



»Pflegebedürftig« in der »Gesellschaft« p Tagung vom 26.–28. März 2009  
in Halle (Saale)

**Menschenwürdige Pflege und Versorgung - Kriterien,  
Methoden und Ergebnisse qualitativer Fallstudien in  
stationären Pflegeeinrichtungen**

*Josefine Heusinger*

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG  
ISSN 1610-7268

**18**

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X 2<sub>ε</sub> in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 2. Juli 2009p

#### IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens  
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail [gero.langer@medizin.uni-halle.de](mailto:gero.langer@medizin.uni-halle.de)

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610–7268

Alle Rechte vorbehalten.p

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Was heißt gute Qualität in Pflege und Versorgung?</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Methoden</b>	<b>8</b>
3.1	Hauseindruck . . . . .	8
3.2	Interviews . . . . .	8
3.3	Teilnehmende Beobachtungen . . . . .	9
3.4	Dokumentenanalysen . . . . .	12
3.5	Befragung der MitarbeiterInnen zum Belastungserleben . . . . .	12
3.6	Bewohnerorientiertes Management . . . . .	20
<b>4</b>	<b>Diskussion</b>	<b>21</b>
	<b>Literatur</b>	<b>22</b>

## Zusammenfassung

Beispiele für »Gute Praxis in Pflege und Versorgung« in stationären Pflegeeinrichtungen zu finden und im Hinblick auf ihre Hintergründe und Voraussetzungen zu analysieren, war Auftrag des IGF e. V. im Rahmen des BMFSFJ-geförderten Forschungsverbundes MuG IV – Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Pflegeeinrichtungen (2005-2008). Die Kriterien der Qualitätsbewertung orientierten sich an Fragen der Menschenwürde und Bewohnerorientierung, wie sie in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zusammengefasst sind, sowie an den Ergebnissen eines Expertenworkshops mit alten Menschen, der zu Beginn des Projektes durchgeführt wurde. Weiterer Maßstab war der aktuelle Stand der Pflegewissenschaft, dargestellt u. a. in den Expertenstandards.

Für die Fallstudien wurden auf Basis der von tns Infratest Sozialforschung erhobenen repräsentativen Daten bundesweit acht stationäre Pflegeeinrichtungen ausgewählt, bei denen eine beispielhafte Versorgungsqualität zu erwarten war. Indikatoren für die engere Auswahl waren u. a. Bezugspflege, Beschäftigungsangebote, Konzepte für Angehörigen- und Ehrenamtsarbeit, ein funktionierender Heimbeirat sowie die Einführung von Expertenstandards.

In den ausgewählten Einrichtungen begleiteten wir den Pflegealltag in ausgewählten Wohnbereichen über mehrere Tage teilnehmend und sprachen mit Pflegepersonal, Bewohnerinnen und Bewohnern. Wir führten Interviews mit Führungskräften, Angehörigen, Heimbeiräten, ehrenamtlichen Freiwilligen, machten Mitarbeiterbefragungen zur Belastung und Dokumentenanalysen.

Die Ergebnisse liefern eine Fülle guter Einzelbeispiele in allen Bereichen von Pflege und Alltagsgestaltung. Sie zeigen jedoch auch, dass konsequentes Ringen um gute Praxis parallel in vielen Bereichen der Pflege und Versorgung nur zum Erfolg führen kann, wenn

dies vom Management aktiv unterstützt wird. Zentral sind u. a. transparente Kommunikationsprozesse, in die bis hin zu den BewohnerInnen alle eingebunden sind, echte Gestaltungsspielräume und Kreativität beim Mobilisieren von Ressourcen. Andernfalls beschränkt sich gute Qualität auf einzelne Bereiche, in denen engagierter Akteurinnen und Akteure die Initiative ergreifen.

---

---

## Quality Care for the Elderly: Case Studies in Nursing Homes

### Abstract

The quality of care in nursing homes remains the subject of heavy criticism. In qualitative case studies IGF e.V. sought examples of good practice and analysed the contributing factors. The assessment of quality was based on criteria of humane, resident-centred care as described in the Charter of Rights for People in Need of Long-term Care and Assistance, on the results of a workshop with elderly people conducted by the researchers, and on the latest standards and research in nursing theory.

Eight German nursing homes where an exemplary quality of care could be expected were selected for case studies, on the basis of criteria including primary nursing, activities, concepts for work with relatives and volunteers, a functioning residents' committee and the implementation of expert standards.

In the selected nursing homes we followed day-to-day activities in selected groups over a period of several days and spoke with staff and residents. We interviewed managers, relatives, residents' representatives and volunteers, surveyed staff on workload and stress and analysed documents.

The results provided a wealth of examples of good practice in all fields of care and daily routines, but also showed that efforts to implement good practice need the active support of management if they are to bear fruit. Central factors include transparent communication processes involving all residents, possibilities for real influence, and creativity in mobilising resources. Otherwise good quality is restricted to specific areas where committed individuals seize the initiative.

---

---

### Schlagworte

- Pflege
- Qualität
- Menschenrechte
- Management
- Partizipation
- care
- quality
- management
- human rights
- participation

---

## Über die Autorin

Dr. Josefine Heusinger ist Vorstandsmitglied im Institut für Gerontologische Forschung e.V. Berlin, Diplom Soziologin, Krankenschwester, Casemanagerin (DGS, DBSH, DBfK), Lehrbeauftragte an verschiedenen Fachhochschulen, Arbeitsschwerpunkte: Versorgungsforschung, Soziale Gerontologie, Soziale Ungleichheit, Gesundheitsförderung/Prävention, qualitative und partizipative Methoden

---

## 1 Einleitung

Die stationäre Pflege alter Menschen in Deutschland genießt keinen guten Ruf. Dennoch ist das Pflegeheim demografiebedingt für eine kontinuierlich wachsende Zahl alter Menschen der Ort, an dem sie ihre letzte Lebensphase verbringen<sup>1</sup>. Die Frage der Versorgungsqualität stellt sich daher mit anhaltender Dringlichkeit. Vor diesem Hintergrund hat das Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF e. V.), Berlin, qualitative Fallstudien zu guter Praxis in Pflege und Versorgung in Pflegeheimen durchgeführt.<sup>2</sup> Ziel war es, gelingende Beispiele guter Versorgung unter ortsüblichen Rahmenbedingungen zu beschreiben und zu analysieren, was ihre Voraussetzungen sind. Ausgangspunkt der Betrachtung war die Orientierung an den Interessen und Rechten der BewohnerInnen, wie sie u. a. in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen<sup>3</sup> formuliert sind.

Zu Beginn des Projektes wurden vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes und eines Expertenworkshops mit alten Menschen Kriterien für die Beurteilung der Versorgungsqualität entwickelt. In der empirischen Untersuchung galt es dann zu klären, wie es in den untersuchten Häusern gelingt eine optimale Versorgung unter den gegebenen Rahmenbedingungen zu gewährleisten und auf welchen Strategien, Ideen, Konzepten sie beruht.

Die im vorliegenden Kontext nur in Ausschnitten vorgestellten Ergebnisse<sup>4</sup> zeigen viele beeindruckende Beispiele guter Praxis, hinter denen überall engagierte und motivierte Menschen stehen. Damit sie jedoch nicht nur punktuelle Highlights bewirken, sondern als ineinandergreifende Rädchen zu einem positiven Ganzen beitragen, bedarf es – so ein zentrales Ergebnis unserer Studie – einer systematischen Steuerung durch das Management.

## 2 Was heißt gute Qualität in Pflege und Versorgung?

Um diese Frage zu beantworten, führten wir zu Beginn des Projektes zunächst einen Expertenworkshop mit sieben Menschen durch, von denen einige bereits in Heimen wohnten und dort teils im Heimbeirat engagiert waren, sowie einem Angehörigen und einer selbst nicht mehr ganz jungen Heimfürsprecherin. Für die Untersuchung ergaben sich daraus zwei besonders wichtige Qualitätskriterien: Große Sorge besteht bei den (potenziellen) HeimbewohnerInnen um den Kontakt zu den alten FreundInnen, NachbarInnen, Angehörigen. Es ist eine schlimme Erfahrung bzw. bedrohliche Befürchtung für die alten Menschen, durch den Umzug ins Heim von den oft ohnehin ausgedünnten

---

<sup>1</sup>Schneekloth/Wahl (2009), S. 9, Schneekloth (2009) in: dies., S. 90ff.

<sup>2</sup>»Fallstudien zur Qualität von Pflege und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen«, durchgeführt im Auftrag des BMFSFJ im Rahmen des Forschungsverbundes Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen – MuG IV (tns-Infratest Sozialforschung München, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik Köln, IGF e. V. Berlin) 2005–2008.

<sup>3</sup>BMFSFJ/BMG (Hg.) (2006)

<sup>4</sup>Der Gesamtbericht zum Projekt MUG IV ist veröffentlicht: Schneekloth,/Wahl (Hg.) (2009).

sozialen Kontakten abgeschnitten zu sein. Ob und wie HeimbewohnerInnen dabei unterstützt werden, soziale Beziehungen innerhalb und außerhalb der Einrichtung zu pflegen und zu knüpfen, ist daher eine wichtige Qualitätsfrage aus Sicht der Betroffenen.

Die andere vielfach geäußerte Befürchtung bezieht sich auf den Verlust der eigenen Identität. Niemand möchte von der Lehrerin, Mutter, Tierfreundin usw. zum »Schlaganfall aus Zimmer 4« oder vom Malermeister Meier, Motorradfahrer und leidenschaftlichen Kleingärtner zu »Herrn Meier aus der 8« werden. Die eigene Lebensleistung, die Biografie und die Individualität scheinen durch das Leben im Heim bedroht. Ihre Wertschätzung wurde daher zu einem weiteren wichtigen Kriterium in unserer Untersuchung.

Zur Festlegung weiterer Untersuchungsbereiche und Kriterien arbeiteten wir den aktuellen Forschungsstand in Pflegewissenschaft, Menschenrechtsfragen, Geschlechtergerechtigkeit, Arbeitszufriedenheit, Zusammenarbeit mit Angehörigen und Freiwilligen, Einrichtungsmanagement usw. auf.<sup>5</sup> Vor diesem Hintergrund sollten die Fallstudien Antwort auf die Forschungsfragen geben,

- ob und wie den BewohnerInnen und Bewohnern Gelegenheit zur Teilhabe an den sie betreffenden Entscheidungen gegeben wird und inwieweit ihre Individualität und eigene Alltagsgestaltung gefördert werden,
- ob nach Bezugspflege oder vergleichbaren Konzepten gepflegt wird, die eine verbindliche Beziehung bestimmter Pflegekräfte zu bestimmten Pflegebedürftigen vorsehen,
- wie Angehörige und Ehrenamtliche einbezogen werden,
- wie der Heimbeirat gewählt wird, zusammengesetzt ist und arbeitet,
- ob und wie die vorliegenden Expertenstandards Dekubitus und Sturz in der Pflege eingeführt bzw. umgesetzt werden und wie eine gute Ernährung der Bewohnerinnen und Bewohner gesichert wird,
- welche Angebote zur Aktivierung und Rehabilitation der Bewohnerinnen und Bewohner bestehen und
- wodurch Belastungen für Pflegekräfte verstärkt oder gemindert werden.

Zur Beantwortung dieser Fragen konzentrierten wir uns auf die Untersuchung

- des Pflegealltags und Tagesablaufs,
- der Beschäftigungsmöglichkeiten,
- der schriftlichen Pflegekonzepte und ihrer Umsetzung in der Praxis,
- der Konzepte und Praxis der Biografiearbeit,

---

<sup>5</sup>Eine Liste der dabei verwendeten Literatur findet sich im Anhang des vollständigen Abschlussberichtes zum Teilprojekt des IGF e. V., vgl. [www.igfberlin.de](http://www.igfberlin.de).

- der Ernährung und
- der Dekubitus- und Sturzprophylaxe,
- der Heimbeiratsarbeit und
- des Akteursmix aus BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Angehörigen und Freiwilligen.

### 3 Methoden

Bei den Fallstudien kam ein qualitativer Methodenmix zum Einsatz, dessen Kernstück teilnehmende Beobachtungen waren, die auf unterschiedliche Weise dokumentiert wurden. Im folgenden werden die einzelnen Elemente vorgestellt und – im Hinblick auf die nötige Knappheit der Darstellung im vorliegenden Kontext – kritisch gewürdigt. Alle Instrumente wurden einem vorgeschalteten Pretest in einer Einrichtung unterzogen, die nicht zu den ausgewählten Häusern gehörte.

#### 3.1 Hauseindruck

Bei der Begehung der untersuchten Einrichtungen wurden vielfältige Details zur Lage der Einrichtung im Ort und zu ihrer Umgebung, zur Inneneinrichtung, der Aufteilung der Wohn- und Funktionsbereiche, zu Gerüchen und Geräuschen, Beleuchtung, Sicherheit und Barrierefreiheit usw. erhoben und in einer Checkliste zum Hauseindruck dokumentiert. Diese Checkliste gibt weiterhin Auskunft über Räume und Angebote für Beschäftigung und sportliche Betätigung, Unterstützungsangebote zum Verlassen des Hauses usw.

#### 3.2 Interviews

Bei allen Fallstudien sprachen wir zur (organisatorischen) Vorbereitung zunächst telefonisch mit den Heimleitungen. Zu Beginn der Erhebung vor Ort führten wir Interviews mit diesen oder den jeweiligen Pflegedienstleitungen durch. Diese Interviews zielten nicht nur darauf, Informationen über die Einrichtung und den Stand des Qualitätsmanagements zu erhalten, sondern auch den Führungsstil und die subjektive Einschätzung von Stärken und Schwierigkeiten der Einrichtung zu bekommen. Weitere Frageschwerpunkte lagen auf der Auswahl und Qualifizierung von MitarbeiterInnen, der Einschätzung ihrer Belastung, der Arbeitsorganisation sowie der Zusammenarbeit mit Angehörigen, freiwillig Engagierten und dem Heimbeirat.

Den interviewten Führungskräften oblag schließlich auch die Auswahl des Wohnbereiches, in dem die teilnehmenden Beobachtungen durchgeführt wurden. Als Auswahlkriterium hatten wir lediglich angegeben, dass wir gerne den ihrer Ansicht nach besten Wohnbereich kennen lernen würden, der nicht auf bestimmte Bewohnergruppen spezialisiert sei.



In dem ausgewählten Wohnbereich führten wir ebenfalls anhand eines Leitfadens Interviews mit den jeweiligen Wohnbereichsleitungen, um den Wohnbereich, seine alltäglichen Abläufe und Besonderheiten kennen zu lernen. Neben diversen Fakten gaben uns diese Interviews Hinweise über die Beziehungen zu Angehörigen und Ehrenamtlichen sowie die der Pflegebedürftigen untereinander und über Erfahrungen und Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung der Expertenstandards im Pflegealltag.

In allen Einrichtungen führten wir zudem leitfadengestützte Interviews mit einem/einer BewohnerIn, der/die Mitglied des Heimbeirates war. Bei diesen Gesprächen ging es darum, Motivation und Barrieren für ein solches Engagement in Erfahrung zu bringen, die jeweils tatsächlich gelebte Praxis der Heimbeiratsarbeit kennen zu lernen und Möglichkeiten für einen gelingenden Informationsfluss zwischen Heimleitung und Heimbeirat einerseits, dem Heimbeirat und den BewohnerInnen andererseits kennen zu lernen.

Die Interviews erfolgten anhand von Leitfäden. Sie wurden mit Einverständnis der Befragten aufgezeichnet und themenzentriert ausgewertet.

Während der Erhebungen vor Ort ergaben sich schließlich noch etliche Gespräche mit MitarbeiterInnen von Hauswirtschaft, Sozialdienst und Ergotherapie sowie mit Angehörigen und Ehrenamtlichen und deren (z. T. gewählten) Sprecherinnen oder Sprechern. Diese Gespräche wurden teils aufgezeichnet, teils schriftlich protokolliert.

### 3.3 Teilnehmende Beobachtungen

Mit den bis hierher beschriebenen Methoden konnten wir viele interessante Fakten sammeln. Wie das Leben im Heim aus Sicht der vielen und verschiedenen dort wohnenden alten Menschen aussieht, ließ sich so jedoch noch nicht erheben. Mit den aus vorhergehenden Untersuchungen<sup>6</sup> bewährten teilnehmenden Beobachtungen in Pflege- und Alltagssituationen wurden diese Fragen untersucht. Sie erfolgten in der Regel über drei aufeinanderfolgende Tage im ausgewählten Wohnbereich durch jeweils zwei Mitarbeiterinnen des IGF<sup>7</sup>. Voraussetzung waren in jeder Situation die Aufklärung und Zustimmung der jeweils betroffenen Pflegebedürftigen.

Die teilnehmenden Beobachtungen gliederten sich in

- durch Dokumentationsbögen strukturierte Beobachtungen von Situationen der Körperpflege und des Essens,
- die strukturierte Beobachtung der Dienstübergaben,
- die Beschreibung der Atmosphäre im Wohnbereich zu den verschiedenen Tageszeiten sowie

---

<sup>6</sup>Belastungskonfigurationen und Empfehlung zur Weiterentwicklung der Hilfen. Ergebnisse von Fallstudien im Projekt Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen – MuG II (Untersuchung des IGF e.V. gefördert vom BMFSFJ 1994-1998); Bewohnerorientierte Qualifizierung von MitarbeiterInnen der Altenpflege. Schulung der kommunikativen Kompetenz und Evaluierung ihres Erfolgs (Untersuchung von Heinemann & Partnerinnen gefördert vom BMFSFJ 1999–2001)

<sup>7</sup>Alle hierfür eingesetzten Mitarbeiterinnen hatten vorab an einer ausführlichen Schulung teilgenommen, um einen einheitlichen Umgang mit den Instrumenten zu gewährleisten.

- Begleitungen bei Beschäftigungsangeboten im Wohnbereich und im Haus.
- Ergänzend wurden jeweils eine Bewohnerin oder ein Bewohner, die schwerst pflegebedürftig und (weitgehend) bettlägerig waren, und eine oder einer, die recht mobil und zum selbständigen Verlassen des Wohnbereichs in der Lage waren, über mehrere Stunden begleitetet.

Die Auswahl der Situationen für die teilnehmenden Beobachtungen von Essen und Körperpflege erfolgte unter dem Gesichtspunkt, möglichst allen diensthabenden Pflegekräften beim Umgang mit den Pflegebedürftigen zugesehen zu haben. Die Beobachtungen von Essen und Körperpflege wurden auf gesonderten Erhebungsbögen dokumentiert. Auf einer Skala von »trifft vollkommen zu« (++) bis »trifft überhaupt nicht zu« (-) waren Aussagen zu verschiedenen Aspekten zu bewerten. Einheitlich waren Items zur Beurteilung der Bewohnerorientierung, die vor allem auf die in der Kommunikation zum Ausdruck kommende Wertschätzung der Individualität, das individuelle und biografische Wissen und die Förderung der Selbstbestimmung abstellen. Auch der Umgang mit dem erwarteten Konflikt zwischen Ablaufroutinen und Interessen der einzelnen alten Menschen konnte hier bewertet werden.

Mit den Items, die sich auf die Esssituationen bezogen, wurden einerseits die Reaktionen der Bewohnerin oder des Bewohners, z. B. das mehr oder weniger genussvolle Essen, andererseits auch die Angemessenheit der angebotenen Auswahl und Unterstützung sowie des Ambientes erhoben.

Im Rahmen der Körperpflege zielte der Erhebungsbogen auf den Umgang mit der Intimsphäre, die Förderung der Selbständigkeit im Sinne von Aktivierung und Rehabilitation und auf die Berücksichtigung individueller Wünsche und Gewohnheiten.

Die teilnehmende Beobachtung im Pflegealltag war das Kernstück der Fallstudien, weil sich letztlich erst im tatsächlichen Pflegealltag zeigt, ob und wie all die wohlklingenden Leitbilder und Vorsätze praktisch umgesetzt werden. Naheliegend wäre die Befürchtung, dass viele Pflegebedürftige einer teilnehmenden Beobachtung, zumal bei der Körperpflege, nicht zustimmen. Dies traf aber nur wenige Male zu und wurde dann selbstverständlich respektiert. Weiterhin könnte sozial erwünschtes Verhalten der Pflegekräfte die Ergebnisse verzerren. In den ersten Stunden waren einige MitarbeiterInnen auch tatsächlich gehemmt, was sich z. B. in geschraubter Sprache oder auch durch völliges Verstummen ausdrückte. Diese anfänglichen Widerstände verloren sich durch den relativ langen Beobachtungszeitraum von drei Tagen und weil die Pflegekräfte das ernsthafte Bemühen anerkannten, ihren Arbeitsalltag, ihre Leistungen und Probleme wirklich im Detail kennen zu lernen. Für uns teilweise überraschend war die Selbstverständlichkeit, mit der auch Pflegefehler, rauher Umgang mit den alten Menschen und immer wieder ein wenig bewohnerorientiertes, strenges Ablaufkorsett vor unseren Augen stattfanden. Gelegentliche vorsichtig-kritische Nachfragen unsererseits wurden in der Regel mit verständnislosen Verweisen auf Sachzwänge beantwortet.

Das wachsende Vertrauen in die Mitarbeiterinnen des IGF verstärkte gegen Ende der Beobachtungszeit oft das Mitteilungsbedürfnis sowohl der BewohnerInnen als auch der Pflegenden. Die Forscherinnen wurden manchmal fast aus der Rolle der »neutralen

Beobachterin« in die einer »Beschwerde- und Absolutionsinstanz« gedrängt. Eine längere teilnehmende Untersuchungsphase wäre daher nicht hilfreich gewesen.<sup>8</sup>

Eine der zentralen Voraussetzungen für gute Pflege- und Versorgungsqualität ist eine funktionierende Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Die Dienstübergaben, bei denen sich die Pflegekräfte der verschiedenen Schichten über die Befindlichkeiten der pflegebedürftigen Menschen in ihrem Wohnbereich und die Arbeitsorganisation austauschen, bilden hier gleich mehrere Ebenen ab. Einerseits spiegeln sich in dem dort gepflegten Ton der Pflegekräfte ihre Sicht auf die BewohnerInnen und ihre Haltung ihnen gegenüber wider. Die Dokumentationsbögen für die teilnehmende Beobachtung bei den Übergaben enthielten daher viele Items, die sich auf die Art der Kommunikation über die BewohnerInnen beziehen, z. B. ganzheitlich, wertschätzend, individuelle Kenntnisse erkennen lassend. Andererseits zeigt sich bei den Übergaben auch der Umgang der Pflegekräfte miteinander, auf dessen Beschreibung weitere Items zielten: Werden Schwierigkeiten offen angesprochen und wird gemeinsam nach Lösungen gesucht, dabei vielleicht sogar Potenziale von Angehörigen oder freiwillig Engagierten einbezogen? Ist ein gleichmäßiger Informationsstand gewährleistet? Werden Arbeitsaufträge verbindlich verteilt, übernommen, überprüft? Wie viel Verantwortung und Handlungsspielräume bekommen die Einzelnen?

Weiterhin ereignen sich in drei Beobachtungstagen in einem Wohnbereich zwischen dem Beginn des Frühdienstes und dem Ende des Spätdienstes zahllose kleine Begebenheiten wie Besuche von Angehörigen, Ärzten, Therapeuten, Konflikte zwischen den dort wohnenden Menschen. Die Klingel, Telefonläuten, Gespräche und Gelächter, Weinen, Streitgespräche, Gesang oder drückende Stille sind auf den Fluren wahrzunehmen. Diese vielfältigen Beobachtungen wurden in Feldtagebüchern festgehalten. Auf die gleiche Weise wurden Beschäftigungsangebote beschrieben, die von BewohnerInnen des beobachteten Wohnbereichs genutzt wurden.

Vor dem Hintergrund der Beobachtungen des ersten Tages wählten die Forscherinnen jeweils zwei BewohnerInnen aus, die sie (überwiegend vom morgendlichen Erwachen an) für einige Stunden begleitend beobachteten. Ziel war es, die Versorgungsqualität einerseits aus Sicht von immobilen Schwerstpflegebedürftigen, andererseits aus der von mobilen Pflegebedürftigen zu betrachten.

Diese Beobachtungsform hat sich sehr bewährt, weil sie anders als die teilnehmenden Beobachtungen bestimmter Pflegesituationen, bei denen nacheinander verschiedene Pflegekräfte begleitet werden, bewohnerzentriert erfolgt. Sie verfolgt den Alltag einzelner Betroffener und kann Unterschiede in den Qualitätsanforderungen von mobilen, kommunikationsfähigen und entsprechend eingeschränkten pflegebedürftigen alten Menschen aufdecken. Anders als bei standardisierten mündlichen oder schriftlichen Befragungen von HeimbewohnerInnen besteht bei dieser Untersuchungsmethode nicht das Problem

---

<sup>8</sup>Während der Beobachtungen in den Einrichtungen beschränkten wir uns auf die neutrale wissenschaftliche Dokumentation auch von Situationen, in denen die Interessen und Rechte der BewohnerInnen keine Berücksichtigung fanden und die sich teils in Konflikten in den Teams widerspiegeln. Die Einrichtungsleitungen bekamen jedoch nach Abschluß der Untersuchung jeweils ein internes, differenziertes Feed-Back, in dem u. a. diese Vorkommnisse und Probleme angesprochen wurden, soweit das ohne Nennung von Namen möglich war.

des geduldigen Zustimmens zum als unabänderlich Empfundenen, das oft als Beleg für die hohe »Kundenzufriedenheit« genannt wird.<sup>9</sup> Der Alltag vor allem der mobileren alten Menschen veränderte sich allerdings möglicherweise auch durch die Begleitung, weil es im Laufe des Tages natürlich zu zum Teil auch sehr persönlichen und intensiven Gesprächen mit den Forscherinnen kam.

### 3.4 Dokumentenanalysen

Die Arbeit einer stationären Pflegeeinrichtung ist in sehr vieler Hinsicht schriftlich dokumentiert, so dass zahlreiche schriftlich fixierte Informationen zugänglich sind. Grundsätzlich ist bei der Bewertung dieser Informationen aus schriftlichen Dokumenten eine gewisse Vorsicht geboten, da sie nicht unbedingt den gelebten Alltag bzw. das tatsächlich Geleistete wiederspiegeln müssen. In Kombination mit den anderen Untersuchungsmethoden und angesichts der Tatsache, dass Pflegedokumentationen und Qualitätsunterlagen auch für die Prüfungen des Medizinischen Dienstes und der Heimaufsicht vorgelegt werden müssen, erwarteten wir dennoch aussagekräftige Ergebnisse.

Mit der Analyse von mindestens je fünf Bewohnerakten aus den untersuchten Wohnbereichen sollte geprüft werden, inwieweit die als Maßstäbe guter Praxis zugrunde gelegten Expertenstandards und Ernährungsempfehlungen im Hinblick auf die Dokumentation eingehalten werden. Dabei ging es vor allem um regelmäßige bzw. angemessene Risikoinschätzungen, aktuelle und individuelle Maßnahmeplanungen, -durchführungen und -dokumentationen, die Beteiligung der Betroffenen und – mit ihrer Zustimmung – der Angehörigen daran. Genauer gelesen wurden schließlich auch die Angaben zur Biografie der BewohnerInnen und zu ihrem sozialen Netzwerk, die als Beleg für eine gute Biografiearbeit gelten können.<sup>10</sup>

### 3.5 Befragung der MitarbeiterInnen zum Belastungserleben

Belastungen für die MitarbeiterInnen in stationären Pflegeeinrichtungen entstehen in unterschiedlichen Bereichen. Ergänzend zu den Beobachtungen im Pflegealltag und den aus den Gesprächen mit den Pflegekräften gewonnenen Informationen wurden an alle MitarbeiterInnen des untersuchten Wohnbereiches bereits erprobte Fragebögen verteilt.<sup>11</sup> Die schriftliche Befragung ergab zwar überwiegend einen guten Rücklauf, als problematisch erwies sich jedoch die Auswertung vor dem Hintergrund insgesamt niedriger Fallzahlen und großer individueller Unterschiede im berichteten Belastungserleben der Pflegekräfte des gleichen Wohnbereiches.

#### *Sample*

Für die qualitativen Fallstudien des IGF e. V. wurden auf Basis der von tns Infratest Sozialforschung erhobenen repräsentativen Daten<sup>12</sup> bundesweit acht stationäre Pflegeein-

<sup>9</sup>Vgl. Kelle, Udo/Niggemann, Christiane (2002), S. 128f

<sup>10</sup>Um die Vergleichbarkeit der Akten aus verschiedenen Einrichtungen zu gewährleisten wurden für diese vier Bereiche ebenfalls Checklisten entwickelt.

<sup>11</sup>Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2003)

<sup>12</sup>»Fallstudien zur Qualität von Pflege und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen«, durchgeführt im Auftrag des BMFSFJ im Rahmen des Forschungsverbundes Möglichkeiten und Grenzen selbständi-

richtungen ausgewählt, bei denen eine beispielhafte Versorgungsqualität zu erwarten war. Indikatoren für die engere Auswahl waren u. a. Bezugspflege, Beschäftigungsangebote, Konzepte für Angehörigen- und Ehrenamtsarbeit, ein funktionierender Heimbeirat sowie die Einführung von Expertenstandards. Es wurde darauf geachtet, dass die Einrichtungen unterschiedlich groß waren, zu ortsüblichen Pflegesätzen mit dem entsprechenden Personalschlüssel arbeiteten, keine Modellprojekte und in unterschiedlicher Trägerschaft waren.

Tabelle 1: Überblick über die untersuchten Einrichtungen (\*gerundeter Tagessatz für Pflege und Hotelkosten)

Haus Nr.	Träger	Anzahl der BewohnerInnen	Pflegesatz PS II	Alte/neue Bundesländer
2	privat	51	76 €* <sup>*</sup>	alt
3	privat	125	60 €* <sup>*</sup>	neu
4	kommunal	122	87 €* <sup>*</sup>	alt
5	privat	110	74 €* <sup>*</sup>	alt
6	privat	56	76 €* <sup>*</sup>	alt
7	frei-gemeinnützig	74	76 €* <sup>*</sup>	alt
8	frei-gemeinnützig	42	84 €* <sup>*</sup>	alt
9	privat	40	65 €* <sup>*</sup>	neu

### *Ergebnisse*

Die folgende Darstellung der Ergebnisse konzentriert sich auf ausgewählte Aspekte, die besonders die eingangs genannten Kriterien der Bewohnerorientierung, Individualität und Unterstützung der Teilhabe erfüllen.

Die Auswertung der *Checklisten zum Hauseindruck* dokumentiert in allen Häusern Barrierefreiheit, gute Beleuchtung und eine liebevolle Gestaltung der Einrichtung. Keine der besuchten Einrichtungen hat jedoch einen für Kraft- und Balancetraining eingerichteten Raum oder Bereich. In einem Haus gibt es ein Fahrzeug, das es – sofern einer der Zivildienstleistenden diese Aufgabe übernehmen kann – einzelnen BewohnerInnen ermöglicht das Heim für Fahrten in die Stadt oder zu anderen Zielen in der Nähe zu verlassen. In einer Einrichtung werden die männlichen Bewohner gezielt mit Beschäftigungsangeboten angesprochen: Es gibt eine große Modellbahn, eine Skatrunde und eine Männergesangsgruppe.

Trotz der vielen und abwechslungsreichen Beschäftigungsangebote, die wir in den untersuchten Häusern gesehen haben, ist der Bereich der *Rehabilitation und Aktivierung* vor allem im Alltag der Wohnbereiche insgesamt noch ausbaufähig. Die Förderung der Selbständigkeit und das Training von Alltagsfähigkeiten stehen bei der Grundpflege und der Ernährung nicht im Vordergrund. Der Alltag vieler alter Menschen in den besuchten Einrichtungen ist von langen Phasen der Langeweile und des Herumsitzens oder –liegens gekennzeichnet, und dies um so mehr, je stärker ihre Einschränkungen sind. Wenige

---

ger Lebensführung in stationären Einrichtungen – MuG IV(tns-Infratest Sozialforschung München, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik Köln, IGF e. V. Berlin) 2005–2008.

Minuten der Aktivität pro Tag oder wenige Stunden pro Woche sind bei den meisten nicht ausreichend, um ihr Rehabilitationspotential auszuschöpfen. Dies wird verschärft durch die übereinstimmend von allen befragten Wohnbereichsleitungen in den *Interviews* als nicht ausreichend eingeschätzten ärztlichen Verordnungen von Physio- und Ergotherapie.

Die Auswertung der insgesamt 224 Beobachtungsbögen (100 Körperpflege, 124 Eßsituationen) der *strukturierten teilnehmenden Beobachtung* zeigt einen ganz überwiegend respektvollen Umgang der Pflegekräfte mit den BewohnerInnen. Die Gepflegten werden begrüßt, gesiezt und mit Nachnamen angesprochen oder sie duzen sich mit den Pflegekräften auf Basis einer engeren Beziehung im gegenseitigen Einvernehmen. Schwieriger wird es, wenn der geplante, routinierte Arbeitsablauf »gestört« wird, weil der Bewohner oder die Bewohnerin andere Interessen haben. Oft macht die Berücksichtigung dieser Interessen eine Veränderung des Ablaufes nötig, die immer Flexibilität, oft aber eben auch Zeit erfordert, die stets knapp ist. So ist es einerseits eine Herausforderung, die Bewohnerinteressen tatsächlich zu berücksichtigen, andererseits muß sich ernst genommene Bewohnerorientierung gerade in diesen kleinen Situationen zeigen, die den Alltag ausmachen. Diese Problematik spiegelt sich in der Bewertung des Items »Bewohnerinteressen haben für MitarbeiterIn Priorität vor Ablaufroutine« wider. Es wurde nur 67 von 162 mal positiv angekreuzt, in 95 Situationen mussten die Interessen der jeweiligen BewohnerIn hinter den Erfordernissen der Ablaufroutine zurückstehen (62 mal wurde »nicht beobachtbar« angegeben, weil es keinen erkennbaren Konflikt zwischen Ablaufroutine und Interessen der BewohnerInnen gab). Große Unterschiede zwischen Körperpflege und Essen gab es dabei nicht.

Tabelle 2: Auswertung Item »Bewohnerinteressen haben für MitarbeiterIn Priorität vor Ablaufroutine«

		Häufigkeit
Trifft vollkommen zu	1 ++	20
	2 +	47
	3 -	61
Trifft überhaupt nicht zu	4 --	34
Nicht beobachtbar		62
Gesamt		224

Ganz ähnlich sehen die Angaben bei dem Item »MitarbeiterIn fördert die Selbstbestimmung von BewohnerIn« aus. Auch hier stehen 85 Situationen, in denen die Selbstbestimmung aktiv gefördert wurde, 79 Beobachtungen gegenüber in denen das nicht geschah. Ein typischer und häufig wiederkehrender Grund für eine solche negative Bewertung ist das Auswählen der Kleidung durch die Pflegekräfte ohne Einbeziehung der BewohnerInnen, obwohl diese durchaus in der Lage wären ihre Vorstellungen zu äußern. Ähnliches läßt sich über die Mahlzeiten sagen, bei denen die BewohnerInnen nicht immer ermutigt werden, selbst auszuwählen, oder bei der Körperpflege, wenn z. B. das Waschen von Gesicht oder Händen nicht den BewohnerInnen selbst überlassen, sondern schnell von der Pflegekraft erledigt wird.

Tabelle 3: Auswertung Item »MitarbeiterIn fördert die Selbstbestimmung von BewohnerIn«

		Häufigkeit
Trifft vollkommen zu	1 ++	32
	2 +	53
	3 -	42
Trifft überhaupt nicht zu	4 --	37
Nicht beobachtbar		60
Gesamt		224

Der Vergleich der durchschnittlichen Bewertungen der genannten Items in den einzelnen Einrichtungen zeigt Unterschiede, die nicht nur auf die Unterschiede zwischen einzelnen MitarbeiterInnen zurückzuführen sind, sondern sich in das Gesamtbild der Ergebnisse der jeweiligen Häuser einfügen. So bestätigen sie die Annahme, dass Qualität auf der Mikroebene des Pflegealltags, auf der sich letztlich die Menschenwürde und die Bewohnerorientierung einer Einrichtung immer wieder neu beweisen müssen, kein Zufall ist. Sie ist offenbar beeinflussbar. Als wesentlich für eine durchgängig gute Versorgung haben sich in der vorliegenden Untersuchung einmal mehr Management und Führungsstil herausgeschält, auf die weiter unten eingegangen wird.

Tabelle 4: Einrichtungsvergleich Item »Bewohnerinteressen haben für MitarbeiterIn Priorität vor Ablaufroutine« (beste Bewertungsmöglichkeit 1,0, schlechteste 4,0)

Einrichtung	2	3	4	5	6	7	8	9
Durchschnitt	3,22	2,82	2,18	2,74	2,75	2,00	2,52	2,8
Streuung	1,0	0,7	1,0	0,7	1,0	0,7	1,0	0,8

Tabelle 5: Einrichtungsvergleich Item »MitarbeiterIn fördert die Selbstbestimmung von BewohnerIn (beste Bewertungsmöglichkeit 1,0, schlechteste 4,0)«

Einrichtung	2	3	4	5	6	7	8	9
Durchschnitt	2,81	2,43	1,83	3,00	3,55	2,00	2,15	2,74
Streuung	1,2	1,2	0,9	0,7	0,8	0,6	1,0	0,7

Da die Kommunikation mit und zwischen den BewohnerInnen sich nicht auf Essen und Körperpflege beschränkt, werden im folgenden noch einige der vielen guten Ideen und ermutigenden Beispiele für die Gestaltung der Interaktionen vorgestellt, die wir bei der teilnehmenden Beobachtung kennen gelernt haben.

Das Beispiel der Wohnbereichsleitung im Haus 8, die in ihrem Team sehr großen Wert auf genaue Kenntnisse der BewohnerInnen legt, zeigt, wie sich eine solche Haltung im Pflegealltag auswirkt: In 74% der 22 in dieser Einrichtung beobachteten Interaktionen bei Essen und Körperpflege kamen individuelle Themen zur Sprache, ein Wert der nur bei gutem individuellem Wissen zu erreichen ist. Die BewohnerInnen können in dieser Einrichtung damit rechnen auch in Routinesituationen als Individuen wahrgenommen

und angesprochen zu werden. Dazu trägt bei, dass bei den Übergaben biografische Informationen regelmäßig thematisiert werden.

Im Haus 3 lebt die Wohnbereichsleitung, die intensiv in der Pflege mitarbeitet, eine vorbildliche Kommunikation mit den bettlägerigen (dementiell erkrankten) BewohnerInnen vor. Ruhig, freundlich, mit viel Körperkontakt und vor allem geduldigem Warten auf eine Reaktion gelingt es ihr, diese schwerstpflegebedürftigen Menschen aus ihrem Dämmer Schlaf zu wecken und immer wieder in die Körperpflege einzubeziehen. Dies ist auch deshalb hervorzuheben, weil die *begleitenden Fallbeobachtungen* schwerstpflegebedürftiger und bettlägeriger Menschen in allen Einrichtungen zeigen, dass diese BewohnerInnengruppe psychosozial unterversorgt ist. Weitgehende Ereignislosigkeit, nur gelegentlich unterbrochen von den notwendigen körperlich-pflegerischen Verrichtungen, macht ihren Alltag aus. Eine gelassene, liebevoll-zugewandte Durchführung der Pflegemaßnahmen ist daher besonders wichtig, aber keineswegs selbstverständlich. Mehrfach war zu beobachten, wie Pflegekräfte beim Waschen zu zweit besprechen, was als nächstes zu tun ist oder wie SchülerInnen oder PraktikantInnen zum Essen anreichen geschickt werden, ohne mit der nötigen Sorgfalt menschlich wie technisch eingewiesen worden zu sein.

Eine Herausforderung für die kommunikative Kompetenz der Pflegekräfte sind Situationen, in denen BewohnerInnen Pflegehandlungen nicht zulassen wollen. Eine dementiell erkrankte Bewohnerin im Haus 4 möchte sich nicht waschen lassen. Sie sitzt am Waschbecken, starrt auf ihre Hände, wehrt aber alle Versuche ab, ihre Hände in den Wasserstrahl zu schieben. Die Altenpflegeschülerin erklärt ihr geduldig immer wieder den geplanten Ablauf, verspricht ein baldiges Frühstück, kann sie aber nicht überzeugen. Die Schülerin lässt ihr ihren Willen, versucht es einige Zeit später noch einmal, bittet schließlich eine Kollegin, es zu versuchen, alles vergeblich. Erst als die meisten schon beim Frühstück sind, beginnt die Bewohnerin zunächst selbst, sich zu waschen und lässt sich dann auch helfen. Die Stimmung zwischen Bewohnerin und Mitarbeiterinnen – und zwischen der Schülerin und der ihr vorgesetzten Kollegin (!) – bleibt während der ganzen Zeit freundlich und zugewandt.

Im Haus 4 sind die Pflegekräfte überwiegend immer für die gleichen BewohnerInnen zuständig, der Umgang wirkt oft sehr vertraut, zum Beispiel weil über persönlichere Themen wie Familienangehörige oder gemeinsame Interessen gesprochen wird. Dadurch werden die individuellen Menschen hinter der Rolle als BewohnerIn oder MitarbeiterIn stärker sichtbar und die Beziehungen persönlicher. Da leiht sich eine wirklich sehr beliebte Pflegekraft schon mal den Regenmantel einer ähnlich stattlichen Bewohnerin, damit sie auf dem Heimweg nicht nass wird. Der Umgang dieser beiden wirkt fast freundschaftlich. Bei einer anderen Bewohnerin ist die gleiche Pflegekraft zwar freundlich, zuvorkommend und professionell, die Beziehung ist aber deutlich distanzierter, die beiden sind sich spürbar weniger nah. Umgekehrt ist die rundliche Bewohnerin, sicher auch wegen ihres Gewichtes, nicht gerade die Lieblingsbewohnerin anderer Pflegekräfte. Um so schöner, dass sie meist von ihrer Lieblingspflegekraft versorgt wird.

Aus Haus 5 stammt der durchaus übertragbare Eindruck, dass es gerade bei der Körperpflege meist gewisse Ablaufroutinen gibt, die durchaus von BewohnerIn zu BewohnerIn differieren können, über die aber mehr oder weniger stillschweigendes Einverständnis



zwischen Pflegekraft und pflegebedürftiger Person herrscht. Trotz des hohen Zeitdrucks, dem die einzelne Pflegekraft in der Wohngruppe ausgesetzt ist, wirken die Pflegekräfte im Haus 5 in den einzelnen Pflegesituationen eher gelassen. Sie bemühen sich, den Druck nicht an die BewohnerInnen weiterzugeben sondern hetzen dann eher draußen über den Gang.

Eine gute Kommunikationskultur drückt sich nicht zuletzt darin aus, dass BewohnerInnen Wünsche auch unaufgefordert äußern: Eine weitestgehend auf Unterstützung angewiesene Frau im Haus 4 sitzt nach ausführlicher Morgentoilette angekleidet im Rollstuhl, die Pflegekraft will sie schon zum Frühstück schieben, als sie sagt, der Schuh sitze nicht richtig. Die Pflegekraft muss sich also noch einmal bücken, schließlich den ganzen Schuh ein zweites Mal anziehen, weil die Zunge nicht richtig saß. Eine solche »Kleinigkeit« ansprechen zu können belegt die guten Erfahrungen, die die Bewohnerin mit dem Äußern von solchen Wünschen hat, denn bei den meisten alten Menschen genügt ein Seufzer oder ein Stirnrunzeln der Pflegekraft, damit solche »Zusatzbelastungen« künftig ausbleiben.

Die *Übergaben* sind als häufigste und die pflegebedürftigen Menschen am unmittelbarsten betreffende verbindliche Besprechungen zwischen den Pflegekräften entscheidend für eine systematisch bewohnerorientierte Pflege durch das ganze Team. Deshalb ist eine konzentrierte Atmosphäre in geeigneten Räumlichkeiten wichtig. Der Vergleich der Übergaben vom Nachtdienst (der i. d. R. für mehrere Wohnbereiche zuständig ist) an den Frühdienst mit denen vom Früh- an den Spätdienst zeigt, dass beim Gespräch über weniger BewohnerInnen deren Befindlichkeiten ganzheitlicher besprochen und mehr Potenziale von Angehörigen oder Freiwilligen thematisiert werden. Bei vielen der beobachteten Übergaben kommt eine umfassende Wahrnehmung der Pflegebedürftigen zum Ausdruck. Dies belegt, dass die Pflegekräfte sie nicht überwiegend aus einer medizinisch-körperlichen Sicht betrachten. Übergabebücher oder PC-gestützte Übergabeprotokolle haben sich als hilfreich für eine verbindliche Aufgabenverteilung und – prüfung erwiesen.

Die Auswertung der *Dokumentenanalysen* belegte ein hohes Maß an Anpassung an die Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsicht. Die von uns beobachtete Praxis wich von der Pflegedokumentation in Einzelfällen positiv wie negativ ab, sowohl sahen wir das Erbringen wichtiger Pflegeleistungen, die dann aber nicht dokumentiert wurden, als auch z. B. täglich in den Akten abgehakte Spätmahlzeiten, die es faktisch gar nicht gab. Zur Beurteilung der Bewohnerorientierung und des tatsächlichen Pflegegeschehens ist die isolierte Auswertung der Pflegedokumentationen daher nur bedingt geeignet. In allen Akten fanden sich überwiegend aktuelle Pflegeplanungen für die einzelnen Pflegebedürftigen, auch die Pflegeberichte wurden regelmäßig geführt. Ganz überwiegend waren die Pflegeplanungen allerdings aus feststehenden Bausteinen zusammengesetzt, wie sie die EDV-gestützten Systeme z. T. automatisch zum Anklicken anbieten. Individuelle Menschen, ihre persönlichen Ziele und Wünsche waren dahinter meist nicht zu erkennen.

Bei der Untersuchung der Umsetzung von bewohnerorientierten *Pflegekonzepten* wird immer wieder die Grenze des mit der vorhandenen Personaldecke Machbaren deutlich. Eine Bezugspflege<sup>13</sup>, die entsprechend des Konzeptes über die Pflegeplanung hinaus

<sup>13</sup>Ein knapper, aktueller Überblick über Pflegekonzepte findet sich z. B. in Löser (2004)

eine besondere Beziehung zwischen Gepflegten und Pflegenden bedeutet, haben wir in keiner Einrichtung gefunden, die Bezeichnung »bezugsorientierte Bereichspflege« (so die Pflegedienstleitungen von Haus 3 und 6 im Interview) beschreibt die vorgefundene Realität hier am genauesten. Wenn es in der bezugsorientierten Bereichspflege gelingt, die gleichen Pflegekräften regelmäßig in den gleichen »Bereichen«, also Bewohnergruppen, einzusetzen und diese so zusammengesetzt sind, dass der Pflegeaufwand für die Pflegekraft bewältigbar ist, kann diese Form eine bewohnerorientierte Pflege ermöglichen, wie das Beispiel von Haus 4 zeigt. Dort hat die jeweilige Pflegekraft den Spielraum, ihre Dienstzeit mit ihrer Bewohnergruppe gemeinsam zu gestalten, ohne Konkurrenz mit den KollegInnen (»Mit der Gruppe bin ich aber immer schon eine halbe Stunde früher fertig«) oder schräge Blicke, weil jemand zu spät zum Frühstück kommt. Die Pflegekräfte arbeiten dabei allerdings ganz überwiegend allein und müssen konsequent Patientenlifter und andere Hilfsmittel benutzen, um körperliche Überlastungen zu vermeiden.

Die Ansätze zur Verwirklichung des Hausgemeinschaftskonzeptes in zwei Häusern lassen keine übertragbare Beurteilung dieses modernen Pflegekonzeptes zu, denn in beiden können mit dem vorhandenen Personalschlüssel keine Präsenzkraften eingesetzt werden. Kleinere Wohngruppen, deren Zusammenhalt durch gemeinsame Mahlzeiten, vielleicht sogar durch täglich wenigstens stundenweise von einer Präsenzkraft begleitete hauswirtschaftliche Aktivitäten in einer eigenen Wohnküche wie z. B. in Haus 7 gestärkt wird, fördern ein alltagsnahes Klima und verbessern die Chancen der BewohnerInnen, sich als individuelle Menschen in den Alltag einzubringen.

Der Arbeitsalltag aller Pflegekräfte, die wir begleitet haben, ist gekennzeichnet von einem großen Arbeitspensum, das trotz ständig auftretender unvorhergesehener Ereignisse bewältigt werden muss. In allen beobachteten Wohnbereichen leben Pflegebedürftige, die wegen ihrer schweren Beeinträchtigungen kaum mehr selbst etwas zu ihrer Versorgung beitragen können. Ihre Pflege und Mobilisierung ist auch körperlich eine Herausforderung für das Pflegepersonal. In den meisten untersuchten Einrichtungen machen die Pflegenden kaum Pausen, schon gar nicht außerhalb der Wohnbereiche. Meist wird während einer notwendigen Besprechung etwas gegessen, die Einträge in die Pflegedokumentation im Sitzen werden zur Erholung genutzt. Eine gute Arbeitseinteilung kann dennoch entlastend wirken. Pflegekräfte, die einen Arbeitsbereich zur eigenverantwortlichen Gestaltung der Abläufe übernehmen können, gaben in der Befragung zur Beanspruchung und *Belastung* unterdurchschnittliche Werte an, was sich mit den im Job-Demand-Control-Model von Karasek (1979,1990) nachgewiesenen Zusammenhängen zwischen Belastungserleben und Entscheidungsspielräumen deckt. Als entlastend beschreiben Pflegekräfte weiterhin arbeitsorganisatorische Maßnahmen, die ihnen pflegefremde Tätigkeiten abnehmen. Eine eigens angestellte Krankenschwester für das Stellen der Medikamente oder das Blistern der Medikamente durch eine Apotheke, die vollständige Entsorgung von Wäsche und Müll sowie die Lieferung von Pflegemitteln bis in die Zimmer der BewohnerInnen durch extra Arbeitskräfte schaffen zusätzliche Zeit. Auch eine Wohnbereichsleitung, die für alle organisatorischen Belange von jeweils vier Wohngruppen à 12 BewohnerInnen zuständig ist, wird von den MitarbeiterInnen als deutliche Entlastung erlebt. Grundsätzliche Voraussetzung für die Vermeidung von Überlastungen bleibt jedoch ein machbares Verhältnis

von zu bewältigendem Arbeitspensum und zur Verfügung stehenden Arbeitsstunden der Pflegekräfte.<sup>14</sup>

Die befragten Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen sind sich der Belastungen für ihre MitarbeiterInnen durchaus bewusst und bemühen sich um Anerkennung und Gegenmaßnahmen, z. B. durch finanzielle Gratifikationen für Pflegekräfte, die mehr als 26 Wochenenden im Jahr arbeiten, durch Teamsupervisionen oder die Möglichkeit, den Arbeitsbereich zu wechseln.

Für BewohnerInnen, die weitgehend immobil und bettlägerig sind, entstehen Belastungen durch die Funktionspflege, von der sie in den beobachteten Einrichtungen wegen der Zeitintensität der Verrichtungen vergleichsweise häufig betroffen sind. Das erschwert eine befriedigende Kommunikation, die ihre sensiblen, motorischen oder kognitiven Einschränkungen berücksichtigt. Rund um die Uhr erforderliche Pflegeleistungen belasten andere Bewohnerinnen oder Bewohner im gleichen Zimmer, wie uns einige bei allem ebenfalls geäußerten Verständnis und Mitleid berichteten. Einzelzimmer entzerren auch Konflikte zwischen oder mit dementiell erkrankten BewohnerInnen. Immobilen Pflegebedürftigen kann die Teilnahme am Geschehen durch offene Zimmertüren oder die Mobilisierung aus dem Bett in den (Pflege-) Rollstuhl ermöglicht werden, ohne dass dafür die Nachteile des Doppelzimmers in Kauf genommen werden müssen. Die Pflegekräfte derjenigen untersuchten Wohnbereiche, in denen die meisten Gepflegten in Doppelzimmern wohnen, berichteten uns alle von regelmäßig vorkommenden Schwierigkeiten, geeignete »Paare« zu finden. Aggressionen, Rückzug oder erbittertes Schweigen sind typische Reaktionen der Betroffenen. Versuche, durch Zimmerwechsel Abhilfe zu schaffen, betreffen meist weitere BewohnerInnen und sind ebenfalls nicht immer von Erfolg gekrönt. In einigen Einrichtungen ist dafür zwar die Zustimmung der Betroffenen erforderlich, weil ihre Zimmernummer im Vertrag festgehalten ist, auch das ist aber kein Garant für gutes Gelingen. Nachbarschaftlichkeit, Bekanntschaften und Freundschaften gedeihen in den von uns besuchten Wohnbereichen mit Einzelzimmern und lebendigen Gemeinschaftsräumen, vor allem Küchen, demgegenüber besser. Wie wichtig ein eigenes Zimmer ist wurde zusätzlich deutlich, wenn uns einige der mobileren Heimbewohnerinnen und –bewohner stolz ihre liebevoll eingerichteten Zimmer zeigten, die sie uns als ihr Zuhause und als Ausdruck ihres persönlichen Geschmacks vorführten. Selbst von den wenigen Ehepaaren, die wir kennen lernten, lebten zwei auf ausdrücklichen Wunsch in getrennten Zimmern. Ideal ist es, wenn die Möglichkeit besteht, in benachbarten Zimmern mit einer eigenen Verbindungstür Nähe und Distanz flexibel zu gestalten.

Wenn die *sozialen Netzwerke* im Alter ohnehin und durch die Pflegebedürftigkeit verstärkt kleiner werden, ist es besonders wichtig, neue Kontakte zu knüpfen. Die Nachbarschaftlichkeit der BewohnerInnen untereinander kann in diesem Sinne gezielt gefördert werden. Ein wichtiger Baustein dafür ist eine gute Biografiearbeit, denn nur wenn Besonderheiten und Interessen bekannt sind, können sie zum Anlaß für gezieltes miteinander Bekanntmachen genutzt werden. Ein schönes Beispiel für die Stärkung und Würdigung

---

<sup>14</sup>In allen besuchten Wohnbereichen klafft eine große Lücke zwischen der Stundenzahl, die sich beim Zusammenrechnen des Pflegebedarfs gemäß Pflegestufe der Pflegebedürftigen nach SGB XI ergibt, und der zur Verfügung stehenden Arbeitsstundenzahl der Pflegekräfte im jeweiligen Team.

der Beziehungen der BewohnerInnen untereinander ist ein Büchlein aus einer Einrichtung mit Fotos von jeweils zwei BewohnerInnen, die sich angefreundet haben und in einem Kurztext sagen, was sie aneinander haben. Förderlich für die Entstehung von Nachbarschaftlichkeit sind auch Beschäftigungsangebote wie in Haus 4, bei denen das gegenseitige Kennen lernen der BewohnerInnen gezielt unterstützt wird, z. B. durch den Austausch von Erinnerungen zum 1. Schultag. Aber auch im Alltag, z. B. rund um die Mahlzeiten, bieten sich viele Teilhabe- und Aktivierungsmöglichkeiten, denn etwas für andere zu tun, sich nützlich zu machen, verschafft vielen Menschen Befriedigung und Bedeutung. Jeden Tag das Kalenderblatt auf dem Flur abreißen, die Post holen, beim Tischdecken helfen... sind dafür nur einige Beispiele, bei denen wir beobachten konnten, wie sie die BewohnerInnen mit Stolz erfüllten.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Ernährung, der Dekubitus- und Sturzprophylaxe sind an andere Stelle ausführlich vorgestellt.<sup>15</sup> Da sie außerdem Gegenstand aktueller pflegewissenschaftlicher Diskussion sind, wird hier auf eine weitere Darstellung verzichtet.

Alle untersuchten Einrichtungen haben einen *Heimbeirat*, an dem BewohnerInnen zumindest beteiligt sind. Meist ist es Aufgabe der Sozialarbeit oder der Beschäftigungstherapie, seine Arbeit zu unterstützen, indem Versammlungen einberufen, die Tagesordnungen (mit) gestaltet und die Protokolle verfasst werden. Im Haus 4 waren noch die Spuren der vergangenen Heimbeiratswahl zu sehen: Wahlplakate mit Fotos der KandidatInnen und Einladungen zu Bewohnerversammlungen, Tätigkeitsberichte und Artikel zu Aufgaben des Heimbeirates in der Heimzeitung usw. Im Interview berichtete uns eine Heimbeirätin von ihrem Austausch mit einem anderen Heimbeirat, dessen Einrichtung sie gemeinsam besucht hätten. Sie ist jeden Tag nach dem Essen im Speisesaal ansprechbar für andere BewohnerInnen und erzählt stolz, dass sie die dort vorgebrachten Sorgen regelmäßig weitergibt, z. B. in den Sitzungen des Heimparlaments. Die – in den meisten Einrichtungen alltäglichen – Beschwerden über das Essen haben auf diesem Wege zur Einrichtung einer wöchentlichen »Kochsprechstunde« geführt, in der sich der Koch im Speisesaal Kritik und Anregungen stellt.

Hinsichtlich des Akteursmix bestätigen unsere Ergebnisse die anderer Untersuchungen.<sup>16</sup> Eine gute Zusammenarbeit beruht auf Konzepten und Verantwortlichkeiten.

### 3.6 Bewohnerorientiertes Management

In einem der von uns untersuchten Pflegeheime lassen sich die Wirkungen eines kooperativen, kommunikativen und motivierenden Führungsstils besonders gut nachzeichnen: Auf der strukturellen Ebene besteht neben der Geschäftsführung das Heimparlament. Dort setzen sich Geschäftsführung, Mitarbeitervertretung, Heimbeirat, gewählte SprecherInnen der Ehrenamtlichen und der Angehörigen und der Vorstand des Fördervereins zweimal im Jahr zusammen, um gemeinsam auszuwerten und zu planen, Probleme und ihre Lösungen zu beraten. Dadurch wird allen Mitgliedern nicht nur die – teils ja auch gesetzlich vorgeschriebene – Beteiligung ermöglicht, sie bekommen auch zu spüren, dass ihre Meinungen und Erfahrungen gefragt sind. Dies setzt sich fort in der Organisation der

---

<sup>15</sup>Heusinger/Knoch (2009).

<sup>16</sup>Engels/Pfeuffer (2009), Daneke (2000, 2003).

Wahlen der verschiedenen VertreterInnen: Angehörige und Ehrenamtliche haben regelmäßige Treffen, auf denen sie sich untereinander austauschen und beraten und dann auch ihre SprecherInnen wählen. Die Beteiligung aller BewohnerInnen an der Heimbeiratswahl wird sorgfältig gesichert. Auch in dieser Einrichtung sind die Heimbeiratsmitglieder überwiegend sehr alt und selbst bereits pflegebedürftig, da sie aber aktiv mit Informationen, z. B. Broschüren, versorgt und einbezogen werden, können sie tatsächlich Einfluss nehmen – was sich wiederum positiv auf ihre Einsatzbereitschaft auswirkt.

Auch andere Bereiche sind so organisiert, dass Verantwortung mit Teilhabe und Gestaltungsmöglichkeiten einhergeht. So werden Ehrenamtliche und Angehörige nicht nur für Aktivitäten gewonnen, sondern erhalten auch Anerkennung in Form von Essenseinladungen, Ausflügen und Weiterbildungen (z. B. mit Zertifikat »Ehrenamt in der Altenhilfe«) und werden an den Plänen zur Weiterentwicklung der Einrichtung beteiligt. Die vielen Ehrenamtlichen sind eine unschätzbare Ressource zur Unterstützung der sozialen Teilhabe der BewohnerInnen und schaffen Öffentlichkeit und Durchlässigkeit nach außen. Diese wird verstärkt durch Zeitzeugenprojekte mit Schulen, Einladungen an Künstler und öffentliche Veranstaltungen in den Räumen der Pflegeeinrichtung. Ein Förderverein, für den lokale Honoratioren gewonnen wurden, trägt zusätzlich zur Wahrnehmung in der Öffentlichkeit bei und erweitert finanzielle Spielräume für Besonderes.

Die Strategie, Verantwortung und Entscheidungsspielräume in allen Bereichen zu ermöglichen, setzt sich auch in der Qualitätsentwicklung fort. Zu jedem Projekt oder Thema werden die Qualitätszirkel mit MitarbeiterInnen aller Qualifikationsniveaus neu zusammengesetzt. Das erlaubt es vielen, mit Qualitätsentwicklung Erfahrungen zu sammeln. Der Transfer in den Arbeitsalltag wird daran angepasst, welche MitarbeiterInnen in ihrer Praxis mit welchen Aspekten z. B. neuer Standards arbeiten müssen, und erfolgt entsprechend gruppenweise.

Insgesamt entsteht in dieser Einrichtung der Eindruck eines großen gemeinsamen Projektes, an dem alle arbeiten und zu dem jede und jeder eingeladen sind, die daran mitwirken möchten es den BewohnerInnen schön zu machen.

#### 4 Diskussion

In allen untersuchten Pflegeeinrichtungen haben wir in unterschiedlichen Bereichen pfiffige und beispielhafte Lösungen für die vielfältigen Anforderungen an eine menschenwürdige Gestaltung des Alltags gefunden. Nicht zu leugnen sind dennoch Schwierigkeiten und Defizite, die weniger in der körperlichen Versorgung als im Bereich der psychosozialen Betreuung und den individuellen Partizipationsmöglichkeiten der BewohnerInnen sowie den Gestaltungsmöglichkeiten für die Pflegekräfte liegen.

Eine besondere Herausforderung für die Einrichtungen stellt die Sicherung der Teilhabe an der Gemeinschaft für schwerstpflegebedürftige und bettlägerige Menschen dar, die einen wachsenden Anteil der BewohnerInnen stellen. Immer ist es (personal-)aufwändig, sie zu Angeboten zu bringen und abzuholen, oft brauchen sie individuelle Hilfen, um von Gruppenangeboten überhaupt profitieren zu können. Einige bedürfen ganz individueller Einzelangebote, weil sie sonst gar nicht erreicht werden.

Die Arbeitsorganisation in den untersuchten Wohnbereichen und das biografische Wissen der Pflegekräfte wirken sich spürbar auf die Kommunikation zwischen Pflegenden und Gepflegten aus. Förderlich für eine Kommunikation, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten der einzelnen Pflegebedürftigen orientiert, ist eine große personelle Kontinuität in der Versorgung, ganz besonders für BewohnerInnen mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten. Eine solche Kontinuität erleichtert es, an individuelles biografisches Wissen oder Ereignisse vom Vortag anzuknüpfen. Die Möglichkeit für die Pflegekräfte, Arbeitsabläufe selbständig zu gestalten, trägt zur gelassenen und konstruktiven Lösung von Konflikten wie der Verweigerung von Pflegehandlungen bei. Zugleich scheint sie geeignet, Belastungen zu reduzieren. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Das Ringen um eine gute Lebensqualität der BewohnerInnen ist ein stetiger Prozess, der von engagierten Menschen, ob Pflegekräften, anderen MitarbeiterInnen, Freiwilligen, Angehörigen und den BewohnerInnen selbst getragen wird. Sie alle können überall Positives bewirken, fehlt es jedoch an einem Gesamtkonzept zur Steuerung dieses Prozesses, das sich auf alle Bereiche erstreckt und überall mit Leben gefüllt wird, bleiben die Erfolge isoliert. Hier erweist sich ein kooperativer Führungsstil, der auf Kommunikation, offener Fehlerkultur und gemeinsamer Entwicklung von Ideen setzt, als entscheidender Schlüssel. Nicht zuletzt gilt es auch, immer wieder zusätzliche Ressourcen zu erschließen, sei es über Freiwillige, Fördervereine, Kooperationen mit anderen Akteuren in der Kommune, denn die Lücke zwischen den vorhandenen Personalstunden und den Bedarfen der alten Menschen, die in den Einrichtungen leben, bleibt unbefriedigend.

## Literatur

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2003): Psychische Belastung und Beanspruchung. Manual zur Mitarbeiterbefragung für die Stationäre Altenpflege, Hamburg
- Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend/Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2006): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen/Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege/Arbeitsgruppe IV, Berlin
- Daneke, Sigrid (2000): Angehörigenarbeit. Urban & Fischer. München/Jena
- Daneke, Sigrid (2003): Freiwilligenarbeit in der Altenhilfe. Motivieren – organisieren – honorieren, Urban & Fischer, München/Jena
- Engels, Dietrich/Pfeuffer, Frank (2009): Die Einbeziehung von Angehörigen und freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen, in: Schneekloth/Wahl (Hg.) (2009), S. 301-349
- Heusinger, Josefine/Knoch, Tina (2009): Fallstudien zur Qualität von Pflege und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, in: Schneekloth/Wahl (Hg.) (2009), S. 233-300
- Karasek, Robert (1979): Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. Administrative Science Quarterly, 24, 285-306

- Karasek, Robert & Theorell, T. (1990): Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books
- Kelle, Udo/Niggemann, Christiane (2002): »Weil ich doch vor zwei Jahren schon mal verhört worden bin...« – Methodische Probleme bei der Befragung von Heimbewohnern, in: Motel-Klingebiel, A./Kelle, U. (2002), S. 99-129
- Löser, Angela Paula (2004): Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: Schnell, leicht und sicher, Schlütersche, Hannover
- Schneekloth, Ulrich/Wahl, Hans-Werner (Hg.) (2009): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Trends und Perspektiven, Kohlhammer, Stuttgart, im Erscheinen