

Forschungs- und Praxisprojekt

SELBSTBESTIMMTES LEBEN IM PFLEGEHEIM – DIE WÜRDE DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN MENSCHEN IN DER LETZTEN LEBENSPHASE

Ergebnisbericht

| | |
|---|--|
| Projekttitel: | <u>S</u> elbstbestimmtes <u>L</u> eben im <u>P</u> flegeheim (SeLeP) – Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase. |
| Laufzeit: | 02/2019 – 04/2021 |
| Förderkennzeichen: | 2519ZPK718 |
| Projektleitung (in alphabetischer Reihenfolge): | Prof. Dr. Kerstin Schlögl-Flierl (Lehrstuhl für Moralthologie an der Universität Augsburg) Prof. Dr. Werner Schneider (Professur für Soziologie/Sozialkunde an der Universität Augsburg) |
| Projektmitarbeiter*innen (in alphabetischer Reihenfolge): | Kristina Greißl, M.A. (Soziologie) Moritz Harzbecher (Soziologie) Pia Heutling, M. Ed. (Moralthologie) Moritz Hillebrecht, M.A. (Soziologie) Dr. Sibylle Schneider (Soziologie) Julia Senneke, M.A. (Soziologie) |
| Projektmanagement/-koordination (in alphabetischer Reihenfolge): | Dr. Julia von Hayek (ZIG) Dr. Stephanie Stadelbacher (Soziologie) |
| Projektpartner*innen: | Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG) an der Universität Augsburg Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) Meike Schwermann Prof. Friedemann Nauck (Klinik für Palliativmedizin Göttingen) |
| Fördersumme: | 611.375,31 € |

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Einführung | 8 |
| 2 | Ziel(e) und Vorgehensweise(n) des Projekts | 11 |
| 2.1 | Systematische Literaturrecherche (AP 1) | 11 |
| 2.2 | Identifizierung von Good Practice-Kriterien (AP 2) | 12 |
| 2.3 | Mixed-Methods-Forschungsdesign (AP 3) | 12 |
| 2.3.1 | AP 3/1: Vor-Ort-Fallstudien in ausgewählten Pflegeheimen | 12 |
| 2.3.2 | AP 3/2: Quantitative Befragung von An- und Zugehörigen | 14 |
| 2.3.3 | AP 3/3: Quantitative Online-Befragung von Einrichtungsleitungen | 15 |
| 2.4 | Entwicklung eines forschungsbasierten und praxisorientierten Schulungskonzepts (AP 4) | 17 |
| 3 | Zusammenfassung der zentralen Befunde und Projektergebnisse | 17 |
| 3.1 | Aktueller Forschungs- und Diskussionsstand: zentrale Thesen (vgl. Kapitel 4) | 17 |
| 3.2 | Kriterien für Qualität und Good Practice im Pflegeheim (vgl. Kapitel 5) | 18 |
| 3.3 | Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen von SeLeP (vgl. Kapitel 6) | 21 |
| 3.4 | Zentrale Ergebnisse der qualitativen Fallstudien (vgl. Kapitel 7.1) | 22 |
| 3.5 | An- und Zugehörigenbefragung (vgl. Kapitel 7.2) | 25 |
| 3.6 | Heimleiterbefragung (vgl. Kapitel 7.3) | 28 |
| 3.7 | Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie (vgl. Kapitel 8) | 34 |
| 3.8 | Pflegeheimethik (vgl. Kapitel 9) | 38 |
| 3.9 | Schulungskonzept (vgl. Kapitel 10) | 39 |
| 4 | Überblick über den Diskussions- und Forschungsstand zum Thema Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim | 40 |
| 4.1 | Kritik an Pflegeheimen als (semi-)totale Institutionen – zum Stand der Debatte | 40 |
| 4.2 | Empirische Schlüsselwerke und ethische Perspektiven: Eine kursorische Abhandlung | 43 |
| 4.2.1 | Forschungslinien zur Selbstbestimmung im Pflegeheim | 43 |
| 4.2.2 | Forschungslinien zur Würde im Pflegeheim | 53 |
| 5 | Identifizierung von Good-Practice-Kriterien: Komponenten zur gelungenen Umsetzung von Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim | 57 |
| 5.1 | Was ist Qualität und wie wird sie erfasst/beurteilt? | 57 |
| 5.2 | Übersicht zu feldimmanenten zentralen Merkmalen für Good-Practice-Heime | 62 |
| 5.2.1 | Balancierende Gestaltung der Lebensverhältnisse und -bezüge in der Pflegeeinrichtung | 63 |
| 5.2.2 | Leitbild der Bewohner*innen-Zentrierung | 66 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 5.2.3 | Entscheidungs- und Handlungsmächtigkeit mit und trotz schwerer Krankheit und Pflegebedürftigkeit | 68 |
| 5.2.4 | Lebensbegleitung bis zum Tod – Hospizkultur und Palliativkompetenz | 69 |
| 5.2.5 | Sorge für die Sorgenden..... | 70 |
| 5.2.6 | Zwischenfazit | 71 |
| 5.3 | Ethische Reflexion und begriffliche Rückkoppelung der Good-Practice-Kriterien ... | 72 |
| 5.4 | Internationaler Exkurs: Entwicklungen in europäischen Nachbarländern | 75 |
| 6 | Begriffsbestimmungen und Ausgangsüberlegungen von SeLeP | 78 |
| 6.1 | Autonomie, Selbstbestimmung und Würde aus ethischer Perspektive | 78 |
| 6.1.1 | Autonomie, Freiheit und Selbstbestimmung..... | 79 |
| 6.1.2 | Relationale Autonomie..... | 80 |
| 6.1.3 | Personale Autonomie | 81 |
| 6.1.4 | Freiheit als Voraussetzung für Autonomie..... | 81 |
| 6.1.5 | Würde | 83 |
| 6.1.6 | Handlungs- und Situationswürde..... | 85 |
| 6.2 | Autonomie, Selbstbestimmung und Würde aus soziologischer Perspektive | 85 |
| 6.2.1 | Relationale Autonomie..... | 85 |
| 6.2.2 | Selbstbestimmung als beobachtbarer Ausdruck von hergestellter Entscheidungs- und Handlungsautonomie..... | 86 |
| 6.2.3 | Situations- und Handlungswürde..... | 87 |
| 6.3 | Analyseraster: Selbstbestimmung gerahmt durch relationale und personale Autonomie – Situations- und Handlungswürde gerahmt durch inhärente Würde.... | 88 |
| 7 | Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim – Befunde aus den Fallstudien und den quantitativen Erhebungen entlang ausgewählter Themenbereiche | 92 |
| 7.1 | Zentrale Befunde aus den qualitativen Fallstudien (AP3/1) | 92 |
| 7.1.1 | Ausschlaggebende Unterschiede zwischen Pflegeheimbewohner*innen..... | 92 |
| 7.1.2 | Selbstbestimmungsrelevante Konflikte im Pflegeheimalltag – Struktur und Bearbeitungsstrategien..... | 106 |
| 7.1.3 | Typische Muster des Pflegens: Handlungsstrategien der Pflegekräfte – Ermöglichen, Aktivieren, Gewähren | 129 |
| 7.1.4 | Zusammenfassung und Bedeutungen der Ergebnisse für die Praxis | 137 |
| 7.2 | Repräsentative Befragung von An- und Zugehörigen (Institut für Demoskopie Allensbach) (AP3/2)..... | 140 |
| 7.2.1 | Deskriptive Merkmale der Stichprobe..... | 140 |
| 7.2.2 | Der Umzug in die Pflegeeinrichtung | 141 |
| 7.2.3 | Die Teilnahme der Bewohner*in im Pflegeheim – Der Spielraum des*r Einzelnen in der Organisation | 147 |
| 7.2.4 | Gemeinsame Zeit im Pflegeheim – das Engagement der An-/Zugehörigen..... | 152 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 7.2.5 | Die Perspektive der An-/Zugehörigen auf die Beziehung und Kommunikation mit der Pflegeeinrichtung..... | 153 |
| 7.2.6 | Positives Gesamturteil – vor allem der Personalmangel macht aber einen Unterschied..... | 156 |
| 7.2.7 | Was könnte besser sein? – Verbesserungsbedarfe aus Sicht der An-/Zugehörigen | 157 |
| 7.3 | Repräsentative Befragung von Einrichtungsleitungen (AP3/3) | 160 |
| 7.3.1 | Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen: Organisationale Spielräume..... | 160 |
| 7.3.2 | Unterstützung durch An-/Zugehörige im Pflegeheimalltag..... | 162 |
| 7.3.3 | Kommunikationsstrategien als Ausdruck würdevoller Interaktion zwischen Pflegepersonal und Bewohner*innen | 164 |
| 7.3.4 | Bivariate und multiple Analysen zum Zusammenhang von Selbstbestimmungsmöglichkeiten, Unterstützung von An-/Zugehörigen und Kommunikation in schwierigen Situationen mit Einrichtungsmerkmalen | 166 |
| 7.3.5 | Würde- und selbstbestimmungsrelevante Konfliktfelder im Pflegeheimalltag mit Bezug auf die Bewohner*innen | 176 |
| 7.3.6 | Zentrale Befunde zur ethischen Praxis im Pflegeheim am Beispiel von Besprechungsformaten..... | 183 |
| 8 | Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim: Auswirkungen der Corona-Pandemie | 189 |
| 8.1 | Überblick über mediale Diskussionsstränge und die aktuelle Studienlage | 189 |
| 8.2 | Die Sicht der An- und Zugehörigen..... | 192 |
| 8.3 | Einschätzung der Pandemie-Erfahrungen durch die Einrichtungsleitungen | 203 |
| 8.4 | Deskriptive Befunde aus den qualitativen Feld- und Fallstudien | 211 |
| 8.4.1 | Ein-/Zuordnung der Perspektive der Akteursgruppen in die Ereignischronologie | 212 |
| 8.4.2 | Positive Begleiterscheinungen der Pandemie aus Sicht der Beteiligten | 226 |
| 8.5 | Zusammenfassung | 229 |
| 9 | Synopse: Entwurf einer Pflegeheimethik..... | 230 |
| 9.1 | Vulnerabilität als konzeptionelle Grundlage für eine Pflegeheimethik..... | 231 |
| 9.2 | Hinweise zu weiteren analytischen Dimensionen einer Pflegeheimethik..... | 235 |
| 9.3 | Care-Ethik in der Sorgepraxis | 236 |
| 9.4 | Organisationsethik für die Pflegeeinrichtung | 239 |
| 9.5 | Exemplarische Handlungsfelder einer Pflegeheimethik..... | 244 |
| 10 | Schulungskonzept (AP4) | 253 |
| 11 | Übersicht zu Bedingungen und förderlichen Faktoren für die Herstellung von Selbstbestimmung und Würde in Pflegeeinrichtungen | 255 |
| 12 | Literaturverzeichnis | 270 |

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abbildung 1: Würde aus Sicht von Pflegeheimbewohner*innen (Pleschberger 2007, S. 199)..... | 55 |
| Abbildung 2: Vorgehen bei der Extrahierung von Good-Practice-Kriterien (eigene Darstellung) ... | 62 |
| Abbildung 3: Fünf Phasen des Pflegeheimbaus im Überblick. (Michell-Auli/Sowinski 2013, S. 18)..... | 63 |
| Abbildung 4: SeLeP Begriffstableau..... | 91 |
| Abbildung 5: Der Autonomie-Raum des Pflegeheims und seine Dimensionen | 93 |
| Abbildung 6: Gründe für den Pflegeheimeinzug..... | 142 |
| Abbildung 7: Beteiligung der An-/Zugehörigen an der Entscheidung von Pflegeheimumzug und -auswahl | 143 |
| Abbildung 8: Harte Faktoren bei der Pflegeheimauswahl | 144 |
| Abbildung 9: Weiche Faktoren bei der Pflegeheimauswahl..... | 145 |
| Abbildung 10: Mitbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen | 148 |
| Abbildung 11: Zusammenhang Mitbestimmungsmöglichkeiten und Personalmangel..... | 149 |
| Abbildung 12: Mitbestimmungsmöglichkeiten für demenziell veränderte Bewohner*innen..... | 150 |
| Abbildung 13: Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung | 151 |
| Abbildung 14: Unterstützungstätigkeiten durch die An-/Zugehörigen..... | 153 |
| Abbildung 15: Wahrnehmung von Kommunikation im Pflegeheim | 154 |
| Abbildung 16: Zusammenhang Wahrnehmung der Kommunikation und Personalmangel | 155 |
| Abbildung 17: Noten für die Pflegeheime..... | 157 |
| Abbildung 18: Verbesserungsbedarf in Abhängigkeit vom Personalmangel | 158 |
| Abbildung 19: Empfehlung des Pflegeheims durch An-/Zugehörige | 159 |
| Abbildung 20: Dimensionen der Selbstbestimmung der Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen) | 161 |
| Abbildung 21: Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen: Analyse der Antwortkategorie „eingeschränkt bei Bewohnern mit Demenz möglich“ | 162 |
| Abbildung 22: Dimensionen der Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen in Pflegeeinrichtungen (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen) | 164 |
| Abbildung 23: Kommunikationsstrategien im Umgang mit Pflegeheimbewohner*innen in schwierigen Situationen (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen) | 165 |
| Abbildung 24: Welchen Konflikten begegnen Sie in Ihrem Alltag und wie häufig? (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen) | 177 |
| Abbildung 25: Möglichkeiten des Austausches bei ethischen Fragen in Pflegeeinrichtungen (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen) | 183 |
| Abbildung 26: Möglichkeiten für Gespräche der gesundheitlichen Versorgungsplanung..... | 187 |
| Abbildung 27: Möglichkeiten für Gespräche der gesundheitlichen Versorgungsplanung. (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen) | 187 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 28: Teilnehmer*innen in Gesprächen der gesundheitlichen Versorgungsplanung | 188 |
| Abbildung 29: Teilnehmer*innen in Gesprächen der gesundheitlichen Versorgungsplanung (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen) | 188 |
| Abbildung 30: Erfahrungen von An- und Zugehörigen während der strengen Corona- Schutzmaßnahmen | 193 |
| Abbildung 31: Breite Zustimmung zu den Kontaktbeschränkungen durch die An- und Zugehörigen | 194 |
| Abbildung 32: Erfahrungen der Kontaktbeschränkungen für die An- und Zugehörigen | 195 |
| Abbildung 33: Deutliche Verringerung der Kontakte zu den Pflegeheimbewohner*innen durch die An- und Zugehörigen | 196 |
| Abbildung 34: Veränderungen der Besuche im Pflegeheim durch das Coronavirus | 197 |
| Abbildung 35: Verringerung der Kontakthäufigkeit in Abhängigkeit von der Gesamtbewertung des Pflegeheims | 198 |
| Abbildung 36: Verschlechterung der körperlichen und seelischen Gesundheit von Pflegeheimbewohner*innen während der Zeit der strengen Kontaktbeschränkungen | 199 |
| Abbildung 37: Bedingungen für eine besser oder schlechtere Bewältigung der Kontaktbeschränkungen mit Blick auf die Bewohner*innen aus Sicht der An- und Zugehörigen | 200 |
| Abbildung 38: Neubewertung des Pflegeheims seit der Corona-Krise durch die An- /Zugehörigen. | 200 |
| Abbildung 39: Mögliche Gründe für eine schlechtere Bewertung der Pflegeeinrichtung. | 201 |
| Abbildung 40: Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustands der Bewohner*innen seit Beginn der Corona-Krise. | 202 |
| Abbildung 41: Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der Bewohner*innen seit Beginn der Corona-Krise. | 203 |
| Abbildung 42: Belastungen verschiedener Personengruppen während Covid-19..... | 204 |
| Abbildung 43: Faktoren für Belastungen während Covid-19..... | 206 |
| Abbildung 44: Aussagen über die Bewohner*innen in Pflegeheimen. | 207 |
| Abbildung 45: Aussagen zu Bewohner*innen bzgl. ihrer An-/Zugehörigen und der derzeitigen Einschränkungen im Alltag aufgrund der Covid 19-Krise..... | 208 |
| Abbildung 46: Belastungen im Alltag verschiedener Personengruppen in Ihrer Pflegeeinrichtung seit Ausbruch von Covid-19. Mittelwerte (Trendanalyse)..... | 210 |
| Abbildung 47: Faktoren für Belastungen während der Covid-19-Krise | 211 |
| Abbildung 48: Ereignischronologie der Corona-Pandemie aus Sicht von Beteiligten in Pflegeeinrichtungen..... | 211 |
| Abbildung 49: Elemente einer Pflegeheimethik..... | 252 |

| | |
|---|-----|
| Tabelle 1: Übersicht über die qualitative Datenmaterialsammlung | 13 |
| Tabelle 2: Zusammenstellung von Good-Practice-Merkmalen in punkto Lebensverhältnisse im Pflegeheim..... | 65 |
| Tabelle 3: Soziologisch-typisierender Blick auf die Bewohnerschaft von Pflegeheimen | 104 |
| Tabelle 4: Zusammenfassende Darstellung der typischen Handlungsstrategien | 137 |
| Tabelle 5: Übersicht Erklärungsvariablen..... | 166 |
| Tabelle 6: Übersicht Erklärungsfaktoren für Selbstbestimmungsmöglichkeiten | 170 |
| Tabelle 7: Übersicht Erklärungsfaktoren für Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen | 173 |
| Tabelle 8: Übersicht Erklärungsfaktoren für würderelevante Kommunikationsstrategien..... | 176 |
| Tabelle 9: Übersicht Erklärungsfaktoren für die Konfliktfelder in Pflegeheimen | 182 |
| Tabelle 10: Übersicht zu den Bedingungen und förderlichen Faktoren für mehr Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheimalltag..... | 258 |

1 Einführung

Die Versorgung, Pflege und Betreuung von unterstützungsbedürftigen Menschen im allgemeinen und Senioren im Besonderen ist in unserer Gesellschaft ein Thema, das sowohl in medialen als auch in politischen und zivilgesellschaftlichen Zusammenhängen immer wieder zum Fluchtpunkt mitunter kontrovers geführter Debatten wird. In den letzten Jahren gerieten hierbei Fragen nach dem Erhalt und der Förderung von Selbstbestimmung und Würde der zu Pflegenden (aber auch der Pflegenden) in den Fokus der Aufmerksamkeit. Zurecht wurden paternalistische Dimensionen unterkomplexer Pflegevorstellungen und in dieser Hinsicht suboptimaler Versorgungskontexte kritisiert. Der Frage nach der Rolle und der Bedeutung von *Autonomie*, *Selbstbestimmung* und *Würde* innerhalb von komplexen institutionalisierten Unterstützungs- bzw. Care-Arrangements kommt eine, über den engen Rahmen fachwissenschaftlicher Problematisierungen hinausweisende, gesamtgesellschaftliche Relevanz zu, denn die Anstrengungen, die Aufmerksamkeit und die Ressourcen, die eine Gesellschaft mit Blick auf ihre unterstützungsbedürftigen Mitglieder mobilisiert, können als Gradmesser gesellschaftlicher Solidarität fungieren. Gerade auch vor dem Hintergrund der allen viel abverlangenden Coronapandemie gewinnen diese grundsätzlichen Fragen nach gesellschaftlichem Zusammenhalt und der Belastbarkeit der gesellschaftlichen Bindungsprozesse und Sorgepraktiken an Bedeutung.

Das am Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG) der Universität Augsburg angesiedelte Forschungs- und Praxisprojekt SeLeP widmete sich aus interdisziplinärer Perspektive der Frage, wie ‚das‘ Heim (im Folgenden wird vornehmlich der Begriff ‚Pflegeeinrichtung‘ oder ‚Pflegeheim‘ verwendet) als wichtige gesundheitliche Versorgungseinrichtung und zentraler Lebensort vor allem für Ältere seine Pflegepraxis so ausrichten kann, dass im täglichen Miteinander für die Bewohner*innen vom Einzug in die Pflegeeinrichtung bis hin zur Sterbephase ein möglichst ‚gutes‘ Leben und schließlich auch ‚gutes‘ Sterben Platz finden können.

In der fachwissenschaftlichen Diskussion der letzten Jahre herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass als wesentlicher Bestandteil eines solchen ‚guten‘ Lebens, die Kontinuierung, Aufrechterhaltung und Unterstützung von Autonomieansprüchen und Selbstbestimmungserfahrungen der Bewohner*innen zu verstehen ist. Es stellt sich in diesem Zusammenhang jedoch die Frage, was diese relativ abstrakten normativen Leitorientierungen zum einen für die konkrete Praxis der Pflege und Betreuung von in unterschiedlichem Maße unterstützungsbedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen bedeutet, also wie genau diese zu respektierenden Ansprüche organisational und interaktiv adressiert werden können, und zum anderen, was genau Bewohner*innen, Mitarbeiter*innen und An-/Zugehörige¹ (sowie weitere externe heimrelevante Akteur*innen wie z.B. Ehrenamtliche und gesetzliche Betreuer*innen) unter einem selbstbestimmten und würdevollen Leben (und Sterben) verstehen.

¹ Mit dem Begriff der Zugehörigen sind im Folgenden Personen gemeint, die als signifikante Andere eine besondere Beziehung zum*r Bewohner*in haben, aber nicht im eigentlichen Sinn mit ihm*r verwandt sind (z.B. Freunde, Bekannte, Nachbarn).

Diesen Fragen widmete sich das Forschungs- und Praxisprojekt SeLeP aus einer interdisziplinären Perspektive. Der Fokus lag hierbei, wie bereits angedeutet, auf dem alltäglichen Miteinander zwischen den verschiedenen Akteur*innen in Pflegeeinrichtungen. SeLeP näherte sich der Frage nach Selbstbestimmung und Würde in Pflegeeinrichtungen insofern nicht primär entlang der, aus klinischen Kontexten bekannten, ethischen Großfragen, sondern durch eine Problematisierung der in der alltäglichen Interaktion, im gemeinsamen Leben der Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen aufscheinenden kleinen selbstbestimmungs- und würderelevanten Themen. Ziel war es hierbei, zum einen Selbstbestimmung und Würde in ihrer alltäglichen Relevanz sichtbar (und damit bearbeitbar) zu machen und zum anderen die Wissenschaft, Politik und Praxis für eben jene kleinen Ethiken des Alltags zu sensibilisieren. Hierzu wurde das alltägliche Care-Geschehen in Pflegeeinrichtungen theoretisch und empirisch in den Blick genommen, wobei eine soziologische und ethische Perspektive als Zugang wechselseitig fruchtbar gemacht wurden.

Gemäß der Zusammensetzung des Forschungsteams (vgl. Titelseite des Ergebnisberichts) dominierte dabei im Rahmen der Forschung in erster Linie die *interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Soziologie und Ethik*. Es begegneten sich hier zwei wissenschaftliche Disziplinen, die sich von ihrer Grundausrichtung her deutlich unterscheiden: Die Soziologie auf der einen Seite ist eine (*empirische*) *Erfahrungswissenschaft*, insofern es um die von Menschen gemachten, durch die jeweilige Gesellschaft und Kultur geprägten typischen alltagspraktischen Erfahrungen geht, die ihr Denken, Wahrnehmen, Deuten und Handeln bestimmen. Die Ethik ist eine *normative Wissenschaft*. Sie setzt bei der Faktizität von Moral und Ethos an (i.S. von praktizierten, sozial tradierten und sanktionierten sowie individuell internalisierten handlungsleitenden Wertevorstellungen) und reflektiert deren Begründung und Geltung(sanspruch) kritisch sowie innovativ mit dem Ziel präskriptiver Urteile. Beide so aufeinander zu beziehen, dass einerseits empirisch werturteilsfrei die unterschiedlichen Wahrnehmungen, Deutungs- und Handlungsmuster der am Geschehen in Pflegeeinrichtungen beteiligten Akteur*innen erfasst bzw. rekonstruiert werden konnten und andererseits die ethische Reflexion nach einem ‚guten Leben im Pflegeheim‘ normativ ausgearbeitet werden konnte, ist der spezifische Anspruch von SeLeP. Die Ergebnisse dieses Forschungs- und Diskussionsprozesses werden mit dem vorliegenden Ergebnisbericht allgemein zugänglich gemacht.

Als Praxisprojekt integrierte SeLeP zudem eine genuin *pflgewissenschaftliche Herangehensweise* an das Thema Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim, die auf den forschungsbasierten Befunden von Soziologie und Ethik aufbaut. Gemeinsam mit der Pflegewissenschaftlerin und Pädagogin Meike Schwermann sowie der Klinik für Palliativmedizin in Göttingen (Prof. Dr. Friedemann Nauck) und im engen Austausch mit pflgewissenschaftlichen Experten und praxiserfahrenen Akteur*innen entstand so ein praxisorientiertes Schulungskonzept zur Sensibilisierung von Leitungs- und Pflegekräften hinsichtlich der Verwirklichung von Würde und Selbstbestimmung in Pflegeeinrichtungen unter den bestehenden Rahmenbedingungen. In dieses, noch weiter zu evaluierende und im vorliegenden Ergebnisbericht überblicksartig dargestellte Schulungskonzept (vgl. Kapitel 10) flossen sowohl die, mit Blick auf die Bedeutung für einen praktischen Wissenstransfer reflektierten, Befunde aus den einzelnen

Untersuchungsteilen, als auch die extern eingeholte Expertise und Erfahrung der konsultierten Expert*innen ein.

Die folgenden Kapitel dienen dazu, den interessierten Leser*innen empirisch begründete Antworten auf die *Kernfragestellungen von SeLeP* zu präsentieren, die gleichzeitig eine Schlüsselfrage unserer Gegenwartsgesellschaft adressieren: Wie muss das Pflegeheim als Organisation aufgestellt sein, um die an sie gerichteten normativen Anforderungen erfüllen zu können? D.h. wie ist es möglich, dass Selbstbestimmung und Würde sowohl auf Ebene der Organisationskultur und -struktur als auch im täglichen Miteinander lebbar und erfahrbar werden?

Dazu werden zunächst so kurz wie möglich und so ausführlich wie nötig die einzelnen Arbeitsschritte im Rahmen des Projektverlaufs dargestellt (Kapitel 2). Dieser Vorlauf konzentriert sich überwiegend auf eine Vermittlung der methodischen Grundlagen des Mixed-Methods-Designs, das den empirischen Befunden von SeLeP zugrunde liegt. Er dient dazu, den Textfluss im Weiteren insgesamt von methodischen Hinweisen weitgehend frei zu halten, weswegen er zur Gewährleistung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit von Leser*innen kurz geprüft, ggf. aber auch übersprungen werden kann. Kapitel 3 fasst die zentralen theoretisch-empirischen Erkenntnisse von SeLeP in einem schnellen Überblick thesenartig zusammen. Die weitere Entfaltung, Interpretation und Verknüpfung der Projektergebnisse finden sich in den daran anschließenden Kapitel 4 bis 10. Zunächst werden aus Sicht der Projektarbeit hilfreiche Ein- und Überblicke in den aktuellen Forschungs- und Diskussionsstand zum Thema skizziert (Kapitel 4). Im Anschluss werden zentrale Kriterien für eine ‚Good Practice‘ für Selbstbestimmung und Würde in Pflegeeinrichtungen aus aktuellen Diskursen sowie aus dem Feld heraus rekonstruiert (Kapitel 5). Darauf folgt die Klärung der begrifflich-konzeptionellen Grundlagen für die Empirie von SeLeP (Kapitel 6). Den Kern des Ergebnisberichts bildet dann die Darstellung zentraler Befunde aus den verschiedenen empirischen Erhebungen des Projekts entlang ausgewählter Themenkomplexe (Kapitel 7). In Kapitel 8 werden eigens die Erkenntnisse zu den Erfahrungen und Herausforderungen, mit denen Pflegeeinrichtungen vor allem in der ersten und zweiten Phase der Covid-19-Pandemie (bis Herbst/Winter 2020) konfrontiert waren, dargestellt. Nach dem empirischen Outcome wird als Synopse der ethischen Erkenntnisse aus der Forschung in Kapitel 9 der Entwurf einer Pflegeheimethik entwickelt, der die zentralen Perspektiven und Bezüge aufgreift und als wichtiger theoretischer Outcome betrachtet wird. Als anwendungsorientierter Outcome werden schließlich in Kapitel 10 zentrale Aspekte eines digitalisierbaren Schulungskonzepts zu Selbstbestimmung und Würde in Pflegeeinrichtungen kurz skizziert. Den Abschluss bildet die Zusammenschau fördernder und hemmender Faktoren für die Umsetzung von Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim sowie daraus ableitbare Handlungsempfehlungen für die Praxis (Kapitel 11).

Der umfängliche Anhang, auf den die Argumentation im Ergebnisbericht immer wieder verweist, wird auf Anfrage gerne zugänglich gemacht. In ihm finden sich z.B. ausführliche Tabellenbände aus den quantitativen Befragungen oder auch eine Zusammenstellung der recherchierten Gütesiegel zur Auszeichnung besonders guter Pflegeheime hinsichtlich der Verwirklichung von Selbstbestimmung und Würde sowie weitere erarbeitete Zusatzinformationen.

2 Ziel(e) und Vorgehensweise(n) des Projekts

Zur Auslotung der praktischen Möglichkeiten und Grenzen für ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben und Arbeiten in Pflegeeinrichtungen leistete SeLeP von *Februar 2019 bis April 2021* insgesamt *vier zentrale Arbeitsschritte*, die im Weiteren knapp dargestellt werden. Dabei ist von zentraler Bedeutung, dass der Zeithorizont des Forschungs- und Praxisprojekts ab Mitte März 2020 massiv von den Geschehnissen der Covid-19-Pandemie beeinflusst war.

Die mit der Pandemie einhergehenden außerordentlichen Umstände, die insbesondere für ein Forschungs- und Praxisprojekt im Kontext der stationären geriatrischen Langzeitpflege nicht zu umgehen waren, erforderten an verschiedenen Stellen *entsprechende Modifikationen* des ursprünglich im Projektantrag veranschlagten Vorgehens. Solche Abweichungen waren in SeLeP jedoch nicht nur mit einem Verlust an Datenqualität und/oder -quantität verbunden (vor allem, weil auf einen Teil der geplanten Vor-Ort-Fallstudien als teilnehmende Beobachtungen in ausgewählten Pflegeeinrichtungen verzichtet werden musste). Im Gegensatz dazu lieferten sie auch einen positiven Ertrag, denn für SeLeP ergab sich die Möglichkeit, im Rahmen des Mixed-Methods-Forschungsdesigns sog. ‚Corona-Fragen‘ zu ergänzen, deren Beantwortung für die Projektfragestellung ebenso aktuelle wie weiterführende Erkenntnisse zur Lage der Pflegeeinrichtungen und der in ihnen lebenden und arbeitenden Menschen während der ersten zwei Pandemie-Wellen lieferte. Nicht zuletzt wurde bedingt durch die angesichts der Pandemie erlassenen Schutz- und Hygienemaßnahmen gesamtgesellschaftlich pointiert deutlich, wie wichtig und drängend die Kernfragestellungen des Projekts für die Bewohner*innen, aber auch die Mitarbeiter*innen in stationären Pflegeeinrichtungen sind.

Die folgenden Unterabschnitte skizzieren die Vorgehensweise inkl. der vorgenommenen Modifikationen im Forschungsdesign, um so die methodischen Grundlagen der gewonnenen Befunde und Erkenntnisse nachvollziehbar zu machen.

2.1 Systematische Literaturrecherche (AP 1)

Arbeitspaket (AP) 1 umfasste eine systematische Literaturrecherche, die entlang einer dreigeteilten Struktur sowohl *Texte aus den Sozialwissenschaften, der Ethik sowie der Pflegewissenschaft/Gerontologie* erfasste.

Der Ertrag von AP 1 findet seinen Niederschlag insbesondere in Kapitel 4 und 5, die – ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben – einen kursorischen Überblick über den Forschungs- und Diskussionsstand zur Frage von Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim bieten und dabei einen Schwerpunkt auf die Fragen nach Qualität und Good Practice-Kriterien legen (AP 2), die darüber Auskunft geben, wie jene Maßstäbe für das Anzustrebende respektive Verwirklichtbare beschaffen sind, die zum Ziel haben, Pflegeheime als besonders orientiert an Selbstbestimmung und Würde auszuweisen. Kapitel 6 führt die in der Diskussion sehr unterschiedlich verwendeten Kernbegriffe rund um Selbstbestimmung und Würde in dem interdisziplinär tragfähigen Begriffskonzept der relationalen Autonomie sowie der kontingenten Würde zusammen und weist ihre inhaltlichen Bestimmungen für das Forschungsdesign von SeLeP mit Hilfe eines Analyserasters aus.

2.2 Identifizierung von Good Practice-Kriterien (AP 2)

Gemäß Projektantrag zielt AP 2 auf der Grundlage der Literaturrecherche (AP 1) und der darin gewonnenen Erkenntnisse auf die Ermittlung von konkreten Best-Practice-Beispielen, wie sie bspw. im Pflegeheimkontext aus dem Bereich von Palliative Care bekannt sind (vgl. Schneider et al. 2018, Kap. 5.1). Im Zusammenhang mit der Frage nach Selbstbestimmung und Würde, die in der Praxis eng mit der Suche nach guten vs. schlechten Pflegeheimen verbunden ist, zeigte die *Systematisierung des interdisziplinären Wissensstands hinsichtlich Qualitätssicherung/-management in der stationären geriatrischen Langzeitpflege* jedoch, dass eine Auflistung von Best-Practice-Beispielen für SeLeP Gefahr lief, ‚beliebig‘ auszufallen. Denn es existieren keine wissenschaftlich einheitlichen Kriterien, die zeigen, ab wann und wieso ein Pflegeheim der Verwirklichung von Selbstbestimmung und Würde mehr oder wenig gut nachkommt.

Auf Basis der Erkenntnisse aus AP 1 sowie mit Hilfe von *14 Experteninterviews*² war es in AP 2 jedoch möglich, die Kriterien zu extrahieren, die innerhalb der geriatrischen stationären Langzeitpflege dazu herangezogen werden, eine Einrichtung als gutes Beispiel bzw. Good Practice zu kennzeichnen und öffentlich sichtbar zu machen. Diese Kriterien dienten im Weiteren in AP 3/1 wiederum als Orientierungspunkte für das theoretische Sampling zur Auswahl der qualitativen Vor-Ort-Fallstudien. Die Identifizierung von Kriterien guter Pflege erfolgte aus soziologischer Perspektive insofern *rekonstruktiv* in dem Sinne, dass aus der Sichtung und Interpretation der diesbezüglichen fachwissenschaftlichen Diskussionen, institutionalisierten Prüfungsverfahren und praxisbezogenen Veröffentlichungen zentraler Akteur*innen und Organisationen jene Merkmale von Qualität herausgearbeitet und in ihrer Dimensionalität aufgeschlüsselt wurden, die im Feld selbst zur Bewertung und Beurteilung von Pflegequalität herangezogen werden. Diese *feldimmanenten Kriterien* konnten dann anschließend mit jenen Dimensionen und Beurteilungsfaktoren verglichen werden, die aus einer ethisch *normativen Perspektive* bei der Organisation und Implementation einer auf Selbstbestimmung, Autonomie und Würde ausgerichteten Pflegepraxis unbedingt zu berücksichtigen sind.

2.3 Mixed-Methods-Forschungsdesign (AP 3)

Im Zentrum der Forschungstätigkeiten in SeLeP stand AP 3 mit seinem Mixed-Methods-Design, das von der Covid-19-Pandemie einerseits ausgebremst, andererseits jedoch auch beflügelt wurde, wie im Einleitungsabschnitt von Kapitel 2 bereits kurz angedeutet wurde.

2.3.1 AP 3/1: Vor-Ort-Fallstudien in ausgewählten Pflegeheimen

Geplant waren laut Projektantrag insgesamt sechs *ethnographisch ausgerichtete, qualitative Fallstudien*³, von denen bis zum Einsetzen der Corona-Pandemie auch drei durchgeführt

² Es wurden mit Expert*innen aus den Bereichen Sozial-, Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Gerontologische Pflege; Theologie/Ethik; Qualitätsmessung in der Altenpflege; Leitung und Management von stationären Einrichtungen Gespräche geführt.

³ Eine Fallstudie bezieht sich auf die Praxis der beforschten Pflegeeinrichtung – der ‚Fall‘ ist also jeweils die Einrichtung, ihre kulturellen und strukturellen Merkmale sowie die Alltagspraxis vor Ort.

werden konnten. Dafür reisten drei wissenschaftliche Mitarbeiter*innen (Soziologie und Ethik) für jeweils eine Woche in drei ausgewählte Pflegeheime, um zu erfahren, wie die Beteiligten vor Ort die praktische Umsetzung von Selbstbestimmung und Würde wahrnehmen, welche Rahmenbedingungen hierbei gegeben sind, welche Möglichkeiten genutzt werden und auf welche Schwierigkeiten sie dabei typischerweise stoßen. Dafür wurden verschiedene Einzel- und Gruppeninterviews, Praxisbegleitungen und Beobachtungen (der Umgebung, der Räumlichkeiten etc.) durchgeführt.

Nach dem gesetzlichen Erlass von Betretungsverboten für Pflegeeinrichtungen Mitte März 2020 waren solche teilnehmenden Besuche in Form von Hospitanzen, die einen sehr umfassenden Einblick in den Alltag vor Ort zuließen, fortan nicht mehr möglich. Stattdessen fanden ab Mai 2020 und kontinuierlich bis zum Projektende zeitversetzte *telefonische Nacherhebungen* mit interessierten Personen aus jenen ersten drei Fallstudien statt, in denen sie ihre Lage zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Pandemie schilderten. Flankiert wurden diese Gespräche mit sieben *Experteninterviews mit Einrichtungsleitungen im Raum Bayerisch-Schwaben*, die sich durch den Pre-Test des Online-Fragebogens in AP 3/3 ergaben.

Mit der ‚Gewöhnung‘ der Pflegeeinrichtungen an die sog. ‚neue Normalität‘ war es nach einigen Schwierigkeiten und mittels vieler Kontakte möglich, über den Sommer 2020 weitere Kooperationspartner*innen für die noch ausstehenden Fallstudien zu finden, die sich zum Teil jedoch aufgrund steigender Infektionszahlen in den Häusern zeitlich immer wieder nach hinten verschoben. Von Oktober 2020 bis einschließlich März 2021 ließ sich schlussendlich die Durchführung von vier weiteren sog. *virtuellen Fallstudien* realisieren, die mittels Videokonferenzen und Telefoninterviews mit den jeweiligen Einrichtungen zu spezifischen Themenschwerpunkten erfolgten: (1) Technikeinsatz, (2) Sozialraumorientierung, (3) Aktivierung und Prävention sowie (4) Lebensende.

In Summe standen somit für AP 3/1 folgende Datenmaterialien zur Auswertung zur Verfügung (vgl. Tabelle 1):

Tabelle 1: Übersicht über die qualitative Datenmaterialsammlung

Fallstudie 01: Feldnotizen der einwöchigen Hospitation, 6 Bewohnerinterviews, Fokusgruppe mit Pflegenden (Pflegefach- und Pflegehilfskräften), 3 Interviews mit Ehrenamtlichen, jeweils ein Interview mit einer Pflegekraft und einer Betreuungskraft, 3 Interviews mit der Einrichtungsleitung (Verwaltung, PDL, Soz. Dienst); Nacherhebungen mit der Einrichtungsleitung (Gruppengespräch mit Verwaltung, Soz. Dienst, Fachkraft für ACP; Einzelinterview Einrichtungsleitung (Verwaltung) und einem Bewohner zu 2 Zeitpunkten

Fallstudie 02: Feldnotizen der einwöchigen Hospitation, 3 Bewohnerinterviews, 1 An-/Zugehörigeninterview, Fokusgruppe mit Pflegenden (Pflegefach- und Pflegehilfskräften) und einer Betreuungsassistentin, 1 Interview mit Mitarbeiter SKD, 3 Interviews mit der Einrichtungsleitung (Verwaltung, PDL, Inklusionsbeauftragte); Nacherhebungen via Gruppengespräch Einrichtungsleitung und Leitung SKD sowie Einzelinterview mit 2 Bewohnern zu je 1nem bzw. 2 Zeitpunkten

Fallstudie 03: Feldnotizen der einwöchigen Hospitation, Einzelinterviews mit der Einrichtungsleitung, PDL A und B, Leitung Soz. Betreuung, Küchenchef, WBL, Pflegfachkraft, 6 Bewohner, 1 An-/Zugehöriger, 2 Ehrenamtliche, 2 gesetzlichen Betreuern, Hausarzt;

| |
|--|
| Nacherhebungen mit PDL A und 3 Bewohnern zu je 2 bzw. in einem Fall nur zu 1nem Zeitpunkt |
| Virtuelle Fallstudie 04 (Technikfokus): Videointerviews mit der Einrichtungsleitung, der PDL, der Leitung Soz. Betreuung, einer Mitarbeiterin der soz. Betreuung, WBL, 3 Bewohnern und 1nem An-/Zugehörigen (Telefoninterview) |
| Virtuelle Fallstudie 05 (Fokus Sozialraumorientierung): Telefoninterviews mit der Einrichtungsleitung, Leitung der soz. Betreuung, 1ner Mitarbeiterin der soz. Betreuung, 4 WBLs, 4 Bewohnern, 2 An-/Zugehörigen |
| Virtuelle Fallstudie 06 (Fokus Aktivierung/Gesundheitsförderung): Telefoninterviews mit der Einrichtungsleitung, der PDL, der Leitung der soz. Aktivierung, 1ner Bewohnerin, 1nem An-/Zugehörigen |
| Virtuelle Fallstudie 07 (Fokus Lebensende): Videointerview mit der Einrichtungsleitung, Telefoninterviews mit der PDL im Bereich demenzielle Pflege, mit der WBL im Bereich demenzielle Pflege, mit der leitenden Ergotherapeutin, mit der PDL im Bereich Pflege von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen |
| Virtuelle Praxisgespräche (Fokus Pandemieerfahrung): 7 Gespräche mit Einrichtungsleitungen im Raum Bayerisch/Schwaben im Nachgang an den Pretest der Heimleiterbefragung |

Die Auswertung des derart vielschichtigen Datenmaterials erfolgte mittels inhaltsanalytischer und rekonstruktiver Techniken. Hierauf aufbauend konkretisierte sich ein vertiefendes Verstehen der Praxis vor Ort, die dadurch bestimmt ist, dass die Perspektiven der unterschiedlichen Beteiligten (Leitungspersonen, Pflege- und Betreuungskräfte, Bewohner*innen, An-/Zugehörige, Ehrenamtliche) auf die Geschehnisse deutliche Unterschiede erkennen lassen. Die Aufdeckung und Rekonstruktion dieser Perspektivendifferenzen war von besonderer Bedeutung für die Entwicklung des Schulungskonzepts (AP 4).

2.3.2 AP 3/2: Quantitative Befragung von An- und Zugehörigen

Das Institut für Demoskopie Allensbach, das über einen Unterauftrag in das Projekt eingebunden war, führte im Rahmen von AP 3/2 *eine mündliche quantitative Befragung von 480 An- und Zugehörigen von Pflegeheimbewohner*innen* durch. Im Mittelpunkt der Untersuchung stand die Frage, wie die Besucher*innen von Pflegeheimbewohner*innen den Alltag und die Möglichkeiten eines selbstbestimmten Lebens der Pflegeheimbewohner*innen beurteilen: Inwieweit dürfen Pflegeheimbewohner*innen bei Abläufen im Pflegeheim mit- oder sogar ganz selbständig darüber entscheiden? Welche Unterstützungsleistungen erbringen die Besucher selbst? Wie beurteilen sie die Situation in den Pflegeheimen? In welchen Bereichen erkennen die Besucher*innen einen Verbesserungsbedarf? Wie gut funktioniert die Kommunikation der Besucher*innen mit den Pflegekräften bzw. der Pflegeheimleitung? Darüber hinaus wurden in der Befragung auch die Besuchsabläufe sowie das Verhältnis der Besucher*innen zu den von ihnen besuchten Pflegeheimbewohner*innen detailliert ermittelt.

Die Umfrage, die bereits im Frühjahr 2020, also zu Beginn der Corona-Kontaktbeschränkungen ins Feld gehen sollte, konnte erst mit einiger Verzögerung zwischen dem 19. Juni und

dem 16. Juli 2020 durchgeführt werden. Um zu verhindern, dass sämtliche Fragen zu sehr unter dem Eindruck der akuten Erfahrungen der Corona-Beschränkungen beantwortet werden, wurden vor und auch während des Interviews die Befragten immer wieder darauf hingewiesen, dass es um ihre Eindrücke und Erfahrungen auch und vor allem vor Beginn der Corona-Krise geht. Gleichzeitig sollten in der Untersuchung aber auch die damals aktuellen Erfahrungen, die die An- und Zugehörigen der Pflegeheimbewohner*innen während der Corona-Krise im sog. ‚ersten Lock-Down‘ gemacht haben, erfasst werden. Daher wurde der Fragebogen um einige Fragen zu diesem Themenkomplex ergänzt. Voraussetzung für die Teilnahme war, dass der*die Befragte mindestens einmal im Monat einen An-/Zugehörigen, Freund oder Bekannten im Pflegeheim besucht.

2.3.3 AP 3/3: Quantitative Online-Befragung von Einrichtungsleitungen

AP 3/3 umfasst eine repräsentative *quantitative Online-Befragung von 1.223 Einrichtungsleitungen* vollstationärer Pflegeheime in Deutschland, die sich von August 2020 bis Januar 2021 erstreckte. Die Erhebung wurde online durchgeführt, flankiert durch eine persönlich-mündliche Akquise durch sechs vorab geschulte Mitarbeiter*innen. Zentrale Themen waren hier u.a. die Alltagsgestaltung der Bewohner*innen im Allgemeinen und deren Selbstbestimmungsmöglichkeiten im Besonderen, das Vorkommen und die Regelung von Konflikten sowie ethisch schwierigen Situationen in der Pflegeeinrichtung, das Engagement von An-/Zugehörigen, Kooperationsbeziehungen und sozialräumliche Einbindung sowie organisationskulturelle und -strukturelle Merkmale der Einrichtung.

Die Kontaktierung der Einrichtungen erfolgte in drei Stufen: Stufe A.1: Ziehung einer repräsentativen Zufallsstichprobe von Pflegeheimen in der Bundesrepublik Deutschland (5%) auf Basis des Datenbestands eines Pflegeheimverzeichnisses mit Kontaktdaten aus dem Jahr 2016, aus dem alle Einrichtungen ausgeschlossen wurden, die keine vollstationären Pflegeheime darstellten, in denen die Bewohner*innen auf Dauer leben. Stufe A.2: Nachschöpfung der Stichprobe um 5%, Nachziehen der Absagen und zwischenzeitlich geschlossenen Heime mit dem Resultat einer Erweiterung der ursprünglichen 5%-Zufallsstichprobe um weitere ca. 5% (vgl. Übersicht zur Stichprobe im Anhang).⁴ Strategie der Akquise und Gewinnung von Untersuchungsteilnehmer*innen war es, die Untersuchungsteilnehmer*innen individuell telefonisch (Motivationsgespräch) und via Email anzuwerben.⁵ Stufe B: Bewerbung der Umfrage über die Plattform „Pflegeretzwerk Deutschland“⁶ mit seinen 6.000 Kontaktdaten über Email (drei

⁴ Eine Übersicht zur Rücklaufquote und Ausschöpfung der Stichproben nach den Phasen A, B und C sowie zur Beendigungsquote des Interviews ist im Anhang dieses Berichts zu finden.

⁵ Bei der Teilstichprobe aus den Erhebungsphasen A.1 und A.2 handelt es sich um eine echte repräsentative Zufallsstichprobe, somit können deren Ergebnisse einen Generalisierungsanspruch aufgrund der Ziehung einer Zufallsstichprobe nach einem festen Algorithmus für sich verbuchen (Studienleiterin wählte Heime aus).

⁶ Das vom Bundesministerium für Gesundheit Ende März 2020 ins Leben gerufene „Pflegeretzwerk Deutschland“ ist eine Plattform für die Vernetzung und den Austausch von Praxis, Wissenschaft und Politik rund um Themen zur Pflege. Onlineauftritt: <https://pflegeretzwerk-deutschland.de/>.

Initiativen des Pflegenetzwerks in den Monaten Oktober-Dezember 2020).⁷ Stufe C: Anschreiben von allen Pflegeeinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland aus unserem Datenpool des o.g. Heimverzeichnisses im Dezember 2020 und Januar 2021.⁸

Die Itembatterien mit Einstellungs- oder Faktenfragen sowie alle weiteren erfassten Indikatoren und Strukturparameter aus Einzelfragen wurden auf Basis der Ergebnisse von AP 1, AP 2 und AP 3/1 zu einem Online-Fragebogen verarbeitet und mit standardisierten deskriptiven, multiplen und multivariaten statistischen Auswertungsverfahren analysiert (bspw. lineare Regressionsanalysen, explorative Faktorenanalysen u.a.).⁹

In die im Weiteren dargestellten Analyseergebnisse sind 1.218 Fälle eingegangen. Diese Fallzahl umfasst alle Fälle, die in allen Erhebungsphasen mit der Bearbeitung der Online-Befragung begonnen und größtenteils die Befragung beendet haben (Nettostichprobe aus Bruttostichprobe und noch nicht Beendigungsquote). Im Gros kann schätzungsweise davon ausgegangen werden, dass mit dieser Fallzahl rund 10% der vollstationären Alten- und Pflegeheime in Deutschland im Rahmen der Online-Heimleiterbefragung erreicht wurden, womit rund jede zehnte vollstationäre Pflegeeinrichtung erfasst wurde. Damit kann, insgesamt betrachtet, bei der Studie hier im strengen Sinne von einer Teilrepräsentativität gesprochen werden, wobei die jeweilige Erhebungsstrategie in der Online-Befragung miterfasst wurde, somit systematische Verzerrungen überprüfbar sind. Sofern letzteres ausgeschlossen werden kann, können die Ergebnisse aus allen drei Teilstichproben als gleichwertig behandelt werden. Anteilsmäßig stammt der Großteil der Untersuchungsteilnehmer*innen aus den beiden ersten Erhebungsphasen (A.1 und A.2) mit der höchsten Beendigungsquote vor dem Hintergrund der Selbstverpflichtung und des persönlichen Kontaktes mit der Universität Augsburg.

⁷ Bei der Teilstichprobe nach Erhebungsstrategie B (bzw. aus Phase B) sind hingegen ein Filter und eine Selbstselektion vorgelagert (Mitgliedschaft im Pflegenetzwerk und Motivation zur Studienteilnahme ohne Auswahl der Studienteilnehmer*innen und Akquisegespräch seitens der Universität Augsburg). Bei Erhebungsstrategie bzw. -phase B fand die Studienteilnahme ausschließlich per Selbstselektion statt.

⁸ Auch bei dieser Erhebungsstrategie konnte ein beachtenswerter Rücklauf und eine recht hohe Beendigungsquote attestiert werden (vgl. Stichprobenübersicht im Anhang).

⁹ Mit dem methodischen Vorgehen in der Analyse der quantitativen Daten der Online-Heimleiterbefragung und damit verbunden dem Erkenntnisinteresse wurden verschiedene Zielsetzungen verfolgt: Zum einen sollten Unterschiede in den Kernaspekten von Selbstbestimmung und Würde der Heimbewohner*innen in Bezug auf Merkmale und die Praxis von Heimen und deren Effekte darauf festgestellt werden, ebenso auch Zusammenhänge dieser Aspekte mit letzteren Bereichen, wofür einerseits bivariate Zusammenhangsanalysen, andererseits auch Varianzanalysen mit entweder einem Erklärungsfaktor oder mehreren Erklärungsfaktoren berechnet wurden, einschließlich der Analyse von Einzelvergleichen bei Heimmerkmalen mit mehreren Stufen (Post-Hoc-Tests). Aus den Ergebnissen dieser Untersuchungen wurde eine Schnittmenge von für die Determinierung der Kernaspekte relevanten Einflussfaktoren gebildet, deren Effekte im Weiteren in einer multiplen Analyse (lineare Regression) simultan, d.h. zusammen, im Hinblick auf ihre inkrementellen Effekte und Anteile untersucht wurden.⁹ Mit letzteren statistischen Prozeduren lässt sich im weitesten Sinne ermitteln, womit sich bestimmte Phänomene erklären lassen.

2.4 Entwicklung eines forschungsbasierten und praxisorientierten Schulungskonzepts (AP 4)

Auf Basis der Erträge von AP1 bis AP 3 wurde in Kooperation mit der Pflegewissenschaftlerin und Pädagogin Meike Schwermann zunächst an einem auf reine Vor-Ort-Präsenz ausgerichteten Schulungskonzept zu Selbstbestimmung und Würde in Pflegeeinrichtungen gearbeitet. Durch die Covid-19-Pandemie wurde von diesem Vorhaben Abstand genommen und gemeinsam mit der Klinik für Palliativmedizin in Göttingen (Prof. Dr. Friedemann Nauck) ein digitalisierbares Schulungskonzept entwickelt. Dieses forschungsbasierte, praxisorientierte Schulungskonzept besteht aus verschiedenen (Basis-)Modulen und adressiert (zunächst) vor allem die Leitungs- und Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen sowie – und das kann als innovativ betrachtet werden – Bewohner*innen und An-/Zugehörige, denen jeweils Reflexionswissen an die Hand gegeben werden soll, das dabei hilft, einen an Selbstbestimmung und Würde orientierten Alltag im Pflegeheim für alle Beteiligten zu realisieren und mit Herausforderungen dabei konstruktiv umzugehen.

3 Zusammenfassung der zentralen Befunde und Projektergebnisse

3.1 Aktueller Forschungs- und Diskussionsstand: zentrale Thesen (vgl. Kapitel 4)

- Das Recht auf Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe für ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben sowie der Anspruch, in seiner Würde anerkannt zu werden, sind in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen als unhintergehbare handlungsleitende Maximen der Praxis in stationären Pflegeeinrichtungen festgehalten.
- Seit den 2000er Jahren wird dem Thema Selbstbestimmung im Alter vor dem Hintergrund des Bewusstseins um die Folgen des demographischen Wandels und der damit aufkommenden Frage(n) nach einem ‚gelingenden‘ bzw. ‚erfolgreichen‘ Alter(n) mit einer möglichst hohen und anhaltenden Lebensqualität gesellschaftlich und politisch mehr Aufmerksamkeit zugeschrieben.
- In gesellschaftlichen und politischen Diskussionen dazu überwiegt der Fokus auf einer selbstständigen Lebensführung in Privathaushalten, wobei die Lebenssituation im Alter in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege aufgrund des ‚Zwittercharakters‘¹⁰ der Einrichtungen davon grundlegend zu unterscheiden ist. Studien zu Selbstbestimmung und Würde in stationären Pflegeeinrichtungen weisen übergreifend folgende Befunde aus:

¹⁰ Die Pflegeeinrichtung ist zum einen eine professionelle Versorgungsorganisation und zum anderen das Zuhause der Bewohner*innen (deren Lebenswelt). Dadurch treffen verschiedene Deutungs- und Handlungslogiken aufeinander, die nicht immer und ohne Weiteres vereinbar sind (z.B. rationale Arbeitsplanung auf der einen Seite und quasi-privatheitliche Beziehungsgestaltung zwischen Bewohner*innen und Pflegekräften auf der anderen Seite).

- Würde wird vorrangig im Kontext von *Körperlichkeit* (Grundpflege, Hygiene) sowie am *Lebensende* thematisiert (würdevolles Sterben als Maxime).
- Selbstbestimmung bezieht sich auf *alltägliche* Gestaltungs-, Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten, die das eigene Leben in der Pflegeeinrichtung betreffen.
- Die Förderung von Selbstbestimmung ist immer – und insbesondere im Falle gesundheitlicher (körperlicher, kognitiver etc.) Einschränkungen – *multifaktoriell*; d.h.: Sie umfasst personale, sozioökonomische, soziale, räumliche, medizinische, pflegerische und institutionelle Ressourcen.
- Es finden sich typische Unterschiede nach *Geschlecht, sozialem Status und Alter*, mit der eigenen Pflegebedürftigkeit und den neuen Grenzen und Möglichkeiten von Selbstbestimmung umzugehen bzw. umgehen zu können.
- Selbstbestimmung und Würde sind immer in Relation zur *Umgebung(-swahrnehmung)* der Bewohner*innen zu gestalten, anknüpfend an gegebene Möglichkeiten („Autonomie in Bezogenheit“).
- Somit steht die undifferenzierte Forderung nach Förderung von Autonomie pflegebedürftiger Menschen in der Gefahr, je nach Situation, Person und Umständen einer *Überforderung* gleichzukommen.
- (Die Erfahrung von) Selbstbestimmung der Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen wird zentral von der Berufsgruppe der *Pflegenden* beeinflusst und (mit-)gestaltet.
- Für das Personal können sich aus den Anforderungen als belastend empfundene *Handlungsdilemmata* ergeben, wenn die institutionell-organisatorischen Gegebenheiten dem Primat der Ermöglichung, Förderung und Gewährleistung von Selbstbestimmung im Pflegealltag entgegenstehen.
- Dem entsprechend obliegt es den *Leitungskräften* und den *Trägern*, die institutionell-organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen, die Selbstbestimmung und Würde gemäß den Ansprüchen und Bedürfnissen der Bewohner*innen zu ermöglichen, zu fördern und zu gewährleisten (vor allem Personalschlüssel und verfügbare Zeit sind hier relevant).
- Als immer wichtiger erkannt wird parallel dazu die Rolle der *Betreuungskräfte* nach § 43b SGB XI.

3.2 Kriterien für Qualität und Good Practice im Pflegeheim (vgl. Kapitel 5)

- Die Versorgungs- und Pflegequalität in stationären Einrichtungen wird gemeinhin mit den für Evaluationen gängigen drei Dimensionen *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität* gemessen.
- Für das Feld der stationären Altenhilfe lassen sich hierzu grob zwei Schwerpunktsetzungen unterscheiden: Zum einen orientieren sich Ansätze zur Qualitätsbemessung an dem *monetarischen* Grundprinzip und führen entsprechend ökonomisch ausgerichtete Kosten-Wirksamkeitsanalysen durch. Zum anderen fokussieren eher medizinisch-pflegerisch ausgerichtete Ansätze die Spezifika *personenbezogener* Dienstleistungen,

wodurch auch Strukturen und (Interaktions-)Prozesse als Rahmenbedingungen für Bewohnerorientierte Pflege in den Blick kommen.

- In den sog. ‚*Pflege-TÜV*‘ durch den MDK fanden bisher weder Sinnstiftung noch Würde und Selbstbestimmung als relevante Kriterien Eingang. Mit der überarbeiteten Version (2019) wird stärker auf die Unterstützung von Selbstbestimmung und die Achtung von Würde im Alltag geachtet.
- Vor diesem Hintergrund bildeten sich Anfang der 2000er Jahre *alternative Bewertungsinstanzen* heraus, die sich vordergründig nicht nur bzw. weniger für Versorgungs-/Pflegequalität im engeren professionellen Sinn interessieren, sondern den Aspekt der Lebensqualität in den Vordergrund rücken bzw. gar ins Zentrum stellen.
- *Lebensqualität* wird inzwischen auch als politisch relevantes Konzept erachtet: Der Lebensqualitätsbegriff fand Eingang in das Pflegestärkungsgesetz II; in SGB XI § 113b wird der politische Auftrag formuliert, wissenschaftlich fundierte Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität auf den Weg zu bringen.
- Die einschlägigen *Mess- bzw. Operationalisierungsverfahren* weisen mittlerweile Autonomie, Selbstbestimmung oder Selbstständigkeit als Teildimension(en) ihres Verständnisses von Lebensqualität im Pflegeheim aus – gleichwohl besteht hier eine gewisse semantische und inhaltliche Bedeutungsvielfalt, wie diese Begriffe verstanden werden.
- *Feldimmanente Kriterien*, die eine Einrichtung als ‚gutes Beispiel‘ kennzeichnen, lassen sich vor dem Hintergrund der empirisch erkennbaren Variabilität, Dynamik und Uneindeutigkeit der begrifflich-konzeptionellen Grundlagen und dimensional Ausrichtungen zu fünf inhaltlichen Schwerpunkten zusammenfassen:
 1. *Balancierende Gestaltung der Lebensverhältnisse und -bezüge in der Pflegeeinrichtung*: Einzelzimmer/Rückzugsorte; kleinere Wohngruppen mit einem Bezugspflegesystem; gemeinsame Rituale; Gemeinschaft (Balance aus Gemeinschaft und Privatheit); Einbezug der An-/Zugehörigen; Öffnung der Einrichtungen für und in den Sozialraum.
 2. *Leitbild der Bewohner*innen-Zentrierung*: Orientierung am/an der einzelnen Bewohner*in und seinen*ihren jeweiligen individuellen Bedarfen und Bedürfnissen (differenziert nach Krankheitsbildern, Geschlechtszugehörigkeit, sexueller Orientierung, kulturellem Hintergrund u.a.) sowie Unterstützung bei der Gestaltung des eigenen Lebens im Rahmen von differenzierten und spezialisierten Versorgungsformen und sozialen Betreuungsformaten. Hierbei finden sich unterschiedliche Sichtweisen bzgl. der Frage, ob es (teil-)segregierten Wohn- und Betreuungskonzepten besser gelingt, die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse zu adressieren als integrativen Konzepten.
 3. *Entscheidungs- und Handlungsmächtigkeit mit und trotz schwerer Krankheit und Pflegebedürftigkeit*: Orientiert an den „kleinen Ethiken des Alltags“ (Schmidl 2009) kommt den Alltäglichkeiten wie die Wahl der Kleidung oder die Mitbestimmung bei

Mahlzeiten eine wesentliche Bedeutung für die subjektive Erfahrung von Selbstbestimmung und Würde zu.

4. *Lebensbegleitung bis zum Tod (Hospizkultur und Palliativkompetenz)*: Um ein würdevolles und möglichst selbstbestimmtes Sterben zu ermöglichen, sollen palliative Pflege und, wenn gewünscht, hospizliche Begleitung als mindestens gleichberechtigt neben aktivierenden bzw. präventiven und rehabilitativen Pflegestilen etabliert werden. Eine Facette davon ist die Ermöglichung von Advance Care Planning als Form der Mitbestimmung über die eigene gesundheitliche Versorgung am Lebensende (v.a. hinsichtlich Fortsetzung oder Abbruch medizinischer Behandlungen).
 5. *Sorge für die Sorgenden*: Da das Pflege- und Betreuungspersonal eine bedeutsame Rolle für die Herstellung von Selbstbestimmung und Würde im Alltag spielt, gilt es, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die ohnehin schon komplexe und (körperlich wie psychisch) belastende Arbeit entlastet wird. Dabei reicht der einfache Verweis auf Selbstsorge der Pflege- und Betreuungskräfte nicht aus. Vielmehr bedarf es der Sorge um die Sorgenden in Form von institutionell-organisatorischer Gewährleistung von Sicherheit und Unterstützung bei Problemlagen, dem Bereitstellen von Reflexionsräumen zur Bearbeitung von belastenden Erfahrungen (z.B. ethische Fallbesprechungen/Ethikberatungen, aber auch Raum für informellen Austausch zwischen Kolleg*innen) sowie von Angeboten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, familiengerechten Arbeitszeiten/Möglichkeiten der Kinderbetreuung bis hin zu fairen Löhnen.
- Mit Blick auf Pflegeeinrichtungen als Organisation stellen sich hier u.a. Fragen nach dem *Verhältnis von Standardisierung und Individualisierung* (wie viel Flexibilität, Individualität und freie Gestaltbarkeit von Abläufen und Prozessen verträgt eine Organisation?) sowie nach den *Grenzen von Selbstbestimmung* bzw. den Grenzen einer ‚individualistischen‘ Vereinseitigung der gesellschaftlichen Wertedebatte um Selbstbestimmung als zuerkannte wie zugemutete Selbstständigkeit, vor allem mit Blick auf die veränderte Bewohnerklientel (hochbetagt, multimorbide).
 - Kriterien aus *ethischer Perspektive* fokussieren vor allem – anknüpfend an die o.g. fünf Punkte – auf ethische Leitplanken und Reflexions- und Austauschräume bei schwierigen Situationen/Entscheidungen (in Form von Ethikcodices/Leitbildern, Ethikbeauftragten, Ethikforen u.a.). Selbstbestimmung bedarf eines Pflegeethos, der die Sicherstellung freiverantwortlicher Entscheidungen durch die Bewohner*innen umfasst (im Sinne von: Informieren, Wollen, Wählen können). Inhärente Würde als richtungsweisender Parameter bedarf dabei der Stärkung des Selbstvertrauens und der Selbstachtung aller im Pflegeheim Beteiligten, durch wechselseitiges Interesse und wertschätzendes Kommunikationsverhalten.
 - Der selektive Blick in *europäische Nachbarländer* (insbes. Schweiz, Skandinavien) zeigt, dass auch hier Quartiersbezug und Sozialraumöffnung, eine bedürfnisorientierte Flexibilisierung des Tagesablaufs sowie eine partizipative Beteiligung von Bewohner*innen als Kriterien für Good Practice diskutiert werden. Zudem wird die Privatisierung von

Pflegeeinrichtungen kritisch gesehen, weil eine profitorientierte Ausrichtung auf Kosten von Lebens- und Pflegequalität zu gehen droht.

3.3 Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen von SeLeP (vgl. Kapitel 6)

- *Autonomie* gilt als ‚Eigenschafts-Zuschreibung‘ im Sinne des autonomen Subjekts in modernen Gesellschaften und somit als eine Ausdrucksform im Welt- und Selbstverhältnis eines Individuums. *Selbstbestimmung* meint die praktische Ausübung von Autonomie i.S. des Treffens von Entscheidungen und der Gestaltung von Handeln und Situationen (Umsetzung von Entscheidungs- und Handlungsautonomie).
- *Relationale Autonomie* geht von einer unhintergehbaren Eingebundenheit des Menschen in soziale Bezüge aus: (1) Soziale Andere eröffnen oder verschließen Entscheidungs- und Handlungsspielräume und können (2) als ‚Erfüllungsgehilfen‘ bei der Umsetzung von eigenem Willen und Entscheidungen in konkrete Erfahrungen unterstützen.
- Mit diesem Verständnis von Autonomie und Selbstbestimmung rücken Aspekte wie *soziale Beziehungen, Interaktion und Kommunikation sowie organisationskulturelle und -strukturelle Merkmale* ins Zentrum der Betrachtung.
- Mit Blick auf das Thema Pflege ist dabei wichtig, dass zwischen Autonomie und *Fürsorge* (als einem zentralen Konzept von Pflege) kein prinzipieller Gegensatz auszuweisen ist: Gerade im Modus der Fürsorge (Pflegekräfte, An-/Zugehörigen) können Autonomiegesuche der zu Pflegenden praktisch umgesetzt werden. Gleichwohl kann Fürsorge – bzw. als Fürsorge gerahmtes Handeln (verstanden als paternalistische Schutzaufgabe) – aber auch selbstbestimmungslimitierende Effekte aufweisen.
- *Personale Autonomie* flankiert das relationale Verständnis durch die Betonung der Begründetheit von Autonomie im Individuum. Die Persönlichkeit, die Biografie, die gelebten sozialen Beziehungen u.a. sind der Referenzraum von Autonomieansprüchen bzw. deren konkreter Ausformung – darauf muss die praktische Herstellung von Selbstbestimmung Bezug nehmen (vgl. „Autonomie in Bezogenheit“).
- In der *Verbindung von personaler und relationaler Autonomie* aus soziologischer Perspektive kann allgemein formuliert werden: Selbstbestimmung (auch in Form gewählter Fremdbestimmung) gilt als beobachtbarer, empirisch erkennbarer Ausdruck (konkretes Tun, Unterlassen) von personaler Autonomie des modernen Subjekts im Rahmen gegebener Machtrelationen, Herrschaftsverhältnisse und institutionell-organisationaler Rahmenbedingungen (strukturell, kulturell, material-räumlich).
- Autonomie geht mit *Freiheit* einher, da sie Ausdruck einer (vernunftzentrierten) Freiheit zur Willensbildung ist. Dabei wird unterschieden in ‚Freiheit von‘ und ‚Freiheit zu‘ sowie innerer (Entscheidungs- bzw. Willensfreiheit) und äußerer Freiheit (Handlungsfreiheit).
- Vor diesem Hintergrund ist gerade auch für den empirischen Blick eine Erweiterung um eine soziale Dimension der *Autonomie der Anderen* vorzunehmen: Neben der Selbstbestimmung des*r einzelnen Bewohners*in ist immer auch das Verhältnis zur Selbstbestimmung der anderen (Bewohner-, Pflegekraft- etc.) Subjekte sowie zu den

institutionell-organisationalen Strukturen mit ihren je eigenen Logiken und Prozessen zu beachten.

- *Würde* ist der Oberbegriff von Autonomie und Freiheit: Sie gilt im Sinne eines ‚absoluten‘ Werts als jedem Menschen inhärent und ist so als Ausdruck einer absoluten Wertigkeit und des Selbstzweckseins des Menschen zu verstehen. In ihrer *empirisch-praktischen Bedeutung* ist Würde hingegen *kontingent*: Die eigene (zugeschriebene) Würde zu erfahren, sich würdevoll behandelt zu fühlen, erscheint dabei als empirisches Phänomen wiederum als eine Frage der sozialen Umgebung und des Selbst-Welt-Verhältnisses des Einzelnen (vgl. Relationalität, Situations- und Handlungswürde).
- Zusammenfassend: Würde und Selbstbestimmung sind *empirische Tatsachen*, d.h. erst durch Handeln und Zuschreibungen herzustellende (inter-)subjektive Erfahrungen, die auf soziale Beziehungen und eine bestimmte institutionell-organisationale Umgebung angewiesen sind. In diesem Sinne sind Würde und Selbstbestimmung als *Gestaltungsauftrag* für Pflegeeinrichtungen zu verstehen.

3.4 Zentrale Ergebnisse der qualitativen Fallstudien (vgl. Kapitel 7.1)

Datengrundlage: Fallstudien: N = 7, davon 3 als ethnographisch orientierte Vor-Ort-Fallstudien (mehrtägige Hospitanz, Interviews und Praxisbegleitungen) und (Covid-19 bedingt) 4 virtuelle Fallstudien (video- und telefonbasierte Einzel- und Gruppeninterviews).

Typische Bewohnerorientierungen und Selbst-Welt-Bezüge

- Es lassen sich *typische Unterschiede* zwischen Pflegeheimbewohner*innen hinsichtlich Orientierungen, Erfahrungen und Ressourcen ausmachen, die im Kern zentrale Aspekte von Selbstbestimmung und Würde berühren.
- Neben dem mentalen und körperlichen Gesundheits-/Krankheitszustand sind vor allem auch *subjektiv wahrgenommene* Selbst-Welt-Bezüge der Bewohner*innen entscheidend für deren ‚für-wahr-genommene‘ Entscheidungs- und Handlungsautonomie.
- Als relevante Erfahrungs- und Handlungskomplexe lassen sich hier die folgenden drei benennen:
 1. *Narrativ des Einzugs ins Pflegeheim* als retrospektive Deutung des Pflegeheimeinzugs (wie selbst- oder fremdbestimmt ist dieser Wechsel des Wohn- und Lebensorts in der subjektiven Wahrnehmung erfolgt);
 2. *Kontakte nach außen* (Aufrechterhalten alter Kontakte, Kontakte in den Sozialraum; Rollenvielfalt ermöglichen) und *Kontakte nach innen* (Nutzen von Gemeinschafts- und Gruppenangeboten zur Integration in die neue Gemeinschaft, Beziehung zu Personal und anderen Bewohner*innen);
 3. *Gelebte Fürsorgebeziehungen innerhalb des Pflegeheimkontextes* (Helfensbeziehungen auf der Ebene der Bewohner*innen als identitäts- und würdestiftende soziale Beziehungen; z.B. Erfahrung des selbst gewählten Verantwortlich-Seins für

einen anderen Menschen u.a. Ausgestaltungsformen ‚sorgender‘ sozialer Nahbeziehungen).

- Aus diesen drei Komplexen ergeben sich unterschiedliche *typische Handlungs- und Positionierungsstrategien* der Bewohner*innen: (1) das aktive Suchen und Entdecken subjektiver (Handlungs-)Freiräume und Gestaltungsmöglichkeiten im Pflegeheim als neues Zuhause und um das Pflegeheim herum vs. (2) Resignation und Rückzug als Ausdruck der Erfahrung des Lebens in der Pflegeeinrichtung im Sinne einer Kontinuierung von Verlusten. Während die erste Haltung die Erfahrung von Selbstbestimmung befördert, steht die zweite dieser Erfahrung eher im Weg.
- *Zusammenfassend* zeigt sich, dass es Bewohner*innen, die (1) aus ihrer Sicht über den Einzug in die Pflegeeinrichtung mitbestimmen konnten (auch wenn bspw. der Hauptgrund Krankheit war) und die (2) über Kontakte nach außen und nach innen soziale Teilhabe erfahren, leichter gelingt, sich mit ihrem Leben im Pflegeheim pragmatisch zu arrangieren und Chancen zu ergreifen, ‚ihre Welt‘ im Pflegeheim nach eigenen Relevanzen zu ordnen und hiervon ausgehend, ihr Leben als sinnvoll, selbstbestimmt und auch würdevoll zu erfahren.

Typische Konfliktkonstellationen rund um Selbstbestimmung und Würde

- Vor allem alltägliche Probleme und damit einhergehende Konflikte dienen der Analyse der Praxis von Selbstbestimmung und Würde in Pflegeeinrichtungen. Dabei sind es weniger die großen ethischen Fragen, die hier im Alltag relevant sind, sondern vielmehr die kleinen, manchmal banal erscheinenden Situationen. Dieser Umstand erscheint für die praktische und organisationale Gestaltung eines auf Selbstbestimmung, Autonomie und Würde ausgerichteten Lebens im Pflegeheim umso wichtiger, als diese vermeintlich kleinen Fragen und Konflikte in den ethischen Debatten um selbstbestimmtes Leben und Sterben in stationären Kontexten oftmals nur partiell behandelt werden.
- Konflikte sind auch deshalb relevant, weil hier jene Vorbedingungen und unausgesprochenen Hintergrundannahmen sichtbar werden, die ganz wesentlich für einen ‚reibungslosen‘ Ablauf des Alltags unter der Zielorientierung der Ermöglichung von Selbstbestimmung und Würde sind.
- Selbstbestimmungs- und würdebezogene (Alltags-)Konflikte verweisen daher durch den darin zum Ausdruck kommenden Bruch mit Ansprüchen und Erwartungen darauf, dass die Erfahrung von Selbstbestimmung und Würde auf Seiten der Bewohner*innen immer Ergebnis von (Aus-)Handlungen der an konkreten Situationen beteiligten Personen ist. Wie mit (Alltags-)Konflikten umgegangen wird, zeigt damit zugleich, wie in Pflegeeinrichtungen mit Selbstbestimmungs- und Würdeansprüchen umgegangen wird.
- Als *Deutungsrahmen* für (Alltags-)Konflikte ist dabei stets zu beachten: (1) Pflegeeinrichtungen sind als „*Zwitterinstitution*“ zwischen privatheitlicher Lebenswelt (Zuhause der Bewohner*innen) und Dienstleistungseinrichtung mit Versorgungsauftrag (im Sinne einer professionalisierten Arbeitswelt) zu verstehen, woraus sich teilweise widersprüchliche Handlungserwartungen, -ziele und Praxisarrangements ergeben (z.B. auf zeitliche Flexibilität ausgerichtete Tagesgestaltung vs. rational organisierte Pflegeabläufe). (2)

Pflegeeinrichtungen sind durch eine unhintergehbare *Asymmetrie* im Hinblick auf die Möglichkeit zur Durchsetzung des eigenen Willens zwischen Bewohnerschaft und Personal gekennzeichnet, die letzterem auf Kosten ersterer im Alltag mehr Deutungs- und Handlungsmacht zuschreibt; auch innerhalb der Bewohnerschaft findet sich eine solche Asymmetrie entlang der gesundheitlichen Möglichkeiten, einen Willen zu kommunizieren und praktisch durchzusetzen.

- Ein *typisiertes Tableau* kann als ‚Beobachtungsheuristik‘ (Alltags-)Konflikte entlang folgender inhaltlicher und formaler Dimensionen differenzieren:
 - o Verortung von Konflikten auf verschiedenen Ebenen entlang unterschiedlicher Dimensionen: *Subjekt – Interaktion – Organisation*. So können *Konfliktursachen* im Subjekt begründet sein (Selbst-Welt-Verhältnis, biografische Bezüge etc.), in der Interaktion (Beziehung, Umgangsweise, Spannungsfeld Fürsorge-Selbstbestimmung) oder in der Organisation (strukturelle und kulturelle Rahmenbedingungen). Neben der Verortung von Konfliktursachen können die Ebenen zum anderen auch zur analytischen Verortung von *Erscheinungsformen* von Konflikten herangezogen werden.
 - o Darüber hinaus ist zwischen *latenten* und *manifesten* Konflikten zu unterscheiden. Manche Konflikte sind in ihrer vermeintlichen Ursächlichkeit für alle am Konflikt beteiligten Akteur*innen offensichtlich, andere kommen lediglich vermittelt über andere symbolische Formen zum Ausdruck. Nicht immer erscheint es dabei von Vorteil, latente Konflikte manifest zu machen, jedoch gilt es, zu erkennen, wenn bestimmte Situationen auf latente, dahinterliegende (andere) Konflikte verweisen.
 - o Bezogen auf die in ihnen jeweils zum Ausdruck kommenden selbstbestimmungsrelevanten Themen sind Konflikte nach den Dimensionen *Privatheit, Zeit, Zuständigkeiten/Verantwortung* sowie *institutionell-praktische Organisation von Mitbestimmung* zu unterscheiden.
- Eine solche analytische Heuristik kann als Interpretationsfolie für die *reflexive* Bearbeitung von Konflikten im Pflegeheimalltag dienen: Wo ist der Konflikt verortet, worum geht es (eigentlich), (wie) kann der Konflikt aktuell bearbeitet werden, wer ist daran beteiligt?
- Um Konflikte *praktisch* bearbeitbar zu machen, ist es zum einen nötig, dass das Personal die Selbstbestimmungs- und Autonomierelevanz dahinter erkennt und zum anderen, dass es systematisch für mögliche Perspektivendifferenzen sensibilisiert und in seinen Kompetenzen zur Perspektivenübernahme unterstützt wird. Hierfür sind erneut organisationale Rahmenbedingungen vonnöten, die der einzelnen Pflegekraft Raum und Zeit für eine solche Perspektivenübernahme und -reflexion geben.

Typische Interaktions- und Pflegemuster des Personals

- Im Umgang mit den typischen Bewohnerorientierungen sowie den alltäglichen Konflikten sind die Pflegekräfte entscheidende Gestaltungsakteure. Hier ist sowohl die jeweilige Haltung (z.B. wie begegnen sie bestimmten Bewohneransprüchen) als auch das Handeln (wie gehen sie mit Konflikten um) von Bedeutung.

- In der Praxis finden sich hier verschiedene Interaktionsmuster, die die Orientierung des Personals an den heterogenen Bewohner- bzw. Situationsmerkmalen verdeutlichen (auf der Handlungsebene gleichsam als Ausdruck dahinterliegender Haltungen):
 1. *Ermöglichungsstrategien*: Hier wird dem Willen der Bewohner*innen Ausdruck verliehen, sowohl in der konkreten Interaktion (z.B. unterstützen bei einer Tätigkeit, etwas frei wählen lassen) und/oder auch durch die Organisation (z.B. Gestaltung des Zimmers). Bei Ermöglichungsstrategien geht es um die Herstellung von Handlungsautonomie (Umsetzung des eigenen Willens in Handeln und Situationsgestaltung).
 2. *Aktivierungsstrategien*: Setzt die Ermöglichung an einem vorhandenen Willen an, so geht es bei der Aktivierung eher darum, den*die Bewohner*in überhaupt erst bei der Bildung und der Kommunikation eines Willens zu unterstützen. Das findet in erster Linie über Kommunikation statt, wobei die Pflegekraft hier abwägen muss, in welcher Rolle sie dem*r Bewohner*in gegenübertritt (z.B. als ‚sanfter Motivator‘ oder als ‚aktiv stupsender Instrukteur‘). Bei der Aktivierung geht es primär um die Herstellung von Entscheidungsautonomie.
 3. *Strategisches Zulassen / Strategien des Gewährens*: Dieses Interaktionsmuster kommt zur Anwendung, wenn die Bewohnerwünsche nicht ohne Weiteres mit den Regeln, Zielen und Strukturen der Pflegeeinrichtung in Einklang zu bringen sind (z.B. Fürsorgeanspruch, Selbstschutz). Hier kann effektiv von einer Durchsetzung der Ordnungsvorstellungen der Bewohner*innen gegenüber der Organisation gesprochen werden. Ziel ist die Unterstützung von bzw. zu Entscheidungs- und Handlungsautonomie gegenüber der Organisation.
- Für diese typisierten Interaktionsmuster sind auf der Seite der Pflegekraft jeweils verschiedene Formen von Wissen nötig: Wissen über den Gesundheitszustand des*r Bewohner*in und fachliches *Pflegewissen* (was ist überhaupt möglich), *Organisationswissen* (welche Regeln und Spielräume gibt es), vor allem aber *biografisches, personenbezogenes Wissen* über den*die Bewohner*in (was möchte er*sie, wie wichtig ist ihm*ihr etwas, was traut er*sie sich vielleicht nicht zu äußern etc.).
- Die verschiedenen Interaktionsmuster sind auch als *Konfliktbearbeitungsstrategien* zu verstehen, die in (potenziell) konflikthaften Situationen bewohnerbezogene Reaktionen ermöglichen und so Konflikte adäquat adressieren oder erst gar nicht entstehen lassen.

3.5 An- und Zugehörigenbefragung (vgl. Kapitel 7.2)

Datengrundlage: N = 480; mündliche Fragebogeninterviews (vis-à-vis).

Der Umzug in die Pflegeeinrichtung

- Über die Hälfte der Pflegeheimbewohner*innen wurde bereits vor ihrem Einzug in die Pflegeeinrichtung *zu Hause gepflegt*, erst als die häusliche Pflege zu belastend wurde oder sich der Gesundheitszustand zu sehr verschlechtert hatte, erfolgte ein Umzug ins Pflegeheim.

- Drei Viertel der jetzigen Pflegeheimbewohner*innen sind dann auch direkt von zuhause aus ins Pflegeheim gezogen.
- Der *Gesundheitszustand* und die *Überforderung der An-/Zugehörigen* sind wichtige Faktoren bei der Entscheidung, in eine Pflegeeinrichtung zu ziehen. Nur selten ging dabei die Initiative von den Pflegebedürftigen selbst aus.
- *Faktoren bei der Pflegeheimauswahl* können nach ‚weichen‘ (z.B. subjektive Relevanzen und soziale Aspekte) und ‚harten‘ Faktoren (z.B. strukturelle Aspekte und Versorgungsqualität) unterschieden werden. Vor allem letztere spielen bei der Pflegeheimauswahl eine Rolle:
 - *Harte Faktoren*: Insbesondere die medizinische Versorgung und die Verfügbarkeit von Ärzt*innen, aber auch die Raumgestaltung, die Sauberkeit sowie die Anzahl der Pflegekräfte waren laut den Befragten besonders wichtig.
 - *Weiche Faktoren*: Der Umgang mit den Bewohner*innen steht hier an erster Stelle. Weitaus weniger wird auf individuumsbezogene Aspekte wie Freizeitangebote für die Bewohner*innen, die Möglichkeit, das Zimmer mit den eigenen Möbeln einzurichten oder einen selbstbestimmten Tagesablauf Wert gelegt. Daneben waren auch das Image des Pflegeheims und das Leitbild ein nennenswertes Auswahlkriterium.
- Insgesamt verliefen die Auswahl und der Umzug in die Pflegeeinrichtung weitgehend so, wie die An-/Zugehörigen es vorgesehen hatten.
- *Zusammengenommen* zeigen die Ergebnisse, dass für die An-/Zugehörigen das Pflegeheim in erster Linie eine Versorgungseinrichtung ist, die gute Pflege sicherstellen soll, wozu vor allem Fachlichkeit, Qualitätskriterien und der soziale Umgang gerechnet werden. Das Pflegeheim als Lebenswelt, als neues ‚Zuhause‘ der Bewohner*innen – wozu weitere zur Lebensqualität gehörende Aspekte wie Selbst- bzw. Mitbestimmungsmöglichkeiten unterschiedlicher Art (Zimmergestaltung, Tagesablauf) gehören – erscheint als weniger prominent für die Pflegeheimauswahl.

Mitbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen im Pflegeheimalltag

- Auch wenn das Leben im Pflegeheim für viele Bewohner*innen von festen Regeln und Abläufen bestimmt wird, dürfen nach der Erfahrung der Befragten die Pflegeheimbewohner auch über *viele Abläufe* frei entscheiden oder zumindest mitentscheiden.
- Hier benennen An-/Zugehörige vor allem Aspekte, die *direkt bewohnerbezogen* und unabhängig oder konform zur Organisationsroutine sind (z.B. Besuche zu bekommen, Selbstbeschäftigung, Kleidungsauswahl). Je mehr die Möglichkeiten der Selbstbestimmung in die *Pflegeheimabläufe* eingreifen würden, umso *weniger* werden sie als Gestaltungsspielraum für die Bewohner*innen wahrgenommen (z.B. Routinen wie Essen, Hygiene, Morgenablauf).
- Als entscheidende Faktoren für die Selbst-/Mitbestimmungsmöglichkeiten erweisen sich für die An-/Zugehörigen zum einen die *Personalsituation* in der Pflegeeinrichtung (je mehr Personal verfügbar ist, desto mehr Freiräume werden gewährt), zum anderen der *Gesundheitszustand* der Bewohner*innen (physisch und mental).

Das Engagement der An-/Zugehörigen im Pflegeheimalltag

- Gefragt nach den Unterstützungsleistungen, die sie in die Pflegeeinrichtung einbringen, geben die An-/Zugehörigen vor allem *lebensweltliche Aspekte* an, wie die Freizeit des*r Bewohner*in zu gestalten und seine*ihre individuellen Bedürfnisse zu adressieren.
- Nicht wenige Besucher*innen geben aber auch (*quasi-*)*pflegerische* Tätigkeiten an (beim Essen, Anziehen und Waschen helfen). Solche körpernahen, pflegerischen Aufgaben werden weit häufiger von den Partner*innen als von den Kindern übernommen (pflege-
risch-soziale Doppelbedeutung dieser Tätigkeiten).

Die Perspektive der An-/Zugehörigen auf die Kommunikation mit der Pflegeeinrichtung

- Die Kommunikation zwischen An-/Zugehörigen und Pflegeheimleitung bzw. Pflegekräften läuft zumeist *offen* ab, sodass die An-/Zugehörigen aus ihrer Sicht in wichtigen Dingen einbezogen werden (z.B. bei gesundheitlichen Veränderungen, Therapieentscheidungen).
- Insgesamt herrscht ein *vertrauensvolles Verhältnis* zwischen An-/Zugehörigen und Einrichtung: Das Engagement wird akzeptiert und anerkannt, An-/Zugehörige können sich jederzeit über den*die Pflegeheimbewohner*in austauschen, es wird darauf vertraut, dass Absprachen zwischen ihnen und dem Pflegepersonal eingehalten werden.
- Manche *bemängeln* aber zu wenig Zeit für Gespräche, die Verfügbarkeit eines*r Ansprechpartner*in oder nicht ausreichend von den Pflegekräften informiert zu werden.
- *Einfluss* auf die Wahrnehmung des Kommunikationsklimas haben dabei die rechtliche Stellung des*r An-/Zugehörigen (Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r), die Besuchshäufigkeit, die Wohndauer im Pflegeheim und in einem geringeren Maße auch der sozioökonomische Status des*r An-/Zugehörigen; tendenziell auch der Träger der Einrichtung, die Größe der Einrichtung und der Pflegegrad.

Gesamturteil und Verbesserungsbedarfe

- Insgesamt stellen die Befragten dem Pflegeheim, über das sie Auskunft geben, ein gutes Zeugnis aus: Die *Durchschnittsnote* ist 2,4.
- An-/Zugehörige aus *Ostdeutschland* und von Bewohner*innen in Pflegeheimen mit *privater Trägerschaft* bewerten die Einrichtung tendenziell besser.
- Einen deutlich größeren Einfluss auf das Urteil der An-/Zugehörigen hat vor allem die von ihnen wahrgenommene *Personalsituation* des Pflegeheims: Pflegeheime, in denen ausreichend Personal vorhanden ist, werden von deutlich mehr An-/Zugehörigen positiv benotet als Pflegeheime, in denen Personalmangel herrscht. Die Gesamtbewertung des Pflegeheims verschlechtert sich abhängig von der Bewertung der Personalsituation um fast eine ganze Note (2,0 vs. 2,7).
- Die Personalsituation wirkt sich auch auf die benannten *Mängel und Verbesserungsbedarfe* aus:

- Wenn aus Sicht der An-/Zugehörigen zu wenig Personal verfügbar ist, werden auch weniger *Selbstbestimmungsmöglichkeiten* angegeben und das Eingehen auf *individuelle Bedürfnisse* der Bewohner*innen als unzureichend angegeben.
 - Vor allem wenn Personalmangel wahrgenommen wird, nennen An-/Zugehörige die *wenige Zeit für Information und kommunikativen Austausch* oder die Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen als problematisch/defizitär.
- Insgesamt empfehlen die meisten Befragten die Einrichtung, über die sie Auskunft gegeben haben, weiter. Erneut zeigt sich hier aber ein enger Zusammenhang zwischen der aus Sicht der An-/Zugehörigen gegebenen Personalsituation und dem Urteil über das Pflegeheim.

3.6 Heimleiterbefragung (vgl. Kapitel 7.3)

Datengrundlage: N = 1.218 (Rücklauf ca. 10%); standardisierte Online-Befragung.

Organisationale Spielräume für Selbstbestimmung im Pflegeheim

- In der Befragung konnten drei übergeordnete Bereiche von Selbstbestimmungsmöglichkeiten ermittelt werden:
 1. *Alltags-(Pflege-)Routinen* wie Aufstehen am Morgen, Körperpflege, Essens-/Mahlzeiten, Auswahl der Speisen und Getränke, Auswahl der Kleidung, Besorgungen und Einkäufe;
 2. *Gestaltung von Raum und Freizeit* wie Zimmergestaltung, Radio hören und Fernsehen, eigenes Zimmer abschließen, Spaziergänge im Garten;
 3. *Außenbezüge* wie Besuchszeiten von An-/Zugehörigen, Bekannten und Verwandten, Besuch von Veranstaltungen außerhalb der Pflegeeinrichtung, Besuch von Bekannten und Verwandten außerhalb der Pflegeeinrichtung und Wahrnehmen von therapeutischen Angeboten (z.B. Tier-, Ergo- oder Physiotherapie, kognitives Training).
- In allen drei Bereichen werden laut Auskunft der Einrichtungsleiter*innen häufig oder immer Selbstbestimmungsmöglichkeiten gewährleistet. Bei Menschen mit demenzieller Veränderung wird im Pflegeheimalltag darauf geachtet, auch ihnen Selbstbestimmung soweit wie möglich zu eröffnen, was jedoch aus Sicht der Einrichtungsleitungen nur mit Einschränkungen machbar ist.
- Multiple Analysen geben Hinweise auf *Zusammenhänge mit Einrichtungsmerkmalen* (Auswahl). Werden *vielen* Selbstbestimmungsmöglichkeiten angegeben, zeichnen sich die Einrichtungen statistisch gesehen durch folgende Merkmale aus:
 - Primat der *Fachlichkeit* in der Alltagsgestaltung (Fokus auf Kompetenz und Qualität der Pflege; im Unterschied zum Primat der Organisation mit Fokus auf Strukturen und Routinen);
 - *Bewohnerorientierung* (Orientierung an der Kontinuität in der Lebensführung, Biografiebezug);

- *Offenheit* der Einrichtung (festgemacht an Interdisziplinarität und Willkommenskultur, Sozialraumorientierung) und damit Begegnungsangebote inner- und außerhalb der Einrichtung;
 - Betonung von *Gemeinschaft und Integration* der Bewohner*innen in Alltagsaktivitäten;
 - *integratives* Wohnbereichskonzept;
 - offene Organisationskultur und -kommunikation (für Personal und Bewohner).
- Zusammenfassend zeigt sich, dass für Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Pflegeheimbewohner*innen organisatorische Rahmenbedingungen, grundlegende Gestaltungsprinzipien von Pflegeheimen und die Organisationskultur und -kommunikation ausschlaggebend sind. Es erscheint vor allem als eine Frage der organisationalen Ausrichtung des Pflegeheims, ob die Bewohner*innen sich eher an den Routinen, Standards und festgelegten Abläufen orientieren müssen oder ob es innerhalb der organisatorischen Abläufe Spielraum für individuelle Bedürfnisse gibt, auf die ggf. die eigenen Routinen und internen Strukturen flexibel reagieren müssen (und auch können). Insgesamt scheint die Orientierung an der Idee der Pflegeeinrichtung als Lebenswelt mit umfassenderen Selbstbestimmungsmöglichkeiten für die Pflegeheimbewohner*innen einherzugehen als die Fokussierung auf die Funktion als Versorgungseinrichtung.

Unterstützung durch An-/Zugehörige

- Die Unterstützungsleistungen durch An-/Zugehörige im Pflegealltag lassen sich zwei zentralen Bereichen zuordnen:
1. *Pflege und Begleitung der Bewohner*innen im Pflegeheim* wie Unterstützung und Mithilfe beim Essen, bei der Körperpflege (waschen, eincremen, duschen), beim Anziehen, beim Frisieren, bei der Teilnahme an Freizeitangeboten in der Pflegeeinrichtung (Sportprogramm, Vorträge, Singgruppe), bei der Teilnahme von medizinisch-therapeutischen Angeboten (Krankengymnastik, kognitives Training).
 2. *Besorgungen und soziale Betreuung im Pflegeheim und außerhalb* wie Unterstützung und Mithilfe beim Einkauf der Kleidung oder Pflegeartikel, bei der Nutzung von Informations- und Kommunikationsgeräten (telefonieren, fernsehen), bei Besuchen außerhalb der Pflegeeinrichtung (Besuch von Bekannten und Verwandten, Arztbesuch).
- Insgesamt wird von den Einrichtungsleitungen ein Engagement von An-/Zugehörigen in diesen beiden Bereichen eher mit selten bzw. manchmal angegeben. Wenn Unterstützungsleistung der An-/Zugehörigen erfolgen, dann vor allem im zweiten Bereich der Besorgungen und sozialer Betreuung, seltener bei der Pflege und Begleitung.
- Auch hier geben multiple Analysen Hinweise auf *Zusammenhänge mit Einrichtungsmerkmalen* (Auswahl). *Mehr* Unterstützung durch An-/Zugehörige geben Einrichtungen mit folgenden Merkmalen an:
- Einrichtungen mit dem Primat auf der *Organisation* in der Alltagsgestaltung (mit Fokus auf Strukturen und Routinen);

- *Biografiebezug* (positiver Zusammenhang mit dem Bereich Pflege und Begleitung);
 - *Offenheit* der Einrichtung;
 - Betonung von *Gemeinschaft und Integration* der Bewohner*innen in Alltagsaktivitäten;
 - *Gemeinschaftssinn* und *soziale Integration*.
- Zusammengefasst: Wenn eine Einrichtung an einer lebensweltlichen Gestaltung orientiert ist – bezogen auf das Innen-Außen-Verhältnis und die Erzeugung von Gemeinschaft und Teilhabe im Pflegeheim – sind die An-/Zugehörigen auch in die internen Pflegeheimabläufe stärker integriert. Je offener und bewohnerzentrierter ein Pflegeheim ist, desto mehr finden An-/Zugehörige hier Raum, sich einzubringen. Aber auch die Orientierung am Funktionieren organisationaler Abläufe geht mit Unterstützungsleistungen durch An-/Zugehörige einher.
 - Von größerer Bedeutung für die Frage der Unterstützung durch An-/Zugehörige sind allerdings Merkmale der Personalstruktur der Pflegeheime (viele Teilzeitkräfte) und der Bewohner*innen selbst (Alter, hoher Pflegegrad). Auch die Trägerschaft spielt hier eine Rolle (in kirchlichen Einrichtungen sind die An-/Zugehörigen i.A. mehr unterstützend tätig als in privaten-gewerblichen, womöglich auch vor dem Hintergrund unterschiedlicher ‚Dienstleistungsvorstellungen‘ seitens der An-/Zugehörigen).
 - In den Angaben der Einrichtungsleitungen hängt ebenso die Wahrnehmung verschiedener Konflikte im Einrichtungsalltag mit einem Mehr an Engagement seitens der An-/Zugehörigen zusammen – etwa in Form von mehr Unterstützung für den*die Bewohner*in. Denkbar ist hier auch ein gegenteiliger Effekt in dem Sinne, dass das Engagement der An-/Zugehörigen zu mehr Konflikten führt (bspw. wenn während der Besuche wahrgenommene Probleme oder defizitäre Zustände seitens der An-/Zugehörigen angesprochen werden).

Kommunikationsstrategien und die Frage nach einem würdevollen Miteinander

- Würde wird im Projekt u.a. darin gefasst, wie die Kommunikation des Personals gegenüber den Pflegeheimbewohner*innen gestaltet ist (vgl. Handlungs- und Situationswürde).
- Bezogen auf Situationen, in denen der Bewohnerwille nicht konform geht mit dem Einrichtungsziel, lassen sich aus den Angaben der Einrichtungsleitungen drei Kommunikationsstrategien herausarbeiten:
 1. *Motivation steigern und überzeugen*: Versuch, den Bewohnerwillen kommunikativ zu beeinflussen (mehr oder weniger subtil);
 2. *normativen Druck aufbauen*: Versuch, aktiv auf den Bewohnerwillen einzuwirken;
 3. *verständnisvolle, dialogorientierte Perspektive*: Versuch, den Bewohnerwillen zu verstehen und Bereitschaft, ihm Geltung zu verschaffen (auf Kosten des Organisationsziels).

- Über alle Einrichtungen hinweg wird – den Angaben der Einrichtungsleitungen zufolge – die dritte Strategie, die verständnisvolle, dialogorientierte Kommunikation, am häufigsten praktiziert. Etwas weniger häufig findet sich die Strategie, Motivation zu steigern und zu überzeugen, und deutlich seltener die Strategie, normativen Druck auszuüben.
- Multiple Analysen geben Hinweise auf *Zusammenhänge mit Einrichtungsmerkmalen* (Auswahl).

Die Strategie „Motivation steigern und überzeugen“ wird vor allem in Pflegeheimen mit folgenden Merkmalen genannt:

- Primat der *Fachlichkeit* in der Alltagsgestaltung (Fokus auf Kompetenz und Qualität der Pflege), aber auch Primat der *Organisation* in der Alltagsgestaltung (mit Fokus auf Strukturen und Routinen);
- *Bewohnerorientierung* (Orientierung an der Kontinuität in der Lebensführung, Biografiebezug);
- Bedeutung von *Gemeinschaft und Integration* in Alltagstätigkeiten;
- *Leitbild* mit starker Betonung der Versorgungsaufgabe;
- Einrichtungen mit *privat-gewerblicher Trägerschaft*.

Die Strategie „normativen Druck ausüben“ wird – wenn überhaupt – vor allem in Pflegeheimen mit folgenden Merkmalen genannt:

- Primat der *Organisation* in der Alltagsgestaltung (mit Fokus auf Strukturen und Routinen);
- Primat der *Pflege* als Merkmal der Grundausrichtung (Versorgung steht vor sozialer Betreuung);
- wenig *Selbstbestimmungsmöglichkeiten* für Bewohner*innen;
- Einrichtungen mit *privat-gewerblicher Trägerschaft*.

Die Strategie „verständnisvolle, dialogorientierte Perspektive“ hängt statistisch mit folgenden Merkmalen zusammen:

- Primat der *Fachlichkeit* in der Alltagsgestaltung (Fokus auf Kompetenz und Qualität der Pflege);
- *Bewohnerorientierung* (Orientierung an der Kontinuität in der Lebensführung, Biografiebezug);
- *integratives Wohnbereichskonzept*;
- Einrichtungen mit *kirchlicher* oder *frei-gemeinnütziger Trägerschaft*.

- Aus dem Zusammenhang zwischen angegebenen Selbstbestimmungsmöglichkeiten für die Bewohner*innen und einer bewohnerorientierten Kommunikationsstrategie (auch in schwierigen Situationen) lässt sich vermuten, dass hier die dahinterliegende Haltung der Bewohnerzentrierung und Bedürfnisorientierung wirkt, die sowohl Wert auf Selbst- und Mitbestimmung als auch auf Dialog und Verständigung legt.

Würde- und selbstbestimmungsrelevante Konfliktfelder im Pflegeheimalltag mit Bezug auf die Bewohner*innen

- Als grundlegende Konfliktfelder im Pflegeheimalltag wurden in den Angaben der Einrichtungsleitungen erfasst: Konflikte rund um...
 1. das *Pflege- und Betreuungspersonal* und die *Pflege* im Allgemeinen (z.B. Arbeitsweise des Pflege- und Betreuungspersonals);
 2. die *individuelle Alltagsgestaltung* und *Rolle externer Personen* (wie An-/Zugehörige, Seelsorge) (z.B. Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Pflegeheimbewohner*innen);
 3. sog. *große ethische Fragen* (z.B. künstliche Ernährung der Pflegeheimbewohner*innen);
 4. die *medizinische und therapeutische Versorgung* der Pflegeheimbewohner*innen (z.B. Zusammenarbeit des Pflegepersonals mit Ärzt*innen);
 5. die *Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten* der Pflegeheimbewohner*innen (z.B. zu wenig Mitsprache der Pflegeheimbewohner*innen);
 6. die *Grundversorgung* der Pflegeheimbewohner*innen im Alltag (z.B. Mängel in der Ernährung der Pflegeheimbewohner*innen);
 7. das *Verhalten* und die *Erwartungen* der Pflegeheimbewohner*innen (z.B. Streit zwischen Pflegeheimbewohner*innen).
- Diese Konfliktfelder kommen laut Einrichtungsleitungen jeweils selten oder manchmal vor. Relativ gesehen noch am häufigsten ergeben sich Konflikte in Bezug auf die letzten beiden Bereiche, die Erwartungen und das Verhalten der Pflegeheimbewohner*innen sowie ihre Grundversorgung im Alltag. Über die Pflegeheimlandschaft hinweg scheinen aber aus Sicht der Einrichtungsleitungen große und kleine ethische Probleme, also Konflikte im Alltag und in Grundfragen der Versorgung und Betreuung, keinen besonders großen Raum im Pflegeheimalltag einzunehmen. Die Antworten zeigen zugleich, dass es nicht die großen Fragen sind, die konflikthaft sein können, sondern auch Alltägliches – in diesem Sinne sind die ‚kleinen Ethiken des Alltags‘ als relevanter Ausdruck von Selbstbestimmungs- und Würdekonflikten in den Blick zu nehmen.
- Multiple Analysen geben Hinweise auf *Zusammenhänge mit Einrichtungsmerkmalen* (Auswahl). Statistisch gesehen geben Einrichtungen mit folgenden Merkmalen *seltener* Konflikte an als andere:
 - Primat der *Fachlichkeit* in der Alltagsgestaltung (Fokus auf Kompetenz und Qualität der Pflege);
 - *Bewohnerorientierung* (Orientierung an der Kontinuität in der Lebensführung, Biografiebezug);
 - *Offenheit* der Pflegeheime nach außen;
 - Bedeutung von *Gemeinschaft und Integration*;

- offene *Kommunikationskultur*;
 - *integratives* Wohnbereichskonzept (Homogenität der Bewohnerschaft, die eher in teil-segregativen Wohnbereichskonzepten zu finden ist, führt demnach nicht zu weniger Konflikten);
 - vorhandene *Selbstbestimmungsmöglichkeiten* für die Bewohner*innen;
 - *verständnisvolle, dialogorientierte Kommunikation* mit den Bewohner*innen;
 - *ländliche* Region (bzgl. Konflikte rund um Selbstbestimmung).
- Zusammengefasst: Je mehr sich das Personal und die Organisationsabläufe offen für die Bedürfnisse und Präferenzen der Bewohner*innen zeigen, desto weniger Konflikte werden in solchen Pflegeheimen geschildert. Auch eine offene Kommunikation scheint Konflikten vorzubeugen oder einen konstruktiven Umgang mit ihnen zu befördern.

Zentrale Befunde zur ethischen Praxis im Pflegeheim am Beispiel von Besprechungsformaten

- In den Angaben der befragten Einrichtungsleitungen lassen sich folgende zwei Austausch- und Kommunikationsformen herausarbeiten, die als Ausdruck der ethischen Praxis vor Ort verstanden werden können:
 1. *spezifische ethische Interventionen* (Ethikkomitee, Ethikbeauftragte, präventive ethische Sensibilisierung, interdisziplinäre Arbeitsgruppen wie Palliativzirkel, ethische Fallkonferenzen/-besprechungen);
 2. *allgemeine Fallbesprechungen* (Bestehende Besprechung auf Teamebene, bestehende Besprechung auf Leitungsebene, multiprofessionelle Fallbesprechungen, gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V).
- Allgemeine Fallbesprechungen finden in den Pflegeeinrichtungen absolut betrachtet häufig und im Durchschnitt wesentlich häufiger statt als spezifische ethische Interventionen, die absolut betrachtet nur manchmal Anwendung finden.
- In multiplen Analysen finden sich folgende Zusammenhänge mit Organisationsmerkmalen. *Mehr bzw. häufigere* Austausch- und Kommunikationsformen finden sich in Einrichtungen mit folgenden Merkmalen:
 - Primat der *Fachlichkeit* in der Alltagsgestaltung (Fokus auf Kompetenz und Qualität der Pflege);
 - *Bewohnerorientierung*;
 - *Offenheit* von Pflegeheimen nach außen (Interdisziplinarität und Willkommenskultur) sowie die *Kooperationsbeziehungen mit externen Akteur*innen*;
 - offene kommunikations- und mitbestimmungsorientierte *Organisationskultur*;
 - kirchlicher *Träger* (v.a. bei spezifischen Interventionen);
 - hohes Maß an *Selbstbestimmungsmöglichkeiten* der Pflegeheimbewohner*innen;
 - *würdevolle Kommunikation* in schwierigen Situationen (Motivation steigern und überzeugen bzw. verständnisvolle, dialogorientierte Perspektive);

- wenig *Konflikte* (insgesamt, vor allem hinsichtlich Konflikten mit dem Pflege- und Betreuungspersonal sowie der Pflege im Allgemeinen).
- Zusammenfassend kann damit festgehalten werden, dass eine hohe Bewertung der Fachlichkeit und Kompetenz des Personals sowie die Haltung der Bewohnerorientierung, eine allgemein auf Kommunikation und Austausch angelegte Organisationskultur sowie die Offenheit des Pflegeheims nach außen wesentliche Erklärungsfaktoren für eine implementierte ethische Praxis im Pflegeheim bilden

3.7 Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie (vgl. Kapitel 8)

In die Laufzeit des Projekts fällt der Beginn der Covid-19-Pandemie, weshalb sich die Möglichkeit ergeben hat, in die laufenden Erhebungen in allen drei Strängen – Fallstudien, An-/Zugehörigenbefragung und Befragung der Einrichtungsleitungen – auch Fragen zu ihren gegenwärtigen Erfahrungen sowie den zentralen Herausforderungen in der Pandemie einfließen zu lassen. Ausgewählte Ergebnisse werden im Folgenden zusammenfassend skizziert:

Ergebnisse aus der Befragung der An- und Zugehörigen (Zeitraum: Sommer 2020)

- Die in der ersten Welle der Pandemie erlassenen *Maßnahmen*, die sich insbesondere in Gestalt von Kontaktbeschränkungen zeigten, wurden von den befragten An- und Zugehörigen zu einem überwiegenden Teil als der Sache nach *richtig und angemessen* beurteilt; lediglich knapp 16% waren mit den Maßnahmen nicht einverstanden.
- Insbesondere die *Informationspraxis durch die Einrichtung* war hier förderlich: Sie erzeugte Verständnis und Einsicht in die Notwendigkeit der Maßnahmen bei den An-/Zugehörigen.
- In der Folge hatten viele An-/Zugehörige während der Zeit der strengen Schutzmaßnahmen kaum noch oder keinen *Kontakt* mehr zu ‚ihren‘ Bewohner*innen – in Pflegeheimen, die von den Befragten insgesamt besser bewertet werden, gingen die Kontakte jedoch weniger stark zurück als im Durchschnitt. Nach Neuregelung der Besuchsmöglichkeiten ab Frühjahr 2020 war dann die Kontakthäufigkeit wieder auf das Vorniveau angestiegen, bei einem Teil der An-/Zugehörigen ist sie sogar leicht gestiegen (auf mehrmals die Woche).
- Während der Pandemie bzw. der Maßnahmen haben die An-/Zugehörigen zu einem großen Teil Verschlechterungen des *Gesundheitszustands* der Bewohner*innen festgestellt (psychisch etwas mehr als körperlich), wobei ein direkter kausaler Bezug zu den Maßnahmen bei der Datenauswertung methodisch nicht hergestellt werden kann.
- Insgesamt ist es aus der Sicht der An-/Zugehörigen den Einrichtungen in der Anfangsphase der Pandemie durchaus gut gelungen, sich auf die neuen Anforderungen einzustellen und dabei so weit wie möglich auf die Bewohner*innen und die An-/Zugehörigen einzugehen.

Ergebnisse aus der Befragung der Einrichtungsleitungen (Zeitraum: Sommer 2020 bis Ende Winter 2020/2021)

Allgemeine Veränderungen im Arbeitsalltag:

- Seit Ausbruch der Pandemie werden von den Einrichtungsleitungen starke Veränderungen im Arbeitsalltag der Mitarbeiter*innen, aber auch Veränderungen im Alltag der Bewohner*innen samt ihren An-/Zugehörigen angegeben.
- Differenziert nach Organisationsmerkmalen zeigen sich in den Angaben der Einrichtungsleitungen u.a. *Unterschiede nach Region und Trägerschaft*:
 - Einrichtungen im ländlichen Raum geben bei der Arbeit der Pflegekräfte größere Veränderungen an als Pflegeheime in Metropolen (was mit der stärkeren Sozialraumorientierung ländlicher Pflegeheime zusammenhängen könnte).
 - Einrichtungsleitungen in östlichen Bundesländern nehmen mehr Veränderungen im Arbeitsalltag bei den Einrichtungsleitungen und den Verwaltungsmitarbeiter*innen wahr als Einrichtungen in westlichen Bundesländern.
 - Die Gruppe der Nicht-Beschäftigten (v.a. Bewohner*innen, An-/Zugehörige, aber auch Ehrenamtliche) in kirchlichen oder freigemeinnützigen Einrichtungen war von den Belastungen durch die Covid-19-Pandemie in der zweiten Welle stärker betroffen als in privaten Pflegeheimen (was mit der stärkeren Sozialraumeinbettung dieser Einrichtungen zu tun haben könnte, bspw. mehr Ehrenamtliche in gemeinnützigen Einrichtungen).

Belastungen im Arbeitsalltag:

- Als *zusätzliche Belastungen* während der Pandemie werden vor allem Ängste und Unsicherheiten bei den Mitarbeiter*innen in der Pflege, der höhere Arbeitsaufwand im Pflegeheim (neue Verordnungen, Vorschriften), die Schließung der Einrichtung nach außen sowie die fehlende soziale Integration der Bewohner*innen angegeben. Die Pflege selbst wurde davon nur mittelbar tangiert. Auch fehlende Ausstattung der Einrichtung mit Schutz- und Desinfektionsmaterial fällt hier nicht so sehr ins Gewicht.
- Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Einrichtungen hinsichtlich *Region und Trägerschaft*:
 - Heime in den östlichen Bundesländern haben während der zweiten Welle (1) mehr gestiegene Anforderungen in der Pflege, Betreuung und ethischen Begleitung der Bewohner*innen erfahren als Einrichtungen in den westlichen Ländern und (2) mehr Belastungen durch Covid-19-Erkrankte als Pflegeheime im Norden der Bundesrepublik Deutschland.
 - Leitungskräfte im Süden und Westen (Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen) haben häufiger von mehr Arbeitsaufwand infolge ständig wechselnder Verordnungen und Vorschriften berichtet als diejenigen im Norden Deutschlands.
 - Die soziale Integration der Bewohner*innen blieb in öffentlichen Einrichtungen häufiger aus als in privaten (was ebenfalls mit der weggefallenen Sozialraumeinbettung in gemeinnützigen Einrichtungen erklärt werden könnte).

- *Über die Zeit hinweg* (Sommer 2020 bis Winter 2020/2021) zeigt sich, dass die Befragten bis zur Herbstmitte die *Belastungen durch die Covid-19-Pandemie* für die Pflegeheimbewohner*innen höher einstufen als für die Leitungskräfte, Verwaltungsmitarbeiter*innen und Mitarbeiter*innen in Pflege und Betreuung. Ab Oktober 2020 verschieben sich die Belastungen hin zu Leitungskräften und Verwaltungsmitarbeiter*innen, was mit den erlassenen Verordnungen, dem erhöhten Informationsaufwand u.a. zu tun hat. Die Situation der Pflegeheimbewohner*innen hingegen wird nun von den Einrichtungsleitungen als weitgehend konstant eingestuft. Erst gegen Ende der zweiten Corona-Welle nähern sich die Belastungsniveaus der unterschiedlichen Akteursgruppen wieder an.

Perspektive auf die Pflegeheimbewohner*innen:

- Nach Angaben der Einrichtungsleitungen waren die *Pflegeheimbewohner*innen* überwiegend gut über die Situation informiert und haben einen vernünftigen und verständnisvollen Umgang mit der Situation gezeigt.
- Unterschiede zeigen sich auch hier nach Region, Trägerschaft sowie nach Wohnbereichskonzept der Einrichtung:
 - o In Einrichtungen der südlichen Bundesländer ist ein höherer Informationsgrad und mehr verständnisvolles Verhalten der Bewohner*innen festzustellen als in den Pflegeheimen in den östlichen Bundesländern.
 - o Für Einrichtungen mit teil-segregativem Wohnbereichskonzept wurde ein größeres Verlust- und Einsamkeitserleben der Bewohner*innen angegeben als für Einrichtungen mit integrativem Wohnbereich, da dort strukturell mehr Gemeinschaftlichkeit angelegt ist.

Deskriptive Befunde aus den qualitativen Fallstudien (Zeitraum: Frühjahr 2020 bis Winter 2021)

- Die Ergebnisse aus den Fallstudien lassen sich in drei Phasen einteilen: Phase 1 ‚Findungs- und Orientierungsphase‘ (Frühjahr 2020), Phase 2 ‚Schrittweise Öffnung und allmählicher Übergang zur Gewöhnung an die neue Lage‘ (Sommer 2020) und Phase 3 ‚Erhöhte Alarmbereitschaft angesichts steigender Infektionszahlen‘ (Herbst/Winter 2020/21).
- In *Phase 1* dominierten Unsicherheit und die Sicherstellung des Betriebsablaufs durch Information der Mitarbeitenden, Organisation von entsprechender Schutzausrüstung sowie Anpassung von Teilen der Organisationsstruktur an die neue Situation. Letzteres wurde erheblich von den Verordnungen der Bundesländer gerahmt: Während in Bayern und Nordrhein-Westfalen das interne Pflegeheimleben aufgrund weniger strenger Kontaktbeschränkungen im Inneren leichter aufrechterhalten werden konnte, führten strengere Maßnahmen in anderen Bundesländern zu größeren Lücken und Defiziten in der Alltagsorganisation, die nicht (so leicht) kompensiert werden konnten. Auch die Fallstudien bestätigen das große Verständnis der Bewohner*innen für die Situation und die Maßnahmen bei gleichzeitig dadurch bedingtem Verlust- und Einsamkeitserleben. Eine Ausnahme bilden hier Bewohner*innen mit demenzieller Veränderung, die mit den

sozialen Beschränkungen (was schon beim Tragen des Mundschutzes durch das Personal beginnt) und den Einschnitten in die Alltagsordnung z.T. nur schwer umgehen konnten.

- *Phase 2* war vor allem durch die Umsetzung und Gestaltung der neuen Besuchsregelungen geprägt, inkl. der Vermittlung von Regelungen an An-/Zugehörige. All dies ging mit einem z.T. deutlichen Mehraufwand für die Beschäftigten einher.
- In *Phase 3*, der ‚zweiten Welle‘ der Pandemie wiederholten sich die Herausforderungen aus der ‚ersten Welle‘, jedoch ohne die große Unsicherheit und Angst, die in der Anfangsphase noch handlungsleitend war. Es stellte sich eine Art ‚Normalisierung‘ ein, was auch mit dem routiniert(er)en Umgang mit den aus Sicht der Einrichtungsleitungen als wirksam erwiesenen Hygiene- und Schutzmaßnahmen zusammenhängt (zumindest in Einrichtungen, die keine Covid-19-Erkrankten im Haus hatten). Gleichzeitig steigt hier die Belastung durch Ausfälle beim Pflege- und Betreuungspersonal (durch Erkrankung oder Quarantäne).
- Insgesamt wurde vor allem das z.T. defizitäre Informationsmanagement von Entscheidungsträgern als künftig *verbesserungsbedürftig* angegeben (zu kurzfristig, unvollständig, medial vermittelt).
- Aber die Pandemie hatte auch *positive Nebenwirkungen*, wie z.B. den Rückgang anderer Infektionskrankheiten, einen An Schub für die digitale Modernisierung von Einrichtungen, die Entstehung von neuen Interaktionsformen und Kontakten zwischen Bewohner*innen sowie nicht zuletzt eine wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung für die geleistete Arbeit des Pflegepersonals.

Fazit

- Insgesamt machen die Erfahrungen in der Pandemie wie unter einem Brennglas deutlich, dass Selbstbestimmung und Würde in Pflegeeinrichtungen keine Selbstverständlichkeit darstellen, sondern als Gestaltungsaufgaben vor dem Hintergrund der jeweils gegebenen Rahmenbedingungen sowie (mehr oder weniger alltäglichen) An- und Herausforderungen immer erst hergestellt werden müssen.
- Vor allem in der Alltagsgestaltung in der Pandemie, bei der es auch um die Balance von Gesundheitsschutz und Vorstellungen von Lebensqualität (inkl. Ansprüche auf Selbstbestimmung und Würde) geht, wird die Bewohnerorientierung als handlungsleitende Maxime ausdifferenziert: Die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der einzelnen Bewohner*innen müssen mit dem allgemeinen Ziel des Lebensschutzes aller Bewohner*innen in Einklang gebracht werden. Dadurch erweist sich die Frage nach einem würdevollen Leben und Miteinander im Pflegeheim als noch vielschichtiger und herausfordernder als vor der Pandemie.

3.8 Pflegeheimethik (vgl. Kapitel 9)

Elemente einer Pflegeheimethik für Selbstbestimmung und Würde

- Als Grundlage für eine Pflegeheimethik ist das Konzept der *Vulnerabilität* (Verwundbarkeit) prädestiniert. Vulnerabilität ist ein universal-anthropologisches Grundmerkmal, das situativ und pathogen individuelle Ausprägungen erfahren kann. Als solches ist sie ein Schlüsselkonzept für ein adäquates Verständnis von Autonomie und menschlicher Interaktion im Allgemeinen und für Pflegesituationen im Besonderen.
- Die Praxis des Pflegeheimes ist formatiert durch ein Zusammenspiel von *Subjekt-, Interaktions- und Organisationsebene*. Alle drei Ebenen müssen daher in einer Pflegeheimethik adressiert werden.
- Daraus ergibt sich die Verbindung eines *care-ethischen* und eines *organisationsethischen* Strangs als Merkmale einer ganzheitlichen Ethik für Pflegeeinrichtungen.
- Die *Care-Ethik* reflektiert das pflegerische Handeln mit einer Sensibilität für die Vulnerabilität und damit für die relationale Einbettung aller Beteiligten (Pflegerische, zu Pflegenden, An- und Zugehörige usw.) und ihres individuellen Wohles. Sie zielt auf die Entwicklung eines professionellen und alltagsbezogenen Pflegeethos, das affektive wie kognitive Kompetenzen wie personen- und situationsbezogene Einzelfallreflexion, Empathie, Kommunikations- und Teamfähigkeit einbezieht.
- Die *Organisationsethik* fußt auf diesen Überlegungen gelungener Pflegepraxis und reflektiert die für eine Implementierung hilfreichen Mittel und nötigen Rahmenbedingungen. Das Ziel ist die Schaffung einer organisationsethischen Reflexionskultur vor dem Hintergrund des Verständnisses des Pflegeheimes als lernende Organisation.
- Wichtige *care-ethische* Elemente sind:
 - o professionelles pflegerisches Ethos;
 - o Reflexionskompetenz (im Hinblick auf die Einzelsituation);
 - o sich einlassen auf die Perspektive des Anderen (Perspektivenübernahme);
 - o Erarbeitung, Stärkung einer Ambiguitätstoleranz (es gibt nicht die eine richtige Lösung, Zulassen und Bewältigen von Uneindeutigkeiten und Widersprüchen);
 - o Einzelsituationen Geltung verschaffen;
 - o professionelle Haltung und Wertorientierung;
 - o das Team als Ressource nutzen.
- Wichtige *organisationsethische* Elemente sind:
 - o Leitbilddiskussion;
 - o ethische Fallbesprechungen (Problembearbeitung);
 - o Reflexionsräume zu Gestaltungsmöglichkeiten von Rahmenbedingungen und Strukturen vor Ort;
 - o Etablierung von Bewohner- und ggf. auch An-/Zugehörigenbeiräten (Kultur der Mitbestimmung).

- *Ziele* einer Pflegeheimethik sind:
 - o herstellen einer für Selbstbestimmung und Würde sensibilisierter Alltagsgestaltung (z. B. im Umgang mit Konflikten);
 - o vermeiden von ‚moral distress‘ – bei allen Beteiligten (auch Bewohnern und An-/Zugehörigen);
 - o vermeiden von ‚Burnout‘ und ‚Coolout‘ beim Personal.
- Dabei werden alle an der Alltagsgestaltung im Pflegeheim involvierten *Personengruppen* in den Blick genommen: Einrichtungsleitungen, Personal, Bewohner, An-/Zugehörige u.a.
- Der Fokus wird dabei nicht nur auf die großen ethischen Fragen gelegt, sondern vor allem auf die ‚*kleinen Ethiken des Alltags*‘.

3.9 Schulungskonzept (vgl. Kapitel 10)

Zur Verwertung der Projektergebnisse für Pflegeeinrichtungen und nachhaltigen Verbesserung von Selbstbestimmung und Würde in der Praxis vor Ort wurde im Rahmen von SeLeP ein Schulungskonzept entwickelt, das im Wesentlichen auf folgenden Aspekten, die sich aus der Aufarbeitung des Forschungs-/Diskussionsstands sowie der eigenen empirischen Befunde im Projekt ergeben, aufbaut:

- Selbstbestimmung und Würde als *kontingente Konzepte* und daraus abgeleiteter Gestaltungsauftrag;
- *Alltags- und Praxisbezug*: konkrete Erfahrungen, Fokus auf ‚*kleine Ethiken des Alltags*‘;
- Relationalität und Multiperspektivität: *verschiedene Akteursgruppen* als Adressaten (v.a. Leitungsebene, Pflegekräfte, Bewohner*innen, An-/Zugehörige); kein Fokus allein auf die Beschäftigten, sondern auf alle an der Herstellung von Selbstbestimmung und Würde Beteiligten;
- Nachhaltigkeit: Sensibilisierung und Änderung der *Haltung*, Eröffnen von *Handlungsmöglichkeiten* im Alltag, Prüfen von (*organisations-*)*strukturellen und/oder -kulturellen* Veränderungen vor Ort.

Ausgehend von diesen Prämissen wurde ein Schulungskonzept aus *vier Basismodulen* entwickelt, das in der Durchführung hybrid angelegt ist, d.h. es besteht aus digitalen, online-basierten Elementen und (optionalen) Präsenzelementen. Damit soll den Limitierungen (und neuen Möglichkeiten) einer Schulung auch unter Krisen-Bedingungen (wie aktuell vor dem Hintergrund der ‚Corona-Pandemie‘) Rechnung getragen werden.

4 Überblick über den Diskussions- und Forschungsstand zum Thema Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim

Zum Einstieg in die Thematik von SeLeP präsentiert Kapitel 4 einen Überblick über den Diskussions- (Kapitel 4.1) und Forschungsstand (Kapitel 4.2) zur Frage von Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim. Hierbei wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, sondern es geht darum, die innerhalb der Soziologie, der philosophischen Ethik und der Pflegewissenschaft existierende Kernliteratur aufzuarbeiten, um die wesentlichen Aspekte herauszustellen, an denen SeLeP mit seinen konzeptionellen Ausgangsüberlegungen und empirischen Fragestellungen anschließt.

4.1 Kritik an Pflegeheimen als (semi-)totale Institutionen – zum Stand der Debatte

Dabei ist gleich zu Beginn festzuhalten, dass Selbstbestimmung und Würde zu den Schlüsselwerten unserer Gesellschaft zählen, wobei oft ein Kausalzusammenhang zwischen beiden Ideen dergestalt vermittelt wird, dass aus einem selbstbestimmten Leben quasi automatisch ein menschenwürdiges Dasein als Primat gesellschaftlicher, politischer und pflegerischer Praxis resultiert. Demzufolge ist es nicht verwunderlich, dass das gesamtgesellschaftlich proklamierte Selbstbestimmungsgebot seit einigen Jahrzehnten auch dort verstärkt Einzug hält, wo es am stärksten gefährdet erscheint: Nämlich in jenen Lebensbereichen, die von „defizitärer Autonomie“ (Damm 2010, S. 460) bedroht sind, wie es bspw. für (schwere) Pflegebedürftigkeit der Fall ist. Bereits im Jahr 2003 rief daher das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gemeinsam mit dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung den „Runden Tisch Pflege“ ins Leben, „um die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern“ (BMFSFJ/BMG 2018, S. 3). Als Ergebnis dieser Initiative entstand die „*Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*“, deren Zweck es ist, „Qualitätsmerkmale einer guten Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen auf[zuzuzeigen]“ (ebd., S. 7). An erster Stelle wird dort das Recht auf Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe für ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben geführt. Die Präambel betont den „uneingeschränkten Anspruch darauf, dass [jeder Mensch in] seine[r] Würde und Einzigartigkeit respektiert [...] [wird]. Menschen, die Hilfe und Pflege benötigen, haben die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen. Sie dürfen in ihrer Lebenssituation in keiner Weise benachteiligt werden“ (ebd., S. 6). Diese Forderung greift vom Einsetzen einer Pflegebedürftigkeit über den Einzug ins Pflegeheim bis hin zum Lebensende, wie die „*Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*“ (DGP/DHPV/Bundesärztekammer 2015) bekräftigt.¹¹

Entsprechend sehen sich stationäre Pflegeheime vor die Aufgabe gestellt, eine menschenwürdige Pflege umzusetzen, mit der „die Betroffenen in den Pflegeeinrichtungen unabhängig vom Ausmaß ihrer Hilfebedürftigkeit in größtmöglicher Selbstbestimmtheit leben können“

¹¹ Dass in diesem Kontext von schwerer Krankheit und Hochbetagtheit dann stets von ‚relationaler Autonomie‘ auszugehen ist, präzisiert das „Grundsatzpapier Selbstbestimmung und Autonomie im Blick auf die Palliative Care“ (FGPG 2019). Für weitere Konkretisierungen hinsichtlich der Begrifflichkeit vgl. Kapitel 6.

(Nationale Stelle zur Verhütung von Folter 2018, S. 35) und die gleichzeitig den „Ansprüchen pflegebedürftiger Personen auf soziale Sicherheit, auf eine angemessene Versorgung, Betreuung und Unterkunft“ (Fix/Kurzke-Maasmeier 2009, S. 11) gerecht wird. Doch seit mindestens drei Jahrzehnten stehen die Pflegeheime in Deutschland im Verdacht, genau diesen Forderungen nicht gerecht werden zu können. Bezug genommen wird dabei auf unterschiedliche Aspekte ‚schlechter Pflege‘ bzw. ‚schlechter Pflegeheime‘.¹² Öffentlichkeitswirksam verhandelt wurden z.B. die Thesen, dass ein Großteil der schwerstpflegebedürftigen Pflegeheimbewohner*innen „wenig Achtung und Hilfe und Wertschätzung erfährt“ (Ohlerth/Wittig 2019, S. 9), dass „Angst, Einsamkeit und die Vernachlässigung grundlegender Bedürfnisse der Pflegeheimbewohner [...] an der Tagesordnung [sind]“ (ebd.) und dass es in den Pflegeheimen „zu physischer und psychischer Verwahrlosung, zu Misshandlung und Missachtung, schlicht zu Zuständen, die in einer freiheitlich demokratisch geprägten Gesellschaft als vollkommen inakzeptabel angesehen werden, [kommt]“ (ebd.).

Obwohl eine wissenschaftliche Rezeption dieser Feuilletondiskussionen (vgl. neben Ohlerth/Wittig 2019 ebenso etwa Fussek/Schober 2019 u.a.) zweifelsohne kritisch in Rechnung zu stellen hat, dass die Richtigkeit und v.a. Verallgemeinerbarkeit dieser als ‚Erfahrungsberichte‘ in die Medienlandschaft eingespeisten Beiträge nur schwer nachzuprüfen ist, so ist dennoch zu konstatieren, dass sie ihre Wirkung nicht verfehlen: Das Pflegeheim als Lebensort wird „konsistent bei Befragungen bzw. repräsentativen Survey-Studien von den meisten Menschen, speziell alten Menschen, als tragfähige Alternative zum Wohnen im Privathaushalt abgelehnt bzw. als möglichst zu vermeidende ‚Notfallentscheidung‘ angesehen“ (Oswald et al. 2014, S. 13). Selbst innerhalb der Forschungslandschaft, die sich mit dem Wohnen, Leben und Altern in Pflegeheimen empirisch beschäftigt, finden sich kritische Positionen, die teils bis hin zum Plädoyer für eine Abschaffung von Pflegeheimen reichen (vgl. u.a. Dörner 2014). Erklärbar ist dies nicht allein mit einem Verweis auf die grundsätzliche Favorisierung von ambulanten vor stationären Versorgungssettings, sondern eine Rolle spielen hier ebenfalls Publikationen, die in den letzten Jahren Hinweise auf (fach-)medizinische Unter- respektive Überversorgung und andere Schwierigkeiten innerhalb der vollstationären Pflegeheimversorgung dokumentierten (s. hierfür z.B. Rothgang 2017, Gutzmann et al. 2017, Blättner/Grewe 2017 oder Fn. 12). Zusätzlich gibt es Studien, die allgemein das Bild eines eher ‚tristen‘ Pflegeheimalltags bzw. hoch belasteten Arbeitsalltags in der Pflege dort zeichnen (vgl. für Ersteres Koch-Straube 2005, Christov 2016; für Letzteres vgl. Schmucker 2019, Theobald et al. 2013). In sachlicherer Weise als die Medienberichterstattung verweisen letzten Endes auch sie darauf, dass die in unserer Gesellschaft normativ gültigen kulturellen Vorstellungen von guter Pflege und

¹² Hierzu zählen bspw. eine zu niedrige Personalausstattung, der Einsatz von Fixierungen als freiheitsentziehende Maßnahmen oder eine Überdosierung von Psychopharmaka (vgl. etwa Institut für Demoskopie Allensbach 2009, Nordhausen et al. 2019, Köpke et al. 2015). Eine Zusammenfassung einer breiten Vielzahl an immer wieder geäußerten Kritikpunkten an Pflegeheimen findet sich (zwar mit angloamerikanischem Fokus, aber durchaus auf die Situation in Deutschland übertragbar) bei Gawande 2015.

Betreuung¹³ alter, hilfebedürftiger Menschen nicht in allen Pflegeheimen immer und überall eingehalten werden (können).

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, weshalb die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter in Deutschland, die ihrem Gründungsanspruch folgend eigentlich als Institution zur Wahrung menschenwürdiger Unterbringung und Behandlung im Freiheitsentzug gedacht ist, im Jahr 2018 dezidiert Alten- und Pflegeheime in den Fokus ihrer Arbeit rückte (vgl. Nationale Stelle zur Verhütung von Folter 2018).¹⁴ Denn auch sie stellen organisatorisch betrachtet Gewahrsamseinrichtungen dar, die vom Prinzip her den ‚ganzen Menschen‘ nicht nur vorübergehend, sondern über die komplette letzte Lebensphase hinweg aufnehmen. Die für unsere Gesellschaft maßgeblichen und in der Regel voneinander abgetrennten Sphären Arbeit, Freizeit und Privatleben fallen hier in einem Kollektiv zusammen, weshalb Einrichtungen der geriatrischen stationären Langzeitpflege innerhalb der Sozial- und Pflegewissenschaft(en) klassischerweise als „totale Institutionen“ im Sinne Goffmans (1981) kategorisiert werden.

„Obwohl heute wahrscheinlich der Befund einer ausschliesslich [sic] ‚totalen Institution‘ für eine Mehrzahl der Pflegeheime nicht mehr in der goffmanschen Rigidität aufrecht zu erhalten ist, kann im Lichte jüngerer sozialwissenschaftlicher Untersuchungen [...] von einer ‚Pseudo-Totalen-Institution‘ (Heinzelmann 2004, S. 233) gesprochen werden: Restriktive Bestimmungen und entsprechend enge Kontrollen sind am Schwinden, aber Privatheit bleibt permanent gefährdet, der Körper wird tendenziell öffentlich, der Zeitrahmen ist so stark strukturiert, dass [...] Bewohner kaum Entscheidungsspielräume haben“ (Estermann/Kneubühler 2008, S. 194).

¹³ Das SGB XI schreibt Pflegeheimen nicht nur eine qualitativ hochwertige Pflege und Versorgung von Heimbewohner*innen zu, sondern es gehört auch zu deren Auftrag, für eine sog. soziale Betreuung der Bewohner*innen zu sorgen. Auf Seiten der Einrichtungen gibt es daher i.d.R. spezielle Fachkräfte des Sozialkulturellen Dienstes (meist Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen), die gemeinsam mit den Betreuungskräften nach § 43b SGB XI die Bewohner*innen einerseits mit unterschiedlichen Angeboten beschäftigen, sie aber auch andererseits so gut wie möglich persönlich betreuen. Nach der vom GKV-Spitzenverband erarbeiteten Betreuungskräfte-Richtlinie gehören unterschiedliche Aktivitäten zu deren Aufgaben, angefangen z.B. von Angeboten zum Malen und Basteln, zum Kochen und Backen, zum Musik hören, singen und musizieren über Bewegungsübungen bis hin zur Organisation von Ausflügen, kulturellen Veranstaltungen und Feiern. „Weiterhin sollen Betreuungskräfte den Anspruchsberechtigten für Gespräche über Alltägliches und ihre Sorgen zur Verfügung stehen, ihnen durch ihre Anwesenheit Ängste nehmen sowie Sicherheit und Orientierung vermitteln“ (BIVA 2016).

¹⁴ Im Fokus der Besuche von insgesamt 28 Alten- und Pflegeheimen in allen Bundesländern, die unter dem Gesichtspunkt der Menschenwürde stattfanden, standen Fragen nach der „Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen, die größtmögliche Entscheidungsfreiheit der Betroffenen in allen Belangen, Schutz vor Gewalt, ein respektvoller Umgang mit den [...] Bewohnern, aber auch die räumlichen Bedingungen wie beispielsweise Barrierefreiheit“ (Nationale Stelle zur Verhütung von Folter 2018, S. 35).

4.2 Empirische Schlüsselwerke und ethische Perspektiven: Eine kursorische Abhandlung

In diesem Kapitel soll ein kursorischer Überblick über bereits bestehende Forschung zum Großthema Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim aus soziologischer wie ethischer (Medizinethik wie Pflegeethik)¹⁵ als auch pflegewissenschaftlicher Sicht gegeben werden.

4.2.1 Forschungslinien zur Selbstbestimmung im Pflegeheim

Die Problematik der beschränkten Entscheidungsspielräume für Pflegeheimbewohner*innen wurde in der deutschsprachigen *Gerontopsychologie* bereits in den 1970er Jahren verhandelt (vgl. z.B. Fischer 1976, Schick 1978). Aufbauend auf Erkenntnissen aus anglo-amerikanischen Feldexperimenten zur Erhöhung der ‚Umweltkontrolle‘ in Pflegeheimen (z.B. Langer/Rodin 1976, Schulz 1976, Moos 1981), starteten dann Ende der 1980er, Anfang der 1990er Jahren sog. ‚Interventionsprojekte‘, die untersuchten, welche Auswirkungen es hat, wenn Pflegeheimbewohner*innen mehr Entscheidungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten hinsichtlich der individuellen Gestaltung ihres Tagesablaufs und ihres räumlich-sozialen Umfeldes zugestanden

¹⁵ Speziell die Pflegeethik wäre hier zu nennen: zur Pflegeethik als eigene Bereichsethik (vgl. Remmers 2003, S. 47-70). Grundlegend und als entscheidender Ausgangspunkt der Pflegeethik überhaupt ist der Pflegeethiker van der Arend (vgl. Van der Arend/Gastmans 1996, S. 47-70) zu nennen, der als erster für eine Pflegeethik als eigene Bereichsethik eintrat und damit die Professionalisierung der Ethik in der Pflege, z.B. durch pflegerische Berufskodizes, zum Thema machte. Auch ethische Entscheidungsfindung nimmt er als wichtigen Topos einer Pflegeethik auf. Ähnlich grundlegend ist die Pflegeethikerin Fry (vgl. 1995). Sie konzentriert sich mit ihrer Pflegeethik primär auf Handreichungen zur Entscheidungsfindung in ethisch relevanten Situationen. Als besondere Herausforderung der Pflegeethik identifiziert sie, ethische wie rechtliche Ansprüche zueinander zu vermitteln. Inhaltlich konkreter werden die Betrachtungen der Pflegeethikerin Devrient (Devrient 2007, S. 20), die Pflegeethik als Verbindung von pflegewissenschaftlicher Theorie, pflegerischem Handeln und pflegerisch-ethischen Überlegungen versteht. Im Anschluss daran ist auch die Moraltheologin Bobbert (vgl. 2002, S.74ff.) zu nennen. Sie geht in ihrer Pflegeethik von den Handlungsakteur*innen in der Pflege aus und weist in deren Kommunikationsgeschehen auf ethische Entscheidungen und Positionen hin.

Auch der evangelische Theologe und Pflegeethiker Monteverde u.a. (vgl. Monteverde/Käppli/Tschudin 2012) sammelt verschiedene Ansätze einer Pflegeethik; dabei ist beispielsweise gezielt auf die „kommunikative Ethik der Bedürfnisinterpretation und das beziehungsorientierte Modell moralischer Autonomie“ (Benhabib 1989, S.454-487) Benhabibs (politische Theoretikerin und Philosophin) zu verweisen. Ebenso Monteverdes fünf Verhältnisbestimmungen der Pflegeethik: Pflegeethos und Pflegeethik, Pflegeethik und Care-Ethik, Pflegeethik und Gesundheitsethik, Pflegeethik und Arztethik sowie Pflegeethik als Bereichsethik (vgl. ebd., S. 27ff.).

Die Gründung einer Pflegeethik auf den drei daran anknüpfenden Pfeilern „allgemeine ethische Theorien“, „materiale Prinzipien der Pflegeethik“ (konkret: Förderung von Wohlergehen/Wohlbefinden, Förderung von Autonomie/Selbstständigkeit, Gerechtigkeit, Aufrichtigkeit, Dialogische Verständigung) und „Ethikkodizes der Pflege“ nimmt in ähnlicher Art und Weise der Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Fachwirt im Sozialwesen Lay vor (Lay 2014, S. 129ff.). Pflegeethik ganz anders, nämlich von fundamentalethischen Überlegungen her, denkt beispielsweise Wettreck (vgl. 2001) (Pfarrer und Psychologe), der seine Pflegeethik als personale Pflegeethik konstruiert und damit eine wert-orientierte und ganzheitliche Pflege anstrebt, die von der Leiblichkeit des Menschen ausgeht. Der evangelische Ethiker Körtner (vgl. 2012, S. 69-97), der eine Pflegeethik als Verantwortungsethik versteht, wäre ebenfalls zu nennen. Verantwortungsethik heißt für Körtner, dass wie in der Medizinethik auch für die Pflegeethik der Begriff der Verantwortung grundlegend ist. Er äußert sich in der Eigen- und Mitverantwortung aller Beteiligten sowie der Anordnungsverantwortung der Ärzteschaft und der Durchführungsverantwortung der Pflegenden. Verantwortungsethik versteht Körtner als gemeinsamen Nenner von Pflege- und Medizinethik, mit Aspekten einer Tugendlehre und einer Güterlehre (vgl. ebd., S. 83).

werden (vgl. Saup 1984, Saup/Schröppel 1993). Als Ergebnisse dokumentierten diese Studien „eine Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens und eine Zunahme leistungsbezogener Aktivität [...]; eine größere Anzahl von Probanden war zufriedener als zuvor. Darüber hinaus konnte eine Verminderung der Hoffnungslosigkeit, der Niedergeschlagenheit, der emotionalen Gereiztheit und der Ängstlichkeit festgestellt werden“ (Saup/Schröppel 1993, S. 12). Somit fanden sich empirische Hinweise dafür, dass ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Reglementierung eines Pflegeheims und der (psychischen) Befindlichkeit der Bewohner*innen existiert, wobei sich in den jeweiligen Untersuchungen Vorteile eher für Frauen als für Männer ergaben und insgesamt v.a. rüstige Bewohner*innen von den Wahlmöglichkeiten bei der Alltagsgestaltung profitierten (vgl. ebd., S. 21).

In der deutschsprachigen Forschungstradition der *Gerontologie insgesamt sowie der Pflegewissenschaft und den Sozialwissenschaften wie auch der Ethik* spielten derartige Befunde lange Zeit nur eine untergeordnete Rolle. Denn hier lag das Augenmerk der Diskussion um Selbstbestimmung zunächst vorrangig auf existenziellen Entscheidungsmöglichkeiten (insbesondere am Lebensende) und weniger auf einem hohen Maß an ermöglichter Mitbestimmung und Mitgestaltung bei alltäglichen Belangen (vgl. Huber et al. 2005, S. 42). Aus ethischer Sicht kamen mit der Thematisierung von end-of-life-Decisions beispielsweise Fragen nach der Gültigkeit und Reichweite von Patientenverfügungen auf (vgl. Beckmann 1998).

Mit dem Übergang in die 2000er Jahre erfuhr das Thema *Selbstbestimmung im Alter* vor dem Hintergrund des Bewusstseins um die Folgen des demographischen Wandels und der damit aufkommenden Frage(n) nach einem ‚erfolgreichen‘ Alter(n) allgemein mehr Aufmerksamkeit. Die Verschiebung in den ‚Altersbildern‘ bedingte eine höhere Wertschätzung der Selbstbestimmung auch in dieser Lebensphase.

Ein weiterer größerer Zusammenhang ist hier zu erwähnen: In der Altersforschung hat sich in den letzten Jahren die Perspektive von der Defizit- hin zur Kompetenzperspektive gewandelt. Aber auch die Autor*innen der Stellungnahme ‚Hilfe durch Zwang?‘ des Deutschen Ethikrates geben sogleich zu bedenken, dass dieser Perspektivenwechsel zu Konflikten führen kann (z.B. wenn der Zugang der Mitarbeiter*innen und An-/Zugehörigen eher kompetenzorientiert, derjenige der Bewohner*innen jedoch selbst eher defizitorientiert ist (vgl. Ethikrat 2018, S. 161). Diese Perspektivendifferenz wird in SeLeP stark gemacht.

Die großen einschlägigen, interdisziplinären Forschungsverbünde, die vor dieser Gemengelage eingerichtet wurden,¹⁶ konzentrierten sich allerdings in erster Linie auf die selbstständige Lebensführung in Privathaushalten, um zu erfahren, „was unter derzeitigen Bedingungen im Alter möglich ist und was darüber hinaus unter anderen individuellen und kulturellen

¹⁶ Zuvorderst zu nennen ist etwa die „Berliner Altersstudie“ (BASE) sowie die sog. MuG-Studien zu den „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“, die in Deutschland als Forschungsprogramm zur Sozialberichterstattung über die Lebenssituation von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf viel Beachtung fanden. Seit 1993 erscheint außerdem jede Legislaturperiode ein Altersbericht zur Sondierung der Lage der älteren Generation(en). Er dient als Basis für die Seniorenpolitik der Bundesregierung und damit als Ausgangspunkt „Menschen darin [zu] unterstützen, im Alter selbstbestimmt [zu] leben und an der Gesellschaft teilhaben zu können“ (BMFSFJ 2020). Schwerpunkt zuletzt war die Digitalisierung im Kontext des Alter(n)s (vgl. Deutscher Bundestag 2020).

Bedingungen möglich sein könnte“ (Baltès et al. 2010, S. 34). Es lassen sich jedoch auch einige wenige Arbeiten finden, die explizit auf den Kontext des Pflegeheims abzielen und die im Wesentlichen die oben skizzierten Erkenntnisse aus der Gerontopsychologie aufgreifen und weiter differenzieren. Sie sollen im Folgenden kurz genauer vorgestellt werden.

Selbstbestimmung und Pflegebedürftigkeit: Die Sicht der Bewohner*innen

Die gerontologische Mini-Studie „*Autonomie im Alter*“ (2005) an der Katholischen Fachhochschule Freiburg erhob aus Sicht von Pflegeheimbewohner*innen den Grad der für-wahr-genommenen Autonomie bezogen auf das Erleben des Alltags. Hierzu wurden sechs leitfadengestützte Interviews mit orientierten Bewohner*innen eines Pflegeheims in Baden-Württemberg durchgeführt. Die inhaltsanalytische Aufbereitung der Daten ergab, dass die Bewohner*innen in der Dimension ‚Freizeit‘ die größte Autonomie wahrnehmen, während die Organisationslogiken des Pflegeheims aus der Perspektive der Betroffenen größere Entscheidungs- und Handlungsspielräume bei der ‚Körperpflege‘, der ‚Ernährung‘ und im ‚Wohnen‘ unterlaufen (vgl. Huber et al. 2005, S. 58-67). Dies führt bei einer Bewohnerin aus dem Sample zu Gefühlen von Machtlosigkeit und Entwürdigung, eine andere Bewohnerin ist hingegen völlig zufrieden damit, dass ihr Entscheidungen bzgl. relevanter Aspekte ihrer alltäglichen Lebensführung abgenommen werden (vgl. ebd., S. 67-70).

Die Autor*innen kommen daher zu dem Schluss, dass sich für Pflegende im Pflegeheim aus dem Bemühen um Autonomieförderung ethische Dilemmata ergeben, die damit zusammenhängen, dass sich die Bewohner*innen im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand, ihre Biografie und ihre aktuelle Interessenlage unterscheiden.

„Es ist daher nicht ohne Ironie, im Sinne eines abstrakten Autonomiekonzepts allen Bewohnern dieses Bedürfnis zu unterstellen und zu ignorieren, dass einige alte Menschen nicht nur die Durchführung, sondern auch die Entscheidung bezüglich relevanter Fragen ihrer alltäglichen Lebensgestaltung an andere Personen delegieren und damit auf Autonomie verzichten“ (ebd., S. 42).

Die Studie führt somit vor Augen, dass die undifferenzierte Forderung der Förderung von Autonomie pflegebedürftiger Menschen mitunter auch einer Überforderung gleichkommen kann. Denn insbesondere im Pflegeheim trifft das Selbstbestimmungsgebot auf Lebenslagen, in denen die Übernahme der Verantwortung für ein selbstbestimmtes Leben massiv erschwert sein kann (vgl. ebd., S. 147).

Es sei an dieser Stelle kurz ein Zwischenruf erlaubt: Hier ist aus ethischer Sicht sicherlich das Vorsichtsprinzip anzubringen und es muss in der ethischen Konzeption der Autonomie im Setting Pflegeheim auch die Wahrnehmung der Bewohner*innen in deren Wünschen, Interessen und Bedürfnissen gestärkt werden.

Entwicklungstrends in der stationären Altenpflege und die Folgen für die Konzeption von Selbstbestimmung

Wie diese Lebenslagen genau gestaltet sind, führte in Deutschland mit breiter(er) Öffentlichkeitswahrnehmung erstmals die *MuG-IV-Studie* (2007) zu den „Möglichkeiten und Grenzen selbstständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen“ unter der Federführung von TNS Infratest Sozialforschung vor Augen. Sie fasste zusammen, was heute aus den

zweijährlich aktualisierten *Pflegestatistiken* des Statistischen Bundesamtes sowie dem jährlich erscheinenden „*Pflegereport*“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK allgemein bekannt geworden ist: Pflegeheime entwickeln sich immer mehr zu einem Ort des Lebens und Sterbens für Menschen mit erheblichem Pflegebedarf, darunter eine stetig größer werdende Zahl an Personen mit (schweren) kognitiven Beeinträchtigungen (vgl. Schneekloth/Wahl 2007, S. 13).

So lebten Ende 2019 in den nach SGB XI zugelassenen rund 15 400 vollstationären deutschen Pflegeheimen rund 818 000 Bewohner*innen – das sind knapp 20% aller Pflegebedürftigen in Deutschland (vgl. Destatis 2020, S. 18). Von ihnen hat die weit überwiegende Mehrzahl einen Pflegegrad von drei oder höher und der Altersdurchschnitt liegt deutlich über dem anderer Versorgungsformen:

„Die vollstationär im Heim betreuten Frauen und Männer waren älter als die zu Hause Gepflegten: Bei den Heimbewohnern waren die Hälfte (50%) 85 Jahre und älter, bei den zu Hause Versorgten waren es 30%. Schwerstpflegebedürftige wurden zudem eher im Heim vollstationär betreut: Der Anteil der Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 (höchster Pflegegrad) betrug im Heim 15% – bei den zu Hause Versorgten 4%“ (ebd., S. 11).

Es zeigt sich also, dass ein substanzieller Teil der hochaltrigen Bevölkerung Deutschlands in Pflegeheimen lebt. Einem signifikanten Anteil davon bescheinigt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eine „schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen für die pflegerische Versorgung“ – so die Definition von Pflegegrad 5 in §15 SGB XI, Abs. 3. Diese Beeinträchtigung, die für alle Pflegegrade in variierender Intensität charakteristisch ist, geht bei Pflegeheimbewohner*innen in der Regel auf nicht nur eine schwere Krankheit zurück, sondern zeichnet sich oftmals durch das Zusammentreffen multipler Gesundheitseinbußen aus, die zum Teil auch als Begleiterscheinungen hohen Alters bekannt sind. Beispiele sind Seh- oder Hördefizite, Schwindel und Sturzneigung, Immobilität, Verlust der Blasenkontrolle oder (chronische) Schmerzen.

Die Diskussion um Selbstbestimmung im Pflegeheim ist folglich nicht abzulösen vom Phänomen der geriatritypischen Multimorbidität. Doch es gibt „nur wenige Untersuchungen zur Frage, wie alte Menschen trotz Multimorbidität und Gesundheitseinbußen autonom und selbstbestimmt leben können – und welche Ressourcen dabei von Bedeutung sind“ (Kuhlmeier/Tesch-Römer 2013, S. 9). Eine Ausnahme stellt der Forschungsverbund „*Autonomie trotz Multimorbidität im Alter*“ dar.¹⁷ Er ging in zwei Phasen (AMA I 2008-2010 und AMA II 2011-2013) der Leitfrage nach, „welche Ressourcen die selbstbestimmte Lebensgestaltung alter mehrfach erkrankter Menschen unterstützen“ (ebd., S. 9) – und zwar sowohl in der privaten Häuslichkeit als auch im Pflegeheim. Am Ende stand das Ergebnis, dass es verschiedene Faktoren gibt, die Autonomie angesichts von Multimorbidität erhalten bzw. unterstützen: personale, sozioökonomische, soziale, räumliche, medizinische, pflegerische und institutionelle Ressourcen (vgl. ebd., S. 10). Je nach Situation des schwer pflegebedürftigen Menschen sind

¹⁷ Aus ihm ging auch eine pflegewissenschaftliche Dissertation zum Thema „Autonomie im Alter. Eine Studie zu Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit älterer Menschen“ (Wulff 2013) hervor. Sie konstatiert ebenfalls, dass zur Autonomie von Pflegeheimbewohner*innen erst wenig bekannt ist und trägt zur Schließung dieser Forschungslücke die Entwicklung eines praktikablen Operationalisierungsvorschlags zur quantitativen Erfassung von Autonomie aus Bewohner*innenperspektive bei (HPEAS KD).

diese Ressourcen nach Möglichkeit flexibel so zu aktivieren, dass für den*die Betroffene*n „Autonomie in Bezogenheit“ (ebd., S. 9) erfahrbar wird. Hintergrund dafür bildet die Annahme, „dass in Abhängigkeit von noch vorhandenen (kognitiven oder motorischen) Fähigkeiten ein jeweiliges Ausmaß an Autonomie gegenwärtig ist und dieses durch institutionelle Rahmenbedingungen und Interaktionen der Beteiligten mit beeinflusst wird“ (Dräger et al. 2013, S. 169).

Just die institutionellen Rahmenbedingungen in der stationären Altenhilfe wurden von der *MuG-IV-Studie* in der Breite der pflegerischen Versorgungslandschaft in Deutschland jedoch als „spürbar einschränkend“ (Schneekloth/Wahl 2007, S. 9) eingestuft. Unter einer solchen Blickrichtung rücken spezifische Arbeitsbelastungen in der stationären Altenhilfe in den Fokus, die unter Umständen einer Verwirklichung von Selbstbestimmung im Rahmen von Interaktionen zwischen Pflegekräften und Bewohner*innen im Wege stehen. Wie die triangulierten Studienergebnisse aus dem arbeitspsychologisch ausgerichteten Projekt „*geri-AKTIV*“ (2010) nahelegen, können sich für das Pflegepersonal hieraus als belastend empfundene Handlungsdiemmata ergeben. Sie rühren daher, dass mitunter die institutionell-organisatorischen Gegebenheiten im Pflegeheim dem Primat der Gewährleistung von Selbstbestimmung im Pflegealltag entgegenstehen (vgl. Jenull 2010 sowie auch nochmals die Diskussionen in Kapitel 4.1). Dies ist deshalb ein wichtiger Befund, weil Heinemann-Knoch et al. (1999) im Rahmen der sog. *MUGSLA-Studie* („Möglichkeiten und Grenzen selbstständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen zur Weiterbildung der Hilfen“) herausfanden, dass Mitarbeiter*innen nur dann dauerhaft auf Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Bewohner*innen achten, wenn sie beides auch selbst erfahren und sie ihre Arbeit selbstverantwortlich an den Bedürfnissen der Gepflegten ausrichten können (vgl. auch Huber et al. 2005, S. 127).

Folgt man den bislang ins Feld geführten interdisziplinären Erkenntnissen, dann zeigt sich, dass die Selbstbestimmung der Bewohner*innen im Pflegeheim zentral von der Berufsgruppe der Pflegenden beeinflusst wird. So kann auch der immer bedeutendere Zuwachs an pflegeethischen Konzeptionen gedeutet werden (vgl. als Überblick Riedel/Lehmeyer 2021). Auch wurde in den letzten Jahrzehnten das Phänomen des moral distress für die Pflegekräfte beobachtet, der aus dem Bemühen um die Selbstbestimmung und den Begrenzungen von verschiedenen Seiten resultiert (vgl. Kapitel 9).

Denn Pflegekräfte haben in den alltäglichen Interaktionen rund um die pflegerische Grundversorgung intensivsten Kontakt zu den Bewohner*innen und nehmen mit ihren Maßnahmen eine entscheidende Rolle bei der (unterstützenden) Umsetzung von deren Selbstbestimmung ein. Doch das Erreichen von Selbstbestimmung ist nicht allein Aufgabe der Pflegekräfte, sondern es obliegt den Leitungskräften im Pflegeheim sowie auf Trägerebene, die entsprechenden institutionell-organisatorischen Rahmenbedingungen hierfür zu schaffen. Schließlich braucht es genügend Zeit sowie entsprechend geschultes Personal, „damit die Selbstständigkeit, Autonomie und Lebensqualität von Bewohnern aufrechterhalten, gefördert und weiterentwickelt werden kann“ (ebd., S. 127). Als immer wichtiger erkannt wird parallel dazu die Rolle der sog. sozialen Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI. Denn wie die Abschlusspublikation des Projekts „*STAP*“ („Selbstbestimmt teilhaben in Altenpflegeeinrichtungen“, 2017-2019) festhält, enthält die Forderung nach einem würdigen und selbstbestimmten Leben für Pflegeheimbewohner*innen auch den Aspekt der Ermöglichung einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

(vgl. Bleck et al. 2020). Für diese zu sorgen, obliegt in Pflegeeinrichtungen nach Ansicht des Gesetzgebers maßgeblich den Sozialarbeiter*innen und sozialen Betreuungskräften im Pflegeheim. Die Ergebnisse von STAP zeigen jedoch, dass Teilhabe in einem umfassenden Sinne von einer Vielzahl an fördernden und hemmenden Faktoren beeinflusst wird, deren Bedeutung je nach Bewohner*in und Situation variieren kann (vgl. ebd., S. 182f). Daher, so schlussfolgern die Autor*innen, ist die Feststellung („voice“) und Verwirklichung der unterschiedlichen („choice“) Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner*innen zentral für die Realisierung von Teilhabe und Aufgabe für die Organisation des Pflegeheims als Ganzem. Als handlungsleitend wird dafür das Prinzip der Selbstbestimmung ins Feld geführt.¹⁸

Auch in der Ethik ist im Verlauf des hier betrachteten Zeitraums die Betonung der Selbstbestimmung festzustellen, zumal in der Medizinethik (vgl. Prinzip der Autonomie bei Beauchamp and Childress) und im ärztlichen Ethos. So wurde erstmals im Oktober 2017 die Patientenautonomie in das Genfer Gelöbnis (Bestandteil der ärztlichen Musterberufsordnung) für die Mediziner*innen eingefügt. Autonomie und Würde gehen hier Hand in Hand: „Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.“ (Weltärztebund 2017) Die gerade aufkommende Diskussion um den „Freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken“¹⁹ pocht auf das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen auf ein gutes Sterben. § 217 des Strafgesetzbuches wurde u.a. mit der Begründung im Februar 2020 vom Bundesverfassungsgericht gekippt, da dem „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“, das in der „persönliche[n] Autonomie“ wurzle, im Rahmen des 2015 eingeführten Paragraphen nicht Genüge getan worden sei.²⁰ All dies rahmt die Autonomiebestrebungen Aller rund um das Pflegeheim.

Typische Unterschiede nach Geschlecht, sozialem Status und Alter

Wie schon aus den gerontopsychologischen Studien aus den 1970er/1980er Jahre hervorging (siehe oben), nehmen Pflegeheimbewohner*innen das Angebot der Selbstbestimmung unterschiedlich auf – und zwar, soweit damals bekannt, typischerweise in Abhängigkeit von ihrem jeweiligen Gesundheits-/Krankheitsstatus bzw. dem Grad ihrer kognitiven Orientierung sowie ihrem Geschlecht (siehe oben). Dem Aspekt der Ermöglichung von Selbstbestimmung mit Demenz ist der nächste Abschnitt gewidmet, hier sollen zunächst typische Unterschiede zwischen Frauen und Männern sowie – in Erweiterung der gerontopsychologischen Hinweise – dem sozialen Status und Alter aufgegriffen werden.

¹⁸ Die Ergebnisse des Projekts mündeten in ein praxisbezogenes „Instrument der Reflexion, Selbsteinschätzung und Weiterentwicklung der Umsetzung von selbstbestimmter Teilhabe in stationären Altenpflegeeinrichtungen“ (Bleck et al. 2020, S. 212). Es bietet Orientierung dahingehend, „wie eine Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe in der Altenhilfe praktisch umgesetzt werden kann und welche konkreten Faktoren in Bezug auf die Strukturen und Prozesse in Pflegeeinrichtungen zu berücksichtigen sind“ (ebd., S. 19).

¹⁹ Vgl. exemplarisch: Coors, Michael et al. (2019): *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer; Bormann, Franz-Josef (2019): „Ein moraltheologischer Blick auf das sog. Sterbefasten“. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 65, S. 261–280.

²⁰ BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, - 2 BvR 2347/15 -, Rn. (1-343), http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html (abgerufen am 12.10.2020). Das Zitat stammt aus dem 1. Leitsatz.

Hinweise zu Geschlechtsunterschieden finden sich u.a. beim Forschungsprojekt „*Neighbourhood*“ (2008-2009), bei dem es darum ging „zu erforschen, wie und ob es älteren Menschen mit Hilfebedarf gelingt, ihren Alltag selbstbestimmt zu organisieren“ (Wenger-Haargasser 2012, S. 107). In dem Zusammenhang stießen die Forscher*innen auf unterschiedliche Bewältigungsmuster von Männern („distanziert“) und Frauen („offen“) im Umgang mit dem Erleben von Pflegebedürftigkeit und der hierdurch erforderlich werdenden Umsiedlung ins Pflegeheim: Männer empfanden dabei charakteristischerweise Gefühle der Ohnmacht und des Kontrollverlusts, während es Frauen leichter fiel, die Situation zu akzeptieren und trotz allem ihr Wohlbefinden zu wahren (vgl. ebd., S. 112 und 114). Ein solcher Befund deckt sich mit Erkenntnissen aus dem Bereich der *Analysen von Lebenslagen im Alter*, die zu dem Ergebnis kommen, dass sich eine „geschlechtstypische Differenzierung mit jeweils spezifischen Dispositionsspielräumen und Handlungskapazitäten [...] besonders in Statuspassagen und bei kritischen Lebensereignissen [verdeutlicht], aber auch in der Fähigkeit zur ‚subjektiven‘ Ausgestaltung ‚objektiver‘ Bedingungen der Lebenslage“ (Backes/Clemens 2000, S. 14). Gerade der Eintritt ins Pflegeheim, hervorgerufen durch eine (schwere) Pflegebedürftigkeit, kann als ein prototypisches kritisches Lebensereignis gewertet werden, mit dem Frauen sozialisationsbedingt offensichtlich tendenziell leichter vermögen umzugehen als Männer (vgl. hierzu auch die empirischen Ergebnisse aus SeLeP in Kapitel 7.1.1).

Neben der Geschlechtszugehörigkeit nimmt ebenso der soziale Status Einfluss auf die Bewältigung des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit. Zu diesem Ergebnis kommt die *Studie zu Aushandlungsprozessen in häuslichen Pflegearrangements* von Heusinger/Klünder (2005). Hier wurde die Lebenssituation von älteren, pflegebedürftigen Menschen zu Hause hinsichtlich der Realisierung von Selbstbestimmung/Autonomie untersucht. Die Forscher*innen fanden heraus, dass sich in Abhängigkeit von der Milieuzugehörigkeit drei unterschiedliche Bewältigungsstile für das kritische Lebensereignis des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit identifizieren lassen: der aktiv-kämpferische Stil, der zuversichtlich-gelassene Stil und der resignativ-angepasste Stil (vgl. Heusinger/Klünder 2005, A. 134-142). Sie traten in der Studie „unabhängig von den jeweiligen Pflegestufen bzw. Ausmaßen gesundheitlicher Einschränkungen“ (ebd., S. 135) auf. Stattdessen waren sie deutlich beeinflusst durch das Vorhandensein von materiellen und finanziellen, aber auch sozialen und kulturellen Ressourcen – ein Befund, der auch direkte Anchlüsse zu den Ergebnissen der AMA-Studien erkennen lässt (siehe oben). Grundsätzlich erscheint der Einfluss des Vorhandenseins dieser Ressourcen (1.) auf den Umgang mit eigenen Wünschen, (2.) der Anpassungs- bzw. Konfliktbereitschaft sowie (3.) dem getätigten Anspruch auf Steuerung, die bei Heusinger/Klünder (2005) als entscheidende Dimensionen in den jeweils rekonstruierten Bewältigungsstil eingingen, auch auf Bewohner*innen in Pflegeheimen übertragbar und für die Frage(n) nach Selbstbestimmung relevant.

Denn auf Basis des Dargestellten erweisen sich der soziale Status ebenso wie die Geschlechtszugehörigkeit insofern als grundsätzlich ausschlaggebende Determinanten, als sie einen Einfluss darauf haben, wie wahrscheinlich es ist, dass Selbstbestimmung von Pflegeheimbewohner*innen aktiv eingefordert bzw. auf das Angebot der Selbstbestimmung positiv (anstatt mit Gefühlen der Überforderung) reagiert wird. Einfluss hierauf nimmt auch das Alter der Betroffenen. Denn wie aus bislang vorliegenden Studien bekannt ist, zeichnet sich die

Mehrheit der Pflegeheimbewohner*innen heute, die zu mehr als 50% den Geburtsjahrgängen 1936+ angehören (vgl. Destatis 2020, S. 18), charakterlich dadurch aus, dass sie überaus bescheiden und dankbar sind (vgl. z.B. Bleck et al. 2020, S. 98). Typischerweise resultiert daraus „das Bestreben, sich mit der Situation im Pflegeheim zu arrangieren“ (ebd., S. 29), weshalb Wünsche oder Bedürfnisse oftmals weder formuliert noch eingefordert werden. Perspektivisch ziehen aber wohl spätestens mit den sog. ‚Baby-Boomern‘ deutlich individualisiertere Subjekte in die Pflegeeinrichtungen, die gemeinsam mit ihren An- und Zugehörigen voraussichtlich deutlich andere Erwartungen an ihr Leben im Pflegeheim stellen werden, als es die derzeit (noch) vorherrschende Bewohnerklientel in der Regel tut (vgl. hierzu auch Schneider/Stadelbacher 2017).

Wie wichtig das Paradigma der Selbstbestimmung geworden ist, zeigt etwa die bereits zitierte Stellungnahme „*Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung*“ (Ethikrat 2018), in der die Selbstbestimmung aber sogleich in Spannung zum Wohl gesetzt wird. Der sog. „wohltätige Zwang“ sei u.a. im Kontext von Pflegebedürftigkeit virulent.

„In Situationen, in denen es für die pflegenden und betreuenden Angehörigen oder Pflegefachpersonen um die Entscheidung für oder gegen die Selbstbestimmung des bedürftigen Menschen geht, spielt häufig die Sorge eine Rolle, sich an dem anvertrauten Menschen wegen mangelnder Fürsorge schuldig zu machen.“ (ebd., S. 22)

Und weiter:

„Bei Pflegefachpersonen besteht zudem die Furcht, dafür verantwortlich gemacht zu werden, wenn ein pflegebedürftiger Mensch zum Beispiel durch einen Sturz Schaden nimmt, der durch ein Bettgitter hätte verhindert werden können. Dadurch kann es zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen oder zwangsweise durchgesetzten Pflegehandlungen kommen.“ (ebd., S. 23)

Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge/Schutz: Beispiel Demenz

Die bis dato referierten Studien konzentrieren sich in ihren Ergebnissen in erster Linie auf (den Umgang mit) orientierte(n) Bewohner*innen, „welche ihre eigene Meinung (noch) verbal zum Ausdruck bringen können und lediglich leichte Einschränkungen hinsichtlich ihrer kognitiven Fähigkeiten zeigen“ (Dräger et al. 2013, S. 192). Doch Demenz in ihren unterschiedlichen Facetten und Ausprägungen ist dabei, sich zum wichtigsten Merkmal im Pflegebedarf der vollstationären Altenpflege zu entwickeln (vgl. Schneekloth/Wahl 2007, S. 9). Aufgrund der vielen Besonderheiten von demenziellen Erkrankungen stellt das Themenfeld Selbstbestimmung mit Demenz im Grunde einen eigenständigen Forschungsbereich dar, der in SeLeP nur am Rande mit abzudecken ist, doch das Beispiel Demenz eignet sich besonders gut, um einen Grundkonflikt in der stationären Altenhilfe zu illustrieren: Das Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge/Schutz.

Der Deutsche Ethikrat hat sich in seiner Stellungnahme „Demenz und Selbstbestimmung“ (2012) mit dieser Frage befasst. Betont wird dabei das Zueinander von Fürsorge und Autonomie. Denn bei demenziell Erkrankten verringert sich die Kompetenz zur autonomen

Lebensführung aufgrund zunehmend abnehmender kognitiver Fähigkeiten, sodass aus der Forderung nach der Achtung von Autonomie vor allem auch die Forderung nach Unterstützung von Autonomie erwächst. Dabei ist in diesem Zusammenhang die Gradualität der Kompetenz zur autonomen Lebensführung zu bedenken, denn je nach Entscheidungsfrage schwanken die Möglichkeiten den Betroffenen die Situation adäquat zu erfassen. Wenn dies bei abstrakteren Fragestellungen (z.B. Wohnort) nicht mehr in diesem Maße möglich ist, lassen Betroffene jedoch bei anschaulich-praktischen Fragen (z.B. Kleidungswahl) Präferenzen und Wünsche erkennen. Dabei wird für ein weiteres Verständnis von Autonomie plädiert, das nicht nur auf einer sprachlich formulierten und erklärten Willensäußerung basiert, sondern dem zunehmend gegenwartsbezogenen, intuitiven und emotional-affektiven Umgang der Betroffenen mit der Wirklichkeit gerecht wird. Um hier Autonomie überhaupt zur Geltung bringen zu können, ist daher aufmerksame Zuwendung erforderlich.

Die immer mehr ansteigenden Konflikte im Pflegeheim zwischen verschiedenen Akteur*innen oder auch Skandale wie die Verabreichung von ruhigstellenden Medikamenten im Pflegeheim führten dazu, dass der Ethikbedarf immer deutlicher gesehen wurde. Nach dem Vorbild der klinischen Ethikkomitees wurden im Zuge dessen auch solche für das Altenpflegeheim etabliert (vgl. Bockenheimer-Lucius et al. 2012).

Ähnlich der klinischen Praxis geht es um die

- „Beratung bei ethischen Problemen, Konflikten und strittigen Entscheidungssituationen im Einzelfall;
- die Entwicklung von ethischen Leitlinien [...] oder Empfehlungen für die Entscheidungsfindung;
- die Fort- und Weiterbildung in Medizin- und Pflegeethik“ (ebd., S. 102f.).

Übergreifendes Ziel einer Ethikberatung im Altenpflegeheim ist es, die Gesundheitsversorgung der älteren Menschen zu verbessern.

„Das Ethikkomitee ist analog zum klinischen Standard interdisziplinär und multiprofessionell zusammengesetzt, auswärtige Mitglieder wie unter anderem ein Arzt sowie ein Betreuungsrichter arbeiten ehrenamtlich mit. Außerdem hat das Komitee sich eine Satzung und eine Geschäftsordnung gegeben. Die Sitzungen finden auf entsprechende Einladung hin monatlich statt, und es wird jeweils ein Protokoll erstellt. Alle Mitglieder unterliegen der Schweigepflicht.“ (ebd., S. 113).

Um einen Überblick über das Spektrum der Fälle und Themen zu geben, die im Alltag der stationären Altenhilfe auftreten können, wurden in einem Auswertungsprojekt die Protokolle der Ethikkomitees und der weiteren Ethikarbeit (ca. 2006 bis 2010) des Frankfurter Netzwerks Ethik in der Altenpflege durchgesehen und eine Typologie spezifischer Fälle entwickelt:

- Künstliche Ernährung (transnasale Magensonden oder PEG-Sonden), Flüssigkeitsversorgung (vgl. subkutane Infusionen);
- erklärter oder mutmaßlicher Wille („Dieser Typus wird durch Fälle gebildet, in denen der erklärte, schriftlich fixierte oder auch mutmaßliche Patienten- oder Bewohnerwille Ursache eines auftretenden Konfliktes ist.“ (ebd., S. 156)),

- Gewalt, Belästigung und Würdeverletzung;
- Noncompliance und Lebensstil („Unter diesen Typus fallen Probleme, die auftreten, wenn Bewohner eindeutig indizierte pflegerische Maßnahmen zurückweisen oder nur unzureichend ermöglichen, oder wenn sie durch selbstschädigendes Verhalten indizierte medizinisch-pflegerische Maßnahmen unterminieren.“; ebd., S. 157);
- Paternalismus von außen (Dritte z.B. An-/Zugehörige, Hausärzt*innen, Betreuer*innen und Vorsorgebevollmächtigte nehmen ungerechtfertigten Einfluss auf die Bewohner*innen hinsichtlich deren pflegerisch-medizinischer Maßnahmen und Präferenzen und Lebensgewohnheiten).

Es handelt sich also zusammenfassend um besondere Entscheidungssituationen der Langzeitpflege während und am Ende des Aufenthalts im Pflegeheim. Die Fallbesprechung anhand eines solchen Falles kann retrospektiv (1), prospektiv (2) oder präventiv (3) ablaufen. Im ersten Fall werden Situationen aus der Vergangenheit besprochen; die dazu formulierten Empfehlungen haben keine Auswirkungen mehr. Im zweiten stehen akut ethisch zu diskutierende Situationen an, zu denen es Empfehlungen mit unmittelbarer Auswirkung geben sollte. Im eigentlichen Sinne präventiv ist eine Fallbesprechung, wenn Situationen, die wahrscheinlich in ethisch relevante Entscheidungssituationen münden, vorbesprochen werden (vgl. ebd., S. 149).

Neben den Themen der diskutierten Fälle verzeichnet die Autorengruppe um Bockenheimer-Lucius auch immer wiederkehrende: die Schwierigkeit der Kommunikation zwischen den Pflegenden und ihren verschiedenen Gesprächspartner*innen in Bezug auf therapeutisch-pflegerische Entscheidungen am Lebensende, die Defensivpflege, die Veränderung des Pflegealltags durch Verknappung der Ressourcen, den Gefahren, die Privatheit von Pflegeheimbewohner*innen zu verletzen. Des Weiteren Probleme der Auslegung und Umsetzung von Patientenverfügungen, das Betreuungsrecht und vorausgegangene Debatten, die Integration von dementen und nicht dementen Menschen in einen Wohnbereich, der Umgang mit Überlebenden des Holocaust und anderen traumatisierten Bewohner*innen, die Sucht- und Suizidproblematik (vgl. ebd., S. 161.)

Für alle diese verschiedenen Fälle wurde von Riedel und Giese (2019, S. 61–79) ein Ethikkompetenzmodell für die Pflege entwickelt, welches sich besonders durch seine Professionalisierung der Pflege mit Hilfe ethischer Kompetenz auszeichnet. Es befähigt dazu, personen- sowie situationsbezogen und interaktiv im Pflegegeschehen zu handeln. Entscheidend für diese Kompetenz sind das bewusste Eintreten in ein Aushandlungs- und Interaktionsgeschehen, das systematisch und verantwortungsvoll zu einem gemeinsamen Ziel hingeführt wird, sowie ein fachlicher und ethischer Reflexions-, Abwägungs- und Argumentationsprozess. Auch die Empathiefähigkeit und die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel neben einer wachsamem Sensibilität für ethische Konfliktsituationen im Pflegealltag sowie im Kontext institutioneller und gesellschaftlicher Entwicklungen fordern Riedel und Giese als Teil professionellen Pflegens (vgl. Riedel et al. 2017, S. 164-165).

Speziell für das Pflegeheim wird der Ruf nach einer Organisationsethik in der stationären Langzeitpflege immer lauter, wie es Riedel und Lehmeier aus der Pflege heraus und mit der Pflege entwickeln wollen (vgl. gleichnamiger Titel des Aufsatzes, Riedel/Lehmeier 2021). Ziele

hierbei sind, die Vulnerabilität (Verwundbarkeit) der Bewohner*innen zu erkennen, ethisch begründete Entscheidungen treffen (zu können), um die Pflegequalität zu erhalten (vgl. ebd., S. 7), moralische Entlastung zu bewerkstelligen, das professionell ethische Handlungsvermögen zu befördern (damit einhergehende Berufszufriedenheit) (vgl. ebd., S. 8) und Verantwortung zu übernehmen, Ethikberatung nach vorne zu bringen, mit dem Ziel der Absicherung der ethischen Entscheidungs- und Versorgungsqualität (vgl. ebd., S. 9).

Grundlegende Orientierung gibt dabei der ICN-Ethikkodex: „ICN Code of ethics for nursing“, der die ethische Identität professioneller Pflege fokussiert. Der Kodex bietet ethische Prinzipien und damit Eckpunkte zur Orientierung in Bezug auf Konflikt- oder Dilemmasituationen, deren zentraler Pfeiler die Menschenwürde ist.

4.2.2 Forschungslinien zur Würde im Pflegeheim

Empirische Studien zur Würde im Pflegeheim existieren im deutsch- und englischsprachigen Raum bislang erst wenige. Es finden sich jedoch in der Ethik, in der Soziologie und Pflegewissenschaft Arbeiten, die sich mit Körper- und Selbstverhältnissen befassen und danach fragen, was passiert, wenn durch pflegerische Tätigkeiten Tag für Tag die gesellschaftlich gesetzten Scham- und Intimitätsgrenzen überschritten werden, was mitunter nicht ohne Folgen für die Würde der Betroffenen bleibt. Zudem wird der Aspekt der Würde in Forschungskontexten zum guten und würdevollen Sterben im Pflegeheim berücksichtigt. Beide Aspekte reißt der hiesige Abschnitt zur Komplettierung der Aufarbeitung bestehender aktueller empirischer Erkenntnisse jeweils kurz an.

Würde im Kontext von Pflegebedürftigkeit: Zur Wahrung von Scham- und Intimitätsgrenzen

Jene Arbeiten, die sich mit Eingriffen in die Intimitäts- und Schamgrenzen von Menschen befassen, problematisieren Würde primär als etwas Verletzliches bzw. Angreifbares:

„It is significant of this kind of dignity that it can be taken from us by external events, by the acts of other people as well as by injury, illness and old age.“ (Nordenfelt 2004, S. 75)

Dabei wird davon ausgegangen, dass Würde in enger Wechselwirkung zur Identität einer Person steht. Zentral ist hierbei ein Identitätskonzept, welches von der Einsicht ausgeht, dass die Identität eines Subjektes relational durch das konstitutive Eingebunden-Sein in soziale Bezüge formiert ist. Identität erscheint vor diesem Hintergrund insofern nicht als eine unveränderbare essenzielle Kategorie, sondern als ein sich immer schon in Herstellung befindliches Konstrukt, dessen Stabilität ganz wesentlich auf sozialen Anerkennungsprozessen innerhalb von Interaktionen beruht und das insofern auf Grund seiner Fragilität bzw. Unabgeschlossenheit immer bereits die Möglichkeit einer Störung bzw. Verletzung impliziert (vgl. Mead 2008). All jene Praktiken oder Ereignisse, welche die „Identitätsausrüstung“ (Goffman 1981) einer Person angreifen oder stören, können in diesem Sinne als würdevertzend definiert werden, denn Würde(empfinden) wird hierbei zu nicht unwesentlichen Teilen auf Identitätsanerkennung bezogen. Teil dieser „Identitätsausrüstung“ (ebd.) ist ein (funktionaler) Körper, über den Subjekte ihre Individualität aufführen und inszenieren. Die Verfügung über den eigenen Körper, seine Äußerungen, sowie seinen strategischen Einsatz sind Teil des dominanten Subjektivierungsmodus der fortgeschrittenen Moderne. Körperliche Integrität kann in diesem Sinne als teils

implizite Vorbedingung relationaler und personaler Autonomie verstanden werden (siehe dazu genauer Kapitel 6). Vor diesem Hintergrund erscheinen altersbedingte Störungen der körperlichen Funktionalität in ihrer Wirkung auf das Würdeempfinden der betroffenen Subjekte von besonderem Interesse.

Hierzu kann auch die Erfahrung schwerer Erkrankung zählen, die einen Menschen die Kontrolle über seine Körperfunktionen verlieren lässt. Für ihn*sie wird somit zum Problem, was ansonsten ein gesellschaftliches Tabu darstellt (z.B. Inkontinenz). Dies erzeugt in vielen Fällen Scham- und/oder Ekelgefühle, die wiederum negative Auswirkungen auf das Integritäts- und Würdeempfinden der Betroffenen haben können.

„Es sind demnach die Naturhaftigkeit, die Kreatürlichkeit und Fleischlichkeit sowie die sexuellen und analen Lustempfindungen, die die Körperscham auslösen und die jeden Menschen immer wieder zum Objekt seiner eigenen Lüste und körperlichen Sensationen machen – und ihm damit Scham und vielleicht sogar Ekel bescheren. Die Beherrschung und Intimisierung dieser Lüste und Regungen ist nun Merkmal des Personseins, und es ist das Schicksal des Alters, dass eben diese Beherrschung und Intimisierung von Regungen nicht mehr gelingt oder möglich ist. So tritt der Körper mit seiner Naturhaftigkeit unvermittelt hervor [...]“ (Gröning 2014, S. 82)

Bearbeitet wird diese ‚Naturhaftigkeit‘ des Körpers im Pflegeheim vorwiegend von den Pflegekräften, die pflegebedürftige Menschen waschen, sie zur Toilette führen oder die körperlichen Ausscheidungen beseitigen, beim An- und Ausziehen helfen etc. (vgl. Uschok 2005, S. 323). Pflegearbeit als Körperarbeit lässt sich insofern als permanentes Arbeiten an soziokulturellen Scham- und Privatheitsgrenzen verstehen. Wie diese Körperarbeit praktisch organisiert und interaktiv gerahmt werden muss, um eben nicht als Scham-auslösende, Würde-verletzende Grenzübertretung von den an der Interaktion Beteiligten erfahren zu werden, ist eine empirisch zu klärende Frage, die bislang erst wenig untersucht ist. Erste Hinweise hierzu finden sich aber – neben einer Reihe von Ratgeber- und Schulungsliteratur (vgl. bspw. Immenschuh/Marks 2017) – bei einer Studie von Heusinger et al. (2014-2015). Die Forscher*innen untersuchten im Auftrag des Zentrums für Qualität in der Pflege genderspezifische Bedürfnisse von Pflegeheimbewohner*innen, wobei die Körperpflege im Zentrum stand. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass sich die von ihnen untersuchten Bewohner*innen allesamt institutionellen Vorgaben fügen müssen, die festlegen, „wann, von wem sie wie gewaschen, zur Toilette begleitet oder geduscht werden“ (Heusinger/Dummert 2016, S. 689). Dies führt insbesondere bei einigen Frauen zu Scham- und Ohnmachtsgefühlen, weil sie mitunter einer männlichen Pflegekraft nackt gegenüber treten müssen (vgl. ebd.). Anderen Bewohner*innen hingegen gelingt es, die professionelle Zuständigkeit in der Interaktion mit der Pflegekraft so in den Vordergrund zu stellen, dass sich die Beteiligten wechselseitig quasi als geschlechtslos kategorisieren, wodurch Scham- und Peinlichkeitsgefühle auf beiden Seiten abgewehrt werden (vgl. ebd., S. 690).

Würdevolle Pflege am Lebensende

Da Pflegebeziehungen vor dem Hintergrund der bisher geschilderten Zusammenhänge in besonderem Maße die Möglichkeit einer Integritäts- und Würdegefährdung implizieren, ist es aufschlussreich, einen genaueren Blick in bereits geleistete empirische Untersuchungen zu den Herausforderungen und Potenzialen einer ‚würdevollen Pflege‘ zu werfen. Studien hierzu

stammen insbesondere aus dem Kontext der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen.

Pleschberger (2007) etwa untersuchte die Frage, was aus Sicht von Pflegeheimbewohner*innen wesentliche Dimensionen eines würdevollen Sterbens sind. Würde fasst sie dabei als ein multidimensionales Konzept, in dem verschiedene Bedeutungsbereiche praktisch aufeinander bezogen werden (vgl. ebd., S. 198). Auf der Grundlage von 20 narrativen Interviews mit Pflegeheimbewohner*innen differenziert Pleschberger zwischen Würde als intrapersonalem und Würde als relationalem Konzept (vgl. Abbildung 1):

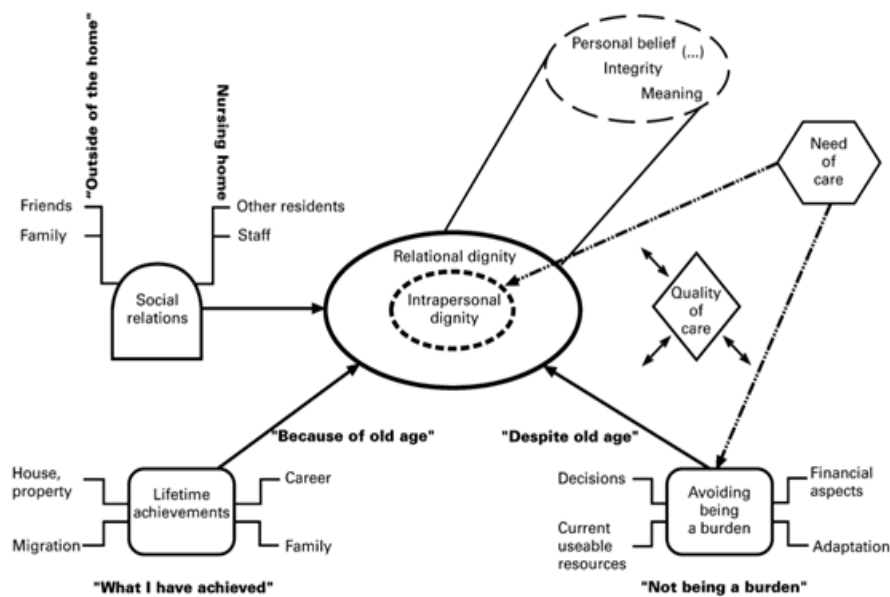


Figure 1. Nursing home resident's concept of dignity.

Abbildung 1: Würde aus Sicht von Pflegeheimbewohner*innen (Pleschberger 2007, S. 199)

In aller Kürze lassen sich die Ausführungen Pleschbergers zu der Erkenntnis verdichten, dass (altersbedingte) Pflegebedürftigkeit als soziale Lage eine Vielzahl von Effekten produziert, die sowohl intrapersonales als auch relationales Würdeempfinden gefährden können. Krankheit und Pflegebedürftigkeit treffen direkt den Körper, welcher als Teil des fundamentalen Identitätsrepertoires der betroffenen Subjekte in seiner krankheitsbedingten Expressivität personale Integrität und damit verbunden intrapersonales Würdeempfinden bedroht. Relationales Würdeempfinden wird in dem von Pleschberger untersuchten Kontext primär durch ein Abbrechen oder eine Transformation der sozialen Beziehungen des Subjektes gefährdet. Die alters- oder krankheitsbedingte Angewiesenheit auf Unterstützung verändert in diesem Sinne bestehende soziale Beziehungen und läuft jenen Strategien der Würde-Bewahrung entgegen, die auf einen Erhalt der bestehenden sozialen Beziehungen in ihrer ‚ursprünglichen Form‘ zielen und von den Befragten zumeist unter dem Leitsatz des „nicht zur Last fallen Wollens“ genannt wurden (ebd., S. 200).

Die von Pleschberger nur angeschnittenen Strategien der Behauptung von Würde in potenziell gefährdenden Situationen und Kontexten liegen im Fokus der von Chochinov et al.

durchgeführten Untersuchung zum Würdeverständnis von unheilbar kranken Patient*innen (2002). Unter dem Begriff des „Würde-konservierenden Repertoires“ versammeln die Autor*innen jene Einstellungen und Praktiken, die von Patient*innen angewandt werden (können), um ihre Würde auch im Angesicht des bevorstehenden Todes zu bewahren.

„Broadly speaking, these issues can be divided into two themes: dignity conserving perspectives (i.e., a way of looking at ones situation that helps to promote dignity) and dignity conserving practices (i.e., personal actions that can bolster or reinforce ones sense of dignity)“ (Chochinov et al. 2002, S. 437).

Jene Arten und Weisen, sich zu seinem eigenen Sterben zu positionieren, die als würdevoll empfunden werden, basieren laut Chochinov et al. oftmals auf biografisch gewachsenen und relativ stabilen Bezugshorizonten. Die Autor*innen rekonstruieren auf Grundlage der von ihnen geführten und analysierten qualitativen Interviews acht Subkategorien dieser spezifischen Positionierungsleistungen: 1. Kontinuität des Selbst, 2. Rollenerhalt, 3. Generativität/Erbe, 4. Der Erhalt von Stolz, 5. Hoffnung, 6. Autonomie/Kontrolle, 7. Akzeptanz, 8. Resilienz/Widerständigkeit (vgl. ebd., S. 437).

An dieser Stelle kann aus Platzgründen illustrativ nur auf zwei dieser Subkategorien eingegangen werden: Selbstkontinuität bezieht sich auf das von den Befragten geäußerte Empfinden, dass es etwas gibt, das vom Verlauf der Krankheit unangetastet bleibt und insofern als Bezugspunkt für das Generieren von Kontinuität in einer Phase des radikalen Umbruchs fungieren kann. Die Kategorie Rollenerhalt verweist auf den Wunsch der Patient*innen, die im biografischen Verlauf tradierten und routinisierten Rollen (z.B. die der Mutter) auch im Falle einer terminalen Erkrankung weiterhin zu übernehmen. Für Versorgungs- bzw. Fürsorgeinstitutionen würde sich hier die Möglichkeiten bieten, ihre Adressierungs- und Organisationspraxis stärker auf diesen oft geäußerten Wunsch hin auszurichten. Mit dem Begriff der würde-konservierenden Praktiken wiederum sind jenen Techniken adressiert, die Patient*innen anwenden, um ihr Würdeempfinden zu erhalten oder zu verbessern (vgl. ebd., S. 438). Die Autor*innen subsumieren die in diesem Zusammenhang rekonstruierten Praktiken unter drei Oberkategorien: 1. Im Moment leben, 2. Normalität aufrechterhalten, und 3. die Inanspruchnahme spiritueller Unterstützung. Die Kategorie des „im Moment Lebens“ manifestiert sich primär über Techniken, die darauf zielen, die Aufmerksamkeit auf unmittelbar vorhandene (Handlungs-)Probleme, wie zum Beispiel die Gestaltung und Versorgung des eigenen Gartens, zu richten. Diese Techniken können es den Patient*innen ermöglichen, sich selbst als weiterhin mit Handlungsmacht ausgestattetes Subjekt zu erfahren. Das Aufrechterhalten eingespielter Routinen kann wiederum dazu dienen, Normalität im Sinne von Kontinuität zu konstruieren.

Einer der neuesten Entwürfe, der an dieser Stelle abschließend noch genannt werden soll, stammt von der Pflegeethikerin Werren (2019), die eine Pflegeethik als würdevolle Pflegeethik der Demenz vorschlägt. Sie fokussiert den Würdebegriff und nimmt ausschließlich demenziell Erkrankte in den Blick. Unterschiedliche Einteilungen versuchen die verschiedenen Konzepte greifbar zu machen: „große bzw. intrinsische Würde“ „kleine und mittlere bzw. extrinsische oder kontingente Würde“; „graduell“, „absolut“, „objektiv“, „subjektiv“. „Anerkennung“, „Zuerkennung“. Werren stellt in ihrer Betrachtung verschiedener Würdekonzptionen innerhalb der Pflegeethik fest, dass es in sämtlichen Entwürfen keine eindeutige Unterscheidung gibt, ob Würde als Herstellen von Würde oder im Sinne eines ‚Der-Würde-Ausdruck-Verleihens‘

verstanden werden kann. Somit kann es dazu kommen, dass scheinbar Gleiches beschrieben wird, aber in voneinander verschiedenen Ausmaßen und Bedeutungshorizonten verortet wird. Begriffliche Unschärfe bzw. fehlende begriffliche Definierung zeigen sich auch in der häufigen Vermischung der Begründungs- und Konkretionsebene von Würde.

5 Identifizierung von Good-Practice-Kriterien: Komponenten zur gelungenen Umsetzung von Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim

Die Literaturdurchsicht in den vorangegangenen Abschnitten hat gezeigt, dass in der soziologischen, pflegewissenschaftlichen und ethischen Forschungslandschaft durchaus verschiedene hilfreiche konzeptionelle sowie empirische Anknüpfungspunkte für ein Forschungsprojekt zum selbstbestimmten und würdevollen Leben im Pflegeheim existieren. Wie diese in SeLeP konkret aufgegriffen und analytisch nutzbar gemacht werden, erörtert Kapitel 6. Zunächst taucht Kapitel 5 nun aber noch tiefer als bislang in das Feld²¹ der stationären geriatrischen Langzeitpflege ein. Denn Ziel und Zweck der Aufarbeitung und Systematisierung des aktuellen Diskussions- und Forschungsstands zum Thema Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim (AP 1) ist gemäß Projektantrag die Ermittlung von sog. Best-Practice-Beispielen (AP 2). In Vorbereitung hierauf gibt Kapitel 5.1 einen knapp gehaltenen Einblick in den interdisziplinär er- bzw. bearbeiteten Wissensstand hinsichtlich Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement im Kontext der stationären geriatrischen Langzeitpflege. Denn es ist dieses komplexe, teils unübersichtliche Diskussionsfeld, in das die Frage nach den Merkmalen und Bewertungsmaßstäben hinsichtlich eines guten Pflegeheims (Kapitel 5.2), welches die Realisierung von Selbstbestimmung und Würde organisationskulturell sowie organisationsstrukturell absichert und im täglichen Miteinander ermöglicht, vorab einzubetten ist.

5.1 Was ist Qualität und wie wird sie erfasst/beurteilt?

Pflegeheime in Deutschland unterliegen diversen gesetzlichen Regelungen (vgl. insbes. § 112 und § 113 SGB XI), die den Pflegeheimen unter anderem den Auftrag zum internen Qualitätsmanagement sowie zur externen Qualitätssicherung vorschreiben. Wie in allen regulierten Wirtschaftsbereichen geht es dabei intern zunächst um das Grundsatzgebot der

²¹ Der Feldbegriff stammt aus den Arbeiten des französischen Soziologen Pierre Bourdieu und bezeichnet einzelne soziale Teilbereiche der Gesellschaft, die jeweils eigenen ‚Logiken‘ folgen. Es gibt z.B. das ökonomische Feld, das nach der Logik des Geschäfts funktioniert. Das Feld Gesundheit und Pflege ‚gehört‘ demgegenüber anderen ‚Grundgesetzen‘ (vgl. hierzu genauer Schroeter 2008; für einen Fokus auf gerontologische Pflege siehe Roth 2007). Es ist jedoch erkennbar, dass auch hier ökonomische Grundprinzipien sukzessive stärkeren Geltungsanspruch veranschlagen (vgl. z.B. Aulenbacher/Dammayr 2014). Dies zeigt: Alle gesellschaftlichen Felder sind von sozialen ‚Kämpfen‘ durchzogen, in denen die Akteur*innen versuchen, sich Macht und Einfluss zu sichern, ihre sozialen Positionen zu bewahren oder zu verbessern. „Zu diesem Zweck setzen sie alles ein, worüber sie verfügen und was auf dem Feld zählt. Gleichzeitig versuchen sie die ‚Regeln‘ so zu verändern, dass das, worüber sie verfügen, am besten zur Geltung kommt. [...] ‚Analytisch gesprochen, wäre ein Feld als ein Netz oder eine Konfiguration von objektiven Relationen zwischen Positionen zu definieren‘. Diese sind definiert durch die ‚*Struktur der Distribution der verschiedenen Arten von Macht*‘. Aufgabe der Soziologie ist es, diese Struktur zu analysieren“ (Rehbein 2016, S. 104). Die Frage der Machtverteilung ist aber auch mit Blick in Pflegeheime von Relevanz. Siehe entsprechend Kapitel 7.1.2 bei der Darstellung der empirischen Ergebnisse von SeLeP.

Verbesserung. Das heißt „die Organisation strebt nach besserer Qualität, besseren Ergebnissen und höherer Kundenzufriedenheit“ (Große et al. 2019, S. 28), ggf. auch einer größeren Mitarbeiterzufriedenheit. Die externe Qualitätssicherung dagegen zielt auf „einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung, die einen Vergleich gleichartiger Leistungen verschiedener Einrichtungen ermöglichen“ (ebd., S. 27). Beide Bereiche zusammen verfolgen in Institutionen des Gesundheitswesens das übergeordnete Ziel der Förderung und Verbesserung der Versorgungs-/Pflegequalität, bei der gemeinhin die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden werden.²²

Als externe Kontrollinstanzen für das Einhalten von Versorgungs-/Pflegequalität fungieren im Feld der geriatrischen stationären Langzeitversorgung einerseits der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und andererseits die vom jeweiligen Bundesland eingesetzten Heimaufsichtsbehörden. Sie identifizieren bei ihren Prüfungen (vgl. § 114 SGB XI), in welchen Bereichen Verbesserungen notwendig sind und kommunizieren diese Ergebnisse an die Einrichtung zurück, machen sie aber auch nach außen hin sichtbar (z.B. in Form von öffentlich einsehbaren Transparenzberichten nach § 114 Abs. 1 SGB XI).²³ Allerdings ist die Operationalisierung der dabei zum Einsatz kommenden Prüfkriterien in den damit befassten Wissenschaftsbereichen durchaus umstritten, da es keinen allgemein anerkannten Konsens darüber gibt, wie die Qualität guter Pflegeheime treffsicher zu messen ist und welche Qualitätsindizes herangezogen werden müssen, um sie statistisch valide in aussagekräftigen Kennziffern abzubilden.

Als Gruppe erkennbar sind auf der einen Seite Ansätze, die in erster Linie auf einem monetarischen Grundprinzip basieren. Sie plädieren in Form von Kosten-Wirksamkeitsanalysen dafür, vor allem die Ergebnisse hinsichtlich ihrer ‚Input-Outcome-Effizienz‘ zu evaluieren. Dem stehen Positionen gegenüber, welche die Spezifika personenbezogener Dienstleistungen in ergänzende Dimensionen untergliedern (z.B. Interaktionsdimension), die zur Erfassung von Versorgungs-/Pflegequalität in Gesundheitseinrichtungen ebenfalls Berücksichtigung finden müssen. Damit rücken neben dem ‚Outcome‘ an Ergebnissen zentral auch die Strukturen sowie (Interaktions-)Prozesse in den Blick. Innerhalb dieses eben grob als polares Spannungsfeld dargestellten Radius kommt zum Ausdruck, „dass innerhalb des Gesundheitssystems zwei Professionen [und die mit ihnen jeweils verbundenen wissenschaftlichen Disziplinen] um die Definitionsmacht und Deutungshoheit ringen: die medizinischen Professionen (pflegerische

²² Strukturqualität erfasst die Qualität der eingesetzten Ressourcen, z.B. die Anzahl und Qualifikation der Pflegekräfte pro Pflegeheimbewohner*in. Die Prozessqualität „bezieht sich unmittelbar auf die Leistungserbringung, d.h. auf die Summe aller Prozesse, die die Entstehung des Produktes bzw. der Dienstleistung unter Verwendung der gegebenen Ressourcen zum Ziel haben“ (Ebner/Köck 1996, S. 82). „Die Ergebnisqualität ist das Resultat der Interaktion zwischen den [...] [Bewohner*innen] einerseits und der Gesundheitseinrichtung auf der anderen Seite. Sie ist die Summe dessen, was im Rahmen der Leistungserbringungsprozesse aus den gegebenen Ressourcen gemacht wurde, und steht damit am Ende der Wertschöpfungskette. Sie ist im Verhältnis zu den aufgewendeten Ressourcen (Kosten), der entscheidende Faktor zur Beurteilung des Nutzens [...] der Dienstleistungen“ (ebd., S. 80). Für eine Vertiefung zu den gängigen Ansätzen der Qualitätsmessung im Gesundheitswesen siehe z.B. Büssing/Glaser 2003. Für eine Kritik an der kaum modifizierten Übertragung dieser Ansätze auf das Feld der stationären Altenpflege siehe z.B. Rudert 2016.

²³ Für die Schwierigkeiten bei der Veröffentlichung der Prüfberichte durch die vom jeweiligen Bundesland eingesetzten Heimaufsichtsbehörden siehe König et al. 2020.

eingeschlossen) und die ökonomischen“ (Estermann/Kneubühler 2008, S. 189). Während die einen v.a. auf Kund*innen abstellen, gehen die anderen eher von Klient*innen aus, für die als Patient*innen oder Pflegeheimbewohner*innen die ökonomische Logik des Marktes nur bedingt greift:

*„Die Kundenperspektive ist dann angebracht, wenn das Verhalten von Menschen und die Interaktion zwischen Menschen der Logik des Marktes gehorchen und somit das Verhältnis zwischen Anbieter und Nachfrager primär ökonomischen Regeln unterliegt. Das setzt nach den üblichen marktwirtschaftlichen Vorstellungen Konkurrenz, Markttransparenz und Informiertheit über den Markt sowie Entscheidungsfreiheit voraus. Die genannten Bedingungen für das Funktionieren von Märkten sind bei einem Pflegeheimenritt in der Regel nicht gegeben. Die ausschliessliche Fixierung auf eine Kundenperspektive muss deshalb zu kurz greifen. Ausserdem übersieht sie, dass Bewohner*innen [...] ‚total‘ im Heim leben und nicht nur ein Produkt oder eine Dienstleistung nachfragen. Sie erwarten zu Recht eine Vielzahl von ‚Produktelementen‘, insbesondere aber auch Sinnstiftung, Berücksichtigung der Menschenwürde und Autonomie“ (ebd., S. 189).*

Keiner der drei letztgenannten Aspekte fand bei dem sog. ‚Pflege-TÜV‘ durch den MDK, der in Deutschland mit Einführung der Pflegeversicherung ins Leben gerufen wurde, bis zum Inkrafttreten seiner überarbeiteten Version im November 2019 Berücksichtigung.²⁴ Deswegen bildeten sich innerhalb des Felds der geriatrischen stationären Langzeitpflege Anfang der 2000er Jahre andere, alternative Bewertungsinstanzen heraus. Ihr Ziel ist es, Pflegeheime zu zertifizieren, die mit ihrer Einrichtung über eine gute respektive adäquate Versorgungs-/Pflegequalität hinausgehen bzw. die einsehbar machen wollen, dass gute Pflege und soziale Betreuung (gemäß § 43b SGB XI) aus mehr besteht als aus instrumentellen, schematischen Versorgungsleistungen.²⁵ Um diese entscheidenden ‚weichen‘ Qualitätsfaktoren sichtbar zu machen (die Rede ist z.B. von der Realisierung von Autonomie, Teilhabe, Menschenwürde sowie der Betonung des Aspekts der Beziehungsqualität), wurden neue Qualitätskriterien und Prüfmethoden benötigt und auch entwickelt. Die Schwierigkeit hierbei liegt jedoch darin, dass deren Operationalisierung im Detail bei vielen Zertifizierungsinstanzen für Außenstehende relativ undurchsichtig bleibt. Doch gemeinsam ist ihnen allen, dass sie sich vordergründig weniger

²⁴ In Reaktion auf vielseitige Kritik am ‚Pflege-TÜV‘, der mit viel Aufwand so gut wie allen geprüften Heimen eine gute oder sehr gute Qualität bescheinigte und damit letzten Endes seine Funktion verfehlte, durch eine öffentliche Qualitätsberichterstattung „Unterschiede der Versorgungsqualität zwischen Pflegeeinrichtungen und -diensten darzustellen“ und somit „mehr Transparenz auf dem Feld der Versorgungsqualität und der Qualitätsprüfungen zu schaffen“ (Wingenfeld 2015, S. 88 und 86), erfolgte auf Basis von Vorschlägen des Bielefelder Instituts für Pflegewissenschaft und des Göttinger Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen 2019 eine Überarbeitung des Prüfsystems. Mehr Wert wird dabei z.B. auf die Unterstützung der Bewohner*innen bei dem Erhalt von Selbsttätigkeit im Alltag gelegt. Einsehbar sind die vorgeschriebenen neuen Richtlinien für die Qualitätsprüfung in stationären Pflegeeinrichtungen über die Publikation des MDS/GKV Spitzenverbands 2019.

²⁵ Für einen ersten orientierenden Überblick über die Vielzahl der in Deutschland auffindbaren Gütesiegel, Vergleichsportale und Bewertungsplattformen findet sich eine im Rahmen des Projekts recherchierte Zusammenstellung im Anhang (vgl. bei tieferem Interesse hierzu Hauer et al. 2011). Sie verfolgt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern dient alleine dem Zweck zu verdeutlichen, welche breite Heterogenität hier vorherrscht. Dabei ist relevant, dass keine übergeordnete Bewertungsinstanz ausfindig zu machen ist, die Bedeutung darin erlangt hätte, unter Berufung auf allgemeinverbindliche Kriterien eine klare Rangfolge in die Wichtigkeit respektive ‚Richtigkeit‘ der unterschiedlichen Ansätze zu bringen.

für Versorgungs-/Pflegequalität interessieren, sondern den Aspekt der Lebensqualität ins Zentrum stellen und diesem damit eine eigenständige Bedeutung verleihen.

Eine solche eigenständige Bedeutung wurde mittlerweile auch vom Gesetzgeber anerkannt und aufgegriffen. Verbunden mit dem Einzug des Lebensqualitätsbegriffs in das Pflegeförderungsgesetz II und dem politischen Auftrag, wissenschaftlich fundierte Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität auf den Weg zu bringen (vgl. SGB XI § 113b), hat sich mittlerweile ein ganzer interdisziplinärer Forschungszweig entwickelt. Er ist damit befasst, wie das nun als Schlüsselkonzept betrachtete Konstrukt der Lebensqualität in der stationären Pflege zu verstehen ist und welche Möglichkeiten der Entwicklung und Implementierung von (Mess-)Instrumenten für Lebensqualität bestehen (vgl. Weidekamp-Maicher 2018). Gemeinsamer Ausgangs- bzw. Bezugspunkt hierfür ist stets die WHO-Definition für Lebensqualität (1998): „Quality of Life is an individual's perception of his situation in life within the context of his culture and values, as well as his objectives, expectations, and interests“. Jenseits dessen jedoch existieren auch hier sehr unterschiedliche Ansätze, von denen kein einziger über eine „konsensuell anerkannte Theorie [verfügt], die Lebensqualität aus Sicht von Bewohner*innen [...] stationärer Einrichtungen allumfassend definiert und die zugleich als Grundlage einer vergleichenden Messung herangezogen werden könnte“ (Weidekamp-Maicher 2018, S. 74).

Ohne nun an dieser Stelle die in Umlauf gebrachten Erfassungsinstrumente einzeln detailliert charakterisieren und einander systematisch vergleichend gegenüber stellen zu können,²⁶ ist für den hiesigen Projektkontext festzuhalten, dass alle im Rahmen der Recherche erfassten einschlägigen Mess- bzw. Operationalisierungsverfahren Autonomie, Selbstbestimmung oder Selbstständigkeit als Teildimension (ihres Verständnisses) von Lebensqualität im Pflegeheim ausweisen, ohne sie jedoch immer ins Zentrum zu stellen. Zudem variiert der Bedeutungsgehalt, mit dem die Begriffe Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit versehen werden, je nach Instrument/Operationalisierung mehr oder weniger stark. Das heißt, hier findet sich eine semantische und inhaltliche Bedeutungsvielfalt, die es praktisch verunmöglicht, die mit dem einen oder anderen Instrument beforschten vollstationären Pflegeeinrichtungen in eine transparente, auf einheitlichen Erfassungs- und Bewertungskriterien basierende Rangfolge zu bringen. Mit anderen Worten: Konkrete Best-Practice-Beispiele zu benennen, die Selbstbestimmung und Würde organisationskulturell sowie organisationsstrukturell besser absichern und im täglichen Miteinander stärker umsetzen als andere Einrichtungen, fällt schwer.

Auf Basis der Auseinandersetzung mit dem aktuellen Diskussions- und Forschungsstand ist daher festzuhalten, dass die Bearbeitung von AP 2 keine Vorzeigemodelle präsentieren kann,

²⁶ Zur Nachprüfbarkeit der Plausibilität der Argumentation findet sich im Angang eine Übersicht zu den wesentlichsten Treffern aus den Projektresearchen, die dort in ihren Spezifika knapp beschrieben werden: (1) Winkler et al. 2003, (2) Estermann/Kneubühler 2008, (3) Baas et al. 2017, (4) Oswald et al. 2014, (5) Weidekamp-Maicher 2018, (6) Becker 2015, (7) Döbler 2020. Für einen komprimierten Meta-Überblick über den Forschungsstand zur Lebensqualität im hohen Alter siehe bspw. Oppikof/Mayorova 2016. Für eine Verortung des Themas unter den veränderten Rahmenbedingungen durch die weltweite Ausbreitung des Sars-Cov-2-Virus bietet die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft eine Leitlinie zur sozialen Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2020).

wie sie bspw. aus der Versorgung von sterbenden Menschen in der stationären Langzeitpflege bekannt sind (vgl. Schneider 2018, S. 36-44 sowie Weihrauch 2014, S. 45). Denn dies würde die Erstellung eines Pflegeheimrankings notwendig machen, das für sich in Anspruch nimmt, die fünf oder zehn besten Pflegeheime in Deutschland nach klaren, einheitlichen Vergleichsdimensionen hinsichtlich des ausgewiesenen Stellenwerts von Selbstbestimmung und Würde und deren praktische Umsetzung zu identifizieren. Dies ist aufgrund der Bedeutungsoffenheit, Vielschichtigkeit und letztlich ‚Nicht-Operationalisierbarkeit‘ der zugrundeliegenden Begriffe/Konzepte aus wissenschaftlicher Sicht derzeit jedoch kaum möglich. Möglich und für die Fragestellungen des Projekts höchst aufschlussreich ist es allerdings, *in einem ersten Schritt* induktiv die Kriterien zu extrahieren, die im Feld der geriatrischen stationären Langzeitpflege dazu herangezogen werden, eine Einrichtung als ‚gutes Beispiel‘/‚Good Practice‘ zu kennzeichnen und öffentlich sichtbar zu machen. *In einem zweiten Schritt* lässt sich eine ethisch-normative Explikation anschließen, die erörtert, welches Berufsethos es auf Seiten des Personals in Pflegeeinrichtungen braucht, um eine Kultur des Miteinanders zu leben, in der Interaktionen darauf ausgerichtet sind, Selbstbestimmung und Würde zur Entfaltung zu bringen. Herauszustellen ist dabei vor allem aber auch, welche organisationsethischen Leitlinien hier die institutionelle Seite flankieren.

Mit einer solchen Justierung weicht SeLeP nun zwar von dem ‚klassischen‘ Einsatz von Best-Practice-Modellen ab,²⁷ adaptiert dadurch jedoch das aus der Betriebswirtschaftslehre/Ökonomie stammende Prinzip für seine Zwecke und macht es für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Soziologie und Ethik im Kontext der projekteigenen Fragestellungen wie folgt fruchtbar (vgl. Abbildung 2):

²⁷ Seinen betriebswirtschaftlichen Ursprüngen nach bezeichnet das Best-Practice-Modell ein „Erfolgsmodell für die Verbreitung und den Transfer von Handlungswissen“ (Nagler 2005, S. 34). Im ökonomischen Kontext ist es Bestandteil des sog. ‚Benchmarking‘, einem betrieblichen Verbesserungsprozess. Dieser zielt darauf ab, die eigenen Produkte, Dienstleistungen, Prozesse und Methoden mit denen der jeweils besten Konkurrenz-Unternehmen zu vergleichen, um über die hieraus gezogenen Schlüsse die eigene Marktposition zu stabilisieren respektive zu optimieren (vgl. Syska 2006, S. 29).

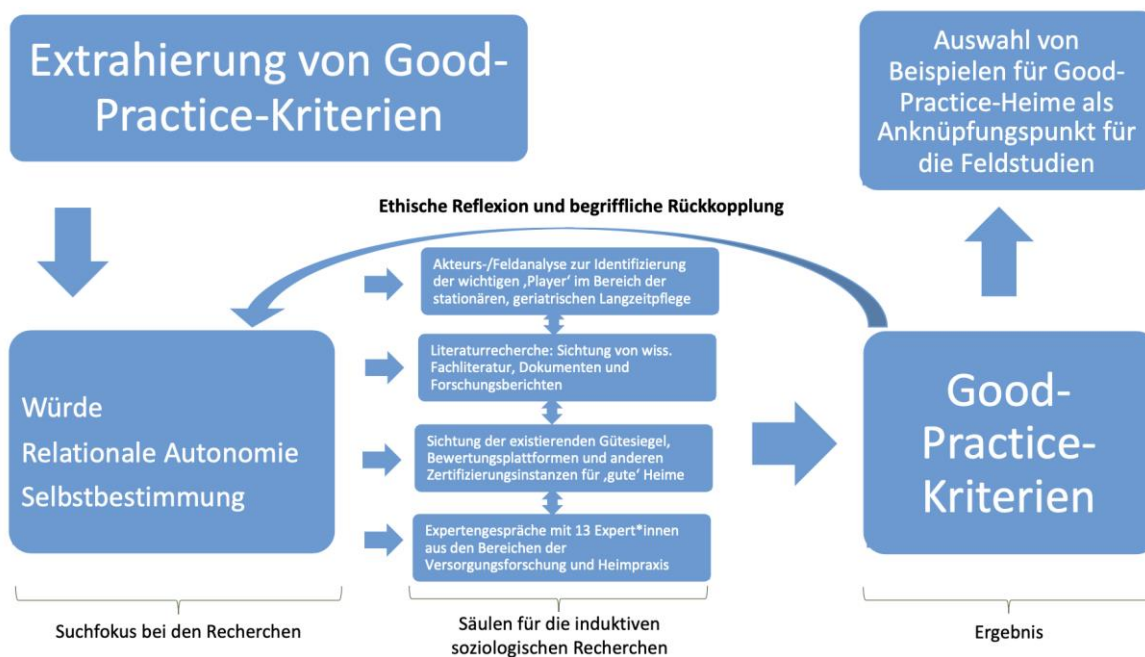


Abbildung 2: Vorgehen bei der Extrahierung von Good-Practice-Kriterien (eigene Darstellung)

5.2 Übersicht zu feldimmanenten zentralen Merkmalen für Good-Practice-Heime

Ausgangspunkt für die Extrahierung von Good-Practice-Kriterien bildet einerseits eine Feldanalyse zur Identifizierung wichtiger Akteur*innen im Bereich der stationären, geriatrischen Langzeitpflege. Hiervon ausgehend wurden thematisch passende Partner*innen für die in SeLeP durchgeführten 14 sensibilisierenden Expert*inneninterviews gewonnen (siehe hierzu auch die Übersicht im Anhang). Ihre Einschätzung auf Basis des jeweils vorhandenen Erfahrungswissens aus den Bereichen Pflegeheimversorgung, Verbandsarbeit, der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege sowie der Pflegewissenschaft, war maßgeblich für die Sortierung der Inhalte rund um Good-Practice. Dreh- und Angelpunkt bildet daneben die Aufarbeitung des Diskussions- und Forschungsstands, der in Kapitel 5.2 nun in Richtung konkreter Good-Practice-Kennzeichen für Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim vertieft wird.

Als entscheidender Hinweis ist ihm zunächst zu entnehmen, dass der Einzug ins Pflegeheim für die Betroffenen einen schwerwiegenden „rite de passage“ (Arnold van Gennep 1909) darstellt, der „nicht nur eine bloße Veränderung des Wohnens [markiert], sondern [...] einen grundlegenden Wechsel der gesamten Lebenssituation [...], der sowohl soziale, psychische als auch gesundheitliche Folgen nach sich [ziehen kann]“ (Brandenburg 1994, S. 77; s. auch Mischke et al. 2015). Entsprechend wird ein Umzug ins Pflegeheim selten aus ganz freien Stücken gewählt, sondern von den meisten Menschen in Deutschland so lange wie möglich hinausgezögert (vgl. konkret Kittelberger 2014, S. 10; zur Fundierung PwC 2017). Für die Bewohner*innen markiert der Einzug symbolisch in vielen Fällen den Beginn des „Lebens nach dem Leben“ i.S. eines Appendix, „das nach dem eigentlichen Leben passiert. Es ist nicht das Leben, sondern Leben im Heim“ (Löffler 2014, S. 85). In der Regel geht dem Wechsel ins Pflegeheim daher eine plötzlich einsetzende schwere oder sich kontinuierlich verschlimmernde Pflegebedürftigkeit voraus. Demzufolge zählen, wie auch schon in Kapitel 4

herausgestellt, inzwischen viele multimorbide Menschen mit hohen Pflegegraden und komplexen Pflegebedarfen zur Pflegeheimbewohnerschaft, von denen eine große Zahl zudem demenziell bedingte Einschränkungen aufweist (vgl. Tsiasioti et al. 2020). Gleichzeitig ist zu erkennen, dass gegenwärtig kurze Verweildauern im Pflegeheimkontext typischer werden (vgl. Schneider et al. 2018).

Aus diesen Gegebenheiten resultieren neue strukturelle Anforderungen an Einrichtungen der stationären geriatrischen Langzeitpflege, die die Schlüsselfrage aufwerfen, welche institutionell-organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen bzw. zu stärken sind, damit ein selbstbestimmtes/würdevolles, als solches im Verfassungsrang stehendes Leben, für alle Bewohner*innen von Pflegeheimen sichergestellt werden kann. Zwar findet sich hierauf nicht ‚die eine richtige‘ Antwort (siehe die entsprechenden Erläuterungen in Kapitel 5.1), aber auf Basis der in SeLeP durchgeführten induktiven Recherchen (vgl. Abbildung 2) sind fünf konkrete inhaltliche Schwerpunkte zu benennen, die hierbei derzeit eine zentrale Rolle spielen. Sie setzen im Feld der geriatrischen stationären Langzeitpflege relevante Maßstäbe für das Anzustrebende respektive Verwirklichbare.

5.2.1 Balancierende Gestaltung der Lebensverhältnisse und -bezüge in der Pflegeeinrichtung

Herausragende Bedeutung kommt der auf Praxisanstrengungen und Forschungsarbeiten gleichermaßen basierenden Programmatik zu, die innerhalb einer „Pseudo-Totale[n] Institution[...]" (Heinzelmann 2004, S. 233) prinzipiell eingeschränkten Möglichkeitsräume für ein gutes Leben auszudehnen bzw. grundsätzlich zu verbessern (vgl. Oswald et al. 2014, S. 14). Dazu entwarf das „Kuratorium Deutsche Altershilfe“ (KDA) die Vision eines Heims der 5. Generation (vgl. Abbildung 3):

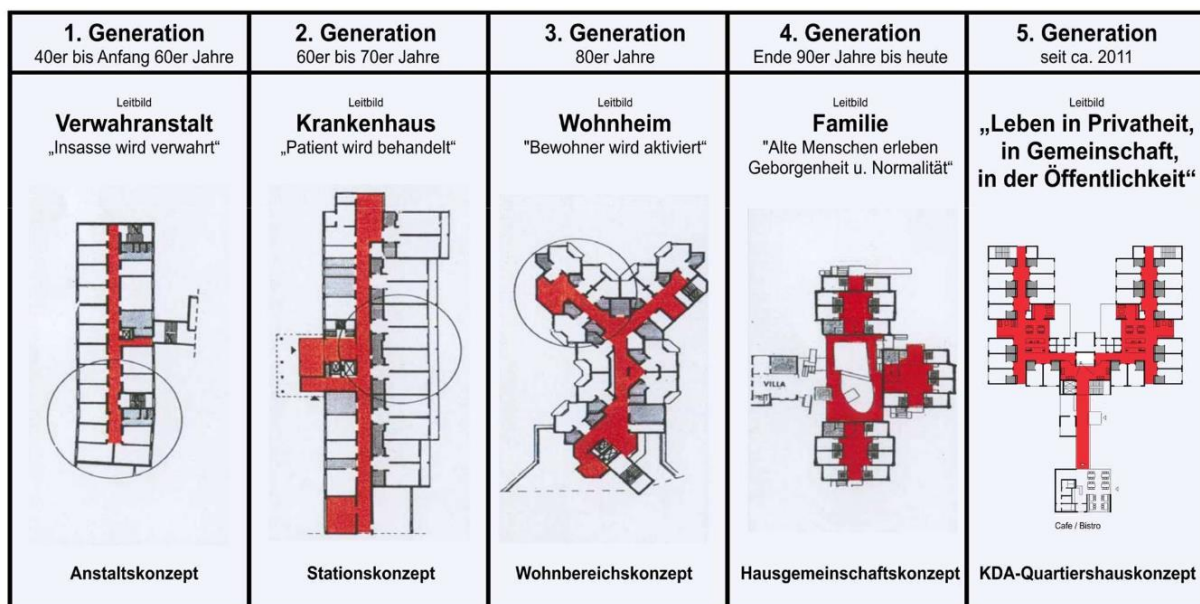


Abbildung 3: Fünf Phasen des Pflegeheimbaus im Überblick. (Michell-Auli/Sowinski 2013, S. 18)

Bei diesem sog. ‚Quartiershaus‘ ist die Schaffung eines möglichst normalen Lebens im stationären Kontext intendiert (vgl. Michell-Auli/Sowinski 2013, S. 26). Dabei geht es um deutlich mehr als nur eine bauliche Anpassung von Pflegeheimen, etwa durch eine Umstellung auf

ausschließlich Einzelzimmer (s. hierzu auch Lang et al. 2008). Und sogar um mehr als eine Auflösung der über lange Zeit hinweg dominanten Organisationsstruktur von großen, anonymen Pflegestationen zugunsten kleinerer, überschaubarer Wohngruppen mit einem Bezugspflegesystem²⁸ (vgl. Theobald et al. 2013, S. 32). Denn angestoßen wird mit dem ‚Quartiershaus‘ darüber hinaus ein sozialraumorientierter Versorgungsansatz, der auf eine Öffnung der Einrichtungen „für und in den Sozialraum“ (Bleck et al. 2018, S. 5) abstellt.

*Der erste Aspekt der Öffnung für den Sozialraum zielt auf „eine erweiterte Nutzung von Angeboten und Räumen einer Pflegeeinrichtung durch Bürger*innen oder Netzwerke – z.B. Vereine oder Gremien – aus dem Sozialraum. Dadurch werden nicht nur Ressourcen der stationären Altenhilfe für den Sozialraum wirksam, sondern auch Möglichkeiten der Begegnung und Kommunikation geschaffen, die der Exklusion der Einrichtungen und ihrer Bewohner*innen gegenüber dem Wohnumfeld entgegenwirken können“ (ebd., S. 5; siehe auch Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2010).*

Beispiele hierfür, für die sich auch vielfältige Belege in den sieben Feld-/Fallstudien von SeLeP finden, sind unter anderem ein offener Mittagstisch, der auch Speisen für Senior*innen aus der Umgebung vorhält, die Integration von sportlichen Übungsgeräten in die Grünanlage einer Einrichtung, deren Nutzung jedermann*jederfrau offensteht oder die Ausrichtung von kulturellen Veranstaltungen durch das Pflegeheim, die auch außerhalb beworben werden, um ein gemischtes Publikum aus Bewohnerschaft und Besucher*innen zu erreichen etc. Andererseits geht es um eine Öffnung in den Sozialraum, die in der Praxis aber bislang erst wenig etabliert ist. Sie „bezieht sich auf die Nutzung des Sozialraums durch die Bewohner*innen der Pflegeeinrichtungen, um ihre soziale Teilhabe vor Ort im Wohnumfeld zu fördern [...]. Hierfür bedarf es wiederum einer Vernetzung mit den Angeboten des Sozialraums“ (Bleck et al. 2018, S. 5). Wie in den Experteninterviews präzisiert wird, sind damit weniger die an vielen Orten bereits üblich gewordenen Besuche eines Kindergartens oder einer Grundschulklasse im Pflegeheim an Weihnachten oder Ostern angesprochen, sondern es geht hier vordergründig z.B. um die Gewinnung von Ehrenamtlichen oder die Anstellung von sozialen Betreuungskräften, die mit den Bewohner*innen in den Sozialraum gehen. Etwa indem sie mit ihnen Spaziergänge unternehmen oder sie für Besorgungen in der näheren Umgebung abholen. Wichtig sind hier aber auch Kooperationen z.B. mit örtlichen Vereinen/Kirchengemeinden etc., sodass Bewohner*innen dort an Spielenachmittagen o.ä. teilnehmen können. Ein ‚radikales‘ Vorbild in diese Richtung stellen aber auch diverse Modellprojekte im Rahmen der Entwicklung von sog. „demenzfreundlichen Kommunen“ dar (vgl. „Aktion Demenz“ der Robert-Bosch-Stiftung; für eine Übersicht über die Programmförderung Rothe et al. 2015). Zielstellung hierbei ist es auszuloten, wie Kommunen bzw. Quartiere/Sozialräume, verändert werden müssen, damit auch

²⁸ Die Bezugspflege bezeichnet eine Organisationsform von Pflege, in der eine bestimmte Pflegekraft für bestimmte Patient*innen bzw. Bewohner*innen „die pflegerische Verantwortung trägt und in ihrer Anwesenheit diese Patienten [bzw. Bewohner*innen] auch selbst pflegt“ (Schlettig 1997, S. 225). Entscheidend bei der Bezugspflege ist, dass eine bestimmte Pflegekraft von der Aufnahme ins Heim bis zum Versterben eines*r Bewohners*in für diese*n verantwortlich ist. Dabei weiß auch der*die Bewohner*in, welche*r Pflegenden für ihn*sie der*die verantwortliche Bezugspfleger*in ist und wer für ihn*sie zuständig ist, wenn der*die verantwortliche Bezugspfleger*in abwesend ist (vgl. ebd.). Kernstück der Bezugspflege ist damit eine besondere Verantwortungsbeziehung zwischen dem*r Pflegebedürftigen und den professionellen Mitarbeiter*innen, die als Gewähr für eine gute Pflege in menschlicher und professioneller Hinsicht dienen soll (vgl. hierzu auch Fn. 30).

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen möglichst selbstständig in den Alltag vor Ort einbezogen bleiben und „ein Leben in Selbstbestimmung und Würde führen [...] können“ (BMFSFJ/BMG 2021, S. 10).²⁹ Dies schließt die Konzeption von Alternativen zu einer Betrachtung von Demenz als rein biomedizinisches Problem, das am besten in ‚beschützenden‘ Unterbringungen behandelt wird, mit ein (vgl. Brünnett 2015, Rasehorn 1991, Göschel/Lucke 1990).

Hinter solchen Initiativen steht ein Verständnis von Altenhilfe, das davon ausgeht, dass Menschen mit schwerer Pflegebedürftigkeit – obwohl sie in vielem auf die Hilfe und Unterstützung durch andere angewiesen sind – ein Anrecht auf selbstbestimmte Teilhabe an sämtlichen in unserer Gesellschaft für ausschlaggebend erachteten Facetten eines als sinnhaft erfahrenen Lebens haben (vgl. Remmers 2020). Dieses Recht gilt grundsätzlich völlig unabhängig davon, ob die pflegebedürftigen Menschen noch im eigenen Zuhause oder im Pflegeheim leben. Aber es sind die Pflegeheime als „Pseudo-Totale Institutionen“ (Heinzelmann 2004, S. 233), an die sich vordringlich Handlungsempfehlungen zur Förderung und Sicherung einer sozialen Teilhabe im Rahmen eines guten Lebens im Alter richten. Entsprechend werden die Pflegeheime in Deutschland vom KDA dazu aufgefordert, ihren Bewohner*innen gleichberechtigt und ausgewogen sowohl Angebote für ein „Leben in Privatheit“, ein „Leben in Gemeinschaft“ als auch ein „Leben in der Öffentlichkeit“ (Michell-Auli/Sowinski 2013) zu offerieren. Aus diesen soll der*die einzelne Bewohner*in gemäß subjektiver Vorlieben und Vorstellungen respektive Möglichkeiten dann auswählen können. Alle drei Bereiche sind jedoch prinzipiell zentral mit Fragen nach der Realisierung von Selbstbestimmung und Würde verknüpft, wie die folgende Tabelle 2 in einer Zusammenschau der Ergebnisse der induktiven soziologischen Recherchen für den Bereich der gebotenen äußeren Lebensumstände im Pflegeheim (räumlich-materiell, organisationsstrukturell und -kulturell) zeigt:

Tabelle 2: Zusammenstellung von Good-Practice-Merkmalen in punkto Lebensverhältnisse im Pflegeheim

| „Leben in Privatheit“ | „Leben in Gemeinschaft“ | „Leben in der Öffentlichkeit“ |
|--|--|---|
| Ist durch das Pflegeheim ein <i>eigenverantwortlich zu gestaltender Handlungsraum/Rückzugsort</i> für die Bewohner*innen vorgesehen und gewährleistet? (z.B. durch das Mitbringen von eigenem Mobiliar, dem Aushändigen eines Zimmerschlüssels zur Kontrolle des Zugangs u.a.) | Gibt es <i>kollektive Freizeit-/Betreuungsangebote</i> zur Tages- und Wochenstrukturierung? Wird dabei auf sozialisationsbedingte <i>geschlechtertypische Unterschiede</i> eingegangen? (z.B. kein reines Mal- und Bastelangebot, sondern auch ‚männerspezifische‘ Angebote) | Werden die Bewohner*innen darin unterstützt, <i>Aktivitäten außerhalb der Einrichtung</i> wahrzunehmen? (z.B. um für sich noch andere soziale Rollen als die des*r Pflegeheimbewohners*in zu erleben) Wird der <i>Erhalt bestehender Sozialkontakte</i> durch das Pflegeheim gefördert? |
| Wird die <i>Intimsphäre</i> der Bewohner*innen geachtet? (z.B. durch ein allgemein | Finden <i>‚Rituale‘ rund um wichtige gesellschaftliche Feiern</i> gemeinsam im Haus | Findet eine <i>Öffnung</i> der Einrichtung <i>für den Sozialraum</i> statt? Werden Akteur*innen |

²⁹ Zur Illustration siehe bspw. den Dokumentarfilm „Papa Schulz und die Osterstrasse“ von Michael Kottermeier (2014); für die übergeordneten konzeptuellen Grundlagen siehe BMFSFJ (2016).

| | | |
|---|---|--|
| gültiges ‚Anklopfgebot‘ vor Betreten der Bewohner*innenzimmer, durch das Angebot des Mietens von größeren Räumlichkeiten für private Feiern u.a.) | statt? (z.B. Weihnachten, Sommerfest, Geburtstage) Werden schwerstpflegebedürftige Menschen in diese zumindest ‚passiv‘ miteinbezogen? | aus dem Quartier in die Einrichtung geholt, um einer ‚Besonderung‘ der ‚Heimwelt‘ entgegen zu wirken? |
| Findet durch das Pflegeheim ein enger <i>Einbezug der An-/Zugehörigen</i> statt? (z.B. durch uneingeschränkte Besuchsmöglichkeiten, Beteiligung an wichtigen Entscheidungen bis hin zu Alltäglichem u.a.) | Werden die Bewohner*innen auf Wunsch <i>aktiv in den Alltag in der Einrichtung eingebunden</i> und nicht nur über soziale Betreuungskräfte ‚beschäftigt‘? (z.B. durch Unterstützung beim Tisch decken, Essen vorbereiten, Wäsche falten u.a.) | Ist das Pflegeheim in <i>formelle oder informelle Netzwerke</i> eingebunden, die das Angebot der Einrichtung über die eigenen Ressourcen hinaus erweitern? |

5.2.2 Leitbild der Bewohner*innen-Zentrierung

Im Fokus der eben skizzierten und innerhalb der wissenschaftlichen Diskussion als innovativ propagierten (Neu-)Ausrichtung der Lebensverhältnisse im Pflegeheim steht konsequent das einzelne Individuum, der*die einzigartige Pflegebedürftige in seiner Ganzheitlichkeit, mit seinen jeweiligen individuellen Bedarfen und Bedürfnissen. „Ganzheitlich zu helfen bedeutet, die Lebenssituation des alten Menschen anzuerkennen und alle körperlichen, seelischen und geistigen Hilfen anzubieten, die gewünscht und möglich sind“ (Wallraffen-Dreisow 1999, S. 77).³⁰ Oder anders, mit deutlicherer Betonung auf das soziale, relationale Element formuliert:

„Über Menschenwürde im vierten Lebensalter aus der Sicht der Pflege zu sprechen, bedeutet, Menschen im hohen Alter mit Achtung vor ihrer Einzigartigkeit im Kontinuum ihrer Lebensgeschichte zu begegnen und ihnen die notwendige Unterstützung und Versorgung anzubieten, die ihnen gebührt, damit sie ihren Alltag weiterhin als lebenswert, spannend und als existenzielle Chance erfahren können“ (Schiefer 2013, S. 77).

Ausgehend von der unverwechselbaren Biografie jedes Einzelnen ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, eine ausschließliche Defizitbetrachtung von hohem Alter, schwerer Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu verabschieden. Stattdessen ist das Gegenüber als fähig zu erachten, dass er*sie „auch im hohen Alter die Möglichkeit finden kann, sich selber zu entwickeln [...] [und] das eigene Leben mit den gegebenen Einschränkungen [...] zu gestalten“ (ebd., S. 79,

³⁰ Das Modell der ganzheitlichen Pflege gilt in der Pflegewissenschaft als Gegenmodell zur funktionalen Pflege, die auf einer tayloristischen Arbeitsteilung beruht. „Diese Arbeitsteilung orientiert sich einseitig an der Vorstellung, daß eine technikbestimmte Spezialisierung der Pflege ein Höchstmaß an Qualität erbringt, und sie folgt dem Gedanken, nicht jeder kann und soll alles tun“ (Büssing 1997, S. 20). Dem steht die Idee entgegen, dass das Ganze mehr als die Summe seiner Teile ist, was übertragen auf die Pflege bedeutet, dass der*die einzelne Pflegebedürftige „mehr als die Summe an Pflegeproblemen und Pflegeressourcen [ist], die Pflegekraft bei ganzheitlicher Betrachtung mehr als die Summe ihrer Einzelarbeitsleistungen und die ganzheitliche Pflege dementsprechend mehr als die Summe einzelner Arbeitsgänge“ (ebd., S. 21). Mit einem solchen Ansatz wird nun zwar nicht die völlige Aufgabe von Arbeitsteilung in der Pflege verfolgt, aber er betont die maßgebliche Berücksichtigung der LebensBiografie und der sozialen Bezüge von Pflegebedürftigen, wie sie auch mit dem Leitbild der Bewohner*innen-Zentrierung einhergeht. Darüber hinaus rückt ein ganzheitlicher Pflegeansatz auch die Pflegekräfte ins Blickfeld, auf deren Gesundheit, Wohlergehen und Arbeitszufriedenheit gleichermaßen zu achten ist (s. Gliederungspunkt 5.2.5).

ebenso Remmers 2020, S. 104-112). Gemäß einem Verständnis von „Autonomie in Bezogenheit“ (siehe Kapitel 4), sind Good-Practice-Heime daher dazu aufgerufen, die ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Personen bei der Gestaltung ihres Lebens bestmöglich zu unterstützen – und zwar im Rahmen von differenzierten und spezialisierten Versorgungsformen und sozialen Betreuungsformaten.³¹ Durch sie werden die Pflegeheime dazu in die Lage versetzt, mit unterschiedlichen Anforderungen umzugehen. Hierzu zählen bspw.:

- unterschiedliche Krankheitsbilder (neben Demenz z.B. auch Suchterkrankungen);
- die jeweilige Geschlechtszugehörigkeit, die z.B. bei Schamgefühlen im Zusammenhang mit der Intimpflege eine Rolle spielen kann (siehe Kapitel 4);
- unterschiedliche sexuelle Orientierungen (vgl. z.B. das Gütesiegel „Lebensort Vielfalt“ der Schwulenberatung Berlin e.V.);
- heterogene kulturelle Hintergründe, die sich bspw. in anderen Essgewohnheiten oder religiös strukturierten Tagesabläufen niederschlagen (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993).

Dabei existieren im Feld jedoch unterschiedliche Argumente und Organisationsansätze dahingehend, ob es grundsätzlich wünschenswert(er) ist, den Gedanken der Inklusion auch im Pflegeheim konsequent umzusetzen oder ob es (teil-)segregierten Wohn- und Betreuungskonzepten besser gelingt, die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen in unterschiedlichen Krankheits- respektive Gesundheitslagen und/oder von Menschen mit divergierenden kulturellen Wertvorstellungen zu bedienen (vgl. etwa Hamm 2010, van der Kooij 2008, S. 73, Brandenburg 1994, S. 77).

Doch unabhängig vom jeweiligen Grad der Homogenisierung bzw. Differenzierung der Bewohnerschaft, besteht Einigkeit dahingehend, dass sich unter dem Leitbild der Bewohner*innen-Zentrierung v.a. das Pflegeheim als Organisation auf die einzelnen Bewohner*innen einzustellen hat und nicht umgekehrt v.a. der*die Bewohner*in auf die Organisationslogiken des Pflegeheims. Dabei rückt insbesondere die Phase des Pflegeheimeinzugs in den Fokus: „Gerade in den ersten Tagen und Wochen ist eine gezielte Zuwendung erforderlich, um Ängste abzubauen und das Einleben in die ungewohnte Umgebung zu erleichtern“ (Brandenburg 1994, S. 70). Entscheidend ist, dass den zugezogenen Bewohner*innen von Anfang an eine Perspektive für das Leben im Pflegeheim vermittelt wird, die ihren eigenen Vorstellungen weitgehend entspricht. Dazu zählen vielfältige Anregungen durch eine professionelle aktive und rehabilitative Pflege mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Kruse et al. 2019) ebenso wie ein abwechslungsreicher Tagesablauf, der im eigenen häuslichen Umfeld so zuvor u.U. nicht gewährleistet war. Gleichmaßen ist aber auch der Wunsch von Bewohner*innen auf einen Rückzug in ein „Leben in Privatheit“ (Michell-Auli/Sowinski 2013) zu respektieren, was jedoch nicht gleichbedeutend mit einer Vereinsamung dieser Person sein sollte. Denn

³¹ Zur Schaffung von differenzierten und spezialisierten Versorgungsformen und Betreuungsformaten ist es i.d.R. notwendig, dass ein Heim mit externen Fachkräften (z.B. Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten, SAPV-Teams, ambulanten Hospizdiensten u.a.) kooperiert. Hierzu fordert der wissenschaftliche Diskurs seit den 1990er Jahren eine umfängliche „Vernetzung der Altenhilfedienste, die zu einer ganzheitlichen Hilfeerbringung führen soll“ (Baumgartl 1997, S. 210). Siehe zum Ansatz der ganzheitlichen Hilfeerbringung auch Fn. 30.

jenseits von kollektiven Betreuungsangeboten, die möglichst viele Bewohner*innen gleichzeitig ansprechen, sind unter einem bewohnerzentrierten, biografieorientierten Arbeitsansatz auch spezifische individuelle Bedarfslagen zu berücksichtigen und entsprechend zu adressieren, die im Rahmen einer kontinuierlichen Beziehungsarbeit zwischen Pflegeheimpersonal und Bewohner*in erkannt werden (vgl. hierzu Brandenburg 1994, S. 72). Folgendes Praxisbeispiel aus unseren Recherchen illustriert, was damit gemeint ist: In einer (Werbe-)Broschüre wird ein Bewohner porträtiert, der wenig Interesse hat, sich an den kollektiven Betreuungsangeboten zu beteiligen, von dem die Mitarbeiter*innen aber wissen, dass er seit jeher begeisterter Hobby-Gärtner und Kegler war. Im Pflegeheim, in dem er nun lebt, werden diese lebenslangen Freizeitbeschäftigungen wieder aufgegriffen und er erhält die Möglichkeit, Tomaten und Kräuter auf dem Balkon anzupflanzen sowie auf der Konsole Nintendo-Wii virtuell zu kegeln.

5.2.3 Entscheidungs- und Handlungsmächtigkeit mit und trotz schwerer Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Aus einem so gefassten Leitbild der Bewohner*innenzentrierung leitet sich direkt „das Recht auf Selbstständigkeit, Eigenständigkeit und Mitbestimmung in allen Belangen“ (Wallraffen-Dreisow 1999, S. 77) ab. Das heißt „auch in der pflegerischen Praxis sollte dem Recht, selbst über das eigene Leben zu entscheiden, höchste Priorität eingeräumt werden“ (Michell-Auli/Sowinski 2013, S. 23). Dies gilt, so erfahren wir es auch aus den Expert*inneninterviews, nicht nur für existenzielle Entscheidungen am Lebensende, sondern betrifft im Rahmen der Fürsorgeinstitution des Pflegeheims auch alltägliche Belange. Zu denken ist etwa an die Mitsprache bei der Kleidungsauswahl oder Begebenheiten rund um die Mahlzeiten (wann, was, wo, mit wem). Es sind just diese „kleinen Ethiken des Alltags“ (Schmidl 2009), die einen würdevollen Umgang mit pflegebedürftigen Personen anzeigen, der auch bei Menschen mit Demenz Anwendung finden kann (vgl. Kitwood 2019, Kojer/Schmidl 2016).

Denn „gerade wenn Menschen die großen Projekte der Selbstbestimmung nicht mehr realisieren können (Gesundheitsentscheidungen, politische Wahl, berufliche Projekte etc.), wird es umso wichtiger, dass kleine alltägliche Selbstbestimmung möglich bleibt (Kleidung, Essen, soziale Kontakte...)“ (FGPG 2020, S. 3).

Eine solche Eröffnung von Entscheidungs- und Handlungsmächtigkeiten bei Alltäglichem zielt auch direkt auf das Normalisierungsgebot ab, wie es zentral mit dem ‚Quartiershaus‘ als 5. Pflegeheimgeneration in Verbindung steht:

„Normalisierung bedeutet Selbstbestimmung, Autonomie und das Gefühl, eine Person sein zu können. Dieses Prinzip fördert die Stärkung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten und eröffnet Wahlmöglichkeiten und die Mitsprache in Entscheidungsprozessen. Normalisierung bedeutet die Abkehr von der Betrachtung der KlientInnen als [reines] Objekt der Fürsorge“ (Michell-Auli/Sowinski 2013, S. 26).

Das schließt beide Dimensionen von relationaler Autonomie ein, wie sie dem Projekt SeLeP zugrunde liegt (siehe Kapitel 6). Die Eröffnung von Entscheidungs- und Handlungsmächtigkeit im Pflegeheim zeichnet sich also mithin aus in der zur Verfügung-Stellung von Wahlmöglichkeiten einerseits (Entscheidungsautonomie) und der den Bewohner*innen ebenfalls

zuerkannten – selbstständigen oder assistieren – handlungspraktischen Umsetzung im Rahmen einer substituierenden Pflege³² andererseits (Handlungsautonomie).

5.2.4 Lebensbegleitung bis zum Tod – Hospizkultur und Palliativkompetenz

Eine solche doppelt verstandene Mitbestimmung und Beteiligung schreibt sich als selbstbestimmungs- und würdeförderndes Good-Practice-Kriterium grundsätzlich fort bis zu den „großen Ethiken am Lebensende“, verschränkt sich dort aber mit dem Konzept von Palliative Care. Laut WHO ist Palliative Care

„an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual” (2002).

Das bedeutet: Palliative Care lindert Schmerzen und andere belastende Symptome in einem umfassenden Sinne (‘total pain’) unter Einbezug unterschiedlicher (multiprofessioneller) Akteur*innen (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen, ehrenamtlicher Hospizarbeiter*innen...) – und zwar flexibel je nach Situation, Vorstellungen, Wünschen und Werten des Sterbenden und seinen An-/Zugehörigen, die gemeinsam als ‚unit of care‘ im Zentrum des ganzheitlichen Ansatzes stehen (vgl. DHPV 2002). In der Palliative Care, deren Handlungsziel in der Ermöglichung eines würdevollen Sterbens besteht (vgl. DGP/DHPV 2015), spielt Selbstbestimmung also eine große Rolle und findet dort nochmals eine andere Akzentuierung als beim ausschließlichen Einsatz von z.B. Patientenverfügungen oder dem Advance Care Planning. Bei Letzterem steht die im Feld der stationären Langzeitpflege fraglos als wichtig erachtete Stärkung von Autonomie i.S. der rechtlich tragfähigen Ausübung des Grundrechts auf Selbstbestimmung hinsichtlich der Fortsetzung oder des Abbruchs medizinischer Behandlungen im Zentrum (vgl. Twenhöfel 2011, S. 8). Palliative Care zielt hingegen als Kombination aus Hospizkultur und Palliativkompetenz darauf ab, Schwerstkranke und Sterbende auf ihrem Weg umfänglich so zu versorgen und zu begleiten, dass sie bis zum Ende gut leben und auch gut sterben können (vgl. Heller et al. 2012; zur soziologischen Einordnung Schneider/Stadelbacher 2020).

Insofern sind Pflegeheime, in denen schon immer auch gestorben wurde (vgl. Soom Ammann et al. 2019, S. 259), unter Good-Practice-Gesichtspunkten heute dazu aufgerufen, die hospizlich-palliative Pflege als mindestens gleichberechtigt neben aktivierenden/präventiven und rehabilitativen Pflegestilen zu etablieren (vgl. hierzu u.a. Geiter 2019, Schneider et al. 2018, Dachverband Hospiz Österreich 2016, Heller et al. 2007, Pleschberger 2005). Mindestens

³² Die sog. substituierende Pflege steht in engem Konnex zum Modell der ganzheitlichen Pflege. „Gemäß der Bedürftigkeit des Patienten übernehmen [hier] Pflegendе jene Tätigkeiten, die dieser aufgrund körperlicher oder seelischer Einschränkungen nicht selbst erledigen kann. Diese Tätigkeiten reichen von der Hilfestellung bei Körperpflege und Ernährung, Maßnahmen zur Wiedererlangung von Selbstpflegefähigkeiten bis zur Vermittlung von externen Hilfen“ (Heine 1997, S. 291f). Die Hilfestellungen überschreiten jedoch nicht die Grenze dessen, was der*die Pflegebedürftige noch selbst(ständig) erledigen kann – selbst dann nicht, wenn dies eine Zeitersparnis bei der Erledigung der jeweiligen Tätigkeit zur Folge haben würde. Denn die bei den Bewohner*innen vorhandenen Fähigkeiten sollen so häufig wie möglich genutzt werden, um einem Verlernen oder ‚Verkümmern‘ vorzubeugen (vgl. Huber et al. 2005, S. 82).

deshalb, weil aktuell erkennbar wird, dass sich das Verständnis von Palliative Care für hochbetagte, multimorbide und schwer pflegebedürftige Menschen sukzessive erweitert:

„Längst geht es nicht mehr um eine ‚Engführung‘ in Bezug auf Sterbebegleitung – Palliative Care beginnt dann, wenn unheilbare Krankheit durch quälende Schmerzen und andere Beschwerden für die Betroffenen zur schweren Belastung wird“ (Heimerl 2016, S. 226).

Da dies mittlerweile für fast alle Bewohner*innen von Pflegeheimen zutrifft, erhebt sich im Feld der geriatrischen Langzeitpflege zunehmend die Forderung nach einer allgemeinen palliativen (Organisations-)Kultur (vgl. z.B. Heller et al. 2003). Sie wird aktuell maßgeblich mit der sog. Palliativen Geriatrie auf den Weg gebracht (vgl. die Ziele der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie sowie Kojer/Schmidl 2016 und Fuchs et al. 2012).

5.2.5 Sorge für die Sorgenden

Die bis dato beschriebenen Good-Practice-Elemente stellen sehr hohe Anforderungen an das involvierte Pflege- und Betreuungspersonal, das bei einem Good-Practice-Heim ergo explizit ebenfalls im Fokus der organisationalen Fürsorge zu stehen hat (vgl. hierzu Büssing 1997) Denn: „Die eigene Autonomie wie auch die anderer Menschen kann nur derjenige erfolgreich fördern, der auch für die eigene Leistungsfähigkeit dauerhaft Sorge trägt“ (Huber et al. 2005, S. 84f).

Dabei ist allgemein bekannt, dass Pflegearbeit unter Rahmenbedingungen verrichtet wird,³³ die dazu führen, dass der an sich ohnehin schon komplexe und vielschichtige Beruf in der stationären Altenhilfe mit sehr hohen physischen und psychischen Belastungen einhergeht (vgl. aus der Vielzahl der existierenden Beiträge z.B. Drupp/Meyer 2020). Daher reicht es nicht aus, Pflege- und Betreuungskräfte auf ihre ‚Selbstsorge‘ zu verpflichten, wie es in dem obigen Zitat anklingt, sondern (gute) Pflegeheime sind als Arbeitgeber gefordert, für eine möglichst hohe Mitarbeiter*innenzufriedenheit einzutreten.

In dem Zusammenhang stellen faire Löhne nur einen Teilaspekt dar (vgl. zur Aufgabenverteilung von gesellschaftlich stark weiblich geprägter Care-Arbeit und ihrer Bewertung/Anerkennung in Form der Entgelthöhe Reiting 2010). Darüber hinaus geht es u.a. um die institutionelle Gewährleistung von Sicherheit und Hilfe bei Problemlagen, z.B. durch das zur Verfügung-Stellen von Reflexionsräumen zur Bearbeitung von belastenden Emotionen, die im Zusammenhang mit der Pflegearbeit stehen (können). Hierfür bieten sich aus Sicht der befragten Expert*innen etwa ethische Fallbesprechungen/Ethikberatungen oder auch Supervisionsgruppen an, aber als Reflexionsraum eignet sich begleitend ebenso eine gemeinsame Kaffeepause mit Kolleg*innen, die im Rahmen eines informellen Austausches das Durchleben einer schwierigen Situation (währenddessen oder im Nachhinein) erleichtern kann. In die institutionelle Verantwortung der Organisation Pflegeheim fällt zudem das Offerieren von familiengerechten Arbeitszeiten sowie Möglichkeiten der Kinderbetreuung außerhalb der Normalarbeitszeiten (vgl. Giesbers 2016, S. 146). Zu denken ist unter dem Stichwort der interkulturellen Altenhilfe ebenso an ein kulturspezifisches Essensangebot oder die Einrichtung eines Gebetsraums für Mitarbeiter*innen mit Migrationshintergrund. Die Sorge um die Sorgenden drückt sich nach

³³ Kurzgefasst: (Zu) wenig Zeit, (zu) wenig Geld, (zu) wenig (qualifiziertes) Personal.

Auskunft der Expert*innen aber auch in Angeboten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung aus, die dem (körperlichen und geistigen) Ausgleich des Personals dienen und gleichzeitig das Teambuilding unter den Mitarbeiter*innen stärken können.

Alle diese Punkte zusammengenommen zeigen in der Regel eine gute Arbeitsatmosphäre an, die sich nach Informationen aus den Expert*inneninterviews am verlässlichsten an einer niedrige(re)n Fluktuationsrate bei den Mitarbeiter*innen sowie Wartelisten für Auszubildende ablesen lässt – Aspekte, die letzten Endes auch wieder den Bewohner*innen für ein würdevolles, selbstbestimmtes Leben (und Sterben) im Pflegeheim zugute kommen.

5.2.6 Zwischenfazit

Zieht man an dieser Stelle nun kurz Bilanz, so ist festzuhalten, dass das zentrale Charakteristikum für Good-Practice-Kriterien darin besteht, die historisch gewachsenen und etablierten, mittlerweile aber vielfach kritisierten Organisationsstrukturen in Pflegeheimen zu verändern. Dabei sollen vordringlich sog. „negative Institutionalisierungseffekte“ (Brandenburg 1994, S. 78f), wie Goffman sie für Insassen „totaler Institutionen“ beschreibt (vgl. 1981), mit Blick auf die Bewohner*innen weitgehend vermieden werden. Hierfür existieren gegenwärtig im Wesentlichen die fünf dargestellten Ansatzpunkte. Sie stellen auf Basis der mehrstufig gegliederten soziologischen Recherchen (vgl. Abbildung 2) die im Feld der geriatrischen stationären Langzeitpflege als vorrangig auszumachenden Bausteine für Good Practice dar. Dabei sind die fünf analytisch voneinander zu unterscheidenden konzeptionellen Elemente in der Praxis allerdings nicht strikt unabhängig voneinander zu finden, sondern verschränken bzw. überlappen sich in dem Bemühen, gute Pflege-, Versorgungs- und Lebensqualität für die als ‚höchst-individuelle‘ Subjekte betrachteten Bewohner*innen jeweils individuell in Einklang zu bringen. Ziel ist das maximal mögliche körperliche und seelische Wohlbefinden für jede*n Einzelne*n.³⁴

So betrachtet lässt sich daraus folgern, dass im untersuchten normativen Diskurs der Best- bzw. Good-Practice-Positionierungen und -Verortungen ein kollektiv geteiltes individualisiertes Deutungsmuster dominiert, das dafür verantwortlich ist, dass keine einheitlichen Maßstäbe benennbar werden, die eine allgemein anerkannte Rangordnung zwischen den fünf Dimensionen herstellen (was ist am wichtigsten, was ist weniger wichtig?). Stattdessen verweisen alle fünf Aspekte auf ihre Art auf Good Practice, wobei es an mehreren Stellen zu Schnittpunkten bzw. Analogien kommt. Doch es fehlt ein allgemein anerkannter Konsens, der die in sich selbst stark heterogene Organisationslandschaft der Pflegeheime in Deutschland (vgl. hierzu Reitinger et al. 2004, S. 20) institutionell einheitlich reguliert. Stattdessen variieren die Schwerpunktsetzungen, die ein konkretes Good-Practice-Heim in Abhängigkeit von seiner Spezialisierung oder Generalisierung im Einzelfall vornimmt.

³⁴ Die Doppelung von Versorgungs-, Pflege- und Lebensqualität bzw. körperlichem und seelischem Wohlbefinden wird auch in einschlägigen Ratgebern ersichtlich, die – allerdings ohne konkreten Zertifizierungsgedanken – auf Basis von unabhängigen, wissenschaftsgestützten Informationen Orientierung bieten wollen, wie pflegebedürftige Menschen und deren An-/Zugehörige gute Heime erkennen können. Hierzu zählt bspw. der kürzlich neu erschienene „Ratgeber Stationäre Pflege“ des Zentrums für Qualität in der Pflege (2021) oder die „Verbraucherfibel für Suchende“, die im Rahmen des Forschungsprojekts „Merkmalsprozess zu Pflegeeinrichtungen mit palliativgeriatrischer Kompetenz“ 2015/16 vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie entwickelt wurde (vgl. Müller et al. 2018).

Einheitlich identifizierbar ist alleine die Tatsache, dass aus Sicht der an diesem Diskurs beteiligten Akteur*innen im Feld der geriatrischen stationären Langzeitpflege die institutionell-organisatorischen Rahmenbedingungen so auszurichten sind, dass eine gute Versorgung und Betreuung nur durch qualifiziertes Fachpersonal mit ausreichend Zeit für Zuwendung im Rahmen von personell und räumlich gut ausgestatteten Pflegeheimen realisiert werden kann. Was gut jedoch konkret bedeutet, ist abhängig vom*von der einzelnen Bewohner*in. Ihm*Ihr sind dazu unterschiedliche Möglichkeiten zur Ausgestaltung von Selbstbestimmung und Würde verfügbar zu machen, aus denen er*sie individuell wählen kann, wobei die Einrichtungen hierfür unterschiedliche qualitätsrelevante Bereiche mit unterschiedlichen Ausprägungen in ihrem Portfolio haben. Diese laufen allesamt den normierten Versorgungslogiken einer „totalen Institution“ entgegen, indem sie versuchen, soziale Beziehungen (zu An-/Zugehörigen, Freund*innen, Nachbar*innen, Vereinskolleg*innen...), soziale Rollen (als Großmutter*vater, Schwester*Bruder, Tante*Onkel etc.) und Aktivitäten in einem hohen Maße auch im Pflegeheim weiterhin aufrechtzuerhalten.

Aus Sicht der Organisationen stellt sich angesichts dieser Entwicklungen *zum einen* jedoch die Frage nach dem Verhältnis von Standardisierung und Individualisierung: Bis zu welchem Grad lässt sich individualisieren, ab welchem Punkt muss standardisiert werden, um das Funktionieren des Pflegeheims noch gewährleisten zu können? *Zum anderen* ist mit Blick auf die veränderte Bewohnerklientel nicht zuletzt nach den Grenzen von Selbstbestimmung bzw. den Grenzen einer Vereinseitigung der gesellschaftlichen Wertedebatte um Selbstbestimmung zu fragen. Zwar leben wir in einer Gesellschaft, die der Autonomie einen hohen Stellenwert zuweist, doch das Idealbild einer „Pflege, die den Bewohner entsprechend informiert und berät, ihn selber entscheiden lässt, seine Wünsche und Wertvorstellungen respektiert und berücksichtigt“ (Huber et al. 2005, S. 74) ist nicht bei jedem*jeder Bewohner*in (in gleichem Maße) umsetzbar und es wird auch nicht von jedem Menschen in gleichem Maße gewünscht (vgl. für eine solche Diskussion Heimerl 2020, siehe aber auch die referierten Befunde in Kapitel 4). Daher wird ein gesamtgesellschaftliches Umdenken gefordert, in dem ein Leben in Abhängigkeit aufgrund von schwerer Krankheit und Pflegebedürftigkeit kein Stigma und Schreckensbild mehr ist (vgl. z.B. Klie 2014). Gerade dann nämlich bleiben „gegenseitiger Unterstützungsbedarf und angemessene Formen der Betreuung bis ans Lebensende – gerade auch für Menschen im hohen Alter – [...] zentrale Aufgaben im Zusammenleben“ (Reitinger 2010, S. 886). Es würden sich jedoch wegweisende Fragen „nach Solidaritäten zwischen den Generationen, den Geschlechtern, Personen unterschiedlicher Herkünfte und religiöser Zugehörigkeiten genauso wie Gesunden und Kranken [...] neu [stellen]“ (ebd.), die nicht ohne Auswirkungen auf die stationäre Altenpflege bleiben könnten (vgl. hierzu auch die Ergebnisse des Netzwerks SONG – Soziales neu gestalten).

5.3 Ethische Reflexion und begriffliche Rückkoppelung der Good-Practice-Kriterien

Ausgehend von den bisherigen Betrachtungen, die sich v.a. auf die Strukturkomponenten, also die Messbarmachung von Strukturqualität, in Pflegeheimen konzentrieren, soll die grundlegende Fragestellung zur Identifizierung von Good-Practice-Einrichtungen hier aus ethischer Sicht erörtert werden. Es wird danach gefragt, wie ein Pflegeheim aus ethischer Sicht von

organisationaler wie auch individueller Seite aufgestellt sein sollte, damit Selbstbestimmung und Würde gut umgesetzt werden können. In Ergänzung der bisher leitenden Begrifflichkeit der Strukturqualität, die auch in den Betrachtungen der sehr heterogenen Landschaft der Gütesiegel für das Setting Pflegeheim führend ist, ist der ethische Blick insbesondere auch auf die anderen beiden Formen der Qualitätsetablierung und -sicherung zu lenken: Ergebnis- und Prozessqualität.

Mit Albisser Schleger kann beispielsweise in der Schweiz generell für das Feld ‚Ethik im Pflegeheim‘ zwischen Ethikbeauftragten, möglichen Ethikcodices für Pflegeheime wie trägerübergreifende Vorgaben, Ethikforen (evtl. einrichtungsübergreifend) und Ethikdachverbänden auf übergeordneter Ebene unterschieden werden. Sie differenziert zwischen Ethikstruktur versus Ethikprozess. „Als Ethikstrukturen werden institutionalisierte organisatorische Strukturen verstanden, deren Instanzen auf der Mikroebene (Ethikbeauftragter) bzw. auf der Mesoebene (‚Ethikforum‘) liegen. Ein Ethikprozess entsteht, wenn diese Instanzen den Informationsaustausch bzw. den Dialog zwischen und innerhalb der Ethikstrukturen leisten.“ (Albisser Schleger 2019, S. 176) Diese Bezeichnungen sind teilweise nicht geschützt, sodass man auch Ethikbeirat, -komitee, -rat und -ausschuss finden kann.

Wie vielfältig und verschiedentlich Ethik im Pflegeheim verstanden und umgesetzt werden kann, macht Bollig deutlich. Er schreibt von Ethik als Gespräche und Diskussionen im Alltag, von Ethik-Reflexionsgruppen oder Gesprächsrunden, von Rollenspielen, Ethik-Cafés, Ethik-Zirkeln oder offenen Gesprächskreisen, von Ethikberater*innen und Ethik-Teams sowie Ethik-Komitees, die er in einem Stufenmodell zeitlich aufeinander folgen lässt (vgl. Bollig 2010). Solche Praktiken und deren Institutionalisierungen, die unter allen Mitarbeitenden ein gemeinsames Ethos etablieren, gilt es jedoch von einem normativen Rahmen, wie ihn bspw. Leitbilder vorgeben, abzugrenzen. Zu unterscheiden sind die Formulierung und öffentliche Platzierung eines Leitbildes von der Umsetzung desselben im alltäglichen Umgang miteinander.

Für Deutschland ist vor allem das Frankfurter Ethiknetzwerk prominent: Netzwerk Ethik in der Altenpflege (vgl. <http://www.ethiknetzwerk-altenpflege.de/>). Es ist ein ressourcen-technisch gut aufgestelltes Netzwerk, das es sich zur Aufgabe gemacht hat, Ethikkomitees und Ethikberatungen in Frankfurter Altenpflegeeinrichtungen zu etablieren. Seit August 2020 ist aus dem Netzwerk ein Verein mit dem Namen „Frankfurter Ethiknetzwerk e.V. Ethik in stationären Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen“ geworden. Das Netzwerk ist 2006 aus empirischen Untersuchungen hervorgegangen, die festgestellt haben, dass es einen deutlichen Bedarf an Unterstützung in ethischen Fragestellungen und Problemfeldern in Einrichtungen der Altenpflege gibt (vgl. Sauer 2010, S. 458). Außerdem muss eine Ethikberatung im Kontext des Pflegeheims anders konzipiert sein als in einer klinischen Einrichtung, wo es v.a. um medizinisch-technische Entscheidungen geht (vgl. ebd., S. 461), denn das Pflegeheim ist ein Ort, an dem Probleme häufiger in der direkten Beziehung zwischen Bewohner*innen und Pflegekräften auftreten.

Im Netzwerk werden Leitlinien verfasst, Schulungen und Fortbildungen angeboten und durchgeführt sowie Beratungen für einzelne Fälle angeboten. Das Netzwerk wird darüber hinaus auch wissenschaftlich betreut und ist an das Dr. Senckenbergische Institut für Geschichte und

Ethik der Medizin (Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität) angebunden.

Ein Komitee setzt sich aus einem multiprofessionellen Team zusammen, das monatlich auf der Grundlage einer Satzung und Geschäftsordnung tagt. Mitglieder sind An-/Zugehörige der Pflege, der Medizin, der Sozialdienste, der Seelsorge, der Rechtsprechung und der Ethik (http://www.ethiknetzwerk-altenpflege.de/eka_02.php). Zusätzlich gibt es für Mitarbeiter*innen einen Gesprächskreis, der einen informellen Austausch und retrospektive Fallbesprechungen ermöglicht. Aktuell gibt es zwei Komitees, die aktiv sind. Eines ist an eine einzelne Einrichtung gebunden, das andere bildet sich aus Vertreter*innen unterschiedlicher Einrichtung und Institutionen aus Frankfurt und beschäftigt sich grundsätzlich mit Anfragen aller Einrichtungen.

Dabei stellt sich an dieser Stelle die Frage nach der grundlegenden Funktion von Ethik. Soll sie eher als Brandlöscher fungieren, um ethisch hochproblematische Situationen zu lösen, oder eine präventive Funktion haben, als ethische Bewusstseinsbildung, z.B. durch Ethikforen, in denen Fälle multiprofessionell nachbesprochen werden und für ähnliche Situationen in der Zukunft gelernt werden soll.

Ob damit jedoch das spezifische pflegerische Ethos vor Ort als ein Gütekriterium erfasst werden kann, bleibt zu bedenken. Dies klang auch schon in der Kleinen Ethik des Alltags (vgl. oben) an. Aus ethischer Perspektive können im Grundsatz keine weiteren Kriterien für Good Practice ergänzt werden. Stattdessen soll vor allem auf informelle, nicht standardisierbare und damit nicht messbare Gütekriterien verwiesen werden, außer man würde als Gütekriterium auf die Häufigkeit an institutionalisierten Ethikformaten (vgl. oben) im jeweiligen Pflegeheim abheben. Auch die Einbindung in trägerübergreifende oder standortspezifische Ethiknetzwerke könnte ein Qualitätskriterium für einzelne Pflegeheime darstellen. Einzelne Pflegeheimleiter*innen publizieren explizit zu ethischen Themen, und hier speziell zu Autonomie und Selbstbestimmung (vgl. Trost 2018, Giesbers 2016). Demnach können zwar vereinzelt Anhaltspunkte für Good Practice ausgemacht werden, ob die objektiv messbare Quantität solcher Ethikformate jedoch das jeweilige Ethos im Pflegeheim, das in der Praxis wirksam wird, abbildet, erscheint fraglich. In diesem Zusammenhang gilt es bspw. grundsätzlich zu bedenken, ob eine geringe Häufigkeit an protokollierten ethischen Fallbesprechungen auf ein gutes „ethisches Klima“ mit wenigen Konflikten schließen lässt oder es sich genau gegenteilig verhält, weil die Konflikte nicht adäquat bearbeitet werden.

Mit Blick auf die Beschreibung eines notwendigen Ethos im Pflegeheim, der dem Handeln zugrunde liegt, sind aus normativ-ethischer Perspektive zwei grundsätzliche Überlegungen gemäß dem Projektziel zu benennen, die für eine Ethik im Pflegeheim zu bedenken sind: Freiverantwortlichkeit für Selbstbestimmung und inhärente Würde. Im Sinne der Frage nach der Freiheit und ihrer Umsetzung innerhalb der Einrichtung, ist die Gewährleistung freiverantwortlichen Handelns sicherzustellen (vgl. Deutscher Ethikrat 2018). Freiverantwortlich meint in diesem Kontext (1) das Versichern über das Wissen um die Folgen und Nebenfolgen der beabsichtigten Handlung oder Unterlassung, (2) das Wollen oder Inkaufnehmen dieser Folgen und Nebenfolgen auf dem Hintergrund der eigenen fundamentalen Lebensoptionen sowie (3) die Wahlmöglichkeit zwischen realen Alternativen von Handlungsoptionen (vgl. Deutscher Ethikrat 2018). Können diese drei Aspekte sichergestellt werden, lässt sich von einer

freiverantwortlichen Entscheidung ausgehen. Entscheidend wird diese Kategorie für Fragen am Lebensende und den möglichen Wunsch, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen. Gerade die Entscheidungsfindung im Kontext einer Patientenverfügung oder eines gesundheitlichen Versorgungsgesprächs muss hier im Blick sein.

Mit Blick auf die inhärente Würde als richtungsweisenden Parameter gilt es das Selbstvertrauen und die Selbstachtung aller im Pflegeheim Beteiligten zu stärken, die Haltung eines gegenseitigen Interesses am Wohl des Anderen zu fördern (vgl. Anderson/Honneth 2005, Deutscher Ethikrat 2018). Dies geschieht im würdevollen Umgang miteinander sowie in wertschätzendem Kommunikationsverhalten. Für das Pflegepersonal wäre dieses Kommunikationsverhalten in einem Dreischritt zu denken: das Zuhören und Achten des Gegenübers im Pflegegeschehen, die Reaktion darauf durch eine Einschätzung der Situation und die Selbstmitteilung, was daraus folgt, sowie dem anschließenden Prüfen der eigenen Handlungsentscheidung im Feedback und Gespräch mit der*dem zu Pflegenden. Auf der Organisationsebene sind die verschiedenen möglichen Hilfsmittel und Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen, wie ausreichend Zeit im Pflegealltag, der eine solche subjektorientierte und situationsensitive Kommunikation erlaubt.

Damit zeigt sich, dass solche Vorgaben von Seiten z.B. des Ethikrats doch einen gewissen Abstraktionsgrad haben und keine messbare Komponente ausweisen. Die Ethik – und es wäre noch zu klären, welche genau (vgl. Kapitel 9) – referenziert zumeist auf die gelebte Praxis, das Ethos vor Ort, welches nicht objektiv messbar ist. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wurde in SeLeP auch die Praxis vor Ort, das konkrete Handeln und Interagieren empirisch erhoben.

5.4 Internationaler Exkurs: Entwicklungen in europäischen Nachbarländern

Bereits 2012 verwiesen die im europäischen Projekt „European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older People“ (WeDO) beteiligten Projektpartner*innen, unter Koordination der AGE Platform Europe, auf die Bedeutung eines regen europäischen Austausches von Good-Practice-Modellen, um die Versorgung und Lebensqualität älterer Menschen insgesamt zu verbessern (vgl. We DO). Ein solcher Austausch wurde im Projekt SeLeP über Experteninterviews mit verschiedenen internationalen Expert*innen realisiert, um Dynamiken und Best Practice in der (stationären) Versorgung älterer Menschen auch außerhalb Deutschlands zu erfassen. Hierbei geht es nicht um eine systematische Abbildung und Aufarbeitung von internationalen Entwicklungen³⁵, sondern um eine angestrebte methodische Verfremdung sowie Erweiterung der eigenen Perspektive. Im Folgenden werden die in den Gesprächen gewonnenen Erkenntnisse zu den unterschiedlichen Ländern kondensiert dargestellt.

Quartiersbezug und Sozialraumöffnung – Entwicklungen in der Schweiz

Die Problemstellungen für den Pflegesektor in der Schweiz zeigen deutliche Überschneidungen mit jenen in der Bundesrepublik Deutschland (Finanzierung, demographische Entwicklungen, Netzwerkarbeit usw.). Um auf diese Herausforderungen zu reagieren, ist es erklärtes Ziel

³⁵ Als systematische Aufarbeitung und fundierter internationaler Vergleich dient u.a. die Studie „Pflege in anderen Ländern: vom Ausland lernen?“ (PinaL) unter Leitung von Michael Ewers (vgl. Stiftung Münch et. al. 2019).

der Schweiz, die Versorgung und Pflege älterer Menschen zu verändern, wobei hier drei Eigenschaften besonders die stationäre Pflegeheimlandschaft in Zukunft prägen sollen: kleiner, flexibler, offener. Insbesondere die Öffnung in das Quartier, den Stadtteil oder das Dorf, um ein reges Beziehungsnetzwerk und Kooperationen zu etablieren, wird hierbei besonders fokussiert und prägt die derzeitige Entwicklung der Pflegeheime. Die natürliche Landschaft der Schweiz spielt hier ebenfalls eine Rolle, da Einrichtungen immer mehr den Bezug zur Natur herstellen und nach ökologischen Kriterien funktionieren. Als Vorbild für diese Entwicklung gelten die Zukunftspläne der CURAVIVA Schweiz³⁶, einem Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarfen. Ihre Vision geht hierbei vom älteren Menschen als in generationenübergreifende Beziehungen eingebettet aus, dessen Bedarfe individuell adressiert werden sollen. Hierfür benötigt man einen ausgeprägten Sozialraum, welcher eine sorgende Gemeinschaft bilden soll, auch um ganzheitliche Unterstützung durch verschiedene Kooperationen möglich zu machen (z. B. mit Hausarztpraxen, Schulen, Vereinen, Verbänden, usw.). Die Orientierung in den Sozialraum bedeutet vordergründig, dass Lebensräume für ältere Menschen mit Unterstützungsbedarfen geschaffen werden sollen, die auch flexible Wohnformen und Dienstleistungen beinhalten. Hierbei werden zwar die pflegerischen und medizinischen Bedarfe adressiert, jedoch wird die Unterstützung bei der Teilhabe sowie Alltags- und Beziehungsgestaltung in den Fokus gerückt.

Flexibilisierung des Pflegeheimalltags – Good Practice in skandinavischen Ländern

Die Gemeinsamkeiten zwischen der Versorgungslandschaft in Deutschland und jener in den skandinavischen Ländern (Schweden, Finnland, Norwegen, Dänemark, Island) sind historisch bedingt eher gering. Jedoch fokussieren sie alle dieselben ethischen Leitbilder und Werte in Bezug auf die Versorgung älterer Menschen: Die Würde des Menschen und seine Selbstbestimmung. Jedoch ergeben sich hier für die Länder andere Schlussfolgerungen und praktische Übersetzungen. Good Practice in Pflegeheimen ist in Ländern wie Schweden oder Norwegen eine viel individueller Alltagsstrukturierung als in Deutschland. Es ist demnach nicht mit den Werten und Leitlinien vereinbar, z.B. morgens alle um eine ähnliche Uhrzeit zu wecken. Würde und Selbstbestimmung können hier nur gewahrt werden, wenn individuelle Präferenzen im Vordergrund stehen und das Pflegeheim als Ort freier Entfaltung von eigenen Routinen gilt (vorhandene personelle Ressourcen in den Pflegeheimen vorausgesetzt). Auch der Entwicklung eines immer größer werdenden Anteils von Menschen mit Demenz, z.B. in Norwegen, kann nur mit flexibleren Konzepten begegnet werden. So ist eine Anpassung der Organisation an z.B. den Schlaf-wach-Rhythmus der Bewohner*innen, anstatt einer Anpassung der Schlafgewohnheiten der Bewohner*innen an den Rhythmus der Organisation als Good Practice in skandinavischen Pflegeheimen etablierter.

Eindämmung der Privatisierung – das Burgenland als Vorbild

Die Privatisierung von Pflegeheimen wird von unterschiedlichen Expert*innen als Problem hinsichtlich der Sicherung von Qualität, insbesondere der Lebensqualität der Bewohner*innen und der Qualität der Pflege, benannt. Die Sorge einer Werteverchiebung hin zu mehr Profit

³⁶ Für mehr Informationen zur von CURAVIVA Schweiz entwickelten Vision Wohnen im Alter siehe: <https://www.curaviva.ch/Im-Fokus/Vision-Wohnen-im-Alter/PUtri/>.

auf Kosten der Würde und Selbstbestimmung der Bewohner*innen und allen im Pflegeheim Arbeitenden, ist hier das vordergründige Motiv. Sowohl in der Schweiz als auch in Schweden wird der Trend hin zu einer Privatisierung und Entkommunalisierung wahrgenommen, der jedoch kritisch bewertet wird. Als Vorbild dient hier die Initiative des Burgenlandes in Österreich, die in ihrem Zukunftsplan 2020 auf die Problemstellung der Privatisierung eingeht. Um Vorzeigeland im Pflegebereich zu werden, verpflichtet die Landesregierung in ihrem Maßnahmenplan die Einrichtungen auf das Prinzip der Gemeinnützigkeit. Das Ziel ist hierbei, gewinnorientierte Pflegeheime ohne Verbote langfristig aus dem Markt zu drängen. Nach einem Umstellungsprozess von vier Jahren bis 2024 für bestehende Pflegeeinrichtungen und einer sofort wirkenden Regelung für neue Pflegeeinrichtungen, sollen nur solche Pflegeeinrichtungen öffentlich refinanziert werden, die nicht gewinnorientiert arbeiten. Zwar wird ein solches Finanzierungsmodell prinzipiell nicht verboten, jedoch werden durch solche Eingriffe die Bedingungen erheblich erschwert.

Demenz als Herausforderung für den Pflegesektor – Norwegens Demenzplan

Die Zunahme an demenziellen Krankheiten bei älteren Menschen, allgemein jedoch spezifisch in der stationären Langzeitpflege, wird ebenfalls in den skandinavischen Ländern beobachtet. Hierfür entwickelte die norwegische Regierung einen Demenzplan, der 2020 erneuert wurde, welcher besonders die engmaschige Versorgung von Menschen mit Demenz in den Kommunen vorsieht. Norwegens bereits kommunal ausgerichtete Versorgungsstruktur soll im Hinblick auf Demenz noch stärker fokussiert werden. So sieht der Demenzplan die Installation einer Pflegeeinrichtung in jeder Kommune vor, die die Schaffung von Tagesangeboten für Demenzerkrankte sicherstellen soll. Diese an die Kommunen adressierte Pflichtaufgabe soll besonders die Kontinuität der Versorgung von Menschen mit Demenz fördern. Darüber hinaus dient das Ausbildungsprogramm Demenzpflege ABC für professionell Pflegenden als weiterer Schritt für eine bedarfsgerechte Pflege und Versorgung von Demenzerkrankten. Der Demenzplan der norwegischen Regierung wird besonders dahingehend gelobt, dass er Demenz nicht nur als Herausforderung für den Pflegesektor identifiziert, sondern einen Handlungsplan für die Akteur*innen vor Ort darstellt.

Partizipative Beteiligungskultur – Einbindung der Bewohner*innen und Betroffenen

Besonders hervorgehoben werden solche Initiativen und Institutionen, die eine Beteiligungskultur schaffen, in welcher sich die Zielgruppen aktiv in Entscheidungen einbringen können. So wurde am Vorbild Schottlands und zusammen mit schottischen Expert*innen der Einbezug von Menschen mit Demenz in die Erarbeitung des Demenzplanes der norwegischen Regierung diskutiert. Solche Entwicklungen auf politischer Ebene werden von den Expert*innen als förderungswürdig betrachtet. Auch in der Schweiz werden solche partizipativen Möglichkeiten geschaffen, jedoch mehr auf institutioneller Ebene. So wird eine Einrichtung, für Menschen mit Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen, hervorgehoben, die den Bewohner*innen aktiv Informationen zur Verfügung stellt, um hierzu Stellung zu beziehen. Dies wäre eine Erweiterung des in Deutschlands etablierten Bewohnerbeirats, jedoch weniger als Instrument einer Beschwerde-, sondern Beteiligungskultur (z.B. bei Fragen der Entwicklung der Einrichtung).

Mehr internationaler Austausch und mehr ‚Leuchtturmprojekte‘

Die befragten Expert*innen verwiesen auf die Bedeutung eines einerseits wissenschaftlichen Austausches zwischen den Ländern, jedoch andererseits auch auf den praxisbezogenen Austausch zwischen verschiedenen Einrichtungen. So sind es besonders Modellprojekte in Pflegeheimen, die von besonderem Interesse sind, um Good Practices zu identifizieren und so lösungsorientiert an eigenen nationalen Herausforderungen zu arbeiten. Hieraus kann ein Appell abgeleitet werden, deutsche Modellprojekte und herausragende Initiativen für die Verbesserung der stationären Langzeitpflege stärker in den internationalen Austausch einzuspeisen und zu bewerben.

6 Begriffsbestimmungen und Ausgangsüberlegungen von SeLeP

Bislang ist deutlich geworden, dass die Konzepte Selbstbestimmung und Würde in der Diskussions- und Forschungslandschaft eine wichtige Rolle einnehmen. Allerdings variiert ihre inhaltliche Bedeutungszuschreibung innerhalb der Soziologie, der Ethik, der Pflegewissenschaft und dem Feld der vollstationären Altenhilfe deutlich. Je nach Verwendungskontext steht Selbstbestimmung mal synonym für Autonomie, Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, Würde, Freiheit, Partizipation oder Teilhabe, mal werden die Begrifflichkeiten systematisch voneinander unterschieden. Die nachfolgenden Begriffsbestimmungen zur Ordnung der Begriffsvielfalt dienen der Klärung und Operationalisierung von ‚Selbstbestimmung‘ und ‚Würde‘ im Rahmen von SeLeP.

Beide lassen sich als Containerbegriffe bezeichnen, über deren unterschiedliche Befüllung momentan ausführlich diskutiert wird. Um für die genannte Begrifflichkeit eine für die interdisziplinäre Projektarbeit brauchbare empirisch-praktische Operationalisierung zu erreichen, sind zunächst die beiden Disziplinperspektiven von Ethik und Soziologie zu umreißen. So kommen in den auf den folgenden Seiten entfalteten Begriffsbestimmungen zum einen die Grundlinien zu Selbstbestimmung, Autonomie und Würde aus der Warte einer philosophischen Ethik (Kapitel 6.1), dann in einem zweiten Schritt diejenigen aus der Soziologie zu Wort (Kapitel 6.2). Hier werden die Begriffe Selbstbestimmung, Autonomie und Würde aus der erfahrungswissenschaftlichen Warte betrachtet und zueinander in Bezug gesetzt. In einem Synthesekapitel (Kapitel 6.3) werden die damit einhergehenden forschungsleitenden Annahmen einschließlich einer dazu passenden Analyseheuristik zusammengeführt, die als Dreh- und Angelpunkt für die empirischen Erhebungen und Befunde von SeLeP fungiert.

6.1 Autonomie, Selbstbestimmung und Würde aus ethischer Perspektive

Autonomie, Selbstbestimmung und als dritter, eng damit verbundener Begriff Würde stehen nicht zuletzt bei Themen rund um das Lebensende im Zentrum. Autonomie wird dabei als Ausdruck der menschlichen Würde verstanden. Ein Eingriff in die Autonomie eines Menschen bedeutet somit analog das Antasten seiner Würde. Selbstbestimmung hingegen ist in ihrer Bedeutung und in ihrem Bezug zu Autonomie nicht immer klar (Feinberg 1986): So begegnet man im Deutschen der synonymen Verwendung von Autonomie und Selbstbestimmung, was als Übersetzung aus dem Griechischen naheliegt. Ebenso finden sich aber auch Aussagen, in

denen das Verhältnis zwischen Autonomie und Selbstbestimmung bestimmt wird, wenn bspw. Autonomie als Fähigkeit zur Selbstbestimmung verstanden wird (Beauchamp/Childress 2013, S. 114).³⁷ Im Folgenden werden die genannten Begriffe und ihr Verhältnis aus ethischer Sicht näher in den Blick genommen. Würde bildet dabei den Oberbegriff; Autonomie gilt als ‚Eigenschafts-Zuschreibung‘ im Sinne des autonomen Subjekts in modernen Gesellschaften und somit als eine Ausdrucksform im Welt- und Selbstverhältnis eines Individuums, der die Qualität eines allgemeinen, dem menschlichen Wesen eigenen Merkmals zukommt. Selbstbestimmung wiederum meint dann die praktische Ausübung von Autonomie i.S. des Treffens von Entscheidungen und der Gestaltung von Handeln und Situationen (als solche steht sie im Zentrum der soziologischen Betrachtungen).

6.1.1 Autonomie, Freiheit und Selbstbestimmung

Der Begriff und die Idee der Autonomie als Fähigkeit zur Selbstbestimmung gewann seit der Neuzeit und besonders seit der Aufklärung im Kontext ethischen und politischen Nachdenkens zunehmend an Bedeutung, wobei der Kontraktualismus und Liberalismus als politische Modelle einerseits und die kantianische Tradition andererseits nachhaltig in die Geistesgeschichte in diesem Punkt hineinwirkten (Christman 2013, S. 691-709; Pohlmann 1971, Sp. 701-719).

Von seinem antik-griechischen Ursprung her („autos“ – selbst und „nomos“ – Gesetz, Ordnung) ist der Autonomiebegriff eine politische Kategorie und dabei auch eng verbunden mit dem Freiheitsbegriff. Es lassen sich für die Neuzeit und die Aufbrüche der Aufklärung mit John Christman zwei Deutungsrichtungen unterscheiden (Christman 2013, S. 691-709, 695f): Die eine Richtung bestimmt Freiheit bzw. Autonomie als positiv zu verwirklichendes Vermögen, indem es in Übereinstimmung mit dem moralischen Gesetz (absoluten Prinzipien) gebracht wird (John Locke, Jean-Jacques Rousseau, Immanuel Kant (GMS, S. 440-441, S. 444-446; KpV, S. 33)), die andere Richtung hingegen nimmt vor allem eine negative Bestimmung vor und versteht Autonomie als Freiheit im Sinne des Frei-Seins gegenüber äußeren Beeinträchtigungen (Thomas Hobbes, David Hume).

Autonomie meint im Konzept Kants nicht die Freiheit als pure Möglichkeit nach Belieben zu tun und zu lassen, was man will, sondern eine durch Vernunft bestimmte Freiheit, deren Vernunftbestimmung dann gegeben ist, wenn sie dem Kategorischen Imperativ folgt.³⁸ Oliver Müller kann daher in Bezug auf Kant argumentieren, „dass die Vernunft nur in kritischer Selbstbegrenzung zu sich selbst finden kann; die Autonomie des Menschen liegt in dieser Fähigkeit zur Selbstprüfung“ (Müller 2008, S. 15-57, 34). In diesem Sinne lässt sich aus ethischer Perspektive Autonomie als Fähigkeit zur Selbstbestimmung verstehen, die einhergeht mit Selbstprüfung und vernunftbasierter Selbstbegrenzung.

³⁷ Beauchamp TL und Childress JF – der moderne Klassiker der Medizinethik – sprechen im Kontext der Definition ihres medizinethischen Prinzips „Autonomie“ von einer „capacity for autonomous choice“.

³⁸ Vgl. zum Begriff der Autonomie bei Kant u.a. GMS (AA 4), S. 440-441, S. 444-446; S. 33.

6.1.2 Relationale Autonomie

Ein solcher individuumszentrierter Autonomiebegriff ist in seiner Geschichte mit der oben angedeuteten westlichen liberalen Tradition verbunden, die vor allem das Individuum und seine Freiheit zunehmend aufwertete, womit sich die Gefahr einer liberalistisch-individualistischen Engführung des Autonomiebegriffs einstellte. Gegen eine solche Deutung haben sich in den letzten Jahrzehnten Positionen gebildet, die man unter dem Stichwort der „relationalen Autonomie“ (Reitinger/Heller 2010, S. 737-765, S. 741f) versammeln kann und die Anknüpfungspunkte für die im Projekt verfolgte interdisziplinäre Arbeit zwischen Soziologie und Ethik bilden. Sie werfen vor allem die soziale Verwobenheit des Menschen und damit u.a. Aspekte wie persönliche Beziehungen, Kultur, Identität und Vulnerabilität (Bergemann/Frewer 2018; Straehle 2017; Mackenzie/Rogers/Dodds 2014, S. 1-29) des Menschen als konstitutiv für ein angemessenes Verständnis menschlicher Autonomie in die Waagschale (Christman 2004, S. 143-164; Mackenzie/Stoljar 2000; Deutscher Ethikrat 2018, S. 39f).

Relationale Autonomie (Schlögl-Flierl 2019, S. 24-26) passt als Etikett auf sehr viele unterschiedliche Konzepte (Ach/Schöne-Seifert 2013, S. 42-60). Die geteilte basale Einsicht, dass Menschen soziale Wesen und in verschiedenster Weise in soziale Kontexte eingebunden sind, eint die Konzepte. Sie reichen von Befähigungspflichten (als assistierte Freiheit (Graumann 2011) im Kontext u.a. des Lebensendes) bis hin zur Auflösung des Individuums in Richtung von Gemeinschaft, d.h. das Individuum wird nur noch als ein Teil von Gemeinschaft gesehen.

Mit Blick auf das Thema Pflege ist die damit einhergehende Grundannahme wichtig, dass zwischen Autonomie und Fürsorge (als einem zentralen Konzept von Pflege) kein prinzipieller Gegensatz auszuweisen ist, denn gerade im Modus der Fürsorge auf Seiten der Pflegekräfte (oder An-/Zugehörigen) wird den Autonomiegesuchen und -versuchen der zu Pflegenden assistiert (unter Wahrung der Würde und Selbstbestimmung der Pflegenden). In Interaktion soll für die von Autonomieverlust in unterschiedlichen Graden Betroffenen der größtmögliche Autonomiegrad zuerkannt und praktisch ermöglicht werden. Relationalität – sprich: ‚In Beziehung zu sein‘ – bedeutet vornehmlich auch, Fürsorge und insbesondere Vulnerabilität nicht als paternalistische Schutzaufgabe zu verstehen, sondern beide gerade mit Autonomie zu denken und an deren Ermöglichung zu arbeiten. Wie spannungsreich dies sein kann, hat der Deutsche Ethikrat 2018 in seiner Stellungnahme „Hilfe durch Zwang?“ als „wohltätigen“ Zwang in Worte gefasst und sich für die Annahme relationaler Autonomie ausgesprochen: „Mit dem Konzept der relationalen Autonomie ist die erste Seite des Menschenwürdegrundsatzes berührt: Menschen müssen in den zwischenmenschlichen Interaktionen vom anderen her gleichsam leibhaftig erfahren können, dass sie als Zweck an sich selbst adressiert und anerkannt sind.“ (Deutscher Ethikrat 2018, S. 39) Diese Relationalität ist vor allem in Situationen, in denen Zwang geboten scheint, umso bedeutender, da die Grenzen auf beiden oder mehreren Seiten einer Beziehung zu bedenken sind.

Ein normatives Konzept, das sich gut mit dem relationalen Denken von Autonomie verbinden lässt, ist Axel Honneths Kampf um Anerkennung (Honneth 2016). Denn Anerkennungskonflikte ergeben sich in der gerontologischen Pflege quasi permanent. Aus der grundlegenden Disposition des Menschen zu Freiheit (der Mensch als schöpferisches Wesen und als potentieller Urheber und Subjekt seines Tuns) und Gemeinschaftlichkeit (der Mensch, der nicht für

sich allein lebt und eingebunden in gesellschaftliche und historische Kontexte existiert) gleichermaßen, folgert Honneth eine notwendige wechselseitige Anerkennung. Dabei bezieht sich die Anerkennung auf Wünsche und Präferenzen auf allen Seiten des Beziehungsgeschehens im Pflegeheim, seien es die Wünsche und Präferenzen der Bewohner*innen, aber auch die Grenzziehung des Personals bis hin zur Pflegeheimleitung.

6.1.3 Personale Autonomie

Eine weitere, ergänzende Konzeption von Autonomie (und damit auch von Selbstbestimmung), die für das Projekt als relevant aufgegriffen wird, ist die u.a. auf Michael Quante zurückgehende personale Autonomie (Quante 2019, S. 247-261). Während relationale Autonomie die in Beziehung zueinanderstehenden Individuen betrachtet, setzt Quantes personale Autonomie dieses „Miteinander in Beziehung Stehen“ schon voraus als Grundbedingung der Personalität eines Menschen. Die Erfassung der individuellen Persönlichkeit in ihrer sozialen Verfasstheit ist zudem ein großer Vorteil der personalen Autonomie im Vergleich zur kantianischen Konzeption von Autonomie und Menschenwürde: „Personale Autonomie ist zwar axiologisch intrinsisch wertvoll, aber ontologisch keine intrinsische, sondern eine sozial-relationale Eigenschaft von Individuen.“ (Gutmann/Quante 2017, S. 322-336, 331)

In der gegenwärtigen Debatte um Autonomie besteht (unter mehr oder weniger Zustimmung) Konsens über personale Autonomie, die die kantische moralische Autonomie ablöst. Diese personale Autonomie lässt sich in zwei kategorial unterscheidbare Richtungen denken: erstens, in die kategoriale Zuschreibung von Autonomie, die jeder Person als Person zusteht (so auch von Michael Quante verstanden) und zweitens in Autonomie als Fähigkeit (zur Selbstbestimmung). Die unterschiedliche Ausrichtung der beiden wird schnell deutlich: während Autonomie als kategoriale Zuschreibung keiner Person abgesprochen werden kann, lässt sich die Fähigkeit zur Autonomie abstufen (Christman 2008, S. 96-102, 97), weshalb die zweite Ausrichtung auch als graduelle Autonomie bezeichnet wird. Einem Menschen mit einer demenziellen Erkrankung kann die Autonomie als Anspruch und Teil seiner Persönlichkeit nicht abgesprochen werden; jedoch kann die Fähigkeit zur Autonomie als Selbstbestimmung in verschiedenen Konstellationen nicht vollumfänglich gegeben sein und somit nur ein Mehr oder Weniger an Autonomie praktisch möglich sein (Rössler 2011, S. 93-99, 93).

6.1.4 Freiheit als Voraussetzung für Autonomie

Autonomie geht mit Freiheit einher, ist Ausdruck einer (vernunftzentrierten) Freiheit zur Willensbildung. Zunächst ist hier üblich zwischen positiver und negativer (Hildt 2006, S. 54f) sowie innerer und äußerer Dimension zu unterscheiden (Wildfeuer 2011). Positive Freiheit (Freiheit *zu*) meint die Fähigkeit und Möglichkeit, seine Freiheit selbstbestimmt in Entscheidungen, Handlungen usw. umzusetzen. Negative Freiheit (Freiheit *von*) meint die Abwesenheit von Beeinträchtigungen, äußerer und innerer Zwänge, wie etwa Drohung, Fixierung (äußere Zwänge) oder psychische Beeinträchtigungen, Medikamenteneinfluss (innere Zwänge). Innere Freiheit wiederum bezeichnet die Möglichkeitsbedingungen, die ‚in‘ der handelnden

Person liegen, also ihre aktuelle Fähigkeit, einen Willen zu bilden und Mittel für die Umsetzung zu wählen.³⁹

Dabei unterliegt innere Freiheit auch Abwägungsprozessen, etwa wenn Wünsche im Zuge eines Entscheidungsprozesses zueinander in Bezug gesetzt und teilweise verworfen werden müssen. Ebenso kann es der Fall sein, dass unerwünschte, vorauszusehende Folgen in Kauf genommen werden, bevor auf Grundlage einer solchen Deliberation ein autonomer Entscheid getroffen wird (Beauchamp/Childress 2013, S. 104). In Anwendungskontexten – wenn der individuelle Wille also Grundlage für das Handeln Anderer (z.B. Pflegekräfte, An-/Zugehörige) werden soll – schließt sich hier die Frage an, wie ein solcher innerer Vorgang von außen erkennbar ist, was insbesondere in Situation mangelnder Kommunikationsfähigkeit aufgrund von Krankheit eine wichtige Frage darstellt. In vulnerableren Situationen wird dabei häufig mit Hilfskonstrukten wie dem mutmaßlichen Willen oder dem natürlichen Willen (Jox/Ach/Schöne-Seifert 2014, S. 394-397) gearbeitet. Die Innenperspektive ist also nur mittelbar zugänglich über die Außenperspektive. Auf diese referiert die Rede von äußerer Freiheit. Sie bezeichnet die Fähigkeit bzw. Möglichkeit, den Willen durch eine Handlung praktisch wirksam werden zu lassen.

Der erste Bereich der inneren Freiheit wird mit den Begriffen Entscheidungs- bzw. Willensfreiheit und der zweite Bereich der äußeren Freiheit mit dem Begriff Handlungsfreiheit beschrieben (Ricken 2013, S. 232-235). Um von einer autonomen Handlung sprechen zu können, muss mindestens die Entscheidungs- und Willensfreiheit gewährleistet sein. Allerdings ist das Verhältnis der inneren und äußeren Freiheit durchaus komplex. Einerseits kann eine Person durch physiologische oder psychische Beschwerden in ihrer Entscheidungsfreiheit eingeschränkt sein, während von außen keinerlei Beeinträchtigung ersichtlich ist. Andererseits kann eine Person keinerlei derartiger Einschränkungen ausgesetzt sein, aber durch andere körperliche Beschwerden (etwa des Bewegungsapparats oder durch ein Bettgitter, das zur Entlastung der Nachtschicht im Pflegeheim oder auch zu Hause zur Entlastung der überlasteten An-/Zugehörigen eingesetzt wird) in ihrer Handlungsfreiheit beschränkt sein, ohne dass die Entscheidungsfreiheit direkt angetastet wäre. Eine Beschränkung wie auch eine Unterstützung von Entscheidungs- und Handlungsfreiheit kann durch Dritte erfolgen, was insbesondere für den Anwendungsbereich der Pflege eine hochrelevante Frage ist.

³⁹ Umstritten ist, inwiefern Wahlfreiheit im Sinne der Möglichkeit bzw. Fähigkeit zwischen verschiedenen Alternativen wählen zu können, als notwendige Bedingung von Freiheit zu betrachten ist. Insbesondere Harry G. Frankfurts Bestreiten dieses von ihm so genannten „Prinzips alternativer Möglichkeiten“, prägte die Debatte der letzten Jahrzehnte. Jedenfalls sind bloße Wünsche von autonomen Willensentschlüssen insofern zu unterscheiden, als bei Wünschen entweder tatsächlich keine reale Möglichkeit ihrer Umsetzung besteht (bspw. der Wunsch nach magischen Fähigkeiten), die nötigen Mittel einer Handlung wie etwa zeitliche und materielle Ressourcen, körperliche Bedingungen nicht zur Verfügung stehen und sich die entscheidende Person jeweils darüber im Klaren ist (bspw. Usain Bolts Weltrekord auf 100m einzustellen) oder aber generell, wenn die Wünsche auf der Basis einer bloßen Neigung bleiben und nicht in einen freien Willensakt überführt werden bzw. eine bejahende bzw. verneinende Stellungnahme ausbleibt (bspw. diffuse Aussagen wie ‚ich möchte anders leben‘) (Frankfurt 2001, S. 53-64). Für eine Darstellung der Position Frankfurts und ihre Kritik daran im selben Band (Guckes 2001, S. 1-17). (Ricken 2013, S. 233f).

6.1.5 Würde

Wie man beim Begriff der Autonomie nicht an Immanuel Kant vorbeigehen kann, so gilt gleiches für den Begriff der Würde.⁴⁰ Im Gegensatz zum Autonomiebegriff stammt er aber weniger aus der griechischen, vielmehr aus der lateinischen Denkwelt (lat. *dignitas*). Seit der späteren Antike ist er vornehmlich im rechtlichen und institutionellen Rahmen zu finden und bezeichnet eine Art Vorrangstellung (bspw. aufgrund eines Amtes), die aber keineswegs allen Menschen zugesprochen wurde. Dem begegnet man zum ersten Mal in der Stoa.⁴¹ Sie erkennt allen Menschen durch seine natürliche Vernunftbegabung eine Vorrangstellung im Kosmos zu, die – zuerst von Cicero – begrifflich als Würde des Menschen bezeichnet wird (De officiis, S.106).

Der Würdebegriff im Sinne einer absoluten Größe, die jedem Menschen unantastbar und gleichermaßen zukomme, war in den letzten Jahrzehnten und ist weiterhin unterschiedlichen Anfragen ausgesetzt. Besonders im Bereich der medizinischen Ethik, dem der Bereich Pflegeethik sehr nahe steht, ist der Aufwind der Konzepte von Autonomie und Würde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts im deutschen Raum dem Eindruck der Gräueltaten des Naziregimes geschuldet, der sich vor allem als Durchsetzung negativer Schutzrechte äußert: kein Eingriff ohne (informierte) Zustimmung einerseits und Instrumentalisierungsverbot andererseits (Düwell 2017, S. 323-332, 324f). Insbesondere dort, wo der Rekurs auf die Menschenwürde Letztbegründungsanspruch erhebt, bei gleichzeitigen Schwierigkeiten, den Begriff näher zu klären, kommen die seit Jahrzehnten gestellten kritischen Anfragen an die Tragfähigkeit und Reichweite des Begriffs zum Ausdruck (Wetz 2001, S. 311-327).

Den egalitären Grundzug zeichnet die Begrifflichkeit von Würde aus, die durch Kant stark gemacht wurde. Bis heute prägt seine Konzeption als Anknüpfungs- oder Kontrapunkt die Debatte. Dem von ihm formulierten Instrumentalisierungsverbot wird in der Regel durch ein Anwendungsprinzip entsprochen, welches Würde uneingeschränkt als absolute Größe versteht, die selbst nicht mehr Gegenstand einer abstufbaren Bewertung sein kann und allen Vernunftwesen als solche per se zukommt.

In Kants System sind die vier Begriffe Autonomie, Würde, Freiheit und Vernunft eng verwoben. Freiheit ist nach Kant eine (nicht beweisbare, aber notwendig anzunehmende) Eigenschaft von Vernunftwesen, genauer gesagt eine Eigenschaft ihres Willens (GMS, S. 447-448). Autonomie ist die positive Näherbestimmung der Freiheit des Willens, nämlich „die Eigenschaft des Willens sich selbst ein Gesetz zu sein“ (GMS, S. 447). Von Heteronomie als Gegenbegriff spricht er dann, sobald sich der Wille irgendwelchen anderen Einflussnahmen als dem eigenen Vernunftgesetz ausgesetzt sieht, etwa auch unmittelbarem Zwang ebenso wie sinnlichen Anreizen (GMS, S. 432-433). Dieses Verständnis des Menschen als autonomes Wesen bildet die Grundlage der Kant'schen Begründung der Menschenwürde. Weil der Wille „jedes vernünftigen Wesens als eines allgemein gesetzgebenden Willens“ verstanden und zugleich als solcher als derart „unterworfen, daß er auch als selbstgesetzgebend“ (GMS, S. 431) angesehen

⁴⁰ Zur Geschichte des Würde-Begriffs (Grossmann 2004, Sp. 1088-1093; Debes 2017; Schorn-Schütte 2017, S. 99-110; Varga 2017, S. 111-130; Wetz 2017, S. 131-142).

⁴¹ Allerdings lassen sich auch schon bei den Sophisten und ebenso bei den Kynikern Ansätze ausmachen (Varga 2017, S. 111-130).

werden muss, ist das autonome Wesen als Selbstzweck zu sehen. Jedes Vernunftwesen (Personen) müsse notwendig sich selbst so betrachten und in Folge dessen alle anderen Vernunftwesen ebenso (GMS, S. 427-429). Kant formuliert diese Einsicht in der sog. Selbstzweckformel des Kategorischen Imperatives: „Handle so, daß du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“ (GMS, S. 429) Was Zweck an sich selbst ist, hat einen nicht mehr gegen andere Güter aufzuwiegenden Wert (in der Diktion Kants: einen Preis), sondern Würde. In der Praxis des Kontexts Pflegeheim lassen sich die Begriffe „Würde“ und „Autonomie“ zueinander in Bezug setzen. Ein Anknüpfungspunkt findet sich in der uneingeschränkten Achtung bzw. Beachtung jeglicher Willensäußerung eines Individuums, die als genuiner Selbstbestimmungsakt verstanden werden kann.⁴²

Eine grundrechtliche Dimension misst Volker Gerhardt im Sondervotum der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates „Demenz und Selbstbestimmung“ (Deutscher Ethikrat 2012) dem ethischen Begriff der Selbstbestimmung bei und verknüpft diesen mit der personalen Würde, die auf Artikel 1 des Grundgesetzes zurückgeht. Er steht damit für das eigentliche ethische Problem der Demenz ein, nämlich, dass „Selbstbeobachtung, Selbstreflexion und Selbstverantwortung“ nicht mehr ausgeführt und übernommen werden können, sondern von anderen übernommen werden müssen.⁴³

Würde ist also der Ausdruck einer absoluten Wertigkeit, des Selbstzweckseins autonomer Wesen, die unbedingte Achtung (Dritter wie seiner selbst) fordert. Die Selbstzwecklichkeit, die Kant mit dem Begriff der Würde ausdrückt, gründet in der Autonomie, also der Vernunftbegabung des Menschen, denn was letztlich notwendig und unabhängig aller äußeren Einflüsse ist, ist die Vernunft. Kennzeichnend für Kants Konzept ist eine „Selbstbezüglichkeit reiner praktischer Vernunft“ (Steigleder 2011, S. 128-138; Steigleder 2002).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Würde dem menschlichen Leben inhärent ist und so einen normativen Anspruch formuliert. Die Würde ist an keine Bedingungen wie Voraussetzungen geknüpft, gilt also unbeding und ist unverlierbar – und dies auch im Kontext des Pflegeheims. So weit geht die normativ-ethische Setzung. Diese Unabdingbarkeit von Würde muss aber keineswegs mit ebenso uneingeschränkter praktischer Umsetzung

⁴² Auch Franz-Josef Bormann weist in seinem Sondervotum zur Stellungnahme „Hilfe durch Zwang“ neben der unsaubereren Trennung zwischen der juristischen und ethischen Perspektive, die idealisierend der Pluralität verschiedener moralphilosophischer Positionen und Traditionen nicht gerecht werden kann, auf die je individuell im Pflegekontext zu treffenden moralischen Entscheidungen hin. Er warnt davor, anhand der dualistischen Unterscheidung von weichem und hartem Paternalismus, aus begrifflichen Vorentscheidungen ein moralisches Urteil bilden zu wollen. Es gilt, jeden Einzelfall individuell und argumentativ separat moralisch zu betrachten und zu beurteilen. Allein dann sind sowohl Autonomie als auch Würde des Individuums adäquat im Pflegeheim abgebildet und gewährleistet.

⁴³ Genau das geht verloren, was den Menschen zu einem verantwortlichen Wesen gemacht hat. Selbstbestimmung geht verloren, die eng verknüpft ist mit der personalen Würde. Gerhardts Kritik, dass die Stellungnahme „Demenz und Selbstbestimmung“ auf dieses ethische Problem nicht eingeht, lässt sich sinnbildlich mit einer der Kernempfehlungen der Stellungnahme zum Ausdruck bringen: „Das allgemeine Ziel der Pflege, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen [...], sollte so präzisiert werden, dass die jeweils noch vorhandenen Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Menschen mit Demenz explizit eingeschlossen werden.“

einhergehen, wie die folgende Differenzierung zwischen inhärenter Menschenwürde und Handlungs- sowie Situationswürde deutlichen machen soll.

6.1.6 Handlungs- und Situationswürde

Auf dieser Grundlage orientiert sich die Forschungsarbeit in SeLeP an der Differenzierung von Heinz Rügger (2013), der zwischen „Handlungs- und Situationswürde“ unterscheidet. Neben der normativen, inhärenten Menschenwürde lässt sich eine Situations- und Handlungswürde, auch kontingente Würde, im Bereich des Pflegeheims einführen. Während die normative Menschenwürde eine Seinsbestimmung eines jeden Individuums ist, handelt es sich bei der Situations- und Handlungswürde um einen Gestaltungsauftrag, der abhängig vom je individuellen Tun, entscheidend für den würdevollen Umgang miteinander ist (Rügger 2013, S. 14ff). Unter Handlungswürde ist hierbei zu verstehen, dass die jeweilige Handlung die Menschenwürde respektiert. Situationswürde zeichnet sich dadurch aus, dass dem Bewohner eine Lebens- und Pflegesituation ermöglicht wird, die seiner Menschenwürde Respekt zollt (ebd., S. 17).

Festzuhalten bleibt, dass zum einen die Menschenwürde immer erhalten bleibt, die Umsetzung in individuelle Erfahrung in Form der Handlungswürde/Situationswürde aber immer eingebunden ist in interaktive Praxis und Organisation (im Pflegeheim) (Rügger 2013, S. 18).

6.2 Autonomie, Selbstbestimmung und Würde aus soziologischer Perspektive

Ausgehend von der ethischen Perspektive werden nun die wichtigsten Dimensionierungen der bisher erläuterten Begriffe auch für die soziologische Betrachtung noch weiter fruchtbar gemacht.

6.2.1 Relationale Autonomie

Der soziologische Blick fokussiert – entlang des Konzepts der relationalen Autonomie – vor allem die Muster der interaktiven und ggf. (empirisch erkennbaren) organisationstypischen Herstellung, Sicherung (oder auch Vernachlässigung) von Autonomie als subjektive Erfahrung. Autonomie wird somit als empirische Tatsache verstanden, d.h. als erst durch Handeln und Zuschreibungen herzustellende Erfahrung, die auf soziale Beziehungen und eine bestimmte institutionell-organisationale Umgebung, welche auf die Ermöglichung von Autonomie als erfahrbare Wirklichkeit ausgerichtet wird, angewiesen ist. Um die Selbst- und Fremdzuschreibung von Autonomie also ‚wirklich‘ (d.h.: handlungswirksam) werden zu lassen und damit die oben unter personaler Autonomie gefassten Fähigkeiten des Einzelnen zu Autonomie und Willensbildung in eine Form der subjektiven und sozialen Wirklichkeitsgestaltung (als Erfahrung und Situationsgestaltung im Sinne von Selbstbestimmung) zu übersetzen, ist neben der kulturellen Rahmung und entsprechenden Situationsdefinition immer auch die soziale und materiale Umgebung, in der ein als autonom adressiertes Subjekt lebt, mit einzubeziehen.

Ausgehend von diesem Verständnis von relationaler und personaler Autonomie nimmt die Soziologie daher insbesondere die sozialen Beziehungen im Pflegeheim als Interaktionsgefüge in den Blick. Zuschreibungen, Verhaltensweisen und Beziehungsgestaltung durch die Pflegekräfte stehen hier im Zentrum des Interesses. Zugleich wird neben der Organisationskultur des Pflegeheimes hinsichtlich der Achtung/Beachtung von Willensäußerungen der Bewohner (im

Sinne ihrer Rahmung von Würde, Autonomie und Selbstbestimmung) auch die materiale wie situative Umwelt des Pflegeheims als konstitutive Bedingung für die Sicherung von Autonomie und Herstellung von Selbstbestimmung betrachtet. Welche Möglichkeiten der Willensbildung, der Alltagsgestaltung nach dem Willen der Bewohner oder der eigenständigen Betätigung gibt es im Pflegeheim? Ein solches Verständnis ermöglicht es, erfahrbare, weil alltagspraktisch gelebte Selbstbestimmung in ihren interaktionalen, praktischen Vollzügen zu betrachten und im Zuge ihrer intersubjektiven Herstellung als empirisch zu rekonstruierenden Gegenstand zugänglich zu machen (Stadelbacher 2017, S. 75), sodass hier auch das Konzept der Selbstbestimmung fern seiner begrifflich-theoretischen Verengung auf das einzelne (selbstbestimmt handelnde) Subjekt, durch eine systematische Einbeziehung der „selbstbestimmten Praxis“ ermöglichenden und verhindernden Handlungskontexte erweitert werden kann.

Vor diesem Hintergrund ist zudem eine Erweiterung der relationalen Autonomie um eine soziale Dimension der Autonomie der Anderen vorzunehmen. Für den im Projekt betrachteten institutionellen Rahmen, das Pflegeheim als ‚Zwitterinstitution‘ (Goffman 1981, S. 23) im Sinne eines Doppelcharakters aus öffentlicher Versorgungsinstitution und zugleich quasi-privater Lebenswelt in Form des ‚letzten Zuhauses‘, ist immer auch das Verhältnis der Autonomie des (Bewohner-)Subjekts zu den institutionell-organisationalen Strukturen mit ihren je eigenen Logiken und Prozessen sowie auch zur Autonomie anderer (Bewohner-/Pflegekraft-)Subjekte und zuletzt auch des Bewohnerkollektivs bedeutend.

6.2.2 Selbstbestimmung als beobachtbarer Ausdruck von hergestellter Entscheidungs- und Handlungsautonomie

Die für eine ethische Perspektive relevante Unterscheidung zwischen innerer Freiheit (Willensbildung) versus äußere Freiheit (Umsetzung in Handeln, auch das Handeln anderer) ist auch forschungsleitend für die Soziologie. Sowohl die Willensbildung als auch die Umsetzung des Willens in eigenes und fremdes Handeln, das diesem Willen Aus- und Nachdruck erteilt, ist immer eingebunden in den sozio-kulturellen Kontext, d.h. die Bedingungen der Willensbildung und -äußerung, die als Optionen verfügbar erscheinenden Möglichkeiten aus Sicht des betreffenden Subjekts bis hin zur Anerkennung des Willens in Form von darauf bezogenem Handeln Anderer als erfahrbare und damit ‚wirklich‘ werdende Freiheit des ‚wollenden‘ Subjekts.

So gesehen wird auch für eine soziologische Perspektive Selbstbestimmung zu einem (empirisch beobachtbaren) Ausdruck von im Interaktionsgeschehen hergestellter, ermöglichter Autonomie, die analytisch zwischen Entscheidungs- und Handlungsautonomie unterteilt werden kann. Ist der inneren Freiheit (Willensbildung) mehr die Entscheidungsautonomie zuzuordnen, so führt die äußere Freiheit durch den Begriff der Handlungsfreiheit auf die Handlungsautonomie über. Unter Entscheidungsautonomie werden folglich Prozesse der Willensbildung verstanden, die im Sinne eines praktischen Handelns die eigenen Ordnungsvorstellungen und Normierungen des Handelns hervorbringen und durch Relevanzsetzungen strukturieren. Hierbei ist ebenfalls das relationale Moment hervorzuheben, da einerseits jene Willensbildung wiederum von den jeweiligen sozialen Bezügen, Präferenzen, sozialen Beziehungen, etc. strukturiert wird und andererseits für die Willenskommunikation mitunter ein Gegenüber von Nöten ist, dem dieser Wille kommuniziert werden kann und der vor allem auch den Willen als für sich

handlungsrelevant erachtet und so Autonomie wirklich und erfahrbar macht. Die Objektivation bzw. materiale Manifestation eines wahrgenommenen und als relevant erachteten Willens kann dann in Form von materiellen Dingen wie einer Patientenverfügung oder in Form sozialer Handlungen erfolgen.

Unter Handlungsautonomie soll die selbstständige oder assistierte handlungspraktische Umsetzung des gebildeten und kommunizierten Willens verstanden werden. Hierbei steht die Selbsttätigkeit des Einzelnen im Vordergrund und hebt den aktionalen Aspekt der Autonomie hervor, ohne den relationalen Moment zu verlieren, da auch die Handlungsautonomie durch materielle Dinge (z.B. mobilitätsbezogene Hilfen) oder in der Interaktion und Kommunikation mit anderen Personen unterstützt werden kann.

Auf Freiheit (im obigen Sinne) gründende Autonomie und Selbstbestimmung stellen im Kontext des hier gezeichneten Verständnisses handlungsbezogene Begriffe dar, die auf Selbst- und Umweltverhältnisse der betreffenden Subjekte, soziale Beziehungen und institutionell-organisatorische Settings verweisen und jene souveränen Vorstellungen von subjektiver Selbstbestimmtheit im Alltag durch Handlungen erst verwirklichen und empirisch erfahrbar machen. So gesehen kann Selbstbestimmung als ein Konzept operationalisiert werden, das bereits auf konkrete, erfahrene Handlungsvollzüge durch spezifisch zueinander positionierte Subjekte verweist, während Autonomie diesen Vollzugszusammenhang rahmt und ihm gewissermaßen vorgelagert erscheint, indem sie auf die auf jeweiligen Selbst- und Umweltverhältnisse eben dieser Subjekte zielt. In der Verbindung von personaler und relationaler Autonomie aus soziologischer Perspektive allgemeiner formuliert: Selbstbestimmung (auch in Form bewusst gewählter Fremdbestimmung) gilt als beobachtbarer Ausdruck (konkretes Tun, Unterlassen) von personaler Autonomie des modernen Subjekts im Rahmen gegebener Machtrelationen, Herrschaftsverhältnisse und institutionell-organisationaler Rahmenbedingungen (strukturell, kulturell, material-räumlich).

Die empirische Perspektive auf immer schon relationale Autonomie, Selbstbestimmung und Würde ist verbunden mit der Frage nach den sozialen und institutionellen-organisationalen Bedingungen und Grenzen der Herstellung von Selbstbestimmung und Würde. Während die Herstellung eines würdevollen Lebens im Pflegeheim vor allem von Deutungs- und Erfahrungszuschreibungen abhängig ist, gilt es bei der Herstellung von Selbstbestimmung verschiedene Aspekte, die miteinander in Beziehung stehen, zu beachten: So ist individuelle Selbstbestimmung (was kann/will/soll der Einzelne selbst bestimmen) zum einen ins Verhältnis zur Organisation zu setzen (wie stehen organisationale Regeln, Bedingungen, Möglichkeiten im Verhältnis zum Anspruch und zur Durchsetzung individueller Selbstbestimmung) und zum anderen zum sozialen Kollektiv (wie stehen die Möglichkeiten und Grenzen der individuellen Selbstbestimmung im Verhältnis zum Kollektiv der Bewohner sowie der Mitarbeiter, wo werden Grenzen gesetzt).

6.2.3 Situations- und Handlungswürde

Analog zur begrifflichen Operationalisierung von Autonomie und Selbstbestimmung wird gleichsam der normative Überbau des Würdebegriffs aus soziologischer Perspektive hinsichtlich seiner empirisch erfassbaren, konkret herstellenden, sicherstellenden oder gefährdenden,

vernachlässigenden Bedingungen und Faktoren in den Blick genommen. Ausgangspunkt sind hier die normative Setzung und Zuschreibung inhärenter Würde als Menschenwürde, die aber erst in ihren empirisch erfassbaren, praktischen Ausbuchstabierungen wirksam werden.

Dabei erscheint vor allem die oben genannte Unterscheidung zwischen Handlungs- und Situationswürde von Rüegger für empirische Forschung anschlussfähig. Situations- und Handlungswürde werden hier als aufeinander verweisendes, kontingentes soziales Konstrukt eingeführt, das als Effekt von auf bestimmte Weise definierten und entsprechend ausgestalteten Situationen und Handlungen verstanden wird. Der hierbei formulierte, gleichwohl normativ zu verstehende empirische Gestaltungsauftrag, um Würde sicherzustellen und erfahrbar zu machen, liegt ebenfalls auf der sozialen Beziehungs- sowie und in Erweiterung dazu auf der kulturellen, strukturellen, materialen und prozessualen Organisationsebene.

Handlungs- und Situationswürde wird hierbei als ein permanent herzustellendes Konstrukt verstanden, dessen Stabilität ganz wesentlich auf sozialen Anerkennungsprozesse innerhalb von Interaktionen beruht und das insofern auf Grund seiner Fragilität bzw. Unabgeschlossenheit immer bereits die Möglichkeit einer Störung bzw. Verletzung impliziert (Mead 2008). Wichtig erscheint aus soziologischer Perspektive, dass dies nicht nur in Kommunikation und Interaktion (bspw. Pflegepraxis) erfolgt, sondern auch materiale und organisationskulturelle wie -strukturelle Bedingungen mit einzubeziehen sind, die diese Kommunikations- und Interaktionspraxis rahmen.

6.3 Analyseraster: Selbstbestimmung gerahmt durch relationale und personale Autonomie – Situations- und Handlungswürde gerahmt durch inhärente Würde

Auf Basis der vorherigen begrifflich-konzeptionellen Ausführungen stehen im Projekt folgende Aspekte im Zentrum des Forschungsinteresses. (1) Das Verhältnis von relationaler und personaler Autonomie sowie Selbstbestimmung: Für das Pflegeheim wird von ethischer wie soziologischer Sicht auf personale Autonomie, die immer schon auf relationaler Autonomie basiert, abgehoben. (2) Die empirische Übersetzung der Maxime einer jedem Menschen inhärenten Würde in Form von herstellbarer und erfahrbarer Situations- und Handlungswürde.

Davon ausgehend werden Fragen nach den *normativen* Voraussetzungen sowie den *empirischen* Bedingungen und Ausgestaltungen von Selbstbestimmung als (interaktiv-)praktische Umsetzung von Autonomie sowie von Würde als konkrete subjektive Erfahrung in den Blick genommen. Dafür wird die Praxis im Pflegeheimalltag aus verschiedenen Perspektiven untersucht.

Institutionell-organisationale Rahmenbedingungen:

Wie werden Selbstbestimmung und Würde inhaltlich bestimmt? Wie werden allgemeine normative Vorgaben organisationskulturell und -strukturell umgesetzt?

Organisationskultur:

- implizite Alltagstheorien, Konzepte und Ideale;
- explizite Selbstbeschreibungen, Leitbilder, Leitlinien;
- Zusammenhang mit Führungsverständnis und -qualifikation.

Organisationsstruktur:

- auf Dauer gestellte Interaktionsgefüge (z.B. Fallkonferenzen, ethisches Konsil, Informationsweitergabe);
- würdevoller Umgang mit den Mitarbeitern (z.B. in Pausenzeiten, Urlaub, Dienstplangestaltung).

Materialität:

- (materialisierte) Konzepte zur Anordnung von Räumen und zum Einsatz von Dingen (Pflege-, private Dinge);
- Möglichkeiten zur Gestaltung von Räumlichkeiten, Zugänglichkeit zu Räumen und Dingen;
- Orte für Privatsphäre, Orte des Abschiednehmens, Rückzugsmöglichkeiten für Pflegekräfte, Verfügbarkeit über (private) Dinge etc.

Praxis der Her- und Sicherstellung von Autonomie, Selbstbestimmung und Würde:

Wie werden die normativen Vorgaben zu Würde und Autonomie in Handeln und Erfahrung umgesetzt – sowohl für die Bewohner*innen als auch für die Pflegekräfte und An-/Zugehörigen? Welche Strategien, Routinen, Praxismuster finden sich im Pflegeheimalltag? Welche Hürden, Hemmnisse und Grenzen gibt es in der Praxis? Welche Lösungsmöglichkeiten und fördernden Bedingungen lassen sich benennen?

Handlungsrelevantes Wissen aus Sicht der beteiligten Akteur*innen:

- verschiedene Formen von handlungsrelevantem Wissen;
- Quellen von handlungsrelevantem Wissen (organisatorisch vermitteltes Wissen, subjektives Erfahrungswissen).

Handlungs- und Interaktionsprozesse der Akteur*innen:

- (Aus-)Gestaltung und praktische Umsetzung der Pflege- und Betreuungspraxis;
- Selbst- und Fremdverhältnisse; Beziehungen zwischen Bewohner*innen und Pflegekräften, Pflegekräften und An-/Zugehörigen, An-/Zugehörigen und Bewohner*innen sowie Bezug auf weitere relevante Akteur*innen (Mitarbeiter*innen in der Sozialen Betreuung, Ehrenamtliche, gesetzliche Betreuer*innen etc.);
- Machtkonstellationen und Machtprozesse vor dem Hintergrund einer in Fürsorgebeziehungen konstitutiv eingeschriebenen Asymmetrie; Definitionsmacht, Motivationsmacht, Handlungsmacht (manifestiert in Weisungsbefugnissen, Partizipationsräumen etc.);
- Konflikte bei der Herstellung von Selbstbestimmung und Würde (An-/Aberkennungskonflikte, Umsetzungskonflikte, Deutungskonflikte), Verhältnis von Fürsorge und Autonomie (Konzept des ‚wohltätigen Zwangs‘).

Zusammengefasst werden in SeLeP somit Autonomie, Selbstbestimmung und Würde auf allen relevanten Analyseebenen der Praxis im Pflegeheim in den Blick genommen: Auf der Mesoebene die normativen Setzungen von Würde bzw. Vorstellungen von Autonomie, Selbstbestimmung und Würde sowie deren organisationale (kulturelle und strukturelle) Bedingungen und materiale Umsetzungen; auf der Mikroebene deren praktische Umsetzung in

interaktionalem Handeln (Pflege- und Fürsorgehandeln) sowie der konkreten Beziehungsgestaltung unter den relevanten Akteur*innen.

Das konzeptionelle Verständnis der relevanten Begriffe, die interdisziplinäre Verschränkung sowie die daraus abgeleiteten Forschungsblickrichtungen werden in der folgenden Darstellung zusammenfassend dargestellt (vgl. Abbildung 4).

SeLeP-Begriffstableau: Würde, Freiheit, Autonomie, Selbstbestimmung

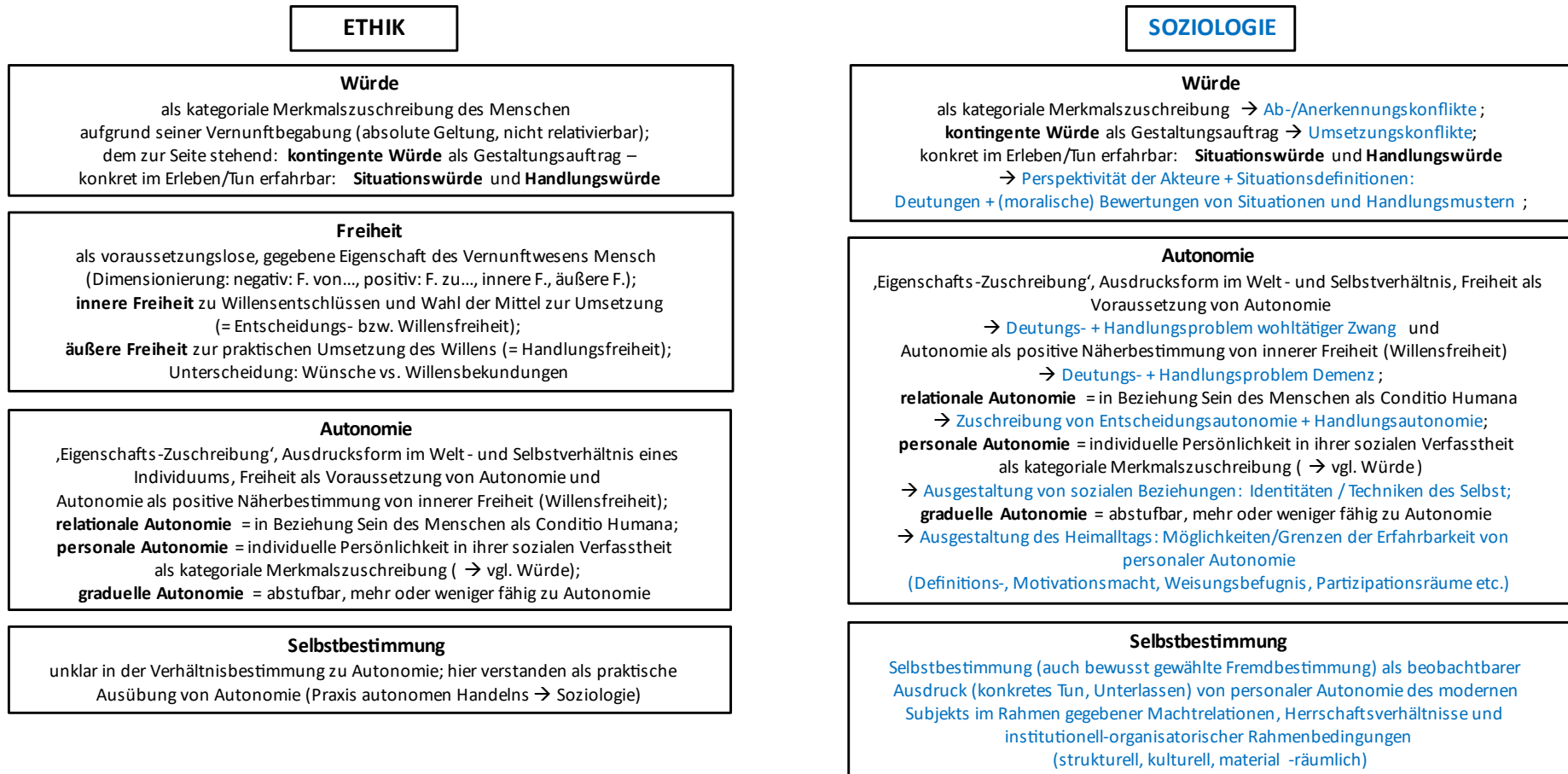


Abbildung 4: SeLeP Begriffstableau

7 Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim – Befunde aus den Fallstudien und den quantitativen Erhebungen entlang ausgewählter Themenbereiche

Kapitel 7 versammelt gebündelt die Ergebnisse aus der Empirie (vgl. zur Methodik Kapitel 2.3.1 sowie bei Interesse ggf. die ausführlichen Hinweise im Anhang). Dabei eröffnen zunächst die Erträge aus den multiperspektivischen und multizentrischen qualitativen Fallstudien (drei vor und vier während Covid-19) einen Blick in die alltägliche Praxis vor Ort in Pflegeeinrichtungen (*Kapitel 7.1*). Es wird erfasst, was aus Sicht der Bewohner*innen und des Personals wesentliche Aspekte eines selbstbestimmten und würdevollen Lebens sind und wie die Entfaltung dieser Aspekte in der Praxis situativ ermöglicht oder eingeschränkt bzw. gar verhindert wird. *Kapitel 7.2* rückt die Wahrnehmung von Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen ins Zentrum, die mit Hilfe eines standardisierten Online-Fragebogens erhoben und multivariat ausgewertet wurde (N=1.218). *Kapitel 7.3* ergänzt im Rahmen einer quantitativen persönlich-mündlichen Befragung die Erfahrungen von An-/Zugehörigen, die häufig(er) Besuche im Pflegeheim tätigen: Was schildern sie, wie mit ihren An-/Zugehörigen im Pflegeheim umgegangen wird? Wie beurteilen sie die Chancen auf ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben dort?

7.1 Zentrale Befunde aus den qualitativen Fallstudien (AP3/1)

Der empirische Fokus von Kapitel 7.1 richtet sich auf den Alltag im Pflegeheim, der zunächst aus der Perspektive der Bewohner*innen erfasst und dargestellt wird (Kapitel 7.1.1). So wird deutlich, dass die Bewohner*innen unterschiedliche Erwartungen und Ansprüche an ihr Leben im Pflegeheim stellen, die in der alltäglichen Pflegepraxis mithin zu einer Reihe von Problemen führen (können). Solche ‚kleinen Alltagskonflikte‘ erweisen sich aus Sicht der beteiligten Akteur*innen gerade deshalb als selbstbestimmungs- und würderelevant, weil es um die Gestaltung des je eigenen Alltags geht. Kapitel 7.1.2 schlüsselt mit Hilfe eines analytischen Mehr-Ebenen-Modells diese in der Praxis auftretenden Konflikte typologisierend aus unterschiedlichen Perspektiven auf (Bewohner*innen, Pflege- und Betreuungskräfte, An-/Zugehörige, Ehrenamtliche). Hierdurch werden sie einer reflexiven Bearbeitung zugänglich gemacht, indem besser nachvollzogen werden kann, woher Konflikte um Alltägliches kommen, wie sie entstehen und v.a. ob und wie sie gelöst werden können. In dem Zusammenhang werden unterschiedliche Interaktions- und Pflegemuster des Pflegepersonals relevant, die Kapitel 7.1.3 vorstellt. Denn wenn es um Würde und Selbstbestimmung im Alltag des Pflegeheims geht, ist die zentrale Interaktionsachse die zwischen Bewohner*innen und Pflegekräften: Es sind vor allem die Pflegekräfte, die den unterschiedlichen Ansprüchen und Wünschen bzw. dem (mutmaßlichen) Willen der Bewohner*innen durch ihre Handlungen unterstützend Geltung verschaffen, wobei je nach Bedürfnislage der Bewohner*in flexibel agiert werden muss.

7.1.1 Ausschlaggebende Unterschiede zwischen Pflegeheimbewohner*innen

Als erster wesentlicher Befund aus den Fallstudien ist festzuhalten, dass *eine systematische Differenzierung zwischen unterschiedlichen Bewohner*innen* von Pflegeheimen erforderlich ist, um die Frage nach den praktischen Möglichkeiten und Grenzen für den engen Konnex von Selbstbestimmung und Würde im Kontext von schwerer Pflegebedürftigkeit und Hochaltrigkeit

empirisch zu erhellen. Hierzu wurden die im Rahmen der Fallstudien interviewten 25 Bewohner*innen auf Basis ihrer individuellen Lebensgeschichten in einem ersten Schritt entlang der Dimensionen des *mental*en sowie *körperlichen Gesundheits-/Krankheitszustands* unterschieden (vgl. Abbildung 5; zur Konzeption des Rasters Bourdieu 1979/82):

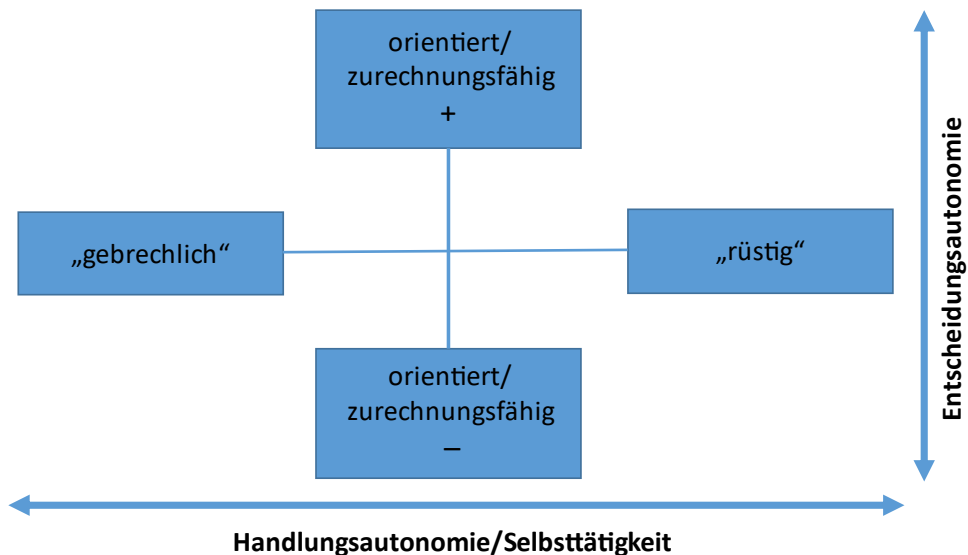


Abbildung 5: Der Autonomie-Raum des Pflegeheims und seine Dimensionen

Je nachdem, auf welcher Seite der so konstruierten Vier-Felder-Tafel ein*e Bewohner*in zu einem bestimmten Zeitpunkt (also z.B. je nach Tagesverfassung oder ‚Trajectory‘⁴⁴) *objektiv* zu verorten ist, konstellieren sich – in Anlehnung an seine*ihre körperliche ‚Fitness‘ und den Grad der kognitiven Orientierung – jeweils spezifische Möglichkeiten, Ansprüche und Förderbedingungen, aber auch ‚Hürden‘ für die individuelle Inanspruchnahme von Autonomie einerseits und die organisationale Ermöglichung von Autonomie andererseits. Dabei ist Autonomie (sowohl bei den sog. „kleinen Ethiken“ des Alltags, als auch den „großen Fragen“ am Lebensende) analytisch entlang der in Kapitel 6 skizzierten Dimensionen der *Entscheidungsautonomie/Selbstbestimmung* (verstanden als Prozess der Willensbildung und Willenskommunikation) und der *Handlungsautonomie/Selbsttätigkeit* (verstanden als die selbstständige oder unterstützte handlungspraktische Umsetzung des gebildeten und kommunizierten Willens) zu

⁴⁴ Das Konzept der Trajectory, das aus Anselm Strauss und Barney Glasers Studie „Time for Dying“ (1968) stammt, „has provided a theoretical framework for several publications that dealt with the complicated relationship between the development of an illness and the various types of work done to ‚manage‘ that illness“ (Riemann/Schutze 1991, S. 333). It helps „understanding and analyzing how dying, pain, chronic illness, and illness in general are perceived and handled by staff members, relatives, and patients, how they become an object of work and require a sophisticated organization of work“ (ebd.). Im Rahmen von SeLeP dient es dazu, analytisch im Blick zu behalten, dass Bewohner*innen von Pflegeheimen schwankenden ‚Verlaufskurven‘ in ihren Gesundheits- und Krankheitszuständen unterliegen, denen sich die Art der Adressierung zur Ermöglichung von Selbstbestimmung und Würde flexibel anpassen muss. Grundsätzlich werden für das Leben im Heim auch Verlaufskurven in beide Richtungen, einer Verschlechterung und einer Verbesserung des Gesundheits-/Krankheitszustands der Bewohner*innen berichtet.

differenzieren. Bei Letzterem ist auch die Rolle von Materialitäten (z.B. im Sinne von ‚Pflegerdingen‘ wie Liegendrollstühlen, Rollstühlen, E-Scootern, Rollatoren oder Gehstöcken) mit zu berücksichtigen, die dazu beitragen können, die Mobilität der Bewohner*innen über ihr Bett bzw. ihr Zimmer hinaus zu erweitern/aufrechtzuerhalten, was in einigen Fällen die durch die körperliche Pflegebedürftigkeit eingeschränkten Gestaltungsspielräume deutlich vergrößert:

„Ich fahre mit dem Elektroroller, E-Scooter, mit dem E-Scooter fahre ich dahin. (I: Echt? Das schaffen Sie?) Fahre ich selber, das fahre ich selber. Ich fahre auch selber zum Großmarkt und habe auch da mein (unv.). Und Überweisungen und mache ich alles, alles. [...] Mit dem E-Scooter geht astrein. Ist wunderbar, man setzt sich drauf und fährt damit, ja, wunderbar. Komme ich überall mit in die Geschäfte rein und raus und mit dem, da kann ich auch Bürgersteige fahren und da habe ich keine Probleme mit. (I: Da sind Sie noch richtig mobil auch.) Ja, bin ich auch. Nur eben ich brauche meinen Rollator. [...] Den habe ich immer mit, ja. [...] Ist ein Hilfsmittel, wunderbares Hilfsmittel. Doch, doch, geht gar nicht ohne. [...] Ich kann auch nicht laufen ohne Rollator. Das Gleichgewicht ist kaputt. Und kann man nicht ändern, ist nun mal so“ (Bewohner, Fallstudie 01).

„Ich gehe gerne mal raus an die frische Luft. Ich muss einfach auch mal frische Luft haben. [...] Ja, aber das klappt an sich ganz gut und wenn ich den Rollator nicht hätte, könnte ich es nicht. Ich bin auch schon leicht wackelig“ (Bewohnerin, Fallstudie 02).

Doch weder der mentale noch der körperliche Gesundheits-/Krankheitszustand kann für sich allein die seitens der Bewohner*innen *subjektiv* für-wahr-genommene Entscheidungs- und Handlungsautonomie erklären, weswegen mehr Mobilität auch nicht automatisch zu mehr Selbsttätigkeit führt und nicht alle orientierten Personen per se schon in die Gruppe derer zählen, deren erlebte Selbstbestimmung *in einer Gesamteinschätzung ihrer Situation* als hoch einzustufen ist. Unter den Bewohner*innen finden sich demnach welche, die von viel erlebter Autonomie berichten, welche mit eher wenig erlebter Autonomie und solche, die ihr Autonomieerleben als ambivalent einschätzen.

Die ambivalente Gesamteinschätzung rührt bei den befragten Bewohner*innen daher, dass sie trotz aller konstatierten Möglichkeiten und Freiheiten, die ihnen das Pflegeheimleben zum Zeitpunkt der Gespräche durchaus bietet, auch die institutionellen Zwänge⁴⁵, die sich aus dem Leben in einer „totalen Institution“ (Goffman 1981) ergeben, immer wieder spüren. Ein Bewohner ‚eckt‘ bspw. bei der Verwirklichung seiner individuellen Wünsche und Vorstellungen beim Personal immer wieder an, andere müssen sich in ihrem Alltag mit den sich aus dem Betreiben einer Organisation ergebenden spezifischen Zeitkorridoren arrangieren, manche vermissen ihre alte Heimat, das alte Zuhause aufgrund der damit verbundenen schönen Erinnerungen nach wie vor sehr stark:

⁴⁵ In Anlehnung an Erving Goffman rekuriert der Terminus des institutionellen Zwangs auf das allgemeine Wesens-Merkmal „totaler Institutionen“. Denn diese nutzen eine Vielzahl unterschiedlicher Regulierungsweisen zur „Menschenführung“ (Goffman 1981, S. 25), von denen sich jede implizit oder explizit auch auf das Leben der jeweiligen „Insassen“ auswirkt, entwickeln sich hierdurch doch institutionelle Zwänge, mit denen entsprechend umgegangen werden muss. Beispiele für das Pflegeheim sind etwa die jeweiligen Heim- bzw. Hausregeln, das Arrangement mit ‚fremden‘ Mitbewohnern, der organisationale Arbeitsablauf, der den individuellen Spielräumen notwendigerweise Grenzen setzt, die Architektur der Einrichtung mit ihren begrenzten Laufwegen insbesondere, aber nicht nur für Menschen mit Demenz... Insofern ist der Begriff des institutionellen Zwangs nochmals umfassender zu verstehen als der Entwurf des „wohltätigen Zwangs“ durch den Deutschen Ethikrat (2018, S. 27-35).

„Und das, ich habe ja auch, wenn Sie so ein Leben alleine leben, mit Ihrem Mann und den Kindern, dann haben Sie ja so eine gewisse eingefahrene Art und die konnte ich ja hier nicht mehr ausleben. Und da hatte ich, ich bin oft hier angeeckt. [...] Ja, aber dann mit der Weile so lernt man sich dann kennen und der eine steckt zurück und der andere auch und das muss man manchmal und so läuft das“ (Bewohner, Fallstudie 01).

„Was bis heute lästig, aber unvermeidlich ist, dieses sehr straffe Tagesprogramm mit schon 12 Uhr Mittagessen, das geht gegen all meine persönlichen Gewohnheiten. Und schon sechs Uhr Abendbrot. Das geht genauso dagegen“ (Bewohner, Fallstudie 02).

„Also vorher war / hat man sich ganz frei gefühlt. Das fühlt man sich ja jetzt nicht mehr. Man gehört / Ich will nicht sagen, es ist ja kein geschlossenes Haus. Das ist es ja nicht und man kann ja seinen Alltag auch weitgehend selbst bestimmen. Wenn ich etwas nicht möchte, dann brauche ich das nicht. Aber es ist schon anders, als wenn man zu Hause wohnt und ganz, sich ganz frei fühlt. Schon anders. Es gibt Regeln, an die hält man sich, zum Beispiel die Mahlzeiten“ (Bewohnerin, Fallstudie 05).

„Da kann ich mich wohl erinnern. Mein lieber Schwan. Ja, ich bin ja ein *** [Name der Großstadt, aus der er stammt]. [...] war so ein Zweifamilienhaus. Also wir haben das alleine bewohnt. Ja, mit Garten. Und eine schöne Umgebung, am südöstlichen Stadtrand von ***, in der Nähe vom *** [Name eines Waldgebiets zur Naherholung]. Das ist eine große Forstanlage. Ich glaube, 30 Kilometer tief, gell? Und das war auch unser Freizeitgebiet da, gell? Mit dem Rad fahren und so. Ah, mei, ne? (unv.) wie gesagt, ich darf gar nicht dran denken. [...] Ich muss mich halt damit abfinden, ob ich will oder nicht. Entweder gehe ich nach *** [zurück in die Großstadt in sein Haus], dann bin ich aber dort auch alleine, ge, oder noch einsamer als hier“ (Bewohner, Fallstudie 03).

Sie alle schaffen es aber, sich an den meisten Tagen mit dem Leben im Pflegeheim zu arrangieren, indem sie *mit Hilfe einer „Reihe von Abwehrmanövern“* (Goffman 1981, S. 24) ihre Autonomie behaupten. Hierbei werden Fähigkeiten entwickelt bzw. angewandt, die es ermöglichen, eigene souveräne Vorstellungen, die auf die sinnhafte Ordnung der Um- bzw. Mitwelt zielen gegenüber den Ordnungspraktiken und Vorstellungen anderer durchzusetzen. Wie dabei mitunter vorgegangen wird, illustrieren exemplarisch die folgenden Handlungsstrategien:

- **Aneignung des Pflegeheimterritoriums:** „Und es ist so, ja, wir haben vielleicht auch so eine gute Beziehung hier zum Krankenhaus, äh zum, zu dem Pflegeheim, wir haben in unserem Grundstück einen Zaun, dass die beiden Grundstücke abgrenzt, wir kommen gleich dahinter. Und da hat uns das Krankenhaus eine Tür eingebaut, wir können also vom Grundstück in den Park sofort und das sind dann, in etwa fünf Minuten ist mein Mann hier“ (Bewohner, Fallstudie 01).
- **Nutzen von Ausweichmöglichkeiten:** „Ich darf mich selber nicht loben, aber im Grunde geht es mir gut, gesundheitlich. (I: Ja? Schön, ja) Und ich habe ja keinen Pflegegrad, oder sowas. [...] Ja, und ich fahre noch öfters nach *** [Name der Großstadt, aus der er stammt]. [...] Mit dem Zug, ja“ (Bewohner, Fallstudie 03).
- **Inanspruchnahme von Technik:** „Und inzwischen mache ich es halt so, ich gehe, meine Frau muss bis neun, viertel nach neun im Bett sein, das ist der Pflegeplan. Ich lasse mir dann bloß die Knöpfe aufmachen. Aber ich gehe dann auch ins Bett und lese dann halt im Bett noch auf meinem Smartphone. [...] Seit zweieinhalb Jahren glaube ich habe ich jetzt dieses Spielzeug da und das erleichtert auch manches. Ich bin jetzt auf dem Wege, mir noch ein Tablet zu kaufen, wo man auch ein bisschen mehr Platz drauf hat“ (Bewohner, Fallstudie 02).
- **Rückzug ins Private bzw. flexible Inanspruchnahme des Lebens in Gemeinschaft:** „Ja, das ist auch sehr schön hier, dass man nicht alles mitmachen muss. Verstehen Sie? Man muss

nicht alles, sondern frei / Ich habe heute meinetwegen mal so einen depressiven Tag und dann möchte ich alleine sein. Und heute vielleicht war mein Hochzeitstag oder was auch immer, Sterbetag von meinem Mann, dann bin ich alleine, dann mache ich mir die Tür hinter meinem Zimmer und bin alleine. Und das ist sehr, sehr schön, dass man auch mal alleine sein kann, wenn man möchte, ne? Aber wenn sie etwas länger hier sind, der Anfang, wie gesagt, ist schwer, diese Umstellung, aber wenn man länger hier ist, dann freut man sich, dass man auch ein oder zwei Menschen hat, mit denen man sich dann auch hier auf dem Flur trifft, man geht gemeinsam Essen und geht gemeinsam / Im Sommer haben wir einen schönen Park, ist ein bisschen überbetrieben, aber so ein Grünbereich um unser Pflegeheim, wo wir dann zusammen sitzen, wo wir auch draußen dann uns treffen und gemeinsam miteinander reden können“ (Bewohnerin, Fallstudie 06).

Anders ergeht es hier denjenigen, die nach eigener Auskunft wenig Autonomie erfahren. Das Pflegeheim entfaltet in ihrer Wahrnehmung aus unterschiedlichen Gründen (z.B. dem Gefühl des ‚Eingesperrt-Seins‘) einen mehr oder weniger allumfassenden ‚Zwangsscharakter‘, dem sie kaum etwas entgegen zu setzen haben und der ihre erlebte Selbstbestimmung in beiden konstitutiven Dimensionen (Entscheidungs- und Handlungsautonomie) gegen Null tendieren lässt:

„Ja, Sie haben ein ganzes Haus gehabt, haben zig Zimmer gehabt und plötzlich haben Sie nur ein Zimmer. Ne? Da sind Sie irgendwo ein bisschen eingeschränkt oder eingesperrt, sagen wir mal, ne? Ist nicht im Allgemeinen so gedacht, sondern (I: Fühlt man einfach, ja.) es ist weniger. Man kann nicht mehr in jedes Zimmer reingehen. Und wenn irgendwie Regenwetter oder so war, dann ist man dann schon mal Treppe hochgelaufen, hat da schon mal reingeguckt oder so, ne? Und hatte Beschäftigung irgendwie. Und jetzt hat man nur noch das eine Zimmer, ne, und eben den Aufenthaltsraum, wo wir zum Essen sind. Und dann ist das ja Feierabend, ne? Oder man hat so, dass Betreuer da sind eine Stunde, ne, und dann ist ja wieder Feierabend. Nicht? Und das ist es eben. [...] Ja, ich habe mich einfach damit abgefunden nachher, ne. Dass es eben nicht anders ist und ich muss mich daran gewöhnen. Ne? Ja. Aber jetzt macht mir das alles nichts mehr. Ja. Aber nun ja, man gewöhnt sich an alles. Wie heißt das so schön? Der Mensch ist ein Gewohnheitstier. Ich ärgere mich nicht mehr großartig darüber, weil es hat sowieso keinen Sinn, und deswegen macht man das auch schon nicht mehr, ne? Dann übersieht man das. Ne? Nein. Dafür die Nerven hinzuwerfen, das lohnt nicht. Ne? Da muss man ziemlich viel zurückstecken und da klappt das auch“ (Bewohner, Fallstudie 01).

„Das hat gepasst, allein habe ich nicht mehr sein können und ich habe niemanden gehabt, der auf mich aufpasst, ne? [...] Wünschen tue ich, dass bald aus ist mit mir. Weil das Sitzen immer nur, das ist kein Leben. [...] Das Einzige, dass es schnell geht, das wünsche ich mir. Aber sonst habe ich eigentlich keinen Wunsch“ (Bewohnerin, Fallstudie 03).

Ausgehend von der Beobachtung, dass für so gut wie alle befragten Bewohner*innen gilt, dass sie nicht ‚aus freien Stücken‘ ins Pflegeheim kamen, sondern die Entscheidung zu einem Wechsel von der häuslichen Vertrautheit in das Ungewisse einer pflegerischen Institution unausweichlich geknüpft war an den Umstand der eigenen Pflege- und Hilfebedürftigkeit bei der Alltagsgestaltung, stellt sich für SeLeP die Frage, wieso es – unabhängig vom Pflegegrad – den einen besser und den anderen weniger gut gelingt, sich mit dem Umstand zu arrangieren. Daher ist in einem zweiten Schritt zu prüfen, über welche Ähnlichkeiten respektive Unterschiede die Bewohner*innen jenseits ihres Pflegegrads, der sich an den oben vorgestellten körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen im Alltag festmacht, verfügen. Finden sich bestimmte, als typisch zu charakterisierende Merkmale und (Handlungs-)Orientierungen, die mit systematisch unterschiedlichen Selbstpositionierungen hinsichtlich der Haltung zum Leben im Pflegeheim einhergehen?

a) Narrativ des Einzugs ins Pflegeheim

Von besonderer Relevanz erweist sich in dem Zusammenhang zunächst – ganz in Kongruenz mit den theoretischen Ausgangsüberlegungen (vgl. Kapitel 6) – die jeweilige retrospektive Deutung des Einzugs ins Pflegeheim. Denn dieser markiert für alle Bewohner*innen einen entscheidenden Statuswechsel, der die letzte Lebensphase einläutet und es erforderlich macht, sich mit Verlusten unterschiedlicher Art (z.B. von Körperfunktionen, des langjährigen Zuhauses, wichtigen Bezugspersonen) auseinanderzusetzen, die allesamt Aspekte der Entscheidungs- und Handlungsautonomie beeinträchtigen können.

*„Dann haben sie gesagt im Krankenhaus: ‚Wir können hier überhaupt nichts mehr mit Ihnen machen und Sie können zu Hause auch nicht sein. Sie können ja nicht mal alleine zur Toilette oder essen oder gar nichts. Sie kommen in die Kurzzeitpflege.‘ Ich bin also nicht gefragt worden. Zum Glück hatte meine Tochter mich hier in Heim ***, da wo ich wohne und meine Tochter auch, vor zwei Jahren schon hier angemeldet. Sonst hätte ich niemals einen Platz bekommen und es war zufällig ein Platz in einem Zwei-Zimmer frei und da bin ich dann reinkatapultiert worden, kann ich wohl so sagen. [...] So richtig hier reingeschossen worden“ (Bewohnerin, Fallstudie 05).*

Ob diese Verluste wirklich dazu führen, dass auch die subjektiv für-wahr-genommene Autonomie als eingeschränkt erfahren wird, hängt nicht zuletzt von den Umständen des Pflegeheim-einzugs ab, die entweder als eine zwar der Situation geschuldete, jedoch aus Einsicht selbst gesteuerte Notwendigkeit oder aber eher als relativ fremdbestimmte ‚Abschiebung‘ erlebt und dementsprechend eingeordnet werden.

Auf die Erfahrung einer ‚Abschiebung‘ aus den eigenen lebensweltlichen Bezügen in die Bezüge einer Organisation reagieren die Betroffenen in unseren Daten mit Resignation, Apathie und Gefühlen der Entwurzelung, die allesamt eng verwoben sind mit einer Handlungsstrategie des Abfindens mit den institutionellen Zwängen der Organisation Pflegeheim. Man ordnet sich ihnen unter, gibt nach und manchmal sogar auf, denn das gesamte Leben erscheint sinnentleert, beschränkt einzig auf den Zweck des Wartens auf das Eintreten des eigenen Lebensendes. In ‚abgeschwächter Form‘ führt ein als fremdbestimmt erlebter Pflegeheimeinzug zur stetig wiederkehrenden und (ohne Medikamenteneinsatz) nicht zu bewältigenden Trauer über den Verlust des alten Zuhauses, der alten Identität, des alten Lebens, die bloß die Hoffnung auf einen baldigen Umzug in einen anderen Lebenskontext mit größerer Nähe zum vertrauten Umfeld der einstigen Nachbarschaft oder Kirchengemeinde abzumildern vermag.

*„Ich bin hier reingebracht worden, weil ich zuhause nicht mehr mich pflegen konnte, wurde ich hier aufgenommen, ja, in diese Pflegestation. Das war der Grund. Also die Gemeinde in *** [Ortsname] (unv.) konnte mich nicht übernehmen zur Pflege und da wurde ich hier eingewiesen ins Alten- und Pflegeheim. Das ist ein Alten- und Pflegeheim. [...] Und da werde ich wahrscheinlich auch bleiben müssen. Es sei denn, also ich habe noch ein Antrag gestellt, weil ich meinen Wohnort, mein eigentlicher, also ich komme eigentlich aus *** [Ortsname] und da wäre es besser, ich wäre dichter an *** [Ortsname] dran, dass man mal bekannte Gesichter sieht. Also ich gehöre eigentlich zur Auferstehungsgemeinde in *** [Ortsname] und habe hier also wenig Bezugspunkte, sagen wir mal so.“ (Bewohner, Fallstudie 02).*

Dieser pessimistischen Sichtweise gegenüber stehen jene Bewohner, bei denen es gelingt, sich mit dem Pflegeheimleben pragmatisch zu arrangieren und in der neuen Lebenssituation (halbwegs) einzurichten. Dies ist bei all jenen der Fall, bei denen der Einzug entweder eine tatsächlich selbst initiierte, schon länger geplante und bewusst vorbereitete Handlung war oder denen es zumindest in der retrospektiven Betrachtung gelingt, den Einzug als für sich sinnvollen und rationalen Schritt zu interpretieren, obwohl der Handlungsimpetus faktisch bei ihnen bedeutsamen Anderen oder in den Händen medizinischer Expert*innen lag.

„Das war meine Nichte, die ist hier verheiratet in, ja, nicht in der Nähe, schon ein kleines Stück weg, ne? Und ich hätte ja bei uns auch wo hinkönnen, Richtung Stadt 1 und Stadt 2. Und dann sagte sie, immer fahren nach uns, das ist eine Strecke 84 Kilometer und da sagt sie: ‚Das kann ich nicht.‘ Sie hat ja auch Familie und das und da sagt sie dann: ‚Wenn wir dir hier was Schönes aussuchen, was hältst du davon?‘ Ich sage: ‚Macht, was ihr wollt.‘ Und ich bin gut aufgehoben hier. Und ich sage ja nochmals, es ist eine tolle Einrichtung und ich möchte nirgends woanders mehr hin“ (Bewohnerin, Fallstudie 04).

*„Nein, ich war hier nicht auf einer Liste, aber ich hatte das also auch schriftlich, dass nachher nicht heißt, sie haben mich abgeschoben oder was weiß ich, dass, nicht, dass die Kinder das. Ich habe gesagt: ‚Wenn ich zu Hause nicht mehr alleine zu Recht komme, möchte ich nach Heim ***, weil ich in Stadt 1 mehr Verbindung habe, als noch in Stadt 2, da sind die meisten ja schon gestorben, vor mir“ (Bewohnerin, Fallstudie 05).*

Parallel zur Dimension der zugeschriebenen eigenen Beteiligung am Entscheidungsfindungsprozess für das Pro und Contra eines Umzugs ins Pflegeheim existieren noch besondere Begleitumstände, welche die Umstellung auf das Pflegeheimleben deutlich erleichtern können.

Zu nennen ist hier zum einen der Einzug mit dem*r Ehepartner*in, der*die stärker pflegebedürftig ist als man selbst, weswegen man neben der Rolle des*r Bewohners*Bewohnerin v.a. auch noch die Rolle des*r pflegenden Angehörigen ausfüllt, was die Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz im Pflegeheim bereits vordefiniert und eine Selbstpositionierung innerhalb der Institution und der sozialen Beziehungen hervorbringt, die sich vom (passiv) Pflege- und Sorgeerhaltenden zu unterscheiden vermag:

„Also ganz am Anfang habe ich natürlich fürchterlich schlucken müssen. Jetzt bin ich gut dreieinhalb Jahre hier, man gewöhnt sich daran. Man kennt auch das Personal allmählich besser. Es wird dann etwas einfacher. Und mein Hauptproblem jetzt ist, da kann aber das Haus nichts dafür, das liegt an der Pflegebedürftigkeit meiner Frau. Ich komme eigentlich zu nichts. Ich würde ja liebend gerne mal wieder etwas lesen. Dazu habe ich einfach keine Zeit“ (Bewohner, Fallstudie 02).

„Also ich habe ein bisschen Verpflichtung gehabt, (gell?) Und na ja, aber mein Mann ist halt, (lächelt) hm, ja, ich bin oft mit ihm am Bett gesessen und habe gesagt: Wir haben ja alles. Ich habe aber gesagt: Man muss aus dieser Situation, das habe ich aber, wenn mich jemand gefragt hat, auch immer gesagt, das Beste machen. Weil, sonst tut man sich die Tage und die Zeit eigentlich selber kaputtmachen, gell?“ (Bewohnerin, Fallstudie 03).

„Ja, da habe ich mich mehr um meine Frau gekümmert. Mit der bin ich täglich im Rollstuhl sitzend da in der Gegend herumgefahren. Das war nachher, ja, unsere Nachmittagsaufgabe, weil selber hat sie ja nichts machen können. Sie ist im Rollstuhl gesessen und halbseitig gelähmt, vom Fuß bis rauf“ (Bewohner, Fallstudie 03).

Zum anderen spielt eine Rolle, ob ein*e Bewohner*in eine Verbindung zu dem Pflegeheim hat, die schon vor seinem Einzug bestand. Ist dies der Fall, bspw. durch eine vorangegangene ehrenamtliche oder erwerbsbedingte Tätigkeit im Kontext des Pflegeheims, wird der Beginn

des Lebens im Pflegeheim mitunter zur Rückkehr in ein zweites Zuhause, dessen Strukturen und Akteur*innen man (wiederer-)kennt.

*„Und in, ich kann nicht sagen, dass es mir in *** [Ortsname Heim Kurzzeitpflege] nicht so gut gefallen hat, das kann ich nicht mal sagen. Aber da mag es, denke ich jetzt gerade dran, das mag daran gelegen haben, da war ich fremder als hier, hier bin ich, mich kennt hier jeder und da kannte man eben mich nicht so“ (Bewohner, Fallstudie 01).*

„Ich kenne das hier alles so. Das ist mein Zuhause, ein zweites. [...] Ich wusste, dass ich hier komme, damals, wo ich hier gearbeitet habe. Ich habe damals so gesagt: ‚Wenn ich einmal alt bin und lebe, da sollt ihr wissen, ich bin hier‘. Und mit dem habe ich so gelebt“ (Bewohnerin, Fallstudie 01).

Der Einzug ins Pflegeheim fällt dementsprechend Paaren bzw. konkret: dem*r pflegenden Angehörigen im Paar tendenziell leichter als einzelnen Individuen, und einzelnen Individuen wird die Situation u.a. durch eine bereits unabhängig von der eigenen Pflegebedürftigkeit bestehende ‚Vorab-Bindung‘ zur Einrichtung erleichtert. ‚Alte‘ Vertraulichkeiten unterschiedlicher Art strukturieren demnach, sofern vorhanden, massiv das Erlebnis des Pflegeheimeinzugs als wesentlichem Ausgangspunkt für die Wahrnehmung von Selbstbestimmung und Würde vor. Sie erhalten Relevanz nicht zuletzt durch die Chance des Aufrechterhaltens einer Facette des ‚alten‘ Selbst.

b) Kontakte nach außen

Die Komponente des Aufrechterhaltens und Kontinuierens eines (‚alten‘) Selbst im Zusammenhang mit Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim verdeutlicht auch die Relevanz von Kontakten nach außen – sowohl ins Private, zu den An-/Zugehörigen, wie auch in den öffentlichen Raum, etwa zu Vereinen oder in die ehemalige Nachbarschaft. Diejenigen Bewohner*innen, die verhältnismäßig regelmäßig Besuch von ihren An-/Zugehörigen erhalten, die umgekehrt auch diese noch besuchen oder gemeinsam mit ihnen bzw. unter Umständen auch alleine Ausflüge in umliegende Cafés, Restaurants, Eisdielen oder Einkaufsläden unternehmen können, sind nicht ausschließlich auf die Rolle des*r Pflegeheimbewohners*Heimbewohnerin bzw. in der Terminologie Goffmans: auf die Rolle des „Insassen“ beschränkt (1981), sondern bleiben in weitere soziale Bezüge eingebunden, die ihnen Lebenssinn garantieren und die Erfahrung von Selbstbestimmung auf unterschiedlichen Ebenen ermöglichen.

„Mit dem Zug, ja. (I: Super, ja) Entweder, dass ich am Haus immer mal zwischendrin vorbeischaue wieder, oder ich gehe ein bisschen in der Altstadt spazieren und schaue, ob (die Leute?) in Ordnung sind. Ob zwischen Platz 1 und Platz 2 alles in Ordnung ist. Ja, da hängt halt meine Geburtsstadt dran (lacht)“ (Bewohner, Fallstudie 03).

*„Auch heute noch. Ich werde überall einbezogen und selbst die dritte Generation, der ganz Kleine, also, das ist alles schon / Die Tante *** bin ich in der ganzen Familie. (lacht) Und auch heute noch, in meinem Alter. Aber deshalb stelle ich auch immer noch abends, was ich hinter den Nachrichten noch was geboten wird, damit ich auch orientiert bin und auch mitreden kann, wenn irgendetwas, wie wir früher zusammensaßen, was jetzt im Augenblick auch nicht so / Ja, ein Mal. Vor kurzem war ich bei meiner Nichte auf der Terrasse draußen. [...] Zum Grillen. Das (unv.), das durfte ich dann. Und, wie gesagt, einmal bei meiner Großnichte. Da war auch von die Kleine, nach der Taufe. Da war ich zwei Mal, aber das war jetzt in letzter Zeit, da hatten die ja ein bisschen gelockert“ (Bewohnerin, Fallstudie 04).*

Zudem bieten sich über rege Kontakte nach außen Chancen, den institutionellen Vorgaben einer „totalen Institution“ (Goffman 1981) zeitweise zu entfliehen: ihrer Tages- und Wochenstruktur oder den Gemeinschaftsangeboten, an denen die Bewohner*innen zwar nicht teilnehmen müssen, zu denen sie aber immer wieder eingeladen werden und wo Präsenz oder Abwesenheit – abhängig von der Organisationsstruktur und -kultur – in einigen Fällen letzten Endes doch implizit sozial kontrolliert werden:

„Sie können, es wird Sie keiner irgendwie an etwas hindern, was Sie machen möchten, soweit es im Rahmen des Ganzen ist. [...] Man, ja, ich würde sagen, man dirigiert Sie nicht. Das ist nicht. Und ich habe meinem Mann aber schon oft gesagt: ‚Ich bin den ganzen Tag hier‘, was habe ich gesagt? ‚Nicht unter Kuratel, aber ich bin den ganzen Tag in einem Plan eingeplant und da darf man sich nicht unbedingt rausbewegen‘. [...] Die haben sehr viel an Angeboten. [...] Also jeder fühlt sich, Sie können den ganzen Tag hier durch das Haus beschäftigt sein, da sind Kegeln und da sind Gedächtnisdinge und dann sind Gymnastikdinge und, ach, ich weiß nicht, alles Mögliche. Vorlesung und Singen, wie gesagt, Sie können den ganzen Tag, sind Sie, wie nannte ich das? Ich hatte da einen besonderen Eindr., einen Ausdruck, ich komme jetzt nicht drauf, ist ja auch egal. Aber, und aber da können Sie sich natürlich, Sie fühlen sich verpflichtet, aber Sie müssen nicht“ (Bewohner, Fallstudie 01).

Wo der Kontakt nach außen nicht gegeben ist, weil entweder keine An-/Zugehörigen (mehr) vorhanden oder die Beziehungen zu ihnen weniger eng sind oder man für regelmäßige Besuche schlicht zu weit entfernt lebt, bleiben die Bewohner*innen – im Falle, dass sie selbst alleine kaum mehr mobil sind – ausschließlich auf die ‚Zwangs- und Zufallsgemeinschaft‘ des Pflegeheims angewiesen. Mithin also auf Menschen mit z.T. recht anderen/fremden Sozialisations-, Bildungs- und Berufshintergründen sowie von einem selbst abweichenden Interessen, Lebensplänen und Lebenszielen, was das geteilte Erleben von Gemeinschaftlichkeit und Anerkennung erschwert. Kontakte nach außen beschränken sich hier dann auf den Konsum von Medien, entweder in Form von Tageszeitungen oder insbesondere auch im Rahmen des Fernsehens, das teils durchaus den Stellenwert eines Sozialpartners einnehmen kann.

c) Kontakte nach innen

Kontakte nach innen, sprich innerhalb des Pflegeheimkontextes selbst, differenzieren sich in zwei unterschiedliche Kategorien: Einerseits die ‚künstlich‘ hergestellten Gemeinschafts- und Gruppenangebote im Rahmen der Beschäftigung durch die Soziale Betreuung/den Sozialen Dienst, die zwar Langeweile zerstreuen und bestehende Fähigkeiten (physisch und kognitiv) aufrechterhalten helfen können, sich aber (zumindest unter ‚normalen‘ Bedingungen; Stichwort: Covid-19-Pandemie) nur bedingt zum Erfahren von sozialer Nähe, Gemeinschaft und Anerkennung eignen (s. auch oben). Wichtiger hierfür sind die sich ‚natürlich‘ ergebenden Interaktionen, aus denen Beziehungen resultieren: Zur jeweiligen Bezugspflegekraft, zu den Mitarbeiter*innen des Sozialen Dienstes, zu seinen Tisch- oder Zimmernachbarn. Sich auf diese einzulassen bzw. sie aktiv herzustellen oder zu befördern, fällt Frauen oftmals leichter als Männern:

„Und na ja, aber mein Mann ist halt, (lächelt) hm, ja, ich bin oft mit ihm am Bett gesessen und habe gesagt: Wir haben ja alles. Ich habe aber gesagt: Man muss aus dieser Situation, das habe ich aber, wenn mich jemand gefragt hat, auch immer gesagt, das Beste machen. Weil, sonst tut man sich die Tage und die Zeit eigentlich selber kaputtmachen, gell? [...]

Vielleicht ist es auch für die Männer, was ich da immer so feststelle, nicht so leicht, gell, ne? Aber, tja, es / es ist / es ist halt so“ (Bewohnerin, Fallstudie 03).

„Ich versuche auch, dass man so in unserem Bereich eine schöne Gemeinschaft ist. Dass man sich versteht, dass der eine Rücksicht nimmt auf den anderen, denn jeder hat ja von uns was anderes. Und wir in unserer Etage, wir duzen uns eigentlich, obwohl dass die Älteste 95 wird und das. Wir sind ein ganz, ganz tolles Team und (I1: Ja, schön) das ist sehr, sehr schön“ (Bewohnerin, Fallstudie 04).

Generell und unabhängig vom Geschlecht aber trifft zu, dass es Menschen im Pflegeheim in der Regel eher schwerfällt, „sich innerhalb der Einrichtung ohne Unterstützung ein neues Umfeld aufzubauen und auf andere Menschen zuzugehen“ (Pfabigan 2016, S. 45f), was auch in unseren Daten deutlich wird:

„Auf der Etage und da hat man, da hat man Kontakt. Aber auch mehr oder weniger. Ich brauche so keinen Kontakt“ (Bewohner, Fallstudie 01).

„Also A) suche ich das nicht, das möchte ich auch nicht. Aber ich habe Kontakt zu den Leuten, mit denen ich am Tisch sitze und das reicht auch. Aber ich kenne andere oder ich weiß, wer das ist, ‚Guten Tag Frau Sowieso, Guten Tag Frau Sowieso, wie geht es Ihnen denn?‘ Was man dann so sagt. Aber das sind keine großen Kontakte“ (Bewohner, Fallstudie 01).

„Aber auch da, also auch da, wenn man da runtergeht, so richtig unterhalten tu ich mich manchmal mit den Betreuerinnen, wenn das ganz neue sind oder ehrenamtliche Betreuerinnen, die mal so einen ganz anderen Blickwinkel haben. Aber unter den Bewohnern ist da eigentlich auch wenig Kontakt, also das sind zum Teil auch halb-demente, also die können das auch gar nicht“ (Bewohner, Fallstudie 02).

Kontakt im Pflegeheim/ins Pflegeheim zu haben, ist für Bewohner*innen also nicht automatisch gleichzusetzen mit dem Zur-Verfügung-Stehen von vertrauensvollen, signifikanten Bindungen, auch wenn gesellige ‚Bekanntschaften‘ durchaus geschätzt werden:

„Also unsere Tischgemeinschaft, wir sitzen zu viert am Tisch und die eine, die würde ich noch nicht hochgradig dement bezeichnen, aber die erzählt immer das Gleiche und die andere, die sie mit mir noch am Tisch sitzt, die eine ist jetzt gerade verstorben. Die war nicht lange bei uns. Und ein Tischbewohner hat jetzt laufend immer mal gewechselt, weil verstorben, ne? Und die anderen drei, die wir so sind, wir verstehen uns ganz gut. Die neben mir sitzt, die sagt immer, sie bewundert mich, weil ich mir das immer anhöre, als ob es das erste Mal ist, dass ich das / Auch wenn es schon das 27. Mal ist. Das kenne ich aber ja noch aus meinem Beruf, ne? Das kann ich ganz gut wegstecken. Aber manchmal fehlt mir ein bisschen, na ja, da eine richtige Freundin oder ein Ansprechpartner oder wie auch immer, ne? Das fehlt manchmal schon ein bisschen“ (Bewohnerin, Fallstudie 05).

d) Gelebte Fürsorgebeziehungen innerhalb des Pflegeheimkontextes

Dennoch finden sich in unserem Sample durchaus Beispiele für Bewohner*innen, die innerhalb des Pflegeheimkontextes nicht nur intakte Kontakte nach innen pflegen, sondern sogar mehr oder weniger intensive Fürsorge-/Care-Beziehungen leben.

Solche Fürsorgebeziehungen ‚brechen‘ die für das Pflegeheim typische Erfahrung des auf-Hilfe-Angewiesenseins und permanenten Um- bzw. Versorgt-werdens durch das

Verantwortlich-Sein für einen anderen Menschen.⁴⁶ Dies vermittelt nicht nur Lebenssinn, sondern vertreibt auch Monotonie und Langeweile, es setzt dem ‚bloßen‘ Existieren etwas entgegen, nämlich die Erfahrung von individueller Nützlichkeit und Geselligkeit:

„Gut ein Jahr bin ich jetzt hier. Ja. Und ich habe erst bei Frau A gewohnt. Die wurde ja Tag und Nacht gepflegt. Die konnte gar nichts. Ich war ja vorhin wieder bei ihr. Habe ihr ein bisschen Schokolade vorbeigebracht, da freut sie sich. Und gehe ich fast jeden Tag immer zu ihr kurz“ (Bewohnerin, Fallstudie 02).

„Die [Zimmernachbarin] ist da dann draußen, und die kommt dann so um 4 herum kommt sie ins Bett wieder rein. Und sie spricht ja nicht mehr, ge, und sie schläft viel. Und ich tue halt bei Zeit dann das Fenster zu machen und die Heizung aufmachen, dass es nicht so kalt drin ist und das. Also da nehme ich schon Rücksicht, ge, dass das ein ungestörter Ablauf ist“ (Bewohnerin, Fallstudie 03).

„Und was ich hier ja auch mache, es werden ja manchmal welche rausgefahren, die können gar nichts mehr machen, die gucken nur. Und wenn man die mal so über den Arm streichelt, Sie glauben gar nicht, wie die Augen von denen dann strahlen. Und das ist so eine wichtige Aufgabe. Und auch mal sagen, wenn da Neue kommen oder so. [...] Wir haben einen wunderschönen Garten hier, einen Garten der Sinne. Und da, wenn ich da rausfahre, da in den Garten fahre, dann sitze ich mal hier bei dem oder gibt es / spreche einfach mal mit denen. Also es ist ja immer mit Verschiedenen. Oder wenn ich manchmal komme, dann sagen / dann winken die schon und dass die mit mir so reden wollen. Und dann bleibe ich bei denen stehe. Und ich habe manchmal, denke ich, och, du wolltest ja eigentlich was stricken oder wolltest ja was / aber, (I: Ja) aber es ist für mich viel wichtiger, dass die sich wohlfühlen hier, die Leute“ (Bewohnerin, Fallstudie 05).

Das erleben all jene Bewohner*innen, denen es noch möglich ist, den Menschen um sich herum zu helfen oder zumindest zur Hand zu gehen (bspw. beim Essen oder beim Weg in den Garten, zum Gottesdienst oder zur Gymnastik...) wie auch in erster Linie die Bewohner*innen, die parallel noch die Rolle des*r pflegenden Angehörigen im Pflegeheim ausfüllen (s. oben). Geht diese zentrale identitäts- und würdestiftende soziale Beziehung verloren, droht Desorientierung und Anomie, wie das Fallbeispiel eines Bewohners zeigt, dessen Ehefrau kürzlich verstorben ist, was seine gesamte Existenz im Pflegeheim von Grund auf verändert hat:

„Ja, wissen Sie, und das hängt mir natürlich schwer nach, gell? Da muss ich mich freirudern. Denn wenn ich da das Denken anfangen, dann komme ich überhaupt nicht mehr da raus. Und das ist halt für mich jetzt momentan / Das sind jetzt zehn Monate. Da ist es für mich momentan schlecht, ge?“ (Bewohner, Fallstudie 03)

*7.1.1.2 Selbst- und Weltbezüge im und zum Pflegeheim – Idealtypische Verdichtung der Bewohner*innenperspektive*

Bis hierin ist auf Basis des Dargestellten nun festzuhalten: Der von den Bewohner*innen als existentielle Verlust Erfahrung wahrgenommene Auszug aus ihrem Zuhause wird einerseits durch die in der Retrospektive vorgenommene narrative Rahmung verarbeitet, andererseits innerhalb der Institution durch spezifische Handlungsstrategien und Selbstpositionierungen zur durch den Pflegeheimeinzug entstandenen eigenen ‚Unfreiheit‘ weiter bearbeitet.⁴⁷ So

⁴⁶ Qua Diskussionsstand könnte es auch die Verantwortung für ein anderes Lebewesen sein (vgl. Gawande 2015).

⁴⁷ Vgl. hier auch die quantitative Studie von Andreas Kruse et al. (1992), die ebenfalls die Erfahrungen des Einzugs in die Pflegeeinrichtung und die verschiedenen Kontakt- und Beteiligungsmuster von

spannt sich ein Kontinuum zwischen zwei unterschiedlichen Handlungsstrategien auf: Auf der einen Seite *das aktive Suchen und Entdecken subjektiver (Handlungs-)Freiräume* und so von Gestaltungsmöglichkeiten des eigenen Lebens und Alterns, durch welche es den Bewohnern gelingt, ihr Leben im Pflegeheim als sinn- und bedeutungsvoll zu erfahren und (mit) zu gestalten. Auf der anderen Seite wird das Leben im Pflegeheim als Kontinuierung von Verlusten (des Zuhauses, des ‚alten‘ Selbst, der Selbstbestimmung) wahrgenommen, welche angesichts der Aussichtslosigkeit auf Besserung der als ‚schicksalhaft‘ begriffenen Lebenslage nur durch *Resignation und Rückzug* ertragen werden können bis hin zum Wunsch des baldigen Endes. Jenes aktive (Mit-)Gestalten des Lebens im Pflegeheim sowie des eigenen Alterns ermöglicht das subjektive Erleben und Erfahren von Autonomie, welche durch eine grundsätzlich positive Haltung zur eigenen Zukunft, verbunden mit Plänen und Hoffnung, gerahmt wird. Das passive, resignierte Ertragen des Lebens im Pflegeheim sowie des eigenen Alterns, im Zusammenhang mit der Erfahrung des ‚Nutzlos-Werdens‘ oder ‚Abgeschoben-Seins‘, verhindert mitunter das subjektive Erleben der eigenen Autonomie, wobei sich die Zukunft im Pflegeheim als kaum erträgliche Fortführung der derzeitigen Lebenslage präsentiert.

Im Unterschied zu Bewohner*innen mit aktiven Gestaltung-, Positionierung sowie Handlungsstrategien zur (Mit-)Gestaltung ihres Alltags im Pflegeheim und Handlungs- und Positionierungsstrategien der passiv erleidenden Bewohner*innen gibt es auch jene Bewohner*innen, die in unterschiedlicher Weise und besonders situations- und kontextspezifisch, den institutionellen Bedingungen begegnen. Konkret bedeutet dies, dass jene Bewohner*innen ambivalent von Strategie zu Strategie schwanken oder durch jeweils eigene (Alltags-)Taktiken ein Abgleiten in das passive Erleiden verhindern, ohne hierbei zu aktiv zu werden. So begreift sich beispielweise ein Bewohner während seiner Zeit im Pflegeheim als passiv Erduldender, der aufgrund seiner hohen Mobilität und kognitiven Fähigkeiten im Pflegeheim eigentlich deplatziert ist, als Bewohner aber nun mal die dort herrschenden Zwänge in Teilen hinnehmen muss. Gänzlich anders vollzieht sich dies, sobald er die Mauern des Pflegeheims hinter sich lassen und in sein altes Zuhause sowie zu seinen alten sozialen Beziehungen zurückkehren kann. Dort wird er zum aktiven Teil seiner sozialen Welt und versucht seine Zeit außerhalb des Pflegeheimes für sich sinn- und bedeutungsvoll zu gestalten. Eine Bewohnerin hingegen nimmt die Verluste, die ihr das Alter(n) beschert (insbesondere das Nutzlos-Werden sowie die hiermit einhergehende Erfahrung als Last für andere wahrgenommen zu werden), deutlicher wahr, jedoch gelingt es ihr diesen zum Trotz, nicht in Resignation zu verfallen, sondern über an das Pflegeheim gebundene Routinen und Rituale Zeitstrukturen zu schaffen, die ihr Handeln orientieren und ein Abgleiten in Apathie verhindern.

Kondensiert man nun das eben Berichtete auf einer höheren Abstraktionsebene, so ergibt sich in einer freien Adaption der Terminologie von Norbert Elias und John L. Scotson (1965) folgende *idealtypische*⁴⁸ *Charakterisierung* der Selbst- und Weltbezüge im und zum Pflegeheim von Pflegeheimbewohner*innen (vgl. Tabelle 3):

Bewohner*innen als Rahmen für den Umgang mit dem ‚Leben im Heim‘, und hier wiederum für die Erfahrungen von Selbstbestimmung und Würde ausgewiesen hat.

⁴⁸ Ein Idealtypus wird in Anlehnung an Max Weber (1922) als gedankliche Konstruktion verstanden, die nicht beansprucht, Wirklichkeit 1:1 abzubilden, sondern gezielt in der Realität faktisch

Tabelle 3: Soziologisch-typisierender Blick auf die Bewohnerschaft von Pflegeheimen

| | Bewohner*innen, die sich als Etablierte sehen | Bewohner*innen, die sich als Außenstehende sehen | Bewohner*innen, die sich als Weltenpendler sehen |
|----------------------------------|--|---|---|
| | Sind im Pflegeheim für sich angekommen. | Sind im Pflegeheim. | Leben abwechselnd in zwei Welten (Heim und Außenwelt). |
| Haltung zum Pflegeheim-eintritt | Getragen von der Einsicht in das ‚Notwendige‘: Einlassen auf das ‚Quasi-zu-Hause‘; wird erleichtert durch Dienstleistungsfo-kussierung und Personen-zentrierung | Bedingt durch Aussichtslosigkeit auf Besserung der als Schicksal begriffenen Lebenslage: stetige Trauer über den Verlust des alten zu Hauses | Begeben sich aus Rücksicht auf einen signifikanten Anderen ‚gerne‘ ins Pflegeheim; das alte Zuhause wird jedoch nicht aufgelöst, sondern ist weiterhin bewohnt oder steht zumindest als leerstehendes Gebäude noch weiterhin zur Verfügung |
| Materialitäten/die eigenen Dinge | Nutzung von eigenen (Pflege-)Dingen zum Aufrechterhalten der eigenen Möglichkeitsräume | Keine Wahrnehmung von eigenen (Pflege-)Dingen als Möglichkeit zur Vergrößerung des eigenen Handlungsspielraums | Die eigenen Dinge, an die Teile der Identität unausweichlich geknüpft sind, müssen nicht aussortiert werden, sondern lagern im alten Zuhause und können regelmäßig besucht werden → Selbstvergewisserung, wer man war und ist; Gewissheit eines Rückzugsorts jenseits des Pflegeheims |
| Kontakt nach außen | Rege soz. Teilhabe am Leben außerhalb des Pflegeheims über Kontakte zu An-/Zugehörigen, Bekannten, Vereinskollegen... | Kaum bis keine soz. Kontakte nach außen, sondern Beschränkung des eigenen Lebenshorizonts gänzlich auf den Pflegeheimkontext | Kontakte nach außen sind notwendigerweise rege, da ohne Unterstützung durch An-/Zugehörige das Weiterbestehen-Lassen des alten Zuhauses nicht realisierbar wäre |
| Kontakt nach innen | Herstellung von Bekanntschaften und Freundschaften innerhalb der ‚Zufallsgemeinschaft‘ des Pflegeheims: zu anderen Bewohnern oder Mitgliedern des Personals → Vergemeinschaftung im Pflegeheim | Keine Herstellung von enge(re)n soz. Beziehungen, sondern Wahrnehmung des Lebens als Leben in einer ‚Zwangsgemeinschaft‘ → Strategie des Rückzugs | Die Gewissheit, sich der ‚totalen Institution‘ theoretisch auch jederzeit entziehen zu können, erleichtert das Einlassen auf neue Bekanntschaften und Freundschaften im Pflegeheim |
| Gelebte Fürsorge | Sinn der eigenen Existenz/des eigenen Weiterlebens wird in einem ‚küm-mern um‘ andere(s) | Durch fehlende soz. Kontakte nach innen und außen entsteht ein Zurückgeworfen-Sein auf sich selbst, | Das notwendige Sorge-Tragen für das alte Zuhause bzw., sofern noch durch andere bewohnt, dieses immer |

bestehende Besonderheiten und Details übersieht, um das Augenmerk in einem ‚überspitzten‘ Modell auf das Übereinstimmende zu lenken (Abstraktion): Der Idealtypus „ist ein Gedankenbild, welches nicht die historische Wirklichkeit oder gar die ‚eigentliche‘ Wirklichkeit ist, welches noch viel weniger dazu da ist, als ein Schema zu dienen, in welches die Wirklichkeit als Exemplar eingeordnet werden sollte, sondern welches die Bedeutung eines rein idealen Grenzbegriffes hat, an welchem die Wirklichkeit zur Verdeutlichung bestimmter bedeutsamer Bestandteile ihres empirischen Gehaltes gemessen, mit dem sie verglichen wird“ (Weber 1922, S. 194). ‚Ideal‘ sind die konstruierten Gedankengebilde folglich in dem Sinne, als sie *keinen* Gegenstand beschreiben, der in der Realität so in Reinheit vorkommen könnte, sondern eine Tendenz angeben; es besteht in dieser soziologischen Begriffsverwendung kein Bezug zu einem anzustrebenden, als positiv zu bewertenden Zustand.

| | | | |
|-------------|---|---|---|
| beziehungen | gefunden: dem Ehe-/Lebenspartner, der Zimmer Nachbarin, aber auch einer Pflanze bspw. | das anstatt Fürsorge nur noch Selbstsorge zulässt | wieder aufs Neue verlassen zu müssen, wird durchaus auch als belastend erlebt und hält doch gleichzeitig zentrale würdestiftende soz. Bezüge aufrecht |
|-------------|---|---|---|

Um Verwirrungen vorzubeugen: Bei den Idealtypen handelt es sich um *keine real existierenden Bewohner(gruppen)*, sondern vielmehr um eine *stark zugespitzte Zusammenstellung von Fertigkeiten/Fähigkeiten, Orientierungen und Erfahrungshintergründen*, die es Menschen schwerer oder leichter machen, die Welt um sie herum nach eigenen Relevanzen zu ordnen und hiervon ausgehend, das eigene Leben als sinnvoll zu erfahren (vgl. hierzu das Prinzip der nomischen Funktion bei Berger/Kellner 1965). In Reinform werden sie sich bei kaum einem konkreten Einzelfall wiederfinden lassen, doch der Tendenz nach sind sie als in der Wirklichkeit auftretende Mischformen typisch für divergierende Handlungsoptionen pflegebedürftiger Menschen, wenn es um die Frage der Verwirklichung von Autonomie und Würde im Kontext des Pflegeheims geht.⁴⁹

Dies trifft grundsätzlich auch auf Menschen mit demenziellen Erkrankungen zu, wenngleich es hier Ausprägungen zu geben scheint, die sich nicht in das oben beschriebene Raster einfügen lassen, sondern einen eigenen vierten Idealtypus nahelegen.⁵⁰ Doch auch für Menschen mit Demenz markiert der Einzug ins Pflegeheim keinen ‚Nullpunkt‘ sozialer Bezogenheiten, sondern als Pflegeheimbewohner*innen stehen auch sie in sozialen Beziehungen und Abhängigkeiten zu anderen, die spezifische Muster ausbilden (vgl. Tabelle 3 oben). Diese Eingebundenheit bildet eine fundamentale Rahmenbedingung für die subjektiv für-wahr-genommenen Chancen auf die Realisierung von Autonomie sowie die objektiv eingelösten Ansprüche darauf. Folglich entsteht Selbstbestimmung im Pflegeheim in ständiger Auseinandersetzung mit anderen, in einem Geflecht wechselseitiger Abhängigkeiten mit unterschiedlichen Machtbalancen, wobei der Einzelne niemals völlig, sondern nur relativ autonom in Erscheinung tritt. Dabei gibt es keine einseitigen Abhängigkeiten, sondern nur ‚fluktuierende‘ Machtbalancen, was wiederum impliziert, dass Spannungen und Konflikte auftreten.

⁴⁹ Dabei ist der Idealtyp des Bewohners, der sich als Weltenpendler sieht, zwar innerhalb eines bestimmten Heims insgesamt deutlich seltener als die anderen beiden Idealtypen, aber für die für uns untersuchte Heimlandschaft insgesamt ist er genauso typisch. Als Figur findet er sich in nahezu allen sieben Fallstudien.

⁵⁰ Darunter fallen Konstellationen von Menschen, die nicht wissen, dass bzw. (für das Heim potentiell problematischer) warum sie im Heim sind. Typisch hierfür sind Gegebenheiten der Infantilisierung über Dinge (z.B. Kuscheltieren oder Puppen) und eine Umgebung mit Materialitäten, die an vergangene Zeiten erinnern. Kontakte nach Außen sind über Besuche von An-/Zugehörigen (sofern vorhanden) zwar gegeben, doch ein Verlassen des Heimkontextes ist für die Betroffenen nicht vorgesehen. Kontakte nach innen sind kaum existent, sondern das Leben im Heim ist überwiegend beschränkt auf die Erfüllung von Basis-Bedürfnissen (Essen, Trinken, Schlafen). Gelebte Fürsorgebeziehungen sind grundsätzlich möglich, häufig jedoch nicht wechselseitig lebbar. Zur systematischen Vertiefung und Ausleuchtung dieses ‚Sondertypus‘ (insbes. in seinem Verhältnis zum restlichen sozialen Gefüge eines Heims) bräuchte es allerdings einen eigenen Forschungsfokus nur auf das Thema Demenz.

7.1.2 Selbstbestimmungsrelevante Konflikte im Pflegeheimalltag – Struktur und Bearbeitungsstrategien

Im Folgenden wird ein analytisch geleiteter Überblick über die im empirischen Material rekonstruierten, typischen Konfliktkonstellationen in der ‚Lebenswelt Pflegeheim‘ geboten. Konflikte können sich hierbei aus einer Vielzahl komplexer, mitunter miteinander korrespondierender Bedingungen, Praktiken und Deutungen ergeben. Nicht jeder Konflikt in der organisational strukturierten Handlungs- und Lebenswelt Pflegeheim folgt insofern der gleichen Logik bzw. resultiert aus monokausal identifizierbaren ‚Konfliktursachen‘. Auch nicht jeder Konflikt ist unmittelbar relevant für die interaktiv relationale Konstruktion von Selbstbestimmung und Würde.

Dennoch scheint eine analytisch geleitete Betrachtung der im Zuge der ethnographischen Fallstudien erhobenen Konfliktschilderungen mit Blick auf die Beantwortung der Frage nach der konkret organisationalen und interaktiven Umsetzung und Bearbeitung von Selbstbestimmungsansprüchen in der ‚Lebenswelt Pflegeheim‘ erhellend zu sein. Werden doch im Falle des konfligierenden Aufeinandertreffens im Alltag jene Vorbedingungen und unausgesprochenen Hintergrundannahmen sichtbar, die ganz wesentlich für einen ‚reibungslosen‘ Ablauf des Alltags unter der Zielorientierung der Ermöglichung von Selbstbestimmung und Würde sind. Dieser Argumentation folgend, bieten gerade die als typisch geschilderten, konflikthaften Störungen dieses Alltags einen Ansatzpunkt, um die Frage nach Selbstbestimmung und Würde jenseits der ‚großen Ethiken‘ und Dilemmata (zum Beispiel am Lebensende oder in weiteren klinischen Entscheidungssituationen) zu verhandeln, also danach zu fragen, was unterhalb dieser Ausnahmesituationen für die organisational-interaktive Gestaltung des gesamten Lebens in der einer Pflegeeinrichtung unter der normativen Vorgaben der Ermöglichung, Respektierung und Kontinuierung von Selbstbestimmung und Würde zu beachten ist.

Um eine reflexive Bearbeitung und Problematisierung von in der Alltagspraxis des Pflegeheims auftauchenden ‚Auseinandersetzungen‘ durch die Organisation und das bearbeitende Personal zu gewährleisten, erscheint es als hilfreich, eine Heuristik zu entwerfen, die es ermöglicht, verschiedene Ursachen, Kontextbedingungen, Handlungsdilemmata und Bearbeitungsmodi selbstbestimmungsrelevanter Konflikte im Pflegeheim in ihrer Verschiedenheit und sozial-interaktiven Überdeterminiertheit sichtbar und insofern der interaktiv-reflexiven Bearbeitung zugänglich zu machen. Um dies zu gewährleisten, wurde das im Zuge der qualitativen Fallstudien erhobene Material mit Blick auf Schilderungen und Problematisierungen typischer oder potenzieller Konflikte durchgearbeitet. In einem zweiten Auswertungsschritt wurden die so identifizierten Interviewpassagen bzw. die darin zum Ausdruck gebrachten Konflikte im Hinblick auf die sie jeweils strukturierenden inhaltlichen und formalen Dimensionen differenziert und klassifiziert.

Bevor die Vorstellung und Problematisierung der verwendeten Interpretations- und Strukturierungsheuristik angegangen werden kann, gilt es zunächst jedoch überblicksartig die hier untersuchte Lebenswelt bzw. „Zwitterinstitution“ (Goffman 1982, S. 23) Pflegeheim in ihrer Spezifität darzustellen, um die Besonderheiten des sozialen Handlungsraums, in dem es zu den anschließend zu identifizierenden Konflikten kommt, herauszuarbeiten, sodass letztere in Form einer raum-zeitlichen Verortung an den organisationalen und lebensweltlichen Kontext in dem sie *manifest* werden oder *latent* bleiben rückgebunden werden können (diese

kontextbezogene Darstellung und Analyse der identifizierten Konflikte, sollte es zudem erleichtern, Ansatzpunkte für organisationale Konfliktbearbeitungsmodi, also die Möglichkeit der Steuerung und Bearbeitung von selbstbestimmungsrelevanten Dilemmata/Konflikten auf der Leitungsebene, aufzuzeigen).

Das von Goffman in Anschlag gebrachte Konzept der „Zwitterinstitution“ bezieht sich auf die für moderne Institutionalisierungen von fürsorglicher Unterstützung konstitutive Doppellogik moderner Fürsorgeinstitutionen. So wirken in modernen Fürsorgeinstitutionen zwei mitunter konfligierende Logiken, die das Handeln bzw. die Gestaltungsmöglichkeiten der in dieser Institution verorteten Akteur*innen symbolisch ordnen und in ihrem interaktiven Verlauf strukturieren. Zum einen die Logik der *Fürsorge*, die historisch gesehen auf Emotion und Vertrauen basierenden Codierungen rekurriert und die idealtypisch gesehen Interaktionsordnungen und -verläufe konstituiert, welche in ihrer Reziprozitätsordnung eher an dem Modell der „Gabe“⁵¹ als an dem des ökonomischen Tauschs zwischen frei assoziierten (Markt-)Akteur*innen orientiert sind. Zum anderen die Logik der *Dienstleistung*, welche aus dem Prinzip der Gestaltung von Fürsorgeinstitutionen als rationalisierte formale Organisationen resultiert und zwischen den Akteur*innen in dieser Organisation eine Verbindung stiftet, welche die Interaktionsteilnehmer*innen als ‚Kund*innen‘, ‚Klient*innen‘ und Dienstleister*innen disponiert (vgl. Aulenbacher/Dammayr 2014). Diese Gleichzeitigkeit zweier nicht aufeinander reduzierbarer Organisationsprinzipien bedingt eine institutionelle Doppelstruktur in der Konstruktion der Alltagsrealität innerhalb von vollstationären Pflegeeinrichtungen. Die aus diesen Logiken abgeleiteten Interaktionsdeutungen produzieren in der Alltagsrealität des Pflegeheimes manifest werdende, voneinander abweichende Handlungserwartungen, -ziele und Praxisarrangements. Dieses strukturell angelegte Spannungsverhältnis zwischen zwei eigenlogischen Interaktionsrahmungen ist eine der für die organisationale und interaktive Prozessierung und Verhandlung von Selbstbestimmung und Fürsorge im Pflegeheim relevanten Kontextbedingungen. So produziert aus Sicht der Pflegekräfte der Dienstleistungsgedanke auf Seiten der Bewohner*innen mitunter Erwartungshaltungen, die zum einen die Ziele des Aktivierungsparadigmas konterkarieren und zum anderen von Pflegekräften als Abwertung ihrer eigenen Arbeit erlebt werden. Diese unterschiedlichen Interaktionsdeutungen (‚Dienstleistung‘ vs. ‚Fürsorgebeziehung‘) lassen sich beispielhaft mit einem Zitat aus einem Interview mit einer Pflegekraft veranschaulichen:

„B: Orientierte Bewohner haben oft dann (.) diesen Dienstleistungsgedanken so, dass man das dann für ihn auch machen soll und muss und "reichen Sie mir mal an", obwohl er eigentlich, wenn er nur mal ein Stückchen weitergreifen würde, käme er auch noch dran. Ja, dann macht man das bei dem einen oder anderen, bevor man sich da auf Diskussionen einlässt. Mit manchen kann man nicht diskutieren, dann übernimmt man das halt (.) ganz individuell.“ (Pflegekraft, Fallstudie 01)

Für die Analyse und Dimensionalisierung der empirisch rekonstruierten Konflikte ist diese Doppeldeutigkeit der Interaktions- bzw. Situationsdeutungen, im vorliegenden Beispiel durch das Stichwort ‚*Dienstleistungsgedanke*‘ markiert, insofern von Relevanz, da sie unter anderem

⁵¹ Für eine soziologische Explikation des Gabentausch-Modells in Gegenüberstellung zum Prinzip des ökonomischen Tauschs siehe unter anderem Bourdieu (2011, S. 189 ff.).

unterschiedliche Erwartungen an die Praxis der professionell Pflegenden zum Ausdruck bringen, die dann wiederum zu manifesten Handlungskonflikten führen können.

Eine weitere Charakteristik der Lebenswelt Pflegeheim, auf die an dieser Stelle kurz eingegangen werden muss, ist der Umstand, dass es sich bei der Institution vollstationäre Pflegeeinrichtung um ein *ver-machtetes soziales Feld* handelt. Dies bedeutet zum einen, dass die Beziehungen zwischen den in dieser Institution arbeitenden und/oder lebenden Akteur*innen nicht in jeder Situation und zu jeder Zeit symmetrisch sind im Hinblick auf die Möglichkeit zur Durchsetzung des eigenen Willens gegenüber den potenziellen Widerstrebungen Anderer. Die Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten der verschiedenen Akteur*innen sind hierbei unterschiedlich (organisational und interaktiv) formiert, das heißt welche*r Akteur*in, in welchem Kontext, unter Rückgriff auf welche ‚Ressourcen‘ bzw. ‚Kompetenzen‘ die Möglichkeit hat, die eigenen Ordnungsvorstellungen, Willensäußerungen und Handlungsziele zu realisieren, korreliert situativ-zeitlich flexibel mit dem organisationalen Tableau ‚disponierter‘ und ‚disponierender Akteurspositionen‘. Dass aus der Dispositivforschung entlehnte Konzept „disponierter und disponierender Akteure“ (vgl. Bühmann/Schneider 2008, S. 63) versucht in diesem Zusammenhang die Gleichzeitigkeit von Handlungsmacht und der Angewiesenheit auf institutionell-strukturell präformierte Akteurspositionen analytisch zum Ausdruck zu bringen. Reale Akteur*innen nehmen in einem soziokulturell präformierten Handlungsfeld auf der einen Seite eine, von diesem Feld konstituierte, Position ein, die ihre Gestaltungsmöglichkeiten ermöglicht und gleichsam begrenzt, verändern diese, von der Position formierte (Sagbarkeits-) und Gestaltungsmöglichkeit jedoch durch ihr aufeinander bezogenes Handeln auch dynamisch. Dieser Argumentation folgend, verfügt zum Beispiel eine Pflegekraft innerhalb des Kontextes der stationären Altenpflege (situativ flexibel) über einen anderen Handlungsspielraum und andere (legitime und illegitime) Arten und Weisen der Möglichkeit zur Durchsetzung des eigenen Willens als Bewohner*innen. Jedoch auch innerhalb der Welt des Personals und der Welt der Bewohner*innen sind Akteur*innen unterschiedlich disponiert (ein*e demenziell veränderte*r Bewohner*in hat andere von der Positionierung innerhalb der symbolischen und handlungspraktischen Ordnung des Pflegeheims abhängige Handlungsspielräume und -möglichkeiten als ein*e orientierte*r, aber immobile*r Bewohner*in). Eine für Selbstbestimmung und Würde sensibilisierende Rekonstruktion und Interpretation typischer Konflikte bzw. Konfliktkonstellationen in der Lebenswelt Pflegeheim, die es sich zum Ziel setzt, potenzielle Konflikte im Pflegeheim in ihrer Komplexität sichtbar und handhabbar zu machen, muss insofern die rekonstruierten und rekonstruierbaren Konflikte vor dem Hintergrund ihrer Realisierung in einem ‚ver-machteten‘, aus disponierten und disponierenden Akteurspositionen bestehenden Kontext problematisieren.

7.1.2.1 *Selbstbestimmungsrelevante Konflikte – strukturierende Unterscheidungen und inhaltliche Dimensionalisierungen*

Eine erste Unterscheidung lässt sich mit Blick auf die primäre Verortung von Konfliktfolgen und -ursachen treffen. Während der Begriff *Subjekt* auf die Ebene der Selbstverhältnisse positionierter Akteur*innen verweist, bezieht sich die *Mikroebene* auf Konflikte und Bearbeitungsstrategien, die im interaktiven Vollzug zwischen (mindestens) zwei Akteur*innen zu verorten sind. Mit der *Mesoebene* sind Konflikte auf der institutionellen Ebene der Organisation gemeint,

während *makrostrukturell* verortete Konflikte auf zum Beispiel gesamtgesellschaftlich verhandelte Altersbilder und die entsprechenden Diskurse verweisen. Anders ausgedrückt verweisen die hier beschriebenen Analysekategorien auf die Dimensionen Individuum – Interaktion – Organisation – Gesellschaft. Entlang dieser Dimensionen lassen sich konkrete Konfliktkonstellationen aufschlüsseln. Analyseleitend sind hierbei die Fragen: Auf welcher Ebene spielt sich der hier beschriebene Konflikt primär ab? Wer ist daran beteiligt? Auf was zielt der Konflikt? Ergibt er sich aus dem alltäglichen Tun bestimmter Akteur*innen oder verweist er zum Beispiel auf unterschiedliche Deutungen, die in kommunikativen Aushandlungsprozessen erst sichtbar werden? Auf welcher Ebene kann er bestmöglich gelöst bzw. bearbeitet werden?

Eine weitere strukturierende Dimensionierung ist die Unterscheidung zwischen *latenten* und *manifesten* Konflikten: Hierbei ist die Frage von Interesse, welche Konflikte im Pflegeheimalltag typischerweise latent, also unausgesprochen bzw. nicht explizit gemacht bleiben oder lediglich vermittelt über andere symbolische Formen zum Ausdruck kommen und welche Konflikte manifest, also in ihrer vermeintlichen Ursächlichkeit von allen am Konflikt beteiligten Akteur*innen erkannt werden. Zudem ist hier zu untersuchen, welche Konflikte von welchen Akteur*innen wie manifest gemacht werden und welche aus welchen Gründen eben nicht. Zu fragen ist also: Welche Konflikte werden in welcher Form, für wen sichtbar? Wer kann zum Beispiel (welche) Beschwerden mitteilen? Für wen ist es eventuell schwierig, bestimmte belastende Konstellationen zu teilen? Welche Ressourcen werden benötigt, um Konflikte sichtbar zu machen? Welche Faktoren begünstigen ein ‚Manifest-werden‘ von Konflikten und was kann eher zu einer ‚Verschleppung‘ von latenten Konflikten führen?

Neben diesen strukturierenden Dimensionen, die dazu beitragen können, konkrete Konflikte mit Blick auf die vorgestellten Unterscheidungsmöglichkeiten beschreib- und damit bearbeitbar zu machen, lassen sich die empirisch rekonstruierbaren typischen Konfliktkonstellationen auch inhaltlich, also bezogen auf die in ihnen jeweils zum Ausdruck kommenden selbstbestimmungsrelevanten Themen klassifizieren. Eine erste überblicksartige Klassifizierung kann hierbei entlang der Dimensionen *Privatheit, Zeit, Zuständigkeiten/Verantwortung* sowie die *institutionell-praktische Organisation von Mitbestimmung* vorgenommen werden. Hierbei ist zu beachten, dass diese inhaltlichen Dimensionen die möglichen Themenbezüge der im Kontext der ‚Lebenswelt Pflegeheim‘ beobachtbaren Konflikte nicht erschöpfend abbilden können und wollen. In der Alltagsrealität des Pflegeheimes lassen sich einzelne Konflikte vielleicht nicht immer eindeutig und ausschließlich einer dieser Dimensionen zuordnen, es ist vielmehr davon auszugehen, dass es in der Wirklichkeit des Pflegeheimes zu Motiv- bzw. Themenmischungen kommt. Der Nutzen einer solchen analytischen Heuristik liegt vor diesem Hintergrund darin, ein Stück weit von der Realität zu abstrahieren, um die einzelnen Dimensionen in ihrer Charakteristik möglichst trennscharf herauszuarbeiten, sodass diese als Interpretationsfolie die reflexive Bearbeitung von Konflikten im Pflegeheimalltag leiten können.

7.1.2.2 *Privatheitskonflikte im Pflegeheimalltag*

Unter diesem Punkt werden jene rekonstruierten Konflikte gruppiert, die zentral auf die Verhandlung von ‚Privatem‘ und ‚Nicht-privatem‘ bzw. auf den praktisch-institutionellen Vollzug der Relationierung der beiden selbstbestimmungsrelevanten normativen Leitideale des „Lebens in Gemeinschaft“ und des „Lebens in Privatheit“ (Michell-Auli/Sowinski 2013) verweisen.

Kern dieser Dimension ist der Gedanke, dass die Unterscheidung von ‚Privatem‘ und ‚Nicht-Privatem‘ eben keine sich von selbst einstellende Differenzierung ist, sondern dass diese Trennung immer wieder im konkreten aufeinander bezogenen Handeln der Akteur*innen aktualisiert werden muss. Insofern diese Grenzziehung als dynamische, akteursabhängige verstanden wird, kann sie zum Fluchtpunkt multipler Konflikte werden. Relevant für die Frage nach der interaktiven und organisationalen Ermöglichung von Selbstbestimmung und Würde ist die Frage nach der Grenzziehung zwischen ‚Privatem‘ und ‚Nicht-Privatem‘ insofern, da die selbstbestimmte Verfügung über ‚das Private‘ als eine ganz wesentliche Vorbedingung selbstbestimmter Identitätskonstruktion verstanden werden kann. So verstanden meint ‚das Private‘ zunächst

„ganz allgemein das der Gemeinschaft Vorenthalte, Entzogene, das ihr Verborgene, den ‚Raum des Individuum‘ [...]. Aus der Subjektperspektive formuliert: Privat ist etwas, was das Subjekt, das Individuum der Gemeinschaft, Gesellschaft entzieht, entziehen möchte oder ihr nicht zurechnet; aus der Gesellschaftsperspektive gesehen bezeichnet das Private all jenes, was gesellschaftlich definiert ist als das nicht gesellschaftlich Vorgegebene, als das der individuellen Verfügung und autonomen Gestaltung Zugerechnete.“ (Schneider 2002, S. 386).

Vor dem Hintergrund dieser zunächst möglichst breit gehaltenen Definition von Privatheit, sollte ersichtlich werden, dass sich die immer schon potenziell konflikthafte Grenzziehung zwischen ‚Privat‘ und ‚Nicht-Privat‘ im Kontext einer vollstationären Pflegeeinrichtung, deren Alltag durch eine Vielzahl unterschiedlicher Leitvorgaben, Zielorientierungen und Perspektiven geprägt ist und in der Bewohner*innen zwangsläufig bestimmte Sphären ihrer Lebenswelt mit anderen teilen müssen, noch einmal in einer verschärften Form stellt und somit zum Fluchtpunkt einer Vielzahl potenzieller Konflikte werden kann. Diese bereits in Kapitel 7.1.1 unter dem Stichwort „Zufallsgemeinschaft“ problematisierte Charakteristik der Lebenswelt Pflegeheim, wird mitunter auch in den qualitativen Interviews mit Mitarbeiter*innen der beforschten Pflegeeinrichtungen explizit von diesen aufgegriffen:

„B: Ja, das ist sehr problematisch. Und hier treffen ja auch Menschen aufeinander, die sich im normalen Leben / sowohl bei den Bewohnern, die würden sich im normalen Leben, hätten die sich nie getroffen und hier im Team natürlich auch. Und da muss man eben halt miteinander lernen, auch miteinander vernünftig umzugehen. Und das hat mich hier echt Kraft gekostet.“ (Wohnbereichsleitung, Fallstudie 05)

Weitere Unterdimensionen der inhaltlichen Kategorie Privatheit werden im Folgenden durch eine Vorstellung und Beschreibung ausgewählter, im Material rekonstruierter Privatheitskonflikte veranschaulicht. Beispielhaft für die Vorstellung von Privatheit als etwas der Gemeinschaft Entzogenes, das einen Raum konstituiert, in dem man ‚für sich sein kann‘ und der gegen die Ansprüche und Erwartungen Dritter konstruiert wird, ist folgende Sequenz aus einem Bewohner*inneninterview:

„B: Ja. Ich habe sehr oft gesagt, (..) ich möchte lieber da sein, wo mich keiner kennt. (4) Schon (.) diese vielen Besuche, (.) ich meine, Besuch ist immer schön und alle sagen: "Frau A, Sie sind diejenige, die hier die meisten Besuche hat." Ich sage: "Ich möchte das manchmal gar nicht, ich möchte manchmal alleine sein." (...) Und das ist, wie Sie schon sagen, das ist (.) schön wie belastend.“ (Bewohner, Fallstudie 01).

Während die Möglichkeit zur Kontinuierung der sozialen Beziehungen der Bewohner*innen in den meisten pflegewissenschaftlichen Debatten zumeist als wesentliches Element einer selbstbestimmungsfördernden Pflegeheimkultur verhandelt wird, taucht der soziale Kontakt in der vorliegenden Sequenz in einer zunächst überraschend pejorativen Deutung auf. Ein ‚zu viel‘ an Besuch und Kontakt wird hier als Belastung bzw. Verletzung des legitimen Privatheitswunsches der Bewohnerin gedeutet. Privatheit ist hier im Sinne von „persönlicher Privatheit“, welche die Möglichkeit zu einem Rückzug ins Private, als das der Gemeinschaft Entzogene, einschließt, verstanden. Konflikthaft kann dies werden, wenn diese Privatheitswünsche mit den antizipierten Erwartungen der Institution („Aktivierungsparadigma“) auf der einen und den Teilhabewünschen der An-/Zugehörigen auf der anderen Seite kollidieren. Konfliktstrukturierend wirken in diesem Fall die Perspektivendifferenzen zwischen An-/Zugehörigen und Bewohner*innen. Während die An-/Zugehörigen eventuell davon ausgehen, dass eine Vielzahl an regelmäßigen Besuchen Ausdruck von Wertschätzung im Sinne der Kontinuierung sozialer Beziehungen ist, kann aus Sicht der Bewohnerin ein zu viel an Besuchen und Kontakten als eine Verunmöglichung der Durchsetzung eigener Privatheitsvorstellungen und -wünsche gedeutet werden. Zunächst auf der Interaktionsebene zu verorten, verweist der Konflikt insofern auch auf die Subjektdimension, da in diesem Fall subjektive Privatheitscodierungen, also die je eigenen Vorstellungen über ein angemessenes Maß an sozialem Kontakt relevant werden. Ob dieser potenzielle Konflikt *manifest* wird oder *latent* bleibt, hängt zum einen davon ab, ob die Bewohnerin ihre Privatheitswünsche gegenüber ihren An-/Zugehörigen einfordern kann und zum anderen, sollte dies nicht der Fall sein, ob von Seiten der Organisation gegebenenfalls vermittelnd eingegriffen werden kann bzw. inwiefern die Bewohnerin in der Kommunikation ihrer Wünsche und Vorstellungen gegenüber ihren An-/Zugehörigen unterstützt werden kann. Potenziell konflikthaft könnte diese Konstellation jedoch auch mit Blick auf die aktivierende Adressierung der Bewohnerin durch die Organisation werden. Der geäußerte Wunsch „*ich möchte manchmal alleine sein*“ ließe sich zum Beispiel auch auf die Einbeziehung der Bewohnerin in gemeinschaftliche Betreuungsangebote beziehen.

Eine weitere Unterdimension der Kategorie Privatheit, lässt sich mit Blick auf die über den Körper markierten Scham- und Intimitätsgrenzen beschreiben. Die Nicht-Überschreitung jener soziokulturell präformierten und körperbezogenen Grenzen, die jene ideelle Sphären konstituieren „in die man nicht eindringen kann, ohne den Persönlichkeitswert des Individuums zu zerteilen“ (Elias 1986, S. 265), verweist als normative Anforderung auf die Relevanz der Unterdimension „körperliche Privatheit“ für die Wahrung und Anerkennung von würderelevanten Grenzen. Dieser Argumentation folgend, ist der Körper ein wesentlicher Teil der „Identitätsausrüstung“ moderner Subjekte (vgl. Goffman 1981), denn jene im obigen Zitat beschriebene ideelle Sphäre, die sich gleichsam schützend über den Persönlichkeitswert des Subjektes legt, ist in der (fortgeschrittenen) Moderne wesentlich körperbezogen. Durch die Körpernähe pflegerischer Praxis (vgl. Uschok 2005) kommt es jedoch in bestimmten Situationen zwangsläufig zu einer Überschreitung dieser Grenzen „körperlicher Privatheit“. Pflegerisches Handeln lässt sich insofern als permanentes Arbeiten an soziokulturellen Scham- und Privatheitsgrenzen interpretieren. Anschaulich wird die potenzielle Konflikthaftigkeit körpernaher Praktiken in folgender Sequenz beschrieben:

„B: Ich finde gerade dadurch, dass wir die Bewohner siezen, (.) kann man so eine professionelle Distanz auch im, gerade in den, durch den Intimbereich und das alles, man geht ja da quasi in intime Grenzen rein, eigentlich täglich. Und, ja, (.) sind ja auch quasi immer Körperverletzungen, ne, wenn ich jetzt eine Frau im Intimbereich waschen muss, dann ist es natürlich auch, irgendwo ist es Alltag, aber es ist natürlich auch immer eine Verletzung so, ja.“ (Pflegerkraft, Fallstudie 01)

Der hier drastisch mit dem Begriff ‚Körperverletzung‘ zum Ausdruck gebrachte potenzielle Konflikt bezieht sich auf eine in Pflegearbeit als Körperarbeit (also als Arbeit an fremden Körpern unter Einsatz des eigenen Körpers) eingelassene Grenzüberschreitung. Pflegearbeit als Arbeit an soziokulturell formierten Scham- und Körpergrenzen tangiert zwangsläufig die Dimension „körperlicher Privatheit“. Diese Grenzüberschreitung wird in der pflegerischen Interaktion zum Gegenstand interaktiver Aushandlung. Damit eine Überschreitung der über den Körper vermittelten Privatheitsgrenze nicht als würde-verletzende Praxis wahrgenommen wird, bedienen sich die Interaktionsteilnehmer*innen verschiedener (kommunikativer) Praktiken, um die Privatheitsverletzung als Bestandteil eines legitimen Praxisarrangements zu deuten. Praktiken und Interaktionsrahmungen, die diese Grenzüberschreitungen als Teil einer besonderen sozialen Beziehung (professionelle Fürsorgebeziehung) strukturieren und ein Erfahren der Interaktionsbeziehung als würdeverletzend zu verhindern suchen, sind:

1. Professionelle Distanzierungsstrategien (Pflegehandschuhe, Siezen, Berufskleidung);
2. Kommunikative Rahmung der vorgenommenen, auf den Körper bezogenen Praktiken;
3. Sichtbarmachung der Berufsrolle und damit verbunden des professionellen Charakters der körperbezogenen Interaktion (Berufskleidung, Qualifikationsschild etc.);
4. De-thematisierung der grenzüberschreitenden Tätigkeit im Vollzug (zudem De-thematisierung von Geschlecht)⁵².

Durch die beschriebenen und in der vorliegenden Sequenz aufgerufenen Distanzierungs- und De-thematisierungsstrategien werden bereits das würde-verletzende Potenzial der Überschreitung körperbezogener Privatheitsgrenzen antizipierende Bearbeitungsstrategien auf der interaktiven Ebene benannt. Diese Distanzierungsstrategien und Bearbeitungsmodi versuchen, den körperbezogenen Privatheitskonflikt *latent* zu halten und nicht *manifest* werden zu lassen.

Die Unterdimension körperliche Privatheit kann jedoch auch in umgekehrter Richtung konflikthaft wirksam werden, in Fällen, in denen die körperliche Privatheit des Personals durch Intimgrenzen überschreitende Annäherungen der Bewohner*innen verletzt werden.

B1: Ja, ganz, ganz großes Thema. Also Sexualität in ... wirklich in jeder Hinsicht, ja? Also sexuelle Andeutungen oder anfassen wollen oder einfach der Wunsch nach Körperlichkeit, auch der Wunsch nach Sexualität und (..) nach körperlicher Zuwendung, das ... dieser Sinn, der stirbt zuletzt, ja? Und früher, da ... (..) da ist man einfach (..) zu oberflächlich mit dem Thema umgegangen. Da hat man wirklich ... (..) ja, das war wie so eine Stigmatisierung. Also mit Einzug ins Pflegeheim, (...) ja, war die Meinung, dass dieses Bedürfnis nach

⁵² De-thematisierung meint in diesem Zusammenhang eine kommunikative Praxis, welche die grenzüberschreitende Tätigkeit durch das Führen von Vordergrundgesprächen gleichsam in den Hintergrund rückt bzw. die Aufmerksamkeit der zu Pflegenden auf ein anderes Thema richtet.

Liebe und Sexualität irgendwie automatisch erlischt, ja? Und also ich glaube, das ist auch eine ganz ... ja, so eine freie Entwicklung, die wir hier in unserer Einrichtung genommen haben, eben, ja, sehr gezielt damit umzugehen, ja? Also nicht gleich zu verpönen, wenn ein Bewohner eben versucht, zum Beispiel Pflegekräfte an Intimstellen zu berühren, ja, sondern dass man da eben ansetzt, erst mal zu überlegen: Warum macht er das? Welches ... (.) was braucht er? Wie ... was könnten wir tun, um sein Bedürfnis zu lindern, ja? Und (..) es ist wichtig, dass man nicht zu vorschnell abstempelt, sondern dass man dann auch wieder alle an einen Tisch holt und auch schaut: Welche Hilfen kann ich denn dieser Mitarbeiterin auch geben, die diese Situation vielleicht gezielt immer abbekommt, ja? (Pflegedienstleitung und Inklusionsbeauftragte, Fallstudie 02)

Der hier beschriebene *manifeste* Konflikt auf der Mikro- bzw. Interaktionsebene berührt ganz wesentlich den Umgang mit dem sexuellen Begehren der Bewohner*innen. *Latent* konflikthaft ist dieses gleichsam, da Sexualität und sexuelles Begehren, laut den Interviewpartnern, im Alter weitestgehend aus der pflegerischen und betreuungspraktischen Reflexion ausgeschlossen worden sind. Diese fälschliche De-Sexualisierung der Bewohner*innen kann dazu führen, dass ein angemessener Umgang mit Sexualität aus dem Umgangsrepertoire bzw. gelernten Interaktionswissen der Pflegekräfte verschwindet und es dadurch vermehrt zu konflikthaften Situationen kommt. Pflegende, die unvorbereitet mit dem abgesprochenen sexuellen Bedürfnis konfrontiert werden, sind dabei ebenso betroffen, wie die durch das tabuisierende Verhalten der Pflegekräfte und eventuell der Organisation als Ganzes stigmatisierten Bewohner*innen. Gleichsam verweist die hier geschilderte Problematik als von der Organisation zu bearbeitendes potenzielles Konfliktfeld (sexuelle Wünsche der Bewohner*innen) zudem auf die Meso-Ebene. Die formulierte Notwendigkeit einer sensibilisierenden Schulung der eigenen Mitarbeiter*innen als eine vom Pflegeheim als Organisation zu gewährleistende Aufgabe, verschiebt die diesbezügliche Problemlösungsstrategie insofern auf die institutionelle Meso-Ebene. Die Organisation richtet sich hierbei jedoch nicht lediglich an die eigenen Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen, sondern kann auch vermittelnd gegenüber den An-/Zugehörigen auftreten. Denn deren Beurteilung des sexuellen Begehrens ihres An-/Zugehörigen, kann zusätzlich konflikthaft wirken:

B1: „Und das muss man auch bei den Angehörigen begleiten und um Verständnis appellieren und vor allen Dingen auch das Thema zu öffnen, dass Angehörige das zulassen können. Also wir hatten vor vielen Jahren zum Beispiel schon eine Tochter, (..) die hat große, große Schwierigkeiten gehabt, weil ihre Mutter sich hochdement aber verliebt hatte in einen ebenfalls hochdementen Mitbewohner. Und die beiden haben gekuschelt und lagen im Bett und haben sich auch manchmal ausgezogen. Und das war ganz schwierig für die Tochter, das zu akzeptieren. Die hatte immer das Gefühl, ihre Mutter ist dement und kann nicht mehr entscheiden, was für sie gut ist. Und das, sich nackig ins Bett legen mit dem Mitbewohner und sich zu streicheln und (.) zu kuscheln, das kann nicht ((klopft auf den Tisch)) gut sein für sie, ja? Und aber wenn man das Gesicht der Mutter angeguckt hat, ja, oder wie glücklich die beiden miteinander waren, so die Ausstrahlung trotz der Wortfindungsstörungen, ja, dann hat man gesehen, dass die Gestik und die Mimik einfach (..) zueinander zugewandt war und dass die beiden sich gutgetan haben. Und da musste man ganz speziell die Tochter eben sehr intensiv begleiten, ne, also wenn sie kam, sie direkt erst mal auffangen, ja, und informieren und Entlastungsgespräche führen, ne, bis sie das anerkennen konnte, dass sie nicht mehr gestresst ihre Mutter irgendwie rauszerren wollte aus Situationen. Also da ist (..) eine Aufklärung mit allen Beteiligten ganz wichtig. (...“
(Pflegedienstleitung und Inklusionsbeauftragte, Fallstudie 02)

Der hier angedeutete Konflikt zwischen Angehörigen und Bewohner*innen bezieht sich in der Sache erneut auf eine konfligierende Bewertung sexuellen Verhaltens und Begehrens. Während Angehörige das sexuelle Begehren bzw. den Wunsch nach Intimität und körperlicher Nähe ihres Angehörigen mitunter nicht als legitime Willensäußerung akzeptieren, können (besonders geschulte) Pflege- oder Betreuungskräfte in dieser Konfliktkonstellation eine vermittelnde Funktion einnehmen. In Fällen einer demenziellen Veränderung auf Seiten der Bewohner*innen kann sich die konfligierende Bewertung sexuellen Begehrens (und im Großen gefasst als sexuelle Selbstbestimmung) zwischen Bewohner*in und Angehörigen noch verschärfen. Auf einer weiteren Ebene verweist die Frage nach der unterschiedlichen Bewertung sexuellen Begehrens auf die generelle Frage danach, was legitime Wünsche sind, was im Rahmen des Pflegeheims auch positiv sein könnte und welche Verhaltensweisen und Bedürfnisse der Bewohner*innen von Seiten der Einrichtung unterbunden werden sollten und gegebenenfalls müssen. Erschwert wird dieser Komplex im Kontext des Pflegeheims zusätzlich durch die Pluralisierung der relevanten Perspektiven hierauf (hier der Angehörigen, die ebenfalls die Interessen der Mutter schützen will). So steht die Einrichtung in diesem Fall nicht lediglich vor der Herausforderung, das Verhalten der Bewohner*innen untereinander vor dem Hintergrund der eigenen institutionalisierten Handlungserwartungen und Verhaltensregeln zu interpretieren, sondern muss in die diesbezüglichen Überlegungen zusätzlich die Perspektive der Angehörigen integrieren. Der Konflikt in diesem Fall ist vor allem auf der Beziehungsebene Bewohnerin-Angehörige bzw. der Rolle als Angehörige („fürsorgende Tochter“) anzusiedeln und die Lösung auch hier anzusetzen. Konkret müsste an der Deutung der Situation durch die Angehörige angesetzt werden, damit im Pflegeheimalltag konfliktfrei dem Willen der Bewohnerin Ausdruck verliehen oder auch nur ein soziales Handeln zugelassen werden kann, das der Bewohnerin ‚guttut‘ (und in dem sich mitunter gar kein expliziter Wille im eigentlichen Sinn ausdrückt). Dies kann durch Kommunikation mit der Angehörigen erfolgen, in der die Pflegekräfte über die Vermittlung von (Deutungs-)Wissen die Perspektive der Bewohnerin vertreten („körperliche Nähe tut gut“) und die eigene fachliche Kompetenz als Gewähr der geleisteten Fürsorge durch die Pflegekraft zusichern, damit sich die Sorge der Angehörigen um die Sicherheit und Selbstbestimmung der Bewohnerin in die Zusage an ein begleitetes (unter ‚Aufsicht‘ der Pflegekraft) selbstbestimmtes Handeln der Mutter überführen lässt. Die Angehörige muss gleichsam dazu gebracht werden, Teile ihrer Fürsorgerolle an die fachlich kompetenten Pflegekräfte abzugeben, ein Prozess der, wie noch zu zeigen sein wird, immer wieder konflikthaft im Pflegeheimalltag wirkt und zusätzlich verdeutlicht, dass die relationale Verwirklichung von Autonomieansprüchen nicht lediglich in Richtung des Pflegeheims wirken muss, sondern auch mit Blick auf die Angehörigen praktisch zu strukturieren ist.

Dieser körperbezogene Privatheitskonflikt verdeutlicht zudem die Komplexität von Selbstbestimmung unter der Bedingung kognitiver Einschränkungen (Demenz): Genauer stellt sich der mögliche Konflikt zwischen dem (von der Pflegekraft) unterstellten mutmaßlichen Willen der Bewohnerin auf der einen Seite und dem nötigen Fürsorgeverhalten auf der anderen Seite, das Schaden von der Bewohnerin abwenden will, indem Verhalten gegen ihren Willen unterbunden wird (durch die Angehörige). Auch hier verdeutlicht sich der relationale Charakter von Selbstbestimmung, denn noch einmal in verschärfter Form ist im Falle von Demenz der*die betroffene Bewohner*in darauf angewiesen, dass seine*ihre Äußerungen ‚in seinem*ihrem

Sinne' interpretiert werden und der von Anderen unterstellte mutmaßliche Wille und das damit zugelassene Handeln seinen*ihren Interessen (bzw. seinem*ihrem Wohltun) entspricht (was für die beteiligten Pflegekräfte und Angehörigen nur über Deutungen und Interpretationen eingeschätzt werden kann). Das konkrete Thema des skizzierten Falles ‚körperliche Intimität‘ adressiert in besonders deutlicher Form zudem die Herausforderung des Pflegeheims als ‚Zwitterinstitution‘ zwischen öffentlicher Versorgung und privater Lebensführung, privat-intimes Handeln in die Funktions- und Organisationslogik des Pflegeheims zu integrieren. Just das erscheint im skizzierten Fall durch die antizipierende Reflexion und Bearbeitung des Themas auf der organisationalen Meso-Ebene jedoch kein Problem darzustellen.

Neben der körperbezogenen Dimension von Privatheit, lässt sich die Bedeutung und Strukturierung dieser Kategorie zusätzlich in Bezug auf die symbolische Bedeutung und die praktische Verfügbarkeit von Dingen bzw. Materialitäten beziehen. Dem liegt die Einsicht zugrunde, dass Identitätskonstruktion sich auch ganz wesentlich über die Verfügbarkeit und symbolische Aufladung von je ‚eigenen‘ Dingen vollzieht. Den eigenen Dingen kommt ihre Bedeutung als Bestandteil der „Identitätsausrüstung“ (Goffman 1981) eines Subjekts aufgrund ihres Entzugs aus der Sphäre der gemeinschaftlichen Nutzung und Zirkulation zu. Was mit den eigenen Dingen (seien es biografisch relevante Dinge oder wie im vorliegenden Fall, persönliche Präferenzen zum Ausdruck bringende Konsumartikel) passiert, wie sie zum Einsatz kommen und wofür sie gedacht sind, fällt, dieser Argumentation folgend, in den Entscheidungsbereich des Subjektes. Eine Verletzung dieser Verfügungsordnung über die eigenen Dinge berührt insofern mitunter zentral das Empfinden von Selbstbestimmung. Nur vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ist es zu verstehen, dass Dinge (ihr Verschwinden, ihr Nicht-Mehr-Auffinden, ihre Integration in den Pflegeheimalltag) des Öfteren zum Fluchtpunkt konflikthafter Auseinandersetzungen im Pflegeheimalltag werden. Neben konkreten Dingen (zum Beispiel biografisch relevante Objekte), vollzieht sich die relationale Konstruktion von Privatheit zusätzlich auch über die symbolische Aufladung und autonome Verfügbarkeit über bestimmte Räume. An folgendem Beispiel lassen sich diese Überlegungen zu Dingen und Räumen verdeutlichen:

*„B: Ja, das mache ich jetzt. Das neuerdings mache ich. Sperre ich ab. Die haben ja alle einen Schlüssel, die reinmüssen. Ja, und das ist schon richtig. Ja, wenn man da Sachen hat. Ich habe gesagt, ich habe noch zwei Schokoladen da, wollte ich die der *Frau A* noch / weil ich immer die Kinderschokolade / und da denke ich, na ja, wenn die jetzt alle ist. Ich hole mir die ja immer beim Rossmann und wenn die jetzt alle ist und nimmst du von der Schokolade (unv.) sind gar nicht mehr da. (I: Waren weg?) Und ich weiß genau, dass ich zwei hatte. Hatte ich geschenkt gekriegt irgendwie. Ja, da hatte mal einer die Schublade aufgemacht und hat sie mitgenommen. Und dann habe ich das einer gesagt: Die sind weg. Und da hat die gesagt: (mit verstellter Stimme) Wir haben so viel Schokolade, ganzen Schrank voll, wir essen das gar nicht. Hatte ich gesagt: Ich habe nicht gesagt, dass Sie sie genommen haben. Wenn ich das wüsste, wer sie genommen hätte, hätte ich die angesprochen. Ich habe es Ihnen nur sagen wollen. Da wird man gleich angeschrien. Das habe ich nicht so gern. Da ärgere ich mich über. Ja, aber ich habe da nichts gesagt. Ich habe nur gesagt: Ich habe nur gesagt, Sie haben sie nicht genommen. Wenn ich wüsste.“ (Bewohnerin, Fallstudie 02).*

In seiner Alltäglichkeit scheint die hier beschriebene Problematik (fehlende Schokolade) zunächst keinen eindeutigen Bezug zu der Frage nach Selbstbestimmung im Pflegeheimalltag aufzuweisen. Dieser sollte jedoch deutlich werden, wenn man die beschriebene Problematik

mit Blick auf die Ding- und Raumbezogenheit von Privatheit interpretiert. So ist im vorliegenden Beispiel zum einen die über räumliche Grenzen vollzogene Trennung zwischen privaten und gemeinschaftlichen Orten von Bedeutung. Symbolisiert wird diese Umweltabgrenzung des privaten Raums durch die Möglichkeit, den Zugang via Verschluss zu kontrollieren (gleichsam wird diese Zugangsverfügung durch die institutionelle Logik der Fürsorgepflicht bzw. -verantwortung eingeschränkt – Pflegekräfte verfügen über eine Zentralschlüssel, um im Notfall Zugang zu den Zimmern der Bewohner*innen zu erhalten – es manifestiert sich hier die Gleichzeitigkeit des Pflegeheims als Pflege- und Lebensort). Auf einer ersten Ebene lässt sich dieser Fall insofern vor dem Hintergrund einer wahrgenommenen *Verletzung der Trennung von privaten und öffentlichen Räumen lesen* (aus dem Fehlen der Schokolade schließt die Bewohnerin, dass jemand in ihrem Zimmer war – aus der Perspektive der Pflegekraft erscheint dies eventuell als ein direkter Vorwurf). Des Weiteren lässt sich am Fehlen der ‚eigenen Schokolade‘ verdeutlichen, inwiefern symbolisch aufgeladene Dinge von einzelnen Akteur*innen selbstbestimmungsrelevant gemacht werden. Die im hier skizzierten Fall ‚verschwundene‘ Schokolade wollte die Bewohnerin mit einer befreundeten Seniorin teilen. Die Bedeutung der *eigens gekauften* Schokolade verweist insofern auf die Möglichkeit der Kontinuierung unterstützender sozialer Beziehungen. Eben weil die Schokolade in diese soziale Beziehung (zwischen zwei Bewohnerinnen), als materieller Ausdruck dieser wechselseitigen Wertschätzung, eingebracht werden sollte, lässt sich die eigene Schokolade nicht einfach durch eine andere ersetzen. Die Beziehung zur anderen Bewohnerin als soziale Bezugsperson wird insofern von der geschilderten Problematik tangiert, beziehungsweise genauer: das anvisierte Freundschafts- oder Fürsorgehandeln der betroffenen Bewohnerin, denn sie kann die Schokolade als Symbol für Gemeinschaft und Fürsorge in der Lebenswelt Pflegeheim nicht mehr teilen. Als dritte Konfliktebene kommt noch das kommunikative Missverständnis zwischen Pflegekraft und Bewohnerin hinzu, das es – auch aufgrund der Zeitknappheit – der Bewohnerin nicht ermöglicht, sich verständlich zu machen, Gehör für das Problem zu finden.

Die Pflegekraft schätzt die Situation als ungerechtfertigte Verdächtigung ein (Unterstellung der Bewohnerin, sie habe die Schokolade entwendet), fühlt sich angegriffen und reagiert entsprechend harsch. Dadurch verpasst sie den Punkt, um den es aus Sicht der Bewohnerin eigentlich geht und zeigt in dieser Situation keine Sensibilität für die symbolische und soziale Bedeutung der *eigenen* Schokolade für die betreffende Bewohnerin. Vorstellbar wäre außerdem, dass aus Sicht der Pflegekraft die Vorgeschichte des konkreten Konfliktes relevant wird. Wenn wir annehmen, dass die Bewohnerin beispielsweise dafür bekannt ist, gelegentlich Sachen zu verlegen, können wir davon ausgehen, dass dieses in der bisherigen Interaktion mit der Bewohnerin von der Pflegekraft gesammelte Wissen für die Beurteilung der Situation (‚Schokolade ist weg‘) durch eben diese relevant wird. Die Dringlichkeit der Situation würde vor diesem Hintergrund von der Pflegekraft eventuell anders beurteilt werden, als bei einer Bewohnerin, die nicht dafür bekannt ist ‚Sachen zu verlegen‘. Diese Faktoren können dazu führen, dass die Pflegekraft im vorliegenden Beispiel nicht in einen ‚Problemlösungsmodus‘ kommt, sondern in einen ‚Verteidigungsmodus‘, der sich in einen Beziehungskonflikt übersetzt (angespannte Atmosphäre zwischen Bewohnerin und Pflegekraft). Die im vorliegenden Beispiel geschilderte Reaktion der Pflegekraft erhöht insofern das Konfliktpotenzial der Situation um einen persönlichen Beziehungskonflikt. Nötig wären hier kommunikative Kompetenz, Zeit zur Erfassung des

eigentlichen Punktes sowie ein Perspektivwechsel der Pflegekraft und das Verstehen der hinter der Beschwerde stehenden Bedeutung(en) des Vorfalls (= Bruch mit der Verfügbarkeit über privaten Raum und Dinge sowie Bruch in den Möglichkeiten des sozialen Handelns). Verstärkt werden könnte die Einnahme eines solchen ‚Verteidigungsmodus‘ durch die Pflegekraft zudem durch die situativen Bedingungen des *Manifest-werdens* dieses Konfliktes. Wenn die Pflegekraft beispielsweise zum Zeitpunkt der Problematisierung unter Zeitdruck arbeitet, wird eine Perspektivenübernahme zum Zwecke des Verstehens der hinter der Beschwerde stehenden Bedeutung eher unwahrscheinlich, denn ein solcher Perspektivenwechsel erfordert auf Seiten der Pflegekraft nicht nur kommunikative und interaktive Kompetenz, sondern zudem das Vorhandensein von ‚Beziehungszeit‘, also von zeitlichen Ressourcen zur Konstruktion von auf Vertrauen und Offenheit beruhenden kommunikativen Anerkennungsbeziehungen.

Was dieses Beispiel insofern verdeutlichen soll ist, dass die Frage, was mit den eigenen Dingen passiert, wie sie zum Einsatz kommen und wofür sie gedacht sind, in den Entscheidungsbereich des Subjektes fällt. Eine Verletzung dieser Verfügungsordnung über die eigenen Dinge berührt insofern mitunter zentral das Empfinden von Selbstbestimmung.

Die Selbstbestimmungsrelevanz der Verfügbarkeit über die eigenen Dinge zeigt sich auch in folgender Schilderung eines erlebten Konfliktes:

„B:(...) Es gibt so manche Meinungsverschiedenheiten auch in der ganzen Krankenpflege, nicht mit den Schwestern, aber mit den, ja, mit den Hauptamtlichen, auch nicht Hauptamtlichen, aber mit der Schwester, die hier alles zu sagen hat. Die ist sehr herrisch. Die bestimmt sehr viel. (...) Die bestimmt das alles, teils sagte sie so. Da bin ich gegen angegangen.“

I: Okay. Was war das zum Beispiel?

B: Zum Beispiel, der Sessel wäre zu viel hier im Zimmer, der soll raus. Ich sage: „Der wird nicht rausgenommen, der bleibt hier.“ Habe ich mich auch durchgesetzt.“ (Bewohnerin, Fallstudie 01)

Dieser *manifeste* Konflikt zwischen Bewohnerin und Pflegekraft ist auf der Beziehungsebene zu verorten und verweist thematisch auf das konfligierende Aufeinandertreffen zweier unterschiedlicher Ordnungsvorstellungen. Während die (leitende) Pflegekraft die räumliche Einrichtung des Zimmers der Bewohnerin aller Wahrscheinlichkeit nach unter Gesichtspunkten der Sturzvermeidung beurteilt und aus dieser Perspektive zu der Einschätzung kommt, dass der Sessel der Bewohnerin dieses Risiko signifikant erhöhe, beharrt die Bewohnerin auf ihren eigenen Ordnungsvorstellungen und setzt diese schlussendlich auch durch.

7.1.2.3 Zeit als strukturierende und konflikthafte Dimension des Pflegeheimalltags

Unter dieser Dimension werden jene Konflikte gruppiert, die sich auf die Verhandlung von und Verfügbarkeit über Zeit (als Ressource, als Gabe, als Strukturierungsmoment des Alltags) beziehen. Zeit ist im Kontext des Pflegeheims eine sehr zentrale Dimension von Selbstbestimmung. Aus ihrer symbolischen Codierung, praktischen Verfügbarkeit und Inanspruchnahme resultieren eine Vielzahl von möglichen Konflikten. Ein Beispiel für die Konflikthaftigkeit sich im Pflegeheimalltag manifestierender, unterschiedlicher Zeitstrukturen und -bedürfnisse liefert folgende Schilderung einer Bewohnerin:

„B: Ja, doch, da ... Man hat eben auch keine Zeit, mit denen [Pflegerkräften, Anm.] ein Gespräch irgendwie anzufangen, ne? Weil die eben die Zeit nicht haben. Die kriegen genau die Zeit vorgeschrieben, wie lange dass sie für eine Person haben dürfen, ne? Und da müssen die sich dran halten. Ne? Und das ist manchmal auch ganz schön knapp.“ (Bewohnerin, Fallstudie 01)

Angesprochen werden hier verschiedene, im Pflegeheimalltag sich manifestierende, Zeitstrukturen. Die ‚geschenkte Zeit‘, welche als konstitutiv für die Konstruktion einer, die pflegerische Versorgungslogik transzendierenden, sozialen Beziehung zwischen Bewohner*innen und Personal erscheint, gerät in Konflikt mit der von der Organisation strukturierten ‚Verzeitlichung‘ der pflegerischen Interaktion zwischen Personal und Bewohnern*innen. Während die Bewohnerin gerne mehr Zeit für den Austausch mit den Pflegekräften hätte, antizipiert sie bereits die Perspektive der Pflegekraft, indem sie die Problematik auf die Ebene der organisationalen Zeitordnung verschiebt (*„Die kriegen genau die Zeit vorgeschrieben, wie lange dass sie für eine Person haben dürfen, ne“*). Zeit als aus der Sicht des Personals knappe Ressource verhindert so mitunter die interaktive Konstruktion würdestiftender sozialer Anerkennungs-Beziehungen (Pleschberger 2007, S. 199), welche für den interaktiven Vollzug relationalen Würdeempfindens konstitutiv sein können. Verstärkt werden kann der wahrgenommene Gegensatz von ‚Zeit als knappe Ressource‘ und ‚Zeit als Gabe‘ durch die ungleich verteilte Verfügungsmacht über die ‚eigene Zeit‘ des Personals und der Bewohner*innen. Während die Bewohner*innen über Zeit verfügen, die genutzt werden will, ist das Personal einer institutionellen Zeitstruktur unterworfen. Ist also auf der einen Seite scheinbar viel Zeit vorhanden, erscheint sie aus Sicht des Personals als knappe Ressource. Die Knappheit der ‚zu gebenden Zeit‘ kann auf Seiten der Pflegekräfte darüber hinaus Fragen nach der Verteilungsgerechtigkeit aufkommen lassen (Wenn ich bei Bewohner*in A fünf Minuten länger bleibe, habe ich eventuell weniger Zeit für Bewohner*in B). Der Konflikt kann als zwischen Mikro- und Mesoebene angesiedelt betrachtet werden, denn einerseits bezieht sich die Konfliktschilderung auf das Interaktionsgeschehen zwischen Bewohner*innen und Personal (Mikroebene), welches in den Erwartungsordnungen der beteiligten Akteur*innen durch konfligierende Zeitstrukturen formiert wird, andererseits verweist die in dieser Sequenz verdeutlichte Kenntnis der Bewohnerin über die Zeitordnungen des Personals auf die Ebene der institutionellen Strukturierung von Arbeitsabläufen (Mesoebene). Da der Konflikt bereits von der Bewohnerin auf institutionelle Zwänge zurückgeführt wird, bleibt er im konkreten Interaktionsgeschehen zumeist latent. Als Hintergrundfolie strukturiert er jedoch eine Vielzahl von Interaktionen und Praxisarrangements im Pflegeheim. Was also im vorliegenden Fall von der Bewohnerin gewünscht wird, ist ein mehr an ‚Beziehungszeit‘.

Auch auf Seiten des Personals wird mangelnde Zeit als eine wesentliche Problematik für eine auf Selbstbestimmung und Würde ausgerichtete Pflege- und Betreuungspraxis beschrieben. Im Kontext der in den Gesprächen allgegenwärtigen Problematik eines Personalmangels, kommt dies in folgender Sequenz zum Ausdruck:

„B2: Und ja, ich finde zum selbstbestimmten Leben gehört auch dazu, dass man, wenn man Unterstützungsbedarf hat in einer Einrichtung, dass genügend Personal da ist, um einen darin zu unterstützen, selbstbestimmt zu leben. Vieles scheitert an dem Personalmangel, der da ist. Wenn nur wenige Leute in der Pflege eingesetzt sind, weil der Schlüssel so niedrig ist, dann ist es ganz schwierig, das als Mitarbeiter umzusetzen in manchen

Dingen im Alltag, sage ich jetzt mal. Also, wenn jemand zum Beispiel über eine Stunde braucht, um selbstständig zu essen und man aber jemanden dasitzen haben muss, der das immer wieder begleitet und daran erinnert: Sie haben da noch etwas auf dem Löffel. Können Sie sich ja vorstellen, wie schwierig das manchmal umzusetzen ist, weil man diesen Personalmangel hat.“ (Sozialer Dienst, Fallstudie 04)

Interessant erscheint in diesem Fall zusätzlich, dass die beschriebenen strukturellen Hindernisse (Personalmangel und damit verbunden Zeitmangel), von dem*r Interviewten nicht primär mit Blick auf die Auswirkungen auf den eigenen Arbeitsumfang (potenzielle Überlastung), sondern hinsichtlich der Verunmöglichung von Selbstbestimmung und Würde berücksichtigender Pflege- und Betreuungspraxis problematisiert werden. Zeit ist, dieser Argumentation folgend, insofern eine ganz wesentliche Bedingung für eine Selbstbestimmung und Würde fördernde bzw. erhaltende Praxis. Und zwar nicht allein mit Blick auf das Volumen der verfügbaren Zeit, sondern vor allem mit Blick auf die Einsatzmöglichkeiten der verfügbaren Zeit des Personals. Also auf die Möglichkeit des Personals, die ihnen zur Verfügung stehende Zeit zur Kontinuierung und Konstruktion auf Vertrauen und Intimität beruhender Beziehungen zwischen ihnen und den Bewohner*innen einzusetzen. Hier wäre ein Ansatzpunkt für Bearbeitungsmöglichkeiten auf der organisationaler Ebene, zum Beispiel in Form von, diese Zeitproblematiken berücksichtigender Arbeits- und Schichtplanung.

Unter dieser Perspektive (Einsatzmöglichkeiten der verfügbaren Zeit) können auch nicht-intendierte Nebenfolgen des Einsatzes kontrollierender Alarmtechnik problematisiert werden. Ein relativ gängiges Phänomen in diesem Zusammenhang ist das Folgende:

Eine sturzgefährdete Bewohnerin bewegt sich aktiv in der Nacht von einer auf die andere Seite. Um Stürze zu verhindern, wurde eine Sensorik an ihrem Bett aktiviert, die die Pflegekräfte sofort auf größere Bewegung der Bewohnerin im Bett hinweist. Dadurch wird das Pflegepersonal jedes Mal benachrichtigt, dass es nach der Bewohnerin schauen muss. Selbst wenn die Pflegekräfte über die Bewegungshäufigkeit der Bewohnerin Bescheid wissen und nicht davon ausgehen müssen, dass die Bewohnerin einen Schaden davonträgt, müssen sie jedes Mal im Zimmer der Bewohnerin quittieren, dass sie nach ihr geschaut haben und es ihr gut geht. Das kostet mitunter viel Zeit, wenn sich die zuständige Pflegekraft gerade am anderen Ende des Hauses oder sogar in einem anderen Stockwerk befindet bzw. führt zu Arbeitsabbrüchen oder Unterbrechungen, die von den Pflegekräften mitunter als belastend beschrieben werden. In unberechenbaren, aber trotzdem regelmäßigen Abständen muss also eine Pflegekraft nach der Bewohnerin schauen; wohlwissend, dass sie sich viel und ausdauernd bewegt. Sie muss jedoch zwingend im Zimmer der Bewohnerin das Signal, das die Bewegung ausgelöst hat, ausschalten. Dadurch bleiben womöglich andere Aufgaben liegen und sie kann sich weniger um andere Bewohner*innen kümmern. Die eingesetzte Technik produziert insofern Effekte, die bedeutende Auswirkungen auf die selbstbestimmte, im Sinne von nach ‚eigenen‘, als sinnvoll erfahrbaren Kriterien strukturierte, Gestaltung des eigenen Arbeitshandelns durch die Pflegekraft nach sich ziehen. Es entsteht hier also eine Diskrepanz zwischen der durch den Technikeinsatz erhofften Zeit- und Ressourcenersparnis (Kontrolle wird an Technik delegiert) und dem wirklichen Zeiteffekt des Technikeinsatzes. Der hier skizzierte Fall ließe sich also auch als ein *technikvermittelter Zeitkonflikt* interpretieren. Aus Sicht der Pflegekraft erscheint Zeit als eine ‚knappe Ressource‘, deren Einsatzmöglichkeiten durch verschiedene,

mitunter konfligierende Anforderungen strukturiert werden (von der Organisation vorgegebene ‚Verzeitlichung‘ der Pflegepraxis, die vom Bewohner individuell eingeforderte und benötigte ‚Beziehungszeit‘, Dringlichkeitskriterien des Zeiteinsatzes usw.). Die im vorliegenden Beispiel eingesetzte Alarmierungstechnik fügt diesem nach spezifischen Relevanzkriterien geordneten Zeiteinsatz einen weiteren Strukturierungsfaktor hinzu, welcher der Pflegekraft zudem keine eigenen Möglichkeiten der Priorisierung lässt (jede technische Meldung ist als Notfall zu behandeln). Auf Seiten der Pflegekräfte kann hierdurch der Eindruck entstehen, in der Gestaltung ihres Arbeitsalltags durch eine ‚sinnentleerte‘ Technik fremdbestimmt zu werden, hierdurch können Entfremdungsprozesse einsetzen, die wiederum ein, sich im individuellen Bewusstsein der Pflegekraft manifestierendes, Auseinanderdriften zwischen Anspruch an die eigene Tätigkeit einerseits und konkret realisierbare Gestaltungsmöglichkeiten andererseits auslösen können. Denn indem die Sensorik regelmäßig anschlägt und damit, ohne direkte Steuerung der Bewohnerin, eine Pflegekraft anfordert, kann die Pflegekraft nur eingeschränkt eine Priorisierung der aktuellen Pflegeaufgaben vornehmen und wird dadurch eher fremd- als selbstbestimmt. Unabhängig wie dringend und lebensbedrohlich die durch die Sensorik aufgenommene und weitergeleitete Bewegung der Bewohnerin ist, wird von der Pflegekraft erwartet, der von der Sensorik gemeldeten Aktion mit dringlichster Priorität nachzugehen. Das beeinflusst die eigenständige und selbst nach Dringlichkeiten sortierte selbstbestimmte Arbeit der Pflegekraft enorm, was das Auseinanderfallen von Anspruch an (symbolische Rahmung der eigenen Tätigkeit) und Wirklichkeit von (strukturelle Zwänge) Pflegearbeit intensivieren kann (Stichwort: „Moral Distress“, vgl. Kapitel 9).

Der hier skizzierte Widerspruch zwischen einem angedachten ‚Zeitgewinn‘ durch den Einsatz von Kontrolltechnik und der konkret daraus resultierenden Umstrukturierung der Zeitordnung der Pflegekraft, verweist auf potenziell selbstbestimmungsrelevante, nicht-intendierte Nebenfolgen des Technikeinsatzes in Pflege und Betreuung. Diesbezüglich lässt sich festhalten, dass Technik im Pflegeheimalltag dann zu Konflikten und Problemen führen kann, wenn ihr Einsatz unabhängig von den konkreten, situativ-flexiblen Folgen für Personal und Bewohner*innen standardisiert realisiert wird.

Die Zeitlichkeitsdimension der Pflegepraxis kann jedoch auch noch aus einer weiteren Perspektive und unter anderen thematischen Bezügen problematisiert und werden. Aus der Perspektive der An-/Zugehörigen zum Beispiel wie folgt:

„Also ich weiß mittlerweile auch, ähm, es gibt ja, jeder ist ja auch ein anderer Typ von den Pflegern. Ja, es gibt eine sehr resche, die sich mittlerweile auch (...) besser eingearbeitet hat, wo ich vorher dachte 'Boa, gar nichts'. Meinen Papa in Ruhe ansprechen, vorbereiten. Sagen, was du machst, dann ist alles in Ordnung. Aber so zack zack zack zack zack, das geht gar nicht, ne?“ (Angehörige Demenz-WG, Fallstudie 02).

In dieser Sequenz wird die bereits beschriebene Zeitlichkeitsdimension (in welchem Tempo wird die Pflegeinteraktion gestaltet) aus der Perspektive einer*s Angehörigen nochmals anders problematisiert und auf spezifische Art und Weise verursacht. Rekurrierten die bisher geschilderten Zeitlichkeitskonflikte zumeist auf die Differenzen zwischen der institutionellen Zeitordnung einerseits und den Einsatzmöglichkeiten von Zeit als Gabe in der sozialen Interaktion zwischen Personal und Bewohner*innen andererseits, führt die*der Angehörige in der vorliegenden Sequenz eine mangelnde Passung zwischen individueller zeitlicher Taktung der

Interaktion auf Seiten des Personals und der Bewohner*innen als mögliche Konfliktursache auf. Impliziert wird hierbei, dass es verschiedene Bewohner*innen- und Personaltypen gibt, die ihr eigenes Handeln jeweils nach spezifischen ‚verzeitlichten‘ Präferenzen strukturieren (möglichst schnell und störungsfrei vs. möglichst umsichtig, vorsichtig, behutsam). Eine Passung dieser jeweils individuellen Zeitbedürfnisse kann nur in Form einer interaktiven Aushandlung geschehen. Das heißt, Pflegekräften muss es ermöglicht werden, ihre eigenen Bedürfnisse und professionellen Erwartungen auch im Hinblick auf Zeitlichkeit mit denen der Bewohner*innen abzustimmen. Potenziell konflikthaft ist also auch eine mögliche Differenz zwischen organisationaler und individueller Zeitordnung. Durch den Verweis auf die speziellen Bedarfe und Kompetenzen von verschiedenen Pflegearten und Bewohner*innen, lässt sich der hier implizierte Konflikt relativ deutlich auf der Mikro-Ebene verorten. Auch mögliche Bearbeitungsmodi dieser Konflikte beziehen sich in Form einer geforderten „Situationsoffenheit und -flexibilität“ (vgl. Weishaupt 2017) auf Seiten des Personals primär auf die Ebene der konkreten Interaktion. Wenn angenommen werden kann, dass das ‚zackige Handeln‘ der Pflegekraft das Resultat organisationaler Zeitknappheit ist, ließe sich dieser Konflikt in Richtung Meso-Ebene erweitern.

Die notwendige Passung von organisationaler und individueller Zeitordnung lässt sich auch mit Blick auf die Tagesstrukturierung der Bewohner*innen in ihrer potenziellen Konflikthaf-tigkeit veranschaulichen:

„B: Also auch schon der, die eine kommt schon um halb acht und die andere kommt erst um zwanzig vor acht. Und das ist für mich vom Aufstehen her durchaus sehr interessant, wie weit ich da bin. (I: Mhm, okay.) Also das wäre, aber das ist auch wohl schwierig, wenn jetzt jemand krank und so, also. Also abends funktioniert es jetzt einigermaßen. Ich habe mal etwas (unv.), dass das zu früh ist. Wir sind jetzt jedenfalls ans Ende geschoben worden, dass wir erst so zwischen neun, viertel nach neun hier fertig sein müssen. Und das geht einigermaßen für mich, wenn ich dann noch ein bisschen lesen will. Für meine Frau ist es ein bisschen zu lang.“ (Bewohner, Fallstudie 02)

Die Zeitdimension der hier geschilderten Problematik verweist auf die zeitliche Strukturierung des Tagesablaufs der Bewohner*innen durch die Institution. Konflikthaft wird dies, wenn es zu Inkongruenzen zwischen der organisational vorgegebenen Tagesstrukturierung und den alltäglichen Routinen der Bewohner*innen kommt. Zentral erscheint hier eine organisationale Flexibilität der Tagesstrukturierung bei gleichzeitiger potenzieller Formalisierung der zeitlichen Tagesstrukturierung. So scheint es für den Bewohner wichtig zu sein, sich auf institutionalisierte Routinen verlassen zu können. Er benötigt diese gleichbleibenden Routinen, um die Gestaltung seiner eigenen Zeit mit den Bedürfnissen der organisationalen Verwaltung abzustimmen. Es handelt sich insofern um einen latenten Konflikt auf der Meso-Ebene, da in diesem Fall individuelle Routinen auf der einen und organisatorische Planungs- und Strukturierungserfordernisse auf der anderen Seite aufeinandertreffen. Grundsätzlich scheint die Organisation in diesem Falle durchaus flexibel auf die Routinen und Wünsche des Bewohners eingehen zu können. Dieser Flexibilität sind, wie folgende Sequenz zeigt, jedoch Grenzen gesetzt, wenn es um die Aufrechterhaltung der organisationalen Versorgungsroutinen geht:

„B: Wir haben natürlich die Grenzen so mit unseren Mahlzeiten. Und da können wir zwar zurückstellen, wenn da jetzt jemand jetzt nicht essen möchte, sondern sein Mittagessen vielleicht erst um 14 oder 14:30 Uhr haben möchte, das ist kein Problem, das können wir

aufwärmen. Schwieriger wird es nachher, wenn es um die Versorgung geht. Da haben wir natürlich auch gewisse Rhythmen. Wir bemühen uns, dass man, wenn wir Langschläfer haben, dass wir die natürlich nicht zuerst in der Versorgung haben und dass man das auch um 10 noch machen kann. Aber da sind uns nachher irgendwann relative Grenzen gesetzt.“ (Wohnbereichsleitung, Fallstudie 05)

Dem Gebot der Selbstbestimmung folgend soll sich die Tagesstrukturierung der Bewohner*innen zwar einerseits an deren Routinen, Wünschen und Bedürfnissen orientieren, andererseits gerät diese organisationale Flexibilität in der Zeitplanung jedoch dort an ihre Grenzen, wo die institutionalisierte Zeitstruktur der Organisation durch spezifische Bewohner*innenwünsche sich aufzulösen droht. Die Passung zwischen individuellen und organisationalen Verzeitlichungen erscheint insofern als ein dynamischer Aushandlungsprozess, im Zuge dessen die Bedürfnisse der Bewohner und die absolut notwendigen Strukturierungserfordernisse und Zeitanforderungen der Organisation immer wieder erprobend aufeinander bezogen werden müssen.

7.1.2.4 Normative und praktische Zuschreibung von Verantwortlichkeit und Zuständigkeit

Diese Dimension bezieht sich auf die normative und praktische Verteilung und Zuschreibung von Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeit. Hiermit sind also sowohl organisationale Konstruktionen (und deren praktische Diffusion) von Zuständigkeitsbereichen in der Welt des Personals als auch intersubjektiv geteilte oder konfligierende Vorstellungen über Verantwortlichkeit (Wer ist für die Unterstützung eines pflegebedürftigen Menschen in welcher Art und Weise verantwortlich?) gemeint. Betrachtet man zunächst die praktische Diffusion von Zuständigkeitsbereichen in der Welt des Personals, so wird deutlich, dass sich Zuständigkeitsbereiche zwar in der Theorie klar voneinander abgrenzen lassen, es jedoch in der Praxis immer wieder zu Unklarheiten oder Störungen dieser Aufgabenteilung kommen kann. Dies wiederum kann in mehrfacher Hinsicht selbstbestimmungsrelevant werden. Zum einen mit Blick auf die Arbeitsorganisation und -planung des Personals und zum anderen aus der Bewohner*innenperspektive, nämlich dann, wenn es aufgrund von ungeklärten oder diffundierenden Zuständigkeitsbereichen zu einer Mangel-, Fehl- oder Überversorgung der Bewohner*innen kommt. Die praktische Diffusion von Zuständigkeitsbereichen alleine muss jedoch nicht zwangsläufig zu konflikthaften Auseinandersetzungen zwischen den einzelnen Personalgruppen führen. Problematisch wird dies erst, wenn es, wie im folgenden Beispiel, zu Doppellungen kommt, die eventuell Konkurrenzbeziehungen zwischen den einzelnen Personalgruppen konstituieren:

„Und auch in der Vergangenheit schon mal spürbar, das ist im Moment auch besser geworden, der Umgang von Hauptamtlichen mit Ehrenamtlichen. Ich habe, als ich damals angefangen habe, hier auch oben mal in einer Demenzerkrankten-Gruppe so nachmittags mal so eine Runde gemacht mit Vorlesen, mit Spielen, mit Singen und so was. Und das war an manchen Zeiten sehr heftig. (...) Ich sage auch keine Namen. Aber so zum Beispiel, wenn ich dann gesagt habe: "Können wir denn bitte die 12 Menschen da sitzen, können wir denn bitte mal die Tische zusammenschieben? Dann kann ich das, wenn ich da alleine in der Runde mit sitze, besser handeln." Und dann so: "Müssen wir jetzt auch noch für die Ehrenamtlichen springen?" (.) Das kann man dann nicht alleine. (I: Nein, nein, sind ja schwer die Tische) Solche Dinge. Oder wenn die Betreuungsassistenten zur gleichen Zeit, wenn ich kam, irgendwas angeboten hatten. Was macht man? Dann habe ich gesagt: "Was soll ich denn hier, wenn das schon gemacht ist? (Ehrenamtliche, Fallstudie 01)

Neben der organisationsinternen Zuschreibung und Verteilung von Verantwortlichkeiten kann in diesem Zusammenhang auch auf die oftmals konflikthafte Beziehung zwischen An-/Zugehörigen und Personal eingegangen werden. Der bereits erwähnte Prozess der anteiligen Abgabe von Verantwortung und praktischer Zuständigkeit für das Wohl des eigenen An-/Zugehörigen an das Personal einer stationären Pflegeeinrichtung erscheint hierbei als potenziell besonders konflikthaft. Obwohl eine kontinuierende Einbindung der An-/Zugehörigen in das Betreuungs- und Pflegearrangement der Bewohner*innen unter einer Selbstbestimmungs- und Würdeperspektive unbedingt wünschenswert ist, kann es in der konkreten Ausgestaltung dieser Einbindung vor allem aus der Perspektive des Personals zu Konflikten und Unklarheiten bezüglich der Verantwortlichkeiten und genauen Organisation dieser kontinuierenden Einbindung kommen. Folgende Schilderung kann als exemplarisch für diese Problematik angesehen werden:

„B1: Und viele Angehörigen, sage ich mal, ... sind, sage ich mal, froh, dass die hier versorgt sind, aber haben so was wie schlechtes Gewissen. Und ich glaube, dann fängt das an halt eben, dass die sagen, das ist hier nicht richtig oder da könnte man besser was machen. Aber das spricht nur halt eben, weil die das schlechte Gewissen halt eben hier die Angehörigen abzugeben zu haben, ne? Das ist, meine ich, oft so.

B3: Und es ist auch schwer, wenn die dann ihre eigenen Eltern sehen, wie die so nach und nach in die Demenz verfallen oder wie immer weniger geht, auch körperlich. Und ich glaube, das sind oft so Punkte, wo man dann auch oft, ja, angefahren wird, warum wir denn nicht mehr machen, und, ja, im Endeffekt wir dann auch in dieser Zwickmühle stehen und sagen müssen: "Es geht vielleicht einfach nicht mehr, und, ja, Ihre Mutter will das vielleicht auch gar nicht mehr oder ist einfach nur noch erschöpft, wenn so, zu viel erwartet wird." Und ja, das sind oft auch schwierige Gespräche vor allem, ja. (...) Die Angehörigen lassen da auch viel Druck bei uns ab, das merkt man auch oft. Mhm, (bejahend), (B1: Ja.) ja.

B3: Das sind, von Kleinigkeiten wie der Knopf, der schon wieder an der Bluse ab ist, ((lacht)) wie so was denn passieren kann, und, ja, banale Dinge, ja, oft ... Ja, wenn man sich da hinein versetzt, die wollen halt das Beste für ihre Angehörigen, und wenn die dann auch die Mutter noch lange zu Hause gepflegt haben, dann haben die oft auch noch so den Eindruck, dass sie es ja sowieso wissen, wie es richtig ist. Und, ja, dann kommen sie da meistens wahrscheinlich in den Zeiten, wo wir Pause machen. ((lachend)) Das heißt, dann denken sie auch immer da noch, die tun ja nichts, ((lacht)) ne, (B2: Genau.) die sitzen immer nur rum und trinken Kaffee. ((lacht)) (allgemeines Zustimmung) Ja, also so individuell eigentlich, also eigentlich alles, ja. (...)" (Fokusgruppe Pflegekräfte, Fallstudie 01)

Die hier geschilderte Problematik in der Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden verweist zum einen auf unterschiedliche, konfligierende Vorstellungen über die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner*innen. Diese Unterschiede in den Deutungen dessen, was noch möglich und für das Wohl des Bewohners wünschenswert ist („Es geht vielleicht einfach nicht mehr, und, ja, Ihre Mutter will das vielleicht auch gar nicht mehr oder ist einfach nur noch erschöpft, wenn so, zu viel erwartet wird.“), werden von den Pflegekräften im vorliegenden Beispiel zum einen als typisch und zum anderen als Ausdruck eines sich aus der Abgabe der Pflege des Angehörigen an eine professionelle Institution speisenden Schuldgefühls („schlechtes Gewissen“) auf Seiten der Angehörigen interpretiert. Zum anderen verweist die hier beschriebene Problematik auf entlang der jeweiligen Perspektiven unterschiedlich gewichtetes Pflegewissen (verstanden als Wissen um die bedarfs- und bedürfnisgerechte Pflege eines je spezifischen Bewohners). Während die Angehörigen davon ausgehen, dass sie aufgrund ihres

biografischen Wissens und eventuell auch aufgrund ihrer bereits gesammelten Pflegeerfahrungen privilegiert dazu in der Lage sind, zu beurteilen, was für ihren Angehörigen jeweils wichtig und nötig ist, erfahren Pflegekräfte diese Haltung mitunter als Abwertung ihres spezifischen Fachwissens („dann haben die oft auch noch so den Eindruck, dass sie es ja sowieso wissen, wie es richtig ist“). Verschärft wird diese potenzielle Konfliktkonstellation noch dadurch, dass sich die Präferenzen, Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners eventuell im Zuge seines Aufenthalts im Pflegeheim ändern können, dass seine Präferenzen insofern also nicht mehr deckungsgleich mit den Angehörigen vertrauten Routinen und Wertigkeiten seines früheren Lebens sind. In diesen Fällen können den Angehörigen und Bewohner*innen vertraute Pflegekräfte mitunter als „Anwalt des Bewohners“ auftreten. Der hier beschriebene *manifeste* Konflikt zwischen Angehörigen und Pflegekräften verweist insofern auf eine von der Organisation bei der Einbindung der Angehörigen in den Pflegeheimalltag zu beachtende *latente* Konfliktachse, die, sollte sie nicht im Rahmen eines organisationalen Angehörigenmanagements reflexiv antizipiert und bearbeitet werden, zu manifesten Konflikten, Missverständnissen und Auseinandersetzungen zwischen Angehörigen und Pflegekräften führen kann. Ein weiteres Beispiel für Konflikte zwischen Angehörigen und Pflegekräften, die aus Problemen bei der Übertragung von Pflegeaufgaben resultieren, liefert folgender Interviewausschnitt:

„B: Oh, ich kenne zum Beispiel eine Geschichte, das ist gar keine Geschichte, das ist tatsächlich. Da war ein Mensch, der stand voll im Leben und der ist operiert worden und dann ist alles weggebrochen, alles. Also da ist seit der OP alles Mögliche passiert, was auch wirklich nur Schlimmes passieren kann. Und zu guter Letzt lag der arme Mensch nur noch im Bett. Und er konnte sich auch in keiner Art und Weise irgendwie äußern, weder mit seiner Mimik, Gestik, es ging nichts mehr, nichts. Und da waren die Angehörigen da und die haben ihn immer fotografiert. Und dann haben sie uns immer erzählt, dass wir dieses falsch machen und dass wir da drauf achten. Also das war, muss ich (lachend) sehr herausfordernd, die dann / Ich konnte sie auch verstehen, einen Menschen zu verlieren, ist natürlich schwierig. Und wenn es der Papa und der Ehemann ist, ist es schwierig. Und dann haben die jeden Strohhalm genutzt, wirklich jeden Strohhalm und haben uns wirklich als das Leben hier teilweise zur Hölle gemacht. Ich glaube, also wir haben alles falsch gemacht, was man nur falsch machen konnte. Und das war schwierig.“ (Wohnbereichsleitung, Fallstudie 05)

Auch in diesem Fall wird ein manifest gewordener Konflikt zwischen Angehörigen und Pflegekräften geschildert, der sich inhaltlich auf verschiedene Vorstellungen über die ‚gute Pflege‘ eines nicht mehr mitteilungsfähigen Bewohners bezieht. Im selben Interview wird jedoch bereits eine mögliche Umgangs- bzw. Bearbeitungsstrategie auf Teamebene angesprochen:

„B: Nein, aushalten nicht. Wir haben einen ganz tollen Pflegedienstleiter, den haben wir dann hinzugezogen und mit dem haben wir gesprochen. Und ich muss auch sagen, wir haben ein mittlerweile ganz tolles Team und dass wir innerhalb dieses Teams uns auch immer wieder besprochen haben und uns gegenseitig gestärkt haben und dass wir auch gesagt haben, wenn die Angehörigen gekommen sind: „Du, ich kann das nicht mehr“, dass dann der nächste Kollege sagt: „Gut, mach du deins und ich kläre das jetzt so für dich so.“ Das ist ganz gut.“ (Wohnbereichsleitung, Fallstudie 05)

Für die Organisation ergeben sich hieraus Ansatzpunkte für die Schaffung einer, die einzelnen Mitarbeiter entlastenden Teamkultur. Als wesentlicher Bestandteil eben dieser erscheint zum einen eine flexible Arbeitsgestaltung, die wechselseitige Unterstützungsmaßnahmen innerhalb des Personals ermöglicht und zum anderen die Bereitstellung von Reflexionsräumen, die es

den einzelnen Mitarbeiter*innen ermöglichen, etwaige Konflikte bzw. Belastungen anzusprechen und gegebenenfalls Angehörige mit in die Problematisierung einzubeziehen.

7.1.2.5 *Institutionell-praktische Organisation von Mitbestimmung*

Diese letzte inhaltliche Konfliktdimension adressiert primär Fragen nach den Möglichkeiten und Grenzen formalisierter Mitbestimmungsverfahren, wie sie insbesondere in Form der mittlerweile flächendeckend implementierten Bewohnerbeiräte beobachtbar sind. Inwiefern diese zur Implementierung einer auf Selbstbestimmung und Würde der Bewohner*innen ausgerichteten Organisationskultur und -praxis beitragen, wird anhand der folgenden Beispiele problematisiert.

Vorbedingung für eine Nutzung des Bewohnerbeirats als Medium zur Vermittlung von Bewohner*innenwünschen und organisationalen Erfordernissen, ist eine auf Seiten der Bewohner*innen ausgeprägte Beschwerdekultur. Gemeint ist hiermit das Vermögen, wahrgenommene Probleme als legitime und insofern mitteilungslegitime Wünsche zu deuten. Potenzielle Hindernisse des praktischen Vollzugs einer solchen Beschwerdekultur werden im folgenden Beispiel sichtbar:

„Und das (..), ich habe ja auch, wenn Sie so ein Leben alleine leben, mit Ihrem Mann und den Kindern, (.) dann haben Sie ja so eine (.) gewisse eingefahrene Art (..) und die konnte ich ja hier nicht mehr ausleben. (.) Und da hatte ich, ich bin oft hier angeeckt. Und was ich gemacht habe, ich habe meinen Mund aufgemacht, (.) wenn mir was nicht gepasst hat. Das hat denen aber nicht gepasst. Frau A hat immer was zu meckern. (.) Ich sage: "Ich meckere nur, wenn ich muss, sonst tue ich das auch nicht." (...) Ja, aber (.) dann mit der Weile so lernt man sich dann kennen (.) und der eine steckt zurück und der andere auch und das muss man manchmal (.) und so läuft das.“ (Bewohner, Fallstudie 01)

In dieser Sequenz werden verschiedene Konfliktachsen beobachtbar. Zum einen wird auf die (insbesondere in der Phase des Einzugs manifest werdende) Differenz zwischen (bisheriger) privater Lebenswelt und Pflegeheimwelt und den in diesen Lebenskontexten tradierten Routinen verwiesen. Der Einzug ins Pflegeheim erfordert insofern eine, mitunter als schmerzhaft erfahrene, Umstrukturierung der bisherigen, routinisierten Alltagspraxis. Zum anderen werden die Effekte dieses Passungsprozesses zwischen Organisation und Bewohner*innen in der vorliegenden Sequenz als einseitig auf Seiten der Bewohnerin verortet. Die Organisation Pflegeheim scheint aus der hier berichteten Perspektive wenig flexibel zu sein, ihre Routinen mit denen der Bewohnerin abzugleichen. Nur durch ein aktives Einfordern („meckern“), also eine offensive Beschwerdekultur, scheint sich die Bewohnerin Gehör verschaffen zu können. Dies wiederum disponiert sie jedoch in der Bewohnerordnung der Organisation als potenziellen ‚Störenfried‘, was wiederum mit pejorativen Bedeutungen und negativen Folgen verbunden ist. Vorstellbar ist in diesem Zusammenhang, dass die Bewohnerin aus Angst, als ‚Störenfried‘ zu gelten, mögliche Beschwerden gar nicht erst mitteilt. Um dieser auf der Subjektebene zu verortenden Disposition entgegenzuwirken und die Bewohnerin so zu disponieren, dass sie ohne Angst vor negativen Konsequenzen etwaige Beschwerden, Änderungswünsche oder Verbesserungsvorschläge mitteilt, kann sowohl auf der Interaktions- als auch auf der organisationalen Mesoebene angesetzt werden. In der Interaktion zwischen Bewohner*in und Pflegekraft erscheint diesbezüglich eine kontinuierliche, auf Vertrauen und Geduld basierende Adressierung der Bewohner*innen von Bedeutung zu sein. Auf organisationaler Ebene kann die Förderung

einer ausgeprägten Beschwerdekultur zum Beispiel in Form einer permanenten Transparenzmachung der Rechte der Bewohner*innen (zum Beispiel durch einen Aushang der „*Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*“ auf den Gängen und in den Gemeinschaftsräumen der Einrichtung sowie durch regelmäßige von der Leitungsebene angestoßene Informationsabende) angeschoben werden. Werden solche oder vergleichbare Schritte zur Förderung einer auf wechselseitigem Vertrauen beruhenden Beschwerdekultur nicht unternommen, verfehlt mitunter auch der Bewohnerbeirat seinen eigentlichen Zweck, wie das folgende Beispiel veranschaulicht:

„B: Also der Beirat, der hat glaube ich weniger mitzusagen als eine Schülermitvertretung ((lacht)). Ich halte von der Einrichtung eigentlich überhaupt nichts. Das ist gesetzliche Vorgabe. Und der Heimleiter gibt sich auch immer viel Mühe. Neulich hatte ich die Tagesordnung (unv.), also ich bin Vorsitzender. Also das ist auch ein Problem. Kein Mensch beteiligt sich. Ich muss mir immer die Tagesordnung aus den Fingern saugen. Da hatte ich, das ging auf eine andere Bewohnerin, die das zuerst angestellt hat, äh, Pflegenotstand. Die andere Bewohnerin war dann leider nicht da und dann hatte ich schwer, da überhaupt zu argumentieren. Und dann hat der Heimleiter hat sich viel Mühe gegeben, hat uns mit 1000 Zahlenspielen erklärt, wie toll das hier wäre. Aber ich meine, was ich Ihnen jetzt eben erzählt habe, das ist das Praktische und nicht was die Zahlenspiele hergeben. Also dieser Heimleiter, das ist eine Lachnummer. Ich weiß, ich habe da viele Sachen auch schon angemerkt, zum Beispiel die Stühle unten in der Cafeteria. Die sind, die rutschen da auf diesem Fußboden nicht richtig. Da sollen seit zwei Jahren irgendwelche Filzstücke draufgeklebt werden, damit das bessergeht. Es gibt einen einzigen Stuhl mit Filzstücken. Und der wird dann immer wieder von unserem Platz weggeräumt. Also es gibt viele Sachen, die ich schon, als ich noch nicht im Beirat war, über den damaligen Beirat angemerkt habe und passiert ist da fast nichts“ (Bewohner, Fallstudie 02).

Verortet auf mehreren Ebenen zeigen sich in der Passage spezifische Probleme der Ermöglichung einer organisationalen Mitbestimmung im Pflegeheim: Bedingt durch die hohe Pflegebedürftigkeit einer Vielzahl der Bewohner*innen und ihrer spezifischen Generationenzugehörigkeit („Kriegskinder“) beteiligt sich kaum jemand von selbst aktiv an der eingerichteten Bewohnermitverwaltung (Subjektebene). Der einsame Bewohner kämpft so alleine auf ‚verlorenem Posten‘ quasi gegen Windmühlen, da er als Einzelperson außer Spott und Hohn („Der Heimleiter ist eine Lachnummer“) der Übermächtigkeit der Leitungsebene nichts entgegen zu setzen hat, wenn seine Verbesserungsvorschläge keinen Anklang finden oder, wie bei den Parkettgleitern, schlicht nicht umgesetzt werden (Meso-Ebene). Überwiegend schwelt der Konflikt latent im Alltag vor sich hin, in bestimmten Situationen, wie dem Aufeinandertreffen von Hausleitung und Bewohnerbeiratvorstand auf den Bewohnerbeiratstreffen, wird er jedoch zu bestimmten Anlässen immer auch wieder manifest, wobei die Machtpositionen durch die Organisation der Einrichtung und die rechtlichen Rahmenbedingungen klar zum Vorteil der Institution verteilt sind. Ein Beispiel für eine gelingende Inanspruchnahme des Bewohnerbeirats bietet folgende Sequenz:

„B: Die sorgen auch für Abwechslung, so ist es nicht. Also das Essen, doch, manchmal lässt das Mittagessen (schmunzelt) zu wünschen übrig, aber weil es versalzen ist oder sonst wie was, also. Das will ich mal / Ich bin im Heimbeirat und will ich beim nächsten, nächste, bei der nächsten Sitzung auch ansprechen. Das geht nicht. Das finde ich nicht so gut. Und das spreche ich dann auch an.“ (Bewohnerin, Fallstudie 05).

7.1.2.6 Das Lebensende im Pflegeheim als organisationskultureller Wertbezug

Die bisher vorgestellten typischen Konfliktkonstellationen im Pflegeheimalltag verdeutlichen einen für die Frage nach der praktischen Gestaltung von selbstbestimmten Leben im Pflegeheim aus unserer Sicht wesentlichen Befund: im alltäglichem Miteinander sind es nicht so sehr die ‚großen‘ aus klinischen Kontexten bekannten Fragen nach zum Beispiel lebensverlängernden Maßnahmen, die den Pflegeheimalltag strukturieren und bei dessen Ausrichtung auf Selbstbestimmung und Autonomie der Bewohner*innen zu berücksichtigen sind, sondern die ‚kleinen‘ Konflikte und Fragen, aus deren möglicher Vielzahl an dieser Stelle einige typisch Dimensionen vorgestellt wurden. Dieser Umstand erscheint uns als Hinweis für die praktische und organisationale Gestaltung eines auf Selbstbestimmung, Autonomie und Würde ausgerichteten Lebens im Pflegeheim umso wichtiger, als diese vermeintlich kleinen Fragen und Konflikte in den ethischen Debatten um selbstbestimmtes Leben und Sterben in stationären Kontexten oftmals nur partiell behandelt werden.

Diese begründete Fokussierung auf Fragen der alltäglichen Pflegeheimpraxis, soll nun nicht bedeuten, dass bestimmte ethische Großthemen nicht auch in den von uns untersuchten Pflegeeinrichtungen eine Rolle in Bezug auf die Kategorien Selbstbestimmung, Autonomie und Würde spielen. Ein solches Großthema ist das Sterben im Pflegeheim (das bereits im Untertitel der durchgeführten Studie angesprochen wird). Hierbei fällt auf, dass das Thema Tod und Sterben in den geführten qualitativen Interviews eher im Zusammenhang mit dem Begriff Würde und nicht in gleichem Maße bei Fragen nach Autonomie und Selbstbestimmung von den Befragten problematisiert wurde. Generell scheinen der Tod bzw. das Sterben der Bewohner*innen in den von uns beforschten Einrichtungen weniger als konkretes, praktisches Gestaltungsproblem, sondern als genereller Wertbezug, deren organisatorische Bearbeitung unter generellen Deutungsrahmen von der Organisation und den Mitarbeiter*innen bearbeitet wird, zum Thema zu werden. Beispielhaft für eine solche Problematisierungsform kann folgender Interviewausschnitt, in dem als negative Kontrastfolie eine vermeintliche Tabuisierung des Sterbens in vollstationären Kontexten angesprochen wird, angeführt werden:

„Das ist mal krass, wenn man so ein Haus übernimmt und dann eine ganz andere Kultur mit reinbringt, die ich von hier ja kannte. Da wurde, wenn jemand verstorben war, ein Geheimnis daraus gemacht. Das wurde, also da kam der Bestatter zu einer Zeit, wo die Bewohner im Bett waren. Und durch die Hintertür wurde der Sarg dann herausgeholt oder die Tragetasche, was ja noch unwürdiger ist, finde ich. Und da waren, das war natürlich auch ein Umdenkprozess, als ich da als Hausleitung anfing und sagte: "Nein, so machen wir das hier nicht. Das kann nicht sein, dass wir auch noch den Tod tabuisieren als Einrichtung, wo gestorben wird." Und das war für manche Mitarbeiter, aber auch für manche Bewohner, die schon länger da wohnten, schon eine Umstellung, dass plötzlich da ein Sarg in der Mitte stand und man sich drum herum setzt und der auch noch am Café, das ist vorne so ähnlich wie hier, vorbei nach draußen fährt. Das war schon ein Umgewöhnungsprozess. Aber also kurze Zeit später sagten alle, das ist viel würdiger, das ist viel schöner. Und vor allem habe ich das beruhigende Gefühl, mit mir wird das auch mal so gemacht. Und ich werde nicht durch eine Hintertür oder durch den Keller hier heraustransportiert.“ (Hausleitung, Fallstudie 01)

Neben den konkreten Gestaltungs- und Ritualisierungsformen des Sterbens bzw. des Abschiednehmens (Abtransport des Sarges durch die Vordertür, Organisation einer Abschiedsfeier etc.) ist hier insbesondere die symbolische Rahmung dieser konkreten Praktiken

auffallend. So werden diese als Teil einer organisationskulturellen Ausrichtung auf einen als würdevoll verstandenen, offensiven Umgang mit dem Thema angesehen, der sich explizit von einer als unwürdig empfundenen Tabuisierung, im Sinne eines Verschiebens des Themas und der damit verbundenen praktischen Herausforderungen auf die organisationale Hinterbühne, abgrenzt. Jenseits einer hier angesprochenen Gewöhnungsphase („*Und das war für manche Mitarbeiter, aber auch für manche Bewohner, die schon länger da wohnten, schon eine Umstellung [...]*“) werden jedoch weder hier noch in weiteren diesbezüglichen Passagen konflikthafte Gestaltungsprobleme angesprochen. Das Sterben der Bewohner*innen erscheint in seiner praktischen Ausgestaltung insofern (zumindest in den im Rahmen dieser Forschung untersuchten Pflegeeinrichtungen) kein großes selbstbestimmungsrelevantes Konfliktfeld zu sein. Als organisationskultureller Wertbezug ist das würdevolle Sterben jedoch von äußerster Relevanz, wie auch das folgende Beispiel veranschaulicht:

„Im Pflegeheim ist es ja so, dass die Menschen einziehen, und das ist ja, sie ziehen nicht ein, um zu sterben, sondern sie ziehen hier ein, um weiterzuleben, beziehungsweise dem Leben wieder einen besseren Sinn zu geben, beziehungsweise auch wieder mehr am Leben teilnehmen zu können. [...] Und wenn da halt eben jemand verstirbt, natürlich werden auch die Angehörigen informiert und sie kommen, der Verstorbene wird im Zimmer auch aufbewahrt. Das heißt, wir haben ein hausinternes Ritual. [...] So, wie die eingezogen sind, wird ein großer Aufwand betrieben, und so, wenn jemand verstirbt und verabschiedet, wird genauso den Aufwand betrieben, um einfach dieses Würdevolle und auch, die Bewohner äußern ja auch genau die Wünsche, die suchen sich ihre Kleidung raus für den Fall, wenn es so weit ist.“ (Fokusgruppe, Fallstudie 02)

Dadurch, dass der Einzug und der (durch den Tod markierte) Auszug gleichrangig mit Blick auf organisationalen Bearbeitungsaufwand im Selbstverständnis der Organisation und ihrer Mitarbeiter*innen behandelt werden, konstituiert sich eine Kreisbewegung, die das Leben und Sterben im Pflegeheim unter einer organisationskulturellen Klammer integriert und das eine wie das andere als selbstverständlichen Teil der Pflegeheimrealität deutet.

Wurde weiter oben davon gesprochen, dass der Tod bzw. das Sterben in den von uns untersuchten vollstationären Pflegeeinrichtungen kein großes praktisches Konfliktfeld konstituiert, so muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass sich diese Aussage auf die Gestaltung des Lebens und Sterbens im Pflegeheim unter Normalbedingungen bezog. Inwiefern die, durch die Corona-Pandemie notwendig gewordenen, Maßnahmen die praktische Gestaltung und Umsetzung von zum Beispiel enttabuisierenden Trauer- und Abschiedsritualen erschweren oder punktuell verunmöglichen und inwiefern das Sterben in diesen Fällen dann eben doch ein würderelevantes Konfliktfeld konstituiert kann an dieser Stelle nicht abschließend beantwortet werden.

Nach diesem analytisch geleiteten Durchgang durch die im Material rekonstruierten, typischen Konfliktkonstellationen, wird im Folgenden das Augenmerk auf jene professionellen Handlungsstrategien gelegt, die trotz der hier geschilderten Konfliktpotenziale im alltäglichen Miteinander jene Bedingungen schaffen, die es den Bewohner*innen ermöglichen, trotz bestehender mentaler und/oder gesundheitlicher Einschränkungen und vor dem Hintergrund unterschiedlicher, subjektiver Relevanzsetzungen und Positionen im vermachteten Handlungsraum Pflegeheim (siehe die im vorigen Teil rekonstruierten und vorgestellten Perspektiven und

Positionierungsleistungen der Bewohner*innen) ihr Leben im Pflegeheim als selbstbestimmt und würdevoll zu erfahren

7.1.3 Typische Muster des Pflegens: Handlungsstrategien der Pflegekräfte – Ermöglichen, Aktivieren, Gewähren

Das stationäre Altenpflegeheim im Spannungsverhältnis zwischen sozialer Fürsorgeorganisation und ökonomischer Dienstleistungsorganisation (vgl. Newerla 2012) ist nicht nur ‚Quasi-Zuhause‘ für verschiedene Bewohner*innen und deren wiederum unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse, sondern auch Arbeitsplatz für Pflegekräfte, die versuchen, eben jene bestmöglich zu erfüllen und auf diese einzugehen. Denn der eigene Beruf, so die Selbstwahrnehmung der Pflegenden, ist weniger Profession, sondern Berufung und diffundiert dadurch in das eigene Selbstverständnis: Man kann diesen Beruf zwar rein formal erlernen, jedoch bedarf es darüber hinaus eines ganz spezifischen Charakters und einer Haltung gegenüber den zu erledigenden Aufgaben (vgl. Senghaas-Knobloch/Blass 2017). Sie dürfen nicht nur ‚erfüllt‘ und ‚abgearbeitet‘ werden, sondern benötigen eine (symbolische) Bedeutungszuschreibung. So ist die Hilfe beim Waschen nicht nur einfacher Vorgang der Herstellung und Instandhaltung der körperlichen Hygiene der Bewohner*innen, sondern ein Akt der Zuwendung und das Schenken von Aufmerksamkeit. Hier soll etwas ‚Gutes getan‘ werden, um den Aufgaben Sinn zu verleihen, die wiederum für die gesamte Wahrnehmung der eigenen Arbeit bzw. des eigenen Arbeitshandelns sinnstiftend sind. Hiervon ausgehend sind es so besonders die Pflegekräfte, die hinsichtlich einer Ökonomisierung der Organisation Pflegeheim unter erhöhtem Handlungsdruck stehen.

Vor dem Hintergrund der konfligierenden Rahmenbedingungen – Fürsorge(-anspruch) hier und ökonomische Vorgaben dort – sind es nun die Pflegekräfte, die zwar einerseits unter erhöhtem Handlungsdruck stehen, jedoch andererseits im alltäglichen Miteinander durch spezifische Handlungsstrategien auch jene (Rahmen-)Bedingungen schaffen, die es den Bewohner*innen ermöglichen, trotz bestehender mentaler und/oder gesundheitlicher Einschränkungen Selbstbestimmung und Würde zu erfahren. Hierfür verfügen die Pflegekräfte u.a. über drei unterschiedliche Handlungsstrategien, die sowohl bei der Entscheidungsautonomie (was will der/die Bewohner*in?) als auch bei der Handlungsautonomie (wie will bzw. kann der/die Bewohner*in dies umsetzen?) ansetzen.

7.1.3.1 Ermöglichungsstrategien

Die Handlungen der Pflegekräfte zielen erstens darauf ab, einen bereits (auch non-verbal) kommunizierten Willen der Bewohner*innen gezielt zu unterstützen bzw. mit organisationalen sowie individuellen Ressourcen durch gezielte Unterstützung (materiell, personell etc.) umzusetzen respektive zu ermöglichen. Das Handlungsziel des Ermöglichens von Handlungsautonomie ist das Eröffnen von Erfahrungsräumen für die Bewohner*innen für das individuelle Erleben von Selbstbestimmung in einer von Unterstützung geprägten (Fürsorge-)Beziehung innerhalb eines institutionellen Fürsorge-Settings.

„Und das schreibt man halt zum Beispiel in diese Maßnahmenpläne dann halt mit rein. Und natürlich wird jetzt mit der neuen QPR schon ganz genau hingeschaut, auch bei diesen individuellen Sachen. Da geht es ja hauptsächlich / oder jetzt sehr viel Neues auch in der Mobilität, also wird da sehr viel Wert drauf gelegt, dass die Bewohner zum Beispiel

rauskommen zu Spaziergängen. Wird ihm das angeboten, wird ihm so viel Unterstützung gewährt, dass er seine Mobilität erhalten oder verbessern kann? Also da wird schon sehr gezielt auf individuelle Dinge eben geachtet, ja“ (Pflegedienstleitung, Fallstudie 03)

Hierbei ist, insbesondere mit Blick auf abnehmende körperliche sowie geistige Fähigkeiten, eine spezifische Wahrnehmung und Deutung des kommunizierten Willens aufseiten der Pflegekräfte relevant: Der Wille der Bewohner*innen kann erst dann in den gemeinsamen Interaktionen durch Unterstützungsmaßnahmen ermöglicht werden, wenn die Pflegekräfte jenen Willen auch im Sinne der Bewohner*innen zu deuten wissen. Hierfür benötigen die Pflegekräfte nicht nur Wissen um den (körperlichen und geistigen) Gesundheitszustand der Bewohner*innen, sondern auch biografisches, personenbezogenes Wissen. Dieses Wissen kann nicht nur durch bspw. Fragebögen beim Pflegeheimzug oder institutionalisierten Angeboten in Form von gemeinsamen Erzählstunden gesammelt werden. Man benötigt hierüber hinaus vor allem auch Zeit zunächst zur Herstellung, dann aber auch zur Manifestierung einer sozialen Beziehung zwischen Bewohner*in und Pfleger*in. Grundsätzlich ist demnach die gemeinsam verbrachte Zeit überaus wichtige Beziehungszeit, die das soziale Miteinander und Vertrauensverhältnis fundiert und so auch Deutungswissen bzgl. des Willens der Bewohner*innen generiert:

„Ich denke mal, schon bei der Grundpflege, das ist schon Zuwendung. Und die Grundpflege ist ja nicht nur dieses zack, zack, zack, Gesicht, Hände, Po, wenn ich das so deutlich sagen darf. Ich glaube, wenn die Bewohner eine schöne Körperlotion haben, und jemand, der im Bett liegt, und wir ihn schön von Kopf bis Fuß mit dieser wohlriechenden Körperlotion einmassieren und er einfach entspannt sein darf, das ist doch auch schon eine feine Sache und das ist doch / oder die Fingernägel zu lackieren während der Grundpflege oder einen guten Duft oder die Augenbrauen nachziehen. Und während der Grundpflege kann man auch Spaß machen und reden und ganz anders reden. Das ist ja nochmal eine ganz andere Situation. Da kann man nochmal ganz anders sprechen oder der Bewohner erzählt dann, weil dann so Zeit ist für ein Vier-Augen-Gespräch so.“ (Wohnbereichsleitung, Fallstudie 05)

Hierbei ist demnach nicht die Zeit, die für die jeweilige pflegerische Handlung anfällt, entscheidend, sondern, wie diese Zeit ganz explizit genutzt wird, bspw. um mit den Bewohner*innen ‚ganz anders reden‘ zu können. Demnach benötigt es nicht nur generell ein allgemeines ‚Mehr an Zeit‘, sondern viel spezifischer ein Mehr an sozialer Beziehungszeit, um die Bedarfe und Bedürfnisse der Bewohner*innen zu erkennen, um dann ermöglichend agieren zu können. So wird beispielsweise bestimmtes Handeln der Bewohner*innen, im Sinne einer kommunikativen Praxis, vielmehr als Ausdruck unerfüllter Bedürfnisse und weniger als zu sanktionierendes ‚Fehlverhalten‘ wahrgenommen und unter dem Anspruch einer bedürfnisorientierten Pflege als Aufgabe der Pflegekräfte, eben diese Bedürfnisse zu adressieren, gedeutet:

„Also mit Einzug ins Pflegeheim, (...) ja, war die Meinung, dass dieses Bedürfnis nach Liebe und Sexualität irgendwie automatisch erlischt, ja? Und also ich glaube, das ist auch eine ganz ... ja, so eine freie Entwicklung, die wir hier in unserer Einrichtung genommen haben, eben, ja, sehr gezielt damit umzugehen, ja? Also nicht gleich zu verpönen, wenn ein Bewohner eben versucht, zum Beispiel Pflegekräfte an Intimstellen zu berühren, ja, sondern dass man da eben ansetzt, erst mal zu überlegen: Warum macht er das? Welches ... (.) was braucht er? Wie ... was könnten wir tun, um sein Bedürfnis zu lindern, ja?“ (Pflegedienstleitung und Inklusionsbeauftragte, Fallstudie 02)

Aus dem gemeinsamen Miteinander heraus entstehen ebenfalls sedimentierte, also in den Pflegealltag versickerte Handlungsmuster zwischen Bewohner*innen und Pfleger*innen, die

keiner gemeinsamen Aushandlung mehr benötigen. Hier herrscht Deutungs- sowie Handlungssicherheit hinsichtlich der Wünsche und Fähigkeiten, die durch eine routinierte Ermöglichung entstehen:

„Es gibt schon einige Bewohner, also, wir haben zum Beispiel eine Bewohnerin, die legt immer Wäsche zusammen, die macht das mit einer Hand, die andere Hand ist gelähmt. Da fragen wir gar nicht mehr, wir stellen den Korb rein und sie nickt dann ab, sagt so: Können Sie in zehn Minuten wiederkommen.“ (Leitung Soziale Aktivierung, Fallstudie 06)

Das hier angeführte Beispiel zeigt, wie einer Bewohnerin trotz ihrer körperlichen Einschränkung die Teilhabe an alltäglichen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten ermöglicht wird. Die Pfleger*innen müssen ihre Handlungen nicht mehr sprachlich rahmen, denn das gemeinsame Handlungsziel ist bereits vorab definiert. Das Abstellen des Korbes in den Raum genügt, und das Zusammenlegen der Wäsche wird nun zu einer Handlungsoption für die Bewohnerin, die durch ein Kopfnicken ihre Bereitschaft signalisiert, dieser Tätigkeit nachkommen zu wollen. Wie in Kapitel 7.1.1 bereits angeführt, kann das Einbinden der Bewohner*innen in alltägliche Aufgaben, die zumal an frühere Tätigkeiten erinnern, sinnstiftende Bedeutung für das Leben im Pflegeheim haben und ist für das Erfahren von Selbstbestimmung überaus relevant.

Jene Erfahrungsräume von Handlungsautonomie werden in der gemeinsamen Interaktion mit den Pflegekräften eröffnet, gestalten sich jedoch auch durch die Ermöglichung solcher Räume im organisationalen Gefüge selbst, bspw. indem die Zimmer mit eigenen, für die Bewohner*innen relevanten Gegenständen gestaltet und so auch als privater Raum genutzt werden dürfen bzw. sollen. Solche Ermöglichkeiten dienen grundsätzlich der Aufrechterhaltung und Förderung der Kontinuierung des Selbstbildes des*r Bewohner*in sowie der gewohnten Strukturen und materiellen Präferenzen. Hierdurch kann die erfahrene Autonomie der Bewohner*innen befördert werden bzw. vermag dies die Verlusterfahrung, die über den Verlust des eigenen Zuhauses hinausgeht und auch das eigene subjektive Selbstbild betrifft, sinnstiftend und mitunter auch durchaus gelingend einzubetten:

„Hm, er hat immer Teppich in der Wohnung gehabt, das war das Wichtigste, ((lachend)) um gut leben zu können, dann muss man das vielleicht akzeptieren, und dann stürzt der Mensch vielleicht alle halbe Jahre einmal. Wenn es dann dabei bleibt, ist es gut, das ist dann der Kompromiss, und irgendwann kommt vielleicht der Punkt, wo der Sturz jede Woche auftritt, dann muss man vielleicht noch mal darüber nachdenken und dann vielleicht sagen, okay, jetzt ist der Punkt, wo der Teppich halt ... wo das nicht mehr geht.“ (Fokusgruppe Pflegekräfte, Fallstudie 01).

„Der Mann ohne Beine sitzt in einem Rollstuhl, das heißt, das Gesäß ist oft gerötet, wenn ich ihn jetzt, wenn ich das Gesäß entlasten will, lasse ich ihn im Bett, dann hat der zwar keine Lebensqualität ((lacht)), dafür ist der Dekubitus vermieden. Ja, (.) achte ich jetzt mehr drauf, dass er raus kann, weil das ist ihm wichtig ((lacht)) psychisch? Ja, und da muss man irgendwo immer die Waage ziehen und ich glaube, jeder sieht das dann wieder ein bisschen anders. Ja, da ist es dann ganz wichtig, dass man dann seinen eigenen Anspruch vielleicht mal zurückstellt und dann sagt, okay, biografisch, der war immer in Kontakt, das war ihm immer am wichtigsten. Die Angehörigen sagen, (.) er soll lieber raus, (.) das gehört zu seinem Leben, so war er immer. Dann kann ich vielleicht meinen Anspruch, (.) den Hautzustand jetzt immer intakt zu halten, vielleicht ein bisschen zurückstellen bis zu einem gewissen Punkt.“ (Pflegefachkraft, Fallstudie 01)

Sichtbar wird hier, dass diese Räume stets auch der Entscheidungs- und Handlungsmacht der Organisation und organisationalen Akteur*innen unterliegen, die unter professioneller Abwägung von Bedürfnisorientierung und Verletzungsgefahr über den Einsatz der (privaten) Dinge und die Umsetzung des eigenen Selbstbildes schlussendlich entscheiden. Konflikte entstehen dann, wenn die Bewohner*innen hier noch intervenieren können bzw. wollen und um ihre privaten Dinge „kämpfen“, also versuchen, ihre eigenen Ordnungsvorstellungen durchzusetzen. Die subjektive, aber auch organisational geprägte Relevanzsetzung der Pflegekräfte kann teilweise und mit Hilfe situativen Austarierens neu geordnet, jedoch nie ganz aufgegeben werden. Hierbei scheint dann die Handlungsstrategie des Ermöglichens an gewisse Grenzen, vornehmlich organisationale Grenzen und vorgegebene Handlungsorientierungen, zu stoßen, wodurch die Hinzunahme von bzw. das Ersetzen durch andere Handlungsstrategien relevant wird (vgl. hierzu auch Deutscher Ethikrat 2018, S. 31-35). Im Zuge dessen unterliegt der Punkt, an welchem das geteilte Handlungsziel von Pflegekraft und Bewohner*in nicht mehr verfolgt und von organisationaler Seite unterstützt werden kann, der Deutung der organisationalen Akteur*innen. Diese vermögen aufgrund ihrer inhärenten Machtposition jene Grenzen des Möglichen auszutariieren, womöglich diese sogar von Zeit zu Zeit gänzlich zu sprengen (siehe Gewährungsstrategien). Das häufige Stürzen aufgrund des Teppichs oder der Hautzustand durch langes Sitzen werden dann zu Legitimationsgründen, die das Beenden der Ermöglichung einleiten, denn das Pflegeheim als sozialer Zwitter, welches einerseits Wohn- und Lebensgemeinschaft, andererseits formale Organisation darstellt (vgl. Goffman 1981, S. 23) und die dort vorherrschende Fürsorge-Logik verhindern mitunter ein Abgleiten in isolierte Selbstherrschaft:

„(...) Also wir sind natürlich immer noch Institution, wir sind kein Zuhause, ja? Aber wir versuchen immer, Nischen und Möglichkeiten in der Institution zu schaffen, die dem Daheim ähneln. (.) Und dieser Grundgedanke, der haftet uns allen inne, ja, dass wir ... wir sind zwar Institution, aber unser großes Ziel ist immer, Daheim zu schaffen“ (Pflegedienstleitung und Inklusionsbeauftragte, Fallstudie 02)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Pfleger*innen Ermöglichungsstrategien besonders dann einsetzen, wenn die jeweiligen Bewohner*innen einen Willen kommunizieren, dessen Umsetzung sich in die Logiken und Grenzziehungen der Organisation einfügt. Das Handlungsziel des*der Bewohner*in wird hier mit der Unterstützung von organisationalen Akteur*innen, meist Pflegekräften, umgesetzt, sodass relationale i.S.v. unterstützende Handlungsautonomie erfahren werden kann.

7.1.3.2 Aktivierungsstrategien

Hiervon zu unterscheiden sind zweitens jene Strategien, die explizit zur Willensbildung animieren. Solche Aktivierungsstrategien setzen jenen, für die Ermöglichungsstrategien relevanten, kommunizierten Willen nicht grundsätzlich voraus, sondern agieren vielmehr auf Ebene der Entscheidungsautonomie und setzen so am Willensbildungsprozess an, um jenen dann gebildeten Willen wiederum je nach Situation unterstützen zu können. Auf Grundlage der Ziele und Fürsorgeglogik der Organisation wird versucht, mit dem*r Bewohner*in ein gemeinsames Handlungsziel herzustellen, welches dann in der Interaktion realisiert werden kann. Relevant werden im Zuge der Aktivierungsstrategien die Haltungen der Pflegekräfte, die je nach Bedürfnissen der Bewohner*innen und deren Resistenz gegenüber der Aktivierung adaptiert werden müssen, um die eigene Rolle innerhalb der Interaktion flexibel zu gestalten – z.B. vom sanften

„Motivator“ zum Akteur, der klar instruiert. Grundsätzlich variiert hierbei die der Interaktion zugrundeliegende ‚Strenge‘, mit welcher die Pflegekräfte die Bewohner*innen adressieren, je nach individuellem Können, obgleich körperliche Fähigkeiten und Potenziale wiederum der Deutungsmacht der Pflegekräfte unterliegen:

„Also (...) man muss immer gucken, dass man den Bewohner nicht überfordert, aber auch nicht unterfordert. Und dann soll er ja möglichst viel noch selbstständig machen, denn alles, was er selbstständig kann, das bleibt auch dann länger erhalten, gerade bei den Demenzerkrankten. Oder auch bei den körperlichen, wie wir eben im Interview sagten, (.) wenn die sich dann hängen lassen, dann nimmt da auch alle, (.) nimmt die Muskulatur ab und die Beweglichkeit und auch, dass sie diese Aufgabe überhaupt selbstständig können, nimmt dann ab.“ (Pflegefachkraft, Fallstudie 01)

So können manche Bewohner*innen bereits durch sanftes Motivieren, also durch zielgerichtetes ‚Stupsen‘ der Bewohner*innen in Richtung des von der Organisation gewünschten Verhaltens, dazu angehalten werden, ihre bestehenden körperlichen Ressourcen nutzbar zu machen und so die gemeinsame Interaktion zu unterstützen respektive aktiver Teil der Interaktion zu werden und sich so entgegen dem (passiven) Empfangen von Pflegeleistungen zu positionieren. Wohingegen andere Bewohner*innen – hier scheinen jene Bewohner*innen versammelt zu sein, die sich dem institutionellen Duktus des Erhaltens von Mobilität und Handlungsautonomie aktiv verwehren – im Extremfall nur durch Einsatz eines „Feldwebeltons“ (vgl. Interview) dazu aufgefordert werden können, ihre eigene Handlungsautonomie durch Einsatz körperlicher Ressourcen zu nutzen:

„Kommt auch wieder ganz auf den Typ, den man da vor sich hat, an. Dem einen erklärt man das in Ruhe und sagt, wir wollen, dass die eigenen, (.) dass das noch selber erhalten bleibt diese Bewegung und dass das, wenn man das regelmäßig macht, dann auch gut funktioniert. Und manche lassen sich so überreden, bei manchen muss man manchmal so ein bisschen, ein Feldwebelton funktioniert dann manchmal, ((lacht)) (.) dass man da einfach sagt: "Sie können das aber noch selber und dann machen Sie es bitte auch selber."“ (Pflegefachkraft, Fallstudie 01).

Zu unterscheiden von diesen, besonders auf eine körperliche Dimension abzielenden, Aktivierungsstrategien sind jedoch grundlegender auch solche, die auf Grundlage von Handlungsoptionen zur Wahrnehmung der eigenen Entscheidungsautonomie animieren, d.h. zum Willensbildungsprozess anregen. Hier geht es nicht nur um den Erhalt körperlicher Fähigkeiten, sondern grundsätzlich um das Erfahren von Autonomie und Selbstbestimmung:

„Natürlich hat jeder die Wahlmöglichkeit, wir versuchen aber immer wieder zu motivieren, wenigstens zeitweilig auch das Zimmer zu verlassen. Weil, ja, zum einen gibt es Rückzug, zum anderen ist aber die Tendenz sich zu isolieren dann so gefördert. Und das wollen wir eben vermeiden, weil, jeder Mensch braucht einfach soziale Beziehungen. Und wenn jemand aufgrund seiner Erkrankung, weil er jetzt auch vielleicht depressiv geworden ist dadurch, dass er aus seiner eigenen Wohnung raus musste, dann braucht der Menschen, die ihn stützen und wo er Kontakte hin entwickeln kann. Und das versuchen wir zu fördern, aber natürlich nie gegen den Willen des Menschen, sondern immer mit ihm. Und wenn es einfach häufige Besuche durch uns auf dem Zimmer sind, um zu sagen: Mensch, wir haben so einen tollen Wochenplan, mögen Sie sich das nicht einfach mal angucken, was wir so an Aktivitäten vorhalten. Ich begleite Sie und Sie gucken einfach mal nur. So, also einfach immer wieder versuchen, die Menschen in Kontakt zu bringen, um sie nicht vereinsamen zu lassen. Und da, wo es nicht gelingt, da müssen wir dann halt regelmäßig den Kontakt

auch suchen, damit auf dem Zimmer niemand für sich allein ist.“ (Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung, Fallstudie 04)

Demnach geht es weniger darum, die Bewohner*innen stets zu instruieren und anzuleiten, sondern mehr ihnen explizite (Handlungs-)Möglichkeiten aufzuzeigen, die je nach individueller Präferenz wahrgenommen oder abgelehnt werden können. Hierbei wird auch ersichtlich, dass körperliche sowie soziale Aktivierung und Aktivierung zum Willensbildungsprozess nicht immer Hand in Hand gehen. Denn auch das Ablehnen von körperlichen Tätigkeiten und sozialen Interaktionen ist de facto als Entscheidung anzusehen, obgleich eben diese Entscheidung entgegen der organisationalen Ansprüche und Logiken, die besonders die körperliche und soziale Aktivierung fundieren, verläuft. Die Pflegenden versuchen dies durch eigene Handlungen wiederum anzugleichen und suchen den Kontakt zu den jeweiligen Bewohner*innen, sodass das eigene Handlungsziel (z.B. Vermeidung von Vereinsamung) dennoch erreicht werden kann.

Bei den Aktivierungsstrategien benötigen die Pfleger*innen vermehrt ein Wissen um die im Pflegeheimalltag manifestierten Präferenzen und Routinen der Bewohner*innen. Dies kann einerseits durch das eigenständige Austesten in der Interaktion mit den Bewohner*innen generiert werden. Andererseits lässt sich dies mitunter im kollegialen Austausch ermitteln, da dieses Wissen primär Erfahrungswissen um den ‚richtigen‘ Umgang mit bestimmten Bewohner*innen ist⁵³. Je länger der*die Bewohner*in im Pflegeheim ist oder je intensiver die Erfahrungen sind, desto mehr sedimentiert sich dieses Wissen im geteilten Wissensbestand der Pflegenden. Besonders hinsichtlich der Pflege von demenziell veränderten Bewohner*innen ist ein ständiges Austarieren und hiermit einhergehende Wissensproduktion um die Möglichkeiten und Grenzen der Aktivierung bedeutend:

„(...) und man sicherlich mal ein paar Sachen austestet, um zu gucken, wie er darauf reagiert, gerade, wenn sie schwerstement sind und sie sich wirklich doll verändern, inwieweit ich dann ganz weit in die Kindheit zurück muss, um ihn zu erreichen, mit gewissen anderen Maßnahmen, wir haben zwei, drei Bewohner, da müssen wir morgens bei der Pflege singen und tanzen, damit sie sich überhaupt pflegen lassen. Dann muss ich das halt tun, ansonsten würden sie sich nicht pflegen lassen, ne, so“ (Einrichtungsleitung, Fallstudie 03)

Das Erfahrungswissen ist dementsprechend bei der Ausführung des pflegerischen Arbeitens bedeutende Ressource und hilft bei der Aktivierung zur Teilnahme an der gemeinsamen Interaktion. Doch es benötigt nicht nur Erfahrungswissen hinsichtlich der Aktivierung zur Teilnahme (an pflegerischen Handlungen, sozialen Beziehungen etc.), sondern wiederum grundsätzlich hinsichtlich des ‚Heran-Tretens‘ an den*die Bewohner*in und die Aktivierung zur Willensbildung:

„Da ist das einfach so ein, ja, ein Feingefühl und ein Einfühlungsvermögen der Kollegen und der Mitarbeiter, wie gehe ich mit diesem Menschen um? Wie muss ich den versorgen? Wie lässt er das zu, sodass da keine Abwehr entsteht? (..) Und dann ist das halt auch so ein Lernen und wir / die Kollegen tauschen sich aus. Ich habe das so und so gemacht und

⁵³ Auch Böhle und Weißhaupt (2017) weisen darauf hin, dass pflegerische Arbeit weniger mit dem Erbringen von Opfern, als mit der Generierung von Erfahrungen in Verbindung gebracht wird. Hierbei wird jedoch ebenfalls darauf verwiesen, dass solche Erfahrungen auch auf das eigene Leben projiziert werden, besonders mit Blick auf „den Übergang vom Leben in den Tod“ (S. 679).

ich habe festgestellt, dann kann sie gut essen, sie lächelt dabei. Ja und dann ist das so ein Erfahrungsaustausch.“ (Wohnbereichsleitung, Fallstudie 05)

Zusammenfassend werden Aktivierungsstrategien dann eingesetzt, wenn Bewohner*innen noch keinen klaren Willen formulieren können oder wollen. Hier versuchen die Pflegekräfte mit dem*r Bewohner*in ein gemeinsames Handlungsziel zu definieren, welches dann, wiederum mit der entsprechenden Unterstützung, umgesetzt werden kann. Hierbei wird einerseits auf eine körperliche Dimension der Aktivierung körperlicher Ressourcen und Fähigkeiten, andererseits auf eine grundsätzlichere Dimension der Aktivierung zur Wahrnehmung der eigenen Entscheidungsautonomie abgezielt. Solche Handlungsstrategien benötigen vordergründig (personenbezogenes) Handlungswissen, welches als Erfahrungswissen in den kollegialen Wissensbestand um die ‚richtige‘ – d.h. bestmöglich aktivierende – Adressierung der Bewohner*innen einsickert und wiederum Handlungssicherheit für die Pflegenden schafft. Dennoch können aufseiten der Bewohner*innen Widerständigkeiten gegenüber einer Aktivierung beobachtet werden, die das Anwenden ‚neuer‘ Handlungsstrategien herausfordern.

7.1.3.3 Strategisches Zulassen / Strategien des Gewährens

Dort, wo vermehrt Resistenz gegenüber einer Aktivierung vorherrscht, wird drittens der Wille der Bewohner zugelassen (strategisches Zulassen), auch wenn dabei organisationale Normen überschritten werden bzw. die Bedürfnisse der Bewohner*innen den organisationalen Fürsorge-Anspruch und das pflegerische Selbstverständnis unterlaufen. Denn im Falle des strategischen Zulassens kann effektiv von einer Durchsetzung der Ordnungsvorstellungen der Bewohner*innen gegenüber der Organisation gesprochen werden, welches explizit auf eine Verschiebung, entgegen des für das Pflegeheim konstitutiven Machtgefälles, von Handlungs- und Verfügungsmacht in Richtung der Bewohner*innen hindeutet. Jedoch ist der*die Bewohner*in gleichzeitig auf die Organisation und den Rückzug der organisationalen Normen angewiesen, um dann jenen Willen schlussendlich durchsetzen zu können, mitunter sogar durch Einsatz von organisationalen Ressourcen ‚getragen‘ zu werden. So werden auch tendenziell selbstgefährdende Wünsche durch organisational gesichertes ‚Zulassen‘ von Handlungen erfüllt, um den*die Bewohner*in in der je eigenen für-wahr-genommenen Entscheidungs- und Handlungsautonomie zu unterstützen. Nach Möglichkeit wird hierbei versucht, die Umsetzung der Handlungsziele der Bewohner*innen so zu realisieren, dass sich diese in das organisationale Gefüge des Pflegeheims möglichst ohne größere Störungen einfügen, andererseits als ‚außerorganisationales‘, also privates, Vermögen des Individuums sichern:

„Also es ist zum Beispiel so bei Alkoholikern, dass wir da nicht strikt sagen, mit Einzug ins Pflegeheim (..) wird derjenige zwangsentzogen, ne, oder kaltentzogen. Früher gab es, wenn ich früher sage, dann spreche ich so vor 15, 20 Jahren, gab es oft die Situation, dass Menschen in unsere Einrichtungen eingezogen sind, und die hatten dann heftigste Verhaltensauffälligkeiten, ja, also zum Beispiel literweise Trinken von Wasser oder Horten, Verwahrlosungsdrang, ja? Also alle Symptome einer Korsakow-Psychose durch eine längere Alkoholkrankung, die wir aber damals überhaupt noch gar nicht kannten. Und wir konnten die Verbindung von diesem Verhalten zu der Sucht noch überhaupt gar nicht knüpfen. Und das können wir heute. Und da ist es wichtig, gezielt drauf zu gucken, die Angehörigen zu begleiten, zu sensibilisieren, Vertrauen zu schaffen, dass sie sich öffnen können und dass wir dann alle gemeinsam, also Angehöriger, Betroffener und auch Pflegeteam, dann mit dem Thema so umgehen können, dass derjenige nicht leidet. Das heißt zum Beispiel manchmal auch gezielt Alkohol zuteilen, ja, oder die Last der Alkoholvergabe von den

Angehörigen nehmen zum Beispiel, ja?“ (Pflegedienstleitung und Inklusionsbeauftragte, Fallstudie 03)

Hierbei wird sichtbar, dass im Unterschied zu jenen oben bereits beschriebenen Strategien der Ermöglichung sowie Aktivierung die Handlungsziele der Bewohner*innen grundsätzlich konträr zu denen der Organisation liegen. Während die Ermöglichung als Handlung auf Basis gemeinsamer Handlungsziele und die Aktivierung als Motivieren der Bewohner*innen zur Herstellung gemeinsamer Handlungsziele beschrieben werden können, werden beim ‚strategischen Zulassen‘ die Handlungsziele der Bewohner*innen, die entgegen der organisationalen Logik verlaufen, vielmehr versucht zu ‚managen‘.

Mitunter können durch solche ‚Gewährungsstrategien‘ organisational kontrollierte Zugänge zur Erfahrung von Selbstbestimmung geschaffen werden. Die Handlungsziele der jeweiligen Bewohner*innen werden hierbei von der Organisation geduldet und können als solche bestehen bleiben, obwohl hier die Organisation ihre Deutungsmacht nicht aufgibt, sondern gezielt einsetzt, um solche Wünsche und Bedürfnisse vor dem Hintergrund eigener organisationaler Ziele und Zwecke zu integrieren. Selbstbestimmung scheint hierbei dann nicht mehr vordergründig als organisationales Handlungsziel, sondern auch als Legitimierungen zu dienen. In ausgeprägter Form wird hier jedoch mitunter eine Entlassung der Bewohner*innen in die eigene Selbstverantwortung sichtbar, sobald andere Strategien nicht mehr die gewünschte Wirkung erzielen. Gerade dort, wo sich eine konfliktfreie Koexistenz innerhalb der Organisation zwischen Bewohner*innen und Pflegekräften einstellen soll, werden Handlungsstrategien des Zulassens virulent. Soweit organisational vereinbar werden die Bewohner*innen als autonome Subjekte in die eigene Selbstverantwortung und -verwaltung entlassen und hier mitunter von organisationalen Zwängen befreit. Jedoch mit dem Risiko der, von dem/der Bewohner*in zwar selbst initiierten, jedoch von der Organisation gewährten Desintegration aus der Pflegeheimwelt bzw. hier auch dem Abbau körperlicher Fähigkeiten. Schlussendlich ist hier die Durchsetzung der organisationalen Ansprüche und Logiken weniger bedeutend in der täglichen Pflegepraxis als die Wahrung des Bewohnerwillens respektive vielmehr eines Nicht-Wollens der Bewohner*innen, auch wenn dies, in seiner extremen Ausprägung (!), zu einer potenziellen ‚Verwahrlosung‘ führen kann:

„Ja, selbstbestimmt, sie können / Jeder hat ein Recht auf Verwahrlosung, wenn sie eben den Toilettengang verweigern, dann verweigern sie den, dann kann man sie auch nicht zwingen. Oder wenn er den Mund zukneift, dann werden wir nicht den Löffel reinschieben und mit Macht Essen und Trinken anreichen. Das ist ja inwieweit gesteuert, aber auf alle Fälle sind das ja Bedürfnisse, die nach außen gedrückt werden in irgendeiner Form, ob sie sich nun äußern können oder ob sie das irgendwie eben mit Mundzukneifen oder, keine Ahnung, auch mit Hand wegschlagen oder so zeigen. Da halten wir uns schon dran, ne?“ (Leitung Soziale Aktivierung, Fallstudie 06)

Besonders wichtig erscheint vor dem Hintergrund des Zulassens eine genaue Kenntnis über die vorhandene Organisationsstruktur und -kultur, die eben jene auszustarierenden und ggf. zu überschreitenden Grenzen und Möglichkeiten vorgeben. Darüber hinaus benötigt es Wissen um die eigene Position innerhalb der Organisation sowie die Möglichkeiten sowie Unmöglichkeiten, die sich hieraus ebenfalls ergeben. Zusammenfassend dienen die Handlungsstrategien des Zulassens einer abgesicherten und legitimierbaren Anpassung der Organisation an die Bedürfnisse und Bedarfe der Bewohner*innen, sobald sich diese in den ‚normalen‘ Pflegealltag

oder das organisationale Selbstverständnis nicht ohne Weiteres inkludieren lassen. In diesem Sinne kehrt sich das asymmetrische Machtgefälle um, wobei es dann die Bewohner*innen sind, denen Handlungs- und Verfügungsmacht zugesprochen wird.

Grundsätzlich zeigt sich, mit Blick auf die hier vorgestellten Handlungsstrategien, die hohe Flexibilität, mit der Pflegekräfte die sich ihnen präsentierenden Situationen und den jeweiligen Bewohner adressieren sowie (vorhandene) Handlungsziele anstreben und hierbei wiederum verschiedene Handlungseffekte erzeugen. Dies zeigt, dass das pflegerische Handeln stets ein „situationales und exploratives Vorgehen“ (Weishaupt 2017, S. 681) darstellt, welches nicht im Sinne formal organisatorisch-ökonomischer Vorstellung standardisier- und planbar ist. Obgleich gewisse routinierte Abläufe, bspw. in der Kommunikation mit Bewohner*innen oder in pflegerischen Abläufen bei der Morgenpflege, im alltäglichen Arbeiten entstehen, so muss doch stets das eigene Arbeitshandeln situationsflexibel und unter Rückgriff auf verschiedene Wissensbestände angepasst werden. So sind „Unbestimmbarkeiten und Unwägbarkeiten“ (Böhle/Weißhaupt 2017, S. 665) konstitutive Bestandteile des Arbeitens der Pflegenden und fordern ein ständiges Anpassen des eigenen Handelns unter Rückgriff auf ein Instrumentarium verschiedener Handlungsstrategien heraus.

In der angefügten Tabelle 4 sind die hier beschriebenen Handlungsstrategien übersichtlich zusammengestellt.

Tabelle 4: Zusammenfassende Darstellung der typischen Handlungsstrategien

| Handlungsstrategien | (Benötigtes) Wissen | Handlungsziele/-effekte |
|---|---|--|
| Ermöglichungsstrategien | Biografisches, personenbezogenes Wissen | Ermöglichen von Handlungsautonomie; Eröffnen von Erfahrungsräumen für das individuelle Erfahren von Selbstbestimmung |
| Aktivierungsstrategien | Erfahrungswissen, sedimentiertes Handlungswissen | Ermöglichen von Entscheidungsautonomie; Aktivierung zur Willensbildung |
| Strategien des (institutionell gesicherten) Zulassens/Gewährens | Wissen um die Organisationskultur/ Strukturwissen | Umsetzung der Handlungsziele der Bewohner*innen, auch entgegen institutioneller Normen; Unterstützung von/zu Entscheidungs- und Handlungsautonomie |

7.1.4 Zusammenfassung und Bedeutungen der Ergebnisse für die Praxis

Nachdem in den vorangegangenen Teilabschnitten jeweils ein Detail auf die verschiedenen Auswertungsperspektiven eingegangen wurde, soll im Folgenden versucht werden, einen zusammenfassenden Überblick über die wesentlichen Aspekte der einzelnen Auswertungsfoki zu geben, hierbei die drei Perspektiven verbindende herauszustellen und deren Relevanz für die Frage nach der konkreten Praxis zu erörtern.

In allen drei Untersuchungsteilen zeigt sich die bereits zu Beginn des Kapitels angesprochene grundsätzliche Perspektivenvielfalt, die bei der Frage nach selbstbestimmtem Leben im Pflegeheim zu berücksichtigen ist. Die in Kapitel 7.1.1 rekonstruierten und erläuterten ausschlaggebenden Unterschiede zwischen den Bewohner*innen in ihren subjektiven Relevanzsetzungen bezüglich selbstbestimmungsrelevanter Dimensionen und ihrer (Selbst- und Fremd-)

Positionierung im Pflegeheim veranschaulichen die Bedeutung dieser Perspektivenvielfalt mit Bezug auf die, gerade auch für die konkrete Adressierungs-, Pflege- und Betreuungspraxis durch die Organisation Pflegeheim und die verschiedenen Personalgruppen ausschlaggebende, Frage nach einer bewohnerzentrierten Ausgestaltung von Selbstbestimmungs- und Autonomieansprüchen. Eben weil nicht von einer homogenen Bewohnerschaft ausgegangen werden kann, müssen auch die Unterstützungs- und Ermöglichungsstrategien von Selbstbestimmungs- und Autonomieerfahrungen durch Organisation und Personal divers ausfallen. Anders ausgedrückt: Auch mit Blick auf die Frage nach der Ermöglichung von Selbstbestimmung und Autonomie im Kontext einer vollstationären Pflegeeinrichtung gibt es nicht die eine Lösungsstrategie. Vielmehr muss (und hier kann an alltägliches Erfahrungswissen der Pflegekräfte angeknüpft werden) der*die einzelne Bewohner*in seiner spezifischen Positionalität und mit Blick auf seine*ihre (zum Teil sich aus biografischen Erfahrungen speisenden) subjektiven Relevanzsetzungen berücksichtigt werden. Die in Kapitel 7.1.1 vorgestellten ausschlaggebenden Unterschiede können für diese Zusammenhänge sensibilisieren und insofern sowohl der einzelnen Pflegekraft, als auch der Organisation eine Interpretationshilfe an die Hand geben, die es ermöglicht, intuitiv Erahntes der reflexiven Bearbeitung zugänglich zu machen und die insofern dabei helfen kann, die Frage, was ein*e spezifische*r Bewohner*in braucht, systematisch zu beantworten.

Eben diese Perspektivenvielfalt lässt sich auch in den rekonstruierten typischen Konfliktkonstellationen beobachten. So ergibt sich ein Teil der in Kapitel 7.1.2. vorgestellten Konfliktkonstellationen aus einer perspektivenabhängigen, konfligierenden Deutung eines bestimmten Verhaltens oder einer Situation. Beispielhaft kann hier auf die in diesem Teil detailliert dargestellte unterschiedliche Bewertung sexuellen Begehrens und/oder intimer Handlungen der Bewohner untereinander durch Angehörige und Pflegekräfte verwiesen werden. Um diese Deutungskonflikte bearbeitbar zu machen, ist es zum einen nötig, dass das Personal (welches in diesen Konstellationen oftmals zum Adressaten von Beschwerden seitens der Angehörigen wird) die Selbstbestimmungs- und Autonomie Relevanz dieser Konflikte erkennt und zum anderen, dass es systematisch für mögliche Perspektivendifferenzen sensibilisiert und in seinen Kompetenzen zur Perspektivenübernahme unterstützt wird. Hierfür sind erneut organisationale Rahmenbedingungen vonnöten, die der einzelnen Pflegekraft Raum und Zeit für eine solche Perspektivenübernahme lassen und die außerdem im Falle sich verschärfender Konflikte zwischen Angehörigen und Personal letzteren (zum Beispiel durch die Implementation eines Angehörigenmanagements/Bereitstellung eines besonders geschulten Vermittlers zwischen Pflegekraft und Angehörigen) ermöglicht, einen konkreten Konflikt von der Interaktions- auf die organisationale Mesoebene zu verschieben.

Die hier angesprochene Notwendigkeit, auf verschiedenen Ebenen anzusetzen, ist eine weitere Gemeinsamkeit, die die einzelnen Untersuchungsteile miteinander verbindet. Die Ebenen-Unterscheidung Subjekt – Interaktion – Organisation kann dabei als auch Richtschnur für die Bearbeitung von möglichen Konflikten fungieren. Nicht nur um einen selbstbestimmungsrelevanten Konflikt mit Blick auf seine Ursächlichkeit aufzuschlüsseln, kann es hilfreich sein zu fragen, ob dieser primär auf den subjektiven Relevanzsetzungen oder Selbstverhältnissen der Akteur*innen oder aus dem aufeinander bezogenen Handeln eben dieser fußt. Auch für die

Frage nach der Lösung wahrgenommener Konflikte kann eine die Dimensionalität des Handelns und Lebens im Pflegeheim berücksichtigende Reflexion hilfreich sein.

Die typischen Konfliktkonstellationen im Pflegeheimalltag und die in Kapitel 7.1.3. vorgestellten unterschiedlichen Adressierungsstrategien bzw. typischen Muster des Pflegens lassen sich ganz unmittelbar aufeinander beziehen. So können letztere auch als Konfliktbearbeitungsstrategien interpretiert werden, da diese sich aus dem Erfahrungswissen der Pflegekräfte speisenden Strategien bzw. Muster des Pflegens bereits je nach Bewohner unterschiedliche Relevanzsetzungen (vgl. Kapitel 7.1.1), als auch eventuell latent angelegte Konfliktkonstellationen (vgl. Kapitel 7.1.2) antizipieren und vorrausschauend bearbeiten. So verweisen die unter Kapitel 7.1.3 vorgestellten ‚Strategien des (institutionell gesicherten) Zulassens/Gewährens‘ auf einen potenziellen Konflikt zwischen den Ordnungsvorstellungen des*der Bewohner*in und denen der Organisation: Der*Die Bewohner*in möchte seine*ihre vor dem Pflegeheimeinzug erworbenen Routinen auch im Kontext seines*ihres Lebens in der vollstationären Pflegeeinrichtung beibehalten, aus Sicht der Organisation werden diese Routinen dann problematisch, wenn sie mit den Ansprüchen und Wünschen der anderen Bewohner*innen in Konflikt geraten oder wenn diese Routinen aus ressourcenerhaltender Perspektive als destruktiv beurteilt werden müssen. Dieser Konflikt wird dann durch die Praxis des institutionell gesicherten Zulassens bearbeitet. Gleichsam verweist dieses Beispiel auf die notwendigen organisationalen Rahmenbedingungen dieser Strategien und somit auf den zu berücksichtigenden Zusammenhang zwischen Interaktions- und Organisationsebene. Damit eine Pflegekraft situationsoffen und flexibel mögliche Konflikte bearbeiten kann, muss der ihr von der Organisation Pflegeheim eingeräumte Handlungsspielraum zum einen weit genug sein, um zwischen verschiedenen Handlungsoptionen situationsbezogen auszuwählen (dies spricht gegen eine strenge Standardisierung der Handlungsabläufe durch Vorgaben der Organisation), zum anderen müssen die verschiedenen Handlungsoptionen jedoch von der Organisationsseite her abgesichert sein, um eine individualisierende Verantwortungszuschreibung an die einzelne Pflegekraft zu vermeiden.

Am Beispiel der angesprochenen ‚Strategie des institutionell gesicherten Zulassens‘ lässt sich ein weiterer Umstand verdeutlichen, der einen Blick auf die asymmetrischen Machtrelationen in vollstationären Pflegeeinrichtungen eröffnet. Entgegen einer im Alltagsverständnis weit verbreiteten Annahme muss es im alltäglichen Miteinander in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nicht immer erstrebenswert sein, jeden potenziellen Konflikt offen und offensiv anzusprechen und damit *manifest zu machen*. Mitunter können potenzielle Konflikte auch auf latenter Ebene durch Personal und Organisation handhabbar gemacht werden. Denn während Mitarbeiter*innen von Auseinandersetzungen und Konflikten rund um Fragen der Selbstbestimmung zumeist mittelbar in ihrem professionellen Selbstverständnis, also vermittelt über ihre Berufsrolle betroffen sind, betreffen diese Konflikte Bewohner*innen existentiell, also in ihrer gesamten Persönlichkeit und Selbstwahrnehmung. Darüber hinaus sind die Möglichkeiten, einen wahrgenommenen Konflikt *manifest zu machen*, ungleich zwischen Bewohner innen und Personal bzw. Organisation verteilt. Die möglichen Folgen dieser asymmetrischen Verteilung von Kommunikations- und Definitionsmacht lassen sich am im Unterkapitel 7.1.2.5 aufgeführten Beispiel der Bewohnerin verdeutlichen, die aus Angst, als Störenfried zu gelten, auf

Beschwerden verzichtet. Diese Machtasymmetrien lassen sich zwar nicht gänzlich aufheben, ihnen kann jedoch durch organisationale und interaktive Praktiken entgegengewirkt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der qualitative Blick in die Alltagsrealität von vollstationären Pflegeeinrichtungen zum einen die Komplexität der Gestaltungs- und Konstruktionsprozesse rund um die Fragen nach einem selbstbestimmten und würdevollen Leben sichtbar gemacht hat und zum anderen bereits Ansatzpunkte für eine Bearbeitung eben dieser Fragen durch Personal und Organisation aufzeigen konnte. Ergänzt wird dieser qualitative Blick nun im Folgenden um die im Rahmen des Forschungsprojektes durchgeführten quantitativen, standardisierten Befragungen.

7.2 Repräsentative Befragung von An- und Zugehörigen (Institut für Demoskopie Allensbach) (AP3/2)

Nachdem Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim mit Fokus auf die Bewohner*innen und Pflegekräfte als Rekonstruktion der Praxis vor Ort skizziert wurde, wird nun die Perspektive von An- und Zugehörigen in den Blick genommen. An-/Zugehörige sind eine bedeutende Personengruppe, die bei der Herstellung von Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheimalltag zum einen selbst einen wesentlichen Beitrag leisten und zum anderen durch ihren Blick ‚von außen‘ die Bedingungen und Wirkungen der Pflege- und Betreuungspraxis im Pflegeheim aus ihrer je eigenen Perspektive wahrnehmen und beurteilen.

Das Ziel der vom Institut für Demoskopie in Allensbach durchgeführten repräsentativen Befragung von An- und Zugehörigen (vgl. Anhang) war es, deren Erfahrungen und Wahrnehmungen einzufangen. Dabei steht die Perspektive von An- und Zugehörigen, die regelmäßig eine*n ihnen verwandte*n oder bekannte*n Pflegeheimbewohner*in besuchen, auf das von ihnen wahrgenommene und gedeutete Leben im Pflegeheim im Zentrum – es geht also nicht(!) um eine indirekte, gleichsam durch die An-/Zugehörigenbrille vorgenommene Perspektivenrekonstruktion der ‚Heimwirklichkeit‘ der Pflegeheimbewohner*innen selbst, die methodisch so auch kaum überzeugend wäre.

7.2.1 Deskriptive Merkmale der Stichprobe

Die befragten An- und Zugehörigen waren überwiegend weiblich (65%), gehörten der Altersgruppe „50 bis unter 70“-Jahre an (62%) und waren größtenteils höher gebildet (39% mittlere, 37% höhere Bildung) als der Bevölkerungsdurchschnitt. Sie waren in der Regel verheiratet (70%) und hatten meist keine eigenen einschränkenden gesundheitliche Probleme (62%). An der Befragung haben mehrheitlich Kinder der Pflegeheimbewohner*innen teilgenommen (59%), an zweiter Stelle die Lebenspartner*innen (16%), ein Viertel der Auskunftgebenden waren andere Verwandte, Freund*innen oder Bekannte von Pflegeheimbewohner*innen. 61% der Befragten waren die Hauptansprechperson für den*die Pflegeheimbewohner*in gegenüber der Pflegeeinrichtung.

Die Befragten besuchen ihre*n An-/Zugehörigen im Pflegeheim regelmäßig: Von den Partner*innen kommen 55% täglich ins Pflegeheim, weitere 34% mehrmals in der Woche. Von den Kindern schaffen es 16%, ihren Elternteil im Pflegeheim täglich zu besuchen, weitere 31% mehrmals in der Woche, 47% mehrmals im Monat. Wenn die Befragten zu Besuch kommen,

bleiben sie in der Regel auch einige Zeit dort. So sind es erneut die Partner*innen, die am längsten bei ihrer*m An-/Zugehörigen zu Besuch bleiben: 37% von ihnen im Durchschnitt ein bis zwei Stunden, 38% zwei bis drei Stunden und 13% sogar länger als drei Stunden. Kinder bleiben zumeist ein bis zwei Stunden bei ihrem Elternteil im Pflegeheim, 54% von ihnen verbringen ein bis zwei Stunden dort, 23% zwei bis drei Stunden.

Insgesamt ist angesichts der Zusammensetzung der Befragten davon auszugehen, dass sie dazu imstande und befähigt waren, aufgrund ihrer (rechtlichen) Stellung und Besuchs- bzw. generellen Kontaktfrequenz valide Informationen zum*r Pflegeheimbewohner*in selbst und zu ihren eigenen Erfahrungen und Einschätzungen zu seinem*ihrem Leben im Pflegeheim geben zu können.

Diejenigen, über deren Leben aus Sicht von An- und Zugehörigen Auskunft gegeben wurde, lassen sich wie folgt beschreiben: Der*die typische Pflegeheimbewohner*in ist weiblich, Anfang bis Mitte 80 Jahre alt, hat Pflegegrad 3 und lebt seit durchschnittlich 2,5 Jahren im Pflegeheim. Das Leben im Pflegeheim ist – bekanntermaßen – vor allem für Frauen eine realistische Perspektive für die letzte Lebensphase. So sind 65% der von den Befragten regelmäßig besuchten Pflegeheimbewohner*innen weiblich, nur 35% der Bewohner*innen sind männlich. Dieser Befund ist zum einen mit der durchschnittlich höheren Lebenserwartung von Frauen zu erklären, zum anderen mit der Tatsache, dass der Anteil der in Partnerschaft lebenden Männer jenseits der 65 weit größer ist als der Anteil der in Partnerschaft lebenden Frauen gleichen Alters. Viele pflegebedürftige Männer werden entsprechend oft von ihren Partnerinnen gepflegt, während Frauen ohne Partner ins Pflegeheim wechseln (müssen).

Die Pflegeeinrichtungen, über die die An-/Zugehörigen Auskunft geben, haben folgende Merkmale: Viele Pflegeheime liegen in kleineren Ortschaften. So befinden sich 43% der Pflegeheime in Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern, 26% in Städten mittlerer Größe mit einer Einwohnerzahl zwischen 20.000 und 100.000 Einwohnern und 30% in Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohnern. Damit ist die Verteilung der Pflegeheime auf die verschiedenen Ortsgrößen nahezu deckungsgleich mit der entsprechenden Verteilung der gesamten deutschen Wohnbevölkerung auf die unterschiedlichen Wohnortgrößen. Die meisten Bewohner*innen leben in kirchlichen bzw. gemeinnützigen Pflegeheimen, die wenigsten in staatlich bzw. kommunal geführten. So leben 40% der Bewohner*innen dieser Untersuchung in Pflegeheimen, die sich in kirchlicher bzw. gemeinnütziger Trägerschaft befinden, 32% in solchen von privaten Trägern und 23% in Pflegeheimen, die von staatlichen oder kommunalen Trägern geführt werden. Der jeweilige Anteil variiert dabei mit der Ortsgröße. So finden sich in kleineren Ortschaften mit weniger als 20.000 Einwohner*innen überdurchschnittlich viele Pflegeheime in privater Trägerschaft, in mittelgroßen Städten überproportional viele staatliche Einrichtungen und in Großstädten überdurchschnittlich viele Pflegeheime, die von kirchlichen bzw. gemeinnützigen Trägern geführt werden.

7.2.2 Der Umzug in die Pflegeeinrichtung

Gründe für den Pflegeheimumzug

Die Gründe für den Umzug ins Pflegeheim sind vielfältig (vgl. Abbildung 6). Die Ergebnisse zeigen jedoch deutlich, dass viele Personen bereits vorher zuhause gepflegt wurden – erst als

die häusliche Pflege zu belastend wurde oder sich der Gesundheitszustand zu sehr verschlechtert hatte, erfolgte ein Umzug ins Pflegeheim: In 53% der Fälle konnte die notwendige Pflege zuhause nicht mehr sichergestellt werden und ein Umzug ins Pflegeheim wurde damit unumgänglich. Die meisten (74%) der jetzigen Pflegeheimbewohner*innen sind dann auch direkt von zuhause aus ins Pflegeheim gezogen, nur 12% aus dem Krankenhaus und 14% aus einem anderen Kontext (Kurzzeitpflege, anderes Pflegeheim, Verwandte/Freunde) heraus.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich auch die Gründe für den Pflegeheimeinzug mit Blick auf die privat Pflegenden: 37% der Befragten berichten davon, dass sich die An-/Zugehörigen mit der Pflege zuhause überfordert gefühlt haben – das können sie selbst gewesen sein oder aber andere An-/Zugehörige, die zuvor in die Pflege involviert gewesen sind.

Auch der Gesundheitszustand an sich spielte eine Rolle: Hier gibt es sowohl schleichende Verschlechterungen als auch plötzlich eintretende Beeinträchtigungen, die zu einem Umzug ins Pflegeheim geführt haben. 38% der An- und Zugehörigen berichten, dass sich die Beweglichkeit ihrer*s An-/Zugehörigen vor dem Umzug immer weiter eingeschränkt habe, in 36% lag eine Demenz vor und in 34% kam es zu einem Sturz oder einer plötzlich auftretenden Erkrankung, die den Pflegeheimeinzug veranlasst oder zumindest begünstigt hat. Differenziert man die Gründe für den Pflegeheimeinzug wieder geschlechtsspezifisch, so zeigt sich, dass An-/Zugehörige vor allem von männlichen Pflegeheimbewohnern mit der häuslichen Pflege überfordert waren (in den allermeisten Fällen gemäß der allgemeinen Haushaltsstatistik naheliegender die Ehefrau, ebenfalls in fortgeschrittenem Alter), bei weiblichen Pflegeheimbewohnerinnen war hingegen häufiger ein Sturz oder eine plötzlich auftretende Erkrankung ausschlaggebend, oder die jeweilige Person kam aus anderen Gründen mit der Selbstversorgung zu Hause allein nicht mehr zurecht. Bei allen anderen Gründen für den Umzug ins Pflegeheim waren ansonsten keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen.

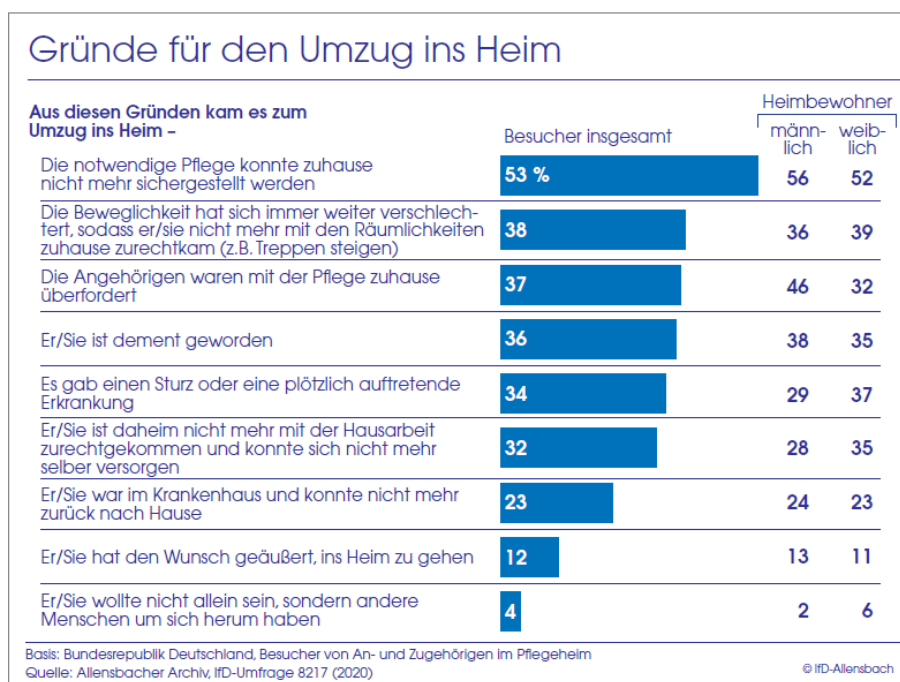


Abbildung 6: Gründe für den Pflegeheimeinzug

Beteiligte bei der Entscheidungsfindung

In der Regel wurde die Entscheidung, dass der Betreffende in ein Pflegeheim umzieht, nicht von diesem allein getroffen, oder anders formuliert: Selten ging die Initiative direkt von den Pflegebedürftigen selbst aus (12%), indem die Betroffenen selbst den Wunsch geäußert haben, in ein Pflegeheim zu wollen.

An den Entscheidungen, ob der*die Betreffende in ein Pflegeheim geht und in welches, waren in aller Regel vor allem die engsten Angehörigen beteiligt (vgl. Abbildung 7): Bei den Lebenspartner*innen entschieden 93% mit, ob der*die Betreffende in ein Pflegeheim geht (91% zudem bei der Pflegeheimauswahl), bei den Kindern waren es immerhin 88% (und 82% bei der Pflegeheimauswahl). Freund*innen oder entfernte Verwandte waren nur in 29% der Fälle mit einbezogen (dafür etwas mehr, 32%, bei der Pflegeheimauswahl).

Das zeigt, dass es nach wie vor die engeren Angehörigen (Kinder/Lebenspartner) sind, die hier als zentrale Ansprechpersonen und Mitentscheider fungieren. Sogenannte ‚Wahlverwandtschaften‘ (E. Beck-Gernsheim) von Bekannten und Freund*innen oder auch entferntere Verwandte spielen als Personengruppe eine untergeordnete Rolle.

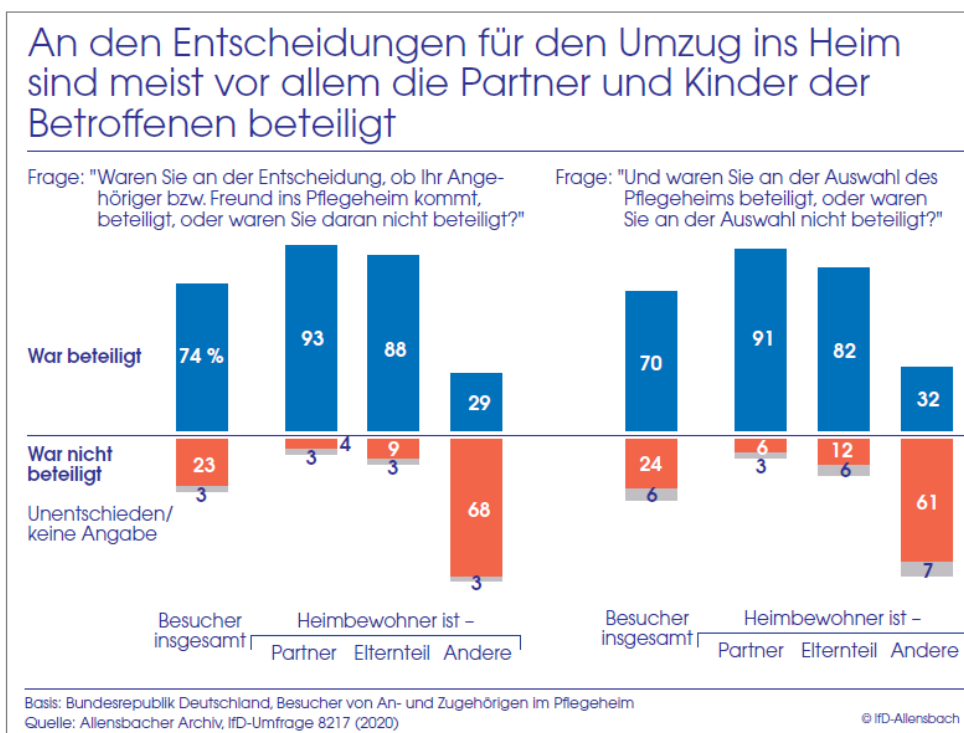


Abbildung 7: Beteiligung der An-/Zugehörigen an der Entscheidung von Pflegeheimumzug und -auswahl

Faktoren bei der Pflegeheimauswahl

Bei der Entscheidung, welches Pflegeheim ausgewählt wurde, sind eine ganze Reihe recht unterschiedlicher Aspekte bedeutsam. Unterscheidet man zwischen ‚weichen‘ (z.B. subjektive Relevanzen und soziale Aspekte) und ‚harten‘ Faktoren (z.B. strukturelle Aspekte und Versorgungsqualität) zeigt sich, dass vor allem harte Faktoren bei der Pflegeheimauswahl im Vordergrund stehen. Insbesondere die medizinische Versorgung und die Verfügbarkeit von

Ärzt*innen, aber auch die Raumgestaltung, die Sauberkeit sowie die Anzahl der Pflegekräfte waren laut den Befragten besonders wichtig (vgl. Abbildung 8).

Auch die Verkehrsanbindung, sodass man als Besucher*in kurze Anfahrtswege hat, eine regelmäßige Prüfung und Evaluierung des Pflegeheims, die Verfügbarkeit freier Plätze sowie Grünanlagen, die zum Pflegeheim gehören, fanden bei der Auswahl des Pflegeheims mit jeweils mehr als 70% besondere Beachtung. Das gilt auch für den Kostenaspekt, der in 73% der Fälle in die Entscheidung mit einbezogen wurde. Damit kommt den Kosten durchaus eine große Bedeutung zu, verglichen mit der medizinischen Versorgung und anderen strukturellen und/oder Ausstattungsaspekten haben sie aber einen eher zweitrangigen Stellenwert.

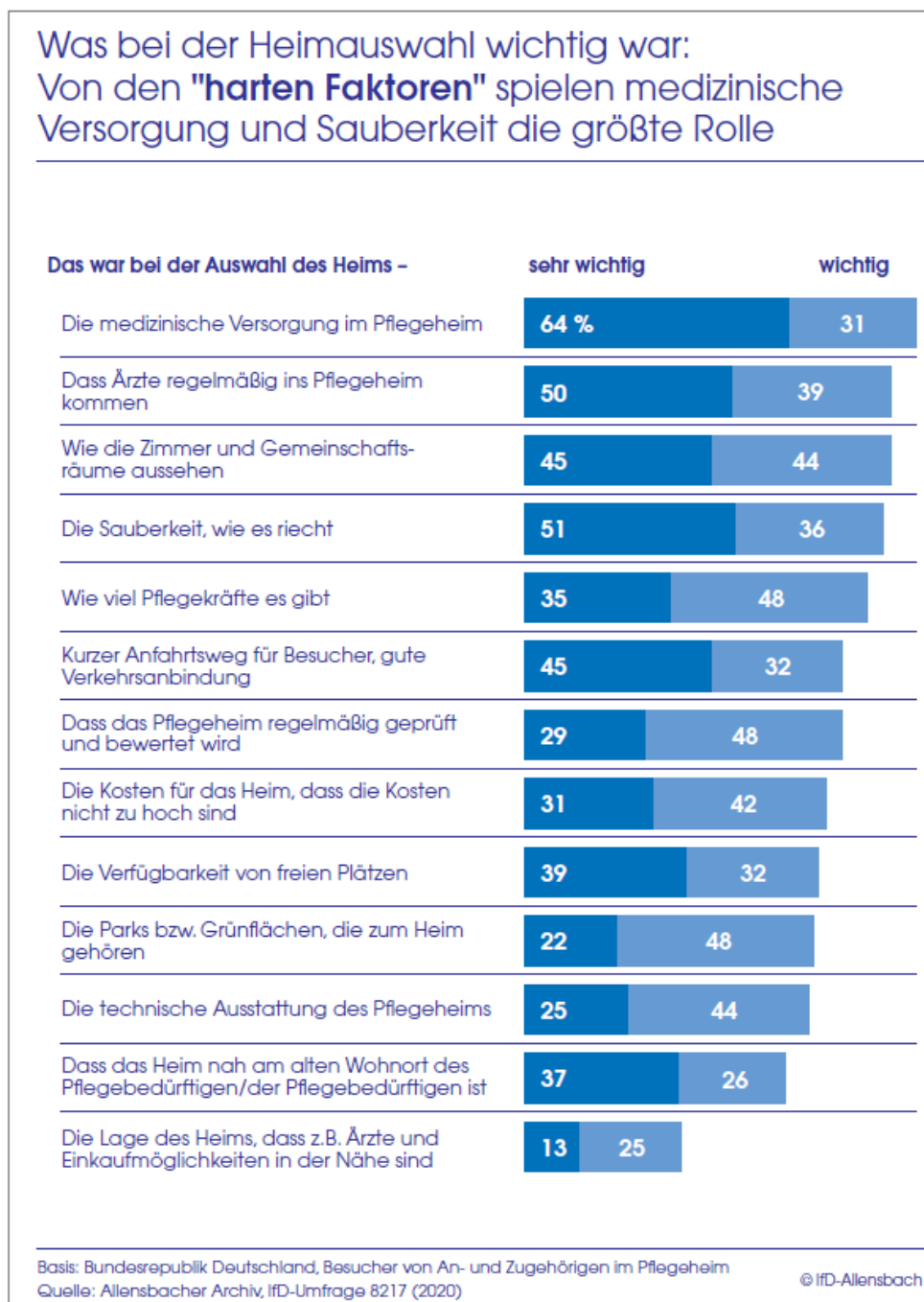


Abbildung 8: Harte Faktoren bei der Pflegeheimauswahl

Bei den weichen Faktoren, die insgesamt weniger bedeutsam waren, standen soziale Aspekte im Vordergrund (vgl. Abbildung 9): Der Umgang mit den Bewohner*innen im Pflegeheim war laut 95% der Befragten für die Auswahlentscheidung sehr wichtig oder wichtig. Knapp drei Viertel halten diesen Aspekt im Rückblick sogar für sehr wichtig. Damit legen diejenigen, die das Pflegeheim (mit) aussuchen, besonderen Wert auf die Interaktionsgestaltung im Pflegeheim – dabei weitaus weniger auf eher individuumsbezogene Aspekte wie Freizeitangebote für die Bewohner*innen, die Möglichkeit, das Zimmer mit den eigenen Möbeln einzurichten, oder ein selbstbestimmter Tagesablauf. Insofern scheinen die An-/Zugehörigen hier bereits den relationalen Aspekt von Lebensqualität im weiteren Sinn in Betracht zu ziehen, der die sozialen Beziehungen besonders bedeutsam erscheinen lässt. Daneben waren aber auch das Image des Pflegeheims (für 86% wichtig oder sehr wichtig) und das Leitbild ein durchaus wichtiges Auswahlkriterium – und ebenfalls wichtiger als o.g. individuumsbezogene Aspekte.⁵⁴

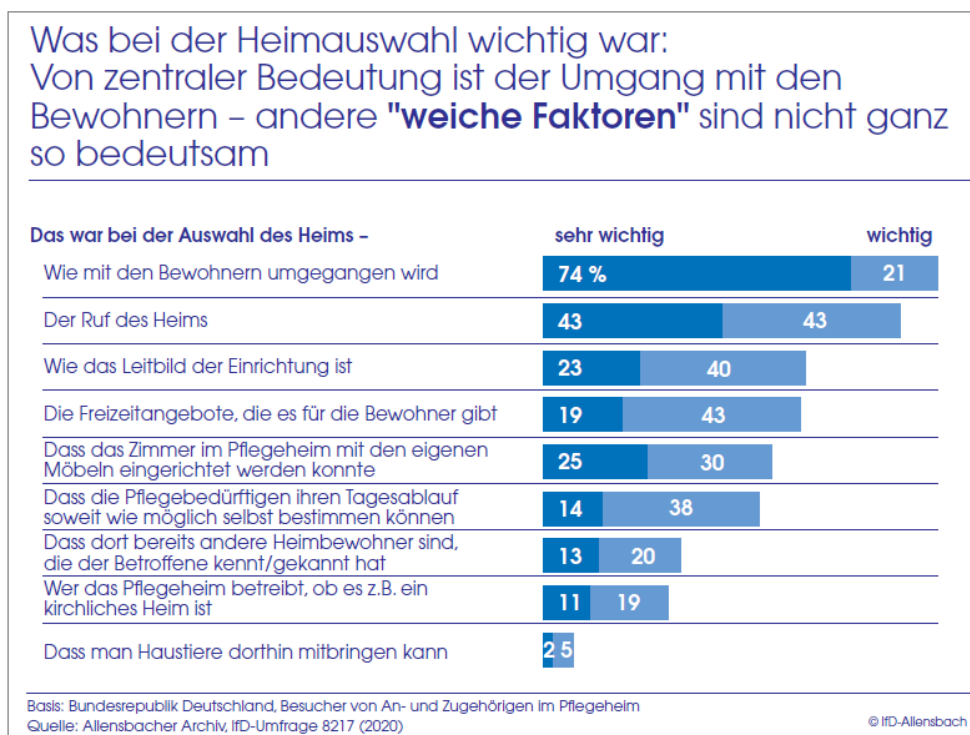


Abbildung 9: Weiche Faktoren bei der Pflegeheimauswahl

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass es für An-/Zugehörige – die in der Regel aus der Not heraus und wegen eigener Überforderung am Umzug ins Pflegeheim entscheidend beteiligt waren – wichtig war, diesen auch jenseits der eigenen Überforderung für sich selbst und nach außen als ‚gute‘ Entscheidung legitimieren zu können: Wenn der*die Betroffene schon

⁵⁴ Dieser Fokus bei der Heimauswahl – u.a. das Leitbild als relevantes Kriterium zu wählen – erscheint vor dem Hintergrund der Ergebnisse aus der Heimleiterbefragung durchaus plausibel: Dort zeigt sich, dass das Leitbild einer Einrichtung signifikant mit der generellen Ausrichtung des Heims, der Alltagsgestaltung, den Umgangsweisen des Personals mit den Bewohner*innen (Interaktion/Kommunikation) sowie den Selbstbestimmungsmöglichkeiten zusammenhängt. Insofern erscheint das Leitbild als ein durchaus brauchbarer Indikator für soziale und individuumsbezogene Qualitätskriterien bei der Heimauswahl.

in ein Pflegeheim muss, dann soll dies zumindest ein nach vergleichbaren (meint: gesellschaftlich akzeptierten) Kriterien gutes Pflegeheim sein, in dem sich der*die Bewohner*in wohlfühlen kann – auch unterhalb ‚harter‘ Versorgungskriterien. Letztere stehen bei dieser Bewertung aber an erster Stelle. Diese legitimatorische Praxis der Entscheidung ‚Heimeinzug‘ ist dann auch eine Grundlage für die Einschätzung, dass aus Sicht von 86% der Befragten diese Entscheidung für die An-/Zugehörigen eine große Erleichterung war. Wie aus den qualitativen Fallstudien zu erkennen, ist die Rahmung und Deutung des Pflegeheimeinzugs auch entscheidend bei der Bewältigung des Wechsels von Zuhause in die neue Umgebung für den Bewohner (vgl. 7.1.1). Die hier genannten Kriterien, die die mit ihnen verbundenen Erwartungen und Relevanzen ausdrücken, erscheinen sowohl für die An-/Zugehörigen, die mit der Entscheidung und ihrem Vollzug Großteils gut leben können (was sich in der insgesamt überwiegend positiven Beurteilung ihrer Pflegeheimerfahrungen ausdrückt, s.u.), als auch für die Bewohner*innen, die sich aus Sicht der befragten An-/Zugehörigen in 60% der Fälle schnell ins Pflegeheim einleben konnten – und von denen sich jeder Fünfte sogar auf den Umzug gefreut hat – als bedeutsame Referenzpunkte. Sie decken sich dann aus Sicht der An-/Zugehörigen auch mit den Erfahrungen vor Ort, zumal sie, wie gezeigt, eher an der Versorgungslage und der allgemeinen Ausstattung des Pflegeheims orientiert sind und weniger an individuellen Entfaltungsmöglichkeiten. Bei denjenigen An-/Zugehörigen, die eher solche individuellen Entfaltungsmöglichkeiten in den Vordergrund rücken, fällt das retrospektive Gesamtbild auf das Pflegeheim etwas weniger positiv aus (s.u.).

Kaum Abstriche nötig

Dass die als wichtig erachteten Kriterien entscheidungsleitend gewesen sind, zeigt sich daran, dass gemessen an dem hohen und breitgefächerten Anforderungsprofil die Abstriche, die bei der Pflegeheimauswahl gemacht werden mussten, für die An-/Zugehörigen als nicht sonderlich gravierend erscheinen. 41% der Befragten erklären sogar, dass bei keinem der Kriterien, die für die Auswahl des Pflegeheims wichtig waren, auf relevante Aspekte verzichtet werden musste. Vor allem auf die besonders wichtigen Aspekte – die ärztliche und medizinisch-pflegerische Versorgung oder die Sauberkeit sowie den sozialen Umgang mit den Bewohner*innen – musste bei der Entscheidung so gut wie nie verzichtet werden (nur jeweils 7 bzw. 8% berichten einen solchen Verzicht). Am ehesten räumen die Befragten Zugeständnisse bei der Anzahl der Pflegekräfte (24%) und den Pflegeheimkosten (21%) ein. Bei den weichen Faktoren, an die ohnehin weniger Ansprüche gestellt wurden, mussten demnach auch kaum Abstriche gemacht werden. So beklagt bspw. nur jeweils rund jede*r Zehnte, dass ein selbstbestimmter Tagesablauf nicht so möglich sei, wie dies erwünscht war, oder dass es weniger Freizeitangebote und weniger Möglichkeiten als erhofft gäbe, das Zimmer mit eigenen Möbeln einzurichten. Aufgrund des sehr hohen Erfüllungsgrads verwundert es nicht, dass 85% der Befragten angeben, dass der Umzug ihres*r An-/Zugehörigen bzw. Freund*in ins Pflegeheim alles in allem so verlief, wie sie es vorgesehen hatten. Dennoch scheint es insgesamt für viele (65%) schwierig gewesen zu sein, einen Platz im Pflegeheim zu finden (wobei ein Zusammenhang mit den Ansprüchen an die Einrichtung nicht hergestellt werden kann).

Zusammengenommen zeigen die Ergebnisse, dass für die An-/Zugehörigen das Pflegeheim in erster Linie als eine Versorgungseinrichtung erscheint, die gute Pflege sicherstellen soll,

wozu Fachlichkeit, Qualitätskriterien und der soziale Umgang mit Bewohner*innen gehören. Das Pflegeheim als Lebenswelt, als neues ‚Zuhause‘ der Bewohner*innen – wozu weitere zur Lebensqualität gehörende Aspekte wie Selbst- bzw. Mitbestimmungsmöglichkeiten unterschiedlicher Art (Zimmergestaltung, Tagesablauf) gehören – steht erkennbar weiter hinten in der Relevanzskala. Als wichtig erachtet wird zwar, wie das Pflegeheim als Lebensort gestaltet ist (Aussehen von Zimmern/Gemeinschaftsräumen, Sauberkeit; Verfügbarkeit von Einzelzimmern⁵⁵), dabei ist es aber nicht sonderlich bedeutsam, dass der*die Bewohner*in selbst diesen Lebensort nach seinen Vorstellungen und Wünschen auch mitgestalten kann, ebenso wie andere, weniger beachtete lebensweltliche Merkmale wie die Sozialraumorientierung und Umgebung des Pflegeheims.

7.2.3 Die Teilnahme der Bewohner*in im Pflegeheim – Der Spielraum des*r Einzelnen in der Organisation

Für das Thema Selbstbestimmung und Würde in Pflegeeinrichtungen sind vor allem die Möglichkeiten der Mitbestimmung und Mitgestaltung des Pflegeheimalltags durch den*die Bewohner*in von entscheidender Bedeutung. Diese werden in der Wahrnehmung der An-/Zugehörigen überwiegend positiv bewertet. Auch wenn das Leben im Pflegeheim für viele Bewohner*innen von festen Regeln und Abläufen bestimmt wird, dürfen nach der Erfahrung der befragten An-/Zugehörigen die Pflegeheimbewohner auch über viele Abläufe frei entscheiden oder zumindest mitentscheiden, sodass die meisten Pflegeheime offenbar bestrebt sind, ihren Bewohner*innen solche Freiheiten einzuräumen.

So berichtet die Mehrheit der befragten An-/Zugehörigen, dass die Bewohner*innen weitgehend selbst über ihren Besuch und die Besuchszeiten bestimmen können, aber auch über die Wahl ihrer Kleidung, über Art und Umfang der selbst gewählten wie auch der organisierten Beschäftigungen oder über die Zimmergestaltung. Deutlich weniger Mitbestimmungsmöglichkeiten haben die Pflegeheimbewohner*innen bei den Essenszeiten, den abendlichen Ausgehzeiten oder der Frage, ob sie die eigene Zimmertür abschließen dürfen (vgl. Abbildung 10).

⁵⁵ Eine deutliche Mehrheit der Bewohner*innen, zu denen Auskunft gegeben wurde, hat ein Zimmer für sich allein (78%) – vor allem ist das so in den Heimen, die von den Befragten als (sehr) gut bewertet werden, was einen Zusammenhang zwischen Zimmerverfügbarkeit und Bewertung des Heims und damit der Relevanz dieses Kriteriums nahelegt.

Manches können die Heimbewohner nicht frei entscheiden

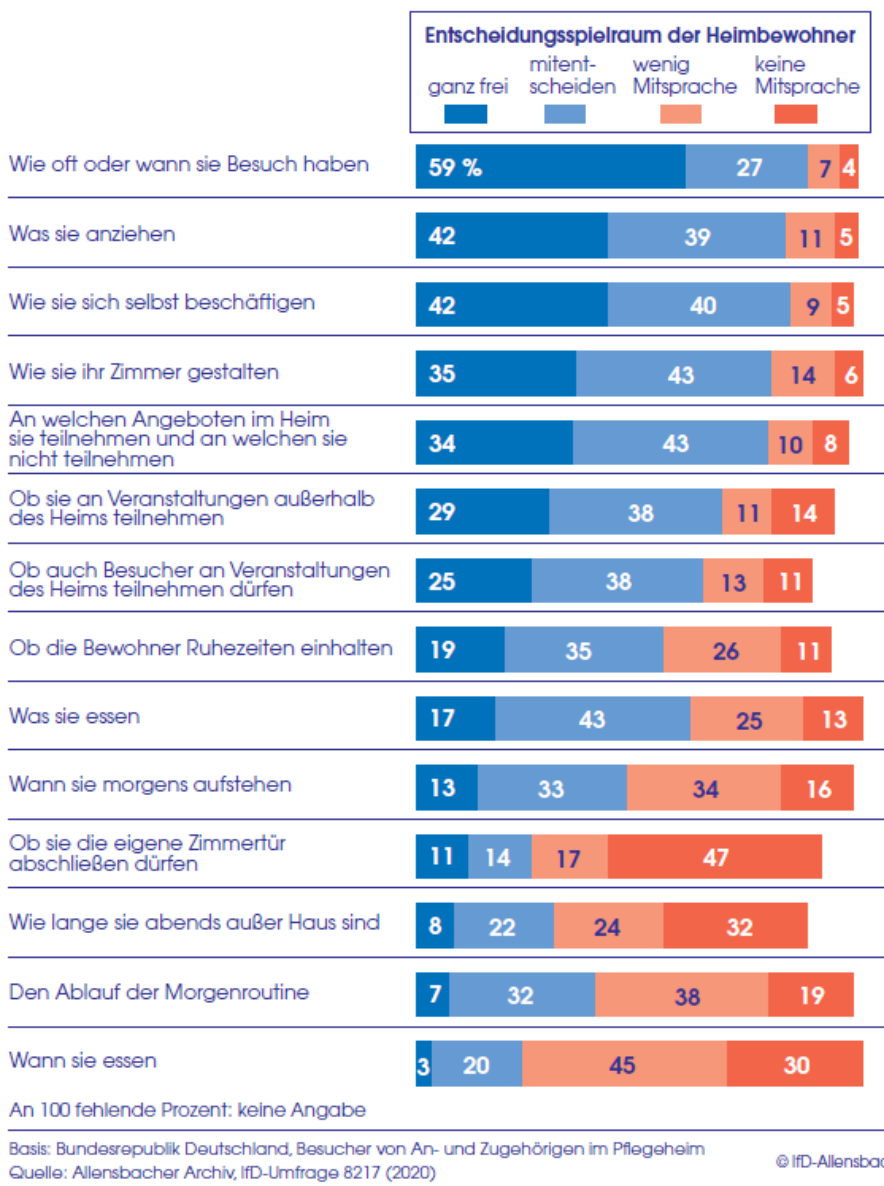


Abbildung 10: Mitbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen

Deutlich erkennbar benennen An-/Zugehörige vor allem Selbstbestimmung bei Aspekten, die direkt bewohnerbezogen und unabhängig oder konform zur Organisationsroutine sind (z.B. Besuche zu bekommen, Selbstbeschäftigung, Kleidungsauswahl). Je mehr die Möglichkeiten der Selbstbestimmung jedoch in die Pflegeheimabläufe eingreifen würden, umso weniger werden sie als Gestaltungsspielraum für die Bewohner*innen wahrgenommen (z.B. Routinen wie Essen, Hygiene, Morgenablauf). Dieser Zusammenhang zwischen organisationalen Abläufen auf der einen Seite und zugestandenem Freiraum für den*die Einzelne*n auf der anderen Seite lässt sich organisationssoziologisch leicht erklären: Das Pflegeheim als Organisation ist auf das Funktionieren von planbaren, sich wiederholenden und damit verlässlichen Routinen angewiesen, die den teilweise komplexen Tagesablauf, der ohnehin höchst störanfällig ist,

bewältigbar machen. Dazu gehören Regeln, feste Abläufe und Standards, die für alle Bewohner*innen gelten.⁵⁶

Ein Aspekt, der auch in der Wahrnehmung der An-/Zugehörigen hier eine wichtige Rolle spielt, ist die Personalsituation des Pflegeheims, die als wesentliche Rahmenbedingung für das o.g. Funktionieren routinierter und standardisierter Abläufe betrachtet werden kann. Aus den Antworten der An-/Zugehörigen ergibt sich: Pflegeheime, in denen ausreichend Personal vorhanden ist, ermöglichen ihren Bewohner*innen zumeist größere Freiräume als Pflegeheime, in denen oft Personalmangel herrscht (vgl. Abbildung 11). Dies gilt insbesondere für den Ablauf der Morgenroutine, für die Wahl des Essens, für die Frage, wie lange die Pflegeheimbewohner*innen abends außer Haus sein dürfen oder ob auch Besucher*innen an Veranstaltungen des Pflegeheims teilnehmen dürfen.

Mehr Personal im Heim bedeutet auch mehr Entscheidungsfreiräume für die Heimbewohner

| Das können Heimbewohner ganz selbständig entscheiden bzw. mitentscheiden – | Besucher in Pflegeheimen, in denen Personal – | |
|--|---|-------------------|
| | ausreichend vorhanden ist % | häufig fehlt % |
| Ob sie an Veranstaltungen außerhalb des Heims teilnehmen | 73 | 64 |
| Ob auch Besucher an Veranstaltungen des Heims teilnehmen dürfen | 72 | 61 |
| Was sie essen | 65 | 53 |
| Ob die Bewohner Ruhezeiten einhalten | 61 | 51 |
| Wann sie morgens aufstehen | 50 | 42 |
| Den Ablauf der Morgenroutine | 48 | 34 |
| Wie lange sie abends außer Haus sind | 37 | 26 |

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Besucher von An- und Zugehörigen im Pflegeheim
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 8217 (2020) © IFD-Allensbach

Abbildung 11: Zusammenhang Mitbestimmungsmöglichkeiten und Personalmangel

Dabei sind den An-/Zugehörigen wichtige Unterscheidungen präsent: So wird der Grad der Selbstbestimmtheit zwar auch ganz wesentlich von den gesundheitlichen und geistigen Möglichkeiten des*r Pflegeheimbewohner*in beeinflusst. Entsprechend sind die Mitbestimmungsmöglichkeiten von dementen Pflegeheimbewohner*innen deutlich eingeschränkter als von nicht dementen Bewohner*innen. Das gilt insbesondere für die Entscheidung darüber, an welchen Angeboten im Pflegeheim die Bewohner*innen teilnehmen, was sie essen oder wann sie morgens aufstehen (vgl. Abbildung 12). Auch in vielen anderen Bereichen, wie zum Beispiel

⁵⁶ Dass aber auch in diesen Bereichen der organisationalen Abläufe und Routinen Freiraum für den*die einzelne*n Bewohner*in eingeräumt werden kann, je nachdem, welche Schwerpunktsetzung ein Heim hat (was sich in der Ausrichtung der Pflegepraxis oder im Leitbild widerspiegelt), zeigt sich bei der Heimleiterbefragung (vgl. Kapitel 7.3.1).

bei der Frage, womit man sich selbst beschäftigen möchte, ob und inwieweit man an Veranstaltungen außerhalb des Pflegeheims teilnimmt oder inwieweit die Ruhezeiten eingehalten werden müssen, ist die Selbstbestimmtheit dementer Pflegeheimbewohner*innen eingeschränkter als die der nicht dementen Bewohner*innen.⁵⁷

Diese Unterscheidung zwischen dementen und nicht dementen Bewohner*innen lässt sich mit der Kombination von organisationalen Strukturen – die herkömmlicherweise auf Vermeidung von ‚unvorhergesehenen Störungen‘ angelegt sind (und selbstbestimmtes Verhalten dementer Bewohner*innen ist noch weniger planbar als das nicht dementer) –, den grundsätzlichen Fähigkeiten des*r Bewohner*in sowie der Fürsorgeverpflichtung des Personals heraus erklären, das sorgfältig den Spielraum zwischen Freiheit und Sicherheit, Selbstbestimmung und Schutz des Bewohners abwägen muss. Obschon diese Problematiken mehr oder weniger präsent sind, ist nach Einschätzung der An-/Zugehörigen der Selbstbestimmungsgrad auch dementer Bewohner*innen durchaus als hoch und nicht mit allzu viel Abstand zu den nicht dementen Bewohner*innen einschätzen.

Keine massive Einschränkung der Entscheidungsfreiheiten für demente Heimbewohner

| Das können Heimbewohner ganz selbstständig entscheiden bzw. mitentscheiden - | Besucher in Pflegeheimen, deren Angehöriger - | |
|---|---|--------------------|
| | dement ist % | nicht dement ist % |
| Wie oft oder wann sie Besuch haben | 82 | 89 |
| Wie sie sich selbst beschäftigen | 72 | 87 |
| An welchen Angeboten im Heim sie teilnehmen und an welchen sie nicht teilnehmen | 65 | 83 |
| Ob sie an Veranstaltungen außerhalb des Heims teilnehmen | 59 | 71 |
| Was sie essen | 50 | 66 |
| Ob die Bewohner Ruhezeiten einhalten | 49 | 57 |
| Wann sie morgens aufstehen | 36 | 52 |
| Den Ablauf der Morgenroutine | 34 | 41 |

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Besucher von An- und Zugehörigen im Pflegeheim
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 8217 (2020) © IFD-Allensbach

Abbildung 12: Mitbestimmungsmöglichkeiten für demenziell veränderte Bewohner*innen

Auch wenn die Selbstbestimmtheit der Pflegeheimbewohner*innen in einigen Bereichen eingeschränkt ist, so verfügen die Pflegeheimbewohner*innen – aus Sicht der An-/Zugehörigen – dennoch größtenteils über Entscheidungsfreiheiten in jenen Bereichen, die ihren An-

⁵⁷ Dieses Ergebnis bestätigen auch die befragten Einrichtungsleitungen (vgl. Kapitel 7.3.1), wobei aus deren Perspektive bspw. bei der eigenen Entscheidung zur Teilnahme an Angeboten im Heim demenziell beeinträchtigte Bewohner*innen nur geringfügig eingeschränkt werden, während die An-/Zugehörigen hier mehr ‚Fremdbestimmung‘ im Vergleich zu nicht dementen Bewohner*innen durch das Heim sehen.

/Zugehörigen wichtig erscheinen. Besonders wichtig sind hier vor allem die Besuchsregeln (also die Regulierung der Außenkontakte/Kontakte Außenwelt-Heim), die Kleiderwahl, die Gestaltung der Zimmer, die Essensauswahl sowie die Beschäftigungsmöglichkeiten der Pflegeheimbewohner*innen. Bereiche, in denen die Selbstbestimmtheit vieler Pflegeheimbewohner*innen eingeschränkter ist, werden zumeist auch von den An-/Zugehörigen als weniger prioritär eingestuft. Dies gilt insbesondere für die Entscheidung darüber, wie lange die Pflegeheimbewohner*in abends außer Haus sein dürfen (also die Regulierung der eigenen Kontakte nach draußen/Kontakte Pflegeheim-Außenwelt) oder ob die eigene Zimmertür abgeschlossen werden darf.

Ein Bereich, der besonders selbstbestimmungsrelevant ist, ist die Gestaltung des Lebensendes. Hier spielen Gespräche zur Planung der gesundheitlichen Versorgung eine große Rolle, weil diese die jeweils individuellen Vorstellungen und Wünsche des*r Bewohner*in zu seinem*ihrem eigenen Sterben eruieren und festhalten sollen. Auch wenn mehr als jede*r Fünfte der befragten An-/Zugehörigen hier keine Angabe machen konnte, ob solche Gespräche mit dem*r eigenen Bewohner*in schon einmal durchgeführt wurden, geben die anderen zu 41% an, dass solche Gespräche mindestens einmal stattgefunden haben – und die An-/Zugehörigen nahmen sogar zu einem Großteil selbst an den Gesprächen teil (vgl. Abbildung 13). Damit zeigt sich zum einen, dass Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung in manchen Pflegeheimen noch ausbaufähig sind und noch nicht zum Standardrepertoire zu gehören scheinen, andererseits An-/Zugehörige, vor allem wenn sie Hauptansprechpartner sind, bei solchen Gesprächen aktiv eingebunden werden.

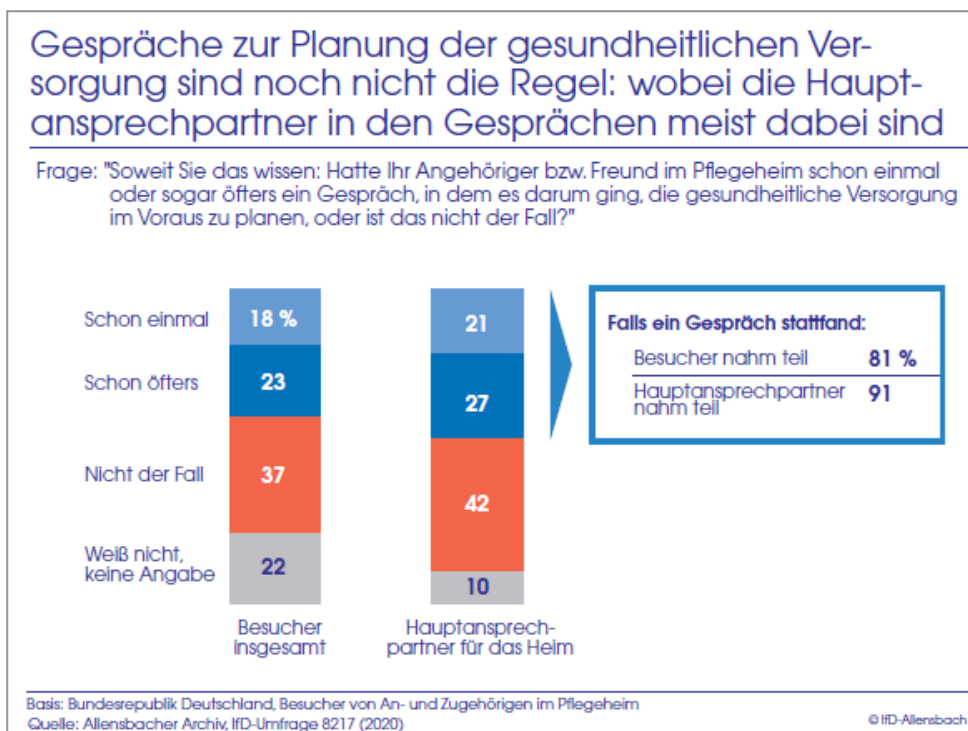


Abbildung 13: Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung

7.2.4 Gemeinsame Zeit im Pflegeheim – das Engagement der An-/Zugehörigen

An- und Zugehörige sind vor allem dann an der Gestaltung der Zeit im Pflegeheim beteiligt, wenn sie regelmäßig zu Besuch kommen. Die Besuchshäufigkeit wird vor allem durch das Verwandtschaftsverhältnis bestimmt. Vor allem der*die Lebenspartner*in (89%) und die Kinder (47%) kommen täglich oder mehrmals die Woche und bleiben dann für ein bis drei Stunden vor Ort (75% bzw. 77%) (s.o.).

Die Besuche selbst sind vor allem dadurch geprägt, gemeinsam Zeit zu verbringen oder den*die Bewohner*in zu unterstützen. Im Vordergrund stehen hier lebensweltliche Aspekte, für die sich die An- und Zugehörigen zuständig fühlen. Während das Pflegeheim eine gute Versorgung in medizinisch-pflegerischer Hinsicht sicherstellen soll, übernehmen die An-/Zugehörigen die Aufgabe, die Freizeit des*r Bewohner*in zu gestalten und seine*ihre individuellen Bedürfnisse zu adressieren (vgl. Abbildung 14). Neben eher unterhaltungs- und freizeitorientierten Tätigkeiten übernehmen nicht wenige An-/Zugehörige bei ihren Besuchen aber auch pflegerische bzw. pflege-nahe oder andere unterstützende Tätigkeiten (beim Essen, Anziehen und Waschen helfen). Solche körpernahen Aufgaben werden weit häufiger von den Partner*innen als von den Kindern übernommen, wobei hier anzumerken ist, dass die Tätigkeiten nicht als ‚pflegerisch‘ gerahmt werden müssen, vielmehr sind die genannten Bereiche eine Mischung aus pflegerischen und intimen bzw. sozialen Tätigkeiten, die als solche als beziehungsrelevant definiert werden können (pflegerisch-soziale Doppelbedeutung). Die An-/Zugehörigen tun dann vielleicht ähnliches wie die Pflegekraft, versehen das aber mit einer anderen Bedeutung – nämlich mit der Herstellung einer privatheitlichen Situation und Atmosphäre des zuhause Seins und sozialer Intimität, die Versorgung als solche steht hier nicht im Vordergrund. Das deckt sich mit der obigen Interpretation: An-/Zugehörige selbst betrachten sich vor allem als psycho-soziale Unterstützer*innen, die für den Aspekt des ‚sich zuhause Fühlens‘ und der Herstellung von Privatheit zuständig sind – das Pflegeheim ist demgegenüber primär für gute, meint professionelle Versorgung verantwortlich. Insofern lassen sich alle Tätigkeiten der An-/Zugehörigen im Pflegeheim dem lebensweltlichen Bereich zuordnen, der nicht ‚in Konkurrenz‘ zum Tätigkeitsbereich des Personals tritt – in der Wahrnehmung der An-/Zugehörigen. Dass sich hier in der Praxis und in der Wahrnehmung der Pflege- oder Betreuungskräfte durchaus auch konflikthafte Situationen ergeben können (vgl. Zuständigkeitskonflikte), zeigen die qualitativen Ergebnisse aus den Fallstudien (vgl. Kapitel 7.1.2).

| Tätigkeiten, bei denen man die besuchten Heimbewohner unterstützt | | | |
|---|----------------------------|--------------------|------------|
| Diese Tätigkeiten übernehme ich bei meinen Besuchen - | Besucher in Pflegeheimen - | | |
| | insgesamt | Heimbewohner ist - | |
| | | Partner | Elternteil |
| Gemeinsam die Zeit vertreiben, z.B. spielen, singen, vorlesen | 74 % | 80 | 74 |
| Für den Bewohner Kleidung oder Pflegeartikel einkaufen | 73 | 83 | 76 |
| Mit dem Bewohner Ausflüge machen oder ihn/sie zu Besuchen bei Bekannten oder Verwandten begleiten | 48 | 53 | 50 |
| Den Angehörigen/Freund zu Freizeitangeboten im Heim bringen bzw. begleiten | 37 | 49 | 36 |
| Mit ihm/ihr fernsehen | 36 | 51 | 34 |
| Wäsche mitnehmen und zuhause waschen | 33 | 50 | 36 |
| Beim Essen helfen, füttern | 33 | 55 | 33 |
| Mit ihm/ihr über gesundheitliche bzw. medizinische Fragen reden, z.B. über neue Medikamente oder Therapien, was in Notfällen zu tun ist | 29 | 26 | 31 |
| Beim Anziehen helfen | 29 | 40 | 29 |
| Bei der Nutzung von technischen Geräten behilflich sein bzw. sie erklären | 27 | 11 | 29 |
| Bei der Körperpflege helfen | 21 | 38 | 20 |
| Ihn/Sie zu medizinisch-therapeutischen Angeboten bringen bzw. begleiten, z.B. zur Krankengymnastik | 19 | 25 | 21 |
| Zimmer aufräumen, putzen | 14 | 15 | 14 |

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Besucher von An- und Zugehörigen im Pflegeheim
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8217 (2020) © IfD-Allensbach

Abbildung 14: Unterstützungstätigkeiten durch die An-/Zugehörigen

Gefördert wird ein solches privatheitliches Engagement der An-/Zugehörigen durch flexible Besuchsregelungen, die in 88% der Fälle für das jeweilige Pflegeheim bestätigt wird: Die An- und Zugehörigen dürfen jederzeit vorbeikommen.

7.2.5 Die Perspektive der An-/Zugehörigen auf die Beziehung und Kommunikation mit der Pflegeeinrichtung

Für die Frage, wie die An-/Zugehörigen das Leben im Pflegeheim mitgestalten und wie sie sich einbringen wollen/können, spielt auch ihr Verhältnis zur Einrichtung in Form von Kommunikations- und Informationsprozessen eine Rolle.

Die Kommunikation zwischen den Besucher*innen und der Pflegeheimleitung bzw. den Pflegekräften läuft zumeist offen ab und die An-/Zugehörigen werden in wichtigen Dingen einbezogen, z.B. bei gesundheitlichen Veränderungen, Therapieentscheidungen oder, wie oben

gezeigt, bei Gesprächen zur gesundheitlichen Vorausplanung (vgl. Abbildung 15). Die meisten An-/Zugehörigen können sich darüber hinaus mit den Pflegekräften jederzeit über den*die Pflegeheimbewohner*in austauschen: 40% haben voll und ganz diesen Eindruck, weitere 40% zumindest überwiegend. Drei Viertel der Befragten haben zudem großes oder überwiegendes Vertrauen, dass Absprachen zwischen ihnen und dem Pflegepersonal eingehalten werden. Mehr als jede*r zweite Befragte hat auch eine*n feste*n Ansprechpartner*in im Pflegeheim. Dies sind alles Faktoren, die zu einem vertrauensvollen Verhältnis zwischen An-/Zugehörigen und Pflegeheim und damit einer insgesamt positiven Atmosphäre beitragen.

Über Kommunikations- und Informationsprozesse hinaus nehmen die meisten An-/Zugehörigen generell wahr, dass das Personal respektiert, dass sie als An-/Zugehörige in den Pflegeheimalltag einbezogen werden möchten. Auch das ist eine wichtige Basis für die Gestaltung des Pflegeheims als Lebenswelt und Zuhause für den*die Bewohner*in, weil sich nur so ein entsprechendes Engagement der An-/Zugehörigen in einer auf Offenheit und Kommunikation gründenden Atmosphäre entfalten lässt.

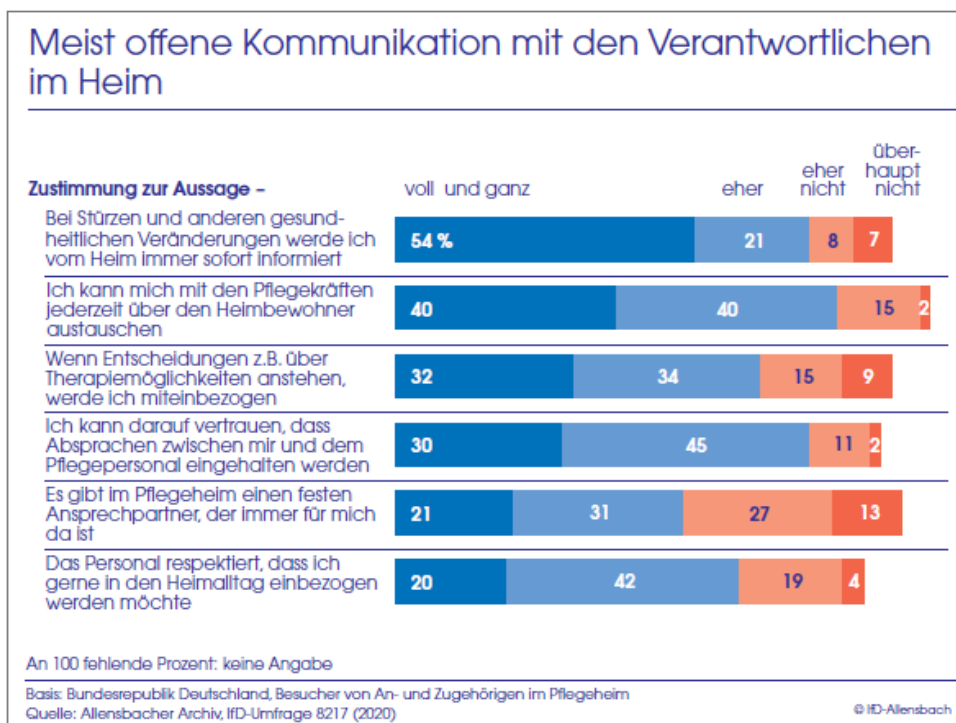


Abbildung 15: Wahrnehmung von Kommunikation im Pflegeheim

Aber es gibt auch kritische Stimmen

Auch wenn der Gesamteindruck von der Kommunikation und dem Austausch mit der Pflegeheimleitung und dem Pflegepersonal weit überwiegend positiv ist, gibt es auch kritische Stimmen. Am ehesten kritisieren die An-/Zugehörigen der Pflegeheimbewohner*innen, dass das Personal zu wenig Zeit für Gespräche hat und dass es generell an einem*r Ansprechpartner*in mangelt: Jeweils knapp vier von zehn Besucher*innen machen diese beiden Erfahrungen zumindest teilweise. Rund jede*r Vierte fühlt sich zudem nicht immer ausreichend von den Pflegekräften informiert.

Hier lohnt sich ein differenzierender Blick: Es zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und dem Urteil der An-/Zugehörigen. Bei Pflegeheimen, in denen aus Sicht der besuchenden An-/Zugehörigen ausreichend Personal vorhanden ist, wird die Kommunikation mit dem Pflegeheimpersonal deutlich positiver bewertet als bei Pflegeheimen mit wahrgenommenen Personalmangel. Dies gilt für den gesamten Kommunikationsprozess von der Verfügbarkeit der Pflegekräfte über das Einhalten von Absprachen oder der Beteiligung an Entscheidungen über die Therapie bis hin zum Vorhandensein eines*r festen Ansprechpartner*in (vgl. Abbildung 16).

| Das trifft voll und ganz bzw. eher zu - | Besucher in Pflegeheimen, in denen Personal - | |
|---|---|--------------|
| | ausreichend vorhanden ist | häufig fehlt |
| | % | % |
| Ich kann mich mit den Pflegekräften jederzeit über den Heimbewohner austauschen | 91 | 71 |
| Ich kann darauf vertrauen, dass Absprachen zwischen mir und dem Pflegepersonal eingehalten werden | 88 | 68 |
| Bei Stürzen und anderen gesundheitlichen Veränderungen werde ich vom Heim immer sofort informiert | 82 | 70 |
| Wenn Entscheidungen z.B. über Therapiemöglichkeiten anstehen, werde ich miteinbezogen | 78 | 58 |
| Das Personal respektiert, dass ich gerne in den Heimaltag einbezogen werden möchte | 70 | 58 |
| Es gibt im Pflegeheim einen festen Ansprechpartner, der immer für mich da ist | 68 | 39 |
| Das Personal hat kaum Zeit für Gespräche | 19 | 60 |
| Häufig ist es schwierig, eine Ansprechperson für Fragen oder Wünsche zu finden | 18 | 55 |
| Ich fühle mich von den Pflegekräften nicht ausreichend informiert | 13 | 38 |

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Besucher von An- und Zugehörigen im Pflegeheim
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 8217 (2020) © IFD-Allensbach

Abbildung 16: Zusammenhang Wahrnehmung der Kommunikation und Personalmangel

So bilanzieren bspw. nur 19% der An-Zugehörigen bei Pflegeheimen mit aus ihrer Sicht ausreichender Personaldecke, dass das Personal kaum Zeit für Gespräche hat – jedoch 60% der Besucher*innen von Pflegeheimen mit Personalmangel.

Insgesamt können mit diesen Ergebnissen die Kommunikation und die Austauschbeziehungen zwischen einerseits den Pflegekräften und der Pflegeheimleitung und andererseits den An- und Zugehörigen als in der Regel offen, freundlich, zuvorkommend, vertrauensvoll und konstruktiv beschrieben und beurteilt werden. Zudem zeigt sich ein Zusammenhang zwischen den als positiv wahrgenommenen Kommunikationsstrukturen und Austauschbeziehungen und der Wahrnehmung von Verbesserungsbedarfen (s.u.), die auf mögliche Konflikte hinweisen. Eine systematische An-/Zugehörigenarbeit in Pflegeeinrichtungen erweist sich als Indikator und Modus einer konfliktarmen Beziehung, die sich auf die verschiedenen Facetten der Zusammenarbeit und der Einwirkung der An-/Zugehörigen auf den Pflegeheimalltag auswirken kann. Relativierend hierzu machen sich die engen zeitlichen Ressourcen des Pflegeheimpersonals bemerkbar, bedingt durch die vorgelagerten knappen personellen Ressourcen.

Ergänzende Befunde aus einfaktoriellen Varianz- oder bivariaten Zusammenhangsanalysen verweisen darauf, dass neben dem Personalmangel auch die rechtliche Stellung des*r An-/Zugehörigen (Betreuer*in oder Bevollmächtigter*in), die Besuchshäufigkeit (nicht aber die Dauer), die Wohndauer des*r Bewohner*in im Pflegeheim und in einem geringeren Maße auch der sozioökonomische Status des*r An-/Zugehörigen wesentliche Einflussgrößen auf die Wahrnehmung des Kommunikationsklimas und der Austauschbeziehungen in den Einrichtungen sind. Dies gilt tendenziell auch für den Träger der Einrichtung, die Größe der Einrichtung und den Pflegegrad des Bewohners.

Auch zeigt sich ein Zusammenhang zwischen den damals als relevant angegebenen Auswahlkriterien und der Einschätzung der Kommunikation mit der Einrichtung: Je mehr bei der Pflegeheimauswahl auf die medizinische und pflegerische Versorgung der Bewohner*innen und die Räumlichkeiten im Pflegeheim geachtet wird, desto seltener wird eine defizitäre Kommunikations- und Austauschbeziehung angegeben. Das kann daran liegen, dass die Relevanzen der betreffenden An-/Zugehörigen andere sind

Desgleichen liegt ein zwar eher schwacher bis mäßiger, dafür aber hoch signifikanter Zusammenhang vor zwischen dem Fokus auf die Wahrung der biografischen Kontinuität und Selbstständigkeit des Pflegeheimbewohners bei der Pflegeheimauswahl (z.B. alte Bekannte und Supermarkt in der Nähe) und der späteren Biografiearbeit des Pflegeheims (Information über das frühere Leben des Pflegeheimbewohners vorhanden), was letztendlich ein selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim ermöglicht. Die Konstrukte Wertorientierung, örtliche Lage und harte Fakten der Einrichtung stehen für sich und sind damit unverbunden mit allen anderen Konstrukten zu den wahrgenommenen Verbesserungsbedarfen, dem Kommunikationsklima und den Austauschbeziehungen sowie der Biografiearbeit im Pflegeheim.

7.2.6 Positives Gesamturteil – vor allem der Personalmangel macht aber einen Unterschied

Insgesamt stellen die Befragten den von ihnen besuchten Pflegeheimen, über die sie Auskunft geben, ein gutes Zeugnis aus: Die Pflegeheime erreichen eine Durchschnittsnote von 2,4. Jede*r zehnte Besucher*in gibt dem Pflegeheim die Note „sehr gut“, jede*r Zweite die Note „gut“ und knapp ein Drittel die Note „befriedigend“ (nur 6% vergeben die Note „ausreichend“ und 1% die Note „mangelhaft“). Damit vergeben 61% der in dieser Studie befragten Besucher*innen die Noten „sehr gut“ oder „gut“ – in Ostdeutschland sind es dabei tendenziell etwas mehr als in Westdeutschland. Auch Pflegeheime, die sich in privater Trägerschaft befinden, werden tendenziell besser bewertet als Pflegeheime von staatlichen oder kirchlichen Trägern.

Einen deutlich größeren Einfluss auf das Urteil hat die Größe und vor allem die Personalsituation des Pflegeheims (vgl. Abbildung 17): So bewerten 67% der An- und Zugehörigen kleinere Pflegeheime mit weniger als 75 Plätzen mit den Noten „gut“ oder „sehr gut“, aber nur 55% der Besucher*innen von An-/Zugehörigen und Freund*innen in Pflegeheimen mit mehr als 75 Plätzen. Den größten Unterschied macht der Faktor Personal: Pflegeheime, in denen ausreichend Personal gesehen wird, werden von 81% der Besucher*innen positiv benotet, Pflegeheime, in denen aus Sicht der besuchenden An-/Zugehörigen Personalmangel herrscht, jedoch nur von 41%. Die Gesamtbewertung des Pflegeheims verschlechtert sich abhängig von der Bewertung der Personalsituation um fast eine ganze Note (2,0 vs. 2,7).

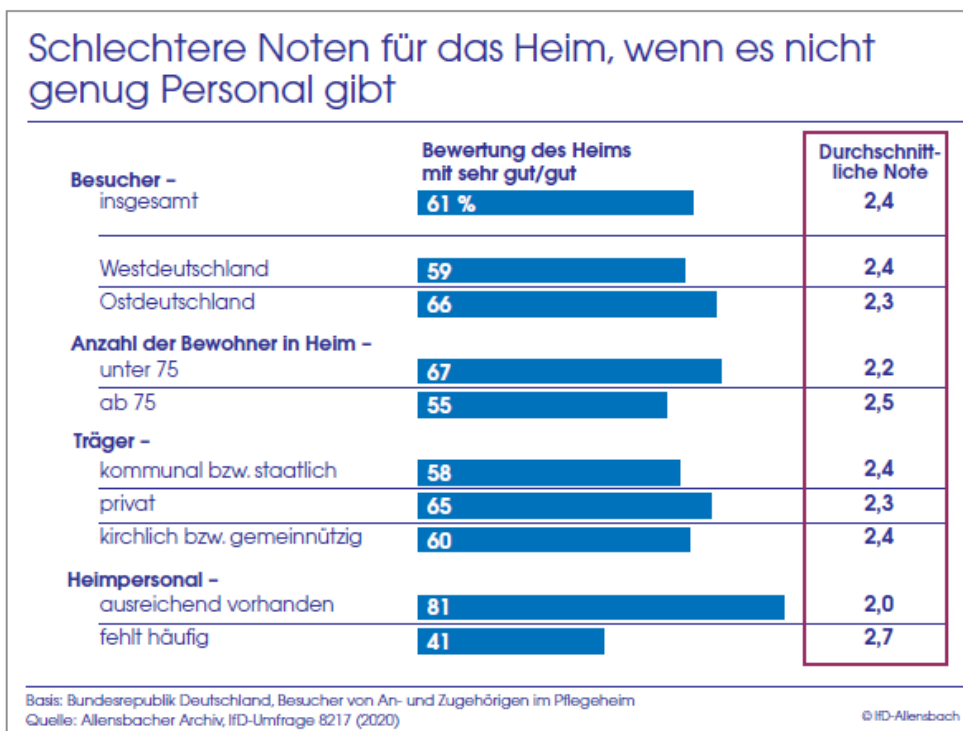


Abbildung 17: Noten für die Pflegeheime

7.2.7 Was könnte besser sein? – Verbesserungsbedarfe aus Sicht der An-/Zugehörigen

Insgesamt ist das Thema Personalmangel für die Befragten ein wichtiges, und auch hier scheint die Größe des Pflegeheims einen Unterschied zu machen. Besonders prekär erscheint die Personalsituation in größeren Pflegeheimen (mehr als 75 Pflegeheimplätze), für die fast jede*r zweite Befragte den Personalmangel beklagt, im Vergleich zu kleineren Pflegeheimen, für die das nur jede*r Dritte benennt. Entsprechend wenig verwunderlich ist der Befund, dass die Befragten vor allem bei der Anzahl der Pflegekräfte Verbesserungsbedarf sehen (61%). In allen anderen in dieser Untersuchung erfragten Bereichen sehen die An-/Zugehörigen deutlich weniger Handlungsbedarf. So meinen 38%, dass es Verbesserungsmöglichkeiten gebe, wie auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegeheimbewohner*innen eingegangen wird. Jeweils 32% sehen Potentiale bei der Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen, beim Informationsaustausch über spezielle Anliegen wie medizinische Fragen oder bei den Zuständigkeiten der Ansprechpersonen im Pflegeheim. Zusätzlicher Verbesserungsbedarf wird beim Austausch zwischen Pflegekräften und An-/Zugehörigen gesehen, ebenso bei der medizinischen Versorgung, der stärkeren Einbindung der besuchenden An-/Zugehörigen in das Leben innerhalb der Pflegeeinrichtung sowie beim Ausbau von Begegnungsmöglichkeiten der Bewohner*innen mit Personen, die nicht im Pflegeheim leben. Diese Befunde implizieren zum einen den Wunsch der An- und Zugehörigen nach einer stärkeren Transparenz im Pflegeheim, zum anderen aber auch eine stärkere Öffnung der Einrichtung für den Sozialraum, was für beide Aspekte eine Kultur der Offenheit und des Dialoges in der Einrichtung voraussetzt, und keineswegs als trivial einzustufen ist (obwohl solche Aspekte keineswegs als gleichermaßen wichtig bei der Pflegeheimauswahl gesehen wurden; s.o.). Erfreulicherweise wird die körperliche Behandlung der

Bewohner*innen durch das Personal nur selten beanstandet. Ebenfalls nur wenig Handlungsbedarf sehen die meisten Besucher*innen beim Umgangston oder dem Einsatz von Medikamenten zur Ruhigstellung von Bewohner*innen. Hier lohnt sich aber ein differenzierter Blick auf die Zahlen.

Die Detailanalyse macht nämlich deutlich, dass der von Befragten benannte Pflegekräftemangel nicht nur per se als großes Problem wahrgenommen wird, sondern dieser auch erheblichen Einfluss auf das Urteil über das Pflegeheim insgesamt hat. Besucher*innen von Pflegeheimen, in denen aus ihrer Sicht Personalmangel herrscht, sehen in nahezu allen(!) Bereichen größeren Verbesserungsbedarf als die Besucher*innen von Pflegeheimen, in denen kein Personalmangel wahrgenommen wird, ist (vgl. Abbildung 18). So beklagen 62% der Besucher*innen von Pflegeheimen mit Personalnot, dass auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegeheimbewohner*innen zu wenig eingegangen wird, aber umgekehrt nur 17% der Besucher*innen von Pflegeheimen ohne Personalknappheit. Fast jede*r zweite Besucher*in von Pflegeheimen mit Personalmangel sieht Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen, aber nur knapp jede*r fünfte Besucher*in von Pflegeheimen ohne personelle Engpässe. Auch auf die Einschätzung des Informationsaustauschs hat der wahrgenommene Personalmangel nachweislich negativen Einfluss. So weiß nahezu jede*r zweite An-/Zugehörige in einem Pflegeheim mit von ihnen eingeschätzter Personalnot oftmals nicht, wer die zuständige Ansprechperson im Pflegeheim ist, annähernd genauso viele wünschen sich einen besseren Austausch zwischen Pflegekräften und An-/Zugehörigen oder mehr Informationen in speziellen Angelegenheiten wie z.B. medizinischen Fragen. All diese Aspekte werden von Besucher*innen von Pflegeheimen mit aus ihrer Sicht ausreichender Personaldecke als weit weniger defizitär wahrgenommen.

| Es sehen großen bzw. auch noch Verbesserungsbedarf bei: | Besucher in Pflegeheimen, in denen Personal - | |
|--|---|-------------------|
| | ausreichend vorhanden ist % | häufig fehlt % |
| Informationen und Beratungsangebote für spezielle Anliegen (z.B. bei medizinischen Fragen) | 23 | 45 |
| Zusammenarbeit mit Ärzten | 19 | 49 |
| Begegnungsmöglichkeiten für Pflegeheimbewohner mit Menschen von außerhalb, z.B. mit Vereinen | 19 | 33 |
| Wie auf die individuellen Bedürfnisse der Heimbewohner eingegangen wird | 17 | 62 |
| Zuständigkeit der Ansprechpersonen im Heim, wer wofür zuständig ist | 15 | 49 |
| Austausch zwischen Pflegekräften und Angehörigen | 13 | 46 |
| Einbeziehung von Angehörigen und Freunden in das Leben innerhalb der Einrichtung | 13 | 41 |

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Besucher von An- und Zugehörigen im Pflegeheim
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 8217 (2020)

© IFD-Allensbach

Abbildung 18: Verbesserungsbedarf in Abhängigkeit vom Personalmangel

Ergänzende Befunde aus einfaktoriellen Varianz- oder bivariaten Zusammenhangsanalysen zeigen, dass über verschiedene strukturelle Parameter von Pflegeeinrichtungen (Heimgröße, Träger), soziostrukturelle Merkmale der Besucher*innen (Schichtzugehörigkeit, Besuchshäufigkeit etc.) oder Merkmale der Bewohner*innen (Pflegegrad, Demenz, Alter, Wohndauer) hinweg sich stets Personalmangel als zentraler Einflussfaktor für die Wahrnehmung der benannten Verbesserungsbedarfe erweist.

...trotzdem empfehlen die meisten das Pflegeheim weiter

Dass das Gesamtfazit der meisten Besucher*innen – trotz der genannten Kritikpunkte – überwiegend positiv ausfällt, bestätigt der hohe Anteil derer, die das Pflegeheim, in dem ihr An-/Zugehöriger lebt, anderen weiterempfehlen würden (vgl. Abbildung 19): Fast drei Viertel aller Besucher*innen meinen, dass sie dies guten Gewissens tun würden, nur 8% würden das Pflegeheim explizit nicht weiterempfehlen – wobei hier sicherlich auch ein ‚psychologischer Bias‘ zu bedenken ist, der die einmal schon getroffene positive Entscheidung für ein Pflegeheim nicht so leicht als schlechte oder gar falsche Wahl eingestehen lässt. Dessen ungeachtet verweisen die genannten Kritikpunkte sowie vor allem auch der hier erneut erkennbare enge Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Personalsituation und dem Urteil über das Pflegeheim auf die Plausibilität dieses Befundes: So würden 92% der Besucher*innen von Pflegeheimen ohne Personalmangel dieses Pflegeheim guten Gewissens weiterempfehlen, aber nur 56% der Besucher*innen von Pflegeheimen, in denen häufig Personal fehlt.

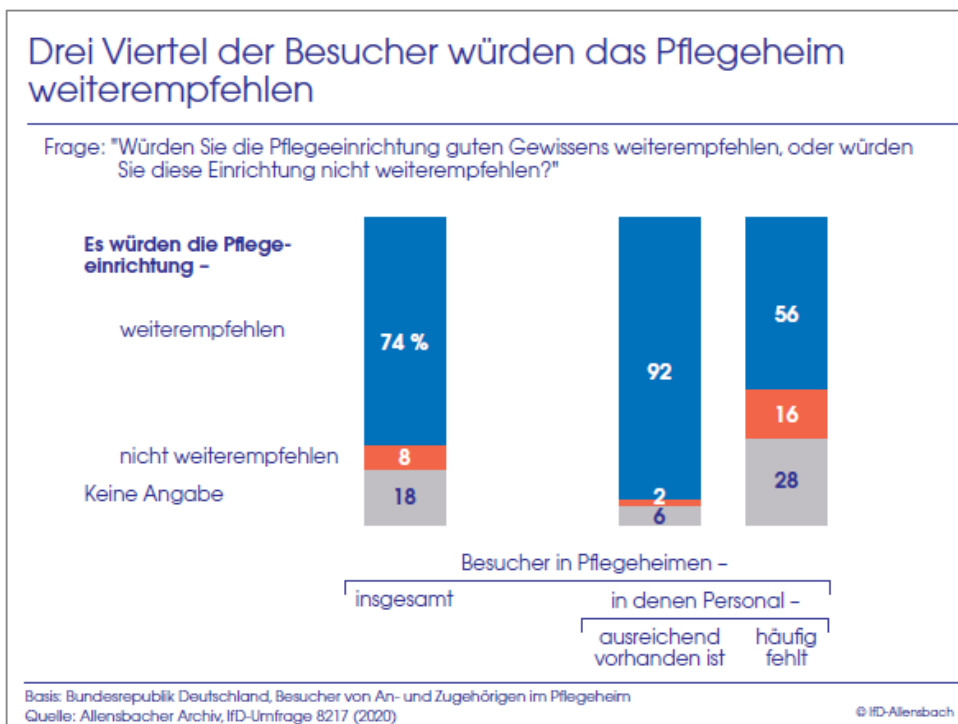


Abbildung 19: Empfehlung des Pflegeheims durch An-/Zugehörige

7.3 Repräsentative Befragung von Einrichtungsleitungen (AP3/3)

Als weitere relevante Personengruppe, die Auskunft über die Umsetzung von Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim geben kann, werden im Folgenden die Einrichtungsleitungen in den Blick genommen, die im Rahmen einer Onlinebefragung⁵⁸ eruiert wurde. Die Perspektive von Einrichtungsleitungen auf die Thematik ist eine wesentliche Ergänzung, da sie über die organisationale Seite der Praxis vor Ort Auskunft geben kann, sowohl hinsichtlich organisationskultureller als auch -struktureller Aspekte.

Zu den Kernaspekten ‚Selbstbestimmung‘ sowie ‚würdevolles Leben im Pflegeheim‘ des Projekts wurden den Einrichtungsleitungen verschiedene Fragen rund um die Alltagspraxis im Pflegeheim sowie zu strukturellen und kulturellen Merkmal ihrer Pflegeheimpraxis gestellt. Die zentralen Befunde werden in diesem Abschnitt skizziert.

7.3.1 Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen: Organisationale Spielräume

Relevant für die Selbstbestimmung von Pflegeheimbewohner*innen sind die organisationalen Gestaltungsmöglichkeiten, die ihnen gewährt werden. Daher wurde vor allem die Alltagsgestaltung der Pflegeheimbewohner*innen erfasst hinsichtlich der Frage, in welchen Bereichen und wie häufig die Bewohner*innen die Möglichkeit haben, ihr Leben in der Pflegeeinrichtung selbst zu gestalten – und zwar hier aus der Perspektive der für die Einrichtung als solche verantwortlichen Leitungen. Als Beispiele sind hierfür zu nennen: Aufstehen am Morgen, Körperpflege, Auswahl der Kleidung, Besorgungen, Zimmergestaltung, Spaziergehen im Garten, Besuchszeiten, Wahrnehmen von Angeboten u.a. Damit wurde der Grad an Selbstbestimmung, der den Bewohner*innen im Pflegeheimalltag von der Organisation eingeräumt wird, empirisch ausgeleuchtet. In Anbetracht dessen, dass Pflegeheimbewohner*innen mit demenzieller Erkrankung andere Voraussetzungen für Selbstbestimmung haben und folglich für sie andere Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, wurde mit einer separaten Antwortkategorie ermittelt, welche der vorgegebenen Optionen für Selbstbestimmung bei Bewohner*innen mit Demenz nur eingeschränkt möglich sind.

Auf Grundlage der Antworten der befragten Einrichtungsleitungen konnten drei übergeordnete Bereiche von Selbstbestimmungsmöglichkeiten ermittelt werden (vgl. dazu auch die Übersicht zu den univariaten Analyseergebnissen der in der Pflegeheimleiterbefragung erfassten Variablen im Anhang):

1. *Alltags-(Pflege-)Routinen* wie Aufstehen am Morgen, Körperpflege, Essenszeiten, Auswahl der Speisen und Getränke, Auswahl der Kleidung, Besorgungen und Einkäufe.
2. *Gestaltung von Raum und Freizeit* wie Zimmergestaltung, Radio hören und Fernsehen, eigenes Zimmer abschließen, Spaziergänge im Garten.
3. *Außenbezüge* wie Besuchszeiten von An-/Zugehörigen, Verwandten und Bekannten in der Pflegeeinrichtung, Besuch von Veranstaltungen und von Bekannten und

⁵⁸ Zur Stichprobe und methodischen Aspekte dieser Untersuchung vgl. Kapitel 2.3.3 in diesem Ergebnisbericht und Übersichten im Anhang.

Verwandten außerhalb der Pflegeeinrichtung, sowie Wahrnehmen von außerhäusigen therapeutischen Angeboten (z.B. Tier-, Ergo- oder Physiotherapie, kognitives Training).

In allen drei Bereichen werden laut Auskunft der Einrichtungsleiter*innen häufig oder immer Selbstbestimmungsmöglichkeiten gewährleistet. Etwas häufiger können Bewohner*innen die Gestaltung von Freizeit und Raum selbst bestimmen, aber die Unterschiede sind nur geringfügig (vgl. Abbildung 20). Damit zeigt sich, dass Pflegeheimbewohner*innen aus Sicht der Einrichtungsleitungen ihr Leben in den Pflegeeinrichtungen weitgehend selbst bestimmen und selbst gestalten können.⁵⁹

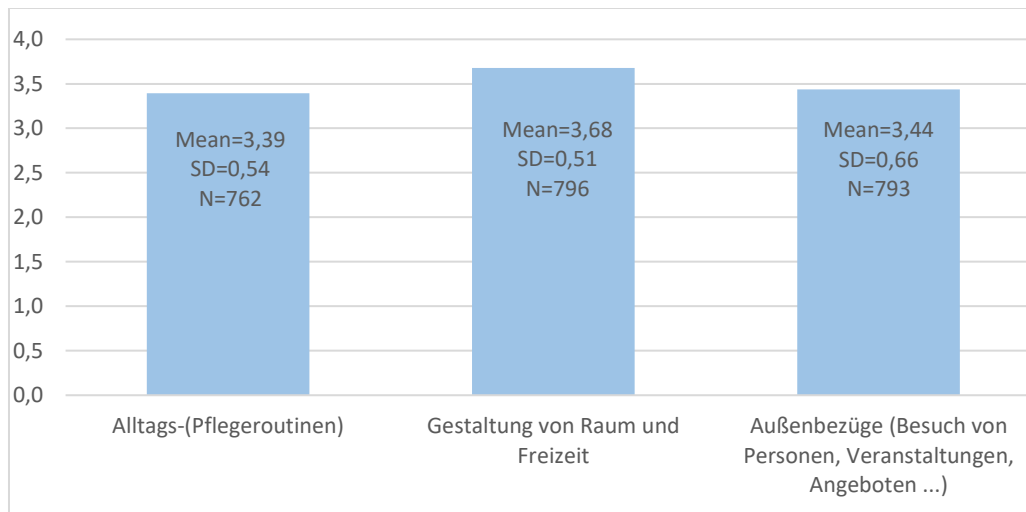


Abbildung 20: Dimensionen der Selbstbestimmung der Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen)

Anmerkungen: Skalierung von 0 bis 4 (nie bis immer), 5-Stufige Skala, Itemintensität aufsteigend.

⁵⁹ Interessant erscheint hier der Befund aus der Befragung von An-/Zugehörigen, die die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen etwas differenzierter skizzieren: Hier sind es vor allem direkt bewohnerbezogene Aspekte, die selbstbestimmt gestaltet werden können – wobei aus deren Perspektive gilt: Je mehr in die Heimabläufe regulatorisch eingegriffen wird, umso weniger Gestaltungsspielraum wird hier für die Bewohner*innen wahrgenommen (vgl. Kapitel 7.2.3).

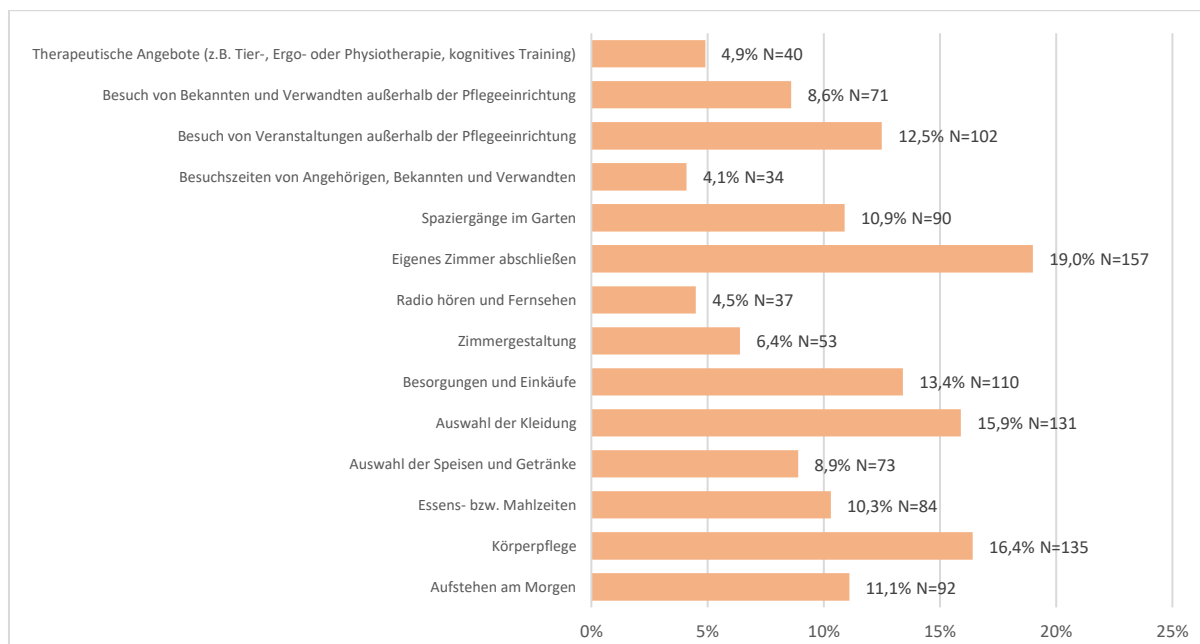


Abbildung 21: Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen: Analyse der Antwortkategorie „eingeschränkt bei Bewohnern mit Demenz möglich“

Für Bewohner*innen mit Demenz ergab sich hingegen ein differenzierteres Bild (vgl. Abbildung 21): In Bereichen des Persönlichen wie Körperpflege, Auswahl der Kleidung oder eigenes Zimmer abschließen, aber auch in den Außenbezügen wie Besorgungen und Einkäufe, Besuch von Veranstaltungen außerhalb der Pflegeeinrichtung oder Spaziergänge im Garten ist die Selbstbestimmung für die Bewohner*innen mit demenzieller Einschränkung im Vergleich zu den anderen Bewohner*innen teils nur eingeschränkt möglich.⁶⁰ Bei Menschen mit demenzieller Veränderung wird im Pflegeheimalltag demnach darauf geachtet, auch für sie Selbstbestimmung soweit wie möglich zu gewährleisten, was jedoch nur mit Einschränkungen möglich ist.⁶¹

7.3.2 Unterstützung durch An-/Zugehörige im Pflegeheimalltag

Neben den Freiräumen, die durch die Organisation gewährt werden, sind auch Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen relevant für die Frage nach Möglichkeiten von Selbstbestimmung. An-/Zugehörige können durch ihre Hilfe entscheidend dazu beitragen, dass der*die Bewohner*in die ihm*ihr zur Verfügung gestellten Gestaltungsmöglichkeiten auch nutzen und darüber Selbstbestimmung erfahren kann. Insofern wurden die Einrichtungsleitungen gefragt, inwiefern An-/Zugehörige sich bei der Betreuung des*r Bewohner*in einbringen. Auch

⁶⁰ Wobei in dieser Analyse das andere Antwortformat in Rechnung zu stellen ist. Die Angaben der Befragten bei der halboffenen Frage zu Sonstiges (N=87; Mean = 3,38; SD = 1,212) mit einem Eingabefeld für eigenen Einträge sind zu übergeordneten Kategorien codiert bzw. zusammengefasst worden mit folgenden Ergebnissen: Unklar (N=9), Sonstiges (N=12), abhängig von geistiger Verfassung (N=5), hohe Selbstbestimmung (N=5), pandemiebeschränkte Einschränkungen (N=8), Teilnahme an externen Veranstaltungen (N=4), Teilnahme an internen Veranstaltungen (N=8), Körperpflege/Arztbesuch (N=6), Religionsausübung (N=3).

⁶¹ Hier deckt sich die Auskunft der Einrichtungsleitungen mit der Wahrnehmung der An-/Zugehörigen (vgl. Kapitel 7.2.3).

hier wurde nach Alltags- und Pflegeroutinen, Gestaltung von Freizeit und Raum (z.B. Unterstützung bei der Bedienung von Kommunikationsmedien), Begleitungen im Pflegeheim und den Außenbezügen der Pflegeheimbewohner*innen (Besuch von Personen, Veranstaltungen und Angeboten, Besorgungen) unterschieden. Mit Blick auf die Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen lassen sich diese im Wesentlichen zwei zentralen Bereichen zuordnen:

1. *Unterstützungsleistungen im Bereich der Pflege und Begleitung der Bewohner*innen im Pflegeheim* wie Unterstützung und Mithilfe beim Essen, bei der Körperpflege (waschen, eincremen, duschen), beim Anziehen, beim Frisieren, bei der Teilnahme von Freizeitangeboten in der Pflegeeinrichtung (Sportprogramm, Vorträge, Singgruppe), bei der Teilnahme von medizinisch-therapeutischen Angeboten (Krankengymnastik, kognitives Training).
2. *Unterstützungsleistungen in den Bereichen Besorgungen und soziale Betreuung im Pflegeheim und außerhalb* wie Unterstützung und Mithilfe beim Einkauf der Kleidung oder Pflegeartikel, bei der Nutzung von Informations- und Kommunikationsgeräten (telefonieren, fernsehen), bei Besuchen außerhalb der Pflegeeinrichtung (Besuch von Bekannten und Verwandten, Arztbesuch).

Die Befunde zu den Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen in diesen Bereichen ergeben über alle befragten Pflegeheimleitungen hinweg ein differenziertes Bild (vgl. Abbildung 22): Zunächst fällt auf, dass die Häufigkeitsangaben der Befragten im Niveau niedriger ausfallen als in der Analyse der Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Pflegeheimbewohner*innen, d.h. ein Engagement von An-/Zugehörigen ist seltener bzw. nur manchmal Teil des Pflegeheimalltags. Wenn Unterstützungsleistung der An-/Zugehörigen angegeben werden, dann vor allem bei Besorgungen und sozialer Betreuung im Pflegeheim und außerhalb (manchmal bzw. oft), selten aber bei der Pflege und Begleitung der Bewohner*innen in der Einrichtung. Hier ist anzumerken, dass es eine Frage der Auslegung ist, ob eine Tätigkeit zur Pflege im engeren Sinn gehört – hier engagieren sich An-/Zugehörige (allein schon aus rechtlichen Gründen) selten bzw. gar nicht – oder ob sie in den Bereich der ‚sozialen Betreuung‘ gehört.⁶²

Auf der Ebene von Zusammenhangsanalysen sind die von der Organisation gewährten Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen zwar unabhängig von Unterstützungsleistungen durch die An-/Zugehörigen – d.h. der Freiraum für Bewohner*innen wird unabhängig davon gewährt, ob An-/Zugehörige verfügbar sind, die den*die Bewohner*in bei einer Tätigkeit unterstützen. Naheliegend ist aber, dass die faktische Nutzung von Spielräumen, die auch vom gesundheitlichen Zustand des*r Bewohner*in oder von Kapazitäten des Personals abhängt, in der konkreten Praxis vor Ort von der Unterstützung durch An-/Zugehörige nicht ganz losgelöst zu betrachten ist.

⁶² So geben in der An-/Zugehörigenbefragung vor allem die Lebenspartner*innen der Bewohner*innen an, dass sie manchmal auch in pflegerischen bzw. ‚pflege-nahen‘ Aspekten unterstützen, konkret beim Essen, Waschen und Ankleiden helfen (vgl. Kapitel 7.2.4). Hier handelt es sich aber um Tätigkeiten mit pflegerisch-sozialer Doppelbedeutung, die sowohl unter einem pflegerischen als auch unter einem privatheitlich-intimen Aspekten betrachtet und bewertet werden können.

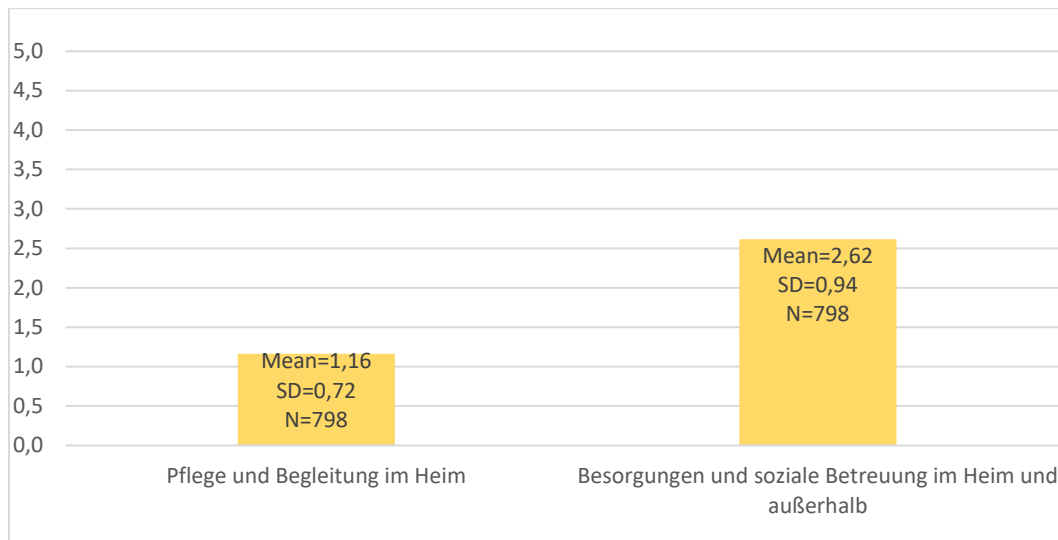


Abbildung 22: Dimensionen der Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen in Pflegeeinrichtungen (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen)

Anmerkungen: Skalierung von 0 bis 5 (nie bis immer), 6-Stufige Skala, Itemintensität aufsteigend.

7.3.3 Kommunikationsstrategien als Ausdruck würdevoller Interaktion zwischen Pflegepersonal und Bewohner*innen

Zur Umsetzung von Selbstbestimmung gehören auch würdevolle Interaktionen zwischen dem Personal und den Pflegeheimbewohner*innen. Würde kommt in Pflegeeinrichtungen insbesondere in der Kommunikation und in den Verhaltensweisen des Personals gegenüber den Pflegeheimbewohner*innen zum Ausdruck (vgl. Handlungs- und Situationswürde). Eine würdevolle Interaktion trägt dazu bei, dass der*die Pflegeheimbewohner*in sich wertgeschätzt fühlt und Selbstbestimmung als konkrete, im Alltag gegebene Möglichkeit der Gestaltung des eigenen Lebens im Pflegeheim erfahren kann. Um würdevolles Verhalten gegenüber Pflegeheimbewohner*innen in selbstbestimmungsrelevanten Aspekten auf der Einstellungsebene⁶³ adäquat erfassen zu können, wurden die Einrichtungenleitungen dazu gefragt, wie im Pflegeheim darauf reagiert wird, wenn ein*e Pflegeheimbewohner*in ein von der Organisation vorgelegtes Angebot ablehnt, obwohl es ihm*ihr – aus professioneller Sicht – guttun würde. Die Antworten lassen sich in einem anschließenden Analyseschritt in drei Kommunikationsstrategien (latente Konstrukte) sortieren:

1. *Motivation steigern und überzeugen*: versuchen, den*die Pflegeheimbewohner*in zu motivieren, doch an dem Angebot teilzunehmen; dem*r Pflegeheimbewohner*in sagen, dass er mit anderen Pflegeheimbewohner*innen und Personen dabei in Kontakt und ins Gespräch kommt; versuchen, den*die Pflegeheimbewohner*in mit Sachargumenten von der Teilnahme zu überzeugen; erklären, dass das Angebot dem*r Pflegeheimbewohner*in guttun wird und förderlich ist; den Spaß an dem Angebot

⁶³ Das standardisierte Instrument hat zu dieser Thematik in erster Linie Einstellungen abgefragt, wohingegen in den qualitativen Fallstudien die konkrete Praxis vor Ort in den Blick genommen wurde.

hervorheben; vermitteln, dass das Angebot das Interesse des*r Pflegeheimbewohner*in wecken wird.

2. *Normativen Druck aufbauen*: den*die Pflegeheimbewohner*in ermahnen, daran teilzunehmen; darauf verweisen, dass alle Pflegeheimbewohner*innen daran teilnehmen; sagen, dass seine*ihre An-/Zugehörigen möchten, dass er*sie teilnimmt; betonen, dass das Pflegepersonal es gutheißen würde, wenn er*sie teilnimmt.
3. *Verständnisvolle, dialogorientierte Perspektive*: nachfragen und versuchen zu verstehen, warum der*die Pflegeheimbewohner*in das Angebot nicht besuchen möchte; nicht weiter nachfragen und es dabei belassen, dass er*sie nicht teilnehmen möchte; mit dem*r Pflegeheimbewohner*in darüber sprechen, warum er*sie nicht teilnehmen möchte.

Die Befunde zeigen über alle Einrichtungen hinweg, dass in solchen exemplarisch schwierigen Gesprächssituationen die Strategie „verständnisvolle, dialogorientierte Perspektive“ in den Pflegeeinrichtungen am häufigsten praktiziert wird, die Strategie „Motivation steigern und überzeugen“ vergleichsweise hingegen etwas weniger häufig und die Strategie „normativen Druck ausüben“ deutlich seltener (vgl. Abbildung 23).

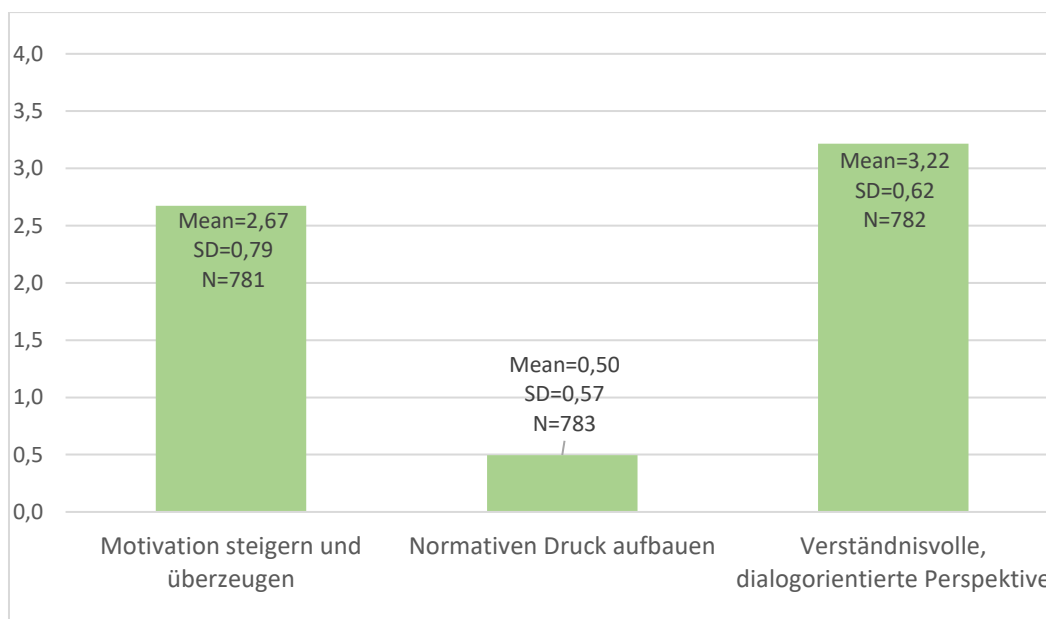


Abbildung 23: Kommunikationsstrategien im Umgang mit Pflegeheimbewohner*innen in schwierigen Situationen (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen)

Anmerkungen: Skalierung von 0 bis 4 (trifft überhaupt nicht zu bis trifft voll und ganz zu), 5-Stufige Skala, Itemintensität aufsteigend

Fragt man nach einem Zusammenhang zwischen den Selbstbestimmungsmöglichkeiten, die das Pflegeheim den Bewohner*innen eröffnet und den Kommunikationsstrategien des Pflegeheimpersonals in schwierigen Situationen, so zeigt sich, dass die Strategie „normativen Druck ausüben“ signifikant negativ mit allen Bereichen für Selbstbestimmung im Pflegeheim zusammenhängt, d.h. herrscht in Einrichtungen vorrangig die o.g. Kommunikationsstrategie vor, werden auch deutlich seltener verschiedene Selbstbestimmungsmöglichkeiten für Bewohner*innen angegeben. Demgegenüber steht die Strategie der „verständnisvollen, dialogorientierten

Perspektive“ in einem signifikant positiven Zusammenhang mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten, d.h. je mehr verständnisvolle Kommunikation vorherrscht, desto eher geben die Einrichtungsleiter*innen auch verschiedene Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen an. Das bedeutet, Würde – hier festgemacht an ‚würdevoller‘ Kommunikation, basierend auf Dialog und Verständnis – und Selbstbestimmung stehen in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander, auch wenn über die kausale Wirkrichtung damit noch nichts ausgesagt werden kann.

Daraus lässt sich als empirisch plausibilisierbare Annahme folgern, dass eine dahinterliegende Haltung, die als Teil einer Organisationskultur zu verstehen ist, sowohl ein anerkennendes, wertschätzendes Kommunikationsverhalten als auch Freiheitsräume der Bewohner*innen im Pflegeheimalltag befördert. Pflegeheime mit einer bewohnerzentrierten Organisationskultur zeichnen sich durch bewohnerorientiertes Kommunikations- und Interaktionsverhalten aus, das die Bedürfnisse des*r Bewohner*in vor etwaigen strukturellen oder abstrakt professionellen Überlegungen und Zwängen ins Zentrum stellt. Zudem drückt sich eine solche Bewohnerorientierung darin aus, dass möglichst viele Spielräume bei der Alltagsgestaltung nach den jeweiligen Bewohnerbedürfnissen vorhanden sind.

7.3.4 Bivariate und multiple Analysen zum Zusammenhang von Selbstbestimmungsmöglichkeiten, Unterstützung von An-/Zugehörigen und Kommunikation in schwierigen Situationen mit Einrichtungsmerkmalen

Um Unterschiede in den ermittelten Ergebnissen in Bezug auf weitere Merkmale der befragten Einrichtungen festzustellen, sind einerseits bivariate Zusammenhangsanalysen und Varianzanalysen mit einem oder mehreren Erklärungsfaktoren berechnet wurden. Daraus wurde eine Schnittmenge der für die Erklärung der zentralen Konstrukte relevanten Faktoren gebildet. Deren Einflüsse wurden im Weiteren in einer multiplen Analyse (lineare Regression) simultan untersucht. Als Erklärungsvariablen wurden dafür ausgewählt (vgl. Tabelle 5):

Tabelle 5: Übersicht Erklärungsvariablen

| | |
|--|---|
| Schwerpunktsetzungen im Pflegeheim bzgl. Alltagsgestaltung: | <i>Primat der Fachlichkeit</i> (Kompetenzen der Pflegefachkräfte und die Qualität von Pflege stehen im Vordergrund) oder <i>Primat der Organisation</i> im Verhältnis zum*r Bewohner*in (Orientierung an standardisierten und organisationalen Abläufen und Routinen). Ergänzend: Das Primat der Fachlichkeit kovariiert mit der Biografiearbeit im Pflegeheim (Bewohnerorientierung), das Primat der Organisation kovariiert hingegen mit der Erwartung, dass sich Bewohner*innen den Regeln der Organisation anpassen (Assimilation). |
| Orientierungen in der Pflegepraxis: | <i>Kontinuität in der Lebensführung</i> der Bewohner*innen (Orientierung an der Biografie) oder <i>Assimilation</i> bzw. Anpassung der Bewohner*innen an das Haus als Ausrichtung der Pflegepraxis |
| verschiedene Dimensionen der Beschreibung von Pflegeeinrichtungen: | Wahrung der <i>Selbstständigkeit und Individualität</i> der Pflegeheimbewohner*innen (Bedürfnisorientierung); <i>Offenheit</i> der Einrichtung/Interdisziplinarität und Willkommenskultur (fachlich gemischte Teams, Einbinden von Ehrenamtlichen und An-/Zugehörigen); <i>Primat der Pflege</i> (Versorgung kommt vor sozialer Begleitung); <i>Gemeinschaft und Integration</i> der Pflegeheimbewohner*innen (kleine Gruppen, Einbinden der Bewohner*innen in Alltagstätigkeiten) |
| Konfliktfelder: | verschiedene Formen von <i>Konflikten</i> in Pflegeheimen: bzgl. des Pflege- und Betreuungspersonals und der Pflege im Allgemeinen, bzgl. der |

| | |
|---|--|
| | individuellen Alltagsgestaltung und Rolle externer Personen, bzgl. der Fragen der großen Pflegeheim-Ethik, bzgl. der medizinischen und therapeutischen Versorgung der Pflegeheimbewohner*innen, bzgl. der Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Pflegeheimbewohner*innen, bzgl. der Grundversorgung der Pflegeheimbewohner*innen im Alltag, bzgl. des Verhaltens und der Erwartungen der Pflegeheimbewohner*innen. |
| Indikatoren der Organisationskultur und -kommunikation: | <i>Kultur der Mitsprache</i> bezogen auf das Personal, die Bewohner*innen und die An-/Zugehörigen, <i>Anzahl der Ansprechpartner</i> für Mitarbeiter*innen (bei ethischen Dilemmata und Belastungssituationen im Pflegealltag), <i>sozialräumliche Einbettung</i> (Anzahl der Kooperationsbeziehungen mit externen Akteur*innen, der Formen von Kooperationsbeziehungen und der Begegnungsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb des Pflegeheims) |
| Weitere Merkmale der Pflegeheime: | <i>Leitbild</i> mit starker Betonung der Versorgungsaufgabe (Verantwortung, Sicherheit, Versorgung) oder mit starkem Selbstbestimmungsbezug (Individualität, Selbständigkeit, Selbstbestimmung), <i>Migrationshintergrund</i> des Personals, <i>Affinität für Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen</i> (Wichtigkeit von Palliative Care, gerontopsychiatrische Pflege, Pain Nurse) |
| Strukturparameter von Pflegeeinrichtungen: | <i>Träger</i> , <i>Region</i> (Nord, Süd, West, Ost), <i>Größe der Kommune</i> nach Einwohnern, Wohnbereiche bzw. <i>Wohnbereichskonzepte</i> , Anzahl Pflegeplätze; Anzahl der Pflegefach- und -hilfskräfte in Voll- und Teilzeit |
| Soziale Merkmale der Pflegeheimbewohner*innen: | Anzahl insgesamt, davon Anzahl nach Geschlecht, Altersgruppen, Pflegegrade |
| Beeinträchtigungen der Pflegeheimbewohner*innen: | <i>Körperlich</i> immobil, eingeschränkt, <i>kognitiv</i> eingeschränkt, schwerstpflegebedürftig |

Die Ergebnisse werden im Folgenden bezogen auf Selbstbestimmungsmöglichkeiten, Unterstützungsleistungen durch An-/Zugehörige und Kommunikationsstrategien zusammengefasst.

(1) Selbstbestimmungsmöglichkeiten für Bewohner*innen in Abhängigkeit von Einrichtungsmerkmalen

Die bivariaten Korrelationsanalysen haben ergeben, dass – unabhängig von konkreten Organisationsmerkmalen – die verschiedenen Bereiche von Selbstbestimmungsmöglichkeiten im Pflegeheim (Alltags-(Pflege)Routinen, die Gestaltung von Raum und Freizeit und der Außenbezüge) im Wesentlichen zusammen einhergehen. Lediglich die Gestaltung der Außenbezüge kovariiert geringfügig etwas schwächer mit den anderen Bereichen. Das bedeutet, wo immer das eine für Pflegeheimbewohner*innen ermöglicht wird, wird auch das andere gewährt (vgl. Ergebnisübersicht im Anhang). Dieses Bild differenziert sich, wenn man die Pflegeheime nach verschiedenen Merkmalen, den o.g. Erklärungsvariablen, unterscheidet.

Handlungsorientierung und Leitbild: Steht die *Fachlichkeit* im Zentrum (festgemacht an Aussagen wie „Die Qualität unseres Pflegeheims drückt sich in erster Linie in hervorragender pflegerischer Versorgung aus“), wird den Bewohner*innen mehr Freiraum zur eigenen Gestaltung des Lebens im Pflegeheim gewährt, als wenn das Primat auf der *Organisation* und damit den Pflegeheimabläufen liegt (festgemacht z.B. an Aussagen wie „Vieles, was sich die Bewohner wünschen, ist mit unseren Qualitätsstandards und Arbeitsroutinen nicht vereinbar“). Letzteres geht mit eher begrenzten Gestaltungsspielräumen und der Erwartung einher, dass

sich die Bewohner*innen den Regeln anpassen, nicht umgekehrt. Dem entsprechend findet sich auch ein Zusammenhang zwischen dem *Primat der Pflege* (festgemacht an Aussagen wie „Pflegeheime sind in erster Linie für gute pflegerische Versorgung der Bewohner zuständig, die soziale Begleitung kommt erst an zweiter Stelle“) und einem vergleichsweise geringeren Ausmaß an Selbstbestimmungsmöglichkeiten in allen Bereichen.

Ein weiteres Organisationsmerkmal, das mit der o.g. Fachlichkeit als organisationale Schwerpunktsetzung eng verbunden ist, weist einen signifikanten Zusammenhang mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten auf: die Ausrichtung der Pflegepraxis an der *Kontinuität in der Lebensführung* (Biografiebezug) und eine dadurch ausgedrückte *Bewohnerorientierung* in der Pflegeheimpraxis. Steht der*die individuelle Bewohner*in im Fokus der Pflege (bewohnerzentrierte Pflege), wird diesem*r mehr Spielraum gewährt, weil hier individuelle Bedürfnisse und Präferenzen zu entscheidenden Handlungsorientierungen gemacht werden – ggf. auf Kosten standardisierter Abläufe und fester Strukturen.

Analog dazu spiegeln sich die *Leitbilder* der Pflegeheime als Erklärungsvariable für Selbstbestimmungsmöglichkeiten in der Praxis wieder: Pflegeheime mit einem Leitbild mit starkem Selbstbestimmungsbezug („Selbstbestimmung“, „Selbstständigkeit“, „Individualität“) weisen – nach Auskunft der Leitungspersonen – in allen Bereichen für Selbstbestimmung hohe Werte auf, wohingegen bei Einrichtungen mit einem Leitbild mit starker Betonung der Versorgungsaufgabe („Verantwortung“, „Sicherheit“, „Versorgung“) nur Selbstbestimmungsmöglichkeiten in Alltags-(Pflege)Routinen und der Gestaltung der Außenbezüge angegeben werden. Unabhängig von anderen Organisationsmerkmalen wirkt sich das Leitbild, das die Versorgungsaufgabe ins Zentrum stellt, in einem leicht eingeschränkten Selbstbestimmungsradius aus, weil hier nicht der*die einzelne Bewohner*in und seine*ihre Wünsche in den Blick genommen werden, sondern die Balance aus Freiräumen und Fürsorge, die mitunter auch zu Einschränkungen der Selbstbestimmung in manchen Bereichen führen kann.

Innen-Außen-Beziehungen: Ebenfalls positiv auf die Selbstbestimmungsmöglichkeiten wirken sich die *Offenheit* des Pflegeheimes (festgemacht an Interdisziplinarität und Willkommenskultur), die *Einbettung der Einrichtung im Sozialraum*, dabei v.a. die *Kooperationsbeziehungen* zu externen Versorgungsakteuren und die Betonung von *Gemeinschaft und Integration* im Pflegeheim aus. Je mehr ein Pflegeheim sich als Lebenswelt versteht, die nach innen auf Gemeinschaft und Integration der Bewohner*innen die Tagesabläufe abstellt, in der sich die Bewohner*innen wohlfühlen und mit ihren Belangen Gehör finden sollen, die zugleich aber auch lebendige Beziehungen zur Außenwelt unterhält, weil diese Lebenswelt Pflegeheim als offenes Gebilde verstanden wird (bspw. durch Einbindung von Ehrenamtlichen und An-/Zugehörigen), umso mehr haben die Bewohner*innen hier Entfaltungsmöglichkeiten – nach innen und nach außen. So bilden bspw. Begegnungsangebote inner- und außerhalb des Pflegeheims die nötigen Rahmenbedingungen für die Selbstbestimmung des*r Bewohner*in im Bereich Raum und Freizeit oder Gestaltung der Außenbezüge. Auch die Einbindung von Ehrenamtlichen und An-/Zugehörigen in die Pflegeheimabläufe kann den Bewohner*innen Gestaltungsspielräume, die ihnen organisational zugestanden werden, zu deren Inanspruchnahme sie aber ggf. Unterstützung benötigen, erst faktisch als erfahrbare Möglichkeiten zur Selbstbestimmung eröffnen.

Unter dem Aspekt der Offenheit ist auch die *Wohnstruktur* eines Pflegeheims zu nennen: So hängt bspw. ein integratives Wohnbereichskonzept (vgl. Wert von Gemeinschaft und Integration) positiv mit Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen zusammen, weil beides wiederum Offenheit und lebensweltliche Orientierung des Pflegeheims widerspiegelt – im Vergleich zu segregativen Wohnbereichskonzepten, die das Primat auf professionelle Versorgung und weniger auf lebensweltliche Integration legen, und damit weniger strukturelle Rahmenbedingungen für Freiräume der Bewohner*innen anlegen.

Organisationskultur und -kommunikation: Auch Formen der *Organisationskultur und -kommunikation* (Mitsprachemöglichkeiten der Bewohner*innen, Ansprechpartner*innen des Personals bei ethisch schwierigen Situationen) sowie die *Fortbildungsorientierung* eines Pflegeheims hängen positiv mit Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen zusammen. Hier lässt sich ebenfalls eine dahinterliegende Haltung vermuten, die das Pflegeheim als Lebenswelt, die qualitativ gute Versorgung sicherstellen soll, aber auch die für ein sich-zuhause-Fühlen relevanten Freiräume als wichtig erachtet. Eine solche Idee des Pflegeheims als Lebenswelt drückt sich zum einen in einer offenen, kommunikativen und einer an Weiterentwicklung (Fortbildungen) orientierten Organisationskultur und zum anderen in Gestaltungsspielräumen für die Bewohner*innen in ihrer Alltagserfahrung aus.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es eine Frage der *organisationalen Ausrichtung* des Pflegeheims ist, ob die Bewohner*innen sich eher an den Routinen, Standards und festgelegten Abläufen orientieren müssen oder ob es innerhalb der organisatorischen Abläufe Spielraum für individuelle Bedürfnisse gibt, auf die ggf. die eigenen Routinen und internen Strukturen flexibel reagieren müssen. Die Orientierung an Fachlichkeit, die der bewohnerorientierten Einschätzung des Personals, was gut und wichtig für den*die Bewohner*in ist, Bedeutung beimisst, eine gewisse Offenheit des Pflegeheims nach innen und nach außen, die Betonung von Integration sowie eine alle umfassende kommunikative Organisationskultur gehen mit signifikant mehr Selbstbestimmungsmöglichkeiten für Bewohner*innen einher. In solchen Pflegeheimen findet sich eine in verschiedenen Aspekten zum Ausdruck kommende Bewohnerorientierung, die ihre Praxis mehr an den Bewohnerwünschen und -bedürfnissen orientiert, als an Strukturen und festen Abläufen. Die verschiedenen Aspekte zusammengenommen, scheinen Einrichtungen, die sich stark an der Idee des Pflegeheims als Lebenswelt orientieren – sowohl auf der Ebene des Leitbildes als auch der Alltagsgestaltung für die Bewohner*innen, aber auch für das Personal –, umfassendere Selbstbestimmungsmöglichkeiten für die Pflegeheimbewohner*innen anzubieten. Dem gegenüber stehen Pflegeheime, die stärker an ihrer Funktion als Versorgungseinrichtung orientiert sind, den Routinen, Standards und Strukturen im Pflegeheim mehr Bedeutung bei der Alltagsgestaltung beimessen und daher den Bewohner*innen relativ gesehen weniger Gestaltungsspielraum einräumen. Eine Rolle spielen hier aber auch Sicherheits- und Fürsorgeaspekte des Personals, die sich auf den Gestaltungsspielraum der Bewohner*innen auswirken können – dies muss in der Praxis nicht im Widerspruch zu Selbstbestimmung stehen, verdeutlicht aber die teilweise herausfordernde Balance aus Freiheit und Fürsorge (vgl. Kapitel 7.1.2).

Der letzte Punkt zeigt sich – wenig überraschend – auch, wenn man den Gesundheitszustand der Bewohner*innen als Erklärungsvariable in den Blick nimmt: Quer zu den Befunden zu den

kulturellen und strukturellen Organisationsmerkmalen finden sich hier Hinweise darauf, dass der Anteil der Hochaltrigen und körperlich Immobilen in einer Einrichtung im Niveau einen Einfluss auf die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Pflegeheimbewohner*innen insgesamt im Bereich der Alltags-(Pflege)Routinen ausübt: Je mehr Personen mit hohem Alter und Beeinträchtigungen in einer Einrichtung sind, desto weniger Selbstbestimmung wird in diesem Bereich gewährt. Dies lässt sich mit dem Versorgungs- und Fürsorgeauftrag des Pflegeheims erklären, der die Balance aus Freiheiten und Handlungsmöglichkeiten abwägen muss.

Im Folgenden werden überblicksartig die wesentlichen Erklärungsfaktoren für die einzelnen Dimensionen von Selbstbestimmung der Pflegeheimbewohner*innen aufgezeigt, die sich aus Regressionsanalysen ergeben haben (vgl. Tabelle 6).⁶⁴

Tabelle 6: Übersicht Erklärungsfaktoren für Selbstbestimmungsmöglichkeiten

| Selbstbestimmung der Pflegeheimbewohner*innen ... | Signifikant positive Effekte | Signifikant negative Effekte |
|---|--|---|
| ... ihrer Alltags-(Pflege)Routinen | <ul style="list-style-type: none"> - Integrativer Wohnbereich (in Vergleich zu segregatives Wohnbereichskonzept) - Primat der Fachlichkeit - Kontinuität in der Lebensführung (Biografiebezug) im Pflegeheim - Gemeinschaftsorientierung und Sozialintegration im Pflegeheim - Kultur der Mitsprache | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Organisation - Konflikte bzgl. Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten - Primat der Pflege |
| ... ihres persönlichen Raumes und ihrer Freizeit | <ul style="list-style-type: none"> - Integrative und teil-segregative Wohnbereiche (im Vergleich zum segregativen Konzept) - Primat der Fachlichkeit - Kontinuität in der Lebensführung (Biografiebezug) im Pflegeheim - Konflikte mit dem Pflege- und Betreuungspersonal und der Pflege im Allgemeinen - Sozialraumeinbettung: Begegnungsangebote inner- und außerhalb des Pflegeheims | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Organisation - Konflikte bzgl. Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten |
| ... ihrer Außenbezüge (Besuch von Personen, Veranstaltungen, Angeboten) | <ul style="list-style-type: none"> - Integrativer Wohnbereich (im Vergleich zum segregativen Wohnbereichskonzept) - Primat der Fachlichkeit - Konflikte mit dem Pflege- und Betreuungspersonal und der Pflege im Allgemeinen - Offenheit der Einrichtung: Interdisziplinarität und Willkommenskultur | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Organisation |

⁶⁴ Die Ergebnisse aus den Regressionsanalysen stellen ‚Verdichtungen‘ der Ergebnisse aus den bisher skizzierten Zusammenhangsanalysen dar.

(2) Unterstützungsleistungen durch An-/Zugehörige in Abhängigkeit von Einrichtungsmerkmalen

Beide Bereiche, in denen An-/Zugehörige in Pflegeeinrichtungen unterstützend wirken – ‚Pflege und Begleitung im Pflegeheim‘ sowie ‚Besorgungen und soziale Betreuung im Pflegeheim und außerhalb‘ – gehen oftmals miteinander einher, d.h. wenn An-/Zugehörige unterstützen, dann in der Regel nicht nur in einem bestimmten Bereich. Ob und wo An-/Zugehörige allerdings mitwirken, hängt mit den Schwerpunktsetzungen von Pflegeheimen zusammen.

Handlungsorientierung und Leitbild: Herrscht bspw. das Primat der *Fachlichkeit* vor, liegt der Fokus eines Pflegeheims also auf der pflegerischen Kompetenz des Personals, geben die Pflegeheimleitungen tendenziell weniger Unterstützung durch An-/Zugehörige an als bei Pflegeheimen, deren Primat auf der *Organisation* liegt. Das kann daran liegen, dass An-/Zugehörige von Bewohnern in Pflegeheimen mit Fokus auf Fachlichkeit weniger Bedarf sehen, sich selbst in Pflege, Begleitung und Betreuung einzubringen (vgl. auch den jeweils negativen Zusammenhang zwischen Konflikten im Pflegeheim und dem Primat der Fachlichkeit auf der einen Seite und dem Engagement der An-/Zugehörigen auf der anderen Seite).

Wird bspw. im Pflegeheim hingegen viel Wert auf *Biografiebezug* gelegt, sind die An-/Zugehörigen stärker auch in Pflege und Begleitung eingebunden, da sich darüber die Kontinuität in der Lebensführung prozessieren lässt (vgl. pflegerisch-soziale Doppelbedeutung). Die sozialen Beziehungen, die sich mitunter auch in körperlicher, intimer Praxis ausdrücken und dabei wiederum den Bereich der Pflege tangieren können (bspw. Ankleiden, Waschen, Essen), sind hier ein wesentlicher Faktor bei der Gestaltung des Pflegeheims als Lebenswelt. Letzteres gilt ebenso für den zweiten Bereich der Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen, die Besorgungen und soziale Betreuung im Pflegeheim und außerhalb. Auch das *Leitbild* spielt hier eine Rolle: Leitungen von Pflegeheimen mit einem Leitbild, das eine starke Betonung der Versorgungsaufgabe aufweist, geben in geringerem Maße an, dass An-/Zugehörige bei Pflege, Begleitung und Betreuung unterstützen. Hier werden womöglich die ‚Zuständigkeiten‘ stärker auseinandergehalten als in Pflegeheimen mit einem Leitbild mit starkem Selbstbestimmungsbezug, wo ggf. Bewohner*innen eher selbst bestimmen, von wem man welche Form der Hilfe möchte.

Innen-Außen-Beziehungen: Mit diesen Unterscheidungen verbunden sind auch Merkmale der Innen-Außen-Orientierung des Pflegeheims. So spielt z.B. die *Offenheit* von Pflegeeinrichtungen (Interdisziplinarität und Willkommenskultur) mit jeweils einem sehr substantiellen Niveau eine Rolle, ob An-/Zugehörige Pflegeheimbewohner*innen unterstützen. Je offener ein Pflegeheim ausgerichtet ist, je desto mehr wird auch An-/Zugehörigen Raum gegeben, sich einzubringen bzw. wird dieser Raum auch von An-/Zugehörigen genutzt. Ähnliche Zusammenhänge finden sich ebenso bei der *Sozialraumeinbettung* von Einrichtungen, dem *Gemeinschaftssinn* und der *sozialen Integration* der Pflegeheimbewohner*innen: Wenn ein Pflegeheim an einer lebensweltlichen Gestaltung orientiert ist, bezogen auf das Innen-Außen-Verhältnis und die Erzeugung von Gemeinschaft und Teilhabe im Pflegeheim, sind An-/Zugehörige auch in die internen Pflegeheimabläufe stärker integriert. Andererseits ergeben sich zwar geringe, aber substantielle negative Zusammenhänge zwischen den angegebenen Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen und verschiedenen Formen von *Kooperations-*

beziehungen mit externen Akteur*innen (professionell und ehrenamtlich). Hier könnten zum einen Pflegeheime eine Versorgungsstruktur implementiert haben, in der für An-/Zugehörige wenig Raum für eigenes Engagement bleibt, zum anderen könnte auch von Seiten der An-/Zugehörigen die Haltung vorherrschen, dass die Versorgung des*r Bewohner*in durch das multiprofessionelle Setting ausreichend gegeben ist, sodass ihr persönliches Engagement nicht notwendig ist, weshalb sie sich weniger einbringen. Umgekehrt kann dieser Zusammenhang auch darauf verweisen, dass Pflegeheime, die wenig Erfahrung mit unterstützenden An-/Zugehörigen haben, umso eher auf Kooperationsbeziehungen mit Externen angewiesen sind, um Unterstützung im Pflegeheimalltag zu erhalten.

Strukturelle Merkmale des Pflegeheims: Von größerer Bedeutung für die Frage der Unterstützung durch An-/Zugehörige sind allerdings Merkmale der *Personalstruktur* der Pflegeheime und der *Bewohner*innen* selbst: Beide Bereiche von Unterstützungsleistungen werden vor allem angegeben, wenn die Pflegeheimbewohner*innen mehrheitlich über 80 Jahre alt sind, wenn sie mindestens Pflegegrad 3 haben und wenn es viele Pflegekräfte in Teilzeit gibt. Letzteres könnte mit wahrgenommener personeller Kontinuität und damit Versorgungssicherheit bei den An-/Zugehörigen zusammenhängen, die bei häufigerem Zuständigkeitswechsel bei Teilzeitbeschäftigten weniger gegeben sind. An-/Zugehörigenunterstützung bei Besorgungen und sozialer Betreuung innerhalb- und außerhalb des Pflegeheims wird außerdem vor allem von Einrichtungsleitungen angegeben, deren Bewohnerschaft überwiegend weiblich ist. Auch die *Trägerschaft* weist Zusammenhänge mit der angegebenen Unterstützung durch An-/Zugehörige auf: In kirchlichen Einrichtungen sind die An-/Zugehörigen im Allgemeinen mehr unterstützend tätig – nach Auskunft der Einrichtungsleitungen – als in privaten-gewerblichen. Außerdem finden sich hier *regionale* Unterschiede: Befragte aus den neuen Bundesländern geben im Vergleich zu denen aus den westlichen Bundesländern im Durchschnitt häufiger an, dass Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen in ihren Häusern in den Bereichen Besorgungen und soziale Betreuung im Pflegeheim und außerhalb stattfinden.

Zusammengefasst kann auch hier festgehalten werden, dass in Pflegeheimen mit einer starken Orientierung an einer lebensweltlichen Ausrichtung des Pflegeheims (inkl. Bewohnerzentrierung) An-/Zugehörige stärker eingebunden sind in die Alltagsgestaltung der Bewohner*innen. Je offener und bewohnerzentrierter ein Pflegeheim ist, desto mehr finden An-/Zugehörige hier Raum, sich einzubringen.⁶⁵ Das heißt, beide Seiten sind hier bedeutsam: Engagierte An-/Zugehörige einerseits, die sich einbringen wollen und das insbesondere dann tun, wenn das Verhältnis zum Pflegeheim gut ist (wobei das gute Verhältnis auch der Effekt des Engagements sein kann, das durch das Pflegeheimpersonal positiv aufgenommen und unterstützt wird) und organisationale Handlungs- bzw. Gestaltungsspielräume für An-/Zugehörige andererseits, die das Pflegeheim zur Verfügung stellt, sodass sie sich auch einbringen können. Insgesamt sind die Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen in Pflegeeinrichtungen aber nur teilweise mit organisationalen Merkmalen von Pflegeheimen verknüpft, maßgeblicher dafür

⁶⁵ Ähnliches zeigt sich auch in der An-/Zugehörigenbefragung (vgl. Kapitel 7.2.5): Je besser das Verhältnis zum Heim – gemessen an Kommunikationsprozessen und Konfliktwahrnehmung – umso engagierter zeigen sich die An-/Zugehörigen bei der Pflege und Betreuung.

sind vor allem die Personalstruktur im Pflegeheim und Merkmale der Pflegeheimbewohner*innen selbst.

In der folgenden Tabelle werden in einem Überblick die wesentlichen Erklärungsfaktoren skizziert, die die Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen begründen können (vgl. Tabelle 7, Resultat Regressionsanalysen).

Tabelle 7: Übersicht Erklärungsfaktoren für Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen

| Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen in den Bereichen ... | Signifikant positive Effekte | Signifikant negative Effekte |
|---|--|--|
| ... Pflege und Begleitung im Pflegeheim | <ul style="list-style-type: none"> - Konflikte in Bezug auf Fragen der großen Pflegeheimethik - Sozialraumeinbettung der Einrichtungen - Offenheit der Einrichtung: Interdisziplinarität und Willkommenskultur | |
| ... Besorgungen und soziale Betreuung innerhalb und außerhalb der Einrichtung | <ul style="list-style-type: none"> - Konflikte bzgl. der individuellen Alltagsgestaltung und Rolle externer Personen (An-/Zugehörige, Seelsorge, u.a.) - Anzahl der Pflegehilfskräfte in Teilzeit - Offenheit der Einrichtung: Interdisziplinarität und Willkommenskultur | <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Pflegeheimbewohner*innen bis 70 Jahre |

(3) Kommunikationsstrategien in schwierigen Situationen in Abhängigkeit von Einrichtungsmerkmalen

Die drei ermittelten Interaktionsformen bzw. -strategien in schwierigen Situationen mit Pflegeheimbewohner*innen werden unterschiedlich häufig genannt: Im Mittel haben die Befragten angegeben, dass auf sie die Strategie der „verständnisvollen, dialogorientierten Perspektive“ eher bis voll und ganz zutrifft, die Strategie „Motivation steigern und überzeugen“ teilweise bis eher und die Strategie „normativen Druck ausüben“ überhaupt nicht bis eher nicht. Eine differenziertere Betrachtung der Datenlage zeigen die folgenden Zusammenhänge mit Pflegeheimmerkmalen.⁶⁶

Die Strategie „**Motivation steigern und überzeugen**“ wird vor allem in den Pflegeheimen genannt, die sich im Pflegeheimalltag an der *Kontinuierung in der Lebensführung* von Bewohner*innen mit Biografiebezug orientieren. Hier wird darauf abgestellt, dass sich die Teilnahme

⁶⁶ Grundsätzlich zeigt sich, dass die Kommunikationsstrategien „Motivation steigern und überzeugen“ sowie „normativen Druck ausüben“ signifikant zusammenhängen, d.h. es kommen beide gleichzeitig in Heimen vor – genauso verhält es sich bei den Strategien „verständnisvolle, dialogorientierte Perspektive“ und „Motivation steigern und überzeugen“. Nicht zusammen angegeben wird hingegen „verständnisvolle, dialogorientierte Perspektive“ und „normativen Druck ausüben“. Im Folgenden geht es um statistische Zusammenhänge zwischen schwerpunktmäßig angegebener Kommunikationsstrategie und den zugrundeliegenden Merkmalen der Heime.

an Angeboten des Pflegeheims positiv auf die Wahrnehmung und Erfahrung des Pflegeheims als neues Zuhause auswirkt. Das Leben im Pflegeheim soll nicht durch Passivität und Desintegration gekennzeichnet sein. Dazu passt, dass Pflegeheime mit vorrangig dieser Strategie einen relativ hohen Stellenwert von *Gemeinschaft und Integration* der Pflegeheimbewohner*innen aufweisen. Außerdem sind solche Pflegeheime eher durch ein *Leitbild* mit starker Betonung der Versorgungsaufgabe sowie mit dem *Primat der Fachlichkeit* gekennzeichnet, d.h. es wird als Aufgabe des Personals betrachtet, im Rahmen ihres Versorgungsauftrags den*die Bewohner*in zur Teilnahme zu motivieren und davon zu überzeugen. Dies kann als Teil der Fürsorgepflicht des Pflegeheims interpretiert werden. Zugleich finden sich in den Antworten auch Hinweise, dass diese Pflegeheime die Bedeutung der *Einhaltung von Regeln* durch die Bewohner*innen hoch bewerten, d.h. die Teilnahme an Angeboten ist nicht nur als Förderung des*r Bewohner*in zu verstehen, sondern auch dessen*deren Beitrag zu gelingenden Organisationsabläufen und der Herstellung erfolgreicher Pflegeheimpraxis. Zum Leben im Pflegeheim gehört es schlicht dazu, auch an den verfügbaren Angeboten teilzunehmen.

Die Strategie, in schwierigen Situationen mit Pflegeheimbewohner*innen „**normativen Druck auszuüben**“, wird hingegen vor allem von Pflegeheimen mit dem *Primat der Organisation* sowie dem *Primat der Pflege* (Versorgung vor sozialer Betreuung) als Merkmale der Pflegepraxis angegeben. Hier wird der Aspekt, sich an die Routinen und Abläufe im Pflegeheim zu halten, noch höher bewertet, womit die Erwartung an den*die Bewohner*in einhergeht, sich in diese Abläufe einzupassen – und eben auch, an den Angeboten teilzunehmen, was entsprechend kommunikativ vermittelt wird. Dazu passt, dass Pflegeheime, die mehr als andere diese Strategie angeben, auch signifikant weniger Selbstbestimmungsmöglichkeiten für die Bewohner*innen angeben (s.o.). Diese Kommunikationsstrategie wird dagegen kaum in Pflegeheimen angegeben, deren *Leitbild* starken Selbstbestimmungsbezug aufweist. Auch in Pflegeheimen, deren Bewohnerschaft eher *jünger* ist, findet sich diese Strategie nicht, was ggf. mit der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit der Bewohner*innen zusammenhängt, die eine Voraussetzung für motivationsorientierte bzw. dialogorientierte Kommunikation ist. Bei Bewohner*innen, die kommunikativ im Rahmen der hier unterlegten Kategorisierungen von Dialog, Verständnis, Motivation, Überzeugung, normativem Druck etc. nur schwer zu erreichen sind, ist z.B. eine verständnisorientierte Kommunikationsstrategie im herkömmlichen Sinn kaum brauchbar. Offenkundig markiert hier der *Gesundheitszustand* der Pflegeheimbewohner*innen also einen wichtigen Grenzbereich: So wird in Einrichtungen mit einem geringeren Anteil an Schwerstpflegebedürftigen häufiger normativer Druck ausgeübt als in Pflegeheimen mit einem höheren Anteil, was insofern wenig überrascht, als dass körperlich oder mental stark beeinträchtigte Bewohner*innen zur Teilnahme an zahlreichen Angeboten vermutlich schlichtweg nicht mehr in der Lage sind. Schließlich geben auch Pflegeheime diese Strategie des normativen Einwirkens weniger an, die feste *Kommunikationsstrukturen* zur Bearbeitung von Problemen und ethischen Fragen implementiert haben (gemessen an der Anzahl der Ansprechpartner*innen bei ethischen Dilemmata als Indikator). Dem scheint eine generell auf Kommunikation und Verständigung ausgerichtete Pflegeheimkultur und -praxis zugrunde zu liegen, die sich sowohl in den implementierten Prozessen und Strukturen als auch in der Kommunikationspraxis in Alltagssituationen (hier festgemacht am Konflikt, wenn der*die Bewohner*in nicht an Angeboten teilnehmen möchte) niederschlägt.

Die dritte Variante der ermittelten Strategien, die „**verständnisvolle, dialogorientierte Perspektive**“, hängt statistisch mit dem *Primat der Fachlichkeit* zusammen, also der hohen Bewertung der fachlichen Kompetenzen des Personals, das sich in diesem Fall in einer flexiblen, bedürfnisorientierten Positionierung gegenüber vorgesehenen Abläufen ausdrückt. Auch die Bewohnerzentrierung steht im Zusammenhang mit dieser Kommunikationsstrategie. Sie findet sich zudem in Pflegeheimen, die – analog zum Primat der Fachlichkeit – Wert auf die *Kontinuität der Lebensführung* (Biografiebezug) als eine Form der gelingenden Pflegepraxis legen. Der Unterschied zu Pflegeheimen, die die Strategie des „Motivierens und Überzeugens“ anwenden, liegt in der Bewohnerzentrierung: Beiden kommt es auf die Kontinuierung der Lebensführung an, der aktuelle Bewohnerwille wird jedoch unterschiedlich gewichtet. Wird der Wunsch des*r Bewohner*in in seiner Bedeutung vor die Teilnahme an Angeboten gestellt, wird der*die Bewohner*in nicht überzeugt, doch teilzunehmen, sondern sein Wunsch der Nichtteilnahme wird erst eruiert und dann akzeptiert. Dass diese Kommunikationsstrategie mit mehr Aufwand verbunden ist, zeigt sich, dass Pflegeheimleitungen, die die Strategie der dialogorientierten Kommunikation angeben, auch gestiegene Anforderungen in der Pflege und Begleitung wahrnehmen, wozu ja auch die Kommunikation mit dem*r Bewohner*in gehört. Mit Blick auf das *Leitbild* zeigt sich, dass sowohl Pflegeheime mit starker Betonung der Versorgungsaufgabe als auch Pflegeheime mit starkem Selbstbestimmungsbezug die Strategie der verständnisvollen, dialogorientierten Perspektive angeben. Was zunächst als Widerspruch erscheint, lässt sich aber insofern erklären, als es hierbei zum einen um die Umsetzung von Autonomie als Selbstbestimmung des*r Bewohner*in geht, zum anderen Pflegeheime diese Strategie auch als Ausdruck ihres Versorgungsauftrags und ihrer Verantwortung betrachten können, den*die Bewohner*in nicht gegen ihren Willen zu etwas zu bewegen. Mit Blick auf die *Trägerstruktur* der Pflegeheime zeigt sich, dass die verständnisvolle, dialogorientierte Perspektive vor allem in Pflegeheimen mit kirchlicher oder frei-gemeinnütziger Trägerschaft zu finden ist – die anderen beiden Strategien dagegen häufiger in Einrichtungen mit privat-gewerblicher Trägerschaft. Auch ist ein Zusammenhang mit der *Wohnstruktur* erkennbar: In integrativen Wohnbereichen wird in schwierigen Situationen öfter verständnisvoll und dialogorientiert mit Bewohner*innen gesprochen als in segregativen Wohnkonzepten. Auch hier kann als dahinterstehende und erklärende Haltung die o.g. Ausrichtung von Bewohnerorientierung und dem Pflegeheim als Lebenswelt angeführt werden, die sowohl das Wohnkonzept als auch die Kommunikationskultur vermitteln.

Im Folgenden werden die wesentlichen Faktoren dargestellt, die das Vorkommen der verschiedenen Kommunikationsstrategien in den Einrichtungen erklären können (vgl. Tabelle 8, Resultat Regressionsanalysen):

Tabelle 8: Übersicht Erklärungsfaktoren für würderelevante Kommunikationsstrategien

| Kommunikationstaktiken mit Pflegeheimbewohner*innen in schwierigen Situationen ... | Signifikant positive Effekte | Signifikant negative Effekte |
|---|--|--|
| ... Motivation steigern und überzeugen | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Fachlichkeit - Primat der Organisation - Assimilation der Bewohner*innen an das Pflegeheim | |
| ... normativen Druck ausüben | <ul style="list-style-type: none"> - Assimilation der Bewohner*innen an das Pflegeheim - Primat der Pflege | - Anzahl der Pflegeheimbewohner*innen bis 70 Jahre |
| ... verständnisvolle dialogorientierte Perspektive | <ul style="list-style-type: none"> - Kontinuität in der Lebensführung (Biografiearbeit) im Pflegeheim - Leitbild mit starker Betonung der Versorgungsaufgabe | |

7.3.5 Würde- und selbstbestimmungsrelevante Konfliktfelder im Pflegeheimalltag mit Bezug auf die Bewohner*innen

Da sich Selbstbestimmungsmöglichkeiten und die Herstellung eines würdevollen Miteinanders im Pflegeheim auch an Konflikten ablesen lassen, wurden die Einrichtungsleitungen auch nach problematischen Situationen in ihrem Pflegeheimalltag gefragt. Dazu wurden insgesamt 35 Fragen zu verschiedenen konfliktauslösenden Themen in Pflegeeinrichtungen vorgelegt, die in der Häufigkeit ihres Vorkommens eingeschätzt werden sollten (vgl. dazu die Grafik im Anhang).

Aus den Antworten ließen sich insgesamt sieben latente Konstrukte erzeugen (mittels explorativer Faktorenanalyse) und daran anschließend sieben grundlegende Konfliktfelder in Pflegeeinrichtungen beschreiben:

1. *Pflege- und Betreuungspersonal* und *Pflege* im Allgemeinen (z.B. Arbeitsweise des Pflege- und Betreuungspersonals);
2. *individuelle Alltagsgestaltung* und *Rolle externer Personen* (wie An-/Zugehörige, Seelsorge) (z.B. Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Pflegeheimbewohner*innen);
3. sog. *große ethische Fragen* (z.B. künstliche Ernährung der Pflegeheimbewohner*innen);
4. *medizinische und therapeutische Versorgung* der Pflegeheimbewohner*innen (z.B. Zusammenarbeit des Pflegepersonals mit Ärzt*innen);
5. *Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten* der Pflegeheimbewohner*innen (z.B. zu wenig Mitsprache der Pflegeheimbewohner*innen);

6. *Grundversorgung* der Pflegeheimbewohner*innen im Alltag (z.B. Mängel in der Ernährung der Pflegeheimbewohner*innen);
7. *Verhalten* und *Erwartungen* der Pflegeheimbewohner*innen (z.B. Streit zwischen Pflegeheimbewohner*innen).

Diese sieben verschiedenen Konfliktfelder werden im Durchschnitt fast gleich häufig mit „selten“ und „manchmal“ angegeben (vgl. Abbildung 24). Relativ gesehen am häufigsten ergeben sich in der Regel Konflikte in Bezug auf die Erwartungen und das Verhalten der Pflegeheimbewohner*innen sowie ihre Grundversorgung im Alltag.

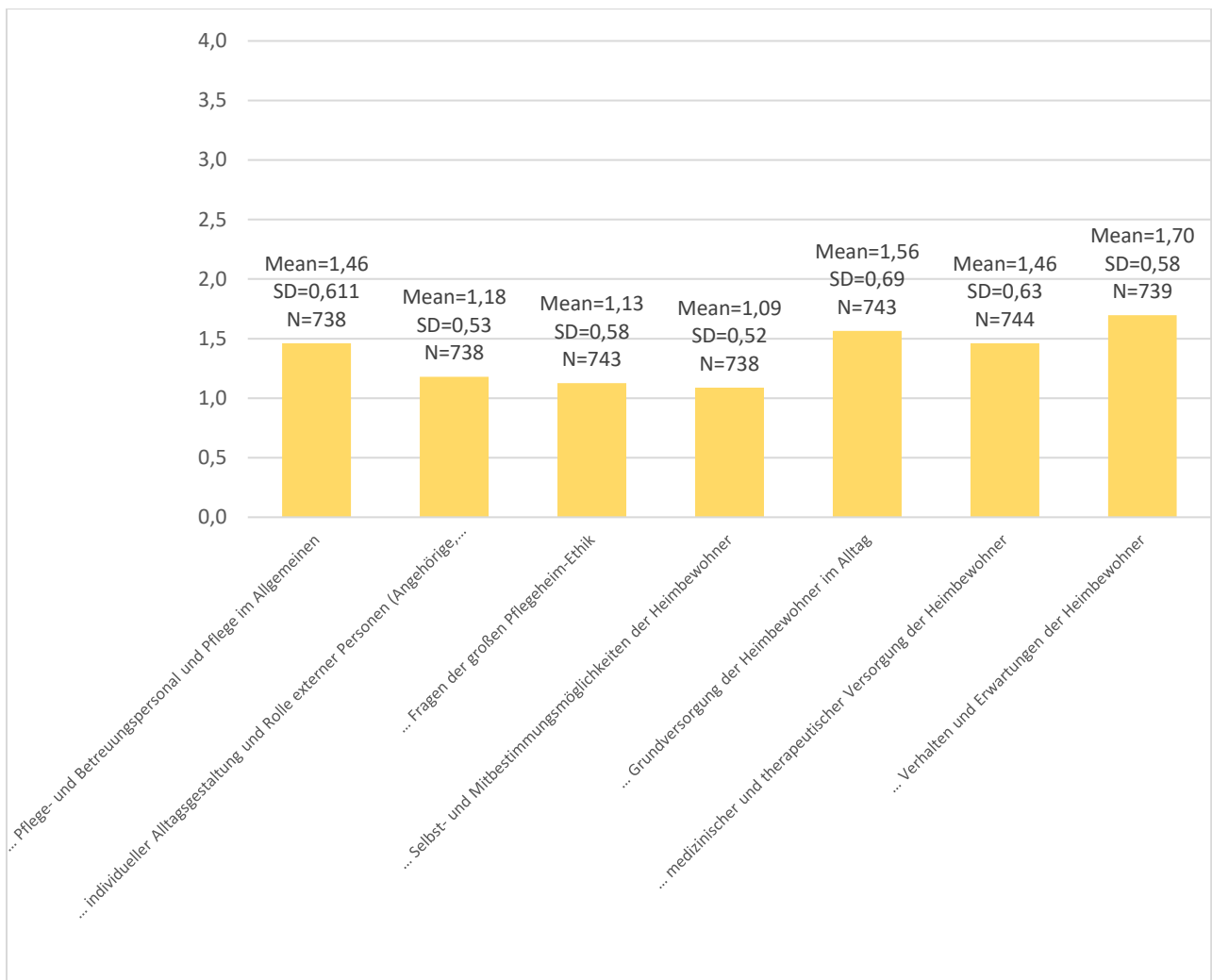


Abbildung 24: Welchen Konflikten begegnen Sie in Ihrem Alltag und wie häufig? (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen)

Anmerkungen: Skalierung von 0 bis 4 (nie bis immer), 5-Stufige Skala, Itemintensität aufsteigend, ohne Berücksichtigung von „keine Angabe“.

Diese Einschätzung von Konfliktvorkommen und deren Häufigkeiten sind über alle Einrichtungen hinweg ähnlich, die Pflegeheimleitungen unterscheiden sich hier nicht allzu sehr. Das zeigt in einem ersten Schritt, dass über die Pflegeheimlandschaft hinweg große und kleine ethische Probleme, also Konflikte im Alltag und in Grundfragen der Versorgung und Betreuung, keinen besonders großen Raum im Pflegeheimalltag einzunehmen scheinen. Genauere Analysen

zeigen aber, dass wenn Konfliktfelder angegeben werden, diese größtenteils sehr stark und substantiell miteinander verbunden sind, was bedeutet, dass sie sich häufig wechsel- und gegenseitig bedingen und empirisch miteinander einhergehen. Es steht also kein bestimmtes, gleichsam gemeinsam geteiltes, weil von allen gleichermaßen wahrgenommenes Konfliktfeld im Zentrum der Problemwahrnehmung der befragten Einrichtungsleitungen. Das heißt aber auch, dass die sog. ‚kleinen Ethiken des Alltags‘ als Beschreibung alltäglicher konflikthafter Situationen als mindestens ebenso relevant in den Blick zu nehmen sind wie die großen ethischen Fragen.

Differenziert man nach verschiedenen Merkmalen der Pflegeheime, so ergeben sich folgende Zusammenhänge, wobei positive Verknüpfungen bedeuten, dass die jeweiligen Merkmale Konflikte auslösen oder begünstigen, negative dagegen, dass sie Konflikte eher verhindern.

Handlungsorientierung und Leitbild: Herrscht in Pflegeheimen das *Primat der Fachlichkeit* vor, wird dort also primär auf Basis von qualitativer Pflege und kompetentem Personal gehandelt, werden signifikant weniger Konfliktfelder benannt als in Pflegeheimen mit dem Primat der *Organisation*, bei dem Routinen und Standards handlungsleitend sind. Ein Grund könnte hier in der mit dem Primat der Fachlichkeit verbundenen Bewohnerorientierung liegen, die Alltagssituationen anders bearbeitet als Pflegeheime mit starker Orientierung an Regeln und Strukturen. Ein weiteres Merkmal, das sich in diesem Zusammenhang ebenfalls als relevant zeigt, ist die Orientierung an der *Kontinuirung in der Lebensführung* des*r Bewohner*in (Biografiebezug), die ebenfalls mit geringerem geschilderten Konfliktvorkommen zusammenhängt, vor allem in den Bereichen, in denen es um die Alltagsgestaltung der und mit den Bewohner*innen geht (z.B. Selbstbestimmungskonflikte und Konflikte wegen des Verhaltens und der Erwartungen der Pflegeheimbewohner*innen). Je mehr sich das Personal und die Organisationsabläufe also offen für die Bedürfnisse und Präferenzen der Bewohner*innen zeigen, desto weniger Konflikte werden in solchen Pflegeheimen geschildert. Wird hingegen in Pflegeheimen von den Bewohner*innen erwartet, dass sie sich den Regeln der Organisation anpassen – eine Facette, die inhaltlich wiederum mit dem *Primat der Organisation* korrespondiert –, zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang mit auftretenden Konflikten in dem Bereich der großen ethischen Fragen und des Verhaltens der Bewohner*innen – eine Vermutung wäre, dass sich hier mehr Spannungsfelder zeigen, weil die Erwartungshaltung des Personals, nämlich tendenziell die Anpassung von Wünschen und Verhaltensweisen der Bewohner*innen an die organisationalen Gegebenheiten, mit den Äußerungen und Verhaltensweise der Bewohner*innen in Widerstreit stehen, was Konfliktpotential mit sich bringt.

Die *Leitbilder* der Pflegeheime haben hier hingegen kaum Aussagekraft, bis auf ein Konfliktfeld: Konflikte rund um die individuelle Alltagsgestaltung durch die Bewohner*innen kommen häufiger in Pflegeheimen mit einem versorgungsorientierten Leitbild vor, weil in Pflegeheimen, die ihren Fokus auf Sicherheit und Verantwortung, organisatorische Regeln, Strukturen und funktionierende Abläufe legen, im Alltag weniger Spielraum für individuelle Bedürfnisse der Bewohner*innen ist. Dem gegenüber stehen Pflegeheime, die sich mehr auf die individuellen Bewohner*innen einstellen, diesen mehr Gestaltungsspielraum geben, sie damit zu einem (möglichst) aktiven Teil des interaktiv herzustellenden Pflegeheimalltags machen und so zumindest in diesem Bereich weniger Konflikte erfahren.

Innen-Außen-Beziehung: Mit Blick auf die Innen-Außen-Beziehungen der Pflegeheime zeigt sich, dass eine gewisse *Offenheit* der Pflegeheime nach außen, festgemacht an Kooperationsbeziehungen mit externen Akteur*innen, Einbindung von Ehrenamtlichen und An-/Zugehörigen sowie Begegnungsmöglichkeiten inner- und außerhalb des Pflegeheims sowie einem *Gemeinschafts- und Integrationssinn* nach innen jeweils mit signifikant wenigen Konflikten einhergehen – mit Ausnahme des Konfliktfelds Verhalten und Erwartungen der Pflegeheimbewohner*innen, das durch die o.g. Merkmale in seinem Vorkommen nicht beeinflusst wird. Daraus ist zu schließen, dass lebendige Beziehungen im umgebenden Sozialraum zu anderen professionellen, nicht-professionellen und ehrenamtlichen Akteur*innen, die fachliche Beratung und Unterstützung bis hin zur Anregung interner Reflexionsprozesse in den Bereichen Pflege, Betreuung und Alltagsgestaltung bieten können, förderlich für einen konfliktarmen Pflegeheimalltag wirken können.

Organisationskultur und -kommunikation: Hinsichtlich der Organisationskultur weisen die Pflegeheime, in denen regelmäßig allgemeine Fallbesprechungen sowie spezifische ethische Interventionen (vgl. dazu Kapitel 7.3.6) abgehalten werden, signifikant weniger Konflikte auf (ebenfalls mit Ausnahme des Bereichs ‚Verhalten und Erwartungen der Pflegeheimbewohner*innen‘). In solchen systematisch implementierten *Kommunikations- und Reflexionsräumen*, die Austausch des Personals untereinander sowie ggf. mit Externen fördern, scheint ein gewisses Präventions- und/oder Bewältigungspotenzial zu liegen, das einen konstruktiven Umgang mit etwaigen problematischen Situationen ermöglicht. Gleiches gilt für Pflegeheime, die eine *Kultur der Mitbestimmung* pflegen, die ebenfalls kommunikativen Austausch und damit Bewältigungsmöglichkeiten für problematische Situationen bietet.

Strukturelle Merkmale der Pflegeheime: Inwieweit übergeordnete und grundlegende Strukturparameter von Pflegeeinrichtungen wie Träger oder Region mit Konfliktfeldern von Pflegeheimen zusammenhängen, wurde mit ein- und mehrfaktoriellen Varianzanalysen untersucht. Unterschieden nach der *Funktion*, in der an der Befragung teilgenommen wurde, zeigt sich, dass Pflegedienstleitungen aufgrund ihrer Profession und ihres Funktionsbereichs in Pflegeeinrichtungen in der Tendenz mehr Konflikte bzgl. des Pflege- und Betreuungspersonals und der Pflege im Allgemeinen wahrnehmen als Pflegeheimleiter. Das könnte darin begründet sein, dass deren Aufgaben mehr im Bereich der Verwaltung liegen und sie daher in den Pflegealltag von Pflegeheimen weit weniger involviert sind als Pflegedienstleitungen. Diese sind schlichtweg die ersten Ansprechpartner*innen bei Problemen und Konflikten der Bewohner*innen und An-/Zugehörigen mit dem Pflege- und Betreuungspersonal und der Pflege im Allgemeinen, daher werden ihnen vermutlich mehr Informationen diesbzgl. zugetragen. Pflegeheime in öffentlicher oder kommunaler *Trägerschaft* klagen häufiger über Konflikte in Bezug auf die Alltagsgestaltung und die Rolle externer Personen (wie Seelsorger, An-/Zugehörige u.a.) im Pflegeheim als Einrichtungen in privater Trägerschaft. Dieser Unterschied könnte evtl. darauf zurückzuführen sein, dass private Träger stärker regulieren, wer wann Zugang zur Pflegeeinrichtung hat als die öffentlichen Einrichtungen möglich ist, die sich als Teil des öffentlichen Lebens möglichst offen zeigen müssen. Das wäre ein Hinweis darauf, dass es auf die konkrete Gestaltung der Offenheit des Pflegeheims ankommt, ob diese mit weniger Konflikten einhergeht (s.o.). Ein anderer Faktor ist die *Region*: Konflikte, die die Selbst- und

Mitbestimmungsmöglichkeiten der Pflegeheimbewohner*innen betreffen, sind in Häusern in Metropolregionen und Landeshauptstädten häufiger vorzufinden als in solchen in ländlichen Regionen oder noch im großstädtischen Umfeld, was ggf. mit erhöhten Ansprüchen auf Selbstbestimmung bei großstädtischen Pflegeheimbewohner*innen zusammenhängt (anderes soziokulturelles Milieu als auf dem Land). Ein entscheidender Faktor in Konflikten in Pflegeheimen sind die *Wohnbereichskonzepte*, insbesondere in den Konfliktfeldern Pflege- und Betreuungspersonal und Pflege im Allgemeinen, große ethische Fragen, individuelle Alltagsgestaltung und Rolle externer Personen, medizinische und therapeutische Versorgung sowie Selbstbestimmungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten. In all diesen Bereichen kommt es in Pflegeheimen mit teil-segregativem Wohnbereichskonzept häufiger zu Konflikten als in solchen mit integrativen Wohnbereichen. Für die Erklärung dieses Unterschieds wird wiederum auf die Homogenisierung bzw. die Heterogenität der Merkmale der Bewohner*innen rekurriert. Es ist davon auszugehen, dass eine Homogenisierung von Strukturen zu einer Verdichtung von Problemfeldern seitens der Bewohner*innen und des Personals führt und nicht, wie häufig angenommen wird, zu einer effektiveren und effizienteren Bearbeitung von Problemen. Ganz im Gegenteil: in heterogenen Gruppen können sich Bewohner*innen besser gegenseitig mit allen ihren Stärken und Schwächen unterstützen und auch für das Personal bedeutet Heterogenität in der Bewohnerschaft – abhängig von den hierfür kennzeichnenden Merkmalen – keineswegs mehr, sondern ggf. eher weniger Belastung.

Neben solchen Organisationsmerkmalen lassen sich mit den **Ergebniskomplexen Selbstbestimmungsmöglichkeiten, Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen und Kommunikationsstrategien in schwierigen Situationen** ebenfalls Zusammenhänge erkennen: Von Pflegeheimen, in denen den Bewohner*innen *Selbstbestimmungsmöglichkeiten* bei der Gestaltung von Alltagsroutinen, von Raum und Freizeit sowie von Außenbezügen zugestanden werden, werden signifikant weniger Konflikte in allen sieben Bereichen genannt. Hier sind zum einen direkte Zusammenhänge anzunehmen, weil sich mit entsprechend Spielraum der Bewohner*innen keine Probleme in Bezug auf individuelle Alltagsgestaltung und Selbst-/Mitbestimmungsmöglichkeiten ergeben im Vergleich zu Pflegeheimen mit strikten Vorgaben und kaum Gestaltungsspielraum. Wobei sich hier freilich auch wieder andere Alltagsprobleme ergeben können, wenn sich die Wünsche der Bewohner*innen aus welchen Gründen auch immer doch nicht umsetzen lassen, woraus sich in der Wahrnehmung der betreffenden Bewohner*in eine Verletzung ihrer*seiner Ansprüche ergibt. Aber auch indirekte Zusammenhänge, vermittelt über die verbreitete Haltung und Praxis im Pflegeheim, könnten hier wirksam sein, insofern, als dass sowohl hinter den gewährten Selbstbestimmungsmöglichkeiten einerseits als auch den benannten Konflikten andererseits die o.g. Bewohnerzentrierung und Offenheit des Pflegeheims stehen könnte. Das ließe sich damit stützen, dass sowohl mit der Frage nach den Selbstbestimmungsmöglichkeiten als auch mit den Konflikten die gleichen Organisationsmerkmale in gleicher Weise zusammenhängen.

Prüft man Zusammenhänge mit den angegebenen *Unterstützungsleistungen von An-/Zugehörigen*, so ergibt sich, dass das Engagement von An-/Zugehörigen in beiden Bereichen – Pflege und Begleitung im Pflegeheim sowie Besorgungen und soziale Betreuung im Pflegeheim – jeweils signifikant positiv mit den angegebenen Konfliktnennungen einhergeht. Diese

Relation könnte so interpretiert werden, dass dort, wo sich An-/Zugehörige bei der Versorgung, Begleitung und Betreuung der Bewohner*innen einbringen, sich mehr Konflikte zeigen als in Pflegeheimen, in denen das nicht der Fall ist. Das würde abermals die ambivalente Wirkung des Engagements von An-/Zugehörigen aufzeigen: Es kann für das Pflege- und Betreuungspersonal unterstützend wirken, indem manche Aufgaben in der Alltagsbegleitung übernommen werden, es kann aber auch problematisch sein, wenn An-/Zugehörige durch ihren Einblick in die Pflegeheimpraxis und/oder Ansprüche, die sie als An-/Zugehörige erheben, Defizite in der Versorgung der Bewohner*innen zu erkennen meinen, woraus sich Konflikte ergeben können, die gleichsam stellvertretend zwischen Personal und An-/Zugehörigen entbrennen. Denkbar ist aber auch umgekehrt, dass An-/Zugehörige sich in jenen Pflegeheimen besonders einbringen, in denen Konflikte wahrnehmbar sind, die Unterstützungsleistungen also nicht der Grund, sondern der Effekt von Konflikten sind. Insbesondere Konflikte in Bezug auf grundlegende ethische Fragen wie der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, die künstliche Ernährung, der Sterbewunsch der Bewohner*innen oder freiheitsentziehende Maßnahmen hängen gemäß vorgenommener Regressionsanalysen entscheidend mit der Frage zusammen, ob An-/Zugehörige pflegerische Maßnahmen oder Begleitungen der Bewohner*innen ausführen (z.B. der Gang zur Physiotherapie). Besorgungen oder Betreuungsleistungen inner- und außerhalb des Pflegeheims stehen wiederum mit Konflikten bzgl. der Alltagsgestaltung der Bewohner*innen und der Rolle externer Personen (wie die An-/Zugehörigen selbst oder andere Externe wie Seelsorger) in Zusammenhang.

Bei den *Kommunikationsstrategien in schwierigen Situationen* zeigt sich, dass die Strategie, normativen Druck auszuüben, signifikant positiv mit allen Konfliktfeldern zusammenhängt. Hier kann der Zusammenhang so interpretiert werden, dass in Pflegeheimen, die darauf Wert legen, dass sich die Bewohner*innen den Abläufen und Vorgaben anpassen – d.h. in dem Fall, dass Angebote, die in der Tagesstruktur vorgesehen sind, auch wahrgenommen werden, auch gegen den aktuellen Willen des*r Bewohner*in, und sei es aus vermeintlich fürsorglichen Gründen – mehr Konflikte in allen Bereichen angegeben werden als in Pflegeheimen, die eher auf eine *verständnisvolle, dialogorientierte Kommunikation* ausgerichtet sind, die den Bewohner*innen mehr Entscheidungs- und Selbstbestimmungsraum gibt. Als Erklärung kann jedoch auch hier auf dahinterstehende Organisationsmerkmale verwiesen werden, die systematisch sowohl mit den Kommunikationsstrategien als auch mit den genannten Konflikten einhergehen, wie bspw. das Primat der Fachlichkeit (verständnisvolle Kommunikation, weniger Konflikte) vs. der Organisation (normativer Druck, mehr Konflikte).

Aus den voranstehenden (positiven und negativen) Zusammenhängen ergibt sich eine Synopse an gelingenden und hinderlichen Faktoren für ein konfliktfreies Leben im Pflegeheim. **Zusammenfassend** kann dazu festgehalten werden, dass eine starke Ausrichtung an den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner*innen mit erfolgreicher Konfliktvermeidung einhergeht, weil sich manche Probleme gar nicht erst ergeben bzw. die, die aufkommen, kommunikativ und interaktiv geregelt werden können und daher gar nicht als relevante Konflikte benannt werden. Auch lebendige Beziehungen nach innen und nach außen sind förderlich für einen konfliktarmen Pflegeheimalltag. Dazu gehören Kooperationsbeziehungen zu externen (professionellen und nicht-professionellen) Akteur*innen sowie interne Austausch- und

Kommunikationsmöglichkeiten über Fragen und Probleme im Pflegeheimalltag und über sog. ‚große ethische‘ Fragen. Das kann Konflikten vorbeugen oder einen konstruktiven Umgang mit ihnen befördern.

In einem weiteren Analyseschritt wurde anschließend geprüft, durch welche Faktoren die verschiedenen Konfliktfelder in Pflegeheimen determiniert sind und ob sich dabei die gerade skizzierten (positiven und negativen) signifikanten Zusammenhänge aufrechterhalten lassen oder sich sogar in der multiplen Analyse stabilisieren (lineare Regressionsanalysen). In der folgenden Übersicht sind die Ergebnisse dargestellt (vgl. Tabelle 9). Insgesamt betrachtet, sind es vor allem die Schwerpunktsetzungen von Pflegeheimen (Primat der Fachlichkeit vs. Primat der Organisation) und ebenso die Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen in den Kernarbeitsbereichen von Pflegeheimen, Pflege und Betreuung, die Konflikte in Pflegeheimen bestimmen, wobei auf der Grundlage dieser Ergebnisse noch keine Aussagen über Kausalzusammenhänge oder die genaue Richtung von Ursache und Wirkung möglich sind. Dennoch geben sie schon erste Hinweise darauf.

Tabelle 9: Übersicht Erklärungsfaktoren für die Konfliktfelder in Pflegeheimen

| Konflikte bzgl. ... | Signifikant positive Effekte | Signifikant negative Effekte |
|---|---|--|
| ... des Pflege- und Betreuungspersonals und der Pflege im Allgemeinen | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Organisation - Selbstbestimmung der Pflegeheimbewohner*innen: Gestaltung von Raum und Freizeit - Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen: Pflege und Begleitung im Pflegeheim | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Fachlichkeit - Ethische Praxis: Spezifische ethische Interventionen - Fokus auf Gemeinschaft und Integration der Pflegeheimbewohner*innen |
| ... sog. großer ethischer Fragen | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Organisation - Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen: Pflege und Begleitung im Pflegeheim - Primat der Pflege | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Fachlichkeit |
| ... der individuellen Alltagsgestaltung und Rolle externer Personen (An-/Zugehörige, Seelsorge) | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Organisation - Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen: Pflege und Begleitung im Pflegeheim - Umgangsformen mit Pflegeheimbewohner*innen in schwierigen Situationen: Normativen Druck ausüben | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Fachlichkeit |
| ... der medizinischen und therapeutischen Versorgung der Pflegeheimbewohner*innen | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Organisation - Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen: Pflege und Begleitung im Pflegeheim | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Fachlichkeit |
| ... der Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Pflegeheimbewohner*innen | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Organisation - Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen: Pflege und Begleitung im Pflegeheim | <ul style="list-style-type: none"> - Primat der Fachlichkeit |

| | | |
|---|--|---|
| ... der Grundversorgung der Pflegeheimbewohner*innen im Alltag | - Primat der Organisation - Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen: Pflege und Begleitung im Pflegeheim | - Primat der Fachlichkeit |
| ... des Verhaltens und der Erwartungen der Pflegeheimbewohner*innen | - Primat der Organisation - Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen: Pflege und Begleitung im Pflegeheim | - Organisationskultur der Mitbestimmung |

7.3.6 Zentrale Befunde zur ethischen Praxis im Pflegeheim am Beispiel von Besprechungsformaten

Ein weiterer Faktor, der für die Gestaltung von Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim relevant erscheint, ist die ethische Praxis im Pflegeheim, die vor allem in (ethisch) schwierigen Situationen zum Tragen kommt. Diese wurde entlang verschiedener Bereiche abgefragt: Zunächst ist danach gefragt worden, welche Maßnahmen oder Interventionen es in der Einrichtung gibt, um den Austausch zu ethischen Fragen sicherzustellen, und dann auch, wie häufig diese genutzt werden. Die Analyse der Häufigkeitsangaben ergab folgende zwei Formen von Austausch- und Kommunikationsformen:

1. *Spezifische ethische Interventionen* (Ethikkomitee, Ethikbeauftragte, präventive ethische Sensibilisierung, interdisziplinäre Arbeitsgruppen wie Palliativzirkel, ethische Fallkonferenzen/-besprechungen).
2. *Allgemeine Fallbesprechungen* (Bestehende Besprechung auf Teamebene, bestehende Besprechung auf Leitungsebene, multiprofessionelle Fallbesprechungen, gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V).

Diese beiden gruppierten Formen der Möglichkeiten des Austausches bei ethischen Fragen und Problemen kommen in der Praxis unterschiedlich häufig zum Einsatz, wie die nachfolgende Graphik verdeutlicht (vgl. Abbildung 25): Allgemeine Fallbesprechungen finden in den Pflegeeinrichtungen absolut betrachtet häufig und im Durchschnitt wesentlich häufiger statt als spezifische ethische Interventionen, die absolut betrachtet nur manchmal Anwendung finden.

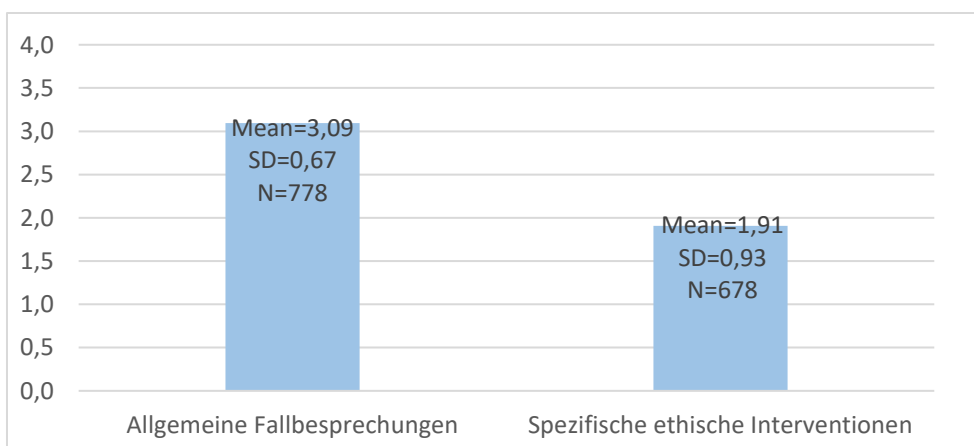


Abbildung 25: Möglichkeiten des Austausches bei ethischen Fragen in Pflegeeinrichtungen (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen)

Anmerkungen: Skalierung von 0 bis 4 (nie bis immer), 5-Stufige Skala, Itemintensität aufsteigend, ohne Berücksichtigung von „keine Angabe“ und „Gibt es nicht“.

Weiter differenziert nach Organisationsmerkmalen finden sich folgende Zusammenhänge mit der ethischen Praxis von Ort (vgl. Übersicht im Anhang):

Handlungsorientierung und Leitbild: Herrscht in Pflegeheimen das *Primat der Fachlichkeit* vor, werden signifikant mehr Möglichkeiten des Austausches bei ethischen Fragen und Problemen angegeben als von Pflegeheimen, die eher nach dem Primat der *Organisation* arbeiten. Dies lässt sich so interpretieren, dass Pflegeheime, die besonders viel Wert auf fachliche Kompetenz des Personals legen und diesem auch Raum bei der Gestaltung von Versorgung und Alltag gegeben wird, (allgemeine und spezifische) Fallbesprechungen in ihre Praxis einbinden, um bewohnerbezogene Fragen oder Probleme gezielt avisieren zu können. In diese Richtung weisen auch die Orientierung an der *Kontinuierung der Lebensführung* der Bewohner*innen und die damit verbundene Bewertung individueller Bedürfnisse der Bewohner*innen, die systematisch mit implementierten Besprechungsstrukturen zusammenhängen.

Innen-Außen-Beziehung: Im Anschluss an den obigen Aspekt sind es auch Pflegeheime, die nach innen Wert auf *Gemeinschaft und die Integration* der Pflegeheimbewohner*innen legen, die mehr Besprechungsmöglichkeiten aufweisen, was ebenfalls darauf hindeutet, dass die Bewohnerzentrierung, die Orientierung an den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner*innen in der Alltagspraxis als dahinterliegende Haltung in den Pflegeheimen wirkt. Zudem scheinen die Außenbeziehungen hier eine Rolle zu spielen: Die *Offenheit* von Pflegeheimen nach außen (Interdisziplinarität und Willkommenskultur) sowie die *Kooperationsbeziehungen mit externen Akteur*innen* hängen mit vorhandenen Besprechungsmöglichkeiten bei schwierigen Fragen zusammen. Man kann sagen: Je offener und vernetzter ein Pflegeheim ist, umso mehr findet sich eine stabile Austauschkultur mit implementierten Gesprächsformaten, in die bspw. nach Fall und Situation auch Externe eingebunden werden können, was sich durch die Vernetzung als Möglichkeit überhaupt erst auftut. Zugleich kann hier auch eine kommunizierte Erwartungshaltung der Kooperationspartner oder auch von An-/Zugehörigen/Ehrenamtlichen verstärkend auf die ethische Praxis wirken, um problematische Situationen gut bewältigen zu können. Neben der Bewohnerzentrierung ist hier also die Offenheit des Pflegeheims als ein Faktor zu nennen, der die Formen und Häufigkeiten von (allgemeinen und spezifischen) Besprechungsmöglichkeiten bei (ethisch) schwierigen Fragen bedingt – eine Form des Austauschs, die für die Praxis vor Ort, die Bewältigung von Problemen des, mit und am Bewohner durch das Personal von Bedeutung ist.

Organisationskultur und -kommunikation: Als übergeordnetes Merkmal verwundert es nicht, dass sich ein Zusammenhang findet zwischen Pflegeheimen mit *kommunikations- und mitbestimmungsorientierter Organisationskultur*, in der bspw. verschiedene Ansprechpartner bei ethischen Dilemmata und Belastungssituationen vorhanden sind, und dem Vorkommen der verschiedenen Möglichkeiten des Austauschs zu ethisch schwierigen Situationen. Letzteres kann als eine Facette von Ersterem gelesen werden.

Strukturelle Merkmale der Pflegeheime: Auch hier wurde geprüft, inwieweit übergeordnete und grundlegende Strukturparameter von Pflegeeinrichtungen wie Träger oder Region mit der ethischen Praxis von Pflegeheimen zusammenhängen. Differenziert nach der *Funktion*, in der die Fragen beantwortet wurden, zeigt sich, dass Pflegeheim- und Pflegedienstleitungen sich in den Einschätzungen der ethischen Praxis in ihren Einrichtungen unterscheiden. So haben

Pflegeheimleiter häufiger angegeben, dass allgemeine Fallbesprechungen oder spezifische ethische Interventionen in ihren Pflegeheimen vorkommen als Pflegedienstleitungen. Des Weiteren geben kirchliche *Träger* deutlich häufiger spezifische Interventionen in ihren Einrichtungen an. Diese könnten stärker darum bemüht sein, spezifische Interventionen in ihren Einrichtungen zu etablieren, um ethische Konflikte besser klären zu können und effektivere Austauschmöglichkeiten zu bieten. Die *Größe der Kommune* zeigt ebenfalls Effekte auf die Implementierung solcher Maßnahmen in Pflegeheimen, was sicherlich auf den Bekanntheitsgrad und die Verbreitung solcher Interventionen in städtischen Regionen zurückzuführen ist, und auch auf das Konfliktfeld der Selbstbestimmung. Letzterer Befund könnte mit der Sozialstruktur und den Ansprüchen der Bewohner*innen im städtischen Umfeld erklärt werden

Neben solchen Organisationsmerkmalen lassen sich mit den **Ergebniskomplexen Selbstbestimmungsmöglichkeiten, Unterstützungsleistungen der An-/Zugehörigen und Kommunikationsstrategien in schwierigen Situationen** sowie den **Konfliktfeldern** ebenfalls Zusammenhänge erkennen: So geben Pflegeheime, die über ein hohes Maß an *Selbstbestimmungsmöglichkeiten* der Pflegeheimbewohner*innen verfügen, signifikant mehr (Nutzung von) Austauschmöglichkeiten bei (ethisch) schwierigen Fragen an. Im Konkreten kann sich aus Letzterem die Notwendigkeit für Ersteres ergeben, indem Selbstbestimmung der Bewohner*innen auch zu Situationen führen kann, mit denen das Personal nur schwer umgehen kann, was eine fachliche Besprechung erforderlich macht. Im Allgemeinen könnte auch hier als vermittelndes Merkmal auf die generelle Bewohnerorientierung verwiesen werden, die sowohl mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen als auch den Austauschmöglichkeiten des Personals positiv in Zusammenhang steht.

Gleiches wäre anzuführen für den Zusammenhang der *Kommunikationsstrategien* „Motivation steigern und überzeugen“ und „verständnisvolle, dialogorientierte Perspektive“, die jeweils positiv mit Austauschmöglichkeiten bei (ethisch) schwierigen Fragen für das Personal einhergehen. Eine an der Gefühlslage und den Interessen des*r Bewohner*in orientierte Kommunikation des Personals schlägt sich hier in einer Besprechungskultur auf personeller Ebene über Probleme mit und der Bewohner*innen nieder. Anders formuliert: Eine allgemein an Kommunikation und Verständigung orientierte Organisationskultur drückt sich sowohl im Umgang des Personals mit den Bewohner*innen als auch in der Kommunikationspraxis mit dem Personal aus. Die Strategie normativen Druck auszuüben hingegen, die einen regelgeleiteten, an den organisationalen Abläufen orientierten Umgang mit den Bewohner*innen ausdrückt, geht empirisch mit einer gering ausgeprägten Besprechungskultur im Pflegeheim auf personeller Ebene einher.

Das alles zusammengenommen und darüber hinaus zeigt sich zudem, dass es einen signifikanten Zusammenhang von Austauschformen und Besprechungsmöglichkeiten über (ethisch) schwierige Situationen auf der Ebene des Personals und nahezu allen *Konfliktfeldern* in Verbindung mit der Versorgung, Betreuung und Alltagsgestaltung der Bewohner*innen gibt (eine Ausnahme bildet hier der Bereich Verhalten und Erwartungen der Pflegeheimbewohner*innen). Das legt nahe, dass sich eine ausgeprägte Kommunikations-, Gesprächs- und Problembearbeitungskultur positiv auf das Vorkommen von Konflikten auswirkt, in dem Sinne, dass weniger Konflikte auftreten oder auch die, die auftreten, konstruktiv bearbeitet werden können.

Eine organisationale Struktur und Kultur des Austauschs innerhalb des Personals – und bei Bedarf auch mit externen Dritten – wirken konfliktmindernd.

Nach empirischen Zusammenhängen, wie sie bisher dargestellt wurden, wurde auch zur Frage des Vorkommens und der Nutzung von Austauschmöglichkeiten zu (ethisch) schwierigen Fragen mittels linearer Regressionsanalysen geprüft, welche Faktoren hier determinierend wirken, also entscheidenden Einfluss haben. Dabei zeigt sich, dass die Form der *allgemeinen Fallbesprechungen* vorrangig durch die Einflussgrößen *Primat der Fachlichkeit*, die *bewohnerorientierte Umgangsform* „Motivation steigern und überzeugen“, und eine *kommunikationsorientierte Organisationskultur* (z.B. festgemacht an der Anzahl der Ansprechpartner bei ethischen Dilemmata) jeweils signifikant und in positiver Richtung bestimmt wird (heißt: wenn die Merkmale vorliegen, dann gibt es allgemeine Fallbesprechungen). Zentrale Einflussgrößen auf die Implementierung *spezifischer ethischer Interventionen* sind vorhandene *Konflikte* mit dem Pflege- und Betreuungspersonal und der Pflege im Allgemeinen (in negativer Richtung, also: gibt es Konflikte bei der Pflege und mit dem Personal, liegt in der Regel kein ethisches Interventionsformat vor – und umgekehrt), zudem ein *Leitbild* mit starker Betonung der Versorgungsaufgabe (in positiver Richtung, also: je eher sich ein solches Leitbild findet, desto eher gibt es spezifische ethische Interventionen) sowie eine *Organisationskultur* der Mitbestimmung und des Austauschs allgemein (ebenfalls in positiver Richtung).

Zusammenfassend kann damit festgehalten werden, dass eine hohe Bewertung der Fachlichkeit und Kompetenz des Personals und die Haltung der Bewohnerorientierung, verbunden mit Betonung der Versorgungsaufgabe, eine allgemein auf Kommunikation und Austausch angelegte Organisationskultur sowie die Offenheit des Pflegeheims nach außen, durch die bei Bedarf auch Unterstützung durch Externe eingebunden werden kann, wesentliche Erklärungsfaktoren für eine implementierte ethische Praxis im Pflegeheim bilden.

Gesundheitliche Versorgungsplanung (Advanced Care Planning) als eine spezifische Form der ethischen Praxis

Im Rahmen des Themenbereichs der ethisch relevanten Maßnahmen bzw. Interventionen war auch die Implementation der gesundheitlichen Versorgungsplanung (ACP) nach § 132g SGB V in den Pflegeeinrichtungen von Interesse. Dafür wurden die Pflegeheime, die angegeben haben, dass sie solche Gespräche durchführen (Filterfrage), nach dem Zeitpunkt solcher Gespräche mit den Pflegeheimbewohner*innen (anlassbezogen/nach Bedarf, in regelmäßigen Abständen oder mit dem Einzug der Pflegeheimbewohner*innen) sowie den teilnehmenden Personen an solchen Gesprächen gefragt.

Die Ergebnisse zeigen, dass in den meisten Fällen mit dem Einzug der Pflegeheimbewohner*innen oder anlassbezogen bzw. nach Bedarf Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung geführt werden. Vier von fünf Pflegeheimen bieten demnach auf Nachfrage oder wenn eine entsprechende gesundheitliche Verfasstheit des*r Bewohner*in vorliegt an, einen Austausch über die Vorstellungen, Wünsche und Ängste des*r betreffenden Bewohner*in zu ihrem Lebensende an. Zwei von drei Pflegeheimen sehen einen solchen Austausch gleich zu Beginn vor, wenn der*die Bewohner*in in das Pflegeheim einzieht. Vergleichsweise seltener – in

weniger als der Hälfte der Pflegeheime – sind solche Gespräche in regelmäßigen Abständen, gleichsam als Teil der Versorgungsroutine vorgesehen (vgl. Abbildung 26).

Die Analyse der Mittelwerte und Standardabweichungen der Zeitpunkte für gesundheitliche Versorgungsgespräche in der übernächsten Graphik spiegelt in etwa die prozentualen Verteilungen wider (vgl. Abbildung 27). Die Streuungen fallen aber vergleichsweise doch recht hoch aus und weisen darauf hin, dass die Antworten der Befragten doch recht weit gefächert sind.

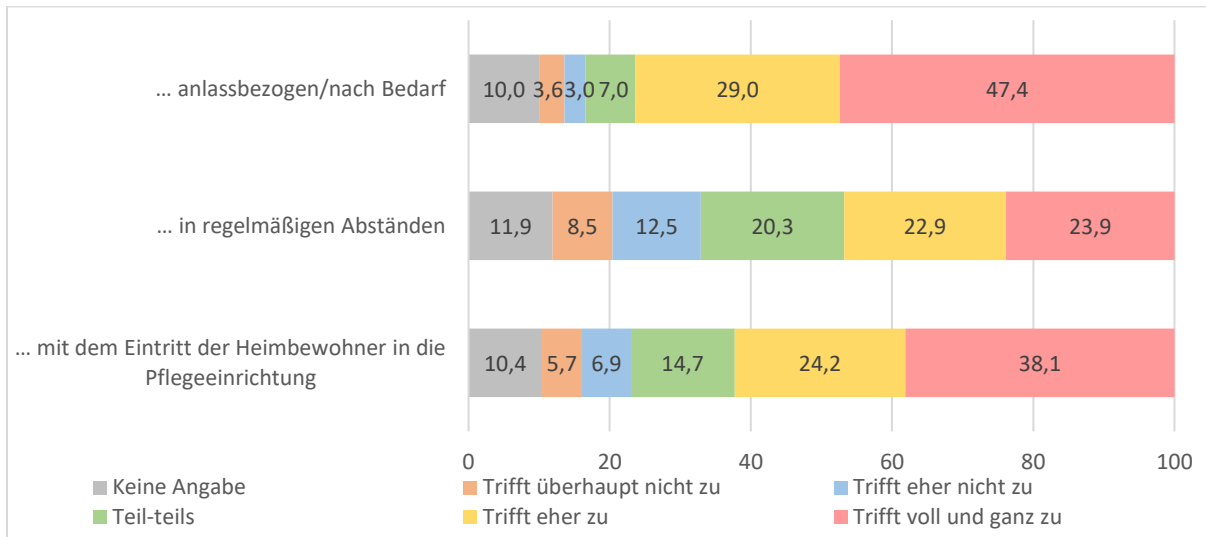


Abbildung 26: Möglichkeiten für Gespräche der gesundheitlichen Versorgungsplanung

Anmerkungen: Skalierung von 0 bis 4 (trifft überhaupt nicht zu bis trifft voll und ganz zu), 5-Stufige Skala, Itemintensität aufsteigend, ohne Berücksichtigung von „keine Angabe“.

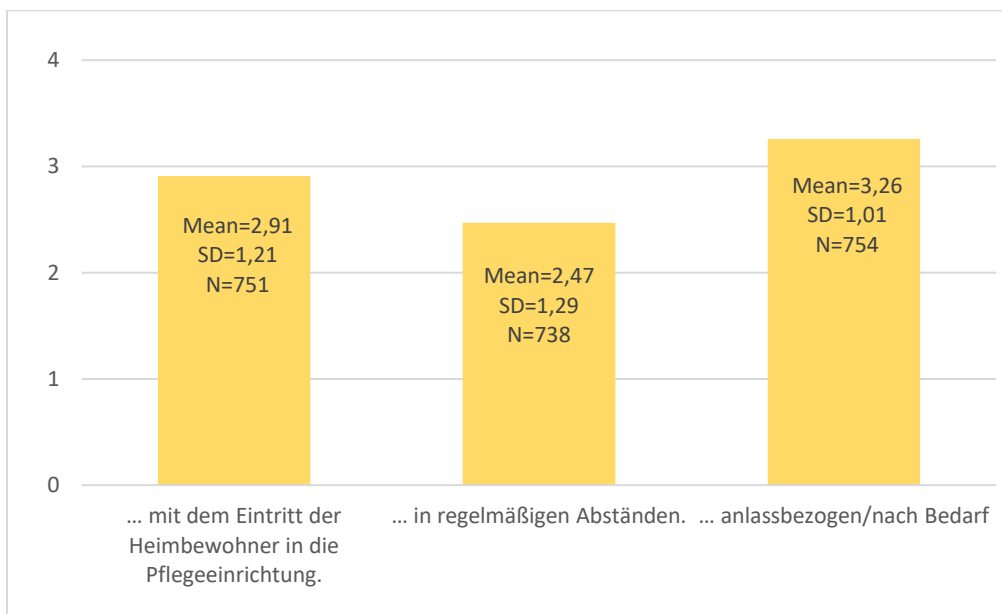


Abbildung 27: Möglichkeiten für Gespräche der gesundheitlichen Versorgungsplanung. (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen)

Anmerkungen: Skalierung von 0 bis 4 (trifft überhaupt nicht zu bis trifft voll und ganz zu), 5-Stufige Skala, Itemintensität aufsteigend, ohne Berücksichtigung von „keine Angabe“.

Bei der Frage, welche Personen in die Gespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung mit einbezogen werden, ergibt sich, dass allen voran die Mitarbeiter*innen aus der Pflegeeinrichtung sowie An-/Zugehörige an solchen Gesprächen teilnehmen. Deutlich seltener sind Seelsorger*innen und externe Gesprächsbegleiter*innen eingebunden (vgl. Abbildung 28).

Auch die Lage der Mittelwerte in der übernächsten Graphik belegt diese Tendenzen in der prozentualen Analyse (vgl. Abbildung 29). Ebenso lassen die Streuungsmaße wiederum darauf schließen, dass die Antworten der Befragten weniger homogen ausfallen, d.h. relativ betrachtet schon eher stark streuen.

Insgesamt zeigt sich dabei, dass die gesundheitliche Vorausplanung nach § 132g SGB V bereits mehrheitlich in den Pflegeheimen angeboten und durchgeführt wird, wenngleich nicht überall in gleicher systematischer, in die Versorgungsplanung integrierten Weise. Die Gespräche finden in der Regel in kleinem Kreis statt, ohne Hinzuziehung externer Personen.

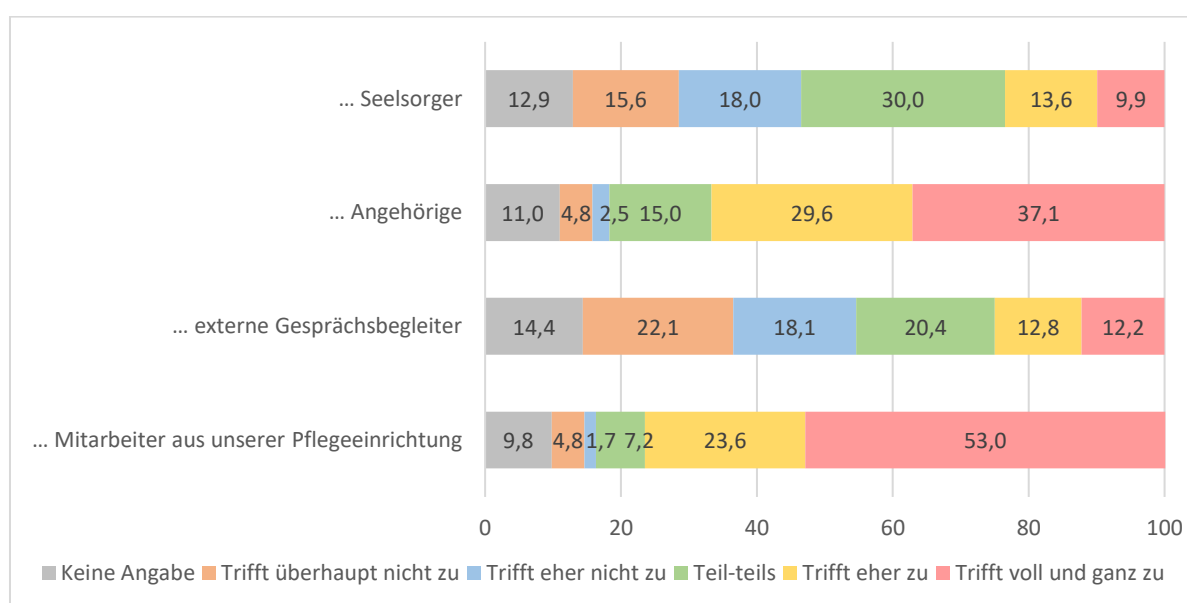


Abbildung 28: Teilnehmer*innen in Gesprächen der gesundheitlichen Versorgungsplanung

Anmerkungen: Skalierung von 0 bis 4 (trifft überhaupt nicht zu bis trifft voll und ganz zu), 5-Stufige Skala, Itemintensität aufsteigend, ohne Berücksichtigung von „keine Angabe“.

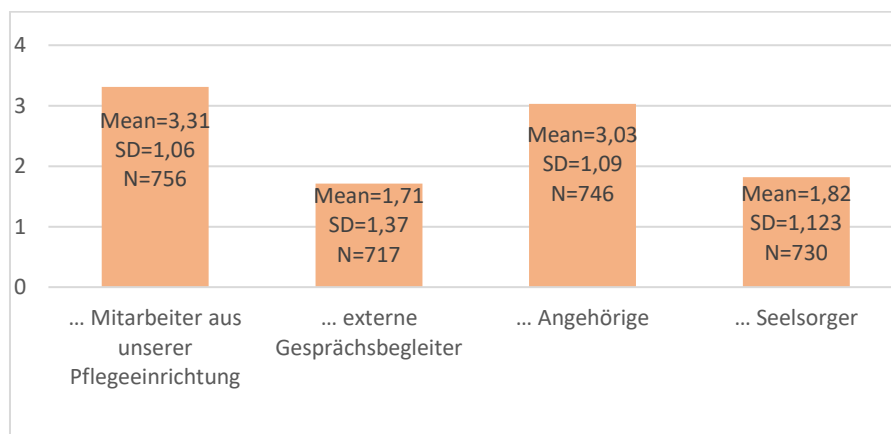


Abbildung 29: Teilnehmer*innen in Gesprächen der gesundheitlichen Versorgungsplanung (Mittelwerte (Mean), Standardabweichungen (SD), Fallzahlen)

Anmerkungen: Skalierung von 0 bis 4 (trifft überhaupt nicht zu bis trifft voll und ganz zu), 5-Stufige Skala, Itemintensität aufsteigend, ohne Berücksichtigung von „keine Angabe“.

8 Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim: Auswirkungen der Corona-Pandemie

Das Forschungs- und Praxisprojekt SeLeP ist deutlich vor Einsetzen der Corona-Pandemie gestartet. Daher markiert der Einfluss von Covid-19 auf das Leben und Arbeiten im Pflegeheim nicht das Zentrum der empirischen Erhebungen im Projekt. Doch die ergriffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie ab März 2020 blieben nicht ohne Auswirkungen auf die Fragen nach Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim. Dieses Kapitel fasst daher die in SeLeP empirisch gewonnenen quantitativen und qualitativen Befunde unter dem Themenfokus ‚Corona‘ nochmals gesondert zusammen. Ausgangspunkt dafür bildet ein kurzer Überblick über die medialen Diskussionsstränge sowie die aktuelle soziologische, ethische und pflegewissenschaftliche Studienlage, soweit sie vor Abschluss des vorliegenden Endberichts erfasst werden konnte (Kapitel 8.1). Die Kapitel 8.2 bis 8.4 referieren die projekteigenen Ergebnisse, wobei der Blickwinkel sukzessive enger gestellt wird: Von den Eindrücken der An-/Zugehörigen über die Erfahrungen der Einrichtungsleitungen hin zu den Wahrnehmungen der Bewohner*innen vor Ort.

8.1 Überblick über mediale Diskussionsstränge und die aktuelle Studienlage

Das Robert-Koch-Institut (RKI) klassifizierte im März 2020 ältere und vorerkrankte Menschen sehr schnell als Hochrisikogruppe für schwere Verläufe der durch das SARS-CoV-2-Virus ausgelösten Lungenkrankheit (vgl. RKI 2020). Trotz einer Problematisierung der damit einhergehenden pauschalen Unterscheidung der deutschen Gesamtgesellschaft nach dem Kriterium des Alters (vgl. bspw. Evangelische Akademie Loccum 2020 oder Tesch-Römer et al. 2020), reagierten die jeweiligen Landesregierungen auf diese Risikoeinschätzung bundesweit mit strikten Verordnungen über Besuchsbeschränkungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Die damit verfügte ‚Abschirmung‘ der Einrichtungen sollte verhindern, dass es dort zu einer (weiteren) Verbreitung des Erregers kommt, führte faktisch jedoch auch dazu, dass Pflegeheimbewohner*innen für mehrere Wochen nahezu völlig von der Außenwelt – sprich: ihren An-/Zugehörigen, dem umgebenden Quartier sowie externen Dienstleistern (Podolog*innen, Friseur*innen, Therapeut*innen, aber teils auch Ärzt*innen) – und mitunter auch von sozialen Kontakten im Pflegeheim selbst abgeschnitten waren (z.B. Essen allein auf dem Zimmer etc.).

Über diese Zeit der ‚Isolation‘, die in strenger Form von Mitte März bis Mitte Mai 2020 andauerte, lagen zunächst vornehmlich wissenschaftliche Essays und Reflexionen vor. Neben Stellungnahmen von Mitgliedern des KDA-Kuratoriums (vgl. z.B. Schulz-Nieswandt 2020a), entstanden vor allem auch interdisziplinär ausgerichtete bioethische Publikationen (vgl. etwa Kröll et al. 2020) sowie praxisorientierte Ad-Hoc-Empfehlungen (Deutscher Ethikrat 2020b, DGP 2020). Sie ergänzen die medial prominent vertretene medizinische Sichtweise um kritische Positionen aus den Pflege-, Sozial- und Geisteswissenschaften. Die Beiträge (etwa in Volkmer/Werner 2020) verweisen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen allesamt darauf, dass die ergriffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus zwar die physische Gesundheit der Pflegeheimbewohner*innen sichern, dies aber zu einem hohen Preis erfolgt: „Die Vermeidung des biologischen Todes wird [...] teuer erkaufte mit dem sozialen Tod“ (Schulz-Nieswandt 2020b, S. 120).

Gegenwärtig erscheinen insbesondere von Seiten der Pflegewissenschaft vermehrt Publikationen, die auf Basis empirischer Erhebungen methodisch (ab-)gesichert Auskunft über die Situation in Pflegeheimen geben.⁶⁷ Zu nennen ist z.B. die Studie von Wolf-Ostermann/Rothgang (2020), die auf einer deutschlandweiten Online-Befragung von (teil-)stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen basiert, die im Zeitraum vom 28. April bis zum 12. Mai 2020 durchgeführt wurde. Die Antworten der Einrichtungsleitungen/Pflegedienstleitungen aus insgesamt 824 deutschen Pflegeheimen zeigen deutlich, dass im Frühling 2020 Pflegeheime bundesweit die Orte waren, an denen die meisten Menschen an COVID-19 verstarben.⁶⁸ Allerdings gab es dabei große Unterschiede zwischen den Einrichtungen: „Knapp 80% der Pflegeheime haben keine bestätigten COVID-19 Fälle. Die direkte Betroffenheit konzentriert sich also auf wenige Einrichtungen, die dann aber in der Regel stark betroffen sind“ (ebd., S. 9). In der Stichprobe von Wolf-Ostermann/Rothgang waren es insbesondere kleine Einrichtungen, auf die sich die hohen Anteile an Infizierten und Toten konzentrierten (vgl. ebd., S. 20). Dies wirft Anschlussfragen zu den Gründen hierfür auf, die jedoch zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht wissenschaftlich fundiert beantwortet werden können, was auf weiteren Forschungsbedarf verweist.

Auch Hower et al. (2020) befragten im Zeitraum vom 07. bis zum 25. April 2020 mit Hilfe eines quantitativen Online-Fragebogens Leitungspersonen aus insgesamt 525 deutschen Pflegeeinrichtungen, von denen rund 20% in vollstationären Einrichtungen tätig sind. Die Ergebnisse dieser Befragung legen offen, dass nicht nur Pflegekräfte pandemiebedingt zusätzlich physisch, psychisch, emotional und sozial herausgefordert sind und sich hierdurch teils stark belastet fühlen (vgl. hierzu die Covid-19 Pflege Studie von Begerow/Gaidys 2020), sondern dass auch Leitungspersonen in Pflegeeinrichtungen seit Corona eine Intensivierung ihrer Arbeitsdichte wahrnehmen. Begründet wird dies seitens der Befragten mit großen Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Schutzausrüstung für das Personal, Sorgen um auftretende Infektionen bei Mitarbeiter*innen und Pflegebedürftigen, Anstrengungen bei der Umsetzung der sich kontinuierlich aktualisierenden Hygienebestimmungen sowie der fehlenden Unterstützung durch An-/Zugehörige im stationären Kontext (vgl. Hower et al. 2020, S. 18).

Eine Studie am „Kompetenzzentrum Public Health Covid-19“ richtete ihren Blick auf die Bewohner, um mittels einer Literaturrecherche (Rapid Review) und qualitativer

⁶⁷ Aufgegriffen und rezipiert werden an dieser Stelle nur Forschungsprojekte, zu denen bereits (Teil-) Ergebnisse veröffentlicht wurden. Ausgeschlossen bleibt deshalb unter anderem die vom GKV-Spitzenverband geförderte, noch bis Ende 2021 andauernde Studie „Covid-Heim – Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim“.

⁶⁸ Anfang 2021 entzündete sich hieran eine Debatte um „schleichende Triage“ (oder auch graue Triage genannt) in Pflegeheimen, als die Bundestagsabgeordnete von Bündnis 90/Die Grünen Corinna Rüfer die Frage aufwarf, ob Heimbewohner*innen dazu gedrängt würden, bei einer Corona-Infektion auf eine Behandlung im Krankenhaus zu verzichten, um keine Intensivplätze zu belegen (vgl. Altheim.net 2021). Eine Perspektiven-Erweiterung erfährt dieser Vorwurf durch das „Covid-19-Pandemie Positionspapier“ der Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie, das dazu aufruft, Krankenhauseinweisungen von multimorbiden alten Menschen mit einer Covid-19-Erkrankung sehr sorgfältig abzuwägen, um deren Wunsch auf ein Versterben im gewohnten Umfeld auch in der Pandemie erfüllen zu können (vgl. FGPG 2020). Zur Diskussion dieses Themas im Deutschen Ethikrat am 24. März 2021: vgl. Transkription (<https://www.ethikrat.org/forum-bioethik/triage-priorisierung-intensivmedizinischer-ressourcen-unter-pandemiebedingungen/>).

Experteninterviews (Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen und QM-Beauftragte) in Erfahrung zu bringen, ob und wie Ereignisse sozialer Isolation das Sterblichkeitsrisiko der Pflegeheimbewohner*innen beeinflussen (vgl. Seidler et. al. 2020). Die Sichtung der einschlägigen Fachliteratur weist auf einen erkennbaren Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und erhöhter Sterblichkeit hin. Die interviewten Expert*innen berichten daran anschließend von bereits umgesetzten Lösungsstrategien im stationären Kontext: z.B. vermehrte psychosoziale Betreuung, kontaktlose Kommunikationsangebote oder vereinbarte Besuchsmöglichkeiten unter Schutzbedingungen.

Auch der Soziologe Mirko Sporket interessierte sich für die Lage der Bewohner*innen. Mittels einer nicht-standardisierten Online-Umfrage in vier Einrichtungen der stationären Altenhilfe der St. Elisabeth-Stift gGmbH in NRW befragte er Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen zwischen dem 28. April und dem 11. Mai 2020 dazu, wie die dortigen Pflegeheimbewohner*innen nach Auffassung der Befragten die Schutzregelungen sowie die hiermit einhergehende soziale Isolation aufgenommen haben (vgl. Sporket 2020). Die Mitarbeitenden gingen den Befunden zufolge davon aus, dass vor allem das Besuchsverbot problematisch für einen Großteil der Bewohner*innen war, wobei zwischen orientierten Bewohner*innen und Menschen mit Demenz Unterschiede wahrgenommen wurden. Denn bei Letzteren wurden zum Teil auch positive Effekte bemerkt, die auf die eingekehrte Ruhe im Haus nach den Besuchsbeschränkungen zurückgeführt werden (vgl. ebd., S. 6).

Aus ethischer Sicht wurden die den Infektionsschutz strikt priorisierenden Maßnahmen der ersten Welle in den Pflegeeinrichtungen daher kritisch betrachtet. In der Schweiz sahen sich Mediziner*innen veranlasst, einen „Appell an die Verantwortungsträger aus Politik, Management, Pflege und Betreuung“ zu richten (vgl. Ackermann et al. 2020), um für die Beachtung der Freiheitsrechte von Betroffenen und eine damit verbundene (Wieder-)Herstellung von sozialer Teilhabe und Lebensqualität für die Pflegeheimbewohner*innen einzutreten. In Deutschland äußerte sich im Mai 2020 die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) in einem Positionspapier und nimmt dabei auf Mikro-, Meso- und Makroebene verschiedene Probleme in den Blick (vgl. AEM 2020; dazu Dinges 2020), um so die Verflechtung von gesellschaftlicher, organisationaler und individueller Verantwortung hervorzuheben. Nicht zuletzt wird dabei der Blick auf die Verantwortung von Organisationen und Politik gerichtet, für adäquate und transparente Bedingungen (Rechtssicherheit, Material) zu sorgen und dabei die fachliche Expertise der Pfleger*innen einzubeziehen. Die durch die Covid-19-Pandemie hervorgerufenen Probleme werden in weiten Teilen als Verstärkung schon zuvor angelegter struktureller Defizite begriffen. Betont wird dabei eine ganzheitliche Sicht auf das Wohl der zu Pflegenden, das vor allem Nähe und Zuwendung (durch An-/Zugehörige und Pflegenden) verlange sowie die Achtung der Autonomie der Betroffenen. Auf der anderen Seite seien die Pflegenden hohen gesundheitlichen, psychischen und moralischen Belastungen ausgesetzt. Pflegerisches Handeln ist stark eingeschränkt und den Pflegenden kommt die Aufgabe zu, oft gegen den Willen der Bewohner*innen Schutzmaßnahmen durchzusetzen. „Die aktuellen Umstände und Vorgaben, unter denen Pflegehandeln stattfindet, stehen zum Teil den Werten des Pflegeethos diametral entgegen“ (AEM 2020, S. 3). Angesichts der Situation der Pflegenden machen Kuhn/Seidlhein (2021) unter Rezeption der Care-Ethik (v.a. Tronto 1993) auf den integralen Zusammenhang

von Selbst- und Fürsorge als Basis für ein pflegerisches Handeln aufmerksam, das sich als eine auf das ganzheitliche Wohl orientierte Sorgearbeit versteht. Eine solche Care-Ethik erweitert über abstraktere, prinzipienethisch orientierte Ansätze die Perspektive auf Relationalität und Vulnerabilität und ermöglicht gerade deshalb auch über die Mikroebene hinaus eine kritische Reflexion von Meso- und Makroebene, wozu Bedingungen einer Implementierung von Selbstsorge als Teil der Pflegeprofession gehört (vgl. hierzu Kapitel 9).

In der Ad-hoc-Empfehlung zu „Besonderen Regeln für Geimpfte?“ hat der Deutsche Ethikrat noch einmal dezidiert zur Situation im Pflegeheim Stellung genommen. So heißt es in Empfehlung 5:

„Die noch immer bestehenden gravierenden Isolationsmaßnahmen in Pflege-, Senioren-, Behinderten- und Hospizeinrichtungen sollten für geimpfte Personen mit dem Fortschreiten des Impfprogramms schnellstmöglich aufgehoben werden.“ (Deutscher Ethikrat 2021, S. 5).

Da in SeLeP die verschiedenen Perspektiven auf das Pflegeheim von Anfang an im Fokus standen, können nun die Auswirkungen der Corona-Pandemie für das Pflegeheim aus all diesen Perspektiven in differenzierter Weise aufgemacht werden.

8.2 Die Sicht der An- und Zugehörigen

Die in SeLeP im Zeitraum vom 19. Juni bis 16. Juli 2020 befragten An- und Zugehörigen berichten zum Teil von sehr unterschiedlichen Erfahrungen, die sie bzw. ihr*e An-/Zugehörige*r im Pflegeheim während der Corona-Krise gemacht haben. Dies geht anschaulich aus dem folgenden Balkendiagramm hervor (vgl. Abbildung 30):

Wie die Kontaktbeschränkungen in den Pflegeheimen bewältigt wurden

Es haben das so erlebt:



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Besucher von An- und Zugehörigen im Pflegeheim
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8217 (2020)

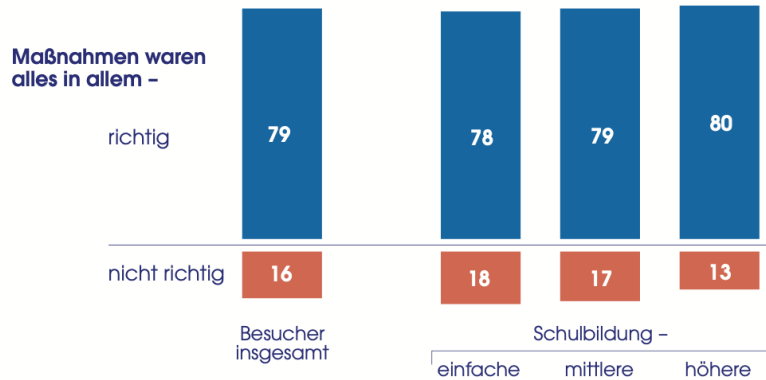
© IfD-Allensbach

Abbildung 30: Erfahrungen von An- und Zugehörigen während der strengen Corona-Schutzmaßnahmen

Trotz der breiten Heterogenität in den Erfahrungen, die stark zwischen positiven und negativen Erlebnissen changieren (siehe oben), beurteilen die An- und Zugehörigen die vom jeweiligen Pflegeheim erlassenen Beschränkungen zum Schutz der Bewohner*innen zum weit überwiegenden Teil als der Sache nach richtig und angemessen (78,8%). Immerhin 15,8% fanden aber die Maßnahmen „alles in allem nicht richtig“ (vgl. Abbildung 31). Der Bildungshintergrund der befragten An- und Zugehörigen hatte hierauf keinen Einfluss, sondern die Analyse zeigt, dass die Maßnahmen von allen Bildungsschichten gleichermaßen akzeptiert oder auch abgelehnt wurden:

Breite Zustimmung zu den Kontaktbeschränkungen in den Heimen während der Corona-Krise

Frage: "Während der Corona-Krise wurden ja verschiedene Maßnahmen erlassen, um die Ausbreitung des Virus einzudämmen. Dazu gehörte auch, dass Angehörige bzw. Freunde im Pflegeheim nicht mehr besucht werden durften oder dies nur eingeschränkt möglich war. Würden Sie sagen, Sie fanden diese Maßnahme alles in allem richtig oder nicht richtig?"



An 100 fehlende Prozent: keine Angabe

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Besucher von An- und Zugehörigen im Pflegeheim
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8217 (2020)

© IfD-Allensbach

Abbildung 31: Breite Zustimmung zu den Kontaktbeschränkungen durch die An- und Zugehörigen

Stattdessen lässt sich statistisch zeigen, dass die An-/Zugehörigen, die den Eindruck hatten, von der Einrichtung ausreichend über die Situation informiert zu werden (68,8%), auch signifikant häufiger der Frage zustimmten, die Maßnahmen mitzutragen bzw. ihren Erlass für legitim zu erachten (88,6% Zustimmung zu den Maßnahmen, 11,4% Ablehnung). Bei 14,6% der An-/Zugehörigen lief der Austausch mit dem Pflegeheim hingegen nicht gut. Sie wurden ihrem Urteil nach nicht ausreichend informiert und aufgeklärt, was einen negativen Einfluss auf die Akzeptanz der Schutzmaßnahmen hatte (61,2% Zustimmung zu den Maßnahmen, 38,8% Ablehnung).

Einfluss der Besuchsbeschränkungen auf das In-Kontakt-Treten zwischen An-/Zugehörigen und Bewohner*innen

In den in SeLeP durchgeführten qualitativen Fallstudien (siehe Kapitel 8.4) hat sich gezeigt, dass die untersuchten Pflegeheime während der Pandemie verstärkt digitale Kommunikationstechnologien einsetzten (z.B. Telefon, Messengerdienste oder Videokonferenzen), um die Pflegeheimbewohner*innen mit ihren An- und Zugehörigen in Kontakt kommen zu lassen. Andere erarbeiteten kreative ‚analoge‘ Lösungen, wie Besucherfenster oder Besucherterrassen. Doch solche Initiativen sind offenkundig keineswegs in der Breite der Pflegeheime ergriffen worden, wie die folgenden Aussagen der befragten An- und Zugehörigen deutlich machen (vgl. Abbildung 32):

Was die Kontaktbeschränkungen für die Besucher im Pflegeheim bedeuteten

Es haben das so erlebt:

Ich konnte meinen Angehörigen/
Freund lange nicht sehen

72 %

Es war für mich sehr schwer, mich
nicht wie gewohnt um sie/ihn zu
kümmern

61

Es hat mich bedrückt, dass ich nicht
darauf achten konnte, wie man sich
im Heim um meinen Angehörigen/
Freund kümmert

48

Ich hätte mir mehr Möglichkeiten
gewünscht, wie man sich trotz
Besuchseinschränkungen sehen
kann

44

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Besucher von An- und Zugehörigen im Pflegeheim
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8217 (2020)

© IfD-Allensbach

Abbildung 32: Erfahrungen der Kontaktbeschränkungen für die An- und Zugehörigen

25,2% der An- und Zugehörigen geben an, im Zeitraum der strengen Kontaktbeschränkungen „gar keinen“ Kontakt zu ihrem*ihrer Pflegeheimbewohner*in gehabt zu haben, 16,3% hatten seltener als einmal im Monat Kontakt. Demgegenüber standen ganze 10,8% selbst dann täglich in Kontakt zu ihrem pflegebedürftigen An-/Zugehörigen, als sie das Pflegeheim gar nicht oder nur sehr eingeschränkt betreten durften. 18,8% berichten von einem Kontakt „mehrmals in der Woche“, 18,3% von einem Kontakt „mehrmals im Monat“.

Diese Prozentverteilung ändert sich deutlich, wenn man auf die Zeit nach der schrittweisen Lockerung der Besuchsverbote im Frühsommer 2020 blickt (vgl. Abbildung 33):

Deutliche Verringerung der Kontakte zu den Heimbewohnern während der Corona-Pandemie: Über 40 Prozent hatten keinen oder kaum Kontakt

| Besucher insgesamt | Häufigkeit der - | | |
|-----------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| | Besuche vor den Kontaktbeschränkungen | Kontakte während der Kontaktbeschränkungen | Kontakte seit Ende der Beschränkungen |
| | % | % | % |
| Täglich | 19 | 11 | 12 |
| Mehrmals in der Woche | 27 | 19 | 32 |
| Mehrmals im Monat | 43 | 18 | 37 |
| Einmal im Monat | 11 | 10 | 12 |
| Seltener | x | 16 | 4 |
| Gar nicht | - | 25 | 2 |
| Keine Angabe | - | 1 | 1 |
| | 100 | 100 | 100 |

x = unter 0,5 Prozent - = keine einzige Nennung

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Besucher von An- und Zugehörigen im Pflegeheim
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 8217 (2020) © IFD-Allensbach

Abbildung 33: Deutliche Verringerung der Kontakte zu den Pflegeheimbewohner*innen durch die An- und Zugehörigen

Zwar halten ab diesem Zeitpunkt auch ‚nur‘ 12,5% täglich Kontakt zum*r Bewohner*in, doch die Kontakthäufigkeit von „mehrmals in der Woche“ bis „mehrmals im Monat“ steigt wieder deutlich an: von 18,8% auf 32,1% bzw. von 18,3% auf 36,7%. Damit liegt die Kontakthäufigkeit nicht nur fast wieder so hoch wie vor den erlassenen Beschränkungen, sondern der Anteil der Personen, die ihre An-/Zugehörigen „mehrmals in der Woche“ besuchen, ist sogar leicht gestiegen. Dieser Befund macht zwei Aspekte deutlich: Erstens scheint es einen kleinen, aber harten Kern an Besuchspersonen zu geben, die in einer derart engen Beziehung zu ihrem*r An-/Zugehörigen im Pflegeheim stehen, dass sie mit diesem*dieser täglich in Kontakt treten. Daran hat selbst die schwierige Situation von Mitte März bis Mitte Mai 2020 kaum etwas geändert. Zweitens deutet sich an, dass die weit überwiegende Mehrheit der An- und Zugehörigen die Möglichkeiten des in-Kontakt-Tretens wieder aufnahm, als die Chance dazu bestand. Denn nur 1,9% der Befragten gibt an, auch nach den Lockerungen nicht in Kontakt gestanden zu haben.

Damit erweist sich der im Rahmen der qualitativen Nacherhebungen vereinzelt geäußerte Eindruck, die An- und Zugehörigen hätten nur auf eine Rechtfertigungsgelegenheit gewartet, ihre Besuche oder Anrufe im Pflegeheim zu beenden, in der Breite betrachtet als nicht zutreffend. Diese Einschätzung lässt sich dadurch untermauern, dass auf Basis der Auskunft der An- und Zugehörigen Besuche nicht zuletzt aus Rücksicht auf das Wohlergehen der Bewohner*innen ausgesetzt wurden, insbesondere aus Sorge vor einer möglichen Infektion durch Begegnungen und (zu) engen Kontakt (vgl. Abbildung 34):

Wie das Coronavirus Besuche im Heim verändert hat

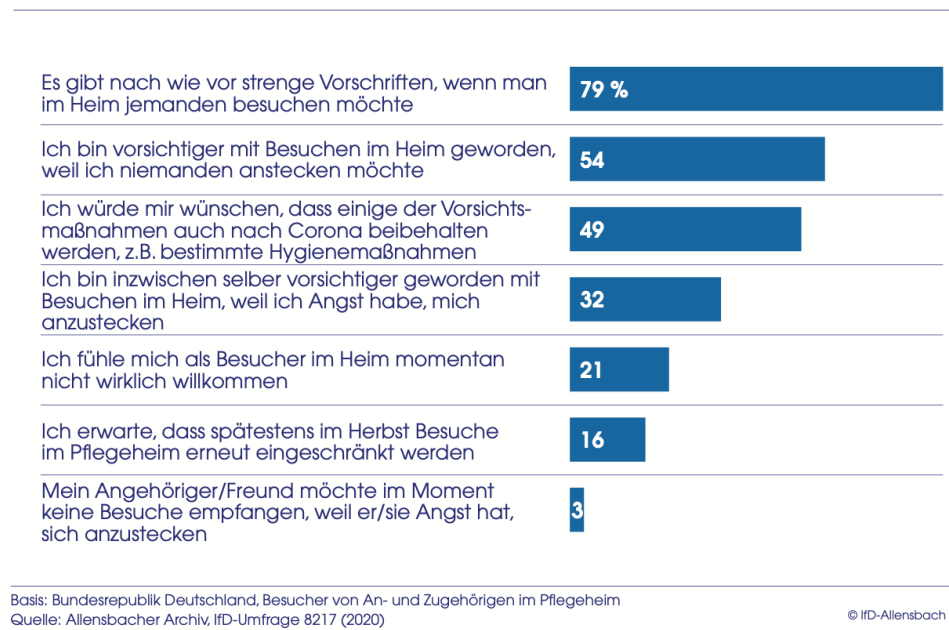


Abbildung 34: Veränderungen der Besuche im Pflegeheim durch das Coronavirus

Diese Sorge scheint umso geringer zu sein, je besser das Pflegeheim von den Besucher*innen insgesamt bewertet wird. Denn in Pflegeheimen, die von den Besucher*innen alles in allem besser bewertet werden, verringerten sich die Kontakte während der Einschränkungen etwas weniger als im Durchschnitt (vgl. Abbildung 35). Hier geben ‚nur‘ 55% der Besucher*innen an, dass sie während des Lockdowns seltener Kontakt mit den Pflegeheimbewohner*innen hatten als vor der Krise. Im Gegensatz dazu verringerte sich bei 71% der Besucher*innen, die das Pflegeheim ihres An- bzw. Zugehörigen eher schlecht bewerten, der Kontakt stärker:

Für zwei Drittel der Besucher verringerten sich die Kontakte zu den Heimbewohnern während der Corona-Krise, weniger Einschränkungen in besser bewerteten Heimen

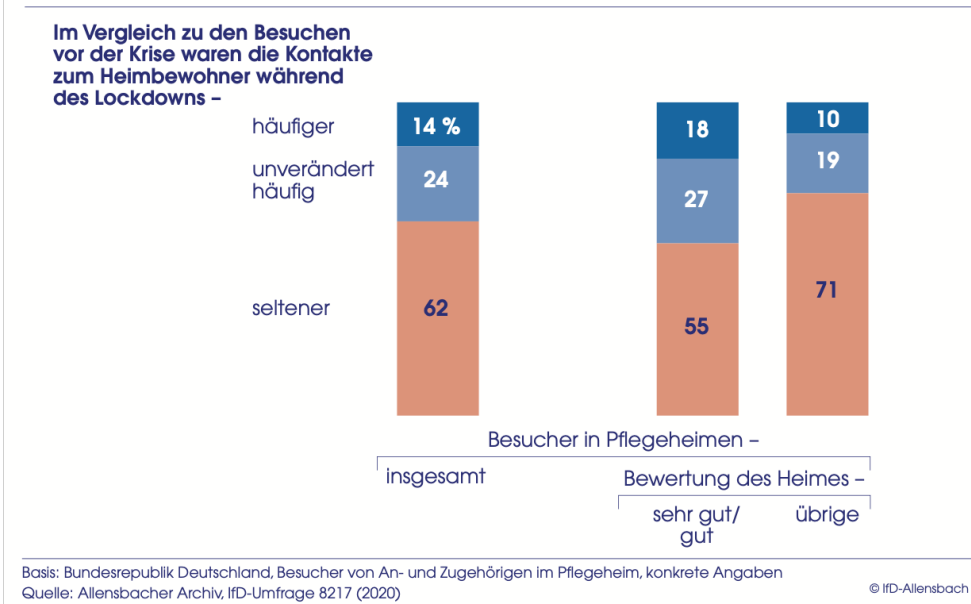


Abbildung 35: Verringerung der Kontakthäufigkeit in Abhängigkeit von der Gesamtbewertung des Pflegeheims

Wahrgenommene Veränderungen im physischen und psychischen Gesundheitsstatus der Bewohner*innen

In der Wahrnehmung der An- und Zugehörigen hat sich im Zuge der Corona-Krise der Gesundheitszustand bei einer ganzen Reihe von Pflegeheimbewohner*innen verschlechtert – und zwar sowohl körperlich als auch psychisch. Inwieweit diese Verschlechterungen ursächlich auf die Kontaktbeschränkungen und andere Maßnahmen (wie Mahlzeiten auf den Zimmern) während des Lockdowns zurückzuführen sind, lässt sich auf Basis der vorliegenden Umfragedaten nicht abschließend klären. Aber es ist davon auszugehen, dass beide Entwicklungen miteinander zu tun haben. In erster Linie hat sich der psychische Gesundheitszustand der Pflegeheimbewohner*innen verschlechtert: 20% der Besucher*innen beklagen, der seelische Zustand des*r Pflegeheimbewohners*in habe sich sehr verschlechtert, 46% sehen zumindest leichte Beeinträchtigungen. Nur knapp jede*r Fünfte hat keine Veränderungen des psychischen Gesundheitszustandes seines*ihres An-/Zugehörigen bzw. Freundes feststellen können.

Der körperliche Gesundheits- bzw. Krankheitszustand der Bewohner*innen hat während der Corona-Zeit etwas weniger gelitten als der seelische (vgl. Abbildung 36). Immerhin 47% der Befragten geben jedoch an, dass sich die körperliche Verfassung des*r Pflegeheimbewohners*in „sehr“ (14%) bzw. „etwas“ (33%) verschlechtert habe. Etwa jeder Dritte stellt bezüglich des körperlichen Gesundheitszustands keine Veränderungen fest:

Bei einem Teil der Heimbewohner hat sich die körperliche und seelische Gesundheit während der Kontaktbeschränkungen verschlechtert

Frage: "Darf ich fragen, ob sich der körperliche Gesundheitszustand Ihres Angehörigen bzw. Freundes seit Beginn der Corona-Krise verschlechtert hat? Würden Sie sagen, er hat sich sehr verschlechtert, etwas verschlechtert oder gar nicht verschlechtert?"

Besucher insgesamt

| Der Zustand hat sich - | in Bezug auf die - | |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| | körperliche Gesundheit % | psychische Gesundheit % |
| sehr verschlechtert | 14 | 20 |
| etwas verschlechtert | 33 | 46 |
| gar nicht verschlechtert | 32 | 19 |
| verbessert | 2 | 1 |
| Schwer zu sagen, unentschieden | 19 | 14 |
| | 100 | 100 |

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Besucher von An- und Zugehörigen im Pflegeheim
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8217 (2020)

© IfD-Allensbach

Abbildung 36: Verschlechterung der körperlichen und seelischen Gesundheit von Pflegeheimbewohner*innen während der Zeit der strengen Kontaktbeschränkungen

Diese deutlichen Zahlen belegen die bereits im Forschungsstand (siehe Kapitel 8.1) benannten negativen Auswirkungen von sozialer Isolation auf das psychische und physische Wohlbefinden von Menschen. Das zeigt nicht zuletzt auch ein Vergleich zwischen den Bewohner*innen, zu denen Kontakt gehalten werden konnte mit der Gruppe der Bewohner*innen, die sich während des Lockdowns häufig einsam gefühlt haben (vgl. Abbildung 37):

In welchen Heimen die Bewohner besonders unter den Kontaktbeschränkungen gelitten haben



Abbildung 37: Bedingungen für eine besser oder schlechtere Bewältigung der Kontaktbeschränkungen mit Blick auf die Bewohner*innen aus Sicht der An- und Zugehörigen

Neubewertung des Pflegeheims nach der Krisenerfahrung?

Nur wenige An-/Zugehörige machen allerdings das Pflegeheim für die beobachtete Verschlechterung des physischen und/oder psychischen Gesundheitszustands der Pflegeheimbewohner*innen verantwortlich. Dies legt zumindest die von den An-/Zugehörigen abschließend erfragte Bewertung des Pflegeheims seit der Corona-Krise nahe (vgl. Abbildung 38; Angaben in %):

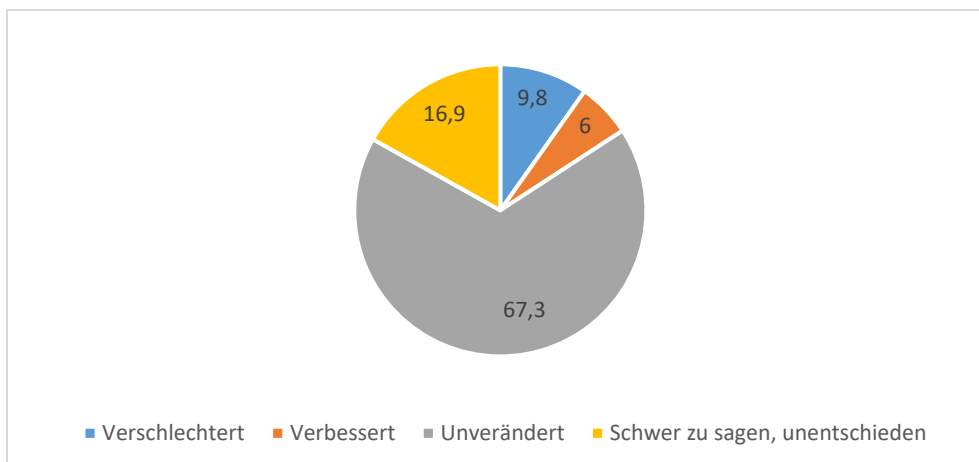


Abbildung 38: Neubewertung des Pflegeheims seit der Corona-Krise durch die An-/Zugehörigen.

Anmerkungen: N gesamt = 480; N valid = 480 (100%); N fehlend = 0

Bei 67,3% der Befragten haben die Erfahrungen während der Krise nicht dazu geführt, dass sie das jeweilige Pflegeheim besser oder schlechter bewerten als zuvor. 16,9% sind in ihrer

Einschätzung unentschlossen. Diese Gruppen an An-/Zugehörigen scheint also Positives wie Negatives während Corona im Zusammenhang mit dem Pflegeheim erlebt zu haben (vgl. Abb. 37). 6% geben sogar eine bessere Bewertung an als vor der Pandemie. Doch bei 9,8% schneidet das Pflegeheim nun schlechter ab als zuvor.

Sucht man nach Gründen für diese Verschlechterung in der Bewertung, dann zeigt sich, dass kein Zusammenhang mit einer Corona-Infektion seitens des*r Pflegeheimbewohners*in besteht. Allerdings gibt diese Gruppe der An- und Zugehörigen (N=47) dennoch überdurchschnittlich häufig an, dass sie nicht der Meinung ist, dass ihr*e An-/Zugehörige*r oder Freund*in die Situation gut überstanden hat (76,6%). Dies lässt sich auf eine Reihe von Gründen zurückführen, wie die folgende Abbildung zeigt (vgl. Abbildung 39; Angaben in %):

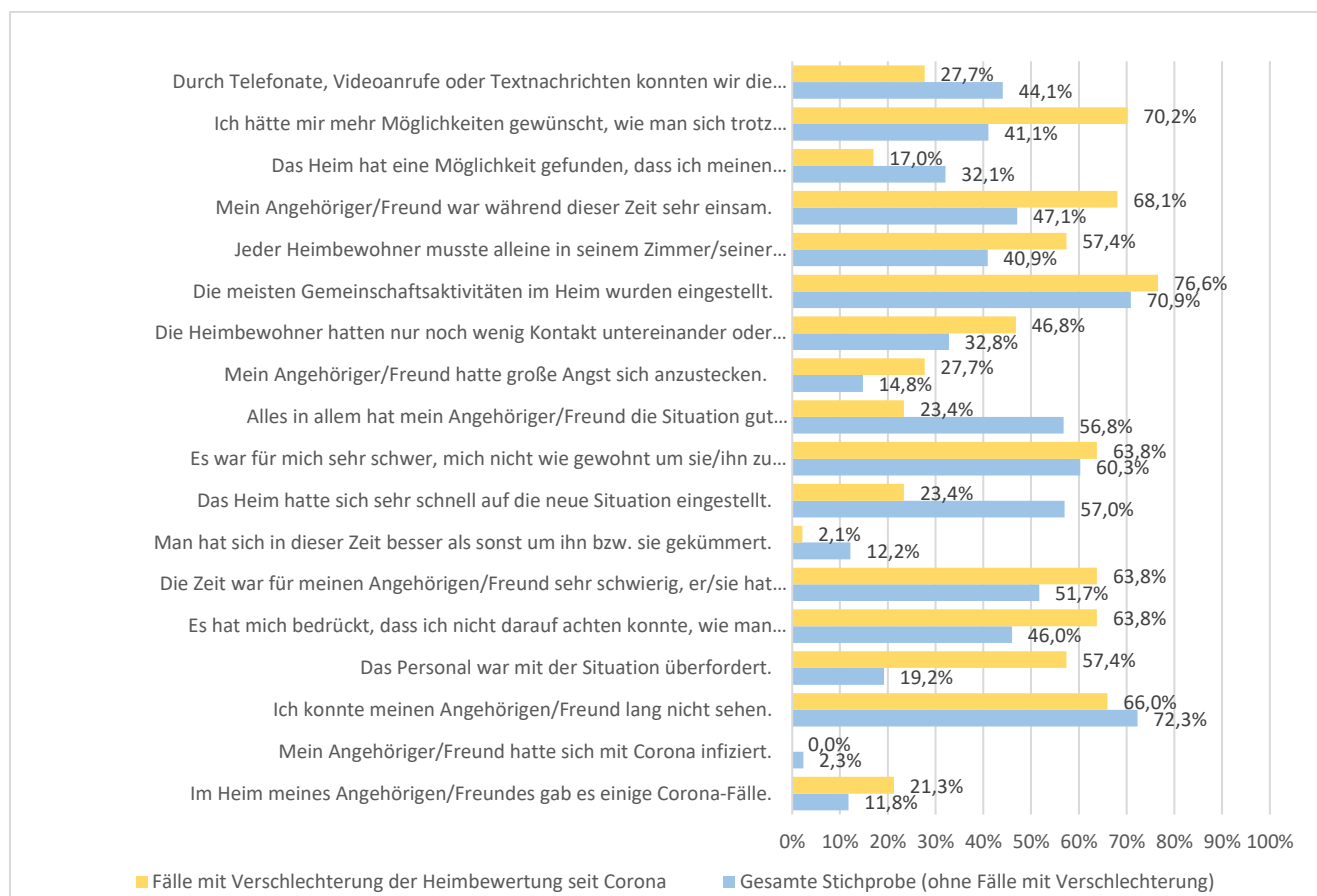


Abbildung 39: Mögliche Gründe für eine schlechtere Bewertung der Pflegeeinrichtung.

Anmerkungen: Prozentuale Anteile der gewählten Anteile (Frage bejaht) in der gesamten Stichprobe (N=433) und Teilstichprobe (N=47)

Gründe für die schlechtere Bewertung der Pflegeheime infolge der Corona-Pandemie werden von den befragten An- und Zugehörigen in Vergleich zu denjenigen mit gleichbleibender Bewertung des Pflegeheims vor und während der Corona-Krise einerseits dem Personal, das mit der Situation überfordert war (57,4% zu 19,2%), und der mangelnden Anpassung der Einrichtung an die neue Situation zugeschrieben (23,4% zu 57,0% hinsichtlich des Statements „Das Pflegeheim hatte sich sehr schnell auf die neue Situation eingestellt“), andererseits auch den Kontaktbeschränkungen (bspw. 70,2% zu 41,1% in Bezug auf „Ich hätte mir mehr Möglichkeiten gewünscht, wie man sich trotz Besuchseinschränkungen sehen kann“), der sozialen

Isolation der Bewohnen*innen als Folge davon (bspw. 68,1% zu 47,1% in Bezug auf „Mein Angehöriger/Freund war während dieser Zeit sehr einsam.“) und auch der Sorge der An- und Zugehörigen (bspw. 63,8% zu 46,0% „Es hat mich bedrückt, dass ich nicht darauf achten konnte, wie man sich im Pflegeheim um meinen Angehörigen/Freund kümmert“).

Des Weiteren haben die An- und Zugehörigen, die in der Befragung das Pflegeheim nach den Kontaktbeschränkungen negativer beurteilt haben als zuvor, häufiger eine gedrückte bzw. niedergeschlagene Stimmung unter den Bewohner*innen im Pflegeheim wahrgenommen als Personen ohne Änderung der Pflegeheimbewertung während der ersten Welle in der Corona-Krise (66,0% in Vergleich zu 34,4%). Auch haben sich erstere in dieser Zeit im Pflegeheim weniger willkommen gefühlt als letztere (51,1% in Vergleich zu 17,8%) und zudem den Eindruck gewonnen, dass sich der Personalmangel durch die Corona-Krise verstärkt hat (47% in Vergleich zu 18,7%). Dies unterstreicht auch der Befund, wonach der Austausch zwischen Personal und An- und Zugehörigen in den Fällen mit schlechterer Beurteilung des Pflegeheims in der Corona-Zeit als zuvor weit weniger reibungsloser funktioniert hat als in den Fällen ohne Änderung der Pflegeheimbewertung.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen zu den Gründen für die Schlechterbewertung der Pflegeheime während der ersten Welle in der Corona-Krise haben die mit der neuen Situation im Pflegeheim unzufriedenen An- und Zugehörigen außerdem anteilig häufiger angegeben, dass sich der körperliche und vor allem auch der psychische Zustand der Bewohner*innen während der Zeit der Kontaktbeschränkungen bedeutend verschlechtert hat (vgl. die Ergebnisse in Abbildung 40 und Abbildung 41).

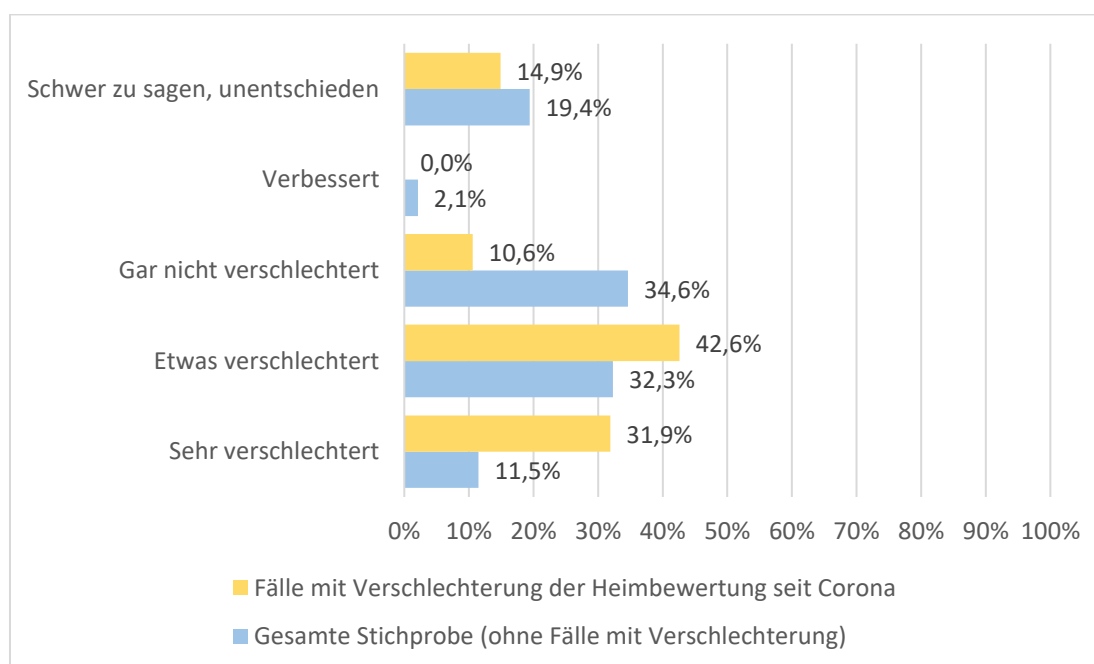


Abbildung 40: Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustands der Bewohner*innen seit Beginn der Corona-Krise.

Anmerkung: Ergebnisse aus deskriptiven Analysen: Prozentuale Anteile der gewählten Anteile (Frage bejaht) in der gesamten Stichprobe (N=433) und Teilstichprobe (N=47) mit schlechterer Pflegeheimbewertung seit der Corona-Pandemie.

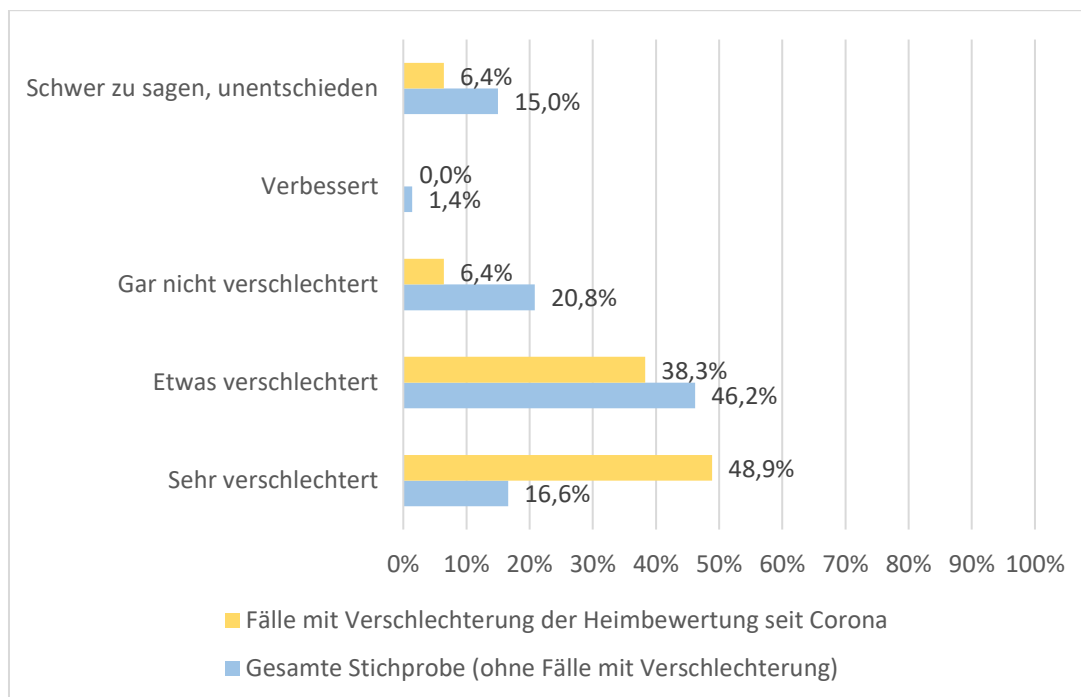


Abbildung 41: Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der Bewohner*innen seit Beginn der Corona-Krise.

Anmerkung: Ergebnisse aus deskriptiven Analysen: Prozentuale Anteile der gewählten Anteile (Frage bejaht) in der gesamten Stichprobe (N=433) und Teilstichprobe (N=47) mit schlechterer Pflegeheimbewertung seit der Corona-Pandemie.

8.3 Einschätzung der Pandemie-Erfahrungen durch die Einrichtungsleitungen

Thematisch ging es in der Online-Heimleiterbefragung unter dem Stichwort ‚Corona‘ um die Lage der Einrichtungen zum Zeitpunkt der Befragung (August 2020 bis Januar 2021), den Umgang mit Covid-19-Infektionsschutzmaßnahmen und Covid-19-Erkrankungen im Pflegeheim, sowie den Konsequenzen daraus für alle Akteur*innen vor Ort (vgl. Erhebungsinstrument im Anhang).

Jede*r im Pflegeheim ist betroffen – allerdings in unterschiedlichem Ausmaß

Zunächst wurde ganz generell abgefragt, wie sehr sich der Arbeitsalltag oder Alltag im Allgemeinen verschiedener Akteur*innen in Pflegeeinrichtungen seit Beginn der Covid-19-Pandemie verändert hat. Dafür sind nicht nur die Mitarbeiter*innen in Betracht gezogen worden wie bspw. die Fach- und Hilfskräfte in der Pflege und Betreuung, Verwaltung oder Auszubildende, sondern auch die Bewohner*innen selbst, deren An-/Zugehörige und Personengruppen, die sich auf freiwilliger Basis in Pflegeheimen engagieren wie bspw. Ehrenamtliche. Die univariaten Berechnungen verdeutlichen seit Ausbruch der Corona-Pandemie starke Veränderungen im (Arbeits-)Alltag aller Personengruppen:

- Bei der Einrichtungsleitung: 76,3%;
- Bei der Pflegedienstleitung: 79%;
- Bei den Pflegefachkräften: 75,8%;
- Bei den Pflegehilfskräften: 67,1%;

- Bei den Fachkräften der sozialen Betreuung: 70%;
- In der Hauswirtschaft: 43,4%;
- In der Verwaltung: 47,2%;
- Bei den Bewohner*innen: 69,6%;
- Bei den An-/Zugehörigen: 77,3%;
- Bei den ehrenamtlichen Helfer*innen: 49,1%;
- Bei den Auszubildenden, Praktikant*innen, Bufdis: 50,3%.

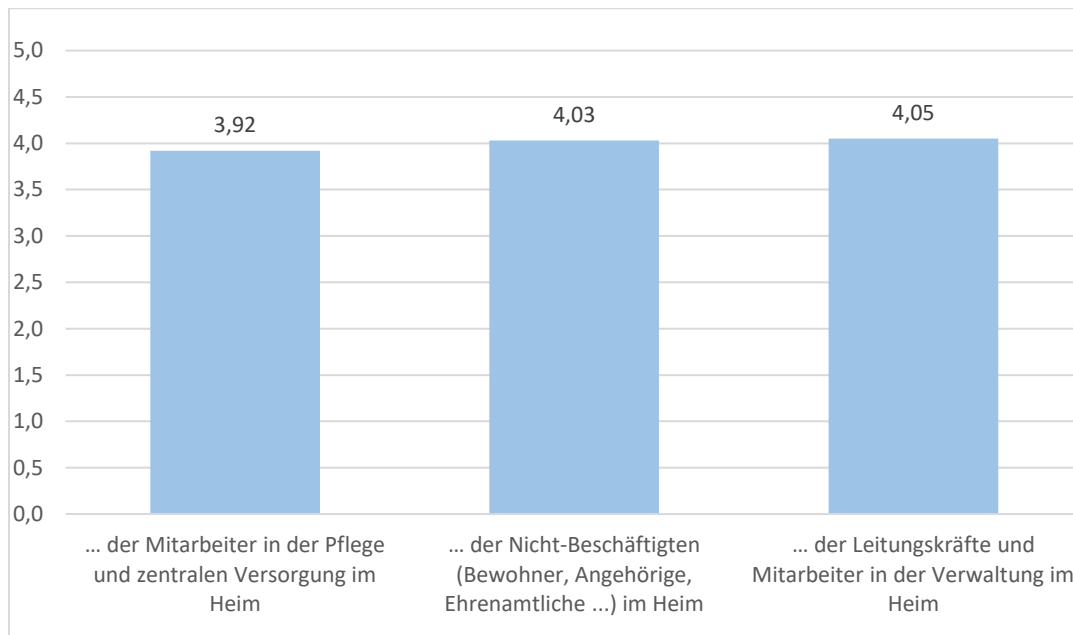


Abbildung 42: Belastungen verschiedener Personengruppen während Covid-19

Anmerkung: Ergebnisse aus deskriptiver, univariater Analyse der latenten Konstrukte aus der explorativen Faktorenanalyse: Mittelwerte, 6-stufige Skala mit aufsteigender Itemintensität (0-5) und den Antwortvorgaben: überhaupt nicht, sehr wenig, eher wenig, etwas, eher stark, sehr stark und keine Angabe.

Die Akteursgruppen in Pflegeeinrichtungen, sind aber im Durchschnitt in etwa in gleichem Maße von Belastungen infolge von Covid-19 betroffen, wie die Verteilung der Gruppenmittelwerte in der obigen Graphik verdeutlicht (vgl. Abbildung 42).

Allerdings waren die unterschiedlichen Akteursgruppen je nach Einrichtung in unterschiedlichem Maße von Veränderungen ihres Alltags betroffen. Unterschiedsanalysen decken in dem Zusammenhang auf, dass etwa Einrichtungen im ländlichen Raum bei der Arbeit der Pflegekräfte größere Veränderungen dokumentieren als Pflegeheime in Metropolen. Mit Blick auf Einrichtungsleitungen und die Angestellten in der Verwaltung macht das Bundesland einen Unterschied: Einrichtungsleitungen östlicher Bundesländer nehmen mehr Veränderungen bei sich und den Verwaltungsmitarbeiter*innen wahr als Einrichtungen westlicher Bundesländer. Bei den Bewohner*innen, ihren An-/Zugehörigen und den ehrenamtlichen Helfer*innen zeigen sich besonders starke Veränderungen bei Einrichtungen in Großstädten im Vergleich zum ländlichen Raum oder Metropolen/Landeshauptstädten. Aufschlussreich sind auch substantielle Unterschiede nach Trägern. So war die Gruppe der Nicht-Beschäftigten in kirchlichen oder

freigemeinnützigen Einrichtungen von Belastungen durch die Corona-Pandemie in der zweiten Welle mehr betroffen als in privaten Pflegeheimen, was aber mit der stärkeren Sozialraumbettung dieser Einrichtungen zu tun haben könnte (bspw. mehr Ehrenamtliche in gemeinnützigen Einrichtungen).

Gestiegene Belastungen: Unterschiede zwischen den Pflegeheimen

Zur Vertiefung der zunächst allgemein erfragten Veränderungen im Pflegeheimalltag ist in der Online-Befragung ermittelt worden, ob auf Mitarbeiterseite seit Beginn der Corona-Pandemie zusätzliche Belastungen entstanden sind. Die Ergebnisse aus der explorativen Faktorenanalyse zeigen hierzu, dass von den Einrichtungsleitungen folgende Aspekte als belastend wahrgenommen werden:

- *Gestiegene Anforderungen in der Pflege und sozialen Betreuung der Pflegeheimbewohner*innen:* z.B. mehr Hygiene- und Schutzmaßnahmen, ein allgemein schlechterer physischer und psychischer Gesundheitszustand bei den Bewohner*innen – auch bei Menschen mit Demenz, Konflikte durch das Spannungsverhältnis zwischen der Freiheit des Einzelnen und der Gesundheit aller Bewohner*innen;
- *Eine fehlende soziale Integration der Bewohner*innen:* z.B. keine oder nur wenige Freizeitangebote für die Bewohner*innen, Ausfallen von Gemeinschaftsaktivitäten, wenig Kontakt der Bewohner*innen untereinander;
- *Covid-19-Erkrankungen in der Einrichtung:* z.B. mehr Todesfälle, fehlende palliative Versorgung, krankheitsbedingte Fehlzeiten oder Quarantäne bei den Mitarbeiter*innen;
- *Höherer Arbeitsaufwand:* z.B. durch Umsetzung der gesetzlichen Verordnungen und den hieraus resultierenden neuen Aufgaben für Mitarbeiter*innen, gestiegene Notwendigkeit der Mitarbeiterführung, Einarbeitung von zusätzlich eingestelltem Personal, Organisation 14-tägiger Quarantäne bei Neuzugängen unter den Bewohner*innen;
- *Schließung der Einrichtung nach außen:* z.B. Unterbindung oder Reduzierung des Kontaktes von Bewohner*innen zu ihren An-/Zugehörigen, nach außen ins Quartier und zu externen Dienstleister*innen;
- *Mängel in der Ausstattung der Einrichtung:* z.B. fehlendes Desinfektionsmittel und nicht genug Schutzkleidung für die Pflege, Mangel an Medikamenten bei den Bewohner*innen, ungenügendes medizinisches Fachwissen bei einem Teil der Mitarbeiter*innen;
- *Mehraufwand mit Blick auf die An-/Zugehörigen:* z.B. kein Verständnis der An-/Zugehörigen für die Schutzmaßnahmen, häufiges Anrufen und Nachfragen seitens der An-/Zugehörigen, fehlende Unterstützung der An-/Zugehörigen bei den Bewohner*innen;
- *Ängste und Unsicherheiten bei den Pflegekräften:* Ängste der Mitarbeiter*innen um die Bewohner*innen, Ängste der Mitarbeiter*innen vor einer eigenen Ansteckung.

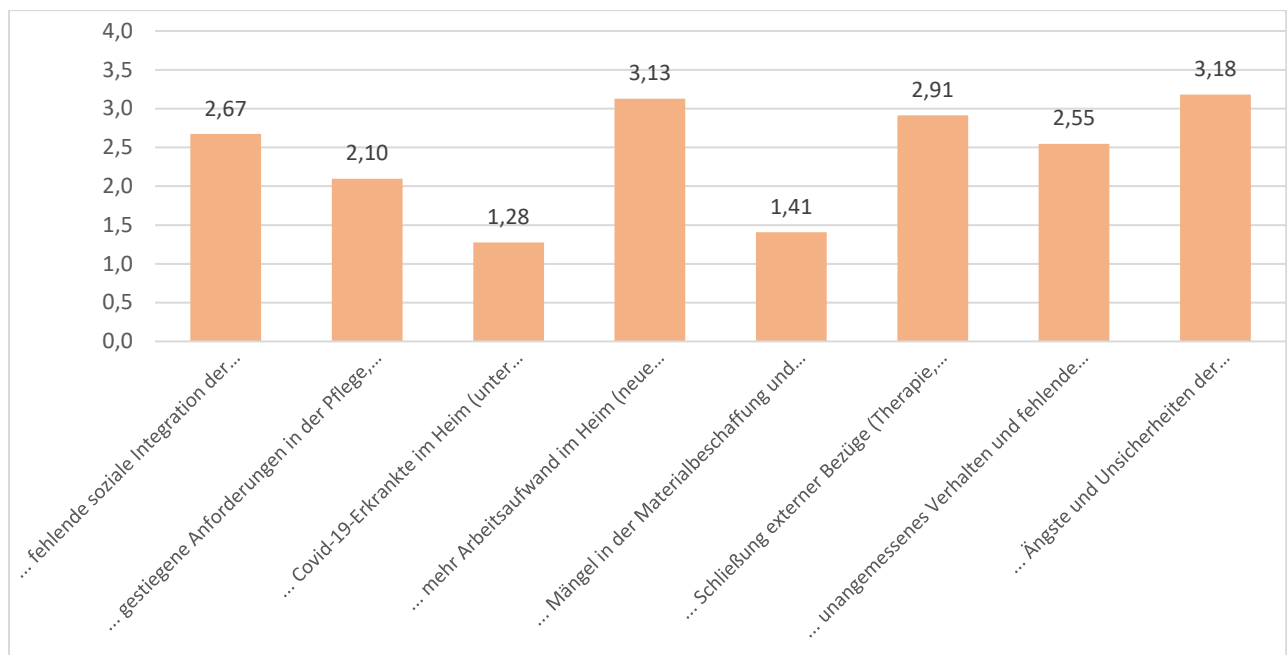


Abbildung 43: Faktoren für Belastungen während Covid-19

Anmerkung: Ergebnisse aus deskriptiver, univariater Analyse der latenten Konstrukte aus der explorativen Faktorenanalyse: Mittelwerte; 5-stufige Skala mit aufsteigender Itemintensität (0-4) und den Antwortvorgaben: trifft überhaupt nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft voll und ganz zu.

Wie die Verteilung der Mittelwerte verdeutlicht (vgl. Abbildung 43), werden diese heterogenen Belastungen jedoch nicht alle als gleich wichtig eingeordnet. Insbesondere den Ängsten und Unsicherheiten bei den Mitarbeiter*innen in der Pflege, dem höheren Arbeitsaufwand im Pflegeheim (neue Verordnungen, Vorschriften), der Schließung der Einrichtung nach außen sowie der fehlenden sozialen Integration der Bewohner*innen wird von den Einrichtungsleitungen im Schnitt eine größere Bedeutung beigemessen. Als relevant wird aber ebenso der entstandene Mehraufwand mit Blick auf die An-/Zugehörigen bezeichnet. Eine nur untergeordnete Rolle spielen bei den Befragten dagegen die Faktoren Covid-19-Erkrankungen sowie Mängel in der Ausstattung.

Insgesamt fällt die Streuung der Antworten bei den einzelnen Items allerdings recht hoch aus, weshalb von großen Unterschieden in den Einschätzungen zusätzlicher Belastungen und damit von einer deutlichen Variabilität der Pflegeeinrichtungen diesbezüglich auszugehen ist. Hier ist anzunehmen, dass Unterschiede in den Anpassungsleistungen der Pflegeheime an die neue Situation in Abhängigkeit von strukturellen Parametern wie Trägerschaft oder regionale Faktoren zu beurteilen sind. Dementsprechend waren die Belastungen durch Covid-19-Erkrankte in kirchlichen und öffentlichen bzw. kommunalen Einrichtungen größer als in Pflegeheimen mit privat-gewerblicher Trägerschaft, gemessen an den Einschätzungen der Leitungskräfte. Pflegeheime in den östlichen Bundesländern haben während der zweiten Welle mehr gestiegene Anforderungen in der Pflege, Betreuung und ethischen Begleitung der Bewohner*innen erfahren als Einrichtungen in den westlichen Ländern, ebenso auch mehr Belastungen durch Covid-19-Erkrankte als Pflegeheime im Norden der Bundesrepublik Deutschland. In ähnlicher Weise haben die Leitungskräfte in Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen häufiger von mehr Arbeitsaufwand im Pflegeheim infolge ständig wechselnder

Verordnungen und Vorschriften in der Befragung berichtet als diejenigen im Norden Deutschlands. Des Weiteren blieb die soziale Integration der Bewohner*innen in öffentlichen Pflegeheimen häufiger aus als in privaten, was mit einer generell größeren Offenheit öffentlicher Einrichtungen für und in den Sozialraum zusammenhängen könnte, die unter Pandemie-Bedingungen stark eingeschränkt war.

Der Blick der Einrichtungsleitungen auf die Bewohner*innen

Auch mit Blick auf die Bewohner*innen wurden die Einrichtungsleitungen gebeten, die Veränderungen im Pflegeheimalltag zu präzisieren. Dazu ergibt sich auf Basis der univariaten prozentualen Verteilungen der einzelnen Fragen in der Itembattery folgendes Bild (vgl. Abbildung 44; Angaben in %):

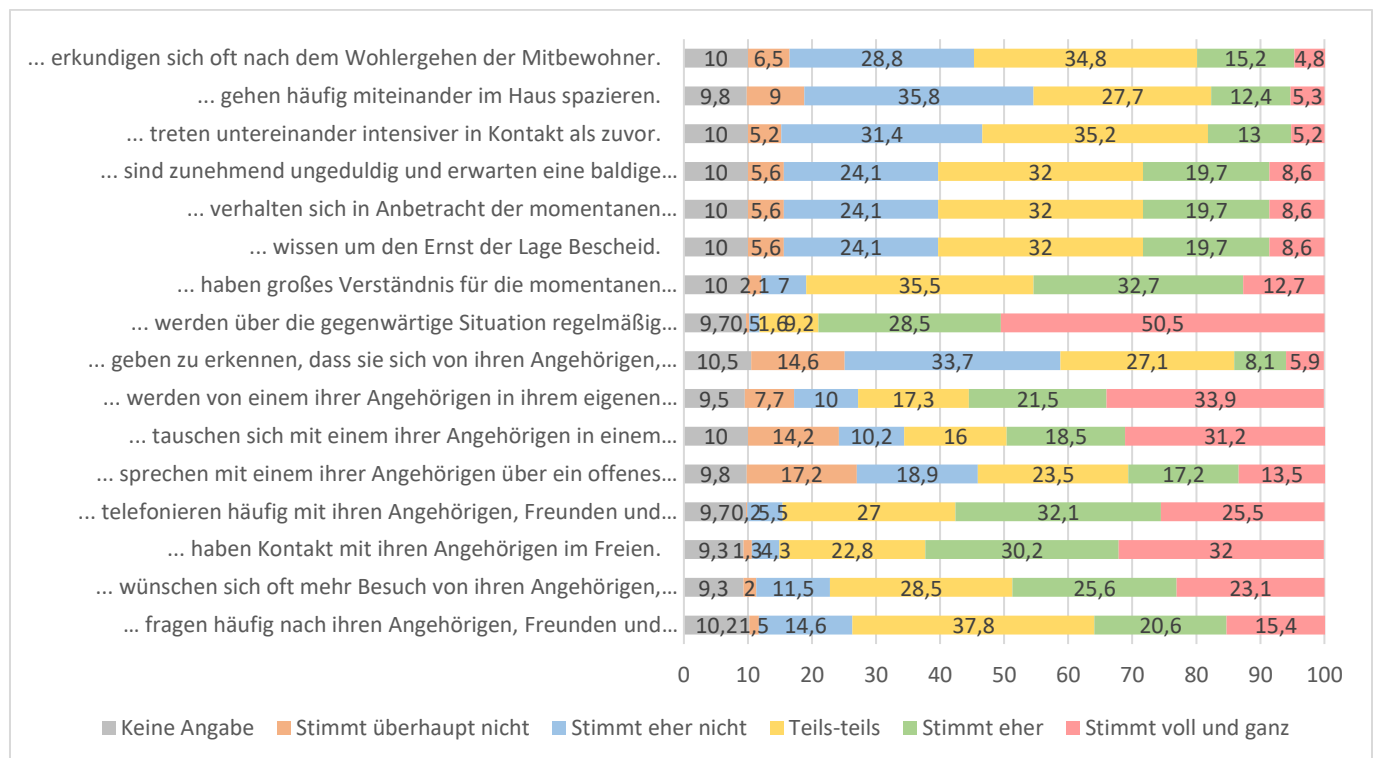


Abbildung 44: Aussagen über die Bewohner*innen in Pflegeheimen.

Anmerkung: N=943 mit validen Werten, N=239 mit fehlenden Werten

Die Verteilung der deskriptiven Kennwerte der einzelnen Items zeigt, dass die Befragten nur der Aussage „Bewohner*innen werden über die gegenwärtige Situation regelmäßig informiert“ im Durchschnitt am meisten oder häufigsten mit „stimmt eher“ bis „stimmt voll und ganz“ zugestimmt haben. Ansonsten verteilen sich die Antworten eher über die Antwortvorgaben „teils-teils“ und „stimmt eher“. Allerdings fällt die Streuung der Antworten (Standardabweichung) bei der Hälfte der Items vergleichsweise recht hoch aus (> 1), insbesondere bei den Fragen, die die An-/Zugehörigen betreffen. Insofern ist von einer bedeutenden Variabilität in den Antworten der Befragten auszugehen, was womöglich auf verschiedene Ursachen wie bspw. die Anpassung des Pflegeheims an die neue Situation, die Kontaktbeschränkungen oder personelle Engpässe im Pflegeheim zurückzuführen ist.

Die oben dargestellten einzelnen Items ließen sich zu folgenden übergeordneten Faktoren zusammenfassen:

- Verlusterleben der Bewohner*innen im Pflegeheim (gegenüber An-/Zugehörigen);
- Informiertheit und adaptives Verhalten der Bewohner*innen im Pflegeheim;
- Sozialkontakte der Bewohner*innen im Pflegeheim;
- Beschützter Kontakt der Bewohner*innen mit An-/Zugehörigen im Pflegeheim;
- Direkter Kontakt der Bewohner*innen mit An-/Zugehörigen im Pflegeheim.

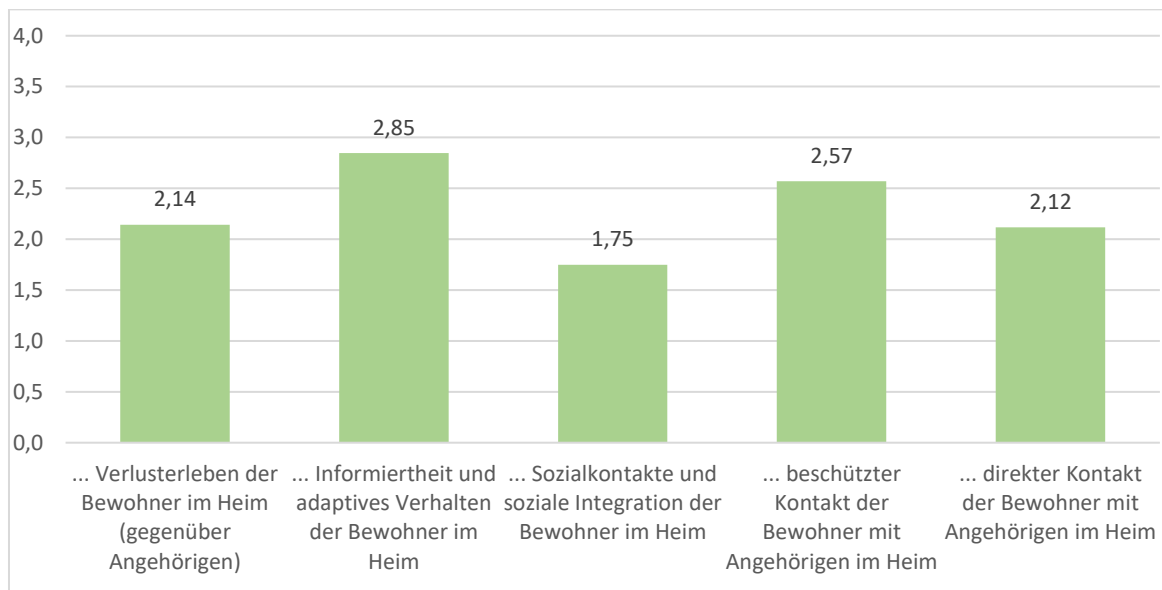


Abbildung 45: Aussagen zu Bewohner*innen bzgl. ihrer An-/Zugehörigen und der derzeitigen Einschränkungen im Alltag aufgrund der Covid 19-Krise

Anmerkung: Ergebnisse aus deskriptiver, univariater Analyse der latenten Konstrukte aus explorativer Faktorenanalyse: Mittelwerte; 5-stufige Skala mit aufsteigender Itemintensität (0-4) und den Antwortvorgaben: stimmt überhaupt nicht, stimmt eher nicht, teils-teils, stimmt eher, stimmt voll und ganz.

Die Verteilung der Mittelwerte der Faktoren, die die Situation der Bewohner*innen während der Corona-Pandemie beschreiben, lässt erkennen, dass die Pflegeheimbewohner*innen gut über die derzeitige Lage informiert sind, ein an die Situation angemessenes Verhalten zeigen und damit im Durchschnitt einen vernünftigen und verständnisvollen Umgang pflegen (vgl. Abbildung 45). Auch wurde ihnen seitens der Einrichtungen ein beschützter Kontakt mit ihren An-/Zugehörigen im Pflegeheim bei Besuchen ermöglicht. Die Analyse von Unterschieden in diesen Faktoren nach Strukturparametern ergab, dass Pflegedienstleitungen ein stärkeres Verlusterleben der Pflegeheimbewohner*innen wahrgenommen haben („haben ihre An-/Zugehörigen vermisst“) als Pflegeheimleitungen. Im Gegensatz dazu nehmen Einrichtungsleitungen eher als Pflegedienstleitungen einen hohen Informationsgrad, verständnisvolles Verhalten und situationsangemessenes Handeln bei den Bewohner*innen wahr. Erklärt wird diese Befundlage damit, dass Pflegedienstleitungen im täglichen Umgang mehr Kontakt mit Bewohner*innen haben als Pflegeheimleitungen und daher auch mehr die ambivalenten Erfahrungen der Bewohner*innen wahrnehmen. Auch ist in Einrichtungen der südlichen Bundesländer ein höherer Informationsgrad und mehr verständliches Verhalten der Bewohner*innen festzustellen

als in den Pflegeheimen in den östlichen Bundesländern. Dieser Befund ist möglicherweise damit zu erklären, dass die Pflegeheime in den südlichen Ländern vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen während der ersten Welle auf die zweite besser vorbereitet waren. Darüber hinaus hat auch das Wohnbereichskonzept einen Einfluss darauf ausgeübt, wie die Bewohner*innen die schwierige Lage während der strengen Lockdown-Phasen in der Corona-Pandemie erlebt haben: In teil-segregativen Wohnbereichskonzepten war ein größeres Verlusterleben der Bewohner*innen zu ermitteln. Das bedeutet, Bewohner*innen in solchen Wohnbereichen haben – aus Sicht der Einrichtungs-/Pflegedienstleitungen – ihre An- und Zugehörigen mehr vermisst und waren einsamer als solche in integrativen Wohnbereichen mit einem stärkeren Durchmischungsverhältnis der Bewohner*innen. Zudem ist zu konstatieren, dass Einrichtungen in großstädtischen Regionen mehr direkten Kontakt zwischen Bewohner*innen und ihren An- und Zugehörigen während der zweiten Welle zuließen als Pflegeheime in ländlichen Regionen, ebenso auch kirchliche Einrichtungen in Vergleich zu privaten, vermutlich vor dem Hintergrund ihrer Wertorientierungen.

Veränderungen über die Zeit: Ergebnisse der Pseudo-Trendanalyse

Aufgrund der vergleichsweise langen Laufzeit der Online-Befragung von August 2020 bis Anfang Februar 2021 war es rechnerisch möglich, eine Trendanalyse durchzuführen, die den zeitlichen Verlauf und damit die Entwicklung der Lage der Pflegeeinrichtungen in der Stichprobe in den Spätsommer-, Herbst- und Wintermonaten, also während der zweiten Welle in der Corona-Pandemie, nachzeichnet (vgl. Abbildung 46).⁶⁹

Eine solche Gegenüberstellung von unterschiedlichen zeitlichen Phasen während der Pandemie macht deutlich, dass die Befragten bis zur Herbstmitte die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Pflegeheimbewohner*innen höher einstuften als auf die Leitungskräfte, Mitarbeiter*innen in der Verwaltung sowie die Fach- und Hilfskräfte in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung (vgl. Abbildungen im Anhang). Mitte Oktober 2020 hat sich das allerdings erkennbar verändert. Hierfür haben sich in der teststatistischen Analyse signifikante Unterschiede im zeitlichen Verlauf ergeben.

⁶⁹ Insgesamt betrachtet sind bei der Interpretation der Ergebnisse stets die ungleichen Fallgrößen in den Teilstichproben pro Kalenderwoche und -monat zu berücksichtigen. Allerdings ist es plausibel anzunehmen, dass dies in testtheoretischer Hinsicht keine wesentlichen Auswirkungen auf die „wahren“ Werte hat, wenn die Verteilung der Teilstichprobengrößen und der Mittelwerte vergleichend gegeneinander abgewogen werden. Lediglich ein Ausreißer ist in den Analysen nach Kalenderwochen festzustellen (vgl. Abbildungen im Anhang).

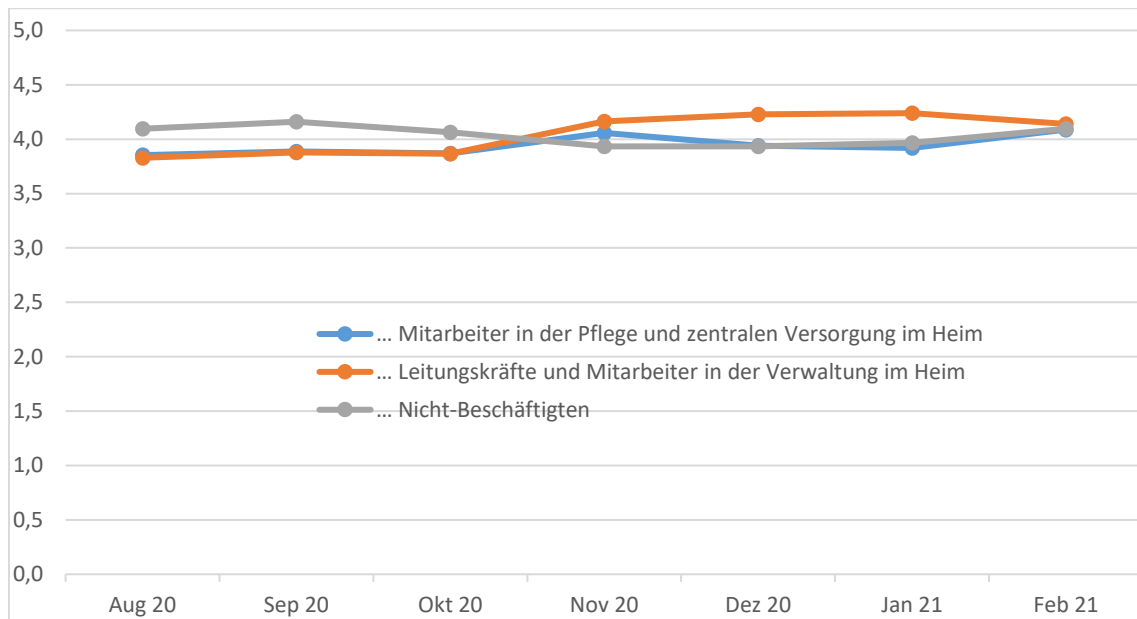


Abbildung 46: Belastungen im Alltag verschiedener Personengruppen in Ihrer Pflegeeinrichtung seit Ausbruch von Covid-19. Mittelwerte (Trendanalyse)

In der obigen Graphik wird ersichtlich, dass sich ab der Herbstmitte 2020 die Kurven der Veränderungspotentiale auseinanderdividieren. Ab da sind es die Führungskräfte und Mitarbeiter*innen in der Verwaltung, die ein Mehr an Veränderungen wie auch Belastungen in ihrem Arbeitsalltag erfahren haben, gefolgt von den Fach- und Hilfskräften in der Pflege, sozialen Betreuung und zentralen hauswirtschaftlichen Versorgung. Die Situation der Pflegeheimbewohner*innen hingegen wird nun von den Einrichtungsleitungen als weitgehend konstant eingestuft. Erst Mitte Februar 2021 nähern sich die Belastungsniveaus der unterschiedlichen Akteursgruppen wieder an, was auf das Ende der zweiten Corona-Welle hindeutet.

Die Ergebnisse aus der univariaten deskriptiven Trendanalyse und teststatistischen Verfahren mit Berücksichtigung der zeitlichen Perspektive machen deutlich (vgl. Abbildung 47), dass Covid-19-Erkrankte unter den Pflegeheimbewohner*innen oder dem Personal zu Studienbeginn noch einen Faktor ohne Bedeutung im Gros der Pflegeeinrichtungen in der Stichprobe darstellen. Ihre Bedeutung steigt aber mit Fortschreiten der zweiten Corona-Welle linear an. Dies geht einher mit einer sukzessiven Öffnung der Einrichtungen nach außen (für externe Akteur*innen und Besucher*innen in Verbindung mit mehr Unterstützungsleistungen und Akzeptanz der momentanen Lage), das heißt: Die strengen Schutzmaßnahmen für die Bewohner*innen weichen im Zeitraum von August 2020 bis Januar 2021, im Durchschnitt über alle Einrichtungen hinweg betrachtet, immer mehr auf. Im selben Maße bemerken die Einrichtungsleitungen ein größeres Verständnis für die nach wie vor bestehenden Schutzvorkehrungen auf Seiten der Bewohner*innen, die sich allerdings dem Urteil der Führungskräfte nach über den gesamten Zeitraum der Corona-Krise hinweg überaus und zunehmend kooperativ und verständnisvoll verhalten. Sie waren zwar über die Hintergründe der gegenwärtigen Lage informiert, haben aber dennoch ihre An- und Zugehörigen sehr vermisst. Dies ist auch deshalb ein interessanter Befund, da sich die Einrichtungsleitungen im Durchschnitt darin einig sind, dass die Pflegeheimbewohner*innen seit Einsetzen der Corona-Pandemie insgesamt eher wenig

untereinander in Kontakt getreten sind – ein Aspekt, auf den auch in der Darstellung der Ergebnisse aus den qualitativen Fallstudien nochmals ausführlicher eingegangen wird.

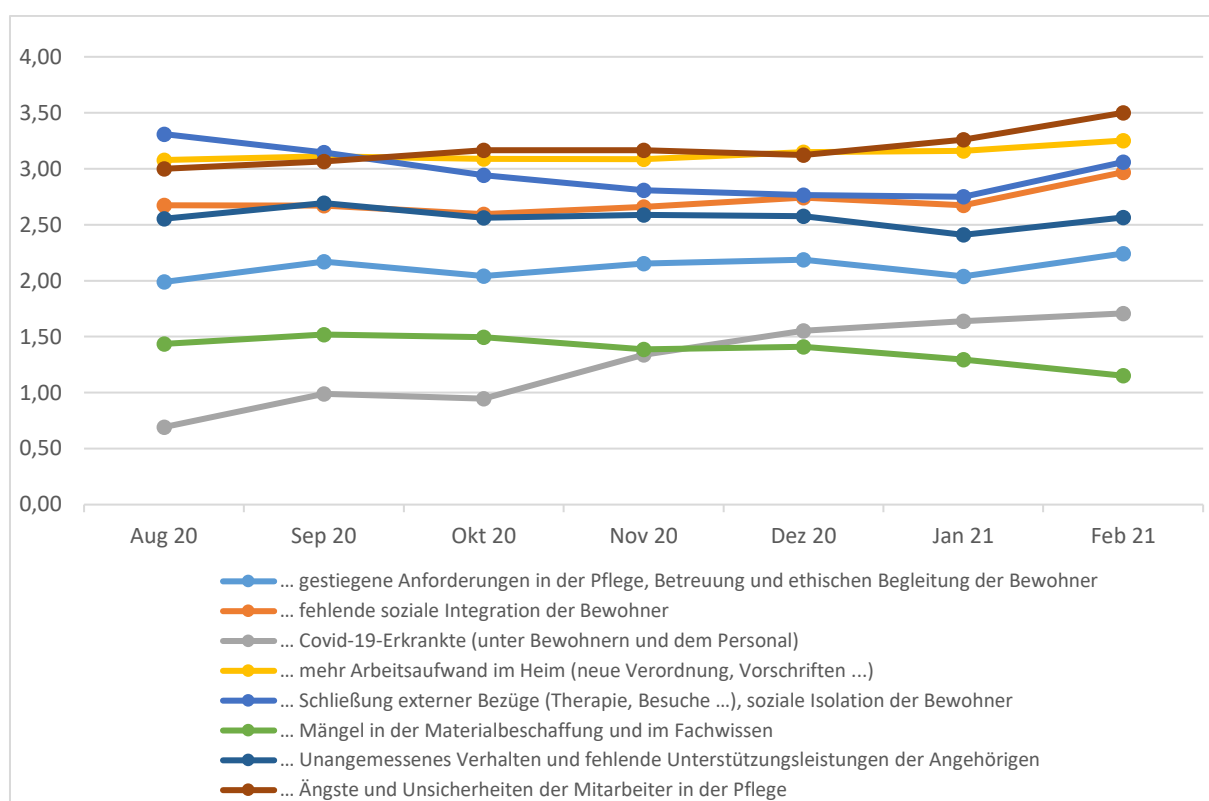


Abbildung 47: Faktoren für Belastungen während der Covid-19-Krise

Anmerkung: Ergebnisse aus deskriptiver, univariater Analyse der latenten Konstrukte aus der explorativen Faktorenanalyse: Mittelwerte; 5-stufige Skala mit aufsteigender Itemintensität (0-4) und den Antwortvorgaben: trifft überhaupt nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft voll und ganz zu.

8.4 Deskriptive Befunde aus den qualitativen Feld- und Fallstudien

Auch im qualitativen Erhebungsstrang, den Fallstudien, wurde ab Mai 2020 zusätzlich danach gefragt, welche Erfahrungen in den Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Corona-Pandemie gemacht wurden und wie sich das Leben im Pflegeheim seit Auftreten des SARS-CoV-2-Virus verändert hat. Basierend auf diesen Daten lässt sich in SeLeP – in Ergänzung zur quantitativen Trendanalyse – eine qualitativ fundierte ‚Chronologie‘ der Ereignisse der Pandemie rekonstruieren.

Konkret lassen sich aus den Erzählungen der Interviewpartner*innen drei aufeinander folgende zeitliche Phasen des Pflegeheimlebens unter ‚Corona-Bedingungen‘ ableiten, die jeweils unterschiedliche Anforderungen an das Personal, die Bewohner*innen und deren An-/Zugehörige stell(t)en (vgl. Abbildung 48):

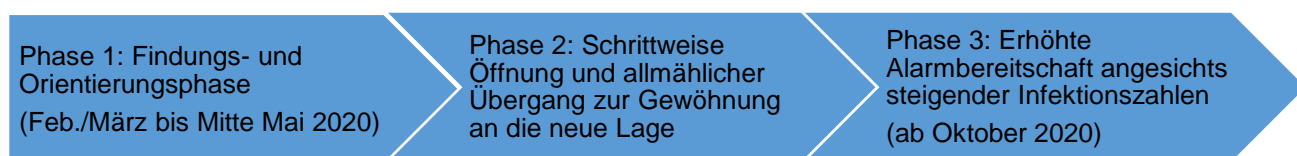


Abbildung 48: Ereignischronologie der Corona-Pandemie aus Sicht von Beteiligten in Pflegeeinrichtungen

8.4.1 Ein-/Zuordnung der Perspektive der Akteursgruppen in die Ereignischronologie

Phase 1: Gemeinsamkeiten in den Einrichtungen auf der Leitungsebene

Bestimmend für die erste Phase war aus Sicht der interviewten Führungskräfte eine große Verunsicherung. Denn trotz der in den Pflegeeinrichtungen vorhandenen fundierten Vorkenntnissen im Bereich des Infektionsschutzes (vgl. Hygienestandards) war zunächst gänzlich unklar, mit was man es hier genau zu tun hatte und ob es besser wäre, zunächst einmal abzuwarten oder schnell, ggf. auch schneller als die Politik es vorgab, zu reagieren:

„Wir wussten nicht, wie kann man sich schützen. Dann kamen die ersten Meldungen hier in der Region, wo Heime dann auch wirklich Covid-19-Kranke hatten, wo erste Todesfälle waren. Wo Mitarbeiter in Hotels kaserniert wurden, die gar nicht mehr nach Hause durften. Das hat ganz viel Angst gemacht, auch bei Mitarbeitenden“ (Fallstudie 01).

„Im Februar diesen Jahres haben wir ja so irgendwo den Startpunkt der Corona-Pandemie mit großen Unsicherheiten. Das hieß für uns im Februar diesen Jahres, zunächst nach unseren Hygienestandards, erhöhte Infektionsschutzmaßnahmen zu ergreifen. Was aber noch keine Einschränkung für Bewohnende oder Sonstige traf, sondern einfach der Appell an mehr Händehygiene, das Aufstellen von zusätzlichen Desinfektionsspendern. Die Aufforderung von Besuchern, sich vor der Tür bereits die Hände zu desinfizieren und vieles andere. Dann eskalierte die Situation weiter, es kam zu diesem tragischen Ausbruch in Würzburg, der durch die Medien ging. Und angesichts dieses tragischen Ausbruchs in Würzburg, haben wir trägerweit beschlossen, in einer Telefonschalte, dass wir ab 23.03., als es so weitgehende Landesverordnungen noch nicht gab, aber wir haben ab 23.03. in allen unseren Häusern ein generelles Besuchsverbot entschieden und kommuniziert. Und das stand dann erst mal ungedeckt, bis am 30.03. hier in Hessen die entsprechende ministerielle Verordnung kam, die letztlich genau diesen Inhalt hatte, ein generelles Besuchsverbot zu verfügen, das, wie gesagt, zu dem Zeitpunkt bei uns schon eine Woche bestand. Diese Situation hat dann vom 23.03. bis zum 04.05., beziehungsweise bis zum 07.05., bestanden, also doch über anderthalb Monate. Was ein sehr langer Zeitraum ist“ (Fallstudie 02).

Dominierend in diesem Anfangszeitraum war für die Einrichtungsleitungen zur Sicherstellung des Betriebsablaufs zunächst die Beruhigung der Mitarbeitenden auf unterschiedlichen Ebenen, die Organisation von entsprechender Schutzausrüstung sowie die Anpassung von Teilen der Organisationsstruktur an die neue Situation im Pflegeheim:

„Ich habe auch so die ersten Gespräche, in den ersten Wochen, waren dann auch so, wenn ich mich nicht gut fühle und zur Arbeit komme / Also ich habe eigentlich bei den Mitarbeitern weniger wahrgenommen, die Sorge um die eigene Gesundheit, als vielmehr, wenn wir hier Bewohner anstecken“ (Fallstudie 01).

„Was ich gemerkt habe, [...] bei den Bewohnern war eigentlich, bei den Orientierten, die gucken ja auch Fernsehen und Nachrichten, die waren eigentlich ganz gut informiert, haben auch verstanden, warum wir uns nach und nach mit Mund-Nasen-Schutzen ausgerüstet haben. Das dauerte natürlich ein paar Tage, bis wir genügend hatten. Aber da haben wir eigentlich immer geguckt, dass da täglich die Mitarbeiter besser ausgestattet wurden, dass wir uns schützen können und auch die Bewohner geschützt werden“ (Fallstudie 01).

„Aber das andere, was ich vielleicht auch nochmal ganz wichtig / Besprechungen, dass die einfach irgendwie eine andere / Da muss man sich auch erst reinfinden, wie, wo finden Besprechungen statt, mit welchem Abstand, in welchem Raum? Und dann auch nochmal, mit welcher Begegnungsqualität? Also ich habe jetzt / Da ist so ein bisschen mehr Distanz entstanden zwischen meinem Team und mir, weil wir uns halt nicht mehr so häufig sehen können, weil halt auch mehr zu tun ist, sage ich jetzt mal. Aber auch, weil wir uns nicht so

nahe kommen dürfen. Wir haben sonst hier im Büro zusammengesessen, müssen jetzt, das ist jetzt nicht schwerwiegend, aber da muss man einfach auch immer gucken, wie fangen wir das wieder ein, dass wir auch weiterhin eine gute Besprechungs- und Kommunikationskultur haben im Team? Und man sitzt halt auch mittags in der Übergabe, die sitzen dann teilweise auch in der Wohnküche, also weil man da mehr Platz hat als im Stationszimmer, und dann auch mit Mundschutz. Ja, ich denke, das hat alles / brauchte alles seine Zeit, um sich daran zu gewöhnen“ (Fallstudie 02).

„Das geht über alle Ebenen, [...] also auch so festgefügte Sitzungsformate, Fachbereichsleitungsbesprechungen und dergleichen, die sind alle ausgesetzt. Besprechungen finden jeweils nur noch mit den Leuten statt, die von den Themen, die akut anstehen und zu besprechen sind. Also es sitzen nicht alle Fachbereichsleitungen zusammen, wenn zu den Besprechungsterminen nichts, was die Küche betrifft zu besprechen ist, dann ist auch der Küchenleiter nicht dabei. Also es gibt so sehr selektive Besprechungsformate. Und informell, es gibt mehr Besprechungen im Moment wie sonst, aber es gibt nicht diese festgefügte Formate, sondern es gibt viel anlassbezogenen Steuerungsbedarf. Da hat jetzt so ein kleiner Hygienekrisenstab, ist eigentlich der, der das Haus leitet und steuert und von dem geht letztlich alle Impulse, alle Veränderungen aus. Also da haben sich auch im Haus jetzt, neben der formalen Struktur eigentlich informelle, zwar sehr gut funktionierende, aber informelle Strukturen gebildet, die anders funktionieren, als wir das sonst gewohnt sind“ (Fallstudie 02).

Zeitgleich zur Notwendigkeit der verstärkten Mitarbeiterführung, der Einfindung in veränderte Besprechungs- und Übergabeformate sowie der materialen Anpassung der auf Begegnung ausgelegten Architektur der Pflegeeinrichtungen (Stichwort: Trennung und Separierung von Wohnbereichen, Einrichtung von Isolations- und Quarantänezimmern, Absperrung von Cafeterien und großen Speisesälen), musste die gesamte Belegschaft, Bewohner*innen und auch An-/Zugehörige regelmäßig über die aktuelle Lage samt den jeweils geltenden und sich im Laufe der Wochen beständig ändernden Bestimmungen informiert werden und das auf möglichst transparente und gut nachvollziehbare Art und Weise:

„Und dann war das so Schlag auf Schlag, haben wir dann eine Anordnung und Verfügung nach der nächsten / die wir dann immer gleich umgesetzt haben. Aber es war halt viel Telefonkonferenz, viele, viele Informationen, die einen am Anfang halt einfach auch so überflutet haben, wo man gar nicht mehr den Überblick dann irgendwie hatte, was man jetzt alles so zu wissen hat. Und im Endeffekt muss man ja dann auch immer dies nach außen weiter kommunizieren an die Mitarbeiter, an die Angehörigen. Also viel Arbeit war eigentlich jetzt dieser so Wissenstransport eigentlich, ja. [...] Aber es war halt blöd, weil diese Anordnungen meistens dann Freitagnachmittag oder Samstag wirksam wurden, was ein bisschen unglücklich / Also für die Beamten, klar, ist es schön, weil, da kann man das rausbauen und dann ins Wochenende gehen. Aber für uns ist dann halt, dass am Wochenende umzusetzen“ (Fallstudie 03).

„Ja, erst mal, ich glaube, sich erst mal finden und, ich glaube, alle sind ja erst mal dann in einem Findungsprozess, der Bewohner, die Mitarbeiter, die Leitungsebene. Und es waren, glaube ich, ganz viele Besprechungen. Ich habe das wirklich als sehr besprechungsintensiv erlebt. Und einfach genau das, was wir gefunden haben als Maßnahmen, was die Hausleitung in Absprache mit allen anderen Gremien wie Gesundheitsamt und Ministerien gefunden hat, dass wir das immer transparent / also dass das zu uns weitergeleitet wurde, dass wir besprochen haben, wie setzen wir das im Haus um. Dann wurde das transparent gemacht über alle möglichen Flugblätter und E-Mails und so weiter, dass das an alle Mitarbeiter kommt. Aber auch in der Form, wie es nötig ist, halt an die Bewohner, dass die da auch gut mitgenommen werden. Und da war einfach sehr viel Kommunikation wichtig und eine angemessene Kommunikation. Wer muss was wissen, dass er sich in der Situation,

wie sie jetzt ist, gut zurechtfindet? Und um da erst mal, um so / Ich glaube, das war die erste Phase, da wirklich zu sagen, was braucht der Bewohner an Informationen und an Beruhigung und wer braucht was, damit wir da / dass wir uns da zurechtfinden?“ (Fallstudie 02).

„Das war so und ist bis heute immer wieder ein großes Thema, ja, dass man das auch erklärt und auch vom Verfahren erklärt. Dann aber gleichzeitig auch so eine Beruhigung. Und immer wieder auch wird geäußert, dass die Bewohner sich sicher und aufgehoben fühlen und das erleichtert auch wieder die Angehörigen. [...] Und da merkt man wieder, wie wichtig die Kommunikation und die Art und Weise ist, die Menschen mitzunehmen, sowohl Angehörige als auch Bewohner. Und wenn uns das gelingt, dann können wir da, glaube ich, so (lächelt) ganz gut weiter auch durchkommen. Aber, das Andere gibt es eben auch. Und das, muss ich sagen, belastet und erschreckt mich auch sehr, wie nur, ich sage mal, unsere Häuser dann auch, ja, natürlich aus Angst auch / Hygienemaßnahmen. Aber, es ist immer die Frage, wie vermittele ich das, ja“ (Fallstudie 01).

Wie wichtig dieses ‚Mitnehmen‘ aller Beteiligten mit Blick auf die Akzeptanz erlassener Schutzmaßnahmen ist, zeigte sich in der Breite auch in den Ergebnissen der quantitativen Online-Befragung von Einrichtungsleitungen (siehe Kapitel 8.3).

Phase 1: Unterschiede in den Einrichtungen auf Seiten der Bewohner*innen

Analog zur Befragung der Einrichtungsleitungen sind in der ersten Phase der Umstellung vor allem Pflegeheimbewohner*innen als die Akteursgruppe zu identifizieren, die mit den größten Veränderungen konfrontiert war. Die Auswertung der qualitativen Interviews macht jedoch eine Differenzierung dieses generellen Befunds notwendig.

Denn die Pflegeeinrichtungen in unserem Sample konnten sehr unterschiedlich auf die bundesweit geltenden strikten Betretungsverbote reagieren, was zentral auch mit unterschiedlichen Verordnungen in den jeweiligen Bundesländern zusammenhing. Bayern und Nordrhein-Westfalen ermöglichten es den Einrichtungen beispielsweise, einzelne Wohnbereiche als ‚Hygieneblasen‘ zu behandeln und das interne soziale (Heim-)Leben dort eher hoch- als herunterzufahren. Dazu konnte anfangs sogar auf zusätzliches Personal zurückgegriffen werden, das durch die Schließung von Tagesbetreuungen und Altenpflegeschulen frei geworden war:

„So hatten wir fast doppelt so viele Betreuungsassistentinnen und Kollegen in der Betreuung, sodass, sage ich mal, viel mehr Angebote laufen konnten, Gruppenangebote, Einzelangebote. Und für manche Bewohner war das fast wie ein Ersatz für die Angehörigen, in der ersten Zeit. [...] Und auch Angebote, die eigentlich Ehrenamtliche immer eigentlich nur machen, haben wir intern mit den Betreuungsassistentinnen besprochen, haben dann die Betreuungsassistentinnen, soweit sie das konnten, und wir konnten fast alle, übernehmen. Also Kochangebote sind gelaufen weiterhin. Das Waffel-Café, wie gestern wie zum Beispiel, das eigentlich nur funktioniert, weil Ehrenamtliche da sind, haben die Betreuungsassistentinnen übernommen. Also das ist, die machen zwischendurch auch jetzt Mehraufwand. (B1: Genau) Und was man vielleicht dazu sagen müsste ist noch, dass die Angebote aber jetzt etagenweise sind. Und wo früher Bewohner aus allen drei Etagen zum Singen zum Beispiel gekommen sind, das machen wir jetzt nur noch etagenweise, dass die Bewohner sich halt nicht vermischen, um Infektionswege auch nachher verfolgen zu können, genau“ (Fallstudie 01).

„Also der Alltag war im Endeffekt genau gleich wie vorher, nur einfach ohne Besucher. Ja, also der Alltag ist genauso weiterge / Also, klar, wohnbereichsübergreifende Gruppen haben wir jetzt nicht gemacht und man muss Abstand halten auch in der / beim Mittagessen. Also man sitzt weiter auseinander und so weiter, das schon, aber so vom Rhythmus hat

sich da nichts geändert eigentlich. Die Leute dürfen nach wie vor aus ihren Zimmern raus. Weil, wir sind ja kein Gefängnis, wir können die Leute nicht im Zimmer einsperren, das wäre gar nicht erlaubt, abgesehen davon, ja“ (Fallstudie 03).

In Nordrhein-Westfalen erlaubt bzw. in einer Einrichtung ausdrücklich erwünscht war darüber hinaus ein intensivierter Körperkontakt mit den Bewohner*innen, um so Trost zu spenden und in einer Art und Weise über die Zeit der Isolation hinwegzuhelfen, dass Gefühle der Vereinsamung zumindest teilweise vom Personal aufgefangen werden konnten:

„Ich habe denen in Teamsitzungen öfter schon gesagt: ‚Bitte nehmt die Leute einmal lieber einmal mehr in den Arm und weil sie eben auf die anderen Berührungen verzichten müssen‘. Also die Mitarbeiter sind ja im Moment halt wirklich geschützt dadurch, dass die Bewohner keine Fremdkontakte haben und die Mitarbeiter tragen Mund-Nasen-Schutz natürlich den ganzen Tag und von daher besteht da jetzt eigentlich keine Gefahr. Und deshalb, ja, da wird so wie vorher auch gepflegt und betreut und vielleicht auch nochmal mehr gedrückt, genau“ (Fallstudie 01).

„Also es gibt ganz oft Einzelangebote, wo, weiß ich, das viele schon auch Taktiles mehr machen mit Handmassage et cetera pp, dass das einige Kolleginnen machen. [...] Ja, aber trotzdem ist die Berührung des Angehörigen nochmal was (lächelt) Besonderes“ (Fallstudie 01).

*„Wenn die Form der Kommunikation nicht stimmt, wenn Bewohner es nicht so vermittelt bekommen, ich sage auch mal, in dieser liebevollen Art und Weise oder wie du, ***, gesagt hast, ne, den Mitarbeitern da, nehmt die auch mal in den Arm, macht eine Handmassage. Wenn das nicht stattfindet und sozusagen, wie es ja auch in den Medien schon beschrieben worden ist, Bewohner ausschließlich sich kaserniert fühlen und bekommen Anordnungen, bis hin zum Sicherheitsdienst in einer Einrichtung, dass Ängste geschürt werden“ (Fallstudie 01).*

Diese tröstende ‚Taktik‘ war jedoch in Bayern und Hessen bspw. staatlich untersagt:⁷⁰

„Weil, Sie dürfen auch in dem Sinne, außer bei Pflegehandlungen, sollen sie möglichst den Abstand einhalten. Also sie sollen jetzt auch nicht irgendwie mit den Bewohnern dann mehr Körperkontakt haben als vorher. Also auch das ist eigentlich untersagt“ (Fallstudie 03).

„Ja, also dass die Angehörigen haben gefehlt, auch die Physiotherapeuten haben gefehlt, also alles, das was so ringsum herum mit Pflege so zu tun hat, das hat da eben / Oder wie soll man sagen, körperliche Nähe, das wurde ja unterbunden und ging ja auch nicht mehr, geht ja auch immer noch nicht und das macht halt, also das hat furchtbar viel kaputt gemacht“ (Virtuelles Praxisgespräch 02).

Das Bundesland Hessen unterband darüber hinaus auch sämtliche kollektiven sozialen Betreuung- und Veranstaltungsangebote, ergänzte das Betretungsverbot also um zusätzliche Beschränkungen des Kontakts im Inneren der Einrichtung:

„Gruppenangebote, auch kleine Gruppenangebote im Wohnbereich sind uns seit der Verordnung, die da um den 16. März herum schon erlassen wurde, nicht mehr möglich, die sind ausdrücklich verboten. Also nur noch Einzelbetreuung dort, wo das erforderlich, Gruppenangebote sind ausdrücklich untersagt. Da sind wir gehalten, uns auch entsprechend zu verhalten. Das ist, Gruppenangebot, das hieß auch gerade für uns als christliche Einrichtung Gottesdienste. Das sind ja letztlich im weitesten Sinne auch ein Gruppenangebot, dass die Teilnahme, die Mitfeier von Gottesdiensten seitdem nicht mehr möglich ist. [...]

⁷⁰ Vgl. hierzu auch die von Pflegekräften in Bayern gestartete Petition „Abstand heißt Einsamkeit“ (vgl. Baur 2020).

Auch natürlich größere Veranstaltungen draußen sind raus. Unter das Besuchsverbot fallen auch sämtliche ehrenamtliche Mitarbeitenden, weil die von der Landesregierung nicht als systemrelevant erkannt wurden, sodass wir auch da einfach, ich sage mal, mithelfende Leute, gerade in der Betreuung, momentan nicht zur Verfügung haben. Ja, im Moment überlegen wir gerade, wie weitere Schritte aussehen können. Ach so, was auch noch Corona-bezogen, das sind ja die wichtigen Punkte, weitere Einschränkungen entsprechend der Forderung auch des RKI und des Sozialministeriums in Hessen, die Bewohner, soweit das möglich ist, nehmen überwiegend ihre Mahlzeiten in ihren Zimmern ein. Die Cafeterien sind zwangsgeschlossen, die dürfen wir nicht aufmachen. Aber auch die Tages- und Esszimmer auf den Wohnbereichen können nur von den Bewohnern benutzt werden, wo das einfach unmöglich ist, weil die im Zimmer das nicht geregelt kriegen. Sodass auch an dieser Stelle, ich sage mal, Gemeinschaftsleben unterbunden ist“ (Fallstudie 02).

Die Einrichtungen hier waren unter diesen Gegebenheiten vor die schwierige Aufgabe gestellt, den Bewohner*innen weiterhin ein möglichst normales (Alltags-)Leben zu bieten – ohne allerdings den Großteil der dafür vorgesehenen Angebote zur Verfügung stehen zu haben:

*„Und seit 16. März wurde, nicht stufenweise, sondern abrupt, das gesamte gestaltete Gemeinschaftsleben im Haus erst mal auf null gestellt. Und es galt dann für unsere Betreuungskräfte und Sozialarbeiter, neue Ideen zu entwickeln. Das ist das, was die Frau *** gerade erzählt hat, Garten, Außengelände als neuen Lebensraum zu ergattern, aber, gut, auf der anderen Seite immer wieder zu vermitteln, Abstandsregeln einzuhalten“ (Fallstudie 02).*

„Allein, ich sagte vorhin, die Mahlzeiten, wir mussten die Cafeterien schließen. Die Mahlzeiten werden alle auf den Wohnbereichen, überwiegend in den Zimmern eingenommen. Das ist natürlich eine völlig andere Situation wie sonst. Das heißt auch, die Betreuungskräfte-richtlinie, die uns ja eigentlich untersagt, die zusätzlichen Betreuungskräften bei Mahlzeiten und dergleichen einzusetzen, die ist für uns außer Kraft. Die Betreuungskräfte sind da voll mit eingesetzt, (I2: Ja) zu den Mahlzeiten-Zeiten eben die Pflegeteams mit zu unterstützen. Weil einfach diese Frequenz auch, ich sage mal, von Zimmerservice da zu leisten ist im Moment, sowohl Pflege wie Betreuung vor eine völlig andere Situation stellt, als wir die sonst haben“ (Fallstudie 02).

Phase 1: Gemeinsamkeiten auf Seiten der Bewohner*innen

Doch selbst in der Pflegeeinrichtung in NRW, die gegenüber den anderen von uns näher in den Blick genommenen Pflegeheimen den Vorteil hatte, über mehr Handlungsspielräume zu verfügen, um den Bewohner*innen die Wochen der Isolation so angenehm wie möglich zu gestalten, stellte sich im Laufe der Wochen nach und nach eine große Sehnsucht nach den An- und Zugehörigen ein:

„Würde ich fast sagen, am Anfang war es bei den Bewohnern so, dass die keinen großen Unterschied erst mal gehabt haben. Weil, der Alltag eigentlich im Pflegeheim ist weiter so gewesen wie es war. [...] Mittlerweile ist es so, dass sie schon ihre Angehörigen gerade nochmal vermissen. Ich bekomme das jetzt ganz gut mit, weil seit anderthalb Wochen eben halt / oder seit zweieinhalb Wochen wir diese Bewohner-Angehörigen-Kontakte ermöglichen“ (Fallstudie 01).

Als durchaus problematisch erlebt wurde zudem auch das Gefühl des ‚Eingesperrt-Seins‘, von dem dauerhaft auch kein gesteigertes Betreuungs- und Aktivitätsprogramm ablenken konnte:

„Ja, was anders war, also erst mal, wir konnten ja sonst, konnten wir ja herausgehen, richtig in die Stadt gehen oder einkaufen gehen auch selber und das lag alles flach hier. Wir waren gebunden hier am Haus und das / Wir konnten / Und zwar etagenweise gebunden und wir

konnten in den Innenhof gehen und konnten da Spazierengehen da. Es war eigentlich eine ganz schöne Sache. Nur, wenn Sie da zehnmal durch den Innenhof gelaufen sind, dann kommen Sie sich vor wie so ein, ja, wie in so einem zugesperrten Garten, wie in so einem Gefängnisgarten. Aber das war die einzige Möglichkeit, um mal so richtig auszugehen und rauszulaufen und frische Luft zu schnappen. [...] Also langweilig war es nicht hier im Haus, es wurde viel geboten. Geschichten erzählen und Vorleserunde, es war immer was los.“ (Bewohner Fallstudie 01).

„Ja, es geht mir noch genauso eigentlich, nicht? Das Einzige ist, wir kommen nicht raus. Wir sind ziemlich eingesperrt. Wir können nicht weit gehen, wir haben aber einen schönen Garten am Weiher, ne? Und da können wir immer runtergehen“ (Bewohnerin Fallstudie 02).

„Ja, mei, wir durften halt nicht raus. Erstens mal war ja hier ein Corona-Fall und dann sind wir halt / Da durfte überhaupt niemand raus und rein, gell? Und dann, später, durften wir am Fenster mit unseren Angehörigen reden. Ja, und jetzt / Also jetzt dürfen wir ja wieder dann / Jetzt ist es auch so, dass eine Stunde dürfen wir mit den / unseren Angehörigen / Oder wenn jemand kommt, der muss sich anmelden vorher und dann dürfen wir eine Stunde zusammen sein. Also wir dürfen raus, wir können spazieren gehen, aber die dürfen nicht rein, die dürfen nicht zu uns rein. [...] Aber ich bin eigentlich im Moment zufrieden. [...] Also so ist das jetzt eigentlich ganz gut, aber es war schon eine schwere Zeit“ (Bewohnerin Fallstudie 03).

Wenngleich den Bewohner*innen bewusst ist, dass sie rein formal nicht eingesperrt sind, sondern die Einrichtung verlassen könnten, wenn sie darauf bestehen würden, hat keiner der Interviewpartner*innen (nicht zuletzt aus Angst, evtl. dafür verantwortlich gemacht zu werden, das Virus in die Pflegeeinrichtung getragen zu haben) dieses Recht für sich in Anspruch genommen:

*„Nein, also die Verordnungslage sieht nicht vor, dass wir hier eingesperrt sind, wir können raus. Also wir können alleine / Also meine Frau, die jetzt wirklich nicht mehr sich bewegen kann, hat eine, das gibt es in Ort ***, hat eine Karte für einen Fahrdienst und da können wir uns, ich glaube, achtmal im Monat hinfahren lassen, wo wir wollen. [...] Nein, also in der Zwischenzeit habe ich es aber auch selber nicht gemacht. Also habe ich nicht probiert, ob ich es gekonnt hätte“ (Bewohner Fallstudie 02).*

„Nein, ich darf nicht so weit. Im Moment dürfen Sie nicht so weit raus. Ja. Ich habe schon gedacht, musst halt morgen mal fragen, wie weit ich überhaupt darf, nicht? Aber jetzt, ähm, die / es ist / haben immer Angst, man trägt was rein, wissen Sie? Und das soll ja nicht sein, im Altenheim, also das“ (Bewohnerin Fallstudie 02).

Grundsätzlich wollen sich die Bewohner*innen über ihre Lage nicht beschweren, denn sie verstehen, warum die Einschränkungen für Pflegeheime in der Form notwendig waren bzw. sind, wenngleich sie schmerzhafte Einschnitte bedeute(te)n:

„Nein, ist schon, also man fühlt sich nicht, also ich kann sagen, ich fühle mich eindeutig nicht abgeschnitten von der Umwelt. Nur, dass man auch nicht rausgehen konnte. Und das kann man nicht ändern, ne? Ich meine, Sie hatten auch Einschränkungen da, so Besuche nicht empfangen durften und, wie heißt es, mit zwei Personen nur und auf Abstand gehen und sonst was und sowas alles.“ (Bewohner Fallstudie 01).

*„Zuerst, gell? Aber das hat dann nicht lange gedauert, dann hat es geheißen, es darf eine Person an das Fenster kommen. Unten da war ein Extra-Raum und da durften wir dann uns unterhalten. Da war dann mal mein Enkel da mit seinem Sohn und mit der Frau. Aber ich durfte halt nicht direkt an das Fenster gehen, also nur so von weitem. Aber die sagen ja auch hier, dass das, in Ort ***, dass das sehr / woanders nicht so wäre. In Ort *** zum*

Beispiel sollen jetzt noch nur Besuche mit einer Viertelstunde da sein. Und bei uns ist es ja mit einer Stunde, ne?“ (Bewohner Fallstudie 03)

Dennoch haben die Bewohner*innen unter der Situation insgesamt durchaus gelitten, wie in den Gesprächen implizit immer wieder deutlich wurde und zwar der Tendenz nach vor allem in den Einrichtungen, in denen wenig(er) Ablenkung bzw. Zerstreuung geboten war:

„Wenn unsere Gruppe, wenn eine kleinere Gruppe zusammen ist, dann kann man schon mal sprechen, aber sonst kommt man nicht viel mit anderen zusammen“ (Bewohnerin Fallstudie 01).

„Wir haben immer gesagt das Wohnzimmer, wo wir zusammenkommen. Aber wir gehen ja nicht mehr. Wir essen ja nur noch im Zimmer. Ja und Kaffee schon morgens im Zimmer. Nur im Zimmer eben. Und dadurch trifft man nicht so viele Leute. Ich treffe sie am ehesten, wenn ich unten im Garten bin, da sehe ich auch mal auch mal mehr. Aber hier oben ist man meistens auf seiner Etage. Ich muss immer mit dem Aufzug fahren wegen dem Rollator, ich kann ja nicht die Treppe gehen und äh, und da sind mehrere und die treffe ich auch mal welche im Garten. Aber so sind wir nicht mehr zusammen am Tisch. Das gibt es schon eine ganze Zeit nicht mehr. Nur äh, im Zimmer essen, ja. Wird alles reingetragen. Na ja. Man gewöhnt sich an alles. (lacht) Aber wenn es jetzt schöner wird, dann wird auch alles ein bisschen besser. Im Freien kann man doch einiges machen, nicht?“ (Bewohnerin, Fallstudie 02).

„Es wird jetzt sehr wenig gemacht, weil die wenig Leute haben wahrscheinlich. Ich weiß nicht warum. Viele gehen / sind auch in Urlaub gegangen. Aber jetzt im Moment ist nicht viel los, gell? Das ärgert mich eigentlich auch ein bisschen, aber das wird ja wieder anders werden. Das sind / Ich höre nur immer, dass welche krank sind und die anderen in Urlaub, ne?“ (Fallstudie 03)

Einschub: Sondersituation von Menschen mit Demenz

Während es in Abhängigkeit von den jeweiligen länderrechtlichen Bestimmungen in einigen Einrichtungen demzufolge leichter gelang als in anderen, auf Organisationsebene für einen Großteil der orientierten Bewohnerschaft ein Pflegeheimleben ‚as usual‘ anzubieten,⁷¹ berichten die befragten Mitarbeiter*innen mit Blick auf Menschen mit Demenz aus anderen Gründen von heterogenen Erfahrungen.

Ein Teil des Personals bemerkt bei dieser Bewohnergruppe nämlich kaum Unterschiede durch das Einsetzen der Pandemie:

„Die Dementen, da habe ich den Eindruck gehabt, ob ich jetzt so eine Maske auf habe oder nicht, das stört die nicht, Hauptsache die vertraute Stimme ist da oder das Gehabe“ (Fallstudie 01).

„Auf der Seite des Bewohners ist nicht zu merken, dass wir jetzt, ich sage mal, auf einer anderen Interaktionsstufe nach Böhm wäre, dass der dekompenziert oder sonst was, sondern der lebt sein Leben, ja“ (Fallstudie 02).

⁷¹ Die Einrichtungsleitungen berichten jedoch auch von Bewohnern, die sich absolut nicht mit der Situation arrangieren konnten, sondern verzweifelten: „Und da höre ich eben, dass Menschen sagen: ‚Dann schließt mich doch weg, dann sperrt uns doch ein. Dann wollen wir nicht mehr‘“ (Fallstudie 01). „Es hat gerade auch, ja, in der Mitte der Zeit auch Fälle gegeben, wo Bewohner gesagt haben: ‚Also ich habe den Krieg erlebt, ich habe so vieles im Leben durchgemacht, wenn ich meine Tochter nicht mehr sehen kann, dann macht doch einen Deckel drauf.‘ Also dann bis hin Suizidandrohungen auch, wo man auch wieder gemerkt hat, im Einzelfall muss entschieden werden“ (Fallstudie 01). Für solche Fälle mussten dann ethische, hygienisch vertretbare Sonderregelungen gefunden werden.

Dieser Eindruck von einer sich kontinuierenden Normalität steht in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen vermutlich zentral damit in Zusammenhang, dass in den speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz ausgelegten Wohnbereichen auch schon vor Corona oftmals andere Regeln und Personalschlüssel als im Rest der Pflegeheime galten:

„Also, Sie waren ja in der Wohngruppe hier gewesen. Also da hat sich eigentlich nichts geändert, außer dem, dass nachmittags nicht so viele von den Angehörigen da sind. Das Leben geht in der Wohngruppe ganz normal weiter. Da ist ja ohnehin Leben, wo es nur, ich sage mal, situative Gruppenangebote, keine gesetzten Gruppenangebote gibt. Die haben ihren eigenen Gartenbereich, die bewegen sich da. Das sind auch Menschen, die können / die kriegen wir auch nicht dazu, alle ihre Mahlzeiten im Zimmer wahrzunehmen. Weil, dann müssten wir für jeden Bewohner einen Mitarbeiter haben, weil die meisten von den dementen Menschen, die wir da haben, nicht in der Lage wären, ihre Mahlzeit alleine einzunehmen. Also gerade bei den demenziell Erkrankten. Und da haben wir jetzt in Blick auf den Infektionsschutz ja den Vorteil, dass das wirklich ein ganz separater Bereich ist, wo auch Verschleppungsgefahren in andere Wohnbereiche jetzt minimalst sind. Da geht eigentlich das Leben weiter wie bisher“ (Fallstudie 02).

„So wie es immer ist. [...] Ich kann mich ja nicht da hinstellen, wie ein Aufseher im Knast, und sagen: Nimm die Finger weg. Ja, also, nein, ich sage ja, wenn Sie jetzt im Moment in die Wohngruppe kämen, würde Ihnen nur auffallen, dass nachmittags nur halt einfach nur die Bewohner und die Mitarbeiter da sind. Sonst sind da ja auch immer eine Anzahl Angehörige mit dabei, (I2: Ja) dass die nicht da sind. Das ist eigentlich, muss man wirklich sagen, gerade also das ist das Einzige, was da anders ist“ (Fallstudie 02).

Zudem erleichtern bestimmte Spezifika des Krankheitsbilds Demenz teilweise die Erfahrung des Vermissens von An- und Zugehörigen:

„Es sei denn, sie können so gar nicht mehr einschätzen, was Zeitrahmen sind und empfinden das halt nicht so, ne? Ich hatte ja auch eine Klientin, da musste ich selber so lachen, die hat dann echt nach, weiß ich nicht, 4 Monate endlich mal wieder kam die Tochter zu Besuch und sie sagte: ‚Och, muss das jetzt sein? Ich möchte jetzt lieber Mittagsschlaf machen‘. Ne? Also, da hat man gemerkt, dass sie den Zeitrahmen gar nicht so wahrgenommen hat, ne? Ihr war anderes wichtiger, weil, gut, die kann ja auch morgen kommen, so ungefähr. Konnte sie zwar nicht, aber na gut“ (Pflegefachkraft, Fallstudie 04).

Andere Mitarbeiter*innen bringen jedoch in Anschlag, dass sich die Situation insbesondere bei Menschen mit Demenz besonders kompliziert gestaltet. Sie würden nicht verstehen, warum sich die das Auftreten des Personals sowie die Alltagsregeln verändert haben:

„Also ich sage jetzt mal, ganz, ganz schlimm empfand ich einfach den Lockdown, also tatsächlich das Betretungsverbot, das es eben gab, weil die Leute, die wir jetzt im Haus haben, das sind also, ich sage jetzt, zu 95 Prozent dement bis schwer demente Bewohner, denen konnten Sie das gar nicht vermitteln, warum jetzt plötzlich niemand mehr zu Besuch darf. Warum sie jetzt plötzlich von heute auf morgen nicht mehr in den Speisesaal dürfen zum Essen. Warum sie jetzt alle zusammen auf den Wohnbereichen bleiben müssen und sich da nicht mehr weg bewegen dürfen. Also das war wirklich das Gefühl von Eingesperrtsein“ (Virtuelles Praxisgespräch 02).

„Also gerade, ja, für Demenzerkrankte ist das schon ziemlich schwierig, weil halt die Mimik einfach wegfällt. Und viele können mit den Worten dann auch nichts mehr anfangen und sind schon auf Mimik, Gestik angewiesen. Und für die Bewohner ist es dann schon deutlich schwieriger, und ist auch im Umgang einfach schwieriger mit denen, ja, weil sie nicht mehr erkennen können, lachen sie oder wie auch immer, ja, oder sich auf jeden Fall deutlich schwerer tun also / Ja“ (Fallstudie 03).

Beobachtet wurde darüber hinaus durchaus auch eine Verschlechterung des Krankheitsbildes während der Isolation:

„Also, anfänglich haben wir das ganz unterschiedlich beobachtet, dass die Bewohner, ja, einem Teil hat es gut getan, (lacht) dass vielleicht Angehörige mal eine Zeit lang nicht gekommen sind, weil das immer oft bei einigen auch für Aufruhr sorgt, ne, weil es gibt halt auch solche und solche Angehörige. Aber nach einem gewissen Zeitraum war es eigentlich für alle, die zumindest regelmäßig Besuch bekommen haben, hat man gemerkt, dass da irgendwie die Stimmung sich doch in eine andere Richtung begibt. Klar, weil die natürlich auch Ehemann, Kinder, vermissen, auf ihre Art und Weise, oder dann halt auch nicht verstehen, warum kommen die denn nicht?“ (Pflegefachkraft Fallstudie 04)

„Also für Demenzerkrankte ist auch echt schwierig auch zu verstehen, dass jetzt keine Angehörigen mehr kommen. Also wir hatten auch ein paar, die haben dann wirklich auch körperlich recht schnell abgebaut dann einfach, ja. Nicht mehr essen, nicht mehr laufen, solche Dinge, ja. Also für die Bewohner hat das zum Teil schon gravierende Auswirkungen“ (Fallstudie 03).

„Ja, aber das ist schon für einen Besucher / also die sind da und für uns sind sie ja meistens mehr Arbeit als Unterstützung. Und dann merkt man aber erst auch, wie viel das für den Bewohner dann ausmacht, wenn der regelmäßig Besuch bekommt. Also das ist schon so, die Bedeutung und die Wichtigkeit von jemanden, der einfach kommt und sich ein bisschen mehr Zeit nimmt für jemanden. Das merkt man schon deutlich. Hat man vielleicht auch vorher ein bisschen unterschätzt vielleicht eher, weil man vielleicht auch gerade bei stark an Demenz Erkrankten denkt, ja, vielleicht kriegen die das gar nicht mehr mit, oder / Aber wo man dann doch merkt, okay, wenn keiner kommt, dann passiert da doch ein rapider Abbau der noch vorhandenen Fähigkeiten, ne?“ (Fallstudie 03).

„Also das hat der Demenz oder der Entwicklung der Demenz Vorschub geleistet. Also die Leute haben wirklich schwer, schwer darunter gelitten und das fangen Sie nicht mehr wieder auf. Das machen Sie durch nichts mehr wieder gut. Da haben Sie überhaupt keine Chance. Da stehen Sie wirklich / Ja, das ist wie, wenn Sie was verbrannt haben. Das lässt sich nicht mehr korrigieren. Und das ist wirklich bitter. Das ist bis heute geblieben. Wir haben eine Bewohnerin aus unserer geschlossenen Abteilung, die musste, weil wir keine Quarantänemöglichkeiten, musste die über, ich weiß nicht, ich glaube, zehn Wochen im Krankenhaus bleiben. Die haben wir zurückgekriegt, die kennen sie nicht mehr wieder. Das ist Wahnsinn. Also furchtbar“ (Virtuelles Praxisgespräch 02).

Hinzu kommt die besondere Problematik, dass nicht zu gewährleisten war, dass die Mehrheit der Betroffenen ihre Angehörigen nach der Lockerung des Betretungsverbots auch wiedererkennen würde:

„Was aber auch wiederum dazu führte, dass sie innerlich so ruhig werden, es schon ganz schwierig, bezogen jetzt wieder auch auf die Bewohner-Angehörigen-Kontakte, dass es schwierig ist, die Angehörigen noch zu erkennen. Also bei manchen ist es ganz schwierig, bei einigen funktioniert das ganz gut, bei einigen aber nicht mehr. Da ist einfach der Kontakt so lange schon weg“ (Fallstudie 01).

„Das ist nämlich auch sehr häufig, sind häufige Äußerungen von Angehörigen, nämlich die große Angst, dass sie nicht wiedererkannt werden“ (Fallstudie 01).

Und auch die Ausgestaltung der Besuche selbst, erweist sich als höchst komplex und schwierig, sodass sorgfältig abzuwägen ist, in welchen Fällen ein Besuch dem*r Bewohner*in mehr schadet, als nützt:

*„Einige dieser Bewohner bekommen auch Besuche jetzt im Rahmen dieser Besuchsregelung. Wobei die ja fast alle jeweils tatsächlich individuell dann noch von unserer Frau ****

begleitet werden, weil, da müssen die Bewohner wirklich gut drauf vorbereitet werden, auf die Situation. Sie müssen erst mal so diesen Ort für sich wahrnehmen, an dem sie dann sitzen. Dann muss versucht werden, ja, sie so zu validieren, dass das eine erträgliche Situation für sie wird, mit dieser Maske vor dem Mund und wenn dann die Angehörigen überhaupt / Also das sind die aufwendigsten Besuche, die wir haben. [...] Also wir haben eigentlich mit allen Angehörigen von Bewohnern in der Demenzgruppe gesprochen, sehr ausführlich gesprochen und wirklich abgewogen, ist ein Besuch in dieser Situation mit den Begrenzungen, mit dem halb verdeckten Gesicht, mit dem Einfach-nicht-zulassen-Dürfen vom körperlichen Kontakt, ist so ein Besuch mehr gut oder mehr belastend für die Bewohner? Und im Ergebnis sind die dazu gekommen, dass der überwiegende Teil der Angehörigen mit dem Team zum Ergebnis kam, die Situation wäre einfach überhaupt nicht verstehbar für den Bewohner oder die Bewohnerin. Und deshalb und das Risiko, dass sie durch so einen Besuch vollständig dekompenziert und instabil wird und dass sie den als traumatisierend wahrnimmt, diese Wahrscheinlichkeit ist bei den meisten Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz höher als, ich sage mal, der positive Nutzen des Begegnens mit einem vertrauten Gesicht, zumal dieses vertraute Gesicht ja nur zur Hälfte zu sehen ist“ (Fallstudie 02).

„Also bei manchen sagen wir auch: Da, glauben wir, macht es keinen Sinn. Gerade wenn die jetzt zum Beispiel noch Fußgänger sind, also sehr in der Demenz fortgeschritten, weil die einfach nicht verstehen, auch an den Fenstern muss man Abstand halten. Und warum darf ich jetzt nicht da raus? Also das ist schon schwierig, weil Sie es einfach nicht vermitteln können. Wenn derjenige im Rollstuhl sitzt, ist es natürlich einfacher. Aber auch da, wenn das dann / das ist / ja, wird schwierig, weil sie es einfach nicht verstehen können“ (Fallstudie 03).

„Es kommt immer drauf an. Also man darf ja nicht vergessen, demenziell veränderte Bewohner, je nachdem in welcher Stufe der Demenz sie sich befinden, erkennen ja häufig ihre Angehörigen gar nicht mehr. Da ist ja häufig, also häufig, da ist ja die Kontaktaufnahme immer über Körperberührung. Nicht so wie im normalen Gespräch mit jemanden, der mir folgen kann, sondern das ging immer über Umarmungen, über, ja, ne, Körperkontakt, der ja nicht gemacht werden soll. Und somit, natürlich haben wir demenziell veränderte Bewohner draußen sitzen, die ihren Angehörigen nicht erkennen, mit oder ohne Maske nicht. Und diese Kommunikation findet dann nicht statt. Und dann sagen auch Angehörige: Bevor ich das mir und meiner Mutter antue, komme ich zum Wohle der Mutter, und das ist auch wirklich zum Wohle der Mutter, nicht so oft“ (Virtuelles Praxisgespräch 01).

Phase 2: Kontrollierte Öffnung der Häuser – Diffizile Balance zwischen Schutz und Freiheit

Zeitlich verortet sind die letzten Interviewpassagen bereits in Phase 2, die Anfang/Mitte Mai 2020 um den Muttertag herum einsetzte, als über die Medien – für einen Teil der Pflegeheime recht abrupt und sogar teils ohne Vorabinformation – verkündet wurde, dass Besuche in Pflegeeinrichtungen in einigen Bundesländern an diesem besonderen Tag ausnahmsweise erlaubt sein würden:

„Ich würde mir wünschen: Keine Verkündung über das Fernsehen, sondern einfach eine vorherige Absprache und ein bisschen Vorlauf. (lächelt) Das war mit den Besuchsregelungen ja genau das Gleiche. Das hat der Herr Söder dann am Mittwoch verkündet und am Samstag sollten wir aufmachen. Das ist ein großer Aufwand, aber von den Behörden hatten / Ich habe dann ein paar E-Mails an Landratsamt geschrieben, da kam nicht mal eine Antwort. Also im Endeffekt, es hieß nur, also verantwortlich seid ihr, aber öffnen sollt ihr, so. Unterstützung kommt keine“ (Fallstudie 03).

„Weil, Muttertag hatte ja Herr Laumann diese große Einladung ausgesprochen, dass das Angehörige tun dürfen. Und dann eigentlich jeder fragt: Wann kann ich mit Muttern wirklich wieder in den Garten? Weil es nicht nur darum geht, glaube ich, in den Garten zu können an die frische Luft, was sie immer sagen, sondern es geht darum, sie einfach berühren zu dürfen. (B3: Ja) Weil, das ist im Moment absolut tabu“ (Fallstudie 01).

Was in der letzten Gesprächspassage anklingt, verweist auf die Tatsache, dass einige Einrichtungen aus dem Sample bereits vor der politisch forcierten Öffnung darum bemüht waren, Besuche von Angehörigen unter strikter Einhaltung der Hygieneregeln ‚irgendwie‘ zu ermöglichen. Dazu wurden z.B. sog. Besucherfenster oder Kontaktstellen eingerichtet, die allerdings stark wetterabhängig waren und/oder keine Intimität in der Begegnung zuließen:

„Manche haben sich dann auch unten vor das Fenster, also wenn jetzt, auf die Wiese gestellt und dann hochgerufen. Aber, geht auch nicht bei allen, ne?“ (Fallstudie 03).

„Es gibt Einrichtungen, wo ein Tisch vor dem Fenster ist. Wenn es regnet, kann man da nicht sitzen, aber alle, die drum rum sind, kriegen das Gespräch mit. Das ist schon so, da ist keine Privatatmosphäre“ (Fallstudie 01).

Spätestens mit der in der Zeit nach dem Muttertag dann bundesweit einheitlich forcierten sukzessiven Lockerung des Besucherstopps mussten daher andere Lösungsmöglichkeiten gefunden werden, um Besuche in einem angemessenen Umfeld wie gefordert zu ermöglichen und gleichzeitig den Schutz der Bewohner*innen sicherzustellen:

„Was für uns jetzt oder für mich jetzt auch als Leitung, sage ich das jetzt mal, am schwierigsten ist, diesen Balanceakt zwischen Selbstbestimmung und Freiheit ermöglichen und gleichzeitig für Sicherheit zu sorgen. Wir haben ja in jedem Bundesland andere Gesetze. In NRW kommen also fast in zweitäglichem Abstand Aktualisierungen von Corona-Schutzbetretungs- und Betreuungsvorordnungen raus und da stehen teilweise sehr widersprüchliche Dinge drin. Und im Moment, und jetzt bin ich dann auch fertig, (lächelt) ist so diese Besucherregelung, die wir hier im Haus haben, die gewährleistet, dass keine Infektionen stattfinden. Wir sollen aber gleichzeitig Besuche von Angeh / also Spaziergänge von Bewohnern und Angehörigen, draußen erlauben und gleichzeitig sicherstellen, dass dabei nichts passiert. Und das finde ich einen Spagat, der uns irgendwie / Einrichtungsleitungen sind haftbar, wenn das nicht eingehalten wird, was die Angehörigen da uns versprochen haben. Und das, muss ich sagen, da kommen wir jetzt gerade an Grenzen. Und wir haben bis jetzt die Regelung, dass wir die Bewohner nicht einfach mit Angehörigen losschicken und nach draußen gehen lassen. Sondern, wenn sie da auf ihr Recht bestehen, was sie haben, die Angehörigen, dann müssen die Bewohner danach erst mal für eine Woche in Quarantäne. Und Quarantäne bedeutet, dass sie auf den Zimmern essen und draußen, also in Wohnbereichen Mund-Nasen-Schutz tragen müssen. Das ist jetzt gerade geltend bei uns, wohlwissend, dass wir das nicht auf Dauer durchhalten wollen und möchten. Aber auf der anderen Seite habe ich die Befürchtung, wenn sich Angehörige nicht an die Regeln halten und dann sind die Mitbewohner gefährdet, dann sind die Mitarbeiter gefährdet und wir haben ganz schnell dann das Haus wieder ganz geschlossen. Weil, sobald ein positiver Fall in NRW in einem Haus ist, darf kein Besuch mehr stattfinden“ (Fallstudie 01).

Die Maßnahmen, zu denen dieses grundsätzlich schwierige Balance-Halten zwischen Schutz auf der einen Seite und Öffnung auf der anderen Seite führte, haben für Bewohner*innen und Angehörige zur Folge, dass Besuche zum überwiegenden Teil ganz anders ausfallen, als sie es von davor kannten:

„Nämlich ein Besucher pro Bewohner für eine Stunde in der Woche. Nicht am Tag, sondern in der Woche. Und dieser Angehörige ist auch immer der gleiche Angehörige. Das heißt,

man muss sich innerhalb der Familie auch verständigen, wer ist dieser Mensch, der den Bewohner besucht“ (Fallstudie 02).

„Aber, da ist nur Sehen und Sprechen, nicht eben halt die taktile Wahrnehmung und nicht das Berühren ist da. Und sie fragen dann immer und ich kriege eigentlich mit, ist die Frage: Wann kann ich Mutter mal wieder in den Arm nehmen? So. Aber die kriegen auch mit, wenn ich dann das erkläre, dass das wir uns auch wünschen würden, aber nicht gewährleisten können, weil, ne, der Träger muss gewährleisten können, dass eben keine Infektion stattfindet. Und dann sagen die auch immer halt: Nein, ist alles gut. Wir wissen / wir kriegen das mit. Ganz, ganz viel Verständnis, aber diese riesengroße Sehnsucht“ (Fallstudie 01).

„Da gibt es ganz viele Faktoren, die da einfach nochmal zuspitzen. Es ist auch mit unserer Kontaktstelle, die Akustik ist eine andere. Bis sage ich mal, bis Muttertag hatten wir die Regelung, dass die ganze Zeit die Angehörigen ihren Mund-, Nasenschutz tragen müssen und die Bewohner eben nicht. Und das macht Sprache nochmal dumpfer, die man schlechter hören kann. [...] Und Schwerhörige können nicht vom Mund ablesen und können das Gespräch schlechter führen“ (Fallstudie 01).

„Also die Besuchsregeln sind gelockert, die Leute können sich / die Bewohner können sich draußen mit ihren Angehörigen treffen, mit Abstand und Mundschutz oder auch bei schlechtem Wetter, haben wir hier ein Besucherzimmer. Aber ansonsten, also auf dem Zimmer oder auf den Wohnbereich darf kein Besucher, nach wie vor / Und das hat sich jetzt nicht verändert im Endeffekt, ja“ (Fallstudie 03).

„Also wir haben Besuchszeiten täglich ab 14 Uhr. Montag, Dienstag und Mittwoch bis 15:30 und Donnerstag bis Sonntag dann bis 16:30. Bis zu einer Stunde können die Besucher bei uns hier im Haus, also in den ausgewiesenen Besuchsbereichen, das ist der Speisesaal und die Cafeteria, ihre Bewohner besuchen. Das heißt, die Pflege bringt die Bewohner runter, die, die jetzt nicht bettlägerig sind, kommen dann runter und dann können die sich in der Cafeteria oder auch im Speisesaal aufhalten oder Terrasse oder im Garten. Es ist aber auch so, dass man die Bewohner abholen kann. Das geht auch. Und dann können die im Grunde genommen auch so lange wegbleiben, wie sie eben wollen, weil da habe ich dann keine Hand drauf. Wir versuchen halt immer drauf hinzuweisen, dass wir von Familienfesten und Veranstaltungen und große Zusammentreffen, dass wir davon abraten, weil es einfach coronatechnisch viel zu gefährlich ist. Aber wie gesagt, ob sie es machen...“ (Virtuelles Praxisgespräch 02).

„Nur das Problem war, dass die Besuche sich verändert haben, also, mit Distanz, da war ein Tisch dazwischen. Der Besuch war nicht mehr auf dem Zimmer. Ja? Es war keine Körperlichkeit mehr im Besuch, was bei Familien oft der Fall ist. Ja? Und das sind die Sachen, die sich verändert haben“ (Virtuelles Praxisgespräch 05).

Was die Begegnungsmöglichkeiten für die Betroffenen trotz aller Hindernisse bedeuten, zeigt diese Interviewaussage sehr deutlich:

„Oder ich weiß, dass wir eine Bewohnerin haben, die bettlägerig ist, wo der Mann aber eigentlich auch eher bei uns schon sein sollte längst, aber der kommt jeden Tag, früher, jeden Tag gefahren. Da war einfach das Gespräch so, die haben kein einziges Wort miteinander gesprochen, da war nur Augenkontakt über 20 Minuten und die Tränen flossen. Und das sind so die unterschiedlichen / das ist so das mein Erleben, dass eigentlich diese Emotionalität riesengroß ist bei diesen ganzen Gesprächen, in allen Richtungen“ (Fallstudie 01).

Für das Personal hingegen ist die Steuerung der Besuche vor allem mit einem deutlichen Mehraufwand verbunden: Bedingt z.B. durch die Zuteilung von Zeitfenstern, der Begleitung der Bewohner*innen zu/bei Besuchen, dem Fieber-Messen bei Besucher*innen vor Betreten

der Einrichtung, die Einweisung in die geltenden Abstandsregeln sowie der Aufnahme der benötigten Kontaktdaten zur Nachverfolgung evtl. entstehender Infektionen...

„Und das ist halt jetzt im Moment, sage ich, hat das oberste Priorität, wie können wir das steuern? Wie steuern wir dieses / die Terminplanung, dass an festgelegten Besuchspunkten in diesem schönen Garten, der zweigeteilt ist, also dass in einem Teil halt diese Besuche stattfinden an Nachmittagen in der Woche? Und dass da auch, ich sage jetzt mal, in Anführungszeichen, überwacht ist, dass da einfach der Abstand eingehalten wird, dass Mundschutz also aufbehalten wird, dass kein Körperkontakt stattfindet? Das ist gerade erst mal eine sehr zeit- und ressourcenintensive Aufgabe“ (Fallstudie 02).

*„Das ist eine gigantische Nummer, die da läuft. Also Frau *** ist seitdem Callcenter-Agent am Vormittag, um Buchungen entgegenzunehmen und Buchungen auf die passenden freien Plätze zu bringen. Und am Nachmittag an den Besuchstagen sind dann mindestens vier bis fünf Mitarbeiter damit gebunden, das Ganze zu organisieren und zu begleiten. Was unter anderen daran liegt, dass unser Gelände sehr weiträumig ist und einfach aufgrund der Strecke mehrere Mitarbeiter gebraucht wurden, um das zu händeln“ (Fallstudie 02).*

„Ja, also / Aber wir müssen natürlich da schon noch mit Symptomkontrollen und Unterschriften und Einweisung und Hygienevorschriften und / Also das ist ja eine ganze Litanei dann, die man noch einweisen muss. Und nicht gleichzeitig und nur einer und so weiter“ (Fallstudie 03).

Und nicht alle Angehörigen reagieren (langfristig) auf dieses Procedere verständnisvoll, was beim Personal auch wiederum für Mehrarbeit hinsichtlich Kommunikation und Beruhigung sorgt:

„Also es gibt Stimmen, sehr unterschiedliche Haltungen dazu von Seiten der Angehörigen. Die meisten, ich sage mal, der Großteil sagt: Das ist super, dass das so läuft, weil das einfach auch gewährleistet, dass wir das Risiko minimal halten, dass hier was eingeschleppt wird. Es gibt aber auch Stimmen, die sagen: Das ist entwürdigend, das ist / das mache ich nicht mit, und wenig Verständnis. Und auch viel gibt es einzelne Stimmen auch, die da einfach emotional wirklich in eine Überforderung geraten“ (Fallstudie 02).

„Wir waren für Fragen zur Verfügung gestanden, im Grunde genommen so gut wie rund um die Uhr, wenn Sie es so sehen wollen und wir haben die Angehörigen angeschrieben, wir haben die entsprechend schnell, so schnell wir konnten, informiert, haben ihnen die Wege gezeigt, dass man halt dann über Telefonie was machen kann. [...] Also wir haben einfach immer versucht, alles, was irgendwo vertretbar war, auch zu machen, im Rahmen unserer Möglichkeiten und Befugnisse und von daher gab es, Gott sei Dank, also ich hatte keine Beschwer / Jetzt wird problematischer, weil die Leute nicht mehr einsehen, warum sie eine Maske tragen sollen, es ist zu heiß und es ist dies und es ist das. Jetzt wird es problematischer, jetzt kommen die Dinge, dass die Besucher, wenn sie reinkommen, dann herein sind ohne Maske oder dann was trinken und dann müssen sie auf die Toilette und alle diese Dinge gehen halt nun mal nicht und da hört man jetzt, (dass sie sagen?) ‚Mei, führt euch doch nicht so auf, ihr habt es doch alles gut überstanden‘. Ja, das kommt jetzt, aber in der Zeit des Lockdowns, nein, die haben sich alle dran gehalten. Gab es nichts“ (Virtuelles Praxisgespräch 02).

Phase 3: Erhöhte Alarmbereitschaft angesichts steigender Infektionszahlen

In die zweite Corona-Welle gingen die Pflegeeinrichtungen aus dem qualitativen Sample mit einer erhöhten Alarmbereitschaft, aber ohne die große Unsicherheit und Angst, die noch in der ersten Phase handlungsleitend war. Man ist routiniert(er) geworden im Umgang mit den Hygiene- und Schutzmaßnahmen, die sich in den Augen der Einrichtungsleitungen als wirksam erwiesen haben:

„Also, wir laufen jetzt in den Häusern eigentlich wieder mehr in die Normalität rein. Also, man muss auch sagen, auch wir sind Menschen, ne, und wir reagieren auch wie Menschen normalerweise reagieren auf eine Bedrohung, zu sagen: Okay, wir machen das erst mal sicher. Ja? So. Und das heißt, oh, alle zusammen essen ist schwierig, ne? Vor allem dann die Nummer, ja, da gibt es ja welche, die kommen dazu aus dem Krankenhaus und gehen dann wieder weg und, und, und. Also, das heißt, sozusagen der Übergriff von einem Teller zum anderen ist relativ gering, also, diese Schwelle. So. Da kommen wir aber wieder zunehmend hin. Ja? Da sagen wir, dieses Risiko nehmen wir in Kauf für die Lebensqualität der Menschen, ja“ (Virtuelles Praxisgespräch 05).

Gleichzeitig stellten sich neue Herausforderungen, wie beispielsweise die auch in Kapitel 8.3 benannten Ausfälle beim Pflege- und Betreuungspersonal aufgrund von Covid-19-Infektionen:

„Wir haben halt einige Mitarbeiter schon in Quarantäne, weil sie halt Erstkontakt zu Angehörigen hatten, die positiv getestet wurden. Und gerade geht die Entwicklung so dahin / Das ist natürlich für die, die noch da sind, die höhere Belastung durch Einspringen und so weiter. Ja, also, es sind dann die nächsten, die vielleicht krank werden [...]. Gut, wenn man jetzt zum Arzt geht, dann wird man per se schon krankgeschrieben, man braucht ja nur anrufen und wird schon krankgeschrieben, da können Sie natürlich davon ausgehen, dass vielleicht 30 Prozent der Kollegen, die auch sonst empfänglich für solche Sachen sind, das natürlich dann auch noch zu ihren Zwecken vielleicht nutzen. Also, es ist, ja, im Moment nicht leicht. (seufzt) Man muss viel Motivation aufbringen, um alle anderen auch zu motivieren, noch zur Stange zu halten und dann natürlich muss man ja auch entsprechend, wir haben ja hier unseren Auftrag und sind für unsere Bewohner da, da muss man auch gucken, dass man da entsprechend sich nichts anmerken lässt und die möglichst ihren Lebensalltag so normal wie immer erleben, was natürlich auch nicht immer so gewährleistet werden kann, ne?“ (Pflegefachkraft Fallstudie 04)

Gleichzeitig lief die Vorbereitung des Einsatzes der Corona-Schnelltests an, was beim Personal für Hoffnung sorgte, die seit Monaten selbst auferlegten privaten Beschränkungen zumindest teilweise lockern zu können:

„Und die Mitarbeiter selber waren sehr, sehr, sehr gewissenhaft und haben wirklich, und das machen sie immer noch, dieses private Umfeld sehr, sehr klein gehalten. Also da habe ich bei meinen Mitarbeitern festgestellt, die haben ein unheimlich großes Verantwortungsgefühl gegenüber den Bewohnern“ (Virtuelles Praxisgespräch 01).

„Also die sind zum Teil wirklich gestresst gewesen, aber nicht, weil wir Corona-Fälle hatten, sondern aufgrund der Auflagen. Also wie soll ich sagen? Die haben sich ja zum Teil nicht mal mehr getraut, selbst da, wo man es dann durfte, dass sie sich mit Freunden getroffen haben. Also mir ging es ja auch so. Ich gehe bis heute noch nicht zum Essen. Ich treffe mich bis heute noch nicht zu irgendwelchen Einladungen, wenn Geburtstag ist. Ich gehe da einfach nicht hin, weil ich Angst habe, ich stecke mich an und trage es dann hier ins Haus. Und so geht es vielen, also nicht allen Mitarbeitern, aber einigen geht es einfach so, dass die sagen, wenn ich mich anstecke, wenn ich mir dann / Und ich muss es ja nicht einmal gesundheitlich spüren, aber wenn ich dann einfach einen Bewohner habe, der sich dann ansteckt und ich bin schuld, das will ich mir nicht antun. Also dieses Pflichtbewusstsein, dieses ich muss jetzt aufpassen, dass ich mich selber nicht anstecke, damit ich niemanden hier infiziere, das passiert immer noch und das belastet natürlich Freundschaften und letztendlich auch diese Regenerationsfähigkeit, weil die Leute einfach diesen Erholungsfaktor auch gar nicht mehr haben, wenn sie sagen, oh, heute (gehe ich in den?) Biergarten, alles gut. Und das trauen sie sich dann nicht, weil sie einfach Angst haben, dass sie sich anstecken. Das ist übel. Und das andere, was auch tierisch belastend ist, wir haben natürlich auch einige Mitarbeiter, die jetzt nicht ihre Familien in der Nähe haben, sondern da sitzen die Familien in Rumänien, in der Türkei und die dürfen sie im Grunde genommen

immer noch nicht besuchen. Ja, weil das sind Risikogebiete. Im Grunde droht man ihnen jetzt, wenn du dahin fährst, ja, dann kommst du zurück, musst in Quarantäne, dann kriegst du kein Gehalt. Also das macht die ganze Sache nicht wirklich besser. Also wie soll ich sagen? Die / Man ist / Die sind zum Teil einfach entkräftet, ja? Weil es nirgendwo eine Aussicht gibt, wo man sich regenerieren kann. Also kein Urlaub, keine Familie, keine Freizeit, also das ist irgendwo Wahnsinn.“ (Virtuelles Praxisgespräch 02).

„Und auch für das Pflegepersonal war es ja eine Einschränkung gewesen, die sollten auch möglichst / möglichst nicht, (unv.) rausgehen in die Öffentlichkeit, möglichst sollten die zuhause bleiben. (I1: Ja) Das war auch nicht schön für die“ (Bewohner Fallstudie 01).

Andererseits wurde auch befürchtet, dass der Einsatz der Tests noch mehr Pflegepersonal absorbiert, da die Tests nur von medizinisch geschulten Personen durchgeführt werden dürfen. Und es sorgt für Beklemmungen, dass der Öffentlichkeit medial nicht hinreichend genau vermittelt wird, dass die Schnelltests mengenmäßig zunächst eng begrenzt sein würden und daher nicht alle An- und Zugehörigen getestet werden können, weswegen die oben beschriebene Besuchssituation wohl noch für längere Zeit unverändert bleiben könnte. Doch zumindest eine vollständige Schließung wie im Frühling 2020 erscheint mittlerweile ausgeschlossen: Erklärtes politisches Ziel ist es, die Pflegeeinrichtungen unter allen Umständen offen zu halten.⁷²

8.4.2 Positive Begleiterscheinungen der Pandemie aus Sicht der Beteiligten

Die Corona-Pandemie hat die Schwachstellen des deutschen Pflegesystems an vielen Stellen offengelegt (vgl. etwa Tesch 2020). Doch in den Einrichtungen der stationären geriatrischen Langzeitversorgung gab es auch einige positive Begleiterscheinungen, die von den unterschiedlichen Akteur*innen im Pflegeheim selbst formuliert wurden und die hier zum Abschluss nochmals stichpunktartig zusammengestellt werden:

(1) Starker Rückgang von ansonsten häufigen Infektionskrankheiten

„Für die Bewohner selber, jetzt der Vorteil des Ganzen, wenn man einen Vorteil sehen kann, ist der, dadurch, dass kein Mensch mehr in die Einrichtung kommt, oder nur noch sehr geschützt, alle unsere Bewohner bombengesund sind. Also es bringt keiner mehr von seinem Enkelkind, das halt davor abgeschnäutzt und dann die Oma busselt, weder Schnupfen, noch Magen-, Darminfekte noch irgendwas rein. Also wir haben so wenig Todesfälle wie noch nie gehabt, in der Zeit, ne? Also das ist uns aufgefallen“ (Virtuelles Praxisgespräch 01).

„Was mir auch nochmal aufgefallen ist in diesem ganzen Zusammenhang, ich sage das immer wieder und sage das auch im Freundeskreis, mir ist, seitdem wir die Kontaktsperre haben, aufgefallen bei uns, dass die Bewohner und auch ein großer Teil der Kollegen und Kolleginnen, wir haben in keiner Form Erkältungskrankheiten. Also Husten, Schnupfen, Lungenentzündungen, grippalen Infekt oder auch eine Grippe, gibt es seitdem überhaupt nicht, bei keinem Einzigen“ (Fallstudie 01).

⁷² Vgl. stv. hierzu die Aussagen der Bundeskanzlerin auf dem Deutschen Pfllegetag am 12.11.2020: „Schutz allein kann nicht die ganze Antwort sein. Pflegebedürftige Menschen brauchen neben Schutz auch Zuwendung, allen voran von ihren An-/Zugehörigen. Daher ist es wichtig, alle Spielräume für Besuche und soziale Kontakte auszuschöpfen“ (Merkel 2020, zit. nach Tesch 2020).

(2) Aufgrund von mehr Ruhe: Weniger Stürze bei Menschen mit Demenz (vgl. auch Sporket 2020)

„Auch, was die Ruhe in den Wohnbereichen betrifft, auch, was ich mitkriege, wenn Sturzprotokolle zum Beispiel geschrieben werden, ich habe das jetzt nicht nachgezählt, aber gefühlt sind die Stürze weniger geworden, gerade im Demenzbereich, dass / weil da einfach mehr Ruhe ist und weniger Ablenkung, es ist auf den Fluren weniger los, genau“ (Fallstudie 01).

(3) Gelebte Wertschätzung für die geleistete Pflegearbeit in der Altenhilfe mit positiven Effekten auf die Krankheitstage des Personals

„Unsere Mitarbeiter kriegen freie Mahlzeiten, das ist ja auch relativ am Anfang von der Staatsregierung eingeführt wurden, dass das refinanziert wird“ (Fallstudie 03).

„Also das hatten wir jetzt auch noch gar nicht angesprochen, also was wir für Briefe jetzt zu Ostern oder Geschenke, auch für Mitarbeiter, von großen Firmen wie Nestlé oder so, die einfach auch große Pakete schicken, das ist schon beeindruckend. Also da hat man schon den Eindruck, da wird jetzt doch Pflege mal wertgeschätzt. Also wie nachhaltig das ist, das weiß ich nicht, aber das finde ich schon großartig“ (Fallstudie 01).

„Also von den Ausfallzeiten her, (räuspert sich) war das okay. Und mir ist auch aufgefallen, das hat die ersten Monate, jetzt langsam flaut es ein wenig ab, die ersten Monate ein unheimliches Zusammengehörigkeitsgefühl sich entwickelt. Also das war, wie soll man sagen, hm, endlich waren es mal Helden, endlich, endlich. Und dieses, wir sind Helden, wir tun was für die Gesellschaft, schon immer, aber jetzt wird es endlich mal anerkannt, hat das so einem richtigen Hype gegeben, ne? Also die waren richtig, ja, super gut drauf, haben sich endlich einmal wertgeschätzt gefühlt. Und das hat natürlich auch zur Folge, dass dann die Ausfälle sich merklich oder der Körper reagiert dann auch nicht gleich mit Krankheiten, ne?“ (Virtuelles Praxisgespräch 01)

(4) Für einen kurzen Augenblick: Gute Rahmenbedingungen für gute Pflege

„Das hat nochmal dazu geführt, dass die Schulen, ja auch die Pflegeschulen teilweise geschlossen haben, außer die Prüfungsjahrgänge. Sodass wir auch da zusätzlich zu den Tagespflegemitarbeitern noch mehr Personal hatten, sodass auch da die Pflege deutlich entspannter ist. Und das ist das, was ich so wahrnehme, sowohl bei Bewohnern als auch bei Mitarbeitern, die Situation, die auch in den Medien so übergebracht wird, Pflege ist am Rande des Möglichen, das bezieht sich vielleicht auf die Krankenhäuser, die Covid-19-Patienten haben und dann auch mehr in Italien als in Deutschland, glaube ich, aber in Altenheimen, wenn keine Fälle da sind, ist das Leben entspannter denn je zuvor. Und im Grunde merken wir, so viel Personal würden wir eigentlich auch wirklich gebrauchen, um eine gute Pflege und Betreuung zu gewährleisten, und wissen aber, dass das nicht für die Ewigkeit ist. Und wenn dann ein Fall kommt, ist es ja dann auch anders, wenn Mitarbeiter in Quarantäne gehen“ (Fallstudie 01).

(5) Anschub für eine digitale Modernisierung der Pflegeheime

„Bei uns ist es so, dass wir jetzt im ganzen Haus den Anschub haben, dass wir bald W-Lan im ganzen Haus haben, wo wir seit 20 Jahren drauf warten. (lächelt) Ich vermute mal, dann wird es nochmal gut zu üben sein, zu lernen sein, für Bewohner, aber auch für uns hier, die arbeiten, mit visualisierenden Tablets oder sowas, einfach nochmal zu lernen, umzugehen“ (Fallstudie 01).

„Wir haben über die Sparkasse Gelder bekommen für Tablets, von der Telekom Smartphones, die uns für zwei Jahre zur Verfügung gestellt werden. Die Hardware ist aber noch nicht eingetroffen. Und das hätte man eigentlich viel früher regeln können. Da muss ich sagen, waren wir eigentlich nicht gut. Also auch unsere EDV, die hat natürlich dann sich auf den

Weg gemacht. Wir werden jetzt auch ein System haben, wie wir Videotelefonie, Videokonferenzen machen können, aber wir wollten das nicht über Skype oder Zoom, sondern über einen sicheren Server, also über unseren Server. Da wird jetzt / Also das sollte jetzt eigentlich diese Woche fertig werden, ich hoffe, die kriegen das hin, dass wir darüber auch uns vernetzen können, ohne dass irgendwelche Daten in Amerika da gespeichert werden“ (Fallstudie 01).

„Also wir haben relativ früh, haben wir Smartphones und Tablet-PCs beschafft, die den Bewohnern zur Verfügung stehen über die Betreuungsassistentinnen, Assistenten, um mit ihren Angehörigen zu kommunizieren. Das wird teilweise recht stark genutzt, für andere ist das kein Medium. Klar, für demente Bewohner ist es kein Medium, wenn die Demenzerkrankung fortgeschritten ist. Aber das hat ziemlich einen Aufschwung genommen bei uns, dass wir da in Technik investiert haben“ (Fallstudie 02).

(6) Entstehung von neuen Interaktionsformen in der Lebenswelt Pflegeheim

„Wir haben Lebensräume, in denen Bewohner ihr Leben auch weitgehend selbst gestalten, unter Assistenz von unseren Mitarbeitenden. Also ich reflektiere eigentlich in den letzten Wochen sehr stark darüber, ob so dieses Modell in den Pflegeheimen, soziale Betreuung, da muss es gezielte Angebote geben, da muss es Veranstaltungen / die Veranstaltungen sicher, aber gerade diese Gruppenangebote und die in hoher Frequenz, ob das überhaupt den Lebenswirklichkeiten der Menschen entspricht. Oder ob [...] vielleicht die Lebenssituation, die wir momentan haben, der Lebenswirklichkeit unserer Bewohner eher näher kommt als die mit, ich sage mal, ja, künstlich gesetzten Interaktionen. Also wir setzen ein Gruppenangebot, die Bewohner werden animiert, da hinzugehen. Im Moment entscheiden die Bewohner selbst, ich will in den Garten, ich will auf dem Flur bleiben, ich will da mal eine Tasse Kaffee trinken, ich will mit der Frau XY mal zwei Sätze reden. Also eigentlich so mehr so Nachbarschaft und Begegnung, wie sie Menschen im entsprechenden Alter auch leben, die außerhalb einer Einrichtung ihren Lebensalltag haben“ (Fallstudie 02).

„Aber, wir haben auf der anderen Seite auch in bestimmten Bereichen Zugewinne. Ich möchte es gar nicht in die Waagschale werfen und gegeneinander abwägen, möchte nur für mich resümieren, dass es diese beiden Effekte aus der Situation gibt. Und ein unerwarteter positiver Effekt, den ich so auch nicht / also ich dachte auch am Anfang, mein Gott, es wird jetzt hier, was weiß ich, irgendwann der Totentanz, ja. Das Leben im Haus wird völlig erliegen und erlahmen. Aber, gut, es wäre vielleicht, wenn jetzt November wäre, anders. Da spielt uns die Jahreszeit und das Wetter natürlich gut zu. Aber diese Kombination von, ich sage mal, den örtlichen Möglichkeiten mit großer Außenanlage, von gutem Wetter und von, wie ich wahrnehme, auch gutem Fingerspitzengefühl insbesondere bei den Betreuenden, aber auch bei den Pflegenden, hat zugelassen, dass da Leben sich in einer gewissen Weise konsolidiert neu entwickelt. Und so dieses / Und dadurch ist auch das Wegbrechen der Besuche von außen, glaube, nicht so ein traumatischer Erfahrungswert gewesen für die Bewohner“ (Fallstudie 02).

(7) Aus der Not heraus: Bildung von neuen Bekanntschaften unter den Pflegeheimbewohner*innen

„Ja, ich muss sagen, wir haben möglichst eine Trennung im Gebäude auch zwischen den Stationen, also zwischen den Etagen. Und in den Etagen, natürlich sind wir näher zusammengerückt durch die Vorleserunden oder Gesprächsrunden oder durch die Gymnastikrunden oder durch das gemeinsame Singen. Aber dass sich Freundschaften gebildet haben, kann ich nicht sagen. [...] Es war mehr Zusammenhalt, weil man ja automatisch, man war ja eingesperrt hier, ne? Man war ja nicht mal so / konnte ja nicht raus und hatte nicht so viel (unv.). Sonst war immer dienstags, war immer Einzelbetreuung, dann sind sie schon mal im Rollstuhl in den Park gefahren oder in die Stadt gefahren oder irgendwohin

gefahren. Das gab es ja alles nicht mehr. Also fand alles hier in der Etage statt“ (Bewohner Fallstudie 01).

8.5 Zusammenfassung

Was ist aus den bislang referierten Befunden nun für die Schlüsselfrage von SeLeP abzuleiten? Was sind die konkreten Erfahrungen und praktischen Konsequenzen der Corona-Pandemie für die Frage nach dem praktischen Stellenwert und der Umsetzung von Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheim?

Aus der Sicht der An-/Zugehörigen ist es den Einrichtungen in der Anfangsphase der Pandemie durchaus gut gelungen, sich auf die neuen Anforderungen einzustellen und dabei so weit wie möglich auf die Bewohner*innen und die An-/Zugehörigen einzugehen. Diese Einschätzung geht einher mit einem grundsätzlichen Verständnis für die damals ergriffenen Maßnahmen – auch wenn Berichte aus den Fallstudien immer wieder auch auf Unverständnis bzgl. der strengen Kontaktbeschränkungen und später Besuchsregelungen auf Seiten der An-/Zugehörigen hindeuten.

Die Einrichtungsleiter*innen stellten auf der arbeitspraktischen Ebene – mit steigender Tendenz über die Zeit hinweg (vgl. Trendanalyse) – vor allem den gestiegenen Arbeitsaufwand für die Beschäftigten heraus, z.B. durch die jeweiligen Verordnungen und die teilweise defizitäre Kommunikation mit und Information durch Entscheidungsträger. Auf der sozial-psychologischen Ebene sind es die Ängste und Unsicherheiten der Pflegekräfte und die fehlende soziale Integration der Bewohner*innen, die die größten Herausforderungen darstellten. Insgesamt wurde aber auch hier angegeben, dass die Bewohner*innen Verständnis für die Situation hatten und sich an die neuen Regeln anpassen konnten – wenngleich sie unter der ‚Isolation‘ von ihren An-/Zugehörigen und dem Bruch mit ihrem Alltag gelitten haben. Für die Gestaltung des Pflegeheimalltags als positiv erwies sich, wenn in den gesetzlichen Verordnungen ein gewisser Handlungsspielraum für die Einrichtungen vorgesehen war, der eine an die jeweiligen Gegebenheiten vor Ort angepasste Neuordnung des Alltags ermöglichte.

Die Bewohner*innen profitierten von solchen Möglichkeiten bspw. in Form von neuen Kontaktmöglichkeiten innerhalb der Einrichtung, um die Außenkontakte zumindest teilweise zu kompensieren. Die Einsicht in die Notlage förderte insgesamt das Verständnis für die Maßnahmen, auch wenn die fehlenden Kontakte und die Neuordnung des gewohnten Alltags schwierig waren. Eine besondere Herausforderung war – naheliegenderweise – die Situation für Bewohner*innen mit demenzieller Veränderung, die mit den neuen, ‚befremdlichen‘ Gegebenheiten teilweise weniger gut umgehen konnten, mitunter aber auch infolge veränderter Alltagsmuster in den Einrichtungen mit der Situation zurechtkamen.

In Anbetracht der verschiedenen Schilderungen kann als Fazit festgehalten werden, dass vor allem in der Pandemie deutlich wird, inwiefern Selbstbestimmung und Würde in Pflegeeinrichtungen keine Selbstverständlichkeit darstellen, sondern als Gestaltungsaufgaben vor dem Hintergrund der jeweils gegebenen Rahmenbedingungen sowie (mehr oder weniger alltäglichen) An- und Herausforderungen immer erst hergestellt werden müssen. Zudem zeigt sich in der Pandemie bzw. den praktischen Herausforderungen, Lebensschutz zu gewährleisten, dabei aber auch Lebensqualität – und die impliziten Ansprüche an Selbstbestimmung und Würde –

aufrechtzuerhalten, eine Verschiebung in den handlungsleitenden Orientierungen: Vor Corona erfolgte die Ausgestaltung des Pflegeheimalltags hinsichtlich Lebensqualität, Selbstbestimmung und würdevollem Miteinander vor allem entlang individueller Bedarfe und Bedürfnisse der Bewohner*innen sowie der Verteilung der dafür verfügbaren Zeit-/Personalressourcen. Unter Corona-Bedingungen gewinnt mit Blick auf die Bewohnerschaft neben Dimensionen wie bspw. Mobilitätsvermögen, Innen-Außen-Orientierung oder unterschiedliche Fähigkeiten, den eigenen Wünschen und Bedürfnissen kommunikativ Ausdruck zu verleihen, nun eine weitere Dimension neue Relevanz: Die Bewohnerschaft als soziales Kollektiv im Sinne einer Gefährdungs- und Schicksalsgemeinschaft. Jetzt steht bei der Ermöglichung oder Begrenzung der Lebens- und Alltagsgestaltung von Bewohner*innen nicht mehr nur individuelle Lebensqualität oder Selbstbestimmung zur Disposition, vielmehr rückt die Frage nach dem Gesundheitsschutz aller ins Zentrum. Dieser kollektive Gesundheitsschutz muss alltagspraktisch in Einklang gebracht werden mit individuellen, teilweise recht disparaten Ansprüchen an ein ‚gutes‘ Leben im Pflegeheim, die die Bewohner*innen nicht ohne Weiteres aufgeben wollen und sollen. Diese Verschränkung jenes individualistischen Orientierungs- und Handlungsrahmens mit einem kollektivistischen erstreckt sich in einem weiteren Schritt auch auf das Pflegepersonal, welches moralisch noch umfassender als bisher für das gesundheitliche Wohlergehen seiner Bewohner*innen verantwortlich gemacht wird: mit Corona bis hinein in die Ausgestaltung des jeweiligen privaten Alltags.

9 Synopsis: Entwurf einer Pflegeheimethik

Die Pflegeeinrichtung galt lange Zeit als totale Institution (vgl. Goffman 1981), welche nach eigenen Regeln das Leben und Zusammenleben aller im Pflegeheim Tätigen und Lebenden gestaltet bzw. bestimmt hat. Diese Einordnung erweist sich angesichts jüngerer Entwicklungen, z. B. in der Fokussierung auf Sozialraumorientierung und der Gestaltung als *Caring Community*, als nicht mehr passend (vgl. Kapitel 4.1). Vor diesem Hintergrund sollen im Folgenden die Grundzüge einer spezifischen Ethik für diesen ‚neuen‘ Lebens- und Arbeitsort skizziert werden, die sich nicht nur mit dem Pflegegeschehen im Pflegeheim entlang von einzelfallbasierten Problematiken beschäftigt, sondern auch ethische Leitlinien für die Organisation Pflegeeinrichtung als solche ausweist.

Mit Ethik ist ganz grundlegend die theoretische Reflexion von Praxis im Hinblick auf evaluative und normative Fragen bezeichnet, verstanden als zentrale Frage nach dem guten und richtigen Leben. Die reale Praxis war in den letzten Monaten aufgrund der Corona-Pandemie vor allem in der politischen und gesellschaftlichen Debatte von der Frage nach dem Schutz der besonders vulnerablen Gruppe im Pflegeheim geprägt. Das Risiko der Verletzung von Menschenrechten angesichts von Quarantänemaßnahmen, Kontaktvermeidung (und teilweise dem Verzicht auf Tagesroutinen) war und ist erhöht (vgl. S1 Leitlinie, S. 4).

„Das heißt, neben den komplexen pflegefachlichen Fragen (u.a. Infektionsschutz, präventive Schutzmaßnahmen) verweist die Pandemie auf neue, unbekannte, situativ moralisch verunsichernde und vielfach auch belastende ethische Konfliktfelder. Ethische Konflikte und moralisch belastende Situationen fordern in dem jeweiligen Kontext zunächst deren Identifikation, insbesondere in Abgrenzung zu anderen Fragestellungen (zum Beispiel

struktureller, organisatorischer Genese). Die Grundlage solcher Abwägungsprozesse bildet jedoch stets die Menschenwürde, die nicht zur Disposition steht.“ (S1 Leitlinie, S. 6)

In den politisch-medialen Debatten der vergangenen Monate wird immer wieder auf den Schutz dieser besonders vulnerablen Gruppe verwiesen und dabei auf die Menschenwürde als allgemeines Leitprinzip rekurriert. Deswegen wird in einem ersten Schritt auf diesen prominenten Aspekt der Vulnerabilität als konzeptioneller Ausgangspunkt einer Pflegeheimethik eingegangen, um daraus folgend und darauf aufbauend eine care- wie organisationsethische Konzeption einer Pflegeheimethik vorzulegen, als eine Ethik *des* Pflegeheims wie auch *für* das Pflegeheim.

Die Konzeptualisierung einer dergestalt ‚doppelten‘ Pflegeheimethik erfolgt zum einen mittels einer Literaturschau und deren Auswertung, die von den grundlegenden und allgemeingültigen medizinethischen Prinzipien von Beauchamp/Childress über die pflegewissenschaftliche und care-ethische Perspektive Trontos, Conradis und Kohlens wie auch organisationsethischen Grundlagenwerken reicht. Zum anderen gründet die Ausarbeitung auf der systematischen Verknüpfung von Soziologie und Ethik sowohl in der begrifflich-konzeptionellen Fundierung als auch in der empirisch-methodischen Forschungspraxis des Projekts, sodass die empirischen Beobachtungen und gewonnenen Befunde – soweit wie möglich – in die folgenden Überlegungen eingeflossen sind.⁷³ Dementsprechend wird es im Rahmen dieses Berichts auf den folgenden Seiten eher um den Ausweis des konzeptionellen Rahmens für eine Pflegeheimethik gehen und nur an punktuellen Stellen um spezifische ethische Instrumentarien, um der auch je eigenen Pflegeheimkultur vor Ort Rechnung zu tragen.

9.1 Vulnerabilität als konzeptionelle Grundlage für eine Pflegeheimethik

Die Frage nach einer angemessenen Güterabwägung zwischen dem Recht der Bewohner*innen auf Freiheit und Selbstbestimmung im Verhältnis zu einem Recht auf körperliche Gesundheit und absoluten Lebensschutz in Zeiten der Corona-Pandemie beschäftigt nicht nur Gesellschaft und Politik, sondern insbesondere auch alle Akteur*innen, die in die Ausgestaltung des Einrichtungsalltags involviert sind (und das nicht erst seit der Corona-Pandemie). Kontrovers diskutiert wird, inwiefern es legitim ist, Pflegeheimen die Außenkontakte (und teilweise auch Innenkontakte) zu untersagen, um damit das Infektionsrisiko für Covid-19 für die Bewohner*innen auf das täglich ein- und ausgehende Pflege- und Betreuungspersonal zu minimieren.

Die durch den Wegfall von Freiwilligen und An-/Zugehörigen entstehende zusätzliche Belastung des Pflegeheimpersonals ist hoch und lässt sich auf mindestens eine Stunde zusätzliche Arbeitszeit pro Tag konkretisieren (vgl. Rothgang/Wolf-Ostermann 2020, S. 37). In die Beantwortung der Frage nach Öffnungsszenarien, nach selbstbestimmter Entscheidung über den

⁷³ In Anlehnung an das Pflegeberufe(reform)gesetz (PflBerG) und die Explikationen in der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV), welche beide die Entwicklung pflegeethischer Kompetenz fordern. „In diesem Zuge hat sich allmählich ein verändertes Pflege- und Berufsverständnis durchgesetzt, das an die Stelle eines medizinischen Modells der Pflege, verbunden mit einer defizit- und krankheitsorientierten Sicht, eine ressourcen- und klientenorientierte Sicht setzt. Der hiermit verbundene Pflegebegriff zielt ‚auf Autonomieerhalt und -gewinn von Menschen mit Gesundheitsproblemen in ihrem erlebten und gelebten Alltag – kurz auf ihre Alltagskompetenz.“ (Hundenborn 2015, S.272. Ders. 2021, S. 6).

Empfang von Besuch (vgl. Deutscher Ethikrat 2020a), fließt zudem ein Moment der Solidarität gegenüber den anderen Bewohner*innen und deren möglicher Gefährdung durch eine*n Besuchende*n ein. Eine relational gedachte Autonomie würde an dieser Stelle nicht nur die eigene Vulnerabilität in den Blick nehmen, sondern v. a. die Vulnerabilität der anderen Bewohner*innen, die gegenseitige Verschränkung der Lebenswelten im Pflegeheim mitbedenken (vgl. Kapitel 6.1.2). Insbesondere bei Bewohner*innen mit einer ausgeprägten demenziellen Erkrankung, die nicht immer (noch) fähig sind, ihre Positionen und Wünsche zu artikulieren, stellt sich die Gewichtung der beiden Pole als besonders schwierig heraus. Die Beobachtungen der vergangenen Monate unter den ‚Corona-Vorzeichen‘ verdeutlichen noch einmal, dass es einer grundsätzlichen Reflexion auf die Vulnerabilität im Pflegeheimkontext bedarf, die auch ohne die Pandemie geleistet worden wäre, jedoch in pandemischen Zeiten noch dringlicher angezeigt war.

Schon zu Beginn des Projekts wurde die grundlegende anthropologische Kategorie Vulnerabilität für den Lebens- und Arbeitsort Pflegeheim festgehalten, die als „Risiko und Ressource“ (Springhart 2016, S. 208 ff.) zu verstehen ist, als Ressource dahingehend, dass die Vulnerabilität die menschliche Kontingenzerfahrung auf den Punkt bringt und damit die gemeinsame Verbundenheit aller ausweist.

Vulnerabilität (Verwundbarkeit) ist mittlerweile ein Schlüsselbegriff in der Medizin und Gesundheitspolitik, Hydrogeologie und Agrarökonomik, philosophischen Ethik und Anthropologie, in Konflikt- und Friedensforschung, Stadtentwicklungs- und Migrationsdebatten sowie in den Forschungen zu Resilienz und Glück (vgl. Keul 2015, S. 648). Er hat sich in seiner von der Medizin stammenden Bedeutung als Begriffspaar zusammen mit der Resilienz etabliert (vgl. ebd., S. 7 f.). Spätestens im Zuge der Corona-Pandemie hat der Begriff in den Medien eine breite Präsenz entfaltet.

Statt der gängigen Defizitperspektive auf Vulnerabilität erscheint zumal im Pflegeheimkontext die oben genannte, risiko- *und* ressourcenorientierte Sichtweise insofern instruktiv, als sie „die Freiheit und Notwendigkeit zum – wenigstens teilweisen – Verzicht auf Kontrolle impliziert und so zur Bedingung beziehungsstiftenden Vertrauens wird“ (Springhart 2016, S. 214; Bergemann/Frewer 2018; Schmidhuber 2020, S. 271-282). V. a. in der Politikwissenschaft, Pädagogik und Theologie wird dem Begriff der Vulnerabilität zunehmend auch derjenige der Vulneranz beigelegt. Er bezeichnet die „Verletzungsfähigkeit“ (Münkler/Wassermann 2012, S. 82) bzw. die „Fähigkeit und Bereitschaft, Andere zu verletzen“ (Keul 2017, S. 589) und bringt damit im Unterschied zur (manchmal eher passiv formatierten) Vulnerabilität die Akteursperspektive ins Spiel.

Mackenzie und Dodds z.B. unterscheiden zwischen vier Formen der Verletzbarkeit (interpretiert nach Leidinger 2018, S. 27): (1) einem somatisch verankerten, inhärenten (inherent) ‚verletzbar Sein‘ (aus dem Basis-Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schutz etc. erwachsen), (2) einer situativen (situational) oder kontextuellen (sowohl kurz- wie langfristig beeinflussenden) Verwundbarkeit, (3) einer ‚veranlagt-ereignishaften‘ (dispositional-occurent) Verletzbarkeit im Blick auf vulnerable Phasen der menschlichen Entwicklung im Allgemeinen, bzw. einer Verletzbarkeit vulnerabler Gruppen im Speziellen, sowie (4) einer ‚pathogenen‘ (pathogenic) Verletzbarkeit. Darunter fassen sie den Missbrauch von Verletzbarkeit durch Institutionen oder

Bezugspersonen (vgl. Mackenzie/Rogers/Dodds 2013, S. 7 ff.). Diese Unterscheidung hält an individueller Handlungsfähigkeit fest und bringt Verletzbarkeit und Autonomie nicht in Opposition zueinander, sondern vermittelt beide miteinander unter dem Primat der relationalen Autonomie (vgl. Mackenzie et al. 2000, S. 127, 149). Im Pflegeheim sind damit *alle* Beteiligten (Bewohner*innen wie Personal) vulnerabel (vgl. inhärente Vulnerabilität). Dass alle am Pflegegeschehen Teilhabenden vulnerabel sind, kommt beispielsweise darin zum Ausdruck, dass ein hohes Risiko besteht, dass Second Victims in Pflegeheimen in zunehmender Zahl vorkommen (vgl. Schiess/Monteverde 2017, S. 87-103). Second Victims sind für Schiess und Monteverde „Gesundheitsfachpersonen, die in unerwartete unerwünschte Patientinnen- und Patientenereignisse, in medizinische Fehler und/oder patientenbezogene Verletzungen involviert sind und die daher im Sinne einer Traumatisierung zu zweiten Opfern (*Second Victims*) werden“ (ebd., S. 88). So folgen gerade im Pflegeheimkontext besonders häufig Selbstzweifel und Selbstvorwürfe bspw. auf Sturzereignisse, die das Pflegepersonal erlebt hat (vgl. ebd., S. 98). Dabei gilt es – wie auch in der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zur Frage „Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung“ (Deutscher Ethikrat 2018) leitend –, Vulnerabilität als ethische Kategorie für Fragen der Selbstbestimmung einzuführen und nicht in der Defizitperspektive (z. B. in Verbindung mit Opferrolle, Mangel, Abhängigkeit, Pathologie (vgl. Fineman 2016, S. 8) zu verharren.

Für die situative Vulnerabilität gilt grundlegend, dass die Situation im Pflegeheim durchaus neue Asymmetrien und damit einhergehend Abhängigkeiten mit sich bringen kann und dies je nach Krankheitsbild. Gerade Pflege, die sich auch auf das Sterben als letzter Lebensphase erstreckt, macht darauf aufmerksam, „dass Sterben nicht auf einen Prozess hin zum Tod zu reduzieren ist, sondern dass Sterben zunächst und vor allem eine Form des Lebens unter Bedingungen sich verschärfender Vulnerabilität und Endlichkeit ist“ (Springhart 2016, S. 214). Vulnerabilität beschreibt, nach Springhart, „zunächst die Möglichkeit und sodann das Bewusstsein der menschlichen Verwundbarkeit im offenen Ausgang“ (ebd.).

Vulnerabilität markiert somit die gemeinsame anthropologische Ausgangsposition. Mit dieser für alle Beteiligten gleichen Ausgangslage soll sie den Menschen nicht als Bestandteil einer Konstruktion eines negativen (und auf die Bewohner*innen hin ausgerichteten) Menschenbildes für das Pflegeheim dienen, sondern in positiver Konnotation zum Ausdruck bringen, dass allen am Pflegeheimgeschehen Beteiligten diese inhärente Eigenschaft gemeinsam ist.

So kann als erstes Fazit gezogen werden: Vulnerabilität ist kein Defizit, das es zu überwinden oder zu überspielen gilt, sondern sie ist als *conditio humana* anzuerkennen (vgl. Schmidhuber 2020, S. 273; Moyaert 2012, S. 1147 ff.). In diesem Sinne würde eine positive Bestimmung auch eine Verquickung von Vulnerabilität, Anerkennung und Selbstbestimmung im Alter bedeuten. Steht im Zentrum des Menschenbildes also nicht der autonome Mensch, der durch die Vulnerabilität in Form von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Sterben scheitert, sondern der vulnerable Mensch, dem Autonomie und Selbstbestimmung weitmöglichst zuzuerkennen sind, werden die genannten Vulnerabilitätsmomente Teil der Humanität und der Mensch verliert nicht das, was ihn zentral ausmacht (vgl. Springhart 2016, S. 215; Moyaert 2012, S. 1146).

Zur Einordnung und Verwendung des Begriffs der Vulnerabilität im vorliegenden Kontext sollen Vorschläge zu dessen Verknüpfung mit anderen einschlägigen Begriffen zur genauen

Erfassung und Nutzung betrachtet werden. Der Sozialphilosoph Honneth hat ein intersubjektivitätstheoretisches Personenkonzept⁷⁴ eingeführt, bei dem die Anerkennung das zentrale Moment markiert (vgl. Honneth 2016, S. 1129; Liedke 2020, S. 11-32). Krause spricht in diesem Zuge von einer anerkennungssensiblen Pflege selbstbestimmten Handelns (vgl. Krause (2016 a,b). Vulnerabilität bildet hierbei die Bezugsgröße für Selbstbestimmung, die an Anerkennung gebunden ist. Tritt im Pflegegeschehen also keine Form der Anerkennung auf, führt dies zu ‚pathogener‘ Vulnerabilität, die sich durch eine Dysfunktion und Repression interpersonaler und sozialer Beziehungen in der Pflege ausdrückt.

Für eine Pflegeheimethik, basierend auf der anthropologischen Kategorie der Vulnerabilität, bedeutet dies, dass Anerkennung als Reaktion auf die inhärente Vulnerabilität des Individuums unabdingbar im Umgang miteinander ist. Für Akteur*innen im Pflegeheim heißt dies, dass in diesen Anerkennungsprozessen eine praktische Umsetzung von Autonomie (personal verstanden) als für alle erfahrbare Selbstbestimmung erfolgen muss. Vor allem die an Demenz erkrankten Bewohner*innen sind besonders vulnerabel. Deswegen wurde vor allem, aber nicht nur für diese Gruppe die personale Autonomie (vgl. Kapitel 6.1.3) in Anschlag gebracht, so dass die ihnen mögliche Selbstbestimmung nicht prinzipiell abgesprochen werden kann.

Gerade in der Corona-Krise stellt sich die Priorisierungsfrage bei der Adressierung der Vulnerabilität. Schmidhuber (2020, S. 276) macht, unter Verweis auf Nussbaum (2009, S. 176-226), deutlich, dass Gesundheit (i. S. der Adressierung der inhärenten Vulnerabilität) nur ein Aspekt des guten Lebens neben vielen anderen ist. Die Verbundenheit mit anderen kann ebenso wie das Gut der Gesundheit als Aspekt des guten Lebens gelten und entsprechend in die Priorisierungsfragen einbezogen werden, obwohl sie zu Beginn der Krise nicht primär im Fokus stand (vgl. Ethikrat 2020). Hier haben sich die Gewichtungen verschoben.

Aufgrund dieses Befundes und ausgehend von Vulnerabilität als anthropologischer Kategorie, die allen im Pflegeheim Lebenden und Tätigen inhärent ist, sich aber situativ anders stellen bzw. auch in der Organisation zu ‚pathogener‘ Vulnerabilität führen kann, liegt es nahe, die hier vorzustellende Pflegeheimethik mit einem care-ethischen Strang wie auch einem organisationsethischen Strang zu bilden. Im ersten Falle kommt die Sicht der Bewohner*innen, aber auch diejenige der Pflegekräfte, aber auch aller im Pflegeheim Arbeitenden, besonders in den Blick. Im zweiten Falle steht die Frage im Mittelpunkt, wie die Organisation Freiraum für die Anerkennung der verschiedenen Vulnerabilitäten schaffen kann. Der care-ethische Strang versucht den individuellen Momenten der Selbstbestimmung (zuvörderst der Bewohner*innen, aber auch aller an Interaktion Beteiligter) gerecht zu werden, der organisationsethische die dadurch angestoßene oder weitere sich etablierende Kulturveränderung einzufangen.

So kann festgehalten werden: Waren noch im Kapitel zur Begriffsbestimmung des Ergebnisberichtes vor allem Freiheit und Autonomie als Zielgrößen leitend, so wird deutlich, dass in der Organisation Pflegeheim noch stärker auf die Vulnerabilität der Personen bzw. der verschiedenen Akteursgruppen im Pflegeheim rekuriert werden muss, um möglichst alle selbstbestimmungsrelevanten Handlungsfelder zu adressieren. Care-ethische wie organisationsethische

⁷⁴ Vgl. zum Überblick der verschiedenen Anerkennungstheorien Graumann 2018.

Erfordernisse sind gleichermaßen in den Blick zu nehmen, denn eine Kultur des Caring entsteht im Zusammenwirken von institutionellen Strukturen und Bedingungen (Organisationsebene), Interaktionen untereinander (Interaktionsebene) sowie der individuellen Wertvergewisserung (individuelle Ebene) aller.

9.2 Hinweise zu weiteren analytischen Dimensionen einer Pflegeheimethik

Zum care- wie organisationsethischen Strang kamen vor und im Zuge von SeLeP noch Subdimensionen wie Multiperspektivität, Vor-Ort-Praxisbezug und Vor-Ort-Organisationsbezug hinzu.

Lange wurde für das spezifische Setting des Pflegeheims von ethischer Seite die Medizinethik, vornehmlich mit ihren Prinzipien nach Beauchamp und Childress (Autonomie, Fürsorge, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit) adaptiert (vgl. Beauchamp/Childress 2009), aber die (ethischen) Bedarfe im Pflegeheim sind grundlegend andere, vor allem auch vor dem Hintergrund, dass immer mehr multimorbide, auf Pflege angewiesene Menschen einen, konkreter den letzten, Lebensabschnitt im Pflegeheim verbringen. Die medizinethischen Prinzipien erfuhren v. a. Kritik aufgrund ihres mangelnden Kontextbezugs und ihres rationalistischen Zugangs der Prinzipienethik allgemein (vgl. Maio 2016, S. 241).

„Professionell Pflegenden bilden die wichtigste Berufsgruppe in der stationären Langzeitpflege. Sie sind die primär Verantwortlichen für den Pflegeprozess und die Versorgungsqualität, für die Einhaltung professioneller Werte und die Orientierung an den Bedürfnissen und Wertvorstellungen der Bewohnerinnen und Bewohner.“ (Riedel/Lehmeyer 2021, S. 1)

Deswegen wurden immer mehr pflegeethische Zugänge für das zentrale Pflegeschehen rund um die professionell Pflegenden im Pflegeheim entwickelt (vgl. Kapitel 4.2). Für SeLeP war jedoch bereits im Projektansatz die Frage nach *Multiperspektivität* ausschlaggebend (neben professionell Pflegenden auch Bewohner*innen, An-/Zugehörige, Pflegeheimleitungen), sodass aus der organisationsethischen Perspektive diese (und letztlich weitere Akteursgruppen wie bspw. hauswirtschaftliches Personal, Betreuer*innen) einbezogen werden sollten.⁷⁵

Diese Vorgehensweise soll noch einmal ethiktheoretisch gefasst werden: „Ethics from the bottom up“, im Sinne einer Ethik, die von Grund auf in der Einrichtung verwurzelt ist und einen Übertrag ethischer Theorien und Modelle in das „konkrete“ alltägliche Leben im jeweiligen Pflegeheim schafft, fordern Schuchter und Heller (2016, S. 122-136) modellhaft in einem von beiden konzipierten und durchgeführten Projekt. Auch Großklaus-Seidel (2012, S. 89) spricht nicht von Betrachtungsweisen, die der Organisation von außen aufgetragen sind, sondern von selbst entwickelten elementaren Strukturen und Prozessen auf der Basis eines in der Einrichtung geteilten Werte- und Normensystem (*Vor-Ort-Praxisbezug*). Als Instrumente dafür nennen die drei beispielhaft die Verwendung von Narration im Pflegeheim, das Teilen von Ängsten und Sorgen unter den Bewohner*innen oder die Unterstützung des*r Bewohner*in als Person. Genau diese Perspektive soll für eine hier konzipierte Pflegeheimethik eingenommen werden:

⁷⁵ Als nicht zu vergessende Dimension für eine Pflegeheimethik ist die Diversität zu nennen (vgl. Hürrem Tezcan-Güntekin 2020), die in SeLeP nicht näher gesondert betrachtet wurde, die aber aus forschungspragmatischen Gründen keinen gesonderten Eingang gefunden hat.

also keine Ethik von außen, sondern – so auch die empirischen Forschungsbefunde in SeLeP – ethische Reflexionen und Maßgaben aus der Praxis vor Ort und passend zu der eigenen Einrichtung vor Ort.

Nachfolgend soll auf der soweit skizzierten Grundlage eine Pflegeheimethik konzeptualisiert werden, die sich an einer Care-Ethik (als Teil der Pflegeethik) orientiert und gleichermaßen die besondere Bedeutung der Organisation Pflegeheim in den Blick nimmt. Damit wird unmittelbar an die oben genannten, forschungsanalytisch voneinander zu trennenden Ebenen des Projektes angeknüpft: die Individualebene mit den Subjektperspektiven auf das Thema Selbstbestimmung, die Interaktionsebene mit den sozialen Beziehungen und alltäglichen Interaktionsmustern zwischen den Akteur*innen im Pflegeheim und als drittes die Organisationsebene (Organisationskultur, -struktur, -ziele, -prozesse als *Vor-Ort-Organisationsbezug*).

Bezogen auf die drei Ebenen setzt die Pflegeheimethik mit dem care-ethischen Zugang auf der Subjekt- und Interaktionsebene an, mit dem organisationsethischen auf der Ebene der Organisation. Beides bedingt sich wechselseitig. Organisationsethik basiert auf Care-Ethik, Care-Ethik wiederum braucht zur Ausgestaltung die organisationsethischen Überlegungen.⁷⁶

9.3 Care-Ethik in der Sorgepraxis

Es bietet sich an, statt einfach nur von Versorgung zu sprechen und dem ein alltagsweltliches Verständnis von Sorge/n zu unterlegen, im Kontext des Pflegeheims eher von Care zu sprechen, denn

„Mit ‚Care‘ können sprachliche Verengungen und negative Assoziationen vermieden werden, die mit Alternativen wie Sorge (z.B. Angst) oder Pflege (z.B. Last, Mühe, Pflicht) verbunden sind, weil damit alles von Haushaltstätigkeiten über die händische Pflege von (kranken) Alten sowie emotionale und finanzielle Unterstützungsleistungen bis hin zu Formen der Selbstsorge angesprochen wird.“ (Döbler 2020, S. 106)

Mit Care steht nicht nur das Wohl einzelner Menschen im Mittelpunkt, sondern aller Pflegeheimakteure (vgl. Riedel et al., 2020, S. 334). Zentrale Punkte, die von der Care-Ethik in den Diskurs der Pflegeethik eingebracht wurden, sind die Hervorhebung des Beziehungsaspektes sowie die besondere Wahrnehmung von Hierarchie- und Autoritätskonflikten auf der Grundlage der Genderperspektive, die der Care-Ethik als eine ursprünglich feministische Ethik inhärent ist (vgl. Monteverde et al. 2012, S. 30 f.). Monteverde et al. ordnen die Care-Ethik als „tugendethisch verstandenes Beziehungsparadigma“ (ebd., S. 31), als Ethikkritik innerhalb der Pflegeethik ein.

Die Politikwissenschaftlerin Tronto formuliert, basierend auf den vier Phasen von Care (1) *Caring about*, (2) *Taking care of*, (3) *Care giving*, (4) *Care receiving* folgende Forderungen (vgl. Tronto 2009, S. 105 ff.): Beim *Caring about*, dem Erkennen der Bedürfnisse der Bewohner*innen, bedarf es der Aufmerksamkeit aller im Pflegeprozess Beteiligten. Davon kann das *Care Taking* unterschieden werden, welches die Verantwortungsübernahme für diese Bedürfnisse bedeutet. Dafür ist eine entsprechende Verantwortungsbereitschaft notwendig. Beim *Care*

⁷⁶ Hier haben im internationalen Vergleich z.B. Poikkeus et al. 2018 und 2020 für Finnland oder Riedel/Lehmeyer 2021 für Deutschland ähnliche Verknüpfungen vorgenommen.

Giving, also Handlungen, um diesen Bedürfnissen situationsorientiert zu begegnen, braucht es die entsprechenden professionellen Kompetenzen. Beim *Care Receiving*, dem Er- und Anerkennen der körperlichen, geistigen, sozialen usw. Veränderungen bei der bedürftigen Person, ist eine gewisse Empfänglichkeit aller für die gesamte Situation maßgeblich und auch das Annehmen der Pflegehandlungen aufseiten der Bewohner*innen. Alle vier Ebenen werden umso dringlicher, je pflegebedürftiger der Mensch wird.

Daran anknüpfend formuliert die Politikwissenschaftlerin und Philosophin Conradi (gemeinsam mit Vosman) (2016) eine Care-Ethik, die für die Konstruktion einer Pflegeethik als fester Bestandteil gesehen werden müssen. Laut dieser neun Thesen handelt es sich (1) bei Care um eine interaktive menschliche Praxis. Zwischen den Beteiligten der Care-Interaktion entsteht (2) eine Beziehung. Als Teil der Care sind (3) Aspekte der Bezogenheit und der sorgenden Aktivität zu nennen. Eingeschlossen sind außerdem (4) das Zuwenden und das Annehmen von Zuwendung. Care-Interaktionen basieren auf einer Asymmetrie von Macht, die es (5) von den Pflegenden herausfordernd wahrzunehmen und zu begrenzen gilt. Die gegenseitige Achtung in Care-Interaktionen setzt (6) keine Autonomie voraus. Achtsamkeit als Entwicklung von Achtung ist (7) nicht an eine Gegengabe gebunden. Care-Interaktionen können (8) auch nonverbal sein. Schließlich geht es bei Care und auch bei einer Care-Ethik (9) um ein reflektiertes Handeln, das affektiv-emotionale mit kognitiven Anteilen verbindet (vgl. Conradi 2001, S. 189-207; Baumann/Kohlen 2019, S. 92f.).

Maio macht auf einen entscheidenden Vorteil der Care-Ethik gegenüber anderen Ethiken aufmerksam: eine Care-Ethik erkennt das Angewiesen-Sein des Menschen an und befreit gleichzeitig von dessen negativer Konnotation. Denn diese Beziehungen sind es gleichsam, die als „Wahrnehmungsfenster“ und „entscheidende Lösungsstrategie“ für ethische Probleme fungieren (vgl. Maio 2016, S. 244 ff.). „Die Care-Ethik impliziert somit eine deutliche Aufwertung der affektiven Verbindung und den Primat interaktiver Handlungen zur Lösung ethischer Konflikte“ (ebd., S. 245). Damit ist die individuelle Ebene wie auch diejenige der Interaktion gleichermaßen adressiert.

In Anknüpfung daran halten Baumann und Kohlen (2019, S. 93 ff.), nach Kittay (2004, S. 67 ff.), Care als Tugend (vgl. Ferkany/Newham 2019, S. 427-457), Haltung und Arbeit fest, die auch besonders bei palliativen Fragen zur Geltung kommen sollte. Sogleich wird in der Care-Ethik, die Conradi als eine Ethik der Achtsamkeit konkretisiert, deutlich, dass es dabei nicht zentral um die Abstraktion ethischer Probleme und Fragestellungen geht, sondern darum, die Sorgepraxis möglichst konkret am alltäglichen Sorgen zu bestimmen. Im Fokus steht also die Sorgepraxis als solche (vgl. Vosman 2016, S. 40 ff.).

Viel Kritik an der Care-Ethik ist dabei laut geworden: Neben Fragen nach einer gendergerechten Care-Perspektive, die bereits breit diskutiert wurden, und nach der Fallibilität achtsamer Wahrnehmungen der Pflegenden war es vor allem diejenige nach der Rolle von Autonomie, die für SeLeP wichtig war:

„Es ließe sich ergänzend fragen, ob nicht sogar dann, wenn von vornherein die Abwesenheit der Autonomie (im Sinne der Fähigkeit zur Selbstbestimmung) in den Mittelpunkt gestellt wird, ein erneuter pflegerischer Paternalismus/Maternalismus resultieren würde, der in Bezug auf das Arzt-Patienten-Verhältnis mit der Betonung des Autonomieprinzips in den

letzten Jahren gerade mühsam zurückgedrängt wurde?“ (Bockenheimer-Lucius et al. 2012, S. 83)

Gerade aber mit der Konzeption einer relationalen Autonomie, welche die Care-Beziehungen als Beziehungsgeschehen versteht, wird die Richtung auf die Selbstbestimmung hin ausbuchstabiert. Zwar ist die Selbstbestimmung damit das Richtziel, aber vor allem im Caring muss diese hergestellt werden (vgl. das Stichwort Gestaltungsauftrag), möchte man auch den berufsethischen Standards gerecht werden. Besonders das Konzept der Handlungs- und Situationswürde hat sich in SeLeP als dasjenige erwiesen, welches deutlich durch alle Beteiligten im Pflegegeschehen herzustellen und zu gestalten ist.

Aber da der Ruf nach Autonomie mitunter überzogen wird, hat Kohlen im Laufe der Entwicklung einer Care-Ethik auch auf die Grenzen von Autonomie als ethischem Prinzip hingewiesen (vgl. Kohlen 2016a und grundlegender 2016b). Kurzum: Mit der relationalen Autonomie soll einerseits den Bewohner*innen und seinen*ihren Bedürfnissen, oder ebenso Nicht-Wünschen und Nicht-Bedürfnissen Gerechtigkeit widerfahren, aber auch die fürsorgliche Haltung der Pflegenden mit einer Care-Ethik und ihr professionelles Ethos unterstützt werden. Ein grundlegender Bestandteil einer Pflegeheimethik ist damit die von Riedel und Giese (2019, S. 391-406) geforderte pflegeethische Reflexionskompetenz, die bereits im Kapitel 4.2.3⁷⁷ besprochen wurde.

Zusammenfassend heißt dies: Mit Riedel et al. kann für die Pflegeheimethik in diesem care-ethischen Strang festgehalten werden:

„Sorge(n) als professionelle Haltung und Wertorientierung, Umsorgen und (Für-)Sorge als bewusste und ethisch reflektierte Verantwortungsübernahme für die professionelle Versorgung in der letzten Lebensphase und somit in einer genuin professionellen Sorge-Beziehung mit den jeweils situativ inhärenten Sorgegefühlen, integriert sorgfältig abwägend die evidenzbasierten Erkenntnisse ...“ (Riedel et al., 2020, S. 337)

Konkret bedeutet dies, in der Lösung ethischer Probleme behutsam vorzugehen und nicht über die Köpfe der Pflegebedürftigen hinweg zu gehen. Dies zeichnet sich auch in der Motivation zur Eigentätigkeit der Bewohner*innen aus. So ist bspw. je nach individueller Tagesform eines*r jeden Bewohner*in das Ankleiden eigenständig möglich oder nicht. Dies herauszufinden, ist täglich neue, fürsorgliche Aufgabe der Pflegekräfte (vgl. Kapitel 7.1.3).

Zudem sei an dieser Stelle noch auf einen weiteren wichtigen Faktor hingewiesen, der mit der pflegeethischen Reflexionskompetenz einhergeht. Dabei handelt es sich um das Miteinander der Mitarbeitenden einer Pflegeeinrichtung. Organisationskultur, im Sinne von Teambuilding

⁷⁷ Riedel und Giese (2019, S. 61–79) entwickeln ein Ethikkompetenzmodell, das sich besonders durch seine Professionalisierung der Pflege mit Hilfe ethischer Kompetenz auszeichnet. Ausbuchstabiert als: „Im Kontext der Analyse und Konkretion der wertorientierten Perspektiven kann hier die Explikation und Identifikation der drei Wertedimensionen systematisierend unterstützen [...]: Die Dimension der professionellen Werte (Welche Werte prägen mein professionelles Verständnis und Argumentieren? Zum Beispiel die Werte aus dem professionsspezifischen Ethikkodex), die Dimension der gemeinsamen Werte (Welche Werte werden von allen beteiligten Professionen gemeinsam getragen? Zum Beispiel die Lebensqualität, die Letztverlässlichkeit, der Respekt der Autonomie und der Schutz der Würde und der Integrität des Patienten) und die Dimension der spezifischen Werte im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit (Welche Werte tragen die interprofessionelle Entscheidungsfindung? Zum Beispiel Respekt, Vertrauen und Verantwortung)“ (Riedel 2021, S. 54).

und der Unterstützung zur Ausbildung eines Zusammengehörigkeitsgefühls unter den Mitarbeitenden, kann nicht nur die Gesprächskultur langfristig sichern, sondern auch die Reflexionskompetenz im Umgang mit den Bewohner*innen und allen anderen organisationsinternen Akteur*innen Anwendung finden lassen.

Organisationsethisch (vgl. nächsten Abschnitt) müssen die Rahmenbedingungen reflektiert werden, unter denen die Pflegekraft diesen Raum der Gewährung der Selbsttätigkeit überhaupt in zeitlicher und personeller Hinsicht hat. Kommt es zu keinem Zusammenspiel zwischen persönlichen Erwartungen an sich und organisatorischen Freiräumen, so ist das Phänomen des moral distress, welches nun sogleich im Folgenden erläutert wird, möglicherweise die Konsequenz. Je mehr Care in den Vordergrund tritt, umso mehr ist auch die Möglichkeit zu moralischem Unbehagen und moral distress gegeben. Hier kann nur eine organisationsethische Reflexionskultur helfen.

9.4 Organisationsethik für die Pflegeeinrichtung

Die Wichtigkeit einer Organisationsethik zeigt sich auch in internationalen Studien zum Thema Zeitdruck für die Pflegekräfte im Pflegeheim. Dierckx de Casterlé et al. haben 2020 in elf qualitativen Interviews Folgendes herausgefunden:

„Nurses felt compelled to ‚reduce‘ good-quality care to basic care by focusing on the physical and visible aspects of care. (...) Being sensitive to this vulnerability requires an understanding of what they go through and how illness and ageing affect their lives and well-being. Understanding and encountering the deep vulnerability of older persons may be an ethical challenge for nurses working under time pressure.“ (S. 979f) „It is important to keep in mind that the team culture and organizational climate can facilitate or hinder the achievement of good nursing care under time pressure.“ (S. 988)

Die Zeitnot kann nur durch größere politische Umwälzungen gelöst werden, die Organisation kann nur mildernd bezüglich der Konsequenzen auftreten.

Die in SeLeP entfaltete Ethikkonzeption versteht sich als Pflegeethik mit Schwerpunkt auf die Care-Ethik unter Beachtung einer Organisationsethik (Institutionenethik könnte dazu synonym verwendet werden vgl. Rabe 2017, S. 277), da subjektives Handeln der Pflegekräfte und Interaktionen nie losgelöst von institutionellen und organisatorischen Merkmalen des Pflegeheims betrachtet werden können. Das Pflegeheim als Institution und als Organisation stellt die grundlegenden Rahmenbedingungen für das soziale Handeln der Individuen als am Pflegegeschehen beteiligte Akteur*innen dar und kann somit Freiräume schaffen oder auch Grenzen setzen. Es gilt, Freiräume für noch mögliche Autonomieerfahrungen durch Selbstbestimmung zu schaffen oder dem gegenüber Hindernissen und Einschränkungen von solchen Möglichkeiten Grenzen zu setzen.

Eine Organisationsethik „behandelt Fragestellungen des *Rechten* (Was soll eine Organisation tun?), des *Guten* (Wonach strebt eine Organisation?) und des *Charakters* (Durch welche Kultur zeichnet sich eine Organisation aus?“ (Wallner 2015, S. 236). Beispiele können

Programme wie Leitbild sein.⁷⁸ Für SeLeP wurden die Pflegeheimleiter*innen nach den inhaltlichen Komponenten ihres Leitbildes gefragt (vgl. Kapitel 7.3). Eher die Versorgung ins Zentrum ihres Auftrags stellende Pflegeheime arbeiten hier weniger mit dem Fokus Selbstbestimmung.

Organisationsethik braucht die Organisation von Ethik – d.h.: Organisationsethik „reklamiert Strukturen für eine organisierte Ethik, verlangt den (professionellen) Perspektivwechsel und fordert Kommunikations-, Reflexionsstrukturen und -formate ein, wie sie z.B. die Verfahren der Ethikberatung zur Verfügung stellen [...]“ (Riedel et al. 2021, S. 3) In der Pflegeheimleiterbefragung hat sich hier ein dichtes Bild an unterschiedlichen Formaten ergeben (vgl. Kapitel 7.3.6).

Organisationsethik sucht demnach „nach den strukturellen Rahmenbedingungen einer Organisation, welche das alltagsethische Handeln in der alltäglichen Praxis ermöglichen.“ (Albisser Schleger 2019, S. 184) Für das Pflegeheim muss zudem eine Differenz der Perspektiven eingezogen werden; denn für die Bewohner*innen ist das Pflegeheim das neue Zuhause, für die Pflege- und Leitungskräfte Arbeitsort. So bedeutet das Pflegeheim als Organisation für die einen das ‚Daheim-Sein‘ bzw. den mehr oder weniger angenommenen, akzeptierten neuen Lebensort, für die anderen den Arbeitsort, an dem gewisse (professionelle und allgemeine) Regeln zu gelten haben und eine andere Verbundenheit als in ihrem eigenen Zuhause herrscht. Dieser Perspektivendifferenz muss die Praxis im Pflegeheim gerecht werden. Hinzu kommen noch die Leitung bzw. der Träger eines Pflegeheimes, in deren Perspektive auf die Strukturen und Prozesse neben den genannten Aspekten zwingend auch und vor allem wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind (Riedel/Lehmeyer 2021, S. 7).

Sowohl in der kleinen Ethik des Alltags wie auch in den großen ethischen Fragestellungen ist das Pflegeheim mit Pflegeheimleitung, Träger die Instanz, von der ebenso Lösungsmöglichkeiten für jene Konflikte angeboten werden können/müssen, die vielleicht auf individueller wie interaktionaler Ebene noch bearbeitet, aber nicht (nachhaltig) gelöst werden können.

Organisationen, die als lernende Organisation verstanden werden, nimmt auch Schmidt (2018, S. 267 ff.) an, der diese Annahme mit Formen der Planung und Partizipation verbindet. Das planvolle Einbringen möglichst vieler Interessengruppen ermöglicht es, unterschiedliche Erwartungen bereits im Voraus einzubeziehen, wenn Konflikte also noch gar nicht manifest sind. Er schlägt in der Frage nach geeigneten Interventionen innerhalb der Organisation auch eine Unterscheidung zwischen Strategie, Struktur und Kultur vor.⁷⁹

⁷⁸ Nach Weber (2001, S. 16 f.) ist jede Organisationsethik eine Aushandlung der beteiligten Akteur*innen zwischen vier Werten und Interessen: erstens, den grundlegenden individuellen Rechten aller Beteiligten, zweitens, den individuellen Interessen, drittens, den Interessen der Organisation und viertens, den öffentlichen Gütern und dem Wohlergehen der Gemeinschaft. Damit kann eine als ethisch handelnd gedachte Organisation nur als Einrichtung verstanden werden, in der die Leitung und die Organisationskultur gleichermaßen ermutigen, unterstützen und belohnen, wenn sich alle am Organisationsalltag Beteiligten bemühen, einen höheren ethischen Standard zu erreichen (vgl. Großklaus-Seidel 2012, S. 91).

⁷⁹ Wallner unterscheidet bei der Methodik die Identifikation, die Analyse, unterschiedlich eingriffstiefe Interventionen (schwächere Interventionen wie Schulung, mittelstarke Intervention (Policy-Entwicklung) und starke Interventionen (Change Management Projekte)). Nach der Beurteilung komme dann

„Organisationen geben einen Raum für die Aufgabenwahrnehmung der Einzelnen in der Pflege und eröffnen (oder verschließen) dadurch Räume für das moralische Handeln des Einzelnen und damit für die Respektierung der Würde der Patienten und der Beschäftigten.“ (Rabe 2017, S. 278).

So beschreibt Rabe die grundlegende Konstellation in Organisationen im Gesundheitsbereich. Hinzu kommt, dass die meisten Pflegekräfte moralische Gründe für ihre Berufswahl und ihr Ethos haben:

„Wird jedoch die Möglichkeit, auch diesem Ethos gemäß zu arbeiten, durch schlechte organisationale Rahmenbedingungen immer wieder beschnitten, so stellt sich eine tiefe Frustration ein, die auch als ‚moral distress‘ bezeichnet wird.“ (Rabe 2017, S. 278)

Nach Jameton, der diesen Begriff in die Debatte eingeführt hat (vgl. Jameton 1984), ist moral distress Folge eines mangelnden Umgangs mit vornehmlich moralisch belastenden Situationen in Alltagssituationen der Pflege.

„Moralischer Stress ist demnach ein zutiefst komplexes Phänomen, da es sich auf die jeweiligen moralischen Überzeugungen und auf die Einhaltung von moralischen Werten bezieht, die die Würde und die Selbstachtung stark beeinflussen.“ (Wöhlke 2018, S. 43)

Ursachen für moral distress können vielfältig sein. Exemplarisch genannt seien mangelnde Absprachen und Einbeziehung von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen, Kommunikationsprobleme zwischen Pflegenden, Bewohner*innen, Ärzt*innen sowie An- und Zugehörigen (insbesondere bei Entscheidungen am Lebensende), nur geringfügige Mitbestimmung bei Entscheidungen, die die dann von den Pflegekräften durchgeführt werden müssen, Vorgaben der Institutionen und des Rechts und auch organisatorische Rahmenbedingungen (Zeit- und Personalmangel).

Monteverde hat in jüngster Zeit hier noch Differenzierungen eingezogen, die zu beachten sind.

„Dabei erwies sich die Ausklammerung der Dimension des moralischen Handlungsvermögens als problematisch. Im Sinne einer Vermittlung wurde vorgeschlagen, Situationen wahrgenommener moralischer Unerwünschtheit wieder zu differenzieren in solche, die entweder moralischer Stress oder moralisches Unbehagen hervorrufen können, wobei das wesentliche Unterscheidungsmerkmal zwischen beiden das Handlungsvermögen (verunmöglicht oder kompromittiert) betrifft.“ (Monteverde 2019, S. 358)

Moral distress bei Komplizität, moralisches Unbehagen bei moralischer Komplexität. Die Pflegewissenschaftlerin Kersting spricht in diesem Zusammenhang von „Cool-out“, einem innerlichen Distanznehmen zur subjektiv hochgeschätzten Pflegearbeit (vgl. Kersting 2019).

Organisationsethisch könnte diesem Phänomen auf unterschiedlichen Ebenen begegnet werden. Die Organisationsebene wird mit Programmen adressiert, die Interaktionsebene mit institutionalisierten Fallbesprechungen und die individuelle Ebene, in dem nach Wallner auch die einzelnen Mitarbeiter*innen für die Führungskräfte in den Mittelpunkt gerückt werden müssen, mit der Wertschätzung der je eigenen Haltungen. Von Wallner wurde dazu die personelle Ebene (und dies auch im Sinne eines care-ethischen Ansatzes) angesprochen, wenn

das Evaluieren und Stabilisieren (vgl. Wallner 2015, S. 239). Um nicht noch mehr Begrifflichkeiten zu verwenden, wird nicht vom ethischen Klima gesprochen: „Der in der englischsprachigen Literatur geläufige Begriff des ‚ethical climate‘ erlaubt eine Annäherung bzw. ist anschlussfähig an die deutschsprachige Definition von Organisationskultur.“ (Riedel/Lehmeyer 2021, S. 3)

beispielsweise Wertearbeit nicht nur, aber auch mit dem Management bzw. Führungskräften gemacht wird. Exemplarisch seien genannt Werte-Reisen, wie sie bei der Caritas Wien entwickelt wurden (vgl. Rinderer 2017)⁸⁰, oder auch Sorge-Geschichten, in denen existenzielle Themen gerahmt wurden (vgl. Schuchter/Heller 2016, S. 155).

Nach Riedel und Lehmeier bestehen aus zwei Blickrichtungen heraus Chancen dafür, warum organisationsethische Bestrebungen das potenzielle Interesse der Pflegenden wecken könnten: zum einen die oben genannten „zunehmenden moralischen Belastungssituationen wie auch angesichts der erhöhten moralischen Komplexität und Komplizität“ im Alltag; und zum anderen „durch den genuin professionellen Auftrag an eine ethisch verantwortete, verantwortungsvoll reflektierte und ethisch gut begründete Pflegepraxis“, der ohne einen organisationsethischen Rahmen nicht realisierbar ist (Riedel/Lehmeier 2021, S. 2).

Für SeLeP können dies folgende Elemente sein: Programme wie ein Leitbild, das selbstbestimmtes Leben in den Fokus rückt und für sich definiert und Umsetzungsstrategien entwickelt. Die Organisationsstruktur kann sich darüber hinaus niederschlagen in institutionalisierten ethischen Fallbesprechungen (vgl. Schuchter/Heller 2018, S. 51-62). Diese schulen nicht nur den Blick der Mitarbeitenden in Pflegeheimen für moralische Konfliktfälle, sondern fördern langfristig auch den intra- (zwischen den Professionellen) und interprofessionellen Umgang miteinander. Sie können der Unvereinbarkeit von ökonomischer und sorgezentrierter Logik systematisch entgegenwirken, indem sie feste Gesprächszeiten einrichten, die langfristig jedoch durch eine institutionsweite Gesprächskultur abgelöst werden sollten.

In der Pflegeheimleiterbefragung gibt es zu den ethischen Instrumentarien konkrete Ergebnisse (vgl. Kapitel 7.3.6). Welches Modell der ethischen Fallbesprechung genau im Pflegeheim verwendet wird, ist von großem Interesse, denn die schon lange etablierte Klinische Ethikberatung kann nicht auf das Pflegeheim übertragen werden, ist doch der Alltag im Pflegeheim nicht nur von medizinischen Problemen bestimmt, sondern zudem von pflegerischen und sozialen (vgl. Schuchter/Heller 2016). Als Defizite werden von Schuchter und Heller die ungenügende Einbeziehung von Betroffenen und An-/Zugehörigen und die Delegation ans Expertenkomitee (vgl. ebd., S. 146), das „Verkennen der Rolle von Gefühlen“ (ebd.), die Fokussierung auf den autonomen Willen als überzogenen Bezugspunkt (ebd., S. 147) und die Reduktion der Ethik auf Dilemma- und moralische Notfallsituationen (ebd., S. 148) benannt. So sollten institutionalisierte Formen für das Pflegeheim gefunden werden, die auch die „alltäglich-kleinen Entscheidungen beziehungsweise überhaupt zum Gespräch über grundlegende existentielle Fragen des Lebens und Sterbens und des Älterwerdens“ (Schuchter/Heller 2016, S. 151) den nötigen Raum geben.

⁸⁰ „Sogenannte Werte-Reisen sind Teil eines neuen Fortbildungskonzepts für Wertebildung, das die Caritas Wien entwickelt hat. Führungskräfte besuchen Einrichtungen in einer anderen Region und erschließen in Kleingruppen vorhandene Wertehorizonte. Mit Hilfe von Storytelling werden Geschichten erzählt und Bilder gefunden, warum es sich lohnt, diese Arbeit zu tun. Diese Methode ist hilfreich, um implizites Wissen zu heben und sichtbar zu machen. Bei einer Werte-Reise des Bereichs Menschen mit Behinderung war Demut der am häufigsten genannte Wert. Die Auseinandersetzung mit Haltungen und Werten baut eine Brücke zwischen den Rahmenvorgaben des Leitbilds und der täglichen Praxis.“ <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2017/artikel/organisationsethik-bereichert>

Im Jahr 2020 sprechen Schuchter et al. von einer Kritischen Organisationsethik, die dazu dienen soll, die zunehmende Zahl an Ethikformaten auch reflektiert zu begleiten: Wo ist die jeweilige strukturelle Verankerung? Wer ist zuständig, welche Rolle wird von den Akteur*innen jeweils eingenommen? Prozess- und teilnehmerorientierte Verfahren der Beobachtung der Wirkungsmöglichkeiten werden von ihnen adressiert. „Eine prozessethisch radikalisierte Organisationsethik schreibt keine Normenkataloge vor und bleibt skeptisch gegenüber Standardisierungen von Ethikprozessen.“ (ebd. 2020) Vor allem das partizipative Elemente der Organisationsethik darf bei aller formalen Strukturierung des Pflegeheims nicht vergessen werden.

Diese Kritik ist sicherlich berechtigt, soll es doch nicht um die Ethik der Ethik willen an sich, um eine Etablierung von Struktur und Kultur gehen, sondern vornehmlich um die Betroffenen und die Pflegenden. Nicht nur die Vermittlung der in der Pflegeheimethik angelegten Werte und Instrumente durch die Einrichtungsleitung ist zentral, um ihre Anwendung zu fördern, sondern auch die Unterstützung der Mitarbeitenden, die mit ihrem Erfahrungsschatz nicht nur umsetzen, was ihnen angeordnet wird, sondern selbst dazu beitragen, dass sich die Organisation weiterentwickelt. Dadurch wird die Organisation Pflegeheim zu einer selbstlernenden Organisation. Dem entsprechend ist im Rahmen der Pflegeheimethik gezielt die ganze Organisation aus Bewohner*innen, Pflegepersonal, Leitungspersonen, Betreuungspersonal, sozialem Dienst, Küche, Hausmeisterei, Reinigungsservice etc. in den Blick zu nehmen.

Als noch zu erwähnendes Instrument aus dem Bereich der Mitbestimmung wäre z.B. an die Bewohnerbeiräte zu denken, die in den qualitativen Fallstudien begegnet sind (vgl. Kapitel 7.1.2.5). Bewohnerbeiräte sind ebenso Bestandteil einer Organisationsstruktur. Sie sind demokratisch legitimiert eingesetzt und verleihen den Bewohner*innen dadurch eine institutionalisierte Stimme innerhalb der Organisation. Die Betreuung und Begleitung dieser Beiräte durch das Personal der Einrichtung deutet deshalb auf ihre Bedeutung hin.

Hinzufügen ließe sich eine weitere Kategorie: die Interaktion zwischen den Bewohner*innen und freiwillig Helfenden, die keineswegs nur auf das Lebensende und auf ehrenamtliche Hospizhelfer*innen beschränkt ist. Vielmehr zählt dazu gleichsam jegliche Öffnung in den umgebenden Sozialraum des Pflegeheims und deren ethische Dimensionen. Die Frage, wie freiwillig Helfende in den Pflegeheimalltag eingebunden werden können, lässt sich beliebig durch verschiedene Projekte und Ideen der Bewohner*innen, der freiwillig Helfenden, der Hausleitungen, der Mitarbeiter*innen und der Besucher*innen erweitern und beeinflussen. Die freiwillig Helfenden können z. B. den Kuchen im Café am Nachmittag austeilen und so mit den Bewohner*innen, deren An-/Zugehörigen oder Gästen in Kontakt kommen.

So kann mit Riedel und Lehmeyer zusammengefasst werden:

„Eine gelebte Organisationsethik zeigt sich (...) darin, dass in Situationen von moralischem Unbehagen (zum Bsp. im Umgang mit demenziell veränderten Menschen, bei der Frage nach der Verlegung in ein Krankenhaus in der letzten Lebensphase einer Bewohnerin/eines Bewohners, in Situationen der wiederholten Ablehnung von Essen und/oder Trinken) Strukturen zu Verfügung stehen (wie z. B. ethische Fallbesprechungen, Ethik-Visiten), um einer systematisierten ethischen Abwägung und Reflexion (z. B. im Rahmen ethischer Fallbesprechungen) die Spezifika der je individuellen Vulnerabilität herauszuarbeiten, ein angemessenes Wertesystem zu generieren, Situationen von Macht und Zwang zu

reflektieren, Schutzansprüche zu analysieren und eine ethisch gut begründete und verantwortete Entscheidung zu treffen.“ (Riedel/Lehmeyer 2021, S. 8)

Kurz formuliert: Eine in diesem Sinne gelebte Organisationsethik ist ein entscheidendes Instrument, um dem Überschlag in eine Vulneranz vorzubeugen.

9.5 Exemplarische Handlungsfelder einer Pflegeheimethik

Um nicht nur auf theoretischer Ebene eine Pflegeheimethik zu entwerfen, sollen in einem nächsten Schritt auch exemplarische Handlungsfelder vorgestellt werden. An den Beispielen soll jeweils der Mehrwert einer in dieser Weise konzipierten Pflegeheimethik verdeutlicht werden.

Grundsätzlich sind zwei große Handlungsfelder einer Pflegeheimethik zu konstatieren: große ethische Fragestellungen und kleine Ethiken des Alltags, wie dies auch schon in Kapitel 5.2.3 ausgewiesen ist. Die beiden sind voneinander zu unterscheiden, indem die jeweilige Perspektive, die sie auf eine Verhaltensweise oder Fragestellung einnehmen, unterschieden werden kann. Beispiele für eine kleine Ethik des Alltags kommen aus dem Stellenwert und der Reichweite der Probleme und Konflikte im Alltag. Große ethische Fragestellungen betrachten gesamtgesellschaftlich debattierte Problemfelder (wie exemplarisch den Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit⁸¹), die über individuelle Interaktion zwischen zwei oder mehreren Akteur*innen hinausgehen (hier als Beispiele Zwangsmaßnahmen, Technikeinsatz). Sowohl die einen als auch die anderen erfordern eine care-ethische und organisationsethische Perspektive, denn um ethisch schwierige Situationen des Alltags wie auch der großen Fragen zu lösen, braucht es individuelle, situationsadäquate Umgangsweisen, organisatorische Lösungen sowie Vergewisserungen und Neujustierungen auf der Interaktionsebene.

Große ethische Fragestellungen aus den Beobachtungen im Projekt

Aus der Empirie des Projektes konnten folgende Einsichten in verschiedene große ethische Fragestellungen gewonnen werden: Laut der Pflegeheimleiterbefragung sind ethische Fragestellungen wie die medikamentöse Ruhigstellung von Bewohner*innen oder der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen von den Einrichtungsleitungen in der Gesamtschau nicht als ausgesprochen konfliktträchtig beschrieben worden. Auch die An-/Zugehörigenbefragung deutet in diese Richtung. Ebenso die seelsorgerliche Begleitung, die Gewährleistung ausreichender Privatsphäre sowie angemessene Mitsprache der Bewohner*innen hat an Konfliktpotential verloren.

Zwei Beispiele aus der Empirie sollen aktuelle Fragestellungen einer großen Ethik für das Pflegeheim verdeutlichen. Zum einen die *Biografiearbeit*, da es vor allem bei den Pflegeheimbewohner*innen um deren letzten Lebensabschnitt geht. Das vorherige Leben soll im besten Fall im Pflegeheim kontiniert werden (vgl. Kapitel 7.1.1). Und als zweites das Thema der Technik im Pflegeheim, welches in einer qualitativen Fallstudie speziell adressiert wurde.

In den Experteninterviews kam ebenso die Biografiearbeit zur Sprache:

⁸¹ Vgl. zum Hintergrund Simon (2017).

„Weil es eventuell auch intimes Wissen sein könnte. Also ich würde erst mal, ich glaube, wenn es darum, wenn man so Biografiearbeit deutet so als einen respektvollen Umgang auch eine Anerkennung von der Beziehung zwischen den, zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen und auch ein / Ich glaube, es geht auch viel um die, um eine Form von / also um eine Haltung und eine Gesprächsführung und eine Zuwendung, wie ich dann mit sowas wie Biografiearbeit umgehe. Also wenn ich, also wie ich es verkaufe, ist der falsche Ansatz, aber die Frage, was ich damit bezwecke, und wenn es darum geht, mich einzufühlen und da auch auch auf auf spezifische, ja, wichtige biografische Elemente mit einzubauen, dann wird, dann ist da absolutes / Ich glaube, dann ist das, wird das von vielen Angehörigen als sehr, sehr sinnvoll erachtet.“

Wie gelingt eine angemessene Berücksichtigung der Biografie eines*r Bewohner*in unter den gegebenen Umständen, wenn das Pflegepersonal die Bewohner*innen erst seitdem – noch nicht lange zurückliegenden – Einzug in die Einrichtung kennt und der Einzug nicht selten als Bruch gesehen wird (vgl. Kapitel 7.2.2)?

Die Frage nach einer gelingenden Biografiearbeit ist bedeutsam, da die Identität der Bewohner*innen dabei im Zentrum steht. Die Biografiearbeit als Möglichkeit, eine Kontinuität in der Biografie der einzelnen Bewohner*innen trotz der einschneidenden Veränderung des Einzugs in das Pflegeheim zu gewährleisten, stellt Mitarbeitende in Pflegeheimen oft vor Herausforderungen. Dies gilt umso mehr, als neuere Konzepte wie personenzentrierte (vgl. Kitwood 1997; Liedke 2020, S. 11-32; Eurich 2020, S. 33-51) oder würdezentrierte Pflege (vgl. Chochinov/Weber 2017; Schramm et al. 2013) die Persönlichkeit der Bewohner*innen in den Fokus der Pflege und Betreuung stellen.

Wie das empirische Material aus den qualitativen Fallstudien zeigt, wird dieser Ansatz auch in Pflegeheimen umgesetzt. Zuständig hierfür sind insbesondere die Betreuungskräfte nach SGB XI § 43b, aber durchaus auch die Bezugspflegekraft des*r Bewohners*in, falls nach dem Bezugspflegemodell gearbeitet wird). Im Rahmen von kollektiven oder individuellen Beschäftigungsangeboten wird z.B. die Biografie der Bewohner*innen in regelmäßigen gemeinsamen Erzählrunden beleuchtet (z. B. zum Thema „mein erster Schultag“). Bei Bewohner*innen, die krankheitsbedingt kaum mehr etwas über sich selbst berichten können, sind die Mitarbeitenden jedoch in hohem Maße auf die Auskünfte der An-/Zugehörigen angewiesen. Diese Hinweise werden in einigen Häusern in sog. Biografiebögen⁸² gesammelt und dienen ggf. als Grundlage für eine individuelle Gestaltung des Zimmers des*r Bewohner*in, falls diese*r kaum eigene Einrichtungsgegenstände mitbringt. In diesen Fällen suchen dann in unseren Fallstudien die Betreuungskräfte bspw. im Möbelfundus des Pflegeheims nach passenden Bildern oder gestalten für den*die Bewohner*in ein buntes Plakat, das im Zimmer aufgehängt wird und alle Eintretenden z.B. über den Namen, das Geburts- und Heiratsdatum, den Beruf und weitere biografische Ankerpunkte, die die Betreuungskräfte in Erfahrung bringen konnten, informiert. Es finden sich dort aber auch – sofern bekannt – Hinweise auf Vorlieben und Abneigungen

⁸² Bzw. wurden die Biografiebögen in den vielen Einrichtungen durch die Strukturierte Informationssammlung (SIS) abgelöst. „Sie ermöglicht, dass eine konsequent an den individuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person orientierte Maßnahmenplanung erfolgen kann. Die Strukturierte Informationssammlung erfolgt in der Regel im Rahmen eines Erst- oder Aufnahmegesprächs im Dialog zwischen pflegebedürftiger Person und Pflegefachkraft“ (BMG Online-Glossar 2021).

beim Essen, was die Pflege- oder auch Servicekräfte für ihren Umgang mit den Bewohner*innen anschließend entsprechend berücksichtigen können.

Zur Biografiearbeit gehört auch zentral die Versorgung und Adressierung der spirituellen Bedürfnisse von Bewohner*innen, denn sie sind Teil der Identität der Bewohner*innen. Die besondere Bedeutung haben Thauvoye et al. (2020, S. 99) herausgestellt, indem sie darauf hinweisen, dass es sich bei spirituellen Angeboten in Pflegeheimen um die Möglichkeit für höchst subjektive und individuelle Erfahrungen handelt. Denn auch wenn Bewohner*innen vieles nicht mehr selbst ausführen können, fühlen sie sich in spirituellen Belangen (vgl. spiritual care) als aktiv Teilhabende und Ausführende und weniger passivisch.

Diese Biografiearbeit entspricht einer care-ethischen Dimension in einer Pflegeheimethik, die jedoch, da sie Zeit und Raum braucht, auch eine organisationsethische Dimension hat. Auf der Ebene der Organisationskultur heißt dies die Wertschätzung dieser Biografiearbeit, auf der Ebene der Organisationsstruktur den zeitlichen und räumlichen Freiraum zu geben, um diese auch durchführen zu können. Die Biografiearbeit bietet die Möglichkeit für Pflegekräfte, die Dauer- und Ernsthaftigkeit (Stichwort Freiverantwortlichkeit) des Willens und der Wünsche des Bewohners zu erkennen. Vor allem auch jene Wünsche und Bedürfnisse, welche Selbstbestimmung betreffen, sind damit verbunden. Allein schon deshalb, weil mittels Biografiearbeit mehr Zeit und Aufmerksamkeit auch hinsichtlich des Willens, der Wünsche, der Selbstbestimmungsbestrebungen des Bewohners als Person im Umgang mit ihm eingesetzt wird, wird seine Würde respektiert.

Aufbauend auf diese personenzentrierte Pflege, die die Biografie der Bewohner*innen ebenso zum Kriterium gelungener Pflege macht wie die sich daraus ergebenden Bedürfnisse der Bewohner*innen, wird in der Forschungsliteratur anhand von Modellprojekten ausführlich über die Verwendung von Pflegerobotik und die Konsequenzen ihrer Anwendung für den Alltag im Pflegeheim reflektiert (vgl. Bündnis Digitalisierung in der Pflege; Depner 2017, S. 51-62; Dietrich et al. 2018, S. 307-325; Manzeschke et al. 2013, S. 143-165; Ammicht Quinn/Spindler 2019). In den Pflegeheimen kommen bisher besonders Hebevorrichtungen, die von einer Pflegekraft gesteuert werden, zum Einsatz.

„Neben diversen anderen (Baden bzw. Waschen, Reinigung und Desinfektion, Diagnose und Therapie, Unterstützung der Selbstständigkeit der Bewohner analog zum häuslichen Bereich) stehen dabei zwei Einsatzfelder besonders im Fokus: Transport- und Lieferdienste sowie Assistenz beim Heben und Transferieren von pflegebedürftigen Personen.“
(Kehl 2018, S. 66)

Das kann in nicht wenigen Fällen einen Konflikt zwischen technisch induzierter Fremdbestimmung einerseits und Selbstbestimmung (konkretisiert als Selbstorganisation) andererseits im Arbeitsalltag von Pflegekräften auslösen (vgl. Fallstudie zur Technik). Grundsätzlich stellt sich die Frage nach der Fürsorge trotz oder mit Technik (vgl. Friesacher 2019), die für die Zukunft noch grundlegend geklärt werden muss. Hier werden care-ethische Betrachtungen wieder neu bedeutsam.

Auch nicht nur die konkreten organisationsethischen Belange sind hier wichtig, sondern auch die über das Pflegeheim hinausgehenden. Ein Schlüssel zur langfristigen und flächendeckenden Etablierung liegt in der gesicherten Finanzierung der technischen Ausstattung der

Einrichtungen. Pflegeheime mit neuen, kreativen Ideen werden – aus Sicht von Einrichtungsleitungen (vgl. Fallstudie zur Technik) – bundespolitisch in der Finanzierung solcher Ausbauarbeiten und Pilotprojekte, die über die Digitalisierung klassischer Verwaltungsarbeiten in der Pflege hinausgehen, auf dem gewöhnlichen Weg der Antragstellung nicht ausreichend unterstützt und müssen diese größtenteils eigenständig stemmen.⁸³ Damit wird ein Fortschritt in den Einrichtungen in Form von technisierten Pilotprojekten womöglich gebremst.⁸⁴

Kleine Ethiken des Alltags aus den Beobachtungen im Projekt

Besonders das Leben als solches stand im Mittelpunkt des Forschungsprojekts und so sollen nun auch exemplarische Situationen aus dem Alltagsleben den Abschluss einer Pflegeethik bilden. Bei der Beobachtung der Interaktion zwischen Pflegepersonal und den Bewohner*innen lassen sich zahlreiche Beispiele für einzeln ethisch zu reflektierende Situationen finden. Dies ist zum einen die *Motivation zur Selbsttätigkeit* im konkreten Pflegegeschehen und die *Eruiierung von Konfliktpotenzial*, seien sie auf individueller Ebene, auf der Interaktions- oder auch Organisationsebene.

Gerade im alltäglichen Leben der Bewohner*innen werden ihnen vor allem aufgrund körperlicher oder geistiger Einschränkungen viele Tätigkeiten, die sie zuvor eigenständig erledigen

⁸³ Vgl. dazu die projektinternen Gespräche mit Einrichtungsleitungen, exemplarisch: „[...] [W]ir sind eine der drei Einrichtungen in Deutschland seitens der Altenhilfe, die die Technik im Haus hat. Zumindest sind mir viel mehr Einrichtungen in Deutschland nicht bekannt. [...] Weil, wir haben ja eingangs geschildert, wir sehen es beide so, dass diese Technik nicht nur die Pflege unterstützt, sondern eben auch die Bewohner massiv unterstützt in Selbstständigkeit, in Selbstbestimmung, nicht fixiert werden zu müssen, ein gutes Leben führen zu können, ohne einschränkende Maßnahmen und so weiter und auch Orientierung zu kriegen über Systemtelefone. Und das Problem [...] Und Teilhabe auch auf jeden Fall. Das Problem an der ganzen Geschichte ist eben nur, diese Technik wird nicht refinanziert. Das heißt, wir haben das aus Eigenleistungen hier einbauen lassen. Es war schon eine enorme Summe und das kann sich nicht jede Einrichtung leisten [...] aber trotzdem, dass es einen ganz, ganz hohen Wert hat, sowas im Haus zu haben. ansprechen, es braucht da eine Finanzierung.“ (Fallstudie 04); ebenso: GKV SPITZENVERBAND (zuletzt aktualisiert: 2020): Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sowie der Verbände der Leistungsträger und Leistungserbringer auf Bundesebene zur Umsetzung der Möglichkeiten zur Förderung der Digitalisierung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen gemäß § 8 Absatz 8 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Hg. v. GKV Spitzenverband. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/finanzierungs_foerderungsmassnahmen/20200901_Pflege_Orientierungshilfe_FAQ_Foerderung_Digitalisierung.pdf (letzter Abruf: 11.12.2020).

⁸⁴ Dies kann auch kritisch gesehen werden, denn es bleibt zu diskutieren, ob die Identität eines*r Bewohner*in angemessen adressiert und gewahrt wird, wenn er*sie pflegerisch von einem Roboter versorgt wird. Der care-ethische Strang ist für die Betrachtungen hier der zentrale, denn von ihm rührt die Frage her, ob ein Roboter zur Fürsorge geeignet ist. Bevor es von technischer Seite je dazu kommen wird, ist auch eine immer wieder neu zu bewältigende ethische Debatte zu führen, die die Interessen und Bedürfnisse aller einbezieht (vgl. Manzeschke 2019). Einen Beitrag dazu hat der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme zu „Robotik für gute Pflege“ bereits im März 2020 (Deutscher Ethikrat 2020a) eingebracht. Ausdrücklich wird darin auf die ethischen Überlegungen im Kontext der Entwicklung von Robotik hingewiesen, die schon frühzeitig in die Entscheidung über die Anwendung von Pflegerobotik einzubeziehen sind. Neben hohen Sicherheitsstandards, die Gefahren vermeiden sollen, und der Betonung der Verantwortung zum ordnungsgemäßen Gebrauch, weist der Deutsche Ethikrat auf die Kriterien des personenbezogenen Wohls hin, die unbedingt zu berücksichtigen sind: Selbstbestimmung, Identität, Relationalität, Privatheit, Intimität und Scham. Hier gilt es, die weiteren Entwicklungen abzuwarten.

konnten/mussten, abgenommen. Werden die Bewohner*innen trotzdem zu eigener Selbsttätigkeit motiviert? Was wollen und wünschen sie sich eigentlich genau?

Dabei wendet sich der Blick weg von freiheitsentziehenden/-einschränkenden Maßnahmen hin zur Kompetenzperspektive auf diese Altersstufe (weg von der Defizitperspektive) (vgl. 4.2), die teilweise aktivierende, pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen umfasst (vgl. Deutscher Ethikrat 2018)⁸⁵:

„Allerdings kann ein derartiger Perspektivenwechsel auch zu Konflikten führen, wenn Mitarbeiter sowie Angehörige eher einen kompetenz-, Bewohner (ebenso wie Patienten) hingegen eher eine defizitorientierte Sicht auf das hohe Alter einnehmen.“ (ebd., S. 161)

Aus fachlicher Perspektive sind verschiedene Übungen angezeigt, die jedoch dem Willen der Bewohner*innen entgegenstehen. Es kann auch eine negative Sicht auf Teilhabe und Selbstbestimmung bei den einzelnen Bewohner*innen vorliegen, die Binnen- und die Außenperspektive differieren also. „Die subjektive Sicht des alten Menschen sollte bei der Anwendung jeglicher Interventionsmaßnahmen ausführlich erfragt und berücksichtigt werden.“ (ebd., S. 162)⁸⁶

Dabei geraten manche Handlungen in die Nähe zum wohlthätigen Zwang. Grundsätzlich lassen sich aus ethischer Sicht drei Fallkonstellationen unterscheiden: „Der Sorgeadressat äußert Wünsche und Bedürfnisse, ist aber in der konkreten Situation unzweifelhaft nicht zu einer freiverantwortlichen Entscheidung in der Lage“ (1), „Der Sorgeadressat entscheidet, wobei in der vorliegenden Situation aber begründete Zweifel an der Freiverantwortlichkeit seiner Entscheidung bestehen“ (2) und „Der Sorgeadressat entscheidet unzweifelhaft freiverantwortlich“ (3) (Deutscher Ethikrat 2018, S. 70) Dies führt aber wiederum zu großen ethischen Fragestellungen wie Zwangsmaßnahmen, die hier nicht Thema sind.⁸⁷

⁸⁵ Die Unterscheidung zwischen weichem und hartem Paternalismus wurde aufgrund ihrer Umstrittenheit (vgl. Deutscher Ethikrat 2018) nicht weiterverfolgt.

⁸⁶ Hier werden auch Graduierungen vorgenommen: „Mitarbeiter in stationären Einrichtungen [...] stehen hier vor der Frage, inwieweit sie sanften Druck ausüben sollen, um ein Verhalten in Gang zu setzen und aufrechtzuerhalten, das – aus fachlicher Perspektive – funktional für die Förderung und Erhaltung von Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität ist. Sofern die konkrete Durchführung derart aktivierender Maßnahmen den aktuellen Willen des Betroffenen zu überwinden trachtet, liegt im Sinne der oben genannten Definition Zwang vor. Das gilt zunächst dann, wenn sich die anfangs noch fehlende Motivation des Betroffenen zur Mitwirkung im Vollzug der Maßnahme kontinuierlich aufbaut und zunehmend selbsttragende Kraft entfaltet.“ (S. 170). Möglicherweise kann damit auch der Zwangscharakter verloren gehen.

⁸⁷ Bei Zwangsmaßnahmen rät der Deutsche Ethikrat zu einem gestuften Entscheidungsverfahren für die ethische Beurteilung: „Die jeweilige Zwangsmaßnahme muss auf die Entwicklung, Förderung oder Wiederherstellung der selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Person im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten und der hierfür elementaren leiblichen und psychischen Voraussetzungen abzielen. Dies gilt auch, wenn die Fähigkeit zum freiverantwortlichen Handeln nicht mehr erreichbar ist. Die Zwangsmittel müssen zu diesen Zielen geeignet, erforderlich und angemessen (d. h. im Blick auf Eingriffstiefe und Eingriffsdauer verhältnismäßig) sein. Die Abwehr eines primären Schadens darf nicht unangemessene andere womöglich irreversible Schäden erzeugen („sekundäre Vulnerabilität“). Der Schaden darf sich nicht anders abwenden bzw. das Ziel nicht anders erreichen lassen (Ultima Ratio). Die jeweilige Maßnahme sollte auf die Zustimmung der adressierten Person stoßen, wäre diese aktuell zu einer freiverantwortlichen Entscheidung fähig.“ (Deutscher Ethikrat 2018, 80f.).

Laut der Stellungnahme „Hilfe durch Zwang“ (Deutscher Ethikrat 2018) sind es vier generelle Anforderungen an solche Entscheidungen: (1) die sorgfältige Ermittlung des Einzelfalls, (2) die Bewusstmachung komplexer Verantwortungsstrukturen (vgl. Vorgaben von Trägern), (3) die Einbettung der Einzelhandlung in persönliche Haltungen und Einstellungen der jeweiligen Personen, in konkrete Entscheidungsprozeduren und normative Prozesse, und (4)

„...ist sicherzustellen, dass die spezifische Lebenssituation der hier betroffenen Personen in der jeweiligen Einzelbewertung bestimmter Maßnahmen hinreichend berücksichtigt wird. Das gilt nicht nur für die besonderen Vulnerabilitäten und Entwicklungspotenziale pflegebedürftiger alter und behinderter Menschen. Es gilt auch für die charakteristische Volatilität ihrer jeweiligen Willensbildung bzw. -artikulation, die unterschiedliche Grade der Freiheitlichkeit und Bestimmtheit aufweisen kann, sodass gerade in diesem Bereich mit vielfältigen Ambivalenzen, Uneindeutigkeiten und Übergängen zu rechnen ist.“ (ebd., S. 183)

Aber um die unterschiedlichen Fallkonstellationen unterscheiden zu können und diese Einzelfallentscheidung treffen zu können, ist eine care-ethische Betrachtungsweise hilfreich. Wenn einem*r Bewohner*in eine Aufgabe, die er*sie bis vor Kurzem noch selbstständig erledigt hat, abgenommen wird, dann liegt die Sorge nahe, dass der*die Bewohner*in diese Aufgabe später nicht mehr selbstständig ausführen möchte bzw. kann.

Das Pflegeheim stellt ein Setting dar, das auf der Anthropologie der Angewiesenheit aufbaut, wie bereits im Abschnitt zur Vulnerabilität hergeleitet und erklärt wurde. Das Angewiesen-Sein auf Hilfe bei Alltäglichem vereint die Bewohner*innen eines Pflegeheims und bildet aus ihnen eine (Zwangs-)Gemeinschaft. Aus diesem Ausgewiesen-Sein ergibt sich eine Asymmetrie hilfsbedürftiger Menschen gegenüber den Menschen, die ihnen helfen. Hier liegt der Ausgangspunkt einer Care-Ethik.

Der Mensch existiert in seiner Anthropologie der Angewiesenheit automatisch in Beziehung zu anderen Menschen und unterhält damit ein Sein in Beziehung. Die Care-Ethik generiert ihre Fragestellungen direkt aus der Praxis und bezieht sich damit auf konkrete Einzelsituationen und deren Lösung. In dieser Ausrichtung auf Singularität, auf konkrete einzelne Situationen also, ist eine Beantwortung der hier behandelten ethischen Problemsituation pauschal nicht möglich, sondern funktioniert nur kreativ und nicht bloß regelgeleitet an individuelle Situationen und deren Kontext angepasst. Vielleicht lassen sich manche Bewohner*innen auch ankleiden, um dem Personal Zeit zu ersparen.

In dieser absoluten Situationsbezogenheit der Care-Ethik ist auch ihre Responsivität verankert. Darin ist ihre Reaktion enthalten, die eine Grundhaltung des Hinhörens und des individuellen, hörenden Eingehens auf das Gegenüber voraussetzt. In dieser Eigenschaft der Care-Ethik wäre es an der Pflegekraft, den Bewohner*innen besonders aktiv zuzuhören und auf der Grundlage dessen, zu entscheiden, welche Aufgaben/Aktivitäten ein*e Bewohner*in noch selbstständig ausführen kann und für welche er*sie Unterstützung braucht. Das Ankleiden für eine*n Bewohner*in automatisch zu übernehmen und sie nicht gezielt zu fragen, ob sie es nicht vielleicht eigenständig machen möchte, hemmt die Selbsttätigkeit der Bewohner*innen und zeugt von mangelnder Responsivität der Pflegekraft.

Die Akzeptanz des Unbestimmbaren lässt sich als weiteres Charakteristikum der Care-Ethik festhalten. Sie setzt eine hohe Ambiguitätstoleranz voraus, die es ermöglicht, nicht eine

einzig richtige oder falsche Lösungsoption zu ergründen, sondern auf die zahlreichen unterschiedlichen Lösungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen. Damit verabschiedet sich die Care-Ethik von einem universalistischen Anspruch an sich selbst.

Ein letztes Charakteristikum der Care-Ethik ist die sich aus der Rücksichtnahme ergebende Praxeologie der Behutsamkeit. In der Lösung ethischer Probleme behutsam vorzugehen und nicht über die Köpfe der Pflegebedürftigen hinweg zu gehen, zeichnet sich auch in der Motivation zur Eigentätigkeit der Bewohner*innen aus. Je nach individueller Tagesform eines*r jeden Bewohner*in ist das Ankleiden eigenständig möglich oder nicht. Dies herauszufinden, ist täglich neue, fürsorgliche Aufgabe der Pflegekräfte. Und braucht eine organisationsethische Einhegung: denn für solches Caring braucht es Zeit und einen Raum an Selbstentscheidung für die Pflegekraft und zudem Abstimmung mit den Kolleg*innen.

Der Pflegeheimleiter Bernd Trost (Franziska Schervier Seniorenpflegeheim in Frankfurt) kann hier zu Wort kommen, der schon in einem Fachartikel die Frage nach dem Respekt vor der Autonomie der Bewohner*innen im Pflegeheim aufgeworfen hat: „Im Sinne einer so verstandenen relationalen Autonomie kommt der Fürsorgeverpflichtung eine zentrale Bedeutung in der Pflegebeziehung zu.“ (Trost 2018, S. 138) und weiter:

„Die eigene Fachlichkeit dem autonom gebildeten und geäußerten Bewohnerwillen hintanzustellen – das ist im neutralen Gespräch und in einer Fortbildung jederzeit konsensfähig. In der konkreten Situation kann es aber zur Zumutung werden, welche Pflegenden an ihre Grenzen führt.“ (Trost 2018, S. 142)

Genau diese Grenzsituationen sind in einer Schulung zu reflektieren, für die ein Konzept erarbeitet wurde (vgl. Kapitel 10).

Eines der Hauptthemen in SeLeP war die *Eruierung des Konfliktpotenzials*. Zu den verschiedenen Konfliktdimensionen des im Projekt erstellten Konfliktableaus (Privatheit; Zeit und Raum/Dinge; Zuständigkeiten/Verantwortung; Organisation von Mitbestimmung, vgl. Kapitel 7.1.2) finden sich jeweils ethisch als reflexionsbedürftig einzustufende Situationen. Während als manifest verstandene Konflikte von allen am Konflikt beteiligten Akteur*innen in ihrer vermeintlichen Ursächlichkeit erkannt und diesbezüglich explizit problematisiert werden, bleiben latente Konfliktkonstellationen zunächst unausgesprochen, d.h. sie schwelen als potenzielle Konflikte gleichsam im Hintergrund, sind jedoch noch nicht explizit gemacht worden.

Bei genauer Betrachtung lässt sich in qualitativer Hinsicht ausmachen, dass v. a. Situationen rund um die Kategorien Privatheit und Zeit sowie Raum/Dinge der Bewohner*innen erkennbare und anhaltende Konfliktfelder im Alltag im Pflegeheim darstellen. Außerdem wird sehr oft die Frage behandelt, wie die Mitbestimmung der Bewohner*innen organisiert und mit anderen Interessen oder organisationalen Vorgaben vermittelt werden kann.

Dabei muss die Organisation Pflegeheim vom privaten Bezugssystem abgegrenzt werden, in dem jede*r für sich selbst die Entscheidungen trifft. Das kann zum einen die Abgrenzung von professioneller und institutioneller Wertorientierung sein oder auch diejenige zwischen subjektiver Wertorientierung (Bewohner*innen) und professioneller der Pflegekräfte. Auch ein weiterer Grundkonflikt ist zu adressieren, zwischen einerseits der Individualität der*s jeweiligen Pflegeheimbewohner*ins und der (unabdingbaren) Gemeinschaft im Pflegeheim andererseits,

was wieder Fragen der Anerkennung bis hin zu Solidarität adressiert. Diese Beziehungen werden mit dem Konzept der relationalen Autonomie, wie sie für SeLeP grundgelegt wurde, eingefangen. Es sollte nicht um eine individualistische Verengung der Selbstbestimmung gehen, im Sinne der*die Bewohner*in bestimmt selbst ohne durch beispielsweise die Gemeinschaft gesetzte Grenzen.

Was ein*e Bewohner*in im Pflegeheim als größte Selbstbestimmungsmomente subjektiv für sich erfährt/bewertet, ist abhängig von der Person, um die es geht. Typischerweise finden sich allerdings Unterschiede je nach Gesundheits-/Krankheitsstatus. Im Sinne der relationalen Autonomie können jedoch auch Bewohner*innen, die hier Hilfe benötigen, in der Situation des morgendlichen Aufstehens oder abendlichen Ins-Bett-Gehens Selbstbestimmung erfahren, wenn es die Pflegekräfte schaffen, in ihrem Arbeitsalltag spezifische individuelle Bedürfnisse zu berücksichtigen. Z.B.: Indem Bewohner*innen, die gerne länger schlafen, ans Ende der Reihenfolge für die morgendliche Grundpflege rücken. Möglich ist aber auch das Arrangement, dass z.B. einem*r Bewohner*in, dem es noch möglich ist, selber ins Bett zu gehen, früh am Abend die Knöpfe am Hemd und an der Bluse geöffnet werden, wozu er*sie Hilfe braucht. Wann er*sie dann tatsächlich ins Bett geht, bleibt dann aber ihm überlassen und ist nicht von organisationalen Routinen abhängig.

Dafür, dass Bewohner*innen bei den Mahlzeiten Selbstbestimmung erfahren können, kann die Organisation Pflegeheim einiges tun, wie im Projekt beobachtet werden konnte. Zum einen beteiligten einige Häuser aus unseren qualitativen Fallstudien den Bewohnerbeirat regelmäßig bei der Zusammenstellung der wöchentlichen Speisepläne, sodass die Wünsche der Bewohner*innen hier berücksichtigt werden können. In der konkreten Situation des Essens achtet eine Einrichtung zudem darauf, dass die Bewohner*innen die Chance haben, selbst zu bestimmen, was auf ihren Teller soll. Dazu wird das Essen in den einzelnen Wohnetagen nicht einfach auf Tellern ausgeteilt, sodass alle das Gleiche bekommen, sondern wie an einem Buffet besteht die Möglichkeit, sich selbst auszusuchen, was und wie viel man gerade essen möchte. Gelingt das alleine nicht mehr, stehen unterstützende Kräfte aus der Hauswirtschaft sowie Auszubildende und Mitarbeitende aus dem Bundes-Freiwilligendienst bereit, die hier die Bewohner*innen unterstützen. Auch die Eröffnung einer Wahl bei den Tischpartner*innen stellt eine Möglichkeit dar, wie das Pflegeheim den Bewohner*innen rund um das Essen Selbstbestimmung erfahrbar machen kann.

Kurzum: Dass Selbstbestimmung erfahren wird, ergibt sich nicht automatisch aus der Situation des morgendlichen Aufstehens oder dem Einnehmen der Mahlzeit, sondern muss interaktiv von den Pflegeheimmitarbeiter*innen hergestellt werden. Dass es dabei mitunter zu Konflikten kommen kann, liegt z.B. an der Arbeitsintensität von Pflegekräften und sozialen Betreuungskräften, die nicht immer genug Zeit haben, in den jeweiligen Situationen so auf den Bewohner einzugehen, dass dieser sich als selbstbestimmt erlebt. Aus einer care-ethischen Perspektive muss man diesen Selbstbestimmungsgesuchen möglichst nachspüren und sie mit den organisationsethischen Mitteln zusammenbringen.

Die kleinen Ethiken des Alltags zusammengenommen mit den großen ethischen Fragestellungen, bilden das inhaltlich sehr breite Material für eine Pflegeheimethik. Man sieht an allen vier

Beispielen, dass der care-ethische mit dem organisationsethischen Strang zusammengebracht werden muss, um moral distress für alle Beteiligten zu vermeiden.

Schluss

Das Ziel der hier vorgestellten Pflegeheimethik sollte sein, die organisationsethische Einhegung des Respektes vor der Autonomie der Bewohnerschaft, die aus einer care-ethischen Sicht unbedingt geboten ist, aber auch die (berufliche) Autonomie der Pflegekräfte zur Geltung kommen zu lassen.

Zentrales Thema ist dabei, wie die Würde aller im Pflegeheim Arbeitenden und Lebenden gewährleistet werden kann. Zusammengefasst kann dies mit Riedel und Lehmeier noch einmal so formuliert werden: Die Notwendigkeit für eine Organisationsethik ergibt sich aus der Verantwortung der Organisation „auch im Sinne einer Haltung der Sorge und in dem Bestreben, einen würdevollen und selbstbestimmungsermöglichenden Umgang mit den vulnerablen Bewohnerinnen und Bewohnern abzusichern wie auch den Umgang mit situativer und leiblicher Vulnerabilität (sowohl der pflegebedürftigen Menschen als auch der Pflegenden) zu rahmen.“ (Riedel/Lehmeier 2021, S. 9). Zentraler normativer Orientierungsrahmen sind dabei die Menschenwürde und die Menschenrechte für das Pflegeschehen in der Einrichtung. Im besten Fall gelingt es am Ende, die Autonomie als eine assistierte Autonomie (vgl. Deutscher Ethikrat 2018, S. 38) zu fassen.

Die Elemente der hier skizzierten Pflegeheimethik sind in der folgenden Grafik noch einmal zusammengestellt (vgl. Abbildung 49):



Abbildung 49: Elemente einer Pflegeheimethik

10 Schulungskonzept (AP4)

Damit die Ergebnisse des Projekts, die im vorliegenden Bericht dargestellt wurden, im Sinne eines Transfers aus der Forschung in die Praxis einen Mehrwert für Pflegeeinrichtungen haben und dort nachhaltige Effekte bzgl. der Förderung von Selbstbestimmung und Würde zeitigen können, wurde im Rahmen des Projekts mit den Kooperationspartner*innen Meike Schwermann (M.A.) und Prof. Friedemann Nauck (Palliativmedizin Göttingen) ein Schulungskonzept entwickelt.⁸⁸ Die empirischen Befunde aus SeLeP fanden dabei sowohl in der konzeptionell-didaktischen Anlage als auch in den Inhalten Eingang, wobei sich hierzu folgende zentrale Aspekte benennen lassen:

- Kontingenz von Selbstbestimmung und Würde:
Den Ausgangspunkt der Schulung bildet die Annahme, Selbstbestimmung und Würde als unhintergehbaren Gestaltungsauftrag im Alltag von Pflegeeinrichtungen zu verstehen. Der thematische Schwerpunkt liegt daher auf den sog. ‚kleinen Ethiken des Alltags‘ (und weniger auf den großen ethischen Frage- und Problemstellungen);
- Alltags- und Praxisbezug der Schulung:
Im Zentrum des Konzepts steht die praxisbezogene Reflexion und Diskussion von Erfahrungen rund um Situationen und Konflikte im Pflegeheimalltag. Dazu erfolgt, neben anderen Quellen für die Schulungsinhalte, der Rückgriff auf die Empirie aus SeLeP (‚Fallbeispiele‘, ‚Checklisten‘, ‚Konfliktheuristik als Moderationstool etc.) und – als zweites wichtiges ‚Standbein‘ der Schulung – auf die eigenen Praxiserfahrungen der Schulungsteilnehmer*innen vor Ort.
- Relationalität und Multiperspektivität auf die Thematik:
Ziel ist die Adressierung verschiedener Akteursgruppen, um gleichsam in der gesamten Einrichtung aus den unterschiedlichen Akteursperspektiven das Thema beleuchten, reflektieren und nachhaltig verankern zu können – von den Einrichtungsleitungen und Pflegekräften bis hin zu Bewohnern und An-/Zugehörigen (perspektivisch sind auch weitere Adressatengruppen angedacht, wie bspw. Soziale Betreuung, Hauswirtschaft etc.).
- Nachhaltigkeit:
Mit der Schulung sollen die Haltung der Teilnehmer*innen sensibilisiert sowie mögliche Handlungsoptionen im Pflegealltag eruiert werden; zudem soll die Pflegeeinrichtung als Organisation in den Blick genommen werden, um ggf. strukturelle und kulturelle Anpassungen zur Förderung der Thematik vorzunehmen.
- ‚Krisensituation Corona‘:
Angesichts der aktuellen Herausforderungen durch die Covid-19-Pandemie sowie mit Blick auf die perspektivisch auszubauende Digitalisierung der Pflege als Arbeitsfeld

⁸⁸ Zu Beginn war Meike Schwermann als Expertin für die Entwicklung und Durchführung von Inhouse-schulungen in die Konzeptentwicklung zentral eingebunden. Mit Corona und der Schwerpunktverschiebung auf ein digitalisierbares Schulungskonzept wurde die Konzeptentwicklung an die Palliativmedizin Göttingen übertragen. Hier waren an der Entwicklung neben Prof. Dr. med. Friedemann Nauck auch Dr. disc. pol. Christian Banse, Dr. rer. medic. Birgit Jaspers, Stefanie Solar M.A. und Torben Gebert beteiligt.

wurde das Schulungskonzept als hybride Schulung mit digitalen, online-basierten Elementen und – soweit praktisch möglich und gewünscht – Vor-Ort-/Inhouse-Elementen aufgesetzt.

Darauf aufbauend wurde – federführend durch das Team um Prof. Friedemann Nauck in Kooperation mit dem SeLeP-Projektteam – ein forschungsbasiertes Schulungskonzept entwickelt, das in einem ersten Schritt a) die Pflegekräfte, Bewohner*innen und An-/Zugehörige als Zielgruppen hat und b) aus vier Basismodulen besteht.

- a) Neben den Einrichtungsleitungen, die als Scharniere zwischen Organisation und Praxis fungieren, soll die Schulung sich zunächst vor allem an Pflegekräfte richten, die in ihrem Alltag mit den Herausforderungen der Herstellung von Selbstbestimmung und Würde konfrontiert sind. Da – gleichsam als Ko-Konstrukteure dieses Alltags im Pflegeheim – aber auch die Bewohner*innen selbst und ihre An-/Zugehörige zur Thematik Auskunft geben können und zugleich für die Rahmenbedingungen der Praxis sensibilisiert werden sollten, werden auch sie aktiv in die Schulung mit einbezogen, indem sie – nahezu analog zu den Pflegekräften, ohne dabei aber die strukturell unterschiedlichen Akteurspositionen zu ignorieren – in einem eigenen Basismodul entsprechend geschult werden sollen. Der Fokus liegt hier also nicht, wie sonst üblich, primär oder ausschließlich auf den Beschäftigten bzw. professionell Involvierten, sondern auf allen an der Ermöglichung, Herstellung, Wahrung und Sicherung von Selbstbestimmung und Würde Beteiligten.
- b) Didaktisch werden die zu transportierenden Inhalte auf vier Basismodule verteilt:
 - *Modul 1* ist (in durchgängig digitaler Form) zum Selbststudium gedacht und bietet Lernmaterialien zu den zentralen Begriffen und Konzepten (Menschen-/Würde und Selbstbestimmung) in Form von Podcasts und PowerPoint Folien.
 - Darauf aufbauend sollen die Module 2 und 3 „Praktische Selbstbestimmung und Wahrung von Würde“ vor Ort moderiert werden (alternativ auch online). Beide Module sind in ihrer inhaltlichen Struktur ähnlich, werden aber hinsichtlich unterschiedlicher Zielgruppen getrennt voneinander durchgeführt: *Modul 2* adressiert die Pflegekräfte, *Modul 3* die Bewohner*innen und An- und Zugehörige. Im Zentrum steht hier die Reflexion und Diskussion von Fallbeispielen und Erfahrungen zu Selbstbestimmung und Würde aus dem Einrichtungsalltag inkl. möglicher Umgangsformen mit Konflikten und Problemen.
 - In *Modul 4* sollen dann die verschiedenen Perspektiven zusammengeführt werden, indem die Ergebnisse aus den Modulen 2 und 3 gemeinsam reflektiert und Lösungsansätze für Konflikte/Probleme anhand eines Situationsanalysemodell (angelehnt an das Interventionsmodell von Kostrzewa/Gerhard 2010) besprochen werden. In diesem Modul werden die Ergebnisse in die jeweilige Organisation rückgebunden, indem hier auch Vertreter der Leitungsebene (in Form einer hausinternen Steuerungsgruppe von Beginn der Schulung an in das Geschehen eingebunden, s.u.) in die Diskussion eingebunden werden. Dieses letzte Modul kann ebenfalls vor Ort oder online organisiert werden.

- Als Ergänzung wird vorgeschlagen, die Leitungs- und Führungskräfte – neben ihrer Rolle in der Steuerungsgruppe (s.u.) – auch über eigene Module aktiv einzubinden: Ein *Modul 0* zur Vermittlung von Basiswissen, Sensibilisierung für die Thematik und Informationen zur Durchführung der Schulung in der Einrichtung sowie ein *Modul 5* zum Aufgreifen des Inputs aus den vorherigen Basismodulen und der Reflexion von Umsetzungs-/Optimierungsmöglichkeiten mit Bezug auf die eigene Einrichtung.

Das Ziel der vier Basismodule ist die Sensibilisierung für die in SeLeP angesprochenen Fragen zu Würde und Selbstbestimmung in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Teilnehmer*innen sollen mit Hilfe der Schulung angeregt werden, ihre Haltung zu relevanten Fragen von Würde und Selbstbestimmung zu reflektieren sowie praktische Umsetzungsmöglichkeiten einer Würde und Selbstbestimmung förderlichen Organisationskultur gemeinsam mit den anderen Akteursgruppen, die in der Einrichtung agieren, zu erarbeiten (perspektivisch sollen diese Gruppen um weitere Bereiche erweitert werden, s.o.).

Sowohl für die organisatorische Durchführung und Begleitung der Schulung als auch für die Übersetzung der Schulungsergebnisse in eine nachhaltige Verbesserung der praktischen und organisationalen Bedingungen für Selbstbestimmung und Würde vor Ort wird empfohlen, eine Steuerungsgruppe aus Mitgliedern der Einrichtung zusammenzustellen (über die Zusammensetzung entscheidet die Einrichtung, einbezogen werden sollte neben der Leitungsebene bspw. auch eine Form der Bewohnervertretung/Bewohnerbeirat). So soll ermöglicht werden, dass als Outcome der Schulung auf die jeweiligen Gegebenheiten vor Ort angepasste Veränderungen implementiert werden.

Ausgehend von dieser Grundkonzeption wurden im Schulungskonzept konkrete Lernziele, Inhalte, Methode, Arbeitsmaterialien, Ablaufbeschreibungen mit exemplarisch skizzierter Diskussions- und Auswertungsstruktur sowie Ideen für Praxisaufträge entwickelt (vgl. dazu das Schulungskonzept im Anhang). Perspektivisch soll im Anschluss an das Projekt SeLeP das Schulungskonzept weiterentwickelt (ggf. erweitert um weitere Basis- und/oder Aufbaumodule), technisch umgesetzt und evaluiert werden.

11 Übersicht zu Bedingungen und förderlichen Faktoren für die Herstellung von Selbstbestimmung und Würde in Pflegeeinrichtungen

Die im Projekt im Vordergrund stehende (alltags-)praktische Herstellung und Ermöglichung von Selbstbestimmung und Würde in Pflegeeinrichtungen, insbesondere bei den ‚kleinen Alltagsdingen‘, ist insofern eine organisationale Herausforderung, als sie letztlich in einen umfangreichen Organisationswandel eingebettet ist. Dieser grundlegende Wandel besteht darin, eine ehemals „totale Institution“ flexibel auf individuelle Wünsche, Bedarfe und Bedürfnisse insbesondere der Bewohner*innen ein- bzw. umzustellen, um für sie ein ‚Zuhause-Sein im Pflegeheim‘ zu gestalten und dabei gleichzeitig den komplexen und vielfältigen Anforderungen einer professionellen stationären Versorgungseinrichtung zu genügen (vgl. hierzu den Begriff der ‚Zwitter-Institution‘). Dies erfordert nicht zuletzt auch eine erhebliche Verschiebung bestehender Machtgefüge und Routinen im Pflegeheim, die sich auf der Seite der Organisationskultur in weniger hierarchischen Konzepten der Personalführung und einer sich nach außen

hin öffnenden institutionalisierten Mitwirkungs- (vgl. Einbindung der An-/Zugehörigen) und Fehlerkultur niederschlagen.

Ob und wie die Bewältigung dieser Herausforderung vor Ort in den Einrichtungen gelingt, ist maßgeblich abhängig von der Haltung und dem Engagement der verschiedenen Akteur*innen, den Vorgaben durch die Träger und den sich hieraus ergebenden Möglichkeiten, organisationale Handlungs- und Gestaltungsspielräume im Kontext jeweils gegebener Rahmenbedingungen zu schaffen bzw. diese Rahmenbedingungen – soweit wie für die beteiligten Akteur*innen machbar – entsprechend anzupassen. Zu betonen ist somit ebenso die Verantwortung der Entscheidungsträger und weiterer institutioneller Akteure bis hin zur Politik, die die institutionell-organisatorischen Vorgaben für die Praxis vor Ort in den Einrichtungen mitgestalten und damit zu ihrer Verbesserung beitragen können.

Vor diesem Hintergrund ist an dieser Stelle zusammenfassend festzuhalten: Zur Ermöglichung eines guten Lebens in Pflegeeinrichtungen, zu dem die subjektive Erfahrung von Selbstbestimmung und Würde einen entscheidenden Beitrag leistet, ist ein Mix aus unterschiedlichen Aspekten zu berücksichtigen. Ausgehend von einem relationalen Verständnis von Selbstbestimmung und Würde spielen die **sozialen Beziehungen** zwischen Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen, die Beziehungen und Kontakte der Bewohner*innen untereinander sowie nach Außen, zu den An-/Zugehörigen und/oder zum umgebenden Sozialraum der Einrichtungen eine wichtige Rolle. Für die Ausgestaltung dieser unterschiedlichen Beziehungsdimensionen sind zum einen die **Haltungen der jeweiligen Akteur*innen** dafür bedeutsam, dass im Einrichtungsalltag ganz konkret und praktisch erfahrbar Freiräume für die individuelle Alltagsgestaltung durch die Bewohner*innen – und zwar möglichst unabhängig von ihrem jeweiligen Gesundheits-/Krankheitsstatus – entstehen, bestehen oder aber fehlen. Zum anderen ist hierbei insbesondere das Zusammenspiel von organisationalen, d.h. **organisationskulturellen wie -strukturellen Merkmalen** der Einrichtung mit ihren jeweiligen Rahmenbedingungen entscheidend, da damit gleichermaßen die Vorgaben für die lebensweltliche Erfahrung eines Zuhauses für die Bewohner*innen wie die Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter*innen gesetzt werden.

Daran anknüpfend gibt die folgende Tabelle 10 eine Übersicht zu den Bedingungen und förderlichen Faktoren für mehr Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheimalltag, soweit aus den skizzierten empirischen Befunden und Ergebnissen des Projekts begründbar.

Allgemein kann zunächst festgehalten werden, dass die Herstellung von Selbstbestimmung und Würde sowie generell die Gestaltung der Pflegeeinrichtung als Zuhause für die Bewohner*innen mit den damit verbundenen Erfahrungsräumen, Beziehungsgefügen und einer lebensweltlichen Atmosphäre eng mit dem Vorhandensein und der Verfügbarkeit von Zeit und damit mit der Frage nach ausreichender Personalausstattung zusammenhängen. Insbesondere Pflege- und Betreuungskräfte sind zentrale Akteur*innen für die alltägliche Gestaltung des Lebens in der Pflegeeinrichtung, sie sind Bezugspersonen für die Bewohner*innen, Ansprechpartner*innen für die An-/Zugehörigen, Vermittler*innen zwischen Interessen, ‚Erfüllungsgehilfen‘ für individuelle Bedürfnisse und Wünsche und existenziell relevante Versorger*innen. Das alles erfordert, gleichsam als Grundlage, ausreichend Zeit. Personalmangel

läuft dem zuwider, er produziert Zeitdruck, Handlungsstress und erzwingt funktionelle Verkürzungen in der Pflegepraxis.

Jenseits dieser allgemeinen Problembeschreibung soll im Folgenden ergänzend aufgezeigt werden, welche Ressourcen, Chancen und Möglichkeiten auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen genutzt werden können, um ein Leben mit Selbstbestimmung und Würde herzustellen. Hier ist z.B. die Nutzung von individuellen und organisatorischen Gestaltungsspielräumen zu nennen sowie die Förderung einer bestimmten Haltung einzelner Person (Personal, Einrichtungsleitung, aber auch Bewohner*innen und An-/Zugehörigen), sich aber auch in Form einer gelebten Organisationskultur ausdrückt. Ausreichend Personal ist gleichsam eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die Umsetzung eines ‚guten Lebens im Pflegeheim‘.

Tabelle 10: Übersicht zu den Bedingungen und förderlichen Faktoren für mehr Selbstbestimmung und Würde im Pflegeheimalltag

| (1) Bedingungen und förderliche Faktoren auf der Interaktionsebene (Mikroebene): Soziale Beziehungen im Pflegeheimalltag | |
|---|---|
| (a) Allgemein | <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Beziehungen und die konkreten Interaktionssequenzen im Alltag sind das praktische Grundgerüst für die Herstellung von Selbstbestimmung und Würde. Das gilt es in einem ersten Schritt anzuerkennen und daraus die nötigen Konsequenzen zu ziehen (s. die folgenden Punkte). |
| (b) Beziehung zwischen Personal und Bewohner*innen | <ul style="list-style-type: none"> - keine rein fachliche, sondern lebensweltliche Beziehung zwischen Personal und Bewohner*in als Ausdruck der Bewohnerorientierung, die als zentraler Teil der Pflegekultur fungiert; - feste Bezugspersonen für die Bewohner*innen, an die sie sich mit Problemen und Sorgen wenden können (wenig Personalwechsel; Bezugspflege); vertrauensvolle Beziehung als Grundlage dafür (vgl. 3b); - Bedingung hierfür und Effekt davon: Erwerb von personenbezogenem Wissen über den*die Bewohner*in, um zu erkennen, was Bewohner*innen ggf. hindert, ihren Willen zu äußern, wie sich ein (direkt oder indirekt) geäußelter oder ableitbarer Wunsch (vgl. mutmaßlicher Wille) umsetzen lässt (aktive Unterstützung, strategisches Zulassen); Biografiearbeit, die das nötige Wissen für konsequente, praktisch umgesetzte Bewohnerorientierung über den einzelnen Bewohner vermittelt. |
| (c) Balance aus Fürsorge und Selbstbestimmung in der Interaktionspraxis zwischen Pflegekraft und Bewohner*in | <ul style="list-style-type: none"> - weder paternalistische Fürsorge als Selbstbestimmungsbegrenzung noch ‚bedürfnis- und möglichkeitsblinde‘ Fokussierung auf Selbstbestimmung (Mismatch von Wollen und Können, Überforderung der Bewohner*innen), stattdessen ‚produktive / konstruktive Fürsorge‘ und kommunikatives (verbal und non-verbal) Ermitteln der aktuellen Wünsche des*r Bewohner*in (situationsbezogen, da diese sich je nach Situationsdefinition verändern können); darauf bezogen Vermittlung von Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung (seien diese gesundheitlich oder organisationsbedingt); |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Abwägen zwischen Motivation und Kontrolle (z.B. bei Gemeinschaftsaktivitäten Balance finden von sozialer ‚Kontrolle‘ i.S. der Förderung von Integration und Aktivierung und Freiheit für den Bewohner); Voraussetzung hierfür: Flexibilität in der Alltagsorganisation, Kompetenz und Erfahrungswissen der Pflegekräfte/Betreuungskräfte (vgl. 3d); - setzt Haltung der Bewohnerorientierung voraus (vgl. 2c). |
| (d) Würdeachtendes Interaktionshandeln in den sozialen Beziehungen insbesondere zwischen Bewohner*innen und Pflegekräften | <ul style="list-style-type: none"> - Fokus auf Wahrung von Grenzen, wie bspw. kollektiv geteilte Intimitätsgrenzen, aber auch individuell gesetzte Grenzen; sofern Grenzüberschreitung nicht zu vermeiden ist (bspw. Körperpflege), helfen professionelle Distanzierungs- und Normalisierungsstrategien (berufliche Kleidung, das Tun begleitende oder davon ablenkende Kommunikation etc.). |
| (e) Austausch innerhalb des Personals | <ul style="list-style-type: none"> - Um adäquat auf Bewohner*innen ein- oder mit konflikthafter/problematishen Situationen umgehen zu können, ist ggf. Austausch mit Kolleg*innen nötig, um Deutungsgewissheit und Handlungssicherheit herzustellen sowie Handlungsoptionen zu finden. |
| (f) Austausch zwischen Personal und An-/Zugehörigen | <ul style="list-style-type: none"> - An-/Zugehörige sind als relevante Bezugspersonen der Bewohner*innen auch Ko-Konstrukteure für ein ‚gutes‘ Leben im Pflegeheim; daher gilt es, auch hier eine positive Kommunikations- und Interaktionsbeziehung zu schaffen. |
| (2) Bedingungen und förderliche Faktoren auf der Subjektebene: individuelle Haltung und Multiperspektivität | |
| (a) Allgemeine Anforderung an die Haltung und Wahrnehmung aller Akteur*innen (Einrichtungsleiter*innen, Pflege/Betreuungskräfte, Bewohner*innen, An-/Zugehörige, Externe) | <ul style="list-style-type: none"> - Herstellung von Selbstbestimmung und Würde als individuelle, situativ und durchgängig im Alltagsablauf zu beachtende Gestaltungsaufgabe verstehen; - Fähigkeit und Bereitschaft zu Perspektivenübernahme wichtig, um die Situation des jeweils anderen verstehen zu können, keine egologische Grundhaltung (bei Bewohner*innen abhängig vom Gesundheitszustand); |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Verständnis für die Spezifität von Pflegeeinrichtungen als rational organisierter Arbeitsort und als Lebenswelt mit privatheitlichem Anspruch zugleich („Zwitterinstitution“) sowie Pflegeheim als ‚besonderer Arbeitsort‘ (Herstellung eines professionell gesicherten und multiperspektivisch organisierten ‚Zuhause‘ für andere); darin eingelassen sind verschiedene Perspektiven auf die Pflegeheimwirklichkeit, verschiedene Ansprüche und Möglichkeiten, diese umzusetzen (Machtgefälle zwischen Personal und Bewohner*innen); - Moral distress findet sich bei allen Beteiligten: Pflegeheimleiter*innen, Pflegekräfte, weitere Beschäftigte, Ehrenamtliche, Bewohner*innen, An-/Zugehörige; deshalb möglichst breit Perspektivenübernahme schulen, um Missverständnisse und fehlendes Verständnis für die Situation des Anderen zu reduzieren (vgl. 3a). |
| <p>Daraus lassen sich die folgenden aktorsbezogenen Faktoren ableiten:</p> | |
| <p>(b) Haltung und Wahrnehmung auf Seiten der Einrichtungsleitung (und der Träger)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ob und wie sich Selbstbestimmung und Würde auf der Ebene individueller Haltungen und Handlungen nachhaltig verfestigen, hängt wesentlich von der Einrichtungsleitung ab, idealerweise unterstützt durch den Träger; Einrichtungsleitung fungiert gleichsam als Personifizierung von gelebter Pflegeheimkultur, die als Nährboden und Bedingung für selbstbestimmungs- und würdesensible Wahrnehmungen, Verständnis für verschiedene Perspektiven und die daraus folgenden Beziehungen und Handlungen zu betrachten ist. |
| <p>(c) Haltung und Wahrnehmung auf Seiten der Pflegekräfte (und anderer Beschäftigengruppen)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Haltung der Bewohnerorientierung, die Perspektivenübernahme einschließt: sich einlassen auf den individuellen Bewohner und seine Wahrnehmung von sich und seinem Leben im Pflegeheim; - Vermeiden von paternalistischer Fürsorge, Förderung von Selbstbestimmungsansprüchen und Unterstützung bei deren Umsetzung; - Konfliktmanagement des Personals: Sensibilität für Konfliktursachen und Möglichkeiten der Konfliktbearbeitung; Bewusstsein, dass auch ‚kleine Dinge‘ des Alltags ‚große Bedeutung‘ haben |

| | |
|---|--|
| | können; erkennen, wenn bestimmte Situationen auf latente, dahinterliegende (andere) Konflikte verweisen. |
| (d) Haltung und Wahrnehmung auf Seiten der Bewohner*innen | <ul style="list-style-type: none"> - Bewohner*innen sind als mehr oder weniger aktive, aber immer involvierte Ko-Konstrukteure zu betrachten, die dazu angehalten werden einen Willen zu haben, diesen zu äußern und damit die Grundlage für Selbstbestimmung zu legen; wichtig ist, auch bei Bewohner*innen – soweit möglich – ein Verständnis für die Position des Anderen (der Pflege-/Betreuungskraft, anderer Bewohner*innen) zu befördern (Perspektivenübernahme und Verständnis für den/die Anderen z.B. durch Abwägung zwischen verschiedenen individuellen und kollektiven Interessen, Zeitdruck beim Personal etc.); - unhintergebar ist dabei die Bezugnahme auf die gesundheitlichen Merkmale der jeweiligen Bewohner*innen (körperlich, kognitiv, psychisch) sowie die Beachtung des grundlegend asymmetrischen Machtgefälles hinsichtlich der unterschiedlichen Gestaltungsmöglichkeiten der verschiedenen, in den Pflegeheimalltag involvierten Akteur*innen. |
| (e) Haltung und Wahrnehmung auf Seiten der An- und Zugehörigen und Externer | <ul style="list-style-type: none"> - Analog zu den Bewohner*innen gilt auch für die An-/Zugehörigen ebenso wie z.B. Ehrenamtlichen: ihren je eigenen Blick auf die ‚Alltagsdinge‘ im Pflegeheim für die Gegebenheiten, Anforderungen und Un-/Möglichkeiten der ‚Zwitterinstitution‘ zu sensibilisieren, um damit manche Konfliktlage entweder vermeiden oder durch eigenes Engagement produktiv bearbeiten zu können; - Perspektivenübernahme bedeutet nicht, Mängel und Defizite nicht offen ansprechen zu können; vielmehr eröffnet eine auf Perspektivenübernahme gründende Wahrnehmung von bspw. Mismanagement, Fehler in der Pflege etc. auch entsprechende Kontextbedingungen in den Blick zu nehmen (wo ist die Ursache für Defizite, wer/was kann hier Abhilfe schaffen etc.) und so eine egologische Anspruchshaltung, die etwa blind für restriktive Bedingungen ist, zu relativieren. |

(3) Bedingungen und förderliche Faktoren auf der Ebene der Organisation (Mesoebene): Kultur und Struktur der Einrichtung

(a) Prinzipielle inhaltliche Bezugspunkte einer Organisationskultur

- Herstellung von Selbstbestimmung und Würde ist auch und vor allem als organisationale, nachhaltige Gestaltungsaufgabe im Sinne eines Organisationsentwicklungsprozesses zu begreifen; die alltagspraktische Fokussierung auf Beziehungen, Interaktion und dahinter stehenden Haltungen braucht einen entsprechenden organisationalen Ermöglichungs- und Bezugsrahmen;
- Dieser Rahmen gründet auf zwei Komponenten: Sensibilität für die Kontingenz und Relationalität von Selbstbestimmung und Würde und Erfassen des damit verbundenen Gestaltungsauftrags als kollektive und organisationale Anforderung bei der Alltagsgestaltung;
- Den Kern bildet ein Selbstverständnis der Pflegeeinrichtung als ‚lebensweltliche Versorgungseinrichtung‘ i.S. eines privatheitlich auszurichtenden Bezugsrahmens für die Lebensgestaltung der Bewohner*innen sowie ihrer An-/Zugehörigen bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Ambiguität, die sich aus der Charakteristik als ‚Zwitterinstitution‘ ergibt.

Daraus lassen sich die folgenden organisationskulturellen und -strukturellen Faktoren ableiten:

(b) Leitbild der Bewohnerzentrierung und Bedürfnisorientierung

- Pflege und Betreuung sind an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohner*innen ausgerichtet, wozu auch die jeweiligen Ansprüche, Grenzen und Möglichkeiten zu Selbstbestimmung und die jeweilige Ausbuchstabierung eines würdevollen Miteinanders aus Sicht der Bewohner*innen gehören; Bestandteile eines solchen Leitbildes sind:
 - o positives Altersbild mit der Prämisse: relationale Autonomie; damit Pflegebedürftigkeit und Vulnerabilität nicht als Defizit betrachten;
 - o Biografieorientierung, um den*die Bewohner*in als Individuum mit eigener Lebensgeschichte und daraus ableitbaren Wünschen und Bedürfnissen adressieren zu können;

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Implementation eines Pflegemodells der ganzheitlichen Bezugspflege mit besonderem Fokus auf die Phase des Pflegeheiminzugs als zentrale subjektiv-symbolische Transitions-erfahrung ; ○ offene Begegnungs- und Beziehungskultur sowohl zwischen Personal und Bewohner*innen als auch unter den Bewohner*innen innerhalb der Einrichtung sowie entsprechende Öffnung nach außerhalb. |
| (c) Orientierung an einer abgewogenen Sorgelogik | <ul style="list-style-type: none"> - Selbstbestimmung und Fürsorge nicht als Gegensätze in der Pflegeheimkultur etablieren, sondern möglichst weitgehende Selbstbestimmung als anzustrebende ‚Folge‘ einer fürsorglichen Haltung rahmen; Pflegekräfte darin bestärken, sich als Ermöglicher der Selbstbestimmung der Bewohner*innen zu begreifen, die im Einzelfall – mittels ihrer professionellen Haltung – auszubalancierende Grenzziehungen von Fürsorge und Selbstbestimmung vornehmen können (assistierte Autonomie). |
| <p>Strukturelle Rahmenbedingungen für eine bewohnerzentrierte Organisationskultur: Grundsätzlich sind hier Zeitverfügbarkeiten sowie Handlungs- und Gestaltungsspielräume sowohl für Bewohner*innen als auch für die Beschäftigten zu nennen.</p> | |
| (d) Flexibilität in der Tagesstruktur | <ul style="list-style-type: none"> - Standards, feste Abläufe und Routinen sind unverzichtbare Elemente jeder Organisation; sie dienen als Leitplanken, bieten Deutungsgewissheiten und Handlungssicherheiten, sorgen für Verlässlichkeit und Erwartungssicherheit, stellen Qualität in der Versorgung sicher; - Gleichwohl gilt: der*die Bewohner*in soll den Tagesablauf möglichst selbst entscheiden bzw. (mit-)bestimmen können, weitgehend nach seinen (physischen, psychischen) Möglichkeiten, Bedürfnissen und Wünschen (z.B. Aufsteh- und Essenszeiten); - Beides miteinander zu vereinbaren erfordert einen hohen Grad an Selbststeuerung auf Seiten des Personals in der alltäglichen Arbeitsorganisation, um zwischen verschiedenen Handlungsoptionen situationsbezogen auszuwählen sowie eine ermöglichende Standardisierung der |

| | |
|--|---|
| | <p>Handlungsabläufe durch entsprechend Gestaltungsspielräume gewährende Vorgaben der Organisation (vgl. aktivierende und ermöglichende Interaktionsmuster);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klärung von Zuständigkeiten mit Flexibilitätsfenstern: Unklare Zuteilung von Verantwortlichkeiten – und seien dies ‚nur‘ subjektiv wahrgenommene Verantwortlichkeiten – erschweren die Arbeit; dem entgegen liefern grundsätzliche Klärungen in Verbindung mit flexiblen informellen Abstimmungen das Fundament für dauerhafte, nachhaltige Strukturen und situationsspezifische Anpassungen (bspw. zwischen Pflege- und Betreuungskräften oder zwischen Betreuungskräften und Ehrenamtlichen); - ggf. auch – den jeweiligen Qualifikationen entsprechende – Erweiterungen des personalen Kompetenzbereichs ermöglichen (vgl. Fokus auf Fachlichkeit); entsprechende Qualifikations- und Wissensförderung bei allen Mitarbeiter*innen (z.B. im Umgang mit Demenz). |
| (e) Ausreichend Zeitressourcen und Zeitverfügbarkeiten | <ul style="list-style-type: none"> - Pflegezeit: damit verbundene Ruhe drückt Anerkennung und Respekt aus (der*die Bewohner*in kein ‚Arbeitsgegenstand‘); Rücksichtnahme auf individuelle Bedürfnisse und würdeverletzende Schranken bspw. bei pflegerischen Handlungen erfordert Zeit (Zusammenhang Zeit und Würde); - Beziehungszeit mit und für den*die Bewohner*in : Zeit für diffusen Austausch im Alltag, die dem Kennenlernen des Bewohner*in als Person dient; Zeit zuzuhören, hinzusehen, was dem*r Bewohner*in (‚eigentlich‘) wichtig ist und wie er*sie am besten unterstützt werden kann; Zeit zur Konstruktion und Kontinuierung auf Vertrauen und Intimität beruhender Beziehung zum*r Bewohner*in; Bereitstellen von Zeit, über die der*die Bewohner*in verfügen kann (fördert Erfahrung von Selbstbestimmung); - Kommunikationszeit: Zeit im Alltag z.B. für An-/Zugehörige (vgl. 3g), Ehrenamtliche, Ärzt*innen etc.; wichtig: Zeit für den Austausch mit Kolleg*innen und anderen Beschäftigten, um Wissen und Erfahrungen auszutauschen (arbeitspraktische Dimension) sowie um Distanz zu |

| | |
|--|--|
| | <p>schwierigen/stressigen Situationen zu schaffen und diese zu reflektieren („Dampf abzulassen“; psycho-soziale Dimension);</p> <ul style="list-style-type: none"> - freie Gestaltungszeit und damit ‚Selbst-Zeit‘ für das Personal im Tagesablauf, die die nötige Flexibilität und Freiheit gewährt, auch mal außerhalb der Routinen zu handeln. |
| <p>(f) Räume des Austauschs als Ausdruck einer institutionalisierten Kommunikationskultur</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Flexibilität und Offenheit in der Alltagsgestaltung mit dem Ziel der gemeinsamen Herstellung, Sicherung und Förderung von Selbstbestimmung und Würde im Umgang miteinander erfordern mehr Abstimmung unter den Beteiligten; neben Zeit (vgl. 3e) braucht es hierfür auch Räume i.S. von institutionalisierten (also sichergestellten) Gelegenheiten (z.B. Übergabegespräche zwischen Pflegekräften, Pflegehilfskräften, sozialen Betreuungskräften bis hin ggf. zur Hauswirtschaft); - darüber hinaus wichtig: informelle Reflexions- und Kommunikationsräume im Arbeitsalltag (analog zu den dafür vorgesehenen Zeitressourcen); Möglichkeiten des kollegialen Austausches (Pausenräume, Nischen); - Besprechung von schwierigen Situationen: für die einzelne Pflege-/Betreuungskraft Möglichkeit der Inanspruchnahme von Mentor*innen und/oder Supervisor*innen; - Auf Einrichtungsebene: institutionalisierte (multiprofessionelle) Fallbesprechungen für ethische Fragen und Probleme (bezogen auf Bewohner*innen, aber auch moral distress etc.); funktional für die Organisation, wenn es darum geht, Konflikten vorzubeugen oder sie konstruktiv und fallbezogen (i.e. bewohnerorientiert) zu bearbeiten. |
| <p>(g) Organisationsethische Entwicklung und offene Konflikt- und Fehlerkultur als Bestandteil einer förderlichen Kommunikationskultur</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Flexibilität und Überantwortung von Gestaltungsmöglichkeiten des Alltags an das Personal erfordern, ohne Angst vor Konsequenzen offen über Probleme und Fehler sprechen zu können, da sonst strukturell gewährte Handlungs-/Entscheidungsspielräume nicht genutzt werden; - Dazu gehört: kollektives Einüben eines Reflexionsprozesses, der Verständnis für Konflikte (Ursache, Erscheinungsformen) fördert; Vermittlung von Deutungswissen und Sammeln von |

| | |
|--|--|
| | <p>Erfahrungswissen, woher Konflikte kommen, wie sie entstehen und vor allem ob und wie sie gelöst oder zumindest bearbeitet werden können;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teil einer Konflikt-/Fehlerkultur ist ein professionelles und transparentes Beschwerdemanagement (an wen kann man sich wenden); insgesamt ist die Kommunikationskultur einzubinden in einen organisationsethischen Reflexions- und Entwicklungsprozess, in dem die Akteursgruppen in der Einrichtung bei der Ausgestaltung von Leitbild, Rahmenbedingungen und Strukturen vor Ort zu beteiligen sind. |
| (h) Sorgeskultur als Teil der Personalkultur | <ul style="list-style-type: none"> - Die Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen fungieren als zentrale Akteur*innen bei der Herstellung von Selbstbestimmung und Würde; daher: Implementation einer Sorgeskultur in der Einrichtung, die Verantwortung für ihre Beschäftigten ausdrückt und ressourcenerhaltend wirkt: Sicherstellung von geregelten Dienstzeiten, planbare freie Tage und Urlaub; Angebote zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement; Anerkennung der Arbeit durch die Ausrichtung von Betriebsfeiern etc. (vgl. für weitere Aspekte auch 3e, f, g). |
| (i) Formen institutionalisierter Mitwirkung | <ul style="list-style-type: none"> - Gerade eine flexible und offene Ausrichtung einer Pflegeeinrichtung profitiert von der Identifikation der relevanten Akteur*innen (Beschäftigte, Bewohner*innen bis hin zu An-/Zugehörigen) mit ‚ihrer‘ Organisation; - Förderlich hierfür sind entsprechende Möglichkeiten und Angebote der Einbindung in die Organisation: z.B. Einrichtung eines Bewohnerbeirats und ggf. auch eines An-/Zugehörigenbeirats – oder niederschwelliger: entsprechende Angebote im Rahmen von An-/Zugehörigenabenden – sowie Beteiligung an der Organisationsentwicklung (vgl. 3g); damit einher geht letztlich auch die Bereitschaft und Fähigkeit zur Perspektivenübernahme auf Seiten der Beteiligten (vgl. 2a). |

| | |
|--|--|
| <p>(j) Gemeinschaftsorientierte Gestaltung von Wohn- und Angebotsbereichen</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Heterogenität unter den Bewohner*innen und gemeinschaftsorientierte Gestaltung des Wohnbereichs gehen mit einer Förderung von Selbstbestimmung und Würde und einer eher lebensweltlichen Ausrichtung des Pflegeheimalltags und tendenziell weniger Konflikten einher; - Wichtig dabei z.B.: Offenheit in der Gestaltung von Angeboten in der Einrichtung und damit Möglichkeit der Herstellung von Kontaktvielfalt unter den Bewohner*innen: Durch Begegnungsmöglichkeiten im Pflegeheim, auch über Wohnbereiche hinweg, haben Bewohner*innen mehr Möglichkeiten, sich ihre sozialen Bezugspersonen selbst zu wählen, identitätsrelevante Fürsorgebeziehungen untereinander zu knüpfen und eine Gemeinschaft zu bilden (und damit ggf. das Personal zu entlasten sowie eine Verdichtung von Problemfeldern zu vermeiden). |
| <p>(k) Vernetzung nach außen</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Arbeit wird durch die Kooperation mit weiteren professionellen und nicht-professionellen Akteur*innen von außerhalb (z.B. Ehrenamtlichen) befördert; Offenheit der Einrichtung für Vernetzungen ist Voraussetzung für differenzierte und spezialisierte Versorgungs- und soziale Betreuungsformate; - Sozialraumorientierung ist hierfür ein wichtiger Faktor, um soziale Begegnungsmöglichkeiten durch Aktivitäten in und außerhalb der Pflegeeinrichtung möglichst dauerhaft und erwartbar bieten zu können (z.B. Veranstaltungen zusammen mit dem örtlichen Kindergarten oder Vereinen; ein haus-eigenes Café als Begegnungsort für Bewohner*innen mit der Nachbarschaft etc.); - ‚Nachbarschaftsfaktor‘: Wenn das Pflegeheim als Ort und Interaktionsraum im Quartier bzw. in der Region als ‚vertraut‘ erscheint, fällt es leichter, den Wechsel ins Pflegeheim nicht nur als Verlusterfahrung (z.B. wachsender Versorgungsbedarf aufgrund gesundheitlicher Verschlechterung), sondern als ‚Umzug‘ im Sinne einer Kontinuierung der bisherigen Lebensphase bei möglichst anzustrebender Aufrechterhaltung der Lebensqualität durch entsprechende Unterstützung zu deuten (man kennt die Leute, die Abläufe, die Angebote); |

| | |
|---------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Sozialraumbezug als wesentlicher Bestandteil des ‚Zuhause im Pflegeheim‘: die sowohl nach außen offene wie bewohnerorientierte Gestaltung des Tagesablaufs in der Einrichtung fördert zusammengefasst eine flexible Organisation eines „Lebens in Privatheit“ (z.B. Rückzugsmöglichkeiten), eines „Lebens in Gemeinschaft“ (z.B. verschiedene Angebote in und außerhalb der Einrichtung, die soziale Kontakte und Beschäftigung ermöglichen) und eines „Lebens in der Öffentlichkeit“ (z.B. Begegnungsmöglichkeiten im umgebenden Sozialraum). |
| (I) An-/Zugehörigenarbeit | <ul style="list-style-type: none"> - als wichtige ‚Zwischenform‘ zwischen interner Kontakt- und Kommunikationsgestaltung und externen Kooperationen ist die Einbindung von An-/Zugehörigen zu sehen; systematische An-/Zugehörigenarbeit – bspw. in Form von Information und Aufklärung, aktiver Adressierung und Miteinbeziehen in das Leben in der Einrichtung, Raum zur Mitgestaltung, institutionalisierte Austauschmöglichkeiten etc. – erweist sich in mehrfacher Hinsicht als förderlich: <ul style="list-style-type: none"> o sie trägt zu einer konfliktreduzierten Beziehung zwischen Personal und An-/Zugehörigen bei, indem Verständnis und Perspektivenübernahme befördert werden; o sie verringert ggf. ‚moral distress‘ bei den Beschäftigten, aber auch bei den An-/Zugehörigen; o sie kann das Engagement von An-/Zugehörigen als wichtige Unterstützung bei der Herstellung von Selbstbestimmung und Würde im Alltag befördern; o sie kann als eine Facette von bewohnerorientierter Arbeit betrachtet werden, da An-/Zugehörige eine wichtige Verbindung zwischen alter und neuer Lebenswelt für den*die Bewohner*in sein können; - die Einbindung von An-/Zugehörigen ist dabei keineswegs per se vorteilhaft oder immer möglich (Interesse der An-/Zugehörigen) – so kann ein stärkeres Involvement von An-/Zugehörigen auch dazu führen, dass damit nicht konsensfähige Vorstellungen und Ansprüchen an das Leben im Pflegeheim geweckt werden bzw. sich Geltung verschaffen wollen, für deren Bearbeitung es dann |

| | |
|---|---|
| | <p>organisationale Prozesse braucht (vgl. 3i); die Option hierfür sollte jedoch Teil der institutionalisierten Organisationskultur und -struktur sein.</p> |
| <p>(m) Perspektivisch: Integration von Technik und KI</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Insbesondere bei der Herstellung von Selbstbestimmung können technische Assistenzsysteme unterstützend wirken (assistierte Autonomie); zu beachten ist: Technik kann im Pflegeheimalltag nicht als Ersatz für die Interaktion mit dem Pflege- und Betreuungspersonal eingesetzt werden, sondern ausschließlich zu deren Unterstützung; - Darüber hinaus gilt: Technik darf nicht zu weiterer Arbeitsbelastung führen, weshalb sie möglichst ‚barrierefrei‘ und ‚anforderungslos‘ in den Arbeitsalltag zu integrieren ist; vor allem ist hierbei auf nichtintendierte Nebenfolgen wie Ablenkungen und Störungen für Pflegekräfte und Bewohner*innen zu achten, die sich bspw. aus der ‚Kompromisslosigkeit‘ von Alarmen ergeben, auf die unter Absehung realer Bedarfe umgehend reagiert werden muss (‚Fremdbestimmung‘ der Pflegekraft). |

Vergegenwärtigt man sich die Komplexität und die damit verbundenen Herausforderungen und Bedingungen des alltäglichen Herstellens von Selbstbestimmung und Würde, wie sie hier skizziert wurden, wird die allgegenwärtige Klage aufgrund des chronischen Personalmangels nur umso eindrücklicher und dringlicher. Dennoch lohnt sich ein Blick auf die Ressourcen, Chancen und Möglichkeiten, auch mit den gegebenen Rahmenbedingungen das Pflegeheim zu einem Zuhause für die Bewohner zu machen, in dem sie sich nach ihren Wünschen entfalten können und anerkannt werden.

12 Literaturverzeichnis

- ACH, Johann S./SCHÖNE-SEIFERT, Bettina (2013): »Relationale Autonomie«. Eine kritische Analyse. In: C. Wiesemann/A. Simon (Hg.), *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen* (S. 42–60). Münster: mentis.
- ACKERMANN, Sibylle/BAUMANN-HÖLZLE, Ruth/ANDORNO BILLER, Nikola/KRONES, Tanja/MEIER-ALLMENDINGER, Diana/MONTEVERDE, Settimio/ROHR, Susanne/SCHAFFERT-WITVLIET, Bianca/STOCKER, Reto/WEIDMANN-HÜGLE, Tatjana (2020): Pandemie: Lebensschutz und Lebensqualität in der Langzeitpflege. In: *Schweizer Ärztezeitung*, S. 843–845.
- AEM Akademie für Ethik in der Medizin (2020): *Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19* (Diskussionspapier 12.05.2021), https://aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf
- ALBISSER SCHLEGEL, Heidi (Hg.) (2019): *METAP II – Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege. Bd. 2. Ein Ethikprogramm für Berufspersonen*, Basel: Schwabe.
- AMMICHT QUINN, Regina/SPINDLER, Mone (2019): Zwischen Fürsorge und Kontrolle. Ethische Überlegungen zu Techniken für ein gutes Altern. In: *Ethik Journal* 5 (1), 9–20.
- ANDERSON, Joes/HONNETH, Axel (2005): *Autonomy, Vulnerability, Recognition, and Justice*. In: Christman, John, Anderson, Joel (Hg.), *Autonomy and the Challenges to Liberalism: New Essays*, Cambridge: University Press, S. 127–149.
- AULENBACHER, Brigitte/DAMMAYR, Maria (2014): Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Zur Ganzheitlichkeit und Rationalisierung des Sorgens und der Sorgearbeit. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hg.): *Sorge. Arbeit, Verhältnisse, Regime*. Baden-Baden: Nomos, S. 125–142.
- BAAS, Stephan/HEDTKE-BECKE, Astrid/WOLFINGER, Martina (2017): Beeinflussung von Wohlbefinden und Lebensqualität älterer Menschen im Pflegeheim – wie kann das geschehen? Abschlussbericht zum „Modellprojekt zur Messung der Lebensqualität und subjektiven Wohlbefindens im Pflegeheim“ (MoMeL). Online verfügbar unter: https://www.ism-mz.de/fileadmin/uploads/Downloads/Abschlussbericht_MoMeL_2017_15.05.pdf (letzter Abruf: 21.04.2021).
- BACKES, Gertrud M./CLEMENS, Wolfgang (2000): *Lebenslagen im Alter – Erscheinungsformen und Entwicklungstendenzen*. In: Dies. (Hg.): *Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen*. Opladen: Leske + Budrich, S. 7–27.
- BAUMANN, Manfred/KOHLER, Helen (2019): Welche Ethik braucht Palliative Care? Ein Plädoyer für eine Ethik der Sorge. In: Susanne Kreutzer/Claudia Oetting-Roß/Meike Schwermann (Hg.): *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive*. Weinheim: Beltz Juventa Verlag, S. 88–113.
- BAUMGARTL, Birgit (1997): *Altersbilder und Altenhilfe. Zum Wandel der Leitbilder von Altenhilfe seit 1950*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- BAUR, Dominik (2020): Man kann an Vereinsamung sterben. Corona und Altenheime in Bayern. In: taz, Artikel vom 18.10.2020. Online verfügbar unter: <https://taz.de/Corona-und-Altenheime-in-Bayern/!5721660/> (letzter Abruf: 11.11.2020).
- BEAUCHAMP, Tom L./CHILDRESS, James F. (2009): *Principles of Biomedical Ethics*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- BEAUCHAMP, Tom Lamar/CHILDRESS, James Franklin (2013): *Principles of Biomedical Ethics*, New York. Oxford.
- BECKER, Stefanie (2015): H.I.L.D.E. – Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. In: BRANDENBURG, Hermann/GÜNTHER, Helen/PROFT, Ingo (Hg.): *Kosten kontra Menschlichkeit. Herausforderungen an eine gute Pflege im Alter*. Ostfildern: Matthias-Grünwald-Verl., S. 27–39.
- BECKMANN, Jan (1998): Patientenverfügungen: Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patienten-Verhältnisses. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 44,2, S: 143–156.

- BEGEROW, Anke/GAIDYS, Uta (2020): Covid-19 Pflege Studie. Erfahrungen von Pflegenden während der Pandemie – erste Teilergebnisse. In: Pflegewissenschaft. Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, S. 33–36
- BENHABIB, Seyla (1989): Der verallgemeinerte und der konkrete Andere. Ansätze zu einer feministischen Moraltheorie. In: E. List (Hg.), Denkverhältnisse. Feminismus und Kritik. Edition Suhrkamp. es. 1407. N. F. Bd. 407 (S. 454–487). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- BERGEMANN, Lutz/FREWER, Andreas (Hg.) (2018): Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin. Menschenrechte – Ethik – Empowerment. Menschenrechte in der Medizin. Bd. 6. Bielefeld: transcript.
- BERGER, Peter L./KELLNER, Hansfried (1965): Die Ehe und die Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Abhandlung zur Mikrosoziologie des Wissens. In: Soziale Welt, H. 3, S. 220-235.
- BLECK, Christian/VAN RIEßEN, Anne/KNOPP, Reinhold/SCHLEE, Thorsten (2018): Sozialräumliche Perspektiven in der stationären Altenhilfe. Wiesbaden: VS.
- BLECK, Christian/SCHULTZ, Laura/CONEN, Ina/FRERK, Timm/HENKE, Stefanie/LEIBER, Simone/FUCHS, Harry (2020): Selbstbestimmt teilhaben in Altenpflegeeinrichtungen. Empirische Analysen zu fördernden und hemmenden Faktoren, Baden-Baden: Nomos.
- BMFSFJ (2016): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Online verfügbar unter: https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf (letzter Abruf: 26.02.2021).
- BMFSFJ/BMG (2020): Nationale Demenzstrategie. Online verfügbar unter: https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategie.pdf (letzter Abruf. 03.03.2021).
- BOBBERT, Monika (2002): Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Kultur der Medizin. Bd. 5. Frankfurt a.M.: Campus.
- BOCKENHEIMER-LUCIUS, Gisela et al. (2012): Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- BÖHLE, Fritz/WEIßHAUPT, Sabine (2017): Unwägbarkeiten. In: Böhle, Fritz (Hg.): Arbeit als Subjektivierendes Handeln. Handlungsfähigkeit bei Unwägbarkeiten und Ungewissheit. Wiesbaden: Springer VS, S. 665–669.
- BOLLIG, Georg (2010): Ethik und ethische Herausforderungen im Pflegeheim. In: Krobath, Thomas; Heller, Andreas (Hg.): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag (Reihe: Palliative Care und OrganisationsEthik, 21), S. 641–658.
- BOURDIEU, Pierre (1979/1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BOURDIEU, Pierre (2011): Die Ökonomie der symbolischen Güter. In: Schultheis, Franz/Egger, Stephan (Hg.): Pierre Bourdieu. Kunst und Kultur. Schriften zur Kulturosoziologie 4. Konstanz: UVK, S. 187–222.
- BRANDENBURG, Hermann (1994): Soziologie des Heims. In: KRUSE, Andreas/WAHL, Hans-Werner (Hg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern et al.: Verlag Hans Huber, S. 67–81.
- BRÜNETT, Matthias (2015): Demenzfreundliche Kommunen in England und Deutschland. Entwicklung – Kritik – Perspektiven. In: BRANDENBURG, Hermann/GÜTHER, Helen/PROFT, Ingo (Hg.): Kosten kontra Menschlichkeit. Herausforderungen an eine gute Pflege im Alter. Ostfildern: Matthias Grünewald Verlag, S. 165–177.
- BÜHRMANN, Andrea D./SCHNEIDER, Werner (2008): Vom Diskurs zum Dispositiv. Eine Einführung in die Dispositivanalyse. Bielefeld: transcript.
- BUNDESINTERESSENVERTRETUNG FÜR ALTE UND PFLEGE BETROFFENE MENSCHEN e.V. (BIVA) (2016): Mitwirkung im Heim. Grundlegende und allgemeingültige Informationen für Bewohnervertretungen (Abruf 23.04.2021)
- BÜNDNIS DIGITALISIERUNG IN DER PFLEGE: Digitalisierung in der Pflege: Eckpunkte einer nationalen Strategie. Online verfügbar unter: <https://deutscher-pflegerat.de/wp->

content/uploads/2020/09/2020-09-01_Positionspapier_Verb%C3%A4nder%C3%BCndnis_Digitalisierung_Pflege.pdf (letzter Abruf 03.05.2021)

- BÜSSING, André (1997): Neue Entwicklungen in der Krankenpflege. Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. In: Ders. (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen et al.: Hofgrefe, S. 15–48.
- BÜSSING, André/GLASER, Jürgen (2003): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus: Einleitung und Überblick. In: Dies. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hofgrefe, S. 15–34.
- CHOCHINOV, H./HACK, T./McCLEMENT, S./KRISTJANSON, L./HARLOS, M. (2002): Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. In: *Social Science & Medicine* (54), S. 433-443.
- CHOCHINOV, Harvey Max/WEBER, Martin (2017): Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- CHRISTMAN, John (2004): Relational Autonomy, Liberal Individualism, and the Social Constitution of Selves. In: *Philosophical Studies* (Vol 117. No 1/2), pp. 143–164.
- CHRISTMAN, John (2008): Autonomie. In: S. Gosepath/W. Hirsch/B. Rössler (Hg.), *Handbuch der Politischen Philosophie und Sozialphilosophie*. Bd. 1 (S. 92–102). Berlin: de Gruyter.
- CHRISTMAN, John (2013): Autonomy. In: R. Crisp (Hg.), *The Oxford Handbook of History of Ethics* (pp. 691–709). Oxford: de Gruyter.
- CICERO, Marcus Tullius (1986): *De officiis*. Vom Pflichtgemäßen Handeln. Reclams Universal-Bibliothek. Bd. 1889. Stuttgart: Reclam. Hrsg. v. H. Gunermann.
- CONRADI, Elisabeth (2001): *Take care*. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Zugl.: Basel, Univ., Diss., 1999. Frankfurt am Main: Campus-Verl.
- CONRADI, Elisabeth/VOSMAN, Frans (Hg.) (2016): *Praxis der Achtsamkeit*. Schlüsselbegriffe der Care-Ethik. Frankfurt am Main, New York, NY: Campus Verlag.
- DACHVERBAND HOSPIZ ÖSTERREICH (2016): *Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim – Mehr als nur ein schöner Abschied*. Gut leben und würdig sterben können. Ludwigsburg: der hospizverlag.
- DEBES, Remy (Ed.) (2017): *Dignity. A History*. Oxford Philosophical Concepts. New York: Oxford University Press.
- DEPNER, Dominik (2017): Robotik in der Pflege – Eckpunkte für eine prospektive ethische Bewertung in der Langzeitpflege. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 63 (1), S. 51–62.
- DESTATIS (2020): *Pflegestatistik*. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Abruf: 04. Juli 2021).
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN (DGP)/ Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2015): *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Online verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020_Charta%20Broschuere_Stand_Jan2020.pdf (letzter Abruf: 17. März 2021).
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT (DGP) (2020): *S1 Leitlinie*. Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19 Pandemie. Online verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/184-001I_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-10_1.pdf (letzter Abruf: 30.04.2021)
- DEUTSCHER ETHIKRAT (2012): *Demenz und Selbstbestimmung*. Stellungnahme. Berlin.
- DEUTSCHER ETHIKRAT (2018): *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung*. Online verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Studien/befragung-hilfe-durch-zwang.pdf> [letzter Abruf: 25.06.2020].
- DEUTSCHER ETHIKRAT (2020a): *Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie*. Ad-hoc-Empfehlung. Berlin.

- DEUTSCHER ETHIKRAT (2020b): Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-Hoc-Empfehlung. Berlin.
- DEUTSCHER ETHIKRAT (2021): Besondere Regeln für Geimpfte? Ad-Hoc-Empfehlung. Berlin.
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR ANGEWANDTE PFLEGEFORSCHUNG (2010): Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld – Innovation für Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung. Hannover: Schlütersche.
- DEVRIENT, Heike (2007): Ethische Fragen in der aktuellen Pflegeliteratur. Über die Auseinandersetzung mit Ethik im Pflegealltag. In: B. Städtler-Mach (Hg.), Ethik gestalten. Neue Aspekte zu ethischen Herausforderungen in der Pflege (S. 13–49). Frankfurt a.M.: Mabuse.
- DGP/DHPV/BUNDESÄRZTEKAMMER (2015): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020_Charta%20Broschuere_Stand_Jan2020.pdf (letzter Abruf: 19.03.2021).
- DHPV Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2002): Palliative Pflege/Palliative Care. Online verfügbar unter: https://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ_palliative-pflege.html (letzter Abruf: 17. März 2021).
- DIERCKX DE CASTERLÉ, Bernadette et al. (2020): Nurses' experiences of working under time pressure in care for older persons. In: Nursing Ethics 27 (4), S. 979–990.
- DIETRICH, Alexander et al. (2018): Feinfühlig, interaktive Roboter in Krankenhaus und Pflege: Wo stehen wir und wohin geht die Reise? In: Zeitschrift für medizinische Ethik 64 (4), S. 307–325.
- DIETZEL-PAPAKYRIAKOU, Maria (1993): Neue Aufgaben für die Altenhilfe – Teil 1. In: Das Altenheim, 32 (6), S. 462–473.
- DINGES, Stefan (2020): Corona und die Alten – um wen sorgen wir uns wirklich?, in: Wolfgang Kröll et al. (Hrsg.): Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise (Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft 10), Baden-Baden: nomos, S. 69–84.
- DÖBLER, Marie-Christin (2020): Mehr als nur Pflege. Care in Alten(pflege)heimen. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Pflege. Praxis – Geschichte – Politik. Bonn, S. 106–117.
- DRUPP, Michael/MEYER, Markus (2020): Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: JACOBS, Klaus/KUHLMEY, Adelheid/GREß, Stefan/KLAUBER, Jürgen/SCHWINGER, Antje (Hg.): Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Wiesbaden: VS, S. 23–46.
- DURKHEIM, Émile (1897/2017): Der Selbstmord. 14. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- DÜWELL, Marcus (2017): Why Bioethics Isn't Ready for Human Dignity. In: R. Debes (Ed.), Dignity. A History. Oxford Philosophical Concepts (pp. 323-332). New York: Oxford University Press.
- EBNER, Heinz/KÖCK, Christian (1996): Qualität als Wettbewerbsfaktor für Gesundheitsorganisationen. In: HEIMERL-WAGNER, Peter/KÖCK, Christian (Hg.): Management in Gesundheitsorganisationen. Strategien, Qualität, Wandel. Wien: Ueberreuter, S. 72–101.
- ELFTES SOZIALGESETZBUCH (SGB XI). Online verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html> (letzter Abruf 21.04.2021).
- ELIAS, Norbert (1986): Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Band I. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- ELIAS, Norbert/SCOTSON, L. John (1965/1993): Etablierte und Außenseiter. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- ESTERMANN, Josef/KNEUBÜHLER, Hans-Ulrich (2008): Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist und wie sie gemessen werden kann. In: Swiss Journal of Sociology 34 (1), S. 187–210.
- ETHIKNETZWERK (o.J.): Frankfurter Netzwerk für Ethik in der Altenpflege: Ethikberatung Leitlinienentwicklung Fortbildung (Flyer), Frankfurt.
- EURICH, Johannes (2020): Personenzentrierung und Selbstbestimmung. Ethische Reflexionen zu Grundfragen der professionellen Beziehungsgestaltung. In: LOB-HÜDEPOHL, Andreas/DERS.

- (Hg.), Personenzentrierung – Inklusion – Enabling Community. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 33-51.
- EVANGELISCHE AKADEMIE LOCCUM (2020): Senior*innen in der Corona-Krise: Videogespräch mit Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse. Online verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=z3ZBcgUifGM&feature=youtu.be> (letzter Abruf: 28.09.2020).
- FACHGESELLSCHAFT PALLIATIVE GERIATRIE (FGPG) (2019): Grundsatzpapier Selbstbestimmung und Autonomie im Blick auf die Palliative Geriatrie. Online verfügbar unter: https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2020/01/Grundsatzpapier-FGPG_Autonomie-und-Selbstbestimmung_2019.pdf (letzter Abruf: 19.03.2021).
- FACHGESELLSCHAFT PALLIATIVE GERIATRIE (FGPG) (2020): Covid-19-Pandemie: Aspekte der Palliative Care für alte und gebrechliche Menschen zu Hause und im Alters- und Pflegeheim. Online verfügbar unter: https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2020/03/FGPG-Empfehlung-gen-zur-Betreuung-betagter-und-gebrechlicher-Menschen-im-Kontext-Covid-19_20200322.pdf (letzter Abruf: 30.04.2021).
- FEINBERG, Joel (1986): Harm to self. Oxford: Oxford University Press.
- FERKANY, Matt/NEWHAM, Roger (2019): A Comparison of Approaches to Virtue for Nursing Ethics. In: Ethical Perspectives 26 (3), S. 427–457.
- FINEMAN, Martha A. (2016): The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition. In: Yale Journal of Law & Feminism 20, S. 1–23.
- FRANKFURT, Harry G. (2001): Alternative Handlungsmöglichkeiten und moralische Verantwortung. In: H. G. Frankfurt, Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte. Polis 3 (S. 53–64). Hrsg. v. M. Betzler/B. Guckes. Berlin: de Gruyter.
- FRIESACHER, Heiner (2019): Fürsorge – trotz oder mit Technik? In: Claudia Hauck und Charlotte Uzarowicz (Hg.): Neue Technologien und Pflegebildung. I, Robot I, Care. Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien in der Pflege (Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit), S. 27–48.
- FRY, Sara T. (1995): Ethik in der Pflegepraxis. Anleitung zur ethischen Entscheidungsfindung. Eschborn: Dt. Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK).
- FUCHS, Christoph/GABRIEL, Heiner/RAISCHL, Josef/STEIL, Hans/WOLHLLEBEN, Ulla (2012): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- GAWANDE, Atul (2015): Sterblich sein. Was am Ende wirklich zählt. Über Würde, Autonomie und eine angemessene medizinische Versorgung. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- GEITER, Heinke (2019): Hospizarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen – ein Modellprojekt. Esslingen: der hospizverlag.
- GENNEP, Arnold van (1909/2005): Übergangsriten. Les rites de passage. Frankfurt am Main: Campus.
- GIESBERS, Markus (2016): Vom ‚Ersenzählen‘ zur Selbstständigkeit? Notwendige Reformen für eine gute Begleitung, Versorgung und Pflege älterer Menschen. In: DABROWSKI, Martin/WOLF, Judith (Hg.): Menschenwürde und Gerechtigkeit in der Pflege. Paderborn: Ferdinand Schöningh, S. 141–147.
- GKV SPITZENVERBAND (zuletzt aktualisiert: 2020): Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sowie der Verbände der Leistungsträger und Leistungserbringer auf Bundesebene zur Umsetzung der Möglichkeiten zur Förderung der Digitalisierung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen gemäß § 8 Absatz 8 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Hg. v. GKV Spitzenverband. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/finanzierungs_foerderungsmassnahmen/20200901_Pflege_Orientierungshilfe_FAQ_Foerderung_Digitalisierung.pdf
- GOFFMAN, Erving (1981): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- GÖSCHEL, Irmgard/LUCKE, Christoph (1990): Sperrt uns nicht ein. Hannover: Vincentz.
- GRAUMANN, Sigrid (2011): Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte. Utrecht.

- GRAUMANN, Sigrid (2018): Menschenrecht ‚Inklusion‘. In: Geiger, Michaela/Stracke-Bartholmai, Matthias (Hg.): Inklusion denken. Theologisch, biblisch, ökumenisch, praktisch, Stuttgart: Kohlhammer, S. 21–31.
- GROßE, Caroline/RADIC, Dubravko/RADIC, Marija (2019): Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen – Theorie und Status Quo gesetzlicher Regelungen in Deutschland. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 24 (01), S. 26–33.
- GROßKLAUS-SEIDEL, Marion (2012): Pflegeethik als kritische Institutionenethik. In: Settimio Monteverde/Silvia Käppeli/Verena Tschudin (Hg.): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Pflegepraxis), S. 85–97.
- GROSSMANN, Andreas (2004): Würde. In: Historisches Wörterbuch der Philosophie. Bd. 12 (Sp. 1088-1093). Darmstadt/Basel: Schwabe.
- GUCKES, Barbara (2001): Willensfreiheit trotz Ermangelung einer Alternative? Harry G. Frankfurts hierarchisches Modell des Wünschens. In: H.G. Frankfurt, Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte. Polis 3 (S. 1–17). Hrsg. v. M. Betzler/B. Guckes. Berlin: de Gruyter.
- GUTMANN, Thomas/QUANTE, Michael (2017): Menschenwürde, Selbstbestimmung und Pluralismus: Zwischen sittlicher Vorgabe und deontologischer Konstruktion. In: Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie (103. H. 3), S. 322-336.
- HAMM, Christian (2010): Village-Pflegeetage in Berlin – Europas erste lesbischschwule Pflegeeinrichtung. Erfahrungsbericht über den einjährigen Betrieb. In: REITNER, Elisabeth/BEYER, Sigrid (Hg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Frankfurt/Main: Mabuse, S. 255–265.
- HAUER, Johannes/SCHMIDT, Erika/FARIN-GLATTACKER, Erik/JÄCKEL, Wilfried H. (2011): Erstellung einer Übersicht und Bewertung von Qualitätssiegeln und Zertifikaten in der deutschen Langzeitpflege. Online verfügbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Uebersicht_Bewertung_Qualitaetssiegeln_Zertifikaten.pdf (letzter Abruf: 19.03.2021).
- HEIMERL, Katharina (2016): Intelligente Pflegeheime: Palliative Care und Organisationsentwicklung im Alten- und Pflegeheim. In: KOJER, Marina/SCHMIDL, Martina (Hg.): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien: Springer, S. 225–235.
- HEIMERL, Katharina (2020): Organisations-ethische Herausforderungen von palliativer Versorgung in der Altenpflege. Vortrag auf der Online-Tagung „Palliative Versorgung in der Altenpflege“ des Zentrums für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum am 19.10.2020.
- HEIMERL, Katharina (2021): Organisations-ethische Herausforderungen von palliativer Versorgung in der Altenpflege. Vortrag auf der Online-Tagung „Palliative Versorgung in der Altenpflege“ des Zentrums für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum am 19.10.2020.
- HEINZELMANN, Martin (2004): Das Altenheim – immer noch eine totale Institution? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime. Göttingen: Cuvillier.
- HELLER, Andreas/DINGES, Stefan/HEIMERL, Katharina/REITINGER, Elisabeth/WEGLEITNER, Klaus (2003): Palliative Kultur in der stationären Altenhilfe. In: Zeitschrift für Gerontologische Geriatrie, 36, S. 360–365.
- HELLER, Andreas/HEIMERL, Katharina/Husebö, Stein (2007): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg: Lambertus.
- HELLER, Andreas/KROBATH, Thomas (2010): Einleitung zur Praxis und Theorie der Organisationsethik. In: Andreas Heller/Thomas Krobath (Hg.): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag (Reihe: Palliative Care und Organisations-Ethik, 21), S. 13–42.
- HELLER, Andreas/PLESCHBERGER, Sabine/FINK, Michaela/GRONEMEYER, Reimer (2012): Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. Ludwigsburg: der hospiz verlag.
- HEUSINGER, Josefine/KLÜNDER, Monika (2005): „Ich lass‘ mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“ Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Frankfurt am Main: Mabuse.
- HEUSINGER, Josefine/DUMMERT, Sabine (2016): Genderspezifische Bedürfnisse von Pflegeheimbewohner_innen: Fokus Körperpflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 49, Heft 8, November 2016, S.685-691.

- HILDT, Elisabeth (2006): Autonomie in der biomedizinischen Ethik. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung. Kultur der Medizin. Geschichte – Theorie – Ethik. Bd. 19. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- HONNETH, Axel (2016): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte; mit einem neuen Nachwort. 9. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1129).
- HOWER, Isabel/PFÖRTNER, Timo-Kolja/ PFAFF, Holger (2020): Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona- Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Führungskräften. Online verfügbar unter: https://kups.ub.uni-koeln.de/11201/1/Pflegerische%20Versorgung%20in%20Zeiten%20von%20Corona_Ergebnisbericht.pdf (letzter Abruf: 30.04.2021).
- HUBER, Martin/SIEGEL, Siglinde Anne/WÄCHTER, Claudia/BRANDENBURG, Andrea (2005): Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- HUNDENBORN, Gertrud (2015): Für die allgemeine Pflege verantwortlich sein. Hintergründe, Entwicklungen und Perspektiven einer generalistischen Pflegeausbildung. In: Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen 12 (2015), S. 272–279.
- HUNDENBORN, Gertrud (2021): Verantwortlich für die allgemeine Pflege. Hintergründe, Ziele und zentrale Innovationen der Pflegeberufereform. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 67 (2021), S. 3–15.
- ICN Code of ethics for nursing (2012), https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf.
- IMMENSCHUH, Ursula/MARKS, Stephan (2017): Scham und Würde in der Pflege. Ein Ratgeber. 2. Aufl. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- JAMETON, Andrew (1984) Nursing practice: the ethical issue. Englewood Cliffs, NJ: Practice Hall
- JOX, Ralf/ACH, Johann S./SCHÖNE-SEIFERT, Bettina (2014): Der ‚natürliche‘ Wille und seine ethische Einordnung. In: Deutsches Ärzteblatt (Jg. 111. H. 10.), A 394-397.
- KANT, Immanuel (1903): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Kant's gesammelte Schriften. Bd. 4. Berlin. Hrsg. v. der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften.
- KANT, Immanuel (1908): Kritik der praktischen Vernunft. Kant's gesammelte Schriften. Bd. 5. Berlin. Hrsg. v. der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften.
- KEHL, Christoph (2018): Robotik und assistive Neurotechnologien in der Pflege – gesellschaftliche Herausforderungen. TAB-Arbeitsbericht Nr. 177.
- KERSTING, Karin (5 2019): ‚Cool-out‘ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung, Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- KEUL, Hildegard (2015): Verwundbarkeit – eine unerhörte Macht. Christliche Perspektiven im Vulnerabilitätsdiskurs, in: Herderkorrespondenz 69 (2015), S. 647–651.
- KEUL, Hildegard (2017): Verwundbarkeit, Sicherheit und Resilienz. Der Vulnerabilitätsdiskurs als Chance für eine gesellschaftsrelevante Theologie. In: Stimmen der Zeit 235 (9), S. 589–598.
- KITTAY, Eva (2004): Behinderung und das Konzept der Care Ethik. In: Sigrid Graumann (Hg.): Ethik und Behinderung. Ein Perspektivenwechsel. Frankfurt am Main: Campus-Verl., S. 67–80.
- KITTELBERGER, Frank (2014): umsorgt sein. End-of-Life-Care in der Altenhilfe. Nürnberg: Diakonisches Werk Bayern.
- KITWOOD, Tom (1997): Dementia Reconsidered. The person comes first. Maidenhead u. a.: Open University Press.
- KITWOOD, Tom (2019): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 8., ergänzte Aufl. Bern: Hofgrete.
- KLIE, Thomas (2014): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- KOHLLEN, Helen (2016a): Zu den Grenzen von Autonomie als ethisches Prinzip. In: Junge Kirche 3, 20f.

- KOHLN, Helen (2016b): Sorge als Arbeit ohne ethische Reflexion? Entwicklungslinien der deutschen Debatte um Sorge als Arbeit und der internationalen Care-Ethik. In: Anna Henkel/Gesa Lindemann/Isolde Karle/Micha Werner (Hg.): Dimensionen der Sorge. Soziologische, philosophische und theologische Perspektiven. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos, S. 189–207.
- KOJER, Marina/SCHMIDL, Martina (Hg.) (2016): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen; mit 23 Abbildungen. Unter Mitarbeit von Gian Domenico Borasio. Springer-Verlag. 2. Auflage. Wien: Springer.
- KÖNIG, Andrea/ERLING, Rüdiger/REUSCHENBACH, Bernd (2020): Einstellungen zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten in Pflegeeinrichtungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Online verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-020-01767-6.pdf> (letzter Abruf: 21.04.2021).
- KÖPKE, S./MEYER, G./ABRAHAM, J./MÖHLER, R./HENKEL, A./KUPFER, R. (2015): Evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Online verfügbar unter: http://www.leitlinie-fem.de/download/LL_FEM_2015_Inter-net_gesamt.pdf (letzter Abruf 30.04.2021).
- KÖRTNER, Ulrich H. J. (2012): Grundkurs Pflegeethik. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wien: Facultas.wuv.
- KOSTRZEWA Stephan/GERHARD Christoph (2010): Hospizliche Altenpflege. Palliative Versorgungskonzepte in Altenpflegeheimen entwickeln, etablieren und evaluieren. Bern: Hans Huber Verlag.
- KOTTERMEIER, Michael (2014): Papa Schulz und die Osterstrasse. Dokumentarfilm.
- KRAUSE, Felix (2016a): Vulnerabilität als Bezugsgröße für eine anerkennungssensible Praxis selbstbestimmten Handelns im Alter. In: Stephan Ernst (Hg.): Alter und Altern. Herausforderungen für die theologische Ethik. Fribourg: Academic Press Fribourg, Verlag Herder, S: 325–343.
- KRAUSE, Felix (2016b): „Vulnerabilitätsrisiken“ in der Pflege. Eine sozialetische Analyse. In: Martin Dabrowski/Judith Wolf (Hg.): Menschenwürde und Gerechtigkeit in der Pflege. Paderborn: Ferdinand Schöningh (Sozialetik konkret), S. 9–44.
- KRÖLL, Wolfgang/PLATZER, Johann/RUCKENBAUER, Hans-Walter/SCHAUPP, Walter (2020): Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise. Baden-Baden: Nomos.
- KRUSE, Andreas/KRÖHN, Rainer/LANGERHANS, Gabriele/SCHNEIDER, Christel (1992): Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung, Stuttgart: Kohlhammer.
- KRUSE, Andreas/THAISS, Heidrun M./RHODE, Theresia (2019): Das Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflegeeinrichtung. In: Bundesgesundheitsblatt, S. 235–237.
- KUHN, Eva/SEIDLHEIN, Anna-Henrikje (2021): Intensivpflege in Zeiten der COVID-19 Pandemie: Zur Frage des Verhältnisses von Fürsorge und Selbstsorge, in: Ethik in der Medizin 33, S. 51–70.
- LANG, Frieder R./ENGEL, Sabina A./RUPPRECHT, Roland/SONNENBERG, Magdalena/SZYMANSKA, Anna (2008): Das Einzelzimmer im Alten- und Pflegeheim. Bestandsaufnahme, Literaturüberblick und Feldstudie zu den Qualitätsstandards von Einzel- und Doppelzimmern in Alten- und Pflegeheimen in Deutschland und Bayern. Online verfügbar unter: https://www.ipg.phil.fau.de/archiv_pdfs/ipg_research_notes_2008-01.pdf (letzter Abruf: 19.03.2021).
- LAY, Reinhard (2014): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: Schlütersche.
- LEIDINGER, Miriam (2018): Verletzbarkeit gestalten. Eine Auseinandersetzung mit ‚Verletzbarkeit‘ anhand der Christologie von Jürgen Moltmann, Jon Sobrino und Graham Ward, Regensburg: Pustet.
- LIEDKE, Ulf (2020): Im Zentrum: Der beziehungsreiche Mensch. Personenzentrierung in theologisch-ethischer Perspektive. In: Andreas Lob-Hüdepohl/Johannes Eurich (Hg.): Personenzentrierung – Inklusion – Enabling Community. Stuttgart: Kohlhammer Verlag (Behinderung – Theologie – Kirche. Beiträge zu diakonisch-caritativen Disability Studies, 13), S. 11–32.

- LÖFFLER, Charlotte (2014): Gewohnte Dinge. Materielle Kultur und institutionelles Wohnen im Pflegeheim. Tübingen: Materialien des Ludwig-Uhland-Instituts.
- MACKENZIE, Catriona/STOLJAR Natalie (2000): Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self, New York/Oxford: Oxford University Press: S. 65–68.
- MACKENZIE, Catriona/ROGERS, Wendy A./DODDS, Susan (2013): Introduction: What is Vulnerability, and why does it matter for moral theory? In: Catriona Mackenzie/Susan Dodds/Wendy A. Rogers (Hg.): Vulnerability. New essays in ethics and feminist philosophy. New York: Oxford University Press (Studies in feminist philosophy), S. 1–29, 41ff.
- MAIO, Giovanni (2016): Grundelemente einer Care-Ethik. In: Joachim Hruschka und Jan C. Joerden (Hg.): Themenschwerpunkt: Neue Entwicklungen in Medizinrecht und -ethik. New developments in medical law and ethics. Berlin: Duncker & Humblot (Jahrbuch für Recht und Ethik, Band 24), S. 241–251.
- MANZESCHKE, Arne (2019): Von Menschen, Maschinen und anderen hilfreichen Wesen. In: Ethik Journal 5 (1), S. 1–11.
- MANZESCHKE, Arne/WEBER, Karsten/ROTHER, Elisabeth/FANGERAU, Heiner (2013): Ergebnisse der Studie „Ethische Fragen im Bereich Altersgerechter Assistenzsysteme“. Berlin: VDI. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/256474089_Ethische_Fragen_im_Bereich_altersgerechter_Assistenzsysteme_Ergebnisse_der_Studie (letzter Abruf: 19.03.2021).
- MATHWIG, Frank/MEIREIS, Torsten/PORZ, Rouven (2017): Fehlbarkeit und Nichtschadensprinzip. Ein Dilemma im Gesundheitswesen. Zürich: TVZ Theologischer Verlag Zürich.
- MDS/GKV (2019): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI. Vollstationäre Pflege. Online verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/QPR_vollstationaer_190522.pdf (letzter Abruf: 19.03.2021).
- MEAD, George Herbert (2008): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN e.V. (MDS) (2009): Grundsatzstellungnahme: Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Online verfügbar unter https://web.archive.org/web/20100705053812/http://www.mds-ev.org/media/pdf/Demenz-Broschuere_4MB.pdf (letzter Abruf: 19.05.2021).
- MICHELL-AULI, Pierre/SOWINSKI, Christine (2013): Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- MONTEVERDE, Settimio (2019): Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. In: Ethik Med 31, S. 345–360.
- MONTEVERDE, Settimio/KÄPPELI, Silvia/TSCHUDIN, Verena (Hg.) (2012): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- MOYAERT, Marianne (2012): On Vulnerability: Probing the Ethical Dimensions of Comparative Theology. In: religions 3 (4), S. 1144–1161.
- MÜLLER, Dirk/HESCH, Jeaninne/REITINGER, Elisabeth/ZIPPEL, Christian/PIECHOTTA-HENZE, Gudrun/WISTUBA, Bettina/LINGOTT, Nina (2018): Welche Pflegeeinrichtung ist gut für mich? Verbraucherfibel für Suchende. Online verfügbar unter: <https://www.palliative-geriatrie.de/index.php?elD=dumpFile&t=f&f=1547&token=b8963641a46da6a8590aff19fcc965ecbae59fe3> (letzter Abruf: 21.04.2021).
- MÜLLER, Oliver (2008): Der Mensch und seine Stellung zu seiner eigenen Natur. Zum Status anthropologischer Argumente in der bioethischen Debatte. In: M. Giovanni/J. Clausen/O. Müller (Hg.), Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenze anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik. Angewandte Ethik. Bd. 6 (S. 15–57). Freiburg i.Br./München: Karl Alber.
- MÜNKLER, Herfried/WASSERMANN, Felix (2012): Von strategischer Vulnerabilität zu strategischer Resilienz. Die Herausforderung zukünftiger Sicherheitsforschung und Sicherheitspolitik. In: Lars Gerhold/Jochen Schiller (Hg.): Perspektiven der Sicherheitsforschung. Beiträge aus dem Forschungsforum Öffentliche Sicherheit. Frankfurt am Main: Peter Lang, S. 77–95.

- NEWERLA, Andrea (2012): *Verwirrte pflegen, verwirrte Pflege? Handlungsprobleme und Handlungsstrategien in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz – eine ethnographische Studie*. Berlin: LIT.
- NORDENFELT, Lennart (2004): *The Varieties of Dignity*. In: *Health Care Analysis*, Volume 12, S. 69–81.
- NUSSBAUM, Martha Craven (2009] c 1999): *Menschliche Fähigkeiten, weibliche Menschen*. In: Martha Craven Nussbaum/ Herlinde Pauer-Studer/ Ilse Utz (Hg.): *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*. Dt. Erstaussg., [5. Aufl.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Gender studies, 1739 = N.F., 739), S. 176–226.
- OPPIKOFER, Sandra/MAYOROVA, Elena (2016): *Lebensqualität im hohen Alter – theoretische Ansätze, Messmethoden und empirische Befunde*. In: *Pflege und Gesellschaft*, 21. Jg., H. 2, S. 101–112.
- OSWALD, Frank/WAHL, Hans-Werner/ANTFANG, Peter/HEUSEL, Christof/MAURER, Alfons/SCHMIDT, Harry (2014): *Lebensqualität in der stationären Altenpflege mit INSEL. Konzeption, praxisnahe Erfassung, Befunde und sozialpolitische Implikationen*. Berlin/Münster: LIT.
- PFABIGAN, Doris (2016): *Worauf es letztlich ankommt. Die Bestätigung unseres Wertes ist der Sauerstoff unseres Lebens*. In: *Leidfaden* (4), S. 45–49.
- PLESCHBERGER, Sabine (2005): *Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen*. Freiburg: Lambertus.
- PLESCHBERGER, Sabine (2007): *Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents view*. In: *Age and Ageing* (36), S. 197–202.
- POHLMANN, Rosemarie (1971): *Autonomie*. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Bd. 1 (Sp. 701–719). Darmstadt/Basel: Schwabe.
- POIKKEUS, Tarja et al. (2018): *Organisational and individual support for nurses' ethical competence: A cross-sectional survey*. In: *Nursing Ethics* 25, S. 376–392.
- POIKKEUS, Tarja et al. (2020): *Relationship between organizational and individual support, nurses' ethical competence, ethical safety, and work satisfaction*, in: *Health Care Manage Review* 45 (1), S. 83–93.
- PWC (2017): *Bevölkerungsbefragung Pflege in Deutschland 2017*. Online verfügbar unter: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-befragung-pflegeheime.pdf> (letzter Abruf 19.03.2021).
- QUANTE, Michael (2019): *Personale Autonomie, Dependenz und Würde im Kontext der Pflege*. In: J. Noller (Hg.), *Was sind und wie existieren Personen? Probleme und Perspektiven der gegenwärtigen Forschung*. *Ethica*. Bd. 33 (S. 247–261). Paderborn: mentis.
- RABE, Marianne (2017): *Ethik in der Pflegeausbildung Beiträge zur Theorie und Didaktik*. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage, Bern: Hogrefe.
- RASEHORN, Helga (1991): *Ich weiß nicht, was soll es bedeuten. Für ein anderes Verständnis von Verwirrtheit im Alter*. Hannover: Vincentz.
- REHBEIN, Boike (2016): *Die Soziologie Pierre Bourdieus*. Konstanz/München: UVK.
- REITINGER, Elisabeth (2010): *Geschlechtersensibilität in ethischen Fragen der Altenhilfe*. In: KROBATH, Thomas/HELLER, Andreas (Hg.): *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 885–900.
- REITINGER, Elisabeth/HELLER, Andreas/TESCH-RÖMER, Clemens/ZAMAN, Peter (2004): *Leitkategorie Menschenwürde. Zum Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen*. Freiburg: Lambertus.
- REITINGER, Elisabeth/HELLER, Andreas (2010): *„Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe“*. Care-Beziehungen in organisationsethischen Verständigungsarrangements und Entscheidungsstrukturen. In: T. Krobath/A. Heller (Hg.), *Ethik organisieren: Handbuch Organisationsethik* (S. 737–765). Freiburg i.Br.: Lambertus.
- REMMERS, Hartmut (2003): *Die Eigenständigkeit einer Pflegeethik*. In: C. Wiesemann (Hg.), *Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis*. Kohlhammer Pflegewissenschaft (S. 47–70). Stuttgart: Kohlhammer.

- REMMERS, Hartmut (2020): Gutes Leben im Alter. Verletzlichkeit und Reife älterer Menschen. In: FRIEDER, Andreas/KLOTZ, Sabine/HERRLER, Christoph/BIELEFEDLT, Heiner (Hg.): Gute Behandlung im Alter? Menschenrechte und Ethik zwischen Ideal und Realität. Bielefeld: transcript, S. 95–124.
- RICKEN, Friedo (2013): Allgemeine Ethik. Grundkurs Philosophie. Bd. 4. Stuttgart: Kohlhammer.
- RIEDEL, Annette (2012): Werteorientierung – Relevanz der Akzentuierung in der professionellen Pflege. In: Zeitschrift für evangelische Ethik 56 (3), S. 197–206.
- RIEDEL, Annette (2021): Palliative Versorgung – die Bedeutsamkeit, die (interprofessionellen) Perspektiven zu wechseln und zu erweitern. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 67 (2021), S. 47–60.
- RIEDEL, Annette/BEHRENS, Johann/GIESE, Constanze/GEISELHART, Martina/FUCHS, Gerhard/KOHLLEN, Helen et al. (2017): Zentrale Aspekte der Ethikkompetenz in der Pflege. Empfehlungen der Sektion Lehrende im Bereich der Pflegeausbildung und der Pflegestudiengänge in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. In: Ethik in der Medizin 29 (2), S. 161–165.
- RIEDEL, Annette/GIESE, Constanze (2019): Ethikkompetenzentwicklung in der (zukünftigen) pflegeberuflichen Qualifizierung – Konkretion und Stufung als Grundlegung für curriculare Entwicklungen. In: Ethik in der Medizin 31 (1), S. 61–79.
- RIEDEL, Annette/LEHMEYER, Sonja/TREFF, Nadine (2020): Sorgen am Lebensende. Gegenstand professioneller Sorge in der Pflege. In: Bundeszentrale für politische Bildung: Pflege – Praxis – Geschichte – Politik, Bonn: APuZ, S. 330–340.
- RIEDEL, Annette/LEHMEYER, Sonja (2021): Organisationsethik in der stationären Langzeitpflege aus der Pflege heraus und mit der Pflege entwickeln – Professionelle Besonderheiten als Motiv und als intrinsische Motivation in den strukturierten Entwicklungs- und Implementierungsprozess einbinden. In: Dies. (Hg.), Ethik im Gesundheitswesen. Berlin Heidelberg: Springer, S. 1–16.
- RIEMANN, Cerhard/SCHUTZE, Fritz (1991): ‚Trajectory‘ as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes. In: D. R. Maines (Ed.), Social organization and social process: essays in honor of Anselm Strauss (pp. 333–357). New York: de Gruyter.
- RINDERER, Peter: Organisationsethik bereichert. In: Neue Caritas, H. 14 (2017), S. 12–15.
- ROBERT-KOCH-INSTITUT (2020): Informationen und Hilfestellungen für Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf. Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html (letzter Abruf: 11.11.2020).
- RÖSSLER, Beate (2011): Autonomie. In: R. Stoecker/C. Neuhäuser/ M.-L. Raters (Hg.), Handbuch Angewandte Ethik (S. 93–99). Stuttgart/Weimar: J. B. Metzler.
- ROTH, Günter (2007): Dilemmata der Altenpflege. Die Logik eines prekären sozialen Feldes. In: Berliner Journal für Soziologie, 17. Jg., H. 1/07, S. 77–96.
- ROTHE, Verena/KREUTZNER, Gabriele/GRONEMEYER, Reimer (2015): Im Leben bleiben. Unterwegs zu demenzfreundlichen Kommunen. Bielefeld: transcript.
- ROTHGANG, Heinz/WOLF-OSTERMANN, Karin (2020): Regelmäßige Tests sind dringend erforderlich. In: Altenheim 59 (7), S. 34–37.
- RUDERT, Bettina (2016): Das Dilemma von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Ansätze für ein erneuertes Qualitätsmodell in der stationären Altenpflege. Hamburg: Dr. Kovac Verlag.
- RÜEGGER, Heinz (2013): Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen. Hrsg. v. Fachbereich Alter CURAVIVA Schweiz. Bern. Online verfügbar unter: https://www.curaviva.ch/files/PGSV4KM/wuerde_und_autonomie_im_alter_heinz_rueegger_curaviva_schweiz_2013.pdf (letzter Abruf: 14.10.2020).
- S1 Leitlinie. Langfassung. Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie, S. 1–43.
- SAUER, Timo (2010): Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege. Ethikkomitees in der Altenpflege. In: *Die Schwester Der Pfleger* 49, S. 458–461.

- SCHIEFER, Valeria Ferrari (2013): Die Würde des Menschen im vierten Lebensalter. Ein notwendiger Perspektivenwechsel aus der Sicht der Pflege. In: MEIREIS, Torsten (Hg.): Altern in Würde. Das Konzept der Würde im vierten Lebensalter. Zürich: TVZ Theologischer Verlag.
- SCHIESS, Cornel/MONTEVERDE, Settimio (2017): Second Victims im Pflegealltag. Überlegungen am Beispiel der Sturzprävention. In: Frank Mathwig/Torsten Meireis/Rouven Porz (Hg.): Fehlbarkeit und Nichtschadensprinzip. Ein Dilemma im Gesundheitswesen. Zürich: TVZ Theologischer Verlag Zürich, S. 87–103.
- SCHLETTIG, Hans-Joachim (1997): Qualitätsmanagement aus der Perspektive der Bezugspfleg. In: BÜSSING, André (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen et al.: Hofgreffe, S. 223–241.
- SCHLÖGL-FLIERL, Kerstin (2019): Selbstbestimmung: am Anfang und Ende des Lebens ein fragiles Gut ... und deswegen relationaler zu denken!. In: die hospiz zeitschrift: palliativ care (Nr. 84. H. 04/2019), S. 24–26.
- SCHMIDHUBER, Martina (2020): Vulnerabilität in der Krise. In: Wolfgang Kröll/Johann Platzer/Hans-Walter Ruckenbauer/Walter Schaupp (Hg.): Die Corona-Pandemie: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 271–282.
- SCHMIDT, Thomas (2018): Mit dem Dritten sieht man besser. Die Kunst der Unterscheidung als Methode der Organisationsethik. In: Lebendiges Zeugnis 73 (4), S. 263–274.
- SCHNEEKLOTH, Ulrich/WAHL, Hans Werner (Hg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuGIV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/78928/9465bec83edaf4027f25bb5433ea702e/abschlussbericht-mug4-data.pdf> (letzter Abruf: 04.07.2021).
- SCHNEIDER, Werner (2002): Von der familiensoziologischen Ordnung der Familie zu einer Soziologie des Privaten. In: Soziale Welt 53, S. 375–396.
- SCHNEIDER, Werner/DILL, Helga/GMÜR, Wolfgang/MAREK, Stephan/STADELBACHER, Stephanie (2018): Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf (letzter Abruf: 30.05.2020).
- SCHNEIDER, Werner/STADELBACHER, Stephanie (2017): GenY: Yolo und der Blick auf das Lebensende. Überlegungen zum Generationenwandel und zur Zukunft zivilgesellschaftlichen Engagements im Hospizbereich. In: die Hospizzeitschrift, 3/2017, S. 24–29.
- SCHNEIDER, Werner/STADELBACHER, Stephanie (2020): Palliative Care und Hospiz. Versorgung und Begleitung am Lebensende. In: KRIWY, Peter/JUNGBAUER-GANS, Monika (Hg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: VS, S. 481–509.
- SCHORN-SCHÜTTE, Luise (2017): Die Geschichte der Menschenwürde. Begriff und Gegenstand im Europa der Frühen Neuzeit. In: C. Sedmak (Hg.), Menschenwürde. Vom Selbstwert des Menschen. Grundwerte Europas. Bd. 7 (S. 99–110). Darmstadt: WBG.
- SCHRAMM, Annika/BERTHOLD, Daniel/GRAMM, Jan (2013): Dignity Therapy. Psychologische Kurzintervention für Würde am Lebenswende. Institut für Palliativpsychologie. Friedberg, S. 1–10.
- SCHROETER, Klaus (2008): Pflege in Figurationen. Ein theoriegeleiteter Zugang zum sozialen Feld der Pflege. In: Bauer, Ulrich/Büscher, Andreas (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, S. 49–77.
- SCHUCHTER, Patrick/HELLER, Andreas (2016a): ‚Ethics from the bottom up‘. Promoting networks and participation through shared stories of care. In: Klaus Wegleitner/Katharina Heimerl/Allan Kellehear (Hg.): Compassionate communities. Case studies from Britain and Europe (Routledge key themes in health and society), S. 122–136.
- SCHUCHTER, Patrick/HELLER, Andreas (2016b): Von der klinischen zur politischen Ethik. Sorge- und Organisationsethik empirisch. In: Platzer, Johann/Großschädl, Franziska (Hg.), Entscheidungen am Lebensende. Medizinethische und empirische Forschung im Dialog, Baden-Baden, S. 141–161.

- SCHUCHTER, Patrick/HELLER, Andreas (2018): The Care Dialog: the „ethics of care“. the approach and its importance for clinical ethics consultation. In: *Medicine, health care, and philosophy* 21 (1), S. 51–62.
- SCHULZ-NIESWANDT, Frank (2020a): Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Zeichen von Corona. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der „Altenpolitik“. Online verfügbar unter: <https://alter-pflege-demenz-nrw.de/wp-content/uploads/2020/06/Gefahren-und-Abwege-der-Sozialpolitik.pdf> (letzter Abruf: 11.11.2020)
- SCHULZ-NIESWANDT, Frank (2020b): Corona und die Verdichtung der Kasernierung alter Menschen. In: Volkmer, Michael/Werner, Karin (Hg.): *Die Corona-Gesellschaft. Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft*. Bielefeld: transcript, S. 119–123.
- SEIDLER, Andreas/SCHUBERT, Melanie/PETEREIT-HAACK, Gabriela/HORN, Annett/KÄMPF, Daniel/WESTERMAN, Ronny (2020): Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen. Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche („Rapid Scoping Review“), ergänzt durch eine qualitative Erhebung. Verfügbar unter: https://www.public-health-colid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020_05_18_fact_sheet_soziale-isolation-als-mortalita_tsrisko_1.pdf
- SENGHAAS-KNOBLOCH, Eva/BASS, Kerstin (2017): Tätigkeiten und Arbeitsprozess. In: Böhle, Fritz (Hrsg.): *Arbeit als Subjektivierendes Handeln. Handlungsfähigkeit bei Unwägbarkeiten und Ungewissheit*. Wiesbaden: Springer VS, S. 653–664.
- SIMON, Alfred (2017): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit („Sterbefasten“). Ein Ausweg am Lebensende?, in: *Wege zum Menschen* (69), S. 487–497.
- SONG, Netzwerk Soziales neu gestalten (2009): *Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden*. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Zukunft_Quartier_Themenheft_5.pdf (letzter Abruf: 23.04.2021).
- SOOM AMMANN, Eva/SALIS GROSS, Corina/RAUBER, Gabriela (2019): Das ‚gute‘ Sterben gestalten: Lebensende im Heim. In: HÖPFLINGER, Francois/HUGENTOBLE, Valérie/SPINI, Dario (Hg.): *Age Report IV. Wohnen in den späten Lebensjahren. Grundlagen und regionale Unterschiede*. Online verfügbar unter: https://www.seismoverlag.ch/site/assets/files/11226/oa_9783037777299.pdf (letzter Abruf: 17. März 2021).
- SPORKET, Mirko (2020): Befragung zur Situation von Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Corona-Pandemie. Verfügbar unter: https://www.fh-muenster.de/iup/mad/media/2020/files/8377_Datei_1.pdf
- SPRINGHART, Heike (2016): *Der verwundbare Mensch. Sterben, Tod und Endlichkeit im Horizont einer realistischen Anthropologie*. [1. Auflage]. Tübingen: Mohr Siebeck (Dogmatik in der Moderne, 15).
- STADELBACHER, Stephanie/SCHNEIDER, Werner (2017): Selbstbestimmung am Lebensende – empirische Befunde aus der ambulanten Sterbendenversorgung. In: J. Lindner (Hg.), *Selbst- oder bestimmt? Illusionen und Realitäten des Medizinrechts*. Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht. Bd. 30 (S. 63–82). Baden-Baden: Nomos.
- STEIGLEDER, Klaus (2002): *Kants Moralphilosophie. Die Selbstbezüglichkeit reiner praktischer Vernunft*. Stuttgart/Weimar: J. B. Metzler.
- STEIGLEDER, Klaus (2011): Kant. In: M. Düwell/C. Hübenal/M. H. Werner (Hg.), *Handbuch Ethik* (S. 128–138). Stuttgart/Weimar: J. B. Metzler.
- STIFTUNG MÜNCH/LEHMANN, Yvonne/SCHAEPE, Christiane/WULFF, Ines/EWERS, Michael (2019): *Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?* Heidelberg: Medhochzwei Verlag
- STRAEHLE, Christine (Hg.) (2017): *Vulnerability, Autonomy and Applied Ethics*. Routledge Research in Applied Ethics. Ed. 1. New York/London.
- STRAUSS, Anselm/GLASER, Barney (1968): *Time for Dying*. New Brunswick/London: Aldine.
- TESCH, Angela (2020): *Pflege in Corona-Zeiten. Die Pandemie legt die Schwachstellen offen*. Bericht vom Deutschen Pfl egetag 2020. Online verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/inland/pflege-coronavirus-103.html> (letzter Abruf: 12.11.2020).

- TESCH-RÖMER, Clemens/VOLGEL, Claudia/WETTSTEIN, Markus/SPULING, Svenja M. (2020): Alte Menschen sind unterschiedlich, auch in der Corona-Krise. DZA-Fact-Sheet. Online verfügbar unter: https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/Fact_Sheet_Corona1_Un-gleichheit.pdf (letzter Abruf: 26.04.2021).
- TEZCA-GÜNTEKIN, Hürrem (2020): Diversität und Pflege. Zur Notwendigkeit einer intersektionalen Perspektive in der Pflege, in: Bundeszentrale für politische Bildung: Pflege – Praxis – Geschichte – Politik, Bonn, S. 250–265.
- THAUVOYE, Evalyne/VANHOOREN, Siebrecht/VANDENHOECK, Anne/DEZUTTER, Jessie (2020): Spirituality among nursing home residents: a phenomenology of the experience of spirituality in late life. In: Journal of Religion, Spirituality & Aging 32 (1), S. 88–103.
- THEOBALD, Hildegard/SZEBEHLY, Marta/PREUß, Maren (2013) Arbeitsbedingungen in der Pflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin: edition sigma.
- TRONTO, Joan C. (2009): Moral boundaries. A political argument for an ethic of care. Repr. New York: Routledge.
- TROST, Bernd (2018): Respekt vor der Autonomie der Bewohner im Altenpflegeheim. In: Timo Sauer/Valentin Schnurrer/Gisela Bockenheimer-Lucius (Hg.): Angewandte Ethik im Gesundheitswesen. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis. Münster, Berlin: Lit (Ethik in der Praxis. Kontroversen, Band 34), S. 135–148.
- TSIASIOTI, Chrysanthi/BEHRENDT, Susann/JÜRCHOTT, Kathrin/SCHWINGER, Antje (2020): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: JACOBS, Klaus/KUHLMEY, Adelheid/GREß, Stefan/KLAUBER, Jürgen/SCHWINGER, Antje (Hg.): Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Wiesbaden: VS, S. 257–311.
- TWENHÖFEL, Ralf (2011): Die Altenpflege in Deutschland am Scheideweg. Medizinalisierung oder Neuordnung der Pflegeberufe? Baden-Baden: Nomos.
- USCHOK, Andreas (2005): Körper und Pflege. In: Schroeter, Klaus/Rosenthal, Thomas (Hg.): Soziologie der Pflege. Weinheim und München: Juventa, S. 323–337.
- VAN DER AREND, Arie/GASTMANS, Chris (1996): Ethik für Pflegende. ethikundgesellschaft. Bd. 6. Bern: Hans Huber.
- VAN DER KOOIJ, Cora (2008): Demenzpflege: Herausforderung an Pflegewissen und Pflegewissenschaft. In: TACKENBERG, Peter/ABT-ZEGELIN, Angelika (Hg.): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt/Main: Mabuse, S. 62–76.
- VARGA, Simon (2017): Perspektiven kosmopolitischer Menschenwürde in der Philosophie der Antike. In: C. Sedmak (Hg.), Menschenwürde. Vom Selbstwert des Menschen. Grundwerte Europas. Bd. 7 (S. 111–130). Darmstadt: WBG.
- VOLKMER, Michael; WERNER, Karin (2020): Die Corona-Gesellschaft. Analysen zur Lage und Perspektive für die Zukunft. Bielefeld: transcript.
- VOSMAN, Frans (2016): Kartographie einer Ethik der Achtsamkeit – Rezeption und Entwicklung in Europa. In: Elisabeth Conradi/Frans Vosman (Hg.): Praxis der Achtsamkeit. Schlüsselbegriffe der Care-Ethik. Frankfurt am Main, New York, NY: Campus Verlag, S. 33–51.
- WALLNER, Jürgen (2015): Organisationsethik: Methodische Grundlagen für Einrichtungen im Gesundheitswesen. In: Georg Marckmann (Hg.) Praxisbuch Ethik in der Medizin, Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 233–243.
- WALLRAFEN-DREISOW, Helmut (1990): Berufsbild Altenpflege. In: Ders. (Hg.): Ich bin Altenpfleger/in. Berichte aus der Praxis. Hannover: Vincentz, S. 77–82.
- We Do – For the Wellbeing and Dignity of Older people (o. J.): European Quality Framework for long-term care services. Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance. Online verfügbar unter https://www.age-platform.eu/sites/default/files/EU_Quality_Framework_for_LTC-EN_0.pdf.
- WEBER, Max (1922): Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen: Mohr. Online verfügbar unter: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/50765#> (letzter Abruf: 30.05.2020).

- WEBER, Leonard J. (2001): Business Ethics in Healthcare. Beyond Compliance. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press.
- WEIDKAMP-MAICHER, Manuela (2018): Messung von Lebensqualität im Kontext stationärer Pflege. In: JACOBS, Klaus/KUHLMEY, Adelheid/GREß, Stefan/KLAUBER, Jürgen/SCHWINGER, Antje (Hg.): Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Wiesbaden: Springer, S. 71–83.
- WEIHRAUCH, Birgit (2014): Fachliche und politische Voraussetzungen zur Organisation eines guten Sterbens in stationären Pflegeeinrichtungen. In: George, Wolfgang (Hg.): Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen 2014: Psychosozial-Verlag, S. 43-51.
- WEIßHAUPT, Sabine (2017): Subjektivierendes Arbeitshandeln in der allgemeinen Altenpflege. In: Böhle, Fritz (Hg.): Arbeit als Subjektivierendes Handeln. Handlungsfähigkeit bei Unwägbarkeiten und Ungewissheit. Wiesbaden: Springer VS, S. 681–690.
- WELTÄRZTEBUND: Deklaration von Genf, revidierte Fassung vom Oktober 2017, in: https://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf (abgerufen am 12.10.2020).
- WENGER-HAARGASSNER (2012): Frau und Mann bewältigen anders: Geschlechterunterschiede im Coping bei Pflegebedürftigkeit. In: Kümpers, Susanne/Heusinger, Josefine (Hg.): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern: Huber, S. 107–119.
- WERREN, Melanie (2019): Würde und Demenz. Grundlegung einer Pflegeethik. Baden-Baden: Nomos.
- WETTRECK, Rainer (2001): „Am Bett ist alles anders“ - Perspektiven professioneller Pflegeethik. Ethik in der Praxis Kontroversen. Bd. 6. Münster/Hamburg: Lit.
- WETZ, Franz Josef (2001): Die Würde des Menschen – ein Phantom?. In: Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie (87), S. 311–327.
- WETZ, Franz-Josef (2017): Adel des Menschen. Patristik – Mittelalter – Renaissance. In: C. Sedmak (Hg.), Menschenwürde. Vom Selbstwert des Menschen. Grundwerte Europas. Bd. 7 (S. 131–142). Darmstadt: WBG.
- WHO (1998): Measuring quality of life. Online verfügbar unter: <https://www.who.int/tools/whoqol> (letzter Abruf: 19.03.2020).
- WHO (2002): Definition of palliative Care. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf (letzter Abruf: 17. März 2021).
- WILDFEUER, Armin G. (2011): Freiheit. In: M. Düwell/C. Hübenal/M. H. Werner. (Hg.), Handbuch Ethik. Stuttgart/Weimar: J. B. Metzler.
- WINGENFELD, Klaus (2015): Qualität und Qualitätsbeurteilung in der pflegerischen Langzeitversorgung. In: JACOBS, Klaus/KUHLMEY, Adelheid/GREß, Stefan/KLAUBER, Jürgen/SCHWINGER, Antje (Hg.): Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Zwischen Heim und Häuslichkeit, S. 85-96.
- WINKLER, Ines/BUYANTUGS, Lamjav/PETSCHLEIT, Andreas/KILIAN, Reinhold/ANGERMEYER, Matthias C. (2003): Die interkulturelle Erfassung der Lebensqualität im Alter: Das WHOQOL-OLD-Projekt. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, S. 177–192.
- WÖHLKE, Sabine (2018): Bedeutsamkeit und Konsequenzen von moralischem Stress im pflegerischen Alltag. In: Riedel A, Linde AC (Hg.) Ethische Reflexionen in der Pflege. Berlin Heidelberg: Springer, S. 41–46
- WOLF-OSTERMANN, Karin/ROTHGANG, Heinz (2020): Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Online verfügbar unter: https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/fachbereiche/fb11/Aktuelles/Corona/Ergebnisbericht_Coronabefragung_Uni-Bremen_24062020.pdf (letzter Abruf: 11.11.2020).
- ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER PFLEGE (2021): Stationäre Pflege. Gute professionelle Pflege erkennen. Online verfügbar unter: <https://www.zqp.de/produkt/ratgeber-pflegequalitaet-stationaer/> (letzter Abruf: 21.04.2021).