



Herausforderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Aspekte der Pflegebedürftigkeit aus Sicht von Pflegefachpersonen

im Doktoratsstudiengang
Nursing & Allied Health Sciences (Ph.D.)
zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor of Philosophy (Ph.D.)

vorgelegt von

Miriam Läßle

Matrikel-Nr. 61804830

Univ.-Profⁱⁿ. Drⁱⁿ. Margitta Beil-Hildebrand, Ph.D.
Prof. Dr. phil. Christian Rester

Remshalden, 01.03.2022

urn:nbn:de:hbz:kob7-24499

Zusammenfassung

Sind Menschen von einer Pflegebedürftigkeit in Deutschland betroffen, so regelt der durch § 14 SGB XI festgeschriebene Pflegebedürftigkeitsbegriff den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff ist dabei ein normativ gesetzter und basiert bislang nicht auf empirischen Studien aus dem Bereich der Pflege und der Pflegewissenschaft. Durch seine gesetzliche Fundierung lenkt er die Bedingungen und Strukturen, unter welchen Pflegeleistungen in Deutschland von Pflegefachpersonen erbracht werden. Weiterhin ist davon auszugehen, dass die Pflegefachpersonen durch ihre professionelle Sozialisierung einen fachlichen Fokus auf das Konstrukt der Pflegebedürftigkeit legen, welcher sich vom Pflegebedürftigkeitsbegriff unterscheidet und strukturell nicht in die Leistungsbemessung einfließt. Daraus ergeben sich Aspekte einer pflegerischen Unter- und Überversorgung.

Die vorliegende Ph.D.-Thesis verfolgt das Anliegen, die Herausforderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Deutschland aufzuzeigen, indem die Aspekte der Pflegebedürftigkeit von Pflegefachpersonen im ambulanten Setting im Hinblick auf deren Interaktion mit pflegebedürftigen Menschen empirisch erfasst und zu einem theoretischen Konzept ausgearbeitet werden. Zur methodischen Bearbeitung des Forschungsinteresses werden problemzentrierte Interviews mit ambulanten Pflegefachpersonen geführt, die mit Rückbezug auf den Symbolischen Interaktionismus nach Herbert Blumer unter methodologischen und methodischen Gesichtspunkten mittels einer Grounded Theory nach Kathy Charmaz sowie Juliet Corbin und Anselm Strauss erhoben und ausgewertet werden. Dabei kommt ein reflexives-konstruktivistisches Forschen und Schreiben als Konsequenz der epistemologisch-methodologischen Fundierung der Autorin zur Anwendung.

Die erarbeitete Theorie beschreibt die Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit aus Sicht der befragten Pflegefachpersonen. So werden in der Kernkategorie Aushandlungsprozesse in den Bereichen Nähe und Distanz, Anwaltschaft und Verantwortungsüberlassung sowie Ethos und Technokratie beschrieben. Sämtliche Aspekte zeigen auf, inwiefern der gesetzliche Pflegebedürftigkeitsbegriff zu Herausforderungen innerhalb der pflegerischen Arbeit führt.

Die Ph.D.-Thesis liefert mit ihren Ergebnissen einen Beitrag zur Einordnung und Relevanz pflegerischer Beziehungsarbeit im Hinblick auf herrschende Rahmenbedingungen der Pflegebedürftigkeit und zeigt auf, inwiefern sich Interaktion und Kommunikation der Akteur*innen vor dem Anspruch individueller Pflege und dem deutschen ambulanten Pflegesystem wechselseitig bedingen. Sie liefert damit einen professionell und empirisch begründeten Ansatz für die Einschätzung und Bearbeitung von pflegefachlich erlebter Pflegebedürftigkeit.

Abstract

If people are affected by care dependency in Germany, the definition of care dependency, laid down in § 14 SGB XI, regulates access to long-term care insurance benefits. This definition is not yet based on empirical studies from the field of long-term nursing care and nursing science. Through its legal foundation, it guides the conditions and structures under which nursing care is provided by nurses in the community in Germany. Furthermore, it can be assumed that nurses in the community, due to their professionalism, place a focus on the construct of care dependency, which differs from the legal-based care dependency. This focus is structurally not included in the assessment of need of nursing care. This results in aspects of under- and overprovision of nursing care.

This Ph.D. thesis aims to demonstrate the challenges of the concept of care dependency in Germany by empirically recording the aspects of care dependency from the view of nurses in the community. Their interaction with people in need of nursing care will be assessed and elaborated into a theoretical concept. For the methodological treatment of the research interest, problem-centered interviews with nurses in the community will be conducted, which will be evaluated with reference to epistemological aspects of symbolic interactionism according to Herbert Blumer and the usage of grounded theory by Kathy Charmaz, as well as Juliet Corbin and Anselm Strauss. In doing so, a reflexive-constructivist research and writing is applied as consequence of the author's epistemological-methodological foundation.

The theory developed by the author describes the challenges of care dependency from the perspective of the nurses interviewed. Thus, in the core category, negotiation processes are described in the areas of closeness and distance, advocacy and delegation of responsibility, as well as ethos and technocracy. All aspects show the extent to which the legal concept of care dependency leads to challenges within nursing care.

With its results, this Ph.D. thesis makes a contribution to the categorisation and relevance of nursing relationship building with regard to the structural conditions of care dependency and shows the extent to which the interaction and communication of the actors are mutually dependent on the demand for individual nursing care and the German nursing care in the community. It thus provides a professional and empirical-based approach for assessing and dealing with the care dependency experienced by nurses in the community.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
Abstract	III
1 Einleitung	1
2 Die Pflegeversicherung und die ambulante Pflege in Deutschland	4
2.1 Ambulante Pflege vor der Einführung der Pflegeversicherung	4
2.2 Meilensteine der sozialen Pflegeversicherung	5
2.3 Kritische Würdigung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.....	12
3 Literature Review	17
3.1 Durchführung des Literature Reviews	17
3.2 Ergebnisse der recherchierten einbezogenen Artikel	20
3.3 Fazit des Literature Reviews.....	26
4 Zusammenfassung der Forschungslücke.....	29
5 Fragestellung und Ziele.....	31
6 Ontologie, Epistemologie, Methodologie und Methodik	33
6.1 Ontologie und Epistemologie	33
6.2 Methodologie	34
6.2.1 Der Symbolische Interaktionismus.....	35
6.2.2 Die Grounded-Theory-Methodologie.....	42
6.2.3 Zusammenfassung der Methodologie	47
6.3 Methodischer Ansatz	47
6.3.1 Design	48
6.3.2 Sampling	48
6.3.3 Feldzugang.....	50
6.3.4 Datenerhebung.....	51
6.3.5 Datenmanagement	54
6.3.6 Datenanalyse.....	56
6.3.7 Forschungsethik	59
6.3.8 Das <i>theoretical sampling</i> im Überblick	60
6.3.9 Geltungsbegründungen	65
7 Analytische Kapitel.....	70
7.1 Die Reise beginnt.....	70
7.2 Pflege & Gesellschaft.....	79
7.3 Seelenleben des Pflegehauses.....	119
7.4 Expertise der Pflegefachperson	153

8	Kernkategorie: Induzierte Polarisierung der Expertise	219
8.1	Nähe und Distanz	221
8.2	Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung.....	231
8.3	Ethos und Technokratie	267
9	Theorieentwicklung	282
10	Implikationen und Limitationen.....	289
10.1	Implikationen	289
10.2	Limitationen	302
11	Schlussfolgerung und Ausblick	307
12	Literaturverzeichnis.....	312
	Anhang Teil 1: Dokumente des Literature Review	323
	Anhang Teil 2: Dokumente des Forschungsprozesses	337
	Danksagung.....	353
	Eidesstattliche Erklärung.....	354

Glossar

Geldleistungsprinzip	Abmilderung der attestierten Pflegebedürftigkeit durch die Inanspruchnahme einer sozialversicherungsrechtlich fundierten Geldleistung, d. h. eines je nach Pflegegrad fest definierten Geldbetrags, damit die Pflege durch die betroffene Familie selbst organisiert und eventuelle Verdienstauffälle der pflegenden Angehörigen oder Ausgaben für Hilfsmittel oder Unterstützungsangebote finanziert werden können.
Grundpflege, Behandlungspflege	Grundpflege und Behandlungspflege beschreiben als gegensätzliche und sich ergänzende Begriffspaare Leistungen der → SGB XI bzw. → SGB V . Grundpflege adressiert im Wesentlichen pflegerische Leistungen der Nahrungsaufnahme, Körperpflege und Mobilität; Behandlungspflege richtet sich an zumeist ärztlich delegierte und zeitlich begrenzte Leistungen, wie z. B. Verbandswechsel, Medikamentengaben, Kompressionstherapie etc. Beide Ausdrücke werden vor allem medial und umgangssprachlich verwendet und gelten nicht als fachpflegerische Begrifflichkeiten.
Hauswirtschaft	Hauswirtschaft beschreibt alle Tätigkeiten, welche den Haushalt eines hilfe- oder pflegebedürftigen Menschen betreffen, bspw. der Einkauf, Zubereitung von Nahrungsmitteln, Reinigung des Hauses, Waschen der Wäsche etc. Hauswirtschaftliche und pflegerische Leistungen werden als Versorgungsstrukturen oftmals von einem gemeinsamen Träger bereitgestellt und von der Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes koordiniert (vgl. → Nachbarschaftshilfe).
Kombinationsleistungsprinzip	Abmilderung der attestierten Pflegebedürftigkeit durch die Inanspruchnahme einer Kombinationsleistung, d. h. je nach Pflegegrad stehen unterschiedliche sozialversicherungsrechtlich fundierte finanzielle Beträge zur Verfügung, die für die Leistungserbringung durch einen ambulanten Pflegedienst verwendet werden können. Wird der Gesamtbetrag durch die Pflegeleistungen nicht ausgeschöpft, erhält das → Pflegehaus die Differenz als Pflegegeld ausbezahlt.
Medizinischer Dienst	Der Medizinische Dienst ist ein Begutachtungs- und Beratungsdienst, welcher dafür zuständig ist, die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung nach objektiven Aspekten unter den Versicherten* zu verteilen. Im Rahmen dieser Ph.D.-Thesis spielt er vor allem innerhalb der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit eine Rolle.
Nachbarschaftshilfe	Der Begriff bezieht sich in dieser Ph.D.-Thesis auf oftmals dem Pflegedienst zugeordnete Strukturen, welche hauswirtschaftliche Leistungen für die Pflegehäuser anbieten und organisieren. Diese Leistungen werden außerhalb der → Pflegetur von hauswirtschaftlichen Personen erbracht und können bei Vorliegen eines Pflegegrads über die

	soziale Pflegeversicherung abgerechnet werden (vgl. → Hauswirtschaft).
Pflegefachperson	Die dieser Ph.D.-Thesis zugrundeliegende Benennung für die nach dem Pflegeberufegesetz ausgebildeten professionellen Pflegefachfrauen und -männer – zur Anerkennung der Non-Binarität von Geschlechtern spricht die Autorin jedoch von Pflegefachperson.
Pflegehaus	Eine Bezeichnung für einen Haushalt, welcher von einem ambulanten Pflegedienst versorgt wird. Das Pflegehaus umfasst alle Bewohner*innen und Zugehörige des Haushaltes, also den pflegebedürftigen Menschen und dessen Vertrauenspersonen, welche mit ihm gemeinsam Pflege organisieren.
Pflegetour	Bezeichnung der arbeitstäglichen Organisation innerhalb eines ambulanten Pflegedienstes zur Erbringung pflegerischer Leistungen. Oftmals sind feste Pflegefachpersonen bestimmten Pflegetouren zugeordnet, sodass es zu einem Bezugspflegesystem im ambulanten Setting kommt. Die Pflegetour adressiert darüber hinaus die mit den → Pflegehäusern abgestimmte Uhrzeit zur Erbringung der pflegerischen Leistung.
Sachleistungsprinzip	Abmilderung der attestierten Pflegebedürftigkeit durch die Inanspruchnahme einer Sachleistung, d. h. eines sozialversicherungsrechtlich fundierten Geldbetrags, um damit die Pflege ausschließlich durch einen ambulanten Pflegedienst erbringen zu lassen. Der Pflegedienst rechnet dabei direkt mit der Pflegeversicherung ab – nicht in Anspruch genommene finanzielle Mittel verfallen, darüber hinaus in Anspruch genommene Leistungen werden vom → Pflegehaus privat bezahlt.
SGB V	Sozialgesetzbuch V, beschreibt die Funktion und Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ziel, die Gesundheit der oder des Einzelnen* zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen. Dessen Leistungen werden umgangssprachlich unter dem Stichwort → Behandlungspflege subsummiert und über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert.
SGB XI	Sozialgesetzbuch XI, beschreibt die Funktion und Aufgabe der sozialen Pflegeversicherung mit dem Ziel, das Risiko einer Pflegebedürftigkeit für die oder den Einzelnen* abzumildern. Dessen Leistungen werden umgangssprachlich unter dem Stichwort → Grundpflege subsummiert und über die soziale Pflegeversicherung finanziert. Dabei stehen das → Geldleistungsprinzip , das → Sachleistungsprinzip sowie das → Kombinationsleistungsprinzip zur freien Wahl der Versicherten*.
Teilkaskoversicherung	Umgangssprachlich und medial verwendeter Ausdruck für die Konzeption der sozialen Pflegeversicherung, die durch eine attestierte Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten nicht vollumfänglich nach

	<p>Bedarf, sondern lediglich teilweise auf Grundlage des sozialversicherungsrechtlich fundierten Pflegegrads zu finanzieren. Das → Pflegehaus finanziert darüber hinaus entstehende Mehrkosten auf privater Basis.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Abkürzungsverzeichnis

Begutachtungsinstrument	BA
Chronisch-venöse Insuffizienz	CVI
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft	DGP
Deutsche Gesellschaft für Soziologie	DGS
Grounded-Theory-Methodologie	GTM
Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz	GVWG
Medizinischer Dienst	MD
Neues Begutachtungsinstrument	NBA
Pflegeleistungsergänzungsgesetz	PfIEG
Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	PfWG
Pflege-Neuausrichtungsgesetz	PNG
Pflegepersonalregelung	PPR
Pflegepersonalstärkungsgesetz	PpSG
Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung	PpUGV
Pflegestärkungsgesetz	PSG
Sozioökonomischer Status	SES

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftige Menschen in Deutschland nach Versorgungsart, in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (2020)	7
Abbildung 2: Übersicht über die Gesetze und Reformen der Pflege (Isfort et al., 2018)	9
Abbildung 3: Kriterien des Begutachtungsinstruments und Gewichtung (MDS, 2016)	11
Abbildung 4: Handlungshierarchie in Anlehnung an Olbrich, [1999]/2018, S. 69	174
Abbildung 5: Grafische Darstellung des empirischen Konzepts, eigene Darstellung	283

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Geldbeträge für Pflegegrade 2 bis 5 nach § 36 f. SGB XI, Stand Jan. 2022	12
Tabelle 2: Aufstellung der Suchbegriffe.....	18
Tabelle 3: Operationalisierte Fragestellung.....	18
Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien des Literature Reviews.....	19
Tabelle 5: Übersicht über Entscheidungen im theoretical sampling.....	64
Tabelle 6: Überblick über Alter und Berufserfahrung, separiert nach Geschlecht.....	71
Tabelle 7: Zuordnung der Codes in Olbrichs Kompetenzmodell.....	178

1 Einleitung

Die vorliegende Ph.D.-Thesis befasst sich mit den Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit im deutschen ambulanten Versorgungssetting aus Sicht der dort tätigen Pflegefachpersonen. Das Lebensrisiko einer Pflegebedürftigkeit wird in Deutschland seit dem Jahr 1995 im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung aufgegriffen. Dazu existiert im Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) nach § 14 Abs. 1 ein normativ gesetzter Pflegebedürftigkeitsbegriff, welcher im Rahmen einer Projektausschreibung durch die deutsche Bundesregierung von einer Arbeitsgruppe aus Wissenschaftler*innen erarbeitet wurde und die definitorische Grundlage für ein Begutachtungsinstrument zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI darstellt (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Kommt es zu einem Nachlassen der eigenen Fähigkeiten, können die betroffenen Menschen einen Antrag auf Einschätzung einer möglichen Pflegebedürftigkeit bei ihrer Krankenversicherung stellen und erhalten nach positivem Bescheid einen Zugang zu solidarisch (mit-)finanzierten Pflegeleistungen, die mit Hilfe unterschiedlicher Leistungsprinzipien in Anspruch genommen werden können (vgl. → **SGB XI**, → **Teilkaskoversicherung**, → **Geldleistungs-**, **Sachleistungs-**, **Kombinationsleistungsprinzip** im Glossar).

Neben der normativen Festlegung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit kann man sich diesem Phänomen auch aus pflegeprofessioneller und pflegewissenschaftlicher Perspektive¹ nähern. Dazu liefert die Autorin mit ihrer Ph.D.-Thesis einen Beitrag: Zum einen wird im Vorfeld der Ausarbeitungen mit Hilfe des theoretischen Rahmens die pflegewissenschaftliche Grundlage und der Forschungsstand zur Thematik der Pflegebedürftigkeit im ambulanten Setting in Deutschland verortet – dies betrifft recherchierte Ergebnisse aus der pflegewissenschaftlichen Literatur, aber auch die historische Entwicklung der (ambulanten) Pflege hin zu einem professionellen Beruf mit eigenen Verantwortungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Ferner wird mit Hilfe des Forschungsdesigns der Schwerpunkt auf die empirische Ausarbeitung pflegepraktischer und -professioneller Implikationen gelegt, die im Rahmen der täglichen Arbeit mit von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen auftreten: Dazu befragte die Autorin ambulante Pflegefachpersonen zu den Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit, welche sie in der Interaktion mit pflegebedürftigen Menschen täglich erleben. Aus diesen Informationen erarbeitete die Autorin mit Hilfe der Grounded Theory nach Charmaz ([2006]/2014) und Corbin und Strauss ([1990]/2008) ein theoretisches Konstrukt, das in der Lage dazu ist, drei zentrale Herausforderungen im Umgang mit

¹ Unter dem Begriff „pflegewissenschaftliche Perspektive“ versteht die Autorin in der pflegewissenschaftlichen Literatur beschriebene Rahmendaten sowie veröffentlichte empirische Studien aus der Pflegewissenschaft. Die Bezeichnung „pflegeprofessionell“ fokussiert auf das alltagspraktische Handeln der Pflegefachpersonen. Professionelles Pflegehandeln wird als grundlegende Begrifflichkeit in Kapitel 6.2.1 behandelt, weiterhin werden die Beiträge der für diese Ph.D.-Thesis befragten Pflegefachpersonen zur Thematik der Pflegebedürftigkeit als Aussagen aus pflegeprofessioneller Sicht eingeordnet.

Pflegebedürftigkeit aus Sicht der Pflegefachpersonen aufzuzeigen, welche letztlich mitunter auf die theoretischen, professionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen referieren.

Nachdem das Phänomen der Pflegebedürftigkeit pflegewissenschaftlich bisher in den Pflege-theorien als theoretisches Konstrukt konzipiert ist und in der sozialversicherungsrechtli-chen Debatte als normatives Element gehandhabt wird, um die Verteilung von solidarisch erwirtschafteten Geldern zu legitimieren, trägt die Autorin mit dieser empirischen Untersu-chung dazu bei, beide Seiten miteinander zu verknüpfen. Dies geschieht, indem im theoretischen Teil sowohl der normative Rahmen als auch der professionelle Hintergrund der Pflege dargestellt werden, in der Verbindung beider Seiten jedoch auch zum einen der Dis-kurs über die bereits bekannten Problematiken der genannten Trennung aufgezeigt wird. Weiterhin bringen die befragten Pflegefachpersonen mit ihren Aussagen einen neuen As-pekt in die Debatte ein, welcher sowohl von den Rahmenbedingungen als auch von den pflegeprofessionellen Aspekten der Interaktion und den empirischen Aspekten des episte-mologischen und methodischen Zugangs der Autorin geprägt ist.

Hinsichtlich dieser angestrebten Verknüpfung ist die Ph.D.-Thesis folgendermaßen aufge-baut: Zunächst folgt der theoretische Rahmen mit der Problembeschreibung, welche sich vor allem auf die Struktur der ambulanten Pflege in Deutschland mit ihren Implikationen stützt. Die Wandlung des gesetzlich festgelegten Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dessen kritische Würdigung in seiner heutigen Fassung zeigen in Kapitel 2 die daraus entstehen-den Konsequenzen für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland auf. Weiterhin wurde innerhalb Kapitel 3 ein Literature Review durchgeführt, welches Einblick in den momentan verfügbaren Stand der international veröffentlichten Forschung zu den Her-ausforderungen der Pflegebedürftigkeit liefert. Dieses Kapitel zeigt zum einen das Vorgehen innerhalb der Literaturrecherche auf, zum anderen werden die eingeschlossenen Arti-kel zur Thematik der Pflegebedürftigkeit inhaltlich und in ihren Konsequenzen auf das For-schungsproblem vorgestellt. Aus der Konklusion der Problembeschreibung und der darge-stellten recherchierten Literatur ergibt sich die Forschungslücke – anschließend daran wer-den die leitende Forschungsfrage, die sich daraus ableitenden Unterfragen sowie das Ziel der Ph.D.-Thesis aufgezeigt (vgl. Kapitel 4 und 5).

Für die epistemologische Standortbestimmung der Autorin sowie den methodologischen und methodischen Aufbau der Ph.D.-Thesis verweist die Autorin auf Kapitel 6, welches zu-nächst Fragen der Ontologie, Epistemologie und Methodologie adressiert, um im Anschluss daran dezidiert methodische Aspekte der durchgeführten Grounded Theory nach Charmaz ([2006]/2014) sowie Corbin und Strauss ([1990]/2008) zu beleuchten. Daran anschließend

folgen die Ergebnisse und Interpretationen der Autorin aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen – Kapitel 7 beschreibt die analytischen Kapitel, Kapitel 8 widmet sich der Darstellung der Kernkategorie. Die Inhalte dieser beiden Kapitel werden im darauffolgenden Kapitel 9 zu einer Theorie entwickelt und graphisch aufbereitet.

Abschließend werden in Kapitel 10 Implikationen dieser aufgestellten Theorie und Limitationen der durchgeführten Forschung beschrieben. Abgerundet wird die Ph.D.-Thesis mit einer Schlussfolgerung und einem Ausblick.

Zum Einstieg in die Thematik beginnt die Autorin zunächst mit der Problembeschreibung – einer Übersicht über die Struktur der deutschen ambulanten Pflege, welche maßgeblich von den zugrundeliegenden Gesetzgebungen und deren Ausgestaltungen durch die Selbstverwaltungsparteien beeinflusst wird. Dazu gehört auch das am 01.01.2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz (PflBG), das formal die Ausbildung sowie den Tätigkeitsbereich der nach diesem Gesetz ausgebildeten Pflegefachpersonen regelt, darüber hinaus jedoch auch Begriffe innerhalb der Pflegebranche normiert (PflBG). Die Autorin orientiert sich in ihrem Sprachgebrauch an den aktuellen Formulierungen des Pflegeberufegesetzes. Da diese Ph.D.-Thesis jedoch noch vor Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes begonnen und bearbeitet wurde, stammt vor allem die in dieser Ph.D.-Thesis verwendete Begrifflichkeit „Gesundheits- und Krankenpflege“ von dem so im vormaligen „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege“ (KrPflG) bezeichneten Tätigkeitsbereich der deutschen Pflegesparte, wohingegen im Pflegeberufegesetz mittlerweile von den „Versorgungsbereichen der Pflege“ gesprochen wird.

2 Die Pflegeversicherung und die ambulante Pflege in Deutschland

Seit dem Jahr 1995 existiert in Deutschland ein solidarisch mitfinanziertes System zur Absicherung des Lebensrisikos Pflege, welches unter dem Stichwort „soziale Pflegeversicherung“ bekannt ist. Die für die Einzelnen zuständige Pflegeversicherung ist dabei der individuell gewählten Krankenversicherungsorganisation angeschlossen. Seit ihrer Einführung wurden von den wechselnden Bundesregierungen immer wieder neue unterstützende Gesetze verabschiedet, um die Situation für pflegebedürftige Menschen in Deutschland hinsichtlich unterschiedlicher Kriterien zu verbessern.

Doch auch bevor die soziale Pflegeversicherung in Kraft trat, existierte die ambulante Pflege in Deutschland – wie diese organisiert wurde, beschreibt das folgende Unterkapitel. Anschließend wird die Entwicklung innerhalb der sozialen Pflegeversicherung und deren heutige Auswirkungen auf das Setting der ambulanten Pflege, auch in Abgrenzung zur stationären Pflege, betrachtet. Dabei spielen auch Aspekte der Bedeutsamkeit und Interaktionen zwischen unterschiedlichen Akteur*innen eine Rolle, die im Verlauf immer wieder zutage treten werden.

2.1 Ambulante Pflege vor der Einführung der Pflegeversicherung

Die ambulante Pflege entwickelte sich Anfang der 1960er-Jahre in Deutschland und war anfangs wenig reglementiert. Es gab zum einen keinen Anspruch auf definierte Leistungen, jedoch zum anderen auch keinen Zeitkorridor für erbrachte Leistungen. Die Tätigkeiten der ambulanten Pflege wurden in dieser Zeit hauptsächlich von katholischen und evangelischen Ordensangehörigen erbracht, die vom Mutterhaus in Kommunen entsandt wurden. Das Mutterhaus erhob pro entsandten Ordensangehörigen von den Kommunen einen Gebührensatz, der dazu verwendet wurde, Erholungsheime zu finanzieren und die Versorgung der Ordensmitglieder im Alter sicherzustellen. Zu den Tätigkeiten der Ordensangehörigen gehörten neben der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Unterstützung bei der Ernte sowie seelsorgerische und betreuende Tätigkeiten im Familienverbund. Je nach Interaktion und jeweiliger Bedeutsamkeit im Austausch mit den betroffenen Familien konnten die Ordensangehörigen selbstständig über den Leistungsumfang ihrer Tätigkeit entscheiden, ohne bei übergeordneten Stellen darüber Rechenschaft ablegen zu müssen. Sie erhielten für ihre Tätigkeit den Gotteslohn und ein hohes Ansehen innerhalb der Bevölkerung. Dieses System sollte sicherstellen, dass Geld innerhalb der Beziehung zwischen pflegebedürftigem Menschen und Pflegeperson keine Rolle spielt (Kreutzer & Slotala, 2012). Im Verlauf der Zeit verfügten die Mutterhäuser jedoch über immer weniger Anwärter*innen, welche die Tätigkeiten der Ordensangehörigen

in den Gemeinden fortführten. Sie mussten daher sogenannte säkulare Pflegekräfte entsenden, was dazu führte, dass der Gebührensatz, den die Kommunen bezahlen mussten, stieg. Dies war der Beginn einer Entwicklung, die dazu führte, dass die Kosten für ambulante Pflege und die bis dahin gebilligte Unterfinanzierung des Sektors nun sichtbar wurden. Krankenkassen, Länder und Kommunen definierten im Zuge des Ausbaus des Sozialstaates nun die Leistungen der ambulanten Pflege – und damit auch die Aufgaben des beschäftigten Personals. Dies führte erstmals zu einer Einschränkung des bis dahin beachtlichen Handlungsspielraums der Ordensangehörigen (Kreutzer & Slotala, 2012). Diese Entwicklung gab den Ausschlag, darüber nachzudenken, wie dem persönlichen Pflegerisiko für die Menschen in Deutschland zukünftig begegnet werden kann.

In dieser Phase Mitte bis Ende der 1970er-Jahre verlagerte sich die ambulante Pflegetätigkeit in die Familien; finanziert wurde die Pflegebedürftigkeit entsprechend von den Ersparnissen und Renten der pflegebedürftigen Menschen bzw. im Fall vorliegender finanzieller Bedürftigkeit von der Sozialhilfe (Roth & Rothgang, 2001). Durch verschiedene Bestrebungen des Kuratorium Deutsche Altershilfe und des Bundes wurden unterschiedliche Vorschläge erarbeitet, wie das Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit unter Umgehung der Sozialhilfe in den Sozialstaat eingefügt werden kann, darunter die Einführung einer Pflegeversicherung, eine Erweiterung der Krankenkassenleistungen um Pflegeleistungen und ein von Bund und Ländern gemeinsam finanziertes Pflegegesetz (Adam-Paffrath, 2008). Auch wenn schon damals der Vorschlag einer Pflegeversicherung favorisiert wurde, dauerte es aufgrund des Regierungswechsels und der Bestrebungen diverser politischer und gesellschaftlicher Akteur*innen bis Mitte der 1980er-Jahre, bis eine Entscheidung für die Pflegeversicherung getroffen wurde. Den Ausschlag gab letztlich der Personalmangel innerhalb der neu ausdifferenzierten ambulanten und stationären Strukturen der Pflege, was den damaligen Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm der Christlich Demokratischen Union (CDU) dazu veranlasste, sich für die soziale Pflegeversicherung auszusprechen. Nachdem auch die Frage der Finanzierung mit den Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden geklärt war, trat die Pflegeversicherung im Rahmen des SGB XI zum 01.01.1995 in Kraft (Adam-Paffrath, 2008).

2.2 Meilensteine der sozialen Pflegeversicherung

Durch die Teilung der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung ergibt sich ein differenziertes System der Finanzierung von Krankheit und Pflege, das sich in der Ausgestaltung zweier unterschiedlicher Sozialgesetzbücher zeigt: Als Gesetz über die gesetzliche Krankenversicherung richtet sich das SGB V an alle Fälle, in welchen die Gesundheit eines Menschen erhalten, verbessert oder wiederhergestellt werden soll.

SGB XI hingegen adressiert nun die soziale Pflegeversicherung, welche das Risiko der Pflegebedürftigkeit für den einzelnen Menschen finanziell abfedern soll.

Zur Abdeckung der erstgenannten, krankheitsbezogenen Bedürfnisse konnten die betreuenden Hausärzt*innen eine Verordnung über Leistungen der häuslichen Krankenpflege ausstellen, welche über die in SGB V festgelegten Leistungen vergütet wurde. Diese Leistungen betreffen ärztliche, delegierbare Leistungen, die von den Pflegefachpersonen eines beauftragten Pflegedienstes in zeitlicher Begrenzung durch den Verordnungszeitraum erbracht werden. Weiterhin können die Ärzt*innen bei nicht vorliegender Pflegebedürftigkeit auch Leistungen nach SGB XI verordnen, wenn der pflegebedürftige Mensch infolge einer Operation oder akuten Verschlechterung seines Gesundheitszustandes für einen begrenzten Zeitraum Unterstützung und Hilfe bei der Körperpflege benötigt. Ist eine Pflegebedürftigkeit jedoch von Dauer und nicht an umkehrbare, krankheitsbezogene Zustände geknüpft, so muss eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst² (MD) erfolgen, um das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit einschätzen zu können. Ist die Pflegebedürftigkeit von der Pflegeversicherung anerkannt, so kann der pflegebedürftige Mensch oder seine Angehörigen die Leistungen der Pflegeversicherung auf unbestimmte Zeit in Anspruch nehmen.

Zur Bearbeitung der Pflegebedürftigkeit können diese aus unterschiedlichen Leistungsprinzipien wählen: Grundlegend existieren das Geldleistungs- und das Sachleistungsprinzip, weiterhin können diese Prinzipien zum Kombinationsleistungsprinzip kombiniert werden. Von der Auswahl des Leistungsprinzips ist abhängig, mit welchem Leistungsbetrag pro Pflegegrad zu rechnen ist und wer für die Erbringung der Pflegeleistungen zuständig ist (vgl. → **Geldleistungs-, Sachleistungs-, Kombinationsleistungsprinzip** im Glossar). Kommt es zu einer Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den MD, verändert sich mutmaßlich auch die Dimension des Phänomens einer Pflegebedürftigkeit für das Pflegehaus: Zum einen erhält die subjektive Wahrnehmung über das Nachlassen der Fähigkeiten unterstützungsbedürftiger Menschen nun einen offiziellen Charakter: der Mensch ist – je nach Bescheid der Pflegeversicherung – normativ nach SGB XI pflegebedürftig oder nicht. Dies kann eine Veränderung der Bedeutung dieser vielleicht bisher als diffus erlebten Einschränkung konstituieren. Zum anderen ist davon auszugehen, dass sich in vielen Fällen der Umgang mit dieser Tatsache verändert, was auf die damit verbundenen Interaktionen im Pflegehaus wirkt. Die Versorgung der momentan 4,1 Mio. nach SGB XI eingeschätzten

² Der Medizinische Dienst, früher Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), befindet sich seit dem 01.01.2020 in einer Reform zur Veränderung in Körperschaften öffentlichen Rechts, was unter anderem eine Anpassung der Bezeichnungen zur Folge hat. Dieser Prozess ist mit Übergangsfristen geregelt, die für alle MD der Bundesländer zum Tragen kommen (MDK-Reformgesetz). Im Fall sich die Autorin auf die Körperschaft bezieht, werden daher die neuen Bezeichnungen MD bzw. MD Bund verwendet. Die Pflegefachpersonen nutzen im Interview mit der Autorin noch die nun veraltete Bezeichnung MDK bzw. MDS, was von der Autorin so belassen wurde. Vgl. dazu auch den Eintrag → **MD** im Glossar.

pflegebedürftigen Menschen gestaltet sich laut der aktuellen Pflegestatistik 2019 des Statistischen Bundesamtes wie folgt:



Abbildung 1: Pflegebedürftige Menschen in Deutschland nach Versorgungsart, in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (2020)

Neben der Darstellung absoluter Zahlen der gewählten Versorgungsarten separiert Abbildung 1 die ausschließlich von Angehörigen versorgten pflegebedürftigen Menschen nach Pflegegraden und der damit verbundenen je nach Pflegegrad möglichen Inanspruchnahme der Geldleistung, worauf im Verlauf des Kapitels noch weiter eingegangen wird. Die Autorin verfolgt mit der dargestellten Versorgungsdifferenzierung jedoch ein anderes Argument: Von 80 % der ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen werden insgesamt 2,32 Mio. Menschen ausschließlich von ihren Angehörigen versorgt, was einem Prozentwert von 70,2 % entspricht. Somit verbleibt ein Wert von 983.000 ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen (dies entspricht 29,8 % der gesamt als pflegebedürftig eingeschätzten Menschen), die entweder ausschließlich von einem ambulanten Pflegedienst oder in Kombination mit Angehörigen versorgt werden (Statistisches Bundesamt, 2020). Diese Zahlen zeigen auf, wie viele Menschen und deren Angehörige in Deutschland von dem Phänomen der Pflegebedürftigkeit betroffen sind – es ist davon auszugehen, dass sich Bedeutungen und Interaktionen des Pflegehauses im Hinblick auf dieses Phänomen prozesshaft verändern werden. Die angesprochenen Veränderungen der Bedeutung und Interaktion werden weiterhin in Kapitel 3 thematisiert, das einen Überblick über den international aktuell verfügbaren Stand der Literatur zu den Herausforderungen der

Pflegebedürftigkeit liefert. Zunächst soll jedoch die Entwicklung der Pflegeversicherung in Deutschland weiter nachgezeichnet werden.

Die Bemessungsgrundlage, um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, war bis zum 31.12.2016 der Pflegebedürftigkeitsbegriff in seiner alten Fassung. Er systematisierte die Einschränkungen der pflegebedürftigen Menschen in fünf Pflegestufen (einschließlich Pflegestufe 0 und dem Härtefall) und lautete:

„Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“ (§ 14 Abs. 1 a. F. SGB XI)

Dieser Pflegebedürftigkeitsbegriff konzentrierte sich zur Einteilung in eine der drei hauptsächlich vorgesehenen Pflegestufen I, II oder III ausschließlich auf somatische Einschränkungen. Ein anders garteter Betreuungsbedarf wurde mit dem Mindestleistungsbetrag über die Pflegestufe 0 abgedeckt. Zur Abdeckung einer besonders schwerwiegenden Pflegebedürftigkeit gab es für Pflegestufe III weiterhin den Zusatz des Härtefalls.

Die Berechnung der jeweiligen Pflegestufe ergab sich innerhalb einer Begutachtung bei der Antragsteller*in zu Hause aus dem Zeitkorridor, der für die tägliche Pflege von einer nicht in der Pflege ausgebildeten Person aufgebracht werden musste. Die fehlende Bemessungsgrundlage für Menschen mit Demenz, eine nicht vorhandene Anpassungsfähigkeit des Instruments für die Begutachtung pflegebedürftiger Kinder und die Orientierung am Zeitbedarf für Pflege von nicht fachkundigen Personen waren die Hauptkritikpunkte am Konstrukt des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Wingenfeld et al., 2011). Um diese Kritikpunkte zu bearbeiten, wurden im Laufe der Jahre unterschiedliche Pflegereformen von der Bundesregierung erlassen. Einen zeitlichen Überblick über die Gesetze und Reformen bietet Abbildung 2.



Abbildung 2: Übersicht über die Gesetze und Reformen der Pflege (Isfort et al., 2018)

Nachdem die Leistungen der Pflegeversicherung ab dem Jahr 1995 in Anspruch genommen werden konnten, folgten erste Reformen in den Jahren 2002 mit dem Pflege-Leistungsergänzungsgesetz (PflEG)³, 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) sowie 2012 das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG). Zusammenfassend kann für diese drei Reformen gesagt werden, dass an Demenz erkrankte Menschen schrittweise über mehr und differenziertere Leistungen verfügen konnten, als dies vor den Reformen der Fall war. So wurde beispielsweise im PflEG von 2002 der Anspruch auf beratende Hausbesuche, Verhinderungspflege und Betreuungsleistungen durch pflegerisches Hilfspersonal beschlossen (PflEG). Pflegestützpunkte wurden nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 in den Kommunen zur Beratung der pflegenden Angehörigen eingerichtet, um die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu verbessern (PFWG). Des Weiteren wurden die finanziellen Beträge der Pflegeversicherung immer wieder erhöht und um weitere Leistungen zur Betreuung und Versorgung der pflegebedürftigen Menschen ergänzt. So können pflegende Angehörige seit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Jahr 2012 über den geldwerten Betrag freier verfügen und die Leistungen der Pflegeversicherung gemäß ihrem Bedarf in Anspruch nehmen (PNG). Die Gestaltungsmöglichkeiten innerhalb der ambulanten Pflege nahmen dadurch deutlich zu.

Auch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) aus dem Jahr 2015 hatte das Ziel, pflegende Angehörige weiter zu entlasten und weitere Betreuungs- und Entlastungsangebote für die Pflege zu Hause zu schaffen (PSG I). Daher wurden vor allem die Angebote zur

³ Während in Abbildung 2 nach Isfort et al. (2018) das Pflege-Leistungsergänzungsgesetz mit der Abkürzung „PflEG“ versehen wird, lautet die offizielle Abkürzung nach Maßgabe der Bundesregierung und des Bundestags „PflEG“. Im Verlauf der Ph.D.-Thesis wird daher weiterhin von PflEG gesprochen.

Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege ausgebaut und flexibilisiert. Erstmals können Menschen mit Demenz der Pflegestufe 0 auch teilstationäre Angebote nutzen – dies war bislang nur für Versicherte ab Pflegestufe I möglich. Pflegenden Angehörigen profitieren außerdem von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, welche die Pflege zu Hause erleichtern sollen. Das Zweite sowie das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG II und III) der Jahre 2016 und 2017 befassten sich letztlich mit dem damals neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dessen Umsetzung durch das Neue Begutachtungsinstrument (NBA)⁴ (PSG II; PSG III).

Für eine grundlegende Modernisierung der Pflegeversicherung erhielt 2006 das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem damals so benannten Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe den Projektauftrag, ein neues Instrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu entwickeln. Dies beinhaltete in Vorbereitung zur Neuentwicklung des Instruments eine internationale Literaturrecherche zur Bewertung von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten (Wingenfeld et al., 2011). Das daraufhin entwickelte Instrument wurde anschließend durch das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen und durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erprobt, evaluiert und für „zielführend, geeignet und praktikabel“ (Windeler et al., 2008, S. 109) befunden. Gleichzeitig beschäftigte sich das Bundesgesundheitsministerium mit der Konzeption eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der letztendlich mit dem PSG II zum 01.01.2017 gemeinsam mit dem NBA in Kraft trat (Isfort et al., 2018; Wingenfeld et al., 2011).

Als Bezugspunkt für die Ph.D.-Thesis wird der deutsche Pflegebedürftigkeitsbegriff, welcher dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz entspringt und im SGB XI zu finden ist, nun in seinen gesetzlichen Grundlagen und seiner Ausgestaltung vorgestellt, anschließend bezüglich unterschiedlicher Kriterien kritisch gewürdigt. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff lautet:

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“
(§ 14 Abs. 1 SGB XI)

⁴ Da das Begutachtungsinstrument im Jahr 2021 vier Jahre nach seiner Einführung nun nicht mehr als „neu“ bezeichnet werden kann und der Medizinische Dienst vom „Begutachtungsinstrument“ spricht, wird dieser Wortlaut im Folgenden auch in dieser Ph.D.-Thesis verwendet, es sei denn, es handelt sich um die Darstellung der jüngeren Historie, um den Wechsel zwischen den beiden Pflegebedürftigkeitsbegriffen zu verdeutlichen.

Um die Pflegebedürftigkeit einschätzen zu können, werden sechs pflegfachliche Bereiche zu Rate gezogen, in welchen eine Einschränkung vorliegen muss. Dazu gehören die Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, das Verhalten und die psychische Verfassung einer Person, die physische und psychische Fähigkeit zur Selbstversorgung, der individuelle Umgang mit krankheitsbedingten Folgen und Belastungen sowie die selbstständige Alltagsgestaltung (§ 14 Abs. 2 SGB XI). Die jeweiligen Anteile der einzelnen pflegfachlichen Bereiche an der Gesamtwertung des BA zeigt Abbildung 3 auf.

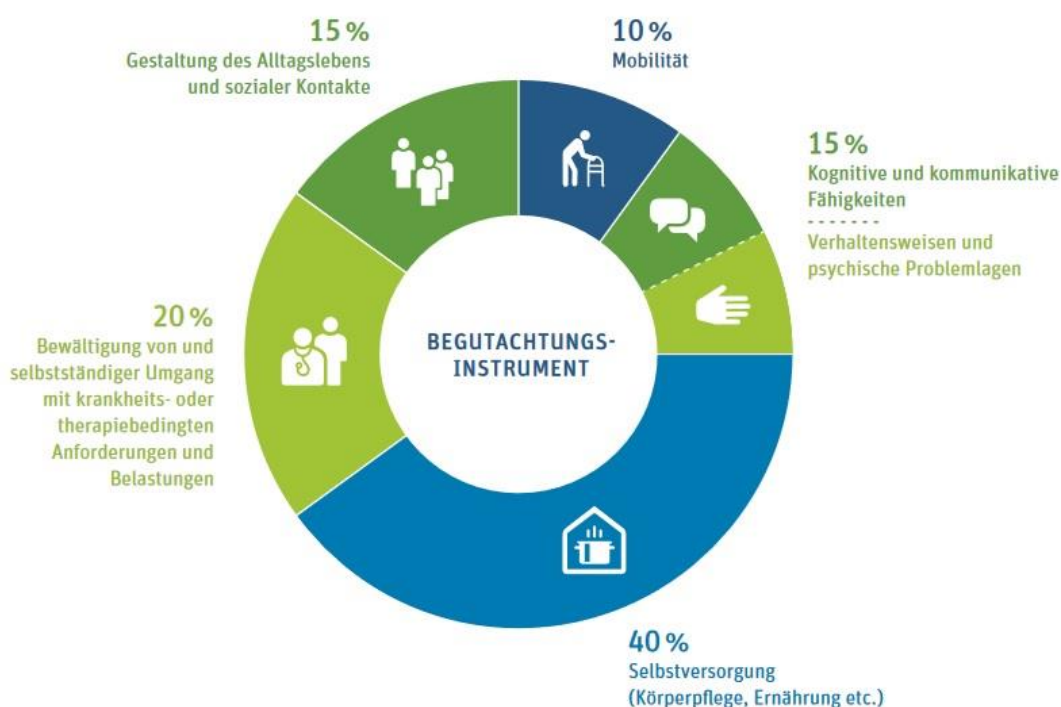


Abbildung 3: Kriterien des Begutachtungsinstruments und Gewichtung (MDS, 2016)

Eingeschätzt werden die Ressourcen und Probleme der Antragstellenden in den genannten Kriterien mit Hilfe des Begutachtungsinstruments (BA). Das BA bildet für jedes Kriterium Summenscores, die für das Gesamtergebnis nochmals verändert gewichtet und abschließend summiert werden (Brühl, 2012). Die erreichte Gesamtsumme bildet den Pflegegrad ab, in welchen die antragstellende Person eingestuft wird – gleichzeitig wird über den Pflegegrad festgelegt, wie hoch der Betrag der finanziellen Unterstützung ist, der aus der Pflegeversicherung gewährt wird. Dies bedeutet auch, dass die bekannten Pflegestufen nun von Pflegegraden abgelöst wurden. Mit dem aktuellen Stand der Gesetzgebung sind folgende Leistungsbeträge für eine vorliegende Pflegebedürftigkeit vorgesehen:

Pflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 1 erhalten nach Einreichung der Rechnung grundsätzlich 125 Euro zurückerstattet, wenn sie pflegerische und/oder

betreuungsbezogene Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes, einer Tages- oder Nachtpflege oder einer Kurzzeitpflege in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus haben sie Anspruch auf Zuschüsse zu diversen Beratungsleistungen, zur Anpassung des Wohnumfelds und zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (§ 28a SGB XI). Pflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 2 bis 5 erhalten die in Tabelle 1 aufgezeigten Geldbeträge je nach Art des gewählten Leistungsprinzips.

Pflegegrad	Geldleistung	Sachleistung
Pflegegrad 2	316 Euro	724 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro	1.363 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro	1.693 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro	2.095 Euro

Tabelle 1: Geldbeträge für Pflegegrade 2 bis 5 nach § 36 f. SGB XI, Stand Jan. 2022

Weiterhin existieren Leistungen der Pflegeversicherung, für welche entweder ein monatliches oder jährliches Budget zur Verfügung steht. Es handelt sich um Leistungen, die für teilstationäre Pflegeangebote, ambulante Wohngruppen und Kurzzeitpflege verwendet werden können. Auch Verhinderungspflege wird für einen begrenzten Zeitraum pro Jahr bezahlt. Die Bezahlung und Erstattung technischer Hilfsmittel sowie Gelder zur Verbesserung des Wohnumfelds im Sinne eines unterstützenden barrierefreien Aus- und Umbaus sollen Pflege in den eigenen vier Wänden ermöglichen bzw. erleichtern. All diese zusätzlichen Angebote sollen sicherstellen, dass pflegende Angehörige durch staatliche Angebote zur Pflege entlastet werden und die häusliche Pflege gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ so lange wie möglich durchgeführt werden kann (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Nachdem nun die Grundprinzipien der sozialen Pflegeversicherung vorgestellt wurden, wird nun weiterführend eine kritische Würdigung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs getätigt.

2.3 Kritische Würdigung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Positiv herauszuheben ist, dass der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff im Unterschied zur rein somatisch orientierten früheren Version bis 31.12.2016 umfassender konzipiert ist und neurologische Krankheitsbilder wie verschiedene Formen der Demenz oder auch psychische Erkrankungen und Folgebelastungen aufgrund bestehender Erkrankungen in den Blick nimmt. Die Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegegrad 1 sind zwar im

Unterschied zu den Leistungen für die weiteren Pflegegrade relativ knapp bemessen, nichtsdestotrotz können sie für Entlastungsangebote, Kurzzeit- oder Tagespflege verwendet werden.

Es existieren innerhalb der deutschen Pflegewissenschaft Hinweise, dass das BA seinem Zweck, pflegebedürftige Menschen trennscharf einem Pflegegrad zuzuordnen, nicht gerecht wird: Was die Berechnung des Pflegegrades anbelangt, muss festgehalten werden, dass die Überführung der einzelnen Summenscores in einen Gesamtscore, der in einen Pflegegrad mündet, zwar logisch plausibel, aber statistisch-rechnerisch nicht valide ist, da unterschiedliche Skalenniveaus miteinander verrechnet werden. Des Weiteren kann – im Hinblick auf das Gesamtergebnis – eine niedrigere Punktzahl aufgrund eines höheren Pflegebedarfs in einem bestimmten Bereich durch eine höhere Punktzahl in einem anderen Bereich kompensiert werden. Durch diese Vorgehensweise wird es möglich, dass ein pflegebedürftiger Mensch, der seine Position im Sitzen nicht stabil halten kann, demselben Pflegegrad zugeordnet wird wie ein Mensch, der seine Sitzposition stabil halten kann (Brühl et al., 2016). Pflegefachlich gesehen ist der Pflegebedarf dieser beiden Menschen grundverschieden. Weitere Gründe für die nicht attestierte Trennschärfe liegen zum einen in der subjektiv geprägten Durchführung der Begutachtung durch Mitarbeitende des MD, deren eigene Fremdeinschätzung letztlich darüber entscheidet, wie hoch eine Einschränkung für den pflegebedürftigen Menschen zu bewerten ist. Zum anderen ist das BA so konzipiert, dass aus 67 Merkmalen zur Einschätzung fünf Korridore (die Pflegegrade) entstehen, zu welchen die pflegebedürftigen Menschen zugeordnet werden müssen: Die Prozesshaftigkeit und Komplexität von Pflegebedürftigkeit kann durch diese nivellierende Transformation nicht adressiert werden und innerhalb dieser Korridore ist die Variabilität der vorkommenden Einschränkungen logischerweise hoch (Brühl & Planer, 2019). Abgesehen von diesen strukturell-konzeptionellen Kritikpunkten muss weiterhin angemerkt werden, dass Elemente von Bedeutsamkeit und Interaktionen im Hinblick auf eine neu entstandene oder seit längerem bestehende Pflegebedürftigkeit nicht in das BA einfließen. Auch ist generell fraglich, inwieweit fremde, zur Einschätzung ins Pflegehaus kommende Gutachter*innen des MD ohne Beziehung zu den einzuschätzenden Menschen in der Lage sind, diese hochindividuellen Implikationen im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit zu erfassen, wenn angenommen wird, dass sich hinter dem Phänomen der Pflegebedürftigkeit mehr als nur die eingeschränkte Bewältigung des Alltags verbirgt, sondern dass Bedeutungen und Interaktionen den Umgang mit diesem Phänomen wechselseitig bedingen.

Neben diesen Kritikpunkten, wonach das BA Pflegebedürftigkeit aus einem bestimmten Blickwinkel und mit verbesserungswürdiger Trennschärfe zwischen den im Ergebnis einzelnen Pflegegraden betrachtet, hat dieses außerdem Auswirkungen auf längerfristige

Planungsentscheidungen innerhalb der Pflegebranche, denn Pflegebedürftigkeit ist in Deutschland über den Pflegebedürftigkeitsbegriff so konstituiert, dass sich aus ihr auch die Pflegepersonalbemessung ergibt, indem sie sich auf die Pflegegrade nach § 14 SGB XI bezieht. Das bedeutet, dass ein lineares Verständnis von Pflegebedürftigkeit zugrunde gelegt wird: Je mehr Einschränkungen ein Mensch hat, desto pflegebedürftiger ist er und desto mehr Personalaufwand ist nötig, um diesen zu pflegen und zu betreuen (Brühl & Planer, 2019). Im Praxisalltag stellt sich diese Annahme jedoch mitunter als falsch heraus: Betrachten wir beispielsweise Menschen mit Demenz, so sind vor allem doch eher mobile kognitiv eingeschränkte Menschen im Betreuungsbedarf aufwändig – im Gegensatz zu denjenigen Menschen, welche immobil und kognitiv eingeschränkt sind. Genau diesen würde nach diesem Verständnis jedoch eine höhere Pflegebedürftigkeit im Sinne eines höheren Pflegebedarfs attestiert, wenn Elemente wie Bedeutsamkeit und Interaktion berücksichtigt würden. Im Sinne dieser Auffassung von Pflegebedarf und durch dessen falschen Rückbezug auf die Pflegegrade ergibt sich zudem die Diskrepanz daraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland ihren Personalschlüssel in Pflegesatzverhandlungen mit den Kranken- und Pflegekassen auf Grundlage ihrer zu pflegenden Klientel festlegen. Weisen die betreuten Personen im Schnitt einen niedrigeren Pflegegrad auf, hat dies aufgrund der oben dargestellten Annahme der Linearität von Pflegebedürftigkeit zur Folge, dass weniger pflegerisches Fachpersonal zur Verfügung steht. Da diese Abbildung durch das BA jedoch nicht realitätsnah erfolgt, sind Pflegesatzverhandlungen auf Grundlage der Pflegegrade der betreuten Klientel in ihrer Sinnhaftigkeit kritisch zu betrachten. Die aktuelle Befragung des Pflegethermometers 2018 von Führungskräften innerhalb der stationären Pflege bestätigt genau diesen Effekt und zeigt die Konsequenz der stationären Pflegeeinrichtungen auf, dass zukünftig bevorzugt pflegebedürftige Menschen mit dem Pflegegrad 3 oder höher einen stationären Pflegeplatz bekommen werden (Isfort et al., 2018).

Eine weitere Schwierigkeit bzgl. der direkten langfristigen Finanzierung von stationären Pflegeeinrichtungen birgt der „Zwillingseffekt“: Ein Zwilling stellt den Fall zweier in ihrer Pflegeeinschätzung vergleichbarer Menschen mit kognitiver Einschränkung dar. Einer dieser beiden verfügt über eine Pflegestufe nach dem früheren Pflegebedürftigkeitsbegriff bis 31.12.2016 und wird im Zuge der Umstellung „großzügig“ in den übernächst höheren Pflegegrad eingestuft. Hinter dem Begriff „großzügig“ steht das Versprechen der Bundesregierung, dass kein pflegebedürftiger Mensch durch die Umstellung auf das neue System finanziell schlechter gestellt würde (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Der zweite der beiden wird jedoch von Grund auf neu nach den Pflegegraden eingestuft und erhält im Vergleich zum ersten der beiden weniger Leistungen (Rothgang et al., 2017). Die stationären Pflegeeinrichtungen beobachten laut dem Pflegethermometer 2018 eine im Vergleich

zum Pflegestufensystem niedrigere Neueinstufung der Pflegebedürftigkeit ihrer Bewohner*innen (Isfort et al., 2018). Grundsätzlich erfüllt der Zwillingseffekt das oben genannte Versprechen der Bundesregierung, stellt er jedoch auch die stationären Pflegeeinrichtungen vor die Herausforderung, dass Fachpersonal bei einer Nachbelegung (z. B. nach dem Tod des ersten Zwillings) durch den zweiten Zwilling nicht mehr in dem Maße refinanziert wird, wie es bei der Umstellung auf das neue System der Fall war.

Auch wenn die Entwicklung der Pflegeplatzgenehmigung ab Pflegegrad 3 durch die stationären Einrichtungen aus ökonomischer und sozialpolitischer Sicht nachvollziehbar ist, so ist sie im Hinblick auf ethische Aspekte der individuellen Autonomie zumindest in Frage zu stellen, wenn nicht sogar abzulehnen: Jeder pflegebedürftige Mensch hat prinzipiell, gleichgültig aus welchen Beweggründen, in Deutschland die freie Wahl, sich mit den Mitteln der Pflegeversicherung ambulant oder in einer stationären Einrichtung versorgen und betreuen zu lassen. Ein Teil der pflegebedürftigen Menschen präferiert aus persönlichen Gründen eine pflegerische Versorgung in einer stationären Einrichtung und entscheidet sich bewusst dafür (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017). Durch die Verteilung eines stationären Pflegeplatzes nach für den pflegebedürftigen Menschen nicht transparenten, impliziten Kriterien wird diese Wahlmöglichkeit zumindest eingeschränkt, möglicherweise aber sogar auch genommen. Anders gesagt, das Recht auf Selbstbestimmung und freie Wahl des Wohnorts bzw. der eigenen Versorgung im Alter wird durch den sozialpolitischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ und durch die ökonomischen Auswirkungen der Einstufung durch das BA, die diesen Grundsatz bekräftigen, eingeschränkt.

Das Verständnis von Pflegebedürftigkeit innerhalb des SGB XI beruht momentan auf der Literaturstudie des Projektteams um Wingenfeld et al. (2011) in Vorbereitung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Das Projektteam erarbeitete seine Ergebnisse im Rahmen des Projektauftrags unter limitierten finanziellen und zeitlichen Ressourcen und verweist auf das Fehlen einer wissenschaftlich empirisch erarbeiteten Definition von Pflegebedürftigkeit, von welcher idealerweise ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff abgeleitet hätte werden können. Die Entwicklung dieser Definition war dem Projektteam aufgrund der begrenzten Ressourcen jedoch nicht möglich (Wingenfeld et al., 2011). Folglich ist auch das auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff aufbauende BA nicht dazu konzipiert, um pflegfachliche Diskussionen über Merkmale zur Klassifikation und Unterscheidung von Pflegebedürftigkeit anzufachen, oder wissenschaftliche Theorieentwicklung und -überprüfung voranzutreiben (Brühl et al., 2016). Auch das Projektteam um Wingenfeld bezeichnete diese Funktion als ideal und wünschenswert (Wingenfeld et al., 2011). Grundsätzlich herrscht in der Pflegewissenschaft allgemein die Auffassung bezüglich dem Einsatz von Assessmentinstrumenten, dass deren inhaltliche Aussage immer nur ein Teil der pflegerischen Anamnese innerhalb des

Pflegeprozesses darstellt und ihre Aussagekraft nur in Verbindung mit anderen ergänzenden Aussagen entsteht, z. B. den Äußerungen der pflegebedürftigen Menschen, professionell-pflegerischer Beobachtung und dem hermeneutischen Fallverstehen der Pflegefachpersonen (Reuschenbach, 2011). Auch aus diesem Grund heraus ist der determinierende und absolute Anspruch des BA bezüglich der Feststellung der Pflegebedürftigkeit aus pflegewissenschaftlicher Perspektive kritisch zu beurteilen.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff im Vergleich zur Vorgängerversion deutliche Verbesserungen im Hinblick auf kognitive Einschränkungen und der Finanzierung unterstützender Angebote liefert, jedoch auch zu schwerwiegenden Fehlentwicklungen für Pflegeeinrichtungen und deren Bewohner*innen führt. Weiterhin sind Aspekte von Bedeutsamkeit und Interaktion im Hinblick auf eine vorliegende Pflegebedürftigkeit durch den sozialversicherungsrechtlichen Aufbau des Konstrukts nicht berücksichtigt. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff eine Herausforderung für die beteiligten Akteur*innen darstellt und mittels Forschung weiterhin bearbeitet werden sollte.

Im Hinblick auf möglicherweise bereits vorliegende Erkenntnisse zu diesen angenommenen Herausforderungen wird demnach im nächsten Kapitel ein durchgeführtes Literature Review und dessen Ergebnisse vorgestellt.

3 Literature Review

Um zu eruieren, ob das Forschungsproblem bereits in dieser oder einer ähnlichen Form bearbeitet wurde und um die Forschungslücke zu konkretisieren, wurde eine internationale systematische Literaturrecherche durchgeführt. Zur Dokumentation derselben wird das Instrument PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) genutzt. PRISMA ist ein überarbeiteter Leitfaden mit dem Ziel der einheitlichen Beurteilung von Metaanalysen und systemischen Übersichtsarbeiten, der, damals noch QUOROM (Quality Of Reporting Of Meta-analyses) genannt, von einer internationalen Arbeitsgruppe 1996 erstmals entwickelt wurde (Moher et al., 2009). Damit der Rechercheverlauf und die Entscheidungsgrundlagen transparent dargestellt werden können, wird PRISMA in der Version von 2009 für die vorliegende Ph.D.-Thesis genutzt. Darüber hinaus existiert seit 2020 eine aktualisierte Fassung des Instruments, welche innerhalb der von der Autorin durchgeführten Literaturrecherche jedoch nicht zum Einsatz kam, weil die Literaturrecherche vor der Veröffentlichung der neuen Fassung bereits abgeschlossen war.

3.1 Durchführung des Literature Reviews

Es bietet sich an, für die Durchführung eines Literature Reviews die verschlagworteten Begriffe aus den gewünschten wissenschaftlichen Datenbanken zu verwenden. Damit wird zum einen eine möglichst verlässliche und spezifische Treffermenge an Artikeln zum eingegebenen Suchstring generiert, zum anderen kann das Literature Review so mit denselben Suchkriterien zu einem späteren Zeitpunkt nachvollziehbar reproduziert werden, um dieses zu aktualisieren. Aufgrund der Fokussierung des Forschungsproblems auf eine rein deutsche Thematik und Gesetzgebung existieren in den englischsprachigen Datenbanken jedoch keine geeigneten genormten oder verschlagworteten Begriffe für bspw. den Pflegebedürftigkeitsbegriff. Aus diesem Grund wurde die Literaturrecherche mit eigens gewählten Suchbegriffen und deren Synonymen durchgeführt. Die aufgestellten Suchbegriffe wurden vor der Durchführung der eigentlichen Literaturrecherche mit Hilfe einer „groben“ Recherche auf ihre Eignung zur Identifizierung der gesuchten Thematik und auf ihre Relevanz überprüft. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die verwendeten Suchbegriffe.

Deutscher Suchbegriff	Verwendete übersetzte Suchbegriffe
Pflegebedürftigkeit	care dependency, in need for nursing care, need of nursing care
Herausforderungen	challenge
pflegebedürftige Menschen	person in need of nursing care, people in need for nursing care, nursing care patients, care-dependent people, dependent

Tabelle 2: Aufstellung der Suchbegriffe

Zur Generierung des Suchstrings wurden die in Tabelle 2 aufgeführten Hauptbegriffe des Forschungsproblems in die gängigen englischsprachigen Äquivalente übersetzt und im Verlauf mit Hilfe der Boole'schen Operatoren und Trunkierung miteinander verknüpft, wie aus Tabelle 3 ersichtlich wird.

Sprachliche Anteile des Forschungsproblems	Überführung in den Suchstring
Pflegebedürftigkeit	#1: care dependency OR in need for nursing care OR need of nursing care
Betroffene	#2: person in need of nursing care OR people in need for nursing care OR nursing care patients OR care-dependent people OR dependent
Pflegebedürftigkeit als Herausforderung für Betroffene	#3: #1 AND challenge AND #2

Tabelle 3: Operationalisierte Fragestellung

Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken CINAHL, PubMed und Web of Science durchgeführt, wobei 178, 225 und 451 Artikel recherchiert werden konnten. Aus diesen insgesamt 854 recherchierten Artikeln wurden 11 Dubletten entfernt. Die verbleibenden Artikel wurden anhand ihres Titels auf eine Passung zum Forschungsproblem überprüft und ggfs. begründet ausgeschlossen. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden in Tabelle 4 aufgezeigt, wobei sich Kriterium E3 und A3 auf die Gütekriterien nach dem ausgewählten und verwendeten Instrument zur kritischen Würdigung der identifizierten Artikel beziehen. Dieses wird im Verlauf des Kapitels noch weiterführend dargestellt.

Einschlusskriterien		Ausschlusskriterien	
E1	Artikel, die Konzept und/oder Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit vermuten lassen	A1	Andere Sprache als Englisch, Deutsch, Spanisch
E2	Sprache Deutsch, Englisch oder Spanisch	A2	Fehlender Abstract
E3	Gütekriterien des verwendeten Bewertungsinstruments erfüllt	A3	Gütekriterien des verwendeten Bewertungsinstruments nicht erfüllt
		A4	Artikel ohne passende Thematik

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien des Literature Reviews

Über den Ein- bzw. Ausschluss anhand des Titels des Artikels konnten 808 Artikel vorab ausgeschlossen werden. Die verbleibenden 35 Artikel wurden, sofern dies ausreichend war, anhand ihres Abstracts, ansonsten anhand des Volltext-Inhalts nochmals neu bewertet. Von diesen 35 Artikeln stellten sich 11 Artikel als zielführend heraus, über das Schneeballsystem konnten außerdem zwei weitere Artikel gewonnen werden.

Für die Ergebnisdarstellung des aktuellen Forschungsstandes verbleiben nach Durchsicht der recherchierten Artikel somit 13 Artikel, die einen Bezug zur Fragestellung aufweisen. Eine zusammengefasste und anschauliche Übersicht über den Reviewprozess innerhalb der Literaturrecherche liefert das Flussdiagramm des Publikationsstandards PRISMA im Anhang (vgl. Anhang 1).

Die Autorin entschied sich nach Durchsicht der Methodik, welche in den recherchierten Artikeln verfolgt wurde, im Hinblick auf deren kritische Bewertung für das Critical Appraisal Skills Programme (CASP), weil dieses zum einen ein international anerkanntes und zugängliches Instrument darstellt, welches standardisierte Kriterien im Bereich der qualitativen und quantitativen Forschung widerspiegelt. Zum anderen liefert die Arbeitsgruppe um CASP unterschiedliche Formate für die Vielzahl an möglichen Studienformen, sodass jede Studie mit eigenen passfähigen Kriterien bewertet werden kann und trotz allem eine Einheitlichkeit und eine Systematik für die Autorin und die Leserschaft beibehalten werden kann. Mit dem Vergleich unterschiedlicher Instrumente zur kritischen Bewertung qualitativer Studien befassten sich unter anderem Hannes et al. (2010), Harrison et al. (2016) und Majid und Vanstone (2018). In diesen Artikeln wurde CASP als ein Instrument bewertet, das sich aufgrund seines Checklisten-Formats, seiner inhaltlichen Vorgaben und seiner Übersichtlichkeit gut dazu eignet, qualitative Studien zu bewerten. Zudem wurde es nicht aus einer bestimmten (Forschungs-)Disziplin heraus entwickelt, sondern ist in seiner Annäherung an die zu begutachtenden Studienartikel offen, was eine Übertragbarkeit und Offenheit an unterschiedliche Forschungszwecke impliziert. Majid und Vanstone (2018) kritisieren eine

inhaltlich fehlende epistemologische und methodologische Blickrichtung des Instruments – dieser Aspekt wurde von der Autorin im Hinblick auf die Identifizierung der Forschungslücke und zur Abgrenzung der eigenen epistemologischen Standortbestimmung (vgl. Kapitel 6) selbstständig ergänzt, um zu einer begründeten Aussage der Relevanz eines recherchierten Artikel für den eigenen Forschungsprozesses zu kommen. Damit werden die Begründung der identifizierten Forschungslücke und der nachfolgende Forschungsprozess für die Leserschaft nachvollziehbar. Für die Bewertung der recherchierten Artikel kamen nach Durchsicht der einbezogenen Studienformen im Speziellen die CASP Qualitative Checklist, die CASP Cohort Study Checklist sowie die CASP Systematic Review Checklist zum Einsatz (Critical Appraisal Skills Programme, 2018a, 2018b, 2018c).

Im weiteren Verlauf werden die recherchierten inhaltlichen und methodischen Ergebnisse des Reviews vorgestellt. Zur Darstellung der verschiedenen Facetten von Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit werden zunächst die Studien des ambulanten Settings ohne den Einbezug von Pflegefachpersonen vorgestellt. Es folgen die Artikel, die das gemeinsame Handeln pflegender Angehöriger und von Pflegefachpersonen fokussieren. Weiterhin werden die Studien zusammengefasst, die die Phase betrachten, in welcher ein Mensch ins Pflegeheim umzieht oder dort seit kurzer Zeit lebt. Abschließend folgt eine Studie aus dem stationären Setting. Dieses Vorgehen soll den Blick auf die unterschiedlichen Problematiken der Menschen in verschiedenen Lebensphasen richten, welche eine Pflegebedürftigkeit mit sich bringt. Dementsprechend sind die Herausforderungen in unterschiedlichen Phasen und Settings auch unterschiedlich gewichtet.

Bezüglich der in den CASP-Protokollen aufgestellten Gütekriterien kann konstatiert werden, dass alle Studien die Gütekriterien zum überwiegenden Teil erfüllt haben und daher miteinbezogen wurden. Ein CASP-Protokoll zur Ansicht findet sich gleichermaßen mit dem PRISMA-Diagramm sowie dem Überblick über die eingeschlossenen Artikel innerhalb des Literature Reviews als Teil des Anhangs (vgl. Anhang 1 bis Anhang 3).

3.2 Ergebnisse der recherchierten einbezogenen Artikel

Dahlin-Ivanoff et al. (2007) befragten mit Hilfe einer interviewbasierten Grounded-Theory-Studie nach Kathy Charmaz 40 zu Hause lebende 80-89 Jahre alte Menschen in Schweden nach der Bedeutung, die ihr Zuhause für sie hat. Dabei konnten zwei Hauptkategorien herausgebildet werden: Das Zuhause bedeutet Sicherheit und Freiheit für die Befragten. Damit verbunden ist unter anderem das Eingebettet-Sein in die Nachbarschaft, nachbarschaftliche Aktivitäten, Selbstverwirklichung, Erinnerungen und die Gewissheit, dass alles funktioniert. Umgekehrt kann gemutmaßt werden, dass das Empfinden für Sicherheit und Freiheit massiv beeinträchtigt wird, falls professionelle Pflege in Form eines ambulanten

Pflegedienstes angefordert oder das Zuhause im Pflegefall komplett aufgegeben werden muss. Die Bedeutung einer vertrauten Umgebung und die gewohnte Interaktion mit dem eigenen Umfeld stellen zentrale Elemente dieser Studie aus Sicht der befragten alten Menschen dar. Thomas et al. (2003) dagegen fokussierten sich auf Jugendliche und befragten 21 junge Menschen, die sich um ein Elternteil kümmern und es zeitweise pflegen, nach den Auswirkungen, welche die Pflege ihrer Angehörigen mit sich bringt. Dafür wurden Interviews und/oder Gruppendiskussionen durchgeführt, welche mittels qualitativer Datenanalyse ausgewertet wurden. Dabei nannten die Jugendlichen vor allem fehlende Anerkennung ihrer Leistung, aber auch ihrer Problematiken. Manche Jugendliche können aus Gründen der Pflege nicht regelmäßig die Schule besuchen und erfahren vonseiten der Lehrer*innen und des Schulsozialdienstes wenig Unterstützung. Ebenso berichteten sie darüber, von Institutionen des Gesundheitssystems nicht ernst genommen zu werden, wenn sie für das Elternteil eintreten, medizinische Behandlungen oder andere Leistungen anforderten. Die Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit sind emotionale Beeinträchtigungen, eine verkürzte Kindheit und ein umgedrehtes Rollenbild zwischen Kind und Erwachsenem. Bedeutungen und Interaktionen kommen zwar in dieser Untersuchung zur Sprache, sie werden dem transkribierten Datenmaterial jedoch deduktiv zugeordnet und stehen nicht auf einem wissenschaftstheoretischen Fundament.

Einen strukturell angelegten Beitrag über die Versorgungssituation in ländlichen strukturschwachen Gebieten liefern Drossel et al. (2020). Pflegende Angehörige einer Region in Oberfranken, Deutschland, wurden mittels Interviews zu den von ihnen erlebten strukturellen Problematiken innerhalb der Versorgung ihres pflegebedürftigen Angehörigen befragt. Diese Ergebnisse wurden anschließend durch ausgewählte Expert*innen validiert und in Ideen und Lösungsansätze überführt. Die Hauptaspekte dieser Untersuchung belaufen sich auf menschliche und finanzielle Unterstützung, welche die Pflege zu Hause erleichtern könnten sowie auf Kontakte und Vorwissen, das sich auf informelle und niedrigschwellige Unterstützung sowie auf zusätzliche Kompetenzen im Bereich pflegerischen und sozialen Wissens stützt.

Büscher et al. (2011) untersuchten die Auswirkungen des Einbezugs von Pflegefachpersonen in Familien mit bislang pflegenden Angehörigen auf das Setting und die Pflege des betroffenen Menschen. Hierzu wurden 88 Interviews mit pflegenden Angehörigen und Pflegefachpersonen geführt, diese wurden mit einer Grounded Theory nach Barney Glaser ausgewertet. Auch wenn hier die Interaktion zwischen Pflegefachpersonen und pflegenden Angehörigen thematisiert wird, existiert im Artikel keine wissenschaftstheoretische Grundlage, welche den Fokus auf diese Interaktionen legt und das Erkenntnisinteresse leitet. Aus dem Artikel ergab sich, dass pflegende Angehörige und Pflegefachpersonen unterschiedliche

Perspektiven bzgl. der Zielsetzung der Pflege haben und ein Kompromiss ausgehandelt werden muss. Pflegenden Angehörigen wünschen sich vom Einbezug der Pflegefachpersonen vor allem Entlastung von der Pflege ihrer Angehörigen und eine strukturelle Arbeitserleichterung. Pflegefachpersonen haben ihren Fokus auf der Gestaltung der Pflegesituation und nehmen somit eher einen konzeptionellen Standpunkt ein. Diese Gestaltung wird mitbedingt durch gesetzliche Vorgaben der ambulanten Pflege, Zeitpläne sowie der eigenen und der professionellen Identität der Pflegefachpersonen. Durch diese Vorgaben entsteht der Kompromiss zwischen den Perspektiven der pflegenden Angehörigen und der Pflegefachpersonen nicht automatisch. Die Autoren empfehlen eine Befähigung der Pflegefachpersonen, damit diese das gesamte Umfeld des Pflegehaushaltes in Augenschein nehmen und einen Kompromiss mit den pflegenden Angehörigen erarbeiten, sodass sich beide Seiten als Ergänzung betrachten können.

Einer ähnlichen Fragestellung gingen Röhnsch und Haemel (2021) nach, indem sie die Auswirkungen lokal angesiedelter Pflegestützpunkte und deren Unterstützung im Rahmen geleisteter Pflege von Angehörigen betrachten. So identifizierten sie nach Durchführung von Interviews mit pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen, welche diese Stützpunkte regelmäßig aufsuchten, drei Muster, wie sich die Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und den Pflegefachpersonen durch die Inanspruchnahme dieser Stützpunkte veränderte. Einige der Befragten entwickelten durch die Zusammenarbeit eine eigene Laienexpertise im pflegerischen Bereich und nutzten diese, um mit Pflegefachpersonen auf Augenhöhe zu argumentieren und den Pflegeprozess zu beeinflussen. Andere Befragte äußerten eher, dass sie die Abgabe von Verantwortung für die Pflege schätzten. So sind dies vor allem Menschen, welche aus persönlichen oder krisenbehafteten Situationen heraus nicht mehr in der Lage sind, ihre eigene Pflege oder die Pflege des Angehörigen zu organisieren oder selbst zu leisten. Sie vertrauen sich den Entscheidungen des Pflegestützpunktes an. Wiederum andere, vor allem betroffene pflegebedürftige Menschen, lassen sich in den dritten identifizierten Punkt der Selbsthilfe und der gegenseitigen Unterstützung einordnen. Diese nehmen selbstbestimmt die gesellschaftlichen Angebote des Pflegestützpunktes wahr und treffen dort auf eine Gemeinschaft von älteren Menschen, welche sich durch ihre Anwesenheit und ihr Engagement dort so unterstützen, dass sie weiterhin in der Lage dazu sind, ihren Alltag zu organisieren. Die Interviews wurden mittels einer qualitativen Datenanalyse interpretiert und miteinander in ihren Aussagen verglichen, um zu Ergebnissen zu kommen. Auch hier lassen die methodologischen und methodischen Aussagen keinen Rückschluss auf ein epistemologisches Fundament der Studie zu.

Ellefsen (2002) untersuchte mittels 15 Interviews und deren Auswertung mittels einer Grounded Theory nach Barney Glaser und Anselm Strauss im städtischen Bereich

Norwegens die Frage, wie zu Hause lebende pflegebedürftige Menschen ihre Situation wahrnehmen und diese gestalten. Die Menschen wurden von ambulanten Pflegediensten besucht. Die Befragten äußerten im Vergleich zu Zeiten ohne Pflegedienst Nachteile wie Einschränkungen im Hinblick auf verminderte Selbstbestimmung und Aushandlungsprozesse mit den Pflegefachpersonen. Außerdem wurden Belastungen bzgl. des Selbstwertgefühls und dem Verlust der Privatsphäre geäußert. Die zu pflegenden Menschen nahmen es als Unsicherheit wahr, nicht zu wissen, welche Pflegefachperson sie am jeweiligen Tag versorgen wird. Sie steuerten dem, soweit möglich, selbst entgegen, indem sie ihren Tagesablauf planen, die unplanbare Situation akzeptieren, ein positives Selbstbild pflegen und der Bürokratie und Verwaltung die Schuld daran geben. Die Bedeutsamkeit der von den Menschen empfundenen Abhängigkeit vom Pflegedienst sowie die Interaktionen, welche sie in Antwort darauf planen und geben, passen zum Fokus der wissenschaftstheoretischen Fundierung auf den Symbolischen Interaktionismus nach Herbert Blumer, welche im Artikel explizit benannt und in ihrer Auswirkung erläutert wird. Eine weitere Studie von Gágyor et al. (2019) untersucht außerdem die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen, pflegenden Angehörigen und den zuständigen Hausärzt*innen im ambulanten Versorgungsbe- reich. So wurden insgesamt sechs Fokusgruppen durchgeführt, die jeweiligen teilneh- menden Gruppen blieben dabei unter sich. Die Daten wurden mit Hilfe einer Thematischen Ana- lyse ausgewertet. Ethische Dilemmata, Schwierigkeiten und Hindernisse wurden von den Teilnehmer*innen aus ihrer individuellen und professionellen Perspektive benannt. Ärzt*in- nen beschrieben dabei vor allem einen fehlenden Überblick über die Reichweite ihrer me- dizinischen Therapie im Rahmen der ambulanten Versorgung. Pflegefachpersonen hinge- gen beklagten eher bürokratische Barrieren und die Zerrissenheit zwischen den Erwartun- gen von pflegebedürftigen Menschen, die sich oftmals von den Erwartungen ihrer Angehö- rigen bezüglich der zu leistenden Pflege unterscheiden. Darüber hinaus stellen sie die Rah- menbedingungen im ambulanten Bereich vor die Herausforderung, Pflege nicht im Rahmen ihrer professionellen Standards durchführen zu können. Pflegenden Angehörige wiederum berichteten von ihrer Doppelbelastung als Familienmitglied und informeller Pflegeperson. Jede Gruppe nannte die anderen beiden Gruppen als zusätzlichen Belastungsfaktor im Rahmen dieser ethischen Herausforderungen. Die Autor*innen dieser Studie empfehlen daher den Ausbau ethisch-unterstützender Angebote zur Verbesserung der Zusammenar- beit im ambulanten Versorgungsbereich.

Risco et al. (2015) untersuchten mittels einer Kohortenstudie aus acht europäischen Län- dern den Zusammenhang zwischen dem kürzlichen Eintritt ins Pflegeheim und der Entwick- lung physischer Abhängigkeit bei Menschen mit Demenz. Die Untersuchung wurde mit In- terviews und der Anwendung zweier Assessment-Instrumente zur Erfassung der

alltäglichen Aktivitäten und der neuropsychiatrischen Zustände durchgeführt. Es wurden zu Beginn der Studie und nach drei Monaten 116 Menschen mit Demenz im Pflegeheim und 949 Menschen zu Hause untersucht. Durch logistische Regressionen konnte das Forschungsteam einen positiven Zusammenhang zwischen dem Übertritt ins Pflegeheim und der Verschlechterung der Fähigkeiten des Toilettengangs, der Kontinenz und des sich Ankleidens herausstellen. Außerdem nahmen neuropsychiatrische Zustände wie Desorientierung, Angst, Halluzinationen sowie motorische Fähigkeiten zu. Aspekte der Interaktionen und Bedeutsamkeit von Phänomenen treten hier zugunsten des Fokus auf quantitative Testergebnisse in den Hintergrund. Riedl et al. (2012) beschäftigten sich hingegen mit Identität und Selbstbestimmung von 20 Bewohner*innen in drei Pflegeheimen in Österreich. Die Bewohner*innen lebten seit einem Jahr dort und mussten sich im Prozess mit den Regeln der Institution Pflegeheim auseinandersetzen. Sie setzten sich dafür ein, weiterhin eigene Entscheidungen zu treffen und ihren Alltag soweit möglich selbstbestimmt zu gestalten. Hilfe dabei nahmen sie von Familienangehörigen, neuen geknüpften Netzwerken im Pflegeheim und Pflegefachpersonen in Anspruch. Des Weiteren konstruierten sie eine zweite Identität, die ihrer bisherigen zwar nahekommt, sich jedoch mit den nicht veränderlichen Gegebenheiten im Pflegeheim vereinbaren lässt. Methodisch wurde die Studie mit der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring durchgeführt, theoretische Grundlagen beziehen sich auf das Konzept der Identität nach Hilarion Petzold. Strandberg und Jansson (2003) interviewten 20 Pflegefachpersonen zur erlebten Bedeutung von Pflegebedürftigkeit und werteten diese hermeneutisch-phänomenologisch in Anlehnung an Paul Ricoeur aus. Ein Ergebnis der Untersuchung war, dass pflegebedürftige Menschen ihre Selbstbestimmung und ihr Selbstwertgefühl verlieren. Dies wiederum hat Einfluss auf die Pflegefachpersonen, da diese aus ihrer persönlichen Identität heraus oft gerne mehr täten, als sie im spezifischen Setting tun können. Auch die Gratwanderung zwischen Anleitung zur Selbstpflege und Übernahme der Pflege äußerten die Pflegefachpersonen als Belastung. Dabei unterschieden die befragten Pflegefachpersonen zwischen „angenehmen“ und „schwierigen“ Patient*innen. Je nachdem, in welcher Kategorie sich ein pflegebedürftiger Mensch befindet, wird die Pflegesituation und Pflegebedürftigkeit als bedeutsam und tragbar bzw. als anstrengend und beschwerlich gedeutet. Bedeutsamkeit und Interaktion stellen in dieser Untersuchung essenzielle Konzepte dar, dienen jedoch vor allem dazu, Verhalten und Handlungen von außen zu verstehen. Strohbuecker et al. (2011) interviewten wiederum neun Bewohner*innen mehrerer Pflegeheime und befragten sie zu ihren Bedürfnissen innerhalb der Pflegebedürftigkeit. Die Daten wurden mit Hilfe einer Grounded Theory nach Juliet Corbin und Anselm Strauss ausgewertet. Zur wissenschaftstheoretischen Fundierung findet sich jedoch kein Anhaltspunkt. Die Ergebnisse der Untersuchung werden genutzt, um ein Versorgungskonzept zur palliativen Begleitung sterbender Menschen im Pflegeheim zu

erarbeiten. Demnach beschrieben die Befragten den Wunsch nach selbstständiger Kontrolle des Alltags und wünschten sich, als eigenständige Person anerkannt zu werden. Körperliche Beeinträchtigungen wurden dann als Belastung empfunden, wenn sie die Unabhängigkeit einschränkten.

Zwei der recherchierten Artikel befassten sich mit Reviews und Konzeptanalysen rund um die Thematik: Wolf et al. (2015) führten ein Scoping Review durch, das sich mit der Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und den gepflegten Menschen während der Pflege beschäftigt. Aus der Synthese ihrer recherchierten Literatur gehen Elemente des pflegerischen Moments ein. Dieser ist als intersubjektiver Raum gekennzeichnet, in welchem beide Akteur*innen leiblich anwesend sind. Voraussetzung dafür ist eine offene, empathische und hermeneutische Haltung der Akteur*innen; vonseiten des pflegebedürftigen Menschen die Bereitschaft, Pflege anzunehmen, vonseiten der Pflegefachperson eine Haltung der Achtsamkeit, vor allem in Bezug auf Privatsphäre und Machtausübung. Boggatz et al. (2007) untersuchten in ihrer Literaturrecherche und Konzeptanalyse den Begriff der Pflegebedürftigkeit. Sie kamen zu dem Schluss, dass der Begriff zwar häufig, aber nicht einheitlich definiert verwendet wird. Nach der Konzeptanalyse ergibt sich als Voraussetzung für Pflegebedürftigkeit eine funktionelle Einschränkung, die nicht selbst bewältigt werden kann. Der Pflegebedürftigkeit nachgeschaltet sind unbefriedigte Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen. Pflegebedürftige Menschen selbst unterscheiden diese verschiedenen Dimensionen laut den Autor*innen nicht – daher kommen sie zu dem Ergebnis, dass die Menschen in Untersuchungen zur Pflegebedürftigkeit explizit auf die Unterscheidungen angesprochen werden sollten, um Bedeutungsunterschiede erfassen zu können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Ellefsen (2002) und Büscher et al. (2011) für das ambulante Setting aufzeigen, wie wichtig ein achtsamer Umgang der Pflegefachpersonen im Pflegehaushalt ist. Die eigene Privatsphäre wird schnell als gestört empfunden, wenn nicht zur Familie gehörige Personen in die Wohnung eintreten und unter anderem körperliche Pflege leisten, die wiederum den pflegebedürftigen Menschen aufzeigt, dass sie nicht mehr komplett unabhängig von anderen sind. Hier stellt sich auch die Frage, ob die Regeln der Institutionen (bspw. Touren-/Zeitplan, Pflegeorganisation, Transparenz des Dienstplans für pflegebedürftige Menschen innerhalb der ambulanten Pflegedienste) grundsätzlich negative Empfindungen in Bezug auf das Selbstwertgefühl und die Autonomie mit sich bringen und ob dieser Aspekt im Arbeitsalltag der professionellen Pflege überhaupt eine Rolle spielt.

Die Studie von Dahlin-Ivanoff et al. (2007) zeigt aus einer Perspektive ohne Pflegefachpersonen, welche hohen Werte mit dem eigenen Zuhause verbunden sind. Diese Werte sind

in Gefahr, sobald fremde Personen in diesen Bereich eintreten. Darüber hinaus wünschen sich an der Pflege beteiligte Angehörige eine Anerkennung ihrer Leistung und Problematiken und haben mitunter genaue Vorstellungen davon, wie die geleistete Unterstützung aussehen soll. Zum Wohle des gesamten Umfelds und des pflegebedürftigen Menschen sollte mit diesen involvierten Personen ein fachliches Gespräch geführt werden, in welchem Voraussetzungen und Aufgaben jeder Seite, aber auch Möglichkeiten und Hemmnisse transparent besprochen werden, um verschiedene Perspektiven zumindest kommunizieren zu können. Die Wünsche und Vorstellungen im Rahmen der Pflege von Angehörigen adressieren auch in struktureller Hinsicht Drossel et al. (2020), für die Inanspruchnahme lokal angesiedelter Pflegestützpunkte auch Röhnsch und Haemel (2021), im Hinblick auf zusätzliche unterstützende Angebote zur verbesserten Zusammenarbeit im Rahmen ethisch-herausfordernder Versorgungssituationen auch Gágyor et al. (2019).

Ziehen pflegebedürftige Menschen in ein Pflegeheim, sind nach den Artikeln von Riedl et al. (2012), Risco et al. (2015), Strandberg und Jansson (2003) und Strohbuecker et al. (2011) die Selbstbestimmung, Freiheit und die Kontrolle über den eigenen Alltag schnell gefährdet. Von Angehörigen der Institutionen scheinen sie mehr oder weniger bewusst zumindest nicht besonders gepflegt zu werden. Pflegebedürftige Menschen entwickeln eine neue Identität oder andere Strategien, um mit diesen Situationen umzugehen, kommunizieren jedoch in den Untersuchungen die Beeinträchtigungen, die sich daraus für sie ergeben.

Die recherchierten Artikel zeigen damit vielfältige Herausforderungen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit in unterschiedlichen Settings auf. Bedeutungen und Interaktionen zwischen den beteiligten Akteur*innen kommen immer wieder zur Sprache, treffen jedoch nicht den Kern des Forschungsproblems, das im bisherigen Argumentationsverlauf innerhalb der ambulanten pflegerischen Versorgung in Deutschland aufgezeigt wurde.

3.3 Fazit des Literature Reviews

Die Studienlage ist, mit Blick auf die Spezifika, welche in Deutschland der gesetzliche Pflegebedürftigkeitsbegriff mit sich bringt, nicht ausreichend. Es kann abgeleitet werden, dass von Pflegebedürftigkeit betroffene Menschen vulnerabler sind als Menschen, die selbstständig agieren (vgl. Riedl et al., 2012; Risco et al., 2015; Strandberg & Jansson, 2003; Strohbuecker et al., 2011). Auch die ambulante Pflegesituation in der eigenen Häuslichkeit stellt einen Eingriff in das emotionale Erleben eines pflegebedürftigen Menschen dar, da er oder sie in bestimmten Situationen nicht mehr frei entscheiden oder agieren kann oder für den Vollzug bestimmter Handlungen von Dritten abhängig ist (vgl. Büscher et al., 2011; Ellefsen, 2002). Pflegefachpersonen gestalten diese Situationen täglich auf unterschiedliche Art und Weise und erhalten oftmals explizite und implizite Rückmeldung von den

pflegebedürftigen Menschen (vgl. Wolf et al., 2015). Pflegefachpersonen des ambulanten Settings arbeiten mit den Menschen in deren gewohntem Umfeld – idealerweise unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen und Probleme und bearbeiten die eingeschätzte Abhängigkeit durch Anleitung, Unterstützung oder Kompensation. Den Bedarf hierfür erheben sie zu Beginn der Pflegetätigkeit im Haushalt im Rahmen einer individuellen Pflegeplanung (International Council of Nurses - ICN, 2021). Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass die ambulante Pflegesituation in ihrer strukturellen Konzeption nicht den Erfordernissen pflegender Angehöriger entspricht und dass diese darauf oftmals mit Überforderung reagieren (Drossel et al., 2020; Röhnsch & Haemel, 2021). Auch die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen im ambulanten Setting und mit den pflegenden Angehörigen gestaltet sich laut recherchierter Datenlage insofern eher schwierig als unterstützend (Gágyor et al., 2019; Röhnsch & Haemel, 2021), als es kein Forum der gemeinsamen Kommunikation zu geben scheint und jede Berufsgruppe natürlicherweise in erster Linie ihre eigenen Interessen vertritt. Als inhaltliche Conclusio hält die Autorin fest, dass die Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit aus Bedeutsamkeiten und Interaktionen im Hinblick auf die Bearbeitung von Pflegebedürftigkeit resultieren, welche für die beteiligten Akteur*innen unterschiedlich gewichtete Stellenwerte aufweisen, diese Bedeutsamkeiten und Interaktionen jedoch oftmals nicht dezidiert benannt sind.

Abseits der inhaltlichen Sachinformationen der recherchierten Artikel zeigen sich unterschiedliche Methodiken zur Generierung der Erkenntnisse. Auch mit Hilfe der Methodik lässt sich zu einem gewissen Grad ablesen, mit welcher Intention und mit welchem Fokus eine spezifische Forschungsfrage bearbeitet wird. In der Analyse der recherchierten Artikel wird deutlich, dass eine Vielzahl von methodischen Zugängen von den genannten Autor*innen angewandt wurde. Auffallend ist jedoch, dass die Aspekte der Bedeutsamkeit und Interaktion lediglich bei Ellefsen (2002) methodologisch benannt und methodisch in ihren Auswirkungen konkret werden. Bedeutsamkeit wird ansonsten ausschließlich methodisch und als gegeben dargestellt. Die Autorin geht jedoch davon aus, dass sich die Bedeutsamkeit erkenntnisgenerierender Aspekte zum einen aus der Interaktion zwischen den an der Forschung teilnehmenden Subjekten, zum anderen aus der jeweils individuellen Prägung beider Seiten konstituiert und diese entstehende Bedeutsamkeit und Interaktion einem stetigen Wandel unterworfen ist, welcher letztlich eine fortlaufende Reflexion über den Interaktions- und Analyseprozess erfordert. Dieser Aspekt, welcher letztlich aus Sicht der Autorin eine spezifische Forschungshaltung begründet, wird in keiner der recherchierten Artikel aufgegriffen oder gesondert bearbeitet, weswegen eine eigene Fragestellung zu den Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit aufgestellt wird, welche mit Hilfe einer Annäherung durch den Symbolischen Interaktionismus nach Blumer (1969) sowie durch eine

konstruktivistische Grounded Theory nach Charmaz ([2006]/2014) und Corbin und Strauss ([1990]/2008) auch diesen Aspekt in den Forschungsprozess miteinwebt (vgl. Kapitel 6), um den Interaktionen in diesem Sinn zwischen Pflegefachperson, pflegebedürftigem Menschen und dessen Angehörigen Raum zu geben.

4 Zusammenfassung der Forschungslücke

Wie in den bisher vorgestellten Kapiteln deutlich gemacht werden konnte, ist das ambulante Setting zur pflegerischen Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf insofern interessant, als hier im Rahmen der Interaktionen zwischen pflegebedürftigen Menschen und Pflegefachpersonen ein prozesshaftes Geschehen zu erwarten ist. Dies zeigt sich zum einen innerhalb der Darstellung der pflegeversicherungsrechtlichen Grundlagen, welche einer festgestellten Pflegebedürftigkeit zugrunde liegen. Die damit einhergehenden Herausforderungen wurden vor allem in Kapitel 2 betrachtet, beruhen jedoch auf literaturbasierten beschriebenen Aussagen und Forschungen, welche im Rahmen des Verfahrens zur Bemessung von Pflegebedürftigkeit immer wieder durchgeführt und getroffen wurden. Nichtsdestotrotz sind aus ihnen spezifische Herausforderungen für Pflegefachpersonen sowie Menschen in der ambulanten pflegerischen Versorgung ableitbar.

Weiterhin zeigt sich durch die Ergebnisse des durchgeführten Literature Reviews die Bandbreite der Interaktionen zwischen der Profession Pflege und pflegebedürftigen Menschen in sämtlichen Settings – von der ambulanten Versorgung bis hin zur ersten Lebensphase in einer etwaigen stationären Langzeitpflegeeinrichtung: Für den ambulanten Bereich wurde ein Artikel zur Bedeutung des eigenen Zuhauses recherchiert. Dieses signalisiert den Autor*innen zufolge Sicherheit durch die gewohnte Umgebung und Freiheit der eigenen Entscheidungen und Lebensweise, jedoch auch Verantwortung für den Haushalt und die Einbettung in die Nachbarschaft, was die befragten Menschen als aktivierend und Ressourcen-erhaltend beschrieben (Dahlin-Ivanoff et al., 2007). Für den stationären Bereich ließen sich diverse Herausforderungen für die eigene Identität recherchieren, so zum Beispiel die Aufgabe eigener Wünsche und Strukturen des individuellen Tagesablaufs, weil die befragten Bewohner*innen das Pflegepersonal als zahlenmäßig nicht ausreichend empfanden und sich daher in ihren Erwartungen zurücknahmen (Riedl et al., 2012; Strohbuecker et al., 2011). Ein anderer Artikel untersuchte die Entwicklung verschiedener Selbstpflegekompetenzen von Menschen mit einer leichten Form von Demenz kurz nach dem Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung: Sowohl physische als auch psychische Kompetenzen verschlechterten sich und der Grad der Abhängigkeit nahm zu (Strandberg & Jansson, 2003).

Die Befunde dieser Artikel sind insofern interessant, als die Pflegebedürftigkeit im eigenen Zuhause zumeist die erste Phase ist, in welcher ein Mensch mit seiner Hilfe- und Pflegebedürftigkeit umzugehen lernen muss und Leistungen der Kranken- und/oder Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Weiterhin beziehen die pflegebedürftigen Menschen möglicherweise zwar schon professionelle Pflege, wohnen jedoch noch in ihrer gewohnten

Umgebung und agieren damit, so die Annahme, selbstständiger und freier, als sie dies in einer stationären Pflegeeinrichtung tun könnten. Pflegebedürftige Menschen äußern zudem oft den Wunsch, so lange wie möglich zu Hause versorgt zu werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017). Ist dies aufgrund einer Verschlechterung der Situation nicht mehr möglich und droht die Bewältigung des Alltags instabil zu werden, müssen neue Lösungen für die pflegebedürftigen Menschen gefunden werden. Zumeist ist dies mit dem Umzug in eine stationäre Einrichtung verbunden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017). In all diesen herausfordernden Bereichen sind Pflegefachpersonen der ambulanten Pflege anwesend und begleiten diese professionell, weswegen im Rahmen dieser Ph.D.-Thesis das Setting der ambulanten Pflege empirisch betrachtet wird.

Darüber hinaus wird den angenommenen prozesshaften Interaktionen zwischen Pflegefachperson, pflegebedürftigem Menschen und deren Angehörigen insofern Rechnung getragen, als die zu erarbeitenden Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit unter dem Fokus der Interaktionen zwischen den Parteien betrachtet werden. Dieser Fokus spiegelt sich in der leitenden Forschungsfrage und deren Unterfragen wider, welche im folgenden Kapitel vorgestellt werden.

5 Fragestellung und Ziele

Im Rahmen der Erarbeitung der Forschungslücke wurde deutlich, dass vor allem ein Mangel an Erkenntnis in Bezug auf die Interaktionen zwischen Pflegefachperson und pflegebedürftigen Menschen sowie deren Angehörigen besteht. Daher wurde dieser Aspekt in den nun folgenden Forschungsfragen und der Zielsetzung dieser Ph.D.-Thesis integriert.

Die leitende Forschungsfrage lautet:

Inwiefern stellt der Pflegebedürftigkeitsbegriff innerhalb der deutschen ambulanten Gesundheits- und Krankenpflege eine Herausforderung für die betroffenen Pflegefachpersonen dar?

Zur Bearbeitung dieser komplexen Fragestellung wird die leitende Forschungsfrage in drei Unterfragen aufgeteilt.

- Wie wird Pflegebedürftigkeit von den ambulanten Pflegefachpersonen eingeschätzt?
- Inwieweit sind ausgesuchte Phänomene der Pflegebedürftigkeit für die ambulanten Pflegefachpersonen bedeutsam?
- Welche Rolle spielt die selbst vorgenommene Einschätzung der ambulanten Pflegefachpersonen in ihrer Bewertung des aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriffs?

Mit dieser leitenden Forschungsfrage und den drei Unterfragen soll erreicht werden, das Phänomen der Pflegebedürftigkeit auf einer interpretativen pflegewissenschaftlichen Ebene darzustellen und die Herausforderungen für die an der Pflege beteiligten Menschen zu eruieren. Dies betrifft sowohl Pflegefachpersonen, pflegebedürftige Menschen sowie an der Pflege und Versorgung beteiligte Angehörige und Dritte. Herausforderungen können in diesem Sinne sowohl ein spezifisches Erleben der pflegebedürftigen Menschen aus Sicht der Pflegefachpersonen sein als auch mögliche Berührungspunkte zwischen der normativen Gesetzmäßigkeit des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der professionell eingeschätzten Pflegebedürftigkeit eines zu pflegenden Menschen darstellen. Dabei stehen die Interaktionen zwischen diesen Parteien im Fokus der Fragestellung und sind zentral für die erlebten und geschilderten Herausforderungen, welche die ambulanten Pflegefachpersonen schildern. Damit bewegt sich das Anliegen der vorliegenden Ph.D.-Thesis im sogenannten interpretativen Paradigma nach Thomas P. Wilson (1981): In Abgrenzung zum normativen Paradigma geht das interpretative davon aus, dass alle Prozesse einer Gesellschaft zum einen durch Interaktionen vollzogen und zum anderen durch deren Erfahrbarkeit und deren Deutung durch die Mitglieder einer Gesellschaft fortwährend veränderlich sind. Dies bedeutet, dass die sozialen prozesshaften Interaktionen eine Auffassung von Methodologie und

Methodik erfordern, welche sich diesen Interaktionen durch eine kommunikative und interaktionsgesteuerte Erfassung der jeweiligen Erfahrungen und Bedeutungszuweisungen nähert. Das interpretative Paradigma versammelt unter seinem Fokus der prozesshaften Interaktionen von Mitgliedern und Institutionen einer Gesellschaft unter anderem die Wissenschaftstheorien und theoretischen Perspektiven der Ethnomethodologie, des Sozialkonstruktivismus sowie des Symbolischen Interaktionismus (Crotty, 1998; Keller, 2012). Auf letzteren bezieht sich die Autorin in ihrer theoretischen Standortbestimmung.⁵ Dies bedeutet, dass statt Strukturen und Begründungen vor allem Handlungen, Bedeutungen, Erfahrungen und Kommunikation im Zentrum des Forschungsinteresses stehen und sich damit auch die Annahme einer objektiven und positivistisch gestalteten Realitätsauffassung erübrigt. Kapitel 6 wird sich mit diesen Annahmen und Auswirkungen näher befassen.

Das Ziel der vorliegenden Ph.D.-Thesis ist es, die Interaktionen zwischen Pflegefachpersonen, pflegebedürftigen Menschen sowie deren Angehörigen und weiteren beteiligten Dritten im Rahmen einer vorliegenden Pflegebedürftigkeit zu betrachten. Aus diesen Interaktionen lassen sich zum einen Implikationen für die tägliche, angewandte Pflege pflegebedürftiger Menschen im ambulanten Setting in Deutschland ableiten und spezifische Herausforderungen für die Beteiligten innerhalb der pflegerischen Versorgung darstellen. Dies beinhaltet auch eine Darstellung pflegerischer Kompetenzen innerhalb der eigenständigen Versorgung pflegebedürftiger Menschen im ambulanten Bereich, welche sich möglicherweise von den Kriterien des BA abhebt.

Auf einer übergeordneten Ebene wird die Anwendung einer spezifischen Methodologie und Methodik (vgl. Kapitel 6) dazu führen, dass ein theoretisches Konzept über die Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit aufgestellt werden kann. Mit Hilfe dieses Konzepts in Verbindung mit der recherchierten Literatur des aktuellen Forschungsstands können weiterführende Fragen mit Bezug zur pflegewissenschaftlichen Debatte zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen innerhalb der deutschen Gesellschaft sowie theoriebezogene Fragen aufgestellt und weiterhin bearbeitet werden. Damit kann die Ph.D.-Thesis je nach Fragestellung als Grundlage für weitere Forschungsarbeiten im Bereich der Berufspolitik sowie der pflegerischen Professionsentwicklung dienen.

Nachdem nun die Fragestellung sowie die Zielsetzung der vorliegenden Ph.D.-Thesis dargestellt wurden, beschäftigt sich das folgende Kapitel mit der zugrundeliegenden Epistemologie sowie Methodologie und daraus abgeleitet der Anwendung einer spezifischen Methodik, um die Fragestellung entsprechend bearbeiten zu können.

⁵ Für eine weiterführende Diskussion über die Entwicklung des Begriffes des Paradigmas, auch im Hinblick auf die pflegewissenschaftliche Rezeption, s. a. Friesacher und Rux-Haase (1998a) sowie Friesacher und Rux-Haase (1998b).

6 **Ontologie, Epistemologie, Methodologie und Methodik**

Die in dieser Ph.D.-Thesis aufgestellte Forschungsfrage richtet den Blick auf die Interpretation ambulanter Pflegefachpersonen bezüglich der Interaktion zwischen ihnen und den Beteiligten im Pflegehaus. Eben jene Interpretation wird wiederum von der Autorin selbst im Rahmen der Gespräche und der Datenauswertung interpretiert. Das Ziel dieser vielfältigen Interpretationen ist die Rekonstruktion von Sinn innerhalb spezifischen Handelns und in Folge dessen die Zeichnung einer datenbasierten pflegebezogenen Alltagstheorie – dies kann jedoch für die Leserschaft nur dann nachvollziehbar geschehen, wenn ein „verstehen-des Verstehen von Verstehen“ (Hitzler, 2002, S. 3) im Vorfeld beschrieben wird. Das bedeutet, dass innerhalb dieser Ph.D.-Thesis beschrieben wird, inwieweit das Verständnis der Autorin über die von den Pflegefachpersonen verlauteten Inhalte von der eigenen Haltung zum Verstehen und von eigenen Prägungen sowie von den quasi hermeneutisch durchgeführten Auswertungszirkeln in Bezug zur angewandten Forschungsmethode abhängig ist. Gleichmaßen betrifft das Verstehen des Verstehens auch die Sicht der Pflegefachpersonen auf die erlebten Interaktionen, wobei das Endprodukt deren Verstehens als gesetzt angenommen werden muss, sofern sie ihre Erlebnisse nicht selbst im Gespräch mit der Autorin reflektieren. Demnach werden Chancen und Grenzen dieses Verständnisses und Verstehens der Pflegefachpersonen sowie der Autorin im Prozess immer wieder beleuchtet, um der Leserschaft transparent zu machen, wie die Autorin zu ihrem Verstehen und zu ihren Interpretationen kommt, die sie in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen vornimmt.

6.1 **Ontologie und Epistemologie**

Die dieser Ph.D.-Thesis zugrundeliegende Auffassung der sozialen Wirklichkeit begründet sich in einer konstruktivistischen Auffassung, welche besagt, dass

“(…) all knowledge, and therefore all meaningful reality as such, is contingent upon human practices, being constructed in and out of interaction between human beings and their world, and developed and transmitted within an essentially social context.” (Crotty, 1998, S. 42)

Crotty's Zitat beschreibt die Verbindung von Ontologie und Epistemologie. Wenn davon ausgegangen wird, dass die soziale Wirklichkeit mit ihren Gegebenheiten für die darin handelnden und interagierenden Menschen als Konstrukt existiert, so ist dieser Wirklichkeit an sich noch keine Bedeutung beigemessen. Die Beimessung dieser Bedeutung erfolgt durch die Interaktionen, welche die Menschen mit sich und ihrer Umwelt vorantreiben: Auf der epistemologischen Ebene sind erfolgreiche Kommunikation und Handlung zwischen Menschen und deren Umwelt das Ergebnis eines interpretativen Aushandlungsprozesses, welcher

sich fortlaufend konstituiert. Dies bedeutet auch, dass die soziale Wirklichkeit nicht als gegeben und unveränderlich betrachtet werden und dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass das Gegenüber Dinge auf dieselbe Art und Weise wie die Forscher*innen erlebt. Daraus ergibt sich zum einen bezüglich der vorgenommenen Interpretationen innerhalb der qualitativen Sozialforschung die oben angesprochene Konsequenz zur Reflexion und zum Einbezug der eigenen Subjektivität, zum anderen aber auch eine begrenzte Reichweite im Sinne einer Nichtverallgemeinerbarkeit sowie in einer Kultur- und Systembehaftheit des Forschungsergebnisses (Strübing, [2004]/2014). Wird nochmals die Forschungsfrage betrachtet, so wird die interpretative Komponente vor allem innerhalb der zweiten und dritten Unterfrage ersichtlich. Interpretationen geschehen immer vor einem sozial-kulturellen Hintergrund, welcher darüber hinaus von der geschichtlichen Entwicklung innerhalb der betrachteten Kultur beeinflusst und geprägt wurde. Dies zeigt sich mitunter auch im Sprachgebrauch der im betrachteten Setting beteiligten Menschen – was jedoch hier nicht strukturalistisch zu verstehen ist, sondern im Hinblick auf Kommunikation und Interaktion, welche sich gegenseitig beeinflussen, prägen und steuern. Weiterhin besteht ein zweiter Fokus auf die zwischenmenschlichen Handlungen der Beteiligten an der Pflege und Versorgung eines Menschen, welche einer wechselseitigen Bedeutungszuweisung und Interpretation unterliegen. Nicht nur innerhalb der interessierenden Interaktionssituation im Pflegehaus, sondern auch im Hinblick auf die Gespräche der Autorin mit den befragten Pflegefachpersonen kommt es darüber hinaus zu Interpretationen, die sich auf Interaktion und Kommunikation der Gesprächspartner*innen beziehen und wechselseitig aufeinander bezogen werden. Als Ergebnis dieser zweiten Interaktions- und Interpretationsebene kommt es im forschenden und schreibenden Tun der Autorin ihrerseits wiederum zu Konstruktionen, welche innerhalb des Forschungsprozesses fortwährend reflektiert werden. Der folgende Abschnitt befasst sich im Rahmen der Methodologie nochmals deutlicher mit diesem Sachverhalt.

6.2 Methodologie

Zur theoretischen Fundierung der Annahme, dass Interaktionen und Kommunikation wechselseitig interpretiert und mit sich anpassenden Bedeutungen veränderlich sind, wird methodologisch auf den Symbolischen Interaktionismus nach Blumer (1969) sowie auf die Grounded-Theory-Methodologie (GTM) zurückgegriffen. Da beide aufeinander aufbauen und sich gewissermaßen ergänzen, werden sie im Folgenden nacheinander vorgestellt. Der Symbolische Interaktionismus beinhaltet außerdem einen Exkurs, um Bedeutungen, Interaktionen und Kommunikation innerhalb der Geschichte der Pflege aufzuzeigen.

6.2.1 Der Symbolische Interaktionismus

Zunächst stellt die Autorin den Symbolischen Interaktionismus in seiner Grundkonzeption vor, bevor dessen Implikationen innerhalb der Geschichte der Pflege aufgezeigt werden.

Grundkonzeption

Der Symbolische Interaktionismus stellt in dieser Ph.D.-Thesis einen Teil des methodologisch leitenden Ansatzes dar, auf dessen Aspekte sich die durchzuführende Forschung innerhalb der Datenerhebung und -auswertung konzentriert. Der Symbolische Interaktionismus wurde von Herbert Blumer im Rahmen der Chicago School of Sociology entwickelt und basiert auf den Überlegungen zur menschlichen Sozialisation von George Herbert Mead (Blumer, 1969). Er beschäftigt sich mit sozialen Interaktionen in der Gesellschaft; das bedeutet, es werden Interaktionen innerhalb des eigenen Selbst, mit anderen Menschen und innerhalb Gruppen betrachtet. Blumer (1969) stellt in seinen Ausführungen drei Prämissen auf:

„The first premise is that human beings act toward things on the basis of the meanings that the things have for them. [...] The second premise is that the meaning of such things is derived from, or arises out of, the social interaction that one has with one's fellows. The third premise is that these meanings are handled in, and modified through, an interpretative process used by the person in dealing with the things he encounters.“ (Blumer, 1969, S. 2)

Blumer postuliert, dass alle Dinge eine bestimmte Bedeutung für einen Menschen haben, welche aus der Interaktion mit sich selbst und der Umwelt resultiert. Mit dem Platzhalter „Dinge“ können sowohl soziale Rollen als auch Gegenstände oder abstrakte Vorstellungen (z. B. Theorien) gemeint sein. Die Bedeutung dieser Dinge ist individuell und wird durch soziale Interaktionsprozesse erlernt und in Erwartung an die Interaktionspartner*innen wechselseitig verändert. Im Laufe des Lebens verändern sich die Bedeutungen der Dinge, denn sie konstituieren sich mit jeder Interaktion, die bedeutsam wird. So wird jede Interaktion von den Menschen wechselseitig für das gemeinsame Verständnis interpretiert und die Erwartungen an das Gegenüber werden darüber beeinflusst. Hinzu kommen die individuellen Bedeutungen der Umweltobjekte, die beide interagierenden Menschen in deren Alltag begleiten (bspw. Vertrauenspersonen oder subjektive Theorien und Weltanschauungen). Blumer (1981) spricht hier von einem „unermesslichen Interaktionsprozess“ (S. 101), der sich durch die jeweiligen individuellen Bedeutsamkeiten der Dinge, die jeweils individuell vorgenommenen Interpretationen der Handlungen und Kommunikation anderer Menschen sowie durch die eigene Reaktion auf die Interaktion des Gegenübers fortwährend konstituiert und verändert, dabei bewusst und unbewusst abläuft.

Die Interaktion mit dem eigenen Selbst bedeutet entsprechend, dass sich der Mensch selbst als Objekt begreift und sich entlang unterschiedlicher Aspekte von außen betrachtet. So kann die Betrachtung beispielsweise durch einen „bestimmten Anderen“ erfolgen, indem man in die Rolle des Anderen schlüpft und die eigenen, nun fremden Handlungen reflektiert. Weitere Aspekte betreffen die Sicht auf sich aus einer bestimmten Gruppe heraus sowie aus einem unbestimmten Dritten, was unterschiedliche Informationen über das eigene Selbst mit sich bringt. Dies geschieht vor allem durch Reflexion, durch Empathie, durch Hinterfragen der eigenen Herkunft, Ansichten, Reaktionen, Bedeutungen. Insgesamt kann also festgehalten werden, dass sich in der Interaktion mit dem eigenen Selbst die eigene Identität variabel darstellen lässt, die sich mit jeder Interaktion wiederum anpasst, verändert und somit ein fluides Konstrukt darstellt (Blumer, 1969, 1981).

Der Symbolische Interaktionismus wurde durch verschiedene Faktoren geprägt, die bis heute wirken. Ursprünglich dem amerikanischen Pragmatismus entstammend, wurden dessen zentrale Denkmuster in die Konzeption aufgenommen: die Abkehr vom prinzipiellen Zweifel jeglicher Erkenntnis mit der Folge, dass Wissenschaft unter einem neuen, prozessualen und interaktionsgebundenen Aspekt betrachtet und hinsichtlich ihrer Ergebnisse und Anschlussfähigkeit an den subjektiv erlebten Alltag bewertet wurde. Insofern ist das zugrundeliegende Bild von Mensch und Gesellschaft nicht statisch und unveränderlichen Regeln unterworfen, sondern wird als stetige Dynamik verstanden, welche sich durch die immer wandelnde Bedeutungszuweisung, Interpretation und Fluidität eines und einer jeden auszeichnet. Das Augenmerk liegt dabei auf der Kreativität und auf realen Situationen, die real bewältigt werden (Keller, 2012). Blumer entwickelte den Symbolischen Interaktionismus weiterhin als sogenannte naturalistische Methodologie mit den Elementen Exploration und Inspektion. Grundlegend für den Forschungsprozess ist, dass eine wechselseitige Beziehung zwischen den erforschten Alltagssituationen und dem theoretischen Wissen herrschen sollte. Theorien sollten jedoch bis zur Beendigung des Forschungsprozesses bewusst zurückgehalten werden. Die Exploration dient als erster Schritt im Prozess der Untersuchung eines bislang unbekanntes Bereichs, dabei werden die theoretischen Vorstellungen von der untersuchten Realität immer wieder überprüft und die methodischen Schritte entsprechend angepasst. Weiterhin gilt es, die eigenen Vorannahmen dem zu untersuchenden Bereich nicht überzustülpen, sondern offen für Unerwartetes zu sein. Die Inspektion als ein zweiter und die Exploration überlagernder Schritt analysiert die zusammengetragenen Befunde, stellt Zusammenhänge her und diskutiert diese im Licht der wissenschaftlichen Theorien. Auch hier zeigt sich wieder der prozessuale Charakter des Symbolischen Interaktionismus. Unterstützend zur Exploration und Inspektion steht ebenfalls die Empfehlung der „*sensitizing concepts*“, welche die zugrundeliegenden Motive und Subjektivität der

Forscher*innen im Vorfeld und im Prozess der Forschung transparent machen sollen, um Bedeutungswandlungen und die Identifikation mit dem Forschungsfeld aufmerksam zu beobachten (Blumer, 1969; Keller, 2012; Lamnek, [1998]/2005; Winter, 2010).

Im Rahmen der ontologischen und erkenntnistheoretischen Fundierung für die in dieser Ph.D.-Thesis gewählte konstruktivistische Form der Grounded Theory eignet sich der Symbolische Interaktionismus Blumers insofern sehr gut, als damit sowohl die Grundlage der Interaktionen zwischen pflegebedürftigen Menschen und den Pflegefachpersonen als auch die Interaktion zwischen der Autorin und den befragten Pflegefachpersonen dargestellt werden kann. Die Akteur*innen handeln auf Basis erlernter und sich wandelnder gesellschaftlicher Bedeutungen, die wiederum einen Interpretationsprozess bezüglich des Handelns des oder der jeweils anderen in Gang setzt. Unterschiedliche Sozialisierungen der Menschen erzeugen unterschiedliche Bedeutungszuweisungen an bestimmte Rollen, Aufgaben, Symboliken. Dies formt Identitäten und wandelt diese je nach Interaktionsmustern. Als Kombination der Konzepte Identität und Interaktion ergeben sich darüber hinaus auch Konstellationen von Macht, die sich in der Ausgestaltung der Interaktionen zwischen Menschen, Menschen und Gruppen oder Menschen und Gesellschaft bemerkbar macht. Insofern werden auch erlebte und/oder interpretierte Situationen von Macht, welche die Pflegefachpersonen in den Gesprächen mit der Autorin äußern, zur Sprache kommen.

Der Symbolische Interaktionismus ist zur Darstellung des Berufsbilds und der Profession Pflege insofern geeignet, weil die Pfl egetätigkeit nicht ohne Beziehungs- und Interaktionsgeschehen zwischen Menschen auskommt. Weiterhin wurde der Beruf Pflege von seinen Anfängen bis hin zu seinen heutigen Professionalisierungsbemühungen stetig von Interaktionen verschiedener Akteur*innen beeinflusst. Um ein Bild dieses beruflichen Werdegangs der Pflege zu zeichnen, werden ausgewählte Meilensteine unter dem Aspekt des Symbolischen Interaktionismus im Folgenden dargestellt – mit Blick auf den literarischen Gesamtumfang zur Geschichte der Medizin und Pflege sowie auf deren unterschiedliche Ausdifferenzierungen im Rahmen politischer, sozialer und wirtschaftlicher Gegebenheiten der einzelnen Regionen sieht die Autorin jedoch vom Anspruch ab, hier einen Gesamtüberblick über die Geschichte der Pflege darzulegen, sondern beschränkt sich auf beispielhafte Schlaglichter zur Verdeutlichung des Symbolischen Interaktionismus.

Interaktionen aus dem Tätigkeitsfeld der Pflege im Kontext des Symbolischen Interaktionismus

Die Anfänge der Pflege können bis ins Mesolithikum der Mittleren Steinzeit, etwa 8000 Jahre vor Christus, zurückverfolgt werden. Anhand der analysierten menschlichen Überreste wird deutlich, dass sich die Pflege vor allem auf den Erhalt des Lebens im Schutz

der Gemeinschaft konzentriert haben muss, indem die Erkrankten mit Nahrung versorgt und ihnen bei der Körperpflege geholfen wurde (Wolff & Wolff, [2008]/2011). Die Befunde aus dieser Zeit lassen vor allem darauf schließen, dass Pflege und Gesundheitswissen als Aufgabe der gesamten Gemeinschaft damaliger Menschen galten – dieser Aspekt wird in unterschiedlichen Kulturen zu unterschiedlichen Zeiten aufgegriffen, wohingegen sich in anderen Teilen der Welt die Aufgaben zwischen Pflege und Medizin bereits trennten. Aus dem sechsten Jahrhundert vor Christus ist für den indischen Kulturkreis bekannt, dass in den damaligen Hospitälern die Leitung und Organisation derer sowie ein Katalog zur Diätetik im Rahmen des Ayurveda unter die normativen Tätigkeitsgebiete der Pflegepersonen fielen und sich die ärztlichen Aufgaben vor allem auf chirurgische Behandlungen erstreckten. Die für diese Zeit hochspezialisierte Chirurgie erforderte darüber hinaus kompetente Pflegepersonen, welche die chirurgische Behandlung sowie den alltäglichen Lebenswandel der Kranken im Hinblick auf die buddhistische Diätetik begleiteten und somit für einen strukturierten Behandlungsprozess sorgten (Wolff & Wolff, [2008]/2011) – hier zeichneten sich bereits erste Anfänge einer pflegerischen Theorie und eines Pflegeprozesses ab.

Gleichermaßen entwickelte sich im antiken Griechenland ein theoretisches System, welches sich mit der Lebensführung allgemein und mit individueller Krankheitsbehandlung im Speziellen befasste. Dieses System konnte deshalb entstehen, weil die politischen Rahmenbedingungen verhinderten, dass die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit vom Klerus beeinflusst wurden. Das theoretische Behandlungsschema basierte demnach auf Beobachtung und naturwissenschaftlichen Analysen und gipfelte in der Vorstellung der Humoralpathologie, welche die Jahreszeiten, die Erdelemente, das Lebensalter der Menschen und die im menschlichen Körper vorkommenden Säfte gelbe und schwarze Galle, Blut und Schleim miteinander in wechselseitige Verbindung brachte und daraus Diagnosen und Therapien ableitete. Dieses Schema gilt als Befund dafür, dass dort damals keine Unterscheidung zwischen Medizin und Pflege gemacht wurde – die Krankenbehandlungen wurden mit Pflege kombiniert und für diejenigen Menschen erbracht, die nicht von Familienangehörigen und/oder von versklavten Menschen versorgt wurden (Wolff & Wolff, [2008]/2011).

Pflege zeigt sich damit in diesem Abschnitt sowohl in der Steinzeit als auch im indischen und griechischen Kulturkreis als umfassende Tätigkeit der Interaktion und insofern auch von äußeren Interaktionen beeinflusst, als die von ihr verantworteten Handlungen und Kommunikationsstrukturen je nach Auffassung des Bereichs von Medizin und Pflege unterschiedliche Implikationen nach sich ziehen. Dies zeigt sich im nächsten Absatz nochmals deutlicher.

In den Kriegszeiten rund um die Zeitenwende fand durch die zunehmende Etablierung des ehemals verbotenen Christentums eine Wendung für das Verhältnis von Klerus und

Wissenschaft statt. Zum einen wurden soziale Normen aufgestellt, welche die Versorgung und Pflege von Menschen leiteten: So spricht Evers (2004) heute in diesem Zusammenhang von der *Humanitas*: Anhänger des Christentums spendeten nach eigenem Ermessen Geld, das für die Versorgung nicht privilegierter Menschen verwendet wurde. Dazu zählten z. B. gebrechliche Alte, gläubige Gefängnisinsassen, Arme und Menschen unter harter körperlicher Arbeit. Ziele der *Humanitas* sind demnach der Erhaltung der Menschenwürde und die Freiheit von Leid und Schmerzen (Evers, 2004; Wolff & Wolff, [2008]/2011). Auch im Rahmen der Evangelien wird die Pflege bedürftiger und kranker Menschen als eine mit dem Christentum eng verwandte Tätigkeit beschrieben. Gleichmaßen wurde Pflege nun erstmals von Männern und Frauen durchgeführt – die Gleichstellung von Mann und Frau vor dem christlichen Gott ermöglichte dies (Wolff & Wolff, [2008]/2011). Durch diese Entwicklungen wurde der Grundstein dafür gelegt, dass Pflege vor allem aus dem Gebot der Nächstenliebe heraus resultiert und damit nicht als professionelle, im Sinne einer broterwerbenden, Tätigkeit gilt. Dies lässt sich nach Evers mit dem Gebot der *Caritas* beschreiben, was sich auf die Solidarität mit kranken und nicht privilegierten Menschen bezieht (Evers, 2004). Trotz der Gleichstellung von Mann und Frau entstand zu dieser Zeit das Dogma, dass Frauen eine natürliche Begabung zur Pflege hätten – dies wurde von den Aposteln entsprechend an die Gemeinden kommuniziert. Damit wurde die kirchliche Auffassung von Pflege als unentgeltliche, dienende und barmherzige Tätigkeit kontinuierlich und kapillar etabliert und verbreitet (Wolff & Wolff, [2008]/2011).

Das Tätigkeitsfeld der Pflege entwickelte sich in der Folge im 18. und 19. Jahrhundert nach Christus uneinheitlich. Grundsätzlich existierten sowohl klerikale als auch säkulare Einrichtungen, in welchen unterschiedlich geartete Formen von pflegerischem Wissen und Ausbildung vermittelt wurden, teilweise mit oder ohne Abschlusszeugnis für die Absolvent*innen. Leitend für diese Epoche ist jedoch, dass sich neben den Aufgaben des Saubermachens der Betten, der Körperpflege und der Überwachung der Kranken kein eigener Handlungsspielraum für die Pflegepersonen etablieren konnte. Je nach Institution waren demnach der Medicus oder der Priester entscheidungsbefugt (Wolff & Wolff, [2008]/2011). Erst Florence Nightingale (1820–1910) war in der Lage, die kirchliche und weltliche Ausgestaltung der Pflege miteinander in Einklang zu bringen, indem sie die pflegerische Ausbildung in der Kaiserswerther Diakonissenanstalt absolvierte und aus dieser Zeit den zugewandten kirchlichen Aspekt der Nächstenliebe in eine empathische Grundhaltung und Umgangsform mit den Kranken übersetzte, gleichzeitig während ihrer Zeit im Krimkrieg jedoch auch Studien über ihre pflegerische Tätigkeit in den Lazaretten führte und somit auf ein weltlich-empirisches Vorgehen der Krankenpflege referierte. Zum ersten Mal in der Geschichte der Pflege wurden logische Fragestellungen und empirische Beobachtungen miteinander verknüpft,

strukturiert dokumentiert und ausgewertet (Evers, 2004).

Der Einfluss, die Kommunikation sowie die Interaktionen des Klerus und der Medizin gegenüber der Pflege sind damit ein Beispiel dafür, inwieweit ein pflegerisches Handeln durch deren unterschiedlich geartete Motive befähigt oder eingeschränkt werden kann. Wie dieser Abschnitt bereits aufzeigte, liefert das Tätigkeitsgebiet der Pflege in Verbindung mit der Medizin die Möglichkeit, durch Interaktionen untereinander und mit den Erkrankten einen auf die Erkrankten passfähigen Behandlungsprozess zu gestalten. Gleichmaßen wird jedoch durch unterschiedliche Interessensgewichtung auch deutlich, inwieweit Pflegepersonen dazu überhaupt in der Lage sein können.

Im 20. Jahrhundert formierten sich schließlich die ersten pflegerischen Berufsverbände und Krankenpflegevereine, um die katastrophalen Arbeitsbedingungen und die hohe Fluktuation unter den Pflegepersonen im Krankenhaus zu bearbeiten (Kaster, 2012; Wolff & Wolff, [2008]/2011). Innerhalb der Formierung dieser unterschiedlichen Vereine und Verbände wirkten Ärzt*innen mit, die sich zwar für eine geregelte Ausbildung mit Abschlusszeugnis einsetzten, die Verwaltung der Pflege gegen das Ansinnen der Berufsverbände jedoch nicht aus den eigenen Händen geben wollten und die Pflegeperson weiterhin als ärztliche Hilfskraft betitelten (Wolff & Wolff, 2011). In der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland erlangte der Pflegeberuf unter anderem durch eine Neufassung des Krankenpflegegesetzes neue Attraktivität: zum einen wurden die Zugangsvoraussetzungen im dem Sinne verschärft, dass die Statute der damaligen Rassenlehre in den Auswahlprozess eingriffen; zum anderen wurde der Beruf der Krankenschwester, wie er damals offiziell genannt wurde, durch charakterlich positiv konnotierte Eigenschaften beworben. In diversen Schriften lässt sich die damalige staatliche Kommunikation über die und mit den Pflegepersonen nachvollziehen, die von Dienen, Stärke und der Hochwertigkeit der pflegerischen Arbeit geprägt ist (Panke-Kochinke, [2001]/2020). Dieses Beispiel zeigt in der Konsequenz der durch die Pflegepersonen unterstützten und mitverübten Taten des NS-Regimes, dass nicht nur andere Berufsgruppen und übergeordnete Denkschulen Interaktionen formieren, sondern dass dieses auch durch staatliche Strukturen geschehen kann, welche entsprechend kommuniziert und propagiert werden – und dass diese Strukturen Auswirkungen auf pflegerisches Handeln nehmen und die Bedeutungszuweisung des Pflegeberufs auch in der Gesellschaft fundieren. Der Symbolische Interaktionismus zeigt sich in diesen Beispielen nicht nur in den Interaktionen, welche wechselseitig im Lauf der Epochen vonstattengingen und die Pflege als Tätigkeitsgebiet und späteren Beruf beeinflussten, sondern vor allem auch daran, wie Bedeutungszuweisungen, Einstellungen und Werte die Bedeutung der eigenen Tätigkeit und Beruflichkeit unter den Pflegepersonen auf verschiedene Art und Weise beeinflussten. Dies wiederum hat Einfluss darauf, wie sich eine Pflegeperson verhält, wie sie ihre

pflegerische Identität versteht und wie sie diese in ihre ureigene Wahrnehmung als Mensch im Kontakt mit anderen Menschen integriert.

Für die Bundesrepublik Deutschland wurde schließlich im Jahr 1957 das erste einheitliche Krankenpflegegesetz verabschiedet (Kaster, 2012). Heutzutage sind die professionellen Berufe der Altenpflege und der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege seit dem 01.01.2020 im PflBG geregelt (PflBG). Auch wenn die gesetzlichen Strukturen der Pflegeausbildung für alle auszubildenden Einrichtungen mittlerweile verpflichtend sind, gibt es bislang aus pflegewissenschaftlicher Sicht keine einheitliche Definition, was Pflege und damit auch professionelles Pflegehandeln als solches ausmacht. Ein theoretisches Konstrukt ist jedoch über die Vielzahl an Pflege-theorien (Wingefeld et al., 2011) und über Berufsverbände zugänglich. Da sich die pflegerischen Berufsverbände weltweit im ICN zusammenschließen, entscheidet sich die Autorin für die Definition von Pflege dieser Organisation:

„Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.” (International Council of Nurses - ICN, 2002)

Professionelles Pflegehandeln wiederum kann ebenfalls mit dem Symbolischen Interaktionismus betrachtet werden. Die heutigen modernen Professionstheorien legen ihren Blickwinkel vor allem auf die von Ulrich Oevermann (1996) ausgearbeitete Strukturlogik professionellen Pflegehandelns. Die Strukturlogik besteht nach Oevermann (1996) aus zwei Bestandteilen: Zum einen verfügen Pflegefachpersonen über ein professionelles Wissen, das sie aus beruflicher oder akademischer Sozialisation erhalten und entwickeln darüber einen professionellen Habitus,⁶ zum anderen üben sie ihren Beruf in der alltäglichen Lebenspraxis der zu pflegenden Menschen aus, was einen hermeneutischen Fallbezug des professionellen Wissens und die Überwindung des Habitus erforderlich macht (Friesacher, 2008). Die Pflegewissenschaft gilt aufgrund dieses professionstheoretischen Merkmals als Praxiswissenschaft. Ferner wird das Arbeitsbündnis zwischen Pflegefachperson und pflegebedürftigem Menschen von einem Handlungs- und Entscheidungszwang auf Seiten der Pflegefachpersonen konstituiert, da fortlaufend Entscheidungen im Alltag bzgl. der pflegerischen Versorgung der Menschen getroffen werden, die sowohl unter dem Aspekt des professionellen Wissens, als auch unter dem Aspekt des individuellen hermeneutischen Fallverstehens begründbar sein müssen (Friesacher, 2008). Insofern zeigt sich erneut, inwieweit die

⁶ Der Habitus ist ein Begriff der soziologischen Theorien Pierre Bourdieus und bezeichnet verinnerlichte Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata einer Person. Der Habitus wird durch die soziale Zugehörigkeit eines Menschen und seine verfügbaren Kapitalformen erworben und ist laut Bourdieu nicht veränderlich (Bourdieu, [1987]/2021).

Interaktion und Kommunikation und deren entstehende und sich wandelnde Produkte der Bedeutungen und Bedeutungszuweisungen das Handeln der pflegebedürftigen Menschen sowie jenes der Pflegefachpersonen fortwährend beeinflussen. Umso wichtiger ist es, pflegerisches Handeln und damit verbunden auch das Phänomen der Pflegebedürftigkeit zu untersuchen und weiterhin zu konkretisieren, um Herausforderungen innerhalb nicht kommunizierter Bedeutungen, Symboliken und Handlungen aufzudecken, wo möglich zu bearbeiten und damit als begründet handelnde Berufsgruppe vor der Gesellschaft aufzutreten.

Die in Kapitel 5 vorgestellte Forschungsfrage ist leitend für die Wahl der theoretischen Fundierung dieser Ph.D.-Thesis. Es geht um die Darstellung und Reflexion der erlebten und eingeschätzten Pflegebedürftigkeit, die aus der Interaktion einer Pflegefachperson mit dem Pflegehaus resultiert. Während der ontologische und epistemologische Rückbezug auf eine soziale Wirklichkeit und die Bedeutungszuweisung und Auffassung derselben beschreibt, auf welcher Grundlage die Menschen diese soziale Wirklichkeit erzeugen und wahrnehmen, ergänzt der methodologische Ansatz, mit welchen Mitteln diese erzeugte Wirklichkeit vermittelt und von anderen wahrgenommen werden kann. Ist der Ansatz wie in dieser Ph.D.-Thesis ein konstruktivistischer, so kann eine subjektiv erzeugte Realität von anderen ausschließlich subjektiv-interpretativ wahrgenommen werden. Der Symbolische Interaktionismus kommt innerhalb der vorliegenden Ph.D.-Thesis als theoretische Fundierung zur Anwendung, indem sowohl die Interaktionen der Pflegefachpersonen mit den Pflegehäusern im Hinblick auf die Bearbeitung von Pflegebedürftigkeit als auch die Interaktion der Autorin mit den befragten Pflegefachpersonen im Licht des Symbolischen Interaktionismus betrachtet werden. Dies führt zu einer konstruktivistischen Grundhaltung und einem reflexiven Verhalten der Autorin in Bezug auf den Forschungsprozess. Weiterhin wird nun die Grounded-Theory-Methodologie als weiterer, ergänzender Teil der methodologischen Fundierung der Ph.D.-Thesis vorgestellt, welche den Symbolischen Interaktionismus in ausgewählten Fragen spezifiziert.

6.2.2 Die Grounded-Theory-Methodologie

Es existieren vielzählige Methoden im Bereich der qualitativen Sozialforschung, um unterschiedliche Forschungsfragen bearbeiten zu können. Einen Überblick hierüber liefert unter anderem Flick ([1995]/2012). Fokussiert sich die Fragestellung jedoch auf prozesshafte Interaktionen, ist nach einer methodologischen Fundierung auf den Symbolischen Interaktionismus Blumers (1969) die Grounded Theory das Mittel der Wahl, da die zu untersuchenden prozesshaften Interaktionen mittels eines Konzepts in ihrer Komplexität und Prozesshaftigkeit dargestellt werden können. Dies vermag in Abgrenzung zu anderen Forschungsmethoden weder die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ([2010]/2015) noch die

thematische Analyse nach Braun und Clarke (2006), auch wenn sie sich desselben Werkzeugs, hier des Codings, bedienen. Eine weitere Abgrenzung zu den genannten alternativen Methoden liegt darin, dass sich die GTM darin begründet, nicht nur als Arsenal von Methoden verwendet zu werden, sondern vor allem auch in ihrer Bedeutung als Forschungsstil: So zieht sich eine explizite Haltung der Forscher*innen durch den gesamten Forschungsprozess. Im folgenden Abschnitt wird die GTM als zugrundeliegende Methodologie und Forschungsstil vorgestellt, im weiteren Verlauf des Kapitels (vgl. Kapitel 6.3) wird das angewandte Methodenarsenal und damit die Nutzung des Werkzeugs der GTM zur Sprache kommen.

Die Grounded-Theory-Methodologie im Wandel der Zeit

Die GTM wurde ursprünglich in den 1960er-Jahren von Barney Glaser und Anselm Strauss als Forschungs- und Auswertungsmethode erarbeitet und etabliert (Glaser & Strauss, [1998]/2010). Die Anwendung der Grounded Theory wurde den Student*innen aufgrund der Neuartigkeit und Exklusivität ausschließlich im Rahmen von Lernwerkstätten vermittelt; Lehrbücher existierten zu diesem Zeitpunkt nicht. Glaser und Strauss entstammten unterschiedlichen epistemologischen Denkschulen, was in der Folge hinsichtlich der Ausdifferenzierung und des Verständnisses der Methode zu Auseinandersetzungen und einem Zerwürfnis zwischen beiden führte. Daraus folgten zahlreiche heute vorliegende Weiterentwicklungen der Grounded Theory, die auf einer Zusammenarbeit der beiden Gründer mit nachfolgenden Student*innen basieren und unterschiedliche Schwerpunkte innerhalb der Forschungshaltung oder Ausgestaltung der Methode legen:⁷ So widmeten sich die beiden Gründer zunächst allein der Weiterentwicklung ihrer Methodik. Glaser entwickelte seine Version der Grounded Theory nach dem Zerwürfnis mit Strauss später als „Classic Grounded Theory“ und erstellte dazu einige Publikationen (1992; 1993; 1996; 1995; 1994). Auch Strauss verfasste einige Beiträge und Monographien mit seinen eigenen Ausgestaltungen der Grounded Theory (1993; 1978, 1991, 1994).

Weiterhin erschien Juliet Corbin als Co-Autorin neben Anselm Strauss (Strauss & Corbin, 1996); nach dessen Tod im Jahr 1996 entwickelte Corbin unter Berücksichtigung von Strauss' Grundanliegen die Grounded Theory im Rahmen der methodologischen Diskussionen innerhalb der Forschungsgemeinschaft weiter, was zu einer Neuausrichtung der als pragmatistisch geltenden Fassung (Strübing, [2004]/2014) hin zu einer konstruktivistischeren Ausrichtung führte (Corbin & Strauss, [1990]/2008).

Als „Vertreterinnen der zweiten Generation“ der Grounded Theory wurden darüber hinaus Studentinnen bekannt, welche zwar noch die Seminare der Gründer Glaser und Strauss

⁷ Eine Übersicht bieten unter anderem Strübing ([2004]/2014) sowie Mey und Mruck (2011).

besuchten, die Grounded Theory jedoch unter eigenen Gesichtspunkten dezidiert in unterschiedliche Richtungen weiterentwickelten. Dazu gehört die konstruktivistische Fassung der Grounded Theory nach Kathy Charmaz ([2006]/2014) sowie die Situationsanalyse nach Adele Clarke (2005).

Der Bekanntheitsgrad der einzelnen Versionen der Grounded Theory ist dabei mitunter von Länderspezifika geprägt. Im deutschsprachigen Raum wurde beispielsweise lediglich die erste Publikation von Glaser in die deutsche Sprache übersetzt, was mitunter dazu führte, dass die Strauss'sche Variante der Grounded Theory in Deutschland häufiger verwendet wird (Mey & Mruck, 2011). Weiterhin führten die Weiterentwicklungen, vor allem jene der zweiten Generation dazu, dass eine Vielzahl an Übersichtsartikeln zu Abgrenzungen und Gemeinsamkeiten zwischen den unterschiedlichen Fassungen geschrieben wurden und der Forschungsgemeinschaft vorliegen. Auch dadurch erlangte die Grounded Theory in ihren Ausgestaltungen einen höheren Bekanntheitsgrad.

Für die konstruktivistische Form sind Kathy Charmaz ([2006]/2014) im internationalen und Franz Breuer et al. ([2009]/2019) mit der reflexiven Fassung im deutschsprachigen Raum die wichtigsten Vertreter*innen. Sie tragen mit ihrer Veränderung damit nicht nur dem Einfluss der Forscher*innen auf das Forschungsfeld Rechnung, sondern beziehen damit auch die Problematik des Vorwissens und die eigene Konstruktion von Wirklichkeit mit ein (Charmaz, 2011; Mey & Mruck, 2011). Während Charmaz dieses Vorgehen mit epistemologischen Argumenten begründet und ihre Modifikationen aus diesem Aspekt heraus beschreibt, bezieht sich Breuer vorrangig auf Georges Devereux (1967) mit dem von ihm geprägten Begriff des Reizwertes und thematisiert damit eher pragmatische Aspekte innerhalb der Durchführung einer reflexiven Grounded Theory (Breuer, 2000). Sowohl die Wandlung der Haltung im Sinne einer epistemologischen Sichtweise als auch die Forderung, diverse Arbeitsschritte in abgewandelter und reflexiver Form zu betreiben, werden innerhalb der GTM als konstruktivistische Grounded Theory bezeichnet. Außerdem beschreibt Corbin in ihrer aktuellen Auflage des gemeinsamen Werks mit Strauss ebenfalls konstruktivistische Anteile, welche sich in einer entsprechenden Epistemologie und Anwendung einer Reflexivität deutlich machen (Corbin & Strauss, [1990]/2008). Zwischen den drei zusammenhängenden Auflagen Strauss und Corbin (1990), der Neuauflage 1998 sowie derjenigen von Corbin und Strauss ([1990]/2008) liegen also, was die aktuelle betrifft, erhebliche methodologische und epistemologische Unterschiede. Corbin beschreibt in dieser Auflage auch eindrücklich den Spagat, in welchem sie sich nach Strauss' Tod befindet: Zum einen nehme sie die Wichtigkeit einer konstruktivistischen Haltung im aktuellen Zeitalter der Sozialforschung sowie das Fehlen derselben in den letzten Auflagen deutlich wahr, zum anderen fühle sie sich Strauss und dessen Errungenschaften der letzten Jahrzehnte verpflichtet

(Corbin & Strauss, [1990]/2008). Nichtsdestotrotz sind die konstruktivistischen Anteile in dieser Auflage deutlich erkennbar.

Die Unterschiede und Verläufe der Entwicklungen von Grounded Theory als Methodologie wurden in diesem Abschnitt aufgezeigt – weiterführend folgt eine Darstellung, inwieweit die Grounded Theory theoretisch als Methode funktioniert, um in der Zusammenfassung nochmals den Unterschied zwischen der Grounded Theory als Methodologie und als Methode deutlich machen zu können.

Vorgehen der Methode der Grounded Theory

Grundsätzlich entsteht das vorläufige Ergebnis der Grounded Theory, also eine nachvollziehbare Theorie innerhalb eines untersuchten Bereichs, durch die Interpretation und Analyse verschriftlichter Datenmaterials. Im Verlauf der Beschäftigung mit dem Material werden Textstellen codiert und daraus entstehende Kategorien und deren Eigenschaften bestimmt. Dabei wird zwischen Schlüsselkategorien und nachgeordneten Kategorien unterschieden. Sie stellen ein konzeptuelles Element der späteren Theorie dar. Die Eigenschaften der Kategorien sind weitere beschreibende Elemente derselben. Es wird empfohlen, Kategorien aus unterschiedlichen Abstraktionsniveaus aufzustellen. So können Theoriekonzepte erarbeitet werden, die zum einen analytisch, zum anderen sensibilisierend sind. Ein analytisches Konzept bezeichnet ein Konzept auf der Metaebene, das Charakteristika eines untersuchten Phänomens darzustellen in der Lage ist; ein sensibilisierendes vermittelt den Zugang zu eigenen erlebten Beispielen, auf welche das Konzept passt (Glaser & Strauss, [1998]/2010).

Ein weiteres Gerüst der späteren Theorie sind Hypothesen. Diese Annahmen über Gemeinsamkeiten und Unterschiedlichkeiten verschiedener Datengruppierungen begleiten die Forscher*innen von Anfang an. Anders als im naturwissenschaftlichen Paradigma wird sich hier nicht auf die Falsifikation der Hypothesen konzentriert, sondern es geht darum, die Hypothesen auf unterschiedlichen Abstraktionsniveaus in das empirische Datenmaterial einzuflechten. Einige Hypothesen werden folglich bis zur Aufstellung der Theorie mitgeführt; andere, unpassendere Hypothesen werden verworfen. Am Ende entsteht eine Theorie aus den erhobenen Daten, die sowohl praxisnahe als auch abstrakte Anteile enthält und dadurch nachvollziehbar und im Alltag fundierbar ist (Glaser & Strauss, [1998]/2010). Glaser und Strauss unterscheiden dabei zwischen materialen und formalen Theorien. Eine materiale Theorie beleuchtet Aspekte in einem abgegrenzten System auf eine konkrete Art und Weise, wohingegen eine formale Theorie aus möglicherweise mehreren materialen Theorien besteht und verallgemeinerte Aussagen über eine Thematik anstrebt.

Im Unterschied zu anderen Auswertungsmethoden verfolgt die Grounded Theory ein

theoretical sampling, was in Kapitel 6.3.2 näher erläutert wird. Damit ergibt sich im Prozess die Flexibilität, dass interpretierte Eigenschaften und Kategorien immer wieder vorgeben, ob eher komparative Daten oder kontrastierende Daten gesammelt werden. Abhängig ist dies mitunter von der gewünschten Tiefe der Theorie, aber auch davon, welche Kategorien momentan bearbeitet werden. Schlüsselkategorien werden zumeist bis hin zur Datensättigung über komparative Daten bearbeitet, bevor kontrastiert wird, um bisher vernachlässigte Aspekte und Hypothesen zu erkennen (Glaser & Strauss, [1998]/2010). Über kontrastierende Daten und deren Erkenntnisse ist es möglich, der Theorie mehr Abstraktion zu verleihen. Komparative und kontrastierende Daten erhält man durch Datensammlung innerhalb unterschiedlicher Gruppen oder durch sogenannte „Datenschnitte“, was verschiedene Methoden der Datengewinnung meint. So produziert ein Interview andere Daten als die Analyse von Zeitungsartikeln zu einem bestimmten Thema (Breuer et al. [2009]/2019; Glaser & Strauss, [1998]/2010).

Die Bearbeitung der Kategorien erfolgt über unterschiedliche Kodierprozeduren, welche zu unterschiedlichen Abstraktionsniveaus der einzelnen Kategorien führen. Klassischerweise sprechen Glaser und Strauss von offenem, axialem und selektivem Kodieren, die Grounded-Theory-Weiterentwicklungen führen teilweise eigene Begrifflichkeiten. Während Glaser in seinen eigenen Arbeiten Kategorien mittels Kodierfamilien zueinander in Beziehung setzt, erarbeiten Strauss und Corbin (1996) sowie Corbin und Strauss ([1990]/2008) ein paradigmatisches Modell, welches innerhalb des axialen Kodierens zum Einsatz kommt und die Kategorien mittels der Kriterien „Ursache“, „Handlungen und Strategien“, „Kontext“, „intervenierende Bedingungen“ sowie „Konsequenzen“ strukturiert und Beziehungen innerhalb der Kategorie und zwischen den einzelnen Kategorien beschreibt. Charmaz ([2006]/2014) hingegen nutzt ein solches Modell nicht, sondern versucht, diese Beziehungen mittels ihres Äquivalents *focused coding* und in Anlehnung an Glasers Kodierfamilien herzustellen (Strübing, [2004]/2014).

Die in dieser Ph.D.-Thesis verwendete Form der Grounded-Theory-Methodologie ist ein Konglomerat der konstruktivistischen Grounded Theory nach Charmaz ([2006]/2014) und Corbin und Strauss ([1990]/2008). Im Sinne eines Forschungsstils, welcher sich als Haltung der Autorin durch den gesamten Forschungsprozess zieht, wird die konstruktivistische Grounded Theory mit ihrer Fundierung auf Ontologie und Epistemologie und ihren angewandten Implikationen der Reflexivität und Subjektivität gewählt. Betrachtet man die Grounded Theory als reines Instrument einer Forschungsmethode, so fließen zur Strukturierung und Erstellung des theoretischen Konzepts das Kodierparadigma von Corbin und Strauss ([1990]/2008) in den Auswertungsprozess mit ein. Dies wird im Rahmen des Kapitels 6.3.6 nochmals deutlich gemacht.

6.2.3 Zusammenfassung der Methodologie

Die starke Ausrichtung der konstruktivistischen Grounded Theory an der Subjektivität der Forscherin unterstreicht den Symbolischen Interaktionismus Blumers und füllt diesen mit Leben: Erst durch die radikale Beschreibung und Offenlegung der subjektiven Hintergründe der Forscherin wird deutlich, inwieweit Bedeutungen, Interpretationen und beeinflussende Rollen im Forschungsprozess diesen und die mithandelnden Akteur*innen beeinflussen. Dies geschieht im Vorfeld durch die *sensitizing concepts*, im Verlauf auch durch deren Verknüpfung und Reflexion in Verbindung mit den analysierten Daten. Auch innerhalb der Forschungsmethode selbst werden die Prämissen des Symbolischen Interaktionismus aufgegriffen, indem sie nicht nur eine singuläre Forschungsmethode darstellt, welche die Forscherin anwendet und nach deren Abschluss zur Seite legt. Vielmehr gilt sie als Forschungsstil, als Haltung, welche die Forscherin über den gesamten Forschungsprozess hinweg verinnerlicht hat und lebt. Betrachtet man die konstruktivistische Grounded Theory als reine Auswertungsmethode, kann diese als analog zu den Konzepten der Inspektion und Exploration aus dem Symbolischen Interaktionismus aufgefasst werden: Aus den Daten und Interaktionen entstehende Zusammenhänge werden im Sinne der Exploration wiederum mit hinzukommenden Daten, mit der Sinnhaftigkeit und Anschlussfähigkeit in der „Realität“ abgeglichen und überprüft. Gleichzeitig wird nach dem Prinzip der Inspektion die Theorie in den wissenschaftlichen Diskurs eingebettet und als ergänzendes Konzept aus der konstruktivistischen Grounded Theory mit der Subjektivität der Autorin verknüpft, begründet, korrigiert.

In diesem Kapitel wurden bisher die Ontologie und Epistemologie, auf welche die Autorin zurückgreift, sowie die Methodologie für die vorliegende Ph.D.-Thesis vorgestellt. Daraus ergeben sich nun spezifische Vorgehensweisen im Bereich der Methodik, welche im folgenden Kapitel behandelt werden.

6.3 Methodischer Ansatz

Im hiesigen Kapitel wird ein Überblick über das methodische Vorgehen geschaffen. Dabei kommt erneut die konstruktivistische Form der Grounded Theory nach Kathy Charmaz ([2006]/2014) sowie die methodische Anwendung des Kodierparadigmas von Corbin und Strauss ([1990]/2008) zur Sprache. Der Blickwinkel auf die Grounded Theory ist jedoch ein anderer: Wurde die Grounded Theory als Methodologie im vorangegangenen Abschnitt im Sinne eines Forschungsstils, welcher die gesamte Haltung der Autorin im Forschungsprozess beeinflusst, betrachtet, so kommt hier vor allem ihre methodisch-praktische Anwendung als singuläre Forschungsmethode zur Sprache.

6.3.1 Design

Das Design einer durchzuführenden Studie richtet sich nach der zugrundeliegenden Fragestellung und orientiert sich diesbezüglich an der Methodologie, welche daraus abgeleitet wird. Für die vorliegende Ph.D.-Thesis wurde eine Einzelfallstudie durchgeführt. Dabei bezieht sich das Wort „Einzelfall“ nicht auf eine singuläre Person, welche betrachtet wird, sondern kann ebenso auf eine Gruppe von Personen referieren, wie das folgende Zitat von Flick aufzeigt:

„Bei Fallstudien geht es um die genaue Beschreibung der Rekonstruktion eines Einzelfalls (...). Zum Fall können Personen, eine Familie, eine Gemeinschaft oder eine Institution werden.“ (Flick, [1995]/2012, S. 177)

Die Betrachtung eines Fall als eine Gruppe von Personen erfordert ein gezieltes Sampling (Flick, [1995]/2012), welches innerhalb der Kapitel 6.3.2 und 6.3.8 genauer vorgestellt werden wird.

Konkret bezieht sich der betrachtete Fall in dieser Ph.D.-Thesis auf die Gesamtzahl der befragten Pflegefachpersonen, welche in der deutschen ambulanten pflegerischen Versorgung tätig sind. Als Pflegefachpersonen gelten hier sämtliche dreijährig ausgebildete Pflegefachpersonen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege der damals noch in Kraft gewesenen Berufsrechtsgrundlagen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege (AltPflG; KrPflG). Es wurden sowohl Pflegefachpersonen der Gesundheits- und Krankenpflege als auch der Altenpflege befragt, weil sie durch ihre Ausbildung dazu befähigt werden, die pflegerischen Tätigkeiten auf Grundlage des individuellen Pflegebedarfs selbstständig zu planen, theoriebasiert durchzuführen und innerhalb des Pflegeprozesses zu evaluieren und anzupassen. Aufgrund dieser Kompetenzen können beide Berufsgruppen mit dem Pflegebedarf eines Menschen umgehen und haben durch ihre Erfahrung möglicherweise eigene Kriterien, nach welchen sie Pflegebedürftigkeit einschätzen und an welchen sie sich im Alltag orientieren. Mit Hilfe unterschiedlicher Schilderungen des Arbeitsalltags und der Interpretation auf der ersten Ebene durch die Pflegefachpersonen, auf der zweiten Ebene durch die Autorin kann damit die Forschungsfrage beantwortet werden, weil häufig genannte sowie abweichende Fälle in methodisch geleiteter Weise miteinander analysiert werden und Interaktionen nachvollziehbar dargestellt werden können. In Kombination mit der methodenimmanenten Prämisse des *theoretical samplings* (vgl. Kapitel 6.3.2) entsteht so ein nachvollziehbarer Samplingprozess.

6.3.2 Sampling

Das Sampling spielt insofern eine wichtige Rolle innerhalb der Forschungshaltung der Grounded Theory, als das sogenannte *theoretical sampling* den Forschungsprozess

konstitutiv begleitet und im Verlauf zu einer theoretischen Sättigung führt, die das Ende der Datenerhebung anzeigt. Innerhalb des *theoretical samplings* werden in forschungspraktischem Hinblick sämtliche Phasen der empirischen Phase gleichzeitig durchlaufen. Dies bedeutet, dass Forscher*innen gleichzeitig mit der Datenerhebung, Transkription und Analyse beschäftigt sind.

„Theoretisches Sampling meint den auf die Generierung von Theorien zielenden Prozess der Datenerhebung, währenddessen der Forscher seine Daten parallel erhebt, kodiert und analysiert sowie darüber entscheidet, welche Daten als nächste erhoben werden sollen und wo sie zu finden sind.“ (Glaser & Strauss, [1998]/2010, S. 61)

Im Rahmen der bereits skizzierten Zielgruppe, mit welcher die Interviews geführt werden sollen, heißt dies, dass die Eigenschaften der interessierten Pflegefachpersonen in den Auswahl- und Entscheidungsprozess des *theoretical samplings* einfließen werden und so den Forschungsprozess erkenntnistheoretisch (mit-)leiten. Durchführungspraktisch zeigt sich dies darin, dass sich an der Ph.D.-Studie interessierte Pflegefachpersonen bei der Autorin bereits mit spezifischen Daten ihres Lebenslaufes (bspw. Ausbildung, vorhandene Weiterbildungen, Funktion im Pflegedienst oder Berufserfahrung) vorstellten und durch den Kontakt vorab des Interviews für die Autorin somit einschätzbar wurde, in welchem Stadium der Datenerhebung und -auswertung eine Befragung dieser Person sinnig sein könnte. Grundsätzlich wurden diese Entscheidungen über Memos im Auswertungsprozess sowie über begleitende Hypothesen über den Gegenstand der Pflegebedürftigkeit geleitet.

Um das Sampling für die Leserschaft transparent nachvollziehbar zu gestalten, folgt am Ende des Kapitels 6.3.7 mit Tabelle 5 ein zeitlicher und inhaltlich-substanzieller Überblick über den Prozess der Auswahl der Pflegefachpersonen, weil zu diesem Zeitpunkt sämtliche methodische Aspekte vorgestellt wurden und die inhaltlichen Informationen so besser einzuordnen sind. Grundlegend ist zum *theoretical sampling* zu sagen, dass dieses zur Kontrastierung der Kategorien genutzt wurde. Dazu wurden in jeder Phase sowohl sehr berufserfahrene als auch weniger berufserfahrene Pflegefachpersonen befragt; des Weiteren wurde kontrastiert zwischen Pflegefachpersonen mit oder ohne Leitungsfunktion im Pflegedienst. Eine Kontrastierung hinsichtlich unterschiedlicher Trägerschaften war für die Fragestellung hingegen nicht fruchtbar. Pflegefachpersonen mit Weiterbildungen (z. B. für Wundversorgung oder palliative Versorgung) sowie Pflegefachpersonen mit Studienabschluss wurden zu ausgewählten Zeitpunkten befragt, in welchen spezifische Kategorien bearbeitet wurden. Nichtsdestotrotz fand der Zugang zum Feld überwiegend in den Sommermonaten statt, was das Sampling in pragmatischer Hinsicht beeinflusste. Einige Pflegefachpersonen konnten entgegen der Planung der Autorin aufgrund eines geplanten Urlaubs erst einem späteren Termin zum Interview nachgehen, mit anderen verzögerte sich beispielsweise die

E-Mail-Korrespondenz aufgrund der zusätzlichen Arbeitsbelastung, welche die Pflegefachpersonen aufgrund der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie erfuhren. Aus diesen alltäglichen und einzukalkulierenden Gründen kann aus Tabelle 5 beispielsweise nicht entnommen werden, warum eine Pflegefachperson mit großer Berufserfahrung zu jenem spezifischen Zeitpunkt wie aufgeführt befragt wurde – das *theoretical sampling* der Autorin ist vor allem hinsichtlich der „Ausreißer*innen“ mit spezifischen Weiterbildungen, Studienabschluss oder besonderen Aufgaben im Arbeitsalltag nachvollziehbar.

Weitere Informationen zum *theoretical sampling* mit Bezug zu den Lebensläufen der befragten Pflegefachpersonen werden weiterhin in Kapitel 7.1 vorgestellt.

6.3.3 Feldzugang

Für die Erstellung der Ph.D.-Thesis wurden im Vorfeld der Datenerhebungsphase Teilnehmer*innen für die Interviews gesucht. Dies erfolgte hauptsächlich über drei Strategien: Die Autorin nutzte nach einem vorangegangenen Probeinterview zur Prüfung der Verständlichkeit des Interviewleitfadens zunächst ihre privaten Kontakte zu vier ehemaligen Kolleg*innen in der ambulanten Pflege, um ein erstes Set von offenen, axialen und selektiven Codes sowie Kategorien und Sub-Kategorien zu entwickeln. Anschließend wurde der Interviewleitfaden angepasst und verändert.

Die zweite Strategie war die Verbreitung des formulierten Interviewaufrufs über Social Media. Explizit wurde der Aufruf über den Facebook- und Instagram-Auftritt eines medial sehr gut vernetzten Leiters eines Pflegeheimes gepostet und durch diverse Influencer*innen im Pflegebereich der genannten Plattformen weiterverbreitet. Durch diese Maßnahme konnte die Autorin 13 weitere Interessierte gewinnen und wählte aus diesen im Verlauf neun Personen aus, mit welchen Interviews geführt wurden.

Die dritte Strategie startete eine Woche nach der zweiten Strategie. Eine verantwortliche Person des führenden Berufsverbandes der Pflege in Deutschland vermittelte die Aussendung des Interviewaufrufs über E-Mail an diejenigen Mitglieder, welche damals in der Fachgruppe für ambulante Pflege verzeichnet waren. Es meldeten sich im Verlauf weitere 31 Personen bei der Autorin, die Interesse an der Teilnahme am Interview hatten. Ein Großteil der interessierten Personen meldete sich innerhalb weniger Tage nach Erhalt der E-Mail des Berufsverbands. Doch auch nach weiteren acht Wochen erhielt die Autorin noch Mails mit Interessensbekundungen, was für das *theoretical sampling* aufgrund der Vielzahl an potenziellen Teilnehmer*innen fruchtbar war. Von den 31 interessierten Personen wählte die Autorin im Verlauf wiederum neun Menschen aus, mit welchen Interviews geführt wurden. Die Auswahl der Interviewteilnehmer*innen geschah auf Basis der dem

Analyseprozess innewohnenden Überlegungen und begleitenden Hypothesen und lässt sich durch Tabelle 5 in Kapitel 6.3.7 nachvollziehen.

Durch eine Reflexion der Rekrutierung kann festgehalten werden, dass die Social-Media-Strategie vor allem jüngere, privat für den Pflegeberuf engagierte Menschen in allen Settings der ambulanten Versorgung angesprochen hat. Diese Gruppe von Interessierten ist deutschlandweit verteilt und befindet sich in allen Stadien der Berufstätigkeit – ab Mitte der Ausbildung bis hin zu jahrelanger Berufserfahrung und dem Abschluss diverser Weiterbildungen und Studienabschlüsse. Die Strategie über den Berufsverband erreichte eher Interessierte mittleren Alters mit mehrjähriger Berufserfahrung, (natürlicherweise) strukturell organisiert im pflegerischen Berufsverband, viele mit einer abgeschlossenen Weiterbildung zur Pflegedienstleitung (PDL) und im Vergleich zur Social-Media-Strategie mehr männliche Interessierte. Die Mehrzahl der sich gemeldeten Menschen ist im Südwesten Deutschlands beruflich tätig.

6.3.4 Datenerhebung

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, gilt es, die drei aufgestellten Unterfragen der leitenden Forschungsfrage zu bearbeiten. Dafür führte die Autorin mit den ambulanten Pflegefachpersonen leitfadengestützte problemzentrierte Interviews, um Situationsdeutungen, Alltagstheorien und eigene Interpretationen der Interviewpartner*innen möglichst offen zu erfragen. Das Symbolsystem und subjektive Bedeutungen eines Gegenstandes, wie er vom Subjekt verstanden wird, kann durch ein qualitatives Interview aus erster Hand zugänglich gemacht werden (Flick, [1995]/2012; Witzel, 2000), wobei die Interpretation der interviewten Person auch von der Interpretation der Autorin tangiert wird.

Problemzentrierte Interviews fokussieren Thematiken, welche sich als gesellschaftlich relevant darstellen. Sie gelten als gegenstands- und prozessorientiert. Dies bedeutet, dass sich die Wahl der Methode am Gegenstand orientiert, zum anderen, dass sich der Gegenstand im Verlauf des Forschungsprozesses auch veränderlich zeigen kann. Die auch dem *theoretical sampling* inhärente Annahme der Veränderlichkeit des Gegenstandes wird bei der Datenerhebung methodisch über die Wahl der problemzentrierten Interviews fundiert und vorangetrieben. Ziel der Interviews ist die Darstellung der subjektiven Sichtweise der befragten Pflegefachpersonen (Flick, [1995]/2012; Witzel, 2000). Zu Beginn des leitfadengestützten Interviews bietet sich ein offener Gesprächseinstieg mit einer erzählgenerierenden Frage an, damit die befragten Pflegefachpersonen einen leichten Einstieg ins Thema finden und in die freie Erzählung kommen. Zur Ausgestaltung der problemzentrierten Interviews gehört nach Flick ([1995]/(2017)) ein *Informed Consent*, in welchem demografische Rahmendaten abgefragt werden, der Interviewleitfaden, eine Tonbandaufzeichnung während

des Interviews und abschließend ein Postskriptum, das Interviewprotokoll. Sinn und Zweck der einzelnen Elemente ist im Falle des *Informed Consent* das Auslagern von Randinformationen, die für das eigentliche Interview nicht zielführend sind und eine „Frage-Antwort-Gesprächsführung“ begünstigen könnten.

Die Autorin adaptierte diese Hinweise in etwas abgewandelter Form. So wurde neben dem Informationsschreiben über den Zweck der Studie (vgl. Anhang 6) ein universeller *Informed Consent* (vgl. Anhang 7) erstellt. Am Termin des Interviews wurden zunächst die demografischen Rahmendaten mit dem Grunddatenblatt (vgl. Anhang 9) erhoben. Zur Strukturierung der Gespräche erstellte die Autorin einen Leitfaden, welcher spezifische Fragen zur Operationalisierung der drei aufgestellten Unterfragen beinhaltet. Der Interviewleitfaden dient darüber hinaus als strukturierende Hilfestellung bei stockenden Gesprächen und zur Einordnung des Gesagten. Er stellt mitunter eine Entscheidungshilfe dar, wann im Sinne des Gegenstands dezidiert nachgefragt werden sollte. Im Rahmen der Grounded Theory zeigt sich dieser Leitfaden als ein im Prozess veränderliches Instrument, das sich je nach Codingphase und Forschungsfortschritt unterschiedlich in seinem Inhalt darstellt. Die Veränderung des Interviewleitfadens ist als Anhang 10 einzusehen.

Das Interview wird mit einer Tonbandaufzeichnung für die weitergehende Auswertung zugänglich gemacht und gesichert, das Postskriptum dient vor allem dazu, die Eindrücke der Forscher*innen, die sich während des Interviews aufgedrängt haben, im Nachhinein zu verbalisieren und festzuhalten. Auch atmosphärische Eindrücke kommen hier zur Geltung, ebenso wie nach dem Interview aufgekommene Ideen oder Gedanken, die bei einem eventuellen zweiten Interview nochmals zur Sprache kommen sollen (Flick, [1995]/2012). Flick ([1995]/2012) nennt dieses Konstrukt Postskriptum, unter Grounded-Theory-Forscher*innen wird dasselbe Konstrukt als Memo bezeichnet. Im Folgenden wird daher ebenfalls von Memos gesprochen, wenn Aufzeichnungen rund um die Interviews und den Forschungsprozess angefertigt werden. Bezüglich der Memos ist anzumerken, dass die beiden Begründer der Grounded Theory ursprünglich von *field notes*, *code notes* und *theoretical memos* gesprochen haben (Glaser & Strauss, [1998]/2010). Die Autorin bezog sich in ihrer theoretischen und forschungspraktischen Durchführung auf die Ausgaben von Charmaz ([2006]/2014) sowie Corbin und Strauss ([1990]/2008), was in Kapitel 6.2.2 erläutert wurde. In beiden Ausgaben werden die Memos nicht weiter in unterschiedliche Typen unterteilt, sondern es wird lediglich die Wichtigkeit des Schreibens von Memos betont und die Art und Weise aufgezeigt, wie diese in den Analyseprozess einfließen können. Die Autorin adaptierte dieses offenere Vorgehen und wies ihrerseits die Memos lediglich den betreffenden Rohdaten zu bzw. nutzte das Logbuch, um den gesamten Forschungs- und Analyseprozess, auch hinsichtlich des *theoretical samplings*, zu dokumentieren.

Zur Planung des Forschungsprozesses wurde die Anzahl der durchzuführenden Interviews auf 20–25 Stück geschätzt, eine theoretische Sättigung ergab sich nach 22 Interviews. Die Termine für die Interviews wurden von der Autorin so vereinbart, dass die Transkription und Auswertung des vorangegangenen Interviews möglich waren, um das *theoretical sampling* voranzutreiben. Insgesamt konnten mit Hilfe der drei Strategien über einen Zeitraum von sieben Monaten 22 Interviews geführt und ausgewertet werden. Die Datenerhebungs- und gleichzeitige Auswertungsphase erstreckte sich insgesamt von April 2020 bis März 2021.

Umgang mit der Covid-19-Pandemie im Hinblick auf die Datenerhebung

Die Phase der Datenerhebung fiel in das erste Jahr der Covid-19-Pandemie in Deutschland. Als die Erkrankungsinzidenz zu Beginn der Pandemie noch niedrig und Kontaktregelungen wenig festgelegt waren, wurden zwei Face-to-Face-Interviews nach Witzel (2000) durchgeführt. Aufgrund der steigenden Inzidenzen und den empfohlenen Schutzmaßnahmen und Distanzregelungen entschied sich die Autorin im Verlauf der Interviews dazu, das methodische Vorgehen innerhalb des Forschungsvorhabens anzupassen und statt Face-to-Face-Interviews telefonische Interviews durchzuführen. Alle weiteren Interviews wurden zum unbedingten Schutz der Teilnehmer*innen und ihres jeweiligen Umfelds telefonisch durchgeführt.

Innerhalb der sozialwissenschaftlichen Forschung wurde von Jo Reichertz im Mai 2020 zum allgemeinen Umgang mit den sozialen Einschränkungen durch die Covid-19-Pandemie ein Forum im Blog der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) eingerichtet, in welchem diskutiert wurde, wie sich sozialwissenschaftliche Forschung mit Abstandsregelungen bzw. unter Besuchsverboten vollziehen lässt und Erfahrungen unter Wissenschaftler*innen geteilt werden können (Reichertz, 2020). In Folge dieser Überlegungen ist das Face-to-Face-Interview in der sozialwissenschaftlichen Methodendiskussion und -lehre nicht ohne Grund die präferierte Interviewform. Gesprächsatmosphäre, Mimik und Gestik sowie nonverbale Reaktionen können über den Augenkontakt und das Teilen des gemeinsamen Raums vollständiger erfasst und (bei Bedarf) ausgewertet werden, als dies bei telefonischen Interviews der Fall ist. Opdenakker spricht hier von synchroner Kommunikation, was Ort und Zeit der Gesprächsführung betrifft (Opdenakker, 2006).

Auch bei telefonischen Interviews besteht die Möglichkeit, die Gesprächsatmosphäre wahrzunehmen, jedoch erfolgt dies über eingeschränkte Sinneswahrnehmungen, da Mimik und Gestik der beiden Interviewpartner*innen verborgen bleiben. Umso wichtiger ist daher die konsequente Bewusstwerdung der Interviewerin über die Anteile, die vor, während und nach dem Interview geschehen, und durch den Einsatz des Telefons verändert stattfinden müssen. Exemplarisch sind dies die Phase des *joining*, der Umgang mit Pausen und die Beendigung des Interviews mit der Phase des *off-the-record* (Scheytt, 2020): Diese

Situationen sind insofern verändert, als das Hereinkommen in einen Raum, das Sichzurechtfinden innerhalb der Interviewsituation, sowie die informellen Gespräche vor und nach dem Interview entweder komplett wegfallen oder in ungewohnter Weise stattfinden. Pausen während des Redeflusses führen möglicherweise zu einer Fehlinterpretation des *turn taking* (Schulz & Ruddat, 2012). Durch die fehlenden dramaturgischen und gestischen Elemente kann es unklar sein, wann das Interview mittels Aufnahmegerät aufgezeichnet wird und wann die Aufzeichnung beendet wird (Scheytt, 2020). Trotz allem kann sowohl das Fazit der beteiligten Sozialwissenschaftler*innen im eingerichteten Forum des Blogs der DGS als auch andere Vergleiche der beiden Durchführungsarten als positiv bezeichnet werden (Reichertz, 2020; Scheytt, 2020; Schulz & Ruddat, 2012; Vogl, 2020). Es gilt, sich als Interviewer*in den oben dargestellten Nachteilen des telefonischen Interviews bewusst zu sein und diese gezielt zu bearbeiten, indem beispielsweise nicht sichtbare Handlungen wie die Ein- und Abschaltung der Aufzeichnung verbalisiert werden und die Teilnehmer*innen durch das Gespräch hindurch begleitet werden. Telefoninterviews gelten somit als „eine (mitunter überaus wichtige und sinnvolle) (Not-)Lösung für besondere Erhebungsschwierigkeiten (etwa internationale Studien), zählen aber nicht zu den präferierten Vorgehensweisen.“ (Froschauer & Lueger, [2006]/2020, S. 28)

Nichtsdestotrotz bergen die telefonischen Interviews auch einige, vor allem durchführungspraktische Vorteile. So war es der Autorin durch diesen Umstand möglich, interessierte Pflegefachpersonen zu interviewen, welche ihren Lebensmittelpunkt beispielsweise im Norden Deutschlands haben. Das *theoretical sampling* konnte damit im Hinblick auf Reisezeiten, etwaige Terminfindungsschwierigkeiten sowie Aufwand und Kosten des Forschungsprozesses ungehindert stattfinden.

6.3.5 Datenmanagement

Das Datenmanagement spiegelt sich zum einen in forschungspragmatischen Entscheidungen, welche für Nachvollziehbarkeit und Transparenz innerhalb des Forschungsprozesses sorgen, zum anderen werden forschungsethische Voraussetzungen belangt. Die Forschungsethik wird in Kapitel 6.3.7 näher beleuchtet.

Um Daten grundsätzlich dauerhaft, belastbar und nachvollziehbar zu bearbeiten, nutzte die Autorin unterschiedliche Softwares innerhalb des Arbeitsprozesses. Dazu gehört von Beginn an das Literaturverwaltungsprogramm Citavi® 6 der Swiss Academic Software GmbH. Citavi® 6 dient zur Erfassung und Strukturierung sämtlicher verwendeter Literatur- und Quellennachweise und erleichterte die Angabe der Referenzen unter Beachtung des von der PMU Salzburg angegebenen, zu verwendenden Zitationsstiles.

Weiterhin wurde speziell für den Datenverarbeitungsprozess innerhalb der Interviewstudie

die Software MaxQDA® Plus 2020 der VERBI GmbH Berlin angewandt. MaxQDA® Plus 2020 bietet sämtliche Funktionen, um empirische und literaturbasierte Daten zu sortieren, zu transkribieren und auszuwerten. Im Rahmen dieser Ph.D.-Thesis nutzte die Autorin die Software zur Strukturierung der geführten Interviews, der zugehörigen Biografieangaben, der gemachten Memos, zur Transkription der Audiodateien sowie zur Codierung der Interviewpassagen im Rahmen der konstruktivistischen Grounded Theory. Weiterhin unterstützt MaxQDA® Plus 2020 die Ausgabe einzelner Interviewaussagen im Verlauf der analytischen Kapitel sowie der Kernkategorie, um eine Zuordnung und Nachvollziehbarkeit der Stimmen der Pflegefachpersonen mit Angabe der Transkriptposition zu gewährleisten. Die Software wurde weiterhin dazu verwendet, den Fortschritt der Auswertung zusätzlich zu den Memos im Logbuch zu dokumentieren sowie am Ende der Auswertung ein Kodierparadigma (vgl. Anhang 12) zu erstellen.

Zur Vermeidung eines potenziellen Datenverlusts während des gesamten Forschungs- und Arbeitsprozesses speicherte die Autorin ihr Arbeitsdokument zum einen auf einer verschlüsselten externen Festplatte, zum anderen in der Desktop-Anwendung für Nextcloud der Nextcloud GmbH. Diese Cloud zeichnet sich durch Konformität zum Standard der DSGVO sowie durch einen Open-Source-Code aus (DS-GVO). Der Standort des Servers, auf welchem die Dateien gespeichert werden, befindet sich im Anwendungsgebiet der DSGVO, d. h. innerhalb der Europäischen Union (Nextcloud GmbH & Karlitschek, o. J.).

Wie bereits erwähnt, wurden im Rahmen der Softwares unterschiedliche Dokumente verwaltet. Hinsichtlich der empirischen Phase handelte es sich um die Interviewtranskripte, die beruflichen und biographischen Angaben vorab des Interviews sowie reflektierende Memos. Innerhalb dieser Ph.D.-Thesis werden lediglich Auszüge der Interviewtranskripte zitiert, weswegen für die weiteren Dokumente keine explizite Datenkennung erstellt wurde. Die aus diesen Dokumenten stammenden Informationen flossen im Rahmen der Reflexion in die Interpretation der Datenschnitte ein und wurden, wo es nötig war, zur Erläuterung in den Fließtext aufgenommen. Für die Interviewtranskripte nutzte die Autorin folgendes Referenzschema:

Beispielzitat zur Erläuterung der Referenz des Interviewtranskripts. – Pseudonym der teilnehmenden Person, Position im Transkript unter Angabe der Zeilennummer

Da mit allen Teilnehmer*innen jeweils ein Interview geführt wurde, erübrigt sich eine weitere Bezeichnung.

Bezüglich der Transkripte orientierte sich die Autorin an dem Regelset für ein inhaltlich-semanticisches Transkript (Dresing & Pehl, [2011]/2018; Kuckartz et al. [2007]/2008). Begründet wird dies damit, dass der Schwerpunkt der Interpretation auf dem Inhalt der

Aussagen der Teilnehmer*innen liegt, weniger auf Stimmhöhe, Pausen oder ähnlich begleitenden sprachlichen, gestischen oder mimischen Phänomenen. Falls eine Aussage ohne mimische oder gestische Ergänzung nicht ohne Weiteres verstanden werden kann, wurde dies als Anmerkung in den Datenschnitt mit aufgenommen. Zeichnete sich eines der Interviews durch bspw. eine gesteigerte Emotionalität oder andere Besonderheiten aus, wurde dies in begleitenden reflexiven Memos nach dem Interview von der Autorin festgehalten und floss in die Interpretation des Transkripts ein. Die verwendeten Transkriptionsregeln sind als Anhang 11 ersichtlich.

6.3.6 Datenanalyse

Die Analyse der transkribierten Interviews erfolgt sowohl in der Forschungshaltung der konstruktivistischen Grounded Theory als auch mit der Methode derselben. Die Grounded-Theory-Methodologie als Forschungsstil wurde bereits in Kapitel 6.2.2 vorgestellt. Im folgenden Abschnitt konzentriert sich der Fokus der Grounded Theory daher als reine Anwendung einer Methode.

Die konstruktivistische Grounded Theory nach Kathy Charmaz ([2006]/2014) folgt ähnlichen methodischen Schritten wie die Ur-Lehre nach Glaser und Strauss ([1998]/2010), benennt die einzelnen Arbeitsschritte jedoch abweichend und führt hinsichtlich der einbezogenen Subjektivität zu anders gearteten Transparenzen und Verlaufs begründungen. So wird nach Vorliegen des transkribierten Datenmaterials durch das *initial coding* damit begonnen, den zusammenhängenden Text in einzelne Bedeutungsfragmente zu separieren und offen zu interpretieren. Dabei ergeben sich naturgemäß eine Vielzahl an Codes, die unterschiedliche Perspektiven einnehmen können und wie ein „Brainstorming“ zur codierten Textstelle aufzufassen sind. Der Vorgang des *initial coding* kann dabei entweder Wort für Wort, Linie für Linie oder auch absatzweise geschehen. Wichtig ist, die einzelnen zusammenhängenden Textpassagen gedanklich voneinander zu lösen, um freie Interpretationen vornehmen zu können. Bereits innerhalb des *initial coding* können sich grobe Felder zusammengehöriger Thematiken, die Kategorien, ergeben. Der Vergleich der aufgestellten Codes untereinander in Gemeinsamkeiten und Abweichungen kann hilfreich sein, um diese Kategorien aufzustellen. Die zweite Phase des Codierens nennt Charmaz das *focused coding*. Hier werden die Codes und Kategorien aus der ersten Phase nach Relevanz gewichtet, wiederum codiert, sortiert, bewertet. Indem mehrere Codes der ersten Phase unter einen *focused code* zusammengefasst werden, findet auch dieser Schritt essenziell durch und mit Hilfe der Subjektivität der Forscher*innen statt. Die entstehenden Codes haben eine analytischere, konzeptionellere Form und stehen für die späteren Konzepte der Theorie. Charmaz empfiehlt dabei die Anwendung leitender Fragen, welche die Relevanz der

anvisierten Codes darstellen können. Während andere Formen der Grounded Theory weiterhin die Methode des axialen und selektiven Codierens anwenden, um Zusammenhänge zwischen den Kategorien herauszustellen, verbleibt Charmaz beim *initial* und *focused coding*. Sie betont dabei, dass die zwei Phasen keinen linearen Prozess von einem zum anderen darstellen, vielmehr befindet sich das Coding oft sowohl in der einen als auch in der anderen Phase, bis alle Konzepte zur gewünschten Tiefe ausgearbeitet sind. Betrachten wir die Prämisse des theoretischen Samplings innerhalb der Grounded Theory, kann es nicht anders sein, als dass sich älteres Datenmaterial in einer anderen Auswertungsphase als neu erhobenes befindet und diese beiden auch immer wieder miteinander verglichen, kontrastiert und in Zusammenhang gebracht werden – unter der Berücksichtigung der Subjektivität der Forscher*innen (Charmaz, [2006]/2014).

Die Ausgestaltung der Konstruktivität innerhalb der Methodenanwendung

Geht man wie mit der in Kapitel 6 beschriebenen Epistemologie davon aus, dass die soziale Wirklichkeit durch Präkonzepte und Erfahrungen gefiltert wahrgenommen wird, kommt man um eine konstruktivistische Ausgestaltung der Grounded Theory nicht umhin. Dies bedeutet, dass nicht nur die Teilnehmer*innen den gesamten Forschungsprozess mit Handlungen und Interaktionen beeinflussen, sondern gleichermaßen Forscher*innen durch ihre lebensgeschichtliche Prägung und bereits durch ihre eigene Intention, zu der gewählten Thematik forschen zu wollen. Dies erstreckt sich von A-priori-Annahmen über die subjektive Gestaltung der Datenerhebung und -auswertung bis hin zu der Herausarbeitung des Theoriekonstrukts aus dem gesammelten und bearbeiteten Datenmaterial, aber auch durch die sozialen und kulturellen Gegebenheiten, in welchen die Forschung stattfindet (Breuer et al. [2009]/2019; Charmaz, 2011).

Forschungspraktisch lassen sich diverse Reflexionsschritte in den Forschungsprozess einarbeiten. Dazu gehören von Beginn an das Führen eines Forschungstagebuchs und der *sensitizing concepts* (Blumer, 1969), das den lebensweltlichen Hintergrund der Autorin abbildet und Präkonzepte verdeutlichen kann; im Prozess das Schreiben von reflexiven Memos, welche die Erfahrungen im Forschungsalltag beleuchten und Situationen der Datenerhebungen reflektieren sowie die Nutzung einer Forschungsgruppe zum gegenseitigen Austausch. Ferner fließen Elemente der Selbstreflexion entlang spezifischer Fragen zum eigenen Umgang mit Erkenntnis in den Forschungsprozess ein. Dies betrifft die Themen- und Methodenwahl, das eigene Vorwissen und das recherchierte Wissen, spezifische Erlebnisse im Feld, Entscheidungen innerhalb des Auswertungsverfahrens sowie den gewählten Ton der Dokumentation und die Darstellung der Ergebnisse (Breuer et al., 2011). Selbstreflexion fließt darüber hinaus permanent in die Analyse und Zusammenstellung der Daten untereinander ein, indem die Lebenswelt der Forscher*innen und deren eigene

Erfahrungen und Subjektivität mit den Interpretationen der Befragten verknüpft wird, sodass eine dialogische Lesart für die Leserschaft entsteht und nachvollziehbar werden kann, wie Forscher*innen mit welchem Hintergrund zu ihrer Interpretation und Auswertungsleistung gelangen.

Im Prozess der vorliegenden Ph.D.-Thesis wurden die Coding-Schritte nach Charmaz ([2006]/2014) vollzogen – unter der Ergänzung, dass ein Aspekt des axialen Codings nach Corbin und Strauss ([1990]/2008) zu Hilfe genommen wurde, um die entstandenen leitenden Kategorien in sich zu strukturieren: Dafür wurde deren Struktur des paradigmatischen Modells auf die gebildeten Kategorien angewandt: Rein praktisch gesehen druckte die Autorin zunächst die vorläufigen Kategorien und Subkategorien aus, um sie auf einem Tisch anzuordnen und in unterschiedlicher Art und Weise und in ihren Bezügen zueinander zu sortieren. In diesen Prozess wurde auch das paradigmatische Modell von Corbin und Strauss einbezogen, sodass nicht nur variierende Sinneinheiten entstanden, sondern auch unterschiedliche Fragen an die Kategorien gestellt wurden. Diese Fragen des paradigmatischen Modells adressieren Kriterien, wie ein Phänomen, das innerhalb der Kategorie behandelt wird, entsteht, von spezifischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird, wie sich Interaktionen im Hinblick auf das Phänomen konstituieren und welche Konsequenzen daraus resultieren (Corbin & Strauss, [1990]/2008). Charmaz hält die Nutzung dieses Modells nicht für zwingend notwendig, um zu einem Ergebnis zu kommen (Charmaz, [2006]/2014, S. 147-150) – für die Autorin stellte es sich jedoch als wertvolle Unterstützung im Umgang mit einer bisher nicht durchgeführten Forschungsmethode dar. Als die Kategorien eine entsprechende Struktur und Tiefe aufwiesen, orientierte sich die Autorin weiterhin am *focused coding* nach Charmaz, um die Kategorien untereinander zu verbinden, die Kernkategorie mit ihren Bezügen herauszustellen und die Storyline zu verfassen, welche die ausgearbeitete Theorie der Grounded Theory in Grundzügen darstellen kann. Weiterhin war das paradigmatische Modell im weiteren Verlauf des Forschungsprozesses hilfreich, um zu einer graphischen und nachvollziehbaren Darstellung der Kategorien in ihren Bezügen zueinander zu kommen. Dieses finale Kodierparadigma ist zur Ansicht als Anhang 12 angefügt.

Nachdem nun die vorangegangenen Erläuterungen im Hinblick auf die Durchführung des Forschungsprozesses abgeschlossen sind und weiterhin zur Forschungsethik übergegangen wird, weist die Autorin darauf hin, dass die von ihr konstruktivistisch geprägten und erhobenen Rohdaten in ihrem Besitz verbleiben, damit die Daten einer weiteren Analyse durch die Autorin unterzogen werden können, was im Hinblick auf die weitere wissenschaftliche Tätigkeit der Autorin angestrebt wird.

6.3.7 Forschungsethik

Die ambulanten Pflegefachpersonen zählen durch ihre Eigenschaften (Alter innerhalb der Spanne der Berufstätigkeit, Vollbesitz der geistigen Fähigkeiten, keine besonderen Lebenssituationen zu erwarten) nicht zu einer vulnerablen Gruppe, gelten aber als Expert*innen für ihren Arbeitsbereich (Schnell & Dunger, [2006]/2018). Selbst wenn Teilnehmer*innen einwilligungsfähig und selbstbestimmt sind, kann die Konfrontation mit individuell als belastend erlebten Thematiken einen Schaden für sie bedeuten (Schnell & Dunger, [2006]/2018). Zur Sicherstellung des Datenschutzes und der unbedingten Freiwilligkeit an den Gesprächen mit der Autorin wurde folgendes Vorgehen innerhalb der Kontaktaufnahme gewählt: Die Pflegefachpersonen wurden durch ein über verschiedene Kanäle verbreitetes Anschreiben auf das Forschungsvorhaben der Autorin aufmerksam (vgl. Anhang 5). Über eine dafür eingerichtete E-Mail-Adresse konnten sie sich bei bestehendem Interesse bei der Autorin melden und erhielten daraufhin das Informationsschreiben zur Ph.D.-Thesis. Durch dieses Vorgehen hatten sie die Gelegenheit, weitere Fragen zu stellen und Informationen über die Studie einzuholen. Sofern die Teilnahmeerklärung für das Gespräch mit der Autorin nach Bedenkzeit der potenziell Interessierten von diesen unterzeichnet wurde, vereinbarten die Gesprächsteilnehmer*innen einen Interviewtermin und -Ort, wobei die Mehrzahl der Interviews im Rahmen der Covid-19-Pandemie telefonisch geführt wurden, wie in Kapitel 6.3.4 beschrieben wurde. Zur Vermeidung belastender Ereignisse wurde von der Autorin versucht, die Gesprächssituation so angenehm und natürlich wie möglich zu gestalten. Dazu wurde die Begegnung zwischen Pflegefachperson und Forscherin in den Alltag der Teilnehmer*innen eingebettet, indem vor und nach dem Interview über Alltägliches gesprochen wurde. Außerdem wurde darauf geachtet, dass das Interview beim Aufkommen von als belastend erlebten Themen pausiert wird. Auch ein Abbruch des Gesprächs wurde den Teilnehmer*innen bei Bedarf angeboten.

Die Pflegefachpersonen wurden innerhalb der Interviews unter anderem zu ihrer Einschätzung der Pflegebedürftigkeit ihrer zu Pflegenden befragt. Zur Wahrung des Datenschutzes wurden von der Autorin keine Daten zu personenbezogenen Angaben pflegebedürftiger Menschen erfragt. Äußerten die Pflegefachpersonen im Gespräch Dinge, die Rückschlüsse auf ihre Person zulassen, wurden diese Angaben durch Auslassungen im Rahmen der Transkription von der Autorin anonymisiert.

Die Interviews wurden mit einem Rekorder aufgezeichnet, transkribiert und dabei inhaltlich pseudonymisiert. Bei der Aufzeichnung wurde auf den Einsatz von Apps verzichtet, um eine unbemerkte und unerwünschte Daten-Weitergabe nach außen zu vermeiden. Auf einer Referenzliste (vgl. Anhang 8) wurden die Kontaktdaten und der Name der Teilnehmer*innen zusammen mit dem Pseudonym gespeichert. Diese Liste wurde von der Autorin

verschlüsselt und von den übrigen Studiendaten getrennt auf einem separaten Speichermedium gespeichert. Lediglich die Autorin selbst hatte darauf Zugriff und konnte diese einsehen. Nach der Transkription wurden die Aufnahmen auf dem Rekorder gelöscht. Anschließend wurde das Transkript ausgewertet. Nach Abschluss der Auswertung aller Transkripte und nach Erreichen der theoretischen Sättigung wurde die Referenzliste gelöscht. Damit sind die Daten anonymisiert.

Die Teilnahmeerklärungen werden gesichert und getrennt von den Transkripten für 10 Jahre aufbewahrt. Anschließend werden sie datenschutzrechtlich korrekt vernichtet. Die anonymisierten Transkripte werden für mögliche Sekundärdatenanalysen für 10 Jahre aufbewahrt und anschließend vernichtet.

Für das beschriebene Vorgehen im Rahmen der Forschungsethik wurde von der Autorin ein Ethikvotum der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) eingeholt. Auch nach der methodischen Anpassung der Gespräche wurde die Ethikkommission nochmals über die Anpassung informiert und konstatierte den Weiterbestand des Ethikvotums (vgl. Anhang 4).

Nachdem nun in den vorangegangenen Unterkapiteln des methodischen Ansatzes erläutert wurde, wie die Forschungsmethode von der Autorin im Prozess durchgeführt wurde, schließt sich nun der Überblick über das *theoretical sampling* in tabellarischer und ausformulierter Weise an, um die Leserschaft über die Auswahlentscheidungen im Forschungsprozess zu informieren.

6.3.8 Das *theoretical sampling* im Überblick

Die Auswahlentscheidungen hinsichtlich der weiteren Befragung spezifischer Pflegefachpersonen im Rahmen des *theoretical sampling* hielt die Autorin im Analyseprozess im Logbuch über ein begleitendes Memo fest. So konnte im Prozess jederzeit rekapituliert werden, welche Interpretationen und Kategorien momentan im Fokus der Bearbeitung stehen und wie sich einzelne Konzepte zueinander verhalten. Die nachfolgende Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Merkmale der befragten Personen und wie diese Merkmale und die inhaltlichen Informationen aus den Gesprächen der Autorin mit den Pflegefachpersonen in den Analyseprozess eingeflossen sind.

Zeitraum	Personen	Merkmale der Personen aus Vorstellung in E-Mail	Erkenntnisse aus den Interviews	Weiteres Vorgehen
Mai–Juni 2020	Sabrina, Michael, Margret, Mira	<p>Zwei Pflegefachpersonen mit mehr als 20 Jahren Berufserfahrung und Leitungsfunktion (Inhaber*in bzw. Pflegedienstleitung)</p> <p>Eine junge Pflegefachperson mit drei Jahren Berufserfahrung, eine Pflegefachperson mit mehr als 20 Jahren Berufserfahrung</p>	<p>Kontinuum der Pflegebedürftigkeit wird deutlich: Rolle der Angehörigen wird unterschiedlich dargestellt, Beziehung der Pflegefachperson zu den Angehörigen different: Konzept der Anwaltschaft tritt erstmals ungeordnet auf, weiterhin auch die Zusammenarbeit mit Dritten.</p> <p>Ein weiteres Thema ist der Blick auf unterschiedliche Generationen und deren Umgang mit und Verhältnis zu Geld und Pflege sowie die Handlungsfähigkeit der Pflegefachpersonen in diesem Hinblick.</p> <p>MD scheint in seiner Einschätzung kritisch betrachtet zu werden.</p>	<p>Fokussierung auf Erstgespräch und Aufnahmesituation: Auf was wird hier geachtet? Wie wird das Aufnahmegespräch in seiner Relevanz gewertet? Welche Faktoren spielen eine Rolle für Pflegebedürftigkeit? Wie verlaufen die ersten Besuche und was wird dann geachtet?</p> <p>Bezug unterschiedlicher Altersgenerationen zu Pflege ist noch unklar: Worum geht es hier? Ist es überhaupt relevant für Fragestellung?</p> <p>Was bedeutet die Einschätzung des MD für das Handeln der Pflegefachpersonen?</p> <p>➔ Anpassung des Leitfadens</p>

Zeitraum	Personen	Merkmale der Personen aus Vorstellung in E-Mail	Erkenntnisse aus den Interviews	Weiteres Vorgehen
Anfang bis Mitte August 2020	Lena, Laura, Juliane, Silke, Dominik	Zwei junge Pflegefachpersonen mit fünf Jahren Berufserfahrung, eine Pflegedienstleitung mit 10–15 Jahren Berufserfahrung, eine studierte Pflegefachperson mit Zusatzfähigkeit der Erstellung von Gutachten für den MD, eine Späteinsteiger-Pflegefachperson mit fünf Jahren Berufserfahrung	<p>Es werden Kriterien zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit genannt. Hauswirtschaft nimmt vor allem aus weiblicher Sicht einen großen Anteil daran ein. Pflegedienstleitungen und Pflegefachpersonen unterscheiden sich in ihrer Einschätzung der Angehörigen bezüglich der Differenziertheit des Urteils. Auch der MD wird nun differenzierter durch eine Pflegefachperson dargestellt, was zu differenzierter Erkenntnis führt.</p> <p>Jüngere Pflegefachpersonen scheinen mit Nähe-Distanz-Problematiken konfrontiert zu sein; Anwaltschaft tritt wiederum als Phänomen des begleiteten Abwartens bzw. als eigenverantwortliches Engagement auch über die Dienstzeiten hinaus auf. Es gibt Pflegefachpersonen, welche diese</p>	<p>Anwaltschaft als Konzept wird deutlich, auch Nähe-Distanz und die Zusammenarbeit mit Dritten als Ergebnis anwaltschaftlichen und eigenverantwortlichen Handelns.</p> <p>Werden hier im Sinne eines machtvollen Handelns auch Unterschiede zwischen den Pflegehäusern gemacht?</p> <p>Ein weiterer interessanter und noch unklarer Faktor ist das Phänomen „Menschenkenntnis“. Welche Rolle spielt sie im Rahmen der Interaktion zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus?</p> <p>Welche Werte legen sich die Pflegefachpersonen für ihre eigene Arbeit nahe und wie finden diese ihren Platz im Pflegehaus?</p>

Zeitraum	Personen	Merkmale der Personen aus Vorstellung in E-Mail	Erkenntnisse aus den Interviews	Weiteres Vorgehen
			Herausforderungen besser und schlechter für sich kompensieren und einen bestimmten Umgang finden: Sie beziehen sich selbst auf „Menschenkenntnis“. Wie hängt dies mit dem Umgang mit den Herausforderungen zusammen?	➔ Anpassung des Leitfadens
Mitte August bis Ende September 2020	Jona, Daniela, Ulrike, Joachim, Andrea, Alexandra, Simon, Angela, Eduard, Sonja, Adrian	Vier Pflegedienstleitungen unterschiedlichen Alters, zwei studierte Pflegefachpersonen mit Blick auf Strukturen und Entwicklungen des Gesundheitswesens, zwei Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildungen und dadurch entwickeltem ganzheitlichen Handlungsansatz, vier junge	Je nach Ansprechpartner*in werden unterschiedliche Themen des Leitfadens gewählt. Anwaltschaft und Nähe/Distanz werden mit Pflegefachpersonen unterschiedlicher Berufserfahrung besprochen, Menschenkenntnis ebenfalls. Die Pflegefachpersonen mit mehr Berufserfahrung können differenziertere Kriterien im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen und auch bezüglich der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit darlegen.	Mittlerweile existieren umfangreiche Erkenntnisse zum Umgang mit Angehörigen, deren Rolle im Pflegeprozess und zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit durch die Pflegefachpersonen. Noch etwas unklar ist die Kernkategorie in ihrer Dimension. Anwaltschaft und Nähe/Distanz scheint wichtig zu sein, die eigenen Implikationen der Wichtigkeit geleisteter guter Pflege können darin aber nicht verwertet werden.

Zeitraum	Personen	Merkmale der Personen aus Vorstellung in E-Mail	Erkenntnisse aus den Interviews	Weiteres Vorgehen
		Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung bis fünf Jahre	Sind Pflegefachpersonen in Schnittstellenbereichen wie nach Weiterbildung bspw. tätig, wird vor allem die Zusammenarbeit mit Dritten und das Konzept der Anwaltschaft weiter besprochen.	➔ Anpassung des Leitfadens
Oktober bis Ende November 2020			Ausarbeitung des Konzepts mit Hilfe der Codingprozeduren der Grounded Theory nach Charmaz und Corbin/Strauss	Nochmalige Sichtung der interessierten Pflegefachpersonen, um Kernkategorie zu sättigen
Anfang Dezember 2020	Ariane, Cathrin	Eine studierte Pflegefachperson und eine Quereinsteigerin mit Weiterbildung und palliativbezogener Tätigkeit	Beide Pflegefachpersonen geben nochmals individuelle Hinweise auf die Kernkategorie, sodass diese in ihren drei Konzepten verdichtet werden kann. Die weiteren Kategorien, welche bisher in Konzepten mündeten, sind durch die Aussagen aller Pflegefachpersonen gesättigt.	Beendigung des <i>theoretical samplings</i>

Tabelle 5: Übersicht über Entscheidungen im theoretical sampling

Tabelle 5 zeigt auf, welche Pflegefachpersonen mit welchem beruflichen Hintergrund zu welchem Zeitpunkt des Forschungsprozesses befragt wurden. Zur Wahrung der Anonymität wird nicht dediziert dargestellt, welche Merkmale genau auf die beschriebenen Pflegefachpersonen zutreffen. Weiterhin stellen die letzten beiden Spalten der Tabelle dar, inwieweit die Erkenntnisse aus den zusätzlich durchgeführten Interviews die bisher aufgestellten Konzepte informieren, ergänzen, korrigieren. Betrachtet man den im Prozess veränderten Leitfaden für die Interviews in Anhang 10 gemeinsam mit Tabelle 5, so erschließt sich der Analyseprozess der Autorin, was die Entscheidungen während der Interviews betrifft. Darüber hinaus wird die Subjektivität der Autorin in den analytischen Kapiteln ab Kapitel 7 immer wieder in den Textfluss integriert, sodass auch über diese Informationen und Einschübe deutlich wird, inwieweit die Autorin ihre Interpretationen in Verbindung mit dem veränderlichen Leitfaden und Tabelle 5 vorgenommen hat, um zu ihrem Analyseergebnis zu kommen.

Im folgenden Abschnitt werden die für diese Ph.D.-Thesis verwendeten Geltungsbegründungen vorgestellt, mit welchen das Ergebnis der durchgeführten Forschung in Kapitel 10 evaluiert werden wird.

6.3.9 Geltungsbegründungen

Wissenschaftliche Forschung wird hinsichtlich ihrer Geltungsbegründung innerhalb der Wissenschaftsgemeinschaft zur Diskussion gestellt. Bewertungskriterien der vorgelegten Ph.D.-Thesis werden dabei aus der Kombination qualitätssichernder Maßnahmen, welche sich aus der Epistemologie und der Methodologie ergeben, sowie aus den von der Geltungsbegründung konsekutiv folgenden Gütekriterien abgeleitet (Strübing, [2004]/2014). Für die vorliegende Ph.D.-Thesis wurde mit der epistemologischen Haltung des Konstruktivismus und der theoretischen Fundierung auf den Symbolischen Interaktionismus und den Forschungsstil der Grounded-Theory-Methodologie ein Set der Geltungsbegründung bereits beschrieben, auf welches sowohl Maßnahmen der Qualitätssicherung als auch Gütekriterien referieren.

Die Maßnahmen der Qualitätssicherung greifen dabei während des Forschungsprozesses und verfolgen das Ziel, eine möglichst hohe Qualität der wissenschaftlichen Forschung anzustreben. Verschiedene Maßnahmen, die sich an den Geltungsbegründungen orientieren, finden sich dabei auch in der Methodologie, d. h. im Symbolischen Interaktionismus sowie in der konstruktivistischen Grounded Theory nach Charmaz ([2006]/2014). Einige davon, z. B. die *sensitizing concepts* oder auch die Maßnahmen, um die Reflexivität innerhalb des Forschungsprozesses herzustellen und zu dokumentieren, wurden bereits im Rahmen dieses Kapitels genannt. Memos stellen sicher, dass die Entwicklung von Kategorien oder

andere Entscheidungen im Forschungsprozess nicht willkürlich, sondern begründet vorstattengeht. Die Einbindung und Darstellung der Subjektivität der Autorin ist zentral für das Verständnis ihres Verstehens und die vorgenommenen Interpretationen und Darstellungen.

Für die qualitative Forschung existieren auch unterschiedliche Ansätze und Begründungen für Gütekriterien. Zu den vor allem im angloamerikanischen Raum wohl bekanntesten gehören jene von Lincoln und Guba aus dem Jahr 1985, welche Vertrauenswürdigkeit, Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit und Bestätigbarkeit als Prüfkriterien aufstellen (Lincoln & Guba, 1985). Weitere Vorschläge für Gütekriterien innerhalb der qualitativen Forschung folgten und jeder Vorschlag referiert entweder auf einen spezifischen Hintergrund, an welchen die Gütekriterien angelehnt und angepasst werden, oder proklamiert die Einheit qualitativer Forschungsansätze, was innerhalb der qualitativen Sozialforschung zu weitreichenden Diskussionen führt. Was jedoch beide Ansätze vereint, ist die bleibende Ungewissheit, die sich im Rahmen der Bewertung qualitativer Forschung so und so ergibt: Existieren keine Grenzwerte, so bleibt es dennoch subjektiv, bis zu welchem Grad oder Materialeinsatz ein Forschungsergebnis glaubwürdig, reflektiert oder die Forschungsmethode gegenstandsangemessen ist (Flick, 2005; Strübing, [2004]/2014). Nachdem sich die Begründung der Gütekriterien anhand der Geltungsbegründungen für die Ph.D.-Thesis orientiert und Maßnahmen der Qualitätssicherung bereits in der Anwendung des Symbolischen Interaktionismus sowie der konstruktivistischen Grounded Theory inhärent sind, entscheidet sich die Autorin für die Nutzung jener Gütekriterien, welche von Strübing et al. (2018) als handlungsleitende für die gesamte qualitative Sozialforschung vorgeschlagen werden. Das Hauptargument dafür ist die im Artikel genannte Verzahnung und Ausgewogenheit von Theorizität, Methodizität und Empirizität,⁸ welche in einem iterativen Prozess während des gesamten qualitativen Forschungsprozesses ineinandergreifen und sich wechselseitig beeinflussen: Diese Verzahnung spiegelt sich sowohl in der konstruktivistischen Epistemologie als auch im Symbolischen Interaktionismus, darüber hinaus in der konstruktivistischen Grounded Theory wider, was zu einer adäquaten Passfähigkeit auf die Zielsetzung dieser Ph.D.-Thesis führt.

Strübing et al. (2018) schlagen fünf Kriterien vor, anhand welcher die Güte einer Forschungsarbeit evaluiert werden kann. Diese referieren damit nicht nur auf den Datenerhebungs- und Auswertungsprozess, sondern auch auf grundlegende Kriterien und Haltungen im Hinblick auf die gesamte Ph.D.-Schaffensperiode. Dabei bezeichnet das erste Kriterium die **Gegenstandsangemessenheit** des Forschungsdesigns und der letztlichlichen Durchführung der Forschung. Der Gegenstand bestimmt hierbei, welche Theorie, welche Methodik

⁸ Zum weiteren Verständnis vgl. auch Kalthoff et al. ([2008]/2019) sowie Neumann (2019).

und welche Auswertung ihm zugrunde gelegt werden sollten, um diesen in seinen Facetten darstellen zu können. Angemessenheit benötigt damit zwar die methodische Fundiertheit der Forschungsmethoden, aber vor allem auch eine methodische Dynamik und Anpassungsfähigkeit auf den zu betrachtenden Gegenstand, um dessen Eigenheiten und potenziellen Veränderungen gerecht werden zu können. Damit wird auch dem Postulat der Offenheit Rechnung getragen, was in diesem Sinne so spezifiziert werden kann, dass sich die Fragestellungen erst bei der Exploration des Gegenstandes – und nicht bereits während der Planung des Forschungsdesigns – in voller Tragweite erschließen lassen. Es gilt, eine flexible, aber dennoch methodisch fundierte Vorgehensweise anzuwenden.

Empirische Sättigung wird als weiteres Gütekriterium aufgeführt. Es zeichnet sich darin aus, dass zum einen eine Darstellung und Reflexion über den Zugang zum Feld und die darin etablierten Beziehungskonsequenzen erfolgt, zum anderen durch einen transparent dargestellten pluralen Datenkorpus, welcher mittels Methodik und Theorie sorgsam von den Forscher*innen ausgewertet wird, damit auch verborgene Informationen über den Gegenstand zugänglich gemacht werden können. Die der Grounded Theory inhärenten Vorgänge des *theoretical samplings* und der Kodieretechniken unterstützen in methodischer und theoretischer Hinsicht den Aufbau einer empirischen Sättigung. So gilt eine Forschungsarbeit dann als empirisch gesättigt, wenn von den Forscher*innen interpretierte Aspekte an diversen Stellen im Datenmaterial verankert werden können, wenn durch die fortlaufende Analyse keine weiteren Informationen zu einer Fragestellung mehr gewonnen werden können. Dies ist unter anderem auch vom Zugang zum Feld abhängig: Haben die Forscher*innen durch Beziehungsgestaltung, Präsenz oder eine Vertrauensbasis die Möglichkeit, „hinter die Kulissen zu blicken“ oder wird ihnen die Informationsgewinnung beispielsweise dadurch erschwert, dass über bestimmte Aspekte nicht kommuniziert wird oder dass der Zugang zum Feld nicht gelingt, weil die entsprechenden Gatekeeper nicht einbezogen werden, so reduziert dies die Qualität der den Forscher*innen überhaupt zugänglichen Daten und die Tiefe des Materials.

Das dritte Gütekriterium von Strübing et al. (2018) beschreibt die **Theoretische Durchdringung**. Dies meint in Ergänzung zur Empirischen Sättigung, dass die datenbezogenen Erkenntnisse wiederum für weitere Forschung fruchtbar gemacht werden können, wenn sie durch theoretische Bezüge irritiert und somit abstrahiert werden. Die theoretischen Bezüge müssen dabei eine Passfähigkeit im Hinblick auf erkenntnis-, handlungs- oder strukturtheoretische Fragen aufweisen, um die Gegenstandsangemessenheit weiter zu verfolgen. Weiterhin dient dieses Kriterium vor allem auch am Anfang des Forschungsprozesses dazu, überhaupt erst einen theoretischen Zugang in das Datenmaterial zu finden. Es beschreibt somit theoretisches und im besten Fall expliziertes Vorwissen und erzeugt dort Bezüge und Zusammenhänge, wo diese aus dem Feld selbst heraus nicht zugänglich gemacht werden.

Im Verlauf entwickelt sich dieses Kriterium jedoch dahingehend weiter, dass die Aussagen aus dem Forschungsfeld nicht singulär und absolut an die Forschungsgemeinschaft weitergegeben werden, sondern durch theoretische und passfähige Bezüge weiterentwickelt werden, sodass eine Analyse statt einer bloßen Deskription im Hinblick auf die zugrundeliegende Fragestellung möglich wird und neue Fragestellungen in Anknüpfung an bestehende Theorien entwickelt werden können.

Weiterhin benennen die besagten Autoren um Strübing das Kriterium der **Textuellen Performanz**. Sie adressiert einen weiteren Aspekt in der Rolle der Forscher*innen, weil diese nicht nur Daten erheben und auswerten, sondern darüber hinaus auch die Aufgabe der Autorenschaft übernehmen, indem sie ihre Forschungsleistung der Öffentlichkeit in Form einer Veröffentlichung oder auch einer Qualifikationsarbeit zugänglich machen. Dabei muss davon ausgegangen werden, dass nicht nur Angehörige der eigenen wissenschaftlichen Profession diese Texte lesen, sondern auch jene fremder wissenschaftlicher Professionen sowie wissenschaftliche Laien. Die Forscher*innen müssen daher im Hinblick auf dieses Kriterium eine Übersetzungsleistung erbringen, damit sämtliche Leser*innen den Texten aufmerksam und interessiert folgen können. Dies wird deutlich in reflexiven Einlassungen über die momentane Rolle der Forscher*innen im Prozess, durch einen herausgearbeiteten „roten Faden“, anhand dessen sich der Verstehensprozess der Forscher*innen von der unbekanntes Leserschaft nachvollziehen lässt. Weiterhin meint dieses Kriterium, die Leserschaft von der eigenen Forschungsleistung, von der Art, wie Daten mit Theorie gemeinsam dargestellt werden, zu überzeugen. Exemplarisch findet dies mit einer nachvollziehbaren und passfähigen Auswahl beispielsweise verwendeter Datenschnitte statt. Auch die Würdigung der Kommunikation, wie sie im Feld stattfindet, ist ein wichtiger Faktor, der für Zustimmung oder auch für Ablehnung des Gelesenen sorgen kann. Im Hinblick auf dieses Kriterium sollten Forscher*innen die Interaktion zwischen ihnen und dem Forschungsfeld daher zweizeitig betrachten: Zunächst, im Forschungsprozess, findet eine direkte Interaktion zwischen den Teilnehmer*innen an beispielsweise einem Interview statt. Im Verlauf jedoch, wenn die Forscher*innen das Forschungsfeld physisch bereits verlassen haben, besteht diese Interaktion in den angefertigten Memos und Auswertungen weiter und beansprucht eine entsprechende Würdigung entlang jener Kommunikationsstandards, welche im Forschungsfeld herrschen.

Das letzte Kriterium, welches die Autoren benennen, ist die **Originalität**. Diese wird anhand dreier Faktoren aufgespannt, welche es von den Forscher*innen zu berücksichtigen gilt. Zum einen ist dies der Bezug zum Common Sense, also jenem Wissen, das von allen implizit gewusst wird, sozusagen zum allgemein herleitbaren Standard-Alltagswissen einer Gesellschaft gehört. Weiterhin zeigt sich, wie auch im vorangegangenen Kriterium kurz angerissen, das Wissen und die Kommunikation der Praktiker*innen als relevante Größe. Als

letzter Punkt ergibt sich der Forschungsstand, an welchen die Forschungsarbeit angeschlossen werden sollte. Nur im Hinblick auf alle drei Faktoren lässt sich die Originalität einer Forschungsleistung beurteilen. Methodisch kann dies bewerkstelligt werden, indem das zugrundeliegende Wissen jedes Faktors rezipiert wird – anschließend der Beitrag der eigenen Forschungsarbeit eingeordnet wird. Auch durch diesen Schritt wiederum kann empirische Sättigung und theoretische Durchdringung mit der gegenseitigen Irritation der beschriebenen Seiten aufgezeigt werden und die durchgeführte Forschungsarbeit für weitere wissenschaftliche Arbeiten anschlussfähig gemacht werden (Strübing et al., 2018).

Die vorgelegten Gütekriterien nach Strübing et al. (2018) werden für die in dieser Ph.D.-Thesis erarbeitete Forschungsleistung im Rahmen der Implikationen und Limitationen nochmals in angewandter Form zur Sprache kommen. Zusammenfassend wurde in diesem Kapitel aufgezeigt, mit welchem Forschungsdesign im Rahmen dieser Ph.D.-Thesis vorgegangen wurde. Dabei wurden Aspekte des Feldzugangs und des *theoretical samplings* sowie die Implikationen der konstruktivistischen Grounded Theory als Forschungsstil und -haltung benannt. Weiterhin dient die Grounded Theory nicht nur als Forschungsstil, sondern wird in ihren methodischen Aspekten auch als Auswertungsmethode angewandt. Weiterhin wurde beleuchtet, inwieweit praktische und forschungsethische Gesichtspunkte dazu beitragen, Teilnehmer*innen zu schützen sowie die Daten dieser Forschung belastbar zu verwerten. Im Anschluss folgt nun die Darstellung der erarbeiteten Theorie über die Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit innerhalb der ambulanten Pflege als Ergebnis der Interviews zwischen den ambulanten Pflegefachpersonen und der Autorin unter Berücksichtigung der eigenen Subjektivität und Prägungen.

7 Analytische Kapitel

Im bisherigen Verlauf der Ph.D.-Thesis wurden überwiegend theoretische Aspekte rund um die bereits bekannten Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit dargestellt. Die Leserschaft konnte sich darüber hinaus ein Bild von der durchzuführenden Interviewstudie der Autorin machen. Nachfolgend werden die Aspekte der Gespräche zwischen der Autorin und den befragten ambulanten Pflegefachpersonen thematisch zentriert dargestellt.

Innerhalb des Kapitels 7 werden die gebildeten Konzepte aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen vorgestellt, um die Rahmenbedingungen der Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit, wie sie sich den Pflegefachpersonen unter Interpretation der Autorin darstellen, zu entwickeln, um schließlich in Kapitel 8 die Kernkategorie darzustellen. Bevor sich die nächsten Kapitel nun mit den Gesprächen zwischen der Autorin und den Pflegefachpersonen zum Thema Pflegebedürftigkeit beschäftigen und eine Darstellung über die Ergebnisse der Datenerhebung und -auswertung liefern sollen, gibt die Autorin zu Beginn jedes Unterkapitels einen Überblick über die zu erwartende Struktur des Kapitels, damit der Lesefluss geleitet vonstattengehen kann. Zunächst werden die Teilnehmer*innen an den Interviews unter Wahrung der Anonymität vorgestellt, um der Leserschaft einen Eindruck von den Interagierenden zu vermitteln. Anschließend werden die Konzepte der zu erstellenden Theorie der Herausforderungen von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Setting aus Sicht der Pflegefachpersonen im Spiegel der Interpretation der Autorin aufgezeigt. Der Rahmen, in welchem ambulante Pflege stattfindet, sowie die gesellschaftliche Sicht auf die Tätigkeit und den Beruf der Pflege, sind damit konstituierend. Weiterhin beeinflussen zum einen die Eigenheiten und Eigenschaften des Pflegehauses sowie die Expertise der Pflegefachpersonen im Dienst den Prozess der pflegerischen Versorgung. Nachdem diese drei rahmengebenden Konzepte vorgestellt wurden, beendet die Autorin die Darstellung der zu erstellenden Theorie mit einer Schilderung der Kernkategorie, welche die Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit im ambulanten Setting aufzeigen wird.

7.1 Die Reise beginnt...

Die Interviewteilnehmer*innen werden im hiesigen Unterkapitel mit ihren Eigenschaften, biographischen Rahmendaten und etwaigen Arbeitsschwerpunkten vorgestellt. Als Teilnehmerin an den Gesprächen tritt hier auch die Autorin mit einem Teil ihrer Sozialisation und Prägung in Erscheinung.

Inhalt Kapitel 7.1

Vorstellung der teilnehmenden Pflegefachpersonen	71
Zur Person der Autorin – und deren Einfließen in den Forschungsprozess	76

Vorstellung der teilnehmenden Pflegefachpersonen

Unter den 22 Interviewten sind 15 Teilnehmerinnen und sieben Teilnehmer. Sie sind zwischen 29 und 65 Jahre alt und weisen eine Berufserfahrung innerhalb der ambulanten Pflege von einem Jahr bis hin zu 34 Jahren vor. Im Detail ergibt sich für die befragten Pflegefachpersonen in Tabelle 6 folgender Überblick, wobei zur Adressierung von Ausreißern der Median als Maß der zentralen Tendenz in Abgrenzung zum arithmetischen Mittel gewählt wurde:

Geschlecht	Alter Spanne	Alter Median	Berufserfahrung Spanne	Berufserfahrung Median
weiblich	29–65	43	1–21	4
männlich	29–57	38	2–34	10

Tabelle 6: Überblick über Alter und Berufserfahrung, separiert nach Geschlecht

Die Menge der Berufserfahrung macht sich dabei in den Gesprächen an unterschiedlichen Faktoren fest. So werden beispielsweise die erlebten Situationen zueinander ins Verhältnis gesetzt oder Arbeitsbedingungen werden im Rahmen der Berufsjahre reflektiert. Ohne dass die Autorin im Gespräch eine darauf abzielende Frage gestellt hat, reflektieren Joachim und Margret, zwei Vertreter*innen vieler Berufsjahre, im Verlauf dessen über die Auswirkungen der Veränderungen der Pflege, die sie in ihrem Arbeitsleben spüren.

(...) Ich bin jetzt Mitte 50 und merke, dass bei mir einfach, das ist die andere Kehrseite, ich bin seit 1983 in dem Beruf drin und komme zu dem Schluss, 35 Jahre in der Pflege, länger sollte man nicht arbeiten müssen, wenn man immer zu 100 % arbeitet. Ich lebe auf Kosten meiner Substanz (...). – Joachim, Pos. 22

Margret ergänzt:

(...) Wir können viel mehr machen in der Zwischenzeit. Es ist jetzt gerade, seit die Änderung ist im Pflegegrad. Es sind doch mehr Leistungen auch über die Pflegekasse aufgenommen, so dass wir auch flexibler sind. (...) Vorher war das alles so ein bisschen festzementiert. (...) – Margret, Pos. 95+97

Diese eigenständige Reflexion der pflegerischen Arbeitsbedingungen und -umstände interpretiert die Autorin dahingehend, dass sich die Pflegefachpersonen stark mit ihrer Berufserfahrung identifizieren und die Entwicklungen der Pflege im Hinblick darauf bewerten. Auch Pflegefachpersonen, die bereits ihre Ausbildung in der ambulanten Pflege absolviert

haben und seit Abschluss der Ausbildung noch wenig Berufserfahrung aufweisen, identifizieren sich stark mit der ambulanten Pflege, weil sie ihr eine lehrreiche Erfahrung im Vergleich zur stationären Versorgung attestieren.

(...) Also ich finde das im ambulanten Dienst schon entspannter und man ist aus der Sichtweise als Azubi, find' ich jetzt, selbstständiger. Weil man handelt schneller. Man handelt instruktiver und auch irgendwo besser wie im Heim, weil im Heim holt man sich dann doch nochmal die Fachkraft dazu und sagt, hier guck' dir das mal an. (...) – Daniela, Pos. 20

Unter den Teilnehmer*innen sind sowohl Menschen, die seit Beginn ihrer Pflege Tätigkeit in der ambulanten Pflege tätig sind, als auch Menschen, die nach langer Tätigkeit in der stationären Pflege oder stationären Akutpflege in den ambulanten Sektor wechselten sowie Späteinsteiger*innen, die aus einem anderen Beruf ausstiegen und die Ausbildung zur Pflegefachperson absolvierten. Dies ist insofern relevant, als sich die Teilnehmer*innen bzgl. des ambulanten Settings durchweg positiv über den verstärkten Kontakt zu den Pflegehäusern äußern – jede und jeder nach seiner eigenen durchlebten Prägung. So kontrastieren die Teilnehmer*innen, welche früher in einer stationären Einrichtung tätig waren, den aus ihrer Sicht individuelleren Blickwinkel auf die pflegebedürftigen Menschen. Pflege nach den Erfordernissen und Wünschen der betroffenen Menschen zu gestalten und nicht nach den strukturellen Vorgaben der Einrichtung, in welcher sich die pflegebedürftigen Menschen momentan befinden, schafft den Teilnehmer*innen eine grundlegende Überzeugung der Richtigkeit und Wichtigkeit des ambulanten Settings.

(...) Ich habe früher im Altenheim gearbeitet, da musste ich in 15 Minuten fertig sein für eine Pflege und da bin ich irgendwann in die Intensivpflege, dann stationär, dann ins Ambulante, und das war ein Weltenunterschied. (...) Im Ambulanten kann ich so pflegen, wie ich ordentlich pflege und ich pflege die Leute auch so, wie ich selbst irgendwann gepflegt werden möchte. – Eduard, Pos. 18

Diejenigen interviewten Pflegefachpersonen, welche vor ihrer Tätigkeit in der ambulanten Pflege in der stationären Pflegeversorgung tätig waren, betonen vor allem positiv, dass sie im Pflegehaus voll und ganz für einen pflegebedürftigen Menschen da sein können und nicht mehrere Menschen gleichzeitig betreuen müssen.

(...) es ist halt in der ambulanten Pflege, seh' ich jetzt, ich persönlich, als Vorteil, dass ich sage: Ich bin jetzt bei dem und kann mich voll auf den Kunden, die Kundin konzentrieren, ihre Sorgen und Wünsche. Kurz: Wie geht's ihnen oder so, ja wie, einen Plausch halten, ja, einfach behilflich sein und dann nicht wegrennen. Wenn im Pflegeheim jemand klingelt, sag' ich: Ich muss schnell zur Frau Beier, zur Frau Meister und dann wieder zurück und das ist ein bisschen schwierig, weil man da sehr viele externe Stimulatoren noch hinten dran hat. – Simon, Pos. 58

Unter den 22 Teilnehmer*innen befinden sich acht Leitungspersonen, die entweder eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung oder ein entsprechendes Studium absolviert haben. Die Leitungspersonen sind in unterschiedlichem Umfang auch noch selbst in den Pflegetouren unterwegs. Bezeichnend ist für die Leitungspersonen, dass sie neben der Perspektive auf das Pflegehaus eine strukturelle Perspektive mit in die Interviews einbringen konnten. Sie entwerfen Tourenpläne, erhalten Vorgaben zur Vergütung der jeweiligen Pflegeleistungen und zum Zeitmanagement innerhalb des ambulanten Pflegedienstes als Arbeitsort und müssen die Effizienz des Pflegedienstes unter Berücksichtigung der vorliegenden Rahmenbedingungen sicherstellen.

(...) Auch ein Pflegedienst muss auf sein Portemonnaie gucken. Und wir haben genug Versorgung, wo wir die Börse schon mitnehmen. Die sich einfach nicht rechnen. Das ist ja auch noch so ein Thema. Aber wenn die sich nicht rechnen und ich einen Pflegegrad oder deren Pflegegraderhöhung anstrebe und die einfach nicht durchgesetzt werden kann, weil einfach das Potenzial nicht da ist, sondern es an der Persönlichkeit des Patienten liegt, dass eben viele Dinge einfach sehr viel länger dauern oder, oder, oder, dann machen wir die trotzdem. (...) – Andrea, Pos. 70

Je nach Bundesland, in welchem sich der Pflegedienst befindet, stellt dies die Leitungspersonen vor bestimmte Herausforderungen, da das Zeitkontingent und die Vergütung für die einzelnen Pflegeleistungen mit den Kostenträgern bundeslandspezifisch verhandelt werden und stark voneinander abweichen. Insofern sind die Äußerungen der Leitungspersonen dahingehend divergent, wie viel Aufwand beispielsweise für Pflegehäuser betrieben wird, die bei der Pflege und Therapie nicht so mitwirken, wie sie nach Ansicht der professionellen Dienstleistenden mitwirken sollen. Des Weiteren sind die Leitungspersonen überwiegend diejenigen, welche den Erstkontakt und die Erstgespräche mit neuen Pflegehäusern absolvieren. Sie machen sich erstmals ein Bild von der vorherrschenden Situation im neuen Pflegehaus, von den vorliegenden Familienkonstellationen und Bedarfen und Wünschen der pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen. Gleichmaßen haben sie die Aufgabe, die professionell eingeschätzten Situationen mit den Wünschen der Menschen in Einklang zu bringen und ein passgenaues Leistungsportfolio zu erarbeiten. Anschließend müssen die Erkenntnisse über die vorliegende Situation im Pflegehaus an die Mitarbeiter*innen im Pflorgeteam weitergegeben werden, um einen reibungslosen Ablauf im Pflegehaus sicherzustellen und das Zeitmanagement im Blick zu behalten. Dass dies immer wieder zu Herausforderungen führt, wird innerhalb der Kategorien deutlich gemacht.

Zwei der 22 Teilnehmer*innen verfügen über eine Weiterbildung für Palliative Care. In den Gesprächen zeigte sich diese immer wieder durch eine Haltung gegenüber den Pflegehäusern, die stark von einer psychosozialen Perspektive mitgeprägt wird. So werden beispielsweise Auswirkungen somatischer Erkrankungen auf die Psyche und Lebensweise eines

Menschen mitbedacht und in die Beratung miteinbezogen. Diese von den Teilnehmer*innen als „ganzheitlich“ benannte Perspektive weist auch eine weitere Teilnehmerin mit der Weiterbildung zur „Pflegetherapeutin Wunde® ICW“ auf, indem sie sich mit den auch manchmal psychischen Ursachen für Wunden und Wundheilungsstörungen beschäftigt. Jenen drei interviewten Pflegefachpersonen scheint es besonders wichtig zu sein, einen guten Kontakt zu anderen professionellen Dienstleister*innen im ambulanten Setting zu haben, damit die pflegebedürftigen Menschen diejenigen Leistungen erhalten, die sie für die somatische, soziale und psychische Bewältigung ihrer Erkrankung benötigen. Sie sind sensibel für Situationen, in welchen die pflegebedürftigen Menschen aufgrund ökonomischer Argumente nicht das erhalten, was sie dringend bräuchten. Auffällig ist weiterhin, dass diese Pflegefachpersonen eine transparent kommunizierte Haltung in Bezug auf die Menschenwürde der pflegebedürftigen Menschen haben.

(...) Und nichtsdestotrotz sollte ich eben nicht aufs Geld gucken, sondern sollte mir auch bewusst machen, für was stehe ich eigentlich hier? Ich bin Pflegefachkraft geworden, weil mir die Menschen wichtig sind, weil sie meine Unterstützung brauchen. (...) – Ariane, Pos. 26

Fünf der 22 Teilnehmer*innen haben entweder bereits einen pflegerischen Studiengang absolviert oder befinden sich zum Zeitpunkt der Interviews parallel zu ihrer Berufstätigkeit im Pflegestudium. Sie bringen mit einer kritischen Sicht auf gesellschaftliche und normative Strukturen im Gesundheitswesen einen weiteren Aspekt in die Interviews. Diese Aspekte betreffen zum einen die Finanzierung des ambulanten Sektors vonseiten der Kostenträger und damit die daraus von ihnen operationalisierte Anerkennung der pflegerischen Leistung. Operationalisiert wird diese nicht nur durch die teilweise als zu schlecht erlebte Finanzierung aufwändiger Pflegeleistungen, sondern auch durch den erlebten Zeitdruck und die daraus entstehende „Abfertigung“⁹ pflegebedürftiger Menschen. Zum anderen werden Aspekte benannt, die zeigen, dass Menschen aus strukturellen Gründen mit niedrigem sozioökonomischem Status einen schlechteren Zugang zu Beratungsangeboten und Versorgungs- und Betreuungsleistungen haben. Beide Aspekte zeigen, dass die erlebten Strukturen kritisch hinterfragt und mit ihren Auswirkungen auf alle Beteiligten miteinander in Beziehung gesetzt werden.

⁹ Abfertigung steht in diesem Zusammenhang nicht für die österreichische Wortbedeutung, die als hochdeutsches Äquivalent eine finanzielle Abfindung bei betriebsbedingter Kündigung eines Arbeitnehmenden meint, sondern als rasche, aufgabenzentrierte Abarbeitung der zu erledigenden pflegerischen Aufgaben im Rahmen eines Hausbesuchs, ohne den Menschen als solches in die Aufgabenerledigung mit einzubeziehen. Die ökonomische Folge der Abfertigung bedeutet, dass in derselben Arbeitszeit mehr Hausbesuche erledigt werden können, was zu Mehreinnahmen führt. Gleichzeitig kann jedoch durch den aufgabenzentrierten Aspekt und die rationalisierte Kontaktzeit weniger auf die psychosozialen Implikationen der Begegnung zwischen zwei Menschen eingegangen werden.

Die Teilnehmer*innen können weiterhin nach ihrem Arbeitsort unterschieden werden. Je nach städtischer oder ländlicher Gegend werden von ihnen unterschiedliche Herausforderungen in der täglichen Pflege und darauf bezogen auch unterschiedliche Umgangsformen mit den Pflegehäusern beschrieben. In städtischen Gebieten erleben die Pflegefachpersonen neben der alltäglichen Versorgung auch Menschen, die ihren Lebensunterhalt und ihre Pflege nur durch den Bezug von Sozialhilfeleistungen bestreiten können, sowie Gegenden, in welchen überwiegend wohlhabende Menschen leben. Die Auswirkungen dieser beider Gegensätze beeinflusst die potenzielle pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Menschen. Darüber hinaus treffen Pflegefachpersonen in Städten, vor allem in Großstädten, vermehrt auf Menschen mit Drogenabhängigkeitsproblematiken, welche Folgeerkrankungen nach sich ziehen und Auswirkungen auf das soziale Umfeld und auf die Mitwirkung an der pflegerischen und medizinischen Behandlung haben.

(...) Sondern dass eben, man sagt, man einigt sich auf einen Status quo, der halt finanzierbar ist. Das ist eine Zwei-Klassen-Pflege, oder inzwischen Drei-Klassen-Pflege geworden, weil die, die übers Sozialamt Hilfe zur Pflege bekommen, die einen Anspruch drauf haben, die haben das Glück, dass sie auch tatsächlich alle Leistungen bezahlt bekommen, die sie laut Einstufung und Eingradierung brauchen. (...) Das ist sozusagen noch mal eine Sonderform. Die, die knapp drüber liegen, sind die ärmsten Ärsche, weil die können sich weder Heim noch anderes leisten. Ja, aber das ist eine kleine Gruppe, wirklich die Sozialhilfeempfänger. Die haben da, können da Glück haben. (...) – Joachim, Pos. 14+16

In ländlichen Gebieten hingegen wird von den Pflegefachpersonen ein niedrigschwelliger Zugang zu den pflegebedürftigen Menschen beschrieben. Die Kommunikation wird angepasst an den Werdegang der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Die Interviewten sind als Personen im Dorf bekannt und für die Menschen greifbar.

(...) ich bin ja mit vielen per Du. Wir sind hier auf dem Land sehr schnell per Du, dann sag' ich: „Jetzt stell' dich mal nicht so an, jetzt wasch' dich.“ (...) Also hier auf dem Land sind wir sehr direkt. Aber die Patienten sind auch sehr direkt. Also von daher, wir schenken uns da nichts. Da wird's auch manchmal laut, aber man kennt sich halt. – Adrian, Pos. 48

Zudem wurden die Teilnehmer*innen nach der Art der Trägerschaft des ambulanten Dienstes, in welchem sie tätig sind, befragt. In den Interviews konnte jedoch im Hinblick auf die gebildeten Kategorien kein relevanter qualitativer Unterschied bzgl. einer privaten, gemeinnützigen oder kirchlichen Ausrichtung des Trägers gefunden werden. Die Teilnehmer*innen führen Unterschiede in den Vorgaben des ambulanten Dienstes mehrheitlich auf die Haltung und Persönlichkeit der Führungsperson zurück, was sich durch einen Teilnehmer in Leiharbeit und dadurch mit divergierenden Trägern und Inhaber*innen bestätigte.

(...) und der Chef hat ja auf Masse gemacht, Masse anstatt Klasse. Das hab' ich auch

schon erlebt. Bis ich halt gesagt hab': „So geht's nicht, ja, das ist einfach, kann ich nicht mehr vertreten.“ (...) – Simon, Pos. 26

Auch Alexandra referiert auf die Werte der Führungsperson:

(...) Und es ist [der Chef] ein Mensch, der einfach sagt, der Mensch zählt mehr als das Geld, als die Zeit und im Endeffekt sollte einfach jeder fair behandelt werden. Der Patient sollte eine vernünftige, kompetente, hochwertige Pflege bekommen. Die Pflegekraft soll vernünftig bezahlt werden. Sie soll einen angemessenen Zeitraum haben, um den Menschen, ja Hilfestellung zu geben. (...) – Alexandra, Pos. 4

Nachdem nun die befragten Pflegefachpersonen mit ihren Spezifika, Zugängen und Beweggründen auf Grundlage der Informationen im Rahmen des theoretischen Samplings vorgestellt wurden, folgt nun die Beschreibung der Autorin entlang derselben Aspekte, um der Leserschaft eine Vorstellung davon zu vermitteln, warum die Thematik der Ph.D.-Thesis für die Autorin bedeutsam ist – und wie diese Bedeutsamkeit, aber auch das subjektive Verstehen und Handeln grundsätzlich in den Forschungsprozess miteinfließen.

Zur Person der Autorin – und deren Einfließen in den Forschungsprozess

Die Sozialisation der Autorin selbst wird innerhalb dieses Kapitels nur holzschnittartig dargestellt, da diese in den einzelnen Kategorien mit Bezug zur Thematik weiter ausdifferenziert wird, um die Subjektivität innerhalb der Interpretation und Gesprächsverläufe plastisch zu beschreiben. Zum beruflichen Werdegang ist zu sagen, dass ich nach Abschluss meines Abiturs eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin im örtlichen Krankenhaus absolviert habe – die Eltern waren nicht begeistert, dass ich aus meinem Schulabschluss nur eine Pflegeausbildung herausholen wollte und mich gegen ein Studium entschied. Bereits während der Ausbildung meinte ich, eine tiefere und philosophische Bewandnis der Tätigkeit Pflege zu erkennen und ärgerte mich maßlos und widerständig über all jene, welche uns Pflegefachpersonen und auch mir als Auszubildender nicht auf Augenhöhe begegneten. Weiterhin empfand ich eine tiefe Abscheu gegenüber Stationen, auf welchen dem Chefarzt sprichwörtlich der rote Teppich ausgerollt wurde und alle in Ehrfurcht strammstanden, wenn er erschien. Die Hierarchien zwischen Pflege und Medizin, gleichzeitig das verzweifelte Streben der Pflege nach ärztlicher Anerkennung und die damit verbundene pflegerische Einmischung in ärztliche Arbeitsbereiche, ein „kleiner Arzt“ sein zu wollen, all das löste Ärger in mir aus und nicht nur einmal verließ ich meine Rolle als Auszubildende auf unangemessene Art und fing mit den meist männlichen Ärzten Diskussionen und Streit an, weil ich die Hierarchien und Rollenerwartungen nicht erfüllen wollte, weil ich ernst genommen werden wollte. Zumindest konnte ich dennoch erfolgreich die Ausbildung beenden, beschloss jedoch, diesen eigentlich geliebten Beruf aus diesen Gründen hinter mir zu lassen.

Ich begann ein Studium der Chemie, meinem Wahlfach aus der Abiturzeit, und arbeitete zur Finanzierung dessen einige Jahre in der ambulanten Pflege im ländlichen Bereich – doch auch das verlief mäßig erfolgreich, denn ich war zu grobmotorisch, um im Labor bestehen zu können und so floss ein Großteil meines Verdiensts aus der ambulanten Pflege in die Wiederbeschaffungskosten von Erlenmeyerkolben und Exsikkatoren. Weiterhin merkte ich, dass ich den Beruf der Pflege nicht verlassen möchte und dass es mir ein Anliegen ist, die Pflege als Berufsstand weiterzuentwickeln. Als Folge dieser Erkenntnis und nach einem durch mich fast erfolgten versehentlichen Giftgasalarm im Universitätslabor beschloss ich, die Chemie zum Wohle der Menschheit hinter mir zu lassen und begann mein Bachelorstudium mit Ausrichtung Pflegemanagement an der Hochschule Esslingen. Gleichzeitig wechselte ich als Gesundheits- und Krankenpflegerin von der ambulanten Pflege in eine Facharztpraxis mit Schwerpunkt Kardiologie und Angiologie. Die Tätigkeit innerhalb der Praxis betrachte ich dabei als dem Bachelorstudium zugeordnete komplementäre Entwicklung meinerseits, weil ich dort im Rahmen der Managementausrichtung lernte, in Strukturen zu denken, Dinge auf Managementbasis zu begründen. Während dieser Zeit wuchs mein Aufgabenbereich in der Praxis, nach Abschluss des Studiums übernahm ich Führungsverantwortung für das pflegerische Team. Weiterhin studierte ich im Verlauf an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar Pflegewissenschaft. Dieses Studium forderte mich insofern auf einer anderen Basis heraus, weil ich dort lernte, qualitative und quantitative Forschungen zu bewerten, Methoden begründet auszuwählen und teilweise durchzuführen. Darüber hinaus lernte ich, Fragestellungen, auch gesellschaftliche Entwicklungen, im Hinblick auf eine pflegewissenschaftliche Perspektive zu hinterfragen und zu einer begründeten Aussage zu kommen, einen reflektierten Diskurs zu führen. Denkschulen und philosophische Argumente begegneten mir in dieser Phase, welche mich auch in meiner Entwicklung innerhalb der Facharztpraxis prägten, indem sie mir manche Türen öffneten, einige auch wieder versperrten – jedoch gewann ich dadurch in jedem Fall eine analytische Grundhaltung, was die Handlungsmotive der Kolleg*innen betraf.

In diesem Zusammenhang möchte ich erwähnen, dass ich mich als hinterfragenden, widerspenstigen und streitbaren Charakter erlebe. Zusätzlich habe ich ein feines Sensorium für Machtkonstellationen. Dies empfinde ich grundsätzlich positiv, sehe jedoch auch, dass vor allem im Gesundheitswesen immer wieder Situationen entstehen, in welchen ich mit meiner Persönlichkeit und meiner durch das Studium geprägten Art zu denken Widerstand gegen etablierte (Macht-)Strukturen empfinde und bei den beteiligten Menschen auch erzeuge. Dieser Widerstand adressiert oftmals Fragen der Machtverteilung, der Würde und der Autonomie, weshalb ich mich nach Abschluss des Masterstudiums dazu entschlossen habe, mich innerhalb der Ph.D.-Thesis mit der pflegerischen Erfassung des Phänomens Pflegebedürftigkeit zu beschäftigen.

Die Persönlichkeit, Prägung und Motive der Autorin fließen in unterschiedlichen Stadien und in unterschiedlichem Ausmaß in den gesamten Forschungsprozess mit ein. Die grundsätzliche epistemologische Haltung wird nun im Verlauf weiter beschrieben.

Um Pflegefachpersonen für die Teilnahme an den Interviews zu gewinnen, verfasste die Autorin innerhalb der Studienvorbereitung einen einladenden und informativen Text (vgl. Anhang 5) bzgl. des Sinns und Zwecks der Ph.D.-Thesis, welcher über die oben dargestellten Strategien an alle dort verfügbaren Pflegefachpersonen verbreitet wurde. Bereits mit diesem Text beeinflusste die Autorin als forschendes Subjekt die Situation und die spätere Gesprächsentwicklung, da ihre Prägungen, Erfahrungen, Meinungen zum Thema der Ph.D.-Thesis in die Formulierung des Textes miteinfließen. Die Autorin erhielt diverse Rückmeldungen zur Subjektivität innerhalb dieses Textes und auch bei der Aushändigung der Studieninformation für die Teilnehmer*innen, insofern als diese spezifische inhaltliche oder auch interessierende Fragen zur Person und zum Privatleben der Autorin vorab der Gespräche und innerhalb der Gespräche mit mir erfragten. Die Teilnehmer*innen wollten wissen, mit wem sie es zu tun haben und warum ich mich für dieses Thema interessiere. In manchen Fällen musste ich erst einige Fragen zum Thema und zu meinem Werdegang beantworten, bevor die Teilnehmer*innen dem Interview zugestimmt haben.

Auch während der Gespräche merkte ich als Beteiligte, dass ich Situationen immer wieder durch meine atmosphärische Präsenz beeinflusse, mit dem Resultat, dass die Pflegefachpersonen mehr oder weniger flüssig berichten, sich in ihrem Gesagten sicher und aufgehoben fühlen, tabuisierte Themen benannt werden konnten oder auch nicht. Da die Gespräche aufgrund der Kontaktbeschränkungsempfehlungen im Rahmen der Covid-19-Pandemie zum überwiegenden Teil auf telefonischem Wege geführt wurden, stellten sich die atmosphärischen Elemente vor allem durch eine telefonisch spürbare Sympathie oder Antipathie dar. Weiterhin beeinflusste ich die Gespräche ad hoc durch interessiert Nachfragen, zustimmende Laute, Lachen. Ich bemerkte während der Telefonate immer wieder, dass Situationen, welche ich für komisch hielt, von der Pflegefachperson nicht für komisch gehalten wurden und umgekehrt. Dies empfinde ich nun in der Reflexion der Gespräche als kleinen Störfaktor, weil dieser einen Moment des Stockens, des Zauderns erzeugte. Diese Situationen entstanden immer dann, so empfand ich es während der Verschriftlichung, wenn die eigenen Befindlichkeiten oder Werte durch das Gesagte in welcher Form auch immer angetastet wurden, wenn sich Schnittstellen zwischen uns zwei Sprechenden auftraten. Es ergaben sich für die Gespräche meiner Ansicht nach keine relevanten Ereignisse daraus – diese Momente wären jedoch sicherlich anders verlaufen, wenn die Gespräche mit persönlicher Präsenz stattgefunden hätten und Gestik, Mimik sowie Körpersprache in die atmosphärische Dimension der Gespräche miteinfließen hätten können.

Die Autorin agierte damit während der Erstellung der Ph.D.-Thesis in unterschiedlichen Rollen und Bezügen. Zum einen war sie Forscherin, im Speziellen Gesprächspartnerin der teilnehmenden Pflegefachpersonen und gleichzeitig Analysierende. In dieser Funktion bewegte sie sich immer zwischen den Polen der wissenschaftlichen und der pflegepraktischen Sozialisation, was in einigen Situationen bisweilen auch epistemologische sowie ethisch-moralische Widersprüche mit sich brachte. Zum anderen war sie sie selbst – wie oben beschrieben – und brachte im Rahmen dessen auch ihre eigenen Befindlichkeiten, Erwartungen, Zugänge mit in die Gespräche und Auswertungen. Des Weiteren wurde sie mit zunehmendem Voranschreiten der Ausarbeitungen zur Autorin und stand vor der Herausforderung, die gewonnenen umfangreichen Erkenntnisse zum einen gebündelt und prägnant, zum anderen leitend und verständlich in einem Text darzustellen – auch für die fachfremde Leserschaft. Im Sinne einer textuellen Performanz (Beil-Hildebrand & Frei, 2013; Strübing et al., 2018) wird daher im Verlauf der Kapitel immer wieder schlaglichtartig reflektiert, aus welcher epistemologischen und ontologischen Haltung die Autorin interpretiert; gleichzeitig werden, wo nötig, die Aussagen der Pflegefachpersonen innerhalb Fußnoten kommentiert und erklärt, damit Leser*innen anderer Fachbereiche fernab der Pflege einen Zugang zur (Fach-)Sprache der Pflegefachpersonen finden.

Nachdem nun ein Überblick darüber geschaffen wurde, von welchen Personen die Gespräche in welcher Art und Weise geprägt sind, beginnt die Darstellung der Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit mit den konstituierenden Faktoren für Pflege – im folgenden Kapitel sind dies die gesellschaftlichen Bedingungen, unter welchen Pflege organisiert ist und stattfindet.

7.2 Pflege & Gesellschaft

Inhalt Kapitel 7.2

Einleitung.....	80
SES und Vulnerabilität als determinierende Faktoren für die pflegerische Versorgung der Pflegehäuser	81
Der Pflegegrad als Zugang zu professioneller Pflege.....	88
Herausforderungen innerhalb der Antragstellung vor dem MD.....	91
Pflege als Modulleistung und deren Auswirkung auf die Versorgung	94
Der Wert der Pflege für die Pflegehäuser.....	107
Diskursive und mediale Aufbereitung der Pflege innerhalb der Gesellschaft	112

Einleitung

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen findet in determinierten Zusammenhängen statt. So leben die Menschen, vielleicht gemeinsam mit Angehörigen, in einem Pflegehaus, welches im Folgenden als Begriff für den Haushalt stehen soll, in welchem die Pflegefachperson Pflegeleistungen erbringt. Gleichzeitig bezeichnet der Begriff Pflegehaus sämtliche Bewohner*innen dieses Haushaltes, also die pflegebedürftige Person mitsamt ihren Angehörigen und/oder anderen Menschen, welche Verantwortung für die pflegebedürftige Person übernehmen. Die Autorin geht im Verlauf der darzustellenden Theorie davon aus, dass ein Pflegehaus als autarke selbstbestimmte Einheit nach eigenen Regeln handelt und dieses Handeln in Abstimmung oder im Kontrast zu den organisatorisch bedingten Regeln des ambulanten Pflegedienstes stattfindet.

Ein weiterer Zusammenhang, in welchem sich sowohl Pflegehäuser als auch ambulante Pflegedienste bewegen, ist das Setting der vom Bundesland geprägten ambulanten pflegerischen Versorgung, welche zum einen von der länderspezifischen Gesetzgebung im Bereich der Pflege, zum anderen von den länderspezifischen Vergütungsvereinbarungen zwischen Kranken- und Pflegekassen und den Trägerverbänden beeinflusst werden. Durch die Rahmenbedingungen, welche die Länderspezifika mit sich bringen, resultieren für die ambulanten Pflegedienste unterschiedliche Möglichkeiten und Einschränkungen innerhalb der pflegerischen Leistungsgestaltung und infolgedessen für die Pflegehäuser unterschiedliche Zugänge zu diesen Leistungen.

Dieses Kapitel beschreibt im Folgenden die von der Autorin interpretierten Implikationen der Kategorie *Pflege und Gesellschaft* unter der Annahme, dass auch die herrschenden sozialen Verhältnisse einer Gesellschaft die Inanspruchnahme und das Ausmaß möglicher pflegerischer Unterstützung durch die Angehörigen oder durch Pflegefachpersonen grundsätzlich beeinflussen, insofern als für unterschiedliche Menschen unterschiedliche Barrieren und Zugänge zum Gesundheitswesen bestehen. Darüber hinaus prägt Pflege als in früheren Zeiten etablierter „Dienst am Menschen“ im Sinne eines gesellschaftlichen Phänomens die individuelle Sicht auf Pflege im Pflegehaus selbst: Pflegefachpersonen handeln als Repräsentant*innen der Berufsgruppe sowohl unter wirtschaftlichen Zwängen als auch unter gesellschaftlich verankerten und medial transportierten Moralvorstellungen von Pflege. Insofern soll in diesem Kapitel darüber hinaus auch beleuchtet werden, inwieweit die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auch den Diskurs über Pflege beeinflussen, teilweise auch dirigieren.

SES und Vulnerabilität als determinierende Faktoren für die pflegerische Versorgung der Pflegehäuser

Bevor im Verlauf des Kapitels beschrieben wird, inwieweit die Pflegefachpersonen vom gesellschaftlichen Diskurs über Pflege in Verbindung mit dem wirtschaftlichen Aspekt der Pflegeleistungen in ihrem Handeln belangt werden, zeigt die Autorin zunächst die strukturellen Voraussetzungen unserer Gesellschaft zum Bezug von Pflegeleistungen auf und mit welchem System, in welcher Art und Weise Pflegeleistungen im Pflegehaus selbst erbracht werden. Den Anstoß dazu gaben die befragten Pflegefachpersonen, indem sie auf die Frage nach einem alltäglichen Arbeitstag in der ambulanten Pflege immer wieder selbst auf die gesellschaftlichen Bedingungen hinwiesen, unter welchen die pflegebedürftigen Menschen leben. Dabei scheint eine von Außenstehenden erlebte Vulnerabilität ein wichtiges Phänomen zu sein.

Ja und es werden mehr wieder. Wo die Leute einfach sich keine Hilfe holen, weil eben denen ihr soziales Umfeld total wegbricht. – Ulrike, Pos. 119

Eine Hauptursache für Vulnerabilität ist die ungenügende Verortung in sozialen Netzen. Vulnerable Menschen sind geprägt von Einsamkeit – haben entweder keine Angehörigen, keinen Kontakt mehr zu Angehörigen oder keine Angehörigen, die in ihrer Nähe leben. Ulrike ergänzt das zu betrachtende Phänomen weiterhin im Gespräch:

Es ist häufig niemand da, wo sich darum kümmert, der es kann. Also das ist das Ehepaar, wo zum Beispiel keine Kontakte gepflegt hat und solange sie beide können, ist alles gut. Und sowie der eine nicht mehr kann, körperlich oder der andere demenzbedingt, geht das ganz schnell, dass das aus dem Ruder läuft. Und die Kinder, es gibt vielleicht Kinder, es gibt vielleicht Neffen, Nichten, aber die sind weiter weg und denen wird lange heile Welt vorgespielt. (...) – Ulrike, Pos. 121

Aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen wird ersichtlich, dass vulnerable Menschen oft unzureichenden Zugang zu Versorgungsangeboten haben, weil sie nicht über die erforderlichen Informationen bzgl. dieser Angebote verfügen und/oder sie sich den Zugang dazu nicht selbst organisieren können. Kommunikation und Rückmeldung durch Angehörige über erlebte Defizite im Alltag, über Kompensationsmöglichkeiten und mögliche Unterstützung vonseiten der Angehörigen kann ohne sozialen Kontakt mit anderen nicht (mehr) stattfinden. Vulnerabilität scheint damit nicht nur mit der Zahl der verfügbaren sich kümmernden Angehörigen zusammenzuhängen, sondern darüber hinaus auch einen Bildungsaspekt aufzuweisen. Daher werden die Aussagen der Pflegefachpersonen auf den sozioökonomischen Status (SES) der Pflegehäuser hin betrachtet, was die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen bedingt. Betrachten wir den SES als Konstrukt, kann literaturbasiert zusammengefasst werden, dass sich der SES durch das Einkommen, den Beruf und die

Bildung eines Menschen definiert und das Zustandekommen, den Umfang und die Qualität der Versorgung in diverser Hinsicht beeinflusst, insofern als der SES ein Marker für die individuelle Vulnerabilität eines Menschen sein kann. Dies wird auch in der Literatur über diverse Studien bestätigt, welche unterschiedliche vulnerable Gruppen wie von Krankheit und Behinderung betroffene Menschen, unter Armut oder Obdachlosigkeit leidende Menschen oder auch Geflüchtete und Migranten, betrachtet und diesen einen schlechteren Zugang zu Versorgungsangeboten innerhalb des Gesundheitswesens bescheinigt (Haggerty et al., 2020; Lebano et al., 2020; Navas et al., 2019; Purkey & MacKenzie, 2019). Im Sinne von Ulrikes und anderen nachfolgenden Aussagen wird Vulnerabilität in diesem Kapitel als versorgungsbezogen und das gesamte Pflegehaus betreffend verstanden. Der Zugang zu Versorgungsangeboten hängt demnach davon ab, inwieweit die Menschen über diese Versorgungsangebote informiert sind, wie niedrigschwellig der Zugang zu diesen Angeboten ist und ob ein soziales Umfeld unterstützend bei der Inanspruchnahme der Versorgungsangebote mitwirkt. Der Umfang der Versorgung wird davon beeinflusst, inwieweit ein soziales Umfeld mit in die Versorgung integriert ist und in welchem Umfang professionelle Pflegefachpersonen involviert werden.

Ja, sofern die Angehörigen in der Lage sind, auch darauf einzugehen. Manchmal sind die Situationen im ambulanten Bereich ja auch äußerst prekär und dass wirklich sehr wenig Geld da ist. Also Fälle, in denen wirklich das Pflegegeld, sagen wir mal, verfuttert und vertrunken wird, habe ich selbst eigentlich so noch nicht erlebt. Muss ich ganz ehrlich sagen. Aber das Pflegegeld wird schon immer mal auch als zusätzliches Einkommen gesehen. Das ist Realität. – Juliane, Pos. 34

Der SES der Pflegehäuser bedingt in seiner Definition unter anderem die finanziellen Möglichkeiten der Versorgung. Bei finanziellen Engpässen übernehmen Angehörige einen Großteil der Pflege und Betreuung, weil sie das Pflegegeld an anderer Stelle investieren müssen und sich daher professionelle Pflege durch Pflegefachpersonen nur in kleinem Umfang leisten können. Doch da sich der SES nicht nur über ökonomische Möglichkeiten konstituiert, muss davon ausgegangen werden, dass weiteres Kapital im Sinne Bourdieus¹⁰ (hier zusätzlich symbolisches, kulturelles, soziales) ebenfalls eine wichtige Rolle spielt, da es über die Rahmenbedingungen der Versorgung und die Selbstbestimmtheit innerhalb der Versorgung maßgeblich entscheidet und somit als Faktor zur Einschätzung der möglichen Vulnerabilität gelten kann. Selbstbestimmtheit innerhalb der Versorgung und die grundsätzliche Möglichkeit, zwischen unterschiedlichen Versorgungssettings oder -ausgestaltungen wählen zu können, formiert letztlich die Qualität der Versorgung, in welcher sich das Pflegehaus befindet.

¹⁰ weiterführend zu Bourdieu „Entwurf einer Theorie der Praxis“, s. Bourdieu ([1979]/2018).

(...) Also wir haben Patienten, da nehmen sich die Angehörigen Zeit und sagen: „Ach ja, gut, dann geh' ich in Frührente und kümmer mich um meine Mutter.“ Wer kann das? Das können ja nur Leute, die entsprechende Ressourcen dafür haben. (...) – Jona, Pos. 40

In den Gesprächen der Autorin mit den befragten Pflegefachpersonen zeigt sich innerhalb dieser Thematik, dass vor allem Jona und Ulrike die Situationen vulnerabler und privilegierter Pflegehäuser erkannt und abstrahiert haben. Jona bezieht sich in seinen Äußerungen immer wieder auf sein zugrundeliegendes Pflegestudium mit Managementausrichtung, welches unter anderem die strukturellen Bedingungen unserer Gesellschaft in den Blick nimmt und Erklärungsansätze für die von ihm erlebte Ungleichheit bezüglich der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen liefert. Er adressiert dabei immer wieder auch finanziell gut situierte und informierte Pflegehäuser, welchen es im Hinblick auf die vorhandenen Ressourcen leichter zu fallen scheint, eine ausreichende pflegerische Versorgung zu organisieren. Gut informierte Pflegehäuser sind damit in der Lage, verschiedene Interessen gegeneinander abzuwägen und eine passende Versorgungsform für ihre pflegebedürftigen Angehörigen auszuwählen. Gleichmaßen ergibt sich für die weniger privilegierten Pflegehäuser die Problematik, Pflege auf irgendeine Art und Weise selbst leisten zu müssen, wenn der Zugang zu organisierten Pflegeleistungen unzureichend oder nicht herstellbar ist. Daraus ergeben sich möglicherweise weitere Probleme.

Ich glaube, dass ganz viel Überforderung an sich da war. Also der Patient war, wie gesagt, bettlägerig, 24 Stunden, sehr korpulent, adipös, und die Lebensgefährtin hat ihn halt gepflegt. Mehr schlecht als recht, würde ich jetzt einfach behaupten, nach ihren besten Möglichkeiten, selbst stark lungenkrank, braucht immer wieder Sauerstoff, aber letztendlich glaube ich, dass sie keine andere Wahl hatte, als ihn zu Hause zu versorgen, weil kein Geld für ein Pflegeheim oder dann ist man getrennt oder noch mehr, dass wenn wir öfter kommen, dann ist ja noch mehr Geld weg. Dann ist nichts mehr zur Verfügung. Ich glaube, dass das ganz viel eine Rolle spielt. Weil so sah es, so sah es halt auch in der Wohnung aus. Es war alles vollgestellt und voll-gesammelt und gestapelt. – Alexandra, Pos. 62

Die eigenen Kräfte der pflegenden und betreuenden Angehörigen sind begrenzt – vor allem, wenn es sich um die oder den Lebenspartner*in im ähnlichen Alter handelt, die ebenfalls mit Krankheit belastet sind. Die Pflegehäuser kommen mit der geleisteten Pflege durch die Angehörigen an ihre Grenzen, was sich für Außenstehende vor allem an der Haushaltsführung zeigt.

Vulnerabilität zeigt sich in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen weiterhin auch darin, dass pflegebedürftige Menschen ihre Unterstützungsbedürftigkeit nicht anerkennen und den Kontakt komplett zu ihren Angehörigen oder deren Hilfsangeboten ablehnen.

(...) Das war ein typischer Messie-Haushalt. Der Mensch war ein Junggeselle,

alleinlebend, selbstständig, gewohnt, seine Dinge selbst zu machen und da ist auch der Bruder und der Neffe usw., die sind nicht wirklich vorgezogen an den Menschen. Und der hat ganz, ganz wenig zugelassen. Und bis man da dann den Mann zu seinem eigenen Schutz, ja, aus dem Umfeld entfernt hat, der ist fast gestorben. Der hat dann mal was zum Essen warm gemacht im Backofen. Hat den Backofen aufgeheizt auf 200 Grad und draußen hat es fast 40 Grad gehabt. Das war letztes Jahr, wo es so heiß war. Und dann war er dehydriert am Boden gelegen, weil er da umgefallen war, vor dem offenen Backofen, also noch einmal mit Hitze bestrahlt. – Ulrike, Pos. 111

Auch hier wird die Vulnerabilität offenkundig. Die Ablehnung von Unterstützung von außen wird so lange geduldet, bis für das Umfeld unverkennbar ersichtlich wird, dass im Pflegehaus Gefahr für Leib und Leben für den pflegebedürftigen Menschen besteht – meistens ist dann bereits ein Schaden für den pflegebedürftigen Menschen eingetreten. Hier zeigt sich die Konsequenz aus Vulnerabilität und unzureichender Pflege und Betreuung als Dekompensation des häuslichen Versorgungsarrangements. Dies wird oftmals durch eine einprägsame Gefahrensituation erkennbar. Nach Offenbarwerden der bisher verborgenen Vulnerabilität folgen zumeist Handlungen der Außenstehenden, die auf eine kurzfristige Verbesserung der Situation abzielen – in obigem Beispiel wurde für den betroffenen Herrn eine stationäre Versorgung organisiert. Vulnerabilität zeigt sich hierbei auch im Verlauf, indem die pflegebedürftigen Menschen in solchen Situationen kein Mitspracherecht mehr haben und die organisierte Versorgungsform so akzeptieren müssen, wie sie von den entscheidenden Personen, möglicherweise auch durch eine ihnen unbekannt und gerichtlich neu eingesetzte Betreuungsperson, eingerichtet wird. Die Autorin kennt ähnliche Zustände aus ihrer eigenen Berufstätigkeit innerhalb der ambulanten Pflege. Es besteht hierbei für das gesamte Umfeld inklusive der Pflegefachperson die stetige Abwägung zwischen der Achtung und Wahrung der Eigenverantwortung des pflegebedürftigen Menschen und dem Sorgen für Sicherheit, was meiner Erfahrung nach zumeist nicht im Sinn des pflegebedürftigen Menschen ist und von mir heute als paternalistisch-motivierte Handlung gesehen wird. Innerhalb meines Masterstudiums beschäftigte ich mich eine Zeitlang mit dem Konzept *Evidence-Based-Nursing*. Fasziniert hat mich daran, dass eine Versorgung auf Augenhöhe stattfindet, wenn dieses Konzept so durchgeführt wird, wie die Autoren Johann Behrens und Gero Langer es in ihrer Veröffentlichung beschreiben. Ziel ist es, eine Versorgungsfrage so zu beantworten, dass sowohl das verfügbare aktuelle evidenzbasierte externe Wissen als auch die Situation und der Wille des pflegebedürftigen Menschen in Verbindung mit dem Erfahrungswissen der Pflegefachperson und der Beziehungskonstellation zwischen beiden die bestmögliche Lösung für dieses Problem ergibt (Behrens & Langer, [2010]/2016). Gleichmaßen ist davon auszugehen, dass damit auch ein Kompromiss im klassischen Sinn gefunden wird. Innerhalb meiner Berufstätigkeit in der ambulanten Pflege erlebte ich durchaus, dass dieser Kompromiss dann gesucht und gefunden wird, wenn die

Situation unstrittig ist – kommt es jedoch zu solch schwerwiegenden Vorfällen wie oben beschrieben, sind die Umstehenden oft geneigt, eine ihrer Meinung nach angemessene Lösung für den pflegebedürftigen Menschen über seinen Kopf hinweg organisieren zu müssen und den Menschen damit implizit zu entmündigen, diesem damit die Urteilsfähigkeit abzuspochen. Es ist für mich aus heutiger Sicht schwer nachvollziehbar, warum die Kommunikation auf Augenhöhe mit diesem Menschen nicht möglich sein sollte; jedoch erkenne ich auch bei mir eine unzureichende Erfahrung mit solchen herausfordernden Situationen und weiß um die jeweiligen beteiligten Rahmenbedingungen, die Pflegefachpersonen davon abhalten, sich voll und ganz demjenigen Menschen zuzuwenden und evtl. viel Zeit in die Findung eines Kompromisses zu investieren. Weiterhin darf nicht unterschlagen werden, dass es sicherlich psychische Ausnahmesituationen gibt, innerhalb welcher ein Mensch nicht so entscheiden kann, wie er es sonst täte. Dennoch vertrete ich die Überzeugung, dass auch in diesem Fall eine vorübergehende Lösung gesucht werden sollte, die ohne größeren Aufwand umkehrbar ist, sobald der pflegebedürftige Mensch wieder in der Lage ist, seine Situation zu überblicken und dieses Urteil in die Versorgungsfrage miteinbezogen werden kann.

Der Dekompensation der häuslichen Versorgungsarrangements kann durch engagierte Beratung vonseiten der Pflegefachpersonen und Information der Pflegehäuser über Möglichkeiten und Angebote zur Versorgung aktiv entgegengewirkt werden, sofern der Kontakt zum Pflegedienst vonseiten des Pflegehauses gesucht wird.

(...) „Hören Sie mal, also das können Sie machen, das können Sie machen, da haben Sie Anrecht drauf. Nutzen Sie das und übrigens, es gibt Kurzzeitpflege einmal im Jahr, die Sie abrufen können usw.“ Also wo man dieses Leistungsspektrum erst mal aufzeigen muss und sagen kann, hier ist Entlastung möglich und das kostet natürlich dann auch immer Zeit. – Jona, Pos. 12

Pflegefachpersonen erleben dabei immer wieder das Dilemma, in welchem sich die vulnerablen Pflegehäuser befinden. Sie erkennen innerhalb ihrer Beratungstätigkeit zum einen, welche Problematiken im Pflegehaus vorherrschen. Zum anderen müssen sie erkennen, dass nicht alle Menschen selbstverständlichen Zugang zu den unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten haben und dass sie als professionelle Fachkräfte in der Rolle der Vermittelnden stehen, um diesen Zugang herzustellen – dabei selbst unter Zwängen stehen, vor allem unter Zeitdruck, wie die Autorin später noch intensiver ausführen wird. Infolgedessen reflektiert Lena das Ergebnis dieser Unausgewogenheit:

(...) Und das ist so schade eigentlich. Das ist so schade. Das wünscht man ja auch für sich selber eigentlich gar nicht, oder also dass jemand erst weiß Gott wie weit gehen muss, um überhaupt ansatzweise was zu erreichen. Jemand anderer. Das ist schon ein starkes Stück und macht mich echt traurig, dass das so extrem ist

bei uns hier. – Lena, Pos. 38

Lenas Aussage zeigt den schmerzlichen Prozess eines professionellen Erkennens der Vulnerabilität anderer Menschen in Verbindung mit der Wahrnehmung, als Pflegefachperson nicht allen das zukommen lassen zu können, was sie aus professioneller Sicht benötigen.

(...) Aber das tut mir weh, weil ich sehe, dass der das eigentlich braucht. Aber wie viel Kraft, Zeit und Geld will man investieren. (...) – Andrea, Pos. 70

Es scheint bei den befragten Pflegefachpersonen immer wieder das Gefühl der moralischen Verpflichtung gegenüber der Pflegehäuser mit begrenzten Ressourcen aufzutreten, die jedoch vom Gesundheitssystem an unterschiedlichen Stellen reglementiert und gesteuert wird. Als Konsequenz agieren manche der befragten Pflegefachpersonen in ihrem beruflich gesteckten Rahmen und bedauern die gesetzten Grenzen, andere engagieren sich außerhalb ihrer Arbeitszeit, um selbst erlebte strukturelle Defizite der Versorgung zu bearbeiten.

(...) Aber ich hatte Glück, wir haben eine neue Physiotherapeutin, die hat hier aufgemacht im Nachbarort. Da bin ich dann persönlich einfach, weil ich war sowieso einkaufen, da hab' ich da mal angehalten und hab' die mal angequatscht. Ich sagte: „Wie sieht's aus? Ich hätte da den und den, das und das müsste gemacht werden, weil ich einfach merke, sie werden steif, sie kriegen richtige Kontrakturen, sie können sich nicht mehr richtig bücken, das Gangbild ist komplett unsicher.“ (...) – Lena, Pos. 28

So entwickelt sich aus „einfach mal angequatscht“ in der Folge eine Kooperation zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der Physiotherapeutin. Neben der Aufgabe der Beratung und Leistungsvermittlung nehmen Pflegefachpersonen durch § 37 (3) SGB XI eine weitere Aufgabe wahr. Sie begleiten diejenigen Pflegehäuser, welche das Pflegegeld als Geldleistung in Anspruch nehmen und vollziehen die vom Gesetzgeber geforderten Pflegeberatungsbesuche. Die Pflegefachpersonen bewegen sich mit dieser Aufgabe im Grenzbereich zwischen unterstützender Beratung und sanktionierender Kontrolle. Vulnerabilität zeigt sich hier vor allem dann, wenn das Pflegegeld nicht zur Finanzierung der Pflege genutzt wird, sondern ins Familieneinkommen einfließt und die pflegebedürftigen Menschen in der Konsequenz dadurch zu wenig Pflegeleistungen erhalten.

(...) Also dieses Thema mit dem verwahrlosten Opa, der im Kellergeschoss lebt und die Angehörigen kassieren das Geld ein, das war ja so immer diese Standardgeschichte, die immer kam. Deshalb gab es ja dann erst diese Pflegekontrollen, später § 37 (3) Beratungsbesuche genannt. Da geht es auch darum, sicher und einfach zu beraten und deutlich zu machen, okay, wir gehen hier durch und Fachkräfte haben ein Auge drauf. – Michael, Pos. 20

Auch Margret erlebte diese Situationen bereits:

Die Gelder gehen ganz woanders hin und die Leute werden mehr oder weniger liegen

gelassen. Es ist immer wieder so eine Situation. – Margret, Pos. 81

Im Ernstfall forcieren Pflegefachpersonen mit der Meldung an die Pflegeversicherung, dass die Pflege im entsprechenden Pflegehaus nicht gesichert ist, eine Sanktionierung, die zur Folge hat, dass das Pflegehaus das Pflegegeld nicht weiter beziehen kann, sondern gezwungen ist, den jeweiligen Geldsatz als Sachleistung in Anspruch zu nehmen.

Ja, da wird die Pflegekasse informiert, dass da überhaupt keine Pflege oder Pflege nicht gewährleistet ist und dem wird ja dann das Pflegegeld gestrichen. (...) Also das wird dann schon mit den Angehörigen besprochen und wird an die Pflegekasse gemeldet, dass da einfach dringend Bedarf ist. Und wie gesagt, sie müssen dann Hilfe in Anspruch nehmen oder das Pflegegeld wird ihnen gestrichen. Funktioniert meistens. – Margret, Pos. 83

Interessant erscheint der Autorin innerhalb der Auswertung, wie hier der Aufgabenbereich der Pflegefachpersonen zu verschwimmen scheint. Während im Verlauf des Kapitels der Tenor anklang, dass Pflegefachpersonen die erlebte Vulnerabilität aktiv bemerken und beispielsweise durch Beratung zu nivellieren versuchen, kommt hier ein anderer, sanktionierender, nach Empfinden der Autorin diametral entgegenstehender Aspekt hinzu, indem die Vulnerabilität der betreffenden Pflegehäuser als gesetzt in Kauf genommen wird, ohne den Menschen dabei in ihren spezifischen Problemlagen weiter entgegenzukommen. Der Fokus liegt hier nicht mehr auf dem Pflegehaus als Einheit, sondern allein auf dem „Wohl“ der pflegebedürftigen Person. Es scheint, als sei mit der zweckentfremdeten Verwendung des Pflegegelds eine Grenze überschritten. Geht man jedoch davon aus, dass sich die Vulnerabilität der Angehörigen eben möglicherweise auch darin zeigt, den Opa im Kellergeschoss verwahrlosen zu lassen und sich nichts Böses dabei zu denken, ist diese pflegerische Haltung der Sanktionierung dem Empfinden der Autorin nach irritierend. Hier stellt sich für mich erstmals die Frage nach einem pflegerischen Ethos, das sich in meiner Vorstellung darin zeigt, Problemlagen als solche anzuerkennen, *mit* den Menschen daran zu arbeiten statt *gegen* sie – sicherlich gäbe es für den Opa eine Lösung, wenn das vulnerable Pflegehaus ganzheitlich befähigt würde, seine Situation mit Hilfe der Pflegefachperson oder anderen sozialen Berufen auf Augenhöhe zu gestalten, ohne dass dabei Zwang, Kontrolle und Strafe von der Pflegefachperson verwaltet und angewandt würden. Die Frage nach der pflegerischen Zuständigkeit für Kontrollmaßnahmen wird weiterhin im Verlauf der Kapitel wieder aufgegriffen und nachverfolgt.

Innerhalb unserer Gesellschaft nimmt neben dem SES und der damit potenziell verbundenen Vulnerabilität klassischerweise auch der Pflegegrad darauf Einfluss, in welchem Umfang Pflegeleistungen und eine eventuelle Versorgung durch Angehörige in Anspruch genommen werden können. Der Pflegegrad stellt vor der Bewilligung insofern eine strukturelle

Barriere dar und gleichermaßen nach erfolgter Bescheinigung eine Legitimation des Anspruchs auf Pflegeleistungen. Der nachfolgende Abschnitt beschreibt damit die normativen Gegebenheiten, um als pflegebedürftiger Mensch Zugang zu sozialversicherungsrechtlich mitfinanzierter Pflege zu erhalten.

Der Pflegegrad als Zugang zu professioneller Pflege

Für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige ist der Pflegegrad in den meisten Fällen die normative Voraussetzung, um pflegerische Leistungen professioneller Dienstleister*innen in Anspruch nehmen zu können. Der Pflegegrad wird im Pflegehaus vom MD mit Hilfe des BA ermittelt und dem Pflegehaus nach Erstellung eines Gutachtens bescheinigt. Den fünf Pflegegraden jeweils sind gestaffelt festgelegte Geldbeträge hinterlegt, damit die Versorgung des pflegebedürftigen Menschen entweder an professionelle Dienstleister*innen delegiert oder von den Angehörigen selbst erbracht werden kann. Auch eine Kombination beider Varianten ist möglich (vgl. Glossar, Stichworte Geldleistungs-, Sachleistungs-, Kombinationsleistungsprinzip).

Die hinterlegten Beträge für den jeweiligen Pflegegrad 1 bis 5 steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI. Möchten die Angehörigen die Pflege selbst organisieren, haben sie die Möglichkeit, das sogenannte Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen zu beziehen. Grundsätzlich sind die Beträge für das Pflegegeld niedriger, als wenn ein mit der Pflege betrauter ambulanter Pflegedienst direkt mit der Pflegeversicherung abrechnet. Mit dem Bezug des Pflegegelds verbunden ist ein je nach Pflegegrad mehr oder weniger häufig stattfindender Besuch eines beauftragten ambulanten Pflegedienstes im Pflegehaus zur Durchführung einer pflegerischen Beratung, wie bereits weiter oben ausgeführt wurde.

Zur Strukturierung der Erkenntnisse aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen werden im Folgenden zwei Szenarien beschrieben, welche die Herausforderungen aufzeigen sollen, die mit dem Pflegegrad verbunden sein können. Anschließend fassen die Stimmen der befragten Pflegefachpersonen Chancen und Risiken des Konstrukts Pflegegrad und deren Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung nochmals zusammen. Aus Sicht der befragten ambulanten Pflegefachpersonen hat das Konstrukt „Pflegegrad“ für die Pflegehäuser eine rein finanzielle Bedeutung und sichert den Grundbedarf an pflegerischer Versorgung und Betreuung. Die Gesamtkosten für die gewünschte Pflege werden von der Pflegeversicherung meistens nicht gedeckt.

Szenario 1 beschreibt ältere pflegebedürftige Menschen im Alter ab 80 Jahren, die entweder allein oder als Ehepaar, jedoch ohne Kontakt zu Kindern in der näheren Umgebung, zu Hause leben und sich bislang selbst versorgt haben. Die Herausforderung bezüglich des

Pflegegrads für die älteren Menschen ergibt sich dabei aus den persönlichen Erwartungen der Menschen selbst und ihrem Umgang mit den gesellschaftlichen Veränderungen. Szenario 1 eignet sich weiterhin dafür, um die möglichen Risiken des Pflegesystems für vulnerable Menschen jedes Alters aufzuzeigen. Dies betrifft vor allem die sozialstrukturellen Komponenten hinsichtlich der Bildung der Menschen mit der Konsequenz, inwieweit Wissen rund um Versorgungsmöglichkeiten und berechnete Ansprüche besteht, wie es oben im Abschnitt über die Vulnerabilität dargestellt wurde. Im Folgenden konzentriert sich der Text auf die erstgenannte Personengruppe.

Es zeigt sich in den Interviews, dass die Etablierung der Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung“ vor allem von der älteren Generation als nicht ausreichend finanziert kritisiert wird.

(...) Pflegegrad 1 (...) kriegen sie 125 Euro, wenn sie die Rechnungen einreichen, erstattet. Viele sagen, das ist zu wenig. (...) – Margret, Pos. 39

Dass die erhaltenen 125 Euro zu wenig seien, rührt nach Margret daher, dass die betroffenen Menschen für sich eine Verhältnisrechnung zwischen erlebter individueller Einschränkung im Alter und dem Aufwand der Rechnungseinreichung durchführten. Sie erleben sich „bedürftiger“, als dass 125 Euro dies ausdrücken könnten. Gleichzeitig beschreiben andere Pflegefachpersonen diese Generation als von harten Zeiten und teilweise noch vom Krieg geprägt.

(...) Aber bei vielen Kunden ist so dieses Denken von früher noch drin (...) „Wir schaffen das, wir brauchen das nicht.“ (...) – Daniela, Pos. 16

Der Autorin erscheint es paradox, dass Leistungen zum einen als nicht ausreichend bezeichnet, zum anderen jedoch gleichzeitig abgelehnt werden. Als forschendes Subjekt führt sie dies auch auf den Stolz zurück, welchen sie innerhalb der eigenen Berufstätigkeit als Eigenart der älteren Generation erlebt hat. In den Gesprächen mit den befragten Pflegefachpersonen zeigt sich eine Lösung dieser Problematik vonseiten der älteren Menschen: Sie reduzieren ihren erlebten Pflegebedarf gegenüber sich und Dritten.

(...) es gibt natürlich auch Leute, „das kostet Geld, brauchen wir nicht, hat seither auch funktioniert, einmal die Woche Dusche, einmal die Woche frische Kleider. Reicht doch.“ So viel zahlt die Pflegekasse und es bleibt noch was übrig. So ist es. – Margret, Pos. 63

Als Konsequenz zeigt sich hier ein nicht vernachlässigbares Risiko, dass die älteren pflegebedürftigen Menschen, vor allem jene ohne Angehörige, Folgeproblematiken aus einem nicht kompensierten Pflegebedarf erfahren. Dies betrifft beispielsweise die Versorgung mit Hilfsmitteln.

(...) Dann kommt dazu, z. B. Thema Hörgerät. Das Krankenkassen-Hörgerät ist halt bei vielen Erkrankungen nicht ausreichend. Man muss dann einfach tiefer in die Tasche greifen (...). Sie rufen halt Oma an und es funktioniert nun mal nicht, weil Oma versteht halt nur jedes fünfte Wort. Und die Anrufe lassen dann nach (...). Das ist ein ganz schleichender Prozess, der ganz häufig zu erkennen ist. (...) – Michael, Pos. 22

Kommt zum verschlechterten Hörvermögen beispielsweise noch eine Gangunsicherheit dazu, wird der Kontakt zu anderen Menschen in der Nachbarschaft über mehrere Faktoren beeinträchtigt, was zur Vereinsamung zu Hause führen kann. Somit kann für Szenario 1 neben der potenziellen Vereinsamung auch der Weg dorthin als Herausforderung beschrieben werden, indem Menschen ohne Angehörige innerhalb der Organisation oder wegen ihrer Ablehnung der von extern kommenden Pflegeleistungen überfordert sind und infolgedessen eine pflegerische und gesundheitliche Unterversorgung erleiden können.

Szenario 2 zeigt Herausforderungen für Menschen auf, die zwar Angehörige in der Nähe haben, die beiden Parteien jedoch nicht kommunizierte oder miteinander in Einklang gebrachte Erwartungen an die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen haben. Auch dies führt zu persönlichen Herausforderungen im Umgang mit dem normativen Konstrukt Pflegegrad: Viele der älteren Menschen gehen aufgrund ihrer Prägung teilweise selbstverständlich davon aus, von den Familienangehörigen versorgt und gepflegt zu werden (Kuhlmey et al., 2013). Gepflegt zu werden scheint für die älteren Menschen ein Grundbedürfnis zu sein, das damals in großen Familienverbänden als weibliche Aufgabe selbstverständlich in den Familienalltag integriert war und nicht extra honoriert wurde. Ein weiterer Grund kann sein, dass die pflegebedürftigen Menschen befürchten, ihren Alltag in Abhängigkeit von fremdem Personal nicht mehr so gestalten zu können, wie sie es jahrelang selbstbestimmt getan haben.

(...) Ja, das ist oft schwierig, dass die zu Pflegenden eigentlich keine Fremdpersonen, also sprich, jemand vom Pflegedienst ins Haus lassen möchten: „Das macht doch meine Tochter.“ Und die Tochter aber doch ganz gerne jemanden hätte, der sich mehr kümmert. (...) – Juliane, Pos. 26

Die Autorin kommt zu dieser Vermutung, weil die Prozentpunkte für die Erwartungshaltung, ausschließlich von den Angehörigen versorgt zu werden, im Gesundheitsmonitor 2013 der Bertelsmann-Stiftung gegenüber dem Gesundheitsmonitor aus dem Jahr 2006 rückläufig sind. Gleichzeitig wächst gegenüber der Veröffentlichung aus 2006 die Akzeptanz, einen ambulanten Pflegedienst mit der Pflege zu betrauen (Kuhlmey, 2015). Dies bedeutet, dass die jüngeren Alten bereits eher dazu bereit sind, sich unter anderen von fremden Pflegefachpersonen versorgen zu lassen. Mit dem sich bereits in den Familien gewandelten Aufgaben- und Verfügbarkeitsprofil der Angehörigen ist die alleinige Versorgung durch Angehörige in vielen Fällen auch nicht mehr praktikabel oder gar möglich. Pflege scheint zudem

heutzutage eine aus der Familie heraus- und in die Gesellschaft hineinverlagerte Thematik zu sein, die man nicht allein als Angehörige oder Angehöriger schultern möchte und sich daher Unterstützung von professionellem Pflegepersonal einholt. Grund dafür ist mitunter der soziale Lebens- und Rollenwandel der Geschlechter sowie ein im Vergleich zu früher gut ausgebautes strukturelles Netz pflegerischer Dienstleistungsangebote – auch in ländlichen Strukturen.

(...) Pflege kostet Geld und für viele ist in der Zwischenzeit die Entlastung, die Unterstützung sehr wertvoll. Früher war es so: „Wochenende braucht ihr nicht kommen, (...) dann sind wir ja daheim, da schaffen wir nicht.“ Heute, nonstop durch, damit die auch am Wochenende durchschnaufen können, die Leute, wenn sie daheim sind. (...) Also die neue Generation, die ist dann teils schon eher bereit, da auch mal 100 Euro von der Rente draufzulegen. Oder es gibt Häuser, was für uns sehr positiv ist, die sagen, wir brauchen das und das und das, koste es, was es wolle. (...) – Margret, Pos. 39

Zusammenfassend kann für Szenario 2 daher festgehalten werden, dass sich die Herausforderungen vor allem innerhalb der Pflegehäuser im Kontakt und in der Erwartungshaltung zwischen pflegebedürftigem Mensch und dessen Angehörigen abspielt und hier ein Aushandlungsprozess über die Menge und Art der geleisteten Pflege stattfindet.

Herausforderungen innerhalb der Antragstellung vor dem MD

Um die Pflege finanzieren zu können, werden unterschiedliche Maßnahmen von den Pflegehäusern ergriffen. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, die beauftragten Hilfen aus eigener Tasche zu bezahlen. Darüber hinaus kann die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit durch den MD erstmalig oder als Wiederholungsbegutachtung erfolgen, um einen erstmalig offiziellen oder auch einen neuen Mehrbedarf an Pflege bescheinigt zu bekommen.

(...) je höher der Pflegegrad, desto mehr Sachleistung habe ich zur Verfügung. Also werde ich natürlich immer versuchen, eine Pflegebedürftigkeit sehr stark in den Vordergrund zu stellen. Das ist der Wunsch der Angehörigen. (...) – Michael, Pos. 30

Die Krux ergibt sich durch das System der Pflegegradeinstufung. Die Mitarbeiter*innen des MD kündigen sich mit einem Termin im Pflegehaus zur Begutachtung des pflegebedürftigen Menschen an. Innerhalb eines Zeitrahmens von 20–60 Minuten wird die Pflegebedürftigkeit anhand des BA von einer dem Menschen unbekanntem begutachtenden Person eingeschätzt. Dabei können jedoch als Beispiel weder die Tagesverfassung des pflegebedürftigen Menschen noch die Ausprägung einer möglichen Demenz verlässlich eingeschätzt werden. Erschwerend kommt hinzu, dass ein Defizit in intimen und lebenswichtigen Bereichen oftmals ein schambesetztes Thema für die pflegebedürftigen Menschen darstellt und entsprechende Nachfragen in der Begutachtung von ihnen daher nicht wahrheitsgemäß beantwortet werden.

(...) Die Bude ist geputzt, die Patienten sind gestriegelt und wenn es zu einer Sichtung kommt, können sie auf einmal alles. (...) – Lena, Pos. 48

Alexandra ergänzt um einen anderen Unsicherheitsfaktor:

(...) Die eine Patientin hat mich jetzt noch gefragt (...) vor dem Gespräch mit dem MDK: „Meinen Sie, soll ich das besser nicht sagen, dass ich Hilfe im Haushalt bekomme?“ (...) Und ich sag‘: „Natürlich, gerade das müssen Sie sagen, dass Sie Hilfe brauchen, dass Sie das alleine nicht schaffen.“ (...) – Alexandra, Pos. 22

Wie man an beiden Textbeispielen erkennen kann, gibt es Menschen, die ihren Hilfebedarf und ihr Defizit vor fremden Menschen nicht zugeben wollen und es gibt Menschen, die das System der Begutachtung nicht verstehen – das Ausmaß des Defizits bestimmt die Höhe der finanziellen Unterstützung.

Sind Angehörige im Pflegehaus verfügbar und kümmern sich mit um die Organisation der Pflege, beginnt die Betreuung durch den Pflegedienst oft in kleinen Schritten. Beispielsweise wird der pflegebedürftige Mensch einmal in der Woche beim Duschen unterstützt, im Verlauf wird die Versorgung bei Bedarf auf weitere Abendbesuche oder zur Morgentoilette hin ausgeweitet. Dabei steigen auch die Pflegekosten. Der übliche Weg, um die Finanzierung des Mehrbedarfs an Pflege zu sichern, ist die oben genannte Antragstellung beim MDK auf die erstmalige Einschätzung eines Pflegegrads oder auf Anpassung des vorliegenden Pflegegrads. In manchen Fällen gelingt dieser Weg jedoch nicht, was zu Frustration und Konsequenzen im Handeln der Beteiligten führen kann.

(...) Ich hatte das mal einmal erlebt in der Ausbildung. Da war es wirklich so, da haben wir drei Versuche gehabt und die Person wurde nicht höhergestuft (...) und dann haben sie [die Angehörigen] die sediert, dass die dann eine Stufe höher stieg. Und wir haben gesagt, die sollen es nicht tun. Die haben es dann aber trotzdem getan und im Endeffekt, ja, naja, ich meine, gut, dann ist die endlich höher gekommen (...). – Lena, Pos. 48

Lenas Ringen um eine Bewertung der Vorgehensweise wird in diesem Ausschnitt am Ende sehr deutlich. Zum einen scheint sie die Methode der Sedierung als ethisch fragwürdig zu empfinden, zum anderen erachtet sie die Bewilligung eines höheren Pflegegrads als überfällig. Die Autorin interpretiert aus diesem Zwiespalt auch eine gewisse Hilflosigkeit gegenüber dem normativen Begutachtungssystem. Die befragten Pflegefachpersonen äußern in den Gesprächen mit der Autorin eine differenzierte Sicht auf die Chancen und Risiken, die sich aus dem Konstrukt des Pflegegrads ergeben. Zum einen wird begrüßt, dass Menschen heutzutage durch die Pflegeversicherung auf ein breites Leistungs- und Versorgungsangebot innerhalb der ambulanten Strukturen zugreifen können.

Also ich finde es ganz toll, dass es die Pflegeversicherung heute gibt, dass die

Menschen sich Hilfe leisten können, also die Generation, die jetzt Rentner sind, gibt's welche, die zum Teil ganz wenig Rente bekommen. Die können sich sonst keine Pflege leisten oder auch Hilfe im Haushalt. Das ist für die Leute ganz arg wichtig. (...) - Margret, Pos. 87

Unter den befragten Pflegefachpersonen zeigen sich ebenfalls die generationalen Unterschiede in der Wahrnehmung der Versorgungsangebote. Margret beispielsweise ist eine Pflegefachperson mit sehr viel Berufserfahrung in der ambulanten Pflege und kennt die Versorgungslandschaft, wie sie noch vor 20 Jahren in ihrem Einzugsgebiet formiert war.

Dem gegenüber gestellt erinnert die Autorin auch an Jona, der aufgrund seines Pflegestudiums mit Managementausrichtung strukturelle Komplikationen und Hindernisse für Pflegehäuser mit niedrigem sozioökonomischem Status sieht. Dies betrifft zum einen den fehlenden Zugang zu Informationen darüber, welche Versorgungsangebote existieren, zum anderen betrifft es die Unkenntnis des Pflegehauses über die eigenen berechtigten Ansprüche sowie die formalen Hürden bei potenzieller Antragstellung. Jona wiederum steht am Anfang seiner Berufslaufbahn in der ambulanten Pflege und hat daher eine anders geartete Perspektive auf die bisherige Entwicklung der ambulanten Versorgungsangebote und auf die sozialen konstituierenden Faktoren.

Eine weitere Pflegefachperson, Juliane, ist mit der Durchführung von Begutachtungen durch den MD betraut. Sie bringt grundsätzlich eine kritische Perspektive auf das BA in das Gespräch mit der Autorin ein und weist darauf hin, dass der normative Fragenkatalog durch die eigene pflegerische Expertise ergänzt werden muss, um aussagekräftig zu werden.

Um den korrekten Pflegebedarf tatsächlich darstellen zu können. Also deswegen sind ja auch immer mal wieder Nachfragen möglich, die man eben aus der eigenen professionellen Sicht nachschieben muss, um bestimmte Bedarfe auch wirklich festzustellen. - Juliane, Pos. 80

Sie beschreibt jedoch auch die momentanen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Einschätzungen der Pflegebedürftigkeit und macht deutlich, dass die Erlangung eines Pflegegrads für die Pflegehäuser dadurch nicht einfacher, sondern herausfordernder geworden ist. Zur gewünschten Reduktion der Kontakte mit anderen Menschen sieht das Prozedere des MD nun vor, die Pflegehäuser einen Fragebogen ausfüllen zu lassen und darüber hinaus mit ihnen ein telefonisches Interview zu führen.

(...) ich (...) höre immer öfter eben auch von pflegenden Angehörigen, dass das (...) als sehr, sehr stressig empfunden wird. (...) Man erwischt dann die Leute dann ja auch in nicht immer günstigen Situationen, wobei die Gutachter dann schon auch fragen: „Ist es im Moment möglich, diese Fragen zu stellen oder sollen wir zu einem anderen Zeitpunkt nochmal zurückrufen?“ Trotzdem ist es für die pflegenden Angehörigen schwierig und empfinden dann das Gutachten auch nicht unbedingt immer als gerecht und gerechtfertigt, was dann am Ende 'überkommt. (...) - Juliane, Pos. 70

Dass teilweise in den Fragebögen die Fragen nicht richtig verstanden werden. Und das wird auch zurückgespiegelt von Kollegen (...) beim MDK. Die berichten auch, dass die Fragebögen in einem Zustand zurückkommen, mit dem man nichts anfangen kann, also sich schlecht verwerten lassen, die Antworten. – Juliane, Pos. 72

Grundsätzlich sind die Ressourcen innerhalb der sozialversicherungsrechtlich finanzierten Pflege begrenzt, darin sind sich alle mit ihrem individuellen Blickwinkel einig. Die Problematik besteht eher darin, dass dies der Gesellschaft nicht bewusst oder dies kein kommuniziertes Thema innerhalb des Gesellschaftsdiskurses zu sein scheint und sich daraus unterschiedliche Haltungen der Pflegefachpersonen zu den Grenzen der ambulanten Pflege ableiten.

(...) Es wird besser, aber es gibt viele, die der Meinung sind, die Pflege muss total von der Pflegekasse abgedeckt werden, dass sie noch eine Rente kriegen und auch sonst noch Geld haben, das sie für die Pflege einsetzen können – ja, das ist ja undenkbar. (...) – Margret, Pos. 39

Die Grenzen der ambulanten Versorgung werden nicht nur durch die finanziellen Möglichkeiten bestimmt, sondern auch durch die Vorgaben der Träger und Inhaber der ambulanten Pflegedienste unterschiedlich eng gesetzt. Für manche Pflegedienste ist es unabdingbar, dass Angehörige an der Versorgung mitwirken und auch zur Sicherheit der pflegebedürftigen Menschen regelmäßig Präsenz zeigen, um eine Vereinsamung der Menschen zu vermeiden, für andere wiederum spielt dies im ersten Moment eine untergeordnete Rolle und wird erst relevant, wenn tatsächlich eine soziale Vereinsamung zu beobachten ist. Es ergeben sich also auch durch diesen Faktor unterschiedliche Zugänge zu den Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes.

Pflege als Modulleistung und deren Auswirkung auf die Versorgung

Eine weitere Thematik, die in den Gesprächen der Pflegefachpersonen mit der Autorin immer wieder auftaucht, ist die analog zu den Elementen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gestaltete Modularisierung der Pflegeleistungen, welche ein ambulanter Pflegedienst anbietet. Der Inhalt sowie die Kosten dieser einzelnen Module werden bundeslandspezifisch zwischen Pflegekassen und Trägerverbänden verhandelt. Grundsätzlich dienen die Module im Hinblick auf die Abrechnung zur verbesserten Transparenz durchgeführter Pflegeleistungen, da hier eine strukturierte und nachvollziehbare Dokumentation zur Abrechnung erbrachter Leistungen gegenüber den Pflegekassen erstellt werden muss. Weiterhin sind den Modulen feste Zeiten zur Erbringung der hinterlegten Leistungskomplexe zugeordnet, was für eine bessere Planbarkeit im Rahmen der Tourenplanung und für die Abstimmung der Hausbesuchszeiten mit dem Pflegehaus sinnvoll ist. Gleichzeitig bringen die Module in ihrer Konzeption eine gewisse Starrheit mit sich und sind infolgedessen einer dem individuellen

Bedarf angemessenen variablen pflegerischen Versorgung nicht zuträglich, was sowohl für die betreffenden Pflegefachpersonen als auch für die Pflegehäuser zu einer Herausforderung führt, wie im Verlauf des Kapitels noch dargestellt werden wird.

(...) Die Leistungsmodule, die da sind, die sind ja sehr starr und oft nicht situationsangemessen. Stichwort „kleine Körperpflege“: Eine Katzenwäsche mit Gesicht und Hände und Intimbereich, für die man dann fast 20 Euro zahlen muss und das Gesicht und Hände können die Leute auch noch selbst waschen. Da steht man dann oft nur daneben. (...) – Joachim, Pos. 10

Während ihres Masterstudiums setzte sich die Autorin mit dem Gedanken auseinander, warum die ambulante Pflege in ihren Leistungen so modularisiert organisiert ist und welche Konsequenzen es hätte, wenn dem nicht so wäre. Grundsätzlich ist es eine schöne Vorstellung, tagtäglich den pflegebedürftigen Menschen jenes zukommen zu lassen, was sie aus einem Konglomerat meiner professionellen pflegerischen und ihrer eigenen Einschätzung nach an jenem Tag benötigen, um eine Zufriedenheit zu empfinden: „Guten Morgen Frau Müller Maier Schulze, wie geht es Ihnen? Wir haben heute 30 Minuten zur freien Verfügung. Was brauchen Sie?“

(...) Das Schwierige ist ja, dass die Leute einen Vertrag abschließen müssen. Die wissen erst mal gar nicht, was auf sie zukommt mit den Leistungen, gehen aber erst mal von dem aus, dass sie das kriegen, was sie brauchen. Dem ist aber nicht so bei den Modulen. Dem ist nicht so. Und dann ist ein ganz häufiges Phänomen: Der erste Monat, da leistet man sich die Leistungen, die man hat und je nachdem wie knapp oder wie reichlich jemand bei Kasse ist, folgt dann ganz schnell eine Anpassung der Pflegeleistung nach unten. Also eine reduzierende Anpassung in ganz vielen Fällen. Das ist vorhersehbar. (...) – Joachim, Pos. 12

Es wird für die Autorin offensichtlich, dass es für diese freie Leistungsgestaltung einer befähigten Pflegefachperson in mehrererlei Hinsicht bedarf. Sie müsste die Kompetenz haben, die gewünschten Leistungen proaktiv und entlang der implementierten Pflege Theorie zu dokumentieren und zu begründen, ihre eigenen professionellen Wahrnehmungen in den Entscheidungsprozess miteinbringen. Sie müsste darüber hinaus auch die abrechnungsbezogene und rechtliche Legitimation haben, frei gewählte Leistungen mit der Pflegekasse abzurechnen. Denkt man diesen Gedanken radikal weiter, wären möglicherweise die Pflegeleistungen insgesamt teurer für alle, weil einkalkuliert werden muss, dass eine dreijährig ausgebildete Pflegefachperson einem pflegebedürftigen Menschen auf seinen Wunsch hin spontan beim Frühstück Gesellschaft leistet, was in der momentan vorherrschenden Organisation eher eine ehrenamtliche Person leisten würde und im Voraus geplant würde.

In den Gesprächen der Autorin mit den Pflegefachpersonen zeigt sich, dass eine Offenheit innerhalb der Leistungsgestaltung unter Umständen dennoch möglich ist. Aus den herrschenden atmosphärischen Eindrücken interpretiert die Autorin, dass eine wesentliche

strukturelle Voraussetzung darin besteht, ob sämtliche Waren des täglichen Bedarfs schnell und zentral für die Pflegefachperson erreichbar sind.

(...) Es sind doch mehr Leistungen auch über die Pflegekasse aufgenommen, so dass wir auch flexibler sind. „Hilfe Org Haushalt“, das kann alles sein: Medikamente, Rezept holen, Botengänge sein, das kann aber genauso sein, ich gehe einkaufen und hol' mal geschwind ein Brot im Bedarfsfall oder ich mach' da im Haushalt was. (...) – Margret, Pos. 95

Dafür benötigt es einen klaren Zuständigkeitsgedanken der Pflegefachperson für das Pflegehaus, um die Initiative zu ergreifen. Weiterhin muss das Pflegehaus bereit dazu sein, dass zusätzliche Leistungen monatlich flexibel abgerechnet werden und der bei Abschluss des Pflegevertrags erstellte Kostenvoranschlag nicht unbedingt verbindlich ist.

Wären Pflegefachpersonen wie in meinem Gedankenspiel auch berufspolitisch legitimiert und grundsätzlich in der Lage, den Bedarf selbstständig zu erkennen und diesen eigenverantwortlich zu steuern, zu begleiten und begründen, so sieht die Autorin ein großes Potenzial in der ambulanten Pflege. Dieses kann dazu beitragen, dass pflegebedürftige Menschen länger zu Hause wohnen bleiben könnten, weil Notsituationen durch eine definierte Zuständigkeit schneller adressiert und bearbeitet würden. Pflegefachpersonen agierten dann als „Street Worker“ innerhalb der ambulanten pflegerischen Versorgung und verwalteten ihre Arbeit radikal selbst. Auch Juliane, welche Erfahrungen mit den Gutachten des MD zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit hat, teilt den Gedanken der Autorin.

(...) Ja, und dann wäre natürlich noch wichtig, es ist ja auch die Frage, was ist unwichtig in Bezug auf Pflegebedürftigkeit, dass eine Pflegefachperson oder Pflegeperson einfach die Möglichkeit bekommt, vielleicht mal, wenn eine große Körperpflege ansteht, aber sich zeigt, dass in dem gegebenen Moment vielleicht ein Gespräch in Ruhe vielleicht doch mal viel wichtiger wäre und das dann auch machen könnte. – Juliane, Pos. 90

Die herrschende Modularisierung der Pflege ist insofern gesellschaftlich relevant, weil sie das Ausmaß der geleisteten Pflege in ihrer attestierten Starrheit determiniert. Gerade bei Menschen mit hohem Pflegebedarf kommt es immer wieder vor, dass die Module im Preis-Leistungs-Verhältnis nicht genügen und die Pflegefachpersonen ihre Arbeit daher selbst als nicht ausreichend wahrnehmen.

(...) Die Frage ist immer (...) die der äußeren Rahmenbedingungen, der Sachzwänge. (...) Also es gibt ja den Aspekt aus Sicht jetzt von mir als Pflegeperson, wo ich sage, die Versorgung, die geboten wird von uns, die ist so mau, dass ich es nicht mehr verantworten möchte oder die Verantwortung ablehnen müsste oder muss. In Einzelfällen habe ich das auch schon getan. (...) – Joachim, Pos. 24

Das ungenügende Preis-Leistungs-Verhältnis ergibt sich daraus, dass bei Kombination unterschiedlicher Module die pflegerischen Tätigkeiten oftmals parallel und zeitsparend ausgeführt werden, die Pflegefachperson damit relativ gesehen nur kurze Zeit im Pflegehaus anwesend ist. Darüber hinaus können die Module auch dann komplett abgerechnet werden, wenn die hinterlegte Leistung nicht vollständig erbracht wird, bspw. bei schlechter Tagesverfassung des pflegebedürftigen Menschen. In der Summe wird die Vielzahl der gebuchten Module recht teuer, ob die Pflege letztlich in Gänze erbracht wurde oder nicht. Bei hohem Pflegebedarf ergibt sich oftmals noch die Schwierigkeit, dass zwei Hausbesuche pro Tag aus pflegerischer Sicht nicht ausreichend sind, weitere Hausbesuche jedoch vonseiten des Pflegehauses nicht finanzierbar sind.

Die Entscheidung über die Flexibilität der Module liegt wie bereits mit Margrets Beispiel beschrieben beim Träger bzw. beim Einzelunternehmen Pflegedienst und ist wiederum abhängig von hemmenden und unterstützenden Umgebungsfaktoren und der Bereitschaft der Mitarbeiter*innen, die der Flexibilität inhärente Verantwortung zu übernehmen. Dies ist grundsätzlich damit auch eine Frage der Beratungsausrichtung im Erstgespräch. Weiterhin betrifft sie jedoch auch alle an der Pflege beteiligten Pflegefachpersonen im Pflegehaus, wenn offenkundig wird, dass die geleistete Versorgung hohe Kosten, doch wenig Erleichterung mit sich bringt – dann sind reflektierende und ethische Kompetenzen der Pflegefachperson gefragt, was in Kapitel 7.4 noch dargestellt wird. Joachim rät den Pflegehäusern mit aufwändiger Pflege bei Bedarf, sich nach Alternativen zu erkundigen, da er das Dilemma, in welchem sich die Pflegehäuser befinden, nicht lösen kann.

(...) Es, ich war dann heilfroh, als dann nach dem Krankenhausaufenthalt ein Intensivpflegedienst, das hatte ich auch angeraten. „Gucken Sie nach einem Intensivpflegedienst, lassen sich da beraten im Krankenhaus“ und dann sind sie umgestiegen auf einen Intensivpflegedienst. (...) – Joachim, Pos. 24

Nachdem in diesem Abschnitt die Modularisierung der ambulanten Pflege als konstituierender Faktor für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen dargestellt wurde, zeigt die Autorin im weiteren Verlauf auf, welche Konsequenzen diese Modularisierung für die tägliche Arbeit der Pflegefachpersonen mit sich bringt: Die Pflegefachpersonen äußern in den Gesprächen mit der Autorin das Erleben des Arbeitsalltags unter Zeitdruck, welcher primär aus den bestehenden Rahmenbedingungen heraus resultiert und von den Beteiligten in seiner Bedeutung operationalisiert und/oder instrumentalisiert wird.

Beschäftigt man sich mit den strukturellen Bedingungen eines Pflegedienstes, dann spielt zum einen die grundlegende Ausrichtung des Pflegedienstes eine Rolle. Ambulante Pflegedienste der Regelversorgung erbringen andere Leistungen als Intensivpflegedienste oder ambulante Dienste innerhalb der häuslichen Palliativversorgung und haben daher

auch unterschiedliche Finanzierungs- und Abrechnungsmodalitäten. Festgeschrieben wird die Tätigkeit und der räumliche Einzugsbereich des Pflegedienstes im Versorgungsvertrag, welcher Grundlage für die Abrechnung von Leistungen mit den Kranken- und Pflegeversicherungen ist (§ 72 SGB XI). Für die hiesigen Ausführungen werden vorrangig die Rahmenbedingungen der ambulanten pflegerischen Regelversorgung betrachtet, um die Entstehung und die Konsequenzen des empfundenen Zeitdrucks für die Pflegefachpersonen und die Pflegehäuser herausstellen zu können.

Ein maßgeblicher Faktor, der in der Folge zu Zeitdruck führt, ist die Vergütung der pflegerischen und ärztlich delegierten Leistungen, welche die Pflegefachpersonen im Pflegehaus erbringen. Dazu lohnt es sich, einen Blick auf die Genese der Vergütungsvereinbarungen zu werfen. Die Verbände der ambulanten Pflegedienste verhandeln mit den Leistungsträgern der gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherungen bundeslandspezifische Vergütungen für die in den Leistungskatalogen aufgeführten Pflegeleistungen und Leistungskomplexe (§ 89 SGB XI). Die Träger wiederum definieren entlang der Vergütung für die einzelnen Leistungskomplexe und Pflegeleistungen interne Zeitkorridore, innerhalb welcher die Leistung im Pflegehaus erbracht werden sollte, damit die Pflegefachpersonen wirtschaftlich arbeiten. Dies betrifft die Struktur der sozialen Pflegeversicherung, welche in SGB XI geregelt ist. Darüber hinaus übernehmen die Pflegefachpersonen ärztlich delegierte Leistungen innerhalb der häuslichen Krankenpflege, deren Vergütung zwar in SGB V beschrieben, jedoch in Einzelverhandlungen argumentativ mit der zuständigen Krankenversicherung zu Gunsten des Pflegedienstes angepasst werden kann (§ 37 SGB V).

Das Angewiesensein auf die ausgehandelten Vergütungen stellt die befragten Pflegefachpersonen mittelbar und unmittelbar immer wieder vor Herausforderungen, als dass sie auf lange Sicht bestrebt sind, die Wirtschaftlichkeit des ambulanten Pflegedienstes zu erhalten, ihrem Personal eine angemessene bzw. attraktive Vergütung zu bezahlen und die Einsatztouren so zu gestalten, dass es einerseits den Erwartungen der Pflegehäuser entspricht, andererseits eine effiziente und effektive Arbeitsweise des Pflegedienstes gewährleistet ist.

Der Zeitdruck resultiert nun aus zwei Aspekten. Zum einen wird aus der Makrosicht die gesamte Einsatzzeit und die Uhrzeit der regulären Beendigung einer Pflegetour berechnet. Dafür werden die vom Träger vorgegebenen zugrundeliegenden Zeitkorridore für die geplanten Leistungen und Leistungskomplexe mit der entsprechenden Anzahl der pauschalen Wegezeiten zwischen den nacheinander folgenden Pflegehäusern summiert. Aus der Mikrosicht werden im einzelnen Pflegehaus die Leistungen so geplant, dass – wenn möglich – eine pflegerische und eine ärztlich delegierte Leistung im selben Hausbesuch erbracht werden. Mit Hilfe dieser Planung profitiert der Pflegedienst durch Bündelungseffekte

in finanzieller Hinsicht, erwartet jedoch auch implizit oder explizit von seinen angestellten Pflegefachpersonen, dass sie durch einen effizienten Ablaufplan Zeit sparen. Der empfundene Zeitdruck äußert sich in den Darstellungen der befragten Pflegefachpersonen auf unterschiedliche Art und Weise. In der Beschreibung separiert die Autorin zwischen den Herausforderungen, die von den Pflegedienstleistungen beschrieben werden und von den Herausforderungen, denen die Pflegefachpersonen gegenüberstehen.

Pflegedienstleitungen stehen in der Verantwortung, die Einsatztouren so zu planen, dass die oben beschriebenen Ziele erreicht werden können. Sie geben den entstehenden Zeitdruck je nach Ausrichtung ihrer Führungsgrundsätze an ihre Mitarbeiter*innen weiter oder schwächen ihn ab. Sie gehen innerhalb der Tourenplanung von ihrer eigenen Arbeitsweise aus und berücksichtigen als Resultat einer hierarchischen Beziehung die Vorgaben des Trägers. Darüber hinaus entscheiden sie über von den Krankenversicherungen eingehende Versorgungsanfragen und handeln bei Bedarf ein individuelles Budget für die Betreuung dieses Pflegehauses aus. Dazu setzen sie den zeitlichen und personellen Aufwand in Relation zur angebotenen Vergütung.

(...) wenn (...) ich sehe, ich kann mit dem Geld für den Verbandswechsel (...) die Kosten nicht decken, dann geh' ich mit der Kasse in Verhandlungen, dann mach' ich denen ein Angebot. (...) Ansonsten kann ich den Patienten nicht versorgen. Wie zum Beispiel den mit dem Haifischbein [multiple Spritzenabszesse]. Da haben sie gesagt: „Ja, Andrea, 25 Euro.“ Ich sag': „Wen soll ich denn da hinschicken, die Hauswirtschaftlerin? Naja, da muss schon eine Fachkraft hin.“ (...) Und dann hab' ich angesetzt 53,60 Euro, ja so, Pi mal Daumen. (...) „Wo wir pro Bein 10 Verbandswechsel haben mit Spülung. (...) Und ich nicht drei Wunden unter ein Pflaster krieg', was dann als eine Wunde zählt.“ (...) Ja, und dann rief sie zurück: „40 Euro.“ Dann hab' ich gesagt: „Wissen Sie was, 45 Euro und dann sind wir uns einig.“ Ich hab' diese blöden 45 Euro gekriegt. – Andrea, Pos. 78

An diesem Zitat wird deutlich, dass die leitende Pflegefachperson ihre Leistungen nicht um jeden Preis anbieten möchte, weil sie absehen kann, dass sich die Versorgung des Menschen für den Pflegedienst nicht amortisiert. Sie argumentiert innerhalb des Interviewverlaufs immer wieder mit einer angemessenen Bezahlung der angestellten Pflegefachpersonen und dem Erhalt des eher kleineren Pflegedienstes als Arbeitsplatz. Diese Haltung ist jedoch nur möglich, wenn der Pflegedienst aufgrund der Auftragslage nicht darauf angewiesen ist, sämtliche Versorgung zu übernehmen, wie beispielsweise das folgende Zitat zeigt:

(...) Es gibt aber auch Situationen, (...) um der (...) Selbstachtung von uns als Pflegekräften willen, finde ich es eine Zumutung, da (...) hingehen zu müssen. Das ist dann oft auch (...) dann, wenn jemand absolut launisch ist und ständig die Konflikte sucht, sich beleidigend äußert. Das ist etwas, wo ich sage: Pflegebedarf hin oder her, ein gewisser menschlicher Anstand (...) darf erwartet werden und man muss sich als

Pflegekraft nicht alles antun. Da hängt's sehr von der finanziellen Lage oder Schiefelage der Einrichtung ab, (...) wenn Geld gebraucht wurde, (...) musste einer leiden (...). – Joachim, Pos. 24

Pflegedienstleitungen sind mitunter getrieben von den Vorgaben, die sich aufgrund der finanziellen Rahmenbedingungen für sie ergeben, und handeln divergent. Durch ihr Handeln kommunizieren sie ihre Beweggründe mehr oder weniger transparent gegenüber ihren angestellten Pflegefachpersonen, welche die Konsequenzen in erster Linie als Zeitdruck und weiterhin als vorhandene bzw. fehlende Anerkennung ihrer Person durch die Pflegedienstleitung in der täglichen Arbeitspraxis erleben. Aus Joachims Zitat interpretiert die Autorin durch seine Verwendung der Worte „Zumutung“ und „Anstand“, dass er von der besagten Führungsperson mehr Rückgrat zur Ablehnung jener Pflegehäuser erwartet hätte, welche mit den Pflegefachpersonen keinen guten Umgang pflegten. Stattdessen erlebte er im Verlauf eine Verdichtung seiner Einsatztour um die genannten Pflegehäuser, damit der ambulante Pflegedienst keine finanziellen Einbußen erleidet.

Mit dem entstandenen Zeitdruck gehen die Pflegedienstleitungen auf unterschiedliche Art und Weise um, wie die Aussagen der befragten Pflegefachpersonen zeigen. Eine mitarbeiterfreundliche Strategie ist es, gegenüber den Pflegehäusern keine feste Uhrzeit des Hausbesuchs zu kommunizieren, sondern einen zeitlichen Korridor, in welchem die Pflegefachperson zum Hausbesuch erscheint.

(...) Das ist ja auch ein Mitarbeiterdruck, wenn man sagt, ich muss um Punkt 11 da stehen. Und gerade mit den ländlichen Gegebenheiten, da kommt es zu verkehrsbezogenen Verspätungen. Und ich will den Mitarbeitern, die Menschen, die wir in der Pflege haben, die haben schon Zeitdruck genug, da muss ich jetzt als Leitungskraft für sich nicht noch mehr Zeitdruck ausüben. Deswegen habe ich das mit den Zeitspannen eingeführt. Und so kann man mal sagen, „wissen Sie, wir kommen zwischen 10.45 Uhr und 11.15 Uhr.“ (...) – Eduard, Pos. 6

Es werden jedoch auch andere Strategien genannt, die am ehesten darauf abzielen, Gewinn zu maximieren und die Individualität der Menschen innerhalb der Pflegesituation außen vor zu lassen.

(...) Da hab' ich (...) 10 Stunden gearbeitet und (...) in einer Stunde, glaub', acht Leute versorgt mit kleiner Körperpflege, obwohl die ja 15 Minuten [dauert], normal könnte man nur vier versorgen, und der Chef hat halt auf Masse gemacht, Masse anstatt Klasse. (...) – Simon, Pos. 26

Die Pflegefachperson Simon kooperiert im Verlauf des Arbeitsverhältnisses nicht und möchte die Abläufe nicht mehr so ausführen, wie sie ihm vorgegeben wurden. Daraufhin werden von der Pflegedienstleitung weitere Maßnahmen ergriffen, wie er fortlaufend ausführt:

(...) also damals, wo ich da gearbeitet hab', da war es dann halt so, der hat dich dann halt richtig gemobbt, sozusagen. Das war dann richtig „Du, ich glaub', für dich ist der Pflegeberuf nichts. Du kannst das nicht.“ Also so richtig auch abwertend gemobbt. (...) – Simon, Pos. 32

An diesen Beispielen zeigt sich, wie eng die Führungsstrategie des Umgangs bezüglich des Zeitdrucks mit der wahrgenommenen Wertschätzung der eigenen Arbeitskraft und Person verknüpft ist. Die Pflegefachpersonen wissen, dass Zeitdruck dem marktwirtschaftlichen System der ambulanten Pflege inhärent ist, möchten sich jedoch dennoch von ihrer Pflegedienstleitung emotional und anerkannt unterstützt wissen. Joachim macht dies an einem häufig vorkommenden Beispiel fest.

(...) Und das gleiche Problem ist wieder, (...) obwohl die Rahmenarbeitszeit erst ab 6 Uhr beginnt, die Kollegin, die immer schon um 5.30 Uhr da ist, 5.45 Uhr anfängt, dann ist sie halt früher fertig. Aber, es geht halt nicht und wenn die Leitung nicht einschreitet, dann ist das einfach schwierig. Dann kommt der eine in derselben Tour (...) um 6.30 Uhr und der nächste kommt um 7.15 Uhr (...) und der kommt eigentlich korrekt von den Arbeitszeiten her. – Joachim, Pos. 38

Die besagte Kollegin, welche die Arbeitszeit aus privaten Beweggründen vorzieht, sorgt dafür, dass Joachim den Nachfragen und der Kritik des Pflegehauses beständig ausgesetzt ist. Er erwartet daher zumindest das Einschreiten der Pflegedienstleitung, damit die Einsatzzeiten für alle Pflegefachpersonen verbindlich gestaltet und kommuniziert werden. Sowohl Pflegedienstleitungen als auch die Pflegefachpersonen in den Pflegehäusern beklagen den Druck, welcher aus dem Wissen heraus entsteht, eine Leistung unmöglich in dem vom Träger definierten Zeitkontingent erbringen zu können, weil die Bezahlung der Kranken- und Pflegeversicherung für diese Leistung nicht zur erlebten Versorgungsrealität im Pflegebereich passt. Dazu gehören Wege im Haus, die nicht über die Wegepauschale mitfinanziert werden oder das Credo, dass bei Leistungskomplexen sämtliche Leistungen erbracht werden, die für den Komplex definiert wurden. Auch Diskussionen mit ablehnenden oder demenziell veränderten pflegebedürftigen Menschen werden aufgeführt, bevor die Leistung überhaupt im Pflegehaus erbracht werden kann. Des Weiteren benötigen aufwändige Leistungen eine Vor- und Nachbereitungszeit, beispielsweise, um einen sterilen Verbandswechsel durchzuführen.

(...) Aber wenn ich jetzt eine Patientin habe zum Beispiel, nur Medikamentengabe.¹¹ Da bekomm' ich von der Krankenkasse genau zwei Minuten bezahlt. In den zwei Minuten bin ich in keinen vierten Stock gelaufen, da kann ich auch Marathonläufer sein. (...) Dann muss ich die Medikamente aus der Box nehmen, wenn die vorbereitet ist, muss die Medikamente nochmals prüfen, muss ihr die Medikamente eingeben, muss

¹¹ Medikamentengabe ist eine Leistung der Häuslichen Krankenpflege nach SGB V, die das Bereitstellen der Medikation nach einem von zuständigen Hausärzt*innen bereitgestellten Medikamentenverordnungsplan sowie das Verabreichen der Tagesmedikation vorsieht.

daneben stehen bleiben, dass die danach noch ausreichend trinkt, möchte für die Leute auch noch ein liebes Wort übrig haben und dann muss ich die vier Etagen wieder runter. Das schaffe ich, auch wenn ich schnell bin, nicht in zwei Minuten. (...) – Sonja, Pos. 24

Ulrike bringt ein weiteres Beispiel aus dem Alltag:

Ja, also da ist ganz schön auch Technik gefragt oder auch wenn man bei einer großen Körperpflege¹² mit (...) Transfer¹³ ins Bad (...), mit eincremen, mit Schnick und Schnack und Prophylaxe,¹⁴ was da Intertrigo¹⁵ meist dabei ist und anziehen, wenn da ein bisschen Handicap dabei ist, ist eine halbe Stunde ganz schnell weg. Dann sollten bitte noch regelmäßig die Fingernägel geschnitten sein und die Haare gewaschen, also holla, ja. Und bei Männern noch eine aufwändige Nassrasur, wenn es sein muss. Also da wird's richtig tricky, dass man da nicht immer die Zeitvorgaben reißt. – Ulrike, Pos. 29

Die Technik, welche Ulrike anspricht, bedeutet meistens das Führen eines Ablaufplans, welcher in der Pflegemappe im Pflegehaus deponiert wird. In diesem Plan sind alle relevanten und nötigen Handlungen beschrieben, um die vereinbarten Leistungen zu erbringen. Darüber hinaus beschreibt er effiziente Handlungsweisen, wenn beispielsweise mehrere Leistungen miteinander kombiniert werden. Die Pflegefachpersonen sind dazu angehalten, ihre Handlungen so durchzuführen, wie es der Ablaufplan vorsieht. Zum einen ist es den Pflegedienstleitungen ein Anliegen, dass die Leistungen zur Darstellung der Professionalität nach außen hin von allen Beteiligten einheitlich erbracht werden. Darüber hinaus werden die Pflegefachpersonen vor kritischen Vergleichen mit anderen Kolleg*innen durch das Pflegehaus geschützt. Zum dritten soll die Mitwirkung der pflegebedürftigen Menschen an der Pflege mit Hilfe einer unterstützenden und konstanten Alltagsstruktur gefördert werden. Auch wenn der Ablaufplan ein hilfreiches Instrument innerhalb der Mikrosicht, also für die Effizienz der Handlungen im einzelnen Pflegehaus darstellt, bleibt der beschriebene Zeitdruck aus der Makrosicht weiterhin bestehen und ist für die Pflegefachpersonen ein großer Stressor.

(...) Es ist ein einziges Hecheln der Pflegepersonen, um von A nach B zu kommen und irgendwie die Liste runterzureißen. Also acht große Pflegen an einem Vormittag, egal, was für ein Wetter draußen ist. (...) – Juliane, Pos. 94

Simon ergänzt um die Konsequenz:

(...) Ja, und das ist dann schon manchmal nervig. „Sie sind heut aber zu spät“ oder

¹² Große Körperpflege beinhaltet je nach individuellen Möglichkeiten und Präferenzen ein Vollbad oder eine Ganzkörperwäsche unter der Dusche, am Waschbecken oder im Bett. Inbegriffen sind der Transfer ins und aus dem Bad, An-/Auskleiden, die Haarwäsche, Kämmen, Mund- und Zahnpflege, ggfs. Gesichtsrasur und das Richten des Betts.

¹³ Begleitung in der Bewegung oder Nutzung von bewegenden Hilfsmitteln (z. B. Rollstuhl), um den Raum zu wechseln.

¹⁴ Vermeidung unerwünschter Effekte, bspw. Lungenentzündungen, sich versteifende Gelenke, Druckgeschwüre, Spitzfuß.

¹⁵ Nässendes Wundsein und Entzündungen im Bereich aufeinander aufliegender Hautschichten, bspw. unter der weiblichen Brust (Roche Lexikon Medizin Sonderausgabe, [2006]/2013).

„heut sind Sie aber früh“, „heut sind Sie aber spät“. Und das ist das Öftere, das ist so das Hauptproblem (...) von der älteren Kundschaft. – Simon, Pos. 48

Die Pflegefachpersonen können an der Tatsache, dass sich ihre Ankunft im Pflegehaus verzögert, wenig ändern und fühlen sich von den Zuständen unter Druck gesetzt. Simon und an anderer Stelle auch Margret betonen, dass vor allem die ältere Generation erpicht darauf ist, dass die Pflegefachpersonen jeden Tag zur selben Zeit im Pflegehaus eintreffen. Aus generationaler Sicht kann man dies als Beharren auf deutschen Tugenden interpretieren, aus machttheoretischer Sicht interpretiert die Autorin dieses Verhalten dahingehend, dass die pflegebedürftigen älteren Menschen sich, wie bereits oben beschrieben, eigentlich eine ausschließliche Pflege durch die Angehörigen wünschen und sich nur zögerlich damit arrangieren, Fremde zur Pflege ins Haus zu lassen. Innerhalb der ambulanten Pflege in ihrem eigenen Haushalt geben sie bereits viel Kontrolle an zunächst fremde Pflegefachpersonen ab und beanspruchen daher zumindest diesen Funken Verlässlichkeit und Pünktlichkeit des Pflegedienstes als selbstbestimmtes Element. Die Pünktlichkeit wird von den Pflegehäusern möglicherweise als Anerkennung und Begegnung auf Augenhöhe, als eigene Wichtigkeit für den dazustoßenden Fremden operationalisiert und ist bei Nichteinhalten der vereinbarten Zeiten entsprechend konfliktbehaftet.

Je mehr Pflegehäuser in der Einsatztour versorgt werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Pflegefachperson zu spät im Pflegehaus eintrifft und sich mit Fragen oder Kritik der pflegebedürftigen Menschen auseinandersetzen muss, was wiederum Zeit kostet.

(...) Die Krankenhäuser, die haben ja auch diese Fallpauschalen und so. Die müssen ja die Patienten (...) durchlaufen lassen, um sozusagen noch Gewinn zu erwirtschaften und so weiter. Es geht ja den Pflegediensten auch nicht anders. Je mehr, desto besser. Und der Faktor Zeit ist das alles Entscheidende. (...) – Adrian, Pos. 6

Der erlebte Zeitdruck führt zu unterschiedlichen Handlungsweisen, weil die Pflegefachpersonen auf irgendeine Art und Weise mit der unveränderlichen Situation umgehen müssen. Eine Konsequenz wurde oben im Text bereits kurz erwähnt: Die Pflegefachperson nimmt sich für jeden pflegebedürftigen Menschen ausreichend Zeit, ohne übermäßig auf die Zeitvorgaben zu achten. Dies hat im Zeitalter der Leistungsdokumentation mittels Smartphones und Software je nach Haltung der Pflegedienstleitung und des Trägers arbeitsrechtliche Konsequenzen, weil dadurch ein wirtschaftliches Arbeiten der Pflegefachpersonen kaum mehr möglich ist.

Ich bin rigoros zu spät gekommen, ja. Ich hab' immer die 15 Minuten gemacht. (...) Ich hab' das gemacht, weil ich konnte es sonst nicht anders vertreten. Weil man braucht Zeit und dann bin ich halt ein bisschen zu spät. Dann ist es halt so, mein Gott. (...) auf jeden Fall hat er ja am nächsten Tag am Computer nachschauen können: „Ach, der Simon, der braucht immer eine Viertelstunde länger wie die anderen. Das geht nicht.“

Dann durfte ich antworten zum Gespräch. (...) – Simon, Pos. 34

In den Gesprächen zwischen der Autorin und den Pflegefachpersonen entstehen in diesem Sinn immer wieder Situationen, in welchen die Pflegefachpersonen den vagen Eindruck äußern, dass sie vom Arbeitgeber oder vom Träger im Hinblick auf ihre Arbeitsschnelligkeit kontrolliert werden. Die Autorin bemerkt in diesen Situationen eine Diskrepanz, indem die Pflegefachpersonen zwar durchweg den Zeitdruck spüren und mir gegenüber benennen, jedoch nur vereinzelt abstrahieren, dass die Leistungsdokumentation mittels Smartphone auch eine Kontrollfunktion ihrer Arbeit birgt. Aus meiner eigenen Berufstätigkeit weiß ich, dass trägerunabhängig Gespräche mit denjenigen Mitarbeiter*innen geführt werden, welche die Zeitvorgaben regelmäßig nicht einhalten können. In manchen Fällen werden lediglich die im Tourenplan berechneten Einsatzzeiten als Arbeitszeit bezahlt – wer länger unterwegs ist, leistet automatisch unbezahlte Überstunden. Eine der befragten Pflegefachpersonen engagiert sich aus diesen Gründen heraus in einer neu gegründeten Mitarbeiter*innenvertretung gegen die Speicherung der Einsatzzeiten und gegen drohende arbeitsrechtliche Konsequenzen bei Überschreitung der Tourenzeiten. Abstrahieren die Pflegefachpersonen diese arbeitsrechtliche Komponente nicht, so äußern sie dennoch ihr Unverständnis darüber, wie sie ihre Vorstellung von Pflege am Menschen mit ihrem hektischen Einsatzplan für sich in Einklang bringen und ihre gehetzte Ausstrahlung vor den pflegebedürftigen Menschen argumentieren sollen. Die Autorin reagiert auf diese Äußerungen verständnisvoll – es ist ein nachvollziehbares Dilemma, das sich darüber hinaus in begrenzter Handhabung und Situationskontrolle für die Pflegefachpersonen auszeichnet. Nichtsdestotrotz spürt die Autorin auch noch während der Auswertung dieser Gespräche eine Irritation darüber, dass die befragten Pflegefachpersonen diese teilweise arbeitsrechtlich nicht erlaubten Maßnahmen tolerieren und damit auch für die Zukunft und für weitere Kolleg*innen mittragen, dass die eigene empfundene Wertschätzung als Fachkraft in einem vom Fachkräftemangel stark betroffenen Beruf so gar nicht belangt wird, dass kein Änderungsbedarf dahingehend zu bestehen scheint.

Es zeigt sich in den Gesprächen der Autorin mit den Pflegefachpersonen jedoch eine kompensatorische Umgangsweise mit dem empfundenen Zeitdruck: das Weglassen bestimmter Anteile der vom Pflegehaus gebuchten Leistung. Wird die Leistung zu großen Teilen, jedoch nicht vollständig erbracht, ist es rechtens und gängige Praxis, die Leistung vollständig abzurechnen. Der eigentliche Bedarf des pflegebedürftigen Menschen wird vor allem auf lange Sicht damit aber nicht gedeckt. Ein häufiges Beispiel betrifft die große Körperpflege, die nicht nur die Reinigung des kompletten Körpers bedeutet, sondern außerdem den Hin- und Rückweg zum Bad, das An- und Auskleiden, je nach Wunsch eine Nass- oder Trockenrasur, die Mund- und Lippenpflege, das Kämmen und Richten der Tagesfrisur

sowie Hautpflege am ganzen Körper, ggfs. das Pflegen der Fingernägel. All das soll mittels aktivierender Pflege je nach Bundesland in durchschnittlich 20 bis 30 Minuten stattfinden. Die anschließende Dokumentation der Pflege ist in dieser Zeit bereits inbegriffen. Die Autorin erlebte die Thematik im Gespräch mit den befragten Pflegefachpersonen als tabuisiert, weil sich nur wenige Pflegefachpersonen auf dezidierte Nachfragen der Autorin dazu äußerten, dass das Weglassen von bezahlten Leistungen eventuell bei anderen Kolleg*innen möglich sein könnte. Von all jenen, die darüber in Vermutungen und Empfindungen sprachen, war der Großteil in der direkten Pflege tätig. Im Vergleich dazu betonten vor allem Pflegedienstleitungen, dass darauf geachtet würde, dass Leistungen so erbracht werden, wie sie vom Pflegehaus gebucht werden.

Den Verdacht unter dem Zeitdruck, wie da viele unterwegs sind, kann man haben, ja. Dass da vieles sehr reduziert wird. – Ulrike, Pos. 103

Sonja bemüht eine Metapher:

Aber ich muss sagen, wenn ich zum Bäcker gehe und ein ganzes Brot kaufe, und ein ganzes Brot bezahle, möchte ich auch ein ganzes Brot mitnehmen und nicht nur ein dreiviertel. Und das ist so ein bisschen meine Ambition zu sagen, bitte schön, wenn eine große Grundpflege ansteht, dann werden die Füße auch gewaschen. Und nicht, weil ich heute keine Zeit hab', werden die nicht gewaschen. (...) – Sonja, Pos. 26

Aus Sicht der Autorin ist es nachvollziehbar, dass Pflegefachpersonen den Zeitdruck über das Weglassen von bezahlten Leistungen kompensieren und diese gängige Praxis aus Gründen der moralischen Verwerflichkeit gegenüber anderen nicht zugeben. Ebenso ist es nachvollziehbar, dass Pflegedienstleitungen dieses Vorgehen scharf kritisieren. Sie kommen eher selten in die Situation, in welcher sie sich vor Vorgesetzten über ihr Zeitmanagement innerhalb der direkten Pflege rechtfertigen müssen. Zum einen, weil sie überwiegend Bürotätigkeiten ausführen und der Einsatz in den Pflegehäusern zumeist auf die Durchführung von Erstaufnahmen und Beratungsbesuchen beschränkt ist. Zum anderen, weil sie mutmaßlich gegenüber dem Träger durch ihre Führungsposition eine höhere Anerkennung genießen. Darüber hinaus sind es die Pflegedienstleitungen, die aufkommende Beschwerden aus den Pflegehäusern bearbeiten und dafür Sorge tragen müssen, dass die Leistungen so erbracht werden, wie sie von den Menschen gebucht werden. Das Tabu zeigt eindrücklich, unter welchem Druck die Pflegefachpersonen stehen.

Die Konsequenzen des empfundenen Zeitdrucks durch die mit Zeiten und Geldern hinterlegten Module und auch des Weglassens bestimmter Leistungsanteile tragen am Ende die pflegebedürftigen Menschen, indem deren Individualität außer Acht gelassen wird und damit das Risiko entsteht, in der Hektik Hinweise auf potenzielle Gefährdungen für die Menschen zu übersehen. In den Gesprächen wird von den Pflegefachpersonen immer wieder

genannt, dass sie unter dem Zeitdruck nicht mehr professionell arbeiten können. Dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass den pflegebedürftigen Menschen während der Mobilisierung nicht genügend Zeit zur Bewegung gegeben wird, Kleidungsstücke und Schuhe nicht ordentlich angezogen werden, was in der Folge zu Sturzereignissen führt, oder dass scheinbar nebensächlichen Aussagen der pflegebedürftigen Menschen keine Aufmerksamkeit geschenkt wird. Ulrike schildert hier den Fall einer pflegebedürftigen Dame, welche über Schmerzen am Gesäß klagte – in diesem Pflegehaus jedoch nur ein Verbandswechsel am Bein vorgesehen war.

(...) jemand anderes hätte auf das „tut weh“ gar nicht reagiert, weil er zugemacht hat: „Ich hab' keine Zeit, ich hab' auf meinem Plan die Wunde am Oberschenkel und die andere Wunde unten am Bein. Interessiert mich nicht, was da hinten am Hintern ist“, aber ich hab' da nach dem Hintern geguckt (...). Und dann hab' ich da ein abgeheiltes Sakraldekubitus¹⁶ gesehen. (...) – Ulrike, Pos. 99

Dies ist insofern fatal, da die Pflegefachperson in vielen Pflegehäusern zum einen der oder die einzige Gesprächspartner*in, zum anderen aber auch die letzte Verbindung zur Gesellschaft darstellt und die pflegebedürftigen Menschen die Erwartung haben, so lange wie möglich zu Hause versorgt werden zu können. Passiert aus Unachtsamkeit ein Sturz oder wird ein Dekubitus nicht frühzeitig erkannt, ist dies nicht nur das (Mit-)Verschulden der Pflege, sondern hat auch ernsthafte Auswirkungen auf die weitere Versorgung und den Verbleib des pflegebedürftigen Menschen, sollte es zu einem Klinikaufenthalt kommen. Des Weiteren spielt die von den Pflegekassen bezahlte Vergütung für die abgerechneten Module auch in Verbindung mit der allgemeinen Ausrichtung des ambulanten Pflegedienstes am Gebot der Wirtschaftlichkeit eine Rolle, indem beispielsweise an den Kosten für das Arbeitsmaterial der Pflegefachpersonen gespart wird. Dies wiederum hat weiterhin Konsequenzen für die pflegebedürftigen Menschen, wie Joachim aufzeigt:

(...) Was (...) zur Folge hatte, dass es kein gescheites steriles Besteck mehr gibt, weil die kostengünstigeren Sachen sind die Plastikpinzetten, die einen Scheißdreck taugen, die zerbrechen beim Draufdrücken und halten nichts und (...) Komresse unter Drehbewegung für große Wundreinigung (...) – materialsparend geht mit dem überhaupt nicht. Die Folge ist, (...) die Wundversorgung hat sich deutlich verschlechtert. (...) – Joachim, Pos. 18

Bedenkt man die Komplexität der Wundversorgung, welche im ambulanten Setting durchgeführt wird, wird Joachims Argument plastisch.

Zusammenfassend hält die Autorin fest, dass jegliche dargestellte Konsequenzen das Qualitätsempfinden der Pflegefachperson bezüglich ihrer täglich geleisteten Arbeit

¹⁶ Druckgeschwür am Steißbein, das durch eine Hautschädigung gekennzeichnet ist, die durch längerfristigen Aufliegedruck und damit einer Minderdurchblutung des Gewebes entstanden ist. Dekubiti erfordern zumeist professionelle und langwierige Verbandswechsel (Roche Lexikon Medizin Sonderausgabe, [2006]/2013).

einschränken. Aus kommunikationspsychologischen Gründen geht die Autorin davon aus, dass sich dieses Empfinden und die Unzufriedenheit in der Haltung der Pflegefachpersonen im Pflegehaus widerspiegeln und wiederum das Empfinden der Pflegehäuser in Bezug auf die erhaltene Pflege beeinflussen. Dies führt dazu, dass die Pflege als Tätigkeit von den Pflegehäusern weniger professionell wahrgenommen wird. Wer die Metallpinzette aus der sterilen Verpackung nimmt und zufrieden und gekonnt schwingt, vermittelt eine andere Professionalität als jemand, der erst mehr Kompressen als geplant benötigt und zu guter Letzt die Plastikpinzette in der Wunde zerbricht. Zudem sind viele implizite Kompetenzen der Pflegefachpersonen für das Pflegehaus nicht ersichtlich: Am Beispiel der Wundversorgung sehen die Beteiligten lediglich den handfesten Umgang mit der Wunde und dem Arbeitsmaterial. Dass für eine professionelle Wundbehandlung die Beurteilung des Wundstatus essenziell ist und nach der Wundversorgung eine aussagekräftige Dokumentation erstellt werden muss, bleibt dem Pflegehaus ohne Kommunikation darüber verborgen.

Es stellt sich nun im Verlauf die Frage, wie die ambulante Pflege von den Pflegehäusern wahrgenommen wird. Diese Wahrnehmung wird aus der Sicht der befragten Pflegefachpersonen im Rahmen der Interpretation durch die Autorin beschrieben.

Als Conclusio aus diesen beiden Darstellungen wird am Ende des Kapitels der gesellschaftliche Diskurs aufgezeigt, der bezüglich der Thematik Pflege geführt wird – und wie er auf die Pflegefachpersonen und auf die Autorin im Gespräch mit ihnen wirkt.

Der Wert der Pflege für die Pflegehäuser

Im Folgenden wird die Sicht der Pflegefachpersonen darüber dargestellt, wie die Pflegehäuser die erhaltene Pflege erleben und in welcher Hinsicht dieses Erleben gesellschaftliche Relevanz besitzt. Die Autorin operationalisiert das Erleben der Pflege aus dem Umgang der pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen mit der im Haushalt anwesenden Pflegefachperson und der grundsätzlichen Haltung der Pflegehäuser in Bezug auf den Anspruch auf Pflegeleistungen. Beide Aspekte werden zunächst aus Sicht der befragten Pflegefachpersonen dargestellt, anschließend wird die Bedeutung dieses Erlebens von der Autorin in gesellschaftlicher Hinsicht ausgelegt.

Die befragten Pflegefachpersonen beschreiben den Umgang des Pflegehauses mit ihnen auf unterschiedliche Art und Weise. Die Autorin erkennt dabei aufgrund ihrer eigenen Sozialisation im ländlichen ambulanten Pflegesetting drei wesentliche Faktoren, aufgrund derer sich ein unterschiedlicher Umgang der Menschen mit der Pflegefachperson ergibt. Zum einen beschreibt einer der Teilnehmer*innen, der im ländlichen Bereich pflegerisch tätig ist, die sogenannte Dorfeinstellung. Die Dorfeinstellung beeinflusst, ob Menschen eines Dorfes eher tolerant oder verschlossen gegenüber Unbekanntem oder möglichen Problematiken

eingestellt sind. Es ist denkbar, dass sich die Dorfeinstellung ebenso auf Stadtteile im städtischen Bereich übertragen lässt, was sich jedoch aus den Daten heraus nicht belegen lässt. Neben der Dorfeinstellung bestehen selbstverständlich die eigenen Charaktere und Prägungen der Menschen weiterhin und tragen ihren Teil zum Umgang mit der Pflegefachperson im Pflegehaus bei.

(...) Da merkt man so richtig, wie unterschiedlich eigentlich die Dorfeinstellung ist. Ich sage mal, die Dorfeinstellung, was die Leute dann für eine Art haben, mit Stress und alles umzugehen. (...) Bei den einen ist alles entspannt, bei den nächsten ist dann stressiger. Bei den einen ist das okay, wenn du 10 Minuten später kommst in der Region, bei den anderen ist es anders. – Eduard, Pos. 10

Die Dorfeinstellung ist damit ein grundlegender Faktor für den Umgang der dort lebenden Menschen mit neuen Situationen und Herausforderungen. Sie wird ergänzt durch den zweiten Faktor: die Dauer der Beziehung des Pflegehauses zum Pflegedienst. Dabei ist weniger relevant, welche Pflegefachperson am jeweiligen Tag die Pflege durchführt, sondern vielmehr, dass das Pflegehaus den Pflegedienst bereits als vertrauten Dienstleister angenommen hat. Die beschriebenen Beziehungen des Pflegedienstes zum Pflegehaus führen dazu, dass sich die zu pflegenden Menschen mit den Pflegefachpersonen des Pflegedienstes in ihrem Hilfe- und Unterstützungsbedarf nicht mehr schambehaftet, sondern sicher fühlen. Der dritte Faktor als ausschlaggebender und letztlich das Thema des Umgangs leitender Faktor ist das Vorhandensein oder das Fehlen der persönlichen Wertschätzung für Menschen, welche den Beruf einer Pflegefachperson ausüben. Damit verbunden ist eine ihnen entgegengebrachte Haltung der Anerkennung oder Geringschätzung.

(...) Das ist für die was anderes. Wir sind Pflegekräfte. Wir haben nicht den Stellenwert bei vielen. Wir sind für die häufig: Ja, du wäschst mich und du bist meine Putzfrau. Du bist meine Bedienstete, du bist meine Angestellte. Ja, also auf diesem Niveau ist das sehr, sehr häufig. Ja, genauso. (...) – Andrea, Pos. 42

Demnach identifiziert die Autorin auch aufgrund ihrer eigenen Prägung in einem Pflegedienst in ländlicher Struktur, dass die Dorfeinstellung vor allem bei der älteren, lange im Dorf ansässigen Generation den Umgang mit neuen Situationen grundsätzlich prägt. Der jeweils eigene Charakter des zu pflegenden Menschen und dessen Grundhaltung auf die Wertigkeit einer Pflegefachperson leiten das Handeln und die Kommunikation ihr gegenüber. Als sich verändernder Faktor über Zeit bestimmt die von den pflegebedürftigen Menschen erlebte Sicherheit gegenüber dem Pflegedienst in Bezug auf die eigene Einschränkung die Ausprägung des Handelns gegenüber der Pflegefachperson auf eher wertschätzende oder eher despektierliche Art und Weise.

Die befragten Pflegefachpersonen äußern sich auf unterschiedliche Art und Weise über den von ihnen erlebten Umgang der Pflegehäuser mit ihnen selbst. Neben dem oben genannten Zitat von Andrea existiert eine ähnliche Aussage von Ulrike, die sich jedoch auf die Mitarbeiter*innen in der Nachbarschaftshilfe bezieht.

(...) Viele sagen, das ist die Putzfrau. Da sagen wir: „Nein, das ist eine Betreuungskraft, das ist keine Putzfrau.“ Viele Betreuungskräfte werden zum Putzen gebraucht, weil das der Punkt ist, wo die Leute Hilfe brauchen, ja. Und die werden dann häufig für den Bereich missbraucht. (...) – Ulrike, Pos. 125

Eine andere Pflegefachperson berichtet darüber, dass sich das Pflegehaus wertend über eine Kollegin äußert, die eine Ausbildung als Pflegehilfsperson hat. Auch wenn es nicht primär um Pflegefachpersonen geht, soll diese Aussage verdeutlichen, dass die Anerkennung durch die Pflegehäuser dann geringer zu sein scheint, wenn die Pflegefachpersonen, Pflegehilfspersonen und Mitarbeiter*innen der Nachbarschaftshilfe körpernahe oder hauswirtschaftliche Leistungen im Pflegehaus erbringen. Im Gegensatz dazu gibt es auch Pflegefachpersonen, die eine andere Erfahrung machen und betonen, dass die Pflegehäuser pflegerische Professionalität (an-)erkennen und schätzen.

(...) die Leute nehmen uns ganz anders wahr, viel wertvoller als vor Jahren. Wir werden immer mehr anerkannt. Auch in der Professionalität, grad unsere z. B. Dekubitusprophylaxe,¹⁷ Sturzprophylaxe.¹⁸ Wir sind ja immer beratend tätig. Wir sehen den Bedarf, wir sehen die Probleme, wir beraten, wir beraten auch die Angehörigen. (...) – Margret, Pos. 87

Hier zeigt sich nun die Auswirkung der Beratungstätigkeit im Aufgabenspektrum von Pflegefachpersonen. Seit der Inkraftsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege im Jahr 2004 ist die eigenständige Durchführung des Pflegeprozesses sowie die Beratung über und Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit deren definierter Zuständigkeitsbereich (KrPflG). Sind Angehörige im Pflegehaus, die an der Versorgung der zu Pflegenden mitwirken möchten, stellt dieser Arbeitsbereich in der ambulanten Pflege auch ein wesentlicher Bestandteil der täglichen Arbeit dar und impliziert ein professionelles Fachwissen, das sich zum einen vom Wissen der Angehörigen über Pflege hierarchisch abhebt, zum anderen der landläufigen Aussage „Pflegen kann jeder“¹⁹ widerspricht. Dass Beratung den erlebten Wert der Pflege im Pflegehaus beeinflusst, macht auch das folgende Zitat von Lena deutlich. Sie beschreibt im Gespräch das

¹⁷ Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs, z. B. Mobilisation, Positionswechsel.

¹⁸ Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen, z. B. geeignetes Schuhwerk, Beseitigung von Stolperfallen, Unterstützung beim Gehen.

¹⁹ Diese Aussage tätigte Norbert Blüm im Jahr 1998, jedoch führen gesellschaftliche Ereignisse wie der Arbeitsplatzverlust der sogenannten „Schlecker-Frauen“ der Drogeriekette Schlecker im Jahr 2012 sowie der ausgeprägte Flüchtlingszulauf im Jahr 2015 immer wieder dazu, dass diese Aussage in modifizierter Weise auch von weiteren Minister*innen des Bundes und der Länder getroffen und dadurch medial aufbereitet wird.

Fallbeispiel einer pflegebedürftigen Dame, die sich zu Hause immer weniger bewegt und dadurch Gangsicherheit einbüßt. Der pflegende Sohn jedoch achtet nicht auf Lenas Hinweise, zusätzliche Physiotherapie für seine Mutter zu organisieren. In der Folge kommt es zu einem Sturz im Pflegehaus, welcher eine Versorgung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung nach sich zieht. Auch dort wird sie nicht adäquat mobilisiert. Bei der Rückkehr in ihr häusliches Umfeld wurde für Lena offensichtlich, dass die Dame wichtige Ressourcen im Bereich der Mobilität verloren hat.

(...) Der Sohn wollte die ganze Zeit nicht, dass die Physiotherapie kommt. Und dann hat er jetzt endlich mal gesehen, was passiert, wenn man nicht richtig, kein richtiges Personal da hat, also auch keinen Therapeuten. Und jetzt ist er endlich einsichtig geworden und guckt jetzt, dass er da jetzt in absehbarer Zeit (...) eine Verordnung bekommt für Physiotherapie. Ja, aber manchmal müssen die das auch einfach erst mal spüren. Und ich finde, das ist schlimm, weil es ist immer auf die Kosten der Klienten. – Lena, Pos. 14

Es ist nicht bekannt, wie sich der pflegende Sohn nach diesem Ereignis gegenüber Lena als Pflegefachperson positioniert, doch aus seinem veränderten Verhalten heraus schließt die Autorin, dass er Lenas Professionalität anerkennt und ihr Wertschätzung entgegenbringt, weil jene Konsequenzen für seine Mutter spürbar wurden, welche Lena durch ihre Beratung zu verhindern versucht hatte.

Neben dem unterschiedlichen Umgang der Pflegehäuser mit den Pflegefachpersonen existieren auch divergierende Anspruchshaltungen der pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen in Bezug auf die Menge und Häufigkeit der pflegerischen Leistungen, die sie aus der Pflegeversicherung heraus erhalten. Die befragten Pflegefachpersonen berichten in den Gesprächen von dem Spagat, den sie in ihrer täglichen Arbeit im Pflegehaus bewältigen. So sind die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen auf der einen Seite froh darüber, Leistungen in Anspruch nehmen zu können und ihre Versorgung in den eigenen vier Wänden damit sicherzustellen. Auf der anderen Seite jedoch möchten sie den finanziellen Eigenanteil möglichst geringhalten und verzichten auf weitere, aus pflegerischer Sicht sinnvolle Leistungen.

(...) Natürlich fällt es uns oft sehr schwer, wir sehen den Bedarf, aber wie gesagt, durch das, dass die Leistungen nicht gewünscht werden, weil sie Geld kosten, kommen wir auch an unsere Grenzen und das zu akzeptieren, fällt uns manchmal sehr, sehr schwer. (...) – Margret, Pos. 67

Eine daraus resultierende Strategie der Pflegehäuser, mit welcher die Pflegefachpersonen umgehen müssen, sind die sogenannten Eh-da-Leistungen, wie Andrea sie bezeichnet.

(...) Und dann sagt die Angehörige oder der Angehörige: „Sie sind doch eh schon da, dann können Sie auch den Müll mit runternehmen.“ Angehörige und Patienten

erwarten kostenlose Eh-da-Leistungen. Das heißt Eh-da-Leistungen, so nennen wir das. (...) – Andrea, Pos. 28

Es ist von Pflegedienst zu Pflegedienst unterschiedlich, wie mit diesem Ansinnen der Pflegehäuser umgegangen wird. Ein häufiges Phänomen ist, dass sich zusätzliche, nicht bezahlte Leistungen bei vor allem alten langjährigen Bestandskunden „eingeschlichen“ haben und diese Leistungen vom Pflegedienst weiterhin erbracht werden, um einen möglichen Konflikt und eine Rufschädigung zu vermeiden. Eine weitere Vorgehensweise ist die Konfrontation der pflegebedürftigen Menschen mit dem vereinbarten Pflegevertrag und der aktuellen Finanzierung durch die Pflegeversicherung.

(...) Wenn der sagt zu mir: „Andrea, können Sie mal bitte den Müll runternehmen?“ Dann sag' ich genau einmal: „Herr Müller Maier Schulze, entschuldigen Sie bitte, das ist eine Leistung, die haben Sie nicht gebucht, die wollten Sie nicht in Anspruch nehmen, weil Sie gesagt haben, Sie haben eine Putzfrau. (...) Wir sind Dienstleister, das müssen Sie bezahlen.“ Und ganz schnell kriegen die die Kurve und merken das. Aber die Alten, (...) die schon lange [dabei sind]: „Wieso, Sie gehen doch sowieso an der Mülltonne vorbei. Das können Sie doch eben für mich mitmachen.“ Nee, eben nicht. – Andrea, Pos. 44

Eine befragte Pflegefachperson erläutert diesen Fall ebenfalls an der Versorgung von Diakonissen, die ihr ganzes Berufsleben im Dienst für den besagten Träger standen und nun im Alter Wohnrecht und Pflege von ihm erhalten. Sie formulieren einen Anspruch an die erlebte Pflege, der sich sowohl in Bezug auf die pflegerische Zeit als auch auf eine flexible Leistungsgestaltung von der Abarbeitung fest definierter und vertraglich festgelegter Leistungsmodule unterscheidet. Diesem Anspruch können die Pflegefachpersonen durch die momentane Leistungsgestaltung der Pflegeverträge oft nicht gerecht werden, was in der Folge zu Diskussionen mit den Diakonissen führt.

Beide Beispiele zeigen, dass es sich um ältere pflegebedürftige Menschen handelt, die möglicherweise aus ihrer Sozialisierung heraus einen Zugang zu Pflege erwarten, der nicht von der Finanzierung und normativen Vorgaben bestimmt wird, sondern aus der Selbstverständlichkeit, dass sich Frauen im Dienst der Barmherzigkeit oder durch alte Rollenprägungen für pflegebedürftige Menschen einbringen und dieses Engagement nicht an finanziellen Eigenanteilen zur Pflege scheitert. Dass Pflege jedoch als professionelle Dienstleistung eben nicht selbstverständlich ist, sondern einen Preis hat, zeigt Andreas Umgang mit den Eh-da-Leistungen und wie sie dies durch Handlungen an die Pflegehäuser kommuniziert:

(...) Wie gesagt, ich hab' das ein Jahr aufgenommen und danach war das nicht mehr nötig, weil diese Eh-da-Leistung hat's nicht mehr gegeben. Das muss man halt kommunizieren. (...) Also, die merken dann schon: Oh verdammt, wenn die jetzt auch noch mein Frühstück machen und auch noch meinen Müll mit rausnehmen und noch dies und noch das, dann kann ich nur noch viermal die Woche duschen statt fünfmal. Also

die merken das auch. Und die verändern dann auch ihren Blick dafür. (...) – Andrea, Pos. 46

Im Verlauf des Kapitels zeigte die Autorin auf, inwieweit die gesellschaftlichen Bedingungen und die vorliegenden Strukturen die Ausgestaltung der Pflege als Beruf und die Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Pflegehaus beeinflussen. Weiterhin wurde dargestellt, welche Sicht die befragten Pflegefachpersonen auf den von den Pflegehäusern erlebten Wert der Pflege an sich haben. Beides in Kombination wird von der Autorin als gesellschaftlicher Diskurs über Pflege operationalisiert und im Folgenden als solcher beschrieben.

Diskursive und mediale Aufbereitung der Pflege innerhalb der Gesellschaft

Der Diskurs über Pflege innerhalb der Gesellschaft entsteht maßgeblich aus vorherrschenden, vor allem medial produzierten und transportierten Bildern der Pflege. Im Diskurs stehen immer wieder die Bedingungen der stationären Pflege, die befragten Pflegefachpersonen nehmen zur gesellschaftlichen und ihrer eigenen Wahrnehmung der stationären Pflege Stellung und zeichnen dazu im Gegensatz das Bild der ambulanten Pflege. Beide Versorgungssettings erzeugen unterschiedliche Erwartungen, Hoffnungen und Ängste bei den befragten Pflegefachpersonen, den zu pflegenden Menschen und bei mir als Autorin in Kommunikation mit den Pflegefachpersonen. Allumfassend wird deutlich, dass Pflege an sich ein Thema ist, das in allen Generationen einer Gesellschaft für Interesse sorgt, wenn es in einer Familie auftaucht und diskutiert werden muss. Im vorliegenden Kapitel werden daher zunächst die Bilder von Pflege in der stationären und ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen aus Sicht der Pflegefachpersonen im Dialog mit der Autorin dargestellt. Dies leitet in die Argumentation, dass Pflege als generationales Thema in der Gesellschaft verortet werden kann und daher für alle Beteiligten im Prozess eine zu diskutierende Relevanz darstellt. Diese Relevanz bedrängt auch immer wieder die empfundene Professionalität der Pflegefachpersonen.

Aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen wird an unterschiedlichen Stellen deutlich, dass die pflegebedürftigen Menschen eine stationäre pflegerische Versorgung aus verschiedenen Gründen meiden. Einer der Hauptgründe ist die finanzielle Belastung, die mit einer Versorgung im Pflegeheim einhergeht. Weiterhin sind die zu Pflegenden gezwungen, einen Großteil ihres Besitzes aufzugeben, weil sie aus einer eigenen Wohnung oder einem eigenen Haus in ein eigenes Zimmer im Pflegeheim umziehen. Das Mitbringen der gewohnten Möbel ist zwar meistens erwünscht, aus Platzgründen jedoch auf einzelne Möbelstücke begrenzt. Darüber hinaus spielen die Vorerfahrungen der Menschen, die sie mit im Krankenhaus tätigen Pflegefachpersonen erlebt haben oder Erfahrungsberichte von Bekannten, welche im Pflegeheim leben, eine Rolle. Insofern sind diese ersten Erfahrungen mit

Pflegefachpersonen eines möglicherweise anderen Settings dennoch prägend für die Haltung, mit welcher die pflegebedürftigen Menschen einer stationären pflegerischen Versorgung entgegentreten.

(...) Also wenn ich die Patienten schon mal so höre, die dann einfach sagen, dass sie da nichts erfahren haben im Krankenhaus, weil ihnen keiner was sagen konnte, weil keine Zeit da war, ich weiß nicht. (...) – Alexandra, Pos. 26

Durch den Zusatz „ich weiß nicht“ interpretiere ich als Autorin, dass Alexandra wie auch die pflegebedürftigen Menschen selbst mit Unverständnis darauf reagiert, dass die Menschen im Krankenhaus aus Zeitmangel keine Informationen von den dortigen Pflegefachpersonen erhalten haben. Die Bewertung der Pflege geschieht also am eigenen Leib und es ist dem Verhalten und der Selbstdarstellung der Pflegefachpersonen geschuldet, wie Pflege von Laien wahrgenommen und beurteilt wird. Auch die befragten Pflegefachpersonen bewerten in den Interviews immer wieder das Verhalten von Kolleg*innen gegenüber den Pflegehäusern, was in mir als Gesprächspartnerin inneren Widerstand und äußere Zurückhaltung erzeugte. Aus meiner langjährigen engen Zusammenarbeit mit Ärzt*innen in einer kardiologischen Facharztpraxis bin ich so sozialisiert, dass Kolleg*innen nach außen hin nicht schlecht dargestellt werden. Kommen Patient*innen zu uns in die Praxis, um sich eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen, habe ich bisher nie erlebt, dass die zuerst getätigte medizinische Einschätzung gegenüber den Patient*innen als schlecht oder gar falsch beurteilt wurde. Vielmehr sind alle Beteiligten, auch in bestehenden Konkurrenzsituationen, darum bemüht, den ärztlichen Berufsstand nach außen hin als professionell und reflektiert zu präsentieren. Unterschiedliche medizinische Einschätzungen werden den Patient*innen gegenüber als anders gelagertes Erfahrungswissen, als persönliches Bevorzugen einer bestimmten Methode oder als deren letztliche Entscheidung im Sinne einer partnerschaftlichen Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung begründet. Die Konflikte innerhalb des Berufsstandes werden intern diskutiert und ausgetragen, ohne dass Patient*innen im Einzelfall damit belastet würden. Diesen Umgang des ärztlichen Berufsstandes untereinander verstehe ich als pflegewissenschaftliche Mitarbeiterin dieser Praxis als professionell in dem Sinn, dass sich die ärztlichen Beteiligten darüber bewusst sind, welches Bild sie über die Kommunikation mit den Patient*innen nach außen hin erzeugen und dass dieses Bild gesellschaftliche Relevanz besitzt, als dass es den öffentlichen Diskurs über Medizin mitprägt. Dieselbe Haltung machte ich mir im Laufe der Jahre zu eigen und reagiere nun zurückhaltend, wenn ich den Eindruck habe, dass sich Kolleg*innen vor einem dafür nicht kompetenten Publikum wie Patient*innen gegenseitig diffamieren.

In den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen zeigte sich dies in der Gesprächsatmosphäre je nach Sachverhalt unterschiedlich. Zu Beginn der Datenerhebung versuchte

ich in der Rolle als Pflegefachperson mit dem oben dargestellten Hintergrund eine reflektierende Haltung einzunehmen, was sich jedoch als nicht erfolgreich herausstellte, weil die Geschichten der befragten Pflegefachpersonen von Emotionalität geprägt waren. Im weiteren Verlauf verließ ich die Rolle der Pflegefachperson, nahm die Rolle der Wissenschaftlerin ein, äußerte leises Verständnis und ermutigte so die Teilnehmer*innen zum Weitersprechen.

Der gesellschaftliche Diskurs über die Bedingungen in der Pflege wird nicht nur über die Äußerungen der Pflegefachperson in den Pflegehäusern, sondern vor allem auch über die mediale Aufbereitung des Themas geprägt. Besonders zu erwähnen sind hier immer wieder Reportagen im Bereich der stationären Pflege, oft verdeckt durchgeführt, damit die Bevölkerung erfährt, wie die Zustände in den Pflegeheimen fernab der durchgeführten Qualitätskontrollen durch den MD oder die Heimaufsicht²⁰ „wirklich sind“. So wird etwa über Missstände berichtet, dass freiheitsentziehende Maßnahmen ohne Begründung angewendet werden, dass pflegebedürftige Menschen abmagern, weil die Pflegefachpersonen ihnen das Essen nicht anreichen oder dass Menschen mit Psychopharmaka sediert werden, damit sie weniger Arbeit für die Pflegefachpersonen produzieren.

(...) Wir haben eigentlich so in Deutschland so, das Pflegeheim ist das Schlimmste, was man einem Menschen antun kann, ja. Über 20 Jahre negative Berichterstattung. „Erst tot gepflegt und abgezockt“ und wie heißt das alles, hier das Jenke-Experiment und Unmengen von Sachen, wo die Medien immer ganz toll ausgeschlachtet haben. (...) – Michael, Pos. 22

Aus Michaels Äußerung wird die Enttäuschung über die Art der medialen Aufbereitung ersichtlich. Michael leitet als Inhaber einen ambulanten Pflegedienst und hat immer wieder mit Menschen zu tun, die aufgrund ihrer Rahmenbedingungen im Pflegeheim besser versorgt würden als dies zu Hause möglich ist. Er liest sich in diesem Zitat fast verbittert, ist jedoch davon überzeugt, dass jedes Versorgungssetting seine Vor- und Nachteile hat und individuell abgewogen werden muss, was die Beteiligten wünschen und welche Möglichkeiten es gibt, um pflegebedürftige Menschen körperlich, seelisch und geistig gut versorgt zu wissen. Auch die Autorin hat in ihrer Zeit in der ambulanten Pflege Menschen zu Hause versorgt, welche den gesamten Tag im Bett verbracht haben; unfähig, sich zu bewegen. Sie hatten keine Gesprächspartner*innen, sie hatten nachmittags noch das mittlerweile ausgetrocknete Frühstücksbrot vor sich liegen, sie lagen möglicherweise am Tag stundenlang in ihren Ausscheidungen. Weiterhin Menschen, die sich zwar überwiegend selbst versorgen konnten, jedoch keine Angehörigen hatten. Diese Menschen waren teilweise sehr

²⁰ Die Heimaufsicht ist eine Behörde, welche die gesetzlichen Vorgaben im Rahmen der stationären und teilstationären Pflege in den Bundesländern kontrolliert. Dabei werden vor allem Bewohner*innen in Augenschein genommen und Pflegedokumentationen überprüft. Die Kontrollen erfolgen angekündigt und unangekündigt.

einsam und erwarteten die Pflegefachpersonen beinahe sehnsüchtig. Es gibt sicherlich für all diese unschönen Situationen Begründungen, warum diese und nicht eine andere Versorgung gewählt wurde. Aus ihren eigenen dargestellten Erfahrungen heraus versteht die Autorin Michael jedoch so, dass es nicht zielführend sein kann, ein in unserer Versorgungsstruktur etabliertes Setting medial so auf absolute Art und Weise darzustellen, dass Menschen in diesem Land Angst davor haben, es in Anspruch zu nehmen, weil sie es nicht anders beurteilen können.

(...) das merk' ich jetzt, seit ich im ambulanten Dienst bin, dass irgendwie viele alte Leute absolute Panik haben vor Pflegeheimen (...) und ja, ich weiß nicht, sie dann manchmal einfach so viele Sachen herunterspielen (...), um solchen Situationen irgendwie zu entgehen. (...) – Sabrina, Pos. 96

Gute und schlechte Versorgung kann in allen Bereichen des Gesundheitssystems stattfinden. Was am Ende den Unterschied macht, ist die gesellschaftliche Kommunikation darüber und ob die betreffende Berufsgruppe versucht, den Diskurs aufzuarbeiten bzw. zu steuern. Ich als forschendes Subjekt empfand in der Vergangenheit immer wieder Irritation und Entrüstung, wenn pflegefachfremde Menschen mit ihren Beiträgen ein für die Öffentlichkeit bestimmtes, meist negatives und einseitiges Bild der Pflege(-heime) produzieren, das Ängste und Vorurteile schürt. Betrachtet man diese Beiträge genauer, wird deutlich, dass auch darin einige Wertschätzung für die handelnden Pflegefachpersonen enthalten ist, dass auch die Rahmenbedingungen, unter welchen die Pflege stattfindet, wie sie stattfindet, anprangernd adressiert werden. Als letzte Konsequenz bleibt jedoch ein negatives Bild der vor allem stationären Pflege. Fachfremde Menschen werden in den gängigen Fernseh-Talkrunden teilweise als „Pflegeexpert*innen“ bezeichnet und deren Kompetenz in diesem Bereich wird über populärwissenschaftliche Buchveröffentlichungen und eigens angestellte Recherchen nachgewiesen. Sie haben weder eine Pflegeausbildung noch ein Pflegestudium abgeschlossen. In jenen Formaten zum Thema Pflege²¹ wird der Pflegenotstand diskutiert – ohne dass in der Gesprächsrunde Pflegewissenschaftler*innen vertreten sind, die in der Lage dazu wären, den Berufsstand der Pflege auf einer begründeten philosophischen Ebene der Menschenwürde und Ethik darzustellen, um damit einen Unterschied zu den bereits bekannten Ausführungen über die Arbeitsbedingungen der einzelnen Pflegefachperson zu machen und einen anderen, auch positiven und lohnenswerten Aspekt des Berufsstandes darzustellen. Es ist unstrittbar, dass die entstehenden Situationen in der Pflege diskutiert werden müssen und zwangsläufig bereits in der Gesellschaft diskutiert werden – fraglich ist jedoch, warum ausgewiesene Expert*innen der Pflege den Diskurs so rudimentär mitprägen, um ein differenziertes Bild des Berufsstandes in die Gesellschaft

²¹ Zum Beispiel SWR Fernsehen „mal ehrlich...droht uns der Pflegekollaps?“ vom 21.02.2018.

transportieren zu können – und ob sie von der Bevölkerung überhaupt gehört werden wollen.

Unter den befragten Pflegefachpersonen äußert sich außer Michael niemand sonst zu der Problematik des „Images“ zwischen ambulanter und stationärer Pflege. Die Leserschaft hat ihn weiter oben im Text bereits als Verfechter der stationären Pflege kennengelernt, sobald die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung an ihre Grenzen stoßen. Diese Möglichkeiten sieht er nicht nur im finanziellen oder pflegerischen Bereich, sondern er adressiert darüber hinaus Problemlagen in den Familien, welche beispielsweise von internen Machtdiskursen geprägt sind, oder Fälle von Einsamkeit, wenn pflegebedürftige Menschen zu Hause über Jahre hinweg allein sind.

(...) Und wenn so eine Situation kommt, ist es oft doch so, dass die Tochter, die Schwiegertochter, die vor Ort ist, sagt: „Hör' mal, es geht jetzt einfach nicht mehr.“ Und eine totale moralische Keule hat gegenüber den Geschwistern, weil Pflegeheim ist ja auch was ganz Furchtbares. (...) – Michael, Pos. 22

(...) Und das, was wir oft erleben, wenn Leute in die stationäre Versorgung kommen, also jetzt das ganz schlimme Pflegeheim, dass sie plötzlich Menschen wieder treffen, die sie seit 20 Jahren nicht gesehen haben (...). Und ja, dann plötzlich erleben die in der Gemeinschaft wieder eine Form von sozialer Struktur, von Miteinander, und das tut dermaßen gut. Also auf Gedeih und Verderb zu Hause (...). – Michael, Pos. 22

Michael ist interessiert daran, nach außen hin ein differenziertes Bild der pflegerischen Versorgungsformen zu vermitteln und prägt den gesellschaftlichen Diskurs insofern mit, als er Pflegehäuser im Hinblick auf ihre individuellen Rahmenbedingungen berät und den Wechsel vom ambulanten ins stationäre Setting bei Bedarf eng begleitet. Aus seinen Zitaten interpretiert die Autorin, dass sein pflegerischer Anspruch darin besteht, pflegebedürftige Menschen sowohl physisch als auch psychisch gut versorgt zu wissen. Er erwartet innerhalb der Teilkasko-Ausrichtung der Pflegeversicherung nicht nur, dass die Angehörigen zur Pflege finanziell beitragen, sondern das ambulante Pflegeverhältnis auch durch ihre Anwesenheit und Ansprechbarkeit stabilisieren, indem er die Fragilität der ambulanten Versorgung im Rahmen von demenzieller Entwicklung und sich verschlechternden Gesundheitszuständen immer wieder betont. Hier zeichnet sich bereits eine Differenzierung zwischen den befragten Pflegefachpersonen und ihrer individuellen Erwartungshaltung an die geleistete Versorgung ab: Wer besitzt die Deutungshoheit über die Versorgung eines Menschen und welche Kriterien liegen dieser Deutung zugrunde? An Michaels Beispiel kann gezeigt werden, dass er insofern paternalistisch handelt, als er die ambulante zugunsten einer stationären Versorgung beendet, wenn die Rahmenbedingungen dafür seiner Ansicht nach

nicht mehr adäquat erscheinen – dies kommuniziert er im Gespräch mit der Autorin immer wieder deutlich.

(...) Wegfall der Pflegeperson ist in der Regel oft die tatsächlich sofortige Exit-Geschichte. (...) – Michael, Pos. 18

Er trifft letztlich nach einer Reihe von Maßnahmen die Entscheidung, indem er den Vertrag mit dem Pflegehaus kündigt. Andererseits handelt er ebenso anwaltschaftlich im Sinne eines nicht wehrhaften pflegebedürftigen Menschen, welcher von seinen Angehörigen seiner Ansicht nach nicht ausreichend unterstützt wird und dadurch physisch oder psychisch verwaht. Damit eröffnet sich eine erste Herausforderung im Hinblick auf die pflegerische Expertise: Gibt es innerhalb der ambulanten pflegerischen Versorgung ein Recht der Pflegehäuser auf Verwahtung oder sollten krankmachende Umstände zum Wohl der pflegebedürftigen Menschen durch die kompetente Pflegefachperson entschieden und bearbeitet werden? Wie stellen sich die befragten Pflegefachpersonen dieser Herausforderung im Hinblick auf die übernommene Verantwortung für den Menschen und der jeweils individuell empfundenen Menschenwürde einerseits, und der Repräsentation des ambulanten Pflegedienstes nach außen hin andererseits?

Interessanterweise erlebt die Autorin während der Verschriftlichung dieser Daten in ihren Rollen als forschendes Subjekt, Pflegefachperson sowie als sorgender und bedürftiger Mensch genau eben jene Dialektik im privaten Umfeld, als die pflegerische Versorgung der Großmutter plötzlich notwendig und zum Thema der Kommunikation wird: In Bezug auf Pflege weisen der Pflege außenstehende Menschen ein starkes Interesse oder auch eine Neugier bezüglich der Frage auf, wie zu Pflegende irgendwann von jemandem versorgt werden und erwarten sich in dieser Frage ein Mitspracherecht, das zudem von einer selbst angenommenen Expertise in diesen Themen begleitet zu sein scheint. Diese zeigt sich jedoch als nicht vorhanden, wenn die Pflege wirklich stattfindet oder die zu Pflegenden möglicherweise inkontinent, dement und somit anders sind, als wir sie momentan kennen, und dann pflegerische Kommunikations- und Versorgungskonzepte zur Anwendung kommen sollen, welche tatsächlich eine pflegerische Expertise erfordern.

(...) hier beginnt Pflege eigentlich beim Thema Wert ebenso wie beim Thema Geld. (...) Was leistet die Pflege? Wir nennen sie jetzt Helden. Es gab einen ganz netten Artikel mit dem Thema „die Helden sind immer die Deppen“. (...) Ja, es ist einfach so, dass dieser Wert von Pflege da einfach auch schwierig ist. (...) – Michael, Pos. 22

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass dieses Kapitel den Einfluss gesellschaftlicher Strukturen und Gegebenheiten auf die Pflege betrachtet. In diesem Sinn haben Pflegehäuser unterschiedliche Möglichkeiten innerhalb ihres Kapitals und ihres Versorgungsnetzes,

um auf professionelle Pflegeleistungen zurückgreifen zu können. Sind keine oder nur rudimentäre Möglichkeiten vorhanden und wird Pflege selbst erbracht, können sich je nach Konstellation aus der vorliegenden Vulnerabilität potenzielle Folgeprobleme für die pflegebedürftigen Menschen entwickeln. Pflegefachpersonen bearbeiten diese, indem sie beratend und unterschwellig zur Seite stehen – sofern der Kontakt zu ihnen vom Pflegehaus gesucht wird. Vor allem für Leistungen des SGB XI, welche pflegerische und Betreuungsleistungen adressieren, benötigen die Pflegehäuser zur Finanzierung der Pflege in den meisten Fällen einen durch den MD festgestellten Pflegegrad, was wiederum mit potenziellen Barrieren für das Pflegehaus verbunden ist. Diese ergeben sich beispielsweise aus Julianes Ausführungen zum Eingradierungsprozedere des MD während der Covid-19-Pandemie, aber auch aus dem grundsätzlichen Ansinnen heraus, eine fremde pflegebedürftige Person innerhalb kurzer Zeit im Rahmen eines schambehafteten Themas umfassend einschätzen zu können.

Auch die modularisierte Struktur der pflegerischen Unterstützung wurde als gesellschaftlicher Faktor benannt, welcher Pflege an sich beeinflusst. Hierzu sei an die den Leistungen hinterlegten Zeiten erinnert, welche zwar zum einen eine Planbarkeit in die ambulanten Pflegetouren bringen sollen, zum anderen jedoch auch zu Zeitdruck im Rahmen des einzelnen Hausbesuchs führen. Als Kompensation dessen werden Leistungen an verschiedenen Stellen nicht vollständig erbracht, jedoch rechtmäßig abgerechnet, sodass es auf längere Sicht zu einer pflegerischen Unterversorgung der pflegebedürftigen Menschen bei gleichbleibender finanzieller Belastung des Pflegehauses durch den Pflegedienst kommen kann. In diesem Zusammenhang soll auch nochmals auf die Art und Weise hingewiesen werden, mit welcher Haltung die Pflegehäuser den Pflegefachpersonen begegnen. Diese Haltung erstreckt sich vom Umgang mit Pünktlichkeit und Unpünktlichkeit, auf das Einfordern nicht gebuchter und zu bezahlender Leistungen des Pflegedienstes oder auch darauf, ob die Beratungen und Hinweise der Pflegefachperson im Pflegehaus grundlegend Gehör finden, oder von vornherein als unwichtig oder übertrieben angesehene Maßnahmen abgetan werden. Dies wird gleichermaßen vom gesellschaftlichen Diskurs, welcher über Pflege über die mediale Berichterstattung stattfindet, unterstützt. Vor allem der Diskurs über die stationäre pflegerische Versorgung wird regelmäßig Thematik der Medien, welche zumeist in eher negativer Art und Weise über diese Versorgungsform berichten, ohne dabei die komplexen Anforderungen einer angemessenen pflegerischen Betreuung zu beleuchten. Insofern prägen all diese gesellschaftlich formierten entstandenen und flotierenden Elemente das Handeln und die Kommunikation zwischen Pflegehaus und Pflegefachperson und tragen als Grundlage dazu bei, dass Pflegebedürftigkeit zu Herausforderungen aus Sicht der Pflegefachpersonen führen kann. Im Verlauf des folgenden Kapitels werden, unter der Annahme, dass Pflege als Beziehungsarbeit in einem wechselseitigen Verhältnis

zwischen Pflegehaus und Pflegefachperson stattfindet, die Eigenschaften des Pflegehauses und deren Implikationen auf das Handeln im Versorgungsprozess näher betrachtet.

7.3 Seelenleben des Pflegehauses

Inhalt Kapitel 7.3

Einleitung.....	119
Das Verhältnis des Pflegehauses zur Pflege.....	119
Schambehaftete Finanzen als beeinflussende Faktoren	129
Zu Hause sein und Kontakt zur Gesellschaft.....	131

Einleitung

Nachdem die Rahmenbedingungen der Gesellschaft und deren Auswirkungen auf das Pflegehandeln allgemein beschrieben wurden, beschäftigt sich das vorliegende Kapitel nun mit den Aussagen der befragten Pflegefachpersonen zu selektierten Interaktionen im Pflegehaus. Dabei werden diejenigen Interaktionen im Fokus stehen, welche intime Angelegenheiten des Pflegehauses betreffen. Insofern hält die Autorin die Bezeichnung *Seelenleben des Pflegehauses* für adäquat, um so zu verdeutlichen, dass Werte, Ängste, Scham, Einsamkeit und eventuelle Abhängigkeiten im Rahmen dieses Kapitels zur Sprache kommen. Die Schilderung dieser intimen Angelegenheiten der pflegebedürftigen Menschen durch die Pflegefachperson setzt voraus, dass diese als Vertrauensperson von den pflegebedürftigen Menschen akzeptiert wurde und diese sich ihr gegenüber kommunikativ und interaktiv öffnen.

Sämtliche Aspekte beeinflussen die Haltung des Pflegehauses zur Pflege an sich und zur potenziellen Dienstleistung Pflege, welche in Anspruch genommen wird oder nicht. In Verbindung damit soll aufgezeigt werden, wie Pflegefachpersonen unter Berücksichtigung der beschriebenen Aspekte innerhalb des Seelenlebens der Pflegehäuser die gewünschte Pflege zu organisieren versuchen. Zunächst beginnt die Autorin mit ihrer Interpretation des Verhältnisses des Pflegehauses zur Pflege. Das Kapitel ist von der logischen Struktur her so aufgebaut, dass die Leserschaft im Verlauf des Kapitels erlebt, wie sich eine Beziehung des Pflegehauses zur Pflegefachperson entwickelt. Die Aspekte des Seelenlebens werden von der Autorin also den unterschiedlichen Vertrauensstadien einer sich entwickelnden Beziehung zugeordnet.

Das Verhältnis des Pflegehauses zur Pflege

Das Verhältnis zur Pflege speist sich aus dem gesellschaftlichen Diskurs einerseits und der individuellen Sichtweise auf Pfl egetätigkeiten allgemein andererseits. Es beeinflusst daher

den Beziehungsaufbau zu den Pflegefachpersonen vor allem zu Anfang der Beziehung, das heißt, wenn Pflege durch den Pflegedienst erstmalig stattfindet. Es dreht sich im Detail um Fragen der Ausgestaltung des Leistungsportfolios, die vonseiten des Pflegehauses konstituierend dafür sind. Die Etablierung einer stufenweisen Vertrauensbeziehung zeigt sich in zwei Herausforderungen, welche die Pflegefachpersonen bei Eintritt in ein neues Pflegehaus bearbeiten. Zum einen sind sie damit konfrontiert, dass ein unbekannter pflegebedürftiger Mensch sich damit arrangieren muss, dass jemand Fremdes in seine Wohnung oder sein Haus kommt, um ihn zu pflegen. Dies erfordert eine grundlegende Akzeptanz des eigenen nachlassenden oder abbauenden Zustands vonseiten des pflegebedürftigen Menschen und das Kennenlernen einer neuen eigenen Art des Verhaltens: der Umgang mit schambehafteten Situationen im Austausch mit einer fremden Person.

Die zweite Herausforderung zeigt sich in der Haltung der pflegebedürftigen Menschen in Bezug auf die Wertschätzung von Pflegeleistungen. Es ist essenziell für die Beziehungsgestaltung, ob das Pflegehaus der Pflegefachperson mit Respekt begegnet und infolgedessen Pflege als bezahlenswerte Dienstleistung zur Erleichterung des Alltags erachtet oder ob die Erbringung von Pflegeleistungen als notwendiges Übel gesehen wird und damit so kostengünstig wie möglich sein sollte. Im Verlauf des Kapitels beschreibt die Autorin zunächst die erstgenannte Herausforderung, welche sich im Gespräch mit den befragten Pflegefachpersonen ergeben hat, anschließend den Umgang mit Scham und finanziellen Hürden. Weiterhin wird dargestellt, welchen Einfluss die dadurch etablierte Beziehung auf die weitere Versorgung der pflegebedürftigen Menschen nimmt und welchen Anteil die persönlichen Befindlichkeiten der Pflegefachpersonen darin haben. Auch nach Etablierung des Vertrauensverhältnisses zu den Pflegefachpersonen wird das Verhältnis zur Pflege vom Pflegehaus sowie der Pflegefachperson immer wieder neu balanciert. Diese Balance wird letztlich im Verlauf der Kapitel durch die Ausgestaltung von Nähe und Distanz im Sinne der induzierten Polarisierung der Expertise weiter beschrieben.

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen geschieht auch heute noch zum überwiegenden Teil durch die weiblichen Familienangehörigen im Pflegehaus. Dazu zählen Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter, manchmal Enkelinnen. Auch wenn die Zahl der pflegenden männlichen Angehörigen mittlerweile steigt (Rothgang & Müller, 2018), so ist es doch nicht von der Hand zu weisen, dass diese Rolle weiterhin von den Frauen aktiv oder passiv durch Zuweisung und Erwartungshaltung der pflegebedürftigen Eltern angenommen wird. Pflege gilt auch im historischen Kontext als Aufgabe der Frau, die aufgrund ihrer biologisch-natürlichen Eigenschaften bereits kraft ihres biologischen Geschlechts kompetent dazu ist, Pflege zu leisten (C. Bischoff, 1982). Die pflegenden Töchter sind oftmals bereits durch ein starkes Gefühl der Verantwortlichkeit ihren Eltern gegenüber bereit, die Rolle der

pflegenden Tochter oder anderen weiblichen Angehörigen zu übernehmen. Ein weiterer Aspekt, welcher diese gegenseitige Erwartungshaltung erklären könnte, sind die Erfahrungen der älteren Generation aus dem Krieg: Erlebte Schutzlosigkeit, mögliches Ausgeliefertsein oder Zwangsarbeit in den Arbeitslagern können mitunter dazu führen, dass alte Traumata nie vor den Angehörigen thematisiert wurden und es schwerfällt, fremde Personen zur Pflege im eigenen Haushalt zu akzeptieren und die entstehende Scham durch Vertrauen zu überwinden (Geister, 2005).

Hat sich das Pflegehaus dennoch dafür entschieden, professionelle Pflege zur Unterstützung der Angehörigen oder als alleiniger Akteur zur Erbringung von Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen, berichten die befragten Pflegefachpersonen immer wieder über ein reges Interesse der An- und Zugehörigen, wenn die Pflegefachperson zum Erstgespräch ins Pflegehaus kommt.

Also dann ist es der Mann oder die Frau, also der Ehepartner, Lebenspartner, dann ist es häufig derjenige, der die Vorsorgevollmacht hat, wenn es eine gibt, oder eine nette Nachbarin, dann sind es Kinder, Schwiegerkinder und Enkel. (...) – Andrea, Pos. 6

Die Autorin interpretiert die Vielzahl der teilnehmenden Personen am Erstgespräch als divers begründete Unsicherheit unter den Beteiligten. Zum einen besteht zumeist eine globale Unkenntnis darüber, wie welche Leistungen von den Pflegefachpersonen wann erbracht werden und wie diese vom Pflegedienst abgerechnet werden. Das Pflegehaus hat kein „Gefühl“ dafür, wie hoch die Pflegekosten bemessen sind, die auf sie zukommen und welche Leistungen sie strukturell überhaupt in Anspruch nehmen können oder wollen. Darüber hinaus können ungelöste Konflikte im Pflegehaus bestehen, die aus der Erwartungshaltung des zu pflegenden Menschen heraus resultieren, dass die eigenen Angehörigen die Pflege übernehmen sollen – diese es jedoch nicht (mehr) können oder wollen. Insofern haben beteiligte Angehörige möglicherweise Schuldgefühle, weil sie die Pflege eben nicht (mehr) selbst erbringen oder nicht in Gänze erbringen und möchten sich dann zumindest in den organisatorischen Part einbringen und den zu pflegenden Menschen gut versorgt wissen. Aus ihrer eigenen Zeit in der ambulanten Pflege kennt die Autorin die Unsicherheit und Vagheit der beteiligten Personen im Pflegehaus, wenn die Pflege beginnt und noch kein Vertrauensverhältnis zwischen den Akteur*innen besteht. Ich habe damals bewusst mit einer technokratisch-professionellen Haltung agiert, indem ich eine distanzierte, aber freundliche Zugewandtheit ausgestrahlt habe. Die Zugewandtheit zeigte sich darin, dass es mir wichtig war, ein unbedingtes Ohr für die Bedürfnisse und Vorannahmen des Pflegehauses zu haben, aber auch nonverbal zu vermitteln, dass Schamgefühle nicht nötig seien, da ich von Berufswegen her tagtäglich mit diesen Situationen zu tun habe. Die inhärente Technokratie wiederum spürte ich an mir selbst, indem ich meine Person in der konkreten

Pflegetätigkeit sozusagen ausblendete. Ich agierte als Neutrum in diesen ersten Versorgungsgängen, war wie ein professionell-herzlicher „Pflege-Automat“. Wie dieser Habitus damals bei den zu pflegenden Menschen wirkte, weiß ich nicht und würde mich heute sehr interessieren. Mein Ansinnen war es jedoch, die fragile neue und schambehaftete Situation nicht durch meine eigenen Vorannahmen und Befindlichkeiten zu belasten, sondern Sicherheit zu geben, indem ich überlagernde Effekte wie meine Persönlichkeit während der Pflege selbst ausklammerte. Mit Entwicklung des Vertrauensverhältnisses im Laufe der Zeit personifizierte ich mich und wurde schließlich zu Schwester Miriam, wie die damalige übliche Anrede in diesem Pflegedienst lautete.

In den Gesprächen mit den befragten Pflegefachpersonen zeigt sich ein weiteres Phänomen, das zu Beginn dieser Vertrauensbeziehung zwischen dem Pflegehaus und der Pflegefachperson auftritt. Kommen Pflegefachpersonen in ein neues Pflegehaus, so ist ihnen grundsätzlich bewusst, dass die dort lebenden Menschen zumeist relativ verunsichert oder sogar anfangs ängstlich reagieren. Vor allem in Pflegediensten im ländlichen Bereich benennen manche der befragten Pflegefachpersonen das Verhalten der pflegebedürftigen Menschen ihnen gegenüber als von eingeschüchtertem Respekt geprägt. Dies zeigt sich darin, dass Fragen nur zögerlich und nach mehrfacher Ermutigung gestellt werden oder dass fachkundige Pflegefachpersonen während der Beratung gefragt werden, ob sie nicht doch der oder die Ärzt*in seien.

(...) die Generation, die einfach jetzt gerade pflegebedürftig ist, finde ich, die hat immer noch (...) ein anderes Denken von Ärzten. Das sind die Halbgötter. (...) Und (...) der Respekt ist einfach so mega hoch, dass sie sich nicht trauen, irgendwas zu hinterfragen. Und ich habe das Gefühl, dass das bei ganz vielen Menschen, die halt fremd zu einem kommen, einfach genauso ist. Und wenn ich als Pflegekraft komme, dann habe ich einfach das Bedürfnis, da erst mal so ein Vertrauen aufbauen zu können, dass der Mensch mir einfach vertraut, bevor ich mit dem ins Bad gehe und er sich da nackig ausziehen muss. – Alexandra, Pos. 18

Die betroffenen Pflegefachpersonen geraten durch diese transportierte Unsicherheit des Pflegehauses in einen Ausgestaltungszwang der induzierten Polarisierung von Nähe und Distanz: Sie möchten einerseits im Pflegehaus zugänglich erscheinen, denn sie wissen um die Angst der pflegebedürftigen Menschen vor Fremden und vor Neuem. Dieser Angst möchten sie empathisch begegnen und Vertrauen schaffen. Dafür versuchen sie, das Vertrauen der Menschen durch den vermehrten Einsatz von Nähe und Fürsorglichkeit zu gewinnen und den pflegebedürftigen Menschen dadurch Sicherheit zu vermitteln. Auf der anderen Seite riskieren sie damit, Pflege als herzens- und haushaltsnahe Leistung zu vermitteln, die jeder freundliche Mensch erbringen kann, wenn er sich ein wenig bemüht. Es besteht die Möglichkeit, dass Professionalität und Fachkenntnis nicht ausreichend vermittelt

wird oder im Prozess für das Pflegehaus an Bedeutung verliert. In der Konsequenz sind die Pflegefachpersonen beständig damit konfrontiert, die jeweilige Balance im Verhältnis von Nähe und Distanz zu gestalten. Die Ausgestaltung erfolgt dabei in Bezug auf die erlebte oder nicht erlebte Anerkennung durch das Pflegehaus.

(...) wenn dann so Sätze kommen: „Ach, Sie sind ja nur Altenpfleger.“, Sag' ich: „Ja, ich bin nur Altenpfleger, aber ich denke, das kriege ich noch hin.“ Da werde ich so ein bisschen sarkastischer. Die merken es dann auch später durch die Arbeit und dann ist es gut. – Adrian, Pos. 60

Es gibt immer wieder Pflegehäuser, in welchen die Pflegefachpersonen aufgrund der Haltung der dort lebenden Menschen weniger oder mehr Respekt in ihrer Tätigkeit erfahren. Es ist nach Aussage der befragten Pflegefachpersonen weiterhin von der Haltung eines pflegebedürftigen Menschen abhängig, ob Pflege nach Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zur wahrgenommenen und wertgeschätzten Dienstleistung wird oder eine Aufgabe bleibt, die ganz selbstverständlich als Grundbedürfnis gesehen wird und daher der finanzielle Eigenanteil möglichst gering sein sollte. Der Respekt vor der Pflegefachperson zeigt sich auch darin, inwieweit das Pflegehaus Vorbereitungen für den pflegerischen Hausbesuch trifft und bereit ist, im Hintergrund an der Versorgung mitzuarbeiten. Dies betrifft vor allem die Vor- und Nachbereitung der pflegerischen Leistung im Pflegehaus.

(...) Oder z .B., dass man sagen muss, also wir brauchen neue Unterhosen, dass man sieht, die sind zwei Größen zu klein, die da sind. Dann werden die Unterhosen vom Mann angezogen, der verstorben ist, ja also, wir müssen da in vielen Bereichen einfach handeln, die Leute ansprechen. (...) – Margret, Pos. 95

Im Gespräch mit Margret fühlte sich die Autorin in ihre eigene Zeit in der ambulanten Pflege zurückversetzt. Auch ich habe als Pflegefachperson immer wieder Situationen erlebt, in welchen ich in riesigen Schlafzimmerschränken nach frischer und intakter Kleidung für den pflegebedürftigen Menschen gesucht habe, um diesen würdevoll im Sinne von sauber und nicht löchrig einzukleiden. Diese Sucherei habe ich wiederum als übergriffiges Verhalten meinerseits in Bezug auf die häusliche Integrität des Menschen, andererseits auch als Gleichgültigkeit der zuständigen Angehörigen mir und dem zu pflegenden Menschen gegenüber empfunden. Im Vergleich dazu gab es andere Pflegehäuser, welche sehr darum besorgt waren, dass alle zur Pflege benötigten Materialien und frische Kleidung ausreichend vorhanden waren und die Zeit der Pflege so wenig wie möglich durch überflüssige Unterbrechungen gestört wurde. Damals empfand ich dies als große Freundlichkeit und als angenehmes Arbeiten, heute bin ich davon überzeugt, dass diese bemühten Angehörigen implizit oder explizit verstanden haben, dass sich Pflege als Ausgestaltung der Menschenwürde zeigt und zu deren Wahrung essenziell ist.

Das geartete Bild von Pflege im Pflegehaus trägt dazu bei, dass sich die Pflegefachpersonen im negativen Fall die Anerkennung ihrer Expertise regelrecht erarbeiten müssen. Adrian beispielsweise berichtet, wie Pflegefachpersonen in einem ländlichen ambulanten Pflegedienst unterschiedliche Sprechweisen verwenden, um einerseits für den pflegebedürftigen Menschen klar, bodenständig und verlässlich, andererseits vor den Angehörigen professionell zu wirken.

Ich mein', (...) diese Fachsprache kann man gerne bei den Angehörigen einsetzen. Da merken die Angehörigen auch, das ist eine Fachkraft. Da baut sich auch ein Vertrauen auf, ja. Und man kann ihnen dann auch vermitteln, „also mit dem Vater kann ich jetzt nicht so reden wie mit Ihnen, da sag' ich einfach nur: >Mach!<.“ Und das verstehen die dann auch. – Adrian, Pos. 58

Weitere Maßnahmen der Pflegefachperson sind die direkte Verweigerung von Leistungen, welche das Pflegehaus nicht gebucht hat. Dies dient somit als Abgrenzung von jenem geliebten Bild des Pflegehauses, wonach Pflege als Selbstverständlichkeit keine bezahlenswerte Dienstleistung darstellt, sondern irgendwie nebenher erledigt werden muss – im Sinne der von Andrea bereits erwähnten Eh-Da-Leistung (vgl. Kapitel 7.2).

Ja, ich frag' dann immer: „Geben Sie Ihrem Handwerker, der für eine Anfahrt 75 Euro nimmt und Ihren Fernseher repariert, fragen Sie den auch, ob der den Müll mitnimmt?“ – Andrea, Pos. 40

Ist die Vertrauensbeziehung zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus bereits am Entstehen, treten nachfolgende Phänomene auf, die einen Eindruck von der Rollenverteilung zwischen den Beteiligten vermitteln. Ein von den Pflegefachpersonen häufig genanntes Phänomen ist der erlebte Rückzug des pflegebedürftigen Menschen aus der Eigenverantwortung. Die Gründe dafür sind unterschiedlicher Natur. Manche der Menschen erleben sich bezüglich der Regelung ihrer Angelegenheiten oder der Durchführung verordneter Krankheitstherapien auch im Alter oder nach stattgefundener Krankheit uneingeschränkt kompetent – im direkten Gegensatz zu ihrem Umfeld, das beispielsweise aufgrund der erlebten nachlassenden Fähigkeiten des zu pflegenden Menschen Pflege organisiert. Dies hat zur Folge, dass die Pflegefachpersonen ihre Arbeit nur unter Widerstand der zu pflegenden Person durchführen können und diese während des Hausbesuchs irgendwie ablenken müssen, um keinen Zeitverlust durch ausschweifende Diskussionen über den Sinn und Zweck des Hausbesuchs zu riskieren. Zum anderen zeigt sich die persönliche Folge für den betroffenen Menschen, dass dieser das beständige Gefühl hat, in seiner Person und selbst erlebten Kompetenz vom Umfeld verkannt zu werden.

Weil sie selbst diesen Hilfebedarf nicht unbedingt sehen, also ich habe eine Kundin, zu der komme ich, da muss ich Blutzucker messen, Insulin spritzen und

Medikamente geben und das fiel ihr am Anfang wahnsinnig schwer. Sie hat geschimpft wie ein Rohrspecht, wirklich. Das ging ein, zwei Monate so, da hat man eben versucht, sie in andere Themen im Gespräch zu verwickeln, dass die Arbeit nebenbei läuft. Inzwischen sagt sie: „Ich mach' da gar nichts mehr. Ich kümmer mich da überhaupt nicht drum, ich darf es ja nicht.“ – Cathrin, Pos. 8

An Cathrins Beispiel wird sichtbar, dass die Eigenverantwortung zunächst von der betreffenden pflegebedürftigen Frau übernommen wurde, sie ihr jedoch in diesem Fall vom Hausarzt, welcher das Diabetes- und Medikationsmanagement in die Verantwortung des ambulanten Pflegedienstes gegeben hat, abgenommen wurde. Nachdem sich die Situation durch ihren Protest nicht änderte, lässt die Dame nun mit sich machen und beugt sich der Entscheidung des Umfelds und deren Folgen.

Ein verwandtes Phänomen wird im Gespräch mit den Pflegefachpersonen als „mentale Pflegebedürftigkeit“ bezeichnet:

(...), dass der Patient die Pflegekraft sieht und durch irgendein Zerrbild in ihm entstanden ist, er muss jetzt gar nichts mehr machen. Die legen ja sehr viel Wert auf Selbstständigkeit und wir haben es dann immer mal wieder, dass dann Patienten, die sich eigentlich (...) Oberkörper und Gesicht selber waschen können, [sagen]: „Nö, ihr kriegt das bezahlt, ihr wascht mich jetzt von Kopf bis Fuß.“ Das ist dann für mich also so eine mentale Pflegebedürftigkeit, die durch die Patienten oder auch manchmal durch die Angehörigen so suggeriert wird. „Ja, der kann das nicht, mach' das mal. Ihr werdet dafür bezahlt.“ – Adrian, Pos. 44

Die mentale Pflegebedürftigkeit scheint damit das Gegenteil des eben dargestellten Widerstands zu sein, hat jedoch ähnliche Auswirkungen. Sie bezeichnet den kognitiven Prozess des pflegebedürftigen Menschen, sämtliche noch erhaltene Kompetenzen freiwillig zu ignorieren und sich ganz in die Verantwortung der Pflegefachperson zu übergeben.

Aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen heraus wird nicht konkret, ob es darum geht, dass das Pflegehaus die bezahlte pflegerische Leistung in Gänze „auskosten“ möchte, um des Gefühls willen, „etwas für das Geld bekommen zu haben“ oder ob es tatsächlich einen psychologischen Zusammenhang zwischen dem Eintreffen der Pflegefachperson und der steigenden eigenen Pflegebedürftigkeit gibt. Analog zum bereits bekannten „Weißkitteleffekt“, wonach bei einigen Menschen der Blutdruck steigt, sobald sie Ärzt*innen sehen (Ärztezeitung, 2014), hält die Autorin diesen psychologischen Effekt der mentalen Pflegebedürftigkeit für nachvollziehbar, vor allem, wenn Angehörige die Situation entsprechend beeinflussen.

Beide Phänomene führen letztlich dazu, dass die Eigenverantwortung der pflegebedürftigen Menschen mehr als nötig an das Umfeld abgegeben wird und sich die Menschen infolgedessen den Entscheidungen des Umfelds anpassen, sei es aus nicht berücksichtigtem Widerstand oder als Resultat einer nicht reflektierten Zustimmung durch den

pflegebedürftigen Menschen selbst. Aus Sicht der Autorin ergibt sich daraus eine wesentliche Herausforderung für die Pflegefachpersonen: Es gilt, pflegerische Leistungen in Abstimmung mit dem zu pflegenden Menschen und/oder dem Pflegehaus so anzubieten und durchzuführen, dass die Autonomie des Menschen gewahrt und aktiv erhalten bleibt. Die Autorin ist durch ihren beruflichen Hintergrund einerseits in der ambulanten Pflege, andererseits in der kardiologischen Facharztpraxis in Verbindung mit ihrer kritisch-hinterfragenden wissenschaftlichen Tätigkeit so geprägt, dass im medizinischen und pflegerischen Bereich ein Spannungsfeld besteht, wie die Berufsangehörigen aus Medizin und Pflege mit kranken oder hilfsbedürftigen Menschen umgehen. Schnell ist man dabei, übergriffig zu agieren und genau zu wissen, was für den zu versorgenden Menschen gut und hilfreich ist. Pflegeleistungen und medizinische Therapien werden den Menschen gegenüber entsprechend nachvollziehbar argumentiert, die gängigen Lehrbücher verdeutlichen den Berufsangehörigen überdeutlich, welche Konsequenzen zu erwarten sind, sollte sich die zu versorgende Person nicht an die empfohlenen Maßnahmen halten. Nach der Erfahrung der Autorin wird dies vom medizinischen Fachpersonal innerhalb der Patientenedukation auch immer wieder entsprechend an die Menschen kommuniziert: „Bitte, wenn Sie meinen, dann tragen Sie eben keine Thrombosestrümpfe, aber dann müssen Sie sich nicht wundern, wenn Sie wieder eine Thrombose haben.“

Die Wandlung des Ärzt*innen-Patient*innen-Bildes vom paternalistischen zu jenem aktuelleren auf Augenhöhe wird zwar immer wieder an verschiedenen Stellen erwähnt, hält jedoch nur schleppend Einzug in das Mindset von Ärzt*innen, Medizinischen Fachangestellten und Pflegefachpersonen in jenem Setting. Es ergibt sich unbestritten eine gewisse Problematik daraus, dass aus medizinischen und pflegerischen Leistungen eine (auch haftungsrechtliche) Verantwortung für die Handelnden erwächst und die Patient*innen längst nicht so mündig und aufgeklärt sind, wie es die Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung auf Augenhöhe erfordert. Eben daraus ergibt sich das erlebte Spannungsfeld und die Folgeproblematiken im Alltag. Bis zu welchem Grad ist im Haftungsfall Verlass auf die Entscheidung der Patient*innen und werden diese dann weiterhin zu ihrer Entscheidung stehen, wenn sie die Folgen ihrer Entscheidung selbst tragen müssen? Inwieweit ist es überhaupt möglich, dass Patient*innen in ebenbürtiger Kommunikation mit Professionellen der Gesundheitsversorgung stehen, vor allem im Hinblick auf immer kürzer werdende Besprechungszeiten mit den behandelnden Ärzt*innen²² (Irving et al., 2017)? Analog dazu erlebe ich in meiner Berufstätigkeit immer wieder, wie Patient*innen auf eine väterliche, bevormundende und bei Bedarf lobende oder tadelnde Art und Weise begegnet wird, wenn es um die Einhaltung der Therapie oder um Änderungen des Lebensstils geht, die zum Erhalt oder

²² Die zitierte Studie bescheinigt für Deutschland eine Kontaktzeit von 7,5 Minuten.

zur Verbesserung der Gesundheit beitragen sollen. Wenngleich im Unternehmen der Autorin die Autonomie der Patient*innen geachtet und innerhalb der unternehmenseigenen Haltung reproduziert und gelebt wird, so werden dennoch bereits die Auszubildenden von den Berufsschulen in dieser paternalistischen Haltung geprägt. Insofern ist es eine Herausforderung, entgegen dieser immer noch gängigen beruflichen Haltung zum einen, zum anderen in der Abwägung von Haftungsrisiken, zum dritten in Abstimmung mit den Wünschen und Vorstellungen der betreffenden Person eine möglichst fundierte und praktikable Lösung für die Versorgung zu finden, sei es innerhalb der medizinischen Therapie oder innerhalb der pflegerischen Versorgung.

Im Gespräch mit den Pflegefachpersonen konnte ich als Autorin ein einheitliches Vorgehen für die Pflege eruieren, das diesem Dilemma Rechnung tragen soll. Ebenso, wie das dargestellte Problem aus zwei möglichen Voraussetzungen besteht, die sich gegenseitig verstärken können, besteht jenes Vorgehen aus zwei Handlungsansätzen, welche von den Pflegefachpersonen stringent verfolgt werden: Vor allem die Pflegefachpersonen, welche eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung absolviert haben, verfolgen grundsätzlich die Strategie, einen pflegebedürftigen Menschen nicht mit ihrem Angebot überfordern zu wollen. Im Verlauf der Kapitel wird die Autorin darstellen, dass bereits beim Erstbesuch der Pflegedienstleitung offensichtlich wird, welche Problemlagen im Pflegehaus vorliegen könnten. Weiterhin erkennen die Pflegefachpersonen im Gespräch mit dem pflegebedürftigen Menschen und dessen Angehörigen, welcher Pflegebedarf aus professioneller Sicht existiert und welches Ausmaß des Bedarfs das Pflegehaus selbst erkennt und an den ambulanten Pflegedienst adressieren möchte. Dieses Maß gilt entsprechend als Einstieg in die Pflege, alles Weitere wird im Verlauf der Vertrauensbeziehung besprochen und in die Wege geleitet.

(...) du musst gucken, dass du da irgendwie auf einer seichten Art da schon jemanden mit 'reinbringst, damit diese Akzeptanz wächst. Aber eben nicht gleich volle Kanne und so versuchen wir das auch bei anderen oft, wo die Angehörigen sagen: „Oh, ich kann's nicht mehr und ich brauche unbedingt Unterstützung“, und hier langsam einzusteigen und zu sagen: „Okay, wir können ja mal mit Tablettengabe oder mit einmal in der Woche duschen anfangen.“ Und nicht gleich die Leute so dolle überfallen und alles auf einmal wollen. Man überfordert sie damit. – Angela, Pos. 30

Dominik verfährt in derselben Taktik:

Die Leute erzählen mehr von sich, also die werden einfach offener. Sie sagen dann halt auch selbst irgendwann, wo Probleme sind und wo sie einfach mehr Unterstützung bräuchten oder haben wollen. Man sieht selbst einfach, wo Probleme sind und kann die auch direkt ansprechen, ohne dass da jetzt irgendeine ablehnende Haltung kommt. (...) – Dominik, Pos. 22

Diese Strategie zum behutsamen Einstieg der Pflegehäuser in die Welt der ambulanten Pflege wird komplettiert mit einer weiteren, welche die Mitarbeit der pflegebedürftigen Menschen an der Pflege sicherstellen soll und somit das Phänomen der mentalen Pflegebedürftigkeit adressiert. Die Pflegefachpersonen sind sich darin einig, dass der Erhalt der eigenen Ressourcen zentral dafür ist, dass die pflegebedürftigen Menschen möglichst lange zu Hause versorgt werden können. Unterschiedlich gestaltet sich die Art der Kommunikation mit dem Pflegehaus darüber: Je nach Klientel sprechen die Pflegefachpersonen eher begründend oder eher fordernd mit den pflegebedürftigen Menschen, um sie zur Mitarbeit zu bewegen.

(...) Vielen hilft es, wenn man versteht, dass sie da ein Problem haben. Wenn man jetzt sagt: „Okay, ich verstehe Sie da. Aber ich bin ja auch hier, um Ihnen zu helfen. Wir gucken jetzt erst mal, wie es läuft.“ (...) – Adrian, Pos. 22

Ich bin da knallhart. Ich sag' dann: „Das können Sie selbst“ oder „das kannst du selbst“. (...) Wir sind hier auf dem Land sehr schnell per Du, dann sag' ich: „Jetzt stell' dich mal nicht so an, jetzt wasch' dich.“ (...) Wir haben hier sehr viele alte Bauern. (...) Die wollen ganz klipp und klar gesagt bekommen: „Mach' das, das hilft dir, da kannst du dich länger bewegen.“ Das reicht denen. Die wollen ganz klare Ansagen haben. – Adrian, Pos. 48+56

Im Gespräch mit den Pflegefachpersonen wird diese Strategie ebenfalls als zum Wohl der Menschen geschehend argumentiert und von einer Pflegefachperson, welche sich momentan im Studium befindet, zumindest insofern hinterfragt, als sie in Erwägung zieht, die Menschen damit möglicherweise vor den Kopf zu stoßen. Dies macht deutlich, dass auch die Pflege im ambulanten Setting durch gelerntes Wissen, Haftungsfragen und Qualitätsnachweise an gewisse Regeln gebunden ist und ein pflegebedürftiger Mensch nicht unbedingt entscheidungsfähig im Sinne radikaler Autonomie ist. Die Förderung der Autonomie des pflegebedürftigen Menschen geschieht nicht nur über die Aufforderung zur Mitarbeit an der Pflege und über die Ressourcenerhaltung im pflegerisch-klassischen Sinn, sondern darüber hinaus über den Mechanismus der Verantwortungsübergabe, wenn die Pflegefachpersonen den professionellen Eindruck haben, dass diese Verantwortung von den zu pflegenden Menschen getragen werden kann.

(...) Und jetzt bringt der Frühdienst die Medikamente morgens zu ihr mit für den ganzen Tag, lässt die Medikamente bei ihr und ich im Spätdienst kontrolliere, okay, Tabletten sind genommen. Ich sag' mal, in zwei Drittel der Fälle hat sie die Tabletten alle schon abends genommen, und manchmal muss ich dann sagen, „ach, schauen Sie mal, da ist noch eine Tablette drin!“ (...) Also man versucht dann so, ich kontrolliere nicht böse, sondern ich werfe nur einen Blick drauf und erinnere dann. – Cathrin, Pos. 10

Cathrin versucht mit diesem Vorgehen, eine Beziehung auf Augenhöhe herzustellen, indem die Verantwortung für einen bestimmten Bereich, hier das Management der Medikation, geteilt wird und die pflegebedürftige Dame darin befähigt wird, selbst an die Einnahme der Medikation zu denken. Das Ziel dieses Beziehungsaufbaus zu Beginn der Pflege in einem neuen Pflegehaus sieht die Autorin daher zum einen in der Etablierung der Pflegeleistungen als Kompensation der Fähigkeitsverluste der pflegebedürftigen Menschen, aber auch im Erhalt der Selbstständigkeit und der Verantwortlichkeit für das eigene physische und psychische Wohlergehen.

Schambehaftete Finanzen als beeinflussende Faktoren

Das Verhältnis zur Pflege wird wiederum beeinflusst von spezifischen Vermeidungsstrategien, die im Pflegehaus angewandt werden. Eine hier näher betrachtete Vermeidungsstrategie speist sich daraus, schambehaftet auf das Thema der Finanzierung von Pflege zu reagieren. Wie die Autorin in diesem Kapitel noch differenzierter aufzeigen wird, ist die Konfrontation des Pflegehauses mit seiner eigenen Scham essenziell, um sich automatisch verschlechternde Situationen frühzeitig gemeinsam bearbeiten zu können, um den Kontakt zur Gesellschaft aufrecht erhalten zu können. Im Folgenden steht jedoch die erlebte Scham im Hinblick auf eine Finanzierung der Pflege im Vordergrund.

(...) Viele sagen, „das passt, ich kann das noch“ und man sieht aber einfach, es geht nicht mehr. (...) – Daniela, Pos. 12

Mit diesem Gesprächsausschnitt zeigt die Autorin auf, dass die Pflegefachpersonen durch ihre Expertise erkennen, dass in dieser Versorgungssituation ein Problem innewohnt. Dieses speist sich oft aus einer Kombination von Scham und Fragen der finanziellen Mittel. Eben jene Strategie der pflegebedürftigen Menschen besteht im Vortäuschen von Kompetenz und Normalität Fremden gegenüber, von denen sie meinen, dass diese ihnen Glauben schenken.

(...) Also, was die manchmal für, naja so Tricks irgendwie haben, wo man sich denkt, das ist eigentlich überhaupt nicht möglich, dass so jemand allein zu Hause wohnt, aber es funktioniert irgendwie. So, es kriegt ja dann auch keiner mit, was der macht allein daheim, wenn keiner da ist (...). – Sabrina, Pos. 96

Die befragten Pflegefachpersonen reagieren je nach individuellem Charakter unterschiedlich auf diese wahrgenommene Täuschung. In der Konsequenz sind es darüber hinaus die Pflegedienstleitungen, die solche Situationen mit den Pflegehäusern kommunikativ bearbeiten. Eine Pflegedienstleitung, die sich im Gespräch mit der Autorin als sehr direkt und anpackend gegenüber anderen zeigte, konfrontiert die pflegebedürftigen Menschen mit ihrem Eindruck der Versorgung aus pflegerischer Sicht:

(...) So, dann kommen die mit der Begründung: „Ja, aber ich brauch' Pflegegeld über, weil ich finanziere meiner Enkeltochter das Studium.“ Und das ist häufiger, als wir glauben. „Ich brauch' also Pflegegeld über, ich kann mir diese Versorgung nicht leisten.“ Dann muss man ins Gespräch gehen und muss ganz klar sagen, „na, so wie Sie aussehen, sind Sie nicht gepflegt.“ (...) – Andrea, Pos. 28

Eine andere Pflegedienstleitung betont während des Gesprächs mit der Autorin immer wieder die Feinfühligkeit, mit welcher die Pflegefachpersonen sich an die zu pflegenden Menschen annähern sollten, um sich deren Vertrauen zu erarbeiten. Eben jene Pflegedienstleitung ist im ländlichen Bereich tätig und auch im Gespräch mit anderen Pflegedienstleitungen aus dem ländlichen Bereich ergibt sich für die Autorin der Eindruck, die ländlich geprägten pflegebedürftigen Menschen seien im Vergleich zu den städtischen Menschen eher zurückgezogen, grummelig (vor allem jene im süddeutschen Raum) und misstrauischer. Da die Autorin im ländlichen süddeutschen Bereich sowohl aufgewachsen ist als auch dort in der ambulanten Pflege beruflich tätig war, kann ich diesen Eindruck, der sich immer wieder aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen ergeben hat, nur bestätigen. Dies bedeutet, dass die pflegerische Antwort auf die Strategie der pflegebedürftigen Menschen variabel und dem Vertrauensverhältnis nach angemessen sein muss, damit sie Wirkung erzielt.

(...) sie hat mir ja erzählt, „ich hab' mich heute Morgen schon gewaschen und ich hab' mich frisch angezogen.“ Hat sie mir jedes Mal erzählt. Dem war aber nicht so, sie hat mehr als gemüffelt. Und da muss ich dann einen Weg finden, sie zu frischer Kleidung zu kriegen. Anfangs durfte ich nicht die Konfrontation antreten. Ich musste wirklich die schmutzigen Sachen am Bett 'runterfallen lassen und das Frische einfach hinlegen zum Anziehen. Heute sage ich, „ach, also ich glaub', nach dem Duschen ziehen wir uns frisch an“ und sie akzeptiert es. (...) – Margret, Pos. 61

Das Handeln der befragten Pflegefachpersonen ist grundsätzlich davon geprägt, pflegebedürftige Menschen durch die Konfrontation mit ihren Defiziten nicht in deren Würde zu verletzen. Dies interpretiert die Autorin vor allem aus dem Hadern mit dem pflegerischen Handeln und Kommunizieren, aus gezogenen Konsequenzen, aus der pflegerischen Verpflichtung, den pflegebedürftigen Menschen auf Augenhöhe zu begegnen und pflegerisches Handeln ihnen gegenüber transparent zu machen. Es entstehen jedoch auch immer wieder Situationen, in welchen es keinen Kompromiss zwischen Pflegedienst und Pflegehaus zu geben scheint.

(...) Und wir kommen da zur Tür rein und es ist einfach nur mega verdreht, (...) also man hat das Gefühl, man möchte gar nicht rein gehen. Überall klebt es auf dem Boden, es (...) also unvorstellbar. Ich hab' so was noch nie gesehen vorher. Wir haben da versucht, trotzdem was zu machen und (...) haben dann, weil wir auch den Patienten nicht vor den Kopf stoßen wollten, haben dann Kontakt zu der Betreuerin aufgenommen und haben darum gebeten, dass erst die Reinigungskraft kommt und dann wir. So, das ging dann, ich glaub', eine oder zwei Wochen lang gut. Und in der dritten Woche kam ich da hin mit einer Schülerin und der Patient sagte, nee, das

wäre ihm alles zu teuer, die Reinigungsfrau, die würde er nicht bezahlen, er könnte selber putzen. (...) – Alexandra, Pos. 58

An Alexandras Beitrag zeigt die Autorin das oben beschriebene Schaudern auf, das immer wieder vor allem im Gespräch mit den Pflegefachpersonen in den Pflegehäusern auftritt. Sie scheint persönlich über diese Zustände erschüttert zu sein und macht innerhalb der Schilderung dieser Situation im Gespräch immer wieder Pausen, wie als suche sie die passenden Worte, um einerseits das Erlebte prägnant zu beschreiben, andererseits den Patienten auch vor mir als Zuhörer*in nicht schlecht darzustellen. Gelöst wurde diese unzureichende Versorgungssituation durch den Kontakt zwischen Pflegedienstleitung und Betreuer*in sowie dem zukünftigen Einsatz eines männlichen Kollegen. In einem anderen Beispiel mit ähnlichen häuslichen Zuständen konnte kein Kompromiss gefunden werden, hier wurde der Pflegevertrag letztlich durch den ambulanten Pflegedienst gekündigt.

Zu Hause sein und Kontakt zur Gesellschaft

Nachdem bisher das Verhältnis zur Pflege im Sinne der sich etablierenden Vertrauensbeziehung mit unterstützenden und hemmenden Faktoren dargestellt wurde, wird das Seelenleben des Pflegehauses aus Sicht der Pflegefachpersonen im weiteren Verlauf dahingehend beschrieben, wie sich die Bedeutung des eigenen Zuhauses und der damit verbundene Kontakt zur Gesellschaft in Interpretation durch die subjektive Autorin darstellt und wie diese wechselseitig in der Beziehung zur Pflegefachperson wirken.

(...) Zuhause ist natürlich Zuhause, gell. Das ist natürlich (...) bei den alten Leuten der größte, wichtigste Faktor, einfach zu Hause zu sein. (...) – Mira, Pos. 79

Vor allem in ambulanten Pflegediensten im ländlichen Bereich berichten die befragten Pflegefachpersonen darüber, dass die Menschen deren Häuser damals noch selbst erbaut haben und sich daher sowohl im Haus sehr gut auskennen als auch im Dorf stark vernetzt und bekannt sind. Das eigene Zuhause schafft Sicherheit und reproduziert die Identität der älteren pflegebedürftigen Menschen. Daher ergeben sich sowohl aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen als auch aus der beruflichen Erfahrung der Autorin zwei Mechanismen: Zum einen erfahren die pflegebedürftigen Menschen in ihrem eigenen Zuhause eine vollständige Integrität und Kompetenz: Sie entscheiden, wer eintreten darf, sie empfangen den Gast mit einer individuellen Haltung und diese ist legitim, wird also nicht offen in Frage gestellt. Die Regeln und Strukturen im Pflegehaus werden von den dort lebenden Menschen definiert. Der zweite Mechanismus ist die Akzeptanz dieser Integrität und Kompetenz des oder der Gastgeber*in durch den Gast.

(...) Also, wenn jetzt ein Patient zu mir sagt, er ist noch geistig klar, „hier raus mit dir“, dann muss ich gehen. Weil er hat das Hausrecht. – Adrian, Pos. 40

Und Angela ergänzt:

(...) Wir befinden uns bei jemandem im Haushalt. Wir sind Gast im Haushalt, ja, und haben auch das das Hausrecht zu respektieren. (...) – Angela, Pos. 26

Die befragten Pflegefachpersonen berichten allesamt in den Gesprächen mit der Autorin über ihre Rolle als Gast im Pflegehaus. Bereits innerhalb der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin wurde der Autorin ebenfalls vor dem praktischen Einsatz in der ambulanten Pflege genau dieses auf eindringliche Art und Weise vermittelt. Weiterhin erneut nach Abschluss der Ausbildung bei jeder weiteren Einarbeitung in die Strukturen der unterschiedlichen ambulanten Pflegedienste. In Auswertung dieser Gespräche der befragten Pflegefachpersonen mit mir als Autorin und meiner eigenen Erfahrungen damit erscheint mir die Gast-Thematik nun geradezu mantramäßig von den Pflegefachpersonen in der ambulanten Pflege wiederholt zu werden. Fraglich ist jedoch, was sich hinter der Rolle des Gastes verbirgt. Interessanterweise wird in den ambulanten Diensten selbst nicht inhaltlich definiert, was diese Rolle als Gast für das Verhalten der Pflegefachpersonen im Sinne einer „Corporate Identity“²³ bedeutet, sondern das Verhalten der Pflegefachperson gegenüber dem pflegebedürftigen Menschen wird individuell von jeder und jedem einzelnen auf das Pflegehaus angepasst. Das bedeutet, dass unterschiedliche Haltungen der Pflegefachpersonen existieren, mit welchen sie den pflegebedürftigen Menschen begegnen. Diese Haltungen werden im Folgenden aufgezeigt, um das Spannungsfeld zwischen der Rolle als Gast und dem Pflegehaus als Identitätsstiftung und damit auch -sicherung für den pflegebedürftigen Menschen darzustellen.

Zum einen gibt es Pflegefachpersonen, die ihre Rolle als beauftragte Unterstützende von außen in den Vordergrund stellen und bei möglichem Widerstand des Pflegehauses Grenzen aufzeigen. In den Gesprächen mit den betreffenden Pflegefachpersonen bemerkte die Autorin atmosphärisch vor allem eine gesteigerte Emotionalität, die sich im Sprechtempo, in der Lautstärke sowie der Höhe der Stimme kanalisierte.

(...) ich hatte auch eine Situation mit einem Kunden vor einem Jahr, da bin ich, weil ich Doppeldienst hatte, ein bisschen früher dahin gekommen, also 10 Minuten früher, wie eigentlich immer abgemacht war mit ihm. Da war dann grad die Frau gestorben, alles zu viel, Haushälterin doof, Pflegedienst doof und ich hab' es dann abgekriegt. Und das 1 1/2 Wochen lang. Der hat mich 1 1/2 Wochen lang nur angebrüllt. (...) Und irgendwann hab' ich dann auch gesagt (...): „Es reicht jetzt, entweder jetzt, (...) oder dann lassen wir es.“ (...) Und dann bin ich auch raus und ich hab' auch gesagt: „Ich muss jetzt raus“, weil sonst wäre das eskaliert, weil er alles weitergemacht

²³ Die *Corporate Identity (CI)* beschreibt ein Konzept für Wirtschaftsunternehmen, mit welchem das Unternehmen nach außen hin einheitlich präsentiert werden soll, um einen Wiedererkennungswert zu prägen. Im Fließtext wird hauptsächlich das konstituierende Element des *Corporate Behaviours* adressiert, was einen geleiteten und firmeneinheitlichen Umgang mit Kund*innen beschreibt (Esch, 2018).

hat. (...) – Daniela, Pos. 16+18

Der Umgang mit erlebtem Widerstand gestaltet sich zwar ganz unterschiedlich und ist darüber hinaus von mehreren Faktoren abhängig. Beispielsweise unterscheiden die Pflegefachpersonen darin, ob die pflegebedürftige Person mit ihnen verbal kommunizieren kann und ein Austausch von Argumenten überhaupt möglich ist. Des Weiteren wird durchaus unterschieden, ob der Widerstand gegen eine Maßnahme aus der selbst empfundenen verschlechterten Tagesverfassung eines Menschen oder aus seinem Charakter heraus resultiert. Daher möchte ich als Autorin nicht den Eindruck erwecken, dass diese Pflegefachpersonen überfordert oder machtmisbrauchend agieren, indem sie emotional werden und diese Grenzen setzen. Dennoch kommt in jenen Gesprächen mit den Pflegefachpersonen immer wieder zur Sprache, dass die zu Pflegenden „böse werden und einen rausschmeißen“, dass man des Hauses verwiesen wird, dass Situationen eskalieren, dass pflegebedürftige Menschen auf eine bestimmte Art „blinzeln und dann werden die böse“, dass Pflegefachpersonen „immer der Prellbock sind“, dass die Pflegefachperson androht, zu gehen, wenn die pflegebedürftigen Menschen dies oder das nicht tun etc.

(...) Und also das ist dann schon sehr, sehr mühsam und ich habe auch schon mitbekommen, dass es Kollegen gab, die ihr dann gedroht haben und gesagt haben, „so, und wenn Sie jetzt nicht aufhören zu schreien, dann drehe ich mich 'rum und gehe.“ (...) Und da kann ich mich erinnern, dass manche echt gestöhnt haben und gesagt haben, „das ist so schwierig“ oder sie haben sie auch schonmal festgehalten, gerade, wenn sie um sich geschlagen hat. (...) – Cathrin, Pos. 26

Die Ausführungen sind beiderseits von sprachlicher Gewalt geprägt, indem die Pflegefachpersonen darstellen, wie sich die zu Pflegenden ihnen gegenüber gewaltvoll (im Sinne von nicht achtsam) verhalten und wie die Pflegefachpersonen gleichermaßen eskalierend darauf reagieren. In den Gesprächen mit den betreffenden Pflegefachpersonen ist mir diese verbale Eskalation, versteckte Drohungen oder Gewalt im Sinne der unreflektierten Machtausübung zum eigenen Schutz immer wieder aufgefallen, zumal ich in meiner Berufstätigkeit in der ambulanten Pflege niemals erlebt habe, dass ich oder Kolleg*innen des Pflegehauses verwiesen wurden. Die Härte der geschilderten Kommunikationen und Fallbeispiele ist mir daher fremd. In den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen wird das pflegerische Handeln für Außenstehende wie mich durch die Erläuterung mit Fallbeispielen aus der Pflegepraxis nachvollziehbar und daher nicht zu einem Stein des Anstoßes. Aus den atmosphärischen Eindrücken in den Gesprächen schließt die Autorin innerhalb der Auswertung, dass sich die Pflegefachpersonen teilweise selbst in ihrer Regulation von Nähe und Distanz angetastet fühlten und sich diese Berührtheit darin auswirkt, ob und wie die Rolle des Gastes individuell im Alltag gelebt wird, wenn sie nicht vom ambulanten Pflegedienst als Mindset definiert wird. Das Zuhause der pflegebedürftigen Menschen ist deren

Herrschaftsbereich. Es formiert ihre Identität – auch, indem sie individuelle Eigensinnigkeiten so

(aus-)leben können, wie sie möchten, ohne dass sie Einmischung oder Bewertungen von außen erleben müssen.

Na, ich finde schon, also zu Hause sind sie ja, sag' ich mal, in ihren eigenen vier Wänden und da kommt der eigene Charakter, finde ich, noch mehr hervor als im Heim. Heim ist eine fremde Umgebung. (...) Es geht ja schon allein um die Umgebung. Das Zimmer ist anders und zu Hause, da sind Strukturen. Die haben die Häuser meistens ja selber noch gebaut. Die kennen sich aus und die wissen, (...) sie sind der Herr im Haus. (...) – Adrian, Pos. 40

Das Spannungsverhältnis zwischen der pflegerischen Rolle als Gast und dem Zuhause der Menschen als Identitätssicherung wird von einer der befragten Pflegefachpersonen im Gespräch mit der Autorin sehr deutlich dargestellt. Sie kritisiert dabei eine von ihr erlebte Übergriffigkeit ihrer Mitarbeiter*innen, welche sich in deren Handlungen als professioneller Tatendrang darstellt. Als *professionellen* Tatendrang bezeichne ich ihn deshalb, weil die pflegerischen Taten darauf ausgerichtet sind, die Arbeiten und Strukturen im Rahmen professionellen Arbeitens so zu verändern, dass sie dem eigenen Handeln strukturell dienlich sind.

Ah ja, das erlebe ich immer wieder beim Personal. Dass die sagen, „nein, das Bett muss aus dem Schlafzimmer raus, wir kommen ja nicht ganz lang. Das müssen wir in die Wohnstube stellen.“ Und ich sage, „nein, das bleibt dort stehen, wo es ist. Weil Frau Müller Maier Schulze möchte das nicht im Wohnzimmer stehen haben.“ Punkt. (...) – Sonja, Pos. 16

Auch an diesem Zitat zeigt die Autorin auf, dass die Rolle des Gastes für viele Pflegefachpersonen im ambulanten Dienst entweder wenig reflektiert eingenommen oder bewusst verlassen wird – zugunsten eigener persönlicher oder professioneller Bedürfnisse.

Andere der befragten Pflegefachpersonen zeigen eine weitere Herangehensweise an die Rolle als Gast. Sie scheinen, so der atmosphärische Eindruck der Autorin innerhalb der Gespräche, erlebten Widerstand nicht auf ihre Nähe-Distanz-Regulation zu beziehen, sondern diesen als Ausdruck der Selbstbestimmung eines Menschen zu verstehen. Damit gelingt es ihnen, sich in persönlicher Hinsicht emotional nicht von Situationen berühren zu lassen, welche sie nicht beeinflussen können.

(...) Wir können immer nur wieder darauf hinweisen, aber wenn die partout nicht wollen, absolut nicht wollen, dann bringt das nichts. Und, mal ganz ehrlich, wenn mich jetzt da jemand immer wieder und immer wieder fragen würde und du sagst immer wieder „nein“, dann wärst du ja auch genervt irgendwann davon. Und (...) ich finde, das muss man immer so ein bisschen mit Vorsicht genießen, bevor das nachher alles zusammenbricht, was du eigentlich schon aufgebaut

hast. (...) – Lena, Pos. 14

Sonja ergänzt einen grundlegenden Aspekt des Zu Hause-Seins, welchen die Leserschaft bereits innerhalb des Literature Reviews kennengelernt hat.

(...) Das ist mir auch ganz wichtig, dass die, solange, wie es geht, selbst das Gefühl haben, ich bin immer noch in meinem Haushalt und ich bestimme, was da geht. – Sonja, Pos. 12

Die Atmosphäre in den Gesprächen mit jenen Pflegefachpersonen erlebt die Autorin als ruhig und gelassen. Die Pflegefachpersonen scheinen sich von eigenen Befindlichkeiten, Aufträgen oder erlebten Widerständen von pflegebedürftigen Menschen nicht aus der Ruhe bringen zu lassen und haben sich spürbar von einem Durchführungsanspruch der gebuchten Leistung distanziert. Auch sie äußern nichts in jener Hinsicht, dass der ambulante Pflegedienst eine spezifische Haltung für die Rolle als Gast definiert, sondern es scheint eine individuelle Vorgehensweise und Einstellung der Beteiligten zu sein.

Eine leiblich-reflektierte Konsequenz, welche sich aus der Rolle als Gast ergibt, schildert die Autorin aus ihrer eigenen Berufstätigkeit in der ambulanten Pflege. Ein mir sehr prägnantes Beispiel ist ein aufwändiger Verbandswechsel in einem Pflegehaus, in welchem ein kettenrauchender Mensch mit einer mutmaßlichen Wertbeimessungsstörung gemeinsam mit einer Katze lebte. Es war mir damals nur schwer möglich, einen sterilen Wundverband anzulegen, da dies die hygienischen Zustände im Pflegehaus kaum zugelassen haben. Darüber hinaus haderte ich während der Versorgung mit mir als leiblicher Person aus folgenden Gründen: Als Nichtraucherin konnte ich bei Eintritt in die ungelüftete Wohnung kaum atmen, während des Verbandswechsels zwischen stapelweise alten Zeitungen und anderen gesammelten Dingen lief die Katze haarscharf an der nun freigelegten Wunde vorbei und strich mir um die Beine in Dienstkleidung. Um uns herum lagen Katzenhaare, diverse riechende Futternäpfe der Katze, die Zeitungsstapel fielen um, als die Katze darüber lief. Zum einen hatte ich Sorge um eine mögliche Infektion der Wunde, zum anderen empfand ich Ekel über die herrschenden Zustände in der Wohnung. Aufgrund des Ekels merkte ich, wie ich mich als Person aus der Situation zurückzog und lediglich den Verbandswechsel in meiner bereits beschriebenen Funktion als Pflege-Automat erbrachte. Nach Beendigung des Dienstes schämte ich mich für mein zurückgezogenes und depersonalisiertes Verhalten, denn ich wusste, dass dieser Mensch Würde besitzt und eine Anerkennung in seiner Person von mir als professioneller Pflegefachperson erwarten konnte bzw. dass es mir nicht zustand, über diesen Menschen aufgrund des jetzt erlebten minimalen Ausschnitts seines Lebens zu urteilen. In meiner Rolle als Gast hätte ich den betreffenden Menschen niemals für seine Lebensweise gerügt und doch erschien mir auch mein fokussiertes und

depersonalisiertes Verhalten als unzureichend dem Menschen gegenüber, was seine Identität betrifft. Dieses Erlebnis bedeutet für mich heutzutage in meiner Rolle als Wissenschaftlerin, dass das Gast-Sein nicht nur impliziert, sich dem anderen gegenüber entsprechend zu benehmen und eine gewisse Zurückhaltung bei Unstimmigkeiten zu zeigen, sondern eine tiefere Haltung der Anerkennung und Würdigung seiner Lebensumstände einzunehmen.

(...) Man kommt nach Hause zu den Menschen und jeden in seiner Individualität und in seinem Sein in seiner Art und Weise, wie er sich wohlfühlt, zu akzeptieren ist ja einfach auch, ja, muss man auch können, glaube ich, ist sehr herausfordernd. (...) – Alexandra, Pos. 58

Das eigene Zuhause sichert nicht nur die eigene Identität und reproduziert diese durch die ansässigen Einrichtungsgegenstände und die aufgestellten impliziten und expliziten Hausregeln, sondern es bringt gewissermaßen auch Verantwortung für den pflegebedürftigen Menschen mit sich. Diese Verantwortung zeigt sich vor allem darin, dass der Haushalt nach den herrschenden sozialen Erwartungen gepflegt werden muss und dass auch der pflegebedürftige Mensch selbst in der Lage sein sollte, sich so weit zu erhalten und für ein sicheres Zuhause zu sorgen, sodass die ambulante Versorgung weiterhin möglich ist. Dies ist zumeist auch das schlagende Argument, wenn es darum geht, dass im Pflegehaus erstmals Pflege von außen notwendig wird. Oftmals ist es so, dass die pflegebedürftigen Menschen damit nicht einverstanden sind, sondern dieses Ansinnen von den Angehörigen stammt.

Gerade Leute, die eine sehr eingefahrene Tagesstruktur haben, die wirklich sagen von Anfang an, sie wollen nichts und wo die Angehörigen erst mal Probleme haben, überhaupt denjenigen ein Stück weit zu überzeugen (...), dass Hilfe nötig ist. Also einfach, dass mehr Hilfebedarf nötig ist. (...) – Dominik, Pos. 24

Es ist unter den befragten Pflegedienstleitungen eine verbreitete Strategie, zunächst mit hauswirtschaftlich-unterstützenden und einem verminderten Leistungsportfolio in die Versorgung einzusteigen, um sich im Prozess das Vertrauen des Pflegehauses zu erarbeiten und das Angebot nach Bedarf auszuweiten. Innerhalb dessen wird im Rahmen des Erstgesprächs auch angesprochen, ob und wo im Pflegehaus Maßnahmen erforderlich sind, welche die Sicherheit der zu pflegenden Menschen verbessern sollen. Pflegefachpersonen erkennen im Pflegehaus durch ihre Fachlichkeit Zustände, die Probleme nach sich ziehen können und machen aufgrund dessen Vorschläge, wie der potenziellen Gefahr begegnet werden kann. Leitthema dieses Einbezugs von Hauswirtschaft und/oder Pflegedienst ist, dass es den pflegebedürftigen Menschen so weit entlastet, sodass er vereinfacht den Kontakt zur Gesellschaft erhalten kann. Weiterhin werden von den befragten Pflegefachpersonen vorhandene Mobilitätseinschränkungen oder Stürze in der Vergangenheit genannt, die

dazu führen, dass die Menschen sich die Bewegung weniger zutrauen, Angst haben oder keine Hilfsmittel haben, welche ihnen die Bewegung erleichtern.

(...) Manche könnten aus dem Haus, manche trauen sich nicht und manche wollen nicht. Manche können rein von der Wohnung, Haus, Treppe, Hindernisse, Probleme (...) das Haus nicht verlassen. (...) – Margret, Pos. 93

Daniela ergreift daher konkrete Maßnahmen:

(...) Deswegen guck' ich dann immer, sind genug Haltegriffe da, brauchen die vielleicht noch da in der Hinsicht eine Beratung. Ist ein Rollator da, ist ein Rollstuhl da, wenn jetzt ein Parkinson-Patient mal nicht so gut laufen kann. Und das versuche ich auch schon im Gespräch, wenn ich mich mit denen unterhalte, rauszufinden, was so da ist, wenn ich jetzt nichts sehe. Wenn nicht, frage ich nach und versuche die dann in der Hinsicht zu beraten, dass es vielleicht das sinnig wäre, das zu holen oder zu beantragen. (...) – Daniela, Pos. 10

Die Erhaltung des Kontakts zur Gesellschaft erfolgt demnach primär über das Sorgen von Sicherheit: der pflegebedürftige Mensch soll möglichst selbstständig in seiner Wohnung zu-rechtkommen, diese selbstständig verlassen und betreten können, mögliche entstehende Abhängigkeiten oder Ängste sollen im Vorfeld bereits eliminiert oder minimiert werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch der Erhalt der empfundenen Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen, damit sie sich weiterhin Dinge und Handlungen zutrauen, auch wenn die eigenen Kräfte oder Fähigkeiten nachlassen – weil sie erleben, dass die Strukturen der Wohnung und mögliche Hilfsmittel so auf sie zugeschnitten sind, dass sie sich auf deren Funktion verlassen können.

(...) Kommen sie denn noch an ihren Schrank an den unteren Teil der Küchen, um sich einen Teller rauszuholen. Oder musst du den dann doch schon rausholen, damit sie nicht kopfüber in den Schrank stürzen. Na, das sind so Kleinigkeiten, wo man sagt, da kann man die Pflegebedürftigen ganz gut unterstützen, ohne dass man ihnen das bisschen Selbstwertgefühl, was sie noch haben, nimmt. (...) – Sonja, Pos. 12

Ist der Einstieg gelungen, wird die Versorgung zumeist im Verlauf entlang des Bedarfs der pflegebedürftigen Menschen ausgeweitet und aufkommende Probleme können niederschwellig gelöst werden. Es gestaltet sich schwieriger, wenn die zu pflegenden Menschen mit der Verantwortung für sich und den Haushalt auf sich selbst gestellt sind und diese im Verlauf der Zeit nicht mehr wahrnehmen können. Zum einen ergibt sich die in Kapitel 7.2 dargestellte Problematik des Zugangs zur ambulanten Pflege bei vulnerablen Pflegehäusern. Viele der befragten Pflegefachpersonen berichten im Gespräch mit der Autorin von Verwahrlosung und Zuständen in den Pflegehäusern, die zu einer stationären pflegerischen Versorgung führen können, weil sich die Menschen durch Stolperfallen, Treppenläufer etc. derart verletzen, dass sie nach der Behandlung nicht mehr in ihr meist nicht barrierearmes

Zuhause zurückkehren können. Steigt der Grad der Verwahrlosung, wird es für die pflegebedürftigen Menschen aufgrund erlebter Scham oder durch ein fehlendes soziales Netz immer schwieriger, sich Hilfe zu holen. Die Autorin versorgte innerhalb ihrer eigenen Berufstätigkeit in der ambulanten Pflege auch immer wieder Menschen, welche die Verantwortung des eigenen Zuhauses nicht mehr wahrnehmen konnten. Dies zeigte sich darin, dass entweder die persönliche Pflege oder der Haushalt, in manchen Fällen auch beides vernachlässigt wurde. Mit der Vernachlässigung des Haushaltes ist hier nicht gemeint, dass der Abwasch nicht sofort nach dem Essen oder die schwäbische Kehrwoche nicht pünktlich und ordentlich erledigt wurde, sondern dass wesentliche Lebensbereiche der Wohnung wie z. B. Küche oder Badezimmer einen sichtlich ungepflegten Eindruck auf fremde Menschen machten. Dessen sind sich die Menschen durchaus bewusst – Scham und Angst vor der Bewertung durch Fremde steigen. Auch Sabrina spricht diese Wahrnehmung im Gespräch mit der Autorin an.

(...) Und dann gibt's aber auch einige, denen es gar nicht so recht ist, wenn da immer jemand ins Haus 'reinkommt. Weil dann eben doch sie auch selbst wissen, dass der Haushalt nicht wirklich gemacht ist und (...) die dann immer froh sind, wenn man schnell wieder geht und nicht viel macht und am besten nirgends irgendwo was anfasst oder so. (...) – Sabrina, Pos. 84

Was sowohl in meiner Berufstätigkeit sowie in den Zitaten der Pflegefachpersonen immer wieder sichtbar wird, ist, dass sich die Menschen selbst vor sich und vor anderen zu schämen scheinen, wenn sie mit der Aufgabe des Haushaltes und/oder der eigenen Selbstpflege nicht mehr zurechtkommen. Manche der befragten Pflegefachpersonen berichten über Beispiele, in welchen es gelang, gemeinsam durch die Vermittlung der Hauswirtschaft das Pflegehaus zu „neuer Gesellschaftsfähigkeit“ zu bringen. Wiederum andere schildern, dass der Wunsch des Pflegehauses nach weniger pflegerischer Präsenz akzeptiert wird und die pflegebedürftigen Menschen im kleinen Rahmen dessen, was von ihnen toleriert wird, unterstützt werden.

(...) Und in dem Haushalt war über Monate nichts gemacht, gar nichts. Da war weder mal Staub gewischt, noch Staub gesaugt, noch die Toilette mal reine gemacht, nichts. (...) Die alten Leute liefen beide mit dem Rollator in einer völlig beengten Wohnung und da haben wir dann einen Großeinsatz gestartet und dort haben zwei Hauswirtschafterinnen auf einen Tag acht Stunden gewienert. (...) Die ältere Dame, die hat dann geweint vor Freude und hat gesagt, „endlich sieht es bei mir wieder ordentlich aus.“ (...) – Sonja, Pos. 42+44

Ulrike ergänzt einen anderen, grundlegenden Aspekt:

(...) Das hat der aber nicht zugelassen und solange er nicht entmündigt ist, hat er sein Recht auf seine eigene Verwahrlosung. – Ulrike, Pos. 113

Wie es bei einem zu Hause aussieht, ist für die Gesellschaft ein Marker, welcher für die eigenen Fähigkeiten steht, mit den Widrigkeiten der jeweiligen Lebensphase zurechtzukommen – so zumindest nach dem Empfinden der von der Kehrwoche geprägten Autorin. Ein gepflegter Haushalt gilt allgemein hin als Standard des bürgerlichen Lebens, als „Muss“ beim Empfang von Gästen – Unordentlichkeit oder herumliegender Müll würden einen Gesichtsverlust provozieren. Innerhalb meiner eigenen bisher durchlaufenen Lebensphasen kann ich mich nur an zwei Phasen erinnern, in welchen der Zustand des Haushalts oder des eigenen Zimmers eine vernachlässigbare Rolle gespielt haben. Die erste Phase fand in der Pubertät statt, die bekanntermaßen von der Rebellion gegen das Bekannte, Ordentliche, Saubere geprägt ist. Damals hat es Freundinnen, die sich gegenseitig zu Hause besuchten, nicht interessiert bzw. blieb der Rückschluss vom Zustand des anderen Zimmers auf die grundsätzliche Fähigkeit, mit dem Alltag zurecht zu kommen, aus.

Die zweite Phase fand direkt nach der Geburt meines ersten Kindes statt. Hier drehte sich die gesellschaftlich empfundene Bewertung des Haushaltes vor allem durch die Aussagen meiner Hebamme, eine feministische und gestandene Frau mittleren Alters, gerade ins Gegenteil: „Es ist wichtig, dass sich eine Frau nach der Geburt vollständig regeneriert und eine liebevolle Beziehung zu ihrem Kind aufbauen kann, sodass sich diese beiden auf körperlich und psychisch entspannte Art und Weise an die neue Familiensituation gewöhnen können.“ Der Haushalt wird dabei völlig bewusst ignoriert und rutscht auf der Prioritätenliste weit nach unten, er ist nicht (mehr) Teil der weiblichen Aufgabenverteilung. Trotzdem muss gekocht und Wäsche gewaschen werden – nun wurden die zugehörigen Männer adressiert, nach der Arbeit, in Elternzeit oder im Urlaub den Haushalt zu erledigen. Dieses „Gedankengut“ wurde nahezu konspirativ in den Rückbildungskursen nach der Geburt und Wochenbettbesuchen „verbreitet“. Meine Hebamme wurde nicht müde, diese Botschaft wann immer möglich an ihre betreuten Frauen zu kommunizieren, um deren Selbstbewusstsein zu stärken, das unter der neuartig erlebten eigenen Haushalts-Inkompetenz litt oder gar von anderen Familienangehörigen bewertend angesprochen wurde, die über jenes „Mindset“ meiner Hebamme nicht verfügten. Im Zweifelsfall ergriff sie Partei und stand innerhalb der Wochenbettbesuche vor den teilweise widerspenstigen Männern für die betreuten Frauen ein, signalisierte den Männern ohne Scheu ihre Botschaft überdeutlich. Frisch gebackene Mütter werden (manchmal erstmalig in ihrem Leben) so damit konfrontiert, die Relevanz des ordentlichen Haushaltes unter dem Gesichtspunkt der eigenen Regeneration im Wochenbett und der zu etablierenden Mutter-Kind-Beziehung infrage zu stellen, eigene Gefühle der Überforderung oder auch depressive Episoden durch das Wochenbett zuzulassen und das bekannte „Funktionieren“ zu hinterfragen, Prioritäten neu zu sortieren, auch möglicherweise eingeschlichene Geschlechterrollen zu hinterfragen. Wird das Kind älter, relativiert sich diese Sichtweise auf den eigenen Haushalt wieder. Mit dieser Anekdote stellt die Autorin

den gesellschaftlichen Rückschluss von der Haushaltsführung auf die jeweilige Handlungsfähigkeit und Lebenskompetenz eines Menschen dar. Durch meine eigenen Erfahrungen im Wochenbett mit der durch die Hebamme offen kommunizierten veränderten Priorisierung der heutzutage immer noch überwiegend weiblich gesteuerten Haushaltsführung (Gärtner et al., 2020) wurde ich innerhalb der Gespräche mit den befragten Pflegefachpersonen immer dann besonders hellhörig, wenn diese Kriterien des funktionierenden Haushaltes an einen Menschen zur Bewertung seiner Überforderung oder Alltagskompetenz herangezogen wurden. Wie die Autorin im Verlauf noch darstellen wird, beziehen sich die Pflegefachpersonen regelmäßig auf den Zustand des Haushaltes, um zu einer Einschätzung der Pflegebedürftigkeit zu gelangen. Interessanterweise wird diese Ausnahme, wie ich sie für die Phase des Wochenbetts beschrieben habe, nicht auf pflegende Angehörige übertragen. Von pflegenden Angehörigen wird trotz des sozialen Wissens um Überforderungsprozesse, eigener Berufstätigkeit der Angehörigen oder anderer erschwerender Faktoren erwartet, dass der Haushalt des pflegebedürftigen Menschen selbstverständlich mitgepflegt wird. Hier muss die Autorin jedoch auch kritisch anmerken, dass in diesem Fall keine Hebamme oder ähnliche Person zur Erzeugung eigener Reflexion bzgl. der Priorisierung von Aufgaben oder zur Verteidigung vor kritischen Stimmen von außen zur Verfügung steht. Und es ist fraglich, ob ich als Autorin die erlebte Priorisierung im Wochenbett nicht auch anders erfahren hätte, wäre ich von einer anderen, vielleicht weniger feministisch orientierten Hebamme betreut worden.

Neben einem kompensierten Haushalt ist auch das Herstellen von Sicherheit ein zentraler Angriffspunkt für die Beteiligten, wenn es darum geht, die ambulante pflegerische Versorgung aufrechtzuerhalten. Silke äußert sich im Folgenden zu den oft in den Pflegehäusern verwendeten Hausnotrufknöpfen. Diese sollen am Körper der zu Pflegenden getragen werden, um im Fall z. B. eines Sturzes die Erreichbarkeit zu den hinterlegten Leitstellen sicherzustellen. Von den pflegebedürftigen Menschen werden die Armbänder jedoch eher stiefmütterlich behandelt, wie der folgende Gesprächsausschnitt zeigt.

(...) Ich hatte schon Haushalte, da ist ein komisches Krisseln in der Leitung. Da sage ich, jetzt machen wir mal einen Probelauf. Da gucken die [pflegebedürftigen Menschen] mich ganz erschrocken an und sagen, „wie, Probelauf?“ „Ja, ich drücke jetzt mal drauf und dann schauen wir, was passiert. Weil wenn wir es nicht ausprobieren, kann ich keine Meldung machen, dass hier mal nachgesehen werden muss.“ Dann löse ich aus und dann knirscht und kracht es in der Leitung. Und es spricht dann jemand und ich sage, „es ist ein Probelauf, ich bin in Haushalt Müller Maier Schulze, aber es ist sehr merkwürdig, die Kommunikation ist nicht gut, da müsste nachgesehen werden.“ (...) – Silke, Pos. 22

Interessanterweise geschieht dieser Testlauf auf eigene Initiative von Silke. Es ist innerhalb der pflegerischen Leistungen nicht vorgesehen, dass diese Systeme von den

Pflegefachpersonen auf ihre Funktion hin überprüft werden. Wie das eben dargestellte Zitat zeigt, überprüfen auch die zu Pflegenden diesen Hausnotrufknopf nicht und gehen davon aus, dass im Notfall schon alles funktionieren wird. Niemandem zur Last fallen; niemandem offenbaren zu müssen, dass Hilfe benötigt wird, möglicherweise nicht einmal sich selbst eingestehen, dass die eigenen Fähigkeiten nachlassen – dies sind zentrale Momente der Scham, welche die pflegebedürftigen Menschen nach Ansicht der befragten Pflegefachpersonen im Gespräch mit der Autorin während ihrer Lebenszeit im Alter zu Hause begleiten. Nachdem bisher darauf hingeführt wurde, dass Sicherheit zu Hause, der eigene Haushalt und die Selbstpflege einander bedingen und Verantwortung für den pflegebedürftigen Menschen erzeugen, beleuchtet die Autorin nun, wie aus der Nichtgewachsenheit dieser Verantwortung Scham und Angst im Hinblick auf die weitere Versorgung für die Menschen entstehen und wie diese Gefühle den Kontakt zur Gesellschaft beeinflussen.

Ein häufiges Phänomen ist, dass Scham und Angst vor allem zu Beginn der Pflegebeziehung auftreten. Die pflegebedürftigen Menschen spüren zum einen ihre wachsende Unzulänglichkeit, die oben beschriebene Verantwortung wie früher wahrzunehmen. Des Weiteren wissen sie in der Regel relativ wenig darüber, wie das ambulante pflegerische System funktioniert und welchen Anteil die Pflegeversicherung bezahlt, was Pflegegrade bedeuten, ob eine Begutachtung durch den MD erforderlich ist und welche Kriterien betrachtet werden etc. Beides in Kombination führt durch das Erleben von Scham und Unsicherheit dazu, die Thematik der von außen kommenden Pflege erst einmal beiseitezuschieben und abzuwarten.

(...) Ich find', man darf nicht vergessen, dass wir in das ganz persönliche Umfeld von diesen Menschen eindringen. Für die ist das komplett neu und für die ist das mit, ich sag' jetzt mal, Angst auch behaftet oder mit dem Gefühl, was kommt eigentlich auf mich zu, was wollen die von mir, sind die nett? (...) – Angela, Pos. 4

Die Pflegefachpersonen ergreifen ein Bündel von Maßnahmen, um sich das Vertrauen der Pflegehäuser im Prozess der Beziehung zu erarbeiten. Eine bereits genannte Strategie, vor allem zu Anfang der Pflegebeziehung, ist das Beginnen mit einem sehr kleinen und unterstützenden Leistungsportfolio, um die pflegebedürftigen Menschen nicht zu überfordern, indem sie möglicherweise mit einem hohen professionell festgestellten Pflegebedarf konfrontiert werden, den sie wahrscheinlich nicht selbst erkennen und daher auch nicht akzeptieren. Des Weiteren unterstützen die Pflegefachpersonen das Pflegehaus dahingehend, als dass sie diese durch den Prozess der Begutachtung mit dem MD leiten und Hilfestellung bis zur Bescheinigung des Pflegegrads anbieten. Damit vermitteln sie dem Pflegehaus vor allem Unterstützung im Kontakt mit den zuständigen Behörden, aber auch, dass der

ambulante Pflegedienst ein verlässlicher Partner bei allen die Pflege und Versorgung betreffenden Fragen ist.

Bei Aufnahme der Pflege Tätigkeit entstehen während der einzelnen pflegerischen Handlungen wie bspw. Körperwaschungen, Versorgung mit Inkontinenzmaterial oder der Hilfe bei Ausscheidungen immer wieder schambehaftete Situationen für die pflegebedürftigen Menschen, bis sich eine gewisse Normalität über die Zeit hinweg etabliert hat. Im Gespräch mit der Autorin berichten die Pflegefachpersonen häufig darüber, dass sie diese Situationen mit Hilfe ablenkender Kommunikation begleiten. Dazu nutzen einige Pflegedienstleitungen während des Erstgesprächs die Biographiearbeit, um persönliche Informationen über den Lebensweg des zu pflegenden Menschen an das Pflegeteam weiterzugeben und so für Kommunikationsmöglichkeiten zu sorgen, solange man sich nicht kennt.

(...) Ich hab' zum Beispiel letzts einen Seemann aufgenommen und ich hatte früher mal einen Freund, der ist zur See gefahren, Kapitän auf großer Fahrt. Wir hatten voll das mega Thema. (...) Ja, das ist ja wichtig. Dem ist gar nicht „aufgefallen“, dass ich ihn praktisch pflege und versorge und wie viel das ist, sondern der hat sich eher darauf konzentriert: Geil, mit der kann ich über Seefahrt quatschen. Das heißt, der hat eher akzeptiert, dass jemand anderes in seine Häuslichkeit eindringt. So muss man das ja verstehen. (...) – Andrea, Pos. 10

In diesem Gesprächsausschnitt kann davon ausgegangen werden, dass sich der Seemann während der Versorgung unbehaglich fühlt oder sogar schämt und die Kommunikation über persönlich-interessierende Themen dient neben dem Beziehungsaufbau dazu, seine Aufmerksamkeit auf für ihn schönere Thematiken zu lenken. Die Autorin sieht diese Strategie also eher als Scham-Prävention. Eine andere Strategie der Pflegefachpersonen lässt das Entstehen von Scham bewusst zu – diese wird vor allem dann genutzt, wenn die pflegebedürftigen Menschen mit Widerstand und Abwehr vor der pflegerischen Maßnahme reagieren. Die Realität und Wahrnehmung der Menschen wird von den Pflegefachpersonen akzeptiert und nicht bewertet.

(...) Also manche sagen halt auch: „Was wollen Sie hier, ich brauch' keine Hilfe.“ Und, ja, dann lässt man sie erst mal machen und manchmal merken sie dann auch: Oh, das hilft ja doch, wenn da einer kommt, sag' ich mal, beim Waschen helfen oder beim Anziehen. Wenn sie merken, dass so eine Erleichterung für sie kommt. (...) – Adrian, Pos. 20

Die Pflegefachpersonen wissen, dass die pflegebedürftigen Menschen in den meisten Fällen selbst merken, dass sie sich leichter tun, wenn sie Unterstützung von außen erfahren. Ein weiteres Beispiel wurde im Verlauf der Auswertung bereits angesprochen. Es betrifft die an Diabetes Mellitus erkrankte Dame, welche von den Pflegefachpersonen innerhalb der Insulintherapie sowie der Medikationsgabe allgemein unterstützt wird. Bereits zuvor im

Text hat die Autorin den Widerstand als Resultat der Überschätzung der eigenen Fähigkeiten dargestellt. Hier möchte ich nochmals aufzeigen, dass diese Wahrnehmungen der pflegebedürftigen Menschen durchaus tagesvariabel sein können und eine etablierte Beziehung zwischen Pflegehaus und Pflegefachperson nicht bedeutet, dass Scham kein Thema innerhalb der pflegerischen Versorgung mehr ist.

(...) Manchmal ist es [der Klang ihrer Aussagen] tatsächlich eher scherzhaft und manchmal hat man das Gefühl, also sie hadert mit der Situation, das auf jeden Fall. Nur manchmal kann sie es mit Fassung und Humor tragen und an manchen Tagen, ja, da zählt für sie, glaube ich, vor allen Dingen auch die Abhängigkeit von uns. Das erlebt sie da ganz stark. (...) – Cathrin, Pos. 14

Scham und Angst sind Ausdruck unterschiedlicher, teilweise auch nicht geäußerter Bedenken und Gedanken. In den Gesprächen zwischen der Autorin und den befragten Pflegefachpersonen werden beispielsweise Situationen genannt, die eine Angst vor der eigenen ungewissen Zukunft und Krankengeschichte vermuten lassen. Die Pflege wird zur Metapher des nahenden Todes und Verfalls.

(...) Viele assoziieren dann, oh, jetzt kommt der Pflegedienst (...), also muss ich ja wirklich krank sein. (...) Ich hatte mal ein schönes Beispiel in der Palliativpflege. Wir hatten jemanden aufgenommen und da bin ich hin zu dem Mann und der hatte dann zu mir gesagt: „Ach, Sie sind der, der mir nachher die Spritze gibt.“ – Adrian, Pos. 20

Nicht nur die Anwesenheit der Pflegefachperson führt dem Pflegehaus vor Augen, dass eine der bisher selbstständigen Personen nun pflegebedürftig wird oder ist, sondern auch deren bisherige und zukünftige Rollen sowie eventuell vorhandene oder durch Außenstehende angesprochene Hilfsmittel im Pflegehaus.

(...) Diese Aggressivität zwischen den beiden, weil jeder merkt, der andere ist nicht mehr so, funktioniert nicht mehr so wie früher. (...) – Angela, Pos. 30

Daniela hingegen stößt mit ihrer Beratung auf ein Tabu im Pflegehaus:

(...) Wie wäre es denn, wenn wir einfach ein Bett oder einen Lattenrost holen, der elektrisch ist, dass er sich das auch selbst fahren kann, aber das will die Frau nicht. Weil dann ist er ja hilfebedürftig, obwohl er Hilfe braucht. (...) – Daniela, Pos. 10

Weitere angstbehaftete Situationen werden im Zusammenhang mit der Ungewissheit benannt, die auftritt, wenn die pflegebedürftigen Menschen nicht wissen, welche Pflegefachperson sie heute besuchen wird, oder diese nicht gut kennen.

(...) also wenn ich mir vorstelle, es kommt jemand her zu mir und will mich pflegen oder versorgen, ich kehr' ja mein Innerstes nach außen. Ich leg' mich praktisch nackt vor fremde Menschen hin oder ich zieh' mich komplett aus, muss mich komplett ausziehen, nicht nur körperlich, sondern auch eben von den Gedanken und von

meinem Leben, die sehen alles. Da muss schon viel Vertrauen wachsen, finde ich. – Angela, Pos. 8

Die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und pflegebedürftigen Menschen ist somit ein Schlüsselmoment innerhalb der Toleranz von schambehafteten Situationen und zur Bewältigung der empfundenen Ängste. Sie dient dazu, etwaige Versorgungssituationen so zu gestalten, dass entstehende schambehaftete Momente von den Beteiligten ertragen und getragen werden können, damit die persönliche Integrität der pflegebedürftigen Menschen nicht durch Vermeidungshaltungen gefährdet wird. Die Pflegefachpersonen zeichnen dafür im Pflegehaus ein Bild von sich als Beobachtende, Beratende und bei Bedarf in organisatorischen Angelegenheiten Unterstützende. Interessanterweise beschränkt sich dieses Bild nicht nur auf die klassischen Pflegetätigkeiten, welche anfangs im Pflegevertrag festgehalten werden. Vielmehr äußern die Pflegefachpersonen in den Gesprächen mit der Autorin, dass sie sich bei der erstmaligen Ankunft im Pflegehaus ein Gesamtbild der vorherrschenden Situation machen und dieses im Laufe der Beziehung immer wieder korrigieren und mit neuen Eindrücken ergänzen. Gerade in Pflegehäusern, welche nicht die gesellschaftlichen Normen bzgl. Sauberkeit, Erscheinungsbild etc. erfüllen, übernehmen die Pflegefachpersonen und die Hauswirtschafter*innen der Nachbarschaftshilfe, welche oftmals an den ambulanten Pflegedienst mitangeschlossen ist, eine Bereitschaft, das Pflegehaus im Verlauf wieder „gesellschaftsfähig“ zu machen. Dafür sind spezifische Kompetenzen innerhalb der Beziehungsgestaltung und der Kommunikation erforderlich, welche die reinen Pflegetätigkeiten bei Weitem übersteigen.

(...) Also ich hab' jetzt gerade ein Bild vor mir, die Frau ist psychisch krank, sonst aber mobil. Es war ganz, ganz schwierig, dass wir in den Haushalt reinkamen, hat alles abgeblockt. Da war alles, da war die Tischdecke alles verschimmelt, alles vergammelt, also man wäre am liebsten so [hebt die Hände hoch] rein. (...) Und ach, das war ein Kampf, bis die Ja gesagt haben; Ja, ich darf einmal die Woche ein warmes Essen [bringen]. Und dann hat er Linsen und Spätzle rausgesucht, sie hatte den Fisch wollen (...). Ich seh' den Mann heute noch vor mir. Ich hab' die Packung aufgemacht, ihm hingestellt. Der hat kein Besteck gebraucht. Mit den HÄNDEN hat der gegessen: „ach, ist das gut, ach, ist das gut, ach, ist das gut“. Und sie hat dann freitags den Fisch gekriegt und der war auch so gut. (...) Und dann konnte ich weiterkämpfen, dass wir auf zweimal die Woche gekommen sind, und auf dreimal die Woche. In der Zwischenzeit kriegen sie jeden Tag ihr Essen (...). Es geht ihr auch viel besser als vorher. (...) – Margret, Pos. 59

Im Verlauf des Gesprächs mit Margret endet die Geschichte des besagten Ehepaares so, dass die Dame die Annäherungen und Hilfen so weit zulässt, dass sie einen Friseurtermin wahrnimmt und mit einem gepflegten Erscheinungsbild im Dorf unterwegs ist. Einstmals Ziel des „Dorftratsches“, fragen sich nun die Dorfbewohner*innen, wo diese Dame geblieben sein mag – denn sie erkennen sie nicht mehr. Mit diesem Beispiel macht die Autorin

deutlich, wie viel von der Beziehungsgestaltung mit der Pflegefachperson im Einzelfall abhängt.

Im Verlauf dieses Kapitels soll der Aspekt von Scham und Angst innerhalb der Pflegesituation dazu beitragen, die Ausgestaltung des Kontakts zur Gesellschaft durch die pflegebedürftigen Menschen aufzuzeigen. Dazu werden die Bewertbarkeit des Haushalts, die Frage der Sicherheit zu Hause, die Gefühle von Scham und Angst sowie aufkommende Einsamkeit dargestellt und miteinander in Verbindung gesetzt. Wie die Pflegefachpersonen mit der Scham und Angst der zu pflegenden Menschen im Sinne ihres Berufsbilds und/oder ihres Ethos umgehen, wird die Autorin innerhalb der Darstellung der Kernkategorie näher differenzieren.

Führt man sich die vorangegangene Argumentation nochmals vor Augen, wird Folgendes offenkundig: Pflegebedürftige Menschen benötigen zum einen strukturelle Maßnahmen im Pflegehaus, die sie in die mobilitätsbezogene Lage versetzen, den Kontakt zur Gesellschaft weiterhin aufrechtzuerhalten und aktiv zu suchen. Diese strukturellen Maßnahmen betreffen die Bearbeitung professionell wahrgenommener Gefahrenstellen im Pflegehaus wie bspw. lose Teppiche, fehlende Handläufe, glatte Stufen etc. Weiterhin betrifft dies sinnvolle und unterstützende, jedoch nicht im Pflegehaus vorhandene Hilfsmittel, die zunächst vom Pflegehaus nach Beratung durch die Pflegefachperson organisiert werden müssen. Über diese Maßnahmen wird eine Form der Sicherheit und Verlässlichkeit erzeugt, damit ältere Menschen auch bei nachlassenden Fähigkeiten in der Lage dazu sind, selbstbestimmt das Haus zu verlassen und aufzusuchen, wann immer sie möchten.

Die emotionale Sicherheit ergibt sich aus der Darstellung des (de-)kompensierten Haushalts in Verbindung mit erlebter Scham und Angst. Spüren die Menschen, dass ihnen ihre Wohnsituation aus den Fingern gleitet und haben sie keinen vertrauenswürdigen Ansprechpartner, der ihnen aus Zuständen heraushilft, welche als nicht gesellschaftsfähig gelten, können Scham und Angst dazu führen, dass sich die Menschen emotional vom Kontakt zur Gesellschaft abwenden und für sich bleiben. Sie erleiden dadurch in manchen Fällen eine eklatante Unterversorgung, weil sie sich durch die meist nicht mehr vorhandenen Sozialkontakte damit auch dem Zugriff durch die Sozialsicherungssysteme entziehen. Dies betrifft sowohl Menschen mit Wertbeimessungsstörungen und generell auch Menschen mit einschränkenden psychischen Erkrankungen, mit denen ein sozialer und mentaler Rückzug einhergeht.

Aus beiden Formen kann Einsamkeit resultieren und in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen kommt dieses Thema auch immer wieder zur Sprache, was die Autorin letztlich so auslegt, dass Einsamkeit ein Thema von Relevanz ist, dem aufgrund der

unterschiedlichen Entstehungsmechanismen und beteiligten Charaktere individuell begegnet werden muss.

(...) Aber im Endeffekt ist es so, wenn du mit denen allein bist, sind sie so, wie sie halt sind. Du merkst einfach die Überforderung Haushalt, du merkst, dass das Laufen schwieriger wird, das Ankleiden schwieriger wird, dass sie nicht mehr in der Lage sind, einzukaufen und sowas alles. (...) – Lena, Pos. 48

Spricht die Autorin von Einsamkeit, dann spricht sie auch automatisch von der Möglichkeit, dass sich Menschen möglicherweise nicht mehr selbst versorgen können und somit die Lebensgrundlage in Gefahr sein kann, wenn erst einkaufen, dann kochen, dann selbstständiges Essen zur Herausforderung wird.

(...) Die wohnt da, aber da geht keiner rein. Da geht nicht wirklich einer rein und bringt mal das Getränk. Das Essen wird da hingestellt. Es wird nicht mundgerecht geschnitten, es wird nicht passiert, nix, es wird da hingestellt und bleibt da dann stehen. (...) – Lena, Pos. 14

Dies betrifft vor allem vulnerable Menschen ohne Bezugspersonen, die nicht mehr selbst das Haus verlassen können – und somit langsam, aber stetig aus dem Blickwinkel der Gesellschaft fallen und zu Hause verwaarlosten. Der Hauptaspekt innerhalb der Gespräche mit den Pflegefachpersonen betrifft jedoch die pflegebedürftigen Menschen, die psychisch einsam sind und sich jemanden zum Reden wünschen.

(...) Also, eine Dame hat im Prinzip [gesagt], ich bin kaum in der Tür gestanden: „Mein Mann hat sich umgebracht.“ Und ich: Ups, was war das jetzt? Also von dem her, so eine Gesprächseröffnung, was für einen Druck hat die Frau, um mir das gleich beim Anfang zu sagen und wir kamen eigentlich nur hin für einen Verbandswechsel. (...) – Ulrike, Pos. 17

Das kurze Gespräch mit den Pflegefachpersonen ist für viele Menschen der einzige Gesprächskontakt am Tag. Da verwundert es wenig, wenn die Pflegefachpersonen zur vereinbarten Zeit bereits sehnsüchtig von den zu Pflegenden erwartet werden, was wiederum zu Missverständnissen führen kann, weil die Pflegefachpersonen schon allein aus strukturellen Gründen unter Zeitdruck stehen. Sehnsüchtiges Warten wird je nach Kommunikationssituation von den pflegebedürftigen Menschen als besorgtes Nachfragen oder auch als Ausdruck des Vorwurfs gespiegelt und von den Pflegefachpersonen entsprechend unterschiedlich verstanden.

(...) Also es gibt Leute, (...) die ältere Generation, die haben schon drauf gepocht, 11 Uhr ist ausgemacht, jetzt kommen Sie aber 10 nach 11. Das macht die schon unzufrieden. (...) – Eduard, Pos. 6

Margret ergänzt:

(...) Das ist für die Leute eine Konstante, eine Sicherheit, ein kurzer Austausch. In drei Minuten kann man viel schwätzen und das ist ja auch dann ein kleiner Teil gegen die Einsamkeit, die natürlich vorhanden ist. (...) – Margret, Pos. 93

Die Pflegefachpersonen übernehmen neben der vertraglich festgehaltenen Ausgestaltung der Pflegeleistungen weiterhin implizit und explizit als von außen kommende Beobachter*innen die Einschätzung des psychischen Zustands der pflegebedürftigen Menschen. Im Gespräch mit den befragten Pflegefachpersonen konnte die Autorin unterschiedliche Maßnahmen erkennen, die dazu beitragen sollen, dass sich der psychische Zustand der pflegebedürftigen Menschen, vor allem jener ohne Angehörige, bezüglich der empfundenen Einsamkeit stabilisiert. So werden beispielsweise die ohnehin vereinbarten Hausbesuche strukturell so geplant, dass alleinlebende Menschen öfter besucht werden, als es grundsätzlich nötig wäre, um jeden Tag ein zumindest kurzes Gespräch mit den Menschen führen zu können.

Ja, bei manchen wird dann eben geguckt, dass man z. B. nicht eine Sieben-Tage-Wochenbox Medis richtet, sondern eben täglich vorbeigeht, um eben dadurch so ein bisschen den sozialen Kontakt zumindest ein- bis zweimal am Tag herzustellen, dass so was ein bisschen gemacht wird, ja. – Sabrina, Pos. 90

Über den Hausbesuch hinaus organisieren die Pflegefachpersonen je nach Bedarf weitere mögliche Betreuungsleistungen für das Pflegehaus, wenn sie den Eindruck haben, dass dies den betroffenen Menschen guttäte. Hier sind vor allem die klassischen Beratungsmaßnahmen bzgl. der Tagespflege und dem Einsatz von Betreuungspersonen aus der Nachbarschaftshilfe zu nennen. Eine der befragten Pflegefachpersonen erkannte in ihrem Dorf einen strukturellen Mangel, welchen sie in der eigenen empfundenen Sinnhaftigkeit außerhalb ihrer Arbeitszeit kurzerhand selbst organisierte, wie die Autorin in den folgenden Kapiteln noch aufzeigen wird.

(...) Ich frag' mich nur, es war schon öfter so, dass ich mal immer wieder gesagt habe, wie wäre es mal mit Physiotherapie oder Ergotherapie. Ergotherapie ist etwas Tolles. Das ist eine Beschäftigung für Leute, die den ganzen Tag allein sind und wenn man sich dann nur als Therapeutin hinsetzt und mit den Leuten ein bisschen Kaffee trinkt. (...) Aber sie haben etwas, worauf sie sich dann auf den nächsten Tag oder die nächste Woche freuen können und was wirklich auch helfen kann. (...) – Lena, Pos. 30

Indem die Datenerhebungsphase für die vorliegende Ph.D.-Thesis im Jahr 2020 durchgeführt wurde, fließen neben den bereits genannten Herausforderungen für den Kontakterhalt zur Gesellschaft des Weiteren die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie in die Gespräche zwischen den Pflegefachpersonen und der Autorin mit ein. Zum einen befolgten die pflegebedürftigen Menschen überwiegend die Empfehlung der Bundesregierung, zu Hause zu

bleiben. Auch vorhandene Angehörige zogen sich zu deren Schutz aus der Versorgung und den Besuchen bei den älteren Menschen zurück.

[Die Einsamkeit] ist ganz schlimm. Auch wir, die wir ja nur zum Insulin- oder [Blut-]Zuckermessen oder [Kompressions-]Strümpfeanziehen hinkommen. Wir merken es ganz arg. Die Angehörigen haben sich zurückgezogen. Sämtliche Angehörigen. Es gibt schon mal einen Telefonkontakt. Die einzigen, die ins Haus gekommen, sind wir, jeden Tag. Und da ist einfach ein Redebedarf da (...). – Margret, Pos. 51

Während Margret im Verlauf des Absatzes beschreibt, dass die pflegebedürftigen Menschen froh waren, dass sie zumindest die Hausbesuche von den Pflegefachpersonen wie gewohnt in Anspruch nehmen und sich somit ein Stück Alltag bewahren konnten, führt Eduard hingegen aus, dass Pflegehäuser auch Angst davor hatten, sich über die Pflegefachpersonen mit Covid-19 anzustecken, den Hausbesuch kritisch sahen und vor allem in der Anfangszeit der Pandemie teilweise absagten.

(...) Jetzt hatten ja alle Angst, dass wir Corona ins Haus reinbringen. Was sich nach einer gewissen Zeit aber auch relativiert hat. Da haben wir den Alltag wieder ganz normal gebracht. – Eduard, Pos. 8

Es ist davon auszugehen, dass sich die empfundene Einsamkeit und der empfundene Verlust des Kontakts zur Gesellschaft durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie innerhalb der Abwägung zwischen Schutz und Teilhabe der älteren Menschen in der Gesellschaft dramatisch verstärkt haben. Aus Eduards Anmerkung, dass die Pflegefachpersonen nach einer gewissen Zeit den Alltag wieder ganz normal ins Pflegehaus gebracht haben, fühlt sich die Autorin an wissenschaftliche Ausarbeitungen innerhalb des Masterstudiums zum Thema Gemeindenaher Pflege erinnert. Aus meiner beruflich geprägten Erfahrung sehe ich, dass die ambulanten Pflegefachpersonen zur einzigen Berufsgruppe gehören, die in der Lage ist, die häuslichen Strukturen in Gänze zu evaluieren, weil sie durch ihre Vertrauensbeziehung zu dem Pflegehaus Einblick in familiäre, private Dinge haben, gleichzeitig ihren fachlichen Blick bei Eintritt ins Pflegehaus anwenden und von den zu Pflegenden als nahbar eingeschätzt werden, weil die Barriere im Vergleich zu Hausärzt*innen oder zu anderen Berufsgruppen, die selten ins Haus kommen, weniger hoch ist, um Problematiken anzusprechen. Dies wird unterstützt durch das Teilen schambehafteter Situationen während der Pflege. In den Gesprächen mit den befragten Pflegefachpersonen hat die Autorin jedoch immer wieder den Eindruck, dass die Wichtigkeit dieser Funktion weder den Pflegefachpersonen noch den Pflegehäusern bewusst ist, sondern dass lediglich der kleine Ausschnitt des individuell verhandelten Leistungsportfolios betrachtet wird. Aus wissenschaftlicher Perspektive möchte ich dies durch den Gedanken eines ambulanten

pflegerischen „*Case Management*“²⁴ unterstützen. Die Pflegefachpersonen übernehmen bereits mit der Organisation zusätzlicher Versorgungsangebote und der Beratung darüber einen wesentlichen Teil des *Case Management*. Geprägt durch diese Überlegungen der Vergangenheit stellt sich für mich als Autorin deutlich dar, dass die ambulante Pflege einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen oder Nichtgelingen der häuslichen Versorgungen leisten kann. Bisher liegen jedoch gleichzeitig die berufsrechtlichen Strukturen und jene der gesetzgegebenen Zuständigkeiten nicht dafür vor, sodass die Pflegefachpersonen auf struktureller Ebene proaktiv für die Versorgungsvernetzung der Pflegehäuser eintreten und dies federführend in eigener Verantwortung steuern könnten. Vielmehr erfolgt dies auf Grundlage von eigenem Engagement und ist teilweise auch von der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus abhängig. Die Autorin möchte damit die soziale Funktion des ambulanten Pflegedienstes und seine Wichtigkeit für den gesellschaftlichen Kontakt und die daraus erfolgende psychische Gesundheit herausstellen.

(...) Und sie sagte: „[Eduard], dann unterhalte dich wenigstens noch 10 Minuten mit mir. Du bist mein Heiland heute.“ Und das war so ein Satz, der hat mich wirklich nachdenklich gemacht. „Ihr als Pflegedienst, ich habe sonst keinen, meine Kinder wohnen weiter weg, wenn ich mich mit euch unterhalten kann, das ist für mich wunderbar.“ (...) – Eduard, Pos. 20

Die starke soziale Aufgabe und daraus erwachsende implizite Verantwortung der Pflegefachpersonen ziehen durch ihren Bezug auf die privatesten inneren Angelegenheiten eines pflegebedürftigen Menschen, was das Empfinden von Einsamkeit, Alleinsein und ausgesprochene Ängste betrifft, Herausforderungen im Nähe-Distanz-Verhältnis zu den Pflegehäusern nach sich, welche die befragten Pflegefachpersonen ganz unterschiedlich bearbeiten. Dies wird im Verlauf von der Autorin weiterhin innerhalb der Kernkategorie dargestellt.

Findet die Pflege im Verlauf im Pflegehaus statt und ist der Kontakt zur Gesellschaft sichergestellt, ergeben sich Rechte und Pflichten für beide Seiten aus der Versorgung, welche im folgenden Abschnitt beschrieben werden.

Die befragten Pflegefachpersonen sind sowohl in kleinen Dörfern als auch in Großstädten tätig und die grundlegenden Versorgungsstrukturen gestalten sich dadurch unterschiedlich. Dennoch ist es legitim zu sagen, dass ambulante Pflege immer in einem abgegrenzten Gebiet oder Quartier stattfindet. In den Dörfern betrifft es das Dorf in Gänze, in Städten

²⁴ *Case Management* wird aus pflegewissenschaftlicher Perspektive definiert als „eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d. h. von unterschiedlichen Personen und in diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen.“ (Ewers & Schaeffer, 2005, S. 8)

Das Konzept zielt maßgeblich darauf ab, den individuellen Versorgungsbedarf einzelner Menschen zu erkennen, diese im Rahmen dessen durch das Gesundheitssystem zu lotsen und somit eine effektive und effiziente Versorgung zu gewährleisten – unter Einbezug dauerhafter Ansprechpartner*innen.

handelt es sich um einen expliziten Stadtteil und es ist davon auszugehen, dass die Bewohner*innen der Stadt ihre Grundversorgung wie ihre pflegerische Versorgung in eben jenem Stadtteil oder Quartier in Anspruch nehmen. Dies bedeutet, dass die Autorin davon ausgeht, dass pflegebedürftige Menschen und deren Familien auch in Städten keine Anonymen sind, sondern zumindest in ihrer Nachbarschaft zu den „bekannten Unbekannten“ zählen, die man vom Sehen her kennt oder Bekanntschaften und Freundschaften in der Nachbarschaft pflegen. Im Dorf, dies weiß die Autorin aus eigener Lebens- und Berufserfahrung, kennt man sich – und wenn man sich nicht persönlich kennt, so kennt man sich dennoch über erzählte Geschichten, „über drei Ecken“, auch über weitläufige generationale im Dorf verstreute Verwandtschaftsverhältnisse. Durch die Sichtbarkeit und/oder „Bekanntheit“ pflegebedürftiger Menschen in ihren Nachbarschaften und das öffentliche Interesse der Menschen am Thema Versorgung und Pflege ist es naheliegend, dass ungepflegte Menschen das gesellschaftlich akzeptierte Erscheinungsbild irritieren und damit aus dem definierten sozialen Rahmen fallen. Dies erzeugt in der jeweiligen Nachbarschaft Gesprächsstoff und lenkt die öffentliche Aufmerksamkeit auf den zu pflegenden Menschen. Ambulante Pflegedienste sind aufgrund ihrer räumlich abgegrenzten Verortung und dem gesellschaftlichen Interesse an Pflege ebenfalls im Dorf bzw. im Quartier bekannt und Teil des hiesigen Diskurses. Die Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes sorgen mit ihren pflegerischen Leistungen im besten Fall für eine positive Veränderung der Äußerlichkeiten ihrer Klient*innen, sei es durch regelmäßiges Haarewaschen, durch frische Kleidung oder auch durch die Organisation von Hilfsmitteln, was dazu beiträgt, dass die Passung eines verwahrlosten Menschen in den definierten gesellschaftlichen Rahmen wieder hergestellt werden kann.

Die Autorin kann im Gespräch mit den befragten Pflegedienstleitungen ein wechselseitiges Begründungsverhältnis zwischen dem Pflegehaus und dem ambulanten Pflegedienst erkennen, das in Abhängigkeit der bewertenden Öffentlichkeit erzeugt wird.

Der Pflegedienst hat ein Interesse daran, dass ein ordentliches Bild von ihm nach außen getragen wird, da von der Autorin bereits dargestellt wurde, dass die gepflegten Menschen im Zentrum des öffentlichen Interesses stehen. Daher ist es bzgl. der Außenwirkung des ambulanten Pflegedienstes wichtig, dass die gepflegten Menschen auch gepflegt aussehen, es entsteht eine gewisse Verbindlichkeit für den zu pflegenden Menschen, sobald der Pflegedienst ins Haus kommt. Darüber hinaus entsteht auch für den Pflegedienst eine gewisse Begründungspflicht ihrer Leistungen, da die Menschen sich über ihren individuellen Leistungsumfang unterhalten, dabei jedoch unterschiedliche Pflegeverträge haben und nicht abstrahieren können, warum und nach welchen Kriterien Leistungen individuell ausgestaltet werden. Das Wissen über die Pflegemodule und die Abrechnungsmodalitäten

eines Pflegedienstes ist kein transparentes Wissen für die Menschen, insofern steht der Pflegedienst auch immer wieder vor der Herausforderung, sich in seiner Leistungsgestaltung erklären zu müssen. Dieses wechselseitige Begründungsverhältnis tangiert nun sowohl die Pflegedienstleitungen als auch die direkt mit der Pflege betrauten Pflegefachpersonen. Die befragten Pflegedienstleitungen beschäftigen sich damit, wie sie mit dem Pflegehaus einen Kompromiss finden können, wenn die angebotenen Leistungen des Pflegedienstes nicht in Anspruch genommen werden und der pflegebedürftige Mensch sichtlich ungepflegt in der Nachbarschaft unterwegs ist. Im Gegensatz dazu nehmen die befragten Pflegefachpersonen in den Pflegehäusern immer wieder wahr, wie breit die Menschen im Dorf oder im Quartier vernetzt sind und über welche Themen sie sich im Alltag unterhalten, wenn sie sich auf der Straße begegnen. Erkennen die Pflegefachpersonen, dass der pflegebedürftige Mensch psychisch gesund und entscheidungsfähig ist, die angebotenen Unterstützungsmaßnahmen in seiner Autonomie jedoch ablehnt, hat dies insofern Konsequenzen, als diese Entscheidung akzeptiert wird und sich der ambulante Pflegedienst möglicherweise sogar komplett aus der Versorgung zurückzieht.

(...) Es gibt ja zum Beispiel Patienten, die buchen eine Leistung und sagen: „Ich möchte nur eine kleine Pflege, (...) ich möchte nur morgens unten 'rum frisch gemacht werden. Sonst möchte ich nichts.“ Und dann begegnest du dem beim Einkaufen oder (...) draußen und siehst, dass die Haare nicht gewaschen sind, dass die dreckigen Klamotten anhaben. Fällt ja auf den Pflegedienst zurück. Die haben ja aber nur eine kleine Pflege gebucht. Das heißt, dann bin ich unzufrieden und dann such' ich das Gespräch mit dem Patienten. Weil er pflegerisch einfach nicht gut versorgt ist, unterversorgt ist. Weil er es ja offensichtlich nicht kann. Das kann ja auch Konsequenzen haben. Wenn die ungepflegt sind, nicht nur, dass sie riechen, sondern dass die Haut kaputt geht, dass daraufhin Wunden entstehen usw. Das muss man denen erklären und dann muss man einen Kompromiss finden. Und manchmal ist der Kompromiss, dass ich so eine Versorgung auch kündige. Das ist so, weil es mich ja auch unzufrieden macht und die Mitarbeiter unzufrieden macht. (...) – Andrea, Pos. 28

Ulrike kam bereits in Kontakt mit nachbarschaftlichem Austausch:

(...) Wir sind eine kleinere Stadt, da reden die Leute miteinander. Es ist erstaunlich, was die Leute untereinander, übereinander und von uns alles wissen, wo man denkt, huch, wo wissen die das alles her? Wie dicht die vernetzt sind oder aber über Außenstehende, wo dann wieder doch hineinschauen. Also das ist schon verrückt. Und da wird geschwätzt. „Bei mir macht die das, warum macht die das bei dir nicht?“ – Ulrike, Pos. 45

Aus Andreas Zitat wird deutlich, dass die angebotenen Maßnahmen einen professionellen Hintergrund haben, welcher mit unterschiedlichen Bedingungen verknüpft ist. Zum einen betreffen sie die oben bereits angesprochen Haftungs- und Qualitätsmerkmale des ambulanten Pflegedienstes. Kommt es aufgrund einer nicht durchgeführten pflegerischen Leistung zur Verwahrlosung und zu Wunden, hat dies möglicherweise Auswirkungen auf die

Bezahlung der Wundversorgung durch die Krankenversicherung und darüber hinaus auf das Image des Pflegedienstes im Wohnort des pflegebedürftigen Menschen. Zum anderen interpretiert die Autorin aus ihrer eigenen schwäbischen Sozialisation heraus eine gewisse professionelle Eitelkeit der Pflegefachpersonen. Sie erheben professionell einen Bedarf, welcher von einem sichtlich ungepflegten Menschen möglicherweise sogar ohne Angabe von Gründen abgelehnt wird. Es scheint somit offenkundig auf der Hand zu liegen, dass die Wahrnehmung des pflegebedürftigen Menschen weniger Berechtigung hat als die Wahrnehmung der Pflegefachperson, welche eine bestimmte Maßnahme empfiehlt. In der Berufstätigkeit der Autorin in der ambulanten Pflege kam ich in äquivalente Situationen, in welchen ich mich vom Pflegehaus nicht ausreichend anerkannt gefühlt habe und dies als Affront erlebte. Dies zeigte sich beispielweise in Hausbesuchen, in welchen meine Pflegedokumentation von den Angehörigen in meinem Beisein kontrolliert wurde, oder auch, wenn misstrauische Angehörige während der Pflege permanent im Zimmer standen und die Kommunikation steuerten. Als junge und naive Pflegefachperson habe ich die Beziehungskonstellationen zwischen mir und dem Pflegehaus sowie deren eigene ungelöste Probleme wenig beachtet und reflektiert, mein Ansinnen waren die pflegebedürftigen Menschen selbst, was ich mittlerweile als der Situation nach nicht ausreichend bewerte. Trotz allem kann ich auch heute noch in meiner Rolle als Wissenschaftlerin das Gefühl der damals nicht anerkannten Fachkompetenz und die empfundene Respektlosigkeit spüren. Aufgrund dieser Erfahrung fragte ich als forschendes Subjekt eine der Pflegefachpersonen nach ihren Erfahrungen mit diesem – im Schwäbischen würde man sagen – ehrenkäsigen Gefühl. Das folgende Zitat möchte die Autorin daher aufgrund der Nichtverschriftlichung von Tonlagen und Stimmdramatik mit einer guten Portion Selbstironie verstanden wissen.

Also ich bin schon, da bin ich schon ein bisschen eitel. Ich würde nicht sagen, es wurmt mich, aber ich denke, hey, geht's noch? Jetzt komm ich hier mit 35 Jahren Pflegeerfahrung oder mehr und du wagst es, sich den Vorschlägen so gänzlich zu widersetzen. Das ist dann eher, da kommt manchmal schon so ein bisschen was auf, aber (...) das will ich nicht gelten lassen oder mich nicht groß überbewerten. Sondern das ist halt geschwind da, das geht auch wieder. Weil, letztendlich geht's ja darum, dass der andere, ich möchte ja zum anderen herkommen. (...) Ich biete dir was an. (...) – Joachim, Pos. 56

Nichtsdestotrotz zeigt Joachims Aussage, dass sich die Pflegefachpersonen durchaus damit beschäftigen, zum einen professionell und dienstleistungsorientiert sein zu müssen, dass sie sich zum anderen aber auch mit verletztem Stolz und Eitelkeit auseinandersetzen. Auch hier ist der Einfluss der Beziehung zwischen Pflegehaus und Pflegefachperson als Auswirkung auf das Verhältnis zur Pflege ableitbar: Joachim äußert im Verlauf, dass Leistungen dann eher angenommen werden, wenn die Beziehung bereits besser etabliert ist,

was wiederum der oben dargestellten Strategie der Pflegedienstleitungen entspricht, um eine bessere Akzeptanz ihrer angebotenen Leistungen zu erwirken.

In diesem Kapitel wurde von der Autorin aufgezeigt, inwieweit das Seelenleben des Pflegehauses bei der Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen belangt wird. Dies zeigt sich zum einen im sich entwickelnden Vertrauensverhältnis zur Pflegefachperson und in der damit einhergehenden Balance von Nähe und Distanz, die zwischen Pflegehaus und Pflegefachperson ausgehandelt werden muss. Weiterhin spielen die finanziellen Verhältnisse im Pflegehaus insofern eine Rolle, als diese den Umfang der Pflegeleistungen mitbestimmen und zu einem gewissen Grad durch die vorherrschenden Zustände transparent werden, was zu Scham führen kann. Darüber hinaus erwachsen aus dem Element des eigenen Zuhauses für das Pflegehaus Verantwortlichkeiten im Rahmen von Sicherheitsfragen, Zugangsbarrieren und dem Pflegen des Haushaltes, was wiederum Scham und Angst sowie den Kontakt zur Gesellschaft im Hinblick auf entstehende und erlebte Einsamkeit beeinflusst. Pflegefachpersonen sind durch ihre Expertise und ihre Nähe zum Pflegehaus grundsätzlich in der Lage, diese Faktoren durch ihr pflegerisches Handeln zu lenken.

Inwieweit sich die pflegerische Expertise aus den Gesprächen der Autorin mit den befragten Pflegefachpersonen unter Berücksichtigung der Subjektivität der Autorin darstellt und zu Herausforderungen im Rahmen der Pflegebedürftigkeit führt, wird im nächsten Kapitel weiterhin ausgeführt werden.

7.4 Expertise der Pflegefachperson

Inhalt Kapitel 7.4

Einleitung.....	153
Einschätzung der Pflegebedürftigkeit.....	154
Expertise der Pflegefachperson	174
Die Pflegekompetenz nach Olbrich ([1999]/2018)	175
Die Sozialisation der Autorin im Rahmen beruflicher Expertise.....	179
Einordnung der Daten in Olbrichs Theorie	181

Einleitung

Um die Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit aus Sicht der befragten Pflegefachpersonen darstellen zu können, bedarf es zunächst einer Aufzeichnung der Rahmenbedingungen. Dabei wurden die Umwelt und konstituierende gesellschaftliche Faktoren bereits in Kapitel 7.2 beschrieben und wie diese Faktoren auf das Handeln des Pflegehauses und auf jenes der Pflegefachpersonen wirken. Dies wurde wichtig, um Handlungen der relevanten

Akteur*innen vor einem zeitgenössischen Hintergrund einordnen und verstehen zu können. Innerhalb dieser momentan vorherrschenden Rahmenbedingungen formieren sich die Handlungen konkret und in symbolischen Deutungsmustern und Interpretationen sowie die jeweiligen Reaktionen auf diese Handlungen durch die beiden Akteur*innen Pflegehaus und Pflegefachperson. In Kapitel 7.2 wurde das Seelenleben des Pflegehauses bereits mit seinen Eigenschaften, Implikationen und Auswirkungen auf die Pflegebeziehung und die ambulante Versorgung aus Sicht der interviewten Pflegefachpersonen dargestellt. In den Gesprächen der befragten Pflegefachpersonen mit der Autorin kommen immer wieder Anmerkungen zur Sprache, welche die Kompetenz, das Wissen, die Aufgabenstellung der Pflegefachpersonen im Alltag der ambulanten Pflege betreffen. Daher nähern wir uns der Kernkategorie nun von einer anderen analytischen Kategorie aus, der Expertise der Pflegefachperson. Die Expertise betrifft nicht nur deren Fachlichkeit, sondern auch das konkrete Handeln der Pflegefachperson im Pflegehaus. Dazu gehört die Darstellung der pflegerischen Einschätzung professionell wahrgenommener Pflegebedürftigkeit, aber auch die Analyse der Pflegekompetenz und -aufgaben, für welche sich die Autorin zur Strukturierung an Olbrich ([1999]/2018) anlehnen möchte. In diesem Kapitel zeigt die Autorin ihre Interpretationen zum Aufgabenspektrum innerhalb der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit auf, wie sie sich in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen für die Autorin unter Berücksichtigung ihrer eigenen Subjektivität darstellt.

Dabei liegt das Augenmerk auf der Zeitspanne zwischen dem ersten Kennenlernen zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus und einer über Zeit eingespielten Pflegesituation. Über diese Zeitspanne hinweg bedienen sich die befragten Pflegefachpersonen unterschiedlicher Kriterien, um sich ein Bild über die vorliegende Pflegebedürftigkeit eines Menschen zu machen. Das folgende Kapitel ist zur Veranschaulichung der zeitlichen Abfolge eben daher so strukturiert, dass zunächst die Kriterien innerhalb der Phase des Kennenlernens und anschließend die Kriterien, Handlungen und Strategien im Verlauf einer etablierten Pflegebeziehung dargestellt werden. Die gegen Ende des Kapitels dargestellten Konsequenzen dieser Kriterienorientierung betreffen schlussendlich sowohl die Anfangs- als auch die weiterführende Phase der Beziehung zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus.

Einschätzung der Pflegebedürftigkeit

Beschließt ein Pflegehaus, Leistungen der ambulanten Pflege in Anspruch zu nehmen, so kommt zunächst meistens die Pflegedienstleitung, ansonsten besonders qualifizierte Mitarbeiter*innen, zum Gespräch und zum erstmaligen Besuch in den jeweiligen Haushalt. Möglicherweise wurde telefonisch bereits vorab besprochen, welche Leistungen von den Pflegefachpersonen nach Ansicht der Angehörigen oder der pflegebedürftigen Person selbst

benötigt werden. Das Erstgespräch dient dazu, dieses von extern angegebene Pensum an Pflegeleistungen um den professionellen Eindruck zu ergänzen und die Menschen über ihre grundsätzlichen Möglichkeiten bzgl. der Leistungen der Pflegeversicherung zu beraten. Sind die Leistungen im Rahmen dieses Gespräches vereinbart, kommt in der Regel die zuständige Bezugspflegefachperson zur Durchführung dieser Leistungen erstmalig ins Pflegehaus. Aus der Struktur der Informationsweitergabe innerhalb des Pflegedienstes weiß sie bereits, welche Leistungen zu erbringen sind – die individuellen zeitlichen und strukturellen Abläufe müssen jedoch von ihr in Zusammenarbeit mit dem pflegebedürftigen Menschen bzw. seiner Angehörigen erarbeitet werden. Diese Abläufe münden zu guter Letzt als Ablaufplan in der Pflegedokumentation, die im Pflegehaus für alle Beteiligten zugänglich ist.

Die Erschließung der Abläufe bedeutet für die Pflegefachperson, dass sie sich ein umfassendes Bild vom Pflegehaus machen muss. Dies beginnt bei Umgebungsfaktoren, beinhaltet mögliche Unterstützungsmaßnahmen wie Hilfsmittel, zur Hand gehende Angehörige oder im Haushalt lebende Assistenzpersonen und umfasst schließlich vor allem den somatischen und psychischen Zustand des pflegebedürftigen Menschen. Ziel ist es, die gebuchten Pflegeleistungen so auf den Menschen anzupassen, dass die Durchführung zum einen für den Pflegedienst effizient machbar ist, zum anderen der Mensch in seinen Pflegeproblemen unterstützt und in seinen Ressourcen gefördert wird, damit die noch erhaltene Form der Selbstständigkeit so lange wie möglich aufrechterhalten werden kann. Die Fokussierung auf die Rahmenbedingungen im Pflegehaus beginnt also bereits vor der Haustüre.

(...) Ich achte, gucke, ob irgendwie Angehörige mit im Haus wohnen oder in der Nachbarschaft oder ob überhaupt welche da sind. (...) – Lena, Pos. 2

Die Autorin möchte an dieser Stelle nochmals darauf hinweisen, dass die im Hinblick auf die Zeit privilegierte Aufnahmesituation durch die Pflegedienstleitung bereits stattgefunden hat. Die Pflegefachpersonen, welche die Pflege nun erstmalig durchführen, kommen im Rahmen ihrer vom Träger oder Arbeitgeber festgelegten Leistungszeitspannen und nehmen diese Eindrücke des Pflegehauses „en passant“ mit.

Im Angesicht des pflegebedürftigen Menschen achten die befragten Pflegefachpersonen auf die Merkmale des Menschen selbst und auf ihn in Kommunikation mit seinem Wohnumfeld. Die den Menschen betreffenden Merkmale beschreiben die Pflegefachpersonen als sein allgemeines Erscheinungsbild an diesem Tag: Wirkt es gepflegt, ungepflegt, welche Art von Kleidung und Schuhwerk trägt er? Welchen Eindruck macht seine Körperhaltung, was strahlt er dadurch aus? Auch seine Stimme wird im Hinblick auf Ausstrahlung, Festigkeit, Klang, Tonfall wahrgenommen. Werden körpernahe Pflegeleistungen in diesem Besuch erbracht, werden zudem die Hautbeschaffenheit, der Ernährungszustand, zugehörige

Pflegerisiken und -ressourcen im Rahmen einer Pflege Theorie sowie möglicherweise bereits etablierte Zeichen einer körperlichen Vernachlässigung betrachtet.

(...) Dann natürlich am zu Pflegenden selbst. Wie ist die äußerliche Erscheinung, gibt's ein gepflegtes Erscheinen oder sieht man auf den ersten Blick, hier ist eine Vernachlässigung deutlich spürbar. Ja. – Juliane, Pos. 36

Untrennbar mit dem Menschen verbunden ist sein häusliches Wohnumfeld. Das bedeutet, die Pflegefachpersonen achten gleichermaßen darauf, ob und welche Angehörigen vor Ort sind oder gar im Haushalt wohnen, wie sie ihnen begegnen, welche Tätigkeiten sie während des Hausbesuchs übernehmen. Auch die Anwesenheit osteuropäischer Hilfskräfte ist immer wieder ein Thema, insofern als diese oftmals körpernahe Pflegeleistungen verrichten, die Pflegefachpersonen zusätzliche ärztliche delegierte Leistungen erbringen und damit eine Form der Zusammenarbeit im Pflegehaus stattfindet.

Das Wohnumfeld wird einerseits betrachtet, um einen Eindruck vom pflegebedürftigen Menschen im Sinne seiner Bewältigung oder Überforderung durch die momentane Situation zu erlangen, andererseits dient es dazu, schnell eine Beziehung, einen Kontakt zum Pflegehaus zu generieren.

(...) Wie riecht es hier? Ist das Wachtuch auf dem Küchentisch, kann man da bedenkenlos sein Formular drauflegen oder kleben da noch Reste vom Frühstück vor ein paar Tagen? (...) – Juliane, Pos. 36

Joachim knüpft in seiner Interaktion an das Wohnumfeld an:

(...) das ist dann auch, wenn ich durch die Umgebung schweif', natürlich auch, wenn ich einen Meißner Teller seh', sprech' ich aus Meißen. Seh' ich einen Druck oder irgendein schönes Bild von jemandem, den ich kenne oder weiß, das gehört zum Expressionisten (...), dann versuche ich da auch so ein bisschen eine Brücke zu bauen und eine Verbindung zu schaffen und das ist auch, was (...) im Gespräch öffnet, dass (...) ein Gespräch aufkommt. (...) – Joachim, Pos. 6

Weiterhin wird das Wohnumfeld im Hinblick auf mögliche Gefahrenstellen betrachtet. Einige der Pflegefachpersonen nutzen eine Strategie, die mehreren Zielen dienlich ist: Sie lassen sich vom pflegebedürftigen Menschen beispielsweise das Badezimmer zeigen. Dazu bitten sie ihn darum, dieser steht auf, geht mit möglichen Hilfsmitteln oder selbstständig den Weg zum Badezimmer, die Pflegefachperson geht hinter ihm. Damit zollen sie ihm einerseits Respekt, nehmen durch die Zurückhaltung die Rolle des fremden Gastes ein, welcher den Menschen als Gastgeber*in würdigt und nicht etwa voreilig vorprescht. Sie können damit auch einschätzen, wie sich der pflegebedürftige Mensch mit Hilfsmitteln oder ohne bewegt, ob er zu den betreffenden Qualitäten orientiert ist, mit welcher Haltung und Ausstrahlung er auf die geäußerte Bitte reagiert. Darüber hinaus vermitteln sie mobilitätsbezogene

Sicherheit, indem sie hinter dem Menschen gehen und währenddessen auf mögliche Gefahrenquellen achten. Weiterhin ist der Zustand des Badezimmers, speziell der Toilette, für Joachim ein wichtiger Anhaltspunkt, mit Hilfe dessen er zwischen Fassade und tatsächlichem momentanen Sein des pflegebedürftigen Menschen unterscheidet.

(...) Ich gucke mir dann auch das Umfeld an, also das Bad, wo sind Schwellen im Raum, sind die Räume optimal für die momentane Situation, ich lasse sie laufen, (...) auf Stolperfallen achte ich. – Sonja, Pos. 4

Joachim ergänzt um interpretative Aspekte des Bads:

(...) und ich gucke auch das Klo an. Das Klo als „die Seele des Hauses“. Aus dem Zustand der Toilette schließe ich auch sehr viel, wie jemand, in welcher Verfassung jemand ist. (...) – Joachim, Pos. 52

Bereits vorhandene oder denkbare unterstützende Hilfsmittel sind ein Punkt, welchen die Pflegefachpersonen ab dem Eintritt ins Pflegehaus, aber auch im Verlauf der weiteren Besuche berücksichtigen. Oftmals sind die Häuser der pflegebedürftigen Menschen noch nach alter Bauweise gebaut – vor allem im ländlichen Bereich – und damit nicht barrierearm. Damit sind sie meistens nicht gut geeignet, den Menschen auch dann in seiner Selbstständigkeit zu unterstützen, wenn die Mobilität durch unterschiedliche Faktoren eingeschränkt wird.

(...) Ich (...) schau' von den Bewegungsabläufen her, also ob er Hilfe braucht bei der Bewegung, beim Aufstehen, beim Laufen, was er für Hilfsmittel benutzt. (...) – Dominik, Pos. 4

Aus der Prämisse, dass der pflegebedürftige Mensch eine Einheit mit seinem Wohnumfeld und seinen Rahmenbedingungen bildet, ergeben sich einige Herausforderungen für die Pflegefachpersonen. Zum einen haben sie durch die Erbringung von pflegerischen Leistungen den Auftrag, dass die pflegebedürftigen Menschen durch ihre Unterstützung so lange wie möglich zu Hause leben können und dass sich deren Zustand nicht wesentlich verschlechtert, um nicht kompensierbare Pflegebedarfe zu vermeiden. Das bedeutet, dass die Rahmenbedingungen im Pflegehaus nur zu einem gewissen Grad veränderlich sind – bauliche Maßnahmen sind in den meisten Fällen aus finanziellen Gründen oder vom Willen der pflegebedürftigen Menschen her gesehen schlichtweg nicht möglich. Somit müssen nicht barrierefreie Umgebungen mit passenden Hilfsmitteln „überbrückt“ werden. Dies schließt an die nächste Herausforderung an. Hilfsmittel können wiederum ein empfundenes Stigma im Pflegehaus auslösen und laufen daher Gefahr, von den dort lebenden Menschen abgelehnt zu werden. Die befragten Pflegefachpersonen sind sich ihrer Rolle und Verantwortlichkeit über die fachgerechte und motivierende Beratung der Pflegehäuser in Bezug auf

die Nutzung von Hilfsmitteln bewusst, äußern jedoch auch die Notwendigkeit der Bereitschaft der pflegebedürftigen Menschen.

(...) Das heißt dann auch für die Entwicklung einer Pflegebedürftigkeit, dass da (...) der Zeitpunkt, wann tatsächlich eine realistische Hilfe nicht mehr möglich ist, früher eintreten kann, als da, wo die Bereitschaft da ist, zu sagen, ich lass' mich auf diese Hilfsmittel ein. Muss ja nicht alles gleich sein. Ausprobieren, zurückgeben kann man's. Wenn's gar nicht gebraucht wird, kann man es ja zurückgeben. Aber zumindest mal ausprobieren und gucken, was geht. – Joachim, Pos. 54

Vor allem die Pflegedienstleitungen unter den befragten Pflegefachpersonen äußern sich sehr konkret und deterministisch zu der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln. Auf die Implikationen, welche die Zusammenarbeit im Hinblick auf die Nutzung der Hilfsmittel betreffen, geht die Autorin am Ende des Kapitels weiter ein. Margret äußert jedoch im Vergleich zu früher auch eine positive Veränderung der Bereitschaft, Hilfsmittel anzunehmen.

(...) Es gibt auch durch die Hilfsmittel Pflegebett, Toilettensitzerhöhung, Rollator, ja, das sind ganz tolle Sachen, die auch immer mehr in Anspruch genommen werden. Wenn ich denk', vor Jahren: „Ich, einen Rollator, nee, nee“. Lieber sind sie hingefallen. „Meinen Stock“, den haben sie noch akzeptiert. In der Zwischenzeit ist das eigentlich wie der Kinderwagen, der Rollator, und wenn die Leute dann noch mobil sind und rausgehen, ist es einfach auch ganz toll, dass sie den hinstellen können und sich draufsetzen, Pause machen. Also die Hilfsmittel sind sehr wertvoll und die zahlt ja in der Regel die Pflegekasse. (...) – Margret, Pos. 87

Die Kommunikation, bezüglich der Hilfsmittel im Sinne der Beratung, ansonsten vor allem unter dem Aspekt der Unterstützung der Menschen, durch Informationen und Leistungen der Pflegefachpersonen länger zu Hause bleiben zu können, ist demnach essenziell und auch eine wahrgenommene Verantwortung der befragten Pflegefachpersonen. Sie scheinen mit den pflegebedürftigen Menschen damit an einem gemeinsamen Ziel zu arbeiten, ohne dass dies, zumindest wird es der Autorin gegenüber in den Gesprächen nicht erwähnt, konkret mit den pflegebedürftigen Menschen als Ziel festgehalten würde. Die Autorin interpretiert es vielmehr aufgrund ihrer in Kapitel 7.3 bereits dargestellten thematischen Beschäftigung mit dem *Case Management* innerhalb der ambulanten Pflege in Aussagen wie diese, welche die eigenverantwortliche Steuerung der ambulanten Versorgung mit weiteren Dienstleistungsangeboten adressieren und einen Auftrag im Sinne einer Anwaltschaft für einen Menschen erkennen lassen:

(...) Optimale Pflege im ambulanten Bereich ist eh schwieriger als in der stationären Pflege, aber dann haben sich die Leute dafür entschieden, sich stationär pflegen zu lassen. – Sonja, Pos. 16

Auf den Aspekt der Anwaltschaft in der ambulanten pflegerischen Versorgung wird die Autorin innerhalb der Darstellung der Kernkategorie näher eingehen.

Ein weiterer Zugang zur Einschätzung der pflegerisch wahrgenommenen Pflegebedürftigkeit ist demnach die Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Menschen selbst, des Weiteren Informationen von Dritten. Dies betrifft beispielsweise Entlassbriefe aus stationären Versorgungen, Informationen der Hausärzt*innen oder zusätzliche Angaben von Angehörigen.

Dabei spielt bereits eine große Rolle, ob sich der pflegebedürftige Mensch noch verständlich artikulieren kann oder durch Krankheit sprachlich oder kognitiv bereits so eingeschränkt ist, dass eine Verständigung entweder lediglich über die Angehörigen oder über eine fundierte Vertrauensbeziehung, manchmal auch überhaupt nicht, möglich ist. Ist die Verständigung möglich, orientieren sich die Pflegefachpersonen nicht nur an den spezifischen Aussagen des Menschen, sondern auch daran, ob sie diese Aussagen als stimmig zu eventuell vorliegenden Informationen von Dritten oder auch zu ihrer eigenen empfundenen situativen Wahrnehmung einordnen können. Die befragten Pflegefachpersonen äußern dabei im Gespräch mit der Autorin auch das auftretende Erstaunen, wenn sich ihre Einschätzung im Nachhinein als falsch herausstellt.

(...) Und dann gucke ich halt (...) einfach kognitiv gesehen, wie kann er kognitiv darauf antworten, kann er adäquat darauf antworten oder versucht er sich da quasi 'was schönzureden, wie auch immer. Also bei einer demenziellen Entwicklung z. B., dass die Leute dann anfangen, ins Stocken zu kommen, ganz klar und solche Geschichten.
(...) – Dominik, Pos. 14

Der kognitive Zustand ist in manchen Fällen jedoch nicht ganz so klar wie erwartet:

(...) Ein ganz, ganz extremes Beispiel ist, dass ich jetzt, dadurch dass die Kollegin in den Ruhestand geht, übernehme ich einige ihrer Beratungspatienten. Und wir (...) haben jetzt die letzten Hausbesuche gemeinsam gemacht, um so einen Übergang zu machen, dass die Leute wissen, sie geht und ich komme demnächst. (...) und da war eine Patientin und da sagt sie zu mir, die ist, also wir haben vorher besprochen, also starke Demenz. Und wir kommen raus und ich sag': „Gerlinde, ich, also das kann ich gar nicht glauben. Wieso hat die eine Demenz?“ In diesem halbstündigen Gespräch hab' ich nicht eine Sekunde das Gefühl gehabt, dass diese Frau dement ist. Das heißt, wäre ich da das erste Mal ganz allein hingegangen, hätte ich einen ganz anderen Eindruck von ihr gehabt, als es tatsächlich ist. (...) – Angela, Pos. 62

Die Kommunikation mit den Menschen selbst dient nicht nur dazu, einen Eindruck davon zu erlangen, wie der pflegebedürftige Mensch seine Situation selbst einschätzt und welche pflegerische Versorgung er sich von den Pflegefachpersonen wünscht, sondern sie dient, wie im Fall des Seemanns bereits beschrieben, auch dazu, etwaige Schamsituationen für die zu pflegenden Menschen durch Ablenkung abzumildern und ein Vertrauensverhältnis in die Wege zu leiten. Eine der befragten Pflegefachpersonen, Ulrike, welche ein ausgeprägtes Gespür für atmosphärische Eindrücke zu haben scheint, vergleicht diese anfänglichen Gespräche mit einem Puzzle, das sich im Verlauf der Beziehung immer mehr

verdichtet und für sie Sinn ergibt. Die anfängliche Unkenntnis, was das Puzzle am Ende zeigen wird, wird von ihr nicht bewertet, sondern als der Sache inhärent anerkannt.

(...) Mit manchen Aussagen kann ich in dem Moment nichts anfangen und unsere Pflegeplanung entwickelt sich auch nicht beim ersten Mal, sondern das geht über einen kleinen Zeitraum. Und manchmal gibt es dann so ein Aha-Erlebnis, wenn dann die Information plötzlich, gibt es das Puzzleteil, wo man gedacht hat: „Aha, was soll das jetzt? Passt das?“ (...) – Ulrike, Pos. 17

Über das Erfragen der Vorstellungen des pflegebedürftigen Menschen haben die befragten Pflegefachpersonen auch die Möglichkeit, unausgesprochene Konflikte im Pflegehaus zu identifizieren. Sie erzählen beispielsweise der Autorin in den Gesprächen immer wieder, dass die pflegebedürftigen Menschen selbst ihren Zustand als ordentlich und kompensiert einschätzen, die zuständigen Angehörigen jedoch anderer Meinung sind und die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes angefordert haben. Ein weiterer Konflikt, der auftreten kann, ist die nicht deutlich kommunizierte Annahme pflegebedürftiger Menschen, ausschließlich von den eigenen Kindern gepflegt und versorgt zu werden. Die Kinder tun dies möglicherweise, wünschen sich jedoch auch Entlastung, was von den pflegebedürftigen Menschen wiederum abgelehnt wird. In beiden Situationen haben Pflegefachpersonen mit aufkommendem Widerstand und Misstrauen im Pflegehaus zu tun, in welchem sie Fremde und in den Augen der zu pflegenden Menschen nicht willkommen sind, was die Etablierung eines Vertrauensverhältnisses immens erschwert.

Die Wahrnehmung von Konflikten oder „dass etwas in der Luft liegt“, subsummiert die Autorin unter einen weiteren zentralen Punkt, der atmosphärischen Eindrücke der Pflegefachperson. Vor allem in dieser Dimension bemerkte die Autorin in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen immer wieder, dass ihnen sozusagen die Worte fehlten, um ihre Erfahrungen oder Eindrücke mitzuteilen.

(...) der erste Blick, ich mein', du kennst das ja auch als Krankenschwester, dass man innerhalb von Sekunden erfasst, was ist wichtig, was ist nicht wichtig oder einfach einmal abscaant. (...) – Alexandra, Pos. 18

Aus dem Rückbezug, dass ich das als Krankenschwester ja auch kenne, schließe ich als forschendes Subjekt, dass es Alexandra nicht so leichtfällt, diese Kompetenz, eine Priorisierung von Dingen in Sekunden durchzuführen, weiter auszuführen oder auch als Kompetenz überhaupt anzuerkennen. Auch bei den anderen Pflegefachpersonen fällt mir immer wieder ein Stocken im Redefluss, ein Ringen um die passenden Worte auf, wenn es darum geht, die tiefen Implikationen der pflegerischen Arbeit anderen, in dem Falle mir gegenüber darzustellen. Anders als Alexandra konstatiert, kenne ich „das als Krankenschwester“ nicht (mehr) so, wie sie es meint. Es gab sicherlich innerhalb meiner Berufstätigkeit in der

ambulanten Pflege Zeiten, in welchen ich über diese hohe Kompetenz, über eine nahezu intuitive Erfassung aufgrund der atmosphärischen Gegebenheiten eines Pflegehauses, verfügt habe und diese selbstverständlich einsetzen konnte, um mein Handeln und meine Kommunikation im Einzelfall zu steuern und mit nachgeschalteter Reflexivität zu begründen. Es wäre vermessen zu behaupten, ich sei heute noch eine Expertin in ambulanter Pflege. Seit ich in der kardiologischen Facharztpraxis eine führungsbezogene Stelle eingenommen habe und mich darüber hinaus mit der Ph.D.-Thesis beschäftige, führe ich andere Aufgaben intuitiv aus, beispielsweise die wissenschaftliche, theoretische Begleitung meiner Kolleg*innen, welche innerhalb ihrer Weiterbildungen erstmals in ihrer Berufstätigkeit eine wissenschaftliche Hausarbeit anfertigen müssen. Die Erfahrung, dass sich berufs- und settingbezogene Expertise aufbaut und sich verändern kann, habe ich also durch meinen beruflichen Lebensweg gemacht. Diese ambulante pflegerische Expertise sehe ich nun in meiner wissenschaftlichen Rolle von außen bei den befragten Pflegefachpersonen und bei mir in meiner Vergangenheit in der ambulanten Pflege – und ich kann die Schwierigkeit, für diese intuitive Kompetenz Worte zu finden, gut nachvollziehen, weil es mir damals ähnlich ging. Mit wem sollte man als Pflegefachperson über diese intuitive Art, Informationen zu erfassen, reden, wenn nicht mit den eigenen Kolleg*innen? Aus meiner Berufstätigkeit damals kann ich jedoch behaupten, dass darüber nicht geredet wurde. Es schien vielmehr selbstverständlich zu sein, dass man viele Informationen in einem neuen Pflegehaus in einer begrenzten Zeitspanne aufnimmt, verarbeitet und auf Grundlage dessen die Kommunikation mit den pflegebedürftigen Menschen steuert, ohne dass die Kriterien dafür in diesem Moment klar benennbar wären. Zudem hat dieses atmosphärische Erfassen von Informationen auch immer einen etwas esoterischen Beigeschmack, der innerhalb des dominanten biomedizinisch-naturwissenschaftlichen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit für andere wenig nachvollziehbar ist und möglicherweise auch von den Pflegefachpersonen selbst abgelehnt wird.

Die befragten Pflegefachpersonen nutzen ihre Intuition und ihr atmosphärisches Fühlen vor allem dazu, um die Haltung im Pflegehaus ihnen gegenüber zu erspüren, wenn noch keine Beziehung zum pflegebedürftigen Menschen etabliert ist.

(...) Wie sind die Vibrations oder wie soll ich sagen, was schwingt? Ist schon so ein positives Verstehen von vornherein da oder eher eine Distanziertheit oder Kompliziertheit? (...) – Joachim, Pos. 4

Doch auch im Verlauf der Versorgung kommt dieses Spüren immer wieder zum Einsatz, wenn es z. B. darum geht, dass vonseiten des pflegebedürftigen Menschen mehr Unterstützungsbedarf nötig wird, dies jedoch aus Scham nicht offen kommuniziert wird. Im Hinblick dessen äußern die Pflegefachpersonen eine wahrgenommene Widersprüchlichkeit,

die sich spezifisch oder unspezifisch zeigen kann, jedoch Ausdruck dessen ist, dass die vereinbarten Leistungen nicht mehr ausreichend dafür sind, dass der pflegebedürftige Mensch zu Hause gut versorgt ist und bis zum nächsten Tag allein zurechtkommt.

(...) aktuell habe ich einen Patienten, wo eigentlich nur eine [Medikamentengabe] bekommt, wo ich aber merk', dass der in letzter Zeit immer wieder Sachen vergisst und irgendwie auch nicht mehr wirklich sich selber versorgen kann. (...) – Sabrina, Pos. 16

Die atmosphärischen Eindrücke der Pflegefachpersonen speisen sich für die Autorin wiederum aus der oben kurz benannten Anwaltschaft, welche für einen Menschen im Rahmen der Pflege übernommen wird. Meiner Meinung nach – die sich hier aus der Beschäftigung mit dem *Case Management* in Verbindung mit meiner sich veränderten beruflichen Expertise ergibt – sind die in der Kernkategorie dargestellten Herausforderungen der Anwaltschaft und des pflegerischen Ethos zentrale Komponenten dafür, um das komplexe Wesen der Pflege erfassen zu können. Die Autorin machte diese Erfahrung der Komplexität von Pflege als Beziehungsarbeit, welche den gesamten Menschen adressiert, abseits ihrer praktischen Erfahrungen der ambulanten Pflege außerdem innerhalb ihres Masterstudiums. Während der Anfertigung meiner Masterarbeit zu einer quantitativen-statistischen Fragestellung mit dem Ziel, pflegerische Arbeitszeit mit Hilfe unabhängiger Variablen abzubilden, erkannte ich als Studentin jene Komplexität, die pflegerischen Handlungen zugrunde liegt. Sie zeigte sich damals zum einen in meiner verzweifelten Rechnerei, ein sinnhaftes und erklärendes Ergebnis für die Forschungsfrage zu generieren, zum anderen aber vor allem darin, dass die aufgestellten unabhängigen Variablen zur Beschreibung des Pflegealltags und die gewollte Darstellung von Korrelationen zu einer abhängigen Variablen nicht hinreichend sind, um pflegerische Tätigkeiten im Hinblick auf ihren komplexen Output abbilden zu können. Meiner Meinung nach zeigt sich dies alltagspraktisch auch darin, dass Pflege dann erfolgreich ist, wenn sie für andere verborgen bleibt, d. h., wenn eine krankheitsbedingte Reduktion der eigenen Fähigkeiten oder Folgeschäden durch individuell durchgeführte und angepasste Pflege ausbleiben.

Nach der Erfahrung der Masterarbeit war damals für mich als forschendes Subjekt klar, dass der Zugang zu dieser Komplexität im qualitativen Forschungsbereich, im Speziellen in den Aussagen derjenigen Pflegefachpersonen, die tagtäglich mit diesem Phänomen zu tun haben, zu finden sein muss. Auf der Suche nach der qualitativen Bestätigung der im quantitativen Bereich fehlenden Erklärung pflegerischer Tätigkeiten war die Autorin in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen immer wieder sehr erleichtert, von einzelnen Schlaglichtern für mich außergewöhnlich klingender Einschätzungen zu hören. Der Zugang zu diesen Schlaglichtern war jedoch nicht einfach und so versuchte die Autorin, sich diesen

über unterschiedliche Fragestellungen zu nähern, welche von den befragten Pflegefachpersonen auch manchmal als wiederholt gestellte Frage identifiziert wurden. Viele der befragten Pflegefachpersonen äußern auf die Frage, was Pflegebedürftigkeit ausmacht, eine Aufzählung von Kriterien, die aus den Pflegetheorien hinlänglich bekannt sind. Hierin zeigte sich für die Autorin erneut die Sprachlosigkeit, die sich aus der Komplexität der pflegerischen Situation ergibt. Die Pflegefachpersonen versuchen, diese Komplexität über die gemeinsame Nennung der Kriterien und das Abwägen zwischen ihnen darzustellen. Für die Autorin stellt es sich in den Gesprächen so dar, als wollten die Pflegefachpersonen durch den Bezug auf Theorieinhalte eine tiefere Verknüpfung ihrer Einschätzung unter Zuhilfenahme von Kausalitäten und Umgebungsfaktoren schaffen. Es ist jedoch auch möglich, dass einige Pflegefachpersonen die Umfassung ihrer Tätigkeit nie für sich oder vor anderen abstrahiert haben. Manche der befragten Pflegefachpersonen äußern in unterschiedlich emotional gefärbten Äußerungen die Erkenntnis, dass sie als Pflegefachperson eine einzigartige Schnittstelle und Vertrauensstellung für das Pflegehaus bedienen, sie scheinen zu erkennen: Wer sollte für die pflegebedürftigen Menschen eintreten, wenn nicht wir? Gleichzeitig werden sie durch die gesellschaftliche und rechtliche Nichtlegitimierung, was sich beispielsweise durch die Abhängigkeit von den Verordnungen durch Hausärzt*innen zeigt, in definierten Schranken gehalten und – wenn sie infrastrukturell eine Verbesserung erzielen möchten – auf ihr Eigenengagement in der arbeitsfreien Zeit verwiesen.

Einige wenige Pflegefachpersonen haben einen anderen, subjektiven Zugang zur Einschätzung, welcher die atmosphärischen Schwingungen zwischen den Akteur*innen anspricht oder Gemeinsamkeiten betont, die denjenigen Pflegefachpersonen auch persönlich wichtig sind und von welchen sie auf bestimmte Fähigkeiten, Lebenseinstellungen und Haltungen schließen. Aus diesen speziellen Annäherungen glaubte die Autorin eine philosophische Implikation der Pflegetätigkeiten heraushören zu können, insofern als sich die pflegerischen Tätigkeiten davon abheben, bloßer Broterwerb und Beruf für die ausführenden Pflegefachpersonen zu sein. Vielmehr entstünden sie aus einem Ethos heraus, welches sich an dem Erhalt der Würde des Menschen orientiert, wie es beispielsweise auch der Code of Ethics des International Council of Nurses (ICN) (International Council of Nurses - ICN, 2021) in seinem Statut beschreibt. Letztlich frage ich mich jedoch auch während der Auswertung dieser Gespräche immer wieder, ob Pflege nicht einfach eine im Sinne des Wortes selbstverständliche Tätigkeit zwischen zwei Menschen ist, die eben von Kommunikation und jedermanns Lebensweg geprägt wird. Genauer gesagt beschäftigt sich die Autorin während der Verschriftlichung weiterhin mit der gefühlten Ambivalenz, subjektiv einen „Zauber“ innerhalb der Pflege einerseits zu spüren, diesen aufgrund meiner Subjektivität und Involviertheit auch in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen erkennen zu wollen, diesen jetzt in der qualitativ geprägten Forschungsphase auch meinen, erkennen zu müssen.

Andererseits muss ich mich mit der Möglichkeit und Befürchtung auseinandersetzen, dass dieser „Zauber“ nicht für die Berufsgruppe oder das Berufsbild existiert – sondern lediglich in meinem Kopf als romantische Vorstellung der Pflege. Und dass Pflege eben auch ein Beruf ist, der dazu dient, Menschen zu ernähren, ohne dass die geleistete Pflege ein höheres Ethos bedienen muss. Darüber hinaus, dass die mögliche Ausführung der pflegerischen Tätigkeiten maßgeblich auch von den Vorgaben des Settings und der Arbeitgeber*innen bzw. der Trägerschaft abhängig ist.

Was mich jedoch ermutigt, ist, dass die befragten Pflegefachpersonen aus freien Stücken, ohne Incentives, sondern aus reinem Interesse am Thema der Pflegebedürftigkeit innerhalb der ambulanten Pflege an den Interviews teilgenommen haben. In den Gesprächen wurde ich zwar immer wieder in meiner Rolle als Pflegefachperson mit in deren Erfahrungen einbezogen, andererseits fürchteten manche auch, mir durch ihre Aussagen nicht helfen zu können. Hier adressierten sie mich in meiner Rolle als Wissenschaftlerin. Dies zeigte sich durch einen – wie ich finde – überhöhten Respekt, indem sie Sorge hatten, Fragen nicht richtig beantworten zu können, die Nacht vor dem Interview nicht schliefen oder im Nachgang E-Mails mit zusätzlichen Gedanken an mich sendeten. Allein das Interesse an der Thematik; die Tatsache, dass die Pflegefachpersonen mir zunächst eine E-Mail schreiben mussten, damit ich auf ihr Interesse aufmerksam werde und der Zusatzaufwand, welchen die Teilnehmer*innen auf sich genommen haben, um dieses Gespräch mit mir zu führen, treibt mich erneut zu der Annahme, dass die Pflege nicht ein bloßes Kommunikations-Handwerk ist, sondern von einem pflegerischen Ethos begleitet wird, das sich eben bisher auf vor-sprachliche Art zeigt – durch ein Gefühl, eine Annahme. Bestätigt wurde dies von einigen Pflegefachpersonen, weil sie mit ihrer Teilnahme bezwecken, dass sich die Anerkennung ihrer pflegerischen Tätigkeit im ambulanten Setting durch die Veröffentlichung der vorliegenden Ph.D.-Thesis verbessern möge und die Gesellschaft eine Ahnung davon erhascht, wie viel Potenzial die ambulante pflegerische Versorgung für die Bevölkerung in sich trägt.

Nachdem die Erfahrung der pflegerischen Komplexität nun aus der subjektiven Sicht der Autorin dargestellt wurde, werden im Verlauf des Kapitels weitere handfeste Kriterien vorgestellt, an welchen sich die befragten Pflegefachpersonen zur pflegerischen Einschätzung der Pflegebedürftigkeit orientieren. Anhand dieser Kriterien soll die Expertise der Pflegefachpersonen zumindest strukturell aufgezeigt werden, damit die Komplexität der Pflege innerhalb der Kernkategorie auf einem hier abgehandelten Wissensfundament basiert. Der Kontext, in welchem die Pflegebedürftigkeit von den Pflegefachpersonen betrachtet wird, betrifft die Kriterien Prozesshaftigkeit, Psyche, Kognition und Persönlichkeit sowie somatische Gegebenheiten inklusive der Mobilität.

Allumfassend kann konstatiert werden, dass die Pflegefachpersonen im Gespräch mit der Autorin darauf hinweisen, dass das Phänomen Pflegebedürftigkeit als prozesshaftes Geschehen zu verstehen ist. Daraus schließt sich, dass auch die Erfassung der Pflegebedürftigkeit als Prozess geschieht. In den Gesprächen verdeutlichen die Pflegefachpersonen immer wieder, dass die Vielzahl der Eindrücke im ersten Hausbesuch zwar einen ersten Eindruck und ein Gespür vermitteln, jedoch nicht in Gänze und abschließend verarbeitbar sind; zweitens, dass sich einige Informationen erst schlüssigerweise ergeben, wenn sich ein Vertrauensverhältnis zwischen den pflegebedürftigen Menschen und der Pflegefachperson eingespielt hat und die anfängliche Scham und Angst überwunden werden konnte.

(...) Und ich finde es immer sehr schwierig, muss ich gestehen, beim ersten Einsatz wirklich alles, ja, das komplett einzuschätzen. (...) – Alexandra, Pos. 18

Eduard ergänzt:

(...) Also ich sage immer, man kann sich auch nie an einem Tag ein komplettes Bild von dem machen. (...) – Eduard, Pos. 34

Auch Ulrikes Puzzle-Metapher spielt auf die Prozesshaftigkeit der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit an. Ein weiteres Kriterium zu deren Einschätzung betrifft die Psyche, die Kognition sowie die Persönlichkeit des zu pflegenden Menschen. Die Pflegefachpersonen versuchen, anhand von Kriterien die Persönlichkeit des pflegebedürftigen Menschen einzuordnen, um die Ausrichtung ihrer Handlungen, ihrer Beratungen auf seinen Bedarf hin anzupassen.

(...) Sowohl in den Ecken, ob sich da die Sachen schon stapeln, ob da im Prinzip versucht wird, Ordnung zu halten und man schafft's nicht oder ob es sowieso prinzipiell egal ist. Man sieht das an so ein paar Kleinigkeiten schon beim Reingehen in den Haushalt. (...) – Ulrike, Pos. 15

Sowohl psychische Erkrankungen als auch Formen von Demenz machen es den Pflegefachpersonen nicht immer leicht, zu einer fundierten Einschätzung zu kommen. Die pflegebedürftigen Menschen verfolgen, wie bereits in Kapitel 7.3 dargestellt, unterschiedliche Strategien, um ihre kompetente Fassade vor Unbekannten aufrechtzuerhalten und somit einer möglichen Stigmatisierung durch andere zu entgehen. Auch somatische Erkrankungen, die psychische Folgeerscheinungen nach sich ziehen, wie bspw. M. Parkinson oder Encephalomyelitis disseminata werden in diesem Zusammenhang von den Pflegefachpersonen als herausfordernde Erkrankungen genannt, weil sie im Prozess der Versorgung oftmals eine Veränderung der Persönlichkeit bei den betroffenen Menschen bemerken, die dazu führt, dass sich die Kommunikation zwischen Pflegehaus und Pflegefachperson durch erlebte verstärkte Eigensinnigkeit verschlechtert und steigende Pflegebedarfe nicht mehr

adäquat adressiert werden können. Auch die Autorin machte in ihrer Berufstätigkeit in der ambulanten Pflege die Erfahrung, dass jene Menschen, bspw. mit Encephalomyelitis disseminata, von den mich einweisenden Kolleg*innen als „eigensinnig“, „schwierig“, „renitent“ etc. bezeichnet wurden, um mich sozusagen kollegial auf einen herausfordernden Charakter vorzubereiten. Insofern kam mir dieser Gesprächsinhalt durchaus bekannt vor. In meiner heutigen Berufstätigkeit in der kardiologisch-angiologischen Facharztpraxis begegnet mir dasselbe Phänomen mit Menschen, die von der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) betroffen sind. Auch diesen wird, noch bevor man sie recht kennenlernen kann, bereits vom medizinischen und pflegerischen Fachpersonal bescheinigt, sie seien eher „aggressiv“, „nicht willens zur Mitarbeit“ oder „starrköpfig“. Inwieweit die Erkrankung diese Persönlichkeitsveränderungen lehrbuchhaft mit sich bringt, kann ich an dieser Stelle nicht beurteilen. Was mir als forschendes Subjekt jedoch auffällt, ist die Veränderung meiner Haltung einer Person gegenüber, vor welcher ich unter Zuhilfenahme dieser Bezeichnungen gewarnt werde. Die Autorin möchte damit sagen, dass es zumindest den Diskurs und die Haltung im Sinne von Geduld und Achtsamkeit mit dem jeweils anderen auf beiden Seiten gleichermaßen verändert, wenn man mit dem Wissen über die Erkrankungen eines Menschen bereits eine solche Schublade im Denken parat hat, noch bevor man dessen Version der erlebten eigenen Geschichte unvoreingenommen angehört hat, auch wenn dieses Wissen über die Persönlichkeitsveränderungen durchaus seine Legitimierung haben mag. Inwieweit diese Denkschubladen eine Herausforderung darstellen, wird die Autorin innerhalb der Kernkategorie beleuchten. In diesem Kapitel soll dieser Einschub lediglich als Kurzreflexion dienen.

Ein weiteres Kriterium, das für die Pflegefachpersonen zumeist auf den ersten Blick ersichtlich wird, betrifft den somatischen, äußerlichen Zustand sowie die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen. Sie achten dabei vor allem auf dessen Gangbild, auf grob- und feinmotorische Fähigkeiten, auf bereits beschriebene Erkrankungen und deren potenzielle Folgeerscheinungen bzw. auf damit einhergehendes Schmerzgeschehen und die vorhandene Medikation dazu.

(...) Wenn neben den Insulinspritzen auf einmal noch ein offenes Bein, diabetischer Fuß dazu kommt. (...) – Lena, Pos. 50

Neben diesen bisher dargestellten faktischen Kriterien verfolgen die Pflegefachpersonen spezifische Handlungen, die sie wiederum zu einer Beurteilung der Pflegebedürftigkeit befähigen. Diese Handlungen stehen in zeitlichem Zusammenhang mit dem sich im Verlauf aufbauenden Vertrauensverhältnis zwischen Pflegehaus und Pflegefachperson und sind eng verbunden mit der Erstellung der Pflegeplanung sowie des Ablaufplans.

(...) Ich sehe, was kann der selbst, was muss ich übernehmen und wenn ich dann ein paar Mal da war, kann ich dann auch erst den Pflegeplan aufschreiben. Ich kann keine Pflegeplanung schreiben, ohne dass ich den Mann, die Frau erlebt habe, kennengelernt habe und hab sehr oft schon festgestellt, dass da ganz viel in der Praxis zum Vorschein kommt, das man vorher überhaupt nicht gesehen hat. – Margret, Pos. 25

Die Pflegefachpersonen äußern dabei immer wieder, dass sie sich an Problemen und Ressourcen der zu pflegenden Menschen orientieren und somit das Kriterienraster der Pflegetheorien nutzen. Joachim nähert sich in diesem Zusammenhang ganz individuell, aus seiner Persönlichkeit heraus und zieht aus den Antworten der Menschen zum einen Rückschlüsse auf dessen Persönlichkeit und erhaltene Fähigkeiten, zum anderen nutzt er die Strategie, um ein Vertrauens- und Zusammengehörigkeitsgefühl zu stiften:

(...) Ein Aspekt, der nicht zum Menschen gehört, aber der mir persönlich, das ist so ein individueller Aspekt von mir, ich bin ein musikalischer Mensch, mache auch nebenberuflich ein bisschen Musik. Ich gucke, ob irgendwo ein Instrument steht, hängt, liegt, sei es ein Klavier, sei es eine Geige, sei es eine Zither, eine Flöte, was auch immer, Gitarre, weil musikalische Menschen, da schwingt immer was automatisch. Und dann ist für mich so im Gespräch die Hinführung auch, erkundige ich mich dann auch nach, wenn ich das wahrnehme: „Spielen Sie das selbst oder haben Sie mal ein Instrument gespielt?“ (...) – Joachim, Pos. 4

Grundsätzlich ist jedoch zu sagen, dass die Pflegefachpersonen allesamt darauf bedacht sind, die neue Situation mit Empathie, Verständnis und ausgestrahlter Wertschätzung zu begleiten. Die Rolle des Gastes wird in diesem Stadium der Beziehung so gelebt, wie man es als Außenstehende erwarten würde. Der Gast im Heim ist jedoch nicht einfach nur ein fremder Gast, sondern ein fremder fachlicher, auch sorgender Gast, welcher seine Fähigkeit zur Empathie nutzt, um die pflegebedürftigen Menschen dort abzuholen, wo sie gerade, vielleicht hilflos und überfordert mit dem Alltag, stehen.

(...) Es kommt ein fremder Mensch in mein gewohntes Umfeld und will da dort alles sehen. Vom Klo bis zum Schlafzimmer. Und das finden die alten Menschen nicht immer so toll. Und da muss man dann auch erst ein paar Tage erst ein bisschen Vertrauen aufbauen und dann kann man das gerne nochmal versuchen. Und dann klappt es meistens beim zweiten Anlauf. – Sonja, Pos. 10

Die an jene ausgestrahlte Empathie und Wertschätzung des anderen Menschen angelehnte Handlung der Pflegefachpersonen betrifft die Strategie des unbedingten Einbezugs der pflegebedürftigen Menschen. Dazu gehört, gebuchte Leistungen und anstehende Pflegetätigkeiten so im Voraus zu kommunizieren, dass die Menschen wissen, was sie innerhalb dieses Hausbesuchs erwartet. Im besten Fall entsteht eine atmosphärisch geprägte Verbindung zwischen Pflegefachperson und pflegebedürftigem Menschen, welche von Achtsamkeit, Respekt und Vertrauen geprägt ist. Die Autorin möchte an dieser Stelle

nochmals den Unterschied zwischen der bloßen verbalen Ankündigung und der Art, sich unbedingt auf einen Menschen einzustellen, herausarbeiten.

Dass ich, wenn jemand verunsichert wirkt, dass ich ihm sage, dass ich da bin, um der Person zu helfen, zum Beispiel, sich zu waschen oder duschen oder mit Badewannenlifter²⁵ oder am Waschbecken, wie auch immer. Und dass ich ihr sage, sie kann mir gern sagen, was ich helfen soll oder ich guck', was sie noch selbst machen kann und ich unterstütze einfach. Und wir fangen einfach an und ich achte auf Gestik, Mimik, wie mich die Person anguckt, ob sie mich überhaupt anguckt. Und in dem Moment, wo ich erkläre, merke ich schon ganz oft, dass sich eine gewisse Anspannung schon mal löst. Weil es ist im Prinzip ein Auge-in-Auge-Kontakt. Und nicht einfach mit der Person machen, sondern die Person angucken und mit ihr zusammen gestalten. Das ist unheimlich wichtig. Weil viele stützen sich nur einfach so auf den Arm und gehen dann ins Bad. Aber wie geht es denn gerade der Person? (...) – Silke, Pos. 4

Der beschriebene Auge-in-Auge-Kontakt, eine Kommunikation auf Augenhöhe inklusive der Akzeptanz aller Befindlichkeiten und Einschränkungen ohne wertende Symboliken innerhalb der Handlungen und Kommunikation, dies ist es, was die Autorin mit dem Begriff der philosophischen Implikation der Pflegetätigkeit zu verdeutlichen versucht. Aus dieser erlebten Akzeptanz, wie Silke sie beschreibt, kann nachfolgend ein fundiertes Vertrauensverhältnis zwischen Pflegefachperson und pflegebedürftigem Menschen erwachsen. Daraus ergibt sich die Chance, gemeinsam Pflege so zu gestalten, dass die Menschen in ihrem Sein, in ihren Ressourcen und Problemen somatisch, leiblich und psychisch unterstützt werden und dass sie die aufkommenden Beschwerlichkeiten des Alters, möglicherweise empfundene Stigmatisierung oder Minderwertigkeitsgefühle durch die Gesellschaft oder das Umfeld annehmen und ertragen können, sodass die Würde des Menschen im Sinne seiner Menschen-Wertigkeit durch dieses Vertrauensverhältnis gestärkt und erhalten wird.

(...) weil das Annehmenkönnen von Hilfsmitteln ja auch heißt, ich nehme auch ein Defizit an, ja, nicht nur wahr, sondern ich nehme auch an, dass ich eins habe. Ich sage „Ja“ zu dem. Das hat aber jetzt nicht unbedingt mit dem, mit der körperlichen, dem Grad der Ausprägung der körperlichen Einschränkung zu tun, sondern viel mit der, würde ich sagen, mit der seelischen Befindlichkeit. (...) – Joachim, Pos. 54

Die philosophische Implikation der Pflege bedeutet für die Autorin demnach den Rückbezug und das Ausrichten der einzelnen pflegerischen Handlungskomplexe auf einen höheren, abstrakten Wert, auf ein pflegerisches Ethos, welches die Menschenwürde adressiert und den zu pflegenden Menschen in seinem gesamten, durch das Leben geprägtes Sein zu adressieren. Dieses Ethos wird auch, wie bereits erwähnt, vom ICN ausgeführt (International Council of Nurses - ICN, 2021), ebenfalls ist es im Rahmen der Artikel 2 und

²⁵ Hilfsmittel, um eine Person örtlich zu bewegen, z. B. ist der Badewannenlifter, ein beweglicher Sitz auf dem Wannenrand, mit dem die Person sitzend in die Badewanne herabgefahren werden kann. Ein Lifter allgemein bezeichnet eine Apparatur, die die Person zumeist in einem Tuch sitzend durch die Luft bewegt.

Artikel 20 GG im deutschen Grundgesetz umschrieben sowie in Artikel 25 in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen (Vereinte Nationen – Generalversammlung, 1948). Die Ausgestaltung des Ethos werde ich innerhalb der Darstellung der Kernkategorie weiterhin ausführen.

Betrachtet man nun die entstehende pflegerische Einschätzung der Pflegebedürftigkeit anhand der genannten Kriterien, so wird diese fortwährend von den Pflegefachpersonen durch die einzelnen Handlungen verifiziert bzw. falsifiziert. Die Pfl egetätigkeit dient dazu, die Aussagen des Pflegehauses sowie die eigene professionelle Einschätzung in Relation zueinander zu setzen und diese bei Bedarf entsprechend zu korrigieren.

(...) Die PROBLEME erkenne ich eigentlich erst bei der Pflege. (...) – Margret, Pos. 25

Auch Michael referiert auf die Erfahrungen während der Pflege.

(...) wenn z. B. zwei Hausbesuche sind, was mach' ich morgens, was mach' ich abends und das (...) ist jetzt das, womit wir starten und dann ist es so, dass man dann im Grunde testen muss, okay, reicht das, ist es Überversorgung, ist es eine Unterversorgung, wie sieht's im hauswirtschaftlichen Bereich aus, wie funktioniert das, was braucht derjenige noch oder passt das so? – Michael, Pos. 12

Steht das Leistungsportfolio über die Zeit, nutzen die Pflegefachpersonen angepasste Handlungen und Strategien, um den sich verändernden Pflegebedarf beizeiten zu erkennen, damit unerwünschte Ereignisse, wie z. B. Stürze, vermieden werden können und um die pflegerischen Maßnahmen bei Bedarf anpassen zu können. Es zeigt sich in den Gesprächen der Pflegefachpersonen mit der Autorin, dass vor allem jene atmosphärisch denkenden Pflegefachpersonen die Strategie des Weiterdenkens verfolgen. Somatische Erkrankungen werden nicht nur in ihrer jetzigen Ausgestaltung betrachtet, sondern darüber hinaus wird überlegt, warum sie sich in dieser Form zeigen, wie sie sich potenziell weiterentwickeln, was mitgeltende Faktoren zu deren Beeinflussung sein könnten etc. Die Pflegefachpersonen scheinen damit den Verschlechterungen des Zustands einen Schritt voraus zu sein.

(...) Also da ist man grad am Fühlen, aber letztendlich [...], wenn sich die Leute so weit öffnen, muss man gucken, wo sind denn da noch bei mir versteckte Sachen, wo man sagt, (...) warum sind die Wunden so, wie sie sind, warum sind das so lange chronische Wunden? (...) – Ulrike, Pos. 17

Adrian ergänzt um ein weiteres Beispiel:

(...) nehmen wir mal das Beispiel Diabetes Typ 2 (...). Wird da jetzt mit einem oralen

Diabetikum²⁶ [sic], aber dann ist es natürlich auch so, es wird sich sehr auf diese Krankheit [konzentriert], (...), was kann aber durch den Diabetes noch entstehen? Neuropathie²⁷ an den Füßen beispielsweise oder auch was macht der Diabetes mit den Menschen an sich? Was für eine psychische Belastung kommt dann auf den jeweiligen Menschen zu? Umstellung der Ernährung usw. Das ist jetzt so das, so diese psychische Belastung, der psychische Stress, der durch eine Krankheit ausgelöst werden kann oder durch mehrere Krankheiten, das geht, finde ich nach meiner Meinung so ein bisschen verloren. – Adrian, Pos. 4

Joachim nutzt wieder seine Identität als Musiker:

(...) und die Frage: „Spielen Sie noch ab und zu?“ Und die Antwort hat (...) für mich persönlich ganz viel Aussagekraft. Weil ich daraus als auch Musiker ganz viel schließen kann, weil wer Musik macht, der macht das gerne und wer ein Instrument hat und das ist ein ganzes Stück Lebensinhalt, sag' ich mal, ein Stück Kern. Und das ist so, wenn jemand noch spielen kann, heißt das automatisch auch, dass die körperliche Befindlichkeit eine gewisse Substanz noch hat, und wenn es jemand nicht mehr kann, dann heißt das automatisch auch schon, je nachdem was für ein Instrument, kann ich daraus so manches oder leite ich dann manches auch daraus ab, was nicht mehr geht, seien es die Finger beim Flöte spielen oder Klavier. (...) – Joachim, Pos. 4

Eine weitere wesentliche Strategie der Verlaufsbeurteilung ist die Abweichung vom Üblichen, vom beschriebenen Status quo. Dieser wird an mehreren Stellen für die Bezugspflegefachpersonen und jene, die als Fremde ins Pflegehaus kommen, offensichtlich. Zum einen existiert zu diesem Zeitpunkt sowohl eine Pflegedokumentation mit Leistungsinhalten als auch ein individueller Ablaufplan, aus dem ersichtlich wird, welche Schritte und Handlungen nacheinander im Hausbesuch durchzuführen sind. Zum anderen ist eine spezifische Zeit zur Erbringung der Leistungen geplant, die sich durch die Addition der unterschiedlichen Leistungen zu einem Komplex ergibt. Zum letzten ergibt sich der Status quo aus einem fachlich beurteilten, kompensierten Status zwischen Pflegebedarf und Pflegeleistungen. Die unterschiedlichen Änderungen vom Üblichen werden demnach anhand dieser drei Möglichkeiten festgemacht.

(...) Aber meine Erfahrung ist es halt, es ist selten ein schleichender Prozess, also so fortwährend, sondern eher wirklich durch so Ereignisse. Es kann wirklich ein Sturzereignis, ein Schub bei Parkinson²⁸ oder Demenzerkrankungen oder was auch immer sein, eine Erkältung im Winter. Die dann einfach viele Ressourcen kostet, dass dann halt einfach sich der Status halt schlagartig ändert. Natürlich gibt's auch die Patienten, wo das schleichend ist, aber da geht's dann meistens über die

²⁶ Orale Antidiabetika sind Medikamente in Tablettenform, welche den Blutzucker über unterschiedliche Wirkmechanismen senken sollen.

²⁷ Polyneuropathie als Spätfolge des Diabetes Mellitus, welche sich durch eine bleibende Schädigung der Nerven, vor allem an den Gliedmaßen, auszeichnet. Die Betroffenen klagen zumeist über Kribbeln, Missempfindungen, Taubheit der betroffenen Region (Roche Lexikon Medizin Sonderausgabe [2006]/2013).

²⁸ Morbus Parkinson, eine in Schüben verlaufende degenerative Erkrankungen, die sich in Gangunsicherheit, Zittern und Muskelstarre zeigt. Parkinson ist bisher nicht heilbar und verläuft progredient (Roche Lexikon Medizin Sonderausgabe, [2006]/2013).

Lena nutzt die Zeit des Hausbesuchs als Indikator:

(...) Weil du merkst das ja auch, wie viel Zeit du bei den Patienten auf einmal verbringst. Weil, ich sag' mal, du merkst das daran, dass wenn du jetzt, sag' ich mal, 20 Minuten immer da warst, dass du auf einmal eine dreiviertel Stunde oder Stunde auf einmal da bist, weil das alles mehr Zeit in Anspruch nimmt. Und dann muss was gemacht werden. Das ist so. – Lena, Pos. 48

Der Ablaufplan dient damit als handfestes Konstrukt, abgeleitet aus der theoriebasierten Pflegeplanung, welches zum einen die strukturellen Bedingungen im Pflegehaus miteinbezieht, zum anderen als Instrument der Evaluation des Pflegebedarfs gilt.

Nachdem bisher unterschiedliche Kriterien vorgestellt wurden, anhand welcher die Pflegefachpersonen die professionell wahrgenommene Pflegebedürftigkeit einschätzen, folgt abschließend ein weiteres Merkmal des beschriebenen Phänomens, das ebenfalls innerhalb der Vertrauensbeziehung Anwendung findet und (mit-)entscheidend dafür ist, ob die ambulante pflegerische Versorgung als krisenstabiles Versorgungsarrangement zu bewerten ist. Bereits in Kapitel 7.2 wurde aus gesellschaftlicher Sicht dargestellt, dass ambulante Pflege dann gelingen kann, wenn ein Team von sich zuständig fühlenden Menschen im Pflegehaus greifbar ist. Der Gedanke der Teamarbeit zwischen pflegebedürftigem Menschen, Angehörigen, Pflegefachpersonen sowie eventuellen weiteren Dienstleister*innen wird auch im Zusammenhang mit der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit erwähnt. Die Implikationen der Teamarbeit erstrecken sich dabei nicht nur auf die sinngemäße Aufgabenverteilung, sondern auch darauf, eigene Befindlichkeiten und Erwartungshaltungen zu hinterfragen und einen Kompromiss mit den jeweils anderen einzugehen. Klassischerweise betrifft das zum einen das Austarieren des pflegerischen Leistungsumfangs, was in den meisten Fällen zu Folge hat, dass das Pflegehaus zusätzliche Leistungen aus eigener Tasche bezahlen muss. Die verfügbaren Spielarten der Leistungsgestaltung sind dabei divers und reichen von der ausschließlichen Versorgung durch den Pflegedienst über die aktive Mitpflege durch die Angehörigen bis hin zu einer Unterstützung durch Nachbarschaftshilfen oder im Haushalt lebenden osteuropäischen Hauswirtschaftskräften.

(...), dass keine Überversorgung, aber auch letztendlich keine Unterversorgung entsteht in Richtung Defizit, Verwahrlosung oder ja, auch die Verschlimmerung des Gesundheitszustandes. – Michael, Pos. 26

Mira schildert ein für sie positives Beispiel der Zusammenarbeit:

(...) da kam auch die Nachbarschaftshelferin zweimal in der Woche, (...) hat ihr dann einfach was zum Trinken gegeben. Die konnte ja nicht mehr selbstständig essen und trinken. Ich denk', der Sohn hat das einfach gut koordiniert, hat mit uns gut

mitgearbeitet, also egal, was wir sagten, was wir brauchen, was vielleicht gut wäre, das hat alles funktioniert. Das lief alles einfach. Und so kann das gut funktionieren, ja. Ja. – Mira, Pos. 81

Neben der aktiven Aufgabenverteilung betrifft die Teamarbeit jedoch auch den Respekt der Wünsche im Pflegehaus durch die Pflegefachpersonen sowie ein Entgegenkommen des Pflegehauses dem Pflegedienst gegenüber, was die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln anbelangt.

(...), weil es durchaus auch Menschen gibt, die Ressourcen²⁹ haben, sie aber nicht einsetzen wollen. Auch mit Förderung nicht einsetzen wollen (...). – Michael, Pos. 26

Setzt man Michaels Aussage in Relation zum einleitenden Satz, wird die Vulnerabilität und Vielschichtigkeit des Phänomens Pflegebedürftigkeit deutlich. Es geht nicht nur darum, anhand des somatischen und psychischen Zustands einen Bedarf einzuschätzen, es geht auch darum, diesen Bedarf über die Zeit hinweg immer wieder zu evaluieren und einen tragfähigen Kompromiss im Rahmen der finanziellen, strukturellen und atmosphärischen Gegebenheiten im Pflegehaus zu finden. Bereits in den Kapiteln 7.2 sowie 7.3 wurden die gesellschaftlichen und seelischen Implikationen der Pflegebedürftigkeit dargestellt – im Rückbezug darauf verdeutlicht die Autorin, dass Pflegebedürftigkeit kein lineares Ursache-Wirkungs-Phänomen sein kann, sondern das Selbstverständnis der Menschen im Pflegehaus sowie der Pflegefachpersonen maßgeblich betrifft und für Verständnisse und Missverständnisse sorgen kann.

(...) Es geht sehr viel über Empathie und sehr viel über Erfahrung und es ist sehr viel Team. – Ulrike, Pos. 85

Ein aus der Darstellung der befragten Pflegefachpersonen heraus häufig diskutierter Kompromiss, welcher einige Verständnisse und Missverständnisse konstituiert, ist jener der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln. Im Pflegehaus vorhandene und sichtbare Hilfsmittel verdeutlichen den Bewohner*innen mehr als deutlich, dass die eigenen Fähigkeiten immer weiter nachlassen und dass Hilfe von außen nötig ist, damit der pflegebedürftige Mensch seinem Alltag nachgehen kann. Aus Sicht der Pflegefachpersonen sind Hilfsmittel jedoch auch eine wertvolle Unterstützung, die nicht nur die Menschen im Pflegehaus, sondern auch die Pflegefachpersonen selbst entlasten und unterstützen. Sie vermitteln den Pflegehäusern deutlich, dass Hilfsmittel dazu beitragen können, dass die pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich zu Hause versorgt werden können, indem damit eine positive Infrastruktur bzgl. der nachlassenden Mobilität der zu Pflegenden geschaffen wird. Es wird

²⁹ Ressourcen bezeichnen allgemein diejenigen Fähigkeiten des Menschen, die ihm helfen, seinen Alltag, seine Einschränkungen positiv zu beeinflussen. Dies können finanzielle, soziale, psychische, materielle Ressourcen sein.

aktiv an die Mitwirkung und „Vernunft“ des Pflegehauses appelliert. Ziehen die Verantwortlichen nicht mit, werden unterschiedliche Konsequenzen getroffen. Im Falle kleiner Anpassungen wie Duschgriffe oder Ähnlichem wird dies lediglich dokumentiert. Betrifft es Maßnahmen, welche auch die Pflegefachpersonen signifikant entlasten könnten, hat dies auch durchaus Auswirkungen auf die Bereitschaft der Pflegedienstleitung, die Versorgung fortzuführen.

(...) ich meine wirklich Schwerstpflege, wenn ich keine Hilfsmittel zur Verfügung gestellt bekomme. Wenn erwartet wird, dass ich einen Mann mit Zustand nach Hirnblutung, ein Pusher,³⁰ der immer nach hinten pusht, (...) dass ich dem seine 80 kg irgendwie mit meinem vollen Körpereinsatz aus dem Bett in gestreckter Haltung in den Sitz in den Rollstuhl bringe. Dann sind das Versorgung, die ich auf Dauer nicht, die ich nicht machen will und die wir dann auch nicht machen. Denn ein Lifter verschreibt jeder Hausarzt, das sind Hilfsmittel. Die zahlen da kein Vermögen zu. Die bezahlen 10 Euro dazu. Und sie sind nicht bereit: „Oh, das nimmt mir aber Platz weg.“ – „Ja, aber das schont die Pflegekräfte. Wie lange denken Sie, können wir Ihren Mann so pflegen?“ – „Ja, das ist nicht mein Problem.“

Ja, dann ist die Versorgung auch nicht mehr mein Problem. Also da bin ich echt rigoros. – Andrea, Pos. 64

Was diesen Diskurs erschwert, ist nach Ansicht der Autorin das unausgewogene Expert*innenverhältnis zwischen den Parteien. Die Menschen im Pflegehaus müssen sich darauf verlassen, dass die Aussagen der Pflegefachpersonen stimmen, sie verfügen nicht über jene pflegerische Expertise, um die Folgen etwa eines vermeidbaren Sturzes absehen zu können – sie gehen vielmehr davon aus, dass sich ein pflegebedürftiger Mensch davon, wie in seinem bisherigen Leben, ohne Residuen erholen wird. Die von den Pflegefachpersonen beschriebene Gefahr, dass eine ambulante pflegerische Versorgung ohne die professionell empfohlenen Hilfsmittel auf einem dünnen Fundament stehe, ist damit für das Pflegehaus aufgrund fehlender Erfahrung nicht nachvollziehbar.

(...) Aber das endet meist dann mit einer Krankenhauseinweisung und dann gibt es keine Rückkehr mehr. Also das ist eine Sache, die sehr häufig passiert dann. (...) – Michael, Pos. 18

Dieser Diskurs ist ein mögliches Beispiel für die Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit, welche von der Autorin nochmals innerhalb der Kernkategorie beschrieben werden. Im Verlauf des Kapitels wird zunächst die Expertise der Pflegefachpersonen dargestellt, wie sie sich der Autorin in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen unter Berücksichtigung ihrer eigenen subjektiven Prägung zeigt.

³⁰ Pusher-Syndrom, mögliche Folge einer Schädigung des Gehirns durch eine Hirnblutung oder einen Hirninfarkt im Rahmen einer Halbseitenlähmung. Der betroffene Mensch verliert dabei die Wahrnehmung über eine aufrechte Haltung und drückt („pusht“) mit der nicht gelähmten Körperhälfte in eine bestimmte Richtung, meist diejenige der gelähmten Körperhälfte (Brevorn, 2015).

Expertise der Pflegefachperson

Der nun folgende Akteur der Pflegefachperson zeichnet sich dadurch aus, dass eine wie auch immer geartete berufliche Kompetenz in die Pflegebeziehung miteingebracht wird, welche diese wiederum beeinflusst und gestaltet. Innerhalb dieser Expertise wird darüber hinaus die zu diesem Zeitpunkt vorliegende Art der Pflegebedürftigkeit eingeschätzt und über die Versorgungsbeziehung hinweg begleitet und evaluiert. Da die Pflegefachpersonen durch einen beruflichen Auftrag ins Pflegehaus kommen, sind die Schilderungen der eigenen erlebten Kompetenz und Arbeitsbereiche in den Gesprächen mit der Autorin überaus zahlreich und bedürfen zur Herstellung einer Übersichtlichkeit einer Strukturierung. Dafür wurde die aktuelle Pflegekompetenz-Theorie nach Olbrich ([1999]/2018) herangezogen. Die dort beschriebene Pflegekompetenz wird grafisch in Anlehnung an eine Pyramide als Konstrukt vier aufeinander aufbauender Handlungsbereiche dargestellt. Pflegerisches Handeln wird in regelgeleitetes Handeln, in situativ-beurteilendes Handeln, in reflektierendes Handeln und in aktiv-ethisches Handeln unterteilt. Die nächsthöhere Kompetenzstufe kann in Anlehnung an das Bild der Pyramide erst dann erlangt werden, wenn die unteren Kompetenzen bereits angeeignet wurden (vgl. Abbildung 4):

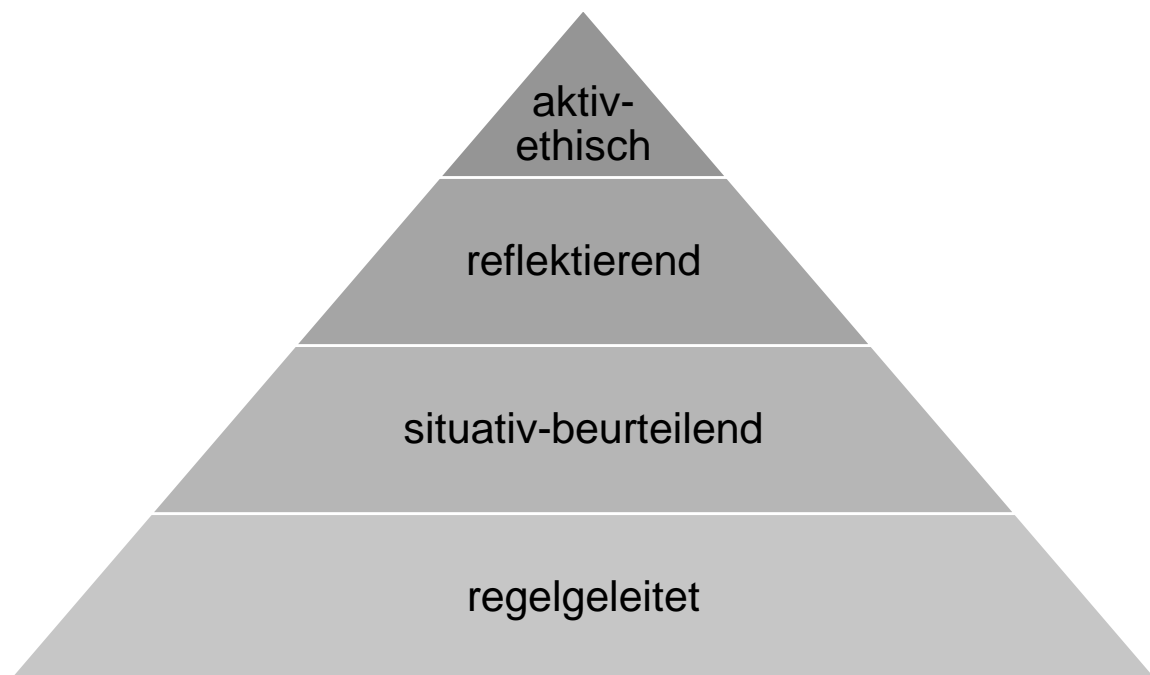


Abbildung 4: Handlungshierarchie in Anlehnung an Olbrich, [1999]/2018, S. 69

Damit die Interpretationen, zu welchen die Autorin aus den Gesprächen mit den befragten Pflegefachpersonen unter Berücksichtigung ihrer eigenen Subjektivität gekommen ist, für die Leserschaft in der vorgenommenen Einordnung in Olbrichs ([1999]/2018) Handlungshierarchie nachvollziehbar sind, werden im Folgenden die einzelnen Kompetenzstufen mit ihrer Implikation für die damit verbundenen Handlungen kurz vorgestellt.

Die Pflegekompetenz nach Olbrich ([1999]/2018)

Das regelgeleitete Handeln: Grundlage für das regelgeleitete Handeln sind die in der Ausbildung oder in etwaigen Weiterbildungen vermittelten Sach- und Wissensinhalte. Auf dieses regelhafte Wissen, auf vorgegebene und routinierte Handlungsabläufe beziehen sich die Pflegefachpersonen vor allem zu Beginn ihrer Berufstätigkeit. Dabei ist der alleinige Bezug auf die korrekte Anordnung und Durchführung der pflegerischen Maßnahme handlungsleitend.

Neben der Orientierung an definierten Abläufen, Standards und Lehrbuchwissen haben darüber hinaus auch stations- und settingbezogene Normen eine Gültigkeit, insofern als sich Pflegefachpersonen innerhalb ihres Handelns an Kolleg*innen derselben Pflegeeinheit anlehnen und über gemeinschaftliches routinehaftes Tun eine moralische Legitimation erzeugen (Olbrich, [1999]/2018, S. 63–64).

Zur Differenzierung der regelgeleiteten Handlungen von den anderen Stufen zeigt sich hier ein ausschließlicher Bezug auf das gelernte Wissen und eine Anstrengung darin, dieses in den sich ändernden Rahmenbedingungen so durchzuführen, wie es beschrieben ist. Das Gegenüber, der zu pflegende Mensch, kommt mit seiner Realität und seinen Wünschen im regelgeleiteten Handeln nicht zur Geltung. Rahmenbedingungen werden insofern nicht reflektiert, als das gelernte Wissen daraufhin an die Situation angepasst würde (Olbrich, [1999]/2018, S. 71–73). Nach Olbrich ([1999]/2018) ist dieses Handeln für sich gesehen noch keine Ausprägung von Pflegekompetenz, sondern die Fähigkeit, Wissen singulär für sich betrachtet korrekt anzuwenden (Olbrich, [1999]/2018, S. 29). Sie ist vergleichbar mit der Stufe der Anfängerin nach Benner ([1994]/2017).

Das situativ-beurteilende Handeln: Diese Kompetenzstufe bezieht im Unterschied zur erstgenannten den zu pflegenden Menschen mit in die pflegerische Handlung ein. Das bedeutet, die Pflegefachperson hinterfragt die Maßnahme im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Angemessenheit unter der Berücksichtigung der Situation des pflegebedürftigen Menschen. An theoretisch-pflegerischen Konstrukten sei hier die Anwendung des Pflegeprozesses sowie die Erstellung einer Pflegeplanung genannt (Olbrich, [1999]/2018, S. 65). Geht man davon aus, dass die spezifische Situation eines pflegebedürftigen Menschen nun in die Planung der pflegerischen Handlungen einfließt, so muss vonseiten der Pflegefachperson eine Offenheit für die Situation und für mögliche hinterlegte Deutungsmuster des Handelns bestehen. Diese Kompetenzstufe hebt sich insofern vom regelgeleiteten Handeln ab, als eine Fähigkeit zur Analyse, Abstraktion sowie das gelernte Wissen miteinander in Einklang gebracht werden müssen und unter Berücksichtigung der pflegebedürftigen Person neu ausgestaltet und angewandt werden müssen. Laut Olbrich ([1999]/2018) findet sich

hier bereits die Stufe der Expertin, wenn analog zur vorangegangenen Darstellung wiederum ein Vergleich zu Benner ([1994]/2017) gezogen wird (Olbrich, [1999]/2018, S. 31).

Das reflektierende Handeln: Das reflektierende Handeln umfasst neben den bereits dargestellten Kompetenzen weiterhin die Fähigkeit der Pflegefachperson, sich selbst mit ihren Gefühlen, Ängsten, Befindlichkeiten in der pflegerischen Situation wiederzufinden. Durch die Reflexion der eigenen Person im Nachgang zur eigentlichen Berufstätigkeit, als Teil einer Persönlichkeitsentwicklung, ist es den Pflegefachpersonen möglich, Emotionen bei den pflegebedürftigen Menschen zu erkennen, zu erfragen und mit einer empathischen und verständnisvollen Art und Weise darauf einzugehen. Die Bearbeitung der eigenen Gefühle im Prozess erzeugt bei der Pflegefachperson eine Resonanz, in welcher sich der pflegebedürftige Mensch angenommen und verstanden fühlt, weil die Pflegefachperson selbst in der Lage ist, eigene Gefühle und Haltungen für sich zu begründen und deren Zusammenhänge zu erkennen. Handlungen und Äußerungen der pflegebedürftigen Menschen werden über die eigene Reflexion anders wahrgenommen und gedeutet. Darüber hinaus gestalten die Pflegefachpersonen die pflegerischen Situationen dialogisch mit pflegebedürftigen Menschen. Pflege wird hier erstmals zur Beziehungsarbeit zwischen zwei Menschen statt einem statischen Verhältnis von Leistungserbringer*in und Leistungsempfänger*in (Olbrich, [1999]/2018, 66, 77–79).

Das aktiv-ethische Handeln: Pflegefachpersonen, die über die Kompetenz des aktiv-ethischen Handelns verfügen, richten ihr Handeln an definierten ethischen Werten aus und setzen sich in ihrem Handeln dafür ein, dass diese Werte in die medizinische und pflegerische Versorgung einfließen und gewahrt werden. Sind pflegebedürftige Menschen aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht mehr in der Lage, für sich selbst einzustehen, handeln Pflegefachpersonen oftmals stellvertretend für diese Menschen. Das Handeln führt dabei in Konsequenz dieser Anwaltschaft oftmals dazu, dass die eigenen Zuständigkeitsbereiche überschritten werden, Hierarchieebenen ignoriert werden und sich die Pflegefachpersonen geradezu kämpferisch für die Einhaltung der verletzten Rechte einbringen – auch gegen den Widerstand eigener Kolleg*innen. Das Handeln ist zwar nicht immer erfolgreich, wird jedoch über Sinnfragen reflektiert und eingeordnet (Olbrich, [1999]/2018, S. 67–68).

Nachdem die einzelnen und aufeinander aufbauenden pflegerischen Kompetenzstufen nach Olbrich ([1999]/2018) kurz vorgestellt wurden, stellt die Autorin die von ihr interpretierten Erkenntnisse aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen in jenes Kompetenzmodell einordnend dar. Während der Arbeit an diesem Kapitel geht die Autorin dabei so vor, dass die identifizierten Kompetenzbezeichnungen aus den Gesprächen den vier vorgestellten Kompetenzstufen zugeordnet werden. Die Zuordnung erfolgt anhand der

inhaltlichen Darstellung Olbrichs, welche Grundlagen, Handlungen und Kommunikationsmuster leitend für die Kompetenzstufen sind. Von der quantitativen Verteilung her befinden sich die meisten Kompetenzraster aus den Gesprächen innerhalb des situativ-beurteilenden Handelns. Besinnt man sich zurück an Olbrichs getätigte Analogie zu Benner ([1994]/2017), so scheint dies einen passfähigen Eindruck zu machen, zumal die Autorin sehr viele Pflegefachpersonen mit langer Berufserfahrung im ambulanten Setting befragt hat, welche also als Expert*innen im Sinne Benners ([1994]/2017) gelten könnten. Jeweils zwei bis vier der in den Gesprächen identifizierten Kompetenzen ordnet die Autorin den übrigen drei Kompetenzstufen nach Olbrich zu. Grundsätzlich lässt sich der alltägliche pflegerische Alltag, wie ihn die Pflegefachpersonen schildern, in den ersten beiden Kompetenzstufen nach Olbrich erkennen, was für die Autorin als ein nachvollziehbares System erscheint. Zur erweiterten Transparenz dieser Analyse im Prozess dient Tabelle 7, welche die Zuordnung der einzelnen Kompetenzen aus den Gesprächen in Olbrichs System aufzeigt. Zwei Codes sind dabei noch nicht abschließend zugeordnet, weswegen sie zur Zeit dieser Analyse noch außen vor stehen.

Regelgeleitetes Handeln	Situativ-beurteilendes Handeln	Reflektierendes Handeln	Aktiv-ethisches Handeln	Noch nicht zugeordnet
Die einfachen Dinge richtig machen	Rundumblick	Selbstachtung	Eigene Ideale und Ethos	Merkmale gelungener Pflege
Fachlichkeit	Intuition	Unterschiede zwischen Arbeitgeber und Setting	Weglass-Atmosphäre	Wirkmächtige Entscheidungen treffen
Teamarbeit	Offenheit, sich anpassen	Die eigene Ausstrahlung formieren		
Zeitdruck und Effizienz	Achtsamkeit und Vertrauen			
	Beratungsbedarf erkennen			
	Handeln im Pflegeprozess			
	Begründungskompetenz			
	Strategien des Pflegehauses kennen			
	Unbequem sein			
Notfallkompetenz				

Tabelle 7: Zuordnung der Codes in Olbrichs Kompetenzmodell

Auch die Autorin selbst als Subjekt mit jahrelanger Berufserfahrung erkennt eigene Einstellungen, Handlungsweisen und Eigenarten in der Beschäftigung mit diesem Kompetenzraster – diese Darstellung wird im Folgenden im Sinne einer dialogischen reflexiven Auseinandersetzung und Lesart der interpretierten Daten vonstattengehen, damit die Grundlage, auf welcher die Autorin die Kompetenzen in Olbrichs Theorie einordnet, transparent wird.

Die Sozialisation der Autorin im Rahmen beruflicher Expertise

Die Autorin ist bezüglich der Einordnung in diese Kompetenzstufen nach Olbrich ([1999]/2018) vor allem durch ihre eigene Berufstätigkeit innerhalb der Facharztpraxis für kardiologische und angiologische Medizin sozialisiert und nimmt ihre Interpretationen auf Grundlage ihrer Erfahrungen innerhalb dieses Unternehmens vor. Dabei orientiert sich die Autorin maßgeblich an ihrer eigenen beruflichen Entwicklung und der Entwicklung derjenigen Mitarbeiter*innen, welche sie im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit intensiv begleitet hat.

Angefangen habe ich in der kardiologischen Facharztpraxis als eine von der ambulanten Pflege geprägte junge Gesundheits- und Krankenpflegerin mit wenig Berufserfahrung. Meine Tätigkeiten erstreckten sich über die pflegerische Begleitung der Patient*innen innerhalb des medizinisch-ambulanten Versorgungssettings im Rahmen kardiologischer, angiologischer und innerer Medizin. Die Vielfalt an pflegerischen Behandlungsfällen wird im Vergleich zu der pflegerischen Betreuung in der ambulanten Pflege wenig relevant – im Wesentlichen drehte sich mein Aufgabenspektrum um die pflegerische Assistenz innerhalb der medizinischen Diagnostik. Im Laufe der Zeit erarbeitete ich mir weitere Tätigkeitsgebiete – der Schlüssel zum Zugang zu diesen liegt meiner Erfahrung nach immer in gesteigertem Engagement, in akribischer Anwesenheit bis spätabends, im Nachfragen und Selbermachen-Wollen, in der Präsenz im Team. Nebenher studierte ich Pflegemanagement und sorgte im Prozess mit meinem Bachelor-Abschluss für die formale Qualifikation zur stellvertretenden Teamleitung. Durch mein Engagement war ich ein gern gesehenes und beliebtes Teammitglied. Mit weiterem Verlauf der Berufstätigkeit änderten sich auch weiterhin meine Tätigkeiten: das Praxisteam sowie der Verwaltungsapparat wuchsen, bestimmte Tätigkeiten wurden mir aufgrund meiner formalen Qualifikation übertragen, die ich wiederum innerhalb meines Masterstudiums ausbaute. Zum Zeitpunkt des Abschlusses meines Masters arbeitete die Praxis nicht nur innerhalb der klassischen Patient*innenversorgung, sondern darüber hinaus auch konzeptionell und wissenschaftlich mit verschiedenen Kooperationspartnern zusammen und weitete ihren Einzugsbereich stetig aus, meine Stelle änderte sich erneut, um den neuen Aufgaben rund um Verwaltung, wissenschaftlicher Arbeit, theoretischer Begleitung der Auszubildenden und dem Praxismanagement Rechnung zu tragen. Diese Entwicklung ist in meinem Fall möglich gewesen, weil unterschiedliche

Faktoren gemeinsam gewirkt haben: Zum einen ist der Praxisinhaber ein konzeptionell und vorausschauend denkender Mensch, welcher innerhalb seiner Rolle als Arzt von Beginn an bestrebt war, mit Pflegefachpersonen auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten. In dieser Praxis habe ich analog zu meinen im Verlauf noch zu beschreibenden Erfahrungen auf der Intensivstation erlebt, dass Patient*innen davon profitieren, wenn sich Medizin und Pflege gegenseitig anerkennen und eine Kultur des Respekts herrscht. Durch die spezifische Persönlichkeit meines Arbeitgebers hatte ich darüber hinaus die Möglichkeit, meine Studienabschlüsse zu verfolgen, mich dahingehend weiterzuentwickeln, neue Ideen in den Praxisbetrieb einzubringen und Strukturen konzeptionell zu verändern, auch wenn dies nicht immer nur mit Zustimmung innerhalb des Teams verbunden war. Durch meine Studienabschlüsse wiederum war es mir möglich, ethische Kriterien in meine Arbeit einfließen zu lassen, stringent und logisch auf ein bestimmtes Ziel hin zu argumentieren und Auszubildende für ein reflektiertes und atmosphärisch aufgeschlossenes Handeln hin zu sensibilisieren. Zusammengefasst erlebe ich daher die Kompetenzentwicklung auch bei anderen Menschen als Resultat aus der jeweiligen formalen Qualifikation, welche regelgeleitetes Handeln vermittelt und in Verbindung mit der praktischen Berufserfahrung dazu führt, dass das eigene Handeln situativ und beurteilend angepasst werden kann. Gleichmaßen sehe ich diesen Prozess analog für die Kriterien des reflektierenden und aktiv-ethischen Handelns, wenn die Qualifikation weiterhin ausgebaut wird und Reflexion eingeübt wird. Kritisches Hinterfragen der eigenen „Betriebsblindheit“ ist dafür essenziell. Dennoch ist die Kompetenzentwicklung aus meiner Sicht auch maßgeblich davon beeinflusst, in welchem Umfeld und mit welchen Menschen man zusammenarbeitet, welche Barrieren und Spielräume man vorfindet, ebenso wie die eigene Persönlichkeit dazu beiträgt, inwieweit sich erworbene Kompetenzen im Handeln ausdifferenzieren. Denn, und das ist ebenfalls meine Erfahrung innerhalb dieses Unternehmens: Es kann nicht alles, was richtig und wichtig sein mag, in jedem Stadium der Berufstätigkeit geäußert werden. Betriebliches Wissen, Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen, Rollenverteilungen, Hierarchien sowie implizite und unbekannte Kommunikationsstrukturen führen in Verbindung mit der eigenen formalen und informellen Qualifikation dazu, dass sowohl die eigenen Äußerungen und Handlungen als auch die der anderen entweder als adäquat oder als übergriffig im Team wahrgenommen werden, teilweise von unterschiedlichen Mitarbeiter*innen auch beides gleichzeitig, was wiederum ebenfalls das Handeln und die Kompetenzentwicklung beeinflusst.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird beschrieben, inwieweit die von der Autorin interpretierten Kompetenzen aus den Gesprächen mit den befragten Pflegefachpersonen in die Kompetenzstufen nach Olbrich eingeordnet werden können. Grundlage für diese Interpretation ist dabei die eben dargestellte berufliche Praxis-Sozialisation der Autorin, die, wo es thematisch nötig wird, noch weiter ausdifferenziert wird.

Einordnung der Daten in Olbrichs Theorie

(...) Also ich denk' mal, wie gesagt, die wichtigen Aspekte sind einfach in der häuslichen Pflege, dass man das Gesamtbild einfach sieht. Weil alles spricht mit mir, du siehst das Umfeld, du siehst die Angehörigen, du siehst die Klienten, Nachbarschaft. Dass man einfach mal ein bisschen genauer hinhört und genauer hinsieht. Man versucht, zwischen den Zeilen zu lesen. (...) – Lena, Pos. 58

Das regelgeleitete Handeln in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen

Das regelgeleitete Handeln zeichnet sich nach Interpretation der Autorin in Anlehnung an Olbrich ([1999]/2018) durch die pflegerische Fachlichkeit, eine Grundfähigkeit zur Teamarbeit und im Sinne eines kontextuellen Faktors durch den erlebten Zeitdruck im ambulanten Setting aus.

In den Gesprächen mit der Autorin äußern die Pflegefachpersonen als Antwort auf die Frage, welche Kompetenzen eine ambulant tätige Pflegefachperson mit sich bringen sollte, in nahezu allen Fällen zuerst die Fachkompetenz. Fachkompetenz wird dabei beschrieben als das vorhandene Interesse an den Inhalten der damaligen Ausbildung und als Rückbezug auf die heutige Situation das Interesse, regelmäßig Fort- und Weiterbildungen, auch in der Freizeit, zu absolvieren. Die Fachlichkeit wird darüber hinaus an der Fähigkeit, einen Menschen grundsätzlich zu beobachten und im Speziellen eine fundierte Krankenbeobachtung durchzuführen, festgemacht.

(...) Und halt auch ganz, ganz, ganz oben halt das Fachwissen, dieses In-der-Lage-sein, dieses Gesamte, wie hilft man dem Patienten, einfach zu betrachten und einfach im Hinterkopf zu haben, was es für Prophylaxen gibt, wo kann ich ansetzen, dass manche Sachen halt einfach nicht eintreffen oder nicht sich so stark, also Kontrakturen³¹ z. B., so stark bilden. (...) – Lena, Pos. 18

Die von den Pflegefachpersonen beschriebene Fachlichkeit wird oft mit anderen Komponenten verknüpft, beispielsweise einer vorhandenen oder nicht vorhandenen Notfallkompetenz. Dies ist insofern wichtig, als die Pflegefachpersonen zumeist allein im Pflegehaus unterwegs sind und bei Auffälligkeiten oder Notfallsituationen selbstverantwortlich entscheiden müssen, welche Maßnahmen sie ergreifen, ob ein Notruf notwendig ist, ob später nochmals ein weiterer Hausbesuch zur Beobachtung der Situation erforderlich ist. Die spezifische Notfallkompetenz wird jedoch – wegen ihres notwendigen Rückbezugs auf die Situation der pflegebedürftigen Menschen – erst innerhalb des situativ-beurteilenden Handelns erörtert. In den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen, vor allem hier der Pflegedienstleitungen, zeigt sich jedoch, dass sie Fachkompetenz vor allen jenen Mitarbeiter*innen

³¹ Dauerverkürzung der Muskulatur aufgrund unterschiedlicher Faktoren mit dem Ergebnis einer dauerhaften Gelenkfehlstellung (Roche Lexikon Medizin Sonderausgabe, [2006]/2013).

zuschreiben, welche aus deren Sicht auch über Notfallkompetenz verfügen.

Pflegefachpersonen, welche lange Zeit im Setting der stationären pflegerischen Versorgung und in der Akutpflege gearbeitet haben, beschreiben ihre durch den ambulanten Dienst veränderte Fachkompetenz als

(...) anders, umfangreicher, besser, geschulter. (...) – Andrea, Pos. 18

Begründet wird dies eben wiederum damit, dass die Pflegefachpersonen im Dienst auf sich allein gestellt sind und bei Fragen nicht ohne Weiteres eine andere Pflegefachperson zu Rate ziehen können. Es ist damit Kreativität, Eigenverantwortung und Selbstständigkeit gefragt, was die befragten Pflegefachperson in ihrer Wahrnehmung als fachkompetente und für das Pflegehaus zuständige Ansprechpartner*innen prägt.

Die sich verändernde Fachlichkeit wird darüber hinaus bezüglich absolvierter Weiterbildungen thematisiert. Auch hier kann eine Veränderung der Kompetenz im Sinne Olbrichs durch den Faktor Erfahrung und hinzukommendes Wissen beobachtet werden. Angela hat beispielsweise diverse Weiterbildungen im Wundmanagement durchlaufen:

(...) die ersten Jahre waren echt hart, bzw. die ersten Jahre nach den Wundexperten waren einfach eigentlich geprägt von: Welche Wundaufgabe kommt da drauf? Das hat sich bei mir auch tatsächlich erst verändert, als ich „Pflegetherapeut Wunde®“ gemacht hab und mich mehr dann mit auch beschäftigt habe, warum haben die eigentlich die Wunde? Ja, also die Ursache. (...) – Angela, Pos. 52

Fachlichkeit ist für die befragten Pflegefachpersonen auch insofern ein Thema, als sie auch mit Kolleg*innen zusammenarbeiten, welche je nach Bundesland eine ein- oder zweijährige Ausbildung zu Pflegeassistent*innen absolviert haben. Diese werden ebenfalls in den Pflegetouren der ambulanten Pflegedienste eingesetzt, dürfen rechtlich gesehen aber nur einen definierten pflegerischen Aufgabenkreis erbringen. Es ist dabei kein seltenes Phänomen, dass im Pflegehaus für Maßnahmen der Körperpflege ein oder eine Pflegeassistent*in und für ärztlich delegierte Leistungen eine Pflegefachperson eingesetzt wird. Dies geschieht zum einen im Hinblick auf Ressourcenplanung, indem die Pflegefachpersonen in der Zeit der Körperpflege mehr ihnen vorbehaltenen Aufgaben übernehmen können, zum anderen auch im Sinne des Pflegehauses, weil dieses für die von den Pflegeassistent*innen durchgeführte Körperpflege weniger bezahlen muss, als wenn diese von einer Pflegefachperson durchgeführt würde. Damit sind je nach Konstellation im Endeffekt mehr Leistungen, mehr Hausbesuche im einzelnen Pflegehaus möglich.

Im Rahmen dieser Arbeitsteilung arbeiten die beiden Berufsgruppen gemeinsam an einem pflegebedürftigen Menschen, an einer Dokumentation und definieren sich vor dem Hintergrund ihrer Ausbildungen untereinander und voreinander im Rahmen der Kommunikation.

(...) Ich als Fachkraft bin auch so gestrickt, wenn ich mit einem Pflegehelfer fahre, dann muss ich halt auch so kompetent sein, und sagen, (...), „hier musst du so und so agieren“, oder ich komme und weiß, was ich zu tun habe. Also da ist wirklich eine Fachkompetenz und Hintergrundwissen. (...) – Eduard, Pos. 14

Die Fachlichkeit ist darüber hinaus eng verbunden mit der Kompetenz zur Teamarbeit. Bereits innerhalb der Darstellung, was das regelgeleitete Handeln ausmacht, zeigt Olbrich, dass sich das regelgeleitete Handeln der Pflegefachpersonen auch am Rahmen des Üblichen, wie auch die Kolleg*innen handeln würden, orientiert. Innerhalb der Gespräche zwischen der Autorin und den Pflegefachpersonen interpretiere ich die Teamarbeit in letzter Konsequenz als ein herausfordernder Faktor für die Pflegefachpersonen. Die Herausforderung zeigt sich, insofern als sich die Teamkommunikation durch die Arbeitsstrukturen in der ambulanten Pflege durch die reduzierten Möglichkeiten der direkten Kommunikation untereinander erschwert darstellt. Kommuniziert wird vor allem mit Hilfe des Übergabebuchs, in welches Vorkommnisse und Informationen aus den Pflegehäusern eingetragen werden. Die persönliche Kommunikation der Mitarbeiter*innen untereinander findet nicht statt, es sei denn, die Pflegedienstleitung schafft eine Zeit, in welcher sich die Pflegefachpersonen zum persönlichen Austausch treffen. Dies findet zumeist außerhalb der Dienstzeiten statt.

Der oft beschriebene Ablaufplan, welcher die nacheinander durchzuführenden Handlungen im Pflegehaus detailliert aufzeigt, ist eine von den Pflegefachpersonen positiv empfundene Art der Teamkommunikation und -zusammenarbeit, weil er als unterstützend und das Handeln strukturierend wahrgenommen wird.

(...) der komplette Ablaufplan, dass wenn jetzt eine neue Kollegin kommt oder ein neuer, ja, dass die einfach sieht, aha, das muss ich machen, da ist wirklich im Detail nach alles, was der Patient so vom Ablauf her, was machst du dann, wie will er es dann, usw. (...) – Mira, Pos. 55

Zusätzlich dienen als positive, weil als strukturierend empfundene Teamkommunikationen klare Anweisungen vonseiten der Pflegedienstleitung, wie spezifische Leistungen zu erbringen sind, sowie Fallbesprechungen bzw. Teamsitzungen.

(...) Und so muss man auch mit dem Personal reden. Dass man sagt: „Leute, zu einer großen Pflege gehören Fingernägel dazu. Die müsst ihr schneiden. Ihr müsst euch jetzt nicht hinsetzen und die feilen, aber ihr müsst auf die Fingernägel achten. Das macht ganz viel aus, das hat was mit Optik zu tun.“ – Andrea, Pos. 50

Das Handeln im Team bzw. die eigene Anlehnung an das Handeln der anderen Pflegefachpersonen wird jedoch auch zur Herausforderung, indem jede und jeder seinen eigenen Arbeitsstil, seine eigene Persönlichkeit in die Pflegesituation miteinbringt und die Pflegefachpersonen im Pflegehaus allein tätig sind, somit eine Einordnung der persönlichen

Ausgestaltung der Leistungen für die pflegebedürftigen Menschen nicht immer transparent wird und diese dann den Pflegefachpersonen mit Fragen begegnen.

(...) Oder auch jeder Arbeitskollege und Kollegin, die arbeiten anders. Die haben einen ganz anderen Rhythmus, die haben einen ganz anderen Pflegestil, also es ist nicht einheitlich. Dann heißt es, „ja, aber der macht das so und so, warum machst du das nicht so und so?“ Das sind dann Dinge, die das halt ziemlich erschweren. (...) – Lena, Pos. 24

Auch die Pflegefachpersonen untereinander bewerten die Arbeit der Kolleg*innen unterschiedlich. In den Gesprächen mit der Autorin zeigt sich auch, dass eine Weiterentwicklung der fachlichen und sozialen Kompetenz nicht automatisch über die Zeit der Berufserfahrung stattfindet, dass sich Pflegefachpersonen auch von Teammitgliedern abgrenzen, indem sie ihre Wahrnehmung und Handlung als Standard begreifen.

Ja, das ist, jeder denkt anders, jeder arbeitet anders, und jeder meint, so wie ich arbeite, ist gut. (...) – Daniela, Pos. 36

Lena ergänzt um den Aspekt des Alters bzw. der Berufserfahrenheit:

(...) die Pflege, die hat sich ja auch so ein bisschen verändert so vom ganzen Standard über die Jahre. Und wir haben mehrere Generationspfleger, sag' ich mal, bei uns im Team und jeder... Und dann heißt es dann, „ja, das haben wir ja schon immer so gemacht.“ Dieser berühmte Spruch: „Das haben wir schon immer so gemacht.“ – Lena, Pos. 26

Wie bereits beschrieben wurde, wird das regelgeleitete Handeln maßgeblich darüber definiert, dass sich die Pflegefachpersonen an die gelernten Abfolgen pflegerischer Leistungen halten und dabei die Situation des pflegebedürftigen Menschen und ihre eigene Befindlichkeit darüber außer Acht lassen. Insofern ist es naheliegend, als der bereits beschriebene Zeitdruck im Setting sowie der Zwang zur Arbeitseffizienz als eine Herausforderung für den Hausbesuch gelten können: Pflegerische Maßnahmen können möglicherweise durch den Zeitdruck nicht so durchgeführt werden, wie es lehrbuchmäßig vorgesehen ist; vielleicht wird eine Leistung durch den individuellen Wunsch des pflegebedürftigen Menschen so verändert, dass sie nicht mehr lehrbuchmäßig erbracht werden kann. Der Ablaufplan ist auch in dieser Hinsicht als Äquivalent zum Lehrbuch zu sehen, als Standard, wie eine gebuchte Leistung in diesem Pflegehaus zu erbringen ist.

(...) Etwas, worauf sie weniger Einfluss hat, wäre eben Zeit, ja. Das ist in der ambulanten Pflege einfach so, dass die Module, die gemacht werden bei den Klienten, Zeiten hinterlegt haben. (...) – Angela, Pos. 20

Jona ergänzt:

(...) Also wenn ich jetzt die Erstaufnahme habe, (...) dann schreib ich da drauf einen Ablauf und der ist dann quasi die IKEA®-Anleitung, also der wird relativ detailliert geschrieben für die Kolleginnen. Die wissen dann, wenn sie das gelesen haben, da finde ich den Waschlappen, da finde ich die Seife usw. (...) – Jona, Pos. 34

Wie die Autorin innerhalb der Kernkategorie noch darstellen wird, führt der Zeitdruck in Kombination mit der Durchführung pflegerischer Leistungen unter Berücksichtigung des täglich zu erhebenden individuellen Allgemeinzustands des pflegebedürftigen Menschen zu Herausforderungen für die Pflegefachpersonen, welche als Dilemma zwischen dem pflegerischen Ethos und dem Gerechtworden der strukturellen Rahmenbedingungen darstellbar sind. Vor allem jene Pflegefachpersonen, welche sich in der Kompetenz des regelgeleiteten Handelns befinden, haben in diesem Fall keine Handlungsleitung:

(...) Und das ist so ein bisschen meine Ambition zu sagen, „bitte schön, wenn eine große Grundpflege ansteht, dann werden die Füße auch gewaschen. Und nicht, weil ich heute keine Zeit hab', werden die nicht gewaschen.“ (...) – Sonja, Pos. 26

Das situativ-beurteilende Handeln in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen

Erinnern wir uns nochmals an den Vergleich von Benners ([1994]/2017) beschriebener Expertin mit Olbrichs situativ-beurteilendem Handeln, so ist nachvollziehbar, dass sich ein Großteil der durch die Autorin interpretierten Kompetenzen in diese Kompetenzkategorie zuordnen lassen. Zur strukturierten Darstellung der Kompetenzen entschied sich die Autorin dafür, diese äquivalent zum zeitlichen Verlauf der pflegerischen Versorgung im Pflegehaus aufzuzeigen. Der zeitliche Verlauf orientiert sich dabei wieder an der bereits bekannten Abfolge aus Sicht der Pflegefachperson: „als Fremde erstmalig ins Pflegehaus kommen“, „den pflegebedürftigen Menschen und sein Umfeld kennenlernen“, „Beratungsbedarf, Probleme und Ressourcen erkennen“, „Durchführung pflegerischer Handlungen“ sowie „Interventionen bei Problemen auf Grundlage eines soliden Vertrauensverhältnisses“.

Zu betrachtende Kompetenzkategorien sind demnach der Rundumblick, eine pflegerische Menschenkenntnis und Intuition, verbunden mit Offenheit und der Fähigkeit, sich an das Gegenüber anzupassen. Weiterhin werden die Aspekte Achtsamkeit, Vertrauen, Erkennen und Ansprechen von Pflege- und Beratungsbedarf sowie die Durchführung des Pflegeprozesses inklusive einer fachlichen Begründungskompetenz abgehandelt. Abschließend werden Kompetenzen beschrieben, welche sich auf die individuell vorgefundenen Strategien im Pflegehaus und auf das Handeln im Notfall beziehen.

Es wird dabei deutlich, dass sich das alltägliche pflegerische Handeln mit dieser Kompetenzkategorie beschreiben lässt. Fachkompetenz, Sozialkompetenz sowie die Fähigkeit, im Team zu agieren und zu kommunizieren (der Begriff Team erstreckt sich hier auf jegliche Konstellationen der Zusammenarbeit unter den Beteiligten), verschmelzen hier zu einem

Gesamtkonglomerat, in welches die individuelle, auch tagesaktuelle Situation des pflegebedürftigen Menschen und seiner Angehörigen miteinfließt.

(...) Weil ich sag' immer, Patienten sprechen mit uns, auch wenn sie nicht mit uns verbal kommunizieren (...). – Lena, Pos. 10

Auf die Frage der Autorin, welche pflegerischen Kompetenzen im Alltag angewandt würden, äußerten sehr viele der befragten Pflegefachpersonen die Fähigkeit des Rundblicks. Dieser beschreibt die Aufnahme vieler Eindrücke im Pflegehaus, angefangen beim persönlichen Zustand des pflegebedürftigen Menschen und jenem seiner Angehörigen, über den Status des Haushaltes bis hin zu potenziellen Gefahrenquellen. Damit verbunden ist eine individuell unterschiedlich ausgeprägte Fähigkeit zur Intuition und Menschenkenntnis, welche die Aussagen der Menschen im Pflegehaus in Beziehung zur eigenen Wahrnehmung des Umfelds setzt und diese bewusst oder unterbewusst auf Kongruenz bewertet. In diesem Anfangsstadium der pflegerischen Beziehung, in diesem ersten Kennenlernen, ist zur Vermeidung falscher Schlüsse eine Offenheit für die Eigenheiten und Eigenschaften des Pflegehauses unabdingbar. Offenheit, Intuition und der Rundblick werden in den Gesprächen häufig gemeinsam mit dem Phänomen der Menschenkenntnis benannt. Die Beziehung zwischen diesen einzelnen Aspekten ist eine widersprüchliche und gleichzeitig eine sich ergänzende und die Pflegefachpersonen scheinen sich je nach geschildertem Fallbeispiel auf einen herausragenden Aspekt, welcher die anderen in den Schatten stellt, zu beziehen. So dient Menschenkenntnis den Pflegefachpersonen dazu, die noch unbekanntes pflegebedürftigen Menschen in bekannte Typen oder Denkschubladen einzuordnen, um die Kommunikation und das Handeln ihnen gegenüber zu steuern. Manche äußern beispielsweise, dass sie über ihre vorhandene Menschenkenntnis ein atmosphärisches Gefühl über die Beweggründe und Motive des pflegebedürftigen Menschen generieren, das den Zweck hat, sie vor etwaigen Ansprüchen des Gegenübers zu schützen.

(...) oder aber ja, wenn nur, man merkt ja, ob das ein egozentrischer Mensch ist oder ob der, man spürt es an der Atmosphäre, ob das was Forderndes, Ziehendes ist oder was Warmes. Also das ist ganz komisch, was da alles mitspielt, ja, wo mein persönlicher Erfahrungsschatz, mein Lebenserfahrungsschatz, unbezahlbar ist. – Ulrike, Pos. 17

Auch Daniela bezieht sich auf ihr Bauchgefühl:

(...) ich reagier' fast immer nach meinem Bauchgefühl und merke auch, will mir jetzt einer gut oder will mir jetzt einer bö's' und will mich einfach nur in die Pfanne hauen. Ich weiß nicht, wie ich das erklären soll, aber ich merk' das einfach. (...) – Daniela, Pos. 64

Andere hingegen ordnen ihre Menschenkenntnis so ein, dass diese auch bisweilen in die Irre führt und zur abschließenden Bewertung der Situation daher ein Vertrauen, ein Sich-kennen nötig ist. Angela beispielsweise bezieht sich im Verlauf des Gesprächs nochmals auf das Fallbeispiel mit der an Demenz erkrankten Dame, welche eine außerordentlich gute Fassade im Beratungsgespräch aufwies und bescheinigt ihrer Menschenkenntnis, in dieser Situation versagt zu haben. Auch Eduard bringt ein Beispiel dafür, wie trügerisch ein singulärer Eindruck ohne Kenntnis des anderen ist:

(...) Also ich gehe nie nach dem Äußeren, weil ich selbst ein bisschen mollig bin und ich finde immer das Schöne, ich spiele selbst Fußball, ich bin 1.68 m groß, und die Gegenspieler freuen sich immer, wenn sie gegen mich spielen, weil sie denken, der ist so klein und mollig. Aber die wissen nicht, dass ich so viel Kraft in den Beinen habe und jedes Kopfballduell gewinne, und wenn die halt dann nach dem Fußball immer schon sagen: „So hätte ich dich gar nicht eingeschätzt.“ Dann sage ich halt oft: „Du hast halt nicht die beste Menschenkenntnis.“ (...) – Eduard, Pos. 34

Es besteht also für die Pflegefachpersonen vor allem am Anfang der Pflegebeziehung die Herausforderung, zwischen Offenheit und Menschenkenntnis zu jonglieren: sich zwar über den Rundumblick und die vorhandene Menschenkenntnis einen Eindruck vom Pflegehaus verschaffen zu müssen, um arbeitsfähig und beurteilungsfähig zu sein, diesen Eindruck im Sinne der Offenheit jedoch jederzeit revidieren zu können, falls er sich im Verlauf als falsch erweist.

Der Rundumblick ist nicht nur ein Phänomen zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit, sondern er kommt weiterhin während des gesamten Pflegealltags insofern immer wieder zur Geltung, als er mögliche Gefahren und Auffälligkeiten adressiert und ein Screening über den tagesaktuellen Bedarf eines Menschen im Verlauf der Pflege liefert.

Dass man z. B. jetzt in der ambulanten Pflege guckt, ist der Müll voll, nehmen wir den Müll mit. Braucht er frische Wäsche, muss die Wäsche gewaschen werden, wie geht's dem Kunden, wie ist das Hautbild? Sehe ich morgens beim Aufstehen schon, geht's dem nicht gut, anstatt duschen vielleicht nur waschen, wenn es ihm nicht gut geht. So was meine ich mit diesem Rundumblick. Dass man so alles im Blick hat. – Daniela, Pos. 40

Der Rundumblick entsteht für die befragten Pflegefachpersonen maßgeblich aus der Menge der Berufserfahrung – jedoch auch aus dem der ambulanten Pflege inhärenten Zwang zur eigenen pflegerischen Entscheidung, weil die Pflegefachperson allein im Pflegehaus unterwegs ist und daher in der Lage sein muss, die vorliegenden Informationen so schnell zu verarbeiten, dass eine begründete Entscheidung und die Durchführung der möglicherweise an den Zustand des pflegebedürftigen Menschen angepassten Pflege im vorgegebenen Zeitrahmen möglich ist.

Ja, das, wie gesagt, das habe das im Krankenhaus schon gesehen. Ich bin einmal durchs Zimmer gelaufen. Ich hab' mehr erfasst wie eine andere Kollegin, die zwei Stunden in dem Zimmer war. Also aufgrund der Erfahrung, auch was wo ich wie schnell guck' und an was ich was festmache. – Ulrike, Pos. 97

Dient der Rundumblick dazu, die verfügbaren Informationen schnell zu sammeln und zu verarbeiten, ist für eine angemessene Antwort auf das Screening im Sinne der Offenheit weiterhin für die Pflegefachpersonen ein hohes Maß an Empathie gefragt. Empathie zeigt sich in deren Aussagen aus einem Mix daraus, dass sie versuchen, mit einer Haltung der Offenheit auf die pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen einzugehen, dass sie sich im Sinne der Gastrolle zurückhaltend verhalten und das Pflegehaus nicht mit eigenen Wünschen, Vorstellungen und dem empfundenen Zeitdruck überfordern. Empathisch zeigen sie sich auch in der Art und Weise, Veränderungen des Pflegebedarfs, welche sie über den Rundumblick erfasst haben, an das Pflegehaus zu kommunizieren.

(...) Da habe ich jetzt heute mal dezent einen Zettel hingelegt mit Fragen. Wie sieht's aus mit der Trinkmenge, weil der Urin so konzentriert ist. Wie sieht's aus mit ja, Baden und Angst und solche Sachen. Dass die sich einfach Gedanken machen, holla, jetzt kommt die nächste Stufe. Ja. So, wie wir bis jetzt den Rhythmus haben, geht's vielleicht nicht mehr. Da darf man nicht mit der Tür ins Haus fallen und sagen: „Aber das geht so nicht mehr.“ Das muss die Familie selbst entscheiden. Das muss man dann so diplomatisch anstupsen mit Fragen. – Ulrike, Pos. 109

Eine besondere Herausforderung wird dabei immer wieder von Pflegefachpersonen beschrieben, welche in ihren Pflegetouren Menschen mit psychischen Erkrankungen versorgen, was im Rahmen der Kernkategorie nochmals zur Sprache kommen wird. Sowohl der Faktor der Empathie als auch die Offenheit müssen in diesem Kontext immer wieder neu verinnerlicht und hinterfragt werden. Empathie funktioniert dann niederschwellig gut, wenn ein gemeinsames ähnliches Weltbild, eine ähnliche Sicht auf die umgebenden Dinge, vorliegt. Das Gegenüber muss fähig sein, sich in die Situation der anderen Person hineinzuversetzen und deren Befindlichkeit nachfühlen und verstehen zu können. Dieser Vorgang ist bei psychischen Erkrankungen nicht ganz simpel, da hier möglicherweise eine Sicht auf beeinflussende Faktoren vorliegt, welche der Sicht des „Mainstreams“ widerspricht. Bereits die vielfältigen Veröffentlichungen (Grøndahl et al., 2017; Heimerl et al., 2020; Lindeberg et al., 2020; Nordtug et al., 2021) zur Gestaltung des Alltags mit Menschen mit Demenz zeigen, dass es nicht selbstverständlich ist, empathisch auf ein Gegenüber zu reagieren, das eine divergente Sicht auf das Leben und den Alltag einnimmt oder möglicherweise auch unter dem Einfluss einer psychotropen Medikation steht. Grundsätzlich sind die Pflegefachpersonen jedoch daran interessiert, die an diesem Tag geplanten Pflegetätigkeiten so zu gestalten, dass es den geäußerten oder vermuteten Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen entspricht. Eduard bezieht sich im Verlauf des Gesprächs immer wieder darauf,

dass er beachtet, ob ein pflegebedürftiger Mensch eher früh aufsteht oder gerne lange schläft. Dies berücksichtigt er strukturell innerhalb der Tourenplanung. Die Pflegefachpersonen in den Pflegehäusern richten sich nach der tagesaktuellen Verfassung, nach Lust und Laune der pflegebedürftigen Menschen, eine pflegerische Leistung so durchzuführen, wie sie geplant ist, oder sie entsprechend der Möglichkeiten anzupassen.

(...) Was ist denn, wenn der Patient sagt: „Ich will heute aber nicht duschen.“ Dann muss man das, ich kann ihn ja nicht unter die Dusche zerren. Dann akzeptiere ich das und versuch's beim nächsten Mal nochmal. Blöd wird's erst, wenn er drei-, viermal hintereinander sagt: „Ach nee, ich will nicht duschen.“ Dann muss man vielleicht doch mal überlegen, was können wir alternativ machen, waschen am Waschbecken oder einfach auch andere Möglichkeiten aufzeigen. (...) – Angela, Pos. 36

Verfolgt man die beginnende pflegerische Beziehung zum Pflegehaus weiter, so kommen zu den Faktoren der Empathie, Menschenkenntnis, Offenheit und dem Rundumblick noch weitere Elemente wie Achtsamkeit und Vertrauen, welche erst durch ein Sichkennen, durch eine Beziehung greifbar und begründbar werden. Im Folgenden führt die Autorin daher aus, wie diese hinzukommende Vertrauensbeziehung dazu beiträgt, wie sich die Expertise der Pflegefachpersonen im Sinne Olbrichs ([1999]/2018) unter Berücksichtigung der Situation pflegebedürftiger Menschen weiter im Pflegeprozess formiert. In diesem Abschnitt wird die pflegerische Expertise im Hinblick auf das formale Handeln, die Orientierung am Pflegeprozess, den Einbezug des Pflegehauses näher beschrieben.

Die Autorin interpretiert aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen zwei Aspekte als grundlegend für eine stabile Beziehung zum Pflegehaus: Achtsamkeit und Vertrauen. Beides entsteht, wenn eine bekannte Pflegefachperson zusätzlich zu den oben genannten Implikationen regelmäßig und bewusst einen Hausbesuch durchführt. Achtsamkeit interpretiert die Autorin als Gegensatz zum

(...) hektische[n] Rein-Raus aus dem Haushalt. (...) – Angela, Pos. 20

(...) Zeit, ja, weil Zeit schafft Vertrauen, wenn die Leute merken, sie werden nicht einfach nur abgehandelt, sondern es kommt jemand, und zuhören. (...) – Angela, Pos. 10

Doch nicht nur Zeit, sondern das bewusste Anwesendsein der Pflegefachperson, sich die geplante Zeit über wirklich mit der Person des pflegebedürftigen Menschen, mit dem Aspekt des Menschseins zu befassen, dies versteht die Autorin unter Achtsamkeit, welche dazu beiträgt, dass Vertrauen zwischen Pflegehaus und Pflegefachperson erwächst. Dieses bewusste Sicheinlassen auf den Menschen bedeutet weiterhin, diesen zu respektieren und ernst zu nehmen. Pflegefachpersonen, welche dies nicht tun, werden teilweise von

pflegebedürftigen Menschen abgelehnt. Angela nennt in diesem Zusammenhang ein Beispiel aus ihrer Wundmanagement-Perspektive:

(...) Kollegen haben den Verband gemacht und es gibt wirklich einen Therapieplan, da ist Schritt für Schritt aufgeschrieben, wie der Verband zu machen ist und trotz allem finde ich einen Verband vor, der so ganz anders ist als vorgeschrieben. Und das wiederum, dann sagt die 97-jährige Patientin, topfit im Kopf, also da funktioniert alles, die zeigt mir auf ihrem Handy, wie es geht und dann sagt sie: „Wissen Sie, die hat das einfach nicht so gemacht, obwohl ich gesagt hab, ‚da steht’s‘. Ich möchte nicht mehr, dass die kommt.“ (...) – Angela, Pos. 10

Die Regelmäßigkeit der Hausbesuche ist insofern wichtig, als sich die pflegebedürftigen Menschen an diese Pflegefachperson, welche den Kontakt zu ihnen sicherstellt, gewöhnen und diese im Verlauf kennen. Die Autorin machte in ihrer Berufstätigkeit innerhalb der ambulanten Pflege die Erfahrung, dass Pflegetouren im Großen und Ganzen überwiegend denselben Mitarbeiter*innen zugeordnet sind – sozusagen als Äquivalent der stationären Bereichspflege über mehrere Tage hinweg. Ergaben sich aus Gründen des Urlaubs Abweichungen, wurden die Pflegehäuser von mir als Pflegefachperson darüber informiert, dass ich zwei Wochen lang nicht zum Hausbesuch und stattdessen bestimmte Kolleg*innen kommen. Die Pflegehäuser zeigten sich dankbar für diese Information und diesen Einbezug auf Augenhöhe. Umgekehrt hörte ich von Kolleg*innen immer wieder, dass „meine“ pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörige sich nach mir erkundigten, wenn ich beispielsweise wegen Krankheit ausfiel. Dies zeigt nochmals die Stärke der Beziehung, auf welcher die ambulante Pflege beruht. Die Organisation der zugeordneten Mitarbeiter*innen wurde auch dadurch strukturell unterstützt, dass zu meiner damaligen Zeit der Berufstätigkeit Fachpersonal so dringend gesucht wurde, sodass die neue Pflegefachperson nach ihrer Einstellung vordringlich nur in eine bestimmte Pflegetour eingearbeitet wurde, damit der Personalengpass in dieser Tour schnellstmöglich behoben werden konnte. Eine weiterführende Einarbeitung in die restlichen Touren wurde oft erst nach einiger Zeit der Berufstätigkeit und nach Entspannung der Personalsituation vorgenommen. Mit diesen Erfahrungen bin ich in den Gesprächen stillschweigend davon ausgegangen, dass diese Personalzuordnung auch heute noch die Regel ist. Umso erstaunter war ich, als Joachim mich eines Besseren belehrte.

Ja, es weiß eben keiner, an wen man dann die Information weitergeben kann, wenn ich weiß, dass ich morgen nicht da bin. (...) Es ist eben auch die Tourzuordnung nicht gewährleistet, es wechselt die Personenzuordnung zu den Touren und es wechseln die Inhalte der Tourenplanungen. (...) – Joachim, Pos. 36

Dieser Pflegedienst stellt dabei in den Gesprächen eine Ausnahme dar und handelt vermutlich aus Gründen der maximalen Wirtschaftlichkeit und Effizienz bei gleichzeitigem

Fachkräftemangel nach der beschriebenen Art und Weise. Joachim zeigt in diesem Ausschnitt deutlich, welche Konsequenzen es neben nicht aufbaubarem Vertrauen noch geben kann: Informationen über das Pflegehaus werden nicht oder an den falschen Adressaten weitergegeben, die Zuständigkeiten für beispielsweise die Verordnung für ein Pflegehaus sind unklar, somit ergeben sich im schlimmsten Fall Versorgungsbrüche oder auch Gefahrensituationen für die pflegebedürftigen Menschen, weil sich niemand dafür zuständig fühlt, geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Das bereits beschriebene Problem des empfundenen Zeitdrucks in Kombination mit diesen nicht vorgenommenen Zuordnungen der Mitarbeiter*innen zu den Pflegetouren kann weiterhin dazu führen, dass sich ein gewisser „Schlendrian“ unter den Pflegefachpersonen im Pflegehaus einschleicht, weil eine Kontrolle der korrekt durchgeführten Leistungen und Verantwortungen unter diesen Umständen nur schwer möglich ist, wenn niemand Hauptverantwortliches für diese Pflegetour benannt ist.

Also das Zeitproblem (...) spielt sicher mit eine Rolle, aber es ist, ich weiß nicht, ob, ob von den Mitarbeitern immer der Wunsch da ist, alles möglichst gut zu machen. (...) – Angela, Pos. 72

Diese schwerwiegenden strukturellen Herausforderungen und deren Konsequenzen auf das Outcome der pflegebedürftigen Menschen stellt die Autorin weiterhin in der Kernkategorie dar. Dies sei hier nur als kurzes Beispiel dafür angeführt, wie anfällig und auch unhinterfragt die pflegerische Expertise durch strukturelle Mängel beeinflussbar ist.

Gehen wir im weiteren Verlauf des Kapitels davon aus, dass eine erfolgreiche Bildung von Vertrauen und Beziehung zum Pflegehaus stattgefunden hat, so lassen sich weitere Kompetenzen der Pflegefachpersonen innerhalb der Durchführung des Pflegeprozesses sowie der Beratung im Verlauf der Beziehung unter Berücksichtigung des professionell festgestellten Pflegebedarfs erkennen. Die Handlungen innerhalb der Beratung beziehen sich dabei auf zwei wesentliche Wirkungskreise der Pflegefachpersonen. Zum einen auf die Evaluierung und Überprüfung des von der Pflegeversicherung attestierten Pflegegrads im Hinblick auf die Kongruenz zwischen dem normativen Soll-Bedarf und dem alltäglichen pflegerischen Ist-Bedarf.

(...) Oft stellen wir auch fest, dass der Pflegegrad zu niedrig ist für das, was an Hilfe nötig wird und dann machen wir auch den Vorschlag, sie sollen Höherstufung beantragen. Ja. – Margret, Pos. 29

Des Weiteren beziehen sie sich auf festgestellte Gefährdungspotenziale oder Erfahrungen von Gefahren aus anderen Pflegehäusern, welche sie im hiesigen Pflegehaus vermeiden möchten. Dazu gehört auch die Vermittlung von Hilfsmitteln im Prozess oder bei Verschlechterung des Zustands der pflegebedürftigen Menschen, sodass mehr Unterstützung durch Hilfsmittel notwendig wird. Dabei äußern die Pflegefachpersonen, dass es wichtig ist,

die Argumentation für ein Hilfsmittel auf die Situation und auf die Bedürfnisse und Werte der pflegebedürftigen Menschen hin anzupassen, um eine Akzeptanz zu bewirken. Joachim argumentiert hier beispielsweise gegenüber einem Ehepaar zwischen Nachtstuhl und Toilettensitzerhöhung:

(...) „Wäre zwar für Sie eine Toilettensitzerhöhung schon wünschenswert, aber dann kommen Sie als kleine Ehefrau gar nicht mehr richtig mit den Füßen runter, dann würde ich eher einen Nachtstuhl vorschlagen. Ja, da haben Sie die richtige Höhe und Ihre Frau [kann] dann trotzdem ganz normal auf die Toilette gehen und man kann mit dem Nachtstuhl ja ohne Topf dann auch über (...) das Klo drüberfahren.“ (...) Aber so ein Nachtstuhl, (...) wenn jemand sagt, ich muss aufs Klo raus, wenn ich dann sag: „Das geht gar nicht in erster Linie um die Toilette, sondern wenn Sie mal nicht gut zu Fuß sind, dann haben Sie damit ein Haustaxi, dann kann man Sie damit auch mal ins Bad fahren oder in die Toilette fahren oder ins Wohnzimmer fahren, wenn Sie nicht gehen können.“ (...) – Joachim, Pos. 56

Der damit entstehende Aha-Effekt dient dazu, dass das Hilfsmittel, so abstoßend es den pflegebedürftigen Menschen im ersten Moment erscheinen mag, dann doch eine gewisse interessante und bedenkenswerte Eigenschaft und Unterstützungsmöglichkeit über den eigentlichen Sinn hinaus erhält.

Neben dem erkannten und wahrgenommenen Beratungsauftrag handeln die Pflegefachpersonen innerhalb des Pflegeprozesses, welcher aus einer theoretischen Grundlage der Pflege heraus entsteht. Dabei wird der Zustand und der Bedarf des pflegebedürftigen Menschen an Pflege kontinuierlich erfasst, daraufhin werden Pflegemaßnahmen abgeleitet, geplant, durchgeführt und die Wirkung dieser Maßnahmen schlussendlich bewertet. Je nach Ergebnis der Bewertung wird wieder neu geplant, durchgeführt, bewertet.

Geplant werden dabei grundsätzlich alle Maßnahmen und Bedarfe auf der Grundlage des Anamnesegesprächs zu Beginn der Pflegebeziehung. Oft wird im Zuge dessen eine Art der Biographiearbeit betrieben, um Maßnahmen individuell auf das Pflegehaus hin zu gestalten und im Verlauf biografiebezogen Hilfsmittel und Pflegemaßnahmen begründen zu können.

(...) Und dann ist halt die SGB-XI-Leistung individuell. Der eine will Haare waschen, der andere nicht, der eine will rasiert werden, der andere nicht. Obwohl sie beide „große Pflege“ gebucht haben. (...) – Eduard, Pos. 16

Weiterhin argumentieren vor allem die Pflegedienstleitungen Maßnahmen in jenem Wissen über die Kosten dieser Maßnahmen, sodass sie für das Pflegehaus nachvollziehbar und vergleichbar sind und eher akzeptiert werden.

(...) Wenn ich zum Patienten reinkomme und der sieht aus wie Catweazle, 25 Tage den Bart nicht gestutzt oder rasiert und die Haare nicht gekämmt, dann setz' ich den Rasierer an und die fühlen sich gut danach. Natürlich ist das eine Dienstleistung, die sie bezahlen, aber da bezahlen die hier 3,62 Euro und sparen sich den Gang zum Friseur. Also, ja, das muss man denen dann auch klar machen. Und das machen die

dann auch. Da lassen die sich drauf ein und dann gucken die sich an und sagen: „Och danke, das ist aber schön.“ (...) – Andrea, Pos. 50

Eine weitere Grundlage, auf welcher begründet wird, ist die evidenzbasierte Pflege. Formal sieht die Autorin die Evidenzbasierung als selbstverständlichen Teil der theoriebasierten und strukturierten, begründeten Pflege Tätigkeit. Da in den Gesprächen mit den befragten Pflegefachpersonen jedoch nur drei Pflegefachpersonen diesen Aspekt dezidiert angeführt haben, wird er hier nochmals als bedenkenswerten Faktor behandelt.

(...) Und trotzdem die Expertise, also der formellen Pflege mit einzubringen, das heißt auch das Fachwissen, also evidenzbasierter Wissensstand einzubringen und zu sagen: „Okay, das ist dann der Kompromiss, den man aus der privaten Situation von Gewohnheiten und ‚das kann man machen‘ halt findet.“ Und das ist halt wirklich ein Bereich von einem Extrem zum andern, in dem man sich dann hin- und herbewegt und halt die bestmögliche Lösung für alle Beteiligten findet. (...) – Jona, Pos. 28

Nach Meinung der Autorin wird an dieser Stelle ein schöner Unterschied deutlich zwischen dem dargestellten Fachwissen innerhalb der Kategorie des regelgeleiteten Handelns und dem hier dargestellten zusätzlichen Einbezug wissenschaftlicher Fundierung und der Perspektive und dem Willen der pflegebedürftigen Menschen, um abschließend einen Kompromiss im Sinne der bestmöglichen Lösung für diese spezielle Situation zu finden. Die Evidenzbasierung spielt in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen auch dann eine Rolle, wenn es um das Thema des Wundmanagements geht. Hier besteht neben der alltäglichen Auseinandersetzung, welche Wundaufgabe für welche Wundart geeignet ist, sowie der Begründungsarbeit gegenüber der Krankenversicherung des pflegebedürftigen Menschen sozusagen „nebenher“ ein Hoheitskonflikt mit der Ärzt*innenschaft über die formalen und tatsächlichen Kompetenzen in diesem Bereich. Formal ist die Ärzt*innenschaft für die Verordnung der häuslichen Krankenpflege bei Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Wunde sowie für die Rezeptierung des benötigten Materials zuständig und in diesem Sinne auch kompetent. Aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen zeigt sich jedoch, dass sich die Wundversorgung heutzutage in einer Art und Weise komplex darstellt, sodass es ohne regelmäßige intensive Fort- und Weiterbildungen kaum möglich ist, auf dem aktuellen Stand des Wissens zu sein. Diese tatsächlichen Kompetenzen erwerben die Pflegefachpersonen über die absolvierten Weiterbildungen und sind dadurch in der Lage, eine Wunde eigenverantwortlich zu therapieren – sind gleichzeitig jedoch nicht berechtigt, die benötigten Materialien selbst zu rezeptieren oder eine Verordnung für ihre pflegerische Versorgung der Wunde auszustellen. Dies führt dann zum Konflikt, wenn die formal kompetente Ärzt*innenschaft aus Unwissen heraus andere, beispielsweise günstigere Wundaufgaben verordnet, die jedoch medizinisch nicht indiziert sind. Ein weiterer Fall betrifft die Menge der rezeptierten Materialien, vor allem bei verordneten Kompressionsverbänden.

(...) z. B. die Wundversorgung. Also da liegt die Kompetenz ganz eindeutig in der Pflege. Es gibt Pflegeexperten, Pflegetherapeuten, die gehen mit einem völlig anderen Blick an die Wundversorgung. Da geht gar nichts, ohne zunächst mal festzustellen, was ist hier die Ursache für die Wundsituation. Und es gibt natürlich von Ausnahmen abgesehen, es gibt hochprofessionelle Ärzte, die sich sehr intensiv mit Wundversorgung befassen, aber auch viele, die das eben nicht tun und das nebenbei machen, keine Ahnung haben, wirklich keine Ahnung, vor allen Dingen kein Interesse daran und damit steht und fällt, wie eine Wundversorgung abläuft. – Juliane, Pos. 100

Angela bemüht ein Beispiel aus der Interaktion mit den Ärzt*innen ihrer Umgebung:

Wir haben es mit Senioren zu tun, die, wenn sie ihre Wäsche überhaupt selbst waschen, nicht jeden Tag Wäsche waschen und schon gar nicht Kompressionsbinden. Aber das geht auf sein [des Arztes] Budget, wenn er mehr verschreibt. Die Ärzte, die jetzt hier in meiner näheren Umgebung, mit denen ich eng zusammenarbeite, wenn die sagen Kompression, dann schreiben die schon freiwillig auf, 10 [Stück] 8er und 10er Binden, Schlauchverband, Unterpolyesterung. Die wissen das inzwischen. Weil, ich sag' denen immer, „wenn Sie dem Patient Tabletten verschreiben, dann nimmt der ja jeden Tag auch die volle Dosis und nicht montags volle Dosis, dienstags ein bisschen weniger, mittwochs noch weniger, donnerstags noch weniger.“ Weil so ist das mit Kompressionsbinden, die man viele Tage hintereinander anwickelt. Die Wirkung lässt nach. Aber Ärzte wollen, also es sind leider immer noch einige, die nicht bereit sind, das Material zu verschreiben, weil sie Angst um ihr Budget haben. Und da frag' ich mich, wo ist die Fachlichkeit unserer Ärzte? Oder Verbandsmaterialien, Kompressen. Also das RKI sagt ganz klar, Wunden müssen mit sterilen Materialien versorgt werden. Ja, was krieg' ich? Eine Packung unsterile Kompressen. Was soll ich damit? (...) – Angela, Pos. 42

Aus diesen Beispielen wird deutlich, welche Herausforderungen dann lauern, wenn evidenzbasiertes Fachwissen auf Kriterien der wirtschaftlichen Arbeitsweise und auf Kompetenzgerangel treffen. Insofern schließt die Autorin damit ab, als Evidenzbasierung zur Begründung von Maßnahmen zwar ein Faktor ist, dieser jedoch von den vorliegenden Rahmenbedingungen so beeinflusst werden kann, dass er letztlich nur noch rudimentär im Behandlungsprozess zum Tragen kommt, weil er von anderen Themen wie Zuständigkeiten, Eitelkeiten und Verteilungskompetenz überschattet wird.

Betrachten wir weiterführend die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen, so beschreiben vor allem Pflegefachpersonen in den Pflegehäusern, dass sie ein Augenmerk darauf legen, der Situation nach angemessen zu handeln, die pflegerischen Leistungen korrekt durchzuführen und achtsam mit den pflegebedürftigen Menschen umzugehen. Dass das auch oftmals anders zu laufen scheint, wird die Autorin später im Verlauf des Kapitels aufzeigen.

(...) Dass eine Hose, egal welche, dass die Hose richtig sitzt. Ganz viele [andere Pflegefachpersonen] ziehen die Hose einfach hoch, drehen sich um und machen etwas anderes, aber der Hosenbund sitzt schräg. Das muss jeder mal anziehen. Am besten eine Schlabberhose und die dann schräg anziehen. Wie unangenehm das ist beim

Laufen. Und dann soll jemand laufen, der vielleicht noch eine [Inkontinenz]³²-Einlage drin hat und der merkt, es ist schief, dann fängt er an, an sich 'rumzuzuppeln, in dem Moment fängt er an zu wackeln, verliert das Gleichgewicht und fällt. Das sind Kleinigkeiten, die sich unglaublich potenzieren können. – Silke, Pos. 20

Der Pflegeprozess wird darüber hinaus von weiteren, nicht geplanten Ereignissen oder von der Zustandsverschlechterung des pflegebedürftigen Menschen beeinflusst, was dazu führt, dass Maßnahmen angepasst werden müssen und vor allem, dass jene Veränderungen von den Pflegefachpersonen bemerkt werden müssen, um daraus folgende negative Ereignisse vermeiden zu können.

(...) Nehmen wir mal das Beispiel, ein Patient hat (...) die Tabletten allein gestellt, das hat er immer gut hingekriegt, ja. Und jetzt auf einmal hat er eine neue Medikation. Es sind viele Medikamente umgestellt worden, er kommt einfach nicht zurecht, ja, man merkt das dann einfach. Dass man sieht, oh, (...) an dem und dem Tag hat er immer seine Medikamente gestellt oder morgens sind die Medikamente immer am Frühstückstisch und dass man dann guckt, hier, wo sind deine Medikamente heute? Dass man da so ein bisschen mit auf ihn achtet und dass diejenigen dann wissen, oh, die passen ja auf und das ist dann halt wieder dieses Ganzheitliche. Und das gehört auch zu einer guten Pflege, wo sich die Leute dann nachher gut gepflegt fühlen, weil sie wissen, die passen auf und die bieten auch Hilfe an. – Adrian, Pos. 30

Die Evaluation des Pflegeprozesses wird in den Gesprächen mit den befragten Pflegefachpersonen insofern adressiert, als die zugehörige Pflegemappe im Pflegehaus immer wieder auf Aktualität überprüft wird. Dieser Überprüfung werden vor allem die Strukturierte Informationssammlung³³ sowie der von der Pflegeplanung abgeleitete Ablaufplan zugeführt. Ob Maßnahmen strukturiert inhaltlich und im Sinne der Evidenz überprüft werden, wird aus den Gesprächen für die Autorin nicht ersichtlich. Ein wichtiger Faktor beschreibt jedoch das Schnittstellenmanagement im Behandlungsprozess, welchen die Autorin unter dem Gesichtspunkt der Meta-Evaluation abhandeln möchte. Mit Meta-Evaluation meine ich, dass der komplette pflegerische Maßnahmenplan in Hinblick auf seine Reichweite und Adressatengerechtigkeit überprüft wird. Erkennen die Pflegefachpersonen, dass ihre Arbeit nicht ausreichend ist, um ein spezifisches Problem zu bearbeiten, stoßen sie im besten Fall eine Kooperation oder zumindest eine Beratung über weiterführende Hilfen an, damit diese Problematik von einer externen Person adressiert werden kann. Im Sinne dieser Meta-Evaluation bekommen Pflegefachpersonen auch einen Eindruck darüber, inwieweit ihre professionell getätigten Aussagen von höheren hierarchischen Ebenen berücksichtigt wurden.

³² Harn- und/oder Stuhlinkontinenz bezeichnet die Unfähigkeit eines Menschen, Urin oder Stuhlgang bewusst zu entleeren (Roche Lexikon Medizin Sonderausgabe, [2006]/2013).

³³ Die Strukturierte Informationssammlung ist ein Anamnese-Formblatt innerhalb der Pflegedokumentation, auf welchem die grundlegende Einschätzung der Probleme, Ressourcen und Wünsche eines pflegebedürftigen Menschen entlang von sechs Kriterien festgehalten werden soll. Sie ist Teil des Projekts „Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation“ des Bundesministeriums für Gesundheit, das im Jahr 2015 eingeführt wurde (Bundesministerium für Gesundheit, 2021).

(...) dass wenn die Fachkraft jetzt keine Zeit hat, dann kann sie der Palliativfachkraft, (...) die sowieso regelmäßig mit ihm Kontakt aufgenommen hat, [Bescheid geben] und dass dann mal die Fachkraft sagt: „Hey, kannst du noch mal extra hingehen und ihm Mundpflege zeigen? Ich hab' jetzt grad keine Zeit dazu und meine Tour ist so voll, aber vielleicht könntest du hingehen?“ (...) – Angela, Pos. 70

Daniela schildert diese Empfindung an dieser Stelle emotional:

(...) Und das sind dann so Situationen, die mich wirklich..., das macht mich sauer! Wenn man was sagt und nicht reagiert wird. (...) – Daniela, Pos. 28

Beide geschilderten Situationen betreffen pflegebedürftige Menschen, die aufgrund kommunizierter, jedoch nicht berücksichtigter Informationen oder aufgrund von vornherein nicht weitergeleiteter Informationen verstorben sind.

Das Handeln im Pflegeprozess betrifft weiterhin die individualisierte Kommunikation und Maßnahmenplanung im Hinblick auf die Arbeit mit den persönlichen Strategien der Menschen im Pflegehaus, welche bewusst oder unbewusst verfolgt werden, um mit der einschränkenden Pflegebedürftigkeit zurecht zu kommen. Dabei muss den Pflegefachpersonen zum einen bewusst sein, welche Strategien zu welchem Zweck verfolgt werden und diese müssen respektvoll und achtsam begleitet werden. Die erwähnten Strategien hängen nach Interpretation der Autorin stark mit Scham und Angst der pflegebedürftigen Menschen zusammen und haben das Ziel, pflegerische Maßnahmen zu vermeiden. Dafür bauen sich die pflegebedürftigen Menschen eine Fassade, welche sie als kompetente und kompetente Menschen darstellt. Nur über die vertrauensvolle Beziehung ist es den befragten Pflegefachpersonen möglich, zum einen hinter diese Fassade zu schauen und im zweiten Schritt geeignete Möglichkeiten zur Intervention zu finden, welche dem pflegebedürftigen Menschen die gefürchtete Bloßstellung erspart. Erinnern wir uns nochmals an die Fassade der Dame mit Demenz aus dem Betreuungsgespräch zurück, so wird diese Ausführung plastisch.

(...) Was ist denn bei dem wichtig? Oh ja, der vergisst immer! Der zieht seinen Pulli oft fünf Tage hintereinander an. Bei dem machen wir zum Beispiel keine Pflege, da machen wir Medigabe morgens und der sieht immer aus wie so ein kleiner Ussel. So, dann haben wir Kontakt zu den Jungs gesucht, haben gesagt, also hier, da müssen wir ein bisschen mehr machen. – „Ja, macht so viel ihr wollt, ist überhaupt kein Problem.“

Und dann mussten wir uns an diesen Mann rantasten. Und weil ja hauptsächlich Frauen zu ihm kommen, gucken wir dann schon und sagen: „Ooooh, da ist aber ein Fleck auf dem Pulli. So wollen Sie doch wohl nicht raus gehen!“ – „Wo ist ein Fleck, wo ist ein Fleck?“ – „Ach, ich such' Ihnen mal was Neues raus.“

Und dann legt man was hin und inzwischen ist das schon so, dann zieht der sich um oder lässt sich helfen beim Umziehen. Aber das hat ein Jahr gedauert. Man muss dann auch Geduld haben. Dann fühlen die sich gut gepflegt. (...) – Andrea, Pos. 52

Die Vermeidungsstrategien der pflegebedürftigen Menschen sind oft über Jahre so eingeübt, dass es lange Zeit dauert, bis die Pflegefachpersonen mit ihren Strategien wiederum Erfolg haben und zu den pflegebedürftigen Menschen durchdringen. In diesem Zusammenhang erzählen die Pflegefachpersonen in den Gesprächen mit der Autorin auch immer wieder von Einzelschicksalen vor allem psychisch erkrankter Menschen, welche aufgrund ihrer psychischen Erkrankung schrittweise den Kontakt zum eigenen Umfeld und zur Gesellschaft verlieren und physisch, psychisch und kognitiv verwaizen. Gerade im Hinblick auf die oben beschriebene Herausforderung, auch dann empathisch zu sein, wenn ein divergentes Weltbild vorliegt, mit dem man sich möglicherweise nicht identifizieren kann, hält die Autorin diese Kompetenz der Pflegefachpersonen, mit den verinnerlichten Strategien pflegebedürftiger Menschen umzugehen, für herausragend und einmalig innerhalb der ambulanten Versorgungslandschaft.

Des Weiteren entstehen innerhalb der Versorgung immer wieder Situationen im Pflegehaus oder mit externen Personen, welche ein Einschreiten der Pflegefachperson verlangen. Klassischerweise werden von den befragten Pflegefachpersonen hier Situationen benannt, die aus einer nicht adäquaten Medikamentenverordnung resultieren und eine Verschlechterung des Zustands der pflegebedürftigen Person zur Folge haben. Oftmals ist den Angehörigen und der betroffenen Person selbst nicht bewusst, dass der Zustand die Konsequenz der neuen Medikation ist, und sie reagieren überfordert und hilflos.

(...) also wir haben eine Frau, da gehen wir nur morgens hin, Strümpfe anziehen und die Schwiegertochter hat mich informiert, sie kriegt jetzt was, dass sie ein bisschen ruhiger wird. Viermal täglich Melperon® 25 mg. Ach, die war gestern Morgen überhaupt nicht da, die war wie besoffen. (...) sie musste dann auch noch auf Toilette. Ich hab' echt Bauchweh gehabt, dass die mir stürzt. Ich bin her, ich bin ans Telefon, hab' die Schwiegertochter angerufen und hab' gesagt, so geht das nicht. Ihre Schwiegermutter ist sturzgefährdet, die ist wie besoffen. Man kann doch nicht von null auf 100 mg Melperon® am Tag gehen und die war mir sehr dankbar, dass ich mich bei ihr gemeldet hab. Sie war heute viel besser drauf. Sie hat die Tabletten zum Teil gleich wieder rausgenommen. (...) – Margret, Pos. 93

Eine weitere ergriffene Maßnahme ist in diesem Zusammenhang die direkte Kommunikation mit den verantwortlichen Ärzt*innen, um die Dosis entsprechend anzupassen, vor allem dann, wenn keine Angehörigen im Haushalt leben.

Pflegefachpersonen greifen darüber hinaus auch dann strukturierend ein, wenn es um ihre eigenen, meist gesundheitlichen Belange geht – wir erinnern uns beispielsweise an die Versorgung, die gekündigt wurde, weil aus Platzgründen kein Lifter angefordert wurde – und auch dann, wenn die Pflegeleistungen an den Zustand des pflegebedürftigen Menschen angepasst werden müssen. Dies betrifft sowohl die Anpassung, wenn die Pflegefachperson einen besseren Eindruck von der pflegebedürftigen Person hat als diese von sich selbst:

(...) Weil manche setzen sich hin und lassen sich bedienen. Und da bin ich kein Fan davon. Also da wird denen dann einfach auch der Waschlappen in die Hand gedrückt, einmal das Gesicht waschen und da ist dann eher eine Anleitung. Keine Ahnung, ob ich damit auch manchmal das Weltbild von denen zerstöre. Oder auch von manchen Angehörigen höre ich, „das können die doch gar nicht.“ Wo ich denke, was?! Machen, natürlich kannst du das. Du hast ein Problem vielleicht mit den Beinen, aber nicht mit den Armen. (...) – Cathrin, Pos. 200

Es betrifft auch Anpassungen, welche die Pflegefachpersonen beschließen, wenn sie sehen, dass die geplante Pflege wegen einer schlechten Tagesverfassung so nicht möglich ist.

(...) Also da muss man auch, ich geh' dann schon auf die Kunden ein. Die Frau wollte unbedingt, dass er geduscht wird an dem ersten Tag und da hab' ich sie angeguckt und hab' gesagt: „Nein. Er hat Angst, er kippt nach vorne, er fällt mir hier gleich hin. Es wird heute nicht geduscht.“ (...) – Daniela, Pos. 2

Eine weitere Art des Eingreifens adressiert die kontrollierende Funktion der Pflegefachperson, welche als Externe ins Pflegehaus als eingespielte Einheit kommt. Hier seien beispielsweise Äußerungen genannt, die bzgl. einer unsachgemäßen Verwendung des Pflegegelds getroffen werden bis hin zu Drohungen, die Pflegekasse über den wahrgenommenen Missbrauch zu informieren. Ein weiterer, immer wieder auftauchender Fall, ist der Umgang mit Personen, die unter einer Wertbeimessungsstörung leiden und sich durch diese Eigenschaft in Gefahr bringen. Dies kann so weit gehen, dass Pflegefachpersonen daran beteiligt sind, ein Verfahren zur Entmündigung dieser Person zu begleiten. Auch an Demenz erkrankte Menschen werden während der ambulanten Versorgung immer im Hinblick auf eine mögliche Dekompensation ihres Versorgungsarrangements beobachtet.

(...) Bei Demenzkranken ist es manchmal also wirklich eine Gratwanderung, kann man es noch daheimlassen, muss es ins Pflegeheim. Da gibt es manchmal tatsächlich irgendwann einen Punkt, wo es daheim verantwortungslos wäre und wenn die Angehörigen mitziehen, bevor was passiert, dass die Leute ins Heim kommen. (...) – Margret, Pos. 87

Aus der Tatsache heraus, dass die Pflegefachpersonen allein im Pflegehaus tätig sind und dabei auf unterschiedliche Verfassungen der pflegebedürftigen Menschen treffen, lässt sich auch argumentieren, dass eine Notfallkompetenz zum situativ-beurteilenden Handeln gezählt werden kann, indem das gelernte Fachwissen über das Verhalten im Notfall an die Situation und die Äußerungen der pflegebedürftigen Menschen angepasst werden muss. Notfallsituationen werden von den Pflegefachpersonen im Pflegehaus zumeist mit eindringlicher Stimme mittels Fallbeispielen beschrieben, die Aufregung, das Adrenalin ist noch im Nachgang für die Autorin spürbar. Die Pflegedienstleitungen äußern sich teilweise – nach dem Empfinden der Autorin – in gestresster bis resignierender Art, indem sie sicherstellen

müssen, dass die Pflegefachpersonen im Notfall schnell, kompetent und überlegt handeln und damit auch die Effizienz der wirtschaftlichen Arbeitsweise im Notfall aufrechterhalten. Gleichzeitig stellen sie als Leitungen wohl immer wieder fest, dass dies nicht zu funktionieren scheint. Vor allem jüngeren Pflegefachpersonen in einem bestimmten Alter wird in den Gesprächen von manchen Pflegedienstleitungen immer wieder unterstellt, dass diese keine Verantwortung übernehmen wollten, dass sie insgesamt weniger Fachkompetenz und Engagement zur Arbeit aufbrächten. Dieses verallgemeinernde Urteil scheint für die Pflegedienstleitungen aufgrund deren Erfahrungen zu stimmen. An manchen Stellen fühlte ich mich jedoch selbst etwas brüskiert, da auch ich mit Anfang 30 in jene als inkompetent und unengagiert abgekanzelte Generation zähle und ich mich im Gegensatz dazu so nie erlebt habe. Im Gespräch selbst verwies ich mich bei Erkennen meines aufkommenden Ärgers und der Irritation über diese Aussage auf meine wissenschaftliche Rolle und ließ mir nichts anmerken, sondern versuchte über zustimmende und ermutigende Laute, das Gespräch möglichst förderlich weiterzuführen.

(...) Die machen Dienst nach Vorschrift. Gerade so, dass sie das mit dem Waschen auf die Reihe kriegen, wenn ein Notfall ist, sind sie oftmals schon überfordert. Die können im Endeffekt gar nicht mehr so richtig selbst entscheiden. Ich muss doch, wenn ich in einem Haushalt alleine bin und da ist jemand mit einem Unterzucker als Beispiel, muss ich doch als Fachkraft wissen, was ich tue. Da kommt erstmal ein Anruf, (...) „was mache ich jetzt?“ Mein erster Spruch ist dann immer, „erstmal nachdenken.“ Naja, also ich muss ganz ehrlich sagen, dafür haben sie drei Jahre in der Schulbank gesessen. (...) Also alles, was so Ende 30, Anfang 40 ist, die Fachkräfte, die wissen, was sie zu tun haben. Aber alles, was jünger ist, fehlt mir auch das Selbstbewusstsein, mal etwas selbst entscheiden zu können. – Sonja, Pos. 34

Viele der geschilderten Notfallsituationen, in welchen Kompetenz sichtbar oder auch nicht wird, betreffen wie in Margrets Melperon[®]-Beispiel eine Medikation, die eine Nebenwirkung nach sich zieht. So werden oftmals Entgleisungen des Blutdrucks nach oben oder unten erwähnt oder auch eine nicht ausreichende oder zu gut gemeinte Diuretika-Therapie. Weitere Fallbeispiele ziehen meist größere Konsequenzen nach sich, wie das Informieren des Rettungsdienstes bei akuter Lebensgefahr, vermuteten Herzinfarkten oder unklaren Schmerzzuständen.

Das Bein war schon grau, grauer ging's nicht und ich hab' das auch nur festgestellt, weil sie nicht aufgestanden ist. Die war total komisch, völlig desorientiert und ich wollte gucken, ob sie eine Thrombose³⁴ hat, weil ich ja in dem Zimmer nicht wirklich was gesehen hab und bin nur mit der Fingerspitze dran. Und da hat die sowas von aufgeschrien. (...) – Daniela, Pos. 6

³⁴ Verschluss eines Blutgefäßes durch ein Gerinnsel, einen Thrombus (Roche Lexikon Medizin Sonderausgabe, [2006]/2013).

Notfallkompetenz zeigt durch den zeitbegrenzten Zwang zur Entscheidung wie keine andere Kompetenz auf, inwieweit die Pflegefachpersonen dazu in der Lage sind, theoretisches und erlerntes Fachwissen auf die spezifische Situation des pflegebedürftigen Menschen anzuwenden und dies miteinander und vor Dritten zu begründen. Nachdem nun der Großteil pflegerischer Kompetenzen und des täglichen Arbeitsalltags in den ersten beiden Kompetenzkategorien nach Olbrich ([1999]/2018) dargestellt werden konnte, zeigt die Autorin die in die Kategorie des reflektierten Handelns interpretierten Kompetenzen auf.

Das reflektierende Handeln in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen

Reflexion wird in den Gesprächen zwischen den Pflegefachpersonen und der Autorin nach meiner Interpretation immer dann wichtig, wenn es zum einen um die pflegerisch-berufliche Identität geht, zum anderen um die Abgrenzung des ambulanten Settings von anderen im Allgemeinen sowie im Speziellen bezüglich der Vorgaben, welche die unterschiedlichen Träger und Arbeitgeber mit sich bringen, die wiederum den Arbeitsalltag der Pflegefachpersonen und damit die Versorgung pflegebedürftiger Menschen beeinflussen, weil sich die Pflegefachpersonen dann im Rahmen ihrer beruflichen Identität zu diesen Vorgaben verhalten müssen und diese Versorgung aktiv reflektieren. Zunächst wird daher als Basis des Verständnisses die pflegerisch-berufliche Identität aufgezeigt, wie sie sich der Autorin unter Berücksichtigung ihrer eigenen Subjektivität und Erfahrungen darstellt hat. Dabei stellt sich das Konstrukt der Identität operationalisiert als Wertschätzung durch andere Berufsgruppen, Menschen und auch als Wertschätzung der eigenen Person dar.

(...) Ich hab' ja was gelernt und ich bin da auch stolz drauf. Und ich liebe meinen Beruf und möchte auch kompetent sein und möchte auch die Kompetenz ausstrahlen. (...) – Alexandra, Pos. 24

Die von den Pflegefachpersonen eigene empfundene Kompetenz wird zumeist in Abgrenzung zu anderen Pflegefachpersonen oder zu anderen Berufsgruppen dargestellt. Vor allem diejenigen Pflegefachpersonen, die lange Zeit in der stationären Akutversorgung in Zusammenarbeit mit der Ärzt*innenschaft tätig waren, thematisieren in den Gesprächen mit der Autorin die nun im ambulanten Setting erlebten Reaktionen der Pflegehäuser auf deren geleistete Beratung und Versorgung.

(...) und dann hab' ich halt ganz oft schon erfahren, dass die mich dann angeguckt haben und ich hab' dann halt was erklärt über Stoma-Versorgung oder irgendwas und dann haben die mich ganz verwirrt angeguckt und haben gesagt: „Sind Sie Arzt?“ Und dieses Wissen muss man dann vermitteln oder die Art und Weise, wie man spricht, ich weiß nicht, kann vielleicht auch einschüchternd wirken, wenn man sich nicht kennt. – Alexandra, Pos. 20

Alexandra verweist im Gespräch immer wieder auf die Abgrenzung zwischen der ausgestrahlten Kompetenz und wie diese dann bei den pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen ankommt. Sie erlebt, dass Kompetenz und der Ausdruck dessen eine Hierarchie erzeugt, die ihrem ambulant-pflegerischen Ansinnen, möglichst schnell Vertrauen zu erzeugen, nicht dienlich ist. Sie befindet sich damit in einem Dilemma, das sich für die Autorin im Gespräch vor allem über das Stocken im Redefluss, Zögern, Ringen um die passenden Worte bemerkbar macht. Alexandra scheint über die zurückweichende Reaktion der Menschen zunächst verwundert zu sein und hadert anschließend damit, einerseits ihre Kompetenz so zeigen zu wollen, wie diese durch ihre Klinik­tätigkeit geprägt wurde, um andererseits in der ambulanten Versorgung nun feststellen zu müssen, dass pflegebedürftige Menschen daraufhin zurückhaltend und vorsichtig reagieren.

Auch andere Pflegefachpersonen erleben diese Hierarchie und setzen sie im Verlauf der pflegerischen Beziehung jedoch bewusst dazu ein, um Nähe und Distanz und auch die damit verbundene Anerkennung als Fachkraft im Pflegehaus zu regulieren.

(...) Manchmal habe ich das Gefühl, dass die denken, dass ich mit meinen fast 32 Jahren noch ziemlich jung bin und noch nicht lange da in dem Team, habe ich manchmal schon das Gefühl, dass die denken, ich sei doof. Ja, ist so, wirklich, aber dann muss ich dann auch wirklich sagen, da mache ich es mir immer ganz einfach, dann haue ich denen ein paar Fachbegriffe an den Kopf, wenn ich mich mit denen unterhalte und wenn die hinterher ganz erstaunt fragen, was das ist, dann erkläre ich denen das und dann ist erst mal dieser Eindruck so erst mal wieder weg. (...) – Lena, Pos. 16

Vor allem der Gebrauch von Fachsprache scheint auf die Pflegehäuser so einschüchternd zu wirken, dass diese mit Respekt reagieren, wenn die Pflegefachpersonen diese verwenden. Es entstehen in den Gesprächen der Pflegefachpersonen mit der Autorin mehrere Situationen, in welchen die eindeutige Ausstrahlung von Kompetenz mittels Fachsprache nur zu dem Zweck verwendet wird, um sich vom Pflegehaus abzugrenzen und sich Respekt zu verschaffen.

Eine weitere Implikation der früheren Sozialisierung durch eine Tätigkeit in der Akutversorgung zeigt sich in der Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Die Pflegefachpersonen sehen sich mit ihrem pflegerischen Aspekt auf Augenhöhe mit der am Behandlungsprozess beteiligten Ärzt*innenschaft – dies wird von der Ärzt*innenschaft jedoch unterschiedlich beantwortet und bleibt in ihrem Zustandekommen letztlich nur der ärztlich-individuellen Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit auf Augenhöhe geschuldet. Die Pflegefachpersonen äußern in diesem Zusammenhang auch Frustration über die ihnen gegenüber gespiegelten Hierarchieebenen, was die Autorin innerhalb der Gespräche stark an die Hierarchieerzeugung durch Fachsprache im Pflegehaus erinnert.

Nehmen die Pflegefachpersonen Hierarchien zwischen Ärzt*innenschaft und Pflege wahr, reflektieren sie auch über den Gender-Aspekt innerhalb dieser Debatte. Alexandra erzählt im Folgenden von ihrer Prägung auf einer neurologischen Station innerhalb der Akutversorgung.

(...) Wir hatten zum Beispiel einen mega Stationsarzt, der wollte, dass wir mitdenken. Der gesagt hat, „hier, guck' mal das Labor an, was glaubst du, was ist da oder bei dem und dem Patienten, was könnten wir machen?“ Der uns so ein bisschen herausgefordert hat. (...)

Und zum Ende hin hatten wir halt zunehmend Ärzte, die leider kaum Deutsch sprachen, die überwiegend Männer, also ich glaube, es waren nur Männer, die dann kamen, die halt kaum Deutsch sprechen konnten. Und (...) ja, also es soll jetzt nicht total negativ klingen, aber das Problem war einfach, dass diese Ärzte eine ganz andere (...) ja, eine ganz andere Erziehung, sag' ich jetzt einfach mal, hatten. Das heißt, eine Frau war einfach..., die hatte nicht so viel zu sagen. Und eine Krankenschwester ist weniger wert oder steht niedriger als der Arzt. Natürlich ist der Arzt über mir. Der ist mein direkter Vorgesetzter in diesem Fall. Das ist total klar, aber ich war es halt gewohnt von einem anderen Arzt, einfach mitzudenken und dann kam ich zu dem Arzt und hab' ihm dann vorgeschlagen, was wir doch machen könnten. Und das hat ihm sowas von nicht gepasst. Der hat die ganze Station zusammengeschrien, kam dann irgendwie eine halbe Stunde später und hat sich bei mir entschuldigt. (...) – Alexandra, Pos. 32+34

Für die Autorin stellten sich diese Gesprächspartien als schwierig heraus. Zum einen regt sich grundsätzlich Widerstand in mir, wenn die Pflege selbst der Ärzt*innenschaft eine Vorgesetztenfunktion über die Pflege bescheinigt, obwohl dies aus rechtlicher Sicht nicht korrekt ist. Auch noch während der Auswertung dieser Passage spürt die Autorin als forschendes Subjekt aus Neugier diesem Widerstand nach und liest darüber hinaus in ärztlichen Foren des Internets über die Abgrenzung zwischen Anordnungsbefugnis, Hierarchie, Delegationsrecht und Vorgesetztenfunktion. Der Ton dort ist in der Mehrzahl der Beiträge geprägt von der Erwartungshaltung, dass Pflege die Ärzt*innenschaft in allen Belangen zu unterstützen habe – dies betrifft neben der Ausrichtung pflegerischen Handelns auf das ärztliche Tun auch die unhinterfragte Übernahme von Verwaltungsaufgaben. Auch im Ärzteblatt, in einem älteren Artikel aus dem Jahr 2011, wird das Thema zwischen der Aufgabenabgrenzung von Ärzt*innenschaft und Pflege, auf eine der Pflege gegenüber polemischen Art und Weise aufbereitet (Hibbeler, 2011) – gleichzeitig erwartet die ärztliche Autorin nach einer gehörigen Portion Sarkasmus und Entrüstung über die aufbegehrende Pflege als Conclusio eine gute Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen. Was diesem Artikel und den Foren gleich ist, ist die dort geschilderte Erwartung, dass die traditionelle Rollenverteilung zwischen männlichem Arzt und weiblicher Pflegefachperson weiterhin unhinterfragt gelebt würde. Ärzt*innen ordnen an, Pflegefachpersonen führen dies aus – ohne jegliche Implikationen, den eigenen pflegerischen Arbeitsbereich abzugrenzen oder zugeschobene Verwaltungsaufgaben zur Entlastung der Ärzt*innen (im Artikel des Ärzteblatts

das Locher und Absortieren von Röntgenaufnahmen) kritisch zu hinterfragen. Es ist der nicht reflektierte, überhöhte Respekt vor der Stellung der Ärzt*innen in Verbindung mit der Negierung eigener pflegerischer Wichtigkeit, um tradierte Rollen weiterhin zu leben und vielleicht auch Konflikten aus dem Weg zu gehen, was in der Autorin diesen Widerstand auslöst. Gleichermaßen empfinde ich dieses Phänomen auch heute noch begleitet von der heimlichen pflegerischen Bewunderung medizinischer Tätigkeiten und der unhinterfragten Übernahme ärztlich delegierbarer Leistungen – je technischer und medizinisch anspruchsvoller, desto interessanter ist es und desto kompetenter bin ich!

Auch ich als forschendes Subjekt war direkt nach der Ausbildung zur damaligen Gesundheits- und Krankenpflegerin fasziniert vom Setting der Intensivstation und strebte die Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie an. Aufgrund der bereits geschilderten Rahmenbedingungen und der geforderten zwei Jahre Berufserfahrung entschied ich mich damals gegen diesen Weg. Jedoch erinnere ich mich daran, dass mich vor allem der technische Aspekt und der geringere Anteil pflegerischer Tätigkeiten im Sinne der Körperpflege gereizt haben. Es gefiel mir darüber hinaus, dass die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin scheinbar nur in diesem Arbeitsbereich gut auf Augenhöhe zu funktionieren scheint – beide Berufsgruppen unterstützten und achteten sich. Erst im Rahmen meiner hochschulischen Ausbildung hinterfragte ich meine damalige Begeisterung für das Auswerten der Monitoranzeigen, Studieren von Laborbefunden, lächerlichem Fachsimpeln im Grenzbereich zwischen Medizin und Beobachtung – sozusagen, eine kleine Ärztin sein zu wollen – und reflektierte auch die dort verbesserte Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. Heute denke ich irritiert-belustigt an diese Episode zurück und kann Aussagen und Situationen, wie Alexandra sie oben beschrieben hat, gut nachvollziehen. Aufgrund meiner stattgehabten kritischen Auseinandersetzung mit berufspolitischen Fragen regt sich jedoch auch großer Widerstand in mir, der auch von der Überlegung angetrieben ist, wer den Pflegefachpersonen dieses Engagement für medizinische Dinge, diese Bewunderung dankt – wem nützt es? Den Pflegefachpersonen nützt es zur Aufrechterhaltung ihres empfundenen kompetenten Selbstbewusstseins so lange, wie Ärzt*innen ihnen freundlich-ermutigend gegenüber treten und sie „mitspielen lassen“. Mehr formale Kompetenzen, bessere Rahmenbedingungen der Arbeit oder einen angepassten Stundenlohn erhalten sie dadurch nicht. Stattdessen wird die tradierte Rollenverteilung weiter gepflegt und Pflegefachpersonen verharren in ihrem angestammten Denken.

In den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen zeigen sich jedoch, wenn diese sich speziell auf ihre jetzige Tätigkeit im ambulanten Setting beziehen, auch einige andere Aussagen darüber, wie die Zusammenarbeit mit der Ärzt*innenschaft außerhalb der Klinik verlaufen kann. So bezieht sich Angela durch ihre Weiterbildungen im Bereich des

Wundmanagements vor allem auf die Kommunikation mit Ärzt*innen, um diejenigen Wundauflagen verordnet zu bekommen, welche Angela selbst für indiziert hält und wie sie sich dieses Standing über die Zeit erarbeitet hat. Ähnlich äußert sich Joachim, der ebenfalls einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Kommunikation und dem Entgegenkommen durch die Ärzt*innenschaft bemerkt. Trotz allem zeigt sich auch bei diesen zwei Pflegefachpersonen immer wieder im Gespräch, dass dies vor allem davon abhängig ist, ob die Ärzt*innen sich darauf einlassen können, dass eine Pflegefachperson Verordnungsvorschläge auf Augenhöhe macht und sich damit in ärztliches Hoheitsgebiet begibt.

(...) Ich hab' jetzt erlebt, wenn ich Kontakt zu Ärzten pflege und auch präsent bin, dann krieg' ich auch ganz anders Dinge verschrieben, von denen ich vorschlage, „hey, das wäre da gut, das wäre dort gut und wie wäre es denn damit?“ Da renne ich eigentlich offene Türen ein. Da erlebe ich auch sehr viel Vertrauen. Deswegen, das finde ich im ambulanten Bereich eine ganz tolle Sache, die toll sein kann, Kontakt mit den Ärzten. Viele Ärzte sind durchaus froh, wenn sie eigentlich schon konkrete Handlungsanweisungen kriegen. (...) – Joachim, Pos. 32

Das eigene Handeln wird jedoch nicht nur in Abgrenzung zur Reaktion der Ärzt*innenschaft reflektiert. Er reflektiert sich und seine Arbeit als Pflegefachperson in Bezug auf die eigene Wertigkeit und Anerkennung, welche ihm als Fachkraft vom Arbeitgeber entgegengebracht wird.

(...) ich hab' (...) über viele Jahre oft als Einziger eine Pause gemacht in der Arbeit. Mit der Folge, dass ich natürlich dann bei vielen später komme, weil ich eine halbe Stunde Pause gemacht habe. Die mir ja nicht nur zusteht. Zum einen steht sie mir zu, zum anderen muss sie ja auch genommen werden. Sie darf und sie muss genommen werden. (...) – Joachim, Pos. 38

Die Reflexion entsteht aus der empfundenen Diskrepanz, zum einen die vorgeschriebene und benötigte Pause wahrnehmen zu wollen, zum anderen aus der betriebsinternen Verpflichtung heraus pünktlich im Pflegehaus sein zu sollen. Joachim äußert weiterhin im Verlauf des Gesprächs die Dynamik in den Teams der ambulanten Pflegedienste, grundsätzlich keine Pausen zu machen, sondern eher einen früheren Feierabend in Anspruch zu nehmen, was ab einer bestimmten Arbeitsstundenanzahl arbeitszeitrechtlich nicht korrekt ist. Ich als Autorin machte in der ambulanten Pflege dieselbe Erfahrung bezüglich der Einhaltung gesetzlich vorgeschriebener Pausen. Zum einen stellt sich die Herausforderung, dass viele Pflorgetouren strukturell so konzipiert sind, dass eine Arbeitszeit von sechs zusammenhängenden Stunden (was die gesetzliche Pause begründet) oftmals nicht erreicht wird und somit eine Pause nicht vorgesehen ist. So entsteht die faktische Normativität, dass Pausen in der ambulanten Pflege nicht zum alltäglichen Standard gehören. Eine weitere Begründung, welche vor allem die Pflegedienstleitungen in den Gesprächen mit der Autorin vorbrachten, ist die Struktur der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten. Aufgrund

der relativ flexiblen Arbeitszeiten sind viele Frauen, speziell Mütter, in Teilzeit beschäftigt, die nach Beendigung der Arbeitszeit schnell nach Hause eilen, um familiären Verpflichtungen nachzukommen, Kinder aus dem Kindergarten abholen müssen etc. Sie argumentieren nach Aussage der Pflegedienstleitungen mit diesen Verpflichtungen, um eine weitere halbe Stunde Pausenzeit zu vermeiden und beziehen sich dabei auf die gleichzeitig geforderte Pünktlichkeit im Pflegehaus. Ob Arbeitnehmer*innen jedoch ihre Pause einhalten, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist, dafür hat der Arbeitgeber, oder hier die Pflegedienstleitung, Sorge zu tragen, indem sie ihre Mitarbeiter*innen für dieses Thema sensibilisiert und gegensätzliche Anreize strukturell unterbindet, und damit Verantwortung für diejenigen übernimmt, welche die Pause wie vorgesehen in Anspruch nehmen. Für Joachim hat die Pause jedoch auch einen anderen Aspekt, auf welchen die Autorin im Sinne dieses Abschnitts, der reflektierten Expertise, eingehen möchte.

(...) Aber einfach mich so wert zu nehmen, dass ich jeden Tag meine Pause mache, mich auszuklinken in der Zeit, eben einen gleichwertigen Einsatz zu haben. (...) – Joachim, Pos. 40

Es ist die eigene Wertschätzung, welche die Autorin sowohl in der eben abgehandelten Abgrenzung gegenüber der Ärzt*innenschaft als auch in dieser Aussage erkennt und die das Handeln strukturiert und begründet, gleichzeitig jedoch auch konfliktrichtig ist, wenn sie in einem Umfeld kommuniziert wird, das nicht von dieser Wertschätzung, sondern von anderen handlungsleitenden Prinzipien bestimmt wird.

Eine weitere Ausgestaltung der eigenen empfundenen Wertschätzung ist die Ausstattung des Pflegehauses mit adäquaten Hilfsmitteln zur Unterstützung der pflegerischen Arbeit. Während meiner eigenen Berufstätigkeit in der ambulanten Pflege blieb es gänzlich den Pflegehäusern überlassen, welche Hilfsmittel sie für den pflegebedürftigen Menschen anschafften. Nicht selten arbeitete ich auf diese Art und Weise:

Also die Zeiten, dass man die Leute aus dem Ehebett auf den Knien rausgeholt hat, die sind vorbei. Und wir bestehen darauf, dass das Pflegebett da ist (...). – Margret, Pos. 9

In meinen bisherigen Ausführungen beschrieb ich immer wieder, dass die Inanspruchnahme und Anschaffung von Hilfsmitteln ein Aushandlungsprozess sind, welcher Vertrauen und Begründung erfordert, und dass es nicht selbstverständlich ist, dass die Pflegefachpersonen diese Hilfsmittel im Pflegehaus vorfinden. In den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen scheint jedoch mittlerweile für das Vorhandensein des Pflegebetts eine Ausnahme zu bestehen. Natürlich ist es letztlich die Entscheidung des Pflegehauses, ob ein Pflegebett vorhanden ist oder nicht. Implizit entscheidet jedoch der Pflegedienst, indem pflegerische Leistungen nach SGB XI erst dann erbracht werden, wenn das Pflegebett vorhanden oder

beantragt ist. Pflegefachpersonen und vor allem Pflegedienstleitungen sorgen somit für die strukturelle Ausgestaltung ihrer Arbeitsfähigkeit und Rückengesundheit unter dem Aspekt der Wertschätzung ihrer eigenen Arbeitskraft, indem sie das Mindestmaß an Hilfsmitteln durch diese Vorgabe „erwirken“.

Das eigene Handeln wird auch insofern reflektiert, als die befragten Pflegefachpersonen sich gegenüber Dritten so verhalten, dass die eigene Ausstrahlung Kompetenz vermittelt. In diesem Zuge interpretiert die Autorin gleichermaßen, dass es für einige Pflegefachpersonen wichtig ist, welchen berufspolitischen Weg die Berufsgruppe der Pflege für sich in Zukunft bestreiten wird, wie ihr Prestige, ihr Ansehen in der Gesellschaft, ihre Legitimation von außen, aber auch von innen heraus bewertet wird.

(...) Was aber eben fehlt und das bringt jetzt wieder der wissenschaftlicher werdende Ausbildungsteil Pflegemanagement oder Pflegewissenschaften mit rein, eben gerade so dieses mehr so auch die Hintergründe bedienen, nicht nur „wie mache ich das“ sondern „warum mache ich das, wie ich es mache“. Und wenn ich weiß, warum ich was mache, dann kann ich auch viel eher daraus ableiten, warum ich was in diesem Fall anders mache. (...) – Joachim, Pos. 18

Und Simon referiert auf die allgemeine Ausstrahlung und Kommunikation nach außen:

(...) und da ermutige ich auch allgemeine Pflegefachkräfte dazu, dass man einfach sagt, wenn man die Pflege aufwerten will, muss man einfach auch gegenüber den Ärzten ein anderes Stellungsbild haben und sagen: „Jawohl, das haben wir gelernt, das kann ich auch.“ Und dann nicht sagen: „Oh nee, das kann ich nicht.“ Das macht schon ein ganz, ganz schlechtes Bild. – Simon, Pos. 64

Was die Außendarstellung betrifft, beziehen sich die Pflegefachpersonen ausnahmslos auf Fallbeispiele, um eine Reflexivität bezüglich des Handelns aufzuzeigen. Angela bezieht sich nochmals auf das vorher bereits angesprochene Pflegehaus, in welchem der ambulante Pflegedienst sowie ein ambulanter Palliativpflegedienst gemeinsam tätig waren.

(...) eine alte Dame, die vor zwei Wochen verstorben ist, da ging jeden Morgen, also das ist ja eigentlich peinlich, wenn ich das erzähl', aber da geht jeden Morgen jemand hin, um den Deku³⁵ zu verbinden. (...) – Angela, Pos. 66

Kommunikation und Ausstrahlung sind für Simon zentral:

Eine kompetente Pflegefachkraft zeichnet aus, wenn sie gewisse Sicherheit ausstrahlt, wenn sie quasi weiß, von was das sie redet, dass sie hinter den Sachen steht, hinter den Maßnahmen und der Pflege auch steht, das was sie macht, dass es auch gut ist, sozusagen. (...) – Simon, Pos. 18

³⁵ Umgangssprachliche Form für Dekubitus.

Viele Fallbeispiele handeln davon, dass die Darstellung der Kompetenz nach außen hin eben nicht funktioniert hat, zumeist, weil die interne Teamkommunikation versagt hat und pflegerische Tätigkeiten daher nicht erbracht wurden, wo sie nötig gewesen wären. Peinlich findet Angela die Situation, dass eine Pflegefachperson jeden Morgen im Pflegehaus anwesend war, um einen Verbandswechsel durchzuführen, dabei jedoch nicht bemerkt hat, dass die palliativ versorgte Dame bereits seit Längerem keine Mundpflege mehr erhalten hat. In der Konsequenz rief der zu Besuch kommende Sohn den Rettungsdienst, weil er die Borken³⁶ im Mundraum mit malignen Verhärtungen³⁷ verwechselt hat. Ausschlaggebend war für diese Situation das Nichtbemerken der überfälligen Mundpflege, weil der pflegerische Fokus auf dem Verbandswechsel lag; die Autorin vermutet darüber hinaus auch eine fehlende Absprache zwischen den Pflegefachpersonen der beiden Pflegedienste, sodass sich jede ohne Kommunikation auf die jeweils andere verlassen hat und eine Zuständigkeit von beiden damit unbewusst abgelehnt wurde. Genau dies ist nach Ansicht der Autorin aufgrund meiner eigenen dargestellten Prägung die Gefahr, das eigene Tätigkeitsgebiet aus Konzentration auf Anderes, Hinzugekommenes aus den Augen zu verlieren – dass ureigene pflegerische Tätigkeiten wie das Aufnehmen von Kontakt zu einem Menschen, zu beobachten, was dieser im Moment benötigt, den Menschen als Ganzes zu verstehen und bei Bedarf stellvertretend für diesen das entsprechende Bedürfnis zu stillen, verloren gehen zugunsten technischer oder ärztlich delegierter Tätigkeiten, die an sich erst einmal nicht zum eigentlichen Tätigkeitsumfang der Pflege gehören.

Des Weiteren berichten die Pflegefachpersonen immer wieder auch von atmosphärischen Gegebenheiten, wonach die pflegebedürftigen Menschen unruhig oder hektisch auf die von den Pflegefachpersonen ausgestrahlte Unsicherheit reagiert haben. Dies zeigt sich besonders deutlich bei pflegebedürftigen Menschen, die sich nicht mehr verbal verständigen können und darauf angewiesen sind, dass eine auf sie konzentrierte, fokussierte Pflegefachperson mit ihnen über andere Kanäle kommuniziert.

(...) Da habe ich dann auch aus der Erfahrung gelernt, dass ich mir dann eine Sicherheit holen muss. Weil wenn die Frau merkt, dass ich bei ihr anfangs zu rudern und unsicher werde, dann wird sie natürlich auch unsicher. (...) – Cathrin, Pos. 26

Insofern reflektieren die Pflegefachpersonen durchaus ihre Außenwirkung im Rahmen ihrer beruflichen Identität und können dies vor allem mit Situationen begründen, in welchen sie diesbezüglich eine Negativerfahrung gemacht haben und deren Konsequenzen gespürt haben.

³⁶ Borken sind verhärtete Mundbeläge, die durch eine verstärkte Mundatmung und damit Austrocknung des Mundraums entstehen. Die Mundpflege beinhaltet die schonende Entfernung von Borken (Gerhard, 2014).

³⁷ Verhärtungen als kleine knotige Geschwüre, die infolge einer Krebserkrankung entstehen.

Ein zweites großes Thema, das innerhalb der Gespräche mit der Autorin eine Rolle der Reflexion gespielt hat, ist jenes der Setting-, Träger- und Arbeitbegebenheiten, die dafür sorgen, dass Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer täglichen Arbeit von diesen in ihrem Handeln befähigt oder begrenzt werden. Klassischerweise dient auch hier die Abgrenzung zwischen den Erfahrungen aus der stationären und der ambulanten pflegerischen Versorgung als Grundlage der Reflexion. Wie bereits erwähnt, sind einige der befragten Pflegefachpersonen ursprünglich vom Setting und den Rahmenbedingungen der klinischen Akutversorgung geprägt. In diesem Zusammenhang wird die grundsätzlich vorhandene Kompetenz im Sinne des allgemeinen Ausmaßes und der Flexibilität von den damaligen Kolleg*innen abgegrenzt.

(...) die pflegerische Kompetenz in der ambulanten Pflege ist natürlich höher als die in der Klinik. In der Klinik war ich lange auf der Neurologie. Da habe ich mich konzentriert auf die neurologischen Krankheitsbilder und auf die Pflegedefizite, die damit auftreten. In der Ambulanz ist das anders, weil jeder Patient ja anders ist und jeder eine andere Erkrankung mit sich bringt. Das heißt, die Pflegekräfte, die da arbeiten, haben ein viel größeres Fachwissen. Müssen sie ja auch. – Andrea, Pos. 16

(...) Das ist wie im Krankenhaus, die werden träge. Die machen nur ihre Sachen. Wenn man im Krankenhaus zu jemandem sagt: „Du kannst mal nächste Woche auf die Innere gehen und da mal eine Woche arbeiten“, dann fallen die tot um. Also Rotation ist ja im Krankenhaus fast nicht möglich. Bei uns rotieren die regelmäßig. (...) – Andrea, Pos. 84

Wiederum andere der befragten Pflegefachpersonen, vor allem jene mit einem beruflichen Hintergrund in der Altenpflege, sind durch das Setting der stationären pflegerischen Versorgung geprägt und loben in diesem Zusammenhang das Privileg, im Vergleich zum Pflegeheim nun mehr Zeit für die pflegebedürftigen Menschen zu haben.

(...) Ja, also man kann eins nach dem anderen abarbeiten, sozusagen. Das ist oftmals der Vorteil. Im Pflegeheim muss man sich mit 20 Leuten, ja, wie manchmal gemeinsam auseinandersetzen. Ist natürlich da auch schwieriger und es ist halt in der ambulanten Pflege, seh' ich jetzt, ich persönlich, als Vorteil, dass ich sage: Ich bin jetzt bei dem und kann mich voll auf den Kunden, die Kundin konzentrieren, ihre Sorgen und Wünsche. (...) Simon, Pos. 58

Gleichzeitig scheinen sich die Pflegefachpersonen bereits an dieses Privileg, an diesen Vorteil gewöhnt zu haben, und beurteilen die unterschiedlichen Träger und Arbeitgeber in diesem Setting wiederum nach diesem Kriterium, wie mit Zeitdruck im Unternehmen umgegangen wird. Das theoretische Sampling der Autorin für diese Ph.D.-Thesis verfolgte unter anderem die Annahme, dass private Träger aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und der Effizienz eine höhere Affinität aufweisen, Zeitdruck unter ihren Mitarbeiter*innen zu verbreiten. Diese Annahme konnte im Verlauf der Gespräche mit den Pflegefachpersonen nicht

gehalten werden, vielmehr scheint es darauf anzukommen, welche Haltung der oder die Inhaber*in des privaten Pflegedienstes zu dieser Thematik aufweist oder welche Ausrichtung des Trägers zugrunde liegt. Weiterhin wird der entstehende Zeitdruck maßgeblich davon beeinflusst, wie die Führungspersonen innerhalb des ambulanten Pflegedienstes handeln, ob sie diesen aus ihrer eigenen Führungshaltung heraus verstärken oder den Mitarbeiter*innen gegenüber abmildern.

(...) Das ist aber wirklich einfach nur abhängig von den Köpfen, also Pflegedienstleitung und Stellvertretende und Pflegequalitätsbeauftragte arbeiten da alle Hand in Hand, haben dasselbe Ziel und ja, dann funktioniert das. Ich hab' das auch anders erlebt, das stimmt. – Jona, Pos. 22

Nachdem die Interpretationen der Autorin zur Reflexionsfähigkeit der Pflegefachpersonen entlang der Kategorien pflegerisch-berufliche Identität und Dimensionen des Settings aufgezeigt wurden, verfolgt die Autorin im Folgenden die Auswertung zum aktiv-ethischen Handeln, das sich unter Zuhilfenahme ethisch definierter Werte zeigt.

Das aktiv-ethische Handeln in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen

Ordnet man empirische Daten in bestehende theoretische Modelle ein, die nicht aus diesen Daten selbst entwickelt wurden, so kann sich die Problematik ergeben, dass die empirischen Daten nicht perfekt in diese Theorie „hineinpassen“ wollen. Diese Problematik erfährt die Autorin innerhalb der Darstellung der vierten und letzten Kompetenzkategorie des aktiv-ethischen pflegerischen Handelns. Die Problematik zeigt sich aus der Verbindung von Olbrichs ([1999]/2018) Anspruch, dass Pflegefachpersonen sich in ihrem Tun dezidiert auf ethische Werte beziehen müssen, damit diese Kompetenzstufe als „erreicht“ gilt und der Tatsache, dass sich in den Gesprächen mit der Autorin lediglich eine Pflegefachperson auf Ethik und deren Werte explizit bezieht. Es zeigt sich jedoch auch, dass viele weitere Pflegefachpersonen diese Werte durchaus im Hinblick auf ihr Handeln und dessen Begründung bedienen, auch wenn sie es nicht ganz deutlich formulieren. Daher möchte sich die Autorin von der strengen Vorgabe Olbrichs hier etwas distanzieren und stellt ihre Interpretation des pflegerischen Handelns innerhalb dieser Kompetenzkategorie dar, wenn es sich nach Ansicht der Autorin um handlungsleitende Begründungen handelt, welche Werte wie Menschenwürde, Autonomie oder Gerechtigkeit adressieren. Die Übergänge zwischen dem reflektierenden und aktiv-ethischen Handeln können mit dieser etwas freieren Interpretation des Wertebezugs durchaus verschwimmen und die Begründung für die Zuordnung in diese oder jene Kompetenzkategorie ist letztlich der Sozialisation der Autorin geschuldet. Wurde im vorangegangenen Abschnitt der Unterschied zwischen den Pflegesettings und deren Arbeitsimplikationen erläutert, ergibt sich ein Aspekt, welcher in diese Kompetenzkategorie eingeordnet werden soll, weil er eben jene Werte wie Menschenwürde, Autonomie und

Gerechtigkeit mit anspricht: Es ist der Umgang der Pflegefachpersonen mit dem empfundenen Zeitdruck, auch wenn diese Werte nicht direkt benannt werden.

(...) Und es ist ein Mensch [der Chef], der einfach sagt, der Mensch zählt mehr als das Geld, als die Zeit und im Endeffekt sollte einfach jeder fair behandelt werden. Der Patient sollte eine vernünftige, kompetente, hochwertige Pflege bekommen. Die Pflegekraft soll vernünftig bezahlt werden. Sie soll einen angemessenen Zeitraum haben, um den Menschen, ja, Hilfestellung zu geben. (...) – Alexandra, Pos. 4

Grundsätzlich ist es den Pflegefachpersonen ein Anliegen, dass sie in ihrer Führungspersonen jemanden vorfinden, welcher sich zumindest implizit auf diese Werte bezieht und diese an seine Mitarbeiter*innen weiterkommuniziert und sie reflektieren ihre Tätigkeit in diesem Pflegedienst entlang dieser implizit zugrundeliegenden Werte.

Weiterhin ergeben sich im Gesamten für die Autorin zwei größere Felder, innerhalb welcher aktiv-ethisches Handeln von den Pflegefachpersonen reflektiert wird. Dies betrifft zum einen die Ausrichtung des eigenen pflegerischen Handelns an einem Ideal, an einem Ethos, das sich wiederum auf von der Autorin interpretierte ethische Werte bezieht. Das zweite Feld betrifft das Phänomen der „Weglass-Atmosphäre“, welches den Rückbezug auf die ethischen Werte sozusagen als Negativ-Beispiel in den pflegerischen Begründungen darstellt.

Im Folgenden wird zunächst ein für die Autorin erkennbares pflegerisches Ideal beschrieben, das sich aus der Interpretation der Autorin dessen ergibt, was für die Pflegefachpersonen im Handeln mit den pflegebedürftigen Menschen wichtig zu sein scheint.

Dazu gehört grundsätzlich die Bereitschaft, sich mit seiner Persönlichkeit in die pflegerische Situation einzubringen, d. h. spezifische Charakterzüge, aber auch die Ausgestaltung eigener Interessen und Wichtigkeiten, die in die Pflege mit eingebracht werden und diese gestalten. Nach Interpretation der Autorin dient dies dazu, wahrgenommene Barrieren im Behandlungsprozess zu überwinden, etwas in der Versorgung zu erreichen, das auf den ersten Blick nicht selbstverständlich zu sein scheint. Margret bezieht sich auf ihre Persönlichkeit, mit der sie wohl auch bereits angeeckt ist.

(...) Ich misch' mich gerne ein, das ist mir wichtig. Tja, no risk, no fun. Es ist ein Kampf manchmal, es ist wirklich ein Kampf, aber man kommt vielleicht nicht dahin, wo man hinmöchte, aber man kriegt eine Verbesserung hin in der ganzen Situation und das ist doch schon mal viel wert. – Margret, Pos. 93

Joachim bezieht seine Liebe zur Musik in die Pflege ein und verknüpft diese mit dem ureigenen pflegerischen Anspruch, auf jeden Menschen so einzugehen, wie es dessen Zustand erfordert.

(...) Ja, das sind so, also einfach, das sind Lieder, die vor allem bei „Kein schöner

Land in dieser Zeit", da haben Apalliker³⁸ den Mund mitbewegt, die keinen Ton mehr rausgekiegelt haben. Da haben die Augen gesprochen. Das funktioniert nicht jedes Mal. Das ist wie bei allem, aber in einzelnen Situationen war das so berührend und schön, weil da ein gegenseitiges, gegenseitig Kontakt da war: „Hey, wir verstehen uns.“ Ja, da kommt was an und auch das Signal an, an die Person, an die apallische Person, die gemerkt hat: „Hey, da, da kapiert einer mich, ja, da nimmt mich einer ernst und macht was mit mir.“ Und das sind besondere, sind besondere Momente. (...) – Joachim, Pos. 28

Ethische Werte werden nicht explizit benannt und doch interpretiert die Autorin ein gesteigertes Maß an aktivem Handeln der Pflegefachpersonen, das sich zugunsten der pflegebedürftigen Menschen ausrichtet – ungehindert der vorliegenden Barrieren zur Verständigung oder innerhalb des ambulanten Versorgungssystems mit seinen Strukturen und Hierarchien. Die Pflegefachpersonen übernehmen aktiv Verantwortung für eine an den pflegebedürftigen Menschen angepasste Ansprache und Begleitung, um eine Verbesserung seines Zustandes, seiner Versorgung, seiner empfundenen Menschenwürde, wenn auch aus Sicht der Pflegefachpersonen, zu erreichen. Weiterhin reflektieren Pflegefachpersonen ihre Art und Weise, innerhalb der ambulanten Versorgungsstrukturen mit den Menschen umzugehen und leiten daraus Maxime ab, die sie im Gespräch mit der Autorin darstellen. Im folgenden Ausschnitt geht es um den von Silke empfundenen Zeitdruck und dessen Implikation auf die Sicherheit der pflegebedürftigen Menschen innerhalb der Bewegung selbst, aber auch um die Implikation der Qualität einer Begegnung zwischen zwei Menschen, die entweder vom reinen Dienstleistungsgedanken angetrieben wird oder von dem Gedanken, eine Person im Hier und Jetzt zu unterstützen, in dem, was sie benötigt; da zu sein im Sinne einer atmosphärischen-leiblichen Anwesenheit.

(...) Aber wie geht es denn gerade der Person? Denkt sie sich, naja, ich würde gern noch einen Moment durchatmen? Manchmal, oder ganz oft frage ich zum Beispiel erst einmal, ob sie was trinken möchte. (...)
Aber das nützt nichts, weil die Person, die wir vielleicht ziehen, schieben, drücken wollen, die wird nur verunsichert. Das heißt, wir müssen uns in dem Moment zurücknehmen und der Person die Zeit geben, die sie braucht, um halt ins Bad zu kommen. (...) – Silke, Pos. 4+6

Nach Interpretation der Autorin geht es in dieser Auslegung des aktiv-ethischen Handelns darum, ob Pflegefachpersonen sich selbst als Person auf die zu pflegende Person in diesem Augenblick einlassen können, ob eine Kommunikation auf tieferer Basis gewünscht

³⁸ Menschen mit apallischem Syndrom. Dieses zeichnet sich durch eine Schädigung der Hirnrinde aus und geht nach den aktuellen medizinischen Definitionen mit einem Zustand von Wachheit und Bewusstseinsverlust einher (Hufschmidt et al. [1997]/2017). Betroffene sind demnach nicht mehr in der Lage, sich bewusst zu bewegen oder mit ihrer Umwelt zu kommunizieren. Entgegen dieser Definitionen gibt es mittlerweile durch Erfahrungsberichte und weitere Forschung Zweifel am Status des Bewusstseinsverlusts, weshalb der Begriff des apallischen Syndroms immer wieder in der Diskussion steht (Erbguth & Dietrich, 2013).

und forciert wird, indem der zu pflegende Mensch nicht nur als Teil der momentanen Arbeit gesehen wird, sondern in seinem Sein begleitet wird.

Weiterhin gibt es Pflegefachpersonen, welche die ethische Implikation ihres Handelns direkt benennen und damit diese Komponente der pflegerischen Arbeit sehen und nach außen hin explizit vertreten. Die Darstellung pflegerischer Arbeit nach außen hin mit dem Ziel, ethische Werte unter Berücksichtigung von Fallbeispielen zu veranschaulichen, eine ethische Dimension des Handelns zu vertreten, die über die gewohnte Beschreibung pflegerischer Abläufe und Ziele hinaus geht und möglicherweise in Konfrontation zu strukturellen oder krankheitsbedingten bestehenden Barrieren steht. Auch die beiden zuvor genannten Beispiele von Margret und Joachim interpretiert die Autorin auf Basis dieser Erklärung als explizite Darstellung der Pflege nach außen hin, sich auf einen Menschen so einzulassen, wie sein Zustand oder wie die Zustände um ihn herum es erfordern.

(...) Aber wir arbeiten ja mit Menschen und dann geht's dann halt auch um soziale Kategorien und soziologische Kategorien und Ethik usw. Genau. Und da muss man schon eine Einstellung dafür haben, denk ich, also (...) sei es die einfachste, ich möchte mal selbst im Alter so gepflegt werden, als unerschwinglichste. (...)

(...) dass, dass man schon direkt merkt, also aus anderen Erfahrungen her, wo fühlt sich der Patient dann am Ende wohl und wo nicht. Also, wird der da komplett übermannt und ist gar nicht mehr Herr seiner Lage, also dass die Autonomie des Patienten komplett übergeben wird oder fühlt er sich wohl in dem Prozess und weiß, dass die Maßnahmen, die ihm angedeihen, halt auch wirklich sinnvoll für ihn sind aus professioneller, aus menschlicher Hinsicht usw. (...) – Jona, Pos. 26+28

Begreift man Pflege wie oben beschrieben mit ethischer Implikation, mit Rückbezug auf Menschenwürde, Gerechtigkeit, Kampf für und um Anerkennung, Autonomie, befinden wir uns bereits inmitten der Kernkategorie, welche die damit verbundenen Herausforderungen und Chancen weiter beleuchtet wird. Zunächst soll jedoch der zweite Bereich, die pflegerische Wahrnehmung einer sogenannten „Weglass-Atmosphäre“ als Gegenpol aufgezeigt werden, von welchem aus sich die ethische Implikation der Pflege als Tätigkeit im Umkehrschluss darstellen lässt. Die Weglass-Atmosphäre ist ein Begriff, der von Joachim in das Gespräch mit der Autorin eingebracht wurde und die Autorin auf ein Phänomen aufmerksam gemacht hat, welches durchaus in der ambulanten Pflege zur Kompensation des empfundenen Zeitdrucks existiert. In Reaktion auf dieses Aufmerksamwerden veränderte die Autorin ihren Gesprächsleitfaden dahingehend, dass das folgende Phänomen in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen von mir angesprochen wurde – in vorsichtiger Art und Weise, um keine Stigmatisierung oder Verteidigungshaltung unter den Pflegefachpersonen zu erzeugen.

(...) Das ist auch eine Entwicklung, die ich feststelle. Eine Weglass..., es hat sich eine Weglassatmosphäre entwickelt. Durch Zeitdruck (...). Aber ich mache und es kommt

(...) so ungeheuer oft vor, (...) dass dann Leistungen ausfallen, die trotzdem bezahlt werden müssen von beiden. Das kommt so viel vor oder wo Teile der Leistungen nicht erbracht werden, aber abgerechnet werden dürfen und wo man auch angehalten ist, es dann auch abzurechnen. Wir müssen es dann ja auch. Das ist auch Dienst-anweisung. Weil es sich im legalen Rahmen befindet. (...) – Joachim, Pos. 10+12

Im Verlauf der Gespräche zeigte sich nach Anpassung des Gesprächsleitfadens, dass sehr viele der befragten Pflegefachpersonen die Erfahrung machen, dass Leistungen aus Gründen des Zeitdrucks zwar abgerechnet, aber nicht vollständig erbracht werden. Begründet wird dies letztlich natürlich nicht mit dem Zeitdruck, sondern mit einer Vielzahl anderer Argumente, welche gegenüber Dritten auf nachvollziehbare Art und Weise dargestellt werden können. Vieles davon bezieht sich auch auf den Willen und den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Menschen, was sicherlich im Einzelfall auch korrekt und angebracht ist, um Gefahrensituationen zu vermeiden. Der Abwägungsprozess wird jedoch von den befragten Pflegefachpersonen individuell durchgeführt und entschieden, was immer wieder zu Herausforderungen im Hinblick auf die weitere Gestaltung und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit führt. Diese Konsequenzen, welche sich aus der Weglass-Atmosphäre ergeben, werden innerhalb der Kernkategorie weiterhin beschrieben. Hier dient sie dazu, aufzuzeigen, dass Pflegefachpersonen die daraus entstehenden Komplikationen und Veränderungen der Beziehung zum pflegebedürftigen Menschen abstrahieren und sich dazu positionieren, wenngleich dies von den befragten Pflegefachpersonen nur wenige tun – was jedoch auch damit zu tun haben kann, dass sich nicht alle der befragten Pflegefachpersonen zur Weglass-Atmosphäre geäußert haben bzw. keine Erfahrungen damit bisher gemacht haben, die genannt wurden; möglicherweise dieses Phänomen auch nicht zugeben wollten.

Kompetenz heißt vor allen Dingen auch ehrlich. Ehrlich heißt, also wenn die Leistung, die berechnet wird, auch wirklich erbracht wird. – Ulrike, Pos. 101

Nachdem im Verlauf des Kapitels zunächst Olbrichs ([1999]/2018) vier Kategorien zur Einteilung und Veranschaulichung der Pflegekompetenzstufen vorgestellt wurden, bediente sich die Autorin dieser Theorie, um die aus den Daten interpretierten Kompetenzen der Pflegefachpersonen einzuordnen und auszuwerten. Es zeigt sich im Großen und Ganzen, dass das situativ-beurteilende Handeln das vorherrschende ist, wenn es darum geht, den pflegerischen Arbeitsalltag in seiner Dimension der Tätigkeiten abzubilden. Laut Olbrich entspricht diese Kompetenzstufe nach dem Kompetenzmodell von Benner ([1994]/2017) jenem der Expertin. Das reflektierende und aktiv-ethische Handeln hingegen zeigen handlungsleitende Implikationen für die Begründung und Veränderung pflegerischen Handelns in Abstimmung auf den pflegebedürftigen Menschen auf. Beachtet man die Sprecher*innen innerhalb der dargestellten Gesprächsausschnitte, zeigt sich auch hierin, inwieweit Pflegefachpersonen die unterschiedlichen Kompetenzstufen verinnerlichen, wobei einschränkend

gesagt werden muss, dass die ausgewählten Zitate nicht den Gesamtumfang der Zitate zu dieser Thematik abbilden. Dennoch gibt es für das aktiv-ethische Handeln nur wenige Pflegefachpersonen, welche ihre Tätigkeit nach den dargestellten Kriterien reflektieren und nach außen hin bewerten.

Die Autorin möchte die gewählte Kompetenztheorie Olbrichs ([1999]/2018) mit ihrem phasenweisen Rückbezug auf Benner ([1994]/2017) an dieser Stelle kritisch würdigen. Vor allem anhand der Abbildung 4, welche das pyramidenförmige System der Kompetenzentwicklung aufgezeigt, ist ersichtlich, in welcher Hinsicht sich Olbrich an Benner orientiert, da diese ebenfalls einen pyramidalen Aufbau der Kompetenzlevel nutzt, was sich aus der Anlehnung an das Dreyfus-Modell ergibt. Dies impliziert einen statischen Aufbau der Kompetenzentwicklung und allein aus dieser Abbildung heraus wird nicht deutlich, anhand welcher Faktoren sich die pflegerische Kompetenz bei Olbrich entwickelt. Durch den im Buch frühen Rückbezug auf Benners (auch heute noch) sehr bekanntes und dominantes Werk liegt die Annahme nahe, dass sich auch bei Olbrich die Kompetenz nach Benners damals festgestellten Faktoren entwickelt: nach der Anzahl der Berufsjahre sowie der Menge der gemachten vergleichbaren Patientensituationen. Bereits Inge Vollstedt kritisierte in ihrer Ph.D.-Thesis (1999) Benners Strukturmodell, indem sie deren Annahmen zum Erkenntnisgewinn von Pflegefachpersonen auf die Probe stellte und anhand des Nachvollzugs und der Rekonstruktion von Benners Argumentation nachweisen konnte, dass die Kompetenzentwicklung nicht wie von Benner proklamiert innerhalb eines statischen Prozesses quasi von selbst geschehe, sondern dass dies zum einen eine Interaktion mit den Patient*innen, zum anderen einen hermeneutischen Prozess des Verstehens im Kontakt mit den Patient*innen erfordert (Vollstedt, 1999b). Dies hat vor allem zur Folge, dass es zu einem musterhaften Wandel der Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient*in kommt: Durch die statische Kompetenzentwicklung nach Ansicht Benners, die – überspitzt gesagt – die Patient*innen lediglich als Masse an vergleichbaren Fällen innerhalb eines pflegerisch-medizinischen Fachgebietes sieht, welche die Pflegefachperson zur Entwicklung ihrer Kompetenz „durchlaufen“ muss, stehen die einzelnen Patient*innen als Individuen im Hintergrund der Beziehung. Der Pflegefachperson in ihrem Stadium als Expert*in wird eine intuitive, von Erfahrung geleitete Fähigkeit zur Ableitung derjenigen Maßnahmen attestiert, welche die Patient*in in diesem Augenblick nach Ansicht der Pflegefachperson benötigt. Ihr wird bescheinigt, eine allumfassende Erkenntnis der Situation zu besitzen. Dies bedeutet, dass die Patient*innen ganz selbstverständlich nicht in den Entscheidungs- und Pflegeprozess einbezogen werden, weil die Pflegefachperson deren Annahmen, Gefühle, Motivationen und Wünsche bereits aus ihrer Erfahrung heraus abstrahieren kann – und damit auch ein schnelles und nicht hinterfragungsbedürftiges Handeln möglich ist (Benner, [1994]/2017).

Durch Vollstedts Ausarbeitungen mit der Argumentation, dass Kompetenzentwicklung maßgeblich aus dem Einbezug der Patient*innen in die pflegerische Behandlung und damit aus einem hermeneutischen Prozess des Verstehens resultiert, ergibt sich ein Beziehungsparadigma, das Patient*innen auf Augenhöhe im Behandlungsprozess setzt und der Pflegefachperson die Fähigkeit zur absoluten und korrekten Situationserfassung aller Beteiligten abspricht (Vollstedt, 1999b). Damit entsteht auch ein Wandel der zugrundeliegenden Vorstellung von Erkenntnisgenerierung, insofern als Vollstedts Ausführungen eine konstruktivistische Denkweise, Benner in ihren empirischen Ideen eher eine positivistische begründet.

Die Einflüsse Benners sind in Olbrichs Theorie auch insofern erkennbar, indem die Kompetenzstufen zwar auf pflegerisches Handeln rekurren und auch als handlungsleitend benannt sind, das beschriebene Handeln der Pflegefachperson jedoch oftmals singular betrachtet wird, d. h. ohne den Einbezug der Perspektive der Patient*innen, sondern letztlich ein Handeln beschreibt, das sich manchmal auf die pflegerischen Strukturen bezieht, manchmal auf den Beziehungsaspekt und somit für die Autorin nicht klar erkennbar ist, aus welcher Perspektive hier argumentiert wird. Olbrich erwähnt diesen Kritikpunkt ebenfalls in der Analyse ihrer Kompetenztheorie und begründet diesen als der ersten Kompetenzstufe der Theorie inhärent. Die Autorin hält Olbrich zugute, dass die Kompetenzentwicklungsstufen der pflegerischen und ethischen Reflexion im Sinne einer konstruktivistischen Erkenntnishaltung angelegt sind und Olbrich sich hier von Benner und der beschriebenen Allmacht pflegerischer Wahrnehmung distanziert. Sie versteht Patient*innen als Folge dieser Erkenntnishaltung radikal als Subjekte und in einen Beziehungsprozess mit Pflegefachpersonen eingebettet (Olbrich, [1999]/2018, S. 137–139).

Begreift man diesen unter einer konstruktivistischen Erkenntnishaltung, wird auch deutlich, dass ein Beziehungsprozess innerhalb eines hermeneutischen Verstehens immer vom Verstehen beider Parteien abhängig ist. Das bedeutet, dass auch eine Pflegefachperson mit der Kompetenzstufe des oder der Expert*in nicht in diesem Sinne handeln kann, wenn das Verstehen der pflegebedürftigen Menschen dem nicht angepasst ist. Interaktion und Handeln konstituieren sich dann auf der jeweils niedrigeren Kompetenzstufe. Auch umgekehrt findet sich dieser Prozess, beispielsweise im Rahmen einer Interaktion zwischen unerfahrenen Pflegefachpersonen und Menschen mit einer langjährigen chronischen Erkrankung, welche durch ihren Krankheitsweg bereits unzählige Erfahrungen mit pflegerischem und medizinischem Personal sowie der Manifestation der Erkrankung gemacht haben.

Die Kompetenzentwicklung nach einem Stufenmodell findet sich implizit auch wieder in den Gesprächen zwischen der Autorin und den Pflegefachpersonen, indem diese von ihren

Mitarbeiter*innen und Kolleg*innen durchaus fundierte Kompetenzen innerhalb des situativ-beurteilenden und des reflektierenden Handelns erwarten und wenig Verständnis für die tatsächlich durchgeführte Arbeitsweise aufbringen. Diese Äußerungen vernahm ich innerhalb der Gespräche mit den Pflegefachpersonen oft von den Pflegedienstleitungen darunter, aber auch immer wieder von weitergebildeten Pflegefachpersonen, die das Handeln ihrer Kolleg*innen bewerten oder auch von Pflegefachpersonen, die ihren Vergleich aus dem flüchtigen Eindruck des kurzen Zusammentreffens im Dienstzimmer oder aus der Pflegedokumentation im Pflegehaus ziehen. Bereits angesprochen hat die Autorin diesen Zusammenhang innerhalb der Notfallkompetenz, welche den Mitarbeiter*innen von den befragten Pflegefachpersonen attestiert wird oder nicht. Im Grunde liegen die Vorbehalte gegen die als nicht kompetent bezeichneten Pflegefachpersonen in der Annahme, dass diese die im Pflegehaus vorliegende Situation nicht in das regelgeleitete Handeln einbeziehen können, dass diese mit der vorliegenden Situation überfordert seien und ihnen die Routine des Handelns im Notfall fehle. Dies betrifft meistens die jüngeren Pflegefachpersonen. Im Verlauf des Textes zeigt die Autorin bereits ein Beispiel, wie jüngeren Pflegefachpersonen eine von anderen erlebte fehlende Motivation in Bezug auf das Arbeitsengagement attestiert wird. Dies wiederholt sich in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen noch einmal.

Also das Zeitproblem spielt sicher mit eine Rolle, aber es ist, ich weiß nicht, ob, ob von den Mitarbeitern immer der Wunsch da ist, alles möglichst gut zu machen. (...) Ja, finde ich schon, dass das bei den jüngeren eher so ist. Also so empfinde ich es. (...) – Angela, Pos. 72+76

Die Autorin kennt dieses Phänomen auch aus ihrer eigenen Berufstätigkeit. Wie bereits im Abschnitt meiner Sozialisation beschrieben, legt mein Arbeitgeber Wert darauf, mit fachlich und persönlich-sozial kompetenten Pflegefachpersonen und Medizinischen Fachangestellten zusammenzuarbeiten. Gleichzeitig bilden wir als Unternehmen Medizinische Fachangestellte aus. Bei Neueinstellungen stellt sich grundsätzlich oft folgende holzschnittartige und stilisierte Überlegung: ältere Bewerber*innen weisen eher ein Defizit innerhalb der im Arbeitsalltag nötigen EDV-Anwendungen auf. Jüngeren und frisch ausgebildeten Bewerber*innen fehlt eher die Berufserfahrung, der Rundumblick, die Kompetenz allgemein. Dabei nehme ich als forschendes Subjekt, welches innerhalb der Berufstätigkeit auch an Personalentscheidungen beteiligt ist, durchaus einen Generationenkonflikt bezüglich der Werte, Rollen und des Zeitgeists wahr, der sich im Umgang mit den verschiedenen Altersgruppen differenziert zeigt: Ich persönlich bin darin bestrebt, jüngere Mitarbeiter*innen zu fördern, zu entwickeln, mit den Auszubildenden Kompetenzen zu erarbeiten, die über diejenigen des reinen täglichen Arbeitsalltags hinausgehen. Gleichzeitig erlebe ich bei meinen älteren Kolleg*innen den beschriebenen Vorbehalt gegen die Kompetenz und den Rundumblick und damit verbunden eine Ungeduld, den jüngeren Mitarbeiter*innen und den

Auszubildenden auch Entwicklungszeit in dieser Hinsicht zu gewähren. Umgekehrt ähnlich stellt es sich bei den älteren Fachpersonen dar, welche wir einstellen: Erlebe ich, dass innerhalb der Einarbeitung ein möglicherweise vorhandenes EDV-Defizit nicht bearbeitet, sondern aus Angst, etwas falsch zu machen, gemieden wird, reagiere ich eher mit Ungeduld als meine älteren Kolleg*innen, welche dafür eher Verständnis aufbringen. Da sich dieselbe Alterskonstellation innerhalb meiner Gespräche mit den befragten Pflegefachpersonen ergeben hat, ordnete ich die Aussagen der Pflegefachpersonen, welche die jüngeren Kolleg*innen pauschal abqualifizierten, entsprechend meiner beruflichen Erfahrung des Generationenkonflikts ein und bewertete sie für mich innerlich dahingehend nicht.

Weiterhin zeigt sich innerhalb der Gespräche mit den Pflegefachpersonen ein weiteres Beispiel für die Handlungsbewertung der anderen, welche die den Pflegeberufen oft attestierte Unterscheidung zwischen Beruf und Berufung adressiert.

(...) Ob einer mit Leib und Seele dabei ist oder ich muss halt mein Geld verdienen (...). – Simon, Pos. 16

Auch Angela macht diese Erfahrung:

(...) Da sind Aussagen, die sagen mir: „Ich hab' Feierabend und dann mach' ich das nicht mehr.“ Aber sie hätten auch, also das sollen sie ja auch nicht in der Freizeit machen. Sie dürfen das ja auch als Arbeitszeit machen. Das ist ja gar nicht so. (...) Aber ich hab' echt das Gefühl, es ist teilweise kein Interesse da. (...) aber ja, Feierabend und dann gehen wir heim und dann sind ja auch viele, die Kinder haben oder die Familie haben und die dann sagen „okay, guck' ich nicht mehr 'rein.“ Ist ein bisschen schade. (...) – Angela, Pos. 22

Angelas Aussage bezieht sich dabei nun auf sämtliche Pflegefachpersonen, welche sich aus ihrer Sicht aus diversen Gründen nicht fortbilden im Sinne dessen, dass sie regelmäßig Fachzeitschriften lesen oder neue betriebsrelevante Entwicklungen im Intranet des Trägers verfolgen. Auch Simon adressiert diesen Unterschied innerhalb der Pflegefachpersonen, ob jemand bereit ist, sich zu hinterfragen, sich weiterzuentwickeln und Engagement zu investieren, oder ob sozusagen „Dienst nach Vorschrift“ gemacht wird, wie Sonja es im Gespräch bezeichnete (Pos. 34). Hier zeigt sich also nach Interpretation der Autorin ein Unterschied darin, ob eine Pflegefachperson ihren Beruf als Broterwerb oder als Berufung sieht und ausfüllt. Beides hat formal seine Gründe und seine Berechtigung, wird jedoch offensichtlich von den Kolleg*innen in seiner Dimension erkannt und entsprechend positiv oder negativ bewertet. Auf der Suche nach Literatur zu dieser intrinsischen Unterscheidung stößt die Autorin dabei immer wieder auf die Unterscheidung zwischen Pflege als Berufung und einer krankhaften Veränderung des pflegerischen Mitgefühls, der sogenannten *compassion fatigue*. Dabei stellt sich für die Autorin die Frage, inwieweit Pflege unter

gesellschaftlichen Gesichtspunkten überhaupt ein Beruf sein kann, der „nur“ als Broterwerb dient. Denn dabei schwingt eine negative Konnotation mit, die sich auch darin zeigt, mit welchen Maßnahmen die *compassion fatigue* am besten therapiert werden kann („Eat a balanced diet and engage in regular exercise.“ (Castellani, 2021)). Zur Thematik der *compassion fatigue* findet sich nach weiterer Recherche mehr Literatur, welche diese auch vom Krankheitsbild des Burn-outs abgrenzt sowie Ursachen und das Präventionsmanagement innerhalb der Kliniken beschreibt (Salmond et al., 2019).

Innerhalb dieses Kapitels wurde von der Autorin dargestellt, nach welchen Kriterien die Pflegefachpersonen eine Pflegebedürftigkeit im Pflegehaus einschätzen. Dabei wurden die Aspekte entlang einer gedachten Zeitachse im Rahmen der sich entwickelnden Vertrauensbeziehung zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus interpretiert. Diese Ausrichtung impliziert erneut, dass die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit ein dynamisches, wechselseitiges und von Interaktionen geprägtes Konstrukt ist. Betrachten wir die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit, so liegt es nahe, ganz grundlegend auch die Kompetenz der Pflegefachpersonen in den Blick zu nehmen – da auch diese immer wieder Thema bei den befragten Pflegefachpersonen ist. Olbrichs Theorie der Pflegekompetenz ([1999]/2018) diente hier als Struktur, um pflegerische Kompetenzen einerseits theoretisch zu beschreiben, andererseits die Aussagen der Pflegefachpersonen innerhalb dieser Struktur zu verorten, um einen nachvollziehbaren Überblick über die selbst eingeschätzte Kompetenz und jene der Kolleg*innen aus Sicht der Pflegefachpersonen unter Interpretation der Autorin zu vermitteln. Die Frage nach der Kompetenz belanget dabei auch immer wieder am Rande die weiterführende Frage, inwieweit sich die pflegerische Berufstätigkeit zwischen Ethos und Erwerbstätigkeit bewegt. Diese Implikation wird im Verlauf des nächsten Kapitels, innerhalb der Darstellung der Kernkategorie weiterhin ausgeführt.

8 Kernkategorie: Induzierte Polarisierung der Expertise

Die Kernkategorie dieser Ausarbeitung lässt sich als Konsequenz aus der Austarierung dreier Waagschalen zwischen drei abstrakten, sich ergänzenden und gleichzeitig entgegengesetzten Phänomenen der Interaktion und Kommunikation zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus begreifen. Dabei spielen diese Phänomene insofern eine wichtige Rolle, weil sie dann auftreten, wenn der Beziehungsprozess zum einen von einem hierarchischen Aspekt geprägt wird. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn hinsichtlich der pflegerischen Organisation uninformierte pflegebedürftige Menschen auf eine kompetente, informierte Pflegefachperson treffen. Das hierarchische Verhältnis zeigt sich in diesem Fall im Gefälle des Wissens. Es kann jedoch auch den Kontakt pflegebedürftiger Menschen zur Gesellschaft betreffen oder sich – im ganz basalen Fall – im Einfordern der Dienstleistungsorientierung durch das Pflegehaus manifestieren. In den Gesprächen der Pflegefachpersonen und der Autorin zeigt sich darüber hinaus, dass die Balance der Waagschale von der Interaktion zwischen beiden Parteien abhängt und diese in einem wechselseitigen Prozess stetig in Bewegung ist, um mit jeder Begegnung neu ausgehandelt zu werden. Die Kernkategorie trägt zur Verdeutlichung dieser Aushandlungsprozesse den Namen „induzierte Polarisierung der Expertise“. Mit dieser Namensgebung durch die Autorin sind mehrere Bedeutungen verbunden, die zunächst erklärt werden sollen.

Die „Induktion der Polarisierung“ geschieht zum einen über den erwähnten Aushandlungsprozess, welcher in Bezug auf die drei darzustellenden Waagschalen der Interaktion stattfindet. Zum anderen jedoch resultiert diese entstehende Polarisierung auch aus den bisher abgehandelten Rahmenbedingungen, d. h. die gesellschaftlichen Bedingungen, unter welchen Pflege heutzutage ihren Platz als Dienstleistung einnimmt, die Gegebenheiten, welche die Pflegefachperson im Pflegehaus vorfindet, sowie die Implikationen von Professionalität und der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit, welche wiederum die Pflegefachperson in ihrer Expertise prägen. Spricht die Autorin von Polarisierung, so ist damit gemeint, dass sich die Interaktion der Pflegefachperson auf einem Kontinuum zwischen zwei sich entgegengesetzten Polen bewegt und von diesen Phänomenen beeinflusst wird. Dabei ist konstituierend, dass die im Verlauf folgenden Waagschalen die Pole darstellen. Weiterhin meint der Ausdruck „Polarisierung der Expertise“, dass die Polarisierung, also das Gestalten der Interaktion, spezifisch auf die Expertise der Pflegefachpersonen bezogen wird: Zum einen führte die Autorin die Gespräche mit Pflegefachpersonen und bezieht sich daher in ihrer Interpretation auf deren Aussagen, Einschätzungen und Emotionen. Der Fokus liegt demnach bereits aus diesem Grund auf der Situationsdarstellung der Pflegefachpersonen und ist insofern von deren Sichtweise einseitig geprägt, als die Darstellung der Situation durch die Pflegehäuser keine Berücksichtigung findet. Des Weiteren ist das

Vertrauensverhältnis zwischen Pflegefachperson und pflegebedürftigem Mensch trotz allem eine hierarchische Beziehung, die sich durch ein Gefälle von Wissen, Zugängen, Netzwerken, strukturellen Vorgaben und einer Gestaltungsmacht zugunsten der Pflegefachperson bemerkbar macht. In diesem Sinn ist auch die Pflegefachperson in der Darstellung der herausfordernden Phänomene in der hierarchischen Stellung, die Situation nach ihrer Einschätzung zu bearbeiten oder mit nachfolgenden Interaktionen zu entscheiden und zu prägen. Die Pflegefachperson reagiert demnach entscheidend auf eine Interaktion des Pflegehauses – und stellt diese Entscheidung individuell im Gespräch mit der Autorin dar, welche diese wiederum auf Basis ihrer subjektiven Prägung interpretiert. Die in der Kernkategorie abstrakten, von der Interaktion beeinflussten Phänomene und Pole der Interaktion betreffen dabei die Balance von Nähe und Distanz, die Ausgestaltung zwischen Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung sowie das Abwägen einer pflegerischen Handlung, geprägt von einem pflegerischen Ethos oder von einer technokratischen Haltung. Die Waagschalen scheinen sich damit nach der Bezeichnung auch gegenüberzustehen, im Verlauf der einzelnen Beschreibungen zeigt sich jedoch, dass jedes Phänomen das jeweils entgegengesetzte benötigt und sich in einigen Interaktionen eine Realisierung des einen durch das jeweils andere erst ergibt, sich die Waagschalen insofern auch ergänzend darstellen.

Im Folgenden werden die drei abstrakten Waagschalen paarweise nacheinander vorgestellt, um der Leserschaft einen Eindruck von der Fragilität des Beziehungsprozesses im Hinblick auf die Interaktion zwischen Pflegehaus und Pflegefachperson zu vermitteln. Dabei werden die Interaktionen von beiden Seiten unabhängig und abhängig vom Verhalten der jeweils anderen Partei beeinflusst.

Die Darstellung der Kernkategorie ist bewusst im selben Stil wie die analytischen Kapitel gehalten und bedient sich ebenfalls der Gesprächsauszüge aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen, um zu verdeutlichen, wie die Pflegefachpersonen auf einen tieferen Sinn ihrer Arbeit und die damit verbundenen Herausforderungen referieren. Weiterhin soll dieses Vorgehen aufzeigen, dass die Kernkategorie nicht als Conclusio der analytischen Kapitel entstanden ist, sondern ein eigenes, komplexes Phänomen darstellt, welches in den Daten fundierbar ist und von den Aspekten, welche in den analytischen Kapiteln dargelegt wurden, maßgeblich beeinflusst wird – wiederum im Sinne einer Waagschale.

Die Autorin beginnt im nächsten Abschnitt mit der Abwägung zwischen Nähe und Distanz, die als Herausforderung der Pflegebedürftigkeit für die Pflegefachpersonen interpretiert wird.

8.1 Nähe und Distanz

In Kapitel 7.4 erwähnte die Autorin einen Gesprächsauszug von Alexandra, die darin betonte, dass sie auf der einen Seite im Pflegehaus Kompetenz ausstrahlen möchte, auf der anderen Seite jedoch merkt, dass sie mit dem damit verbundenen Gebrauch von Fachsprache eine Barriere zwischen sich und den dort anwesenden Menschen schafft und für Distanz sorgt. Die Herausforderung und gleichzeitige Notwendigkeit, als Pflegefachperson in einer mitunter engen Beziehung zu einem pflegebedürftigen Menschen zu stehen, wird in diesem Abschnitt weiter erläutert. Wie bereits in den vorangegangenen analytischen Kapiteln aufgezeigt werden konnte, ist das Vertrauen des Pflegehauses zur Pflegefachperson nicht automatisch und selbstverständlich ab dem Beginn der Pflegetätigkeit vorhanden, sondern etabliert sich im Verlauf einer kontinuierlichen Beziehung. Aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen eruiert die Autorin mehrere Gründe für das Entstehen und den Sinn von Nähe – physische, psychische und auch emotionale Nähe zwischen der Pflegefachperson und dem pflegebedürftigen Menschen und wie diese empfundene Nähe von den Pflegefachpersonen verwaltet wird.

Ganz grundlegend entsteht Nähe aus der Tatsache heraus, dass sich die Pflegefachperson über einen längeren Zeitraum kontinuierlich im Pflegehaus befindet und in dieser Zeit regelmäßig mit den dort anwesenden Menschen in Interaktion tritt. Dies ist insofern positiv für die Pflegebeziehung, da in dieser Zeit Vertrauen wächst und, wie in den bisherigen Ausführungen gezeigt werden konnte, darüber auch eine tiefere, intimere Kommunikation über die benötigten Leistungen der pflegebedürftigen Person stattfinden kann.

Also der Mitarbeiter vor Ort ist sehr nahe dran. Das ist einfach so, wir haben viele unserer Klienten über viele, viele Jahre, und das heißt, [dass] wir ja in diese Privatsphäre Häuslichkeit kommen, Familienstreitereien mitbekommen, Familienzwiste (...). – Michael, Pos. 28

Die Pflegefachpersonen zeigen in den Gesprächen auf unterschiedliche Art und Weise auf, wie sie im Pflegehaus als „externes Familienmitglied“ angenommen werden. Sei es der Einbezug in Familienangelegenheiten, wie hier von Michael erwähnt, oder das morgendliche auf dem Tisch angerichtete Marmeladenbrötchen, um das nicht gebeten wurde. In diesem Sinne versteht die Autorin den Ausdruck „externes Familienmitglied“: Aus den Aussagen der befragten Pflegefachpersonen zur Thematik, wie sie von den pflegebedürftigen Menschen in intime Sorgen und Angelegenheiten eingeladen werden, kann abgeleitet werden, dass die über Jahre kennengelernte und vertraute Pflegefachperson untrennbar zum Alltag der pflegebedürftigen Menschen dazugehört. Einige der pflegebedürftigen Menschen scheinen auf eine dienstleistungsorientierte, rein professionelle Pflegebeziehung verzichten zu wollen und bieten den Pflegefachpersonen aktiv an, in deren Leben einzutreten, sie als

komplette Person kennenzulernen. Vor allem Menschen, die unter Einsamkeit leiden, sind froh, wenn die Pflegefachperson zur vereinbarten Zeit bei ihnen erscheint und mit ihnen in den Austausch geht. Auch Menschen, deren Partner*in verstorben ist, scheinen sich in der Folge der aufkommenden Trauer und Einsamkeit mehr den Pflegefachpersonen zuzuwenden, um das Gefühl des Alleinseins zu bewältigen.

(...) Klar, haben wir auch Kunden, die sagen, wir wollen nur mit Vornamen angesprochen werden. Das gibt's auch. Die sagen dann, „ich bin nicht der Herr Müller Maier Schulze, ich bin der Manfred.“ (...) – Daniela, Pos. 78

(...) Wir sind ihre Ersatzfamilie. Und das ist bei ganz vielen so. Und da sag' ich dann noch, da ist dieser Abstand sehr schwierig. – Daniela, Pos. 74

In den Gesprächen der Autorin mit den Pflegefachpersonen kommt es während dieser Thematik immer wieder dazu, dass ich diesbezüglich meine eigenen Erfahrungen in der ambulanten Pflege reflektiere und den flüchtigen, wenig greifbaren Eindruck habe, dass sich die Pflegefachpersonen zwar implizit besorgt über diese Wertschätzung, teilweise auch Vereinnahmung durch die pflegebedürftigen Menschen äußern und vor allem nach außen hin die erschwerte Abgrenzung im ambulanten Setting bemerken.

Ja, es ist einfach, da fühlt man sich dann auch, find' ich, wohl. (...) Und das ist dann auch noch mal so dieses Schwierige, wenn die dann sagen, „ja, ihr seid meine besten Stücke, und ihr kümmert euch so lieb um uns.“ (...) – Daniela. Pos. 72

Andererseits scheint es aber auch lohnend für sie zu sein, in Familienangelegenheiten oder zur Trauerbewältigung mitsprechen zu dürfen, gefragt zu werden, bedeutsam für einen anderen Menschen zu sein, sie scheinen sich mitunter durch den starken Einbezug auch gehrt zu fühlen. Aus ihren Schilderungen interpretiert die Autorin weiterhin ein Zögern und eine vage Vorsicht, sich zu tief in diese Beziehung hineinzubegeben. Spürt man diesem Zögern nach, zeigt sich in der Analyse der Gespräche, dass sich der angenommene umgekehrte Fall der Nähe tatsächlich nicht bestätigt – das heißt, die Pflegefachpersonen wissen sehr viel über die Pflegehäuser, andersherum jedoch herrscht eher eine Unwissenheit über die persönlicheren Details aus dem Leben der Pflegefachperson. Vereinzelt berichten diese zwar über Gelegenheiten, in welchen sie vermehrt Nähe zu den pflegebedürftigen Menschen zugelassen haben – im selben Moment betonen sie jedoch, wie sich dieses beiderseitige Zusprechen von Nähe und damit die Verminderung der Distanz für sie negativ ausgewirkt hat und wie sie dies in Zukunft vermeiden werden. Dabei zeigt sich in der Interpretation der Autorin und nach Durchsicht der biographischen Rahmendaten vorab der Interviews, dass den Pflegefachpersonen die Abgrenzung von den pflegebedürftigen

Menschen eher dann gelingt, wenn sie durch berufliche Erfahrungen oder durch Lebenserfahrung dahingehend geprägt wurden, sich abgrenzen zu müssen.

(...) Aber natürlich gibt es immer wieder Menschen, egal in welchen Bereichen, die von Natur aus vielleicht auch so eine kleine Übergriffigkeit in sich haben und das gar nicht merken. Und das wird dann ausgenutzt. (...) – Ariane, Pos. 4

Eine mögliche Abgrenzung geschieht dabei nicht nur auf persönliche Art und Weise, wie im Verlauf noch dargestellt werden wird, sondern manifestiert sich für Cathrin bereits mit aufkommendem Vertrauen auf eine professionelle Art und Weise.

(...) da kommt jemand, eine Fachkraft, die weiß, wie es geht. Und dann wird so ein bisschen die Verantwortung abgegeben. Und dann muss man die ganz bewusst zurückgeben und sagen, „nein, ich bin da, um Sie zu unterstützen. Ich mache nicht für Sie, sondern ich mache mit Ihnen.“ Das ist ein ganz wichtiger Unterschied, den manche erst lernen müssen. (...) – Cathrin, Pos. 20

Die Verantwortungsrückgabe vollzieht sich damit nicht erst nach etablierter Beziehung, sondern bereits von Beginn an und konstituiert eine professionell-pflegerische Beziehungsebene, die sich von der unhinterfragten (An- und) Übernahme sämtlicher Befindlichkeiten und potenzieller Probleme distanziert, sodass die Dienstleistung im Vordergrund der Beziehung steht. Es geht sozusagen im Kern um die Unterscheidung zwischen den extremen Polen eines – überspitzt gesagt – unreflektiert ausgelebten Helfersyndroms³⁹ vonseiten der Pflegefachperson und einer reflektierten, professionell geleiteten und persönlich integren Dosierung von Zuwendung und Nähe gegenüber pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen, welche diese Abgrenzung aus unterschiedlichen Gründen nicht selbst bewerkstelligen wollen oder können.

(...) Und bei den Pflegebedürftigen ist es sehr, sehr unterschiedlich. Es gibt Pflegebedürftige, die betreue ich jetzt seit vier Jahren. Und wenn die mich sehen, ist es ein sehr, sehr herzlicher Kontakt. Da kann man auch Nähe gut zulassen. (...) – Cathrin, Pos. 4

Das Zulassen von Nähe ist insofern wichtig, als diese von den pflegebedürftigen Menschen angebotene Nähe durchaus Relevanz für den Versorgungsprozess hat: Zum einen gelingt es den Pflegefachpersonen besser, benötigte Pflegeleistungen nach anfänglichem Widerstand der pflegebedürftigen Menschen zu argumentieren. Zum anderen ist sie essenziell für beide Seiten, um intime und emotionale Momente innerhalb der pflegerischen Versorgung (er-)tragen zu können. Diese Aspekte wurden bereits in Kapitel 7.3 angeschnitten.

³⁹ Menschen, die unter einem Helfersyndrom leiden, stellen die Bedürfnisse anderer über ihre eigenen und ziehen ihr Selbstwertgefühl aus der helfenden Tätigkeit. Besonders häufig sind Menschen in sozialen Berufen davon betroffen. Das Helfersyndrom kann zu Depressionen oder auch Burn-out führen (Schmidbauer, 2017). Der Begriff „Helfersyndrom“ wird auch ohne psychotherapeutische Diagnose landläufig verwendet, um eine ausgeprägte Bereitschaft zum Helfen zu bezeichnen.

Darüber hinaus dient das Zulassen von Nähe im Sinne dieser Kernkategorie jedoch auch dazu, sich empathisch in die Situation des pflegebedürftigen Menschen einzufühlen. Dies bedeutet, emotional und psychisch nachvollziehen zu können, was dieser Mensch an pflegerischer, wie auch immer gearteter Unterstützung benötigt – in einem größeren Kontext gesprochen: das Sicheinlassen auf die gemeinsame Nähe ist nach Interpretation der Autorin essenziell dafür, um nach einem pflegerischen Ethos zu handeln, um anwaltschaftlich tätig zu werden, um die bestmögliche Lösung für ein potenzielles Versorgungsproblem zu finden, wie innerhalb dieses Kapitels durch die weiteren beiden Waagschalen weiter aufgezeigt werden wird.

Der Kontext der bisher gemachten Lebens- und Berufserfahrungen ist wegweisend für die Reflexion der Pflegefachpersonen und für den weiteren Umgang mit den in der ambulanten Pflege erlebten Situationen von Nähe und Distanz.

Also ich hab' da sehr viel Lehrgeld bezahlt schon im Krankenhaus, indem ich Situationen gehabt habe, wo ich brutal ausgenutzt worden bin. Wo ja, wo ich im Nachhinein jetzt sagen würde, so würde ich das nie wieder tun. Vor lauter Helfersyndrom und ja, ich will's gut machen. – Ulrike, Pos. 91

Ulrike reflektiert im weiteren Gesprächsverlauf selbstständig über das Entgegenkommen, das die Pflegefachpersonen den oftmals zu Beginn der Pflegebeziehung hilflosen und in schlechtem Zustand befindlichen pflegebedürftigen Menschen entgegenbringen. Auch hier spielt für sie ihr leiblicher Erklärungsansatz wieder eine Rolle, indem sie konstatiert:

(...) also das spielt da schon mit 'rein und das merken die Kunden natürlich, wie man auf sie zugeht, ja. – Ulrike, Pos. 93

Ein entsprechender Allgemeinzustand bedingt demnach die Art und Weise, wie sich Pflegefachpersonen und pflegebedürftige Menschen in der Interaktion begegnen. Selbiges wird von zwei weiteren befragten Pflegefachpersonen weiter ausgeführt, indem dieselben Rahmenbedingungen auf die Pflegefachpersonen selbst übertragen werden. So trägt beispielsweise auch die Arbeitsbelastung für Simon dazu bei, wie die Regulierung von Nähe und Distanz im Alltag gelingt.

(...) Oder wenn ich halt einfach auch unausgeglichen bin, würde ich sagen. Als Pflegekraft ist für mich schon wichtig, dass man ein bisschen Ausgleich auch hat zum Arbeitsalltag. (...) – Simon, Pos. 42

Bedenkt man, in welchem Ausmaß die empfundene Arbeitsbelastung maßgeblich auch von der Haltung des Arbeitgebers oder Trägers bezüglich der Gewinnmaximierung abhängig ist, ergibt sich für diesen Punkt relativ wenig Handlungsspielraum für die Pflegefachpersonen, um diesen Einflussfaktor in Bezug auf die Regulation von Nähe und Distanz zu

beeinflussen. Eine weitere Anmerkung einer Pflegefachperson betrifft darüber hinaus das psychische Wohlbefinden der pflegebedürftigen Menschen. Ist dies dauerhaft, beispielsweise durch Krankheit, beeinträchtigt, ergibt sich eine weitere Herausforderung für die Interaktion zwischen den Parteien, was wiederum Implikationen für das Verhalten der Pflegefachperson mit sich bringt.

(...) Und bei anderen, da ist es zwar auch freundlich, zuvorkommend. Man kümmert sich um alles. Aber man versucht auch, eine innere Distanz zu wahren. Und das sind häufig Kunden, die auch einen psychiatrischen Hintergrund haben, irgendwie mit psychiatrischen Erkrankungen.⁴⁰ Die in der Stimmung extrem wechselhaft sind, da weiß man nie so genau, worauf, ja, was kommt heute auf mich zu, wie sind die heute drauf? Es kann sein, an einem Tag strahlen sie über das ganze Gesicht und sind glücklich und die unterhalten sich richtig mit mir und am anderen Tag schmeißen sie mir die Türe vor der Nase zu. (...) – Cathrin, Pos. 4

Wie an Cathrins Beispiel erkennbar wird, bedeutet dies für die Pflegefachperson, in ihrer Interaktion mit den pflegebedürftigen Menschen variabel sein zu müssen. Im geschilderten Fall einer psychiatrischen Erkrankung ist daher im Voraus nicht einschätzbar, in welchem Nähe-Distanz-Verhältnis der pflegebedürftige Mensch interagiert – zudem ist dieser potenziell auch vulnerabel für nicht angemessene Interaktionen der Pflegefachperson. Eine andere Pflegefachperson, welche im Kontext der ambulanten Palliativversorgung arbeitet, bestätigt diese Variabilität auch für dieses Setting, in welchem der Umgang mit Sterben, Trauer und Abschied zu unterschiedlichen psychischen Tageslagen führt.

(...) Und dann ist es für mich ja eine super Bereicherung und ich erlebe diese beider Krisen, die jeder für sich hat, aber auch die zusammen als Ehepaar. Und ich habe die Möglichkeit, das überhaupt erstmal zu beobachten, was ist eigentlich los und dann vielleicht auch zu schauen, wo finde ich jetzt für die zwei einen gemeinsamen Nenner. (...) Und das ist ein super Geschenk, wenn ich in eine Familie oder in eine Situation komme und da ist jemand, der sich mir gegenüber öffnet. Das macht vielleicht der Ehemann gerade nicht bei seiner Frau, sondern das macht er bei mir. Ja, weil ich ihm das Gefühl gebe, dass das, was wir miteinander besprechen, auch bei uns erstmal bleibt. – Ariane, Pos. 8

Neben der Tatsache, dass Ariane ihre Nähe-Distanz-Regulation innerhalb der psychosozialen Begleitung dieses Ehepaars immer wieder auf beide Seiten hin anpassen muss, zeigt dieses Beispiel darüber hinaus, was es für die Pflegefachpersonen auf professioneller Basis bedeutet, in dieser Nähe, ausgehend von den pflegebedürftigen Menschen, arbeiten zu können. Zum einen klingt erneut eine von Ariane empfundene Wertschätzung ihrer Person und ihrer Arbeit durch den betreuten Ehemann an, zum anderen betont sie auch den Mehrwert dieser Nähe. Sie erzeugt eine belastbare emotionale Beziehungsbasis, welche letztlich

⁴⁰ Erkrankungen der Psyche, die unter anderem zu Stimmungsschwankungen und veränderter Wahrnehmung führen können (Roche Lexikon Medizin Sonderausgabe, [2006]/2013).

überhaupt erst dazu führen kann, dass die Pflegefachperson im Sinne des Pflegehauses anwaltschaftlich eintreten kann. Dies wiederum bietet eine verbesserte Möglichkeit dafür, die Versorgung dort effektiver gestalten zu können, wo sich Hindernisse und Barrieren auf-tun.

(...) Dass man da einfach versucht, Unterstützung in die Wege zu leiten, wobei das jetzt manchmal auch etwas mühseliger ist, (...) da muss man am Ball bleiben und auch ein bisschen Durchhaltevermögen haben. Und so nach einem halben Jahr, Jahr kommt das dann und sich auch immer wieder zwischendurch mal erkundigen, „Mensch, wie weit sind Sie denn? Ah, Sie haben jetzt doch eine Pflegestufe beantragt, super! Haben Sie schon ein Ergebnis?“ Halt immer wieder ermuntern, ermuntern, ermuntern. (...) – Cathrin, Pos. 16

Die von Cathrin genannte stetige Ermunterung steht dabei im Gegensatz zu der von der Autorin bereits früher im Text erwähnten hartnäckigen Werbung für weitere pflegerische Leistungen, die vom Pflegehaus jedoch nicht gewünscht werden – entscheidend ist hier nach Interpretation der Autorin ein stimmiges Nähe-Distanz-Verhältnis zwischen beiden Parteien, damit diese Übernahme der Anwaltschaft für beide Seiten von Akzeptanz getragen wird.

Um Nähe und Distanz im Verlauf der Beziehung immer wieder neu zu regulieren, werden vor allem von den Pflegefachpersonen unterschiedliche Handlungen und Strategien verfolgt. Dabei kann zwischen zwischenmenschlichen Handlungen im Hinblick auf Pflegefachperson und pflegebedürftigem Menschen und strukturellen Handlungen, welche von der Pflegedienstleitung auf Ansinnen der Pflegefachperson vorgenommen werden, unterschieden werden.

Zwischenmenschlich betrachtet spielt eine große Rolle, mit welcher Haltung die Pflegefachpersonen den pflegebedürftigen Menschen begegnen – und dies wird von einigen fortwährend reflektiert und der jeweiligen Situation angepasst.

(...) Natürlich auch die eigene Einstellung zu sich selbst gegen den Klienten gegenüber. Mehr professionelle Nähe und Distanz auf jeden Fall einhalten, Umgangsformen, höflich sein, so was. Das finde ich halt sehr wichtig. (...) – Lena, Pos. 18

Daniela zeigt sich zurückhaltend:

Ich würde sagen, (...) ich beobachte unsere Kunden immer erst mal so, das Verhalten, die Redensweise, wie die sich so anderen Kollegen gegenüber unterhalten. Da merkt man auch schon, wer ist der Liebling, wer ist nicht der Liebling. – Daniela, Pos. 58

Das Kennen des Hintergrunds der pflegebedürftigen Menschen wie im Fall der psychosozialen Sterbe- und Trauerbegleitung oder der Menschen mit psychischen Erkrankungen ist

dabei ebenso essenziell wie der bewusste Gebrauch von Sprache, um die Nähe-Distanz-Regulierung zu beeinflussen. Dass sich Pflegefachpersonen durch den Gebrauch von Fachsprache abgrenzen, wurde im Verlauf der Kapitel bereits aufgezeigt. Darüber hinaus wird Kommunikation auch verbindlich von ihnen im Pflegehaus eingefordert, um unausgesprochenen Erwartungen mit Auswirkungen auf das Nähe-Distanz-Verhältnis entgegenzutreten.

(...) Hat sie vielleicht auch nicht so genau gesagt, was sie wollte? Weil manchmal muss man das denen auch sagen. „Wir müssen miteinander reden, weil wir können Ihre Gedanken nicht lesen, das ist leider so. Und wenn Sie jetzt irgendwas möchten oder nicht möchten, dann ist es am einfachsten, wenn Sie uns das sagen. Wir sind da nicht böse, überhaupt nicht.“ (...) – Cathrin, Pos. 16

Weiterhin ist Kommunikation vonseiten der Pflegefachperson eine Stellschraube, die Nähe und Distanz dezidiert reguliert, indem die Menge der aktiv gegebenen Informationen über das private Leben der Pflegefachpersonen entscheidend dafür sein kann, mit welchem Interesse sich der pflegebedürftige Mensch nach der Pflegefachperson im Verlauf erkundigt.

(...) Klar, ich erzähl' ein bisschen, wenn die mich jetzt fragen, ob alles klar ist, (...) das erzähl' ich. Alles weitere, was über mein privates Umfeld weiter hinausgeht, erzähle ich nicht. Da setz' ich einen Riegel vor und dann ist da ein Cut. – Daniela, Pos. 22

Kommunikation beeinflusst auch das weitere nicht sprachliche Handeln im Sinne der Erwartungen, die an die Pflegefachperson gestellt werden. Ariane bezieht sich im folgenden Datenschnitt nochmals auf jene Menschen, die „von Natur aus eine kleine Übergriffigkeit in sich tragen“, wie bereits weiter oben erwähnt wurde. So kann diese Übergriffigkeit, das Bitten um einen kleinen Gefallen abseits der regulären Betreuung oder Versorgung dazu führen, dass das Gleichgewicht von Nähe und Distanz gefährdet wird.

(...) Es ist ein Unterschied, also wenn ich jetzt schon monatelang in einer Begleitung bin, und das ist eine schöne Begleitung und da kommt nach Monaten die Frage auf: „Hör mal, [Ariane], du kommst doch heute zu uns, ich schaffe es nicht mehr, Brot zu holen. Wäre es okay, wenn du mir Brot holst?“ Dann wäre ich jetzt als [Ariane] die Letzte, die sagt, „nein, mache ich nicht“. Aber es gibt halt eben auch Begleitungen, ja, die kommen nicht raus, die schaffen das einfach nicht, und die da so den einen oder anderen Ehrenamtlichen instrumentalisieren wollen, „kannst du für uns einkaufen gehen?“ Oder so. (...) – Ariane, Pos. 4

Für die Pflegefachpersonen scheint das schrittweise Übertreten kleiner Grenzen zunächst wenig problematisch zu sein. Und doch zeigt sich, dass sich bei Nichteinschreiten im Laufe der Zeit das Ungleichgewicht zwischen Nähe und Distanz immer weiter verstärken kann, sodass sich die Pflegefachperson in ihrem Privatleben unangemessen angetastet fühlen kann oder die mittlerweile eingeschlichenen Befindlichkeiten der pflegebedürftigen

Menschen die Versorgung strukturell erschweren. Durch die gemachten Erfahrungen sind die Pflegefachpersonen in der Konsequenz bestrebt, die Nähe und Distanz fortlaufend im Prozess neu zu bewerten und dementsprechend ihre Interaktion mit den pflegebedürftigen Menschen zu steuern.

Also meinerseits, ich habe das schon ein paar Mal erlebt, dass es eben zu eng war, dass man dann auch Sachen zu schnell persönlich nimmt, das merkt man dann meistens, wenn man aus der Haustür raus geht, so, hm, okay, irgendwas war und das hat mich mehr betroffen, als es eigentlich sein sollte. Und dann versuche ich beim nächsten Hausbesuch wieder ein bisschen mehr auf Distanz zu gehen, das ist also immer so ein Ausloten. Und dadurch schwankt es natürlich immer mal wieder. (...) – Cathrin, Pos. 6

Die Pflegefachpersonen entwickeln über die Erfahrungen ein Gespür für die mögliche Art von pflegebedürftigem Menschen, der vor ihnen stehen könnte, und passen demnach ihr Handeln auch auf dieses intuitive Gefühl hin an. Wie bei Cathrin gelesen, evaluiert sie ihr Gefühl über den Nähe-Distanz-Bezug beispielsweise beim Verlassen des Pflegehauses und ist darüber hinaus bedacht, von Beginn an eine eher professionelle statt persönliche Nähe anzubieten. Auch Daniela entwickelt im Verlauf durch für sie negativ resultierende Erfahrungen eine Intuition, die ihr Hinweise darauf gibt, mit welcher Intention ein pflegebedürftiger Mensch mit ihr interagiert. Ulrike benennt nach ihrer Unterscheidung in egoistische (im bisherigen Sinne eher übergriffig und zu nah) und warme pflegebedürftige Menschen (im bisherigen Sinne eher distanziert und respektvoll) weiterhin die Gefahren, die sich aus einer nicht reflektierten und zu wenig distanzierten Beziehung zu dem pflegebedürftigen Menschen ergeben, und schreibt sie vor allem den egoistischen Menschen zu.

Da gibt's immer wieder Spannungen, und das sind grad so egoistische Menschen, (...) da (...) versuchen die Leute uns schon gegeneinander auszuspielen, „aber die Kollegin oder der Kollege macht das.“ Und dann bist du die Böse oder du bist sie nicht. Und darum ist da eine ganz große Rücksprache oder Rückkopplung im Team ist unheimlich wichtig, dass so was nicht so arg passiert, weil das kann das ganze Team sprengen. – Ulrike, Pos. 37

Jedoch treten auch immer wieder Situationen zutage, denen die Pflegefachpersonen wenig entgegensetzen können, weil über bestimmte Interaktionen Kommunikation auf Augenhöhe zwischen angetasteter Pflegefachperson und antastendem Pflegehaus nicht möglich zu sein scheint, ohne dass das etablierte Vertrauensverhältnis dadurch in Mitleidenschaft gezogen würde. In einzelnen, schwerwiegenden Fällen treffen die Pflegefachpersonen dennoch selbst eine Entscheidung, wie sie persönlich mit dem Übertritt der Grenze zur Privatheit umgehen möchten. Diese Fälle betreffen beispielsweise das Herausfinden und Anrufen der privaten Mobiltelefonnummer der Pflegefachperson durch pflegebedürftige Menschen oder, wie Daniela im Verlauf erzählt, eine durchlebte schwere Erkrankung, nach welcher

sich der pflegebedürftige Mensch hartnäckig erkundigt und damit die Schwelle zur Privatheit der Pflegefachperson übertritt.

Ja, und das war dann so dieses, wo ich wusste, alles klar, du musst jetzt hier einen Gang definitiv zurückschalten. Eine Kundin, (...) letztes Jahr war ich ziemlich gebeutelt mit Krankheit, war auch noch am Arbeiten und am vierten Tag hab' ich dann gemerkt, okay, jetzt geht gar nichts mehr. Die hat das halt mitgekriegt, weil ich grad bei der Kundin war, wo nichts mehr ging. Und bin dann nach drei Wochen wiedergekommen nach der überstandenen [schweren Erkrankung] und die hat mich dann nur ausgefragt. Und dann hab' ich sie angeguckt und hab' gesagt: „Mir geht's soweit wieder ganz gut. Das ist aber mein Privatkram und darüber möchte ich nicht sprechen.“ Und da war die so erbost darüber, dass ich mit ihr da jetzt nicht darüber gesprochen hab'. (...) – Daniela, Pos. 66

Auf die Auswirkung dieser Interaktion wird die Autorin am Ende des Abschnitts weiter eingehen. Zunächst soll eine weitere, strukturelle und damit eher unpersönlichere Art und Weise betrachtet werden, die Distanz wiederherzustellen. Diese liegt in der Tourenplanung begründet, indem die Pflegedienstleitung eine andere Pflegefachperson mit dem betreffenden Pflegehaus betraut. Joachim und Daniela reflektieren beispielsweise über das Für und Wider der unterschiedlichen Personalzuordnungen in den Einsatztouren.

(...) Aber nie nur eine, sondern ein gewisser Wechsel sollte da sein. Also, wenn (...) es zwei bis drei Personen gäbe. Man muss ja auch Urlaubs-, Krankheitsvertretung, wo sowieso Wechsel ist, schichtdienstfreie Wochenenden, so dass vier Augen sehen mehr als zwei und auch für Patienten hat es den Vorteil, wenn häufig dieselbe Person kommt, aber wenn man halt mit der nicht so ganz gut kann, ist es schön, wenn auch mal jemand anderes kommt. Und wenn man mit der ganz gut kann, ist es auch schön, wenn immer jemand anderes kommt, dann hält das auch eine gewisse Dankbarkeit: Mensch, ich hab' eigentlich in der Regel immer jemand Gutes. Aber wenn man immer etwas Gutes hätte, es weckt auch Ansprüchlichkeiten, die gar nicht umsetzbar sind, die ins Utopische abgleiten könnten. Deswegen, so zwei oder drei Leute finde ich realistisch. (...) – Joachim, Pos. 18

Auch Daniela empfindet dies als entlastend:

(...) weil man immer im Wechsel ist, also ich fahr' jetzt keine Tour acht Wochen am Stück und dann fahr' ich die Tour drei Tage am Stück, hab' dann frei und fahr' dann eine andere Tour drei Tage. Also da finde ich schon, hat man jetzt diesen Wechsel und auch nicht die gleichen Kunden. Und da finde ich, kann man diesen Abstand schon besser wahren, wie wenn man immer dieselbe Tour fährt. – Daniela, Pos. 78

Der Vorteil dieser strukturellen Maßnahme ist es, dass die Pflegefachpersonen im Pflegehaus keine konfrontative Kommunikation über das betreffende Verhalten des pflegebedürftigen Menschen beginnen müssen, sondern die Distanz von einem unfassbareren Dritten, hier der Pflegedienstleitung im Büro, wiederhergestellt wird, ohne dass dies im Nachgang größere Nachfragen nach der Befindlichkeit der Pflegefachperson vonseiten des Pflegehauses provozieren würde.

(...) Und den Fehler hab' ich einmal gemacht, dass ich wirklich diese Schwelle überschritten hab' und einer Kundin nach meinem Dienst was gebracht hab' und dann bei ihr noch einen Kaffee getrunken hab'. Das mach' ich nie wieder. (...) Und ab da hab' ich dann auch die Tour nicht mehr gekriegt, weil ich gesagt hab', „ich will da rausgezogen werden. Ich möchte das nicht.“ – Daniela, Pos. 82+86

Im Gegensatz zu der persönlichen Distanzierung über Kommunikation im Pflegehaus mit dem antastenden pflegebedürftigen Menschen selbst, befindet sich Daniela in der Folge ebenfalls in einer größeren, hier räumlichen, Distanzierung vom Pflegehaus, was in der Akutsituation entspannend für sie wirkt. Dennoch bleibt für sie, was sich im Verlauf des Gesprächs mit der Autorin zeigt, ein Gefühl der Übergriffigkeit beim Gedanken an die betreffende Dame und deren Versuche, mehr Nähe zu Daniela herzustellen.

Die Setzung einer bewussten und erlebbaren Grenze von Nähe und somit das Definieren von Distanz durch die Pflegefachperson selbst kann also zu Verärgerung im Pflegehaus führen, wie die Erbostheit der oben genannten pflegebedürftigen Dame aufzeigte. Wird die Grenze von der Pflegedienstleitung auf Wunsch der Pflegefachperson im Rahmen der Tourenplanung gesetzt, so findet diese Konfrontation und der damit verbundene Ärger im Pflegehaus mit geringerer Wahrscheinlichkeit statt, jedoch zeigt sich auch hier in den Gesprächsausschnitten der befragten Pflegefachpersonen, dass diese das Gefühl der Übergriffigkeit in sich tragen und in einer veränderten, distanzierteren Art und Weise auf die betreffenden pflegebedürftigen Menschen zugehen. Bedenkt man die Implikationen der zurückliegenden Kapitel, kann es daher durchaus vorkommen, dass das Vertrauensverhältnis zwischen der Pflegefachperson und dem pflegebedürftigen Menschen von einer der beiden Seiten unwiederbringlich beschädigt ist, was weiterhin Auswirkungen auf die beiden anderen Waagschalen der Anwaltschaft und des Ethos mit sich bringt, wie im Verlauf weiterhin gezeigt werden wird.

Zusammenfassend zeigen sich Nähe und Distanz für die Autorin als zwei sich entgegengesetzte, sich jedoch auch ergänzende Pole auf dem Kontinuum der Interaktion, welche von der Pflegefachperson und dem pflegebedürftigen Menschen wechselseitig beeinflusst werden. Durch die bereits dargestellten Rahmenbedingungen und die Unwägbarkeit der Situationen, welche sich im Pflegehaus tagtäglich ergeben, wird die Polarisierung im Handeln der Pflegefachperson deutlich: Sie ist bestrebt, einen für sie tragfähigen Kompromiss zwischen den beiden Waagschalen herzustellen, und ist gewissermaßen im Rahmen dessen von den Rahmenbedingungen, Erwartungen des Pflegediensts als Arbeitgeber, der Beziehung zum pflegebedürftigen Menschen und von ihren eigenen Befindlichkeiten und Zugängen zum anderen beeinflusst und teilweise auch darin beeinträchtigt.

Inwiefern sich die Waagschalen von Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung in diesem Kontinuum zeigen, wird im folgenden Abschnitt weiter ausgeführt.

8.2 Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung

Im vorangegangenen Abschnitt über die Herausforderung im Rahmen der Nähe-Distanz-Regulation sollte deutlich geworden sein, dass diese Regulation und eventuell auftretende Schwierigkeiten die weiteren darzustellenden Waagschalen der Anwaltschaft und des pflegerischen Ethos beeinflussen. Ein angewandtes Beispiel für diesen Zusammenhang interpretiert die Autorin beispielsweise aus Ulrikes Gegenüberstellung und Implikationen zum Umgang mit den von ihr benannten egoistischen und warmen Menschen.

Ein egoistischer Mensch muss ich für mich aufpassen, dass ich ihm nicht zu viel geb'. Weil der will immer mehr. Und da wird wirklich dann nach Fahrplan abgearbeitet. Ich hab' das zu tun und nicht mehr. Und das ihm auch ganz klar spiegeln. (...)
Als warm, wenn ich das beschreib', die versuchen uns nicht viel Arbeit zu machen. (...) „ihr habt doch eh so viel zu tun.“ Die nehmen sich so weit zurück, die sind aber auch offen. Und da sieht man dann häufig, hoppla, die bräuchte hier und da noch viel mehr Unterstützung und da kann ich aber auch für den Alltag den einen Tipp geben, „probiert's mal so rum, probiert's mal anders.“ Und die nehmen das auch an und die sind unheimlich dankbar. – Ulrike, Pos. 19+21

Sie spricht im Zusammenhang mit egoistischen Menschen auch an anderer Stelle vom „bezahlten Lehrgeld“, als sie für ihr Entgegenkommen „brutal ausgenutzt“ wurde, weiterhin begründet sie ihre Zurückhaltung diesen Menschen gegenüber mit dem der ambulanten Versorgung inhärenten Zeitdruck, welcher in Verbindung mit der empfundenen Übergriffigkeit der Menschen dazu führt, dass sie die Zeitvorgaben des Trägers nicht einhalten kann. Es ist denkbar, dass Ulrike aus Selbstschutz vor egoistischen Menschen deren Aussagen und Befindlichkeiten auf andere Art und Weise interpretiert, als sie dies bei als warm empfundenen Menschen tut. Diese Interpretation führt mutmaßlich auch zu einer anderen Interaktion und Handlung ihnen gegenüber, was innerhalb des eben dargestellten Datenschnitts auch darin sichtbar wird, dass warme Menschen noch den einen oder anderen Tipp zur leichteren Bewerkstelligung des Alltags erhalten und sie sich bei den egoistischen Menschen vor allem auf die Erbringung der gebuchten pflegerischen Leistung konzentriert. Der Unterschied liegt im proaktiven Hinausschauen über den Tellerrand der pflegerischen Leistung, sodass eine bestehende Versorgung weiter ausgebaut werden kann, sich anbahnende Gefahren rechtzeitig erkannt werden und die pflegebedürftigen Menschen im Erhalt ihrer Selbstständigkeit professionell unterstützt werden können.

Eine weitere Verbindung zwischen der Regulation von Nähe und Distanz und der Übernahme von Anwaltschaft ergibt sich aus dem bewussten Zuteilen von Nähe und Verbindlichkeit, wo sie für den pflegebedürftigen Menschen in ihrer Wichtigkeit greifbar werden.

(...) Wenn ich jetzt auch weiß, jemand ist sehr auf die Zeit fixiert und ich merke, ich schaff' es einfach nicht, aus welchen Gründen auch immer, dann rufe ich die lieber

kurz an und sage, „tut mir leid, heute wird es eher 20 Uhr, ich schaff‘ es nicht auf 19.30 Uhr.“ und dann sind viele auch schon zufrieden. Das ist dann gar nicht so schlimm, dass ich später komme, aber sie wissen Bescheid. (...) – Cathrin, Pos. 26

Joachim bezieht sich auf sein im Erstkontakt geschaffenes Beziehungsfundament:

(...) wenn ein gemeinsames Thema, ich finde im Erstkontakt, dann ist oft ein Grundvertrauen da, das nachher auch nicht, nicht so wirklich, nicht in der Substanz erschüttert wird durch die Unregelmäßigkeiten im Einsatz. Also beim ersten Mal kann schon was geschaffen werden, so ein Fundament, auf was ich dann später zurückgreifen kann. (...) – Joachim, Pos. 10

Beispiele dieser Wichtigkeit liefern Joachim und Cathrin, die sich jeweils auf ein anderes Spektrum von Zuverlässigkeit und Interesse für den anderen beziehen, um deutlich zu machen, dass diese vermittelte Nähe auch dazu beiträgt, dass die Pflegefachperson mit ihrer Interaktion auch gleichzeitig anwaltschaftlich tätig wird. Das Finden eines gemeinsamen Interessengebietes signalisiert dabei ebenso Nähe und Zugewandtheit an der Befindlichkeit des Gegenübers wie das proaktive Anrufen, um mitzuteilen, dass man sich um 30 Minuten verspäten wird.

Nachdem nun der Zusammenhang zwischen der Regulation von Nähe und Distanz mit der Waagschale von Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung dargestellt wurde, soll in diesem Abschnitt der Kernkategorie der Fokus auf die Übernahme von Anwaltschaft gelegt werden, wie sie sich der Autorin unter Berücksichtigung ihrer eigenen Subjektivität in der Interpretation der Aussagen der befragten Pflegefachpersonen darstellt. Die wesentlichen prägenden Anteile der Subjektivität der Autorin wurden dabei in den vorangegangenen Kapiteln behandelt, sodass eine grundlegende Nachvollziehbarkeit der Interpretation angenommen wird und die Darstellung der Kernkategorie durch eine Kontrastierung der Aussagen transparent gemacht werden soll. Die Übernahme von Anwaltschaft bis hin zur Überlassung von Verantwortung ist dabei die zweite der drei zentralen Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit, die sich von der Autorin in den Aussagen der befragten Pflegefachpersonen erkennen lassen.

Die Ausgestaltung der Anwaltschaft bis hin zur Überlassung von Verantwortung findet in drei wesentlichen Interaktionssettings Anwendung. Zum einen ist dies das Pflegehaus, in dessen Rahmen sich sowohl die Interaktionen zwischen pflegebedürftigem Menschen und Pflegefachperson als auch zwischen den Angehörigen und der Pflegefachperson austarieren. Des Weiteren betrifft diese Waagschale sämtliche Interaktionen der Pflegefachperson mit externen, den Pflegeprozess beeinflussenden Dritten. Dies seien in diesem Kontext unter anderem hauptsächlich die behandelnde Ärzt*innenschaft, aber auch beispielsweise die Gutachter*innen des MD in ihrer Rolle der Pflegegradeinstufung. Ein drittes Setting, in

welchem sich die genannte Interaktion manifestiert, ist ein eher abstraktes zwischen der Pflegefachperson und jenen Zuständen, die sich nicht allen Beteiligten an der Pflege in voller Transparenz zeigen. Das bedeutet, dieses Setting beinhaltet gegebene gesellschaftliche Normen, die inhärenten Strukturen und Vorgaben des ambulanten Pflegedienstes als Dienstleister der Pflege und Arbeitgeber, von welchem die pflegebedürftigen Menschen betreut und die Pflegefachperson angestellt worden ist, aber auch Strukturen des Gesundheitswesens, die beeinflussen, unter welchen Bedingungen und inwieweit ein Mensch eine bestimmte Versorgung in Anspruch nehmen kann.

Im Folgenden werden die drei Settings nacheinander im Rahmen der Erzählungen der Pflegefachpersonen mit den durch die Autorin interpretierten Herausforderungen innerhalb der Versorgung dargestellt. Zunächst beginnt die Autorin mit den zentralen Interaktionen im Pflegehaus, da die dort entstehenden Herausforderungen auch als basale Komponente für die weiteren Interaktionssettings gelten können.

Interaktionen im Pflegehaus zwischen Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlastung

Bereits in den vorangegangenen Kapiteln wurde deutlich, dass die Qualität der Versorgung im Pflegehaus maßgeblich davon abhängt, ob und in welchem Ausmaß Angehörige vor Ort greifbar sind, um die Versorgung mitzubegleiten. In den Gesprächen der Autorin mit den befragten Pflegefachpersonen stellt sich die Zusammenarbeit mit den Angehörigen in unterschiedlichen Facetten dar. Nicht nur im klassischen Sinn, dass es Angehörige gibt, welche sich engagieren und Angehörige, die dies nicht tun, und dass dies zu unterschiedlichen Outcomes für die Versorgung führt, sondern vor allem auch in einer Ambivalenz innerhalb der Aussagen derselben Pflegefachperson.

I: (...) Was sind denn für dich so Faktoren, die dir die Arbeit im Pflegehaus erschweren?

B: Also es ist in der ambulanten Pflege, würde ich definitiv sagen, sind die Angehörigen. (...) – Lena, Pos. 23-24

(...) also ich finde immer auch, diese pflegenden Angehörigen, die müssen auch gehört werden, weil durch ihre Aussagen hört man schon ganz, ganz viele Probleme. Es bringt einfach den Klienten nichts, wenn die Angehörigen angespannt und unruhig sind und nicht mehr können und keine Kraft mehr haben, dann baut der Patient auch ab und dann ist das keine bedürfnisorientierte Pflege mehr. – Lena, Pos. 12

Die Autorin möchte mit diesen zwei Auszügen aufzeigen, dass Lena, neben anderen Pflegefachpersonen, in der Lage ist, die Herausforderungen, die sich mit Angehörigen ergeben, zu differenzieren. Sie benennt diese klar als Faktor, welcher ihre pflegerische Arbeit im Pflegehaus erschwert. Im Gegensatz dazu bescheinigt sie ihnen jedoch auch eine

Wichtigkeit für den pflegerischen Versorgungsprozess und möchte sich deren Sichtweise und deren Befindlichkeiten annehmen, um daraus weiterführende Informationen für den Stand der momentanen pflegerischen Versorgung zu schöpfen.

Grundsätzlich wird der Umgang mit den Angehörigen in den Gesprächen nicht verallgemeinert, sei dies positiv oder negativ. Die Angehörigen stellen für die Pflegefachpersonen dennoch eine Herausforderung aus mehreren Gründen dar. Zum einen sind sie direkt am Versorgungsprozess beteiligt und müssen demnach adäquat und je nach Situation auch behutsam in die möglicherweise neue pflegerische Rolle begleitet werden.

(...) weil oftmals auch die Angehörigen, die da pflegen, egal, ob es jetzt der Ehemann, die Ehefrau oder ob es die Kinder sind, die dann nach der Arbeit abgehetzt da hin kommen, in die Pflege integriert werden müssen, aber nicht: „du musst das machen, du musst das machen, du musst das machen“, sondern so integriert werden müssen, dass sie trotzdem ihr Leben noch leben können und sich nicht überfordert fühlen und trotzdem für die Angehörigen da sein können. (...) – Sonja, Pos. 20

Sonja fordert hier im Fall einer neu hinzugekommenen Pflegesituation eine der vulnerablen Situation angepasste Haltung und Strategie der Pflegefachpersonen, damit diese die betreuenden und pflegenden Angehörigen in ihrer sich verändernden Rolle begleiten und dazu befähigen, Verantwortung für den pflegebedürftigen Menschen, aber auch für sich selbst übernehmen zu können. Pflegefachpersonen stehen damit nach Interpretation der Autorin in der Funktion eines Lotsen für das Pflegehaus, sodass sich die vulnerable Situation behutsam und begleitet einspielen kann.

Sind die Angehörigen bereits seit längerem an der Betreuung und Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen beteiligt, so gilt es entsprechend, sie als Expert*innen wahrzunehmen und umgekehrt deren Lotsenfunktion anzuerkennen.

(...) Und auch das spielt halt eine Rolle, wie weit halt Angehörige halt für die zu pflegende Person halt mitentscheiden. Dann kann man halt auch die Schwerpunkte unterschiedlich legen. Und auch das muss man natürlich in der Pflege mit einbeziehen. Und auch dort ist man wieder in so einem Kontinuum aus Möglichkeiten, wo man halt wieder oder tagtäglich immer den bestmöglichen Kompromiss finden muss. Aber es ist halt wirklich unterschiedlich, also manchmal ist es nur die Entlastung, manchmal ist es dieses: Es soll ordentlich sein; manchmal ist es dieses: Es soll vor allem ums Wohlbefinden gehen. – Jona, Pos. 30

Die benötigte Variabilität in der Interaktion, welche die Autorin bereits innerhalb der Herausforderung von Nähe und Distanz angesprochen hat, kommt demnach auch hier zum Vorschein: Es gilt, die Beweggründe der pflegenden Angehörigen zu erfassen, auch wenn sie nicht dezidiert sprachlich geäußert werden (können), sie aktiv zu akzeptieren und diese Motivation in den eigenen Pflegeprozess, in die eigene Beziehungsgestaltung zum pflegebedürftigen Menschen einfließen zu lassen. Dies erfordert auch eine Haltung der Demut,

des Sichzurücknehmens, der Bescheidenheit der Pflegefachperson, eine Art der aktiven Annahme der Rolle eines Gastes im Pflegehaus, welcher zwar mehr professionelles Wissen in die zu gestaltende Situation mit einbringt, dieses Wissen möglicherweise aber aufgrund der Motivation der Angehörigen bewusst nicht in den Pflegeprozess integriert.

Grundsätzlich stellt diese Implikation, den Angehörigen die Lotsenfunktion zuzuerkennen und sich auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen verlassen zu müssen, eine Herausforderung für die befragten Pflegefachpersonen dar, insofern als es zum einen zu versorgungsspezifischen Fragen, zum anderen zu organisatorischen Fragen kommen kann, die von den Beteiligten aufgrund des unterschiedlich gewichteten Wissens mit abweichender Priorisierung behandelt werden.

(...) Also da hab' ich heute bei einer Dame einen Zettel für die Angehörigen geschrieben, weil ich da niemanden gesehen habe. Das ist jetzt auch so ein Fall, wo ich sag', grenzwertig zu versorgen zu Hause. Das geht nicht mehr lange zu Hause gut. Da warten wir auf den nächsten Sturz, ja. (...) – Ulrike, Pos. 107

Wenn das Material fehlt. Also das ist, ich brauche bestimmte Sachen an Material, also professionell arbeiten, in dem Moment, wenn keine saubere Wäsche da ist, wenn ich jemand aus der Badewanne raus und in die dreckigen Klamotten wieder stecken muss, also da kräuseln sich mir die Zehennägel. Aber auch das kommt vor. Und da muss man einfach versuchen, im Umfeld Bewusstsein zu schaffen und zu kommunizieren. Aber manchen ist das sowas von egal, ja. (...) – Ulrike, Pos. 129

Ulrike benennt hier zwei Situationen, die zwangsläufig innerhalb der Arbeitsteilung zwischen Angehörigen und den Pflegefachpersonen auftreten: Die organisatorischen Prozesse, dass z. B. benötigtes Material, auch Verbandsmaterial, im Pflegehaus vorhanden ist, sodass die Angehörigen in diesem Fall ihre Lotsenfunktion wahrnehmen und dafür sorgen, dass der delegierte pflegerische Arbeitsanteil erledigt werden kann. Die zweite Situation betrifft eine momentane Einschätzung der Pflegefachperson über den Zustand der pflegerischen Versorgung ad hoc, damit die entscheidenden Angehörigen in die Lage versetzt werden, informiert eine Anpassung der Strategie rund um die pflegerische Versorgung zu planen. Die Interaktionen im Rahmen der Anwaltschaft und der Verantwortungs-Überlassung bewegen sich damit in der eben dargestellten Rolle der Angehörigen – ist deren Lotsenfunktion von ihnen gewünscht, ergeben sich für sie Verantwortlichkeiten, die sie möglicherweise im Prozess nicht immer von selbst erkennen. Hier bedarf es Geduld und Toleranz vonseiten der Pflegefachpersonen, diese potenzielle Verzögerung nicht als schlechte oder vernachlässigende Absicht der Angehörigen zu interpretieren, sondern anzuerkennen, dass die Fachkompetenz bezüglich einer Einschätzung und Entwicklung von Pflegebedürftigkeit trotz allem in der Pflegefachperson begründet liegt, auch wenn Angehörige den Versorgungsprozess im Pflegehaus steuern. Grundsätzlich wird diese Haltung jedoch nach

Interpretation der Autorin vor allem dadurch erschwert, dass die Basis, auf welcher die Interaktionen stattfinden, im Vorfeld von den Parteien nicht kommunikativ offengelegt wird. Es wird bei Abschluss eines neuen Pflegevertrags nicht transparent darüber gesprochen, wer die Lotsenfunktion in einem Pflegehaus übernimmt, vielmehr pendeln sich die Herangehensweise und die unterschiedlichen Zuständigkeiten innerhalb der Pflege im Laufe der Zusammenarbeit bestenfalls ein. Weiterhin wird von den beiden Parteien im Rahmen der pflegerischen und sozialen Anamnese nicht erfasst, welches Informationsniveau die Beteiligten im Pflegehaus vorweisen, welche Zuständigkeiten, welche Verantwortlichkeiten sie übernehmen wollen, ja, überhaupt übernehmen können im Hinblick auf ihre eigene Lebensgestaltung oder auch, ob verschleierte Erwartungshaltungen des pflegebedürftigen Menschen oder der Angehörigen ebenfalls eine Rolle spielen, welche im Prozess zu Überforderungen im Pflegehaus führen können. Diese nicht erfolgte Erfassung der einzelnen Verantwortungen und Vorstellungen, wie Pflege grundlegend organisiert wird, kann in der Folge zu Konflikten zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus führen.

(...) Entweder, oftmals ist es so, dass Angehörige wenig unterstützend wirken. Sie meinen immer, dass sie alles besser wissen als die Pflegeperson und besser können. (...) – Silke, Pos. 8

In den Gesprächen der befragten Pflegefachpersonen mit der Autorin kommen immer wieder Situationen zur Sprache, wie hier auch von Silke beschrieben, die zeigen, dass die im Prozess geschehende Überlassung von Verantwortung auch zu persönlichen Kränkungen der Pflegefachperson führen kann und damit eine erfolgreiche Basis der Zusammenarbeit von einem gegenseitigen Misstrauen erschwert wird. Es scheint, als trauten die Pflegefachpersonen den Angehörigen auf Grundlage ihrer eigenen Professionalität die Verantwortlichkeit über die Organisation und Sicherstellung der Pflege nicht zu, weil sie das Gefälle des Wissens zwischen ihnen und den Angehörigen in der Interaktion mit ihnen bemerken und im Vergleich zu ihnen eine alternative Handlungsweise in einer bestimmten Situation anwenden würden. Auch darüber findet aufgrund des Verdachtsmoments keine offene Kommunikation statt, sodass das Misstrauen bearbeitet werden könnte.

Eine weitere Situation, die von Misstrauen geprägt zu sein scheint, schildert auch Mira.

(...) Die Angehörigen, das können sie ja alles machen, die haben so eine Kamera, die hat im Haus vom Sohn gelebt in einer Kellerwohnung, der Sohn war oben und die hatten halt, das ist ja völlig in Ordnung, eine Kamera installiert, dass sie einfach oben sehen, was macht die Mutter unten. Ja, geht's ihr gut oder wenn sie fällt oder so. Aber wir müssen die Kamera, das dürfen wir und wir müssen das auch machen, ausmachen. Wenn wir drin sind mit Pflege, dann machen wir die Kamera aus. Und es gab halt immer ein Riesentheater. Die wollten das nicht, dass die Kamera aus ist und dann (...), ging einige Wochen so, (...) und dann haben wir gesagt: „Jetzt kommen wir nicht mehr.“ Die haben das einfach nicht verstanden, dass wir nur für die halbe

Stunde, wo wir drin sind, die Kamera bitte auszumachen, da kann ja auch nichts passieren und, ja. Aber das haben die einfach nicht eingesehen. Ja. – Mira, Pos. 71

Hier scheint es vordergründig nicht um Problematiken innerhalb der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zu gehen, wie sie die Autorin bisher im Verlauf beschrieben hat. Die Angehörigen übernehmen in diesem Fall die Lotsenfunktion und dies scheinen die Pflegefachpersonen auch aus professioneller Perspektive nicht infrage zu stellen. Vielmehr gestaltet sich die Situation deswegen problematisch, weil sich die Pflegefachperson in ihrer Arbeitszeit von den Angehörigen überwacht und beobachtet fühlt, ohne dass sie direkt intervenieren könnte, weil die beobachtenden Angehörigen auf einem anderen Stockwerk agieren. Auf derselben Grundlage, wie sie den Angehörigen die Lotsenfunktion zuerkennen, fordern sie die Hoheit über die Gestaltung der delegierten Situation und ein grundlegendes Vertrauen der Angehörigen zu ihnen ein – ergibt sich kein Kompromiss, gerät die beschriebene Waagschale der Interaktion aus dem Gleichgewicht. Der Pflegevertrag wird infolgedessen vom ambulanten Pflegedienst beendet.

Im Gegensatz dazu existieren auch Schilderungen der Pflegefachpersonen, in welchen die Verantwortungs-Überlassung trotz Bedenken der Pflegefachpersonen einwandfrei funktioniert hat, was zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen allen Parteien führen kann.

(...) Obwohl wir da oft immer unsere Zweifel hatten und dachten, „ach Mensch, ja, wäre vielleicht besser, wenn sie im Heim“, aber das hat er nicht gemacht. Das wollte er nicht. Nein, die Mutter muss zu Hause bleiben. Und, ja, es ging. (...) Ich denk', der Sohn hat das einfach gut koordiniert, hat mit uns gut mitgearbeitet, also egal, was wir sagten, was wir brauchen, was vielleicht gut wäre, das hat alles funktioniert. Das lief alles einfach. (...) – Mira, Pos. 79+81

So kommen vor allem die befragten Pflegedienstleitungen immer wieder zu der Schlussfolgerung, dass eine ambulante pflegerische Versorgung vor allem dann erfolgreich für alle Parteien verläuft, wenn die eigenen Befindlichkeiten hintenangestellt werden und ein aktives und positiv geprägtes Entgegenkommen der anderen Seite gegenüber herrscht.

(...) Alles wird man nicht abdecken können. Es wird immer ein Miteinander sein oder sollte ein Miteinander sein. Also mit verschiedenen Bereichen Nachbarschaftshilfe, Pflege, Angehörige. Das ist natürlich die optimale Sache. (...) – Margret, Pos. 87

Dies bedeutet auch, dass die Zuständigkeiten verteilt werden und dass alle Beteiligten eine unvoreingenommene Haltung den anderen Parteien gegenüber einnehmen, dass bei auftretenden Schwierigkeiten eine offene und geduldige Kommunikation stattfindet und vor allem, dass dieses Miteinander im Vorfeld der Leistungserbringung transparent von den

beteiligten Menschen als solches benannt wird – mit allen Rechten, Pflichten und mit allen vorhersehbaren Störfaktoren.

Möchten die Angehörigen den Versorgungsprozess steuern und übernimmt die Pflegefachperson damit die Rolle einer beauftragten Zuarbeitenden, ist es dennoch wichtig, im Falle einer Dekompensation der Situation als Expert*in im Hintergrund verfügbar zu bleiben.

Die sind in so einer Entwicklung drin und versuchen, etwas zu verhindern, was vielleicht nicht zu verhindern ist. Und dieser Prozess muss reifen. Da sind manchmal Situationen, wo total unbefriedigend sind und das muss man dann aber auch aushalten, weil das ist der freie Wille von dem Haushalt. (...) – Ulrike, Pos. 111

Ulrike spielt hier auf eine weitere Herausforderung an, die sich regelmäßig bei steigendem Pflegebedarf im Verlauf einer Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst ergibt: Während sich der bescheinigte Pflegegrad nur durch eine beantragte Höhergradierung und begründete erneute Begutachtung steigern lässt und im Ermessen der Gutachter*innen des MD liegt, können zusätzliche Leistungen des ambulanten Pflegedienstes über eine Erhöhung des finanziellen Eigenanteils relativ flexibel und niedrigschwellig steigen. Dabei stellt sich die Herausforderung für das Pflegehaus, dass dieser Eigenanteil in seiner Höhe für das Pflegehaus zumeist begrenzt ist und zusätzliche Leistungen des ambulanten Pflegedienstes zur Entlastung der pflegenden Angehörigen in der Folge von diesen abgelehnt werden. Für die Pflegefachpersonen ergibt sich daraus die Herausforderung, dass die geleistete Pflege nicht dem tatsächlichen Pflegebedarf entspricht und über einen individuellen Zeitraum eine pflegerische Unterversorgung des pflegebedürftigen Menschen entstehen kann. Diese Situation führt zu herausfordernden Interaktionen, welche sich im Spektrum zwischen Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung bewegen.

(...) Und manchmal sieht man, dass die Leute mehr Bedarf haben, aber es wird von der Familie her, ist das finanziell nicht gewünscht und dann muss man da gegen Windmühlen kämpfen und das immer wieder anfragen, ob da nicht dieses und jenes jetzt sinnvoll wäre, oder ob es die Familie dann machen kann, ja. Aber manchmal geht Geld vor Versorgung des Menschen. Also das erleben wir auch immer wieder. – Ulrike, Pos. 67

(...) Und die Kinder kümmern sich schon toll drum. Der wird auch noch mit dem Lifter raus gesetzt, soweit das die Familie schafft. Die machen das über das Wochenende und feiertags, wo es nochmal einen extra Zuschlag kostet. Wir mobilisieren unter der Woche abends raus und die machen dann den Rückweg. Also da wird schon geguckt, aber finanziell wird es dann, wenn wir noch mehr tun, haarig. Also das ist ja immer dieses Abwägen vom Geld her, ja. – Ulrike, Pos. 75

Die Pflegefachpersonen bewegen sich innerhalb ihrer Interaktion mit dem Pflegehaus insofern in einem Dilemma, als sie den steigenden Bedarf erkennen und ansprechen müssen.

Sie übernehmen damit zunächst die Verantwortung des Lotsen, hier die Versorgung aus professionellen Gründen anzupassen. Lehnt das Pflegehaus dies aus finanziellen Gründen ab, gestaltet sich die folgende Interaktion individuell unterschiedlich. Die Verschiedenheit hängt dabei zum einen vom Ausmaß des steigenden Pflegebedarfs ab. Steigt dieser aufgrund einer dekompenzierten oder neu hinzugekommenen Erkrankung sprunghaft an, zeigt sich die Reaktion der Pflegefachperson unter Umständen determinierter, als wenn der Pflegebedarf schleichend zunimmt und die Versorgung schrittweise dekompenziert. Weiterhin spielt eine Rolle, wie sich der ambulante Pflegedienst in seiner Haltung zwischen Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung versteht.

(...) Wenn die aber sagen, „nein, wir wollen das nicht“, dann sind uns halt die Hände gebunden, dann können wir dann halt nichts machen, dann müssen wir das akzeptieren. Dann wird ein Beratungsbogen ausgefüllt und auch unterschrieben, dass wir wirklich darauf hingewiesen haben. Es wird ein Vermerk in der Akte auch gemacht, im Dokumentationsblatt, dass ein Beratungsgespräch stattgefunden habe, dies wurde aber abgelehnt. Dann ist das so, auch wenn du siehst, dass da noch mehr Hilfe nötig ist. Wenn die sich dagegen wehren mit Hand und Fuß und sagen, „wir wollen das nicht“, dann kannst du da nichts machen. – Lena, Pos. 8

In diesem Zusammenhang spielt auch der Bezug des Pflegegelds für selbst beschaffte Pflegehilfen eine Rolle. Durch die anfängliche Pflegeanamnese ist den Pflegefachpersonen bekannt, welcher Pflegegrad dem pflegebedürftigen Menschen bescheinigt wurde. Im Rahmen der Leistungsplanung ist ebenfalls bekannt, ob die Angehörigen sich für das Sachleistungsprinzip, das Kombinationsleistungsprinzip oder den alleinigen Bezug des Pflegegelds entschieden haben. Durch den direkten Bezug auf die ungefähre Menge an Leistungen, die ein Pflegedienst für die Summe eines spezifischen Pflegegrads erbringen kann, wird für die leitende Pflegefachperson schnell ersichtlich, ob das Pflegegeld im Pflegehaus zur Erbringung und Sicherstellung der Pflege genutzt wird oder ob es für andere Ausgaben verwendet wird.

(...) wenn es mit den Angehörigen nicht klappt, dass man die Angehörigen ins Boot bekommt, dann ist hier Unterversorgung, „hier ist ein Mangel, dann müssen Sie mehr Leistung entweder selber erbringen oder wenn Sie nicht können, bitte rufen Sie die ab, dass der Angehörige ausreichend versorgt ist, dass wir in diesen Verwahrlosungsbereich nicht reinkommen.“ Und dann haben wir letztendlich nur die Möglichkeit, das über die Krankenkassen zu lösen. Also sprich', dort gibt es dann die Möglichkeit, die Krankenkasse verfügt dann, dass es kein Geld mehr gibt, es gibt nur noch eine Sachleistung und dann muss die Leistung abgerufen werden. (...) – Michael, Pos. 20

Mit der Gegenüberstellung von Michaels und Lenas Aussage wird deutlich, dass sich die vonseiten der Pflegefachperson gesteuerte Interaktion im Kontinuum zwischen Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung bewegt. Während Lena eher auf die Überlassung

der Verantwortung hinweist und sich durch das Beratungsgespräch von einer Mithaftung für eventuell entstehende Schäden des pflegebedürftigen Menschen abzusichern versucht, übernimmt Michael die Anwaltschaft für den pflegebedürftigen Menschen und sorgt mit einer Regelung über die Krankenkassen dafür, dass die Angehörigen nicht weiter frei über das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen verfügen können, sondern dass der ambulante Pflegedienst zwingend die pflegerischen Leistungen für den gesamten hinterlegten finanziellen Betrag des bescheinigten Pflegegrads erbringen muss. Dies bedeutet nicht, dass der professionell wahrgenommene Pflegebedarf damit gedeckt würde, denn dieser ist nach Feststellung der befragten Pflegefachpersonen nicht automatisch mit dem bescheinigten Pflegegrad abgegolten, was im Folgenden im Hinblick auf die damit verbundenen Interaktionen noch dargestellt werden wird. Es bedeutet jedoch, dass die Pflegefachpersonen eine finanzielle Obergrenze zur Erbringung ihrer Leistungen in der Höhe des festgestellten Pflegegrads vorfinden und ihre Leistungen an diese Grenze ohne Flexibilität anpassen müssen – und gleichzeitig sicherstellen müssen, dass die Versorgung dennoch den pflegerischen Grundbedarf des Menschen deckt. Erkennen die Pflegefachpersonen, dass der bescheinigte Pflegegrad den Einschränkungen des pflegebedürftigen Menschen nicht angemessen ist, so kann dies zu einer Interaktion mit dem Pflegehaus oder mit dem MD führen, um eine Anpassung des Pflegegrads zu erwirken. Doch auch dies geschieht nicht um jeden Preis, wie Michael darstellt – auch hier spielen die Interaktionen im Pflegehaus eine Rolle im Hinblick auf den Grad der Übernahme von Anwaltschaft.

(...) Es muss immer realistisch sein, also einfach Angehörige, die einfach tolle Vorstellungen haben, wo wir dann sagen, „sorry, aber, geht gar nicht“, also die haben auch zu ihren Eltern hier fast überhaupt keinen Blick, also wo wir das dann auch nicht unterstützen, wenn jemand unbedingt eine Höherstufung aus finanziellen Gründen haben will. (...) – Michael, Pos. 40

Die Interaktionen der Pflegefachpersonen im Rahmen von Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung werden bezüglich des Pflegegrads im nächsten Abschnitt differenziert betrachtet. Eine andere Interaktion, welche sich weiterhin im Pflegehaus zwischen der Pflegefachperson, den Angehörigen und dem pflegebedürftigen Menschen ausgestaltet, ist jene der persönlichen konfliktären Beziehungen zwischen den einzelnen Akteur*innen. Dies meint, dass sich Angehörige und pflegebedürftige Menschen in unterschiedlichen Themen nicht immer einig sind, dass atmosphärisch herausfordernde Schwingungen zwischen den beiden emotional angespannten Parteien die Pflegesituation beeinflussen und dass Pflegefachpersonen auch durchaus hin und wieder vermitteln müssen.

(...) Aber wie oft, da muss man wirklich nur mal ins Gesicht sehen der Person, die versorgt werden soll, die dann oftmals nur die Augen verdreht oder mit der Handbewegung so diese, wie so wegschlagen, so unwirsch, „lasst mich doch einfach in

Ruh'. Lass' uns doch einfach, mach' die Tür zu und geh' und lass' uns in Ruhe.“(...)
Die sagen dann, „jetzt mach' die Tür zu und lass' mich und lass' uns und es klappt und wenn was ist, dann rufen wir.“ Und die werden dann richtig sauer. Also da entsteht oftmals so ein richtig fetziger Streit und man denkt, ja wunderbar. Da ist ganz viel Spannung da. – Silke, Pos. 8+10

Sabrina ergänzt diese Erfahrung um ihre eigene:

Ja, tatsächlich, also wenn dann irgendwie Angehörige nicht da sind, dann ist auch so das Gespräch oder so ganz anders, wie wenn dann jemand noch irgendwie im Hintergrund in der Küche was macht oder Sonstiges. (...) – Sabrina, Pos. 68

Die befragten Pflegefachpersonen erkennen die angespannte Atmosphäre und äußern sich in unterschiedlicher Weise zu diesen Situationen. Es zeigt sich dabei in der Interpretation der Autorin, dass sich deren Interaktion auf der Waagschale von Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung darin austariert, mit welcher Intention sie diese atmosphärischen Spannungen begleiten, in denen sie sich in diesem Moment befinden. Einige der befragten Pflegefachpersonen richten dabei ihren Blick ausschließlich auf den pflegebedürftigen Menschen, für welchen sie den Auftrag der Pflege erhalten haben.

Ja gut, es gibt dann schon Sachen, wo ich dann einfach, ja, mich manchmal auch so ein bisschen drüber hinwegsetze und eigentlich also dem Patienten das recht mache, also so wie der Patient das haben will und dann nicht so wie die angehörige Tochter oder was auch immer, ja, kann aber schon auch zu Streit führen, also da kann es auch mal sein, dass sie dann im Büro anrufen. Aber ich denke mir immer, der Pflegebedürftige ist eigentlich der, wo entscheidet, wie es gemacht wird. Ja. – Sabrina, Pos. 66

Sabrina betont in diesem Gesprächsausschnitt die Folge dieser pflegerischen Zentrierung auf den Willen des pflegebedürftigen Menschen: Verärgerte Angehörige beschwerten sich bei der Pflegedienstleitung über das Verhalten der Pflegefachperson. Damit zeigt sich, dass es auch unter den befragten Pflegefachpersonen kein transparent bearbeitetes Thema zu sein scheint, mit welcher Haltung man den Beteiligten im Pflegehaus gegenübertritt, wen man als Auftraggeber*in für die Pflege ansieht, wer die Lotsenfunktion hier übernimmt – im Sinne der Entscheidungsgewalt, wie mit solchen situativ bedingten emotionalen Situationen dann umgegangen wird, wer darin welche Rolle übernimmt. Werden die Angehörigen als vollwertiger Bestandteil des Pflegehauses und als unverzichtbarer Teil der Pflege im Gesamten von der Pflegefachperson wahrgenommen, so werden diese auch im Fall eines Konfliktes in die zu klärende Situation von den Pflegefachpersonen einbezogen, damit ein konstruktiver und vertrauensvoller Umgang zwischen den Parteien auch weiterhin möglich sein wird.

(...) Ich finde es wichtig, nicht nur es aus meinem Blickwinkel, aus diesem fachlichen

Blickwinkel zu betrachten, ich finde es auch wichtig, zu versuchen, den Blickwinkel, also die Sicht des Angehörigen und auch des Klienten zu sehen, um sich dann ein komplettes Bild einfach zu verschaffen. Das sind mehrere Meinungen, die dann halt auf einen eintreffen und das regt halt unheimlich auch zum Nachdenken an und ich finde, sowas kann einfach nur dazu führen, dass man ein bestmögliches Ergebnis hat. (...) – Lena, Pos. 52

Silke bezieht sich ebenfalls auf eine Vermittlung:

Ja, ich stehe dann dazwischen und dann guck' ich sehr auf die pflegebedürftige Person und versuche zu vermitteln. Dass ich sage, „wir versuchen es erstmal alleine und wenn was ist, rufe ich gerne.“ Und dann frage ich, „ist das in Ordnung?“ Und dann heißt es, „ja, okay“. (...) – Silke, Pos. 10

Die dargestellten Interaktionen bewegen sich damit im Rahmen der Anwaltschaft dahingehend, dass die pflegenden Angehörigen als gleichwertiges Element neben dem pflegebedürftigen Menschen gesehen werden und ihren Stellenwert innerhalb aufkommender Konflikte durch die Pflegefachperson erhält. Anwaltschaft wird damit von der Pflegefachperson für das Gelingen der momentanen und weiterer Pflegesituationen übernommen, indem alle Beteiligten ihre Wichtigkeit für das Miteinander bescheinigt bekommen und man eine gemeinsame Lösung für den momentanen Konflikt zu etablieren versucht. Auch wenn dies potenziell nicht immer möglich ist, weil möglicherweise die Meinungen der Beteiligten diametral auseinanderdriften oder in einigen Fällen auch nicht offen kommuniziert werden, so ist doch die Haltung der Pflegefachpersonen den Angehörigen gegenüber entscheidend dafür, ob diese sich in diesem Konflikt als einzubeziehende Menschen erleben und sich in der pflegerischen Situation angenommen fühlen.

Umgekehrt konstituiert sich die Überlassung von Verantwortung wiederum darin, dass sich die Pflegefachperson ausschließlich auf den Willen des pflegebedürftigen Menschen bezieht und die Angehörigen und deren Interpretation der Situation damit unberücksichtigt lassen. In diesem Sinne wird für die weitere Gestaltung der Beziehungen untereinander im Pflegehaus keine Verantwortung übernommen, vielmehr wird die Lotsenfunktion unhinterfragt von den Pflegefachpersonen übernommen, auch wenn die Angehörigen sich als Verantwortliche in diesem Prozess sehen und erleben.

Bisher stellte die Autorin die herausfordernden Interaktionen vorrangig unter Einbezug der Angehörigen dar. Es gibt jedoch auch Pflegehäuser, in denen keine Angehörigen verfügbar sind und in welchen sich die Pflege ausschließlich zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und der Pflegefachperson austariert. Daher werden nun diese Interaktionen genauer betrachtet, wobei aus den Gesprächen zwischen der Autorin und den befragten Pflegefachperson heraus deutlich wird, dass sich die Herausforderung im Rahmen von Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung vor allem darin zeigt, wie sich die Interaktionen zwischen

den beiden Parteien im Hinblick auf die Adhärenz⁴¹ der pflegebedürftigen Menschen an der pflegerischen Behandlung und die Reaktion der Pflegefachpersonen darauf ausgestaltet.

Diese Interaktion beginnt bereits mit der pflegerischen Anamnese, aus welcher die Pflegefachperson bereits viele Hinweise zu ihrem Versorgungsauftrag und den herrschenden Rahmenbedingungen ableiten kann.

(...), sondern erst mal zu erzählen, was sie überhaupt brauchen. Damit fang' ich eigentlich an. „Was brauchen Sie überhaupt?“ Dann rücken die raus: „Ja, eigentlich, eigentlich bin ich noch fit, ich kann noch ganz viel selber, aber meine Frau oder mein Mann sagt, es wäre schon schön, wenn mir jemand hilft beim Duschen.“ Oder es ist eine Wunde da, „und der Arzt hat gesagt, Sie sollen kommen und jetzt die Wunde versorgen.“ (...) – Andrea, Pos. 6

(...) Je umfangreicher die Aufnahme ist und je umfangreicher auch man mit den Menschen spricht, (...), je häufiger ich dort anwesend bin und das eine oder andere noch zusätzlich erfrage, schaffe ich ja Möglichkeiten, (...) dass sie länger zu Hause bleiben können, weil ich das ganz anders abpuffern kann. Weil ich einfach weiß, welche Ressourcen haben die noch. Nachbarschaftshilfe, noch eine Tante, noch dies, noch das. Welche Wünsche haben die? Wir begleiten viele Patienten wirklich bis zum letzten Tag. Das geht aber nur, weil wir halt wissen, wie die ticken und was die wollen und dass die das, was die wollen, auch kommuniziert haben mit ihrer Verwandtschaft. Ist auch immer wichtig. Die bleiben ganz lange. – Andrea, Pos. 14

Andrea verfolgt mit einer sehr breit angelegten Pflegeanamnese den Sinn, dass sie den Menschen hinter dem angeforderten Auftrag kennenlernen möchte und über dieses Kennen die Rahmenbedingungen der Pflege einschätzen und möglicherweise beeinflussen kann. Auch wenn sie dies nicht kann, weil sie sich determiniert darstellen, weiß sie zumindest, wo sich Grenzen der Versorgung auftun.

Das Wissen darüber, wie „jemand tickt“, was jemand möchte, wie sich jemand seine Versorgung in Arbeitsteilung mit vorhandenen Angehörigen oder aber eben ohne Angehörige vorstellt, dies ist das Wissen, welches die Autorin im vorangegangenen Abschnitt als essenziell für eine gelungene Arbeitsbeziehung bezeichnet hat, um Zuständigkeiten und Verantwortungen so zu verstehen und zu gestalten, wie sie von den Menschen im Pflegehaus selbst, aber auch von den Pflegefachpersonen gedacht sind und darüber in einen offenen Austausch zu gehen, um eine konstruktive Zusammenarbeit zu gewährleisten. Dieses Idealbild wird auch immer wieder von alltäglichen Situationen „gestört“, in welchen sich die Vorstellungen der Beteiligten über die Pflege nicht decken und ein schmerzhafter Kompromiss gefunden werden muss.

(...) Oder aber ich wickle die Füße. Also jemand hat chronische Wunden an den

⁴¹ Adhärenz bedeutet, dass „der Patient [...] auf Basis seines eigenen Krankheitsverständnisses die gemeinsam mit dem Therapeuten beschlossene Therapie in seinen Lebensalltag [integriert]. (Dissemond et al., 2017, S. 82)

Beinen. Und ich wickle die Füße und verbinde sie und der sollte eigentlich sich schonen und die Füße hochlegen und der geht raus und setzt sich den ganzen Tag auf den Mähdrescher und staut die Füße weiter, dass genau das Gegenteil erreicht wird von dem, wofür ich gearbeitet hab', oder geht Holz sägen. „Ich kann meine Füße nicht hochlegen, ich muss das alleine machen.“ (...) – Ulrike, Pos. 129

Während bei Ulrike im Gespräch nicht deutlich wird, ob und welche Konsequenzen sie aus diesem Verhalten zieht, äußern andere Pflegefachpersonen direkt, wie sie auf bestimmte Hindernisse in der Versorgung, welche die Adhärenz des pflegebedürftigen Menschen betreffen, reagieren.

(...) Entweder wir dürfen die Pflege so durchführen, wie wir es gelernt haben und wie es richtig ist, oder wir können es nicht machen. – Alexandra, Pos. 60

Die Kündigung der pflegerischen Versorgung ist in den Gesprächen mit den befragten Pflegefachpersonen aus deren Sicht immer dann unausweichlich, wenn Gespräche über die Mitwirkung an der pflegerischen Therapie keinen Konsens, keinen Kompromiss mit dem pflegebedürftigen Menschen ergeben. Hier wird nach Übernahme der Anwaltschaft aktiv die Verantwortung an den Menschen zurückgegeben, wenn die Gespräche aus Sicht der Pflegefachpersonen nicht zielführend waren. Es gibt jedoch auch Fälle, die von zwischenmenschlichen Ärgernissen im Umgang mit den Pflegefachpersonen geprägt sind.

(...) Wir haben einen anderen Kunden, bei dem kann man wirklich sagen, dass er manchmal Macht oder häufig Macht ausübt, weil da kommt man rein und er sagt schon, „so, und jetzt, aber sofort!“ Und du stehst da, „langsam, eins nach dem anderen. Darf ich erstmal alles vorbereiten? Danke!“ Also manchmal muss man denen dann ein bisschen den Wind aus den Segeln nehmen. Und der sagt dann auch, es tut ihm leid und wir sind ja alle so nett. Aber im ersten Moment war das ein Ton, wo ich sage, Holla, okay. – Cathrin, Pos. 28

Im Verlauf dieser beiden Gespräche mit Alexandra und Cathrin zeigt sich jedoch eine geduldige und annehmende Haltung der Pflegefachpersonen, die innerhalb der Gespräche mit den betreffenden pflegebedürftigen Menschen zu einem erweiterten Verständnis des Miteinanders, der Zusammenarbeit führt und die Rigidität ihrer Aussagen letztlich wieder entspannt. Angela unterscheidet im Gespräch mit der Autorin weiterhin implizit dazwischen, ob ein Mensch der Pflegefachperson Dinge vorschreibt oder von seinem Recht Gebrauch macht, eine Behandlung abzulehnen.

(...) Dass der Patient dir Dinge vorschreibt. Also mir fällt da jetzt grad eine Patientin ein mit Unterschenkelulcera⁴² an beiden Beinen und extremen Ödemen⁴³ und CVI und alles Mögliche und gehört gewickelt⁴⁴ und wie man wickelt, wissen wir. Und dass

⁴² Unterschenkelgeschwür, verursacht durch unterschiedliche Venenerkrankungen, welche unter dem Oberbegriff Chronisch-venöse Insuffizienz (CVI) zusammengefasst werden können (Roche Lexikon Medizin Sonderausgabe, [2006]/2013).

⁴³ Schmerzlose Ansammlung von Flüssigkeit, hier im Hautgewebe.

⁴⁴ Anlegen eines Kompressionsverbandes mittels Kurzzugbinden.

man zwei Binden nehmen muss und unterpolstert und so, und sie lässt es nicht zu. Also kann ich die Fachlichkeit, die ich hab' oder die wir haben, können wir nicht anbringen, weil sie lässt es einfach nicht zu. Dann ist es also, solche Dinge muss man manchmal akzeptieren und dokumentieren. Mehr kann man nicht machen. Rücksprache mit Angehörigen, natürlich den Leuten erklären, um was es geht. Aber wenn sie sagt, also die sagt jetzt ganz klar: „Sie können mir da eine Binde drum wickeln, und das war's. Mehr nicht, kein Polster, kein Schlauch und nichts. Die eine Binde und damit ist fertig.“ Und für mehr ist sie nicht zu haben. Das (...) muss ich mit dem Arzt besprechen, das muss ich mit Angehörigen besprechen, wenn Angehörige involviert sind und ich muss es dokumentieren. Mehr geht nicht. Da stehe ich einfach auch dazu und sag', „okay, das ist die individuelle Freiheit auch vom Patienten, eine Behandlung abzulehnen.“ (...) – Angela, Pos. 36

Angela benennt die Interaktion in dieser Wundversorgung als herausfordernd, insofern als sie mit ihrer Fachlichkeit als ausgebildete Wundmanagerin wenig Erfolg im Hinblick auf den Willen der pflegebedürftigen Dame hat. Auch an diesem Beispiel kann wieder gut erkannt werden, dass die Pflege eine Zusammenarbeit, ein Miteinander erfordert und dass die reine Expertise der Pflegefachpersonen nicht ausschlaggebend dafür ist, ob eine pflegerische Versorgung zum Erfolg führt. In diesem speziellen Beispiel konnte zwar ein Kompromiss gefunden werden (das Anlegen einer einzelnen Binde), diese Maßnahme führt jedoch nach den Erkenntnissen der heutigen Wundversorgung bei ausgeprägter CVI nicht zum gewünschten Ergebnis, nämlich erneuten Geschwüren vorzubeugen, womit auch hier im Grunde die pflegerische Behandlung ausgehebelt wird. Angela begegnet dieser Willensäußerung jedoch fast anerkennend und kann diese für sich annehmen. Nach Interpretation der Autorin wird in diesem Beispiel die pflegerische Fachkompetenz als ein gleichwertiges und gewichtiges Puzzleteil neben der Vorstellung des pflegebedürftigen Menschen über die Versorgung deutlich. Auch Ulrike äußert im Gespräch die Bereitschaft, sich auf die Spezifikationen der Pflegehäuser einzulassen, ohne eigene Befindlichkeiten zu stark zu betonen.

Viele fühlen sich gut gepflegt, wenn sie es schaffen, ihren Alltag zu Hause in den vier Wänden weiter aufrechtzuhalten, selbst auf einem sehr niedrigen Niveau. Manche sagen, ich bin gut gepflegt, wenn ich wenigstens einmal am Tag aus meiner stinkigen Windel geholt werde. Also da kräuseln sich bei mir schon die Fußnägel. (...) – Ulrike, Pos. 69

Ein anderer Fall ist die Behinderung der pflegerischen Leistungen unter dem erschwerenden Faktor, dass durch das betreffende Verhalten des pflegebedürftigen Menschen keine Arbeitsmaterialien mehr im Pflegehaus vorhanden sind.

(...) Aber ich hab' für die Wundversorgung über eine Stunde gebraucht und der Patient (...), der war im Polamidon-Programm,⁴⁵ hat das Polamidon-Programm

⁴⁵ Substitution von Heroin durch Polamidon. Das Programm besteht darin, dass die Menschen von offiziellen Stellen (Apotheken, Praxen der Ärzt*innenschaft) eine ihnen zugeteilte Menge der Ersatzdroge erhalten und diese unter Aufsicht einnehmen, um u. a. Beschaffungskriminalität und Folgeerkrankungen durch verunreinigte Drogen oder Spritzbestecke zu vermeiden.

abgebrochen und statt die Verbandsmaterialien in der Apotheke zu bezahlen, hat er sich Drogen gekauft. Dann kündige ich solche Versorgungen auch. (...) – Andrea, Pos. 66

Andrea gibt in diesem Fall die Verantwortung zurück – will sie die Wundmaterialien nicht selbst bezahlen, kann sie die Versorgung nicht erbringen. An diesem Beispiel wird wieder das Kontinuum zwischen Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung deutlich. Während sich Andrea vor Bekanntwerden des Drogeneinkaufs für den pflegebedürftigen Menschen dahingehend eingesetzt hat, dass die Krankenversicherung die aufwändigen Verbandswechsel zu einem höheren Preis honoriert mit dem Ziel, den Menschen trotz betriebswirtschaftlicher Hindernisse längerfristig betreuen zu können, gibt sie nun die Verantwortung bewusst an ihn zurück. Es ist dabei unklar, wie dessen Geschichte weiterhin verläuft – ihr Engagement endet an dieser Stelle.

Nachdem die Autorin nun in diesem Abschnitt dargestellt hat, wie sich die Waagschale zwischen Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung innerhalb der Interaktionen im Pflegehaus gestaltet, folgt im nächsten Abschnitt eine Betrachtung dieser Interaktionen zwischen den Pflegefachpersonen und Dritten. Die meisten Gesprächsausschnitte beziehen sich dabei auf den Kontakt der Pflegefachpersonen zur betreuenden Ärzt*innenschaft oder zum MD mit dem Ziel, die pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Menschen zu beeinflussen.

Interaktionen mit Dritten zwischen Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Interaktionen der Pflegefachpersonen mit der betreuenden Ärzt*innenschaft vorgestellt.

Grundsätzlich sind die befragten Pflegefachpersonen und die beteiligte Ärzt*innenschaft Partner der ambulanten Zusammenarbeit und beeinflussen beide in ihrem jeweiligen Wirkungsgebiet die ambulante Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen. Die Interaktionen spielen sich zwischen beiden Parteien demnach in den jeweiligen mehr oder weniger fest umrissenen Zuständigkeitsgebieten mit Schnittstellen zur jeweils anderen Seite ab. Prominente Beispiele dafür sind die Verantwortlichkeit der Ärzt*innen über die Ausstellung einer Verordnung häuslicher Krankenpflege, sollte es sich um ärztlich delegierte Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V handeln. Diese Verordnung ist zeitlich begrenzt, auch wenn die pflegerische Versorgung dauerhaft angelegt ist. Weiterhin werden Hilfsmittel, Wundauflagen sowie weitere Verbandsmaterialien von den Ärzt*innen verordnet. Die Zuständigkeit der Pflege gestaltet sich im Alltag zumeist darin, die Pflegehäuser entweder an die Organisation einer neuen Verordnung zu erinnern oder diese, wenn dies im Pflegevertrag als Leistung festgehalten wurde, selbst zu besorgen.

Aus den Gesprächen der Autorin mit den befragten Pflegefachpersonen zeigt sich dabei, dass die Pflegefachpersonen ihre Nähe zum pflegebedürftigen Menschen als wegweisend und für ihren Zuständigkeitsbereich als konstituierend erleben, um die von der Ärzt*innen-schaft verordnete Therapie im Alltag zu begleiten. Dies betrifft zum einen die medikamentöse Therapie, die je nach Versorgungsauftrag explizit begleitet wird, wenn die Pflegefachperson beispielsweise mit der Medikamentengabe beauftragt wurde. Implizit wird diese ebenfalls evaluiert, wie Alexandra im Gespräch erzählt.

(...) bei einem Patienten war es so, dass wir hinkamen, und er hat halt Ödeme in den Beinen, den Unterschenkeln und die waren immer super, er hatte nie Ödeme. Und ich hab' halt gefragt: „Komisch, warum sind da jetzt auf einmal Ödeme?“ Und dann guckte ich halt in den Medikamentenplan und sag': „Ach, Sie bekommen ja auch Torasemid®.“⁴⁶ Da sagte er: „Nee, das haben die jetzt abgesetzt“. So. Wir hatten leider keinen aktuellen Medikamentenplan. Das hat er uns nicht gesagt. So, aber dann, dann wird da ein Schuh draus. Also das sind so Sachen, wo man einfach dann, ja, einen Brief an den Arzt schreibt oder ein Fax und dann wird's wieder angesetzt. – Alexandra, Pos. 40

Auffällig ist demnach bei diesem Besuch die Entwicklung von Ödemen, welche den Pflegefachpersonen beispielsweise während der Körperpflege auffällt und professionell hinterfragt wird. Insofern zeigt dieses Beispiel, wie Alexandra in diesem Beispiel anwaltschaftlich handelt, indem sie die zuständigen Ärzt*innen über ihren Versorgungsauftrag hinaus über die Entwicklung benachrichtigt und so damit sicherstellt, dass sich die Ödembildung nicht weiter verstärkt und damit in der Folge zu weiteren Problemen führt. In diesem Zusammenhang wird von einer weiteren Pflegefachperson grundsätzlich betont, wie wichtig die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen innerhalb der ambulanten Versorgung ist.

(...) Das ist zum Beispiel etwas ganz, ganz Wichtiges: Netzwerke in der Pflege. Ohne Netzwerke geht's nicht. (...) – Angela, Pos. 48

Angela führt diese Netzwerke im Verlauf des Gesprächs mit der Autorin dahingehend weiter aus, indem sie an mehreren Beispielen deutlich macht, warum diese Netzwerke für die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen wichtig sind und welche Folgen es haben kann, wenn diese gut oder schlecht ausgebildet sind. Sie argumentiert dabei aus ihrem Fokus der Wundversorgung.

(...) der Arzt stellt also fest, der Patient hat CVI, Kompression. Dann bekomm' ich in der Regel vom Arzt ein Rezept über vier Kompressionsbinden, Ende. Für jedes Bein zwei. Und dann sag' ich: „Nein.“ Dann gucken die mich an und sagen: „Wieso?“ Und dann sag' ich: „Ganz einfach, diese Kompressionsbinden müssen nach jedem Abwickeln gewaschen werden, damit die ihre Elastizität wiedergewinnen.“ „Nee, ich schreib' Ihnen aber nicht mehr auf, die sollen die waschen.“ (...)

⁴⁶ Ein Medikament, unter anderem zur Steigerung der Harnausscheidung (A. Bischoff, 2002).

Aber es sind halt so Dinge, wo Ärzte uns Anordnungen geben, Jod. Jod gehört nicht auf eine chronische Wunde. Das ist was für akute Wunden, aber niemals für chronische Wunden. Trotz allem haben wir auch Hautärzte, die ganz abenteuerliche Mischungen machen mit Jod und Traubenzucker, Topfsalbe, also lauter solche Dinge. Und da müssen wir als Pflegefachkräfte auch mal sagen: „Nein, machen wir nicht.“ – Angela, Pos. 40+42

Angela beschreibt hier das Kontinuum einer spannenden Zuständigkeitsfrage. Wie in den vorangegangenen Kapiteln bereits aufgeführt wurde, ist die Ärzt*innenschaft zwar formal für die Auswahl und Verordnung der benötigten Wundaufgaben und Verbandsweisen einer Wunde zuständig und entscheidet damit auch über die Menge und Art, welche auf einem Rezept verordnet wird und dadurch anschließend dem Pflegedienst zur Verfügung steht. Auf der anderen Seite ist das Wundmanagement mittlerweile ein so komplexer Versorgungszweig, dass es vielfältige Weiterbildungen zur Beurteilung und Behandlung von Wunden gibt, welche oftmals von Pflegefachpersonen besucht werden. Damit liegt die fachliche ausübende Kompetenz oftmals auf Seiten der Pflege, die Anordnungs kompetenz weiterhin jedoch bei der Ärzt*innenschaft, was zu Hierarchien und Konflikten führen kann. Diese Situation wird zusätzlich dadurch verschärft, dass die Praxen immer wieder von Vertriebsmitarbeiter*innen diverser Wundberatungsunternehmen besucht werden, welche die Ärzt*innen dahingehend beraten, besonders teure Wundaufgaben zu verordnen und aus dieser Vorgehensweise Gewinn erwirtschaften.

B: (...) Aber es gibt Firmen, die Wundversorgung machen und die Mitarbeiter kriegen eine Provision. Die haben ein geringes Grundgehalt und die verdienen an dem, was sie an Wundaufgaben empfehlen und dann auch verkaufen.

I: Das sind noch mal Externe oder sind das die Firmen, die die Wundaufgaben herstellen?

B: Das ist tatsächlich, das sind externe Versorger, die verschiedene, die auch ganz unterschiedliche Materialien verwenden und nicht an eine Firma gebunden sind. Aber die schicken ihre Leute raus und, (...) warum die Ärzte denen diese Rezepte geben für diese unsäglichen Mengen an Material weiß ich leider nicht. Da bin ich noch nicht dahinter gestiegen. Aber inzwischen ist die [Krankenkasse] da auch ein bisschen hinterher, weil da wirklich ganz, ganz viel Material bestellt wird, weil der Mitarbeiter kriegt ja Provision. Und diese Taktik macht's uns manchmal ein bisschen schwer. – Angela, Pos. 52+54

Die Praxen bezahlen diese Verordnungen zumeist aus eigener Kasse, da die groß angelegten und teuren Verordnungen im Rahmen der nachgeschalteten Verordnungsprüfung durch die Verwaltung und die Krankenversicherungen nicht bezahlt werden. Diese Erfahrung führt in letzter Konsequenz dazu, dass Ärzt*innen gegenüber dem Wunsch, teurere Wundmaterialien zu verordnen, eher misstrauisch gegenüberstehen.

Angela sieht durch ihren alltäglichen Kontakt zu den Pflegehäusern, wie sich die Wunde unter den dort herrschenden alltäglichen Rahmenbedingungen entwickeln kann, wenn sie

nicht das benötigte Material zur Verfügung gestellt bekommt, weil sie erlebt, dass die Pflegehäuser bestrebt danach sind, die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten so weit wie möglich zu vereinfachen. Die Adhärenz eines pflegebedürftigen Menschen wird damit artifizial durch den Verordnungskonflikt zwischen Ärzt*innenschaft und Pflege vermindert, weil die Behandlung nicht an seine Lebenswirklichkeit und an seine Rahmenbedingungen angepasst wird. An einer anderen Stelle berichtet Angela, dass sie in ihrem Wirkungskreis mittlerweile erreichen konnte, die Ärzt*innenschaft für den Alltagszustand in den Pflegehäusern zu sensibilisieren, sodass sie nun mit deren Vertrauen genügend Material verordnet bekommt, um die Wunden nach den aktuellen Empfehlungen zu versorgen.

(...) Und hier in [Gernstadt] sind, bis auf eine, inzwischen haben die [Ärzte] das Vertrauen, dass wir das nicht, dass wir solche Materialien nicht wollen, weil wir daran was verdienen, sondern weil es für den Patienten und die Wunde vielleicht gut ist. (...)

Aber das ist eben dieses Vertrauen, das man aufbauen muss mit den Ärzten, dass man sie auch nicht ausnutzt und dass man nicht Unmengen von Material bestellt, das sinnlos ist.– Angela, Pos. 52+60

Damit zeigt sich zum einen ihr persönlich ausgebautes Netzwerk im Rahmen der Wundversorgung, welches ihr ermöglicht, professionell begründet handeln zu können und auch Gehör der anderen Seite zu finden, zum anderen zeigt sich die Anwaltschaft darin, dass sie wiederholt für eine Wundversorgung nach den aktuellen Standards argumentiert und bei weiter bestehenden Problematiken mit der Ärzt*innenschaft auch die zuständige Krankenkassenversicherung über die Versorgungsproblematik informiert, um eine angemessene Therapie zu erwirken.

(...) Aber wie gesagt, wenn ich rein fachlich manche Dinge nicht umsetzen kann, dann wende ich mich auch mal an die Kasse und sag: „So können wir das nicht verbinden.“ (...) – Angela, Pos. 48

Auch Joachim beschreibt innerhalb des Gesprächs mit der Autorin, welchen Einfluss eine persönliche Arbeitsbeziehung der Pflegefachperson zur behandelnden Ärzt*innenschaft nach sich ziehen kann, wie in Kapitel 7.4 aufgeführt wurde. Somit profitiert auch Joachim von einer persönlich ausgebauten Arbeitsbeziehung zu der behandelnden Ärzt*innenschaft, um etwas für den pflegebedürftigen Menschen erreichen zu können, was vermutlich ohne das entgegengebrachte Vertrauen nicht verordnet würde. Gleichzeitig reflektiert er im Gespräch, warum dieser Kontakt zwischen ambulantem Pflegedienst und den zuständigen Praxen aus seiner Sicht so vernachlässigt wird.

(...) Bei allen anderen ist ein guter bis sehr guter Kontakt. Leider zu spärlich. Man könnte viel mehr erreichen, wenn der Kontakt gepflegt würde. Aber der bringt erst mal nur Zeitbedarf und eben für den Arbeitgeber aus Sicht von Leitungsleuten

scheinbar nur Zeitaufwand und keinen Gewinn. (...) – Joachim, Pos. 32

Der sehr vom zwischen den Berufsgruppen alten Hierarchiedenken geprägten Autorin wird im Gespräch mit Joachim an dieser Stelle bewusst, welches Potenzial sich für pflegebedürftige Menschen innerhalb der ambulanten Versorgung ergeben könnte, würde die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege systematisch gepflegt und verbessert, das heißt, beispielsweise auch strukturell enger angelegt. Gleichzeitig sehe ich die Vorbehalte und Gräben zwischen beiden Parteien umso deutlicher. Mit Angela und Joachim haben zwei Pflegefachpersonen etwas Rares erwirkt: Sie gehen in eine Praxis der Ärzt*innenschaft, verlassen damit ihr eigenes Zuständigkeitsgebiet und versuchen, die dort Ansässigen von etwas Fachlichem zu überzeugen, wofür sie als Pflegefachpersonen formal weniger Kompetenz haben als die Ärzt*innenschaft. Dies ist insofern bemerkenswert, als dieses Vorhaben ebenso gut Missbilligung vonseiten der Ärzt*innenschaft hervorrufen kann.

(...) So, das ist jetzt so ein ganz leichtes Beispiel, wo man dann versucht zu formulieren, um dem Arzt nicht auf den Schlipf zu treten (...). – Alexandra, Pos. 40

Dass diese von der Autorin geäußerten Vorbehalte auch generell unter den Pflegefachpersonen existieren, zeigt auch ein Hinweis von Lena, welche den Kontakt mit den im Dorf ansässigen Physio- und Ergotherapeut*innen organisiert hat. Wie in den vorangegangenen Kapiteln bereits kurz angerissen wurde, war es Lena ein Anliegen, dieses Angebot für die betreuten pflegebedürftigen Menschen zu organisieren. Dafür benötigt sie neben den Therapeut*innen selbst auch eine Verordnung der zuständigen Hausärzt*innen.

B: Also, das hab' ich organisiert. (...) Ich sag', „wenn das in Ordnung ist, ruf' ich beim Hausarzt an, frag' nach einer Verordnung für die Physiotherapie und dann guck' ich mal.“ (...)

Ja, muss man sich halt mal ein bisschen auf den Arsch setzen, finde ich immer. (...) Und dann hab' ich mal gehört: „Ja, der Arzt, der verschreibt das doch sowieso nicht. Der macht das nicht.“ Ja, schau, wie der das gut macht. Und nun hat er eine Verordnung gekriegt.

I: Und wer hat das gesagt? Deine Teamkolleginnen?

B: Nein, meine Pflegedienstleitung hatte das gesagt. Die hatten das wohl schon mal versucht, aber sind da irgendwie nicht so durchgekommen und ich hab' da jetzt einfach angerufen und dann hab' ich eine Verordnung bekommen. – Lena, Pos. 28+30-32

An diesem Beispiel zeigt die Autorin auf, dass aufgrund der existierenden Vorbehalte und der gemachten Erfahrungen manchmal auch kein Vorstoß von den Pflegefachpersonen gewagt wird. Es ist in diesem Rahmen nicht beurteilbar, warum der damalige Versuch der Pflegedienstleitung, eine Verordnung über die Therapien von den zuständigen Praxen zu erhalten, nicht erfolgreich war. Es zeigt jedoch erneut, dass ein persönliches und

begründetes Engagement der Pflegefachperson, etwas für den pflegebedürftigen Menschen organisieren zu wollen, signifikant für den Erfolg des Vorhabens ist. Dass es einer engagierten, vorurteilsfreien und möglicherweise auch etwas kecken Art bedarf, eine existierende oder auch nur angenommene Grenze zwischen den beiden Berufsgruppen überwinden zu wollen – zum Vorteil der pflegebedürftigen Menschen. Lena wie auch Angela und Joachim ergreifen hier, potenziellen Entmutigungen zum Trotz, die Anwaltschaft für die betreuten Menschen, um diesen eine adäquate, ihrem Bedarf angemessene Versorgung zu ermöglichen, welche über den etablierten Standard hinausgeht. Sie erkennen aufgrund ihrer Nähe zu den pflegebedürftigen Menschen, dass der etablierte Standard, „so, wie man es immer gemacht hat“, nicht deren Bedarf deckt, dass es Produkte, im Fall der neuartigen Wundauflagen, und Angebote, im Fall der Hilfsmittel und Therapeut*innen, gibt, zu welchen die pflegebedürftigen Menschen aufgrund verdeckter Strukturen keinen Zugang haben, und beeinflussen diesen Zugang durch ihre persönliche Arbeitsbeziehung zur betreuenden Praxis maßgeblich. Umgekehrt kann für den Kontakt zu der Ärzt*innenschaft auch proklamiert werden, dass eine unbewusste Verantwortungs-Überlassung durch die Pflegefachpersonen stattfindet, wenn diese sich an den etablierten Verordnungsstandard anpassen und diesen nicht zu hinterfragen versuchen. Insofern sieht die Autorin hier die Pflegefachpersonen in der Verantwortung, diese Arbeitsbeziehung zur Ärzt*innenschaft zu pflegen und im Sinne des pflegebedürftigen Menschen zu erweitern, sodass eine dem Bedarf und den Möglichkeiten des Gesundheitssystems angepasste ambulante Versorgung stattfinden kann. Durch die bereits beschriebene Nähe-Beziehung, welche zwischen den pflegebedürftigen Menschen und der Pflegefachperson herrscht, sind diese nahezu prädestiniert für die Erfassung und die Sicherstellung einer Versorgung, die über den etablierten Standard hinausgeht, weil sonst keine andere Berufsgruppe so engmaschig und kontinuierlich den Zustand und die Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen evaluieren kann.

Ein weiteres, großes Themengebiet, mit welchem sich die Pflegefachpersonen in der Interaktion zwischen Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung bewegen, ist der Kontakt zu den Gutachter*innen des MD; beziehungsweise die Art und Weise, mit welcher Intention die Pflegefachpersonen diesen Kontakt im Hinblick auf die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen gestalten. Interessanterweise lassen sich über die Gespräche mit den befragten Pflegefachpersonen unterschiedliche Herangehensweisen über die Art, in der Anwaltschaft übernommen werden kann, herausfiltern.

B: (...) Oft stellen wir auch fest, dass der Pflegegrad zu niedrig ist für das, was an Hilfe nötig wird, und dann machen wir auch den Vorschlag, sie sollen Höherstufung beantragen. Ja.

I: Die [Pflegehäuser] machen das dann selbstständig?

B: Ja, das müssen die selber machen. Das dürfen wir nicht. Also Höherstufung

beantragen oder Einstufung beantragen müssen die Angehörigen. – Margret, Pos. 29–31

Im Gegensatz dazu verfolgt Michael eine abweichende Strategie.

Also, wenn ich einen Antrag, also ein Antrag muss ja gestellt werden, dann meldet sich der MDK und man kann ja mal den Antrag auf Höherstufung nehmen, wenn das Pflegehaus schon einen Pflegegrad hat, der sich verändert, meinetwegen auch schleichend und jetzt legt man dar, WARUM MAN diesen Antrag auf Höherstufung gestellt hat. (...) – Michael, Pos. 34

Sowohl bei Margret als auch bei Michael handelt es sich um zwei sehr erfahrene Führungspersonen in der ambulanten Pflege – trotzdem scheint es unterschiedliche Zugänge dazu zu geben, welche Befugnisse der ambulante Pflegedienst innerhalb der Antragstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung wahrnehmen kann. Es ist denkbar, dass sich Michael im Vorfeld von den pflegebedürftigen Menschen als Bevollmächtigter benennen lässt, um das Verwaltungsprozedere steuern zu können. Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln immer wieder unterschwellig zur Sprache kam, haben die Pflegefachpersonen durch ihre Expertise und Erfahrung mit den einzelnen Pflegegraden die Möglichkeit, den bescheinigten Pflegegrad auf seine Passfähigkeit im Hinblick auf die alltäglichen Einschränkungen des pflegebedürftigen Menschen hin zu evaluieren. Dies geschieht bewusst und unbewusst, insofern als zum einen die Pflegedokumentation schriftlich vor Augen führen kann, inwieweit ein professionell wahrgenommener Bedarf mit dem bescheinigten Pflegegrad gedeckt werden kann. Zum anderen findet die unbewusste Wahrnehmung vor allem über die Nähe-Beziehung und den professionellen Eindruck des Fähigkeitenverlaufs eines pflegebedürftigen Menschen statt.

Die Interaktionen, von welchen die befragten Pflegefachpersonen im Gespräch mit der Autorin berichten, spielen sich auf zwei Ebenen ab: So werden pflegebedürftige Menschen, welche noch keinen Pflegegrad bescheinigt bekommen haben, im Antragsprozess unterstützt und begleitet, Menschen mit bereits bescheinigtem Pflegegrad werden hinsichtlich ihrer psychischen und physischen Entwicklung beobachtet und bei Bedarf darin unterstützt, einen Antrag auf Höherstufung einzuleiten. Des Weiteren ist der ambulante Pflegedienst gemäß § 37 (3) SGB XI dazu verpflichtet, die je nach Pflegegrad in einem regelmäßigen Turnus stattfindenden Beratungsbesuche in jenen Pflegehäusern durchzuführen, welche das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen beziehen (§ 37 (3) SGB XI). Mit der Interaktion im Rahmen dieser Besuche soll nun begonnen werden, um dann an die Interaktionen im Rahmen der Verwaltung von Pflegegraden anzuschließen.

Juliane ist als ambulante Pflegefachperson nebenberuflich damit betraut, Gutachten für den MD durchzuführen. Sie bringt damit eine besondere, zweigeteilte Perspektive in das

Gespräch mit der Autorin mit, weil sie zum einen die Erfordernisse der ambulanten Pflegedienste, aber auch den realen Alltag der Gutachter*innen des MD aus erster Hand zugänglich machen kann. Während die befragten Pflegefachpersonen vorrangig aus ihrer Perspektive der ambulanten Pflegeversorgung argumentieren, kann Juliane mit ihren Erfahrungen dazu beitragen, beide, sonst voneinander losgelösten Perspektiven des MD und des ambulanten Pflegedienstes zu erfassen. Dies führt mitunter zu scheinbar widersprüchlichen Ergebnissen in den Aussagen der befragten Pflegefachpersonen zum MD, was sich jedoch auch damit erklären lassen kann, dass Juliane als Pflegefachperson der ambulanten Pflege möglicherweise auch eine andere Herangehensweise an ein Gutachten ansetzt, als dies möglicherweise Gutachter*innen tun würden, die sonst keinen alltäglichen Bezug zum ambulanten Setting aufweisen – weil der Fokus der Versorgung ein von der ambulanten Pflege geprägter ist.

Juliane betont zunächst die Zugänglichkeit zur Nähe-Distanz-Problematik, die sich aus den Pflegeberatungsbesuchen ergeben. Diese sind vor allem anfangs erschwert, weil die Pflegehäuser die begutachtende Pflegefachperson zumeist nicht kennen und der Kontakt laut gesetzlichen Regelungen höchstens vierteljährlich, meistens halbjährlich zustande kommt.

(...) Und dass uns als Pflegedienst halt wichtig ist, dem, dem Patienten, dem Versicherten einen Ansprechpartner an die Hand zu geben, wenn Probleme aufkommen, dass sie dann einen Ansprechpartner haben, an den sie sich sofort wenden können.

(...)

Das ist auch sehr wichtig, darüber zu informieren. (...) eben diesen Kontrollcharakter aus dieser ganzen Angelegenheit rauszunehmen. Sondern eher als Angebot, das sie selbst nutzen können. – Juliane, Pos. 12+14

Die Pflegeberatungsbesuche werden laut Gesetz zur Sicherstellung der pflegerischen Qualität im Pflegehaus, aber auch zur Etablierung von Ansprechpartner*innen im Sinne des ambulanten Pflegedienstes bei Aufkommen von Problemen durchgeführt. Damit entsteht gleichzeitig der von Juliane angesprochene Kontrollcharakter. Dass dies durchaus problematische Konstellationen für das Vertrauensverhältnis zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus mit sich bringt und auch hinterfragenswert ist, dass Pflegefachpersonen innerhalb der Begutachtung mit dem Aspekt betraut werden, einen möglichen Missbrauch der staatlich zugesprochenen Gelder aufzudecken, wurde bereits in Kapitel 7.2 behandelt. Die befragten Pflegefachpersonen äußern sich zu diesem Aspekt jedoch in den Gesprächen mit der Autorin selbst nicht kritisch. Vielmehr beziehen sie sich auf den dadurch entstehenden Handlungsauftrag und zeigen auf, inwieweit sie die Situation entweder anwaltschaftlich oder eben in sanktionierender Hinsicht verantwortungsüberlassend gestalten.

(...) Man sieht die häusliche Situation, man sieht die Leute. Auch da kann man durchaus Hilfsmittel beantragen oder auch zu den Leuten sagen, „also, das ist absolut

nicht gerechtfertigt. Sie brauchen einen Pflegegrad mehr. Probieren Sie eine Höherstufung.“ Aber da geht ja dann eine Fachkraft hin von uns und muss ja auch das Protokoll schreiben an die Pflegekasse. – Margret, Pos. 75

(...) Und wenn die [Mitarbeitenden des Pflegediensts, welche die Beratungsbesuche durchführen] dann alle Halbjahr kommen, dann können die auch die Situation ja schon anders einschätzen, weil sie die Leute, die kennen sie ja dann irgendwann über Jahre sogar und, ja, das ist ein gutes Instrument von der Kasse, dass wirklich auch Pflege stattfindet. Es gibt auch haarsträubende Geschichten. – Margret, Pos. 79

Die Überlassung von Verantwortung ist in diesem Zusammenhang dabei nicht wörtlich zu verstehen, sodass sich die Pflegefachperson aus dieser Situation herauszöge und das Pflegehaus sich selbst überlasse, sondern als antagonistische Handlung im Sinne der Befähigung eines Pflegehauses unter Annahme und Unterstützung dessen Perspektive.

Indem ich ganz klar und eindeutig darauf hinweise, wofür das Pflegegeld bestimmt ist. Und dass die Pflegekassen sich dafür interessieren, was mit dem Pflegegeld gemacht wird. Ich gehe dann auch nochmal darauf ein, was der eigentliche Ursprung der Besuche ist. Und dass ich die Verantwortung habe als Pflegefachkraft, auch weiterzuleiten, was ich sehe. Und gegebenenfalls, wenn ich Zweifel habe an der Sicherstellung der Pflege, das auch so weitergeben muss. – Juliane, Pos. 28

Durch das mahnende Gespräch mit dem Pflegehaus und möglicherweise durch Einleitung weiterer verschärfender Maßnahmen übernimmt die Pflegefachperson also durchaus Verantwortung – jedoch nicht für die Pflege in diesem Pflegehaus unter den vorgefundenen Bedingungen, um die dort Lebenden in ihrem Lebensentwurf zu unterstützen.

(...) Diese Angehörigen nehmen halt natürlich auch gerne, also ganz arg die Wünsche der zu Pflegenden wahr und wenn der zu Pflegenden sagt: „Nein, ich möchte keine Hilfe von außen“, dann wird das von den pflegenden Angehörigen häufig schon sehr stark akzeptiert und man hält sich dann daran. – Juliane, Pos. 24

Die Autorin möchte mit diesem Beispiel hervorheben, dass in den Pflegehäusern nicht selten ein Konglomerat aus Begründungen existiert, das von allen Beteiligten getragen wird. So ist der pflegebedürftige Mensch nicht grundsätzlich in einer Leidensrolle oder wird verwahrlost, sondern trägt möglicherweise dezidiert durch seine Wünsche dazu bei, dass sich die Pflegesituation weiter verschlechtert. An diesen Beispielen zeigt sich der schmale Grat zwischen dem perspektivischen Verständnis von Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung: Während sich die Pflegefachperson nicht für die herrschenden Zustände im Pflegehaus einsetzen möchte, damit diese so blieben, und diese zu verändern versucht, übernimmt sie gleichzeitig Anwaltschaft für eine andere Form der Pflege, wobei sich diese Anwaltschaft oftmals nicht mit dem Willen und Ansinnen des pflegebedürftigen Menschen deckt, wie es die grundsätzliche Definition des Wortes „Anwaltschaft“ vorsieht, sondern sie orientiert sich dabei an ihren eigenen Standards zur Sicherstellung der Pflege und löst sich

damit auch von der Ausgestaltung der Nähe-Beziehung – sie distanziert sich von den vorgefundenen Zuständen und orientiert sich an einem zugrundeliegenden Ethos, wie im Verlauf weiter gezeigt werden wird.

Ein weiteres Feld, in welchem die Interaktion bezüglich Anwaltschaft und Verantwortungsüberlassung deutlich wird, ist die Organisation und Verwaltung des bescheinigten oder zu beantragenden Pflegegrads für einen pflegebedürftigen Menschen. Zu Beginn des Abschnitts wurde dabei bereits aufgezeigt, dass es unterschiedliche Vorgehensweisen dazu gibt, wer letztlich für die Antragstellung zuständig ist. In manchen Pflegediensten wird diese Aufgabe von den Pflegedienstleitungen übernommen, in anderen ist das Pflegehaus zwingend für die Kommunikation mit dem MD verantwortlich. Grundsätzlich zeigt sich jedoch, dass sich diese Interaktion vor allem darin abspielt, mit welchem Augenmerk die Pflegefachperson das Pflegehaus im Verlauf der Pflegebeziehung begleitet. So wird die professionell wahrgenommene Ausprägung der Pflegebedürftigkeit und Entwicklung der Fähigkeiten in Bezug zum bescheinigten Pflegegrad gesetzt. Kommt es zu einem Begutachtungstermin, wird das Pflegehaus mit seinen Voraussetzungen beraten und auf diesen Termin vorbereitet, da die ambulanten Pflegedienste aus strukturellen Gründen bei der Begutachtung nur selten anwesend sein können.

Also wir beraten die Leute dahingehend, dass jemand von den Angehörigen dabei sein SOLL, MUSS. (...) – Margret, Pos. 33

Michael ergänzt:

(...) wenn z. B. dann der MDK kommt und keiner dabei ist, der die Aussagen streng kommentiert. (...) – Michael, Pos. 30

Wie in den vorhergehenden Kapiteln bereits erläutert wurde, tragen die Pflegefachpersonen damit dem Phänomen Rechnung, dass die pflegebedürftigen Menschen aus Scham und Angst ihren eigentlichen Unterstützungsbedarf vor den fremden Gutachter*innen des MD zu verheimlichen versuchen und damit möglicherweise einen Pflegegrad bescheinigt bekommen, welcher ihren Einschränkungen nach nicht angemessen ist. Für die befragten Pflegefachpersonen ist neben den Aussagen pflegender Angehöriger zudem interessant, für die Autorin aber nicht valide rekonstruierbar, ob der MD die im Pflegehaus liegende Dokumentationsmappe des ambulanten Pflegedienstes für weitere Informationen zur Begutachtung heranzieht. Auch hier gibt es unterschiedliche Zugänge. Juliane bezieht sich in ihren Gutachten auf sämtliche Informationen, welche ihren subjektiven Eindruck des pflegebedürftigen Menschen weiter formen.

(...) Also zum einen muss ich natürlich die vorgegebenen Kriterien bedienen,

begründen und nachvollziehbar darstellen, anders geht's nicht. Und natürlich gehe ich auch nach meinem Eindruck und an verschiedenen Stellen frage ich explizit nach.
(...)

Das wird natürlich, wenn eine Pflegemappe vorliegt, natürlich auch mit einbezogen. Auf Nachfrage an den Versicherten oder an den Angehörigen. – Juliane, Pos. 56+60

Andere Pflegefachpersonen wissen nicht, ob die Dokumentationsmappe durch den MD innerhalb der Begutachtung genutzt wird oder beziehen sich auf die Schwierigkeit mit dem Datenschutz. Eine weitere Unsicherheit bezüglich der Wahrnehmung der Begutachtungen zeigt sich in der allgemeinen Vorgehensweise des MD im Rahmen des Besuchs.

(...) Natürlich, je länger ich mich beim Kunden aufhalte, desto weniger verdiene ich für das Gutachten die Stunde oder für das einzelne Gutachten, das ja vergütet wird. Also ich brauch' so im Schnitt eine Stunde beim Kunden. Also für den reinen Besuch. – Juliane, Pos. 50

Im Gegensatz dazu meinen Margret und Michael:

Ja, und ich mein', der MDK kommt 15 Minuten, 20 Minuten maximal. (...) – Margret, Pos. 35

(...) Der MDK macht, spult seinen Katalog 'runter, macht seine Kreuzchen, also mittlerweile ja digital, und dann kommt unten Pflegegrad raus, (...). – Michael, Pos. 40

An diesen Gesprächsausschnitten zeigt die Autorin auf, mit welcher unterschiedlichen Haltung der Begutachtungstermin des MD von den Pflegefachpersonen aufgefasst wird. Während Juliane sich im Gespräch immer wieder darauf bezieht, dass sie den Fragenkatalog des BA mit weiteren Eindrücken und Informationen von Angehörigen oder vom ambulanten Pflegedienst erweitert, um so zu einem „vernünftigen Assessment“ (Pos. 86) zu kommen, scheinen Michael und Margret andere Erfahrungen mit dem Zeitmanagement des MD gemacht zu haben. Auch hier liegt wieder der Schluss nahe, dass Juliane durch ihre Tätigkeit im ambulanten Pflegedienst eine andere Vorgehensweise während der Begutachtung verfolgt als dies möglicherweise andere Gutachter*innen ohne diesen Bezug tun würden. Die Implikation, welche Margret und Michael mit ihren eher negativ gefärbten Aussagen verfolgen, ist jedoch dieselbe wie bei Julianes Aussage: Vor allem bei Menschen mit Demenz ist es eine Herausforderung, diese Demenz innerhalb dieser kurzen Zeit zu erkennen, besonders, wenn nicht bekannt ist, ob weitere Quellen neben den Aussagen der betroffenen Menschen selbst herangezogen werden könnten.

(...) Gerade bei Demenzkranken ist dieses Zeitfenster vielleicht dann sehr günstig an dem Tag und eine halbe Stunde später sieht's wieder anders aus. Ja, also wir hatten das schon. Dann sagt die vom MDK bei einer Alzheimer-Frau: „Gehen Sie bitte ins Schlafzimmer, holen Sie einen roten Pullover aus dem Schrank“. Die ist aufgestanden, die ist ins Schlafzimmer, die hat einen roten Pullover gebracht. Die hat vorher

sonst oft nicht gewusst, wo das Schlafzimmer ist. (...) – Margret, Pos. 35

Daher haben alle drei dargestellten Pflegefachpersonen das Interesse daran, dass der professionell wahrgenommene Pflegebedarf auch innerhalb der Begutachtung durch den MD erkannt wird und kritisieren mit ihren auch teilweise zynischen Aussagen das Prozedere, dass ein aus ihren Augen zu niedriger Pflegegrad dadurch entsteht, dass das Gutachten vor allem auf dem Abwickeln des zugrundeliegenden Fragebogens basiert und damit die von ihnen erwartete Individualität im Prozess fehlt. Während Margret nun die Pflegehäuser im Fall eines zu niedrigen Pflegegrads nachgeschaltet zum Widerspruch ermuntert, sucht Michael auf proaktiver Basis die Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Gutachter*innen des MD, um einen Widerspruch zu vermeiden. Maßgeblich unterstützt wurde er in dieser Angelegenheit von den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, die dazu führte, dass die Widersprüche oder Anträge auf Höherstufungen in den Pflegehäusern über eine Entscheidung nach Aktenlage bearbeitet wurden.

Ja, also, letztendlich, wir kennen die Gutachter im Laufe der Jahre natürlich alle, die auch selbst mal den Blick dafür haben und wo man dann einfach dann auch über Reden guckt, was ist für ein Angehöriger dabei und dass man dann einfach miteinander auch spricht. Ich meine, jetzt zu Zeiten der Corona läuft das alles nur noch über Aktenlage, das heißt, man schaut die Akte an und viele Nacheinstufungen und solche Sachen laufen auch so, dass die dann nach Aktenlage bearbeitet werden. (...) – Michael, Pos. 32

Aus diesem und seinen vorangegangenen Aussagen zur Thematik wird deutlich, wie sehr Michael hier die Anwaltschaft für das Pflegehaus, genauer gesagt, für seine Auffassung der vorliegenden Pflegebedürftigkeit im Pflegehaus ergreift. Er übernimmt die Initiative und begründet diesen Antrag auf Veränderung des Pflegegrads inhaltlich, er kommuniziert mit bekannten Gutachter*innen, er schirmt damit die Pflegehäuser vor diesem Verwaltungsaufwand ab. Umgekehrt kann für die Verantwortungs-Überlassung bestätigt werden, dass auch hier die Zusammenarbeit mit dem MD für Michael leitend ist:

(...) dass wir in der Regel schon mit einer Voreinstufung in das Gespräch gehen, um dem MDK zu sagen, was so unsere Vorstellung ist, sonst würden wir ja gegen deren Vorschlag einen Widerspruch einlegen. Das heißt, man versucht sich auch abzustimmen. Es muss immer realistisch sein, also einfach Angehörige, die einfach tolle Vorstellungen haben, wo wir dann sagen, „sorry, aber, geht gar nicht“, also die haben auch zu ihren Eltern hier fast überhaupt keinen Blick, also wo wir das dann auch nicht unterstützen, wenn jemand unbedingt eine Höherstufung aus finanziellen Gründen haben will. Es muss ja letztlich, ja, es muss einfach vor dem MDK einfach klar sein, was geht, was geht nicht. (...) – Michael, Pos. 40

Das Gespräch mit Michael und der Autorin verlief in einer lockeren, aber stringenten Situationsatmosphäre. Während des laufenden Gesprächs hatte ich durch die teilweise als

zynisch oder flapsig erlebten Aussagen Michaels immer wieder den flüchtigen Eindruck, dass dieser die Entscheidungen des MD grundsätzlich in Frage stellt und vom Prozedere der Einstufung wenig hält. Bei dieser Aussage jedoch veränderte sich mein Eindruck darüber und ich bemerkte die Wichtigkeit der Zusammenarbeit und Verlässlichkeit sowie die Gelegenheit durch die Covid-19-Pandemie, die Beziehung und Kommunikation vonseiten des ambulanten Pflegediensts zum MD weiter auszubauen. Michael steht sinnbildlich für dieses Unterfangen, die eigenen professionellen Beweggründe über Umwege und Beziehungsgestaltung in einen Verwaltungsakt einfließen zu lassen, der auch – wie weiter oben beschrieben – von anderen Motiven der Gutachter*innen geprägt sein kann. Dabei steht für ihn die Beziehung zum MD im Vordergrund, nicht der unbedingte Wunsch des Pflegehauses. Anwaltschaft wird daher in erster Linie für die Verbesserung einer Situation im Pflegehaus übernommen, wenn er diese Einschätzung teilt und sie wird dem MD gegenüber proaktiv und professionell vermittelt, um zu einem guten Ergebnis zu gelangen. Umgekehrt werden aus seiner Sicht überzogene Forderungen eines Pflegehauses nicht an den MD weitergeleitet, um die Arbeitsbeziehung zwischen MD und ambulantem Pflegedienst nicht zu gefährden. In diesem Sinn wird die Verantwortung, Pflege nach den bestehenden Rahmenbedingungen zu organisieren, dann dem Pflegehaus überlassen.

Auch wenn in diesem Abschnitt speziell drei Pflegefachpersonen vermehrt zu Wort kamen, äußern sich die weiteren Pflegefachpersonen vor allem im Hinblick auf die Abgrenzung zwischen eigener, professioneller Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und der normativen durch den MD in ähnlicher Weise. Dies bedeutet, dass der bescheinigte Pflegegrad zwar akzeptiert und bearbeitet wird, letztlich jedoch das Pflegehaus dahingehend anwaltschaftlich begleitet wird, wenn die Pflegefachpersonen eine abweichende Auffassung vom zugrundeliegenden Pflegebedarf haben und diese Abweichung dazu führt, dass die pflegebedürftigen Menschen nicht adäquat versorgt werden können. Die Frage nach einer adäquaten Versorgung, welche sich an die Bedürfnisse eines individuell geprägten Pflegehauses anpasst, zeigt sich darüber hinaus auch in den Interaktionen der Pflegefachperson zum Schutz pflegebedürftiger Menschen vor übergeordneten Strukturen wie dem eigenen Pflegedienst als Dienstleister, gesellschaftlichen Normen und Strukturen des Gesundheitswesens.

Interaktionen zwischen Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung in Bezug auf übergeordnete Strukturen

Die in diesem Abschnitt darzustellenden Interaktionen zwischen Pflegefachpersonen und den Strukturen des eigenen Pflegediensts als Arbeitgeber und Dienstleister sowie mit den Strukturen der Gesellschaft im Hinblick auf die Versorgung pflegebedürftiger Menschen

sind an einigen Stellen nicht scharf voneinander abzugrenzen. Die rudimentäre Abgrenzung zwischen beiden Bereichen besteht vor allem darin, dass beleuchtet wird, inwieweit die befragten Pflegefachpersonen mit den vom ambulanten Pflegedienst aufgestellten Strukturen im Rahmen ihrer eigenen Vorstellungen von Pflege und Pflegebedürftigkeit umgehen und wie sich dieses in ihren Interaktionen bezüglich der Steuerung von Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung zeigt. Die Beispiele hierzu sind demnach etwas konkreter und beziehen sich auf klare Strukturen, welche der ambulante Pflegedienst mehr oder weniger transparent aufstellt. Die Interaktionen, welche grundsätzliche gesellschaftliche Fragen und Anliegen adressieren, sind im Gegensatz zu jenen im Rahmen des eigenen Pflegediensts als übergeordnete Dilemmata zu verstehen, finden jedoch durch die angewandte Tätigkeit der Pflegefachperson im Rahmen dieser Strukturen auch Widerklang in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Arbeitgeber. Zunächst beginnt die Autorin mit der Darstellung der Interaktionen, welche sich aus den Strukturen durch den Pflegedienst als Arbeitgeber und Dienstleister ergeben, anschließend erfolgt die weitere Betrachtung und Differenzierung im Hinblick auf gesellschaftliche Zusammenhänge.

Die Interaktion wird im Hinblick auf Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung in der grundlegenden Etablierung einer entsprechenden Haltung im Pflegedienst selbst sichtbar. In diesem Sinn äußert sich eine Pflegedienstleitung sowie eine Pflegefachperson mit Bezug auf ihren Mentor, also ebenso eine Person, die ihr als Vorbild diene. Die Haltung wird darin greifbar, dass Strukturen im Pflegedienst als Dienstleister aufgestellt werden, die das Ziel verfolgen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige innerhalb der Pflegebedürftigkeit nach ihren Erfordernissen zu begleiten und somit anwaltschaftlich für diese tätig zu werden. Werden diese Strukturen nicht etabliert, so interpretiert dies die Autorin als Überlassung von Verantwortung – das Pflegehaus steht in der Verantwortung, die Pflege selbst nach den eigenen Erfordernissen anzupassen oder sie andernfalls so anzunehmen, wie sie ihm dargeboten wird.

Grundlegend spricht Dominik, eine Pflegedienstleitung, davon, wie Beratung hinsichtlich der komplexen Pflegeversicherung ablaufen sollte, damit das Pflegehaus vom Pflegedienst optimal und individuell beraten wird.

(...) ich würd' mal sagen, schon die Erfahrung, die wir einfach gesammelt haben und dann geht's ja einfach auch darum, dass wir den finanziellen Aspekt, den müssen wir auch abdecken. Also wenn wir vor Ort einen Beratungsbesuch machen, müssen wir die auch in der Richtung beraten, wo kann man überall die Gelder quasi nutzen oder abgreifen, wenn man einen Pflegegrad hat. Und da sind halt meistens die Pflegekräfte, die vor Ort sind, an der Basis sind, da ein bisschen mit überfordert, weil halt mittlerweile ist die Pflegeversicherung wirklich kompliziert, finde ich, für den Laien geworden und besonders auch für ältere Leute. Das stelle ich halt immer wieder fest und da finde ich, da sollte man einfach auch ein gewisses Wissen haben und

das nicht einfach von der Pflegefachkraft dann erklären lassen, die vielleicht nur ein gefährliches Halbwissen hat. – Dominik, Pos. 70

Dominik bezieht sich im Gespräch immer wieder auf seine Rolle als Führungsperson in der Interaktion mit den Pflegefachpersonen, welche im jeweiligen ambulanten Pflegedienst tätig sind.

(...) Also man sollte auch einfach schauen, wo wirklich dann ein Defizit ist und das halt auch einfach kommunizieren, damit da was getan wird. Das finde ich wichtig. Dass vor allem eigenständig gearbeitet wird und ich bin manchmal so von meiner Führungsseite aus, ich hab' auch schon zu Kolleginnen gesagt: „Hirn einschalten bitte bei der Arbeit.“ Hab' ich auch schon gesagt. – Dominik, Pos. 62

An diesen Beispielen kann Dominiks Forderung einer individuellen und zielgerichteten Pflegebeziehung nachvollzogen werden und wie dieser als Führungsperson versucht, die Haltung der einzelnen Akteur*innen und die Strukturen dafür aufzustellen. Auch Alexandra als Pflegefachperson zeigt mit einem Beispiel, wie sie von ihrem Mentor innerhalb der Interaktion geprägt wurde.

(...) mein Mentor hatte einen sehr hohen Anspruch an uns und gerade was die Empathie angeht, den Anspruch habe ich auch an meine Schüler, die mich dann begleiten, wo ich auch einfach sage, ich bin ein Mega-Verfechter der Intimsphäre. Weil ich das so wichtig finde, dass die Menschen einfach sich auch schämen und genieren dürfen und dass man da Rücksicht drauf nimmt und, ja. (...) – Alexandra, Pos. 22

Die Autorin möchte mit diesem Beispiel in Ergänzung zu Dominiks Aussagen aufzeigen, dass wesentliche Aspekte einer Haltung im ambulanten Pflegedienst von den Pflegefachpersonen selbst begründet und gewählt oder ignoriert werden, auch wenn sie in einem übergeordneten Setting mit teilweise unbeherrschbaren Strukturen stattfinden, wie im Verlauf des Abschnitts weiterhin gezeigt wird. Insofern kann mit diesen Interaktionen, eine Haltung oder eine organisationale Struktur aufzustellen, welche das Pflegehaus in der Etablierung einer individuellen und zielgerichteten Pflege unterstützt, sowohl Anwaltschaft als auch Verantwortungs-Überlassung gesteuert werden. In den Gesprächen der befragten Pflegefachpersonen mit der Autorin zeigen weitere Beispiele der Pflegefachpersonen aus deren Alltag auf, dass eine entsprechende Haltung und/oder Vorgaben des ambulanten Pflegediensts als Dienstleister bewirken, wie sich eine Pflegefachperson im Pflegehaus bewegt, mit welcher Wahrnehmung und Sensibilität diese auf die Bedürfnisse und Befindlichkeiten der pflegebedürftigen Menschen reagiert.

(...) Die eine Dame von 99, die sich halt wirklich nicht mehr wehren kann, weil sie auch nicht mehr spricht. Sie kommuniziert viel über die Augen oder über Grummeln. Die wird teilweise von Kollegen nicht richtig versorgt. (...) Und da wird aber auch teilweise von der Chefebene nicht reagiert. (...) Aber vielleicht könnte man es der

Frau, ja, find' ich, weil sie ja auch starke Luftprobleme hat, wenn der Kopf zu weit unten ist, und die Kollegen fahren dann den Kopf ganz weit 'runter und sie kriegt dann kaum Luft. Hat vielleicht noch schon Gefahr, dass sie aspiriert, wenn sie gerade was gegessen oder getrunken hat. Und da finde ich, da müsste halt auch eine [Pfle-gedienstleitung] oder ein Chef dahinter sein. Das ärgert mich dann tierisch, dass da nichts gemacht wird. Da würde ich am liebsten selber den Hausarzt oder das Ge-sundheitsamt hinzuziehen. Aber dann denke ich mir, wenn du das jetzt machst, dann hast du vielleicht auch ein Problem in der Firma. (...) – Daniela, Pos. 24

(...) Ich hab' einen Kunden, (...) der hat Fußnägel, wir dürfen ja nicht an die Fußnägel dran. Das sollen wir ja, wenn möglich, vermeiden. Da rede ich auch vor meinem Ur-laub jetzt drei Wochen, „der braucht Fußpflege, der braucht einen Friseur, der braucht das“, jeden Tag und da passiert nichts. Und das macht mich dann sauer. (...) – Daniela, Pos. 28

Daniela zeigt damit auf, dass sie hier die Vorgaben einer Führungsperson, eine entspre-chende Haltung zu vermitteln, und darauffolgende Anweisung an die Kolleg*innen des am-bulanten Pflegedienstes vermisst. Diese Interpretation entsteht dabei maßgeblich aus der eigenen beruflichen Sozialisation der Autorin, die selbst im Berufsalltag immer wieder er-lebt, dass Menschen unterschiedlich versorgt werden, wenn unterschiedliche Führungspersonen dies auf verschiedene Art und Weise vorleben. Infolgedessen resultiert ein individu-eller Ansatz bei der Begleitung pflegebedürftiger Menschen, der möglicherweise zufällig auf deren Situation passfähig ist oder eben auch nicht. Dieser Ansatz unterscheidet sich jedoch grundlegend von der übergeordneten Ausstrahlung einer organisatorischen Haltung, bei-spielsweise wie in Form eines Leitbilds, auf welche alle beschäftigten Pflegefachpersonen zurückgreifen, mit welcher Handlungen und Unterlassungen begründet und vereinheitlicht werden.

Wo Daniela mit ihren Hinweisen versucht, eine unternehmensgesteuerte Anwaltschaft zu erzielen, zeigt Joachim auf, wie er persönlich diese Anwaltschaft für die selbst erkannten Bedürfnisse eines pflegebedürftigen Menschen ergreift: Er nimmt den anderen wahr und sucht einen Zugang zu ihm.

(...) Ich sing' auch viel mit den Leuten, ich kenn' auch noch ganz alte Lieder, mach' da auch ganz tolle Erfahrungen zum Beispiel, (...) Ich hab' solches auch erlebt bei Apal-likern, die sich mit Liedern erreichen lassen (...): „Kein schöner Land in dieser Zeit“, „Hoch auf dem gelben Wagen“, kirchlich geprägte: „Geh' aus mein Herz und suche Freud“. (...) da haben Apalliker den Mund mitbewegt, die keinen Ton mehr rausge-kriegt haben. Da haben die Augen gesprochen. Das funktioniert nicht jedes Mal. Das ist wie bei allem, aber in einzelnen Situationen war das so berührend und schön, weil da ein gegenseitiges, gegenseitig Kontakt da war: „Hey, wir verstehen uns.“ Ja, da kommt was an und auch das Signal an die Person, an die apallische Person, die gemerkt hat: „Hey, da, da kapiert einer mich, ja, da nimmt mich einer ernst und macht was mit mir.“ Und das sind besondere, sind besondere Momente. Und (...) ich sehe, wenn ich jemanden nicht aufgebe, auch wenn jemand sich selber überhaupt nicht mehr aktiv bemerkbar machen kann von sich aus, aber wenn ich sehe, wenn es mir

gelingt, Reaktionen hervorzurufen, wenn mir einer signalisiert: „Du, ich gehe davon aus, du kannst mich wahrnehmen, kannst dich nur nicht ausdrücken.“ Und wenn dann Augenbewegungen, (...) wo guckt jemand gerade hin? Daraus kann man schließen, hört jemand zu, stellt sich gerade bildlich was vor, sinniert jemand gerade in sich rein. Man kann von den Augenbewegungen etwas ablesen, bei Menschen, die sich persönlich nicht mehr artikulieren können. (...) Ja, hört mir jemand zu oder hört jemand in sich rein, das ist ein großer Unterschied. (...) dann kann ich auch fragen: „Was stellen Sie sich gerade vor?“ (...) einfach, dass das Gegenüber merkt, spürt, da nimmt mich jemand wahr und ernst, obwohl ich nichts sagen kann. (...) Spezielle Patienten erfordern spezielle Maßnahmen. – Joachim, Pos. 28

Im Gespräch mit ihm wird deutlich, dass dieses Ansinnen aus seinen eigenen Zugängen zum Anderen resultiert und nicht vonseiten des Pflegedienstes als Dienstleister geleitet wird. Dies ist damit auch ein Beispiel dafür, dass eine fehlende unternehmerische Haltung nicht unbedingt negative Ergebnisse für die Begleitung pflegebedürftiger Menschen mit sich bringt, sondern auch positive, aber individuell dosierte Effekte entstehen. Joachim ergreift mit diesem Zugang Anwaltschaft für Menschen, die durch ihre veränderte Fähigkeit zur Interaktion anderen Menschen in der Bearbeitung ihrer Bedürfnisse auch ausgeliefert sein können. Seine für die Bedürfnisse des Anderen zugewandte Haltung verfolgt er weiterhin im Verlauf des Gesprächs mit der Autorin, indem er auf den Grenzbereich zwischen den Verfügungen und Vorgaben des ambulanten Pflegedienstes als Dienstleister und Arbeitgeber, aber auch auf die gesellschaftlichen Strukturen hinweist, in welchen sich der ambulante Pflegedienst als Akteur befindet.

(...) Ich hab' deswegen da relativ wenig Gestaltungsmöglichkeiten, als Springer sowieso noch weniger, weil ich da keine feste Tour bekomme, da möchte ich schon mittragen, was geht. (...) – Joachim, Pos. 24

Seine eigene Rolle zur Veränderung grundlegender Strukturen bewertet er dabei in diesem Feld als gering, weswegen er sich auf seine individuelle Vorgehensweise zur Erreichung der pflegebedürftigen Menschen bezieht. Im Verlauf des Gesprächs berichtet er von einigen Menschen, die mit einem durch Krankheit verursachten hohen Pflegebedarf zwar vom ambulanten Pflegedienst versorgt werden, dieser jedoch nicht ansatzweise diesen eigentlichen Bedarf zu decken vermag, weil sich zum einen die Strukturen, in welchen sich der Pflegedienst organisational bewegt, nicht für eine so ausgedehnte pflegerische Versorgung eignen, zum anderen der Pflegedienst hier als Dienstleister agiert und durch die Versorgung Gewinn erwirtschaftet.

(...) ja, wenn dann die Versorgung eigentlich größer sein sollte, aber es wird eben nicht mehr gemacht, weil eben nicht mehr bezahlt wird, das sind vor allem die ethischen Dilemmata, wenn eigentlich jemand mehr Hilfe braucht oder wenn (...) die ohnehin schon einen Haufen Geld zahlen, ja, und die dann aufgrund dieser starren Module, zumindest bei allgemeinen ambulanten Pflegediensten, die keine

Intensivpflegedienste sind, dann einen derart horrenden Betrag zahlen müssen und trotzdem nur einen so geringen Bruchteil des Tages an Leistung bekommen (...). – Joachim, Pos. 24

Wenn's, ja, ab einem gewissen Pflegegrad, natürlich auch ab einem gewissen Kostengrad ist natürlich die Neigungssicht, dann eine polnische oder rumänische private Hilfsperson zu holen, da. Ist auch für mich einsichtig, weil wenn ich ein begrenztes Budget habe, und ich sehe, ich komme mit dem Budget nicht arg weit, mein Budget ist ausgeschöpft und ich hab' aber nur ein Mal oder zwei Mal am Tag überhaupt für eine kurze Zeit jemanden da und dauernd jemand anderes und immer zu einer Zeit, (...) ohne, dass ich weiß, wann jemand kommt. Mal heute so, morgen ganz anders. Da kaufe ich mir doch lieber jemanden ein oder dann stelle ich doch lieber eine private Person ein, die dann da ist. Da habe ich eine feste Bezugsperson und die kostet mich auch nicht mehr. – Joachim, Pos. 44

Joachim beschreibt in der Interpretation der Autorin das Dilemma, als Pflegefachperson mit einem hochindividuellen Zugang zum anderen Menschen im Sinne einer Anwaltschaft in einem Pflegehaus tätig zu werden, das offensichtlich pflegerisch unterversorgt ist, und gleichzeitig aus dieser Unterversorgung kein Entrinnen zu existieren scheint, weil die Versorgung vom ambulanten Pflegedienst als Dienstleister immer weiter angepasst wird, gleichzeitig jedoch auch immer teurer für das Pflegehaus wird, ohne dass hier eine für Joachim spürbare Entlastung der pflegerischen Situation stattfindet. Auch an anderer Stelle (Pos. 12) bewegt er sich in einem Trias zwischen seiner zu erwartenden Loyalität zum Pflegedienst als seinem Arbeitgeber, dem wahrgenommenen Bedürfnis des Pflegehauses sowie der Infragestellung der Geschäftsmäßigkeit des ambulanten Pflegediensts als Dienstleister. An unterschiedlichen Stellen im Gespräch wird deutlich, wie Joachim mit diesem Dilemma umzugehen versucht, hier mit einer Pflegesituation für einen Menschen mit amyotropher Lateralsklerose:⁴⁷

(...) Ich hab' mal den Fehler gemacht, Basale Stimulation[®],⁴⁸ Finger einzeln waschen, Zehen einzeln waschen, einfach Körperteile erspüren lassen, das mal bei einer Schüleranleitung bewusst zu erwähnen. Das wurde dann zum Standard. Das hat ihm sehr gutgetan. Das ist ja positiv. Aber es hat natürlich die Kostensituation, wir haben über das Jahr gerechnet da einen fünfstelligen Minusbetrag gemacht mehrere Jahre. Das geht nicht, ja, das geht nicht. Aber dann wurden die Kosten quasi angeglichen, das hatte aber zur Folge, dass die Angehörigen derart viel dafür zahlen mussten, dass das Geld hinten und vorne nicht gereicht hat und sie nachts privat noch jemand gebraucht haben, damit wenigstens die Eltern nachts einigermaßen schlafen können. (...) – Joachim, Pos. 24

⁴⁷ Tödlich verlaufende Erkrankung des Rückenmarks mit Muskellähmungen im gesamten Körper (Roche Lexikon Medizin Sonderausgabe, [2006]/2013).

⁴⁸ Ein pädagogisches Konzept zur Förderung der Wahrnehmung bei schwerstbeeinträchtigten Menschen zur Steigerung des Wohlbefindens, der Teilhabe und der Selbstwahrnehmung (Mohr et al., 2019).

Mit dem theoretischen Wissen und der praktischen Bestätigung der positiven Wirkung des Konzepts Basale Stimulation® konstituiert Joachim seinen Zugang zu einem Menschen anwaltschaftlich und lässt diesen an der Wahrnehmung der Pflegesituation teilhaben. Gleichzeitig ist eine Ambivalenz zu erkennen, indem er dies im Hinblick auf die weitere Entwicklung als „Fehler“ bezeichnet: Zum einen entstand durch diesen Anreiz das Bedürfnis des pflegebedürftigen Menschen, diese Pflege standardmäßig zu erhalten, was jedoch nach einer wirtschaftlichen Neuberechnung dazu führte, dass der Pflegedienst die Kosten für diese speziell angepasste und langdauernde Pflegeleistung erhöhte. Zum anderen scheint er selbst ebenfalls zu bestätigen, dass ein fünfstelliger finanzieller Fehlbetrag nicht die Konsequenz für den Pflegedienst sein kann. Insofern bewegt er sich in dieser Schilderung eng innerhalb der Waagschale von Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung, indem er sich nach Bewusstwerden der Konsequenzen auch von seiner Anwaltschaft wieder distanziert und eine andere Lösung für das Dilemma sucht, wie im Folgenden noch dargestellt werden wird.

Eine weitere Pflegefachperson spricht in einem Fallbeispiel von dem Dilemma, dass Leistungen von den Pflegefachpersonen nicht so erbracht wie sie vom Pflegehaus gebucht wurden – trotzdem aber abgerechnet werden.

(...) Also da werden Leistungen nicht komplett erbracht. Und da kommt dann schonmal so ein Hinweis, „naja, Sie bekommen ja dafür das Geld.“ Und an der Stelle musste ich ihnen natürlich auch zustimmen und muss sagen, die Ehefrau ist auch schon über 80. Lagern ist für sie einfach zu schwierig, die bekommt das körperlich nicht hin. Sie ist auf unsere Unterstützung angewiesen, und da kann ich das dann schon verstehen, so ein Hinweis. (...) – Cathrin, Pos. 22

Bereits in den vorangegangenen Kapiteln wurde dieses Phänomen unter dem Begriff der Weglass-Atmosphäre bekannt. Hier jedoch zeigt es sich vor allem unter dem Aspekt, dass die Pflegefachperson sich vom Handeln des Pflegedienstes, sei es implizit über die Handlungen der Pflegefachpersonen oder explizit durch eine interne Anweisung der Pflegedienstleitung, distanziert und sich mutmaßlich anwaltschaftlich intern mittels Kommunikation dafür einsetzt, dass diese Leistung zukünftig nicht nur abgerechnet, sondern auch erbracht wird, um das Pflegehaus in seinem Pflegebedarf zu unterstützen.

An den Beispielen wird ersichtlich, dass auch der ambulante Pflegedienst als Arbeitgeber und als Dienstleister an Strukturen gebunden ist, welche vom deutschen Sozialversicherungssystem vorgegeben sind und von gesellschaftlichen Faktoren weiter beeinflusst werden. Insofern obliegt dem ambulanten Pflegedienst nicht jegliche Gestaltungsfreiheit. Im Hinblick darauf äußern sich auch die Pflegefachpersonen, vor allem zu den empfundenen

Regularien bezüglich der Finanzierung unterschiedlicher Sozialleistungen, welche die Pflegesituation signifikant beeinflussen.

(...) Ich könnte es ja von meiner Rente auch nicht zahlen. [Unv.] Man muss es ja auch zahlen können. Es ist ja gar nicht das Wollen, sondern auch das Können. (...) – Joachim, Pos. 12

Joachim spricht mit dieser Aussage ein verbreitetes Phänomen im Kontext der ambulanten Pflege an: Die Beurteilung, ob ein Pflegehaus eine pflegerische Leistung nicht bezahlen will oder nicht bezahlen kann, findet oftmals umgangssprachlich im Pflegedienst statt, wobei eher davon ausgegangen wird, dass jemand etwas nicht bezahlen will, es aber eigentlich könnte. Infolgedessen wird eine eher negative Grundeinstellung dem Pflegehaus gegenüber gefördert. Dass ein pflegebedürftiger Mensch etwas tatsächlich nicht bezahlen kann, wird dabei innerhalb der pflegerischen Anamnese zu Beginn der Beziehung für die Pflegedienstleitung nicht ersichtlich – die Rentenbezüge oder anderen Einkommen sind normalerweise nicht Gegenstand dieser pflegerischen Leistungsplanung. Lediglich Jona äußerte sich im Gespräch mit der Autorin ebenfalls in jene Richtung, dass es eine nicht unerhebliche Anzahl von Menschen gibt, die durch einen niedrigen sozioökonomischen Status planen müssen, für welche Leistungen sie zusätzlich zu ihrem möglicherweise bescheinigten Pflegegrad finanziell aufkommen können, welchen Zugang sie durch die Strukturen, in denen sie leben, überhaupt zu den geförderten Möglichkeiten erhalten.

Also ein Faktor, (...) der mir wirklich fehlt, auch vom Gesetzgeber her, und das ist halt echt eine Sache, die mir auch immer wieder bewusst wird, ist, dass der, grad in der häuslichen Pflege, der sozioökonomische Faktor kaum berücksichtigt wird. (...) Auch gerade, wenn man diese Umbaumaßnahmen, 4000 Euro zum Beispiel als Hilfe, dass man halt eine begehbare Dusche hat. Wenn man eh schon das top Bad hat und nicht zur Miete wohnt und dann diese Umbaumaßnahmen ganz schnell durchkommt. Bei anderen dann der Vermieter sagt: „Nö, möchte ich nicht.“ Das ist, das ist kaum berücksichtigt. (...) – Jona, Pos. 40

Die Vehemenz und Wichtigkeit, mit der die befragten Pflegefachpersonen diese Aussagen verdeutlichen, interpretiert die Autorin als Ansatz einer Haltung, die auf die persönlichen Belange eines Pflegehauses Rücksicht zu nehmen versucht, die nicht den eigenen professionellen Standard und das eigene Verständnis zum Mittelpunkt der Ausgangslage macht, sondern bestrebt ist, die vorliegenden Strukturen im Hinblick auf die Menschenfeindlichkeit, wie Joachim es formuliert (Pos. 12), zu hinterfragen und den Menschen im Pflegehaus auf einer individuellen achtsamen Art und Weise gegenüberzutreten. Dies bedeutet auch, dass in diesen von Dilemmata geprägten Situationen auch Entscheidungen zu treffen sind, die letztlich der Ausdruck einer persönlichen Nähe-Beziehung und empfundenen Betroffenheit zum pflegebedürftigen Menschen sind und die wiederum davon abhängig sind, wie die

Nähe-Distanz-Beziehung und die generelle (implizite) Einstellung in Bezug auf eine Pflege zwischen Ethos und Technokratie zu verstehen ist.

In diesem Kapitel wurde die Waagschale von Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung unter drei Gesichtspunkten thematisiert. Die befragten Pflegefachpersonen führen dabei im Gespräch mit der Autorin Interaktionen mit dem Pflegehaus, innerhalb der Zusammenarbeit mit Dritten sowie Interaktionen im Hinblick auf übergeordnete Strukturen auf, aus denen unterschiedliche Folgen für die pflegerische Versorgung eines Menschen resultieren. Im Pflegehaus finden die Interaktionen zwischen den Parteien einerseits zwischen Pflegefachperson und dem pflegebedürftigen Menschen, andererseits zwischen der Pflegefachperson und den Angehörigen statt. Weiterhin existiert die Beziehung zwischen den Angehörigen und dem pflegebedürftigen Menschen. Die Kommunikation und Handlungen zwischen diesen Parteien beeinflussen sich dabei wechselseitig und implizite Annahmen und Beweggründe sorgen bisweilen für Missverständnisse und Vorbehalte. In der Zusammenarbeit mit Dritten wurde vor allem der Kontakt zu den behandelnden Hausärzt*innen sowie zu den Gutachter*innen des MD betrachtet. Die Autorin zeigte durch die Interpretationen der Gespräche mit den befragten Pflegefachpersonen, dass eine persönliche Arbeitsbeziehung zu beiden Parteien hilfreich dafür ist, den pflegebedürftigen Menschen den Zugang zu einer Versorgung zu erleichtern, zu welcher sie möglicherweise sonst keinen Zugang erhielten. Die Übernahme von Anwaltschaft zeigt sich speziell in diesem Bereich auch darin, dass die Pflegefachpersonen ihr Zuständigkeitsgebiet verlassen müssen, und sich im Fall der Ärzt*innenschaft, aber auch des MD, aktiv einmischen und, manchmal auch hartnäckig, ihre Sicht der Dinge schildern müssen, um durch eine sich aufbauende Arbeitsbeziehung etwas für den pflegebedürftigen Menschen erreichen zu können. Letztlich wurde betrachtet, inwieweit die sozialversicherungsrechtlichen und gesellschaftlichen Strukturen sowie die Vorgaben, welche der ambulante Pflegedienst als Arbeitgeber und als Dienstleister implizit in die Versorgung miteinbringt, die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen beeinflussen und inwieweit sich die Interaktionen der Pflegefachpersonen innerhalb der pflegerischen Leistungsausgestaltung zwischen Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung bewegen. Dabei wurde vor allem im letzten Abschnitt zentral, dass Pflegedienste durch verbreitete Regularien der Führungspersonen eine Übernahme der Anwaltschaft von ihren beschäftigten Pflegefachpersonen einfordern; andernfalls eine individuell-pflegerische Haltung auf persönlicher Basis herausgebildet werden kann, wenn die entsprechenden beeinflussenden Strukturen kritisch hinterfragt werden. Dies ist jedoch mitunter abhängig von der Nähe-Distanz-Beziehung zwischen Pflegefachperson und pflegebedürftigem Menschen, andererseits auch von der dritten, im Verlauf darzustellenden Waagschale: die Abwägung

von Pflege – verstanden als Ethos oder verstanden als technokratische Dienstleistung, mit ihrer Auswirkung auf den Versorgungsprozess.

8.3 Ethos und Technokratie

Die dritte Herausforderung, die sich in den Gesprächen der Pflegefachpersonen mit der Autorin unter deren Interpretation herausstellt, ist das Ausrarieren, inwieweit die eigene erbrachte Pflege von den Pflegefachpersonen als eine von Ethos erfüllte Aufgabe oder als technokratische Dienstleistung verstanden, auch durchgeführt werden kann und in diesem Sinne variiert wird. Auch diese Herausforderung zeigt sich als Waagschale, die sich innerhalb des Beziehungsprozesses immer wieder neu konstituiert und einpendelt. Dabei wird sie wechselseitig von den bisher dargestellten beeinflusst und beeinflusst diese wiederum, sodass sich der Umgang mit den Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit bzgl. der Kriterien Nähe/Distanz, Anwaltschaft/Verantwortungs-Überlassung und Ethos/Technokratie im Rahmen der Interaktionen zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus als dynamischer Aushandlungsprozess darstellt. Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, inwieweit sich die Interaktion zwischen pflegerischem Ethos von einer technokratischen Pflegeleistung abgrenzen lässt.

Zunächst einmal eruiert die Autorin unter Einbezug ihrer eigenen Subjektivität zwei Ursachen, anhand derer sich ausmachen lässt, warum Pflege als Ethos oder als technokratische Dienstleistung verstanden werden kann. Zum einen betrifft dies die eigene Haltung der Pflegefachperson, die sich als intrinsische Überzeugung und im Verlauf an geschilderten Handlungsbeispielen zeigt.

(...) ich pflege die Leute auch so, wie ich selbst irgendwann gepflegt werden möchte.
– Eduard, Pos. 18

Angela bezieht sich auf die Lebenserfahrungen:

(...) der Respekt, den finde ich sogar auch noch sehr wichtig, weil wenn wir uns mal überlegen, was diese Menschen für eine Lebenserfahrung haben, und die haben Dinge erlebt, die hoffe ich, nie erleben zu müssen, ja. (...) – Angela, Pos. 12

Ariane ergänzt um die Konsequenz, die sich daraus für die begleitenden Berufsgruppen ergibt:

Weil ich finde, dass jeder Mensch es verdient hat, würdevoll begleitet zu werden, egal, ob von der Pflege, ob von uns, ob von der Physiotherapie, ob von der Medizin. (...) – Ariane, Pos. 26

Diese intrinsische Überzeugung über den Wert von Pflege zeigt sich darin, dass sich die Pflegefachpersonen an mehr oder weniger explizit bezeichneten Werten und

Moralvorstellungen orientieren. Respekt vor der Lebensleistung, Menschenwürde und Vertrauen sind zentrale Konstrukte, die für die Pflegefachpersonen zur Beschreibung der Ursache ihres gelebten Pflegeethos handlungsleitend zu sein scheinen. Aber auch die goldene Regel, sich in Bezug zu seinem Gegenüber so zu verhalten, wie man es sich für sich selbst wünscht, wird zugrunde gelegt.

Demgegenüber berichten dieselben Pflegefachpersonen jedoch auch von Kolleg*innen, welche diese intrinsische Haltung nicht verfolgen und zeigen auf, worin sich diese zeigen kann.

(...) „Ich hab' jetzt Feierabend.“ (...) – Joachim, Pos. 36

Angela ergänzt:

(...) die Leute wollen sich nach dem Dienst nicht mehr mit so Dingen beschäftigen. (...) Aber ich hab' echt das Gefühl, es ist teilweise kein Interesse da. Und manche sagen dann, „naja, ich weiß nicht, wie ich da 'rankomme.“ Auch keine Ausrede, weil das sind Dinge, die man immer erfragen kann, wenn man es möchte. Grad die Jüngeren, die können ja alles Mögliche am PC und am Handy und Instagram und sonst was, aber sich dann ins Intranet einzuwählen, das fällt manchen ein bisschen schwer. (...) – Angela, Pos. 22

Und Sonja liefert einige Beispiele aus dem pflegerischen Alltag:

(...) Und die Umsicht. Da bleibt der Waschlappen liegen, da fliegt die Windel auf den Fußboden, der Waschlappen liegt auf dem Bettlaken, nass. Da krieg' ich einen Herzkasper. Das sind so Kleinigkeiten, das hat aber doch nichts mit der fachlichen Sache zu tun, das hat doch was mit der grundlegenden Umsicht..., ich weiß nicht, ob die das für sich so haben möchten. Also mein Leitfaden für meine Pflege ist immer, ich pflege so gut, wie ich mal gepflegt werden will. Und das bete ich auch jedem vor. Die können es oftmals schon gar nicht mehr hören, so oft bete ich das vor. Aber das ist für mich das A und O. Da bleibt die Seife im Waschbecken liegt, die matscht ja dann, wer noch Seifenstücke hat, und die alten Leute haben noch oft Seifenstücke. So diese Kleinigkeiten. Die machen Dienst nach Vorschrift. (...) – Sonja, Pos. 34

Die ersten beiden Datenschnitte zeigen demnach auf, dass die Beendigung des Dienstes aus Sicht der befragten Pflegefachpersonen für manche Kolleg*innen bedeutet, nicht mehr zuständig zu sein, die Pflegerolle und deren Implikationen aktiv zu verlassen. Was innerhalb der Arbeitszeit nicht erledigt werden konnte, bleibt damit entweder für die nächste Schicht oder für den nächsten eigenen Arbeitstag liegen. Angela bezieht sich in ihrer Aussage explizit auf das Lesen von Fachzeitschriften oder das Absolvieren von online-gestützten Fortbildungen und bemängelt die fehlende Bereitschaft der Pflegefachpersonen, zusätzliche eigene Zeit in die eigene fachliche und professionelle Weiterentwicklung zu investieren, auch wenn dies als Arbeitszeit eingereicht werden kann. Sonja bezieht sich im Interview immer wieder auf die Umsicht, den Rundumblick, der für sie ein Zeichen dafür ist, die

Individualität im ambulanten Setting anzuerkennen und auf diese eingehen zu wollen. Auch hier zeigt sich wieder die goldene Regel, auf welche sich implizit bezogen wird: Sonja möchte keine matschigen Seifenstücke im Waschbecken, also erwartet sie als Pflegedienstleitung von ihren Mitarbeiter*innen, dass diese die Seifenstücke ebenfalls in Seifenschalen legen. Auch wenn Sonja in diesem Datenschnitt von sich als Person mit ihren eigenen Werten spricht, zeigt sich doch bereits hier, inwieweit der Pflegedienst als Arbeitgeber mit seinen Vorgaben ein entsprechendes Handeln und die Kommunikation beeinflussen kann. Sie scheint in ihrer Rolle als Pflegedienstleitung die Mitarbeiter*innen dafür sensibilisieren zu wollen, welchen Eindruck diese fehlende Umsicht im Pflegehaus, aber auch bei ihr als Leitung des Pflegediensts hinterlässt. Sie verwehrt sich gegen Dienst nach Vorschrift und erwartet ein entsprechendes Ethos, das sich hier in der Übernahme von Verantwortung für den eigenen Arbeitsbereich, also das verwendete Waschbecken oder die gebrauchte Inkontinenzeinlage, zeigt und dem Gegenüber Respekt vermittelt.

Als zweite Ursache können demnach die Rahmenbedingungen, unter welchen die Pflegeleistungen erbracht werden, ausgemacht werden. Als Rahmenbedingungen gelten hier Auswirkungen des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems, die sich vor allem im empfundenen Zeitdruck zeigen.

(...) Man sieht eher die problematischen Seiten. Den Zeitdruck, die vielen Menschen und dadurch der Zeitdruck. Das bedingt sich ja gegenseitig. Und dass man merkt, ich kann nicht so, wie ich will. (...) – Cathrin, Pos. 30

Bestimmte Krankheitsbilder produzieren weiterhin Zeitdruck für die Pflegefachpersonen:

(...) Ein Parkinsonpatient, der ziemlich langsam geht, bis der im Bad ist, sind schon sechs Minuten vorbei. (...) – Eduard, Pos. 20

Während Eduard sich darauf bezieht, dass hilfe- und pflegebedürftige Menschen je nach Krankheitsbild entsprechend Zeit benötigen, bevor die Pflege erst erbracht werden kann, adressiert Cathrin den Zeitdruck explizit dafür, dass Interaktionen durch ihn verändert werden. Auch an anderer Stelle im Gespräch (Pos. 30) erwähnt sie, dass sie die Interaktion unter den pflegebedürftigen Menschen in der Pflgetour „dosieren“ muss, weil sie nicht genügend Zeit hat, um allen in ihren psychosozialen und emotionalen Bedarfen gerecht zu werden. Letztlich kann diese Bedeutung auch in Eduards Aussage interpretiert werden, weil die Zeit des Hausbesuchs begrenzt ist – und Kommunikation mit pflegebedürftigen Menschen oftmals bedeutet, dass diese in ihrem bisherigen Tun verharren und sich auf die Kommunikation mit der Pflegefachperson konzentrieren – dies ist zumindest die berufliche Erfahrung der Autorin mit krankheitsbedingt kognitiv eingeschränkten Menschen. Dies bedeutet, dass sich die Pflege oftmals nicht in der dafür vorgesehenen Zeit erledigen lässt,

was weiteren Zeitdruck mit sich bringt – oder dass die Interaktion entsprechend eingeschränkt wird, um den Hausbesuch rechtzeitig beenden zu können.

Neben dem Zeitdruck sind auch die strukturellen Vorgaben und die Organisation des Pflegedienstes als Arbeitgeber ein Thema für die Pflegefachpersonen, das die Ausübung des pflegerischen Ethos beeinflusst.

(...) Kontinuität beim Pflegepersonal und auch der zeitlichen Zeiträume, wenn man kommt, wenn die dann gegeben ist, (...) dann kann da auch was wachsen. Die ist aber sehr oft (...) nicht wirklich gegeben und dadurch kommt ein bestimmtes Vertrauen inzwischen gar nicht mehr auf. Also bestimmte Vertrauensqualität lässt sich in vielen Fällen gar nicht mehr erreichen, weil einfach keiner regelmäßig, ich bin dann halt heute da, vielleicht morgen noch und dann wieder nächste Woche mal und sonst woanders und kann auch nicht vorhersagen, wann komm' ich oder wann etwa komme ich. Das ist alles so dem Zeitgeist geopfert und dem Gesundheitswesen. – Joachim, Pos. 8

Ja, es weiß eben keiner, an wen man dann die Information weitergeben kann, wenn ich weiß, dass ich morgen nicht da bin. Es gibt schon Fächer, aber ich weiß dann nicht, es ist eben auch die Tourzuordnung nicht gewährleistet, es wechselt die Personenzuordnung zu den Touren und es wechseln die Inhalte der Tourenplanungen. (...) – Joachim, Pos. 36

Auch wenn sich Joachim hier im ersten Datenschnitt vor allem auf die Vertrauensbildung zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus bezieht, sensibilisiert die Autorin dafür, dass der Pflegedienst als Organisator von Strukturen mit dafür sorgt, ob Verantwortung von den Pflegefachpersonen übernommen wird, welche Werte intern zwischen Träger oder Pflegedienstleitung und den Mitarbeiter*innen vermittelt und gelebt werden und ob Pflegefachpersonen Spielraum haben, um nach eigenen zugrundeliegenden Werten zu handeln. Dies zeigt sich vor allem in Verbindung mit dem zweiten Gesprächsausschnitt, in welchem die Problematik noch verschärfter dargestellt wird. Zum einen sind die Strukturen des Pflegedienstes so aufgestellt, dass die Pflegefachpersonen häufig ihre Touren wechseln müssen und sich keine feste Bezugsperson für die Pflegehäuser etablieren kann. Für Menschen wie Joachim, der das Bezugssystem sehr schätzt, ist dies bereits eine herausfordernde Grundlage, weil er über die Vertrauensbeziehung zum Pflegehaus eine andere, individuellere, angepasstere Pflege erbringen kann, als wenn diese Vertrauensbeziehung nicht bestünde. Dies zeigte die Autorin bereits in den vorangegangenen Kapiteln auf. Die Problematik wird jedoch noch ausgeprägter, wenn der Pflegedienst als Organisator von Strukturen auch dafür nicht sorgt, dass Kommunikation unter den Pflegefachpersonen strukturiert stattfinden kann. Wer sollte mit einem Anliegen zu einem Pflegehaus adressiert werden, wenn nicht transparent ist, welche Pflegefachperson in welcher Tour dieses Pflegehaus am nächsten Tag besucht? Kennt man die Strukturen und Zuständigkeiten im ambulanten

Setting, so wird nachvollziehbar, dass hier sehr viele Informationen verloren gehen, dass organisatorische Aufgaben möglicherweise nicht erledigt werden, weil die Schnittstellen der Versorgung in der kleinsten Einheit, zwischen den unterschiedlichen Pflegefachpersonen eines Pflegedienstes, nicht funktionieren. Die Interpretation der Autorin lautet demnach, dass der Pflegedienst mit dieser strukturellen Organisation über die Herstellung von Zuständigkeit im Pflegehaus und Kommunikation unter den Pflegefachpersonen auch beeinflusst, ob ein pflegerisches Ethos von den Mitarbeiter*innen überhaupt gelebt werden kann oder ob die Strukturen jegliches Ansinnen im Keim ersticken, weil der Aufwand, dieses gesteigerte Engagement zu übernehmen, für die Pflegefachpersonen zu hoch ist und somit eher resignierend Dienst nach Vorschrift gemacht wird.

Dass Strukturen ein Ethos formen und prägen, zeigt sich auch in den Aussagen einzelner Pflegefachpersonen zum Gesundheitswesen und zu den unterschiedlichen Versorgungssettings.

(...) Mensch, mich hat das in der Ausbildung total gestört, wenn man die Menschen wie Maschinen behandelt. Also wenn absolut alles bis zum Letzten auf Zeit getrimmt ist, wenn alles eher wie eine Maschinerie läuft, wo ich mir denke, das kann nicht sein. Man muss doch, ich arbeite immer noch mit Menschen, ich muss irgendwie versuchen, auf sie einzeln einzugehen und da habe ich das Gefühl, dass man das in der ambulanten Pflege deutlich besser kann als im Krankenhaus. (...) – Cathrin, Pos. 30

Auch Adrian kritisiert das rein-effiziente Ursache-Wirkungs-Modell:

(...) oder nehmen wir das Beispiel Blasenentzündung. Wenn einer eine Blasenentzündung hat, bekommt er ein Antibiotikum verschrieben, ja toll. Dann passiert das drei- bis viermal hintereinander. Es ist immer die Frage, woher kommt das, woher kommt die Blasenentzündung? Also es wird eigentlich immer viel nur das Symptom behandelt, aber nicht die eigentliche Ursache. Man gibt dann lieber das Antibiotika. A) es geht schnell und B) man spart Zeit. – Adrian, Pos. 6

Auf den ersten Blick scheinen beide Datenschnitte sehr unterschiedlich zu sein. Wenn man jedoch interpretiert, dass sich in beiden Individualität auf Augenhöhe finden lässt, dann werden Gemeinsamkeiten sichtbar. Adrian ist in seiner Aussage geprägt von seiner Weiterbildung zur Pflegefachperson für Palliative Care und sieht den von ihm benannten ganzheitlichen Aspekt sowohl in der Therapie von Erkrankungen als auch im täglichen Miteinander. Es ist ihm daran gelegen, Ursachen für Probleme zu erkennen und diese zu behandeln – auf der Basis einer individuellen Betrachtung des Gegenübers. Auch Cathrin spielt auf diese individuelle Betrachtung an und sieht diese im ambulanten Setting eher als gegeben an als im stationären Setting. Die Individualität, auf welche sich beide beziehen, ist in der Interpretation der Autorin unter Zuhilfenahme der vorangegangenen Datenschnitte jenes Konstrukt, das innerhalb seiner Beachtung dazu führen kann, ob Pflege als Ethos oder

als technokratische Dienstleistung erbracht wird: Ist Individualität weder in der intrinsischen Haltung einer Pflegefachperson noch in der organisatorischen Struktur des Arbeitstags durch den Pflegedienst als Arbeitgeber ein Wert, den es mit seinen Implikationen (z. B. Respekt, Würde, Vertrauen) zu beachten gilt, verändert sich die Waagschale zwischen Ethos und Technokratie eher hin zur Technokratie, weil dann die bloße Erbringung der gebuchten Leistung unter den herrschenden und erschwerenden Rahmenbedingungen von Zeitdruck und Verantwortung im Vordergrund der Versorgung steht und die individuelle Vertrauensbeziehung zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus einen verminderten Stellenwert einnimmt. In diesem Sinne wird auch die Verbindung zu den beiden anderen Waagschalen sichtbar: In diesem Fall steigt die Distanz innerhalb der Beziehung sowie die Bereitschaft zur Verantwortungs-Überlassung, weil die Möglichkeit, etwas für den pflegebedürftigen Menschen unter den herrschenden Rahmenbedingungen ohne zugrundeliegende Haltung des Pflegedienstes erreichen zu können, von vornherein eher gering und daher auch in der Durchführung als zu aufwändig zu bewerten ist.

Ethos und Technokratie werden im Prozess beeinflusst von weiteren Faktoren, die die tägliche Pflege mitbedingen. Vor allem geschieht diese Beeinflussung der Waagschale wiederum durch das Pflege- und Gesundheitssystem sowie durch den Pflegedienst als Arbeitgeber, welcher auch mit im Unternehmen vermittelten Werten in Interaktion mit seinen Mitarbeiter*innen tritt. Ein weiterer Faktor, welcher Ethos und Technokratie steuern kann, ist das Pflegehaus selbst, indem Rahmenbedingungen von diesem gesetzt werden oder auch Rückmeldung gegeben wird.

(...) Aber dieses an die Grenze kommen, gern wollen, NICHT DÜRFEN, das ist ein ganz großes Thema. Das macht uns immer wieder sehr zu schaffen. – Margret, Pos. 69

Die beeinflussenden Faktoren stehen hier in einem wechselseitigen Verhältnis mit jenen des Gesundheitssystems sowie jenen des Pflegedienstes selbst. So ist der Umgang mit Rückmeldungen aus dem Pflegehaus in jedem Pflegedienst je nach Grad der Individualität unterschiedlich. Markiert das Pflegehaus eine (finanzielle) Grenze, wie hier von Margret beschrieben, hat der Pflegedienst als Dienstleister nicht viele Handlungsoptionen. Auch hier stellt sich dann die Frage, ob ein intrinsisch überzeugtes pflegerisches Ethos in diesem Pflegehaus nicht zu einer technokratischen Haltung mutiert, um mit der empfundenen Bürde, wie Margret sie durch Anhebung der Stimmlage beschreibt, auf Dauer auch umgehen zu können. Ein positives Beispiel für die Entwicklung eines pflegerischen Ethos, welches aus der Rückmeldung eines Pflegehauses resultierte, stammt von Eduard, welcher nach Berufsjahren in anderen Settings in den ambulanten Bereich wechselte und dort mittlerweile Pflegedienstleitung ist.

B: (...) Am Anfang war ich so schnell fertig und dann wurde mir gesagt, „[Eduard], fahr' mal einen Gang 'runter.“ (...)

I: Und wer hat dir gesagt, „fahr' mal einen Gang 'runter“, waren das Kollegen oder hast du die Rückmeldung vom Patienten bekommen?

B: Von Patienten. Die eine Frau, weiß ich noch genau, sagt zu mir, nach zwei Wochen: „[Eduard], bist du denn schon bei unserem ambulanten Dienst angekommen?“ Das war eine langjährige Patientin. Und ich sage, „was meinen Sie?“ „Du bist zu schnell, du bist zu schnell, du machst mich nervös.“ Ich bin zu schnell. Da sage ich, „mach' doch mal Wasser.“ Ich hatte in der einen Hand schon den Waschlappen, mit der anderen Hand habe ich schon die Hose angezogen, so nach dem Motto. Ich war viel zu flott. Mittlerweile mache ich echt step by step by step. Mit den ganzen Prophylaxen, wunderbar. Die eine Frau hat nach drei Wochen gesagt, „[Eduard], du pflegst wunderbar, du kannst das doch, aber dieses Maschinelle, dieses Vollgas, Vollgas, Vollgas, brauchst du gar nicht.“ Ich hatte eine halbe Stunde und ich war in 12 Minuten fertig. (...) – Eduard, Pos. 18-20

Eduard beschreibt im Verlauf des Gesprächs eindrücklich, wie ihn diese Rückmeldung auch auf lange Sicht als Pflegedienstleitung geprägt hat. Zum einen nahm er sie als persönliche Weiterentwicklung und verfolgt seitdem einen individuellen Aspekt innerhalb der Pflege, die er selbst erbringt. Weiterhin sorgt er durch die Strukturen und die Organisation des Pflegedienstes, welchen er leitet, dafür, dass Individualität und Zeit in die Versorgungsprozesse einfließen können, dass auf pflegebedürftige Menschen eingegangen werden kann, dass ihnen ein pflegerisches Ethos entgegengebracht werden kann, indem ihnen zugehört, ihnen Respekt beigebracht wird. Er versucht, den bekannten Zeitdruck des ambulanten Pflegesystems durch unternehmenseigene Vorgaben oder Strukturen nicht noch weiter zu verschärfen, sondern strebt nach Entlastung für seine Mitarbeiter*innen, damit diese im Pflegehaus Kapazität haben, um auf die pflegebedürftigen Menschen einzugehen. Auch Jona beschreibt, wie in seinem Pflegedienst Strukturen genutzt werden, um Individualität im Pflegeprozess zu leben. Das Konstrukt der „diakonischen Zeit“ ist bei diesem Träger ein zeitlicher Puffer, welcher für besondere Erfordernisse oder Notlagen eingeräumt werden kann. Dies sind beispielsweise Situationen, welche eine zusätzliche oder längerfristige Beratung des Pflegehauses erfordern oder auch psychosoziale Betreuung, wie Jona beschreibt.

(...) Also es gibt Akutsituationen gerade in der palliativen Versorgung. Da liegt das in unserem Ermessen. Also wenn jetzt ein Angehöriger besonderen Redebedarf hat, seelsorgerische Betreuung, dann kann man da einfach die diakonische Zeit sich nehmen. Das ist auch so gewollt und das ist auch okay so. (...) – Jona, Pos. 20

Interessant ist für die Autorin, dass der Träger diese Zeiten anbietet und die Pflegefachpersonen autonom und begründet entscheiden können und müssen, wie diese Zeit an die Pflegehäuser verteilt wird. Jede Pflegefachperson, die dies entscheidet, hat damit einen besonderen Zeitpuffer, den sie für emotionale und psychosoziale Beziehungsarbeit einsetzen kann, und übernimmt besondere Verantwortlichkeit bezüglich des Erkennens und

Bearbeitens eines Unterstützungsbedarfs, der über den physischen oder pflegevertraglich festgelegten hinausgeht. Jona bezeichnet seinen Arbeitgeber aufgrund dieser vermittelten und gelebten Strukturen, welche Individualität auf Augenhöhe fördern, als „Insel“ (Pos. 22) und grenzt ihn von anderen ambulanten Pflegediensten, bei welchen er beschäftigt war, ab. Dies macht sich für ihn nachfolgend auch in der Struktur der Mitarbeiter*innen bemerkbar.

(...) Und da haben wir halt wirklich einfach die Situation, dass da einfach, ich sag' mal, wirklich Niveau herrscht bezüglich pflegerischer Kompetenz, auch vom Menschenbild her. (...) – Jona, Pos. 24

Auch wenn der Träger das Konstrukt der diakonischen Zeit zur freien Verfügung anbietet, so muss doch gesagt werden, dass dies kein Spezifikum einer kirchlichen Trägerschaft per se darstellt – die Autorin arbeitete ebenfalls in ambulanten Pflegediensten unter derselben Trägerschaft, in welchen diese Möglichkeit der diakonischen Zeit nicht bestand. Vielmehr bezieht sich Jona in seiner eigenen Reflexion über den Umgang und die Ausgestaltung dieses Konstrukts auf die Führungspersonen des ambulanten Pflegedienstes, die ein entsprechendes Menschenbild leben und intern vermitteln, was sich nicht nur auf den Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, sondern auch auf die beschäftigten Pflegefachpersonen ausdehnt. Einen ähnlichen Zugang zur Versorgungsplanung, welcher sich in einem dynamischen und individuellen Ansatz zeigt, benennt auch Ariane, die mit der ambulanten Sterbebegleitung betraut ist und in diesem Rahmen die Organisation derer leitet.

(...) Das wird individuell besprochen und geklärt und davon ist auch nichts in Stein gemeißelt, denn die Situation verändert sich. (...) – Ariane, Pos. 12

Mit diesen positiv gefärbten Beispielen macht die Autorin deutlich, dass die Strukturen, unter welchen die Pflegefachpersonen arbeiten und die Werte, welche im Pflegedienst intern vermittelt und ausgetauscht werden, das pflegerische Handeln im Sinne einer bestimmten Haltung beeinflussen, die sich eher in Technokratie oder auch in einem Ethos, das von Individualität auf Augenhöhe geprägt ist, zeigen. Joachims weitere Explizierung der Tourenplanung, wie er sie erlebt, scheint diese Interpretation zu bekräftigen.

(...) Es sind zwar nominal Personen benannt für bestimmte Touren, die regelmäßig da sein sollten, aber faktisch wird anders geplant. Und selbst wenn dann die Tour mal gleich ist, sind die Inhalte oft in ganzen Teilen anders. (...) die Entwicklung, dass die Leute froh sein sollen, wenn wir kommen, ja quasi. Und das ist halt keine ausreichende Basis. (...) – Joachim, Pos. 10

Auch hier zeigt sich der Einfluss einer unternehmensinternen Haltung, die maßgeblich von den Führungspersonen eines Pflegedienstes im Rahmen der Tourenplanung als Grundstruktur des Arbeitstages erarbeitet wird. Dass eine konsequente Orientierung am Bezugspflegesystem nicht im Vordergrund der Planung steht, wird dabei mit der nominalen

Benennung von Bezugspersonen für die Touren eher verschleiert als transparent benannt. Betrachtet man jedoch nochmals Joachims andere Auslassungen zu dieser Thematik, wird nachvollziehbar, dass für die Pflegefachpersonen spürbar wird, dass die Ausrichtung an der Bezugspflege hinter anderen unternehmensinternen Zielen zurücksteht und infolgedessen sind es die Pflegefachpersonen, welche mit den Folgen dieser Haltung, wie Joachim sie beschreibt, in den Pflegehäusern umgehen müssen.

Eng mit der Haltung des Pflegediensts als Arbeitgeber verwoben sind auch die Rahmenbedingungen, welche das Pflege- und Gesundheitssystem in Deutschland für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen im ambulanten Bereich mit sich bringt.

(...) Gar nicht mehr nach Herzenslust pflegen können, so wie es die Menschen erfordern, die mir begegnen. Sondern eben einfach nach Vorgabe und ja, das zehrt aus (...). – Joachim, Pos. 22

Die Autorin interpretiert dabei im Verlauf des Gesprächs mit Joachim einen häufigen Bezug seinerseits auf die Rahmenbedingungen, unter welchen er als Pflegefachperson tätig ist, weil diese ihn in seinem Handeln lenken und einschränken. Wird aus dem obigen Datenschnitt deutlich, dass er ein flexibles und angepasstes Arbeiten je nach individuellem Bedarf eines Menschen in seinem täglichen Tun vermisst, kann dies aus dem nächsten Gesprächsausschnitt noch deutlicher herausgelesen werden.

(...) also die Module zwingen dazu, eben mit denen zu arbeiten. Ich arbeite sehr viel mehr mit den strengen Modulen, als mir lieb ist. Ich finde es teilweise menschenunfreundlich bis menschenfeindlich, um es mal kritisch zu sagen, also menschenunfreundlich auf jeden Fall in diesen Fällen. Wenn man dann schon viel zahlen muss und dann muss man auch noch immer wieder was zahlen, wenn man nicht, ja, wenn's heißt, man hat eine schlechte Tagesform und kann sich eben nicht duschen lassen. Dann gibt's halt ein schnell-schnell vielleicht. Dann fällt das Haarewaschen weg, dann trägt man noch mal eine Woche ungewaschene Haare bis zum nächsten Mal und zahlt aber trotzdem dafür und muss am Ende sogar noch drauflegen, obwohl man die Leistung nicht erhalten hat, weil man es gar nicht konnte gesundheitlich. Hatte gar kein Verschulden von irgendeiner Seite, sondern es ist einfach aufgrund der, der persönlichen Befindlichkeit. Das ist eine ganz ungute Begleiterscheinung, dieser vertragsorientierten, modulatorientierten Pflege. Da gehört dringend was geändert. (...) – Joachim, Pos. 12

Er bezieht sich dabei auf sämtliche aufwändige pflegerische Versorgungsleistungen von Menschen, die einen hohen Pflegebedarf aufweisen und in der Erfüllung dessen darauf angewiesen sind, dass die Pflegefachpersonen die vertraglich festgelegten Leistungsmodule auch erbringen. Letztlich liegt dies, wie in den vorangegangenen Kapiteln bereits aufgezeigt wurde, in der Einschätzung der Pflegefachperson über den momentanen Zustand des pflegebedürftigen Menschen. Ist es an diesem Tag im Hinblick auf seine gesundheitliche Verfassung zu gefährlich, diesen zu duschen, wird eine Ersatzleistung oder eine Teilleistung, z. B. eine

Ganzkörperwäsche am Waschbecken erbracht. Das Waschen der Haare gestaltet sich mit dieser Teilleistung jedoch als Herausforderung und wird infolgedessen unterlassen. Die Leistung wird dennoch rechtmäßig vollständig unter Dokumentation der Leistungsänderung abgerechnet. Ordern die Pflegehäuser die nicht erhaltene Leistung im Verlauf nach, zahlen sie sie zusätzlich. Joachim ist die einzige Pflegefachperson in den Gesprächen der Autorin, welche die Auswirkungen des Modulsystems derart kritisch hinterfragt und ihre Auswirkungen nicht nur in Bezug zu den pflegebedürftigen Menschen, sondern auch zu seinem eigenen Wohlbefinden im Rahmen der Arbeit setzt. So nutzt er den Ausdruck des „Auszehrens“ (Pos. 22) für sich selbst und auch für jene, die von den negativen Konsequenzen der modulatorientierten Pflege betroffen sind: pflegebedürftige Menschen, die faktisch ihren vertraglich festgehaltenen Pflegebedarf nicht erfüllt bekommen, und deren Angehörige, welche diesen nicht erfüllten Bedarf wiederum auffangen (müssen). Im folgenden Ausschnitt bezieht er sich auf den pflegebedürftigen Menschen mit ALS, welchen die Leserschaft bereits weiter oben kennengelernt hat.

(...) ja, wenn dann die Versorgung eigentlich größer sein sollte, aber es wird eben nicht mehr gemacht, weil eben nicht mehr bezahlt wird, das sind vor allem die ethischen Dilemmata (...) er selber ist da in der beschissenen Situation, wenn man weiß, dass langsam die Muskulatur nachlässt und irgendwann erstickt er und wenn da die Eltern da sind, sich kümmern im Haus und Tag und Nacht und da (...) gar nicht mehr freikommen und dann wird's noch so teuer, dass man es gar nicht mehr bezahlen kann, hey, das ist sowas, so scheiße. Scheiße, einfach Scheiße. – Joachim, Pos. 24

Die Autorin merkt Joachim im Gespräch die Betroffenheit deutlich an und bezieht dies auf seinen Gebrauch des Wortes „auszehrend“. Er steht als zuständiger Vertreter des ambulanten Pflegedienstes in der täglichen Verantwortung, eine dem Bedarf angepasste, individuelle Versorgung, wie er sie für richtig und würdig hält, zu gewährleisten, und erkennt, in welches Dilemma die Module, die Rahmenbedingungen im Pflegehaus und die Vorgaben und Haltungen im Pflegedienst für den pflegebedürftigen Menschen letztlich führen können. Im gleichen Abschnitt führt er die Konsequenzen dieser problembehafteten, an ihre Grenzen stoßenden Versorgung des Menschen mit ALS weiter aus:

(...) und da sagen dann auch die Sozialämter eher ja. Jetzt als wir dann kamen, haben sie dann unfairerweise, oder das Sozialamt hat dann Druck ausgeübt auf die Angehörigen, nach dem Motto, sie zahlen es nicht, er soll in ein Heim. Jemanden Mitte 40 in ein Pflegeheim zu schicken, ist ein, ist gleichbedeutend mit einem schleichenden Todesurteil. Das funktioniert nicht. Das raubt jegliche Lebenskraft, wenn man nur unter 80-, 90-jährigen Patienten lebt, mit niemandem kommunizieren kann und dann Pflegekräfte da sind, die immer wechseln und wo man überhaupt keinen selbstbestimmten Lebensraum hat. (...) – Joachim, Pos. 24

Joachim löste diese Situation für sich und das Pflegehaus mit der Beratung, dass dieses sich an einen Intensivpflegedienst wenden sollte, was zum einen vor dem Sozialhilfeträger

zu einer weiter fortgeführten Finanzierung der Pflege führte, zum anderen dem Pflegehaus ermöglichte, längere Phasen der Anwesenheit der beim ambulanten Intensivpflegedienst beschäftigten Pflegefachpersonen in Anspruch nehmen zu können. Weiterhin wurde Joachim entlastet vom Druck einer Pflege, die seinen Vorstellungen nicht entsprach und ihn im Hinblick auf sein Ethos belastete. Die Beratung erfolgte dabei auf seine eigene Entscheidung hin und bedeutete demnach auch für den ambulanten Pflegedienst als Dienstleister, dass dieser in Zukunft auf die Einnahmen aus diesem Pflegehaus verzichten musste.

Auch Ariane beschreibt ein inneres Dilemma, das daraus entsteht, dass das eigene Ethos und der ursprüngliche Grund, ihren Beruf zu ergreifen, von den Rahmenbedingungen des Pflege- und Gesundheitssystems angetastet wird.

(...) Und nichtsdestotrotz sollte ich eben nicht aufs Geld gucken, sondern sollte mir auch bewusst machen, für was stehe ich eigentlich hier? Ich bin Pflegefachkraft geworden, weil mir die Menschen wichtig sind, weil sie meine Unterstützung brauchen. Die [Pflegefachpersonen] sind auch gefangen, die haben auch Vorgesetzte, der möchte weiß ich nicht was, und da kann man sich leider nicht mehr so treu bleiben, wie man das gerne hätte. Und da muss sich was ändern, das liegt aber nicht an den Pflegefachkräften, sondern das liegt am Gesundheitssystem. – Ariane, Pos. 26

Die Pflegefachpersonen beschreiben im Gespräch mit der Autorin unterschiedliche Handlungen und Strategien, um mit der möglicherweise empfundenen Diskrepanz zwischen der eigenen, oft idealen Vorstellung von Pflege und der gelebten faktischen Realität umzugehen. Im Fall des Arbeitgebers von Jona hingegen wird das pflegerische Ethos durch die Strukturen des Arbeitgebers weiter unterstützt, indem nach individuellen Lösungen für das Pflegehaus gesucht wird. Hier berichtet er von einem pflegebedürftigen Mann, welcher morgens vom Pflegedienst und den verbleibenden Tag von seiner Frau versorgt wird:

(...) Wir haben eine Neuaufnahme letzte Woche gerade gehabt, und hatten halt festgestellt, da wir nur morgens in der Pflege aktiv drin sind, dass von dem Ehemann das Bett (...) wirklich komplett durchnässt ist. Und das ist halt eine Situation, die morgens für alle Beteiligten nicht so super positiv ist, weil es ja auch potenziell zu Hautschäden usw. im Intimbereich kommen kann. Und wir haben uns jetzt darauf geeinigt, dass wir mal zum Beispiel das Urinalkondom⁴⁹ ausprobieren möchten für die Nacht. Dass einfach dieses Feuchtliegen einfach nicht der Fall ist. (...) Dann, dass man halt der Ehefrau zeigen kann, wie man ein Urinalkondom anlegt oder worauf zu achten ist und das dann halt so eine Möglichkeit ist. Dann ist auch jetzt schon von der Krankenkasse ein Testpaket geschickt worden, da hatte sich die Ehefrau drum gekümmert. Und dann wird ihr das jetzt gezeigt, wie das funktioniert, weil sie halt sich abends halt selbst um ihren Mann kümmern möchte. Dass wir das nicht so als Leistung, (...) umfangreiche Hilfe bei Ausscheidungen oder sowas dann halt als

⁴⁹ Inkontinenzprodukt zur Ableitung von Urin in Form eines Kondoms mit Schlauchverbindung an einen Urinbeutel.

Pflegeleistung abrechnen können. Also zeigen wir ihr, wie es geht. – Jona, Pos. 20

Weil die Ehefrau sich abends selbst um ihren Mann kümmern möchte, erarbeiten die Pflegefachpersonen mit ihr die Lösung, ein Urinalkondom für die Nacht auszuprobieren, um Folgeschäden für den pflegebedürftigen Mann vermeiden zu können. Der Pflegedienst verzichtet damit auf Mehreinnahmen durch die Abrechnung einer weiteren Leistung innerhalb eines weiteren Hausbesuchs und unterstützt damit das Ethos einer individuellen Pflegeleistung auf Augenhöhe, das die Beteiligten im Pflegehaus integriert und die dortige Pflegesituation anerkennt. Dass der Arbeitgeber von Jona einen unkonventionellen, alternativen Weg im Umgang des Pflegediensts mit den Pflegehäusern verfolgt, wurde bereits offenkundig. Die Pflegefachpersonen, welche im Gespräch mit der Autorin über die bekannten Rahmenbedingungen des ambulanten Pflegesystems berichten, zeigen ihre Interaktion in Bezug auf die Ausübung ihres Ethos vor allem in der Vermittlung einer Haltung der Anerkennung und der Wertschätzung im Pflegehaus.

(...) Dass der Kunde merkt, hey, ich bin ja doch noch was wert, obwohl ich alt bin und Pflege brauche. Das finde ich wichtig. – Daniela, Pos. 44

Ariane ergänzt:

(...) Respektvoll sollte ich agieren, die Zeit nehmen zu fragen, „wie haben Sie geschlafen, wie war Ihre Nacht, wie geht es Ihnen heute?“ Dass das auch sein kann, dass ich in ein Gespräch komme, was auch länger dauern kann. Und ich mir natürlich bewusst mache, puh, ich habe aber noch andere Patienten, wo ich hinfahre. Ja, kann sein. (...) – Ariane, Pos. 26

Die Autorin interpretiert das Ethos der Pflegefachpersonen vor allem in die Äußerungen resoluter Einstellungen im Hinblick auf unterschiedliche Verhaltensweisen und Zugänge zum pflegebedürftigen Menschen, das sich vom Handeln anderer Pflegefachpersonen oder vom Handeln, wie es aus ökonomischer und effizienzgetriebener Sicht von ihnen erwartet würde, unterscheidet. Sie setzen mit dieser resoluten Äußerung eine Grenze zu diesen Erwartungen.

(...) Es ist ja nicht immer alles gut, was ich als gut empfinde, ja. Also Beispiel sind einfach diese Haushalte, die etwas unordentlich sind, milde ausgedrückt. Ich würde da nicht wohnen wollen, aber der Mensch fühlt sich da wohl. Und wir haben nicht das Recht, (...) daran was zu ändern. (...) – Angela, Pos. 24

Auch Joachim teilt diese Ansicht:

(...) Er will da weiter wohnen bleiben und so wie er das gewohnt ist. Er nimmt auch keine Hilfsmittel an. Aus hygienischen Gründen muss man eigentlich sagen: „So ein Schweinestall, da gehen wir nicht mehr rein.“ Ja. Aber er hat sein Ja dazu, für ihn ist das kein Problem. Er kann, hat da eine Begabung, das auszuklammern und einfach

trotzdem seinen Alltag zu leben. Und das finde ich klasse. Deswegen unterstütze ich das auch und sage, selbst wenn, ich muss halt aufpassen, dass ich nicht in die Scheiße trete, sag' ich mal, oder dass ich mich reinhocke, wo der Sitzbezug nicht mehr sauber ist. Dann leg' ich mir halt ein Handtuch dazwischen oder eine Plastiktüte oder setze mich gar nicht hin, wenn es sich vermeiden lässt. Das ist etwas, was ich unterstützen würde. (...) – Joachim, Pos. 24

Daniela und Ariane sehen das pflegerische Verhalten in selbstkritischer Art und Weise:

(...) Oder wenn Kollegen da Frühstück vorbereiten, man fährt mittags hin und es sieht noch genauso aus wie morgens mit Brotkrümeln. Und das ist dann, ich mach's dann weg, weil ich sag', es gehört sich einfach nicht. Es kommt auch Besuch zu den Kunden und das finde ich halt nicht so ganz in Ordnung. (...) Mich regt das auf, weil ich will ja auch in einem sauberen Zuhause sein. Und die Leute wollen es ja auch sauber haben und vorher war es ja auch sauber. (...) – Daniela, Pos. 28+30

(...) Ich finde, wenn man, meine Zeit ist natürlich auch nicht unbegrenzt, aber wenn ich einmal bei jemandem bin, dann habe ich nicht da innerhalb von 30 Sekunden durchzuhuschen. Ich muss mir auch bewusst machen, dass ich in deren Privatsphäre bin, die lassen mich in ihr Haus, und da habe ich mich einfach zu benehmen. (...) – Ariane, Pos. 26

Für die Autorin lesen sich diese Äußerungen deshalb wie die Ausgestaltung eines pflegerischen Ethos, weil sich das Verhalten und der Zugang der Pflegefachperson zum pflegebedürftigen Menschen radikal an dessen Erfordernissen orientiert. Der pflegebedürftige Mensch wird mit seiner Lebenswelt und seinen Ansichten damit in den Mittelpunkt der Versorgung gestellt – er ist der Bezugspunkt für die Ausrichtung des pflegerischen Handelns. Anschließend daran stellen diese Datenschnitte eine pflegerische Kritik an das umgebende ökonomische Pflegesystem dar, das mit dem inhärenten Zeitdruck, der starren Modularisierung der Pflegeleistungen und der gegebenen Zuständigkeitsverteilung zwischen den Berufsgruppen immer wieder dafür sorgt, dass vor allem den psychosozialen Bedarfen der Pflegehäuser nur unzureichend begegnet werden kann. Bleibt diese Kritik im Rahmen einer Reflexion des eigenen pflegerischen Handelns aus, kann dies im Umkehrschluss auch dazu führen, dass Menschen in unterschiedlichen Hierarchiebeziehungen weniger Respekt entgegengebracht wird, dass paternalistisch zum Wohle der pflegebedürftigen Menschen entschieden wird, ohne diese in solche Prozesse einzubinden, dass der Bedarf eines Menschen nicht mehr unvoreingenommen betrachtet und bearbeitet wird, sondern Pflege als technokratische Dienstleistung eine Funktion erfüllt, welche eine Maschinisierung der Pflegetätigkeit mit dem Ziel der Gewinnmaximierung verfolgt. Damit ist gemeint, dass die ökonomischen Belange eines Pflegedienstes im Vordergrund der Leistungserbringung stehen und dass die Leistungen nicht individuell auf das Pflegehaus angepasst werden, sondern in einer Art und Weise stattfinden, die vor allem den Strukturen des Pflegedienstes zuträglich sind, ohne dass dies von den Pflegehäusern nachvollzogen werden könnte. Trifft diese

Ökonomisierung der Pflege letztlich noch auf eine entsprechende Haltung der Pflegefachpersonen in einem ambulanten Pflegedienst, dass „die Leute froh sein sollen, wenn wir kommen“ (Joachim, Pos. 10), dann ist die geleistete Pflege in der Überlegung der Autorin zumindest weit entfernt von einem Miteinander, das auf einem individuellen, respektvollen und befähigenden Fundament des Vertrauens basiert. Sieht man sich die Beispiele der Pflegefachpersonen, welche in diesem Kapitel überwiegend genannt wurden, nochmals an, so wird deutlich, dass zum einen Fälle der täglichen Pflege benannt wurden, welche vor allem die Thematik behandeln, mit welcher Haltung man sich den pflegebedürftigen Menschen nähern sollte, welche von respektvollem Verhalten zeugen und den Menschen innerhalb der täglichen basalen Interaktion eine grundlegende Wertigkeit vermitteln. Weiterhin sind aber auch Grenzfälle der Versorgung prägnant, welche beispielsweise in der gesellschaftlichen Rezeption eine Stigmatisierung erfahren würden – schwer pflegebedürftige, jüngere Menschen, die einen hohen Bedarf aufweisen, welcher nicht ohne Weiteres zu decken ist; Menschen mit Wohnzuständen, welche gesellschaftlich als unzureichend im Hinblick auf die Hygiene bewertet würden oder auch Menschen mit Wertbeimessungsstörungen oder anderen psychischen Erkrankungen, welche ohne einen langfristigen individuellen Ansatz den Kontakt zur Außenwelt verlieren oder selbst abbrechen und damit in Versorgungsproblematiken hineingeraten.

(...) Aus Sicht jetzt wiederum, wenn ein Haushalt derart schwierig ist, in welcher Hinsicht auch immer, dass sinnvolle Versorgung nicht möglich ist, dann ist abzuwägen, was wäre, wenn man die Versorgung cancelt. Kommt dann ein anderer Pflegedienst oder wird's dann eine Durchlaufnummer, und weil es von vornherein eigentlich schon klar ist, dass es mit dem nächsten Pflegedienst oder übernächsten auch nicht anders enden wird: Da ist immer die Frage, wie kann die Menschenwürde am meisten gewahrt werden und da bin ich dann eher jemand, der auch sagt, es ist eine Selbstverleugnung. Ich versuche, soweit es irgendwie geht, dem anderen entgegenzukommen, soweit ich das beeinflussen kann. (...) – Joachim, Pos. 24

Joachim bezieht sich damit in der Funktion einer Pflege, die von einem inneren Ethos geleitet wird, auf den Erhalt der Menschenwürde unter Negierung seiner eigenen Befindlichkeiten und Prägungen, wenn man den Terminus Selbstverleugnung nachvollzieht, um den anderen erreichen und befähigen zu können, einen Zugang zum pflegebedürftigen Menschen zu finden. Bedenkt man die geschilderten Grenzfälle der Versorgung, dann wird nachvollziehbar, inwiefern Menschenwürde ein Ziel dieser geleisteten Pflege ist und sein muss: Diese Menschen sind oftmals darauf angewiesen, dass Pflegefachpersonen ihnen individuell und auf Augenhöhe begegnen, weil sie ansonsten in ihrem Umfeld durch prekäre Versorgung und Stigmatisierung geprägt sind.

Die Waagschale von Ethos und Technokratie ist zusammenfassend eine der Herausforderungen von Pflegebedürftigkeit, welche die Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege im

deutschen Gesundheitssystem, die von den Pflegediensten als Arbeitgeber aufgestellten Strukturen sowie die eigenen Handlungsmotive und Beweggründe der Pflegefachpersonen innerhalb der Pflege miteinander in Beziehung setzt. So konnte gezeigt werden, dass die Pflegefachpersonen ein intrinsisches Ideal im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen verfolgen und dieses jedoch auch an die vorgefundenen Rahmenbedingungen angleichen müssen. Je nachdem, welcher Faktor im Verlauf stärker gewichtet ist, ergibt sich eine Pflege, welche von einem Ethos geleitet oder als technokratische Dienstleistung in starren Strukturen durchgeführt wird. Auch diese Waagschale befindet sich permanent in der Aus-tarierung ihrer Pole. Im folgenden Kapitel werden die analytischen Kapitel und die Kernka-tegorie zu einer gemeinsamen Theorie entwickelt.

9 Theorieentwicklung

Nachdem nun in Kapitel 8 im Rahmen der Kernkategorie die Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit anhand der drei Waagschalen aufgezeigt wurden, liefert dieses Kapitel eine Zusammenfassung der empirisch erarbeiteten Erkenntnisse aus den Gesprächen der Autorin mit den befragten Pflegefachpersonen, welche auch die Ergebnisse der analytischen Kapitel nochmals einbezieht. Damit entsteht ein theoretisch ausgearbeitetes und passfähiges Konzept zu den Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit für die ambulanten Pflegefachpersonen in der deutschen Gesundheits- und Krankenpflege. Dieses wird zunächst mittels einer Grafik dargestellt, anschließend folgt die textliche Zusammenfassung in Bezug auf die einzelnen Ebenen der Grafik. Dabei vollzieht sich die Erzählung von außen nach innen, um eine Nachvollziehbarkeit analog zum bisherigen Textverhalten zu gewährleisten.



Abbildung 5: Grafische Darstellung des empirischen Konzepts, eigene Darstellung

Pflege als Interaktion zwischen Pflegehäusern und Pflegefachpersonen findet in konstituierenden Zusammenhängen statt, die von gesellschaftlichen Faktoren geprägt sind. So gibt beispielsweise der SES in seiner Zusammensetzung einen Hinweis darauf, inwieweit Menschen mit unterschiedlichen Ressourcen in Bezug auf Bildung, Einkommen und Beruf Zugang zu Versorgungsangeboten finden oder nicht. Dies betrifft darunter die grundlegenden finanziellen Möglichkeiten, die sich darin zeigen, in welchem Umfang pflegerische Leistungen in Anspruch genommen werden können. Weiterhin betrifft es auch den Zugang zu Informationen über verschiedene Möglichkeiten der Versorgung, über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, über mögliche Arbeitszeitmodelle für potenzielle Angehörige, welche die Pflege (teilweise) übernehmen möchten, sowie das Maß des Aufwands, mit welchem eine Begutachtung auf einen Pflegegrad zur Finanzierung der Pflege durch die Pflegeversicherung beantragt wird. Leistungen der ambulanten Pflege sind darüber hinaus in Module gegliedert, welche im „Baukastenprinzip“ bei Abschluss eines Pflegevertrags entlang des geschilderten Pflegebedarfs geplant und festgelegt werden. Durch die Hinterlegung dieser Module mit genormten Zeitwerten und Aneinanderreihung unterschiedlicher Pflegehäuser zu einer Einsatztour wird infolge der Ökonomisierungsbestrebungen in der Pflege Zeitdruck generiert, welcher unterschiedliche Auswirkungen auf die Interaktionen zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus nach sich zieht. Weiterhin wird diese Interaktion von der medialen Aufbereitung von Pflege in der und für die Gesellschaft beeinflusst, welche sich operationalisiert in einem von den Pflegefachpersonen empfundenen beigemessenen Wert durch die Pflegehäuser zeigt und sich vor allem in der Kommunikation und Erwartungshaltung der Pflegehäuser in Bezug auf die Leistungen der Pflegefachpersonen darstellt. Die Kategorie *Pflege und Gesellschaft* stellt damit die in den Gesprächen mit der Autorin geäußerten Einflussfaktoren dar, unter welchen ambulante Pflege in Deutschland stattfindet, und wie diese die Interaktion zwischen Pflegehaus und Pflegefachperson prägen – bewusst und unbewusst, durch soziale, finanzielle sowie strukturelle Anreize und Gegebenheiten, welche von den Parteien selbst nicht beeinflussbar sind.

Weiterhin zeigt die Kategorie über das *Seelenleben des Pflegehauses* auf, inwieweit sich die Pflegefachpersonen ein Bild über die emotionalen, psychosozialen und familiären Hintergründe eines Pflegehauses machen, welches sie pflegerisch betreuen. In den Gesprächen mit der Autorin zeigte sich dies vor allem in der Schilderung einer im Aufbau befindlichen Vertrauensbeziehung und deren Auswirkungen auf die Interaktionen zwischen den Parteien sowie auf die verbesserte Möglichkeit zur Anpassung der vertraglich festgelegten Pflegeleistungen. Diese Thematik geht einher mit den finanziellen sowie schambezogenen Aspekten eines Pflegehauses, welche Pflege wiederum entsprechend beeinflussen. Dabei sind die Finanzen und die Scham an sich unterschiedliche Konstrukte, gehen jedoch in der

Interpretation der Autorin dahingehend zusammen einher, als dass sie sich gegenseitig verstärken und darüber dazu führen, dass der eigentliche Pflegebedarf aus diesen Gründen vor Dritten, auch der Pflegefachperson, verheimlicht und verleugnet wird. Weitere Implikationen, an welchen sich das *Seelenleben des Pflegehauses* für die Pflegefachpersonen sowie die interpretierende Autorin anlehnt, sind jene, welche mit dem Kontakt zur Gesellschaft und der Bedeutung des eigenen Zuhauses einhergehen. Interaktionen zwischen Pflegefachperson und Pflegehaus werden beeinflusst von der viel beschriebenen Rolle des Gastes, welche die Pflegefachperson beim Hausbesuch einnimmt. Die Gestaltung dieser Rolle liegt dabei im individuellen Ermessen der Pflegefachperson und zeugt auch von einem Spagat, wenn sich im Beziehungsprozess Schwierigkeiten und Konflikte ergeben. Das Leben im eigenen Zuhause bringt darüber hinaus auch Verantwortung für die pflegebedürftigen Menschen. So wird ihre Alltagskompetenz von Außenstehenden auch daran gemessen, in welchem Ausmaß es ihnen gelingt, sich selbst und ihren Haushalt zu pflegen. Die Autorin interpretierte in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen immer wieder, dass die eigene oder haushaltsbezogene Verwahrlosung mit einem Verlust des Kontakts zur Gesellschaft einhergeht – weil Scham zunimmt und Vertrauen zur Pflegefachperson erst zögerlich gebildet wird.

Als Mit-Part der Interaktion beider Parteien wird nach der Betrachtung der pflegebedürftigen Menschen weiterhin die *Expertise der Pflegefachperson* in den Blick genommen. Im Gespräch mit der Autorin berichten diese von Interaktionen, mittels welcher sie die Pflegebedürftigkeit eines Menschen prozesshaft, kontinuierlich und unter Einbezug vieler unterschiedlicher Faktoren bewerten und verfolgen. Dabei ist prägnant, dass das Zuhause des pflegebedürftigen Menschen mit diesem für sie eine Einheit bildet. Die Pflegefachpersonen schildern in der Interpretation der Autorin das nötige Vertrauen zwischen ihnen und dem pflegebedürftigen Menschen, um die Pflege im Verlauf nach einer ersten groben Einschätzung optimal zu entwickeln. Während Kriterien dafür bestehen, eine Pflegebedürftigkeit auch dann einzuschätzen, wenn noch kein Vertrauensverhältnis besteht und wichtige Merkmale vom Pflegehaus nicht angesprochen werden, so bedienen sich die Pflegefachpersonen weiterer Kriterien, um Pflegebedürftigkeit im Verlauf der Beziehung immer wieder zu evaluieren und den Bedarf sowie die Leistungen miteinander in Bezug zu setzen. Die Kategorie orientierte sich außerdem kritisch-würdigend am Pflegekompetenz-Modell nach Christa Olbrich ([1999]/2018), um die in den Gesprächen mit der Autorin genannten Faktoren für Expertise nachvollziehbar zu strukturieren und pflegerische Kompetenzen des Beziehungsprozesses, unter welchen sich die Interaktionen zeigen, herauszustellen; gleichermaßen jedoch auch um zu betonen, dass dies kein regelhafter und stufenbezogener Prozess nach dem Dreyfußmodell sein kann, sondern dass sich der Beziehungs- und

Professionalitätsbezug in einem Aushandlungs- und Verstehensprozess beider Seiten konstituiert.

Die beiden Kategorien *Seelenleben des Pflegehauses* sowie *Expertise der Pflegefachperson* stehen damit als gleichwertige Elemente der Interaktion, welche wiederum beide von den gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst werden, die in der Kategorie *Pflege & Gesellschaft* aufgezeigt wurden. Sie vermitteln einen Eindruck dessen, mit welchen Voraussetzungen und Haltungen sowohl pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen als auch Pflegefachpersonen in die Interaktion miteinander eintreten – über einen sich in zeitlicher Hinsicht verändernden Prozess hinweg. Die sich anschließende Kernkategorie *Induzierte Polarisierung der Expertise* ist dabei die direkte Verbindung dieser zwei Parteien und deren Implikationen. Sie beschreibt die drei Herausforderungen, welche die Pflegefachpersonen immer wieder in den Gesprächen mit der Autorin benannt haben: Die Gestaltung von Nähe und Distanz, wobei Nähe eine Grundvoraussetzung ist, um die pflegerische Leistung auf vertrauensvoller Basis überhaupt erbringen zu können. Sie erlaubt es, wichtige Zusatzinformationen über die Befindlichkeiten des pflegebedürftigen Menschen zu erfahren und die Pflege auf Grundlage dessen darauf anzupassen. Sie kann jedoch im Verlauf der Beziehung auch problematisch werden, wenn die Pflegefachperson nicht dezidiert innerliche oder strukturelle Distanz vom Pflegehaus sucht. Gerade bei Menschen mit ausgeprägter Einsamkeit oder mit psychischen Problemen stellt dies die Pflegefachpersonen immer wieder vor die Herausforderung, das Vertrauensverhältnis auf einer ausgeglichenen Basis auszuloten, ohne Verletzungen oder eine zu große innerliche Distanz zum pflegebedürftigen Menschen aufzubauen. Eine weitere Herausforderung, die sich im Hinblick auf die Expertise der Pflegefachperson zeigt, ist die Übernahme von Anwaltschaft und das Überlassen von Verantwortung. Dafür werden drei untergeordnete Strukturen aufgezeigt, die sich bezüglich des Phänomens in der Interaktion im Pflegehaus, mit Angehörigen und auch dem pflegebedürftigen Menschen, in der Interaktion mit Dritten, beispielsweise mitbehandelnden Ärzt*innen und Gutachter*innen des MD, oder auch im Hinblick auf die Interaktion bezüglich übergeordneter Strukturen zeigen. Die Pflegefachpersonen berichten in den Gesprächen mit der Autorin immer wieder davon, wie sie sich für einzelne Situationen oder für einzelne pflegebedürftige Menschen besonders engagiert haben. In der Interpretation der Autorin übernehmen sie damit eine besondere Form von Anwaltschaft, welche oftmals über die reguläre Dienstzeit hinausreicht. Sie überwinden diesbezüglich Grenzen und Barrieren, um den pflegebedürftigen Menschen den Zugang zu Versorgungsleistungen zu erarbeiten, welche sie ansonsten nicht in Anspruch nehmen könnten. Die Polarisierung dieser Herausforderung besteht in der Überlassung von Verantwortung, welche dann unbewusst geschieht, wenn konstituierende Normen und Vorgaben von den Pflegefachpersonen nicht hinterfragt und bearbeitet werden oder wenn die Zusammenarbeit zwischen pflegenden Angehörigen

und Pflegefachpersonen nicht professionell angesprochen und festgelegt wird. Bewusst findet sie statt, wenn Angehörige das Engagement des Pflegediensts in der Kommunikation mit dem MD zu ihrem eigenen Vorteil verstanden wissen möchten und die Arbeitsbeziehungen des Pflegedienstes zum MD unter diesem Vorgang leiden. Auch Menschen, welche wider besseres Wissen nicht mit dem Pflegedienst kooperieren, um ihren Pflegebedarf zu bearbeiten, werden von den Pflegefachpersonen ihrer eigenen Verantwortung überlassen. Weiterhin zeigt sich in der Interpretation der Autorin als dritte Herausforderung die Abwägung zwischen der Gestaltung pflegerischer Interaktionen nach einem zugrundeliegenden Ethos oder nach einem technokratischen Gedanken. Wie herausgestellt wurde, zeigt sich ein pflegerisches Ethos bei den befragten Pflegefachpersonen als intrinsische Haltung, die sich in der Interaktion unter Bezugnahme auf Werte wie Respekt, Interesse am anderen, Wahrung der Menschenwürde widerspiegelt. Im Gespräch wird das Ethos von den Pflegefachpersonen vermittelt als Einstellung gegenüber den pflegebedürftigen Menschen und auch als Kontrast zu den herrschenden Rahmenbedingungen des ambulanten Settings oder im Vergleich zum Verhalten von Kolleg*innen dargestellt. Es wird maßgeblich von der Ausrichtung des Pflegediensts als Arbeitgeber im Hinblick auf dessen Strukturen und Vorgaben dahingehend beeinflusst, sodass die Pflegefachpersonen dafür sensibilisiert werden, ob sie Verantwortung für Individualität im Beziehungsprozess übernehmen sollen oder die gebuchte Leistung ohne individualisierten Zugang zum pflegebedürftigen Menschen erbringen. Weiterhin sind die Rahmenbedingungen des Pflegehauses konstituierend für das Ausmaß des pflegerischen Ethos, wie es von den Pflegefachpersonen gelebt und transportiert werden kann. Im Gegensatz zum Ethos fungiert die Pflegeleistung als technokratische Dienstleistung, die sich durch ein reines Abarbeiten der im Pflegevertrag festgelegten Leistung zeigt und die Implikationen, welche sich im Beziehungsprozess ergeben, nicht aufgreift und bearbeitet. Die Pflegefachpersonen setzen ihr Ethos immer wieder in Bezug auf die vorliegenden Rahmenbedingungen des ambulanten Settings und des ambulanten Pflegediensts und versuchen, den pflegebedürftigen Menschen ihre aus dem Ethos resultierende Haltung in der direkten Interaktion als Leitmotiv zu vermitteln. Speziell zeigt sich dieses auch darin, dass versucht wird, Lösungen für Probleme des Pflegehauses zu finden, welche dem Pflegedienst als Wirtschaftsunternehmen in ökonomischer Hinsicht nicht dienlich sind, sondern das Pflegehaus mit seinen Erfordernissen auf Basis der eigenen Entscheidung der Pflegefachperson ins Zentrum der Bemühungen rückt.

Die drei Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit bedingen sich gegenseitig. So ist für die Autorin aus den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen nachvollziehbar, dass das Phänomen der Verantwortungs-Überlassung zunimmt, wenn gleichzeitig auch die Distanz in der Interaktion erhöht wird. Das Resultat ist dabei eine Pflege, welche eher nach einem

technokratischen Gedanken durchgeführt wird. Wird hingegen durch eine angemessene Nähe im Versorgungsprozess erreicht, dass Pflege auf individuelle Art und Weise, welche sich am Gegenüber des pflegebedürftigen Menschen orientiert, angepasst werden kann, dann steigt auch der Grad der Anwaltschaft, um die benötigten Versorgungsleistungen zu erbringen oder zu organisieren – gleichermaßen wird dies durch das Ethos mitbedingt. Die Waage zwischen diesen sich gegenüberstehenden Phänomenen ist somit in der Interaktion wechselhaft begründet und in einem ständigen Kontinuum befindlich. Dieses Kontinuum wird dabei von der *Expertise der Pflegefachperson*, dem *Seelenleben des Pflegehauses* sowie den Rahmenbedingungen, welche Pflege als Beruf im ambulanten Setting Deutschlands prägen und verorten, beeinflusst. Diese Beeinflussung, zu welcher sich die Pflegefachpersonen in der Ausgestaltung der Interaktion aktiv verhalten müssen, induziert die Polarisierung der Herausforderungen von Pflegebedürftigkeit, welche sich in der Austarierung der Waagschalen zwischen Nähe und Distanz, Anwaltschaft und Verantwortungsüberlassung sowie Ethos und Technokratie darstellen lassen.

Nachdem nun die erarbeitete Theorie über die Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit unter Zuhilfenahme der Informationen aus den analytischen Kapiteln und der Kernkategorie nochmals textlich und mittels der Abbildung 5 komprimiert dargestellt wurde, beschäftigt sich das nachfolgende Kapitel mit den Implikationen, welche sich aus der aufgestellten Theorie für die Pflegepraxis, die Pflegewissenschaft und die Theorieentwicklung in der Pflege ergeben. Weiterhin werden im Verlauf des Kapitels auch die Limitationen sowie die Schlussfolgerung dieser Ph.D.-Thesis und der Ausblick behandelt.

10 Implikationen und Limitationen

Nach der im vorangegangenen Kapitel dargestellten erarbeiteten Theorie über die Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit für die ambulanten Pflegefachpersonen gilt es nun, auf Basis der recherchierten Literatur (vgl. Kapitel 3.2) Implikationen für die Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und für die Theorieentwicklung in der Pflege herauszuarbeiten. Des Weiteren wird der Mehrwert der durchgeführten Forschung dargestellt, d. h. welche neuen Erkenntnisse nun verfügbar sind. Darüber hinaus werden Limitationen der Ph.D.-Thesis betrachtet und diskutiert – anhand der Kriterien, welche Strübing et al. (2018) vorgeschlagen haben und auf welche sich die Autorin bereits in Kapitel 6.3.9 bezogen hat. Abschließend wird die Ph.D.-Thesis durch eine Schlussfolgerung sowie einen Ausblick abgerundet.

10.1 Implikationen

In der Zusammenschau der recherchierten Literatur lassen sich drei Schwerpunkte identifizieren, welche durch die Erkenntnisse aus den Gesprächen mit den befragten Pflegefachpersonen bestätigt und ergänzt werden können. Diese Schwerpunkte beziehen sich auf die Versorgungsplanung im ambulanten Setting, auf das Erkennen und die Vermeidung von Stigmata sowie auf eine reflektierte Zusammenarbeit im Pflegehaus. Die einzelnen Schwerpunkte werden nun kurz erläutert, um danach die Erkenntnisse, welche sich darüber hinaus ergeben haben, in Abgrenzung dazu darzustellen.

Die Versorgungsplanung im ambulanten Setting

Das ambulante Setting ist durch das Handeln unterschiedlicher Akteur*inne wie bspw. Pflegedienste, Ärzt*innen, Pflegestützpunkte und andere gekennzeichnet. Innerhalb dieser Strukturen befindet sich das Pflegehaus mit seinen Implikationen, vor allem mit jener der Bedeutung des eigenen Zuhauses und der Konsequenzen, die mit der Inanspruchnahme der Akteur*innen und/oder mit dem gesundheitsbedingten, notgedrungenen Verlassen des eigenen Zuhauses verbunden sind. Dahlin-Ivanoff et al. (2007), Röhnsch und Haemel (2021), Ellefsen (2002), Gágyor et al. (2019) sowie Riedl et al. (2012) und Risco et al. (2015) beschreiben diese Aspekte aus unterschiedlichen Facetten. Auch durch die Erkenntnisse der eigenen aufgestellten Theorie zu den Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit finden sich Elemente zu den Implikationen der Struktur der ambulanten Versorgung, welche unter anderem durch Problematiken an den Schnittstellen der einzelnen Akteur*innen gekennzeichnet ist und gleichzeitig einen starken Hinweis darauf geben, dass das Leben im eigenen Zuhause und der Wert, welchen die pflegebedürftigen Menschen diesem zuweisen, ein relevanter Outcome-Faktor für den Erhalt der eigenen Fähigkeiten darstellt. Stellt man den Menschen als solchen in den Mittelpunkt, und geht davon aus, dass die ambulanten

Strukturen diesem zur Fortführung seines selbstbestimmten Lebens dienen sollen, dann ergeben sich für die Pflegepraxis jene Konsequenzen, dass zum einen die Zusammenarbeit mit den weiter an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen forciert werden muss. Einzelne Pflegefachpersonen zeigten dazu in den Gesprächen bestimmte Taktiken auf, um Gehör bei Ärzt*innen zu finden. Dies betrifft jedoch nicht nur Ärzt*innen, sondern auch beispielsweise deren Medizinische Fachangestellte, welche teilweise einen ausgeprägteren Kontakt zu den pflegebedürftigen Menschen vorweisen, z. B. Versorgungsassistent*innen und nichtärztliche Praxisassistent*innen. Weiterhin bietet sich ein Kontakt zu Mitarbeiter*innen in eventuell vorhandenen Pflegestützpunkten an, um die Versorgung strukturiert koordinieren zu können und die nötige Kommunikation und Interaktion voranzutreiben. Für die Pflegeforschung hingegen ergibt sich die Fragestellung, inwieweit Konzepte des *Community Health Nursing*⁵⁰ oder andere Konzepte, welche eine pflegerische Primärversorgung implizieren, ausgearbeitet, begründet und mittels Projekten in die Versorgungslandschaft gebracht werden können. Auch hier ist eine engmaschige Zusammenarbeit mit der beteiligten Ärzt*innenschaft, Mitarbeiter*innen innerhalb politischer Entscheidungsgremien und beteiligter Krankenkassen vonnöten, ebenso eine wissenschaftliche Evaluation solcher durchgeführter Projekte. Aktuelle Entwicklungen zeigen bereits eine schrittweise Etablierung von Studiengängen, welche den Pflegestudent*innen die dafür benötigten Kompetenzen vermitteln sollen.

Ein weiterer Schwerpunkt, der zwischen der ambulanten Versorgungslandschaft und dem Pflegehaus als Element der Mikroebene anzusiedeln ist, ist das Erkennen und Vermeiden von Stigmata pflegebedürftiger Menschen.

Stigmata erkennen und vermeiden

Im Hinblick auf die recherchierte Literatur adressieren Thomas et al. (2003) und Drossel et al. (2020) Aspekte, welche in der vorliegenden Ph.D.-Thesis vor allem von den Pflegefachpersonen Jona und Ulrike eingebracht wurden. Sie beziehen sich auf diejenigen gesellschaftlichen Gegebenheiten und Strukturen, welche dazu führen, dass Chancen, Wissen, Kapital, Netzwerke etc. ungleich verteilt sind und dazu führen, dass vulnerable Pflegehäuser einen eingeschränkten Zugang zu Pflegeleistungen und anderen unterstützenden Faktoren im Pflegefall vorweisen können. Für die Pflegepraxis ergibt sich aus Sicht der Autorin

⁵⁰ *Community Health Nursing* ist ein niedrigschwellig angelegtes strukturelles Versorgungskonzept in ambulanten Settings, das spezifisch qualifizierten Pflegefachpersonen Tätigkeiten der Primärversorgung überantwortet und sich durch einen koordinierenden und steuernden Aspekt auszeichnet. Je nach Einsatzort und Trägerschaft übernehmen die Pflegefachpersonen unterschiedliche Aufgabengebiete, bspw. pflegerische und soziale Betreuung von bestimmten Bevölkerungsgruppen, krankheitsbezogene Versorgung und Betreuung vulnerabler Menschen. Hausärzt*innen werden von den Pflegefachpersonen lediglich in speziellen Fällen konsultiert.

Für weiterführende Informationen zum Konzept *Community Health Nursing* und dem aktuellen Diskussionsstand in Deutschland siehe bitte Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH (2018).

damit auch die Möglichkeit, dass ambulante Pflegedienste mit diesem Wissen strukturiert erfassen, ob eine wie auch immer geartete Vulnerabilität im Pflegehaus vorliegt und wie diese mit angepassten Sonderleistungen oder trägerspezifischen Besonderheiten, analog dem Konstrukt der diakonischen Zeit, bearbeitet werden kann. Für die Pflegeforschung stellt sich die Frage, wie Pflegefachpersonen mit oder ohne akademische Qualifikation dazu befähigt werden können, gesellschaftlich erzeugte Stigmata zu erkennen und in ihrem Handeln zu adressieren, sodass vulnerable pflegebedürftige Menschen den Kontakt zur Gesellschaft nach ihrem eigenen Ermessen aufrechterhalten können. Weiterhin sind mittels Pflegeforschung die Strukturen und Gesetzmäßigkeiten zu bearbeiten, welche zu Vulnerabilität führen. Pflege nimmt hier einen größeren Fokus als die ambulante Versorgung ein und legt den Schwerpunkt auf die Bearbeitung sozialer Zusammenhänge im Pflegebereich.

Interaktionsreflexion und -gestaltung im Pflegehaus

Ein dritter Schwerpunkt fokussiert auf das Pflegehaus innerhalb der Mikroebene. Die Aspekte der recherchierten Literatur beziehen sich auf Erkenntnisse, wonach die Zusammenarbeit im Pflegehaus zwischen den Parteien, soll heißen, den pflegebedürftigen Menschen, pflegenden Angehörigen und der Pflegefachperson, nicht reibungslos verläuft. Dies kann zu Missverständnissen, Voreingenommenheit und mangelhaften Outcomes für den Gesundheits- und/oder Pflegezustand des pflegebedürftigen Menschen führen. Vor allem in den Artikeln von Drossel et al. (2020), Büscher et al. (2011), Röhnsch und Haemel (2021), Ellefsen (2002), Gágyor et al. (2019) und Strandberg und Jansson (2003) lassen sich diese Problematiken herauslesen. Aus den Gesprächen mit den befragten Pflegefachpersonen interpretiert die Autorin außerdem die variierende und nicht definierte Rolle des Gastes und deren Auswirkungen. So ergibt sich für die Autorin für die Pflegepraxis der zentrale Ansatz, eine dem Pflegedienst angemessene *Corporate Identity* zu entwickeln, um die Rolle des Gastes, um das pflegerische Handeln im Pflegehaus mit Hilfe eines grundsätzlichen Leitmotivs zu strukturieren. Weiterhin gehört zu diesem Leitmotiv auch die Ausrichtung eines Pflegedienstes hinsichtlich einer fokussierten Gestaltung von Empowerment, Anleitung und Übernahme pflegerischer Leistungen je nach Zustand der pflegebedürftigen Menschen. Dies meint, dass innerhalb eines ambulanten Pflegedienstes für die Mitarbeiter*innen transparente Ziele und Kommunikation darüber herrschen, nach welchen Kriterien und Leitsätzen das pflegerische Handeln ausgerichtet werden soll, sodass dies ins Pflegehaus transportiert werden kann. Für die Theorieentwicklung in der Pflege ergeben sich darüber hinaus weitere Forschungsansätze im Hinblick auf die Frage, wie Interaktionen zwischen Pflegehäusern und Pflegefachpersonen vonstattengehen, inwieweit die in Kapitel 8.2 angesprochene Lotsenfunktion thematisiert und strukturiert wird und welche Konsequenzen ein in der Ausrichtung transparentes pflegerisches Handeln für das Pflegehaus mit sich bringt.

Dies kann auch hinsichtlich der drei herausgestellten Herausforderungen von Pflegebedürftigkeit insofern weitere Erkenntnisse bringen, als das Verhältnis von Nähe und Distanz, Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung sowie Ethos und Technokratie mit einem kommunikativen Ansatz im Pflegehaus für die Beteiligten überprüfbar und transparent reflektierbar würde. Zumindest bereits aufgrund der Tatsache, dass keine der befragten Pflegefachpersonen ein entsprechendes Wording für die Herausforderungen nutzt, schließt die Autorin darauf, dass die ihrigen interpretierten Herausforderungen den Pflegefachpersonen bestenfalls implizit zugänglich sind – dies betrifft vor allem die Waagschalen von Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung sowie Ethos und Technokratie. Nach Interpretation der Autorin zeigt sich in den Gesprächen mit den befragten Pflegefachpersonen immer wieder schlaglichtartig, wie dieses Ethos im pflegerischen Alltag zum Einsatz kommt – man denke nochmals an das Engagement, welches innerhalb der Anwaltschaft vonstattengeht oder an die Beispiele, welche im Abschnitt Ethos und Technokratie aufgezeigt wurden. Hier zeigt sich für die Autorin zeitweise eine deutliche und wahrgenommene pflegerische Zuständigkeit für das Recht pflegebedürftiger Menschen, ihr Leben befähigt und selbstbestimmt weiterzuleben. Es zeigt sich jedoch auch an vielen Stellen die Gratwanderung, welche die Pflegefachpersonen täglich bestreiten müssen: So verlangen Normen, Vorgaben und Zuständigkeiten die Ausrichtung des pflegerischen Handelns an alternativen Grundsätzen und weiteren Einschränkungen, die sich aus den Rahmenbedingungen des ambulanten Pflege- und Gesundheitssystems ergeben. Die pflegerische Entscheidungshoheit ist somit auf einen kleinen Ausschnitt des täglichen Handelns begrenzt.

Über die recherchierte Literatur hinausgehende Erkenntnisse und Implikationen

Weiterhin ergeben sich aufgrund der Gespräche mit den Pflegefachpersonen und der daraufhin erarbeiteten Grounded Theory eine Vielzahl weiterer Erkenntnisse, welche über den bereits bekannten Forschungsstand hinausreichen. Dazu gehören, was Implikationen für die Pflegepraxis betrifft, zum einen die Darstellung der Einschätzungsstrategie einer vorhandenen Pflegebedürftigkeit durch die Pflegefachpersonen. Damit verbunden sind nicht nur die bloße Aufzählung der dargestellten Kriterien, sondern vielmehr auch ein Vorgehen, um sensible, intime oder von den pflegebedürftigen Menschen als stigmatisierend wahrgenommene Faktoren zu erfragen und diese in das individuell angepasste Pflegeportfolio einzuarbeiten. Des Weiteren zeigt sich, dass eine Fokussierung auf eine zugrundeliegende Pflege Theorie als alleinige Handlungsleitung nicht ausreichend ist – Oevermanns Strukturlogik professionellen Handelns zeigt sich hier im Entscheidungszwang zwischen Theorie und angewandter Pflege in der Lebenswelt der pflegebedürftigen Menschen überdeutlich. Mit Hilfe des ausgearbeiteten theoretisch-empirischen Konzepts wurde ein Grundstein für die im Alltag angewandten Kriterien zur Einschätzung der Einschränkungen und

Ressourcen eines hilfe- und pflegebedürftigen Menschen gelegt. Damit könnte anerkannt werden, dass Pflegebedürftigkeit als tabuisiertes Thema von den pflegebedürftigen Menschen erst dann bearbeitet und in seinem eigentlichen Ausmaß benannt wird, wenn eine Vertrauensbeziehung zur Pflegefachperson vorliegt und der Mensch dazu befähigt wird, in einem intimitätsfördernden Rahmen über diese Thematik zu sprechen, ohne im selben Zug zu fürchten, diskriminiert oder stigmatisiert zu werden. Denn dies wurde in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen im Vergleich zum Status quo sichtbar: Pflegebedürftige Menschen profitieren innerhalb ihrer Scham, Angst und Unsicherheiten rund um eine Pflegebedürftigkeit von der Offenheit, welche eine Pflegefachperson ihnen vor allem zu Beginn der Pflegebeziehung entgegenbringt, um ein Vertrauensverhältnis erst aufbauen zu können. Dies ist durch die Fremdheit der Gutachter*innen des MD, welche zur Begutachtung im Pflegehaus erscheinen, nicht leistbar und ersetzbar. Es ist daher denkbar, die Ergebnisse dieses Konzepts für einen angepassten Prozess im Hinblick auf die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI miteinzubeziehen, um hier eine angemessenere Eingradierung und realistischere Verteilung von finanziellen Mitteln zur Sicherstellung der Pflege zu erreichen (§ 15 SGB XI). Für die Pflegepraxis und die Pflegeforschung ergibt sich daher die Implikation, gemeinsam eine Systematik zu entwickeln, inwiefern Pflegefachpersonen, die in den ambulanten Pflegediensten tätig sind, in die versicherungsrechtliche Einschätzung von Pflegebedürftigkeit einbezogen werden können oder ob diese Einschätzung gar komplett in deren Arbeitsbereich übergeben wird, sodass eine auf die Bedarfe der Menschen zugeschnittene und passfähige Versorgung und eine barrierearme Begutachtung von Pflegebedürftigkeit durch die Pflegefachpersonen möglich wird.

Eine weitere, die Pflegepraxis betreffende Erkenntnis ist die Vielzahl unterschiedlicher Herangehensweisen der ambulanten Pflegedienste. Wie in den Kapiteln dargestellt werden konnte, unterscheiden sich diese hinsichtlich des Umgangs mit Zeitdruck, der (Zusatz-)Services für pflegebedürftige Menschen und der Möglichkeiten, welche sie innerhalb der Anwaltschaft für bestimmte Personengruppen ergreifen können oder wollen. Nichtsdestotrotz beziehen sie sich bundeslandspezifisch auf die mit den Pflegeversicherungsträgern ausgehandelten Leistungsbedingungen. Unter Zuhilfenahme der recherchierten Literatur konnte bereits dargestellt werden, dass sich auch die Pflegefachpersonen in unterschiedlichen, sie betreffenden Aspekten der täglichen Interaktion mit pflegebedürftigen Menschen variabel verhalten. Insofern scheint hier eine Analogie zu den unterschiedlichen Vorgehensweisen und Dienstleistungen der ambulanten Pflegedienste zu bestehen. Die Gründe für diese unterschiedlichen Ansätze sind vielfältig und beruhen im Hinblick auf die ambulanten Pflegedienste sicherlich auch auf ökonomischen Begründungen und im Falle der Pflegefachpersonen auf eingeschränkten Handlungsoptionen sowie einem Fehlen von übergeordneten

Maximen. Denkt man diese Implikation weiter, so kann auch für die Pflegeforschung und die Theorieentwicklung in der Pflege konstatiert werden, dass das pflegerische Handeln, sei es auf der Mikroebene im Pflegehaus oder auf der Mesoebene innerhalb der Leitung eines ambulanten Pflegedienstes angesiedelt, ein komplexes Konglomerat aus sich auch widersprechenden Argumenten darstellt. Dies zeigen die drei zentralen Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit, welche in der Interaktion zwischen pflegebedürftigem Menschen und Pflegefachperson ständig neu ausgehandelt werden. Dies zeigen jedoch auch die Strukturen und Berufsbilder, in welchen sich die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen gesellschaftlich bewegt und mit welchen sie umgehen muss. Darüber hinaus zeigt es sich in der Reaktion auf das *Seelenleben des Pflegehauses*, das sich in bestimmten emotionalen Stadien gleichermaßen durch eine Zerrissenheit auszeichnet: Das Empfinden eines pflegebedürftigen Menschen, dessen Gesundheits- und/oder Fähigkeitenzustand abnimmt und welcher daher Hilfe benötigt, die er jedoch auch aus unterschiedlichen Gründen nicht annehmen möchte und daher den Pflegefachpersonen auf eine bestimmte Art und Weise begegnet. Dies alles führt dazu, dass sich die pflegerische Interaktion vonseiten der Pflegefachpersonen sowie der ambulanten Pflegedienste an wechselnden Argumentationslinien orientiert und sich zwischen den Pflegehäusern quasi mäandernd unterschiedlich gestaltet, wobei auch dieser Prozess von den Pflegefachpersonen im Gespräch mit der Autorin nur basal reflektiert wird.

Bevor der Übergang zu den Implikationen für die Pflegewissenschaft vollzogen wird, möchte die Autorin einen kleinen Exkurs in die strukturellen Entwicklungen innerhalb der stationären, insbesondere der im Krankenhaus verorteten Pflege geben. Mit dem durch die vormalige Bundesregierung gestarteten Programm der Konzertierte(n) Aktion Pflege im Jahr 2018 sollten die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert werden, um damit die Pflegebranche auf längere Sicht attraktiver zu gestalten und entscheidende Stellschrauben gegen den Fachkräftemangel in der Pflege zu aktivieren. Im Rahmen dieser Aktion wurden unter anderem das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG), die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) sowie das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) verabschiedet (GVWG; PpSG; PpUGV). Innerhalb dieser drei Verordnungen und Gesetze sind vor allem die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Versorgungsbereichen, der Pflegepersonalquotient nach § 137j SGB V sowie die Einführung der Pflegepersonalregelung (PPR) 2.0 zur interimsmäßigen Personalbemessung in der Diskussion. Weiterhin soll nach Maßgabe des § 137k SGB V ein neues Pflegepersonalbemessungsinstrument bis Ende des Jahres 2024 entwickelt und erprobt worden sein, für welches bis

Ende Juni 2022 der Arbeitsauftrag durch die Bundesregierung erteilt werden wird (§ 137k SGB V).⁵¹

Im Zusammenhang mit diesen Entwicklungen zeigt sich erneut, welche Vorstellung von Pflege bei denjenigen Menschen existiert, die keinen pflegfachlichen Hintergrund vorweisen: Die genannten Instrumente und deren zugrundeliegende Kriterien referieren zur Ermittlung des Pflegebedarfs eines versorgungsbedürftigen Menschen auf Zeitwerte, welche durch die Aneinanderreihung und Summierung standardisierter Pflegemaßnahmen mit Einzelzeitwerten entstehen, und lassen den Aspekt der Interaktion und der fallbezogenen individuellen Zuwendung auf Basis eines Beziehungsgeschehens völlig außer Acht. Betrachtet man die aus der Pflege kommenden Veröffentlichungen, Positionspapiere des größten deutschen pflegerischen Berufsverbands oder das jüngst erschienene Interview mit der Präsidentin des Deutschen Pflegerats Christine Vogler (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. [DBfK], 2020, 2022; Mau & Vogler, 2022; Simon, 2018), so besteht die Befürchtung, dass der so berechnete Pflegebedarf eines Menschen als Grundlage für zukünftige Personalbemessungsinstrumente und Budgetverhandlungen für die Personalausstattung herangezogen werden wird. Vielmehr wird vonseiten der pflegerischen und pflegewissenschaftlichen Verbände gefordert, die Einschätzung des Pflegebedarfs in die Verantwortung der Pflegefachperson zu legen – auf Basis der Interaktion mit dem pflegebedürftigen Menschen.

Weiterhin ist höchst fraglich, ob der Entwicklungszeitraum für das neue angestrebte Personalbemessungsinstrument dafür ausgelegt ist, die interaktionsspezifischen Inhalte der Pflege zu erfassen, zumal diese bekanntermaßen bisher nicht in die Konzeption und Kriterien der momentanen Instrumentarien einfließen und daher von den beteiligten Gremien neu entwickelt werden müssten. Die vorliegende Ph.D.-Thesis leistet im Hinblick auf die epistemologische Fundierung der Autorin und die methodologische Ausgestaltung der Forschungsleistung einen pflegeprofessionell fundierten und pflegewissenschaftlich erarbeiteten Überblick über die zu erwartenden Interaktionen der Pflegefachpersonen mit pflegebedürftigen Menschen vor dem Hintergrund der aktuellen Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege. Dies kann als Grundlage für weitere Überlegungen und Forschung genutzt werden, um zukünftige Instrumentarien zur Regulierung und Steuerung der pflegepolitischen Belange grundlegend different und pflegebezogen zu denken und zu konzipieren.

Um diesen Exkurs abzuschließen, zeigt sich für die Autorin ein weiteres, grundsätzliches Problem zwischen Wissenschaft und Wirtschaft bzw. Regierungsarbeit. Simon (2018) zeigt

⁵¹ An dieser Stelle kann inhaltlich nicht weiter auf die einzelnen Vorhaben der deutschen Bundesregierung eingegangen werden, vielmehr soll das dahinterstehende Argument im Verlauf des Absatzes zum Tragen kommen. Für einen Überblick über die Entwicklung pflegepolitischer Reformen der jüngeren Zeit siehe bitte Simon (2018).

auf, inwieweit pflegeprofessionelle oder pflegewissenschaftliche Vertreter*innen in den Prozess zur Erarbeitung pflegepolitischer Instrumente und Ausarbeitungen in der Vergangenheit einbezogen wurden: in marginaler bis nicht vorhandener Weise (Simon, 2018). Auch das von der aktuellen Bundesregierung jüngst eingerichtete wissenschaftliche Expertengremium zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie ist ein weiteres Beispiel für die Ignoranz pflegerischer und pflegewissenschaftlicher Inputs und Expertise, insofern als sich unter den 19 Mitgliedern dieses Gremiums kein/e einzige/r Pflegewissenschaftler*in befindet (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V [DGP], 2021). Darüber hinaus sind die von den Bundesministerien ausgeschriebenene Projekte zur Erarbeitung einer neuartigen Thematik bisher strukturell, finanziell und zeitlich so limitiert, dass fragwürdig ist, inwieweit einer Neuausrichtung des bisherigen Denkstils über die Pflege überhaupt Rechnung getragen werden kann. Das zieht die Frage nach, ob Pflege und Pflegewissenschaft grundsätzlich Bereitschaft zeigen, an diesen Projekten mitzuarbeiten oder nicht. Bereits während der Phase zur Erarbeitung des BA gab es diesbezüglich unterschiedliche Auffassungen zu den Details der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Interessen der beteiligten Gremien und der Politik. Ging es einerseits um inhaltliche Aspekte und Vorgaben der Projektausschreibungen, welche mit der Einführung des BA verbunden waren, so verwiesen Brühl und Planer (2016) jedoch andererseits auch auf das Gut der Freiheit in der Wissenschaft und Forschung und sehen sich an wissenschaftliche Gütekriterien und an eine Verantwortlichkeit für die Pflegefachpersonen in deren Pflegealltag gebunden, welchen sie mit der Erarbeitung eines in ihren Augen unzulänglichen Instruments mutmaßlich für Jahrzehnte konstituieren und damit Glaubwürdigkeit, auch unter anderen Pflegewissenschaftler*innen einbüßen. Es wird sich zeigen, wie die zukünftigen Ausschreibungen zu den Projekten bezüglich der Pflegepersonalbemessung von der Wissenschaft angenommen werden.

Pflegewissenschaftlich gesehen bergen die Ergebnisse dieser Ph.D.-Thesis eine weitere, philosophische Implikation: Betrachtet man die drei erarbeiteten Waagschalen der Herausforderungen von Pflegebedürftigkeit, so zeigt sich in jeder Ausgestaltung ein Pol, welcher einen radikalen Zugang zum pflegebedürftigen Menschen impliziert und diesen in den Mittelpunkt des Handelns und der Interaktion stellt: Dies seien Nähe, Anwaltschaft und Ethos. Die entgegengesetzten Pole hingegen orientieren sich an abweichenden Argumentationslinien und Rahmenbedingungen. Gleichermaßen verhält es sich nach Ansicht der Autorin auch mit der Reflexionsausrichtung der befragten Pflegefachpersonen. Beispielhaft sei hier die Reflexion der den Pflegefachpersonen angetrauten Kontrollfunktion genannt. Die Autorin spürte in sich selbst in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen immer wieder ein innerliches Zögern und Schaudern, wenn die Pflegefachpersonen darüber berichteten, wie pflegebedürftige Menschen, vor allem jene mit psychischen Erkrankungen oder

überwältigender und lähmender Einsamkeitsgefühle, mit pflegerischer Unterstützung entmündigt wurden oder gegen ihren Willen in eine stationäre pflegerische Versorgung gebracht wurden. Dies geschieht, so wird argumentiert, zum Schutz der pflegebedürftigen Menschen, zur Abwendung drohender (Lebens-)Gefahr. In den Aussagen der Pflegefachpersonen finden sich einige solcher Beispiele, in welchen sich Menschen in Gefahr gebracht haben und daraufhin Maßnahmen zu ihrem Schutz ergriffen wurden – diese sind nachvollziehbar und sicherlich begründet. Der Autorin geht es an dieser Stelle nicht darum, dieses pflegerische Handeln an sich zu kritisieren, sondern um eine pflegerische Haltung und Denkweise, welche sich radikal an der Vorstellung der pflegebedürftigen Menschen ausrichtet und weniger an der Normalität, welche von der Gesellschaft zugrunde gelegt wird, damit die Mitglieder dieser Gesellschaft dieser Normalität entsprechen. Dieser verborgene Aspekt der Pflegetätigkeit erinnert dabei stark an Foucaults Ausführungen in „Überwachen und Strafen“: „Die Sichtbarkeit ist eine Falle.“ (Foucault, [1976]/2020, S. 257)

Es ist für die Pflegefachpersonen zu eruieren, ob die pflegebedürftigen Menschen ihren Lebensentwurf so möchten, wie sie ihn leben: Möchte der kettenrauchende Mensch mit Katze in einer Wohnung voll angesammelter Gegenstände leben oder wünscht er sich Hilfe, kann dies aber nicht formulieren, abstrahieren oder fehlt gar das vertrauenswürdige und kompetente Gegenüber? Fühlt er sich wohl? Aus Joachims Beispiel des Mannes mit verteiltem Stuhlgang in der Wohnung scheint es durchaus Menschen zu geben, die ihre Lebensweise reflektieren und für sich und vor anderen bejahen – auch wenn die meisten bei Eintritt in die Wohnung die Nase rümpfen und den betroffenen Menschen diese Entscheidung zumeist von außen absprechen: Joachim ist die einzige Pflegefachperson innerhalb dieser Ph.D.-Thesis, welche in Bezug auf solche Lebensumstände überhaupt in Betracht zieht, dass ein Mensch unter diesen Umständen leben möchte und zufrieden sein kann. Die Autorin stellt sich heute in ihrer Rolle als Wissenschaftlerin die Frage, inwieweit gesellschaftlich etablierte Normen darüber bestimmen (dürfen), welche Menschen von anderen als angenehm oder unangenehm wahrgenommen werden und welche Auswirkungen diese Normen auf die Pflegefachpersonen im Umgang mit diesen Menschen haben – auch beispielsweise auf die Vorstellung von Normalität, welche die Pflegefachpersonen mit ins Pflegehaus hineinbringen. Wer ist dafür zuständig, diese oft unhinterfragten Gegebenheiten anzustoßen, sie zu bearbeiten, ihnen bei Bedarf entgegenzuwirken? Wo stellt sich hier die ureigene Aufgabe von Pflege dar? Sind Pflegefachpersonen als Bindeglied zwischen pflegebedürftigem Menschen zu Hause und der Gesellschaft nicht in der Verantwortung, jedem Menschen Menschenwürde zu vermitteln und für diese Menschen anwaltschaftlich, in diesem Sinne eher in philosophischer Art als Vermittlung einer Haltung zum anderen betrachtet, einzustehen? Die Autorin möchte damit anregen, dass Pflegefachpersonen eine Aufgabe des „Aufbrechens“ starrer und etablierter Vorstellungen von Normalität in der

Gesellschaft angehen könnten, wenn dieses Mindset, eine radikale Offenheit für die Lebenswelt der pflegebedürftigen Menschen, in deren Ausbildung und Expertise bereits gefördert und erwartet würde – sodass Stigmatisierung der von der Norm abweichenden Menschen eher vermieden werden kann, sodass der Zugang zur Gesellschaft nicht verloren geht, wenn die Vorstellungen von Normalität auseinanderdriften. Nichtsdestotrotz existieren die Normen in unserer Gesellschaft und Pflegefachpersonen stellen einen Teil dieser Normen dar. Dass sie dies unter Beachtung ihres Auftrags, den Menschen in seiner Lebensform so anzunehmen, wie er ist, als herausfordernd empfinden, zeigt auch die Studie von Graurock-Rosemeier und Dunger (2021), welche während der Erstellung dieser Ph.D.-Thesis veröffentlicht wurde. Der Artikel beschäftigt sich speziell mit dem Phänomen desorganisierter Lebensweisen im ambulanten Setting und beschreibt darüber hinaus den Spagat zwischen geplanter pflegerischer Leistungserbringung entlang der Vorstellungen von Normalität und pflegebedürftigen Menschen, welche von ambulanten Pflegefachpersonen als verwahrlost erlebt werden und Leistungen ablehnen. Auch diese Studie impliziert die Schwierigkeit für die Pflegefachpersonen, ihr Handeln durch sich widerstreitende Grundsätze für sich selbst und vor anderen zu argumentieren.

Ein weiteres Beispiel dafür erkennt die Autorin in der Sanktionsfunktion der Pflegefachpersonen, die über die Beratungsgespräche nach § 37 Abs. 3 SGB XI geschaffen wurde (§ 37 (3) SGB XI). Zum einen soll hier ein vertrauensvoller Kontakt hergestellt werden, damit die Pflegehäuser dazu befähigt werden, Pflege selbst zu organisieren und sich bei Problemen an bekannte Ansprechpartner*innen wenden können. Zum anderen steht – nach Ansicht der Autorin – die inhärente Funktion der Sanktion diesem Ansinnen diametral gegenüber. Die Pflegefachpersonen haben pro forma keinen Grund, ihr Handeln auf die Vorgaben des BA auszurichten – sie haben das Instrument weder entwickelt noch sind sie dafür verantwortlich noch müssen sie damit eine berufsrechtliche oder -politische Legitimation ihres Berufsstandes argumentieren. Kraft der Gesetzgebung werden sie dennoch dazu verpflichtet, eine Sanktion, die sie weder praktisch noch empirisch selbst begründet haben, oder welche ihnen als Berufsgruppe zur Weiterentwicklung des Berufsstandes dienlich wäre, entgegen des diametral entgegenstehenden Vertrauensverhältnisses durchzuführen und auszugestalten – und sie tun es auch, ohne dass sie dies in den Gesprächen mit der Autorin als reflexionswürdig beschreiben würden. Der von den Pflegefachpersonen so empfundene durch die Angehörigen nicht stattfindende Schutz des zu pflegenden Menschen steht hier an erster Stelle im Sinne einer paternalistischen Haltung der Pflegefachpersonen und des Ausdrucks dessen, dass die pflegerische Wahrnehmung diejenige ist, die Wahrheit und Realität begründet und die im Vergleich zur Begründung der Angehörigen vor der Pflegeversicherung höherwertig ist. Greift man den oben geschilderten Gedanken Foucaults

nochmals auf, so zeigt sich, dass Pflegefachpersonen durch ihren Status und ihre Funktion Macht und Wissen erzeugen, das der Position des Pflegehauses klar übergeordnet dargestellt werden kann (Foucault, [1976]/2020).

Die Autorin referiert mit diesem Argument und den zwei genannten Reflexionsbeispielen auf eine Implikation für Pflegeforschung und Theorieentwicklung in der Pflege, welche dazu führt, dass die ethische und soziale Funktion der Pflege theoretisch weiter ausgebaut werden müsse – und diese Errungenschaften im Sinne eines Habitus an die Pflegefachpersonen weitertransportiert würden. Damit sind Pflegewissenschaft und Pflegepraxis an dieser Stelle auf unterschiedlichen Ebenen miteinander verknüpft. Die Handlung der Pflegefachpersonen selbst vollzieht sich nach Entwicklung dieser theoretischen Funktion auf der Ebene der Pflegepraxis: Pflege steht dann in der Verantwortung, sich auf diese Funktionen und Rollen dahingehend immer wieder zu reflektieren. Dies beschreibt beispielsweise auch der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen, indem er Folgendes besagt:

„Der Pflege inhärent ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich der kulturellen Rechte, des Rechts auf Leben und Wahlfreiheit, das Recht auf Würde und respektvolle Behandlung. Die Pflege ist respektvoll und uneingeschränkt in Bezug auf die Merkmale Alter, Hautfarbe, Kultur, kulturelle Zugehörigkeit, Behinderung oder Krankheit, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Nationalität, Politik, Sprache, ethnische Zugehörigkeit, religiöse oder spirituelle Überzeugungen, rechtlicher, wirtschaftlicher oder sozialer Status.

Pflegefachpersonen werden für ihren Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit von Einzelpersonen, Familien, Gemeinschaften und Bevölkerungsgruppen auf lokaler, nationaler und globaler Ebene geschätzt und respektiert. Sie koordinieren die Versorgung mit anderen Gesundheitsfachpersonen und weiteren involvierten Gruppen. Pflegefachpersonen zeigen professionelle ethische Werte wie Respekt, Gerechtigkeit, Empathie, Verlässlichkeit, Fürsorge, Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit und Integrität.“ (International Council of Nurses - ICN, 2021, S. 4)

Damit sind Pflegefachpersonen vom ICN damit beauftragt, diese Zuständigkeiten gemeinsam mit der Gesellschaft umzusetzen. Bisher, so lautet die Einschätzung der Autorin, welche sich aus den Gesprächen mit den befragten Pflegefachpersonen ergibt, wird Pflege als Beruf in ihrer sozialen Funktion und Wichtigkeit von der Gesellschaft jedoch eher nicht wahrgenommen, sondern konzentriert sich auf die bloße Erbringung körpernaher Dienstleistungen oder delegierter medizinischer Tätigkeiten und wird vor allem dann wahrgenommen, wenn es durch unterlassene Pflege oder stattgehabte Pflegefehler zu negativen Ergebnissen für pflegebedürftige Menschen kommt. Dies bedeutet, die Aspekte der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit, welche sich im Beziehungsprozess unter Berücksichtigung jener drei Waagschalen von Herausforderungen konstituiert und beständig angepasst wird, der Beratung, welche ebenfalls in der täglichen Interaktion stattfindet und den Zugang zu Versorgungsangeboten ermöglicht sowie das Organisieren der Zusammenarbeit mit

weiteren Gesundheitsprofessionen im ambulanten Setting, welche dazu führt, dass pflegebedürftige Menschen den Kontakt zur Gesellschaft aufrecht erhalten können, sind Aspekte, welche von der Gesellschaft weder gesehen noch von den Pflegefachpersonen gegenüber der Öffentlichkeit transparent gemacht würden – weil sie ihnen möglicherweise in ihrer Dimension und Wichtigkeit selbst nicht präsent sind. Dafür spricht auch, dass sich keine der befragten Pflegefachpersonen in der Begründung ihres Handelns auf den Ethikkodex des ICN bezieht. Dedizierte Aufgaben dieses Handelns werden zwar von den Pflegefachpersonen benannt und teilweise begründet, eine tiefere Bedeutungszuweisung im größeren Zusammenhang des ambulanten Settings bleibt jedoch aus. Vielmehr sind sie abhängig von den Vorgaben der Arbeitgeber*innen, welche sie beschäftigen, und weiterhin von den Rahmenbedingungen, in welchen Pflege im ambulanten Setting stattfindet. Diese beruhen auf Gesetzgebungen, auf tradierten Werten und Normen, auf Zuständigkeitsfragen und sind für die Pflegefachpersonen zumeist wenig beeinflussbar. Die Pflegefachpersonen sind damit für die Ausgestaltung der drei Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit selbst zuständig: die Austarierung von Nähe und Distanz, die Abwägung zwischen Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung sowie das Gestalten einer Pflege, die von einem Ethos oder von einer technokratischen Maschinerisierung und Ökonomisierung geleitet wird. Dies führt unter anderem dazu, dass sich pflegerische Interaktion eben nicht metatheoretisch fundiert und transparent nachvollziehbar zeigt, sondern der eigenen Ausgestaltung auf Mikro- und Mesoebene überlassen ist – aber auch, dass diese Ausgestaltung durch eine entsprechende theoretische Entwicklung der Funktionen und Rollen von Pflege mit Hilfe der Ausbildung eines Habitus beeinflussbar ist.

Dieses Argument wird nicht nur von der praktischen Ausgestaltung von Pflege, sondern auch von einem anderen Aspekt, jenem nämlich der grundsätzlichen Herangehensweise der deutschen Pflegewissenschaft im Hinblick auf ihre Professions- und Wissenschaftsentwicklung, mitbestimmt. Wie Inge Vollstedt in ihren Veröffentlichungen ausführlich rekonstruiert und begründet hat, ist die deutsche Pflegewissenschaft hinsichtlich ihrer grundlegenden Legitimationsprozesse bei näherem Hinsehen nicht standfest. So existieren unterschiedliche, teilweise unbewusste wissenschafts- und erkenntnistheoretische Begründungszusammenhänge und daraus entstehend pragmatische Ansätze, um die vielbeschworene Kluft zwischen pflegerischer Praxis und Theorie überwinden zu können. Vollstedt zeigt in ihren Ausführungen unter anderem für Benners (Vollstedt, 1999b) sowie für Rolfes und Dornheims Argumentationen (Vollstedt, 1999a, 2001) auf, inwieweit eine unbewusste Referenz auf metaphysisches und damit positivistisches Denken die pflegewissenschaftliche Argumentationslinie und damit das pflegerische Handeln leitet. Auch Friesacher und Rux-Haase (1998a, 1998b) bestätigen dies mit ihrem Beispiel einer Analyse zur

Verwendung des Kuhn'schen Begriffes „Paradigma“ innerhalb der deutschen Pflegewissenschaft: Sie zeigen auf, dass dessen oftmals wahllose und undefinierte Nutzung vor dem Hintergrund einer Unkenntnis der Entstehungs- und Begründungszusammenhänge dazu führt, dass damit verbundene Kuhn'sche Prämissen gleichermaßen für die Pflegewissenschaft akzeptiert werden – auch wenn sie nicht passfähig sein mögen und die Pflegewissenschaft als Disziplin neben anderen Wissenschaften auf eine Weise konstituiert und definiert wird, ohne dass dies den Pflegewissenschaftler*innen bewusst wäre.

Diese mäandernden Argumentationen, welche den heutigen Stand der Wissenschafts- und Erkenntnistheorie außer Acht lassen oder nur bestimmte Begriffe einer Theorie importieren und nutzen, erwachsen nach Ansicht der genannten Autor*innen daraus, dass die Pflegewissenschaftler*innen ihr grundlegendes Wissen zu Wissenschafts- und Erkenntnistheorie entweder unreflektiert über Sekundär- und Drittliteratur der jeweiligen Begründer*innen von Philosophien, Theorie und Konzepten übernommen haben und dieses im Laufe der Zeit nicht eigenständig weiterentwickeln oder die in den USA entwickelten Pflegetheorien kritiklos als Grundlage für die deutsche Pflegeforschung angesehen wurden. Dabei wird außer Acht gelassen, dass damals wie heute in unterschiedlichen Ländern unterschiedliche Denkstile und -traditionen verfestigt sind, welche einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Begründung entwickelter Theorien und Konzepte liefern. Die Konsequenz daraus ist, dass pflegewissenschaftliche Theorien und Konzepte in der Tradition der Historie und des eigenen Landes unter Einbezug aktueller Entwicklungen innerhalb der zugrundeliegenden Wissenschaften entstehen müssen: Dafür muss den Angehörigen zum einen die Grundlagenliteratur aus erster Hand geläufig sein und ein wissenschaftlicher Diskurs innerhalb der Pflegewissenschaft zur Grundierung der Disziplin stattfinden. Zum anderen muss jedoch auch die Entwicklung innerhalb der Wissenssoziologie, Erkenntnistheorie und Wissenschaftstheorie im Auge behalten werden, um die Disziplin entsprechend weiterzuentwickeln und im Hinblick auf die Argumentation mit anderen Wissenschaften auf Augenhöhe zu bringen. Die Autorin sieht in dieser Aufgabe dieselbe Dimension auf der Ebene der Wissenschaft, welche im letzten Absatz bezüglich der Pflegepraxis diskutiert wurde: Die Unterschiede aus den Strukturen und den Rahmenbedingungen des ambulanten Settings zeigen sich in ihren Konsequenzen bezüglich der Handlungsleitung der ausführenden Pflegefachpersonen ebenso funktionalistisch wie eine Nichtbearbeitung der Grundlagenliteratur innerhalb einer aufstrebenden Wissenschaftsdisziplin, weil sie die Angehörigen dieser Profession in eine Sackgasse führen und nicht zur Weiterentwicklung des pflegerischen bzw. wissenschaftlichen Arbeitsbereichs führen – und dieser kann sich gleichermaßen auf die Pflegepraxis und die Pflegeforschung beziehen. Im Gegensatz dazu äußern die Pflegefachpersonen in den Gesprächen mit der Autorin ihr erlebtes pflegerisches Ethos und wie sie dieses als Leitlinie

für ihre Interaktionen mit dem Pflegehaus und mit Dritten nutzen und anhand dessen ihr Handeln und ihre philosophische Auffassung von Pflege für sich persönlich weiterentwickeln. Die Konsequenz daraus ist eine Orientierung an einem holistischen „Etwas“. In diesem Sinn versteht die Autorin auch die Anmerkungen Vollstedts, Friesachers und Rux-Haases, das pflegewissenschaftliche Begründungshandeln auf einen fundierten und zur Weiterentwicklung animierenden Korpus zu stellen, indem eine Diskussion über die Grundlagen der Disziplin stattfindet und sich die Pflegewissenschaft als Teil der Humanwissenschaften in ihrer Methodenanwendung und Pflegeforschung als anschlussfähig an andere Wissenschaften zeigt.

Nach der Darstellung der Implikationen, welche sich aus den Erkenntnissen dieser Ph.D.-Thesis für Pflegepraxis, Pflegeforschung sowie die Theorieentwicklung in der Pflege ergeben, folgen nun die Limitationen des Forschungsprozesses. Dabei wird die durchgeführte Grounded Theory nicht nur als Ausgestaltung und Ergebnis einer Forschungsmethode betrachtet, sondern im Sinne des in Kapitel 6.2.2 dargestellten Forschungsstils, welcher Auswirkungen auf den gesamten Forschungsprozess nimmt.

10.2 Limitationen

Die durchgeführte Grounded Theory nach Kathy Charmaz und Corbin und Strauss wird in diesem Abschnitt anhand der in Kapitel 6.3.9 dargestellten Geltungsbegründungen evaluiert. Die fünf Prämissen der Veröffentlichung von Strübing et al. (2018) betrachten qualitative Studien im Hinblick auf Gegenstandsangemessenheit, auf empirische Sättigung sowie theoretische Durchdringung, auf textuelle Performanz sowie auf Originalität.

Zur Gegenstandsangemessenheit kann konstatiert werden, dass die Anforderungen des Gegenstands so weit wie möglich beachtet wurden. Potenzielle Einschränkungen ergeben sich aus der subjektiven und konstruktivistischen Ausrichtung der Grounded Theory. An sich führte die Durchführung des *theoretical samplings* mit gleichzeitiger Datenerhebung und -auswertung dazu, dass der Gegenstand sich in seiner Dynamik zeigen konnte, die Methodik einerseits diese Dynamik abbildet und das Vorgehen gleichzeitig jedoch theoretisch-methodisch fundiert nachvollzogen werden kann. Durch die subjektive Prägung der Autorin ist dem Forschungsprozess inhärent, dass spezifische Schwerpunkte der Auswertung und somit des weiteren Verlaufs der Datenerhebung im Rahmen der Anpassung des Interviewleitfadens gelegt werden, welche den Gegenstand in seiner Dynamik durchaus leiten. Durch die Interpretation des Datenmaterials innerhalb einer Forschungsgruppe sowie die Nutzung von Forschungswerkstätten zur Grounded Theory versuchte die Autorin, dieser Einschränkung korrigierend entgegenzuwirken. Eine weitere Maßnahme bestand in der expliziten Offenlegung der eigenen Subjektivität – so stellte sich die Autorin zu Beginn

der analytischen Kapitel als Teilnehmerin der Interviews vor und ergänzte die Auswertungen und eigenen Interpretationen durch die eigens erlebten Befindlichkeiten, Erinnerungen sowie Zugänge zu den jeweiligen Situationen, um der Leserschaft zu vermitteln, inwiefern die Interpretation durch die Autorin entstanden ist. Darüber hinaus sind weitere Interpretationen möglich, welche den Gegenstand an sich anders beschreiben und dimensionieren, wenn andere Prägungen und Zugänge zu den Daten und Interviewteilnehmer*innen vorliegen, sodass das Kriterium der Gegenstandsangemessenheit für eine konstruktivistisch erstellte Grounded Theory immer unter dem Aspekt der Subjektivität betrachtet werden muss.

Bezüglich der empirischen Sättigung müssen zum einen der Zugang zum Forschungsfeld sowie die Qualität der empirischen Bezüge evaluiert werden. Die Autorin nutzte zur Gewinnung der Teilnehmer*innen an den Interviews zum einen ihre persönlichen Kontakte etablierter Arbeitsbeziehungen, um einen Einstieg ins Forschungsfeld zu generieren. Darüber hinaus kamen weitere Kontakte über die Kontakte eines befreundeten Kollegen zustande. Für beide Zugänge kann festgehalten werden, dass ein gewisses Maß an Vertrauen zugrunde gelegt werden kann, weil eine bekannte Ansprechperson für die Pflegefachpersonen greifbar war. Weiterhin nutzte die Autorin den Kontakt über den Berufsverband, um weitere Interessierte zu gewinnen. Für diesen Zugang besteht zwar kein Vertrauensverhältnis zwischen den Teilnehmer*innen und der Autorin, jedoch ein angenommenes, von Seriosität getragenes Interesse an den Belangen der pflegerischen Berufsgruppe. In unterschiedlichem Ausmaß wurden tabuisierte Themen zur Sprache gebracht, wobei die Autorin den Eindruck hatte, dass dies nicht vom Vertrauensverhältnis oder vom Zugang zum Forschungsfeld abhängig war, sondern vielmehr von der kritisch-würdigenden Betrachtung ihrer Tätigkeit durch die Teilnehmer*innen selbst.

Die empirischen Bezüge lassen sich demnach unterschiedlich oft und fest im Datenmaterial verankern. Viele Aspekte, welche innerhalb der Kategorien zur Sprache kamen, sind empirisch fundiert gesichert und werden vom Großteil der Pflegefachpersonen immer wieder genannt, unter anderem die Kriterien zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit. Andere Thematiken sind speziell mit der lebensgeschichtlichen Prägung und/oder Berufserfahrung der Teilnehmer*innen verbunden und haben eher den Status eines „Datenausreißers“, dienen in diesem Sinn zur Kontrastierung oder Komparation. Gleichwohl zeigen sich für die Autorin auch für diese Ausreißer Verknüpfungen zu der übergeordneten Theorie über die Herausforderungen von Pflegebedürftigkeit, weswegen hier von einer Inhärenz ausgegangen wird, die sich einerseits aus der Subjektivität der Teilnehmer*innen, andererseits aus der Einzigartigkeit der Pflegesituationen unter den herrschenden Rahmenbedingungen heraus ergibt. Nach 22 geführten Interviews ergab sich für die Autorin der subjektive Eindruck, dass sich die Aussagen der Teilnehmer*innen wiederholen. Es stellt sich bezüglich des *theoretical*

samplings mit Anpassung des Interviewleitfadens jedoch grundsätzlich die Frage, wie spezifisch die Forschungsfragen beantwortet werden – und wie oft der Leitfaden verfeinert und angepasst wird, zumal der Forschungsprozess innerhalb einer Qualifikationsarbeit wie der vorliegenden eine zeitliche Begrenzung aufweist. Die Aussage der Autorin über die empirische Sättigung ist damit mitnichten objektiv, sondern es ist durchaus denkbar, dass weitere Pflegefachpersonen mit subjektiven Bezügen und individuellen Erfahrungen weitere spezifische Aspekte in das Datenmaterial einbringen und auch die Autorin mit wachsender Erfahrung bezüglich der Interviewführung und -auswertung wiederum andere Aspekte innerhalb der Auswertung setzt. Damit entstünden wiederum neue und bisher undenkbbare Verknüpfungen im Datenmaterial – ganz davon abgesehen, dass auch der Interviewleitfaden ohne Begrenzung angepasst werden kann, wollte man die Komplexität der pflegerischen Beziehung zum Pflegehaus in sämtlichen, möglicherweise als interessant erscheinenden Details abbilden.

Die theoretische Durchdringung bezieht sich auf die Explikation des Vorwissens sowie auf die theoretische Weiterentwicklung des Datenmaterials zur Aufbereitung für die Forschungsgemeinschaft. Die theoretischen Bezüge, welche der Autorin vor Beginn der angewandten Forschungsphase vorlagen, wurden im theoretischen Teil im Rahmen der Problembeschreibung und der Findung der Forschungslücke dargelegt. Weiterhin zeigt sie durch die Explikation ihrer Subjektivität weitere Verbindungen, welche ihr Vorwissen beeinflussen, auf. Innerhalb der Interviewführung selbst spielte das Vorwissen insofern eine doppelte Rolle, als das Vorwissen der Autorin von den Pflegefachpersonen selbst immer wieder angenommen und sich darauf bezogen wurde. Der pflegefachliche Hintergrund und das damit verbundene Wissen wurden also als Identifikations- und Vertrauensmerkmal betrachtet und dienten immer wieder der Beziehungsgestaltung innerhalb des Interviews. Im Gegensatz dazu spürte die Autorin in den Interviews, dass genau jene pflegefachlichen und interaktionsbasierten Aspekte, welche sozusagen vordergründig eine Klarheit eben aufgrund dieses gemeinsamen Hintergrunds aufweisen, durch die Autorin hinterfragt werden müssen, damit ein Diskurs über die Motive, Emotionen und Ansichten der Pflegefachpersonen zustande kommt. Insofern bewegte sich die Autorin auf einem schmalen Grat zwischen Identifikation und der eigenen Fremdmachung bezüglich der Thematiken.

Innerhalb der Zusammenfassung der ausgearbeiteten Theorie zu den Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit wurden theoretische Bezüge zur Professionalisierungsdebatte in der Pflegewissenschaft gezogen. Weiterhin wird das empirische Datenmaterial in der Schlussfolgerung und im Ausblick weiter abstrahiert und anschließende Fragen für die Forschungsgemeinschaft werden aufgeworfen. Inwieweit diese aufgeworfenen Fragen jedoch unter den Rahmenbedingungen wissenschaftlichen Arbeitens (Becker et al., 2007; Brühl &

Planer, 2016) eine Anschlussfähigkeit für die Forschungsgemeinschaft aufweisen, kann die Autorin letztlich nicht abschätzen.

Bezüglich der textuellen Performanz legte die Autorin einerseits Wert darauf, sämtliche Termini der Fachsprache der Pflegefachpersonen in Fußnoten zu erläutern, damit deren Aussagen für die Leserschaft mit unbekanntem Hintergrund einzuordnen und verständlich sind. Weiterhin wurde ein Glossar erstellt, das die gängigen Begrifflichkeiten und Regelungen der ambulanten pflegerischen Versorgung für diese Zielgruppe aufführt und lexikalisch verwendet werden kann. Darüber hinaus bezieht sich das Kriterium auf zwei weitere Implikationen, welche in Verbindung mit dem eben genannten dazu führen, dass die Leserschaft nachvollziehbar durch den Forschungsprozess geleitet wird: Zum einen gilt es, die Aussagen der Pflegefachperson nachvollziehbar passend an jene Stellen der theoretischen Ausarbeitungen zu integrieren, damit der Prozess der Verknüpfung von empirischen Daten und theoretischen Ausarbeitungen der Autorin transparent wird. In diesem Zuge stehen auch die reflexiven Einlassungen der Autorin. Die Autorin empfand es an dieser Stelle als Gratwanderung, einerseits selbstbezogen immer wieder von sich zu erzählen, gleichzeitig die reflexive Leistung zu erbringen (Stegkemper et al., 2018) – wie trifft man hier eine gute Abwägung zwischen Selbstdarstellung und Transparenz, ohne sich zu sehr in den Fokus zu rücken? Weiterhin betrifft diese Gratwanderung auch den Anspruch, das Gesagte der Pflegefachpersonen auszuwerten und kritisch zu hinterfragen, jedoch keine verletzende Wertung des Gesagten einfließen zu lassen. An mehreren Stellen innerhalb der erarbeiteten Theorie unternimmt die Autorin Vergleiche zwischen Aussagen von Pflegefachpersonen, welche eine bestimmte Wertung implizieren können. Manche Einschätzungen der Autorin können – zur Vermeidung einer Bloßstellung oder Verletzung – auch nicht kommuniziert werden oder reproduzieren Vorurteile beider Seiten bezüglich praktisch tätigen Pflegefachpersonen und Pflegewissenschaftler*innen, welche die Autorin ebenfalls nicht thematisieren möchte. Es liegt damit in der Beurteilung der Leserschaft, inwieweit dieser Spagat in der theoretischen Ausarbeitung der Gespräche gelungen sein mag.

Die Evaluation des Kriteriums der Originalität schließlich knüpft an jenes der textuellen Performanz eng an. Der Diskurs der praktisch tätigen sowie der wissenschaftlich tätigen Pflegefachpersonen, der Common Sense, welcher innerhalb einer Gesellschaft vorhanden ist und als gesetzt wahrgenommen wird, sowie der Anschluss an den Forschungsstand sind zentrale Eckpunkte zur Beurteilung dieses Kriteriums. Innerhalb der analytischen Kapitel versuchte die Autorin aufzuzeigen, inwieweit der Common Sense zu Pflege und Pflegeleistungen in gesellschaftlichem Hinblick und in den Pflegehäusern aus Sicht der Pflegefachpersonen etabliert ist. Das Wissen und die Kommunikation der Praktiker*innen hingegen fließt vor allem in die Kapitel *Expertise der Pflegefachpersonen* und in die Darstellung der

Kernkategorie mit ein. Der Forschungsstand zur Thematik ergibt sich zusätzlich aus den theoretischen und literaturbasierten Bezügen, welche vor der Abhandlung der erarbeiteten Theorie dargestellt wurden. Die im vorhergehenden Kapitel 10.1 beschriebenen Implikationen zeigen den Mehrwert der durchgeführten Forschung sowie den Grad der Originalität für Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Theorieentwicklung in der Pflege auf. Davon ließen sich anschließende Forschungsfragen für die Forschungsgemeinschaft ableiten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die grundlegende Herausforderung einer qualitativen, am Symbolischen Interaktionismus orientierten Forschung dieses Ausmaßes darin besteht, die mäandernden Ausgestaltungen des Forschungsprozesses der Leserschaft transparent und nachvollziehbar aufzuzeigen, Entscheidungen zu begründen und somit eine Intersubjektivität zu gestalten. Mittels der Evaluation der fünf Kriterien nach Strübing et al. (2018) wagte die Autorin einen Versuch dessen, diese Kriterien in die vorliegende Ph.D.-Thesis einzuordnen und ein Resümee zu ziehen. Die Ph.D.-Thesis richtet sich in ihrer Ausgestaltung dabei an die universitären Institutionen, insofern als sie eine Qualifikationsleistung darstellt. Weiterhin richtet sie sich jedoch mit ihrem pflegepraktischen und wissenschaftlichen Inhalt auch an die interessierten Pflegefachpersonen sowie an die Forschungsgemeinschaft. Die Autorin versuchte, diesen vielfältigen Ansprüchen durch unterschiedliche Einlassungen und methodisch geleitete Entscheidungen gerecht zu werden.

Nachdem nun Implikationen sowie Limitationen im Sinne der Chancen und Grenzen dieser Ph.D.-Thesis bearbeitet und reflektiert wurden, folgt nun im letzten Kapitel ein Resümee im Hinblick auf die Bearbeitung der aufgestellten Forschungsfragen sowie ein Ausblick auf die Entwicklung der Berufsgruppe Pflege unter den Herausforderungen von Pflegebedürftigkeit.

11 Schlussfolgerung und Ausblick

In den bisherigen 10 Kapiteln stellte die Autorin das forschungsbezogene Vorgehen für die vorliegende Ph.D.-Thesis vor. So referieren die Einleitung sowie Kapitel 2 auf die literaturbasierten Grundlagen, welche ein Forschungsproblem aufzeigten. Dies wurde spezifisch ergänzt durch eine systematisch durchgeführte internationale Literaturrecherche, welche den aktuell verfügbaren Forschungsstand zu den Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit aufzeigte. Aus diesen Erkenntnissen schließlich wurde die Forschungslücke identifiziert und im Anschluss daran die leitende Forschungsfrage mit den drei Unterfragen aufgestellt. Nach Darlegung der epistemologischen Standortbestimmung der Autorin und der methodologischen Implikationen wurden in Kapitel 6.3 die methodischen und forschungspragmatischen Aspekte der durchgeführten Grounded Theory benannt. In Kapitel 7 und 8 erarbeitete die Autorin im Rahmen der Gespräche mit den Pflegefachpersonen aus dem ambulanten Pflegesetting ein empirisches Konstrukt über die Herausforderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Deutschland, was in Kombination mit dem aktuell verfügbaren Forschungsstand aus dem Literature Review zur Theorieentwicklung weiterentwickelt wurde. Nachdem nun abschließend die Implikationen und Limitationen der vorliegenden Ph.D.-Thesis betrachtet wurden, beschäftigt sich das hiesige Kapitel mit der Schlussfolgerung und dem Ausblick. Zunächst wird evaluiert, inwieweit die Forschungsfragen beantwortet werden konnten. Die leitende Forschungsfrage für diese Ph.D.-Thesis lautete:

Inwiefern stellt der Pflegebedürftigkeitsbegriff innerhalb der deutschen ambulanten Gesundheits- und Krankenpflege eine Herausforderung für die betroffenen Pflegefachpersonen dar?

Diese leitende Forschungsfrage galt es, mit Hilfe der vorliegenden Ph.D.-Thesis methodologisch und methodisch geleitet zu beantworten. Dafür wurden die Unterfragen

- Wie wird Pflegebedürftigkeit von den ambulanten Pflegefachpersonen eingeschätzt?
- Inwieweit sind ausgesuchte Phänomene der Pflegebedürftigkeit für die ambulanten Pflegefachpersonen bedeutsam?
- Welche Rolle spielt die selbst vorgenommene Einschätzung der ambulanten Pflegefachpersonen in ihrer Bewertung des aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriffs?

formuliert. Durch die Gespräche der Autorin mit den befragten Pflegefachpersonen können diese Fragen nun beantwortet werden. So wird Pflegebedürftigkeit, wie in Kapitel 7.4 dargestellt, mit Hilfe unterschiedlicher Kriterien und Strategien zum Vertrauensgewinn

eingeschätzt. Die Kriterien unterscheiden sich hinsichtlich des Prozesses, in welchem sie zum Einsatz kommen: Bestimmte Kriterien gelten, wenn ein pflegebedürftiger Mensch erstmalig von der Pflegefachperson besucht wird, bestimmte Kriterien evaluieren den Verlauf der Pflegebedürftigkeit unter einem bestehenden Vertrauensverhältnis, bestimmte Kriterien hinterfragen den von der Pflegeversicherung bescheinigten Pflegegrad und setzen diese Information ins Verhältnis zur pflegerischen Wahrnehmung der Pflegebedürftigkeit. Dies schafft auch den Link zur dritten Unterfrage: Die Pflegefachpersonen schätzen die Pflegebedürftigkeit eines Menschen kontinuierlich ein und erstellen auf Grundlage dieser Einschätzung ein Pflegeportfolio, welches selbstverständlich auch von den zugrundeliegenden Rahmenbedingungen wie finanzielle Aspekte, vorhandene pflegende Angehörige etc. beeinflusst wird. Nichtsdestotrotz stehen sie im Rahmen der Anwaltschaft als Expert*innen zur Verfügung, wenn eine Entscheidung der Pflegeversicherung bezüglich dem Pflegehaus fragwürdig erscheint, wenn der Pflegebedarf im Verlauf einer Pflegebedürftigkeit zunimmt und eine erneute Begutachtung erfolgen sollte oder wenn andere Faktoren den pflegerischen Aufwand in Relation zum bescheinigten Pflegegrad nicht mehr abbilden. Dabei sehen sie den bescheinigten Pflegegrad als normativ gesetzte Information, welche längst nicht alle Aspekte einer Pflegebedürftigkeit miteinbeziehen kann – bereits aufgrund der hinlänglich beschriebenen Fremdheit der Gutachter*innen und der schambehafteten Thematik Einschränkung und Pflege für die pflegebedürftigen Menschen. Dies bedeutet, der Pflegegrad wird von den Pflegefachpersonen als ein Konstrukt zur finanziellen Sicherstellung der Pflege betrachtet, dessen inhaltliche Aussage zur Einschätzung einer Pflegebedürftigkeit und was dies möglicherweise an Einschränkung in den jeweiligen Pflegegraden mit sich bringt ist jedoch marginal.

Weiterhin konnten ausgesuchte Phänomene der Pflegebedürftigkeit identifiziert werden, welche zu spezifischen Herausforderungen für die ambulanten Pflegefachpersonen führen. Hier sind grundlegend die Rahmenbedingungen von Pflege und Pflegebedürftigkeit zu nennen. Dies bezieht sich auf das Pflege- und Gesundheitssystem mit seinen Implikationen und Auswirkungen für ambulante Pflegedienste, die Zusammenarbeit mit anderen Professionen im Gesundheitswesen sowie für die Pflegehäuser im Bezug finanzieller Leistungen zur Sicherstellung der Pflege. Weiterhin stellen sich Herausforderungen in Bezug auf das *Seelenleben des Pflegehauses*, wie es sich aus Sicht der Pflegefachpersonen darstellt, sowie innerhalb der *Expertise der Pflegefachpersonen* und im Rahmen der unterschiedlichen Kriterien zur Einschätzung einer Pflegebedürftigkeit. Dies wurde in den Kapiteln 7.2, 7.3 sowie 7.4 aufgezeigt. Eine zentrale Herausforderung verbirgt sich weiterhin in der *induzierten Polarisierung der Expertise*, welche sich über die drei Waagschalen der Nähe/Distanz, Anwaltschaft/Verantwortungs-Überlassung sowie Ethos/Technokratie herausstellen ließ. Die Ausgestaltung dieser Waagschalen und deren implizite Herausforderungen sowie die

Auswirkungen dieser Interaktionen auf pflegebedürftige Menschen, die Pflegefachpersonen und auf das Berufsbild wurden in Kapitel 8 sowie innerhalb des Kapitels 10.1 beschrieben. Es wird damit konstatiert, dass die aufgestellte Forschungsfrage vollumfänglich beantwortet werden konnte.

Das ausgearbeitete theoretische Konzept über die Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit aus Sicht der ambulanten Pflegefachpersonen unter Interpretation der Autorin kann einen Teil dazu beitragen, die Interaktionen im Pflegehaus im Hinblick auf die Versorgung pflegebedürftiger Menschen unter den geschilderten Rahmenbedingungen und Herausforderungen zu beleuchten. Die viel gebrauchte Floskel von Pflege als Beziehungsarbeit bildet nur in unzureichender Weise ab, welche Entscheidungen vor allem in der ambulanten Pflege täglich explizit und implizit für den Versorgungsprozess und den Zugang zu Versorgungsleistungen getroffen werden und auf welcher Grundlage diese basieren. Die drei Waagschalen von Nähe und Distanz, Anwaltschaft und Verantwortungs-Überlassung sowie Ethos und Technokratie spiegeln dabei jene Phänomene, welche die Pflegefachpersonen innerhalb der Pflegebedürftigkeit, die sie bearbeiten, besonders beschäftigen, weil sie für einen inneren und äußeren Spagat ihrer Tätigkeit sorgen: Äußerlich wird diese belangt, indem die Rahmenbedingungen des ambulanten Settings sowie die Vorgaben des ambulanten Pflegediensts, welcher sie beschäftigt, relativ starr sind. Es ist den Pflegefachpersonen unter diesen Rahmenbedingungen erschwert, die vollwertige Ausgestaltung einer zugewandten und individuellen Pflege mit ihren physischen, emotionalen und psychosozialen Anteilen zu leisten. Sie stehen damit in einem Entscheidungskonflikt über die Zuteilung knapper Ressourcen unter allen pflegebedürftigen Menschen ihrer Einsatztour an jedem Tag. Innerlich entsteht dieser Konflikt, wenn die Pflegefachpersonen ihre eigenen Werte von den Vorgaben und Rahmenbedingungen angetastet sehen und ein vorhandenes pflegerisches Ethos nicht mit technokratischen Erfordernissen abgeglichen werden kann. Weiterhin ist denkbar, dass genau dieser innerliche Spagat einen Konflikt für die Pflegefachperson nach sich zieht, weil das eigene Ethos keine im Pflegeberuf strukturell angelegte Grundbegründung pflegerischen Handelns darstellt und somit vorsprachlich stattfindet.

Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen ist ein Orientierungswerk, das den Pflegefachpersonen vier Handlungsfelder zuordnet, in welchen sie unterschiedliche Aufgaben wahrnehmen (sollen). Eine spezifische Haltung, die sich nach dem Verständnis der Autorin in der Befähigung anderer Menschen, in einer nicht im kirchlichen Sinn verstandenen Bescheidenheit, welche den Menschen in das Zentrum ihrer Tätigkeit stellt und dessen Schutz und Entwicklung fördert sowie im resoluten Einstehen für pflegebedürftige Menschen zeigt, zieht sich durch den gesamten Ethikkodex. So sind Pflegefachpersonen dazu aufgerufen, grundsätzlich respektvoll zu agieren, für den pflegebedürftigen Menschen im Hinblick auf

die Akzeptanz durch die Gesellschaft sowie auf den Zugang zu versorgungsrelevanten Leistungen einzustehen. Pflegebedürftige Menschen sollen von Pflegefachpersonen so versorgt werden, dass sie unter Einbezug ihres Umfelds und ihrer Rahmenbedingungen ihr Leben so leben können, wie sie es sich vorstellen, ohne dass sie dafür stigmatisiert würden oder andere Einschränkungen erlebten. Die Pflegefachpersonen sind darüber hinaus auch aufgerufen, ihren ethischen Grundsatz innerhalb der Berufsgruppe weiterzuentwickeln, andere Pflegefachpersonen dahingehend zu befähigen – zum Schutz pflegebedürftiger Menschen vor Zugriffen, welche außerhalb einer Haltung dieses Ethos stattfinden (International Council of Nurses - ICN, 2021). Die Autorin versteht den Ethikkodex des ICN als feines Abwägen zwischen diesen Nuancen, die sich nur zeigen, wenn eine fundierte Vertrauensbeziehung zwischen pflegebedürftigem Menschen und Pflegefachperson zugrunde liegt. Ist diese nicht vorhanden, bewegt sich Pflege auf einer zufälligen Gratwanderung zwischen Stigmatisierung und würdevoller individueller Begleitung, welche Menschen vor der Ausgrenzung durch die Gesellschaft bewahren kann. Damit dies jedoch möglich sein kann, bedeutet es, dass Pflegefachpersonen selbst wiederum befähigt werden müssen, diese Werte, jemanden nach dem Ethikkodex des ICN zu unterstützen, vor der Gesellschaft zu explizieren und damit voll und ganz für die Pflegebedürftigen einzutreten – im Sinne einer begründeten Beziehungshaltung, welche sich an der Menschenwürde und an der Entscheidung eines entscheidungsfähigen Menschen orientiert. Es zeigt sich für die Autorin, dass eine grundlegende und übergreifende Begründung für das pflegerische Handeln im Alltag im Mindset der Pflegefachpersonen nur rudimentär vorhanden zu sein scheint. Vielmehr beziehen sich die Pflegefachpersonen auf die entstehenden Situationen und gleichen diese mit ihren aus ihrer individuellen Prägung und Lebensgeschichte entstandenen Werten und Zugängen zum anderen ab. Dies bedeutet auch, dass diese Werte und Situationen je nach vorliegenden Rahmenbedingungen, unter welchen Pflege stattfindet, beeinflussbar sind und mutmaßlich wiederum von unterschiedlichen Pflegediensten und unterschiedlichen Pflegefachpersonen unterschiedlich gestaltet werden. Betrachtet man die Pflege als Beruf im Hinblick auf ihre Geschichte, so ist diese von der Autorin empfundene „Zersplitterung“ der ethisch-moralischen Fundierung auch in den unterschiedlichen Ausrichtungen der Ausbildungsformierung in kirchlichen und säkularen Zusammenhängen und in der stark betonten Haltung der Demut und Unterordnung vor allem im kirchlichen Bereich zu verorten. Das sich seiner selbst bewusste Selbstverständnis, welches die Autorin in der Zusammenarbeit mit der Ärzt*innenschaft spürt, wird für die Autorin in der Auswertung der Gespräche mit den Pflegefachpersonen zwar auf individueller Basis, jedoch nicht als strukturelles und übergeordnetes Ethos greifbar. Ein Lösungsansatz dafür wäre aus Sicht der Autorin die Zusammenführung aller Pflegefachpersonen in Deutschland unter ein Verwaltungsorgan, welches sich an einem beschriebenen Ethos, Leitbild oder anderem orientiert und dieses

kontinuierlich in der Berufsgruppe kommuniziert. Die Berufsgruppe der Pflege hat heutzutage vielfältige Möglichkeiten, sich für den Beruf im Rahmen unterschiedlicher kleinerer und größerer Berufsverbände einzusetzen, in einigen deutschen Bundesländern existieren darüber hinaus Pflegekammern, welche in der Lage dazu sind, sämtliche im jeweiligen Bundesland tätigen Pflegefachpersonen zu erfassen und diese im Hinblick auf die bisher fehlende Selbstverwaltung zu organisieren. Nach Ansinnen der Autorin könnte dies ein Schlüsselfaktor dafür sein, dieses Ethos strukturell zu bearbeiten, zu kommunizieren und darüber die gesellschaftliche Funktion von Pflege greifbar und begründbar zu machen, sodass Pflege zum einen ihren Stellenwert und ihre Wichtigkeit für den ambulanten Sektor transparent machen, zum anderen aber auch eine klare Haltung zu den Rahmenbedingungen für die Berufsangehörigen, aber auch für die pflegebedürftigen Menschen entwickeln und verlauten lassen kann. Dies wäre ein erster Schritt in die Richtung des Ethikkodex des ICN, um im Hinblick auf gesellschaftliche Entwicklungen für pflegebedürftige Menschen strukturiert einzustehen, um die eigene Professionalität darzustellen, um das pflegerische Handeln intern-fundiert zu begründen und nachvollziehbar zu gestalten.

„Nur über das Originäre – den Kern der Pflege – und dessen pflegewissenschaftlicher Sichtbarmachung und Begründung gelingt die Legitimation und Professionalisierung der Pflege und die Entwicklung eines identitätsstiftenden Pflegeverständnisses.“ – Friesacher (2019), Hervorhebung im Original

12 Literaturverzeichnis

- Adam-Paffrath, R. (2008). *Die Diskurse der ambulanten Pflege in Deutschland zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung* [Masterthesis]. Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar.
- Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH. (2019). *Community Health Nursing in Deutschland: Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen*. Berlin. <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf>
- AltPflG. (2000). *Gesetz über die Berufe in der Altenpflege sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes*. BGBl. I Nr. 50.
- Ärztezeitung (4. April 2014). Schwestern tricksen den "Weißkitteleffekt" aus. *Ärztezeitung*. <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Schwester-tricksen-den-Weisskitteleffekt-aus-240088.html?bPrint=true>
- Becker, C., Blinkert, B., Dietz, B., Döhner, H., Frommelt, M., Klie, T., Kruse, A. & Rothgang, H. (2007). *Memorandum: Die Quadratur des Kreises in der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit*. Forschung statt Politik – Instrument vor Verfahren. <http://www.bapp.info/texte/Memorandum-Pflegebeduerftigkeit.pdf>
- Behrens, J. & Langer, G. ([2010]/2016). *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"* (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Hogrefe. (Erstveröffentlichung 2010)
- Beil-Hildebrand, M. B. & Frei, I. A. (2013). Ethnografie und Forschen im Feld: diesseits und jenseits der Krise der Repräsentation. *Pflege*, 26(1), 7–17. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000259>
- Benner, P. E. ([1994]/2017). *Stufen zur Pflegekompetenz: From novice to expert* (3., unveränderte Auflage). Hogrefe. (Erstveröffentlichung 1994)
- Bischoff, A. (2002). Schleifendiuretika: Es bestehen klinisch relevante Unterschiede. *Deutsches Ärzteblatt*, 99(6), A381.
- Bischoff, C. (1982). Krankenpflege als Frauenberuf. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*(8), Artikel 4, 13–27. http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band8_Kapitel4_Bischoff.pdf
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Prentice-Hall, Inc.
- Blumer, H. (1981). Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit* (5. Auflage, S. 80–146). Springer Fachmedien.
- Boggatz, T., Dijkstra, A., Lohrmann, C. & Dassen, T. (2007). The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 60(5), 561–569. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04456.x>
- Bourdieu, P. ([1979]/2018). *Entwurf einer Theorie der Praxis: Auf der ethnologischen Grundlage der kabyllischen Gesellschaft* (5. Auflage). Suhrkamp. (Erstveröffentlichung 1979)
- Bourdieu, P. ([1987]/2021). *Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft* (28. Auflage). Suhrkamp. (Erstveröffentlichung 1987)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breuer, F. (2000). Qualitative Methoden zur Untersuchung von Biographien, Interaktionen und lebensweltlichen Kontexten: Die Entwicklung eines Forschungsstils. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(2), Artikel 3. <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1072/2327>

- Breuer, F., Mey, G. & Mruck, K. (2011). Subjektivität und Selbst-/Reflexivität in der Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (2. Auflage, S. 427–448). Springer Fachmedien.
- Breuer, F., Muckel, P. & Dieris, B. ([2009]/2019). *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis* (4. Auflage). Springer Fachmedien. (Erstveröffentlichung 2009)
- Brevern, M. von. (2015). Pusher-Syndrom. In G. J. Jungehülsing & M. Endres (Hrsg.), *Komplikationen und Folgeerkrankungen nach Schlaganfall* (1. Auflage). Georg Thieme Verlag. https://eref.thieme.de/ebooks/1109734#/e-book_1109734_SL45729964
- Brühl, A. (2012). Einleitung. In A. Brühl (Hrsg.), *Pflegebedürftigkeit messen? Herausforderungen bei der Entwicklung pflegerischer Messinstrumente am Beispiel des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)* (S. 7–11).
- Brühl, A. & Planer, K. (2016). *Stellungnahme zu den Ausschreibungen zur Instrumentenentwicklung in den Bereichen Personalbemessung und Pflegequalität des Qualitätsausschuss Pflege e. V.* Vallendar, Bern. https://www.researchgate.net/publication/309987657_Stellungnahme_zu_den_Ausschreibungen_zur_Instrumentenentwicklung_in_den_Bereichen_Personalbemessung_und_Pflegequalität_des_Qualitätsausschuss_Pflege_eV
- Brühl, A. & Planer, K. (2019). *PiBaWü: Zur Interaktion von Pflegebedürftigkeit, Pflegequalität und Personalbedarf.* Lambertus-Verlag.
- Brühl, A., Planer, K. & Bensch, S. (2016). Zur Diskussion: Entwicklungsperspektiven für das Neue Begutachtungsassessment. *Pflege & Gesellschaft*, 21(1), 78–87.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (September 2017). 7. *Altenbericht: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung.*
- Bundesministerium für Gesundheit. (Oktober 2018). *Ratgeber Pflege: Alles, was Sie zum Thema Pflege und zu den Pflegestärkungsgesetzen wissen müssen.* Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Web_181024_BMG_RG_Pflege.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021, 7. Juni). *Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation.* Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/entbuerokratisierung.html>
- Büscher, A., Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Schnepf, W. (2011). Negotiations about helpfulness – the relationship between formal and informal care in home care arrangements. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 706–715. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00881.x>
- Castellani, D. L. (January 2021). *Compassion Fatigue: The Cost of Caring.* New Jersey Nurse & Institute for Nursing.
- Charmaz, K. (2011). Den Standpunkt verändern: Methoden der konstruktivistischen Grounded Theory. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (2. Auflage, S. 181–205). Springer Fachmedien.
- Charmaz, K. ([2006]/2014). *Constructing Grounded Theory* (2. Auflage). Sage Publ. (Erstveröffentlichung 2006)
- Clarke, A. E. (2005). *Situational Analysis: Grounded Theory after the postmodern turn.* Sage Publ.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. L. ([1990]/2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3. Auflage). Sage Publ. (Erstveröffentlichung 1990)

- Critical Appraisal Skills Programme. (2018a). *CASP Cohort Study Checklist*. https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Cohort-Study-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018b). *CASP Qualitative Checklist*. https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018c). *CASP Systematic Review Checklist*. https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. Sage Publ.
- Dahlin-Ivanoff, S., Haak, M., Fänge, A. & Iwarsson, S. (2007). The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 25–32. <https://doi.org/10.1080/11038120601151714>
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Dezember 2021). *Wissenschaftliches Expertengremium zur Bekämpfung der Corona-Pandemie – Pflege(wissenschaft) fehlt: Pressemitteilung*. <https://dg-pflegewissenschaft.de/aktuelles/pressemitteilung-wissenschaftliches-expertengremium-zur-bekaempfung-der-corona-pandemie-pflegewissenschaft-fehlt/>
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (Dezember 2020). *Pflegepersonalquotient (§ 137j SGB V): Positionspapier*. https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier_Pflegepersonalquotient_Final.pdf
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (Januar 2022). *Zukunft der Pflegefinanzierung und Personalausstattung im Krankenhaus (§137k SGB V): Positionspapier*. https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier_Zukunft-der-Pflegefinanzierung-und-Personalausstattung_im-Krankenhaus_22-01.pdf
- Devereux, G. (1967). *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*. Mouton & Co.
- Dissemond, J., Bültmann, A., Gerber, V., Jäger, B., Kröger, K. & Münter, C. (2017). Standards des ICW e. V. für die Diagnostik und Therapie chronischer Wunden. *Wund Management*, 11(2), 81–86. https://www.icwunden.de/fileadmin/Fachinfos/Standards/SD_ICW_Standards_web.pdf
- Dresing, T. & Pehl, T. ([2011]/2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Eigenverlag. (Erstveröffentlichung 2011)
- Drossel, M., Pallauf, M. & Seeberger, B. (2020). Die Stärkung informeller Pflege – aufgezeigt an einer strukturschwachen, ländlichen Region in Deutschland. *Pflegewissenschaft*, 22(2), 132–140.
- DS-GVO. (2016). *Datenschutz-Grundverordnung*. Amtsblatt L 119 vom 4.5.2016.
- Ellefsen, B. (2002). Dependency as disadvantage – patients' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(2), 157–164. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00073.x>
- Erbguth, F. & Dietrich, W. (2013). Gibt es bewusste Wahrnehmung beim apallischen Syndrom? *AKTUELLE NEUROLOGIE*, 40(08), 424–432.
- Esch, F.-R. (2018). *Corporate Identity*. Gabler Wirtschaftslexikon. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/corporate-identity-31786/version-255337>
- Evers, G. (2004). Die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Europa. *Pflege*, 17(1), 9–14. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.17.1.9>
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2005). Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In M. Ewers & D. Schaeffer (Hrsg.), *Case Management in Theorie und Praxis* (2. Auflage, S. 7–27). Huber.

- Flick, U. (2005). Standards, Kriterien, Strategien: zur Diskussion über Qualität qualitativer Sozialforschung. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 6(2), 191–210.
- Flick, U. ([1995]/2012). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (5. Auflage). Rowohlt Taschenbuch Verlag. (Erstveröffentlichung 1995)
- Foucault, M. ([1976]/2020). *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses* (18. Auflage). Suhrkamp. (Erstveröffentlichung 1976)
- Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns: Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. V & R Unipress Univ.-Verl. Osnabrück.
- Friesacher, H. (2019, 3. Mai). *Der Kern der Pflege*. PflegeForum "Können Wollen Dürfen", Nenzing, Österreich. https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/lv_vorarlberg/Laendle_Pflegeforum2019/Der_Kern_der_Pflege_Friesacher.pdf
- Friesacher, H. & Rux-Haase, A. (1998a). Der Paradigmabegriff in der Pflegewissenschaft 1. Teil. *Pflege*, 11(1), 15–20.
- Friesacher, H. & Rux-Haase, A. (1998b). Der Paradigmabegriff in der Pflegewissenschaft 2. Teil. *Pflege*, 11(2), 61–70.
- Froschauer, U. & Lueger, M. ([2006]/2020). *Das qualitative Interview: Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). (Erstveröffentlichung 2006)
- Gágyor, I., Heßling, A., Heim, S., Frewer, A., Nauck, F. & Himmel, W. (2019). Ethical challenges in primary care: a focus group study with general practitioners, nurses and informal caregivers. *Family practice*, 36(2), 225–230. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy060>
- Gärtner, D., Lange, K. & Stahlmann, A. (2020). *Was der Gender Care Gap über Geld, Gerechtigkeit und die Gesellschaft aussagt: Einflussfaktoren auf den Gender Care Gap und Instrumente für seine Reduzierung*. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/154696/bb7b75a0b9090bb4d194c2faf63eb6aa/gender-care-gap-forschungsbericht-data.pdf>
- Geister, C. (2005). Sich-verantwortlich-Fühlen als zentrale Pflegemotivation. Warum Töchter ihre Mütter pflegen. *Pflege*, 18(1), 5–14. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.18.1.5>
- Gerhard, C. (2014). Mundpflege. In C. Gerhard (Hrsg.), *Praxiswissen Palliativmedizin* (1. Auflage). https://eref.thieme.de/ebooks/1041054#/ebook_1041054_SL41513882
- Glaser, B. G. (1992). *Emerging vs. forcing: Basics of grounded theory analysis*. Sociology Press.
- Glaser, B. G. (Hrsg.). (1993). *Examples of grounded theory: A reader*. Sociology Press.
- Glaser, B. G. (Hrsg.). (1994). *More grounded theory methodology: A reader*. Sociology Press.
- Glaser, B. G. (Hrsg.). (1995). *Grounded Theory: 1984-1994*. Sociology Press.
- Glaser, B. G. (Hrsg.). (1996). *Gerund Grounded Theory: The Basic Social Process Dissertation*. Sociology Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. ([1998]/2010). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung* (3., unveränderte Auflage). Verlag Hans Huber. (Erstveröffentlichung 1998)
- Graurock-Rosemeier, L. & Dunger, C. (2021). Desorganisierte Lebensweisen und ambulante Versorgung - Die Sicht der Pflegenden auf soziale Interaktionen. *Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft*, 8(01), 13–22.
- Grøndahl, V. A., Persenius, M., Bååth, C. & Helgesen, A. K. (2017). The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff – a systematic

- mixed studies review. *BMC nursing*, 16, 28–39. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0223-5>
- GVWVG. (2021). *Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz*. BGBl. I Nr. 44.
- Haggerty, J., Levesque, J.-F., Harris, M., Scott, C., Dahrouge, S., Lewis, V., Dionne, E., Stocks, N. & Russell, G. (2020). Does healthcare inequity reflect variations in people's abilities to access healthcare? Results from a multi-jurisdictional interventional study in two high-income countries. *International journal for equity in health*, 19(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01281-6>
- Hannes, K., Lockwood, C. & Pearson, A. (2010). A comparative analysis of three online appraisal instruments' ability to assess validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1736–1743. <https://doi.org/10.1177/1049732310378656>
- Harrison, J. K., Reid, J., Quinn, T. J. & Shenkin, S. D. (2016). Using quality assessment tools to critically appraise ageing research: a guide for clinicians. *Age & Ageing*, 46(3), 359–365. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw223>
- Heimerl, K., Pichler, B. & Plunger, P. (2020). Challenges and strategies in communication with people with dementia and their informal caregivers in community pharmacies - a narrative approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 852–860. <https://doi.org/10.1111/scs.12789>
- Hibbeler, B. (2011). Ein chronischer Konflikt. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(41), 2138–2144.
- Hitzler, R. (2002). Sinnrekonstruktion. Zum Stand der Diskussion (in) der deutschsprachigen interpretativen Soziologie. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 3(2), Artikel 7.
- Hufschmidt, A., Lücking, C. H., Rauer, S. & Glocker, F. X. ([1997]/2017). *Neurologie compact: Für Klinik und Praxis* (7., überarbeitete und erweiterte Auflage). Georg Thieme Verlag. (Erstveröffentlichung 1997)
- International Council of Nurses - ICN. (2002). *Nursing Definitions*. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- International Council of Nurses - ICN. (2021). *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen* (978-92-95099-97-5).
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A. & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ OPEN*, 7(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
- Isfort, M., Rottländer, R., Weidner, F., Gehlen, D., Hylla, J. & Tucman, D. (2018). *Pflege-Thermometer 2018: Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland*. Köln. Deutsches Institut für Pflegeforschung e.V. (DIP). https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-Institut/Pflege_Thermometer_2018.pdf
- Kalthoff, H., Hirschauer, S. & Lindemann, G. (Hrsg.). ([2008]/2019). *Theoretische Empirie: Zur Relevanz qualitativer Forschung* (3. Auflage). Suhrkamp. (Erstveröffentlichung 2008)
- Kaster, M. (2012). Entwicklung der Pflege zum Beruf. In A. Lauber (Hrsg.), *Grundlagen beruflicher Pflege: Professionelle Pflege in allen Altersstufen* (3. Auflage, S. 24–65). Georg Thieme Verlag.
- Keller, R. (2012). *Das interpretative Paradigma: Eine Einführung*. Springer VS.
- Kreutzer, S. & Slotala, L. (2012). Liebesdienst oder Geschäft? Zum Stellenwert des Ökonomischen im Arbeitsalltag der ambulanten Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 17(4), 347–362.
- KrPflG. (2003). *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze*. BGBl. I Nr. 36.

- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. ([2007]/2008). *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis* (2., aktualisierte Auflage). Springer VS. (Erstveröffentlichung 2007)
- Kuhlmeiy, A. (2015, 27. April). *Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen weiterentwickeln*. Berlin. Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege. https://www.kbv.de/media/sp/pflege_standortbestimmung_herausforderung_prof_kuhlmeiy.pdf
- Kuhlmeiy, A., Suhr, R., Blüher, S. & Dräger, D. (2013). Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeererfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr. In J. Böcken, B. Braun & U. Repschläger (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2013: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK* (S. 11–38). Bertelsmann Stiftung.
- Lamnek, S. ([1998]/2005). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Beltz. (Erstveröffentlichung 1998)
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D. & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC public health*, 20(1), 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (3. print). Sage Publ.
- Lindeberg, S., Samuelsson, C. & Müller, N. (2020). Experiencing dementia: How does assessment of cognition and language relate to daily life? *DEMMENTIA-INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL RESEARCH AND PRACTICE*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1177/1471301220945832>
- Majid, U. & Vanstone, M. (2018). Appraising Qualitative Research for Evidence Syntheses: A Compendium of Quality Appraisal Tools. *Qualitative Health Research*, 28(13), 2115–2131. <https://doi.org/10.1177/1049732318785358>
- Mau, J. & Vogler, C. (2022). "Die Untergrenzen abzuschaffen wäre grob fahrlässig": Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus. *Die Schwester Der Pfleger*, 61(02/2022), S. 52–55.
- Mayring, P. ([2010]/2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Beltz. (Erstveröffentlichung 2010)
- MDK-Reformgesetz. (2019). *Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen*. BGBl. I Nr. 51.
- MDS. (2016). *Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit: Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung*. Essen. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/Fachinfo_PSG_II.pdf.pdf
- Mey, G. & Mruck, K. (2011). Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (2. Auflage, S. 11–48). Springer Fachmedien.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7).
- Mohr, L., Zündel, M. & Fröhlich, A. (2019). Begriff und grundlegende Merkmale. In A. Fröhlich, L. Mohr & M. Zündel (Hrsg.), *Basale Stimulation®: Das Handbuch* (1. Auflage, S. 25–36). Hogrefe Verlag.
- Navas, P., Llorente, S., García, L., Tassé, M. J. & Havercamp, S. M. (2019). Improving healthcare access for older adults with intellectual disability: What are the needs? *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*, 32(6), 1453–1464. <https://doi.org/10.1111/jar.12639>

- Neumann, S. (2019). Ethnographie und Dokumentarische Methode. In O. Dörner, P. Loos, B. Schäffer & A.-C. Schondelmayer (Hrsg.), *Dokumentarische Methode: Triangulation und blinde Flecken* (S. 52–67). Verlag Barbara Budrich.
- Nextcloud GmbH & Karlitschek, F. (o. J.). *Nextcloud*. Nextcloud GmbH. <https://nextcloud.com/compare/>
- Nordtug, B., Malmedal, W. K., Alnes, R. E., Blindheim, K., Steinsheim, G. & Moe, A. (2021). Informal caregivers and persons with dementia's everyday life coping. *Health psychology open*, 8(1). <https://doi.org/10.1177/20551029211000954>
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 70–182). Suhrkamp.
- Olbrich, C. ([1999]/2018). *Pflegekompetenz* (3., überarbeitete und ergänzte Auflage). Hogrefe. (Erstveröffentlichung 1999)
- Opdenakker, R. (2006). Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 7(4).
- Panke-Kochinke, B. ([2001]/2020). *Die Geschichte der Krankenpflege (1679–2000): Ein Quellenbuch* (6. Auflage). Mabuse-Verlag. (Erstveröffentlichung 2001)
- PfIBG. (2017). *Gesetz über die Pflegeberufe*. BGBl. I S. 2581 i.d.F. BGBl. I S. 2754.
- PfIEG. (2001). *Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichen allgemeinem Betreuungsbedarf*. BGBl. I Nr. 70.
- PfWG. (2008). *Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*. BGBl. I Nr. 20.
- PNG. (2012). *Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung*. BGBl. I Nr. 51.
- PpSG. (2018). *Pflegepersonal-Stärkungsgesetz*. BGBl. I Nr. 45.
- PpUGV. (2019). *Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung*. BGBl. I Nr. 37.
- PSG I. (2014). *Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften*. BGBl. I Nr. 61.
- PSG II. (2015). *Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften*. BGBl. I Nr. 54.
- PSG III. (2016). *Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften*. BGBl. I Nr. 65.
- Purkey, E. & MacKenzie, M. (2019). Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *International journal for equity in health*, 18(1), 101–108. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1004-4>
- Reichertz, J. (2020). *Corona und die Krise der sozialwissenschaftlichen Forschung*. <https://blog.sozioogie.de/community/corona-und-der-stillstand-der-sozialwissenschaftlichen-forschung/>
- Reuschenbach, B. (2011). Relevanz von Pflegeassessmentinstrumenten. In B. Reuschenbach & C. Mahler (Hrsg.), *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis* (S. 47–55). Hans Huber Verlag.
- Riedl, M., Mantovan, F. & Them, C. (2012). Being a nursing home resident – a challenge for one's identity. *Pflege*, 65(5), 280–285.
- Risco, E., Cabrera, E., Jolley, D., Stephan, A., Karlsson, S., Verbeek, H., Saks, K., Hupli, M., Sourdet, S. & Zabalegui, A. (2015). The association between physical dependency and the presence of neuropsychiatric symptoms, with the admission of people with dementia to a long-term care institution: A prospective observational cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(5), 980–987. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.013>
- Roche Lexikon Medizin Sonderausgabe. ([2006]/2013) (5. Auflage). Urban & Fischer Verlag. (Erstveröffentlichung 2006)

- Röhnsch, G. & Haemel, K. (2021). Co-production in coping with care dependency in Germany: How can integrated local care centres contribute? *Health & social care in the community*, 29(6), 1868–1875. <https://doi.org/10.1111/hsc.13300>
- Roth, G. & Rothgang, H. (2001). Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34(4), 292–305.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2018). *Pflegereport 2018*. <https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971bab3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf>
- Rothgang, H., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2017). *Pflegereport 2017: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse* (Band 5). Siegburg. <https://www.barmer.de/blob/135698/ac141c44b72fe5a24a6d453c6fda9bf0/data/dl-pflegereport-2017.pdf>
- Salmond, E., Salmond, S., Ames, M., Kamienski, M. & Holly, C. (2019). Experiences of compassion fatigue in direct care nurses: a qualitative systematic review. *JBIS database of systematic reviews and implementation reports*, 17(5), 682–753. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003818>
- Scheytt, C. (2020). *Telefon- und Videointerviews in der Coronakrise – Reflexion eigener Erfahrungen*. SozBlog – Blog der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS). <https://blog.sozioogie.de/community/methoden-der-datenerhebung/telefon-und-videointerviews-in-der-coronakrise-reflexion-eigener-erfahrungen/>
- Schmidbauer, W. (2017). *Helfen als Beruf: Die Ware Nächstenliebe*. rowohlt repertoire.
- Schnell, M. W. & Dunger, C. ([2006]/2018). *Forschungsethik: Informieren – reflektieren – anwenden* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe. (Erstveröffentlichung 2006)
- Schulz, M. & Ruddat, M. (2012). "Let's talk about sex!" Über die Eignung von Telefoninterviews in der qualitativen Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 13(3). <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120329>
- SGB V. (1988). *Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch*. BGBl. I S. 2477, 2482 i.d.F. BGBl. I S. 5162.
- SGB XI. (1994). *Sozialgesetzbuch – Elftes Buch*. BGBl. I S. 1014, 1015 i.d.F. BGBl. I S. 5162.
- Simon, M. (2018). *Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung: Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle*. Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-006992
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Pflegestatistik 2019: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf;jsessionid=AF10F46A42F79AD833491905E8C126DD.live721?__blob=publicationFile
- Stegkemper, J. M., Grunau, T., Rupp, C. & Huchler, M. (2018). *Die Verschriftlichung qualitativer Forschung zwischen Verschleierung und Selbstdarstellung. Überlegungen zu einem Grundproblem qualitativer Sozialforschung*. Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF). https://www.pedocs.de/volltexte/2018/15954/pdf/Stegkemper_et_al_2018_Die_Verschriftlichung_qualitativer_Forschung.pdf
- Strandberg, G. & Jansson, L. (2003). Meaning of dependency on care as narrated by nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(1), 84–91. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00213.x>

- Strauss, A. L. (1978). A social world perspective. *Studies in Symbolic Interaction*, 1, 119–128.
- Strauss, A. L. (1991). The Chicago Tradition's Ongoing Theory of Action/Interaction. In A. L. Strauss (Hrsg.), *Creating sociological awareness: Collective images and symbolic representations* (S. 3–32). Transaction Publ.
- Strauss, A. L. (1993). *Continual permutations of action*. Aldine de Gruyter.
- Strauss, A. L. (1994). From Whence to Wither: Chicago Style Interactionism. *Studies in Symbolic Interaction*, 16, 3–8.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Beltz.
- Strohbecker, B., Eisenmann, Y., Galushko, M., Montag, T. & Voltz, R. (2011). Palliative care needs of chronically ill nursing home residents in Germany: focusing on living, not dying. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(1), 27–34.
- Strübing, J. ([2004]/2014). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Springer VS. (Erstveröffentlichung 2004)
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U. & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie*, 47(2), 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>
- Thomas, N., Stainton, T., Jackson, S., Cheung, W. Y., Doubtfire, S. & Webb, A. (2003). 'Your friends don't understand': invisibility and unmet need in the lives of 'young carers'. *Child & Family Social Work*, 8(1), 35–46. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2206.2003.00266.x>
- Vereinte Nationen – Generalversammlung. (1948, 10. Dezember). *Resolution der Generalversammlung: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (A/RS/217 A (III))*. <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>
- Vogl, S. (2020). *Telephone Interviews: Other Entries*. London. SAGE Research Methods Foundations.
- Vollstedt, I. (1999a). Pflege-theorien – brauchen wir sie wirklich? *Pflege & Gesellschaft*, 4(4), 80–85.
- Vollstedt, I. (1999b). *Social Distancing Between Nurse And Patient* [Ph.D.-Thesis]. University of Edinburgh, Edinburgh. <https://era.ed.ac.uk/handle/1842/22714?show=full>
- Vollstedt, I. (2001). "Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft" von Jutta Dornheim und KollegInnen – Eine kritische Betrachtung. *Pflege & Gesellschaft*, 6(1), 8–17.
- Wilson, T. P. (1981). Theorien der Interaktion und Modelle soziologischer Erklärung. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit* (5. Auflage, S. 54–79). Springer Fachmedien.
- Windeler, J., Görres, S., Thomas, S., Kimmel, A., Langner, I., Reif, K. & Wagner, A. (Oktober 2008). *Abschlussbericht: Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI*. Hauptphase 2. MDS; IPP.
- Wingenfeld, K., Büscher, A. & Schaeffer, D. (2011). *Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_1_18961.pdf
- Winter, R. (2010). Symbolischer Interaktionismus. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 79–93). Springer VS. <http://www.rainerwinter.net/wordpress/wp-content/uploads/winter-2010-symbolischer-interaktionismus-DE.pdf>

- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1).
- Wolf, Z. R., King, B. M. & France, N. E. M. (2015). Antecedent Context and Structure of Communication During a Caring Moment: Scoping Review and Analysis. *International Journal for Human Caring*, 19(2), 7–21.
- Wolff, H.-P. & Wolff, J. ([2008]/2011). *Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichte* (2. Auflage). Mabuse-Verlag. (Erstveröffentlichung 2008)

Anhang

Anhangsverzeichnis

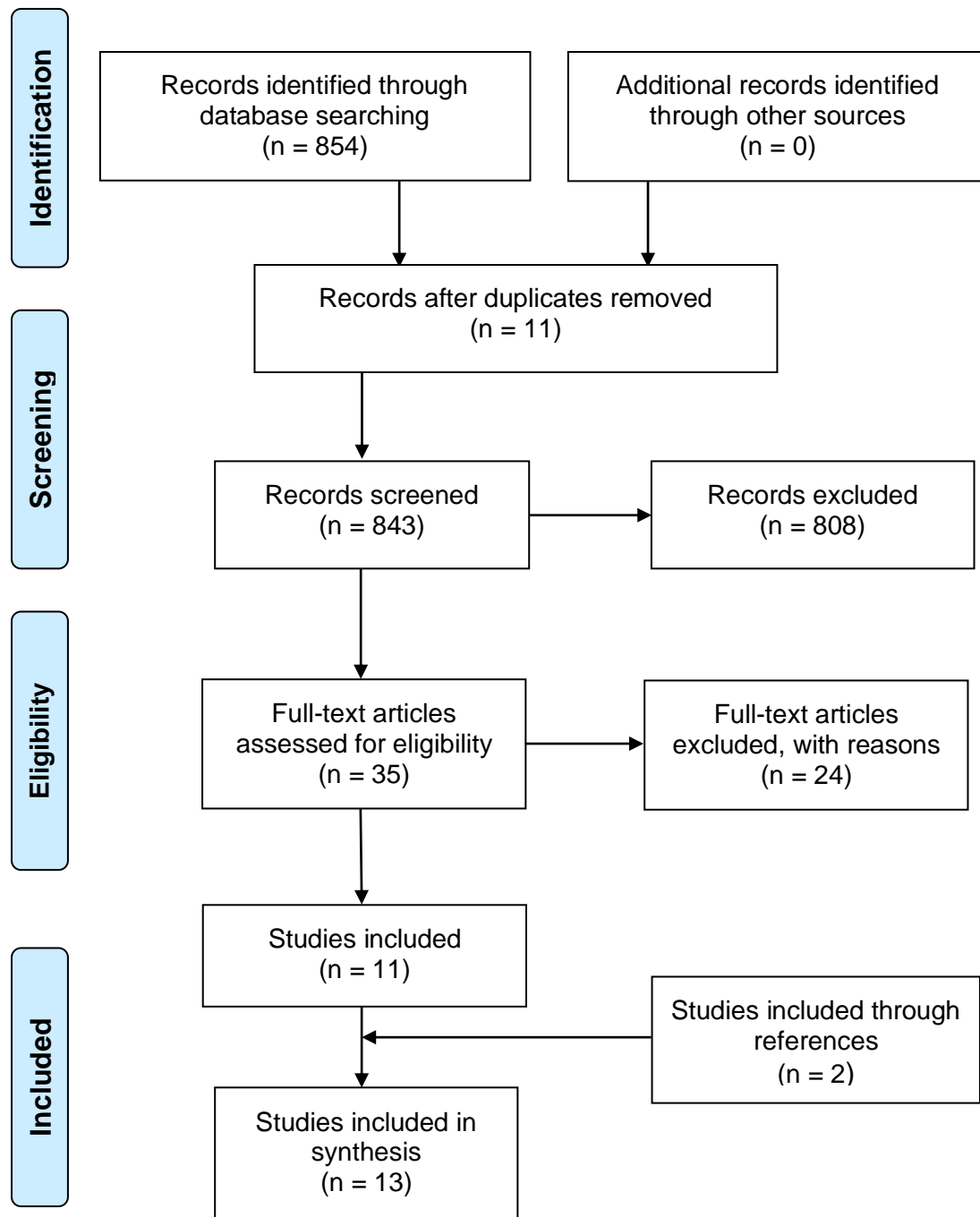
Anhang Teil 1: Dokumente des Literature Review	323
Anhang 1.1: PRISMA Flow Diagram.....	323
Anhang 1.2: Überblick über die eingeschlossenen Artikel	324
Anhang 1.3: CASP-Protokoll, hier Qualitative Checklist.....	331
Anhang Teil 2: Dokumente des Forschungsprozesses	337
Anhang 2.1: Bewilligung der Ethikkommission	337
Anhang 2.2: Interview-Aufruf	339
Anhang 2.3: Informationsschreiben	340
Anhang 2.4: Informed Consent.....	344
Anhang 2.5: Referenzliste	345
Anhang 2.6: Grunddatenblatt	346
Anhang 2.7: Interviewleitfaden	347
Anhang 2.8: Transkriptionsregeln.....	350
Anhang 2.9: Kodierparadigma	352

Anhang Teil 1: Dokumente des Literature Review

Anhang 1.1: PRISMA Flow Diagram



PRISMA 2009 Flow Diagram



Anhang 1: PRISMA Flow Diagram nach Moher et al., 2009

Anhang 1.2: Überblick über die eingeschlossenen Artikel

Autoren	Thema	Bewertungs instrument	Einschluss kriterium	Inhalt
Röhnsch und Haemel (2021)	Co-production in coping with care dependency in Germany: How can integrated local care centres contribute?	CASP Qualitative Checklist	E1, E2, E3	Interviews mit pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen, welche einen Pflegestützpunkt im Rahmen der häuslichen Pflege nutzen und dessen Auswirkung auf die erlebte Unterstützung/Belastung durch die Pflege
Drossel et al. (2020)	Die Stärkung informeller Pflege - aufgezeigt an einer strukturschwachen, ländlichen Region in Deutschland	CASP Qualitative Checklist	E1, E2, E3	Interviews mit pflegenden Angehörigen und Experteneinschätzungen zu Verbesserungsmaßnahmen in strukturschwachen Regionen, um die häusliche informelle Pflege zu stärken und auszubauen
Gágyor et al. (2019)	Ethical challenges in primary care: a focus group study with general practitioners, nurses and informal caregivers	CASP Qualitative Checklist	E1, E2, E3	Fokusgruppen mit Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen und pflegenden Angehörigen im Hinblick auf ethisch herausfordernde Situationen innerhalb der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Jede Gruppe definiert

Autoren	Thema	Bewertungs instrument	Einschluss kriterium	Inhalt
				die jeweils andere Gruppe als Teil des Problems.
Risco et al. (2015)	The association between physical dependency and the presence of neuropsychiatric symptoms, with the admission of people with dementia to a long-term care institution: A prospective observational cohort study	CASP Cohort Study Checklist	E1, E2, E3	Kohortenstudie aus acht europäischen Ländern; Vergleich von zu Hause lebenden und institutionalisierten Menschen mit Demenz; zu kleine Fallzahl, um valide Ergebnisse zu produzieren; Verwendung reliabler und valider Instrumente; Hinweise auf Situationsverschlechterung zu Hause und Augenmerk darauf
Wolf et al. (2015)	Antecedent Context and Structure of Communication During a Caring Moment: Scoping Review and Analysis	CASP Systematic Review Checklist	E1, E2, E3	Acht Pflege-theorien und 15 empirische Studien wurden einbezogen und mittels thematischer Analyse auf das Wesen des Moments innerhalb der Pflege zwischen Pflegebedürftigem und Pflegefachperson untersucht. Empirische Studien weisen einen nicht näher bezeichneten Evidenzgrad auf und werden bzgl. theoretischer Fundierung und Methodik mit Inhalt aufgeführt. Ergebnisdarstellung erfolgt über ein Diagramm, das Kategorien und

Autoren	Thema	Bewertungs instrument	Einschluss kriterium	Inhalt
				Subkategorien des Pflegemoments auf-führt sowie Bedingungen und Umge-bungsfaktoren benennt.
Riedl et al. (2012)	Being a Nursing Home Resi-dent: A Challenge to One's Identity	CASP Qualitative Checklist	E1, E2, E3	20 Interviews mit Pflegeheimbewoh-ner*innen, die seit längstens einem Jahr in drei Einrichtungen rund um Salzburg, Österreich, leben. Die Identität verändert sich laut Theorie und Empirie demnach nach dem Umzug in ein Pflegeheim. Methodik erfolgt über qualitative Inhalts-analyse nach Mayring, zur Auswertung werden fünf Kategorien gebildet, die mit Textauszügen untermauert werden.
Strohbuecker et al. (2011)	Palliative care needs of chroni-cally ill nursing home residents in Germany focusing on living, not dying	CASP Qualitative Checklist	E1, E2, E3	Neun Interviews mit Patient*innen in sta-tionären Pflegeeinrichtungen; Auswer-tung erfolgt mit GTM nach Corbin/Strauss. Zentrale Kategorie ist der Wunsch nach Kontrolle über alltägliche Ereignisse und Teilhabe. Studie weist in der Theorie methodische Mängel auf, soll als Anhaltspunkt für Implementierung

Autoren	Thema	Bewertungs instrument	Einschluss kriterium	Inhalt
				eines palliativen Frühkonzepts in stationären Einrichtungen dienen.
Büscher et al. (2011)	Negotiations about helpfulness – the relationship between formal and informal care in home care arrangements	CASP Qualitative Checklist	E1, E2, E3	88 Interviews mit pflegenden Angehörigen und Pflegefachpersonen und anderen Dienstleistern im ambulanten Setting in Deutschland. Methodik erfolgt mittels GTM nach Glaser. Pflegende Angehörige bewerten die Zusammenarbeit als hilfreich oder nicht hilfreich, je nach subjektiver Wahrnehmung der Pflegefachperson. Theorie über Zusammenarbeit wird aufgestellt, Arbeit birgt Implikationen für die weitere Forschung bezüglich der Zusammenarbeit im ambulanten Setting.
Boggatz et al. (2007)	The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis	CASP Systematic Review Checklist	E1, E2, E3	Konzeptanalyse wird aufgrund Literaturrecherche zur Bedeutung von Pflegebedürftigkeit durchgeführt. Literaturrecherche wird außer den verwendeten Suchworten in benannten Datenbanken nicht weiter ausgeführt und reflektiert. Konzeptanalyse konzentriert sich

Autoren	Thema	Bewertungs instrument	Einschluss kriterium	Inhalt
				auf unterschiedliche Bedeutungen für Pflegeempfänger*innen und Pflegebereiter*innen. Pflegeempfänger*innen machen zwischen drei analysierten Konzepten keinen Unterschied, was zu Implikationen für Forscher*innen führt, die sich mit der Thematik beschäftigen.
Dahlin-Ivanoff et al. (2007)	The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people	CASP Qualitative Checklist	E1, E2, E3	40 Interviews mit zu Hause lebenden Senior*innen; Auswertung mit GTM nach Charmaz. Zwei Kategorien mit jeweils drei Unterkategorien beleuchten die Bedeutung des Zu Hause für die Befragten. Praktische Implikationen werden für beschäftigungstherapeutische Anliegen aufgestellt.
Strandberg und Jansson (2003)	Meaning of dependency on care as narrated by nurses	CASP Qualitative Checklist	E1, E2, E3	20 Interviews mit Pflegefachpersonen wurden in einem schwedischen Krankenhaus geführt und hermeneutisch-phänomenologisch ausgewertet. Pflegefachpersonen berichten über die erlebte Abhängigkeit der Patient*innen.

Autoren	Thema	Bewertungs instrument	Einschluss kriterium	Inhalt
				„Gute“ und „schwierige“ Patient*innen- gruppen werden identifiziert, dies hat auch Auswirkung auf die geleistete Pflege. Pflegefachpersonen berichten über Verantwortung im Umgang mit der Menge der geleisteten Pflege.
Thomas et al. (2003)	‘Your friends don’t understand’: Invisibility and unmet need in the lives of ‘young carers’	CASP Qualitative Checklist	E1, E2, E3	21 Interviews und/oder Gruppendiskussi- onen wurden mit jungen Menschen ge- führt, die Familienangehörige pflegen und betreuen. Ziel der Forschung ist eine De- finition des Begriffs „young carer“. Es sollen Herausforderungen für die jun- gen Menschen rund um ihren Alltag be- züglich der Pflege und der sozialen Ent- wicklung dargestellt werden.
Ellefsen (2002)	Dependency as disadvantage – patients’ experiences	CASP Qualitative Checklist	E1, E2, E3	15 Interviews wurden im ambulanten Set- ting mit pflegebedürftigen Menschen ge- führt, die von einem ambulanten Pflege- dienst versorgt werden. Zentrale Dimen- sionen der untersuchten Abhängigkeit waren Einschränkung und Belastung. Die

Autoren	Thema	Bewertungs instrument	Einschluss kriterium	Inhalt
				Untersuchung zeigt auf, welche Strategien Patient*innen im Umgang mit der Abhängigkeit vom Pflegedienst verfolgen.

Anhang 2: Überblick über die Einschlusskriterien der einbezogenen Artikel innerhalb der Literaturrecherche

Anhang 1.3: CASP-Protokoll, hier Qualitative Checklist



CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) part of Oxford Centre for Triple Value Healthcare www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- what was the goal of the research
- why it was thought important
- its relevance

Comments:

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments:

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the researcher has explained how the participants were selected
 - If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
 - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the setting for the data collection was justified
 - If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
 - If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments:

Anhang Teil 2: Dokumente des Forschungsprozesses

Anhang 2.1: Bewilligung der Ethikkommission

Ethikkommission der DGP • Stockumer Straße 12 • 58453 Witten

Frau
Miriam Läßle
Großheppacher Straße 18
73630 Remshalden



Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
(DGP) e. V.
Geschäftsstelle
Bürgerstr. 47
47057 Duisburg

Telefon: 0203 – 356793
info@dg-pflegewissenschaft.de

Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft
für Pflegewissenschaft
(DGP) e.V.
Vorsitz Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Stockumer Str. 12
58453 Witten

Ethikkommission@dg-pflegewissenschaft.de

Ihr Antrag an die Ethikkommission vom 23.04.2019

Sehr geehrte Frau Läßle,

die Ethikkommission der DGP hat Ihren Antrag

„Studie zu den Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit“

geprüft und erteilt Ihnen hiermit das ethische Clearing.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

04. November 2019

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Sabine Bartholomeyczik'.

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Vorsitzende der Ethikkommission der DGP

Läpple Miriam

Von: Bartholomeyczik, Sabine <Sabine.Bartholomeyczik@uni-wh.de>
Gesendet: Donnerstag, 6. August 2020 11:25
An: Läpple Miriam
Cc: Heike Möller
Betreff: Ihre Anfrage vom 4.8.

Sehr geehrte Frau Läpple,
Wenn Sie keine weiteren Änderungen bei der Rekrutierung Ihrer potentiellen InterviewpartnerInnen vorgenommen haben, ist die Veränderung der Interviewmethodik forschungsethisch unproblematisch. Unser Ethikvotum bleibt dadurch unberührt.
Herzliche Grüße und gutes Gelingen!
Sabine Bartholomeyczik
=====
Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft

Anhang 2.2: Interview-Aufruf

Pflegefachkräfte aus der ambulanten Pflege gesucht!

Du bist examinierte/r Krankenpfleger/in oder Altenpfleger/in und arbeitest in der ambulanten Pflege? Dann bin ich an deinem Know-How zum Thema Pflegebedürftigkeit interessiert und freue mich, wenn du dir Zeit für ein Interview nimmst!

Mit wem hast du es zu tun?

Ich bin selbst Gesundheits- und Krankenpflegerin und schreibe momentan meine Doktorarbeit rund um das Thema Pflegebedürftigkeit.

Worum geht es genau?

Du bist durch deine Professionalität und Erfahrungen in der Lage, die Pflegebedürftigkeit eines Menschen ohne ein Instrument einzuschätzen. Mich interessiert, wie du das tagtäglich machst und was aus deiner Sicht besonders wichtig oder unwichtig erscheint.

Was musst du sonst noch wissen?

Das Interview dauert ca. 20-45 Minuten. Je nachdem, wo du wohnst, führen wir das Interview persönlich oder telefonisch miteinander.
Alles, was du sagst, ist am Ende anonym.

Ich freue mich, wenn du mitmachst und warte auf deine Meldung oder Fragen unter Interview.pflege@web.de

Liebe Grüße,

Miriam Läßle

Anhang 2.3: Informationsschreiben

Informationsschreiben für Probandinnen und Probanden Studie zu den Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit

Name (verantwortliche Forscherin): Miriam Läßle
Name Fakultät/Institut: Immatrikuliert im Studiengang Nursing and Allied Health Sciences (Ph.D.), Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich
Kontaktadresse: Großheppacher Str. 18; 73630 Remshalden
Telefon: 0177/322 46 73
E-Mail: miriam.laepfle@stud.pmu.ac.at

I. Vorstellung der Forscherin

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

ich freue mich, dass Sie sich für dieses Forschungsprojekt zu den Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit interessieren und ggf. bereit sind, an der Studie teilzunehmen. Ich bin staatlich geprüfte Gesundheits- und Krankenpflegerin und habe nach der Ausbildung Pflegemanagement und Pflegewissenschaft studiert. Ich habe lange in der ambulanten Pflege gearbeitet und interessiere mich für Pflegebedürftigkeit und den Pflegebedürftigkeitsbegriff in Deutschland. Momentan schreibe ich meine Ph.D.-Thesis an der Paracelsus Medizinische Privatuniversität. Im Rahmen dieser Promotion führe ich das beschriebene Forschungsprojekt durch.

Dieses Schreiben dient dazu, Sie über das Ziel der Studie „Herausforderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Aspekte der Pflegebedürftigkeit aus Sicht von Pflegefachkräften“ sowie über das Vorgehen in dem Forschungsprojekt zu informieren. Bitte lesen Sie sich den Text aufmerksam durch. Wenn Sie noch Fragen haben, beantworte ich Ihnen diese gerne. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

II. Informationen zu der Studie

Zweck der Studie

Pflegebedürftigkeit wird in Deutschland über den Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Neue Begutachtungsassessment des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) festgestellt. Es gibt aber Hinweise darauf, dass der ermittelte Pflegegrad den tatsächlichen Bedarf an Pflegeleistungen nicht korrekt darstellt. Pflegefachkräfte der ambulanten Pflege sind durch ihre Professionalität und Erfahrungen in der Lage, die Pflegebedürftigkeit eines Menschen auf andere Art, ohne ein Instrument, einzuschätzen. Daher interessiere ich mich dafür, wie Pflegebedürftigkeit von Pflegefachkräften tagtäglich eingeschätzt wird und was aus ihrer Sicht besonders wichtig oder unwichtig erscheint.

Das Ziel der Studie ist es, eine eigene pflegewissenschaftliche Theorie zur subjektiven Erfahrungswelt professionell Pflegenden bezüglich Pflegebedürftigkeit zu entwickeln. Dazu gehört beispielsweise, wie Pflegebedürftigkeit aus professioneller Sicht entsteht, wodurch sie sich auszeichnet oder wann eine Person mehr oder weniger Bedarf an Pflege hat. Auch die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen spielen möglicherweise eine Rolle.

Warum bitte ich Sie, teilzunehmen?

Sie als Pflegefachkraft in der ambulanten Pflege haben während Ihrer Berufstätigkeit individuelle und umfangreiche Erfahrungen mit pflegebedürftigen Menschen gemacht. Neben den Angehörigen sind Sie eine enge Vertrauensperson Ihrer pflegebedürftigen Menschen. Sie beobachten täglich, wie die Menschen mit ihrer Pflegebedürftigkeit umgehen, welche Ressourcen und Probleme sie haben und wie sich der Zustand der Menschen im Laufe der Zeit entwickelt.

Diese Beobachtungen und Erfahrungen fließen bisher nicht in die Berechnung des Pflegegrades mit ein, könnten aber ein detailliertes Bild von der Situation und dem pflegerischen Bedarf eines Menschen in seinem häuslichen Umfeld abgeben. Es stellen sich Fragen wie: *Was macht Pflegebedürftigkeit in Ihren Augen aus? Wie geht ein Mensch in seinem häuslichen Umfeld mit seiner Pflegebedürftigkeit um? Welche Faktoren stärken seinen Zustand, welche Faktoren schwächen ihn?*

Sie können durch Ihre Erfahrungen und Beobachtungen eine Antwort darauf geben.

Was passiert während der Studie?

Für die Studie werde ich einen Gesprächstermin mit Ihnen vereinbaren und Ihnen ein paar Fragen rund um die pflegerische Versorgung und Unterstützung in der ambulanten Pflege stellen. Dieses Gespräch wird ungefähr 60 Minuten lang dauern und findet an einem Ort Ihrer Wahl statt. Wenn es an Ihrem Arbeitsplatz einen separaten Raum gibt, in dem man sich ungestört unterhalten kann, können wir das Gespräch auch dort führen, wenn Sie das möchten.

Das Gespräch wird von mir für die Auswertung danach mittels eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet und nach dem Verschriftlichen (Transkribieren) des Inhalts wieder vom Rekorder gelöscht. Falls Ihnen nach dem Gespräch noch etwas Wichtiges einfällt, können wir gerne noch einen weiteren Termin vereinbaren.

Das transkribierte Gespräch wird von mir ausgewertet. Dabei ersetze ich Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum durch eine Nummer, sodass Sie als Person mit Ihren Aussagen nicht mehr in Verbindung gebracht werden können.

Die Auswertung aller Interviews wird in der Ph.D.-Thesis veröffentlicht und falls nötig werden einzelne Sätze zitiert. Hinter diesen Sätzen steht jedoch immer nur die Interviewnummer und nicht Ihr Name.

III. Informationen zum Datenschutz: Allgemeine Informationen

(1) Verantwortlicher gem. Art. 4 Abs. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ist:

*Der/die Datenschutzbeauftragte/r der
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg – Privatstiftung
Strubergasse 21
5020 Salzburg*

(2) Sie haben folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten das

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung,
- Recht auf Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit

sofern diese Rechte nicht durch Art. 89 DS-GVO im Rahmen der Datenverarbeitung zu wissenschaftlichen Zwecken eingeschränkt sind. Sie haben zudem das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu beschweren.

(3) Die Forscherin wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und anderen Gesetzen zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert:

- Die personenbezogenen Daten werden auf einer Referenzliste mit den Pseudonymen gespeichert. Diese Liste wird von der Forscherin verschlüsselt und von den übrigen Studiendaten getrennt auf einem separaten Speichermedium gespeichert. Lediglich die Forscherin selbst hat darauf Zugriff und kann diese einsehen.
- Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, d.h. die Referenzliste wird vernichtet, sobald die Interviews ausgewertet wurden.
- Die Teilnahmeerklärungen werden gesichert und getrennt von den Daten und der Referenzliste für 10 Jahre aufbewahrt. Anschließend werden sie datenschutzrechtlich korrekt vernichtet.
- Die anonymisierten Transkripte werden für mögliche Sekundärdatenanalysen für 10 Jahre aufbewahrt und anschließend vernichtet.

(4) Der Verantwortliche wird personenbezogene Daten nur veröffentlichen, wenn Sie in die Veröffentlichung ausdrücklich eingewilligt haben.

(5) Sie haben das Recht, Ihre datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

IV. Informationen zum Datenschutz: Studienspezifische Informationen

Im Folgenden informiere ich Sie über die Erhebung personenbezogener Daten in Zusammenhang mit dem oben genannten Forschungsprojekt.

(1) Beschreibung und Umfang der Datenverarbeitung

- **Für die Kontaktaufnahme zur Durchführung des Interviews allgemeine personenbezogene Daten:**
Vor- und Nachname, Geburtsdatum, eine aktuelle Telefonnummer sowie evtl. Mailadresse
- **Besondere personenbezogene Daten:**
Evtl. politische, religiöse und weltanschauliche Ansichten, soweit sie in den Interviews von den Teilnehmenden freiwillig selbst benannt werden
- **Einwilligungserklärungen zur Teilnahme am Interview:**
Werden zum Nachweis der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben für 10 Jahre gesichert und getrennt von den anderen Unterlagen von der Forscherin verwahrt
- **Aufnahmen:**
Tonbandaufnahmen zur weiteren Verarbeitung der Interviews

Der Inhalt der Interviews wird mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und im Nachgang wissenschaftlich ausgewertet. Dabei erhält jedes Interview eine Nummer, die nur von der

Forscherin selbst mit der interviewten Person in Verbindung gebracht werden kann (Referenzliste). Getätigte Aussagen sind also für andere Personen durch diese Pseudonymisierung nicht zu Ihnen zurückführbar. Die Tonbandaufzeichnung wird nach Erstellung des Transkripts gemäß den gängigen Sicherheitskriterien des BSI (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik) gelöscht.

(2) Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

• **Art. 6 Abs. 1 lit a) und Art. 9 Abs. 2 lit. a) DS-GVO:**

Die betroffene Person hat ihre Einwilligung zu der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten für einen oder mehrere bestimmte Zwecke gegeben.

Teilnehmende an den Interviews willigen auf freiwilliger Basis vor Durchführung des Interviews in die Datenerhebung ein und haben jederzeit das Recht, ihre Einwilligung zu widerrufen, ohne dass dadurch Konsequenzen für sie entstünden. Die Einwilligung kann nach Vernichtung der Referenzliste nicht mehr zurückgezogen werden.

(3) Zweck der Datenverarbeitung

Die Daten werden zum Zweck der Analyse im Kontext des Forschungsprojektes erhoben und verarbeitet. Die Auswertung der Interviews wird, evtl. auch mit einzelnen Zitaten, in der Ph.D.-Thesis veröffentlicht. Gegebenenfalls werden die anonymisierten Daten für andere Studien zum Thema Pflegebedürftigkeit genutzt, jedoch nach 10 Jahren gelöscht.

(4) Dauer der Speicherung

- **Einwilligungserklärungen:** Aufbewahrung für 10 Jahre, dann Vernichtung
- **Aufnahmen:** Werden nach Erstellung des Transkripts gelöscht
- **Eintrag auf der Referenzliste:** Wird nach Erstellung des Transkripts gelöscht
- **Transkripte:** Aufbewahrung für 10 Jahre, dann Vernichtung

(5) Widerspruchs- und Beseitigungsmöglichkeit

Die Datenschutzbestimmung verlangt, dass ich Sie nochmals ausdrücklich darauf hinweise, dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern. Auch die Einwilligung ist freiwillig und kann im Stadium der Pseudonymisierung jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung des Interviews von Ihnen verlangt werden. Ich weise darauf hin, dass bereits anonymisierte Daten und Daten, die in wissenschaftliche Auswertungen eingeflossen sind, nicht mehr auf Wunsch gelöscht/vernichtet werden können.

Ort, Datum

Unterschrift der Forscherin

Anhang 2.4: Informed Consent

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

(wird getrennt von der Referenzliste aufbewahrt)

Name des Projekts:	Herausforderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs
Kontaktdaten der Interviewerin:	Miriam Läßle, Großheppacher Str. 18, 73630 Remshalden 0177/322 46 73 miriam.laepple@stud.pmu.ac.at
Interviewdatum:	

Frau Miriam Läßle hat am _____ mit mir, _____, ein ausführliches Informationsgespräch über Art, Umfang und Bedeutung des oben genannten Projektes geführt. Das Projekt soll der Anfertigung einer Ph.D.-Thesis dienen. Mir ist erläutert worden, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Mir ist insbesondere bekannt, zu welchem Zweck, in welchem Umfang, auf welcher Rechtsgrundlage, wie lange meine Daten gespeichert werden und welche Rechte ich gegenüber der verantwortlichen Stelle hinsichtlich meiner personenbezogenen Daten habe. Das zugehörige Informationsschreiben habe ich erhalten und verstanden. Ich hatte ausreichend Zeit, um über meine Einwilligung zur Teilnahme zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich sie ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil schriftlich oder mündlich widerrufen kann, solange die Daten nicht anonymisiert wurden. Meine Daten werden dann vollständig gelöscht. Hierüber erhalte ich eine Nachricht.

Ich erkläre mich bereit, an der oben genannten Studie teilzunehmen und willige in die hiermit verbundene und mir bekannte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Ich willige außerdem ein, dass die anonymisierten Daten im Rahmen zukünftiger Forschungsprojekte verwendet werden können.

Das Informationsschreiben und ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Probandin / des Probanden

Anhang 7: Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Interview

Anhang 2.6: Grunddatenblatt

Grunddatenblatt Interviewteilnehmende

Pseudonym:	
Alterskategorie:	
Ausbildung:	
Berufserfahrung ambulante Pflege:	
Träger:	

Weitere Eindrücke:

-

*Anhang 9: Grunddatenblatt für strukturelle Informationen der Teilnehmer*innen*

Anhang 2.7: Interviewleitfaden

Beginn der Interviews bis 26.07.20

Auf was achten Sie, wenn Sie zum ersten Mal einen neuen Patienten betreuen?

Wie gestaltet sich der Umgang zwischen Pflegefachkraft und einem pflegebedürftigem Mensch?

Wie schätzen Sie soziale Phänomene wie z.B. Einsamkeit ein?

Wann erscheint Ihnen eine Versorgungssituation mit Angehörigen/ohne Angehörigen als stimmig? (Psychisch, physisch, Betreuung?)

Wie erleben Sie die Situation der Menschen zuhause, die Sie pflegen?

Was macht Pflegebedürftigkeit in Ihren Augen aus? /Woraus besteht Pflegebedürftigkeit?

Wie schätzen Sie die Pflegebedürftigkeit der Menschen zuhause pflegerisch ein?

Welche Relevanz hat die Pflegegradeinstufung des MDK für die pflegebedürftigen Menschen aus Ihrer Sicht?

Welche Rolle spielt sie für den Pflegedienst?

ab 27.07.20:

Auf was achten Sie, wenn Sie zum ersten Mal einen neuen Patienten betreuen?

Woran machen Sie fest, ob mehr Pflege benötigt wird?

Wie schätzen Sie selbst ihre Kompetenz ein? Was sind Kriterien für pflegerische Kompetenz?

Was sind Faktoren, die zu einer gelingenden Beziehung im Pflegehaus beitragen?

Welche Faktoren erschweren die Arbeit im Pflegehaus?

Wie überprüfen Sie, ob ein Pflegegrad gerechtfertigt ist oder zu niedrig?

Was machen Sie, wenn Sie erkennen, dass ein zu Pflegender nicht ausreichend zuhause versorgt wird?

ab 17.08.2020:

Auf was achten Sie, wenn Sie zum ersten Mal einen neuen Patienten betreuen?

Gibt es Situationen bei Klienten, wo Sie mehr oder weniger Engagement im Pflegehaus investieren? Wie sehen diese Situationen aus?

Warum unterscheidet sich das Engagement? Warum nicht?

Wie sieht das Ideal einer Pflegefachkraft in der ambulanten Pflege für Sie aus?

Was sind für Sie Kriterien für eine gute Pflegeleistung? Wann ist Pflege gut gelungen?

Was schätzen Sie, wie die Pflegehäuser eine gute Pflege bewerten?

optionale Fragen, je nach Gesprächsverlauf:

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Ärzten?

Wie bewertet die PFK das Verordnungsmanagement?

Wie entsteht Ihrer Meinung nach Menschenkenntnis?

Wann denken Sie, können Sie nicht mehr ordentlich/professionell arbeiten? Keine Pflegebedürftigkeit einschätzen, individuelle Pflege nicht durchführen, Ihren eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden?

Wann setzen Sie sich für einen Klienten/Kunden ein? Gerne ein paar Beispiele aus dem Pflegealltag erzählen.

Was passiert, wenn ein zu Pflegenden der Behandlungspflege schlecht versorgt ist, aber sich nicht selbst kümmern kann bzw. es ihn selbst auch nicht kümmert?

ab 02.12.2020, Fokus auf die Kernkategorie

Wie erleben Sie das Verhältnis von Nähe und Distanz zu den Menschen?

Wie erleben Sie die Haltung Ihrer Kolleg*innen in Bezug auf die Menschen?

In welchen Situationen engagieren Sie sich besonders für den Menschen?

Inwiefern erleben Sie Situationen, in denen im Pflegehaus Macht ausgeübt wird?

Wann denken Sie, können Sie nicht mehr ordentlich/professionell arbeiten? Keine Pflegebedürftigkeit einschätzen, individuelle Pflege nicht durchführen, Ihren eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden?

Anhang 2.8: Transkriptionsregeln

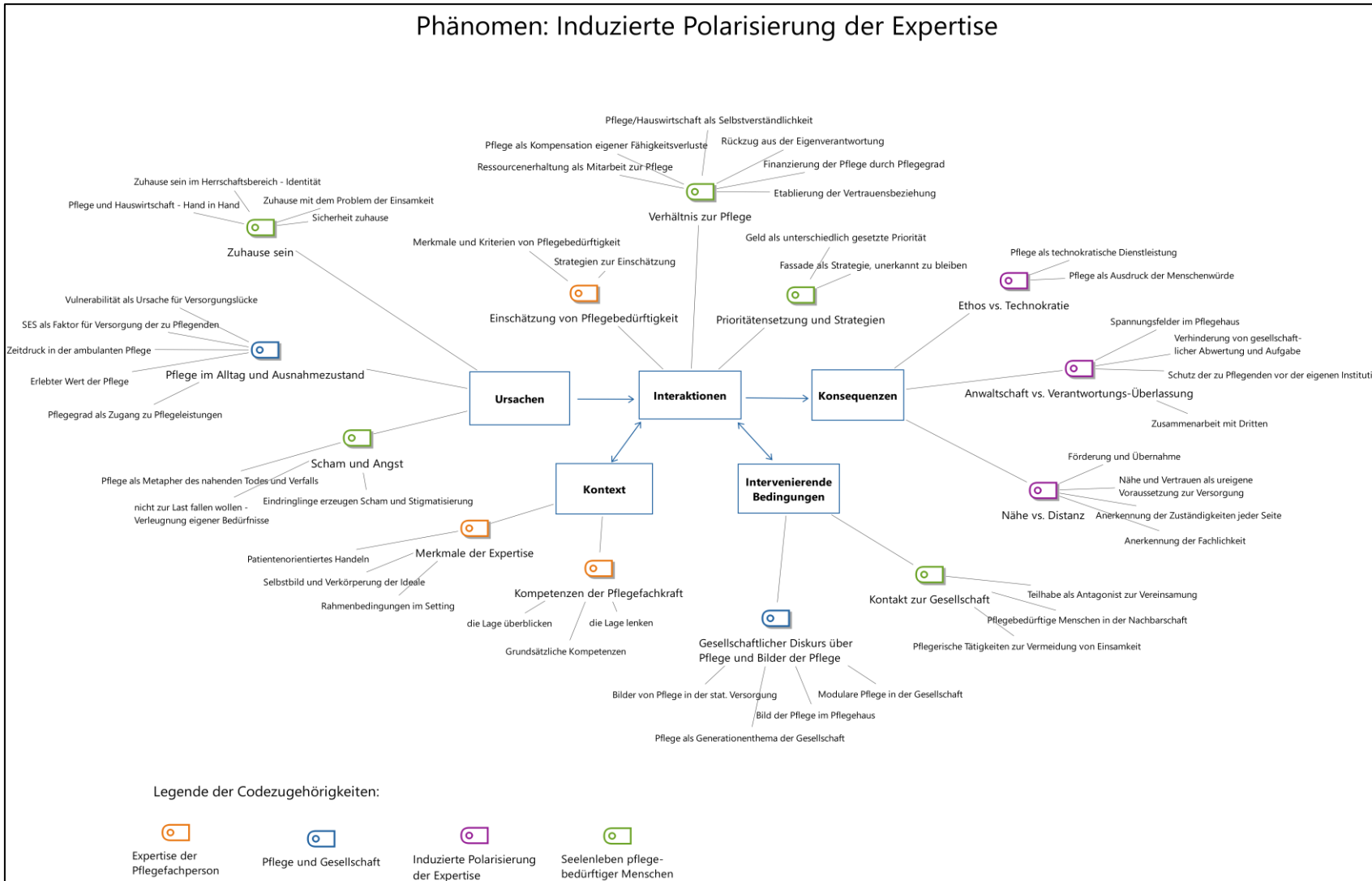
Ein semantisch-inhaltliches Transkriptionssystem

Inhaltlich-semantische Transkription

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So ‘n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.
4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.

9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (...) markiert.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
14. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet („B1:“, „Peter:“).
15. Das Transkript wird als Rich Text Format (RTF-Datei) gespeichert. Die Benennung der Datei erfolgt entsprechend dem Mediendateinamen (ohne Endung wav, mp3), beispielsweise: Interview_04022011.rtf oder Interview_schmitt.rtf.

Anhang 2.9: Kodierparadigma



Anhang 12: finales Kodierparadigma; eigene Darstellung

Danksagung

Am Ende meiner wundersamen und mich erfüllenden Ph.D.-Reise, die, wie der aufmerksamen Leserschaft sicherlich in Erinnerung geblieben ist, mit dem Zerbrechen chemikalischer Utensilien begann, bleibt mir Zweierlei über: Demut und Dankbarkeit.

Demut als universelle Erkenntnis dieser Zeit – dass ich als Mensch planen, tun und meinen kann, was ich will – dass das „was“ und „wie“ und „ob etwas passiert“ nicht in meiner Hand liegt. Und damit verbunden eine große Dankbarkeit für all diejenigen Menschen, die mich auf meiner Reise der Unwägbarkeiten ein Stück weit begleitet haben, von denen ich einige herausheben möchte:

Zuerst ein Dank an die 24 Menschen meines Forschungsprojektes, die mich offen und vertraut an ihrem Leben teilhaben ließen und damit zusammen mit mir das Zentrale dieser Thesis erschaffen haben.

Dann danke ich meinen beiden Ph.D.-Betreuer*innen, Frau Beil-Hildebrand und Herrn Rester: Frau Beil-Hildebrand für ihre aufopferungsvolle intensive Betreuung – die mich zum einen jedes Mal ob meiner fachlichen Grenzen/Unwissenheit in Ehrfurcht erstarren ließ – mir aber auch immer wieder einen Weg daraus aufgezeigt hat. Und die mich auch außerhalb des „Spielfelds“ unterstützt hat, meinen Weg zu gehen und meine Lebensplanung in die Welt der Wissenschaft einzuweben – hiervor kann und möchte ich meinen Hut ziehen. Sowie Herrn Rester für den immer wiederkehrenden Input von Wissen und Feinheiten, der meine Arbeit an vielen kleinen Stellen zentral ergänzte und bereicherte.

Ich danke Thomas Störk für die facettenreiche finanzielle Unterstützung des Projektes und für die Freiräume, die ich für die Arbeit daran erhalten habe – ohne Wenn und Aber. Und für deine zahlreichen Kommentare, die die Nichtigkeit und Wichtigkeit einer Ph.D.-Thesis in das Gesamtbild eines Lebens einordneten – so, wie es nur du kannst.

Und dann ist da meine Familie – mein Mann Christopher, mein Sohn Levi und das Menschlein in meinem Bauch (Name bis dato noch geheim) – wie schön war und ist es doch, bei einer (oder zwei) Flaschen trockenen Rotweins, Saftschorle mit Röhrle und Saitenwürstle mit euch zum 5. Mal dasselbe Elefantenbuch zu lesen.

Dann meine Eltern, meine Schwester und meine Schwiegereltern. Hier gibt es zwei Dinge: Da ist ein genereller Dank an euch, wie ihr mich mit eurer individuellen Art (z. B. durch Übernahme der horrenden Kosten für die Chemie-Utensilien) und eurem Langmut hinsichtlich der Annahme, dass ich das schon alles schaffen werde, auf meinem Lebensweg vor und während meiner Ph.D.-Reise begleitet habt. Und im Speziellen – und nun kommen meine Schwiegereltern hinzu – uns und in diesem Kontext mir – mit eurem Zutun (z. B. mit der regelmäßigen Belieferung von gutem Essen und gutem Rotwein) Räume und Zeit geschaffen habt, in denen ich mich mit unbekümmertem Gewissen dem Erstellen dieses Werkes widmen konnte.

Zuletzt ein Dankesgruß an meine Freunde, die ihr in dieser Zeit mein Leben neben Büchern, Laptop und rastlosem Umhergrübeln bereichert, belustigt und mit Normalität versehen habt.

So weit, so gut.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Miriam Läßle, an Eides statt, dass ich die vorliegende Ph.D.-Thesis mit dem Titel „Herausforderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Aspekte der Pflegebedürftigkeit aus Sicht von Pflegefachpersonen“ selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt sowie die verwendeten Quellen und Hilfsmittel in vollständigem Umfang angegeben habe.

Diese Ph.D.-Thesis wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsinstanz als Prüfungsleistung eingereicht. Mir ist bekannt, dass Zuwiderhandeln geahndet wird und weitere rechtliche Schritte nach sich ziehen kann.

Die Arbeit wurde neben der gedruckten Version auch auf CD-ROM in PDF- und Word-Format zur Prüfung der eidesstattlichen Erklärung abgegeben.

Remshalden, 01.03.2022 – Miriam Läßle