflegeheim oder. Keiner will unbedingt, dass er juhu ich will ins Pflegeheim, aber es kommt ja auch immer auf die Situation an. [...] Man möchte sicher zu Hause im Umfeld bleiben, aber ob das so realisierbar ist, weiß man nicht.“ (I 9, 350-358)
- E28 „Wer möchte gern ins Pflegeheim? Wahrscheinlich die wenigsten.“ (I 16, 571)
- E29 „Aber mein Papa, der will das auch nicht.“ (I 17, 800)
- E30 „Und das [der Pflegebedarf der Bewohner: Anm. d. Verf.] hat sich in den Jahren verändert.“ (I 7, 298)
- E31 „[...] das Klientel, die Bewohner waren damals, war eben anders.“ (I 13, 23)
- E32 „Nicht so, das war vielleicht vor was weiß ich 15 Jahren oder so, noch mal ein Unterschied als wie / Ich bin jetzt erst seit sechs Jahren in der Pflege, aber man sieht es auch schon [...]“ (I 15, 142-144)
- E33 „Da hatte ich vor vier Jahren, wo ich gekommen bin, waren eigentlich noch mehr Leute, Bewohner, die selbstständig waren und wo man morgens vielleicht nicht unbedingt reingucken musste ins Zimmer, die sich dann selber gewaschen und angezogen haben [...]“ (I 5, 34-37)
- E34 „Das ist ja aber im Vergleich zu früher [...] Nur das halt die Aufnahmefähigkeit von den Bewohnern noch ganz anders war.“ (I 7, 379-380)

- E35 „[...] es konnte auch noch viel gemacht werden. Die [Heimbewohner: Anm. d. Verf.] haben auch in der Küche mit angefasst, haben Kartoffeln geschält, haben nach dem Mittagessen mit aufgewaschen [...].“ (I 13, 24-26)
- E36 „[...] dann hatten wir mal einen Schlaganfallpatienten oder wir hatten mal jemanden mit Arthrose [...].“ (I 13, 824-825)
- E37 „[...] [früher: Anm. d. Verf.] hatten wir auch noch ein paar Bewohner, die fit sind, also die auch noch ein bisschen selbstständiger waren, als sie ins Pflegeheim gekommen sind.“ (I 15, 114-116)
- E38 „Weil sie wirklich in dem Stadium meist kommen, wo sie dann schon schlecht sind, im Allgemeinzustand zum Teil und dann nicht lange bleiben.“ (I 5, 249-250)
- E39 „Nein, die sind dann drei Jahre oder manchmal noch kürzer, je nachdem, was sie für Diagnosen haben.“ (I 15, 150-151)
- E40 „Viel schwerere Fälle als wie vor ein paar Jahren.“ (I 16, 174)
- E41 „[...] obwohl es auch Ausnahmefälle gibt, wo man dann sagen kann, die haben vielleicht noch ein paar oder viele Jahre die sie bei uns sind.“ (I 5, 257-258)
- E42 „[...] heutzutage muss in jedes Zimmer rein. Und fast jeden eigentlich jeden von Kopf bis Fuß waschen oder zumindest dazu anleiten, dass derjenige das macht. (I 5, 37-38)
Generell Pflegefälle werden in den letzten Jahren anspruchsvoller als es noch vielleicht vor vier Jahren war, wo ich hier angefangen habe.“ (I 5, 22-23)
- E43 „Und heut ist 1/3 bei uns im Wohnbereich vielleicht noch selbstständig, alles andere sind schwerst bis schwere Pflegefälle.“ (I 7, 296-298)
- E44 „[...] wir haben auch eben jetzt auch viele Pflegebedürftige, die jetzt auch bei uns ins Haus kommen mit Pflegestufe 2 und 3.“ (I 13, 28-29)
- E45 „[...] viele die wir hier haben auf Station, sind entweder sehr dement oder sind körperlich in einem sehr schlechten Zustand, also krankheitsmäßig durch irgendwelche Diagnosen, die sie halt haben.“ (I 16, 170-172)
- E46 „Das [der Pflegebedarf der Bewohner: Anm. d. Verf.] ist halt wesentlich mehr geworden.“ (I 5, 34)
- E47 „[...] Demenz hat zugenommen im Vergleich zu dem Anfang als ich hier angefangen habe.“ (I 7, 290)
- E48 „Die Demenz nimmt auch zunehmend zu.“ (I 13, 29)
- E49 „Und dann halt Demenz, das nimmt ja auch immer weiter zu.“ (I 15, 127-128)

- E50 „Bei ihr ist es eigentlich ganz angenehm, dass man sich mit ihr noch „normal“ unterhalten kann. Also auch über aktuelle Dinge, die man dann eben 1-2 Tage später auch noch abfragen kann, die sie noch weiß. Was ja nun bei 80% unserer Bewohner nicht der Fall ist.“ (I 11, 177-179)
- E51 „Und was man auch sieht ist, demente Bewohner, sind körperlich eigentlich noch fit und die körperlich sehr angeschlagen sind, die sind meistens vom Kopf her noch klar. Also das ist jetzt oft, dass wir das haben.“ (I 13, 828-830)
- E52 „Ich habe vor 13 Jahren hier angefangen, da hatten wir noch mehr Bewohner mit denen man mal ein normales Wort reden konnte. Jetzt haben wir deutlich weniger.“ (I 16, 172-174)
- E53 „Wenn ich halt mehr Pflegefälle habe, die hierherkommen, die müssen gelagert werden und alles. Wenn die halt sich nicht mehr selbstständig nicht mal Essen reichen oder sich selber nicht mehr, dann wird es auch fürs Personal noch anstrengender.“ (I 15, 152-155)
- E54 „Jetzt im Altenheim und jetzt ist alles Schluss und jetzt bin ich hier und das ist mein Ende. Und meine schöne Wohnung und so.“ (I 21, 246-247)
- E55 „Gerade, weil viele vom Krankenhaus gleich hier ins Heim kommen, nicht noch mal zu Hause vorbei gucken konnten oder so. Um die Leute erst mal hier zu integrieren, denen so ein bisschen die Angst nehmen vorm Heim oder wie auch immer.“ (I 20, 431-434)
- E56 „Das ist eine ganz schwierige Phase und da ist diese Anfangsphase, dieses Eingewöhnen in den Alltag sehr schwierig.“ (I 10, 414-415)
- E57 „[...] teils auch das Nachfragen, ich gehe doch am Montag wieder weg. Am Montag bin ich doch wieder zu Hause.“ (I 10, 418 – 419)
- E58 „Ich habe schon eine Bewohnerin gehabt, die ich aufgenommen habe, der ihr erster Satz war, ich bin hier nur zur Kurzzeitpflege und meine Schwiegertochter, die will mich loswerden zu Hause, also das ist auch manchmal [...]“ (I 13, 536-538)
- E59 „Ja, vielleicht manchmal so ein bisschen eine traurige Stimmung bei denen die halt neu kommen. [...] Ich meine, manche freuen sich, dass sie hier sind und manche wiederum wären doch gerne wieder zu Hause.“ (I 19, 198-202)
- E60 „Ja, also viele sind erstmal ganz schön zurückhaltend, sage ich mal so, die jetzt vom Krankenhaus gleich ins Heim kommen. Aber auch eher so die Schwerkranken oder so, wo die Demenz schon ein bisschen weiter fortgeschritten ist, die sind eben da ziemlich ruhig und zurückhaltend.“ (I 20, 436-439)
- E61 „Weil viele wollen sich dann auch in ihren privaten Bereich zurückziehen, weil sie eben sagen, ‚das sind ja hier alles Idioten‘, also ich kann ja hier gar kein vernünftiges Wort mehr reden. Also so drastisch äußern das auch manche. Oder wenn zum Beispiel eine Bewohnerin den ganzen Morgen

- singt, so lalala.“ (I 11, 214-217)
- E62 „Die [orientierten Bewohner: Anm. d. Verf.] wollen nicht, dass die [demenziell erkrankten Bewohner: Anm. d. Verf.] da in der Nähe sitzen.“ (I 16, 297-298)
- E63 „Zum Beispiel die Pflegestufe 1. Ja, kommen ins Altenpflegeheim und brauchen eben nur Teilhilfe. Die meinen dann aber auch teils, jetzt bin ich hier im Altenpflegeheim, ich habe bezahlt und jetzt muss ich aber rund um die Uhr betreut werden.“ (I 10, 589-592)
- E64 „[...] ansonsten sieht man immer zu, dass man die meisten Bewohner, da legen viele Bewohner auch Wert, um 8 Uhr am Frühstückstisch hat.“ (I 11, 16-17)
- E65 „Und da sind manchmal die Leute früh schon um 8, sitzen sie und warten, wann es endlich Frühstück gibt. [...] Ja, da kann es auch mal viertel neun werden, ehe es dann so richtig losgeht.“ (I 20, 23-27)
- E66 „Wenn wir jetzt vom Frühstück, auch vom Spritzen her, muss man auch pünktlich sein. Die Tabletten, die Bewohner warten ja auch vorne. Die gucken dann ja schon selber auf die Uhr.“ (I 17, 54-56)
- E67 „Oh, heute kommen sie erst so spät! Waren sie schon bei Frau [Name einer Bewohnerin] Aber ich wollte doch zuerst, also das ist schon.“ (I 11, 38-39)
- E68 „So diese Erfüllung auch und können manchmal selbst nicht, obwohl sie selber Hilfe brauchen, akzeptieren, dass der andere Hilfe braucht. Das ist ein ganz schwieriges Kapitel. [...] Ich kann das noch, da muss der das auch können [...].“ (I 10, 575-582)
- E69 „Die verstehen auch nicht, warum ein Bewohner das eben nicht mehr kann.“ (I 16, 301-302)
- E70 „Es gibt immer solche und solche. Manche sind sehr zufrieden, auch so wie es ist.“ (I 15, 539-540)
- E71 „Ja, vielleicht wenn eine, jetzt sagen wir mal, zu viel Wert auf dass das Bett eben gleich gemacht wird oder dass sie jetzt pünktlich um 7 aufsteht oder so ja, da kommt jetzt nicht unbedingt immer, dass sie schimpfen oder sich aufregen oder so, sondern sie warten halt dann bis \.“ (I 20, 88-91)
- E72 „[...] und dann sagen sie [die Bewohner: Anm. d. Verf.], ‚ja, ich weiß ja, sie haben keine Zeit‘.“ (I 13, 77)
- E73 „Es möchte keiner warten [...].“ (I 16, 91)
- E74 „[...] ich will mal sagen, von unseren 30 Leuten sind vielleicht 1 oder 2 dabei, jetzt hier auf der Etage, die jetzt sagen wir mal, auf alles genau bestehen.“ (I 20, 83-85)

- E75 „Sie hat das noch nicht so richtig akzeptiert, dass sie eben nicht mehr so richtig kann. Wo sie schon jahrelang den Schlaganfall hat und ihre Seite nicht mehr so gut bewegen kann, aber sie schafft es auch nicht, von sich aus, damit so richtig umzugehen. Das ist oft bei Schlaganfallpatienten so, dass sie das nicht akzeptieren [...].“ (I 8, 149-152)
- E76 „Sie lehnt jegliches Essen ab. [...] Ein Löffel geht 4 oder 5mal raus unter Abwehr.“ (I 10, 148-154)
- E77 „Es war eine innere Abwehr von ihr da [...].“ (I 10, 717)
- E78 „Hat ihre Schwester nicht mit Freude empfangen, gleich mit Vorwürfen.“ (I 8, 186-187)
- E79 „Die Neurologin war noch mit einbezogen auch. Selbst da war nichts Stimmungsaufhellendes zu erreichen.“ (I 10, 711-713)
- E80 „Also früh um 6 fangen wir an mit der Übergabe, dann schwärmen wir aus zum Waschen. Also die Heimbewohner werden frisch gemacht, angezogen, in den Speiseraum gefahren. Das ist meistens eine sehr hektische Zeit, da wir ja alle größtenteils bis um 8 fertig haben müssen. Das finde ich immer sehr, sehr hektisch. Wenn was dazwischenkommt, da ist es immer ein bisschen heftig. Und dann gibt es Frühstück ja und dann reichen wir Essen. Danach machen wir unser Frühstück nach Möglichkeit. Manchmal auch nicht möglich, je nachdem. Dann werden Arzttelefonate geführt oder Tabletten gestellt, je nachdem, was es für ein Wochentag ist. Dann gibt es schon wieder fast Mittagessen um 11:00 Uhr. Bis dahin ist meist, wenn ich jetzt an den Tag von gestern denke, ist es meistens eine sehr heftige Schicht, weil zum Beispiel den Montag kommen halt viele Rückfragen, telefonische Anrufe oder das ist immer sehr, sehr heftig. [...] Ja dann gibt es Mittagessen, dann ist wieder die Lagerungsrunde. Dann werden, ein bestimmter Heimbewohner wird dann in den Rollstuhl gesetzt, das ist sehr aufwendig, diesen Mann in den Rollstuhl zu setzen, das macht die Fachkraft. Ja dann ist Übergabezeit, drei viertel zwei und dann habe ich Zeit noch das ganze vom Tag in die Berichte einzutragen. Das wird meistens dann auch länger, wie meine eigentliche Arbeitszeit ist. Gestern war es dann schon über eine Stunde dann länger, weil es gar nicht zu schaffen ist in der Zeit. Ja, das ist so die Frühschicht.“ (I 14, 4-25)
- E81 „Also, dadurch, dass ich Fachkraft bin, fange ich um halb 7 an. Komme zur Übergabe wo der Nachtdienst dann eben berichtet, was in der Nacht vorgefallen ist. Dauert ungefähr viertel Stunde, zwanzig Minuten und dann muss man sich schon sputen, weil im Anbau doch relativ viele Heimbewohner sind. Wir haben mehr als alle anderen, wir haben 20 und die wollen ja zum Frühstück hauptsächlich fast alle zum Frühstück gehen. Da fängt die Pflege an, dann wie gesagt, kommen die Spritzen und was man alles so tut. Dann kommt das Frühstück. Dann teilt man noch gewisse Sachen aus und macht auch weiterhin noch ein bisschen Pflege, was man vorher nicht geschafft hat. Ja, das zieht sich so über den Vormittag. Dann bringt man die Bewohner zu irgendwelchen Veranstaltungen in den Saal oder was anderes. Und dann kommt bald schon das Mittagessen. So und als Schwester kann es auch schon mal passieren, dass man über zwei Ebenen mal hüpf, weil als einzige

Fachkraft, muss man dann im Erdgeschoss noch spritzen und Medikamente austeilen. Ja, so geht der Tag eigentlich relativ zügig um, sage ich mal so.“ (I 21, 4-16)

E82 „Wir haben uns so ein, ja das ist so ein Schema, wir haben uns eigentlich so eine Zeit angewöhnt, wo wir dann durchgehen und dann allen Liegern, noch mal Flüssigkeit reichen.“ (I 7, 87-88)

E83 „Ja, das ist schon so eine Art Plan. Der Ablauf der Arbeit ist schon irgendwo geplant so ein bisschen. [...] ein Ablaufplan des Dienstes [...] Da gibt es Kalender, da gibt es Outlook, wo Termine abgearbeitet werden [...]“ (I 8, 192-199)

E84 „Also ich habe dann immer einen Plan.“ (I 13, 54)

E85 „6:00 Uhr beginnt der Dienst, dann treffen die Kollegen ein und es beginnt mit einer Dienstübergabe. Die dauert ca. eine Viertelstunde und 6:30 Uhr und in der Zeit werden dann noch die Tropfen gestellt für die Morgenmedizin, BTM-Pflaster bereitgelegt alles was dazugehört was vorbereitet werden muss. Die anderen Medikamente werden vom Nachtdienst gestellt und 6:30 Uhr fangen wir an mit der Grundpflege. [...] die Leute waschen, Duschbad, Pflegebad, Betten machen [...]. Da haben wir zu tun bis ca. 7:45 bis 8:00 Uhr. [...] Dann gegen 8:00 Uhr, dann gehe ich, ich gehe eigentlich dann schon los 7:30 Uhr und muss Medikamente austeilen oder teile Medikamente aus. [...] Nachdem ich die Medikamente ausgeteilt habe im Wohnbereich oder im Speisesaal [...]. Dann geht das Austeilen des Frühstücks los [...] anschließend mit Mahlzeiten reichen, bei den schwer Bettlägerigen werden die Speisen vollständig gereicht. Die Bewohner werden zum Essen hingestellt, anschließend wieder gelagert. [...] Geschirr abräumen [...] bis [...] ca. 8:45 Uhr bis 9:00 Uhr. [...] So um 9:00 Uhr ist dann für die ersten zwei Mitarbeiter Frühstückspause und 9:30 Uhr gehen die anderen beiden in die Frühstückspause. In dieser Zeit von 9:30 Uhr wird dann weiter gewaschen, Verbände gemacht. Um 10:00 Uhr gibt es das zweite Frühstück wieder, mit Lagerungswechsel und Gabe von Flüssigkeit, Zwischenmahlzeiten reichen für Diabetiker und für Mangelernährte und das nimmt ungefähr eine Zeit ein von 10:30 Uhr bis 10:45 Uhr. Ich rede jetzt insgesamt für die gesamten Pflegekräfte ja, die das zu tun haben. Ich falle da ja auch mit drunter. Und um 9:30 Uhr oder sagen wir mal ab 10:00 Uhr gehe ich dann selber in das Dienstzimmer und fange dann an, wenn Medikamentenbestellungen anliegen, Kontakte mit den Ärzten, mit Therapeuten. Ja diese Telefonate werden dann getätigt, Verbandswechsel wie gesagt, mache ich dann schon von 9:30 Uhr bis 9:45 Uhr, 10:00 Uhr in der Richtung. [...] mit diesem Bestellsystem und was da alles so anliegt, habe ich oftmals bis um 11:00 Uhr, 11:15 Uhr zu tun. Aber um 10:45 Uhr gehen dann schon wieder die anderen Pflegemitarbeiter auf den Wohnbereich, da wird wieder Grundpflege gemacht, das heißt, sie werden wieder frisch gemacht, zum Mittagessen [...] gelagert [...]. So dann nach 11:00 Uhr gehe ich persönlich dann los, wieder die Diabetiker spritzen [...]. Diabetiker spritzen, Blutzucker entnehmen, das sind so Kleinigkeiten, was man eigentlich jetzt früh gar nicht mehr so macht, automatisch und die Medikamente wieder austeilen fürs Mittagessen. Mittagessen im Wohnbereich beginnt 11:30 Uhr [...]. Die einzelnen Bewohner kriegen wieder die Speisen angereicht [...] und ich selber gehe dann 11:45 Uhr noch mal in den

Speisesaal und teile dann da die Medikamente für den Wohnbereich aus. So Mittagessen für die Bewohner geht ca. bis 12:30 Uhr so ca. 12:30 Uhr, 12:45 Uhr. Dann gehen wir oder ich ins Dienstzimmer und dann gehen die Schreibarbeiten, Dokumentationen los. Vieles was an Dokumentationen abuarbeiten ist, versuche ich dann schon morgens in der Zeit von 10:00 bis 11:00 Uhr vielleicht schon abuarbeiten, was man eben schafft. So und wie gesagt von 12:30 Uhr bis 13:15 Uhr erledigen wir, was Schreibarbeiten sind und um 13:15 Uhr kommt der Spätdienst, da liegt die Dienstübergabe an, ja, so im Schnitt ist der Frühdienst. (I 12, 2-47)

- E86 „Machen wir unten auf dem Wohnbereich, dann gehen meistens 1 Pflegekraft die 3 Stunden Dienst hat, also die quasi nur morgens da ist, geht dann schon nach Hause.“ (I 11, 55-57)
- E87 „[...] das sind auch die Arbeitszeiten von den Pflegehelfern. Da gehen manche Arbeitszeiten nur bis um 9 oder bis halb 11 und da muss man sehen, dass man bis um 8.00 Uhr möglichst viel fertig hat. Ich kenne es jetzt „[...] von anderen Heimen, wo ich früher gearbeitet habe, da hatte man mehr Zeit [...].“ (I 14, 31)
- E88 „[...] die andere Arbeit steht noch an, die planmäßig dran ist [...] Dann müssen die Papiere fertig gemacht werden. Dann weiß man nicht, jemand muss bei dem Bewohner stehen bleiben, wenn es dem schlecht geht.“ (I 7, 165-168)
- E89 „Und es darf nichts dazwischenkommen, sobald was dazwischenkommt, ein Ereignis, Arzt, Notdienst wie auch immer, Bewohner kommt, muss ins Krankenhaus oder kommt aus dem Krankenhaus, dann gerät dieses ganze Konstrukt schon wieder in Bedrängnis.“ (I 11, 346- 349)
- E90 „Ist ein Notfall zwischendurch, klar bleibt alles, was für mich eigentlich ist, erstmal liegen [...].“ (I 12, 47-48)
- E91 „Wenn was dazwischenkommt, da ist es immer ein bisschen heftig.“ (I 14, 7-8)
- E92 „Um was Schriftliches zu arbeiten, habe ich eigentlich keine Ruhe, weil entweder klingelt das Telefon oder das Handy in meiner Tasche oder es steht einer vor dem Fenster und will auf die Toilette. Also ich kann eigentlich meine Arbeit nicht richtig beenden, weil dann schon wieder das Nächste anliegt.“ (I 16, 21-24)
- E93 „Es gibt auch Zeiten, dann essen sie nicht, machen sie den Mund nicht auf, kann man davor stehen und mit Engelszungen reden, ‘machen sie doch mal bitte den Mund auf’ und da ist. [...] Manche trinken dann schlecht, da steht man da, für einen Becher 200 ml braucht man dann eine viertel Stunde [...].“ (I 13, 411-423)
- E94 „Aber die [Bewohner mit demenzieller Erkrankung: Anm. d. Verf.] können natürlich uns früh ein bisschen so vom Zeitfaktor her, mal ein bisschen so durcheinander bringen. [...] Das ist eben das, was manchmal früh uns aufhält. Man kann dann die Leute auch nicht alleine lassen und da muss man

- halt dabeibleiben.“ (I 20, 40-47)
- E95 „Das wird dann schon so geregelt, dass die, die munter sind, die ersten sind, die früh aufstehen. Die haben sich schon ein bisschen daran gewöhnt. Die warten dann schon früh, dass die Tür aufgeht und ein ‚Guten Morgen‘ kommt. Da haben sie sich schon dran orientiert.“ (I 8, 64-66)
- E96 „Ich kenne es jetzt von anderen Heimen, wo ich früher gearbeitet habe, da hatte man mehr Zeit und das finde ich jetzt sehr heftig. [...] Da musste ich nicht um 8:00 Uhr früh fertig sein, das ist [...], was ich jetzt als negativ empfinde.“ (I 14, 30-133)
- E97 „Es gibt welche, die legen Wert, dass sie pünktlich um 7:00 Uhr aufstehen. Da muss man halt sehen, dass man da ein bisschen von der Zeit her das einhält.“ (I 20, 12-13)
- E98 „Daher würden sie vielleicht trotzdem mal sagen, ich möchte früh mal ein bisschen länger liegen bleiben, aber da ist schon wieder der Hintergedanke, ach es gibt aber doch dann das Frühstück. Wobei ich immer sage, das Frühstück gibt es auch um halb oder um 9:00 Uhr noch. [...] alleine frühstücken, das wollen sie dann auch nicht. Wir haben zwar einen Herrn oben, der ja 8:30 Uhr erst aufsteht, der sitzt dann natürlich alleine [...]. Das ist für den nicht so schlimm.“ (I 20, 280-286)
- E99 „Also die Zeit, die hängt uns doch manchmal ganz schön im Nacken [...].“ (I 13, 428-485)
- E100 „Also man muss schon viel auf die Uhr gucken, das war früher nicht so.“ (I 17, 358-359)
- E101 „So, dann so gegen halb drei, kommt auch drauf an, wie man auch vom Frühdienst aus im Rennen liegen, es gibt immer mal Verzögerungen, dann machen wir halt um 14:10 Uhr die Übergabe. Das wir sagen um Punkt 14:00 Uhr geht nie. [...] Ja, im Rennen liegen heißt für mich immer, ich gucke schon auf die Zeit, auf die Uhr, dass ich schon so um 13:00 Uhr anfangen, um 14:00 Uhr muss ich ja mit allem Drum und Dran fertig sein schon mal. Das heißt halt, die Bewohner müssen gelagert werden. Sie müssen am Kaffeetisch sitzen, die noch aufstehen. Dann muss schon mal der Kaffee ausgeteilt sein, so dass die Kollegin kommt und dass wir Übergabe machen können. Da guckt man schon auf die Uhr.“ (I 17, 35-44)
- E102 „Weil jeder Tag, jede Minute ist so wechselhaft und anders [...] weil dadurch, dass man ständig unterbrechen muss, weil sie wieder irgendwo welche Leute sitzen sieht oder wegrennt. Dann geht man hinterher und man hat dann als Fachkraft immer den Zeitdruck im Nacken. Und das finde ich schon relativ schwierig.“ (I 21, 35-39)
- E103 „Alle anderen ballen sich eben im Prinzip zwischen 6:00 Uhr und 8:00 Uhr. Das ist schon eine harte Nummer, muss man sagen.“ (I 11, 28-29)
- E104 „Also früh um 6:00 Uhr fangen wir an mit der Übergabe, dann schwärmen wir aus zum Waschen. Also die Heimbewohner werden frisch gemacht, an-

- gezogen, in den Speiseraum gefahren. Das ist meistens eine sehr hektische Zeit, da wir ja alle größtenteils bis um 8.00 Uhr fertig haben müssen. Das finde ich immer sehr, sehr hektisch.“ (I 14, 4-7)
- E105 „Na ja und dann ist man hier und dann geht es auch schon gleich richtig los. [...] Aber ansonsten ist eben früh die Stunde eigentlich so, ich will mal sagen, weil der Zeitfaktor eben so ist von, sagen wir mal halb sieben bis spätestens halb neun, ist eben die Hauptarbeit. Jetzt erstmal was so Pflege angeht, Verbände evtl. und so was.“ (I 20, 6-34)
- E106 „Wie gesagt, im alten Haus [früher: Anm. d. Verf.], war das eben so, da hatte man früh fünf bis sechs Bewohner, die man wäscht und hatte aber von der Zeit her mehr und da konnte man wirklich sich Zeit lassen und noch mehr auf die Bewohner eingehen. Das finde ich, hat sich sehr verändert.“ (I 21, 166-169)
- E107 „Ich mein klar, wenn der Dienst zu Ende ist, da möchte das alles schon weitgehend erledigt sein, für den nächsten vorbereitet sein [...]“ (I 9, 140-142)
- E108 „Die Bewohner haben ihre regelmäßigen Abläufe, das ist ganz wichtig. Bewohner, die mit Problemen zum Beispiel eingezogen sind, häufige Entgleisung Diabetes zu Hause, dieses Problem ist hier eher selten aufgrund der regelmäßigen Speiseneinnahme, der Ablauf ist gesichert. Das ist schon in Ordnung.“ (I 12, 219-222)
- E109 „Ja, man versucht dann immer, das alles dann nach und nach abzarbeiten. [...] Also ich schreibe mir das früh alles auf, was ich alles heute machen muss und das arbeite ich dann alles systematisch ab.“ (I 13, 50-55)
- E110 „Also ich versuche dann schon immer, dass ich umso und so viel Uhr dann vorne bin zum Spritzen, weil wir unsere Abläufe halt alle planen, das ist einfach so.“ (I 16, 7-9)
- E111 „[...] das ist natürlich schon immer irgendwas, was einen dann ein bisschen überfordert in dem Moment. [...] Das sind so Situationen wo man so denkt, oh ja.“ (I 7, 166-167)
- E112 „Die Zeit! Die Zeit macht den Stress aus. Und wenn man auch immer auf die Uhr schaut, das ist viel und jetzt [...] Es ist manchmal nicht einfach.“ (I 13, 44-47)
- E113 „[...] das finde ich jetzt sehr heftig. [...] Da musste ich nicht um 8 Uhr früh fertig sein, das ist [...] was ich jetzt als negativ empfinde.“ (I 14, 31-133)
- E114 „Von den Jahren her ist es schon heftiger geworden, finde ich. Es war früher auch nicht ruhiger, aber es war irgendwie anders. Der Stress war auch noch nicht so.“ (I 17, 357-358)
- E115 „Ja, ich denke, dass viel angeboten wird [...] ich denke, dass es vielen hier besser geht als zu Hause.“ (I 14, 366-369)
- E116 „Wir sagen [zu den Bewohnern: Anm. d. Verf.], ‘ja wir müssen ja’. Wir müs-

- sen noch zu fünf anderen Bewohnern, die müssen wir in der nächsten halben drei viertel Stunde schaffen mit Waschen, weil es ja dann schon wieder Frühstück geben soll.“ (I 5, 236-239)
- E117 „Auswirkungen ist in dem Sinne, dass man jetzt auch die Zeit nicht mehr hat. Man muss auch oft auf die Uhr schauen, dass man das auch alles schafft, bis man Feierabend hat.“ (I 13, 33-34)
- E118 „Man würde gerne ein bisschen mehr Zeit mit diesen Menschen verbringen, aber man muss dann wieder die Zeit im Hinterkopf haben und dann [...] Ja, man muss dann eben schön arbeiten. Das ist nun mal so. Weil man da die Grundpflege schnell durchziehen muss, sage ich jetzt mal.“ (I 18, 190-194)
- E119 „Also so von der Zeit her, muss man es sich halt ein bisschen einteilen, dass man da über die Runden kommt.“ (I 20, 30-31)
- E120 „Wir als Pflegefachkräfte haben dann oftmals organisatorisch irgendwelche Sachen zu bestellen, mit Ärzten zu kommunizieren. In der Pflegedokumentation etwas zu ändern.“ (I 11, 61-63)
- E121 „[...] wenn ich da meine Dokumentation führe, muss ich wirklich die Tür zu machen, dass ich mich dann hinsetzen kann und dass ich das dann alles abarbeiten kann.“ (I 13, 52-53)
- E122 „Aber es gibt auch mal Tage, wie heute, ich habe nur mit gewaschen heute früh. So dann bin ich rein, Tabletten ausgeteilt. Dann die Tabletten gestellt. Die Pflegekräfte haben draußen soweit alles gemacht dann, wie Essen angebracht, und nach dem Frühstück, sage ich, ich mache die Runde mit bei den Bettlägerigen, dass man noch mal einen Bezug irgendwo hat, sonst kommt man gar nicht auf die Zimmer.“ (I 17, 352 -357)
- E123 „Ja, dann ist es meistens so, dass von uns, weil wir immer nur ein Examinierter sind im Dienst, macht dann derjenige halt auch die Tropfen für den Mittag fertig. [...] sieht man sie nicht so oft, wie man es sich vielleicht wünschen würde.“ (I 19, 71-84)
- E124 „Und da ist eben ja wichtig, dass es jemand ist, der ein Blick für die Leute hat und damit man sich um das andere kümmern kann, weil wenn man alles so mitmachen muss, muss nach den Leuten gucken, dass da nichts passiert, dass keiner stürzt oder so, dann ist es auch schwierig, sagen wir mal, Schriftkram ordentlich zu machen oder eben überhaupt zu machen.“ (I 20, 203-207)
- E125 „Im Hauptfeld oder der meiste Umfang betrifft eigentlich die Pflege generell an dem Bewohner.“ (I 5, 2-3)
- E126 „[...] die Pflege wird zwar gemacht, aber diese, diese, Beschäftigung, dieses intensive dabei sein, das geht verloren. Das gefällt mir nicht. Man hat für die Leute, die im Bett liegen, nicht die Zeit, die man gerne aufbringen möchte, weil andere organisatorische Sachen noch sind. Das stört mich ein bisschen.“ (I 7, 259-262)

- E127 „[...] die [Bewohner: Anm. d. Verf.] würden aber glaube [...] sagen, ‘ja es ist eben schade, dass die Mitarbeiter nicht genug Zeit für ein Gespräch haben’, die Pflegemitarbeiter. Das würden, denke ich mir, schon einige sagen.“ (I 11, 427-430)
- E128 „Zeit, aber wenn die Zeit nicht wäre. Das ist immer der Knackpunkt.“ (I 12, 763-764)
- E129 „Dass ich auch Zeit habe [...] mich auch mal ein bisschen zu unterhalten. Das ist fast gar nicht möglich an manchen Tagen.“ (I 14, 336-337)
- E130 „Ja, ich denke, dass viel angeboten wird [...] Also ich denke, dass es den Heimbewohnern recht gut geht, wenn man bestimmte Sachen jetzt, wie was individuell ist, jetzt absieht [...]“. (I 14, 366-369)
- E131 „Ja, auch mal ein Gespräch, auch mal auf die Bewohner richtig einzugehen. Machen wir auch teilweise, aber das ist halt alles nur, du kannst halt nicht mehr sagen, ich verbringe jetzt mal eine halbe Stunde hier und kümmerge mich mal richtig intensiv um den Bewohner, das ist halt nicht möglich.“ (I 15, 110-113)
- E132 „Es dreht sich halt viel um Mahlzeiten, Pflege. Dann nachmittags kriegt sie dann noch mal so eine Teilkörperpflege, zwischendurch wird dann noch mal nach Inkontinenz / Materialwechsel. Sie ist inkontinent, Stuhl und Urin, wird da zwischendurch noch mal geguckt, wird halt die Haut durchgeguckt [...]“. (I 15, 181-184)
- E133 „Man geht ja schon ein [auf die Probleme: Anm. d. Verf.], also man macht ja schon, man versucht ja schon [...] es ist halt nicht immer machbar. Man würde sich gerne mal eine Stunde oder so noch mal dazusetzen und einfach noch mal, was weiß ich, noch mal ein bisschen auch mal lachen, noch mal ein bisschen erzählen mit den Leuten halt, gerade dass wir auf die Bedürfnisse eingehen so.“ (I 15, 344-348)
- E134 „Die noch relativ klar sind vom Kopf, die würden bestimmt ein bisschen mehr Zeit haben wollen, auch mal für ein Gespräch oder irgendwas, was man jemandem anvertraut. Aber meistens ist es immer nur ein schnell, schnell und durch eben.“ (I 18, 196-199)
- E135 „Aber wenn man zum Beispiel einen Rollstuhlfahrer hat, der sich nicht selber beschäftigen kann, wäre es mal schön, wenn man mit dem mal was unternehmen könnte.“ (I 5, 264-266)
- E136 „Die Leute wollen unterhalten werden, dann wenn die Therapeuten weg sind und dann aber meistens bei schönem Wetter fahren wir alle auf die Terrasse, wenn es schlechtes Wetter ist, müssen wir uns in der Gemeinschaftsecke mit ihnen beschäftigen.“ (I 7, 76-79)
- E137 „Man würde es ja gern machen, weil manche Leute brauchen dies. Die sitzen dann drin am Tisch und wissen nichts mit der Zeit anzufangen und man selber hat nicht wirklich die Zeit, um mal mit ihnen rauszugehen, was dem Bewohner eigentlich gut tun würde.“ (I 5, 125-128)

- E138 „Teilweise weil sie keinen Sinn mehr in ihrem Leben sehen, aufgrund des hohen Alters schätze ich. Dass sie keinen Sinn mehr sehen oder aufgrund der Demenz, die wissen auch nichts mehr anzufangen mit ihrem Tag.“ (I 12, 235-237)
- E139 „Ach, die sehen sich zum Essen eigentlich und dann geht jeder so seinen Weg, habe ich mal so festgestellt. Es ist ganz selten, dass die dann mal noch so ein bisschen zusammensitzen, die bereden das alles so beim Essen so. Was hast du gemacht, mir geht es heute ganz gut, mir geht es heute nicht so gut oder bist wieder aus dem Krankenhaus da? Ja, schön und dann fährt wieder jeder in sein Zimmer.“ (I 19, 170-174)
- E140 „Ja, weil man sich nicht Zeit für die Leute mehr nehmen kann. Ich kenne selber noch Zeiten, wo ich von der Grundschule kam und habe dann die Pfleger und Pflegerinnen gesehen, wie sie mit den Bewohnern durchs Dorf gehen konnten. [...] Heutzutage sieht man das schöne Wetter da draußen und weiß, dass nicht wirklich die Zeit ist, dass man mal eine halbe Stunde mit wem rausgehen kann.“ (I 5, 119 -125)
- E141 „Nein, wir nicht, nur die Pflegekräfte. Also wir haben es zwar gelernt, in der Altenpflege Beschäftigung, aber wir brauchen es jetzt nicht mehr.“ (I 17, 71-73)
- E142 „Aber ansonsten fehlt uns ja die Zeit eigentlich dafür.“ (I 20, 396)
- E143 „Die Leute wollen unterhalten werden, dann wenn die Therapeuten weg sind und dann aber meistens bei schönem Wetter fahren wir alle auf die Terrasse, wenn es schlechtes Wetter ist, müssen wir uns in der Gemeinschaftsecke mit ihnen beschäftigen.“ (I 7, 76-79)
- E144 „Das stört mich ein bisschen. Weil Ergotherapeuten und Altersbegleiter ja oft vormittags da sind und am Nachmittag ist niemand da, der sich um diese Leute im Bett kümmert. [...] Die bleiben oft sich selbst überlassen und das ist das, was mich so ein bisschen stört.“ (I 7, 262-268)
- E145 „Also so diese Begleitung um die Pflege rum, das muss gesteigert werden mit Sicherheit. Wird den Dementen nicht immer gerecht.“ (I 11, 795-797)
- E146 „Wenn keine Ergotherapeutin da ist, haben wir keinen Einfluss drauf. Wir können aber die Alltagsbegleiter ansprechen und sagen, wann ist dies oder was macht ihr da? Das können wir schon, wir können Anregungen geben, aber eine Alltagsbegleiterin für 38 Bewohner, da kannste ein Hinweis geben und sie versucht ihr Bestes zu geben.“ (I 12, 254-258)
- E147 „Ich meine gut, die erhält auch soziale Betreuung, was ich da gesagt habe, aber es ist jetzt auch nicht, die haben auch nicht so viel Zeit und können sich eine Stunde jetzt mal zu ihr setzen und der Rest des Tages zwischendurch, sind sie dann halt auch alleine.“ (I 15, 189-192)
- E148 „Das machen die Pflegekräfte bzw. unsere Pflegeassistenten. Die führen dann früh oder nachmittags die Beschäftigung durch.“ (I 17, 72-74)

- E149 „Entweder basteln, singen oder kochen, Gymnastik. Tja, man könnte vielleicht noch mehr tun, aber wer soll es machen? Ich meine, wir haben einen sozialen Dienst, die machen auch Einzelbetreuung uns so, aber für so ein großes Haus. Wäre schon nicht schlecht, wenn früh und nachmittags was wäre und nicht nur früh oder nachmittags halt.“ (I 21, 114-118)
- E150 „Eigentlich geht es um alle, die im Bett liegen und nicht mehr in der Gemeinschaft sitzen können, die werden, ich will nicht sagen vernachlässigt, aber die kommen kürzer. Die haben zum Teil Pflegestufe 2 und 3 und einen hohen Pflegeaufwand, die Pflege wird zwar gemacht, aber diese, diese, Beschäftigung, dieses intensive dabei sein, das geht verloren. Das gefällt mir nicht. Man hat für die Leute, die im Bett liegen, nicht die Zeit, die man gerne aufbringen möchte, weil andere organisatorische Sachen noch sind.“ (I 7, 257-262)
- E151 „Und ich denke auch das Angebot vielleicht im Haus auch zu wenig [...]. Die Ergotherapeutin ist seit Monaten weg, fehlt eben auch der Anreiz, dass jemand sagt, heute ist dies und das, wollen wir, wollen wir, wollen wir. Diese Motivation fehlt.“ (I 12, 238-258)
- E152 „Ich würde sagen, der Alltag ist relativ monoton, würde ich sagen. Es ist eigentlich immer der gleiche Ablauf. Gut es werden verschiedene Programme geboten klar, aber im Grunde genommen ist es immer der gleiche Tagesablauf. Wie für uns. Wie wir jetzt, wenn ich jetzt dran denke, ich habe eine Konzertkarte, dann freue ich mich darauf, aber die haben jetzt so Höhepunkte, haben die Bewohner jetzt eigentlich nicht.“ (I 16, 280-284)
- E153 „Sie [die Bewohner: Anm. d. Verf.] stehen auf, gehen vor zum Essen, dann ist Beschäftigung [...] Dann gibt es wieder Suppe um 10.00 Uhr. Dann gibt es wieder Mittagessen, dann ist Mittagsruhe, dann ist Kaffeetrinken und nachmittags ist dann auch noch mal Beschäftigung, wie halt die Beschäftigung da ist. Dann ist es wieder abends.“ (I 17, 417-420)
- E154 „Aufstehen, Grundpflege, eigentlich immer dasselbe. Es gibt kaum mal, dass der Tagesablauf mal anders verläuft.“ (I 18, 231-232)
- E155 „Aber ansonsten ja, ist der Tagesablauf an sich so eine monotone, fast so eine monotone Sache.“ (I 20, 383-384)
- E156 „[...] aber das ist manchmal so im Zeitdruck, den man hat, dass man sagt, 'ja schade, ich würde gerne noch hier stehen bleiben und mal auch Streicheleinheiten geben oder mal sehen, wie sie darauf reagiert [...].“ (I 7, 281-283)
- E157 „Und da ist es dann schon eine Unterstützung um dann auch zu gucken, ok, wir gucken jetzt mal, was isst der so. Oh, er isst nicht so viel, evtl. mal mit was anderem zu probieren, da halte ich das schon für sinnvoll.“ (I 2, 325-327)
- E158 „Halt die ganzen neuen Standards, also die ganzen neuen Prophylaxen, das war früher nicht so, wo ich hier angefangen habe. Da gab es das alles gar nicht, vor zehn Jahren.“ (I 4, 271-272)

- E159 „[...] wir haben es sowieso schon so gemacht, wir machen es auch weiterhin so.“ (I 8, 258-259)
- E160 „Das hat man eigentlich früher auch schon [...].“ (I 11, 577)
- E161 „Ja, ich denke mal, das ist schon nicht verkehrt, dass es so ein Handbuch gibt, dass es irgendwo eine einheitliche Linie auch ist, wie es im Haus gemacht wird. Sonst macht es der eine so und der andere lässt das weg und der macht aber ganz anders.“ (I 9, 228-230)
- E162 „[...] und du weißt eben, dass alle deine Mitstreiter das genauso tun müssen.“ (I 11, 553)
- E163 „Aber es ist, denke ich mir, jetzt speziell für Mitarbeiter, die das nicht so im Blick hatten oder die haben einfach Arbeitsanleitung. Die wissen einfach wonach arbeite ich, wonach schätze ich es ein, wie habe ich es eher im Blick. [...] und manche Fachkräfte die brauchen eben das / Die müssen das genau danach abarbeiten, um das zu erkennen und von daher ist das schon eine sehr gute Sache. Aber man kann es auch einfach festmachen. Man muss es nicht dem Zufall, man sollte es ja auch nicht dem Zufall überlassen, es ist einfach so.“ (I 3, 382-394)
- E164 „[...] gerade, was die Qualitätssicherung betrifft, ist natürlich schon, also ich nenn das auch ein Stück Professionalität, dass man das, was man tut auch bildlich darstellen kann. Das ist schon auch gut.“ (I 11, 682-684)
- E165 „[...] auch alles Neue mit rein nehmen und wir uns ständig verbessern können auch immer noch. [...] Generell sehe ich Qualitätsverbesserung, das sehe ich schon als sehr positiv [...].“ (I 3, 13-16)
- E166 „Ich stehe allem Neuen eigentlich immer sehr offen gegenüber und bin auch, ich nehme das auch erstmal dankbar an und wie gesagt, die Weiterentwicklung ist auch ok. Ist auch gut, bin ich auch dafür.“ (I 3, 724-726)
- E167 „Ja, Expertenstandards ist im Grunde genommen nicht schlecht, dass man da weiß, wie von der Wissenschaft her, das ist ja alles ausprobiert und belegt, dass das so gut ist. Ja es ist durchaus nicht schlecht, Expertenstandards, wenn man da nachschlägt.“ (I 9, 243-245)
- E168 „[...] und diese Kontrollen durchzuführen, ob die Pflege bzw. wo Probleme sind, betrachte ich auch als großes Feld, was auch bearbeitet werden muss.“ (I 2, 4-6)
- E169 „Ja, viele pflegerische Sachen, das geht gar nicht, wenn man jetzt zum Beispiel die Pflegeplanung anschaut, was man eigentlich schaffen müsste, kann man gar nicht schaffen, das ist von der Zeit gar nicht möglich. Wenn man sieht, was man alles machen müsste. [...] das geht gar nicht, das ist ein Unding.“ (I 14, 318-333)
- E170 „Na ja, ob man jetzt alles so genau erfüllen kann, wie das da drin steht, dass halte ich noch für ein Gerücht eigentlich.“ (I 20, 498-499)

- E171 „Da müssen wir ja, bei Heimbewohnern, die kontrakturfgefährdet sind, müssen wir ja auch regelmäßig Übungen machen, das ist gar nicht möglich, von der Zeit her [...]“ (I 14, 321-322)
- E172 „[...] es ist viel mehr Schreibkram geworden, aber nicht irgendwie mehr an Zeit geworden.“ (I 4, 277-278)
- E173 „[...] was halt in den letzten Jahren viel zugenommen hat, ist auch diese dokumentarischen Angelegenheiten.“ (I 5, 3-4)
- E174 „Man merkt ja, dass ja auch in dem Beruf die Bürokratie unheimlich zugenommen hat, was ich denke, was vor 15 Jahren noch nicht so extrem war.“ (I 14, 198-199)
- E175 „[...] also ich ermittle heute das Gewicht und dann mache ich das turnusgemäß wieder in vier Wochen. [...] wenn ich jetzt sehe, er hat heut nichts gegessen, gestern hat er nicht gegessen, dass ich dann auch schon mal gucke, ob da irgendwo ein Problem ist. Und nicht erst dann in vier Wochen wieder feststelle, ‘oh, der hat ja drei Kilo an Gewicht verloren’, sondern dass ich dann auch schon mal in der Zeit, wo der Prozess halt in Gang ist, dass ich da auch sehe, ‘oh, hier könnte eine Gefahr sein’.“ (I 2, 280-285)
- E176 „[...] wenn der Bewohner sagt, er hat Schmerzen, wartet er nicht bis die Pflegevisitenkontrolle ist und sagt dann ‘ich hab Schmerzen’. Dann würde er uns das sagen und dann reagieren wir schon drauf.“ (I 5, 439-441)
- E177 „Oder dass die Pflegemittel genau beschrieben werden. [...] Das wird dann teilweise bei der Pflegevisite dann auch gefordert, bei einigen.“ (I 2, 553-559)
- E178 „Ich finde das schlimm, dass das Schreiben so wichtig ist und nicht die Pflege. Man braucht wirklich viel Zeit um einzutragen und alles aufzuschreiben, man muss ja wirklich jedes Ding vermerken irgendwo.“ (I 4, 102-104)
- E179 „[...] dass wir Kalorien aufschreiben müssen von Bewohnern, die unter Demenz leiden und selber vielleicht nicht mehr entscheiden können, was sie essen. [...] Zum Beispiel eine Scheibe Brot mit Käse 210 Kalorien.“ (I 5, 184-190)
- E180 „Und so minutiös, oder wie man das sagen will, muss man das dann auflisten, dass man dann sieht, was hat derjenige am Ende des Tages an Kalorien zu sich genommen.“ (I 5, 190-192)
- E181 „[...] weil ich mir die [Pflegeplanung: Anm. d. Verf.] nicht durchlese, die meisten lesen es sich nicht durch [...]“ (I 2, 631-632)
- E182 „Generell werden eigentlich in Pflegeplanungen auch von anderen Leuten nicht reingeguckt. Da gucken eigentlich nur wir rein, um die Pflegevisiten durchzuführen. Von daher frage ich mich, warum brauchen wir dann eine Pflegeplanung? Ich muss sagen, ich habe noch nie oder Kollegen haben noch nie groß, soweit ich weiß, in die Pflegeplanungen reingeschaut, um jetzt zu gucken, was ist das für eine Person, was ist das für ein Bewohner. Was muss

- ich bei dem machen.“ (I 5, 387-392)
„Und die Bewohner lernen sie auch mit der Zeit dann kennen. (...) Ich meine, wenn ich dann die Pflegeplanung schreibe / Auffasse ist ja meist nur nach 2 Monaten ungefähr, da kennen sie den Bewohner eigentlich auch schon. Da guckt keiner mehr in die Pflegeplanung wie ich den Bewohner pflegen muss, das wissen die dann schon. Wer neues kommt ja in dem Sinne nicht, der lernt sie ja auch durch uns kennen. Wir sagen ja auch, wie sie was machen müssen an dem Bewohner, wenn jetzt eine neue Fachkraft eingestellt werden würde oder so. Die guckt dann nicht in der Pflegeplanung wie der Bewohner ist.“ (I 5, 399-405)
- E183 „Dafür sind wir alle Kollegen, wir kennen uns untereinander, können uns austauschen, das kann ich auch so weitergeben und untereinander ansprechen, wie was bei welcher Person gewesen ist, dass man die halt kennt.“ (I 5, 513-515)
- E184 „Ich sehe ja, wenn ich den versorge, ich ziehe ihn an und sehe, ‘oh, er hat ja hier eine weite Hose’. In dem Fall liegt ja nicht auf dem Tisch das Assessment, ‘oh, jetzt muss ich das mal hier ankreuzen’, sondern das verarbeite ich ja irgendwann im Nachhinein, also nachdem ich den angeschaut habe und versorgt habe [...] ich sag es jetzt mal so, ich sehe den und seine Kleidung ist zu weit geworden, ich gehe jetzt mal in die Küche und sage hier für den müssten wir mal so eine hoch kalorische Aufbaunahrung mit dazu nehmen. Oder ich frage beim Arzt nach, ‘ist da irgendwo ein Gewicht bekannt, von vorher, wie viel hat der gewogen?’ Das und das ist mir jetzt aufgefallen. Das kann ich ja machen, ohne dass ich dafür ein Formular führe, für meine Begriffe jetzt.“ (I 2, 330-338)
- E185 „Es gibt auch Pflegekräfte, die haben das von sich aus. Die geben ganz gute Anregungen, machen sehr gute Beobachtungen, ohne dass die Assessments auswerten. Ohne dass die Assessments oder ein Expertenstandard im Kopf haben, die das einfach, im Grunde genommen, das, was wir auswerten, schon erkennen.“ (I 3, 386-390)
- E186 „Wenn ich an dem Tag noch nicht zum Eintragen kam und habe alles gemacht, wie es in der Pflegeplanung steht und habe nur noch nicht mein Kürzel gesetzt und der MDK würde kommen, heißt das, ich habe es auch nicht gemacht, obwohl es gemacht ist, ich nur noch keine Zeit vielleicht hatte, das aufzuschreiben und das ist schlimm. Obwohl man genau sieht, dass der Bewohner heute Morgen, der muss heute Morgen rasiert worden sein, der hat keine Stoppeln und nichts, ich habe aber Rasur nicht eingetragen, also ist der nicht rasiert, das finde ich schlimm. [...] das ist wirklich so, wenn man nicht eingetragen hat, dann ist das für die nicht gemacht oder bzw. sie stellen es dann so hin, wir können ihnen das jetzt glauben, wir können es aber auch lassen. [...] ich finde das schlimm, dass das Schreiben so wichtig ist und nicht die Pflege.“ (I 4, 89-102)
- E187 „Ich kann zum Beispiel auch was gemacht haben, hab es aber dann nicht dokumentiert in dem Moment und es ist ein Sturz passiert und ich habe es aber trotzdem gemacht. Ich kann es aber dann nicht beweisen, weil ich es nicht geschrieben habe.“ (I 10, 816-818)

- E188 „Die [Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung: Anm. d. Verf.] gehen zwar auch mal hin und gucken fünf Minuten und befragen auch den Heimbewohner, insoweit das möglich ist, aber ich denke so richtig, wie die Pflege an dem ist, kann man ja gar nicht überprüfen, das geht gar nicht. Da muss derjenige schon Undercover mitarbeiten, ansonsten finde ich, kann man das überhaupt nicht richtig kontrollieren. Außer es sind irgendwelche Dekubiti, die aufgetreten sind, da dann schon. Aber im Großen und Ganzen, wird halt nur die Dokumentation überprüft.“ (I 14, 300-305)
- E189 „Das sind auch noch mehr Meinungen, aber es wird eben so gefordert und wir machen es. Aber es ist nicht sinnvoll.“ (I 3, 583-585)
- E190 „Vor 10 Jahren kam man, denke ich mal, mit einem Blatt zurecht, das im Zimmer lag. Heutzutage müssen 5 Blätter im Zimmer liegen, die man ausfüllen muss, weil ja generell vom MDK dies gefordert wird.“ (I 5, 133-135)
- E191 „Deswegen sehe ich da, ich sehe in den ganzen Schreibsachen nicht wirklich einen Sinn. Ich meine, manche Sachen muss man niederschreiben, selbst wenn ich's genau weiß, wenn ich jetzt irgendwen gedreht habe auf die rechte Seite, wann um wie viel Uhr, ich meine das muss der nächste wissen, damit er dann wieder weiß, wann er mit drehen dran ist. Aber viele Sachen, sehe ich nicht wirklich einen Sinn drin, dass man die schreibt.“ (I 5, 508-513)
- E192 „Nehmen wir einfach mal die Assessments. [...] da gibt's ja immer wieder ständig neue Forderungen. Wenn wir denken, wir haben was und das läuft auch und das funktioniert und das umfasst eigentlich auch das, was wir wollen, es sichert alles ab, die ganzen Risikofaktoren nimmt alles rein und dann ist irgendwo eine Änderung, wo die Anforderungen wieder noch anders werden. Wo wir praktisch alles wieder in Frage stellen und alles wieder ändern müssen [...].“ (I 3, 43-48)
- E193 „Und wenn irgendwas in Ordnung ist, dann wird halt irgendwo was gesucht, wo man wieder was Neues machen kann. Ob es nun Sinn hat oder nicht Sinn hat [...].“ (I 5, 154-156)
- E194 „Anfangs, wenn natürlich die Neuerungen kommen, fragt man sich natürlich was soll das Ganze? Aber im Endeffekt man muss es ja machen.“ (I 5, 212-213)
- E195 „Aber es ist Vorschrift und wird verlangt.“ (I 7, 370)
- E196 „So diese ganzen Vorgaben das muss natürlich auch erledigt werden, das macht man auch.“ (I 9, 131-132)
- E197 „Jetzt nehmen wir zum Beispiel Kontraktur finde ich auch ein bisschen übertrieben, wenn ich zum Beispiel Kontraktüreinschätzung, die Risikoeinschätzung sehe, wenn ich da jeden / Manche Sachen können wir nicht abwenden. Man hat es im Blick, aber man kann es eben einfach nicht ändern.“ (I 3, 374-377)

- E198 „Manchmal haut sie auch [...] aber da wird immer wieder versucht, eine Kleinigkeit in den Mund zu schieben, oder mal ein kleines Pralinenchen [...] Im Moment ist es wieder so, dass wir schon mit hochkalorischer Nahrung anfangen müssen und Eiweißstrunk, um wieder vielleicht doch noch ein Kilo draufzukriegen. Ich denke mal, wenn sie abwehrt, lassen wir sie jetzt auch [...].“ (I 7, 205-214)
- E199 „Was ganz übel ist, ist immer die erste Diagnose, die auf dem Arztbrief steht aus dem Krankenhaus, exikiertes Patient aus dem Altersheim. Das tut weh, wenn man so was liest. Wo wir uns so viel Mühe geben und Flüssigkeiten reichen und auch der Meinung sind, dass es genügend Flüssigkeit ist, der Patient isst, manchmal wird abgelehnt, dann kann er einfach nicht weiter. Wenn dann natürlich eine Infusion angehängt wird und 500 und noch mal abends 500 oder dreimal 500. Das ist natürlich ein leichtes Arbeiten. [...] Aber wir hier mit unserem Tee und unserem Wasser und Fruchtsäften, wir haben schon ganz schön zu tun. Wir haben da echte Pflegearbeit zu leisten. Und wir sind eigentlich der Meinung, dass wir das, was wir machen, gut machen und auch ausreichend ist [...].“ (I 7, 676-686)
- E200 „Es ist schon ein bisschen extrem, manche Sachen, die niedergeschrieben sind.“ (I 8, 278-279)
- E201 „Wenn sie dann hier sind [im Pflegeheim: Anm. d. Verf.], ist es schwieriger. Sie sind dann hier zu Hause und müssen mit allem zufrieden sein, was ihnen geboten wird, aber sie wollen eigentlich lieber zu Hause sein. [...] Und die Leute, die eben Probleme bei der Eingewöhnung haben, die sind eben dann auch unzufriedener, das ist klar.“ (I 6, 212-217)
- E202 „Also es wird ihr nicht genug Betreuung zuteil, aber sie wird durch einen Betreuungsassistenten, die haben verschiedene Gruppen, wo sie überall mit drin ist, dann der soziale Dienst, der hat ganz viele Angebote, wo sie auch immer mit drin ist und manchmal will sie es auch nicht annehmen, weil sie nicht in dieser großen Gemeinschaft sein will. Das ist ihr zuwider und dann machen die halt Einzelbetreuung, aber das ist auch, ja man kann es ihr nicht recht machen.“ (I 6, 259-264)
- E203 „Wir kennen die Situation, wir wissen auch diese Eingewöhnungsphase ist bei vielen Bewohnern da, aber das wird teils von den Angehörigen dann nicht gesehen.“ (I 10, 436-438)
- E204 „Und was ich ganz schlimm finde, ist, wenn die Angehörigen ihren, also der hier wohnen soll, dem Bewohner klar machen, du gehst 3 Tage dahin und du bist nur mal kurz da [...] und dann wird es teils nicht mit denen besprochen.“ (I 10, 410-431)
- E205 „Aber du hast einfach nicht die Zeit und da ist natürlich ein Bewohner, der dement ist, der sich in dem Sinne nicht artikulieren kann, dass er sagt, 'hier, jetzt brauche ich dich aber noch mal', da bist du natürlich mal schneller dran vorbei gelaufen, als einer der sagt, 'hier ich krieg aber noch' also von der Meinungsäußerung. Und das ist natürlich auch gefährlich, dass man sich dann doch mehr um die kümmert, die noch Herr ihrer Sinne sind [...].“ (I 11, 802-806)

- E206 „Der eine möchte was zu trinken, der nächste möchte zur Toilette, der nächste möchte einem was erzählen und ich kann ja eigentlich nur in der Minute mich eigentlich nur um einen kümmern.“ (I 16, 92-94)
- E207 „Wir sagen, ‘ja, wir müssen ja’. Wir müssen noch zu fünf anderen Bewohnern, die müssen wir in der nächsten halben drei viertel Stunde schaffen mit Waschen, weil es ja dann schon wieder Frühstück geben soll. [...] sie wissen ja, was sie für Mitbewohner haben, welche Mitbewohner sie noch vor zehn Jahren hatten. Manche sind ja schon relativ lange hier, die haben das ja so miterlebt halt.“ (I 5, 236-241)
- E208 „[...] ich habe nicht die Zeit, mich eine halbe Stunde, viertel Stunde mit irgendwem in Ruhe hinzusetzen und mich zu unterhalten. [...] vielleicht könnte man es machen, aber man hat dann schon wieder im Hinterkopf, was man in der Zeit alles noch erledigen muss [...].“ (I 11, 331- 334)
- E209 „[...] aber in dem Moment, wo er [der Alltagsbegleiter: Anm. d. Verf.] das mit einem tut, sind auch wieder 25 im Hintergrund, die gar nicht betreut werden.“ (I 11, 794-795)
- E210 „Wir haben halt 28 Leute auf Station.“ (I 15, 113)
- E211 „Wenn ich sage, ich mal eine halbe Stunde sitze, denkst du oh, jetzt musst du eigentlich schon wieder wo anders sein, fehlt dir da wieder die Zeit. Das ist immer halt ein bisschen schwierig.“ (I 15, 349-351)
- E212 „Ich sage jetzt mal, der Schreibkram, der nervt öfters mal. Man muss es ja packen, es muss ja alles in Ordnung sein. Aber man will aber auch für die Bewohner auch noch Zeit haben, da ist immer so ein Zwiespalt. Man will den Schreibkram schaffen und man will die Bewohner / Ich sage auch, als Altenpflegerin kommt man auch ab und zu nicht aus dem Schreibzimmer raus. Man will mit den Bewohnern was machen, oder auch mal sehen, dass es Fortschritte gibt.“ (I 17, 346-351)
- E213 „[...] ja manche Sachen werden so viel verlangt, von Standards. Ich meine, man weiß, man hat halt nicht die Zeit, um noch dieses und jenes zu machen. Ja, das ist meist eigentlich nicht möglich. Ich versuch‘ es dann halt durch schreiben abzudecken, indem man das halt schreibt und nicht wirklich hundertprozentig machen konnte. [...] Man zeichnet zwar ab, dass man das gemacht hat, aber im Prinzip schafft man es nicht wirklich, das man hier bei dem einen alle zwei Stunden dann mal zehn mal das rechte Bein und zehn mal das linke Bein, 5 mal Arm und 5 mal Kopf drehen, wenn wir das bei fünf bis sechs Leuten im Wohnbereich machen will, hat man gar nicht die Zeit dazu.“ (I 5, 330-343)
- E214 „Ja, immer mehr Arbeit, für immer weniger Personal. Immer mehr Schreibkram und weniger Zeit.“ (I 4, 87-88)
- E215 „[...] ich finde es manchmal schade, das sage ich auch ganz ehrlich, dass dieser viele rechtliche Schreibkram, der an der Zeit für den Bewohner verloren geht. Es wäre für mich noch erfüllender, wenn ich eben sagen könnte, ich gehe jetzt mit ihnen mal raus im Mittag, es scheint die Sonne so schön und,

- dass nicht nur ich, sondern alle Mitarbeiter, dass man da sagen könnte, diese Zeit können wir da mal so erfüllen.“ (I 10, 85-89)
- E216 [...] weil man hat ja auch viele Mitarbeiter, die nicht allzu lange bleiben und das finde ich schade. [...] Ja natürlich, das ist der Trend jetzt im Pflegeheim, das weiß man und wir haben die letzte Zeit, merken wir das hier auch. Der Trend ist da. [...] Zu viele Arbeit, wenig Zeit für den Bewohner, das ist was geäußert wird. (I 12, 188-195)
- E217 „Was halt, diese Pflegeplanung, die ist so extrem geworden, finde ich jetzt, empfinde ich jetzt als, es kommt jeden Monat irgendwas Neues dazu. Und dann war da die Überprüfung, ja das muss jetzt wieder so geschrieben werden und dann ändert man das, ach nein, das muss jetzt wieder so, das finde ich, ja ich denke, ich spreche für viele Kollegen, die empfinden das sehr extrem.“ (I 14, 214-218)
- E218 „Ich denke dann, wenn man dann auch Fachkraft ist, hat man auch eine sehr große Verantwortung, weil, dann ist man ja meistens alleine auf sich angewiesen.“ (I 14, 549-550)
- E219 „[...] aber ich arbeite ja auch im Alltag, bin ich meist alleine als examinierte Pflegekraft und arbeite noch mit 3 Pflegehelfern zusammen. Dreimal in der Woche arbeite ich auch mal mit 2 Pflegekräften, aber die eine ist dann auch nur wegen jetzt Medikamenten stellen oder so, die ist dann auch nur mal kurz da. Ich denke mal ansonsten hast du halt auch die ganze Verantwortung auf dir liegen, ja das ist / [schwer: Anm. d. Verf.].“ (I 15, 59-63)
- E220 „Vielleicht würde ich dann auch mehr in den Krankenbereich wieder gehen oder so, dass ich denke, man muss da ganz schön, sage ich mal, stark sein, um diesen Beruf auf Dauer durchzuhalten.“ (I 14, 464-466)
- E221 „Und ich denke jetzt mal, es fängt ja jetzt auch bei der Altenpflege an, dass auch nicht mehr so viele nachkommen und die Ausbildung, dass sie keiner mehr machen möchte. Auch das FSJler Jahr, die kriegen ja auch keine mehr rein.“ (I 17, 751-754)
- E222 „Man sieht auch oftmals die jungen Pflegekräfte, wenn es denen nicht gut geht, Krankenschein. Da geht es uns lange nicht gut, und sagen trotzdem, komm her, wer soll denn da sein, ich gehe hin. Und da die Einsicht. Die jungen Leute sind nicht alle mehr so wie wir es sind.“ (I 12, 745-748)
- E223 „Habe dann einige Jahre in [Stadt in den alten Bundesländern] gearbeitet und dann sieben Jahre in [Stadt in Thüringen] im [Name der Einrichtung], das ist ganz groß. Da war die Pflege zwar auch gut, aber ich finde, hier ist es irgendwie noch menschlicher, sage ich mal. [...] Aber irgendwie ist es hier doch familiärer. Ein bisschen individueller auch noch. [...] Vielleicht liegt es auch an der ländlichen Gegend hier.“ (I 14, 129-137)
- E224 „Das sind jetzt auch nicht so Wünsche wie, oh ich würde ganz gerne mal nach [Stadt in Thüringen], können sie mich mal zum Schuhe kaufen fahren oder so. Es sind ja alles nur so Kleinigkeiten, was für die schon manchmal die Welt bedeutet, wenn man das jetzt macht.“ (I 4, 285-288)

- E225 „Danach machen wir unser Frühstück nach Möglichkeit. Manchmal auch nicht möglich, je nachdem. [...] Ja dann ist Übergabezeit, 13:45 Uhr und dann habe ich Zeit noch das ganze vom Tag in die Berichte einzutragen. Das wird meistens dann auch länger, wie meine eigentliche Arbeitszeit ist. Gestern war es dann schon über eine Stunde dann länger, weil es gar nicht zu schaffen ist in der Zeit. [...] Da darf auch nichts dazwischen kommen, sonst hängt man das dann alles hinten dran.“ (I 14, 8-33)
- E226 „Also wir müssen jetzt alle Pflegeplanungen auch mit in den PC übernehmen und das sollen die Mitarbeiter eigentlich in der Arbeitszeit machen, aber das ist völlig illusorisch, das geht überhaupt nicht. Da sind vielleicht drei verfügbar im Frühdienst als Pflegefachkraft, weil eine viertel Stunde max. eine halbe Stunde irgendwo an den Rechner setzen und da arbeiten und das übertragen. Aber du brauchst ja allein schon mal 10 Minuten um runterzufahren, sich da irgendwie rein zu denken, das ist schwierig, das ist sehr schwierig.“ (I 11, 113-119)
- E227 „Man muss auch oft auf die Uhr schauen, dass man das auch alles schafft, bis man Feierabend hat.“ (I 13, 33-34)
- E228 „Der eine sagt halt ‘komm, ich bleib mal noch’, der ist halt willig und will noch gern und der sagt halt noch, ‘komm da bleib ich mal noch eine halbe Stunde länger und mache das mal noch mit’ oder so, wenn jetzt viel zu tun ist oder hilft dir noch mal mit oder so und der andere sagt, ‘nein, das sehe ich nicht ein, ich gehe dann halt, Schluss aus’. Meine Arbeitszeit, ich sage mal, da kannst du auch nichts machen [...]. Wenn es dem seine Dienstzeit ist, dann ist es halt die Dienstzeit und es ist sein gutes Recht.“ (I 15, 322-328)
- E229 „Ja, musst dich halt beeilen. Wie viele Leute, wenn es 86 [Bewohner: Anm. d. Verf.] sind vielleicht 70 [Bewohner: Anm. d. Verf.] oder so.“ (I 15, 466)
- E230 „Aber man versucht schon so viel wie möglich, wie gesagt in kurzer Zeit da zu machen. Thromboseprophylaxe, was halt so oder mal eine atemstimulierende Einreibung, wer jetzt Atemprobleme hat oder so was, das ist schon drin.“ (I 20, 499-501)
- E231 „Sie kann uns jetzt auch nicht mehr sagen, was sie jetzt möchte, aber wir müssen das halt immer versuchen. Da vergeht natürlich eine halbe Stunde wie im Flug, wenn man da an dem Bett steht. Kann man auch kein Druck machen, aber die Zeit, die opfert man dann schon. Da muss man dann irgendwo anders wieder Abstriche machen, also der Ablauf ist nicht einen Tag wie der andere. Das ist kein genormtes, das sind Menschen, und da kommt immer irgendwas dazwischen.“ (I 7, 224-229)
- E232 „Dass du eben ein bisschen auch in so einen hektischen Alltagsarbeitsrhythmus verfallst.“ (I 11, 374-375)
- E233 „Ja, es ist einfach, dass man oftmals einfach auch pflegerische Tätigkeiten oder Handlungen im täglichen Ablauf auch macht, einfach zu schnell, wo man das Gefühl hat, der könnte jetzt eigentlich noch 10 Minuten Erklärungen gebrauchen oder eine Begleitung oder wie auch immer.“ (I 11, 799 -

802)

- E234 „Wenn ich nur zu zweit bin noch übern Mittag, da kann ich nicht immerzu gucken, wo die Heimbewohnerin jetzt ist, weil ich gerade jemanden, wenn ich am Lagern bin, das geht einfach nicht oder ich muss dann denjenigen mitnehmen. Das haben wir auch schon gehabt. [...]wir hatten mal eine Heimbewohnerin, wenn man die nicht mitgenommen hat, da war die weg, war sie außer Haus dann. [...]Die hatte dann auch eine PEG, hat da ständig dran gezogen, Katheter, also das war abgebaut alles. Und na ja, man müsste dann schon mehr Personal sein, um das richtig für Demenzkranke, das ist nicht einfach. Um das zu gewährleisten. [...] Dann war die Sturzgefahr auch sehr groß, da haben wir sie mitgenommen und nebenbei hat sie dann wieder alles abgeschraubt.“ (I 14, 433-446)
- E235 „Da guckt sie dich an und weiß nicht mehr, was los ist. [...] Gut, ich bin so schon eine ruhige und gehe langsam ran, aber dann werde ich dann auch / Wenn andere Kollegen dann auch mal drin waren, dann fitzt sie mir dann den Mund zu. Also man muss ruhig, sachlich dran gehen. Immer lachen, grinsen, da hat man das Glück, dass sie den Mund aufmacht. Aber wenn man so prompt / (...) [...] Ich gehe eigentlich schon gelassen an sie dran auch, ich sag: Komm Fr. X.“, aber ansonsten. Man merkt es auch am Gesichtsausdruck, man ist in Gedanken, passiert im Alltag, man ist in Gedanken und geht an die Person dran, hat sie nicht informiert, was man jetzt machen will oder möchte, da guckt sie einen an, hm. Was machst du denn jetzt so, dann auch Gestik und Mimik bei ihr.“ (I 17, 137-180)
- E236 „Da sind die zufrieden und die müssen das Gefühl haben, derjenige der vor mir steht ist entspannt und ist nicht hektisch. Man muss natürlich bei Dementen auch entspannt sein, wenn mir dann die Haare zu Berge stehen und ich bin nervös, geht nicht. Geht bei Dementen überhaupt nicht. Auch wenn ich über den Flur schnell laufe. Im Zimmer muss man dann schon zur Ruhe kommen und sagen, jetzt. Ja? Können Sie das so nachvollziehen so vom? Ne? Anders ist bei Dementen nichts zu vollbringen.“ (I 12, 389-394)
- E237 „Also wir wünschten uns, wir hätten mehr Zeit, das ist, da könnten Sie bestimmt jeden fragen, wenn Sie hier durch das Haus gehen würden und würden die Mitarbeiter fragen, also die Zeit, die hängt uns doch manchmal ganz schön im Nacken und wenn man keine Zeit hat, dann entsteht Stress und dann geht alles und der Stress geht auf den Bewohner wieder über und das merkt man dann.“ (I 13, 426-430)
- E238 „Man muss halt sehr viel Ruhe bewahren auch bei ihr und auch sehr leise alles, ruhig. Hektisch mag sie überhaupt nicht.“ (I 17, 136-137)
- E239 „Aber natürlich ertappt man sich auch im Arbeitsalltag, dass du manchmal aus dieser Zeitnot heraus auch manchmal oberflächlich bist. Das will man nicht, aber das ist natürlich auch logisch, dass das auch mal auftritt. [...] Dass du eben sage ich mal für die Körperpflege für die Beine, dass du das eben schneller machst, als es eigentlich sein sollte, könnte, dürfte.“ (I 11, 369-374)
- E240 „Was halt bei ihr ganz schwierig ist, ist Essen reichen. Sie kann kaum noch

essen und trinken und das ist sehr zeitaufwändig, weil durch diese starke Spastik, da hustet sie alles praktisch wieder raus.“ (I 14, 43-45)

- E241 „Und was auch jetzt diesbezüglich mit Stress, das ist auch sehr am Wochenende, wenn wir nur zu viert sind, dann ist ja auch das die Grundpflege durchgeführt wird, dass auch die Nahrung gereicht wird, der Kaffee gereicht werden muss und da kommt man auch manchmal ganz schön unter Druck, dass das dann alles geschafft wird. Aber es ist schon, geht man manchmal nachmittags um 14 Uhr aus dem Haus und ist doch ganz schön fertig.“ (I 13, 405-410)
- E242 „Ja gut, mit meinen 26 [Lebensjahren: Anm. d. Verf.] komme ich noch gut mit zurecht. Ich weiß aber nicht, wie es in 30 Jahren dann mal ist, wenn ich dann älter bin und das Ganze noch machen muss. Jetzt kann ich natürlich das Tempo noch mitmachen, aber man muss es ja auch, was will man anders machen.“ (I 5, 56-58)
- E243 „Tja, wenn ich mir jetzt zum Beispiel in der Spätschicht jetzt nicht so mir die Zeit nehmen kann, wie ich gerne hätte zum Beispiel. Wenn jemand mir etwas erzählen möchte und ich habe einfach keine Zeit, weil 10 Anrufe kommen und vielleicht noch ein Arzt und ich kann mir keine Zeit für den Heimbewohner nehmen und der will mir den ganzen Tag was erzählen und es klappt dann vielleicht abends erst und der hat dann den ganzen Tag gewartet, bis ich dann irgendwann mal Zeit habe. Dann denkt man manchmal abends dann, ach hattest ja gar keine Zeit für den gehabt oder so das ist manchmal auch belastend. (I 14, 174-180)
- E244 „Aber es gibt natürlich auch Grenzen, wo ich sage, das geht nicht. Ich kann jetzt nicht jeden Tag, wenn einer jeden Tag baden will, geht gar nicht. Haben wir gar nicht die Kapazität dafür [...]“ (I 11, 649-651)
- E245 „Wir haben zum Beispiel drei Gänge unten. Ich sage, ich kann aus meinem Gang früh nicht rauskommen und dir bei der Wundversorgung helfen, es geht nicht, denn dann schaffe ich meinen Gang nicht. [...]Ja, und die darf es nicht machen, die Wundversorgung. Und dann habe ich mich mit der Bewohnerin, ich sage, würde es ihnen was ausmachen, wenn ich dann später komme und wir machen das Ganze später. Weil früh ist mir zu knapp, ich will es ja ordentlich machen, auch genau. Da sagt sie, ist kein Problem, da kommen sie halt dann später.“ (I 17, 284-291)
- E246 „[...] ich hatte mal eine Bewohnerin hier gehabt, wo ich noch Nachtdienst gemacht habe, das war ja vor 7/98, da war ja auch noch mehr Zeit nachts. Da war noch nicht so die Pflege da. Die hat nachts um 23:30 Uhr immer auf mich gewartet. Das war immer so unsere Zeit gewesen, 23:30 Uhr bis um 24:00 Uhr. Und sie hatte so ein kleines Sofa gehabt, da haben wir uns immer drauf gesetzt nachts, dann hat sie ein Tee gekocht und dann hat sie immer von früher erzählt und das war immer so das Ritual. Da hat sie schon immer drauf gewartet. Und dann war eine Bewohnerin, da war ich immer vorher gewesen, die hat mir immer Lieder vorgesungen im Nachtdienst und wenn mal Feiertag war oder ein Anlass war, da haben wir auch mal nachts ein Glas Sekt zusammen getrunken. Was mal so ein kleines Gläschen Sekt und das war, da haben die sich schon drauf gefreut. Das war so, 'oh sie kommen

- wieder' und 'das ist schön und sieben Nächte' und haben immer drauf gewartet. Einfach nur mal zu erzählen und das ist ganz wichtig, das ist manchmal wichtiger, als wenn sie eine Tablette bekommen.“ (I 13, 469-481)
- E247 „Wenn sie es immer so gemacht hat und man soll sich dann irgendwo im Altenheim noch mal umstellen, das geht nicht immer.“ (I 17, 222-223)
- E248 „[...] zu überreden doch mal einen Pudding zu essen und mal ein bisschen Soße drauf zu nehmen oder auch mal Sahne zu nehmen.“ (I 10, 311-312)
- E249 „Manchmal haut sie auch, [...] ja das ist eine Abwehrreaktion von ihr. Aber da wird immer wieder versucht, eine Kleinigkeit in den Mund zu schieben, oder mal ein kleines Pralinchen [...]. Im Moment ist es wieder so, dass wir schon mit hochkalorischer Nahrung anfangen müssen und Eiweißtrunk, um wieder vielleicht doch noch ein Kilo draufzukriegen. Ich denke mal, wenn sie abwehrt, lassen wir sie jetzt auch [...].“ (I 7,205-214)
- E250 „Sturz, da habe ich persönlich große Achtung vor, wobei ich immer sage, der Wunsch des Bewohners muss auch noch im Raum stehen. Ich kann ihn nicht ständig gängeln mit Protektorenhosen, Hilfsgeräten, wenn er die ablehnt. Da muss ich den Wunsch eigentlich als oberstes nehmen. Das ist für mich dann so die Erfüllung.“ (10, 775-779)
- E251 „Wenn's nicht erreicht wird [die Aufnahme der Soll-Kalorien: Anm. d. Verf.], müssen wir halt wieder begründen warum.“ (I 5, 194)
- E252 „Weil, wenn zum Beispiel einer dieses [Maßnahmen zur Sturzprophylaxe: Anm. d. Verf.] ablehnt, ich habe das in der Pflegeplanung dann drin, habe ich persönlich mein Recht getan und bin auch in der Dokumentationspflicht auf der richtigen Seite. Aber es tut mir ein bisschen weh, dass dem Bewohner dann selbst das so zugeschrieben wird.“ (I 10, 786-790)
- E253 „Ja, wichtig ist halt der Kontakt. Der Kontakt zu den Bewohnern und auch zu den Angehörigen, wenn es irgendwas gibt und vor allen Dingen auch die Rücksprache dann mit den Kollegen.“ (I 9, 162-164)
- E254 „Das macht das Ganze aus, und das ist das, und wenn das stimmt, kommt es auch beim Bewohner an. [...] und es geht nur in guter Zusammenarbeit, sonst erreichen sie nie die Bewohner, dass die sich wohlfühlen.“ (I 10, 535-551)
- E255 „[...] und das ist eigentlich das A und O bei uns, also wie gesagt, die Zusammenarbeit, wenn die nicht funktioniert [...].“ (I 10, 647-649)
- E256 „Ganz hohen Wert, diese Zusammenarbeit, was ich gesagt habe.“ (I 10, 755-756)
- E257 „Miteinander, das ist viel wert.“ (I 17, 467)
- E258 „Wir haben regelmäßigen Kontakt und die Hausärzte kommen vierwöchentlich und bei Bedarf, wenn irgendwas ist. Und ansonsten die Fachärzte, das ist Augenarzt, Neurologe die kommen im Quartal einmal und Orthopäden

werden von uns die Bewohner hingefahren und versorgt mit. Ich finde das sehr gut, denn gerade so der Kontakt auch zu den Ärzten. Wir haben ja auch viele multimorbide Bewohner, mit den Krankheiten und da ist eine gute Zusammenarbeit ist da auch da.“ (I 10, 62-67)

- E259 „Ja, wenn jemand zum Beispiel heute nicht so gut aufstehen kann und laufen kann, dass man dann merkt, oh der ist aber heute ein bisschen wacklig auf Beinen, da musst du mal gucken. Vielleicht sind das auch Medikamentennebenwirkungen, das kann ja auch sein, dass da vielleicht was runtergefahren werden muss. Da muss man dann mit dem Hausarzt, wenn das dann weiter so ist und man kann das ja dann irgendwann einschätzen, dadurch, dass man die Leute auch kennt, weiß man dann, oh das ist aber jetzt ganz untypisch oder das hat er öfter. Das weiß man dann auch und je nachdem kann man dann Rücksprache auch mit dem Hausarzt halten, wenn welche Veränderungen sind.“ (I 9, 169-176)
- E260 „Dass man untereinander, dass der eine das vom anderen auch weiß, was war. Dass man da einbezogen wird und nicht, der eine macht das so und der andere macht das so. Man soll dann schon so ein bisschen eine Linie haben, dass man weiß, aha, so das war und darauf muss ich Wert legen, das ist wichtig, darauf muss ich achten.“ (I 9, 164-167)
- E261 „Deswegen ist immer dieser Kreis, der ist so wichtig, dass die sich mitteilen und sagen, da stimmt irgendwas nicht. Aber wo dran sollen sie es denn merken, wenn sie ihn gerade erst so kennengelernt haben? Da muss wirklich immer auch die nächste Schicht, so dass einer dann sagt, mit dem ist irgendwas nicht in Ordnung oder was und schon kann man wirklich viele Probleme lösen.“ (I 10, 674-678)
- E262 „Und es ist auch wichtig in der Arbeit, dass man zusammenarbeitet. Nicht, dass hier nur einer sein Ding durchzieht, sondern dass man Hand in Hand, gerade der Beruf ist sowieso schwer genug, auch vom psychischen und körperlich her, dass man als Team viel bessere Lösungen findet.“ (I 9, 179-182)
- E263 „Ich teile das Frühstück aus, so dass ich mit jedem Bewohner auch Kontakt habe, nehme meine Medikamente mit, dadurch habe ich automatisch diesen Kontakt.“ (I 10, 11-13)
- E264 „Ja, morgens früh. Auf alle Fälle bei der Grundpflege, beim Lagern, also so, dass der Bewohnerkontakt immer erhalten bleibt und ich selber lege darauf auch sehr großen Wert.“ (I 10, 101-102)
- E265 „Also es wird auch Wert drauf gelegt, dieser persönliche Kontakt mit allen Bewohner.“ (I 10, 557-558)
- E266 „Und da muss man dann auch wirklich dieses Gespräch immer suchen, das ist unheimlich wichtig, dass man Kontakt zu den Bewohnern hat [...]“ (I 10, 622-624)
„[...] deswegen lege ich auch unheimlichen Wert darauf, wenn ich morgens früh so die Medikamente austeile, in jedem Zimmer auch drin gewesen zu sein. Das sind so Minuten, wo man auch diesen Kontakt hat.“ (I 10, 637-640)
- E267 „Die Leute haben eigentlich ein sehr großes Vertrauen und wenn jemand

- dann so Probleme oder so was hat, sagt er dann 'kann ich sie nachher mal sprechen' oder wir lösen das gleich, möglichst unter vier Augen, damit sie auch dieses Vertrauensverhältnis behalten." (I 10, 13-16)
- E268 „Sie hat Vertrauen zu mir. Wir kommunizieren dann auch rege, wie sie geschlafen hat, wer gestern zu Besuch war, also sie vertraut mir sehr viel an.“ (I 10, 119-120)
- E269 „Irgendwas stimmt doch nicht und dann gehe ich schon von alleine manchmal so hin und frage, haben sie Probleme oder irgendwas?“ (I 10, 643-645)
- E270 „Oder sie haben Schmerzmedikamente, die sie dafür kriegen können oder so, dass sie die dann erhalten, das sich auch die Leute trauen zu fragen ja. Hier ich habe Schmerzen im Knie, kann ich da mal was kriegen.“ (I 20, 457-460)
- E271 „Wenn man, wenn geklingelt wird und dort wird geklingelt und da wird geklingelt und man geht dann rein und sagt, warten sie mal einen kleinen Moment, ich bin in 10 Minuten bei Ihnen [...] Das ist dann schon, man versucht ja. [...] die warten dann schon drauf, dass dann eben um 6:45 Uhr gewaschen wird und wenn dann immer eine Störung ist und dann wird geklingelt und der andere klingelt und das muss man ja immer wieder denjenigen, wo man gerade ist bei der Grundpflege immer dann da stehen lassen und man muss ja dann auch immer weglaufen und muss zu den Bewohnern hin, der auch geklingelt hat. Das ist ja immer eine Störung und das wird immer nicht so gut angenommen. Wir haben zum Beispiel eine Bewohnerin, die ist 98 Jahre alt, ist auch noch vom Kopf her ganz klar. Und wenn man da zur Grundpflege ist und es klingelt oder es ist eine Störung, also dann wird sie eigentlich auch immer sehr böse und da muss man dann auch immer sehen, dass man dann auch immer ein bisschen schlichtet dann. Das kann dann sein, dass dann in der Grundpflege noch mal geklingelt wird und noch mal geklingelt wird und dass dann vielleicht drei- bis viermal eine Störung ist, nur alleine in der einen Grundpflege, die 20 bis 25 Minuten dauert. Und das ist dann immer ein bisschen problematisch. [...] da muss man dann immer sagen, ok, ich muss da jetzt erstmal hin, warten sie. Und das bringt immer so ein bisschen Unstimmigkeiten und das muss man dann auch gut händeln können. Man muss auch gut psychologisch dann auch noch da sein, also das ist dann immer schon problematisch.“ (I 13, 75-140)
- E272 „Also wir waschen erst unsere Bewohner und kommen da halt, Gott sei Dank, auch mal ein bisschen ins Gespräch mit denen, weil die brauchen das ja auch.“ (I 19, 9-10)
- E273 „Und sie kommen meistens aufs Gespräch, weil sie wollen gerne dann auch umsorgt sein, verstanden sein. Und die sind dann auch teils selber froh, wenn sie sich Wohlfühlen können. Sie merken ja selber, wenn sie dann unzufrieden sind [...]“ (I 10, 645-647)
- E274 „Die [Bewohner: Anm. d. Verf.] fragen nach allen, die mal weg sind, die frei haben. Das ist schon wie so eine Familie, das stärkt das schon, auch die Feste feiern, das gehört zum Alltag alles mit dazu. [...] Wenn ich das mit dem Krankenhaus vergleichen darf mal, im Krankenhaus lerne ich Leute kennen

für eine kurze Zeit. Hier lerne ich sie kennen und begleite die eigentlich bis ans Ende. Und das ist eine Verbindung, die ist eigentlich nicht ersetzbar. Da möchte man schon, dass die sich wohlfühlen. Und es ist ein unheimlicher Vertrauensvorschuss.“ (I 10, 562-569)

E275 „[...] wir haben nun alles ermöglicht. Auch dass sie einen Rollstuhl hatte, dass sie mit ihr raus fahren konnte, dass sie mit ihr ein bisschen persönlich irgendwo in einer Ecke sprechen konnte oder im Zimmer ein bisschen was Annehmliches, Kuchen mit hingestellt, dass sie mit ihr zusammen Kaffee trinken kann.“ (I 10, 706-709)

E276 „Wobei ich muss auch sagen, wenn man so lange in so einem Haus ist, man hat zu den Bewohnern, man hat manchmal so, sage ich manchmal ein besseres Verhältnis als wie man zu seiner Oma hatte. Weil man ja jeden Tag hier ist, das ist schon. Oder wenn einer verstirbt, das geht einem schon nahe, man hat viele Leute 10 Jahre, 15 Jahre und das ist schon keine, wie soll ich sagen, das ist keine Atmosphäre, wo da eine Wand dazwischen ist, das ist schon eine persönliche Atmosphäre.“ (I 12, 179-184)

E277 „Wir haben einen guten Kontakt, ein gutes Verhältnis zueinander und ja wir kommen ganz gut zurecht. Dadurch, dass man dann die Bewohner auch kennt, da weiß man, wie man sie zu nehmen hat auch, wie man auf sie zuzugehen hat, und dann klappt das eigentlich auch ganz gut.“ (I 9, 71-74)

E278 „Es gibt hier keinen Bewohner, der jetzt früh sich sträubt oder, oder so traurig ist, oder gewalttätig ist oder irgend so was. Das kenne ich hier eigentlich nicht.“ (I 20, 317-319)

E279 „Ich habe auch Bewohner, die ich kenne, wo ich dann auch sage, komm meine Gute, jetzt setzen wir uns mal schön hin, das sage ich dann auch, weil man sich einfach zu lange kennt oder das ist nun mal so. Oder die dann auch sagen, wenn ich sage, ich gehe in den Urlaub, oh schade, wann kommst du denn wieder? Das ist eben, weil man sich so lange kennt [...]“ (I 12, 184-187)

E280 „Aber es gibt eben auch Heimbewohner, die legen auch Wert darauf, dass das gleich gemacht wird oder so. Das weiß man aber dann. Also die, die hier ständig arbeiten, die wissen das. Wenn jetzt mal andere zwischenzeitlich da sind, na ja die wissen das halt nicht [...]“ (I 20, 72-74)

E281 „Die Wünsche von den Bewohnern mitberücksichtigen. Der eine ist religiös, der andere möchte das nicht.“ (I 10, 564-565)

E282 „[...] versucht, darauf einzugehen auf die Heimbewohner. Ja, was haben die früher gern gemacht, es sind ja auch viele Angebote jetzt da.“ (I 14, 366-368)

E283 „Aber ansonsten denke ich, versuchen wir schon unser Möglichstes zu machen. Dass man auch guckt, was sie gerne benutzen, dass man das realisiert und die Gewohnheiten halt übernimmt.“ (I 21, 148-150)

E284 „Ich weiß ja nicht, was in Zukunft so auf einen zukommt, was so alles gefor-

dert wird. Da kann noch einiges kommen. Bis es vielleicht wirklich nicht mehr geht.“ (I 5, 277-279)

- E285 „Oder, wenn es heißt, Mensch kommen sie aber mal schnell zu meiner Mutter und man hat im anderen Zimmer vielleicht einen Notfall, diese Rücksichtnahme, die fehlt auch manchmal. [...] das ist im Alter dann so, dass man dann denkt, so jetzt möchte ich aber meinen Tee, ist doch egal, ob der jetzt auf Toilette sitzt. Ja und so gibt es auch Angehörige, die da nicht so die Zeit haben, nicht so drauf Rücksicht nehmen, dass vielleicht auch andere Leute da sind, die vielleicht noch mehr Hilfe brauchen.“ (I 9, 377-387)
- E286 „Das ist eigentlich ein bisschen schade dann. Das macht die Krankheit halt aus. Muss man auch akzeptieren, dass es das gibt. Immer wieder versuchen, entgegenzuwirken und das Beste draus zu machen für die Bewohner.“ (I 8, 187-189)
- E287 „Sie hat auch die Pflege zu Hause aufgeben müssen selber, weil sie es nicht mehr geschafft hat, mit dem Problem zurechtzukommen, ihrer Mutter keine Freude mehr bereiten zu können. [...] Das war zum Beispiel, wenn man so selber nicht merkt, man muss für sich selber dann mal, dieses Gefühl, sie ist auch zufrieden, sie freut sich, wenn sie es auch nicht zeigen kann. Das war schwer, das zu lernen und zu akzeptieren.“ (I 10, 693-701)
- E288 „Aber ich glaube wirklich eine Heimat geben kann man nicht, also glaube ich nicht, dass man dieses Ziel überhaupt erreichen kann. Ich meine, wir stellen uns ja solche Ziele, aber dass man dieses Ziel überhaupt erreichen kann, glaube ich nicht. [...] Also ich glaube es nicht wirklich, dass man das schafft.“ (I 16, 205- 214)

Transkriptionsregeln

[..]	kurze Pause
(...)	längere Pause
„...“	dialogische Rede
(.....?)	unverständliche Äußerung
/	Satzabbruch
Hmh	Bestätigung
Hmm	Zeichen der Aufmerksamkeit
<paraverbale Äußerung<	zum Bsp. <lacht<, <hustet<
((Ereignis))	nicht sprachliche Handlung zum Bsp. ((schweigen))

Anhang D: Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer, als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Dingelstädt, den 18.11.2018

.....

Sandra Althaus

Anhang E: Erklärung über frühere Promotionsversuche

Diese Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Frühere Promotionsversuche wurden von mir nicht unternommen.

Dingelstädt, den 18.11.2018

.....

Sandra Althaus