Angehörige im Altenpflegeheim

Eine empirische Analyse der Alltagsvorstellungen und -theorien bei Mitarbeitern

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des
Doktorgrades der Pflegewissenschaft
(Dr. rer. cur.)

an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der
Philosophischen-Theologischen Hochschule Vallendar

vorgelegt von:
Ilona Patricia Grammer

Erstgutachter:
Prof. Dr. Frank Weidner

Zweitgutachter:
Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt

April 2019

Danksagung

Die hervorragenden Vorlesungen im Rahmen meines Studiums der Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (PTHV) und der dazu geführte intensive Austausch haben an dem bisher Gedachten gerüttelt und luden geradezu ein, dem „Anderen“ und „Neuen“ auf die Spur zu gehen. So wurden in den lebendigen und gleichzeitig herausfordernden zirkulären Diskursen im Promotionskolloquium Erkenntnisse generiert, in Beziehung gesetzt, bewertet und gegebenenfalls auch wieder verworfen. Eine intensive Zeit des Entdeckens.

Für eine Dissertation braucht es Mentoren und Unterstützer. Ein besonderer Dank gilt meinem Mentor und Doktorvater Herrn Prof. Dr. Heribert W. Gärtner für sein großes Engagement, seine kritisch-konstruktive, immer wertschätzende und fördernde Anleitung. In der Zusammenarbeit im Promotionsstudium habe ich besonders profitiert von seiner Offenheit und der damit verbundenen theoretischen und wissenschaftspraktischen Freiheit, mich auf den unterschiedlichsten Denkprozessen bewegen zu dürfen. Ohne das Vertrauen, das er mir entgegenbrachte, und seine Begleitung in der Anwendung der wissenschaftstheoretischen Herausforderungen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Durch seinen plötzlichen Tod konnte die Zusammenarbeit nicht fortgesetzt werden.

Dankbar bin ich für die Fortsetzung und abschließende Begleitung durch Herrn Prof. Dr. Frank Weidner. In wertvollen Gesprächen konnte ich von seinen reichen Forschungserfahrungen profitieren. Insbesondere seine qualitative Forschungspraxis ermöglichte mir eine wichtige zusätzliche Perspektive für diese Arbeit.

Den Mitgliedern der Kolloquiumsgruppe und den Studienkollegen, die sich immer wieder kollegial-beratend mit dem empirischen Material befasst haben, danke ich für den fachlichen Austausch und das Eintauchen in die subjektiv-interpretativen Analysen. Der Austausch hat mir wichtige Impulse gegeben. Frau Heide Belgrasch danke ich für die Transkription der Interviews. Frau Vita Funke, der Lektorin mit Leidenschaft, danke ich für die wertvolle Unterstützung bei den Texten.

Ein besonderer Dank gilt den Leitungsverantwortlichen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Altenpflegeheimes, die sich die Zeit genommen haben, sich den dieser Arbeit zugrunde liegenden Interviews und Diskussionen zu stellen und ihre Sicht der Dinge offen darzulegen. Ich hätte mir dafür keine besseren Kooperationspartner vorstellen können.
Die vielen intensiven Gespräche, die ich führen durfte, haben mir gezeigt, wie herausfordernd die Beschäftigung mit den Angehörigen in einem Altenpflegeheim ist und wie unterschiedlich und reichhaltig die Erfahrungen in diesem Bereich sind.
Mein allergrößter Dank gilt jedoch meiner Familie für ihr Verständnis und ihre Unterstützung.

Inhalt

Danksagung 1

Abbildungsverzeichnis 8

Abkürzungsverzeichnis 9

1. Einführung, Begründung und Zielsetzung der Arbeit 10
1.1 Ausgangslage..... 10
1.2 Erkenntnisinteresse und Zielsetzung..... 13
1.3 Aufbau der Arbeit..... 14

2. Das Altenpflegeheim als Wohn- und Pflegeort 17
2.1 Institutionelle Versorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen..... 17
2.2 Ausgewählte theoretische Ansätze zur Institution Altenpflegeheim..... 19
2.3 Altenpflegeheime im Spiegel der öffentlichen Kontrollen..... 24
2.4 Altenpflegeheime als Umwelten für Menschen mit Demenz..... 27
2.5 Personalsituation in Altenpflegeheimen..... 30
2.6 Normative und strukturelle Elemente der Beziehung zwischen Angehörigen und Altenpflegeheim..... 32

3. Das Altenpflegeheim und die Angehörigen 33
3.1 Ausgewählte theoretische Konzepte..... 33
3.1.1 Litwaks Theorie der Aufgabenteilung und ausbalancierten Koordination..... 34
3.1.2 Das Modell der Typisierung von Twigg und Atkin 36
3.1.3 „Senses Framework“ zur Beziehungsorientierung 38
3.1.4 Pflegetheoretische Fundierung in der Familien- und umweltbezogene Pflege nach Friedemann 39
3.2 Empirische Befunde..... 41
3.2.1 Zum Stand der Angehörigenarbeit 41
3.2.1.1 Charakteristik der Angehörigenarbeit 42
3.2.1.2 Ideen für eine „gelingende“ Angehörigenarbeit..... 46
3.2.1.3 Funktionale Rollenzuschreibungen für Angehörige 54
3.2.2 Die Perspektive der Mitarbeiter 64
3.2.3 Die Perspektive der Angehörigen..... 68
3.2.3.1 Der Heimeinzug der Pflegebedürftigen und der Angehörigen 69
3.2.3.2 Einbindung von Familien in die stationäre Versorgung 73
3.2.4 Soziale Interaktionen von Mitarbeitern und Angehörigen 76

4. Schlussfolgerungen und Konsequenzen für die weiteren Untersuchungsschritte..... 82
4.1 Wissenschaftstheoretische Fundierung und Erkenntnisinteresse..... 85
4.2 Alltagstheorien als Ausgangspunkt für ein qualitatives Forschungsdesign 86
4.3 Zum Verhältnis von Alltagstheorien und professionellem Handeln..... 88
4.3.1 Klassische Ansätze der Professionstheorien 89
4.3.2 Aktuelle professionstheoretische Ansätze 92
4.3.3 Relevanz von Alltagswissen..... 94

5. Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien zur Explikation des Gegenstandsbereiches 98
5.1 Anwendungsbereiche des Forschungsprogramms..... 99
5.2 Das Konstrukt Subjektive Theorien im Forschungsprogramm.....100

5.3 Funktionen der Subjektiven Theorien…… ..102
5.4 Zentrale Merkmale des Forschungsprogramms Subjektive Theorien…….. 103
5.4.1 Das Menschenbild des reflexiven Subjekts..... 103
5.4.2 Subjektive Theorien als Basis für Handlungen 105
5.5 Methodologische Konsequenzen für die Forschungsstruktur……..106
5.5.1 Zur Rekonstruktionsadäquanz Subjektiver Theorien 107
5.5.2 Zur Realitätsadäquanz Subjektiver Theorien 110

6. Das Konzept der sozialen Repräsentationen als theoretische Begründung zur Untersuchung von Alltagswissen in sozialen Gruppen 112

7. Zusammenfassung……..116

8. Forschungsrahmen und Forschungsfragen 117

9. Untersuchungsstrategie 121
9.1 Zielsetzung und Architektur der Untersuchung……..... 121
9.2 Design der Fallstudie……..... 122
9.3 Auswahl der Untersuchungseinheit und Feldzugang……..... 123
9.4 Auswahl und Beschreibung der Stichprobe……..... 124
9.5 Einzelinterviews und ihre Forschungsinstrumente…… ... 127
9.5.1 Exkurs: Das Interview als Kristallisationspunkt der qualitativen Forschung..... 127
9.5.2 Das halbstrukturierten Leitfadeninterview 130
9.5.3 Kurzfragebogen zur Erfassung von Strukturdaten 134
9.5.4 Postskriptum..... 134
9.5.5 Interviewstruktur 135
9.6 Gruppendiskussionen und ihre Forschungsinstrumente…….. 136
9.6.1 Gruppendiskussionen mit Realgruppen 139
9.6.2 Rolle und Funktion der Untersucherin in den Gruppendiskussionen..... 139
9.6.3 Forschungsinstrument in der Gruppendiskussion..... 140
9.7 Dokumentenanalyse und ihre Forschungsinstrumente…….. 140

10. Untersuchungsverlauf und Gütekriterien…….. 142
10.1 Gütekriterien der qualitativen Forschung…….. 142
10.1.1 Konstitutive, methodenspezifische Güterkriterien im FST 145
10.1.2 Triangulation als Qualitätsmerkmal 147
10.2 Ethische Reflexion als Güterkriterium der Untersuchung…… 149
10.3 Zeitlicher Verlauf der Untersuchung…….. 152
10.4 Durchführung der Einzelinterviews und der Gruppendiskussionen…….. 152

11. Datenauswertung 154
11.1 Struktur-Lege-Plan als Ausgangsmaterial für die Einzelfallanalyse……154
11.2 Methodisches Vorgehen bei der Datenanalyse…… ... 157
11.2.1 Nomothetische versus idiographische Analyse..... 164
11.2.2 Abduktion als kreatives Schlussfolgern..... 165
11.3 Zur Auswertung der Gruppendiskussionen…….. 168
11.4 Zur Auswertung der Dokumentenanalyse……..... 168
11.5 Weiterverarbeitung und Aufbereitung des Materials…… ... 168
11.6 Typenbildung…… 169
11.6.1 Verfahren zur Typenbildung im Forschungsprozess..... 170
11.7 Ausblick auf die Darstellung der empirischen Ergebnisse…….. 171

12. Darstellung der Ergebnisse - Rekonstruktionen auf der Individualebene 172

12.1. Subjektive Theorie von Frau Anstatt 172
12.1.1 Kurzbeschreibung Frau Anstatt 172
12.1.2 Strukturlegeplan 174
12.1.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans 175
12.1.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Anstatt 184
12.1.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien 187
12.1.5.1 Darstellung in Tabellenform 187
12.1.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Anstatt……..……..……189
12.1.6 Zusammenfassung 193

12.2 Subjektive Theorie von Frau Wahl 194
12.2.1 Kurzbeschreibung 194
12.2.2 Strukturlegeplan 195
12.2.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans 196
12.2.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Wahl 206
12.2.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien 209
12.2.5.1 Darstellung in Tabellenform 209
12.2.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Wahl……..……212
12.2.6 Zusammenfassung 214

12.3 Subjektive Theorie von Frau Sprech…… 214
12.3.1 Kurzbeschreibung 214
13.3.2 Strukturlegeplan 215
12.3.3 Feinanalyse - Verbalisierung des Strukturlegeplans 218
12.3.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Sprech .. 226
12.3.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien 230
12.3.5.1 Darstellung in Tabellenform 230
12.3.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Sprech 235
12.3.6 Zusammenfassung 237

12.4 Subjektive Theorie von Frau Heimat…….. .. 237
12.4.1 Kurzbeschreibung Frau Heimat 237
12.4.2 Strukturlegeplan 239
12.4.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans 240
12.4.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Heimat .. 253
12.4.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien 256
12.4.5.1 Darstellung in Tabellenform 256
12.4.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Heimat 259
12.4.6 Zusammenfassung 261

12.5 Subjektive Theorie von Frau Harmonie…….... 262
12.5.1 Kurzbeschreibung 262
12.5.2 Strukturlegeplan 263
12.5.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans 264
12.5.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Harmonie 271

12.5.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien ... 273
12.5.5.1 Darstellung in Tabellenform ... 273
12.5.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Harmonie ... 275
12.5.6 Zusammenfassung ... 277

12.6 Subjektive Theorie von Herrn Findus ... 277
12.6.1 Kurzbeschreibung ... 277
12.6.2 Strukturlegeplan ... 279
12.6.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans ... 281
12.6.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Herrn Findus ... 299
12.6.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien ... 303
12.6.5.1 Darstellung in Tabellenform ... 303
12.6.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Herrn Findus ... 307
12.6.6 Zusammenfassung ... 309

12.7 Subjektive Theorie von Frau Gut ... 310
12.7.1 Kurzbeschreibung Frau Gut ... 310
12.7.2 Strukturlegeplan ... 311
12.7.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans ... 312
12.7.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Gut ... 316
12.7.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien ... 318
12.7.5.1 Darstellung in Tabellenform ... 318
12.7.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Gut ... 320
12.7.6 Zusammenfassung ... 322

12.8 Subjektive Theorie von Herrn Privat ... 323
12.8.1 Kurzbeschreibung ... 323
12.8.2 Strukturlegeplan ... 324
12.8.3 Feinanalyse - Verbalisierung des Strukturlegeplans ... 326
12.8.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Herrn Privat ... 335
12.8.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative ... 337
12.8.5.1 Darstellung in Tabellenform ... 337
12.8.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Herrn Privat ... 340
12.8.6 Zusammenfassung ... 342

12.9 Subjektive Theorie von Frau Grenz ... 342
12.9.1 Kurzbeschreibung ... 342
12.9.2 Strukturlegeplan ... 344
12.9.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans ... 346
12.9.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Grenz ... 357
12.9.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien ... 359
12.9.5.1 Darstellung in Tabellenform ... 359
12.9.5.2 Interpretative Zusammenfassung der subjektiven Theorie von Frau Grenz ... 362
12.9.6 Zusammenfassung ... 366

12.10 Subjektive Theorie von Frau Blutdruck ... 366
12.10.1 Kurzbeschreibung Frau Blutdruck ... 366

12.10.2 Strukturlegeplan 368
12.10.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans 369
12.10.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Blutdruck 378
12.10.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien 379
12.10.5.1 Darstellung in Tabellenform 379
12.10.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Blutdruck 382
12.10.6 Zusammenfassung 383

12.11. Subjektive Theorie von Frau Last 384
12.11.1 Einzelfallanalyse Frau Last 384
12.11.2 Strukturlegeplan 385
12.11.3 Feinanalyse - Verbalisierung des Strukturlegeplans 386
12.11.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau 393
12.11.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien 396
12.11.5.1 Darstellung in Tabellenform 396
12.11.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Last 399
12.11.6 Zusammenfassung 401

13. Rekonstruktionen der kollektiven Muster in den Gruppendiskussionen 402
13.1 Zur Situation der Gruppendiskussionen 402
13.2 Kurzbeschreibung - Gruppendiskussion im nicht-segregativen Wohnbereich 403
13.2 Kurzbeschreibung - Gruppendiskussion im Wohnbereich für Menschen mit Demenz 405
13.3 Kurzbeschreibung – Gruppendiskussion mit den Leitungs-verantwortlichen 406
13.5 Auswertung der Konzepte der Gruppendiskussionen 406
13.5.1 Gruppendiskussionen mit den Mitarbeitern aus dem nicht-segregativen Wohnbereich 407
13.5.2 Gruppendiskussionen mit den Mitarbeitern aus dem segregativen Wohnbereich 407
13.5.3 Gruppendiskussionen mit den Leitungsverantwortlichen 408
13.6 Zusammenfassende Interpretation 410

14. Rekonstruktionen der organisationalen Beschreibungen Darstellung der Ergebnisse 411
14.1 Allgemeine Einschätzung der Dokumente 411
14.2 Dokument: Leitbild 412
14.3 Dokument: Einrichtungskonzept 413
14.4 Dokument: Wie Sie zu einem guten Einzug beitragen können 415
14.5 Dokument: Konzept der Wohngruppen für Menschen mit Demenz 416
14.6 Dokument: Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell 418
14.7 Dokument: Sozialbetreuung 421
14.8 Dokument: Konzept Betreuung 422
14.9 Dokument: Die Hauswirtschaft stellt sich vor 423
14.10 Dokument: Der Verein stellt sich vor 423
14.11 Zusammenführen der Konzepte 424
14.12 Zusammenfassende Interpretation 427

15. Zusammenfassende Diskussion……..... 427
15.1. Individuelle Ebene……..... 428
15.2 Kollektive Ebenen…….... 434
15.3 Organisationale Ebene…… 437
15.4 Weiterarbeit am Material…… 438
15.5 Synthese - Typenbildung…….. 438
15.5.1 Charakterisierung - Typus „Dienstleister“..... 439
15.5.2 Charakterisierung - Typus „Familienmitglied“ 440
15.5.3 Charakterisierung - Typus „Therapeut“ 440
15.5.4 Charakterisierung - Typus „Lehrer“ 441

16. Methodenevaluation 444
16.1 Zum halbstrukturierten Interviewverfahren……. ... 444
16.2 Beurteilung der Dialog-Konsens-Methode……..... 445
16.3 Anwendung des FST in einer Gruppendiskussion……..... 446
16.4 Indizieren und Bearbeiten von relevanten Aussagen…… 447
16.5 Die Rolle der Forscherin im Prozess……. 449
16.6 Zur Generalisierbarkeit der Ergebnisse……..... 449
16.7 Epistemiologische Kernkriterien zur Bewertung der Untersuchung……... 450

17. Schlussbetrachtungen 453
17.1 Ausgangspunkte, theoretische und methodologische Fundierung…… 453
17.2 Diskussion der Hauptergebnisse…… 455
17.3 Forschungsdesiderata…… 461

18. Literaturverzeichnis 465

19. Anhänge 482

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Tätigkeits- und beziehungsorientierte Konzepte…… …… 83

Abbildung 2: Zwei-Phasen-Modell der Forschungsstruktur Subjektive Theorie……...111

Abbildung 3: Darstellung der beiden Forschungszugänge zu Alltagswissen….115

Abbildung 4: Vorstellungen über Angehörige……..120

Abbildung 5: Untersuchungsdesign der Fallanalyse……..123

Abbildung 6: Darstellung Sample Einzelinterviews……....126

Abbildung 7: Darstellung Sample Gruppendiskussion Leitungen……127

Abbildung 8: Entscheidungsbaum zu den qualitativen Methoden……130

Abbildung 9: Interviewstruktur……136

Abbildung 10: Interview- und Transkriptionszeiten der Einzelinterviews ……..153

Abbildung 11: Prozessschritte im Forschungsverlauf…….154

Abbildung 12: Ablauf der Einzelinterviews bis Erstellen des Strukturlegeplans……..155

Abbildung 13: Analyseweg: Rekonstruktion von den Themen zur Subjektiven Theorie……160

Abbildung 14: Arbeitsschritte Thematisches Kodieren……162

Abbildung 15: Ablauf der idiographischen Analyse……..164

Abbildung 16: Übersicht Gruppendiskussionen……403

Abbildung 17: Mitarbeitertypologie……..443

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
FST	Forschungsprogramm Subjektive Theorien
ILKHA	Interview- und Legetechnik zur Rekonstruktion kognitiver Handlungsstrukturen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
PQsG	Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege
SGB XI	Soziale Pflegeversicherung
SLT	Struktur-Lege-Techniken
u.U.	unter Umständen
WAL	Weingartener Appraisal Lege-Technik
z. B.	zum Beispiel
Z-M-A	Ziel-Mittel-Argumentation

I. Hinführung zum Thema

1. Einführung, Begründung und Zielsetzung der Arbeit

1. 1 Ausgangslage

Altenpflegeheime stellen mit ihrem vollstationären Versorgungsangebot eine wichtige Alternative zur häuslichen Versorgung von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf dar. Pflege und Betreuung sind auch soziale Dienstleistungen, die von der Begegnung und Beziehung der Beteiligten geprägt sind.

Bevor der Umzug in ein Altenpflegeheim ansteht, existierte oft eine langjährige häusliche Versorgungssituation. Angehörige[1] haben in dieser Versorgungssituation meist eine wichtige und den Alltag stabilisierende Rolle. Kommt es zum Heimeinzug, so verändert sich ihre Funktion gravierend. Erstrebenswertes (wie z. B. die Entlastung von der alltäglichen Pflegearbeit) mischt sich mit neuer Sorge und neuen Rollenanforderungen. Der Heimaufenthalt löst die häusliche Dyade auf: Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter befinden sich nun in einer triadischen Beziehung.[2]

Den Ortwechsel begleiten, Unterstützung und Orientierung anbieten und Stresssituationen vermeiden: Dies sind Ziele eines gelungenen Heimeinzuges.[3] Der Heimeinzug, für Mitarbeiter ein routinisierter Schlüsselprozess, bedeutet für den Bewohner meist eine gänzlich neue Situation und wird eher als Heimauszug erlebt. Die Normalität, die Mitarbeiter in ihrem Arbeitsplatz in einem Altenpflegeheim erleben, ist zumindest anfänglich nicht die Normalität der Bewohner und Angehörigen.

---

[1] Wenn in dieser Arbeit über Angehörige, Zugehörige oder Familie gesprochen wird, dann ist nicht eine enge juristische Definition zugrunde gelegt. Vielmehr geht es um ein soziales Konzept, welches die Personen mit ihren Beziehungen, und ihrer Bereitschaft, füreinander Verantwortung zu übernehmen, in den Blick nimmt. Die Betroffenen selber bestimmen, wer ihre Angehörigen sind. Dies können Verwandte, aber auch enge Freunde oder wichtige Personen aus dem Umfeld sein.

[2] Nachfolgend wird überwiegend die grammatikalisch männliche Form gewählt. Dies ist nicht geschlechtsspezifisch gemeint, sondern geschieht ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

[3] Vgl. Korte-Pötters, U., Wingenfeld, K., Heitmann, D. 2007 (6.3 Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen"), S. 17.

Mitarbeiter in einem Altenpflegeheim wissen um die Bedeutung der Angehörigen für die Bewohner und sie ringen in unterschiedlicher Weise mit der Ausgestaltung einer Beziehung mit ihnen. Angehörige werden im Rahmen der institutionellen Versorgung als ein wichtiges Bindeglied zu der bisherigen Lebenswelt gesehen. Sie erfahren diese Neuorientierung meist auch als menschliche Herausforderung im Spannungsfeld zwischen Kümmern und Kummer**.**

Das Dilemma zwischen Erleichterung und Schuldgefühlen ist oft die Ausgangslage für Kooperation und Konflikte gleichzeitig. Die Idee, dass Angehörige wichtige Partner in der institutionellen Versorgung darstellen, dass sie bisherige soziale Beziehungen weiterführen können und Mitarbeiter unterstützen, wird in vielen Angehörigenkonzepten beschrieben. Aus Sicht des Altenpflegeheims ist Angehörigenarbeit als konzeptionelles Handeln einzuordnen und wird als Form der Kooperation verstanden.

Die Zusammenarbeit[4] mit Angehörigen von meist vulnerablen Personen zu gestalten, Angehörige zu beteiligen oder zu integrieren bzw. deren Mitwirkung zu fördern setzt voraus, dass dies dem Wunsch aller Beteiligten entspricht.

Die Herausforderung bleibt: die Verschränkung der Lebenswelt eines Bewohners und seiner Angehörigen mit der Verschränkung der Arbeitswelt der Mitarbeiter. Denn familiale Sorge und professionelle Pflege und Betreuung folgen unterschiedlichen Logiken.

Angehörige werden von Mitarbeitern in einem Altenpflegeheim sehr unterschiedlich wahrgenommen. Die Vielfalt zeigt sich in den Beschreibungen als sogenannte „schwierige Angehörige“ bis hin zu Angehörigen, die als hilfreiche und bedeutsame Brückenbauer für die Biographie- und Erinnerungsarbeit bei Menschen mit Demenz erlebt werden.

Auch hat eine hohe Anzahl von Menschen mit Demenz in einem Altenpflegeheim Auswirkungen auf die Gestaltung der Versorgung. Viele Bewohner sind künftig nur noch im „Doppelpack“ mit den Angehörigen zu betreuen und die Beziehungen werden dadurch um zusätzliche Partner erweitert. Dabei bleibt in der Beobachtung der alltäglichen Praxis eher uneindeutig, inwieweit die

[4] Der Begriff „Zusammenarbeit“ wird weit gefasst. Subsumiert werden z. B. alle Formen von Kontakt, Kooperation, Information, Mitwirkung und Beteiligung.

Organisation Altenpflegeheim die Mitarbeit und Partnerschaft der Angehörigen tatsächlich wünscht und wie diese konzeptuell grundgelegt ist.

Diese Arbeit fokussiert auf die Mitarbeiter und Angehörigen und deren Zusammenwirken in einem Altenpflegeheim und interessiert sich für die Perspektiven der Mitarbeiter. Die Rollen der Angehörigen – im häuslichen Kontext als pflegende Angehörige und im Kontext der Langzeitpflege als Angehörige von Bewohnern – sind beschrieben und es existiert wissenschaftlich abgesichertes Wissen.
Die von Kühnert 1991 durchgeführte Untersuchung hat verschiedene Aspekte des Verhältnisses von Angehörigen zu Pflegemitarbeitern und zur Institution Altenpflegeheim herausgearbeitet.[5] In ihren Schlussfolgerungen stecken einige Ansatzpunkte für weitere Überlegungen, die auf das Verhältnis von Angehörigen und Pflegemitarbeitern zielen: Sie forderte weiterführende Forschung zum Verhältnis zwischen Angehörigen und Pflegekräften, zu dem Stellenwert institutioneller Rahmenbedingungen und des familiären Umfeldes. An diese Forderung knüpft die vorliegende Arbeit an.
Die erste Annäherung an die Thematik war mit der Frage verbunden, inwieweit Angehörige eine Ressource bilden für den Heimalltag und was die idealen bzw. guten organisationalen Bedingungen zur Zusammenarbeit sind. Implizit hatte die Autorin die Erwartung, dass Angehörige dazu eine Funktion in der Einrichtung übernehmen. Zugrunde lag die Beobachtung, dass Angehörige in der häuslichen Situation vollumfänglich für die Versorgung zur Verfügung stehen und dass es nach dem Heimeinzug zu einer Art „Ausfall“ kommt.
Im Gegensatz zu einer Pflegeübernahme im Privathaushalt bieten die Pflegeversicherung und auch die auf der Länderebene ausgehandelten Rahmenverträge für die vollstationäre Altenhilfe keine finanziellen Leistungen und damit Anreize für ein Sorgeengagement von Angehörigen in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen. Dennoch wird die Zusammenarbeit gewünscht. Angehörige haben in der Altenhilfeeinrichtung dann eine andere Funktion und treten mit Mitarbeitern in sehr unterschiedliche Formen von Kooperationen bzw. Konflikten.

[5] Vgl. Kühnert 1991.

1.2 Erkenntnisinteresse und Zielsetzung

Was bedeuten Angehörige für die Mitarbeiter? In welcher Beziehung, Rolle und Position stehen sie zu den Mitarbeitern? Welche Konzepte haben Mitarbeiter zur Zusammenarbeit mit den Angehörigen? Diese Fragen führten zu einem Perspektivenwechsel. Nicht die Angehörigen, sondern die Mitarbeiter und die Organisation Altenpflegeheim rückten in den Mittelpunkt des Interesses.

Mit einer Literaturanalyse wurde ein Überblick über den gegenwärtigen Erkenntnisstand gewonnen. Dabei standen die Entwicklung der Angehörigenarbeit, die diskutierten Rollen der Angehörigen, die Herausforderungen der Mitarbeiter im Hinblick auf die Integration und Kooperation und die theoretischen Konzeptionen zur Zusammenarbeit mit Angehörigen im Vordergrund. Die internationale Literatursuche erfolgte in den deutsch- und englischsprachigen Datenbanken mittels relevanter Suchbegriffe. Weitere relevante Titel wurden im Schneeballprinzip gefunden. Verwendet wurden systematische Übersichtsarbeiten, Studien, Forschungsberichte, Qualifizierungsarbeiten und Artikel aus Lehrbüchern.

Die Literatur über Angehörige und zur Angehörigenarbeit ist in Deutschland gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Beiträgen in Sammelbänden oder Fachzeitschriften. Autoren sind meist Berufsangehörige der Pflege, der sozialen Arbeit oder aus den Bereichen der Gerontologie bzw. Gerontopsychiatrie. Im Unterschied zum internationalen Kontext ist die deutsche Studienlage zum Themenbereich Mitarbeiter und Angehörige übersichtlich. Die Organisation Altenpflegeheim selbst ist ebenso selten Gegenstand von Forschung.

Erkenntnisse aus der Literaturanalyse sollen dazu dienen, Ansatzpunkte und offene Fragen zu erkennen. Mit fortschreitendem Literaturstudium kristallisierten sich allmählich diese Fragen heraus: Was leitet das Handeln der Mitarbeiter? Auf welcher Grundlage wird die Zusammenarbeit mit Angehörigen konzeptualisiert? Hier zeigte sich deutlich eine Forschungslücke.

Explorative Studien sind dann sinnvoll, wenn das Gegenstandsgebiet einem starken sozialen Wandel unterlegt, das Feld sich stark ändert und somit immer wieder neue Fragestellungen auftauchen bzw. sich Lücken im Forschungsstand

auftun. In dieser vorliegenden Studie sollen vor allem die Strukturen und Inhalte der Kognitionen der Mitarbeiter exploriert werden. Damit rücken die handlungsleitenden Kognitionen im Sinne der Subjektiven Theorien in den Mittelpunkt.

Die Autorin geht davon aus, dass die Zusammenarbeit mit den Angehörigen in einem Altenpflegeheim abhängig ist von den Kognitionen der Mitarbeiter. Diese Subjektorientierung führt zum Forschungsprogramm der Subjektiven Theorien und damit zu einem interpretativen Forschungsparadigma. Handlungen mit Angehörigen können vom Mitarbeiter mit Alltagswissen erklärt werden. Diese Alltagstheorien können in Interviewsituationen erfasst werden.

Bedeutsam ist auch die Vorannahme, dass Vorstellungen über Angehörige konstruiert werden und neben dem beruflichen Wissen und den professionellen Theorien über Angehörige existieren können.

Im empirisch-deskriptiven Teil werden kognitiven Strukturen der Mitarbeiter über die Angehörigen dargestellt. Da bislang keine empirischen Untersuchungen vorliegen, die sich mit den Subjektiven Theorien über Angehörige befassen, nimmt diese Arbeit dieses Desiderat auf. Das Bestreben der Studie besteht darin, mit der idiographischen Analyse einzigartige Entitäten abzubilden und einen Beitrag zur Wirklichkeitsbeschreibung im Rahmen einer Fallstudie zu liefern. Eine über den Einzelfall hinausgehende Betrachtung im Sinne einer überindividuellen Generalisierung wird durch eine Typenbildung vorgenommen. Es muss sich zeigen, inwieweit eine solche nomothetische Betrachtung für den Gegenstandsbereich hilfreich ist. Eine Realisierungs-adäquanz im Sinne der empirischen Bewährung der explorierten Innensicht wird mit dieser Studie nicht verfolgt. Die Konstrukte, die aus den Subjektiven Theorien isoliert werden, können zur Theorieentwicklung herangezogen werden. Subjektive Theorien können dort, wo noch unzureichende objektive Theorien vorhanden sind, als Heuristiken verwendet werden und so einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Gegenstandes leisten.

1.3 Aufbau der Arbeit

Um sich der Fragestellung zu nähern, wird zunächst im theoretischen Teil der Arbeit in Kapitel 2 das Altenpflegeheim als Wohn- und Pflegeort vorgestellt.

Ausgewählte theoretische Ansätze vermitteln einen Einblick in die Diskurse über die Institution Altenpflegeheim. Vorgestellt werden Altenpflegeheime als Wohnorte für Menschen mit Demenz und als Arbeitsorte für Mitarbeiter samt den normativen Vorgaben zur Angehörigenarbeit.

Eine weitere Annäherung findet über die theoretischen Konzepte und empirischen Befunde über Angehörige im Altenpflegeheime statt. Dazu werden in Kapitel 3 die in der Literatur beschriebenen konzeptuellen Überlegungen zur systematischen Ausgestaltung der Zusammenarbeit bzw. des Zusammenwirkens mit Angehörigen erörtert und die vorhandenen empirischen Befunde systematisiert. Zur Interaktion von Mitarbeitern und Angehörigen können einige interessante Befunde zusammengeführt werden, die deutliche Hinweise auf die unterschiedlichen Perspektiven von Angehörigen und Mitarbeitern geben.

Die Schlussfolgerungen führen zu einer Übersicht der tätigkeits- und beziehungsorientierten Konzepte zur Arbeit mit Angehörigen bzw. Familien. Gleichzeitig wird deutlich, dass über die Perspektive der Mitarbeiter, deren persönliche Motive und Erklärungen, ihre Innensicht und individuellen Kognitionssysteme wenig bekannt ist (Forschungslücke).

In Kapitel 4 wird das Erkenntnisinteresse auf der wissenschaftstheoretischen Ebene fundiert und mit den Alltagstheorien als Ausgangspunkt für ein qualitatives Forschungsdesign begründet. Ebenso wird das Verhältnis von Alltagswissen und professionellem Handeln reflektiert. Damit wird der Diskurs angestoßen, welchen Stellenwert Alltagswissen hat und wie dieses zu den professionstheoretischen Ansätzen in Beziehung steht. Mit diesen Erkenntnissen legitimiert sich der Forschungsansatz, auch im heutigen Zeitalter der Professionalisierung der sozialen Arbeit und der Pflegeberufe voraussetzungslos nach dem Alltagswissen zu forschen.

Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien wird im anschließenden Kapitel 5 vorgestellt und bestimmt damit das qualitative Design. Mit den sozialen Repräsentationen, die ein weiteres theoretisches Konzept zur sozialen Konstruktion von subjektivem und für die Gruppe vergemeinschaftetem Alltagwissen darstellen, wird in Kapitel 6 eine theoretische Begründung für den kollektiven Zugang gewählt.

Die Zusammenfassung in Kapitel 7 beendet den theoretischen Teil der Arbeit und leitet in den empirischen Teil über. Dazu wird in den anschließenden Kapiteln 8-11 das methodische Vorgehen vorgestellt. Dies beinhaltet sowohl die Begründung für ein Fallstudiendesign, die Darstellung der Forschungsinstrumente, die Diskussion der qualitativen Güterkriterien innerhalb des Forschungsverlaufs und die Datenauswertung.

Die Darstellung im Ergebnisteil (Kapitel 12-15) gliedert sich in die Rekonstruktionen auf der Individualebene, auf der kollektiven Ebene und der Ebene der organisationalen Beschreibung und dokumentiert dabei Durchführung und Auswertung. Zur Synthese der empirischen Ergebnisse dient eine deskriptive Typenbildung. Die Arbeit endet mit einer Methodenevaluation (Kapitel 16) und der Diskussion der Hauptergebnisse (Kapitel 17) in den Schlussbetrachtungen.

II. THEORETISCHER RAHMEN

2. Das Altenpflegeheim als Wohn- und Pflegeort

2.1 Institutionelle Versorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen

Im Dezember 2017 waren in Deutschland im Sinne der Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) 3,4 Millionen Menschen (2013 - 2,6 Millionen) pflegebedürftig. Die amtliche Pflegeberichterstattung zeichnet bezüglich der stationären Versorgung von pflegebedürftigen Menschen folgendes Bild: Ende 2001 gab es in Deutschland 9.165 Altenpflegeheime mit einem vollstationären Dauerpflegeangebot. Bis 2017 war die Zahl der Altenpflegeheime auf 14.480 angestiegen, davon 11.241 ausschließlich mit vollstationärer Dauerpflege.[6] Rund 30 % der Pflegebedürftigen wurden 2001 in Altenpflegeheimen stationär versorgt.[7] 2013 betrug die Quote der Heimversorgung 29 % und in 2017 noch 24 %.

Trotz einer leicht sinkenden Heimversorgungsquote steigt demographiebedingt die Anzahl der pflegebedürftigen Personen in einem Altenpflegeheim.

Lebten im Jahre 2001 insgesamt 604.365 Personen in Altenpflegeheimen, waren es 2017 bereits 818.289 Personen. Im Schnitt betreute in 2017 ein Altenpflegeheim 64 Pflegebedürftige.

Insgesamt steigen die Anzahl der Personen mit Pflegebedarf und die Anzahl derer, die eine vollstationäre Pflege auswählen, stetig. Von 2015 bis 2017 ist die Zahl der Pflegebedürftigen in Altenpflegeheimen um 4,4 %, gestiegen. Gegenüber 2015 ist bei der stationären Versorgung bis 2017 erneut ein Wachstum zu verzeichnen: Die Zahl der Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege stieg um 0,7 % und die Zahl der zugelassenen Plätze für vollstationäre Dauerpflege um 2,2 %. Diese Entwicklung zeigt, dass ein vollstationäres Versorgungsangebot eine relevante Versorgungsform und Alternative zur häuslichen Versorgung mit und ohne ambulante Dienstleistungen darstellt.

[6] Vgl. Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2018, S.12 ff.
[7] Vgl. Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2003, S.10.

Die wichtigsten soziodemografischen Merkmale der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner lassen sich wie folgt beschreiben: Hochaltrigkeit ist ein prägendes Merkmal[8] (im Durchschnitt 81,8 Jahre alt; ca. 68 % der Bewohner sind 80 Jahre alt oder älter; 25 % sind bereits 90 Jahre alt oder älter). Ca. 71 % der im Altenpflegeheim betreuten pflegebedürftigen Personen weisen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz auf.[9]

Mit 70,4 % ist die überwiegende Mehrheit der Heimbewohner weiblich, wobei der Anteil der männlichen Bewohner leicht steigend ist.

Ein weiteres Merkmal von Bewohnern eines Altenpflegeheimes ist die hohe Wahrscheinlichkeit, verwitwet, ledig oder geschieden zu sein (2005 waren etwa 15 % der Bewohnerinnen und Bewohner verheiratet; die meisten Personen haben vor ihrem Heimeinzug alleine gelebt[10]).

Über die Hälfte der Bewohner war vor dem Heimeinzug bereits pflegebedürftig, und zu 79 % waren Angehörige an der Pflege und Versorgung beteiligt. Ungefähr ein Drittel von ihnen hat die Versorgung allein geleistet.[11]

Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner (ungefähr 86 %) haben Verwandte, die sie mehr oder weniger regelmäßig besuchen. Der größte Teil der Angehörigen (65 %) sind die Kinder der Bewohnerinnen und Bewohner, meist die Töchter.[12]

Die Lebenswelt eines Pflegeheimes zeigt sich in einer homogenen Struktur und einer Dominanz durch das weibliche Geschlecht. Diese Struktur der Lebenswelt unterscheidet sich von der Gesellschaftsstruktur außerhalb eines Altenpflegeheimes.

Betrachtet man die Bewohnerstruktur und die Dauer des Aufenthalts, so ergibt sich folgendes Bild. Die Bewohner leben im Durchschnitt 41,3 Monate, meist bis zu ihrem Tod in den vollstationären Altenpflegeeinrichtungen. 22 % der Bewohner versterben in den ersten sechs Monaten und 7 % versterben innerhalb des ersten Jahres. Immerhin 16 % der Bewohner leben zwischen 5 und 10 Jahren und 7 % mehr als 10 Jahre im Heim.[13]

---

[8] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006, S. 94.
[9] Vgl. Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2017, S. 8.
[10] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006, S. 95.
[11] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006, S. 244.
[12] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006, S. 242.
[13] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006, S. 133.

Diese Fakten zeigen: Ein Altenpflegeheim ist ein Wohn- und Lebensort, an dem Hochaltrigkeit, körperliche und gerontopsychiatrische Erkrankungen und verschiedene Formen der Demenz zusammenkommen. Fürsorge und Selbstbestimmung werden zu wichtigen Konzepten im Umgang mit teil-autonomen Bewohnern. Grenzsituationen in der Versorgung und ethische Konflikte nehmen zu.

Einrichtungen orientieren ihre Konzepte und Versorgungsstrukturen sowohl an Formen der selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung im Alltag als auch an einer würdevollen Begleitung am Lebensende. Im Hinblick auf die Familien, die die Bewohner begleiten, können damit auch jahrelange Kontakte und Bezüge zu den Mitarbeitern in einem Altenpflegeheim entstehen.

2.2 Ausgewählte theoretische Ansätze zur Institution Altenpflegeheim

Mit den „Strukturen der Lebenswelt“ entwickelten Schütz und Luckmann einen theoretischen Ansatz, der in den Sozialwissenschaften als Annäherung an die Vorstrukturierung des Alltags und als Bezugsrahmen für Interaktionen beschrieben wird. Die alltägliche Lebenswelt wird als der gegebene Wirklichkeitsbereich definiert. Dazu gehört z. B. die körperliche Existenz von anderen, mit einem Bewusstsein ausgestatteten Menschen, die Bedeutung der Umwelt, die Wechselbeziehung und Verständigung mit den Mitmenschen und eine soziale Welt, die einen vorgegebenen Bezugsrahmen darstellt.[14] Die fraglos gegebene Lebenswelt ist der Wissensvorrat des jeweiligen lebens-weltlichen Denkens. Sie strukturiert den Alltag und macht Interpretationen vor dem Hintergrund der subjektiven Erfahrungen möglich. „Das Fraglose ist gewohnheitsmäßiger Besitz: Es stellt Lösungen zu Problemen meiner vorangegangenen Erfahrungen und Handlungen dar. Mein Wissensvorrat besteht aus solchen Problemlösungen. Diese hatten sich in Erfahrungs-interpretationen bzw. Horizontauslegungen konstituiert.“[15]

In den Altenpflegheimen werden lebensweltorientierte Ansätze diskutiert. Sie beziehen sich auf baulich-gestalterische Aspekte und auf die Alltags-gestaltung, die in Hausgemeinschaften einen Arbeitsschwerpunkt von

[14] Vgl. Schütz, Luckmann 2003.
[15] Schütz, Luckmann 2003, S. 37.

Präsenzkräften darstellt.[16] Zunehmend beeinflussen die lebensweltorientierten Ansätze auch die Pflegekonzeptionen. Bedingt durch ihre Entstehung sind diese durch eine Krankenhausorientierung und damit eine medizinisch-somatische Pflege geprägt und haben sich lange Zeit nur bedingt am Wohnen und Leben von alten Menschen orientiert. Die Kritik der Fachwelt mündete in die Forderung, die institutionellen Faktoren zugunsten der Lebenswelt-orientierung in den Hintergrund zu stellen.

„Ein lebensweltliches Pflegekonzept muss sich die spezifische Lebenswelt von Heimbewohnern erschließen und im pflegerischen Handeln darauf Bezug nehmen. So verlangt lebensweltorientierte Pflege u. E. ein radikales Um-denken und eine eindeutige Orientierung an den Belangen der BewohnerInnen von Heimen, die vor den Erfordernissen eines reibungslosen Pflegeablaufes rangieren."[17]

Das Altenpflegeheim stellt für Bewohner und Mitarbeiter eine lebensweltliche Grundlage zur Konstitution der Identität seiner Mitglieder dar. Handeln kann dann zur fraglos geteilten Routine werden. Bewohner und Mitarbeiter des Altenpflegeheims teilen und gestalten sich die alltägliche Wirklichkeit als einen gemeinsamen, intersubjektiven Erfahrungsraum. Außenstehenden muss sich diese Lebenswelt nicht zwangsläufig erschließen.

Für Urlaub haben Altenpflegeheime nicht nur die Funktion eines Hilfesystems, sondern auch die Funktion, für eine lebensweltliche Grundlage zu sorgen. Die jeweiligen Pflegeheimbewohner beziehen sich auf beide Lebenswelten: die im Altenpflegeheim und die Lebenswelt zu Hause. Durch Angehörigenbesuche werden die früheren Lebensweltbezüge auch fortgeführt.[18] Angehörige haben, sofern sie als „Außenwelt" definiert werden, kaum Zugang zu der Lebenswelt Altenpflegeheim. Um diese Lebenswelt zu verstehen, müssten sie Teil davon sein und die Prozesse mit konstituieren.

Goffman hat bereits in den 1970er Jahren die theoretischen Diskussionen im Feld bereichert. Er subsumierte seinerzeit die Altenheime unter den Begriff der

[16] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004, S. 35.
[17] Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004, S. 35.
[18] Vgl. Urlaub 2000, S. 16 ff.

„totalen Institutionen“.[19] In diesen werden alle Lebensäußerungen von Personen geregelt, kontrolliert und bestimmt. Totale Institutionen sind allumfassend. Tätigkeiten und Lebensäußerungen sind exakt geplant, ihre Tagesstruktur wird durch explizite Regeln vorgeschrieben.

Tätigkeiten und Lebensäußerungen werden überwacht und sind in einem rationalen Plan vereinigt, der dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen. Das Leben aller Mitglieder findet nur an dieser einzigen Stelle statt. Es gibt eine zentrale Autorität. Mit dem Eintritt ist man von der Gesellschaft und seinen früheren Rollen isoliert. Die Individuen erfahren eine Diskulturation, die zur Beschränkung des Selbst und der Selbstbestimmung führt. Die eigenen Habseligkeiten als Identitätsausrüstung sind begrenzt. Das Verhalten der Insassen einer totalen Institution zeigt sich in der Kombination von Anpassungen, Konversion, Kolonisierung und Loyalität, aber auch in Rebellion und Rückzug. Möglicherweise geschehen auch mehr oder weniger subtile Demütigungsprozeduren.

Zentrale Merkmale von totalen Institutionen sind außerdem die Handhabung einer Reihe von menschlichen Bedürfnissen durch die Organisation ganzer Gruppen von Menschen und die automatische Trennung zwischen Verwaltern (dem Personal) und Verwalteten (den Insassen). Die organisatorisch institutionellen Bedingungen bestimmen das Leben und die Lebenswelt der Bewohner und das Arbeiten und somit die Arbeitswelt der Mitarbeiter im Heim. Diese Trennung von Personal und Insassen ist die Hauptquelle von sozialen Konflikten und Problemen innerhalb der Institution. Goffman nennt die Wohn- und Lebensgemeinschaften, die gleichzeitig formale Organisationen sind, „Soziale Zwitter“[20].

Das Konzept der „totalen Institution“ wurde als Bezugsrahmen in vielen Untersuchungen angewendet. Heinzelmann und Koch-Straube haben sich in ihren Untersuchungen mit dem Binnenleben von Altenpflegeheime befasst und diese innerhalb des theoretischen Bezugsrahmens „totale Institution“ analysiert. Sie kommen zum Ergebnis, dass die derzeitigen Altenpflegeheime durchaus noch in der Nähe von „totalen Institutionen“ einzuordnen sind. Beide Autoren

[19] Vgl. Goffmann 1973, S. 17 ff.
[20] Vgl. Goffmann 1973, S. 23.

relativieren aber ihre Bewertung. Heinzelmann spricht von „pseudo-totalen Institutionen“ und begründet dies vor allem damit, dass sich die Lebensführung von alten Menschen außerhalb der Altenpflegeheime nicht gravierend von den Bewohnern im Altenpflegeheim unterscheidet. Koch-Straube verwendet den Begriff einer „gemäßigten totalen Institution“ und bringt die andere Zielperspektive der Institutionen Altenpflegeheime (nicht Umerziehen, Strafe und Vergeltung wie in Gefängnissen) als wichtiges Unterscheidungsmerkmal ein.[21]

Koch-Straube definiert in ihrer ethnologischen Studie Pflegeheime in erster Linie mit einer erlebbaren Andersartigkeit. Sie beschreibt diese fremdheitsauslösende Lebenswelt, die man eher zögernd betritt, wie folgt: „Befremdlich wirkt/wirken auf mich:

- daß eine große Gruppe von alten Menschen, die alle krank und geschwächt erscheinen, ihre Tage und Nächte gemeinsam in der Einrichtung verbringen,
- die weitgehende Stille in einem Haus voller Menschen, ihr Schweigen und ihre Inaktivität,
- daß *s*ie von mir – als Fremde – kaum Notiz nehmen, weder neugierig noch freundlich oder abweisend auf meine Anwesenheit reagieren,
- die Präsenz einer anderen Gruppe von Menschen, die deutlich und durchgängig erheblich jünger ist, die schnell und geräuschvoller als die alten Menschen vielfältige Aktivität entfalten
- Einrichtung und Gestaltung der Räume, die in meinen Augen eher ein Provisorium als einen Wohn- und Lebensraum erkennen lassen,
- starke, ungewohnte Gerüche,
- das anhaltende leise Klagen und Seufzen und die unerwarteten Rufe und Schreie, die die Stille durchbrechen,
- die verrückten Verhaltensweisen einzelner.“[22]

Roth analysiert die Situation von Altenpflegeheimen mit Hilfe der Feldtheorie von Bourdieu. Er beschreibt die Altenpflegeheime als ein prekäres soziales

[21] Vgl. Heinzelmann 2004, S. 245; Koch-Straube 1997, S. 346.
[22] Koch-Straube 1997, S. 20.

Feld, welches im Spannungsverhältnis von Lebenswelt, Familie und Medizin verortet ist und durch unterschiedliche, auch geschlechterbedingte soziale Ungleichheiten und Machtstrukturen gekennzeichnet ist. „Das heteronome und durch disparate Logiken beherrschte Feld der Pflege ist zunächst wesentlich geprägt durch Strukturen sozialer Ungleichheit, bei allgemein prekärem ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital von Pflegebedürftigen, aber auch der hier Tätigen, in der Regel weibliche Pflegekräfte unterer Kleinbürger- oder Mittelschichten."[23] Pflegeheime sind demnach durch mangelhafte Pflege, Überversorgung, Infantilisierung, Paternalismus und Gewalt, Ressourcenmangel und Überlastung, Qualifikations- und Organisationsdefizite gekennzeichnet und gehen mit einem geringen sozialen Kapital der Bewohner und einen disparaten semi-professionellen Habitus von pflegenden Frauen einher.[24]

Die Dilemmata lassen sich mit folgender Aussage zusammenfassen: Das typische Milieu in einem Altenpflegeheim ist dadurch gekennzeichnet, dass alte Frauen mit einem niedrigen Einkommen und einem niedrigen sozialen Kapital von Frauen mit einem niedrigen Einkommen und einem niedrigen sozialen Kapital gepflegt werden. Denn bei zunehmendem Pflegebedarf folgt ein Verfall des ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals der Pflegebedürftigen.

Sind Vorstellungen von Altenpflegeheimen als „totaler Institution", als „fremde Welt" oder im Sinne von Roths „prekärem sozialen Feld" auch nur ansatzweise in der Gesellschaft vorhanden, so ist es nicht verwunderlich, dass im Alter und bei eintretender Pflegebedürftigkeit niemand mit erster Priorität einen Heimeinzug wählt.
Altenpflegeheime stehen in starkem Maße in der Kritik der Öffentlichkeit und sind Ziel medialer Inszenierungen von Missständen in der Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen. Sie sehen sich auch im Hinblick auf ihre Existenzberechtigung infragegestellt.[25] Gefordert werden alternative Versorgungsformen wie zum Beispiel das Leben in einer selbst- oder

[23] Roth 2007, S. 87.
[24] Vgl. Roth 2007, S. 88.
[25] Vgl. Dörner 2007.

trägerorganisierten Wohngruppe oder Hausgemeinschaft mit bis zu zwölf Pflegebedürftigen in Verbindung mit einer Deinstitutionalisierungsdebatte.

2.3 Altenpflegeheime im Spiegel der öffentlichen Kontrollen

Ältere Menschen sind oft zurückhaltend bis zögernd, wenn ein Umzug aus ihrem privaten Wohnumfeld in ein Heim zu realisieren ist. Auch Angehörige tun sich mit der Entscheidung vielfach schwer und präferieren selten die Heimversorgung. Sie nehmen diese in der Regel in Kauf, wenn alle anderen Versorgungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Das öffentliche Bild der Altenpflegeheime ist dringend verbesserungswürdig und die Altenhilfe-einrichtungen sind auch vom Gesetzgeber aufgefordert, mit der relevanten Umgebung positiv zu kommunizieren und ihre Qualität transparent zu machen.[26]

Wahl und Schneekloth erkennen den Konflikt der Altenpflegeheime einerseits in der Gesellschaft für die Marginalisierung des Alters zu stehen (als eine Form des An-den-Rand-gedrängt-Werdens und der sozialen Unterdrückung), auf der anderen Seite diejenige Versorgungsform darzustellen, die ins Spiel kommt, wenn alle anderen Versorgungsmöglichkeiten versagen.[27] „Heime werden und müssen wahrscheinlich, fast im Sinne einer paradoxen Intention, so ‚heimunähnlich' wie möglich werden, aber sie werden ihren Heimcharakter deswegen nicht verlieren."[28]

2006, zehn Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung, erschien der erste Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. In den Vorbemerkungen zum Bericht wird der gesellschaftlich verankerten Skepsis gegenüber Altenpflegeheimen durchaus Rechnung getragen: **„**In erster Linie kommt darin der Wunsch nach einem Verbleib in der vertrauten Wohnumgebung auch im Pflegefall zum Ausdruck sowie die bislang noch mangelnde Transparenz hinsichtlich der Qualität der in Heimen erbrachten Leistungen. Die Qualität der stationären Versorgung ist, wie Fakten dieses

[26] Mit den Qualitätsberichten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen und den Heimaufsichten soll Transparenz ermöglicht werden.
[27] Vgl. Schneekloth; Wahl 2007, S. 23.
[28] Schneekloth; Wahl 2007, S. 33.

Berichts belegen, erheblich besser als es öffentlich geführte Debatten und einzelne Berichte gelegentlich vermuten lassen. Gute Pflege und Betreuung ist möglich und wird in den Heimen grundsätzlich auch praktiziert."[29]

Altenpflegeheime sehen sich mit einer von den Kostenträgern gestützten Diskussion um Transparenz und Qualität konfrontiert. Leistungsrechtlich zielen insbesondere die Regelungen im Sozialgesetzbuch (SGB) XI durch die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK) auf Transparenz. Dieser führt seit Ende 1996 Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege durch. Mit dem Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (PQsG), 2002 in Kraft getreten, ergeben sich die Prüfrechte des MDK aus Kapitel 11 „Qualitätssicherung, sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen" des SGB XI (§§ 112 ff. SGB XI). Gleichzeitig wurde der MDK beauftragt, im Abstand von drei Jahren über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sowie über seine Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und zur Qualitätssicherung zu berichten. Auf der Grundlage dieser Berichte werden öffentlichkeitsrelevante Debatten zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege geführt.[30]

Ergänzend dazu hat das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) aus 2008 bzw. nachfolgend das ab 30.10.2012 gültige Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) im § 115 Abs.1a SGB XI die Voraussetzungen dazu geschaffen, dass seit dem Jahr 2009 die Ergebnisse der Pflegequalitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung mit sogenannten Pflegenoten veröffentlicht werden können.[31]

Daneben gibt es auch nichtnormative Transparenzinitiativen zur externen Begutachtung und Prüfung auf Verbraucherfreundlichkeit. Die Bundes-interessenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungs-angeboten im Alter und bei Behinderung - BIVA e.V. zeichnet mit dem „grünen Haken". Es handelt sich um ein Heimverzeichnis, betrieben von der

[29] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006, S. 2.
[30] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. 2017.
[31] Auf der Homepage des Medizinischen Dienstes ist das Selbstverständnis der Organisation zu lesen, die sich mit einer gewissen Skepsis gegenüber den Leistungserbringern in diesem Feld positioniert. Verfügbar unter https://www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/qualitaetssicherung-der-qualitaetspruefung.html, geprüft am 03.11.2018.

Gesellschaft zur Förderung der Lebensqualität im Alter und bei Behinderung. Auch sie zeigt damit auf, wie sehr die Altenpflegeheime und das bei ihnen wohnende vulnerable Klientel überwacht werden soll.

Ordnungsrechtlich fokussieren die Novellierungen der Heimgesetze ebenfalls den Verbraucherschutz, die Veröffentlichung von eigenen Qualitätsberichten und die Mitwirkungsmöglichkeiten.[32] Die Kontrollen und Maßnahmen des Verbraucherschutzes sind sinnvoll, stützen jedoch gleichzeitig das in der Gesellschaft vorhandene Misstrauen gegenüber der Institution Altenpflegeheim. „Gärtner resümiert dazu: „Das Management ist bei genauerem Hinsehen zumeist normativer als es tut. Es verkauft vielfach Hoffnung auf Veränderung mit den dazugehörigen Programmen und produziert ein Netzwerk von Instrumenten, das den Eindruck vermittelt die Organisation im Griff zu haben."[33] Veränderungen managen bzw. Prozesse revidieren ist typisch für Organsiationen. „Das organisationale Leben darf misslingen, aber man hat ein Format indem dieses Misslingen zur Sprache gebracht und natürlich kontinuierlich verbessert wird. Man ist in ständiger Prozessrevision."[34]

Wahl und Schneekloth schlagen vor, den Begriff „Heim" z. B. mit dem Begriff Altenzentrum auszutauschen, da er stark besetzt ist mit Mängeldiskussionen.

Gleichzeitig stellen Sie fest. „Insofern bieten Heime vor allem für spezielle Gruppen von Älteren mit schwerwiegenden Einbußen, prototypisch Ältere mit demenziellen Erkrankungen, grundsätzlich ein sehr bedeutsames Pflege- und Therapiepotenzial, das nicht ohne weiteres durch alternative Versorgungsformen zu ersetzen ist."[35] Wahl und Schneekloth beschreiben die Funktionalität der Altenpflegeheime wie folgt: „Heime besitzen in einer Gesellschaft des langen Lebens mit ständigem Anstieg der fernen Lebenserwartung auch konzeptionell eine wichtige Rolle" und „Offensichtlich brauchen stark alternde Gesellschaften „Schutzräume" vor allem für das Vierte Alter, und es scheint außer Zweifel zu stehen, dass zumindest in der Gegenwart Heime in starkem Maße diese „Schutzraumfunktion" übernehmen."[36]

---

[32] Beispielhaft zu nennen ist das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) auf Bundesebene vom 01.10.2009 und am Beispiel von Baden-Württemberg das Wohn-, Teilhabe und Pflegegesetz vom 01.06.2014.
[33] Gärtner, H.W. 2008, S. 20.
[34] Gärtner, H.W. 2008, S. 20.
[35] Schneekloth; Wahl 2007, S. 24.
[36] Schneekloth; Wahl 2007, S. 24.

„Ambulant vor stationär“ – das Paradigma der Sozialpolitik und der Wunsch eines alternden Menschen nach Verbleib in seinem vertrauten Umfeld hat in Deutschland ein vielfältiges Angebot von Wohnen, Betreuung und Pflege entstehen lassen. Die „Schutzraumfunktion“ von Heimen wird sich verändern, da in den Einrichtungen zunehmend auch andere Wohnkonzepte entwickelt werden. Gleichzeitig wird die Existenzberechtigung der Heime durch alternative Versorgungsformen und eine starke Deinstitutinalisierungsdebatte in Frage gestellt.

2.4 Altenpflegeheime als Umwelten für Menschen mit Demenz

Dementielle Erkrankungen haben unterschiedliche Ursachen und zeigen sich in Form von dauerhaften Störungen von Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen, begleitet von einem veränderten Sozialverhalten und einem Verlust der emotionalen Kontrolle. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit dementieller Erkrankungen. Die alterspezifische Prävalenz beträgt bei den 65- bis 69-Jährigen etwa 1,5 %, verdoppelt sich in 5-Jahres-Schritten und liegt bei den über 90-Jährigen bei mehr als 30 %.[37] Auch der Anteil der Heimbewohner mit Demenz steigt stetig. Aktuell leben über 70 % der Heimbewohner mit einer Demenz. Die Lebenswelt Altenpflegeheim ist damit durch einen hohen Anteil von gerontopsychiatrisch Erkrankten und schwerpflegebedürftigen Heimbewohnern bestimmt.

Ein Bewohner hat in der Regel eine gewisse Pflege- und Betreuungszeit in der Häuslichkeit erlebt, bevor er in das Altenpflegeheim einzieht. Die Pflege von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung wird überwiegend in Privathaushalten von Angehörigen geleistet. Pflegende Angehörige sind durch die Rund-um-die-Uhr-Betreuung stark beansprucht. Die Sozialpolitik reagierte in den vergangenen Jahren verstärkt mit finanziellen Anreizen zur Nutzung von weiteren Unterstützungsangeboten und auch mit erweiterten Leistungsangeboten für pflegende Angehörige und ihre Pflegebedürftigen. Die Intentionen sind dabei klar: Es geht darum, das häusliche und informelle

[37] Vgl. Gesundheit in Deutschland 2015, Demenzerkrankungen: Prognosen der Häufigkeit.

Pflegepotenzial zu stärken, länger zu erhalten und dabei die Sekundärfolgen durch zunehmende Erkrankungen bei pflegenden Angehörigen zu mindern.

Auch in dem ab 2015 geltenden Pflegestärkungsgesetz rücken die pflegenden Angehörigen in den Vordergrund. Das Gesetz soll ihre Aufgaben unterstützen und die Gruppe der pflegenden Angehörigen „stärken". Leistungen der Ersatzpflege und der Tages- und Nachtpflege sind weiter ausgebaut worden.

Um die aktuellen Konzepte der Betreuung von alten Menschen mit Demenz zu verstehen, ist ein Blick in die Geschichte aufschlussreich. Die historische Entwicklungslinie des Altenheims führt vom Armen- und Siechenhaus über Hospitäler und Anstalten hin zu einer ausdifferenzierten alterspezifischen Einrichtung im Zeitalter der Industrialisierung. Ein Selektionsprozess fand für Menschen mit psychischen und geistigen Behinderungen statt. Hier entstand das Versorgungssystem Psychiatrie als Teil der Medizin. Der vieldiskutierte Konzeptwechsel in der Altenhilfe bezieht sich auf die letzten 70 Jahre. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe fasst den Konzeptwechsel in fünf Generationen des Altenwohn- und Pflegeheimbaus und beschreibt die Zeit bis Anfang der 60er Jahre als erste Generation mit dem Begriffen „Verwahranstalt" und „Insassen". Die 60er bis 70er Jahre gelten als 2. Generation: Altenwohneinrichtungen folgten in dieser Zeit dem Leitbild eines Krankenhauses. Ab den 80er Jahren verfolgte die 3. Generation das bauliche Konzept eines Wohnheimes mit Wohnbereichskonzepten. Mit dem Leitbild der Familie und einer gelebten Normalität in kleinen Gruppen wird das Hausgemeinschaftskonzept als 4. Generation Altenheimbau vorgestellt. Kleine Gruppen von bis zu 12 Personen leben in einer Hausgemeinschaft. Eine sogenannte Alltagsbegleiterin oder Präsenzkraft leistet dezentral die hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung vor Ort in der Hausgemeinschaft. Seit einigen Jahren wird mit der 5. Generation ein Quartierskonzept favorisiert. Zu dem Leben in Privatheit und in einer Gemeinschaft kommt der Bezug zum Quartier hinzu. Der Sozialraum soll Bestandteil des Lebens im Altenpflegeheim sein.[38]

[38] Vgl. Kaiser 2012.

Die Diskussionen um die Konzepte sind stark geprägt von der Architektur und der Größe der Gruppen. Leitbegriffe wie „Familie“ oder „Normalität“ werden vorrangig an baulichen-räumlichen Lösungen festgemacht. Pflegerische Konzepte und Leitideen, die eine veränderte Intention des Zusammenlebens fordern und unterstützen, werden in den Diskursen eher vernachlässigt. Ideen von Alltag und Normalität werden daher meist operationalisiert und in Arbeitsstrukturen gefasst, die z. B. auf ein gemeinsames Wäsche-Waschen oder auf das Kochen in der Wohngruppenküche fokussieren.[39]

In der stationären Langzeitpflege werden auch verschiedene Pflegesettings (räumlich-konzeptionelle Betreuungsmodelle) diskutiert: Integrative, teil-integrative und segregative Wohnformen für Menschen mit und ohne Demenz werden unterschieden. Die integrative Form der Betreuung überwiegt in den meisten Einrichtungen, obwohl der Anteil der Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf durch Demenz ständig zunimmt. Schmidt kritisiert bei den integrativen Wohnformen, dass ihnen oftmals keine klaren Konzepte zugrundelägen.[40] Mit dem teilintegrativen Ansatz werden die integrativen Konzepte unterstützt indem, die Heimbewohner mit Demenz zeitweise in einer speziellen Tagesbetreuung innerhalb der Einrichtung betreut werden. Die Bewohner werden je nach Schweregrad der Demenz und ihren Verhaltens-auffälligkeiten getrennt betreut).[41] Bei einem segregativen Setting handelt es sich meist um eine abgegrenzte Wohngruppe ausschließlich für Menschen mit Demenz. Die Betreuung soll speziell auf deren Bedürfnisse ausgerichtet sein. Mit dem segregativen Pflegesetting wird die Reduzierung der Fixierungen, eine höhere Aktivität, Mobilität und Selbstbestimmung der Bewohner, eine geringere Medikalilsierung und eine höhere Präsenz der Angehörigen verbunden. Zur Wirkung auf die Bewohner liegen in Deutschland nur wenige Praxisberichte, Einzelfallstudien bzw. wissenschaftliche Befunde vor.[42]

---

[39] Verschiedene Fachdisziplinen haben in den vergangenen Jahrzehnten unterschiedliche theoretische Modelle zur Versorgung von Menschen mit Demenz entwickelt. Ihnen zugrunde liegt eine jeweils eigene Perspektive, wie z.B. eine rehabiltativ-therapeutische, eine ökologische, eine soziotherapeutische oder eine medizinische. Diese Modelle werden an dieser Stelle nicht ausführlich dargestellt.

[40] Vgl. Schmidt 2002, S. 97.

[41] Vgl. Reggentin; Dettbarn-Reggentin 2006, S. 36.

[42] Vgl. Weyerer et al. 2005, S. 90-96; Dühring 2006.

2.5 Personalsituation in Altenpflegeheimen

Der Personalbedarf einer Altenpflegeeinrichtung wird durch gesetzliche und vertragliche Regelungen beeinflusst. Die Träger schließen einen Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI ab, in dem sowohl die Inhalte der Pflegeleistungen, die Qualitätsanforderungen der Pflege, die Entgelte und die dann landesweit vereinbarten Personalrichtwerte definiert sind.[43] Die Personalrichtwerte werden in Form von sogenannten Pflegeschlüsseln mit der Bewohnerstruktur in Verbindung gebracht, da im Bereich von Pflege und Betreuung die Personalschlüssel in Beziehung zu den Pflegegraden gemäß dem Pflegeversicherungsgesetz gesetzt werden.

Auf der Grundlage der Landesheimgesetze haben die Bundesländer Personalverordnungen erlassen, in denen Auflagen zur Personalverteilung gemacht werden und eine Quote für die Fachkräfte festgelegt ist. Die meisten Landesheimgesetze fordern eine fünfzigprozentige Pflegefachkraftquote und verfolgen damit das Ziel einer quantitativen Fachkraftsteuerung. Daher sind mindestens 50 % der Mitarbeiter in den Bereichen Pflege und soziale Betreuung „Fachkräfte“, allerdings im Sinne eines weit gefassten Fachkräftebegriffs. Halten Pflegeheimträger eine höhere Fachkraftquote vor, reglementieren die Kostenträger dies meist als einen unwirtschaftlichen Personaleinsatz.
Fachkräfte sind Beschäftigte, die in der Regel eine mehrjährige spezifische Berufsausbildung aufweisen; dabei werden z. B. Altenpfleger/-innen zu den Fachkräften gezählt, Altenpflegehelfer/-innen hingegen nicht. Auch die verschiedenen Berufe, aus denen sich die Fachkraftquote bilden darf, sind ordnungsrechtlich vorgegeben. Daher ergibt sich für ein Team in einem Wohnbereich eine gewisse Struktur von Fach- und Hilfskräften, die auch zu einer Unterscheidung bei verantwortlich durchzuführenden Tätigkeiten führt. Sowohl fachliche als auch wirtschaftliche Überlegungen beeinflussen den Qualifikationsmix einer Einrichtung und geben den verantwortlichen Trägern einen gewissen Spielraum zur Gestaltung.
In einem Altenpflegeheim sind verschiedene Berufsgruppen, Fach- und Hilfskräfte und in der Regel eine Vielzahl bürgerschaftlich engagierte Personen

[43] Vgl. Deutscher Caritasverband 2015.

in die Betreuung der Bewohner und ihrer Familien eingebunden. Die Organisation ist für den Bewohner und seine Angehörigen zuständig und darf dabei auch die interprofessionelle Kooperation aller Akteure positiv stimulieren. Gemäß den Angaben der Pflegestatistik 2017 waren im Erhebungszeitraum in Deutschland 765.000 Beschäftigte in Altenpflegeheimen angestellt (2015 - 730.000). Knapp zwei Drittel (63 %) waren Teilzeitkräfte, 84 % der Mitarbeiter weiblich. 61 % der Beschäftigen haben ihren Arbeitsschwerpunkt in der Pflege und Betreuung, 16 % in Bereich der Hauswirtschaft und 10 % in Verwaltung, Technik und sonstigen Bereichen. 6 % der Mitarbeiter arbeiten in der sozialen Betreuung und weitere 7 % für die zusätzliche Betreuung für Menschen mit Demenz.

Die Pflegestatistik 2017 bietet nun im dritten Erhebungszeitraum Daten zur Altersstruktur der Beschäftigten. Demzufolge waren 18 % der Beschäftigten unter 30 Jahre alt, 40 % waren 30 bis 49 Jahre alt und 42 % der Beschäftigten waren 50 Jahre alt und älter.[44] Bis zu 30 % der Mitarbeiter in den Altenpflegeheimen haben einen Migrationshintergrund, der physische und psychische Gesundheitszustand ist schlechter als bei der Vergleichsbevölkerung, und die Arbeitsbedingungen werden eher als unattraktiv erlebt.[45] Die Personalveränderungen in den vergangenen Jahren haben den Anteil der Teilzeitkräfte noch weiter ansteigen lassen.[46] Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten in den Einrichtungen sinkt zugunsten der teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter (2015, 2017: 29,0 %). 2005 arbeiteten 38,1 % der Beschäftigten Vollzeit, im Jahr 2001 waren es noch 46 %.[47]

Die Bereiche „Soziale Arbeit“ und „zusätzliche Betreuungsleistungen“, die seit 2015 für jeden Bewohner angeboten werden können, nehmen eine weitere Unterstützungsperspektive ein, wenn es um die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit, Beschäftigung und Lebensqualität geht.
Die verschiedenen Berufsangehörigen der Hauswirtschaft tragen zur Servicequalität bei und helfen mit, den Alltag zu strukturieren. Insbesondere durch die

[44] Vgl. Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2018, S. 14.
[45] Vgl. Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation 2008, S. 24.
[46] Vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 9.
[47] Vgl. Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation 2008, S. 21; Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2015, S. 26.

in den letzten Jahren aufgebauten Konzepte in Wohngruppen oder Hausgemeinschaften und deren Idee von einer stärkeren lebenswelt-orientierten Alltagsgestaltung tritt die Kooperation von Hauswirtschaft und Pflege verstärkt in den Fokus.

Die Entwicklungstrends bezüglich der Personalstruktur werden meist in Verbindung gebracht mit der Hochrechung von Pflegebedürftigkeit und Demographie. In vielen Untersuchungen wird deutlich, dass Personalmangel, Attraktivität des Arbeitsortes Altenpflegeheim, Änderungen in den Versorgungs-konzepten sowie die personelle Zusammensetzung in den Einrichtungen die künftige Versorgungssituation beeinflussen und als die Herausforderung im Management gelten.

2.6 Normative und strukturelle Elemente der Beziehung zwischen Angehörigen und Altenpflegeheim

Betrachtet man die strukturellen Vorgaben, die ein Altenpflegeheim mit den Angehörigen verbindet, so lässt sich zunächst ein definitorischer Unterschied zum ambulanten Versorgungsbereich festmachen. Das Leistungsrecht im SGB XI für den stationären Versorgungsbereich sieht, im Gegensatz zum ambulanten Setting, in der stationären Versorgung keine Aufgaben für die pflegenden Angehörigen vor. Angehörige sind Träger von Rechtspositionen, wenn sie in anwaltschaftlicher Funktion als gesetzlicher Vertreter bestellt sind.

Das Pflegeversicherungsrecht definiert in der häuslichen Versorgung sogenannte Hauptpflegepersonen. Im Vertragsrecht der stationären Versorg-ung ist dies nicht vorgesehen, da diese Funktion der Heimträger übernimmt. Die Versorgungsverträge in den Altenpflegeheimen gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI sind sogenannte Vollversorgungsverträge. Eine Mitwirkung, verankert in den heimrechtlichen Verordnungen, ist vorgesehen und findet in der Regel in der Struktur und Funktion von Heimfürsprechern oder Angehörigenbeiräten statt.

Einige Heimträger haben sich im Rahmen von Modellversuchen auf den Weg gemacht, ähnlich wie in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften, die Mitarbeit durch Angehörige konzeptionell zu fassen und vertraglich durch einen Mindeststundeneinsatz zu regeln. Wenige Familien haben das Modell gewählt. Diese Vorhaben konnten meist nicht dauerhaft umgesetzt werden.

Die einzelnen Heimverträge sehen in der Regel keine Nennung von Angehörigen und ihren Aufgaben vor. Hier wirkt auch das Ganzheitlichkeitsversprechen der Institution Altenpflegeheim, da es sich um eine vertraglich abgesicherte Versorgung als pauschale „all inclusive"-Dienstleistung handelt. Klie et al. sehen eine Ursache für das Fernbleiben der Angehörigen in der Tatsache dass es sich bei der strikten Trennung von ambulanter und vollstationärer Versorgung um ein dichotomes Verhältnis handelt.[48] Angehörige fühlten sich aufgrund der bezahlten umfassenden Pflege und Betreuung laut Heimvertrag nicht verpflichtet, in der stationären Versorgung eine teilhabende beziehungsweise teilnehmende Rolle einzunehmen.

3. Das Altenpflegeheim und die Angehörigen

In diesem Kapitel soll der Forschungsgegenstand analysiert werden. Es ist von Interesse, welche Forschungsschwerpunkte bestehen und welche theoretischen Diskurse zur Zusammenarbeit von Angehörigen und beruflichen Mitarbeitern in einem Altenpflegeheim zur Verfügung stehen.

3.1 Ausgewählte theoretische Konzepte

Zunächst werden einige theoretische Grundlagen vorangestellt, die sowohl im ambulant-häuslichen als auch im stationären Versorgungskontext entwickelt wurden. Bei den Konzeptualisierungen zur Zusammenarbeit von Angehörigen und Mitarbeitern in der Pflege kann festgestellt werden, dass die Konzepte und Theorien ein unterschiedliches Abstraktionsniveau und damit eine unterschiedliche Reichweite vorweisen.[49] Als Metakonstrukte lassen sich meist soziale oder familiäre Unterstützung und die Komplementarität von privaten und institutionellen Hilfen ausmachen. Sie sind meist auch in den verschiedenen Studiendesigns als theoretischer Rahmen zugrunde gelegt.

Aus der Literaturanalyse lassen sich tätigkeitsorientierte, organisationsbezogene und beziehungsorientierte Diskurslinien differenzieren. Es wird

[48] Vgl. Klie et al. 2005, S. 122-127.

[49] Damit erklärt sich auch die Beobachtung, dass die verwendeten Bezeichnungen wie Modelle, Konzepte oder Theorien eine unterschiedliche wissenschaftstheoretische Fundierung haben.

jeweils ein Modell bzw. eine Theorie exemplarisch dargestellt. Ein Modell berücksichtigt auch den gesellschaftlichen Megatrend Demenz.

Zunächst wird mit Litwaks Theorie der Aufgabenteilung und ausbalancierten Koordination ein tätigkeitsorientiertes Modell vorgestellt. Das Modell der Typisierung von Twigg und Atkin legt als organisationsbezogener Ansatz seinen Schwerpunkt auf pflegende Angehörige in der Häuslichkeit und auf deren intentionales Handeln. Mit dem Senses Framework von Nolan et al. wird die Beziehungsorientierung in der Triade Mitarbeiter, Angehöriger und Bewohner hervorgehoben. Die theoretischen Debatten in der Konzeptualisierung von Angehörigen über die Tätigkeiten und Mitwirkung hin zur Interaktion und zur Beziehung zeigen eine Entwicklungslinie auf, die auch der Komplexität von institutioneller Versorgung Rechnung trägt. Die Darstellung von relevanten Konzepten wird mit einer pflegetheoretischen Fundierung, mit dem Modell der Familien- und umweltbezogenen Pflege, abgerundet.

3.1.1 Litwaks Theorie der Aufgabenteilung und ausbalancierten Koordination

In den 1970er Jahre standen zur Frage der Aufgaben- und Arbeitsteilung von Familien und Pflegepersonal vor allem die aus der Soziologie kommenden theoretischen Positionen von Litwak im Mittelpunkt.[50] Litwak hält für eine optimale Versorgung der Bewohner die Verbindung der unterschiedlichen Fähigkeiten von Pflegepersonal und Familienangehörigen für erforderlich. Sie beschreibt dabei die „technical tasks“ und die „nontechnical tasks“. Ob die Familie oder die Pflegemitarbeiter zuständig sind, ergibt sich aufgrund der unterschiedlichen Aufgaben und Rollen. Litwak fokussiert dabei auf eine „funktionale Spezifizität“ sozialer Beziehungen. Verschiedene Personen mit unterschiedlicher Beziehung zum Bewohner übernehmen jeweils unterschiedliche soziale Aufgaben. Diese Aufgabenteilung setzt auf eine ausbalancierte Aufgaben- und Rollenteilung und auf Kooperation von hauptamtlichen Mitarbeitern und Angehörigen. Auf die eher routinemäßigen Tätigkeiten („technical tasks“) konzentriert sich das formale System, die Mitarbeiter; die sogenannten „non-technical tasks“ sind Tätigkeiten in der

[50] Vgl. Litwak 1977, S. 80-116.

Zuständigkeit des informellen Systems. Hier gehen Angehörige auf individuelle Bedürfnisse ein und leisten emotionale Zuwendung. Die Stärken der jeweiligen Gruppierungen bzw. Systeme können kombiniert werden; Zuständigkeiten werden dadurch klarer und die Aufgabenteilung konfliktfreier.

Litwaks Modell der Aufgaben- und Rollentrennung wurde in mehreren Studien zugrunde gelegt, empirisch überprüft und weiterentwickelt. In einer Studie wurden z. B. durch Einschätzungen von Angehörigen bestimmte Tätigkeiten den Bereichen „technical" bzw. „nontechnical" zugeordnet. Dabei wurde deutlich, dass eine getrennte Zuordnung von Aufgaben möglich ist, im Vordergrund dabei aber die flexible, kooperative Partnerschaft und Zusammenarbeit stehen.[51]

Die begriffliche Unterscheidung in „fachliche" und „persönliche Hilfen" für die jeweiligen Aufgabenschwerpunkte scheint ein besseres Begriffspaar zu sein als „technisch" – „nicht technisch". Engels et al. verweisen darauf, dass auch die professionell-fachliche Hilfe von emotionaler Zuwendung begleitet sein sollte.[52] „Aus dieser Perspektive ist die Mitwirkung von Angehörigen ebenfalls keine Frage der arbeitstechnischen Aufteilung und Delegation, sondern eines gemeinsamen, kommunikativen Prozesses im Bemühen um eine hohe Pflegequalität."[53]

Unter dem Einfluss des Symbolischen Interaktionismus erfährt Litwaks Theorie Kritik. In aller Offenheit soll es möglich sein, die Rollenteilung zwischen den beteiligten Akteuren eines formalen und informellen Systems individuell auszuhandeln.[54] Bereits Bowers definierte in ihren Forschungen zu den familiären Pflegesituationen 1987 ein Konzept der intergenerativen Pflegebeziehungen. Sie kritisierte damit die strukturelle Nichtberücksichtigung der Rolle der pflegenden Angehörigen und die Fokussierung auf die Tätigkeitsorientierung und weist diese für ein Verständnis der intergenerativen Pflegebeziehung als ungeeignet zurück.[55] Familiale Pflege definiert sich durch Absicht und Bedeutung, die Familienmitglieder den jeweiligen Handlungen zugeschreiben. Ihre Kritik zielt darauf, dass beruflich Pflegende nicht in Betracht

[51] Vgl. Dempsey; Pruchno 1993, S. 379-402.
[52] Vgl. Engels; Pfeuffer 2007, S. 6.
[53] Engels; Pfeuffer 2007, S. 7.
[54] Vgl. Büscher 2007.
[55] Vgl. Bowers 1987, S. 20-31.

ziehen, was von den Angehörigen als entscheidend angesehen wird. Pflegende Angehörige und professionelle Pflegepersonen haben unterschiedliche Rollen, Betrachtungsweisen und bewerten unterschiedlich. Intentionales Handeln ist entscheidender als die Tätigkeit an sich. Büscher erläutert dazu: „Sie untermauert ihre Auffassung mit der Beobachtung, dass wenn Pflegende gebeten werden, ein Verhalten als Pflege oder etwas anderes zu bezeichnen, sie rein willkürliche Entscheidungen treffen. So kann Essen kochen eine Pflegehandlung oder eine reine Tätigkeit sein oder beides gleichzeitig."[56] Bowers fünf, sich auch in der Empirie überschneidenden Konzepte familialer Pflege sind

a) „anticipatory caregiving" (voraussehende Pflege mit Handlungen, die auf mögliche angenommene Bedürfnisse zielen),

b) „preventive caregiving" (Aktivitäten, die den Zweck haben, Krankheit, Verletzungen und Verschlechterungen zu verhindern),

c) „supervisory caregiving" (beaufsichtigende und sichernde Pflege),

d) „instrumental caregiving" (handeln, geben und assistieren) und

e) „protective caregiving" **(**schützende Pflege, die sich auf die Vulnerabiltät der Klientel bezieht).[57]

Mit ihren Definitionen leistet sie einen Beitrag zum Verständnis familialer Pflegesituationen, die möglicherweise auch im stationären Versorgungskontext Bedeutung erlangen können.

3.1.2 Das Modell der Typisierung von Twigg und Atkin

Twigg und Atkin haben in ihren Forschungsarbeiten im ambulanten Sektor ihre Konzepte von 1990 und 1993 fortgeschrieben und 1994 vier Typisierungen herausgearbeitet, nach denen die Zusammenarbeit der professionellen Dienste mit den Angehörigen konzeptuell gefasst werden kann. Es handelt sich dabei um eine eher organisationsbezogene Perspektive auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Professionelle Dienste konzeptualisieren Angehörige als Ressource, als Mitarbeiter (Co-Worker), als Co-Kienten oder als abzulösende

[56] Büscher 1998, S. 7.
[57] Bowers 1987, S. 20-31.

und zu ersetzende Pflegende.[58] Die vier Typisierungen lassen sich nicht ganz klar voneinander trennen, situationsabhängige Änderungen sind ebenfalls möglich.

Angehörige stehen dem formellen Sektor als Ressource zur Verfügung und befindet sich in einer eher untergeordneten Position. Angehörige und Mitarbeiter sind nicht austauschbar oder können sich gegenseitig ersetzen. In einer weiteren Beschreibung werden Angehörige als Mitarbeiter, definiert, die parallel arbeiten und eine kooperative Zusammenarbeit suchen. Werden Angehörige als Co-Klienten wahrgenommen, dann als sekundäre Klienten, die nachrangig zum eigentlichen Pflegebedürftigen einen Hilfebedarf haben. Im Modell des „superseded carers" steht die zu pflegende Person, im Vordergrund. Sie möge in eine zunehmende Unabhängigkeit von Pflege kommen um sich selbst auch ersetzen zu lassen.[59]

Twiggs und Atkins Problembeschreibungen im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Angehörigen im ambulanten Pflegebereich lassen sich wie folgt zusammenfassen: Pflegende Angehörigen sind nicht im Blick der Dienstleistungserstellung, ihre Beziehung zu den professionellen Diensten ist unsicher und unbestimmt. Sie sind nicht die Klientel und nicht die Patienten und damit auch selten im Fokus von direkten Interventionen. Gleichzeitig haben sie einen definierten Part in einer komplexen Versorgungssituation, welcher erkannt werden müsste. Beruflich Pflegende, Politikentscheider und Forscher haben ein von Ambiguität geprägtes Verhältnis zu den Angehörigen und damit Schwierigkeiten, die Beziehungen zu den pflegenden Angehörigen zu konzeptualisieren. In dem organisationalen und professionellen Kontext der Dienstleistungserbringung werden Muster beschrieben, die die Beziehung der beiden Gruppierungen mit definieren. Twigg und Atkin sehen, mit Blick auf das britische Gesundheitswesen, eine strukturelle Distanz zwischen einem medizinischem System und der sozialen Verantwortung in Familien. Die Medizin legt ihren Fokus auf einen Patienten, auf physiologische Probleme und Fehlfunktionen von Organen. Dies lässt sich auch mit einer technikbasierten Medizin beschreiben. Angehörige dagegen tragen die sozialen, emotionalen,

[58] Vgl. Twigg; Atkin 1994, S. 13.
[59] Vgl. Twigg; Atkin 1994, S. 11-15.

beziehungsorientierten und individuellen Aspekte der Sorge. Die Betreuung und Pflege der informell Pflegenden, der Angehörigen, ist kein zentraler Aspekt der medizinbasierten Praxis. Wenn Angehörige in den Blick geraten, dann eher mit einen instrumentellen Charakter im Sinne einer Ressource.[60]

Die Autoren sprechen sich für eine Mediation, für eine Vermittlung bzw. für eine Aushandlung in beide Richtungen aus. Beide Seiten, die der professionell und die der informell Pflegenden, sollen über die verschiedenen Interpretationen und Erwartungen Kenntnis erhalten. Dies ist dann die Basis eines Aushandlungsprozesses, der im Idealfall in einen gleichberechtigten und geteilten Kontext mündet.[61]

3.1.3 „Senses Framework" zur Beziehungsorientierung

Mit dem „Senses Framework" legten Nolan et al. 2006 ein Modell für die gerontologische Pflege vor, mit dem die spezifischen Bedingungen der Pflege bei multimorbiden und chronisch kranken alten Menschen besser berücksichtigt werden können. Das Modell soll helfen, die Beziehungen von Menschen mit Demenz, den Mitarbeitern in der Pflegeeinrichtung und den Angehörigen zu verstehen und Lebensqualität in einem gelingenden Altern zu berücksichtigen.[62]

Beeinflusst von den Beiträgen von Twigg und Atkin hat Nolan sein Modell konsequent von der dyadischen zur triadischen Perspektive weiterentwickelt. Es ist in dem Modell vorgesehen, dass die Sichtweisen der Angehörigen explizit hinterlegt werden.[63]

Nolan et al. zeigen auf, dass sechs Gefühlsebenen eine große Bedeutung für eine befriedigende Beziehung haben. Mit dem Senses Framework werden diese Gefühlesebenen oder Wahrnehmungen definiert, die für die wechselseitige Beziehung der Menschen mit Demenz, Angehörige und Mitarbeiter in unterschiedlicher Weise erlebbar sind: Gefühl für Sicherheit, Gefühl für Zugehörigkeit, Gefühl für Kontinuität, Gefühl für Zielgerichtetheit, Gefühl für Erfüllung und Leistung und Gefühl für Bedeutsamkeit. Damit setzt Senses Framework auf die Herstellung optimaler Beziehungen zwischen

[60] Vgl. Twigg; Atkin 1994, S. 138.
[61] Vgl. Twigg; Atkin 1994, S. 121.
[62] Vgl. Nolan et al. 2006.
[63] Vgl. Nolan et al. 2006, S. 28.

formellem und informellem System zur Entwicklung einer beziehungsorientierten Pflege. „Dieses Gefühlsgerüst macht deutlich, dass alle Parteien im Wesentlichen die gleichen Bedürfnisse haben.“[64]

Die einzelnen Gefühle werden aus jeder Perspektive betrachtet und helfen so, gelingende Interaktionen und Beziehungen zu gestalten. Der Senses Framework unterstützt damit eine angemessene Pflegeumwelt und eine beziehungszentrierte Pflege. Das bewusste Wahrnehmen der Beziehungen im Sinne einer unterstützenden Umwelt ist das Schlüsselergebnis, welches sich durch das Gefühlsgerüst bergen lässt.[65]

3.1.4 Pflegetheoretische Fundierung in der Familien- und umweltbezogene Pflege nach Friedemann [66]

Jürgensen et al. kritisieren, dass viel zu wenig bedacht wird, dass eine Pflegebedürftigkeit Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen der gesamten Familie hat. Eine pflegebedürftige Person könne nicht ohne ihr Umfeld und dessen Bedürfnisse betrachtet werden.[67] Für das Einbeziehen des sozialen Umfeldes haben die meisten der bekannten Pflegetheorien keine entsprechenden Konzepte abgeleitet; im Fokus der Betrachtung stehen das jeweilige Individuum und seine physische Gesundheit.

Friedemann hat ein Modell des systemischen Gleichgewichtes entwickelt, welches zusammen mit den Studien von Köhlen als familien- und umweltbezogene Pflege diskutiert wird. Friedemann stellt damit klar, dass Familien bzw. die primäre Bezugsgruppe auch in Krankheitssituationen als Bezugssystem betroffen sind, es jedoch keine adäquate Umsetzung dieser Erkenntnis gibt. „Die Schwierigkeit, die Familie und die weitere Umwelt in die Pflege einzubeziehen, liegt deshalb weniger am Fehlen des Verständnisses der Krankheitssituation, als an der fehlenden Anleitung, wie dieses Verständnis in Pflegehandlungen umgesetzt werden kann.“[68] In ihrer Theorie des

[64] Woods et al. 2008, S. 124.
[65] Vgl. Ryan et al. 2008, S. 8.
[66] Marie-Luise Friedemann, Pflegetheoretikerin, geb. in der Schweiz, lehrt und forscht in den USA. Sie ist die Begründerin der Theorie des systemischen Gleichgewichts. Das Gesamtwerk von Friedemann umfasst die Theorie des systemischen Gleichgewichts, das Kongruenzmodell und ein theoriebezogenes Instrument zur Erfassung der Qualität der Familiendynamik (ASF-E).
[67] Vgl. Jürgensen et al. 2006, S. 11-15.
[68] Friedemann 1996, S. 15.

systemischen Gleichgewichts ergänzt sie die in den bereits bestehenden Theorien benannten Metaparadigmen Umwelt, Mensch, Gesundheit und Pflege um das der Familie und der Familiengesundheit. Gesundheit und Pflege beziehen sich nicht nur auf das Individuum, sondern es werden auch die Perspektive der Familie und ihrer Subsysteme betrachtet.[69] Die Begriffe Familie, Angehörige und Bezugspersonen werden synonym verwendet und beziehen sich nicht ausschließlich auf die juristische Definition von Familie.

In den von ihr beschriebenen Propositionen zu den jeweiligen Konzepten, die auf Kongruenz angelegt sind, sind das Konzept der Familiengesundheit und das Konzept der Pflege hervorzuheben. Friedemann versteht Pflege als eine Dienstleistung auf und an allen Systemebenen: „Individuelle Pflege und die Pflege der Familie sind kaum unterscheidbar."[70]

Weiter sagt sie: „Das Streben nach Kongruenz und Gesundheit ist der dynamische Prozeß aller sozialen Systeme. Die Pflege muß, um wirksam zu sein, mit dem Gesundheitsstreben des Systems übereinstimmen. Der Pflegeprozeß führt sowohl bei Pflegempfängern als auch bei pflegenden Personen durch Wachstum zu Gesundheit. Deshalb wird die Pflege nicht verabreicht, sondern wird mit dem Empfängersystem zusammen aktiv ausgeführt."[71]

Stabilität, Wachstum, Kontrolle/Regulation und Spiritualität sind Friedemann zufolge Ziele, die ein Pflegebedürftiger und seine Familie erreichen wollen. Kohärenz, Systemerhaltung, Systemänderung und Individuation sind Prozesse im Streben nach Kongruenz.

Deutlich wird, dass es sich auch um eine konsequente Umsetzung von Interaktion und Beziehung handelt. Nur mit der Familie kann es eine gelingende Beziehung im Pflegeprozess geben. Offenheit, Neugier und Akzeptanz des Pflegebedürftigen sind wichtige Voraussetzungen, um bestehenden Inkongruenzen durch z. B. verschiedene Wertevorstellungen professionell zu begegnen. Um den Pflegeprozess in diesem Konzept zu gestalten, gibt es eine Ebene des Pflegeprozesses für das Individuum und eine für eine systemische Pflege der Familien. Friedemann hat dazu Befragungsthemen für die

[69] Vgl. Friedemann 1996, S. 19.
[70] Friedemann 1996, S. 42.
[71] Friedemann 1996, S. 43.

Informationssammlung bei Familien vorgegeben und fördert somit, dass eine Pflegeperson Einblick erhält in die Welt und das Erleben der Familie.
Das Konzept der familien- und umweltbezogenen Pflege nach Friedemann und Köhlen hat sich in Deutschland bislang noch nicht durchgesetzt, wird jedoch als Idee und gute Grundlage erwähnt, wenn es um z. B. neue Pflegekonzepte für Haus- und Wohngemeinschaften in der stationären Altenhilfe geht.[72] Familienbezogene Pflege wurde insbesondere in den 1990er Jahren durch amerikanische Forschungsbeiträge versucht zu konzeptualisieren. Dabei wurden oft die Begriffe „family focused", „family centered" oder „family nursing" verwendet und im Hinblick auf eine integrierende Praxis, auf Assement-instrumente und die Pflegeausbildung diskutiert.[73] In Deutschland ist die familienorientierte Pflege mit dem Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahe Pflege an der Universität Witten/Herdecke ein Gebiet der Hochschullehre geworden.

3.2 Empirische Befunde

3.2.1 Zum Stand der Angehörigenarbeit

Mit der Frage des Zusammenwirkens von Angehörigen, ihren Familien und den beruflich Tätigen in einem Altenpflegeheim haben sich in Deutschland einige wenige Autoren in empirischen Studien auseinandergesetzt. Die meisten Studien beschäftigten sich mit der Rollenübernahme, der sich entwickelnden Pflegekarriere und den vielfältigen Formen von Belastungen, hauptsächlich in der häuslichen Situation. Die Angehörigen in den Altenpflegeheimen sind dabei wenig im Fokus.
Für die Analyse stehen Forschungsbefunde aus Großbritannien, Kanada, den USA, Australien und Schweden zur Verfügung. Die Pflegeforschung im Bereich der quantitativen Methoden und der Entwicklung von Messinstrumenten und Messmethoden nimmt in den angelsächsischen Ländern einen großen Raum ein. Einige wenige Studien, schwerpunktmäßig im skandinavischen Raum, beziehen sich auf die Beziehung von und die Interaktion zwischen Angehörigen

[72] Vgl. Planer 2010.
[73] Vgl. Kean 2002.

von Pflegeheimbewohnern und dem Pflegepersonal.[74] Eine prominente Pflegeforschung dazu ist in Deutschland noch nicht zu finden. In den deutschen Fachzeitschriften finden sich überwiegende theoriefreie und konzeptarme Diskussionsbeiträge. Dies weist darauf hin, dass die Thematik hier noch nicht zu einem zentralen Gegenstand der öffentlichen und professionellen Reflexion geworden ist.

Im Folgenden werden ausgewählte neuere Untersuchungen aus den letzten zehn bis fünfzehn Jahren analysiert und dargestellt. Einige ältere, aber für den Diskurs bedeutsame Schlüsselpublikationen werden mit einbezogen.

Zunächst wird der Fokus auf den aktuellen Stand der Angehörigenarbeit und ihrer Charakteristik gelegt. Dabei werden neben den Ideen für eine „gelingende" Angehörigenarbeit auch die funktionalen Rollenzuschreibungen für Angehörige dargelegt. Durch die Einteilung in tätigkeitsorientierte und beziehungsorientierte Funktionalitäten nimmt die Autorin eine wesentliche Unterscheidung vor. Die weiteren Ausführungen berücksichtigen die Befunde zu der Mitarbeiter-perspektive, der Angehörigenperspektive und speziell der sozialen Interaktionen zwischen Mitarbeitern und Angehörigen. Damit bildet diese Struktur der Darstellung zugleich das triadische Beziehungsgefüge ab.

3.2.1.1 Charakteristik der Angehörigenarbeit

Die Metaperspektive auf die pflege- und sozialwissenschaftliche Literatur in Deutschland zur Situation pflegender Angehöriger zeichnet ein insgesamt eher defizitorientiertes Bild, das durch Überforderung, Autonomieverlust und den Verlust sozialer Netzwerke geprägt ist. Die Forschungsergebnisse zur häuslichen Pflege von Gröning weisen drei unterschiedliche Diskurse zur familialen Altenfürsorge auf. [75] Sie prägen wesentlich das Bild der häuslichen Pflege und der familialen Unterstützung. Eine Analogie dazu kann auch in den Altenpflegeheimen vermutet werden. Gröning beschreibt einen Modern-isierungskurs und ein damit einhergehendes Verschwinden der Solidarität, einen therapeutischen Diskurs, in dem die Familien als ein zu analysierendes System erscheinen und einen Stress- und Belastungsdiskurs. Auch wird in der

[74] Vgl. Herztberg et al. 2001, S. 381.
[75] Vgl. Gröning 2005, S. 69.

Forschung ein meist dualistisches Pflegeverhältnis angenommen. Nach Gröning ist die Familiendynamik in kaum einer Forschungsarbeit thematisiert und zeigt ein Theoriedefizit auf.[76]

Auf der Basis intergenerationaler Erwartungen und geschlechtspezifischer Rollenverteilungen sind es nach wie vor fast ausschließlich Frauen, die in der Familie solidarische Hilfe- und Pflegeleistungen gewährleisten. Von den Angehörigen, die Pflegeleistungen für ein Familienmitglied erbringen, sind 70-90 % Frauen, d. h. Töchter, Schwiegertöchter und Ehefrauen.[77]

Geister sieht in der sozialversicherungsrechtlich flankierten Politik des Paradigmas „ambulant vor stationär" pflegende Töchter besonders belastet. „Da sich vor allem die Frauen für die intergenerationale Solidarität verantwortlich fühlen, werden mit dem Gesetz gerade diejenigen in ihrem Verantwortungsgefühl getroffen, die eigentlich eine Legitimation gegenüber ihrem eigenen Gewissen bräuchten, sich von dieser Verantwortungsaufgabe auch abgrenzen zu dürfen".[78]

Gröning et al. stellen fest: „Die Situation pflegender Frauen wird in der Forschung unter verschiedenen Perspektiven, meist entlang der Dimensionen Belastung und Stress, soziale Unterstützung und Motivation der Pflegeübernahme analysiert".[79] Damit stellen diese Ergebnisse auch die Grundlage dar für die Konzepte der Arbeit mit pflegenden Angehörigen, die auch im stationären Kontext rezipiert werden und zur Anwendung kommen.

Unter Angehörigenarbeit werden in der ambulanten Versorgung Leistungen und Hilfen für Angehörige verstanden. Angehörige sollen entlastet werden, Information und Anleitung bekommen und in ihrer Rollenübernahme gestützt werden. Konzepte der Angehörigenarbeit in Altenpflegeheimen haben zum Ziel, Interaktion und Zusammenarbeit mit den Angehörigen zu strukturieren. In Ergänzung dazu soll im stationären Kontext die Angehörigenarbeit ein Bestandteil der Organisation sein, die die Passung von Familienwelt und Lebenswelt Altenpflegeheim unterstützt. Angehörigenarbeit soll ein Kompetenzprofil der Mitarbeiter sein.

---

[76] Vgl. Gröning 2005, S. 74.
[77] Vgl. Boeger; Pickarzt 1998, S. 320.
[78] Geister 2004, S. 10.
[79] Gröning et al. 2004, S. 33.

Mitte der 70er Jahre taucht in der internationalen Literatur die eindeutige Funktionsaufteilung von Institution und Familie in der Literatur auf. Die Untersuchungen von Litwak und Dobrof sind Teil der rezenten Forschung.[80] [81]
In Deutschland hat die Angehörigenarbeit in den 80erJahren eine starke Veränderung erfahren. Sie ist Teil der Leistungsbeschreibung von Altenhilfe-einrichtungen geworden.
Die derzeitige Praxis zeigt sich dennoch gering institutionalisiert. Angehörigenarbeit gestaltet sich eher intuitiv und informell und ist immer noch kein selbstverständlicher Teil professioneller Altenarbeit geworden.[82] Zeigt sich in einer Einrichtung keine deutliche vorgegebene Interaktionsstruktur, so lässt sich vermuten, dass Angehörige hier nur schwer eine institutionelle Rolle einnehmen können und dem Angehörigen nur das Verbleiben in seiner Familienrolle bleibt. Rolle und Funktion von Angehörigen sind im Heimalltag oft unklar und konflikthaft. „Ohne institutionelle Strukturierung wird das Handeln der Angehörigen im Heim jedoch dysfunktional, das heißt es entstehen Konflikte."[83]
Urlaub schreibt dazu: „Die skizzierten Problemsituationen sind, wie vielfach dargestellt, institutionssoziologisch gesehen, Hinweise auf eine durch strukturelle Unklarheiten, also fehlende Vereinbarungen über die Rolle und Funktion von Angehörigen in der Heimarbeit, verursachte Konfliktdynamik zwischen Angehörigen und Mitarbeitern. Angehörigenarbeit ist daher zunächst zu verstehen als ein Änderungsgeschehen, das zur Bewältigung der Problemsituationen nicht nur methodische, einstellungsbezogene, sondern auch und vor allem institutionelle Änderungen verlangt."[84]
Eine triadische Beziehung von Mitarbeitern, Bewohnern und ihren Angehörigen wird als notwendiger Bestandteil der Qualitätsentwicklung gesehen.[85] Blickt man in verwandte Versorgungsbereiche, wie z. B. die psychiatrische Versorgung, so wurde in der praktischen Arbeit die Dyade Arzt-Patient weiterentwickelt und inzwischen ist eine Triade mit dem Angehörigen eingeführt

[80] Vgl. Litwak 1977, S. 80-116.
[81] Vgl. Kühnert 1991, S. 325.
[82] In 1996 konnte erhoben werden, dass 72,5 % der Altenpflegeeinrichtungen kein Konzept haben, 1,5 % haben ein Konzept und 26,0% arbeiten daran. Vgl. Urlaub et al. 1996, S. 93.
[83] Urlaub et al. 1996, S. 93.
[84] Urlaub 1995, S. 60
[85] Vgl. Kramer 2012, S. 36.

und auch wissenschaftlich reflektiert.[86] In der Behindertenhilfe und Altenhilfe wird derzeit verstärkt die Institutionalisierung der Interessensvertretung vorangetrieben.[87]

Unter Angehörigenarbeit werden auch die Leistungen für hilfesuchende Angehörige benannt. Der in den vergangenen Jahren ausführlich und damit auch einseitig geführte Belastungsdiskurs zu pflegenden Angehörigen, vornehmlich im ambulanten Versorgungssetting, führte zur einer eher einseitigen Wahrnehmung des Unterstützungsbedarfs bei Angehörigen.[88] In Gesprächsgruppen sollen Angehörige Entlastung und psychische Unterstützung erfahren. Schuldgefühle, erlebte Hilflosigkeit und Austausch über den Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen stehen im Vordergrund. Diese hilfezentrierten Angebote sind in den stationären Einrichtungen eher unterrepräsentiert.[89] In der Literatur findet sich ein breites Spektrum von Arbeitsformen und Veranstaltungen.[90] Meist handelt es sich um informationszentrierte, auf Mitwirkung und Kooperation zentrierte oder hilfezentrierte Angebote. Informationszentrierte Formen wie Einzel- und Gruppengespräche, Angehörigenabende, Vortragsreihen oder Sprechstunden variieren und werden von unterschiedlichen Professionen im Altenpflegeheim angeboten. Sprechstunden oder Angebote mit einem hohen formellen Charakter bilden eher eine Barriere. Ein Informationsaustausch wird eher angenommen und genutzt, wenn dieser bedarfsorientiert in einem persönlichen Rahmen abläuft.[91] Die Akzeptanz der informationszentrierten Angebote und der praktischen Hilfestellungen ist weitaus höher als die Angebote, bei denen es um die Reflexion und Auseinandersetzung mit der persönlichen Situation geht. Als fehlend können ausgewiesene familientherapeutische Angebote zur Unterstützung von Familien mit Pflegesituationen angezeigt werden.

---

[86] Vgl. Binder; Bender, W. 2008.
[87] Vgl. Gründung von Angehörigenvertretungen wie z.B. Bundesarbeitsgemeinschaft unabhängiger AngehörigenVertretungen (BAGuAV).
[88] Vgl. Gräßel 1998, 50–53; Wilz et al. 1999, S. 255–265; Zank; Schacke 1998, S. 87–95.
[89] Nur 7 % der Einrichtungen arbeiten intensiv in Gruppen mit den Angehörigen. Vgl. Urlaub et al. 1996, 109.
[90] Vgl. Steiner-Hummel 1988, S. 198–211; Kühnert 1991; Urlaub 1995, S. 109; Schmidt 2003, S. 243–267.
[91] Vgl. Urlaub 1995, S. 44.

Kühnert kritisiert das Selbst- und Sorgeverständnis der Altenpflegeheime: „In der Vernachlässigung der Angehörigen kommt eher ein institutionelles Selbstverständnis der Heime zum Ausdruck, ein Ersatz für die Familien zu sein, wenn diese nicht in der Lage sind, für ihre alten Menschen zu sorgen, das seine Wurzeln in der geschichtlichen Entwicklung der Altenhilfe, Hilfe für Arme und Kranke bereitzustellen, hat."[92]

Auch Meyer kommt in dem 2003–2005 durchgeführten europäischen Forschungsprojekt EUROFAMCARE zu der Aussage, dass in der stationären Langzeitpflege eine systematische Angehörigenarbeit noch nicht zum regulären Angebot gehört und systematisch ausgebaut ist.[93]

Inwieweit sich die Konzepte in den vergangenen Jahren professionalisiert haben, bleibt eher unklar. In Deutschland wurde dazu kaum geforscht. Die Praxis in den Einrichtungen findet auf der Ebene der normativ geforderten Qualitätsentwicklung und Standardisierung statt.[94] Ziele sind meist, Konflikte zu bearbeiten (Beschwerdemanagement) oder potenziellen Konflikten vorzubeugen, die sich auch durch unterschiedliche Erwartungen ergeben können.

3.2.1.2 Ideen für eine „gelingende" Angehörigenarbeit

Aus der Literatur lassen sich Ideen und Vorstellungen für eine gelingende Angehörigenarbeit extrahieren. Von mehreren Autoren werden die konzeptionell verankerten Teilhabe- und Kooperationsaspekte als entscheidend für eine gelingende Angehörigenarbeit gewertet. Sie bieten Orientierung und Verhaltenssicherheit.[95] Gelingende Angehörigenarbeit wird mit hoher Kompetenz und Berufserfahrung in Verbindung gebracht.[96] Kooperationszentrierte Arbeitsformen zielen auf Beteiligung und Mitwirkung der Angehörigen und auf die Einbindung von biografischem Wissen. Konkrete Maßnahmen sind z. B. die Gestaltung des Bewohnerzimmers und die Mitwirkung bei der Pflegeprozessplanung.

---

[92] Kühnert 1991, S. 15.
[93] Vgl. Meyer 2006, S. 69.
[94] Vgl. Wingenfeld, K.; Korte-Pötters, U.; Heitmann, D., 2006.
[95] Vgl. Urlaub 1995, S. 74; Steiner 2007, S. 13.
[96] Vgl. Urlaub et al. 1996, S. 68.

Die Arbeitsformen variieren auf der Zeitschiene von einer Vorphase im Sinne der Öffentlichkeitsarbeit eines Pflegeheimes über die Kontakt- und Entscheidungsphase zum Heimeinzug zur konkreten Heimaufnahme und münden in eine dauerhafte Umsetzungsphase. Hier wirken auch die Einflussfaktoren einer Heimpolitik, die mit einer wohnortnahen Versorgung die Kontakthäufigkeit fördern möchte.[97] Strukturelle Komponenten wie örtliche Nähe, ein mehrgliedriges Versorgungsangebot, eine eher mittlere Einrichtung (unter 150, jedoch über 50 Plätzen) wirken sich positiv auf die Angehörigenarbeit und Kontakthäufigkeit aus.[98] In den Untersuchungen wird ein deutlicher Zusammenhang von Kontakthäufigkeit und Entfernung der Angehörigen beschrieben. Der regelmäßige Besuch wird erleichtert. Die Angehörigen, die täglich zu Besuch kommen, haben einen Reiseaufwand von durchschnittlich 12 Minuten bzw. 3,8 Kilometern.[99]

Familien bleiben meist in die Pflege ihrer Pflegebedürftigen involviert, zeitweise in einem geringeren Niveau bzw. auf eine andere Art.[100] Die Beziehungsgestaltung ist abhängig von der institutionellen Strukturierung und den Kooperationsmöglichkeiten. Angehörige stehen in Beziehung zu dem Bewohner, den Bewohnern einer Wohngruppe, Mitarbeitern des professionellen Hilfesystems und den ehrenamtlich Engagierten. In der Interaktion entsteht dann für sie eine oft fremde und neue institutionelle Rolle, die sich durch wechselseitige Erwartungen und Anforderungen herausbilden kann.

Die deutsche Studie von Kramer ermittelt die quantitativen Potenziale der Angehörigenarbeit und leistet damit einen aktuellen Beitrag.[101] Er legt ein triadisches Beziehungsgefüge von Mitarbeitern, Angehörigen und Bewohnern zu Gunde. Einstellungen, Erfahrungen, Ängste und Erwartungen sind als subjektive und objektive Einschätzungen präsent und veranschaulichen die Komplexität und Dynamik der Interaktionen.[102]

---

[97] Angemerkt sei, dass die Kontakthäufigkeit nicht gleichzusetzen ist mit Formen der Teilhabe und Kooperation.
[98] Vgl. Urlaub et al. 1996, S. 71.
[99] Vgl. Schneekloth; Wahl 2007, S. 26.
[100] Vgl. Stull et al. 1997, S. 397.
[101] Vgl. Kramer 2012.
[102] Vgl. Kramer 2012, S. 161.

Die Entscheidungsfindung für einen Heimeinzug ist ein hochkomplexer und emotional sehr belastender Prozess. Ist die Entscheidung getroffen, ist sie gleichermaßen eine Entscheidung gegen die Pflege innerhalb der Familie. Die Praxis der Angehörigenarbeit in den Altenpflegeheimen trifft in der Regel also auf Angehörige, die in der häuslichen Situation noch bis vor dem Heimeinzug eine ganz besondere Bedeutung hatten. Meist waren sie die Hauptpflegepersonen, die unter Umständen unter Hinzuziehen von beruflichen Helfern eine Pflegesituation bewältigt haben. Die Gefühle von Entlastung und Verlust können parallel vorhanden sein und die Einstellung gegenüber der Versorgungssituation im Altenpflegeheim prägen.[103] „Zudem fehlt in der Häuslichkeit nun der Mittelpunkt, auf den sich die Lebens- und Alltagssituation über lange Zeit hin konzentriert hatte. Dieses verwaiste Zentrum des Lebens kann nicht per se gefüllt werden durch die Reaktivierung sozialer Kontakte, die in der Zeit der Sorge und Pflege zu Hause ausdünnten."[104]

Angehörige und Bewohner gehören zu dem Außensystem und bilden die Außenbeziehungen der Institution ab. Der Lebensmittelpunkt des Bewohners und seine Lebenswelt lagen bislang außerhalb des Altenpflegeheims. Urlaub folgert, dass die Angehörigenarbeit bereits in der Außenwelt beginnen müsse.[105]

Das Risiko der Institutionalisierung von Demenzerkrankten ist besonders hoch.[106] „Im Fall der Angehörigen von im Heim lebenden Demenzkranken besteht als Besonderheit zudem das Erfordernis, die o. g. Ambivalenz von Angehörigen zu akzeptieren und ihnen Wege zu zeigen, wie sie unter veränderten institutionellen Bedingungen ihre Möglichkeiten der Zuwendung aufrechterhalten können und wofür die Institution Heim verantwortlich ist."[107]

Schmidt beschreibt ein Konzept zur Angehörigenarbeit mit drei zentralen Bausteinen.[108] Diese Bausteine – Einbeziehung der Angehörigen in die individuelle Pflegeplanung, transparenter Pflegeprozess und Kommunikation im Rahmen der Angehörigenabende – begreifen das Heim als Ort des

[103] Vgl. Schmidt 2003, S. 245.
[104] Schmidt 2003, S. 246.
[105] Vgl. Urlaub 1995, S. 17.
[106] Vgl. Hönig et al. 2000, S. 93.
[107] Schmidt 2003, S. 244.
[108] Die zentralen Bausteine für ein Konzept zur Angehörigenarbeit beziehen sich insbesondere auf die Angehörigenarbeit bei Menschen mit Demenz.

Gemeinwesens und eröffnen demzufolge unterschiedliche Beteiligungsformen bürgerschaftlichen Engagements.[109] Nach Schmidt ist eine systematische Angehörigenarbeit immer interdisziplinär und demzufolge nicht die ausschließliche Domäne einer Profession. Alle, die im Kontakt mit dem Bewohner stehen, sind zur aktiven Mitwirkung aufgefordert. [110]

Urlaub bestätigt in seiner Untersuchung eine Zielorientierung der Mitarbeiter bei der Angehörigenarbeit. Bei der Übersiedlung ins Heim, der Erkundung der Biografie, zur Verbesserung der seelischen und sozialen Situation der Bewohner und in der Sterbephase kommt der Angehörigenarbeit eine höhere Bedeutung zu.[111] Deutlich wurde dabei, dass Mitarbeiter durch die Angehörigenkontakte auch positive Rückmeldungen erhalten. Jedoch halten sich gegenseitiges Verständnis und Kritik und Konflikte hier die Waage.

Das Potenzial, das Angehörige für die Einrichtung darstellen, wird als eher gering eingeschätzt, obwohl die Mitarbeiter die positiven Effekte bei den Bewohnern beschreiben können. Gelingende Angehörigenarbeit wird mit hoher Kompetenz und Berufserfahrung in Verbindung gebracht.[112] Die Vermutung, dass erfolgreiche Angehörigenarbeit mit höherer Qualifikation des Personals verbunden ist, lässt sich nicht bestätigen.[113]

Geklärte Zuständigkeiten und ein ausreichendes Zeitbudget sind wichtige strukturelle Merkmale für Angehörigenkonzepte. Dort, wo diese Gegebenheiten definiert und vorhanden sind, wirken sie sich auf eine verbesserte Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Angehörigen und eine höhere Kontakthäufigkeit der Angehörigen aus. Urlaub weist nach, dass ein positiveres Kontaktklima entsteht, die Mitarbeiter positive Rückmeldungen von Angehörigen erfahren und Angehörige auch eher bereit sind, Aufgaben zu übernehmen.[114]

Wird in den Einrichtungen die Angehörigenarbeit systematisiert, intensivieren sich sowohl die Mitarbeit der Angehörigen als auch die Konflikte.[115] Der

[109] Vgl. Schmidt 2003, S. 248.
[110] Vgl. Schmidt 2003, S. 249.
[111] Vgl. Urlaub 1995, S. 63.
[112] Vgl. Urlaub 1995, S. 68.
[113] Vgl. Urlaub et al. 1996, S. 131.
[114] Vgl. Urlaub 1995, S. 46.
[115] Vgl. Schneekloth; Wahl 2007, S. 118.

häufigste aller Konfliktanlässe ist mit 42 % die Qualität der Pflege. Aktiv pflegende Angehörige, berichten eher von Konflikten.[116]

Im Hinblick auf ein Zusammenwirken von Mitarbeitern und Angehörigen bietet Urlaub die Perspektive der gegenseitigen Annäherung an: „Die Konflikte werden nicht weniger, sondern sie treten explizit hervor; sie sind hier nicht dysfunktional, sondern Bestandteil eines konstruktiven Prozesses der Annäherung".[117]

Seine Empfehlungen zielen auf die Institutionalisierung der Zusammenarbeit und münden in die Forderung, ein Konzept zur Angehörigenarbeit zu entwickeln. Vorschläge sind die Verbesserung des Informationsaustausches und die Entwicklung einer adressatenspezifischen Kooperationsform mit Angehörigen, um deren Motive, Bedürfnisse und Ressourcen kennenzulernen.[118] Krisenspezifische Kooperationsformen berücksichtigen bestimmte Phasen (z. B. Heimeinzug, akute Erkrankung oder die Sterbephase) als Übergänge oder kritische Lebensereignisse. Hier sollen sich die Kooperationsformen intensivieren, damit eine gute Austauschbeziehung und Kooperation auch für den weiteren Verlauf geschaffen werden kann.

Die Formen der Arbeitsteilung zur Angehörigenarbeit, die untersucht wurden, zeigen deutlich, dass es sich um ein maßnahmenzentriertes Verständnis der Arbeit handelt. Eine arbeitsteilige Gestaltung der Angehörigenarbeit berücksichtigt die unterschiedlichen Kompetenzen der Berufsgruppen und fordert gleichzeitig einen guten Informationsaustausch. In arbeitsteiligen Konzepten ist die eher Pflegedienstleitung hauptverantwortlich zuständig, bei nichtarbeitsteiligen Konzepten die Heimleitung. Angehörigenarbeit ist ein interdisziplinäres Anliegen und wird nicht als originäres Betätigungsfeld einer Profession reklamiert.[119] Verschiedene Professionen sind in unterschiedlicher Weise beteiligt bzw. dafür verantwortlich[120].

---

[116] Vgl. Schneekloth; Wahl 2007, S. 59.
[117] Urlaub et al. 1996, S. 120.
[118] Anmerkung der Autorin: Möglicherweise durch ein noch für Deutschland zu entwickelndes Angehörigenassessment.
[119] Vgl. Schmidt 2003, S. 249.
[120] Vgl. Urlaub 1995, S. 44. 80 % der Einrichtungen haben feste Sprechstunden, 14,3 % der Sozialdienste bieten Sprechstunden an und nur 1,8 % der befragten Pflegedienste. Die Begegnungen mit dem Pflegedienst finden zu 93 % vor und nach den Besuchen statt. Die Form der formellen Kommunikation scheint eher eine Barriere als eine Einladung zu sein.

Meist wird ein Gelingen der Interaktionen zwischen Mitarbeitern und Angehörigen in Zusammenhang gebracht mit einem kooperativen und komplementären Einbringen ihrer jeweiligen Kompetenzen. Im Vordergrund steht dabei, einen Beitrag zur Sorgearbeit und damit zur Lebensqualität des Bewohners zu leisten. Mitarbeiter bewerten die positiven Rückmeldungen der Angehörigen auch positiv und verbinden dies mit einer erhöhten Berufszufriedenheit.

Bereits 1982 befasste sich Montgomery mit dem Einfluss der jeweiligen Betreuungsstrategien in Pflegeheimen auf die Familienbeziehungen und die Familienintegration. Montgomery definiert Familienintegration als das Ausmaß, in dem Familienmitglieder ihr Verhalten an den Zielen, Interessen und der Zufriedenheit anderer Familienmitglieder orientieren. In einer ausbalancierten Beziehung stehen gleichberechtigter Austausch und Interaktion im Vordergrund. Dabei beschrieb er ein Ausmaß von Familienorientierung auf vier Levels. Die Analyse ergab Schlüsselelemente, die eine optimale Pflege- und Betreuungsstrategie fördern. Diese sind Schulungen für alle Mitarbeiter, die auf die Komplexität der Familien-Bewohner-Beziehung fokussieren, Kommunikationstraining für Mitarbeiter, die Inklusion von Familienmitgliedern in die Pflegeplanung, Aktivitäten für Familienmitglieder getrennt von gemeinsamen Veranstaltungen mit den Bewohnern, eine Willkommenskultur für Familien wie z. B. Tage der offenen Tür, Erfrischungen für Besucher, Familienessen, direkte Einladungen zu den Veranstaltungen der Einrichtung und die Präsenz der leitenden Mitarbeiter während der Hauptbesuchszeiten.[121] Die Ergebnisse zeigen, dass die Strategien, die Angehörige als Kunden betrachten und nicht als Erfüllungsgehilfen oder Mitwirkende, die beste positive Wirkung auf die Familienbeziehungen haben.

Aufbauend auf Montgomerys Untersuchungen arbeiteten Friedemann et al. an einer Studie zum Zusammenhang von Bewohner- und Angehörigeneigenschaften und vorherrschenden Familienmustern, die auf eine erwartbare Mitwirkung im Pflegeheim schließen lassen.[122] Sie verfolgten dabei die von ihr definierte Theorie des systemischen Gleichgewichts in Familien. Einzelne

[121] Vgl. Montgomery 1982, S. 58.
[122] Vgl. Friedemann et al. 1999, S. 552.

Variablen wurden als Prädiktoren für eine erwartete Einbeziehung der Familien getestet. Wie erwartet haben Familienstrukturen eine große Bedeutung im Hinblick auf ihre Einbindung und Mitwirkung. Nicht die Bewohnercharakteristika sind entscheidend, sondern die jeweils unterschiedlichen Familienmuster. Demzufolge ist es für die Mitarbeiter enorm wichtig, den Familien gut zuzuhören und sich mit den Familien je unterschiedlich zu beschäftigen und deren Interessen herauszuarbeiten und auszuhandeln.[123]

Die Einrichtungen stehen folglich vor der Herausforderung, die vielfältigen Einstellungen und Familienmuster, die durch Angehörige eingebracht werden, empathisch aufzunehmen und in ihre Betreuung zu integrieren. Angehörigenarbeit und Angehörigenintegration stellen im eigentlichen Sinne eine paradoxe Frage, nämlich die nach der Bedeutung der Angehörigen für den Bewohner. Diese ist qua Angehörigenstatus vorhanden, lässt sich aber so einfach nicht erschließen und verstehen.

Oft wirken im professionellen oder formellen System Formen der Ausgrenzung. Angehörige werden als Störfaktoren in professionellen Handlungsroutinen beschrieben. Ihre Einbeziehung ist nur gewünscht, wenn sie als eine hilfreiche, nützliche Ressource erscheint (z. B. Biografie, Pflegeprozessplanung, Essen und Trinken reichen, Krisenbegleitung, Sterbebegleitung). „Die marginale Rolle bringt also den Angehörigen in eine relativ hilflose, von wenig Wertschätzung und Distanz geprägte Rollenposition zum professionellen Mitarbeiter.“[124]

Die Qualität der Pflege, das Verhalten der Mitarbeiter und die Qualität des Essens bilden die meisten Konfliktanlässe. Angehörige, die sich intensiver in der Pflege engagieren, berichten über häufigere und zugleich bedeutsamere Konflikte.[125] Angehörige kritisieren insbesondere den Mangel an persönlichen Gesprächen und Informationen und wünschen sich eine intensivere Zusammenarbeit und aktuellen Informationsaustausch. Gleichzeitig nehmen Angehörige die begrenzten Ressourcen in den Einrichtungen wahr. Wege zur Verbesserung sind nicht alleine auf die Beziehungsgestaltung zwischen Angehörigen und Mitarbeitern zu richten, sondern auch auf die Arbeitsbedingungen und die entsprechende Zeit für Kommunikation. Dies trifft auch

[123] Vgl. Friedemann et al. 1999, S. 565.
[124] Steiner-Hummel 1988, S. 200.
[125] Vgl. Schneekloth; Wahl 2007, S. 59.

auf eine aktive Einbindung von Angehörigen zu, die Zeit und Einfühlungsvermögen braucht. Die Mitarbeiter haben hier einen Gestaltungsspielraum, der von einer dyadischen zu einer triadischen Interaktion führen kann.

Das Verhältnis der Angehörigen zu den Mitarbeitern ist in der Literatur eher weniger bearbeitet. Engels et al. berichten über eine hohe Zufriedenheit der Angehörigen (zwei Drittel als gut, ein Drittel teils/teils). Zwei Drittel der Angehörigen berichten von einem Vertrauensverhältnis zu einer bestimmten Person. Wenn es um die direkte Einbeziehung der Angehörigen in die pflegerische Arbeit geht, wird diese deutlich kritischer beurteilt. Sich gegenseitig die Erwartungen und Einstellungen mitzuteilen wird als Schlüssel zum gemeinsamen Verständnis beschrieben. Idealisierte Vorstellung zur Versorgung, zum Teil resultierend aus dem Gefühl des Versagt-Habens der Angehörigen, und hohe moralische Ansprüche im Umgang mit den alten und pflegebedürftigen Menschen lösen Erwartungsmuster aus, die auf die Einrichtung projiziert werden.[126] Daher bedeutet Angehörigenarbeit auch, die Interaktionen und die Beziehungen zwischen Heim und Angehörigen konzeptionell im Sinne eines Erwartungsmanagements zu bewältigen.[127]

Steiner sieht die zukünftigen Herausforderungen für die Altenhilfeeinrichtungen in der Umsetzung des Teilhabeanspruchs von Angehörigen.[128] Ihre Vision ist die gemeinsame Betreuung durch Unterstützung von Familienangehörigen, Pflegekräften, Nachbarn und Kirchengemeinde. Ziel ist nicht eine Begleitung, sondern ein aktives gemeinsames Entdecken von Handlungsmöglichkeiten. Den Altenhilfeeinrichtungen käme so eine neue und veränderte Rolle als Unterstützer für das Familiennetzwerk zu. Steiner fordert dazu zwei Haltungen: normative Enthaltsamkeit und Verzicht auf Zuschreibung von Hilflosigkeit bei den Angehörigen.

[126] Vgl. Kühnert 1991, S. 271.
[127] Vgl. Urlaub et al.1996, S, 26.
[128] Vgl. Steiner 2007, S 13.

3.2.1.3 Funktionale Rollenzuschreibungen für Angehörige[129]

Angehörige sind keine „homogene Masse“, sie unterscheiden sich in ihren Bindungen zu den Bewohnern, in ihren Vorstellungen zur Rollenausgestaltung und in ihren erwünschten und tatsächlichen Mitwirkungsmöglichkeiten. Auch Altenpflegeheime gestalten die unterschiedlichsten Prozesse und definieren ihre Formen von Angehörigenarbeit. Hauptkritikpunkt ist dabei eine strukturelle Ausblendung der Angehörigen. Sogenannte Vollversorgungsverträge im Sinne einer vertraglich abgesicherten Versorgung als pauschale Dienstleistung, die die Einrichtungen mit den Kostenträgern abschließen und ein holistisch geprägtes Pflegeverständnis stützen, das Ganzheitsversprechen der Organisation. Mit Blick auf die Rolle und Funktion der Mitarbeiter schreibt Urlaub: „Heimmitarbeiter haben von ihren Aufgaben und ihrem Selbstverständnis her ein Handlungs-, also ein Rollenkonzept, das alle für den Bewohner wichtigen Lebensbereiche umfasst.“[130] Und: „Die Pflegesituation wird funktional organisiert und ist in den ihr zugeordneten Abläufen so strukturiert, dass für Angehörige keine Funktion vorgesehen wird, das heißt: die Abläufe werden von der Anwesenheit oder der Mitwirkung Angehöriger unabhängig gemacht.“[131]

Angehörige befinden sich in einer lebenslangen Beziehung zu dem Pflegebedürftigen und die Übernahme der Rolle als pflegender Angehöriger geschieht prozesshaft.[132] An den Prozess der Annahme schließt sich die Ausdifferenzierung dieser Rolle an, zu der letztlich auch der Eintritt des zu Pflegenden in ein Altenpflegeheim gehören kann. Der Heimeintritt der langjährig Pflegebedürftigen kann eine Rollenunsicherheit bei den Angehörigen auslösen und auch deren Umfeld weiß oft nicht, wie man der Situation angemessen begegnen kann.[133] Mit dem Heimeinzug enden die Beziehung und die Verantwortung gegenüber dem Angehörigen nicht. Diese Rollenausgestaltung

[129] Rollenzuschreibungen für Angehörige werden in diesem Kapitel, welches die Organisation Altenpflegeheim fokussiert, dargestellt. Dies begründet sich damit, dass vorgehaltene Rollenzuschreibungen nicht individuell, sondern organisationssoziologisch gesehen werden.
[130] Urlaub 1995, S. 25.
[131] Urlaub 1995, S. 25.
[132] Vgl. Aneshensel et al. 1995, S. 32.
[133] Vgl. Wilkening 1999, S. 25-28.Wilkening beschreibt die Situation von pflegenden Frauen mit dem Begriff der „Quasi-Witwe“.

von Angehörigen bei einem Heimaufenthalt ist Gegenstand vieler Untersuchungen.[134]

Mittels einer Panel-Studie konnten Stull et al. nachweisen, dass Angehörige nach dem Heimeinzug in die Versorgung eingebunden bleiben, jedoch in einem anderen Ausmaß und in einer anderen Art. Ihre Aktivitäten in den anspruchsvollen und schwierigen Tätigkeiten gehen zurück und sie konzentrieren sich auf die speziellen, individuellen Bedürfnisse sowie die rechtlichen und finanziellen Aufgaben. Stull et al. appellieren an die Pflegepersonen, Angehörige weniger als aufdringlich zu betrachten, sondern klare Rollendefinitionen zu suchen, die beiden Seiten zu einer geringen Ambiguität verhelfen können.[135]

Schwartz et al. kritisierten bereits in den 1990er Jahren, dass es wenig empirische Befunde zu den Rollenerwartungen und Verantwortlichkeiten von Familien und Mitarbeitern gibt. Sie beschreiben die unvermeidlichen Konflikte und Schwierigkeiten, wenn sich die Mitarbeiter und Angehörige nicht gegenseitig wertschätzen und das Rollenverständnis und die Verantwortlichkeiten nicht klar sind.[136] Auf der Basis von vorgegebenen Tätigkeiten nach dem Shuttelworth-Inventory haben frühere Studien bereits die Aufgabenteilung zwischen Familien und Mitarbeitern untersucht und die Unklarheiten und die Rollenambiguität bestätigt.[137] Diese Unklarheit in der Rolle und Zuständigkeit behindert den partnerschaftlichen Schulterschluss von Mitarbeitern und Angehörigen, fördert die Rollenambiguität und eine Ineffizienz in der Versorgung. Sie fordern eine klare Aufteilung der Tätigkeiten zwischen Familien und Mitarbeitern und eine entsprechende Unterstützung für Familien in bestimmten Aspekten der Pflege.[138] In der Studie von Schwartz et al. konnten 45 % der Tätigkeiten den Mitarbeiten zugewiesen werden, 16 % der Tätigkeiten den Angehörigen und immerhin 39 % der Tätigkeiten kommen für eine geteilte Verantwortung in Frage. Ähnliche Untersuchungsergebnisse haben Shuttlesworth et al. beschrieben. In Abhängigkeit zur Besuchshäufigkeit klassifizierten sie die Angehörigen. Die Angehörigen, die eher unregelmäßig

[134] Vgl. Kellet 1999, S. 9-16; Marquis et al. 2004, S. 178-186; Stull et al. 1997, S. 379-402.
[135] Vgl. Stull et al. 1997, S. 399.
[136] Vgl. Schwartz; Vogel 1990, S. 49.
[137] Vgl. Rubin et al. 1983, S. 632; Shuttlesworth et al.1982, S. 203.
[138] Vgl. Shuttlesworth et al. 1982, 207.

kommen, sehen die Tätigkeiten in Verantwortung der Mitarbeiter. Hohe Übereinstimmung ist vorhanden in den Bereichen der körperlichen Versorgung und den Fragen von Schutz und Sicherheit. Interessant ist, dass Angehörige mit Bewohnern zwischen einem und drei Jahren Heimaufenthalt auch die Verantwortlichkeiten eher bei den Mitarbeitern sehen.

Baecker hat in einem Aufsatz drei verschiedene Bedenken über die gesellschaftliche Praxis der sozialen Hilfen beschrieben: a) der Motivverdacht, dass die Hilfe dem Helfenden nützt, b) der Stigmatisierungsverdacht, dass es um eine Kontinuierung der Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Hilfe zur Verstetigung statt zur Überwindung des Hilfebedarfs geht und c) der Effizienzverdacht, der den Potenzialen der Selbsthilfe im Wege stehen kann.[139] In einem Altenpflegeheim sind derzeit die Hilfestrukturen auf eine dauerhafte Unterstützung ausgerichtet. Urlaub spricht von der Gefahr der Überkompensation und einer „professionellen Allzuständigkeit" der Mitarbeiter, die nicht unbedingt ein partnerschaftliches Miteinander fördert. Ist eine Assistenz oder Unterstützung möglich, so wirkt diese sporadisch und konkurriert mit dem Kontinuierungsverdacht. „Dies erschwert eine „Öffnung" der Einrichtung in Richtung auf die Zulassung von funktionalen Äquivalenten wie Selbsthilfe- und Mitwirkungspotenzialen der Bewohner oder auch ihrer Angehörigen."[140]

Steiner-Hummel kritisiert, dass Angehörige lange als funktionales Element definiert und auf marginale Rollen festgelegt wurden. „Besonders deutlich wird dieses Verständnis in der stationären Altenarbeit. Angehörige sind dort meist der Institution nachgeordnet im Sinne der organisatorischen und institutionellen Sachzwänge im Pflegeablauf, über die sie sich nicht hinwegsetzen können, und sie sind als Laien nachgeordnet gegenüber Fachkräften."[141] Im professionellen oder formellen System wirken dadurch bewusst oder unbewusst Formen der Ab- und Ausgrenzung. Angehörige werden von Mitarbeitern als Störfaktoren in professionellen Handlungsroutinen beschrieben. Ihre Einbeziehung ist nur gewünscht, wenn sie als eine hilfreiche Ressource erscheint. Steiner-Hummel fordert organisationsbezogene Lernprozesse und eine Angehörigen-

[139] vgl. Baecker 1994, S. 93-110.
[140] Urlaub et al. 1996, S. 19.
[141] Vgl. Steiner-Hummel 2000, S. 106.

orientierung in der Pflegearbeit im Sinne von „mit den Angehörigen“ statt „neben den Angehörigen“. Ziele müssten demnach ein partnerschaftlicher Umgang und ein Entdecken der Sorgearbeit in und mit den Familien sein.[142]
Nachfolgend werden die funktionalen Rollenzuschreibungen für Angehörige im Altenpflegeheim beschrieben. Die Darstellung nimmt die Themen und Diskurse auf, die in der Literatur über die Aufgaben und Rollen der Angehörigen in einem Altenpflegeheim zu finden sind. Zum einen geht es um die Aktivitäten und Mitwirkungsmöglichkeiten, die Angehörige für die „eigenen“ Bewohner in das Altenpflegeheim einbringen, zum andern geht es um die für die Beziehung zum Bewohner relevanten Aspekte. Im Folgenden werden tätigkeitsorientierte und beziehungsorientierte Funktionalitäten unterschieden.

Tätigkeitsorientierte Funktionalitäten

Angehörige als Besucher

Die Besuchs- und Kontaktfrequenz von Angehörigen ist ein häufig erwähntes Merkmal. Dabei wird damit noch keine Aussage über mögliche Unterstützungsleistungen getroffen, die während der Besuche stattfinden könnten.[143] Rund drei Viertel der Angehörigen wünschen eine Form der Mitarbeit. Urlaub begründet dies in seiner Untersuchung wie folgt: „Angehörige werden in ihrer Selbsteinschätzung schnell bedeutungslos in einer Situation, in der sie ihr Bedürfnis, nah zu sein und zu helfen nur noch durch Halten der Hand und nicht mehr durch Tätigkeiten ausdrücken können.“[144] Verstummen die Gespräche und wird „die Hand halten“ zur begleitenden Tätigkeit, wird dies von den Angehörigen als belastend erlebt und führt zur Reduzierung von Besuchen[145]. Insgesamt ist zwischen personellen und strukturell-institutionellen Einflussfaktoren auf die Kontakthäufigkeit zu unterscheiden, die in einer Situation zusammenkommen können.[146]

---

[142] Vgl. Steiner-Hummel 2000, S.112.
[143] Anmerkung: Angehörige werden mit dem Begriff „Besuchshäufigkeit“ bereits von der familiären Zugehörigkeit exkludiert.
[144] Urlaub et al. 1996, S. 52.
[145] Vgl. Urlaub et al. 1996, S. 106.
[146] Vgl. Urlaub et al. 1996, S. 69.

Angehörige als Pflegende

Die Beziehungen der Angehörigen bestehen auch in institutionellen Settings weiter; ihre Ausgestaltung ist abhängig von der institutionellen Strukturierung und den Kooperationsmöglichkeiten. Familien bleiben in die Pflege ihrer pflegebedürftigen Angehörigen involviert, zeitweise weniger intensiv bzw. auf eine andere Art.[147] „Wie die Angehörigen ihre Rolle gegenüber der Einrichtung wahrnehmen, ist in der Regel ihnen selber überlassen. Orientierungen sind selten."[148]

Drei Viertel der Angehörigen zählen nach Urlaub zu den pflegenden Angehörigen. Sie haben ein intensives Sorgeerleben und gehören zu den regelmäßigen Besuchern. Sie fühlen sich der Pflegeaufgabe weiterhin verpflichtet.[149] Für die pflegenden Angehörigen bringt der Heimeinzug in ihrer Funktion keine eindeutige Veränderung.

Die Gruppe der pflegenden Angehörigen wird weiter differenziert in die aktiv pflegenden Angehörigen, die psychisch stabilisierenden Angehörigen und die distanzierten Angehörigen.

Davon sind die aktiv pflegenden Angehörigen diejenigen, die fast täglich kommen und aktive Betreuung und Mithilfe leisten. Eine neue Form der Pflegebeziehung kann entstehen. Die psychisch stabilisierenden Angehörigen kommen auch regelmäßig, bringen sich aber nicht über pflegerische Tätigkeiten ein. Die weitere Gruppe der distanzierten Angehörigen hat nicht den Wunsch, sich in Pflege und Betreuung einzubringen. Sie konzentrieren sich auf Besuche und hauswirtschaftlich-organisatorische Unterstützung. Unstrittig ist, dass die Übergänge bei dieser Rolleneinteilung fließend sind.

Die aktuellen Befunde aus der ISG-Mitarbeiterbefragung im Rahmen der MuG IV Studie zeigen, dass ca. ein Viertel der Angehörigen im pflegerischen Bereich überhaupt mitwirkt. Dabei sehen nur 3 % der Mitarbeiter von Altenpflege-einrichtungen eine gute Mitwirkungsmöglichkeit für Angehörige im Pflegebereich. Insgesamt sehen nur ein Drittel der Befragten überhaupt eine Mitwirkungsmöglichkeit der Angehörigen bei der Pflege.[150]

---

[147] Vgl. Stull et al.1997, S. 397.
[148] Vgl. Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg 1987, S. 23.
[149] Vgl. Urlaub 1995, S. 24.
[150] Vgl. Schneekloth; Wahl 2007, S. 88.

Angehörige als Entscheider

Meist haben Angehörige in der häuslichen Versorgung über einen bestimmten Zeitraum bereits Verantwortung übernommen. Die Entscheidung zum Heimeinzug und die dann folgende Auswahl eines Altenpflegeheimes sind Beispiele für Entscheidungen, die zum großen Teil von Angehörigen getroffen werden. „Die Übersiedlung in ein Heim, speziell beim Pflegefall, ist gerade auch dadurch gekennzeichnet, dass Angehörige weitgehend die Entscheidungen treffen oder an ihr mitwirken, sie sind in der Sorgerolle tätig."[151] In dieser Funktion entwickeln Angehörige Erwartungen an das Altenpflegeheim und seine Mitarbeiter. Ebenso erwachsen aus Funktion Kundenbeziehungen, die dann eher von den verantwortlichen Mitarbeitern in der Einrichtung gepflegt werden. Angehörige sind auch Entscheider, wenn sie stellvertretend für den Bewohner als gesetzlich bestellte Betreuer eingesetzt sind und bzw. oder mit entsprechenden Vollmachten ausgestattet sind. Innerhalb des Referenzmodells in Nordrhein-Westfalen wird im Rahmenkonzept zur Zusammenarbeit mit Angehörigen explizit darauf verwiesen, dass es wichtig ist, innerhalb des Heimeinzugsverfahrens die erste Ansprechperson für die Einrichtung zu definieren, wenn es um bewohnerbezogene Absprachen und Entscheidungen gehen soll.[152]

Angehörige als Informationslieferanten

84 % der Mitarbeiter sehen insbesondere für Menschen mit Demenz in den Angehörige wichtige Informationslieferanten. „Fast ebenso eindeutig erfüllen sie eine wichtige Funktion, indem sie nützliches Wissen über die Bewohnerinnen und Bewohner mitbringen."[153] Sie können durch ihre biografischen Informationen zur individuellen Erinnerungsarbeit beitragen.

Angehörige als Advokaten und Kontrolleure

Angehörige sehen ihre Funktion auch in der Überwachung der Pflege. Sie fühlen sich verantwortlich dafür, dass der Pflegebedürftige die Pflege bekommt,

[151] Urlaub 1995, S. 21.
[152] Vgl. Wingenfeld, K.; Korte-Pötters, U.; Heitmann, D. 2006, S. 19.
[153] Vgl. Schneekloth; Wahl 2007, S. 97.

die er benötigt und intervenieren auch stellvertretend für ihn.[154] In einer kanadischen Studie wurde deutlich, dass ein Fünftel der Angehörigen die Funktion von Überwachung und Kontrolle im Hinblick auf den Gesundheitsstatus der Pflegebedürftigen, deren Medikation und deren potenzielle Probleme übernimmt.[155] Kontrolle wird vornehmlich den delegierenden Angehörigen zugeschrieben. Nach Urlaub sind delegierende Angehörige solche, die das Altenpflegeheim in der zugeschriebenen Arbeitsteilung als Serviceeinrichtung wahrnehmen.[156]

Dellasega et al. beschreiben, dass Angehörige nach dem Heimeinzug das Bild des idealen und belastbaren Angehörigen von sich entwickeln.[157] Angehörige richten nun eine verstärkte Aufmerksamkeit auf den Erkrankten und sein Befinden, auf die Qualität seiner Versorgung.[158] „All die Aspekte helfen zu verstehen, warum ein Angehöriger sich gerade so und nicht anders bei seinen Besuchen im Heim verhält.“[159]

Angehörige als Interessensvertreter

Angehörige von Heimbewohnern übernehmen in vielen Fällen auch die Rolle von Fürsprechern des Pflegebedürftigen und vertreten seine Belange, wenn er selbst hierzu nicht mehr in der Lage ist. In den meisten Heimgesetzen der Bundesländer ist eine Mitwirkungsmöglichkeit und Interessensvertretung für Angehörige vorgesehen.[160] Damit können Angehörige auch zu formalen Interessensvertretern von allen Bewohnern in der Organisation werden.

Angehörige als Umfeldgestalter

84 % der Mitarbeiter sehen die Zimmergestaltung als eine Aufgabe von Angehörigen. Hier kommt es zu einer intensiven Zusammenarbeit mit den Angehörigen.[161] Sie erweisen sich als Mitgestalter des neuen Umfeldes für den

[154] Vgl. Ross et al. 2001, S. 354.
[155] Vgl. Ross et al. 2001, S. 354.
[156] Vgl. Urlaub et al. 1996, S. 84.
[157] Vgl. Dellasega et al. 1995, S. 131.
[158] Vgl. Wilkening 2000, S. 142.
[159] Vgl. Wilkening 1999, S. 26.
[160] Vgl. Verordnung des Sozialministeriums über die Mitwirkung der Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebs in Baden-Württemberg.
[161] Vgl. Urlaub et al. 1996, S. 78; Schneekloth; Wahl 2007, S. 90; Ross et al. 2001, S. 354.

Pflegebedürftigen, sind aktiv bei der Wohnraumgestaltung und zeigen durch ihre Kontakthäufigkeit eine Verbindung zum früheren Leben.

Angehörige als Ressource für Lebensqualität

Vorlesen und Gesellschaft leisten (64 %) und für soziale Kontakte sorgen (41 %) fällt aus der Mitarbeitersicht in die Mitwirkungsmöglichkeiten der Angehörigen. Angehörige leisten hier einen individuellen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität ihres pflegebedürftigen Familienmitglieds und sind auch eine Ressource bei der Gestaltung von Festen und Ausflügen (27 %).[162] Angehörige arrangieren Besuche von Freunden, organisieren die Geburtstagsfeier und bringen die Lieblingsspeisen mit.[163]

Angehörige als Ressource in Krisen

Zur Gestaltung des Heimeinzuges, bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes und in der Sterbephase wird die Angehörigenarbeit intensiviert. Hier greift die Organisation verstärkt auf die Ressource Angehöriger zurück.[164]

Beziehungsorientierte Funktionalitäten

Angehörige als vertraute Personen

Zunächst ist der Angehörige ein Familienmitglied, z. B. Ehefrau, Tochter oder Sohn. Angehörige sind nicht immer verwandte Personen, sie stehen dem Bewohnern nahe und fühlen sich zugehörig. „Angehörige stehen daher nicht nur in Beziehung zu den Pflegebewohnern und ihren Integrationsproblemen, sondern auch zu den Mitarbeitern des professionellen Hilfesystems. Als Teil der neuen Lebenswelt kommt ihnen in der Interaktion mit den Mitarbeitern auch eine institutionelle Rolle zu, die sich durch wechselseitige Erwartungen und Anforderungen herausbildet.“[165] Kors und Seunke beschreiben diese Situation wie folgt: „In gewisser Weise nimmt das Pflegeheim nicht nur den Bewohner, sondern auch seine Familie auf.“[166]

[162] Vgl. Schneekloth; Wahl, H. 2007, S. 90.
[163] Vgl. Ross et al 2001, S. 355.
[164] Vgl. Urlaub et al. 1996, S. 82. 04.
[165] Urlaub et al. 1996, S. 82.
[166] Kors; Seunke 2001, S. 65.

Angehörige als biografische Experten

In der Betreuung von Menschen mit Demenz werden Angehörige als biografische Experten betrachtet.[167] „Fast ebenso eindeutig erfüllen sie eine wichtige Funktion, indem sie nützliches Wissen über die Bewohnerinnen und Bewohner mitbringen (84 %).“[168] Sie sind besonders dann die Interpretationsexperten, wenn es darum geht, demenzspezifische Verhaltensweisen durch Lebensgeschichten, Gewohnheiten und vergangenheitsbezogenes Verhalten zu erkennen und einen Zugang zu finden. Lind spricht von einem „Muss-Charakter“ der Angehörigenmitwirkung, der auch organisational aufgenommen ist durch z. B. Heimaufnahme und Erstellen der Biografie, Pflegeprozessplanung.[169] Angehörigen wird eine „Brückenfunktion” zugeschrieben, die insbesondere für Demenzerkrankte eine Brücke zu ihrer Vergangenheit darstellt. Damit unterstützen sie die Biografiearbeit und Erinnerungspflege, die meist Bestandteil der Pflegeprozessplanung und Biografieorientierung ist und sorgen mit für eine individuelle Versorgung des Bewohners. 90 % der Mitarbeiter benennen in der ISG-Befragung das Aufbereiten der Biografie als eine Aufgabe und Funktion von Angehörigen. 24 % der Mitarbeiter benennen eine Mitwirkung der Angehörigen bei der Pflegeplanung und Pflegevisite.[170] Angehörige messen der sozialen Integration ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder im Altenpflegeheim eine hohe Bedeutung bei. Sie stehen in ihrem Engagement und aufgrund ihrer Bindungen für Individualität und Privatheit und leisten einen Beitrag für eine lebensweltlich-personale Struktur. „Die ‚pflegenden Angehörigen’ sind in ihrer Rolle stabilisierender, stützender Teil in der Lebensform des verwandten Bewohners; ebenso die Mitarbeiter, die aber andere Kompetenzen einbringen und andere Aufgaben haben.“[171]

[167] Vgl. Lind 2005, S. 165.
[168] Schneekloth; Wahl 2007, S. 97.
[169] Angehörige werden hier zu exklusiven Informationslieferanten; deren Mitwirkung wird normativ eingefordert.
[170] Vgl. Schneekloth; Wahl 2007, S. 90.
[171] Urlaub 1995, S. 57.

Angehörige als Besucher

86 % der Altenpflegeheimbewohner haben Angehörige. Rund 30 % der Bewohner werden ein- bis mehrmals pro Woche besucht, 8 % der Bewohner täglich.[172] In der stationären Versorgung dominiert der Charakter der Dienstleistung über den der familialen Sorgearbeit. Angehörige werden meist auf die Besucherrolle reduziert. Eher weniger nimmt man sie als Co-Produzenten von Wohlbefinden wahr.[173] Lind spricht von einer „verkehrten Beziehung" zu den Bewohnern, da die Pflege- und Betreuungsleistungen von Pflegemitarbeitern (Fremden) erbracht werden und die vertrauten Personen sich auf nachgeordnete Tätigkeiten beschränken.[174]

Angehörige als soziale Unterstützer

73 % der Mitarbeiter sehen in den vielfältigen Tätigkeiten der sozialen Unterstützung und Begleitung eine gute Mitwirkungsmöglichkeit für Angehörigen.[175] Angehörige werden auch in der Funktion der Verbindung nach außen gesehen (81 %) und nehmen für die Bewohner damit eine psychisch stabilisierende Rolle ein. Angehörige messen der sozialen Integration ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder im Altenpflegeheim eine hohe Bedeutung bei. Sie stehen in ihrem Engagement und aufgrund ihrer Bindungen für Individualität und Privatheit und leisten einen Beitrag für eine lebensweltlich-personale Struktur. „Die ‚pflegenden Angehörigen' sind in ihrer Rolle stabilisierender, stützender Teil in der Lebensform des verwandten Bewohners; ebenso die Mitarbeiter, die aber andere Kompetenzen einbringen und andere Aufgaben haben."[176] Altenpflegeheime können in diesem Verständnis nie ein Ersatz für die familiale Lebenswelt sein, ihre Anstrengung kann auf eine Annäherung und Integration von einzelnen Elementen zielen. „Das Partizipieren in verschiedenen Lebenswelten stellt eine Identitätsarbeit dar, die unter unklaren Rollenerwartungen innere und äußere Entfremdungsgefühle hervorrufen kann."[177] Dennoch sind Angehörige ein wichtiges Bindeglied

[172] Vgl. Urlaub et al.1996, S. 162.
[173] Vgl. Schmidt 2003, S. 242.
[174] Vgl. Lind 2005, S. 162.
[175] Vgl. Schneekloth; Wahl 2007, S. 88.
[176] Urlaub 1995, S. 57.
[177] Steiner-Hummel 1986, S. 100.

zwischen der alten Lebenswelt, die die Bewohner aufgegeben haben, und der neuen Lebenswelt im Pflegeheim.[178] Sie haben damit eine Brückenfunktion inne.

Angehörige als Kooperations- und Konfliktpartner

Das Verhältnis von Mitarbeitern und Angehörigen ist ein deutlich konflikthaftes. 84 % der Mitarbeiter berichten von Konflikten, die jedoch unterschiedlich häufig und schwer sind. Häufigste Konfliktanlässe sind die Qualität der Pflege (54 %) und das persönliche Verhalten der jeweils anderen (46 %).[179] „Fehlende oder unspezifische Vereinbarungen über die Rolle und Funktion von Angehörigen in den Arbeitsabläufen der Einrichtung verursachen die Konfliktdynamik zwischen Angehörigen und Mitarbeitern."[180] Kühnert hat in ihrer Untersuchung bestätigt, dass Angehörige eher die pflegerische Versorgung kritisieren, da sie selbst langjährig in der häuslichen Pflege verantwortlich waren und somit auch Vergleichsmöglichkeiten haben.[181]

Angehörige, die mit ihren persönlichen Erwartungen auf die Organisation treffen, kommen schnell in die Situation, betriebliche Routinen zu stören. In dem Bemühen um holistische Konzepte in der Versorgung pflegebedürftiger Personen im Altenpflegeheim zielen die Aufgaben der Pflege auch auf emotionale Zuwendung und beziehen die physische, psychische und soziale Dimension mit ein. Eine Rivalität und Konkurrenz kann entstehen, wenn Mitarbeiter sich als die wichtigste Bezugsperson sehen.[182] Angehörige und Pflegemitarbeiter rivalisieren möglicherweise um den Bewohner und die Zuständigkeit bei der emotionalen Zuwendung.

3.2.2 Die Perspektive der Mitarbeiter

Auch vor dem Hintergrund von Litwaks Theorie der Aufgabenteilung sind aus der Perspektive der Mitarbeiter die Mitwirkungspotenziale interessant. Engels und Pfeuffer untersuchten die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen

[178] Vgl. Urlaub et al. 1996, S. 54.
[179] Schneekloth; Wahl 2007, S. 100.
[180] Urlaub et al. 1996, S. 85
[181] Vgl. Kühnert 1991, S. 325.
[182] Vgl. Urlaub et al. 1996, S. 25.

in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen.[183] Die Befragungsergebnisse zu den Angehörigen und Freiwilligen wurden gegenübergestellt. Aus der Sicht der Mitarbeiter der Altenpflegeheime sind die Aufgabenbereiche für eine mögliche Mitwirkung für Angehörige und Freiwillige tendenziell gleich. Die Mitarbeiter sehen eine Haupttätigkeit im Bereich der sozialen Begleitung; am wenigsten sehen sie eine Mitwirkung im Bereich der Pflege. Damit werden die Ergebnisse von Urlaub bekräftigt, der in seiner Untersuchung zehn Jahre zuvor eine gewisse Zielorientierung der Mitarbeiter bei der Angehörigenarbeit feststellte. Bei der Übersiedlung ins Heim, zur Erkundung der Biografie, zur Verbesserung der seelischen und sozialen Situation der Bewohner und in der Sterbephase kommt der Angehörigenarbeit eine höhere Bedeutung zu.[184] Mitarbeiter erwarten Engagement und häufige Besuche bzw. regelmäßigen Kontakt. Eine gelingende Angehörigenarbeit wird mit hoher Kompetenz und Berufserfahrung in Verbindung gebracht.[185]

Die Angehörigen wie der Bewohner erwarten Fachlichkeit und eine persönliche Beziehung. Das professionelle Pflegesystem sollte auf die Lebenswelt bzw. die jeweiligen Familienwelt individuell eingehen. Interessant ist, dass in der Studie von Urlaub das Potenzial der Angehörigen aus Mitarbeitersicht eher gering eingeschätzt wird, obwohl die Mitarbeiter die positiven Effekte bei den Bewohnern beschreiben können (z.B. wichtiger Außenkontakt, bringen Leben ins Heim, Wissen über den Bewohner).[186]

Mitarbeiter erhalten durch die Angehörigenkontakte auch Anerkennung und positive Rückmeldungen. Jedoch halten sich gegenseitiges Verständnis und Kritik und Konflikte hier die Waage. Das Zusammenwirken von Schuldgefühlen der Angehörigen, eine geringe Akzeptanz der Institution Pflegeheim und eine Vernachlässigung der Thematik in den Einrichtungen führt zu vermehrten Konflikten zwischen Angehörigen und den Mitarbeitern der Einrichtung.[187] [188] „Aus dieser Perspektive ist die Mitwirkung von Angehörigen ebenfalls keine Frage der arbeitstechnischen Aufteilung und Delegation, sondern eines

[183] Vgl. Engels; Pfeuffer 2007, S. 88-96.
[184] Vgl. Urlaub 1995, S. 63.
[185] Vgl. Urlaub 1995, S. 68.
[186] Vgl. Schneekloth; Wahl 2007, S. 97.
[187] Urlaub 1995, S. 10.
[188] Urlaub verwendet den Begriff der familienbezogenen Angehörigenarbeit, der später in der Literatur eher wieder verschwindet.

gemeinsamen, kommunikativen Prozesses im Bemühen um eine hohe Pflegequalität.“[189] Mitarbeiter sind umso mehr belastet, wenn es kein Konzept zur Angehörigenarbeit gibt.

Benzein et al. untersuchten die Einstellungen von schwedischen Pflegefachpersonen zur Bedeutung von Familien in der pflegerischen Versorgung.[190] Mit dem von ihr mitentwickelten psychometrischen Testinstrument FINC-NA konnten vier Typen von Pflegenden gebildet werden. [191] Diese sind Pflegende, die a) Familie als eine Ressource für die Pflegeaktivität, b) Familie als Gesprächspartner, c) Familie als Belastung oder d) ihre eigene Person als Ressource für die Familien sehen.

Schwedische Pflegepersonen haben eine unterstützende Einstellung, wenn es darum geht, die Familien einzubinden. Variablen, die eine geringere unterstützende Haltung zur Einbindung von Angehörigen voraussagen, sind a) Berufsanfänger sein, b) eine männliche Pflegeperson sein und c) keinen Zugang zu den Familien am Arbeitsplatz haben.[192]

Die Studie zeigt auch, dass Berufsanfänger mit sich und ihren Kompetenzen beschäftigt sind. Sie konzentrieren ihre Rollenausübung auf den Pflegeempfänger, sind tätigkeitsorientiert und verlassen sich auf Standards und Regeln. Berufsanfänger benötigen Unterstützung durch Reflexion und Supervision.[193] Ein situatives Interagieren und ein größerer Handlungsspielraum sind mit Berufserfahrung verbunden.[194] Die Autoren fordern einen Paradigmenwechsel in allen pflegerischen Versorgungsformen mit dem Fokus

---

[189] Schneekloth; Wahl 2007, S. 7.
[190] Vgl. Benzein et al. 2008, S. 97–117.
[191] Families' Importance in Nursing Care-Nurses' Attitudes (FINC-NA) ist ein reliabel getestetes Instrument zur Einstellungsmessung von Pflegepersonen. Es wurde von Benzein et al. 2008 in Schweden entwickelt.
[192] Vgl. Benzein et al 2008, S. 162.
[193] Vgl. Benner 2012. Dieser Befund ist anschlussfähig an die Forschungen von Patricia Benner. Mit ihren Stufen zur Pflegekompetenz auf der Grundlage des Dreyfuss-Modells zum Kompetenzerwerb erwirbt und vertieft ein Lernender seine Fähigkeiten über fünf Leistungsstufen: Anfänger, fortgeschrittener Anfänger, Kompetenter, Erfahrener und Experte. Benner beschreibt in Anwendung des Modells bei Pflegenden den Umgang mit abstrakten Regeln und Standards und auch die Wahrnehmung von situativen Anforderungen. Pflegende, die zu Beginn wie neutrale Beobachter agieren und sich noch stark an formalen Regeln orientieren, werden im Laufe der Berufserfahrung zu engagiert handelnden Experten. Den Experten werden die subjektive Befindlichkeit eines Einzelnen und das Einbeziehen der vorhandenen Ressourcen zur Handlungsmaxime.
[194] Vgl. Benzein et al. 2008, S. 175.

auf hierarchiearmen, auf Zusammenarbeit ausgerichteten Beziehungen zur Familien unter Berücksichtigung von deren Expertise.[195]

Woods et al. nehmen die Situation der Familien nach dem Heimeinzug in den Blick und zeigen Möglichkeiten auf, wie Mitarbeiter im Altenpflegeheim unterstützend auf die Familien einwirken können. „Dabei spielen Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen eine Schlüsselrolle, denn sie unterstützen Familienangehörige und achten darauf, dass die Beziehung zwischen Familie und Heimbewohner weiterbesteht. Für diese Aufgabe werden sie vielleicht auch dadurch belohnt, dass sich die Lebensqualität sowohl der Familie als auch des demenzkranken Menschen verbessert, was letztlich das Ziel jeder qualitativ guten Pflege und Betreuung ist.“[196]

Gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung von Angehörigen und Mitarbeitern helfen mit, das Verhältnis zueinander deutlich positiver zu beurteilen. Kühnert konnte in ihrer Untersuchung keinen Zusammenhang zwischen den institutionalisierten Angeboten für Angehörige und der Einschätzung zur Beziehung für beide Gruppen nachweisen. Demzufolge gewinnen persönliche Haltungen und Einstellungen gegenüber den Angehörigen größere Bedeutung.[197]

Kersting hat sich innerhalb des deutschen Pflegealltags in Krankenhäusern mit dem unauflösbaren Widerspruch zwischen normativem Anspruch und Funktionalität beschäftigt.[198] Die Strukturen im Gesundheitswesen fordern von den Pflegenden eine hohe Patientenorientierung und setzen damit einen normativen Anspruch. Wirtschaftliche Zwänge nötigen zugleich zu funktionalem Handeln. In ihrer „Cool Out-Studie“ beschreibt sie die moralische Desensibilisierung von Pflegenden, da die Strukturen etwas einfordern, was im System nicht einzulösen ist.[199] Sie stellt den Prozess in Form einer „Kälteellipse“ dar. Die Kälte ist eine Reaktionsform des Einzelnen auf die im System herrschenden Strukturen. Die Pflegenden lernen, sich selbst gefühlskalt zu machen. Mit dieser Reaktion gelingt es Pflegenden die Verletzung der Norm

[195] Vgl. Benzein et al. 2008, S. 177.
[196] Woods et al. 2008, S. 14.
[197] Vgl. Kühnert 1991, S. 274.
[198] Die Studienergebnisse kommen aus dem Akutbereich Krankenhaus. Möglicherweise ist das Phänomen der moralischen Desensibilisierung auch in der stationären Langzeitpflege zu anzutreffen.
[199] Vgl. Kersting 2011.

hinzunehmen und ihre moralischen Konflikte „auszuhalten“. Mit dem Reaktionsmuster der „Kälte“ können sie eher hinnehmen, dass die Welt nicht so ist, wie sie sein sollte.

Im Vergleich zur häuslichen Versorgung verfolgt das professionelle Versorgungssystem Altenpflegeheim andere Interessen und dem System liegt eine andere Logik zugrunde. Pflegende Angehörige und berufliche Pflegepersonen haben eine unterschiedliche Betrachtungsweise und Bewertung. „It seems as the professionals’ view on support is dominant in service provision, family carers may have another point of view regarding what constitutes support means for them.”[200] Ein gemeinsamer „point of view“ wird als fehlend beklagt und die Sichtweise von professionell Pflegenden als dominant erlebt. Steiner-Hummel fordert organisationsbezogene Lernprozesse und eine Angehörigenorientierung in der Pflegearbeit im Sinne von „Mit den Angehörigen statt neben den Angehörigen“. Ziel ist der partnerschaftliche Umgang und ein Entdecken der gemeinsamen Sorgearbeit in den Familien.[201]

3.2.3 Die Perspektive der Angehörigen

86 % der Bewohner haben Angehörige, die in unterschiedlichster Weise Kontakte pflegen. Die Häufigkeit der Kontakte wird als ein Indikator für die Beziehung zu den Bewohnern und für eine positive Interaktion zwischen Mitarbeitern und Angehörigen betrachtet.[202] [203] Angehörige in der stationären Altenhilfe haben meist eine langjährige häusliche Pflegesituation gemeistert. Insbesondere Angehörige von Menschen mit Demenz haben eine eng mit dem Betreuten verwobene Situation erlebt, die oft rund um die Uhr von Verantwortung und Sorge geprägt war. Rund die Hälfte der Bewohner war vor dem Heimeinzug mehr als ein Jahr pflegebedürftig und bei 79 % davon waren die Angehörigen an der Pflege und Versorgung beteiligt. Zwei Drittel der (pflegenden?) Angehörigen sind Frauen, meistens Töchter und Schwieger-

[200] Stoltz et al. 2004, S. 117.
[201] Vgl. Steiner-Hummel 2000, S. 112.
[202] Kühnert hat sich in ihrer Untersuchung zum Verhältnis zwischen Angehörigen und Mitarbeitern auf die individuellen Bedingungen beschränkt. Die institutionellen Rahmen-bedingungen wurden weniger berücksichtigt.
[203] Vgl. Kühnert 1991, S. 105; Urlaub et al. 1996, S. 59.

töchter. 31 % der Angehörigen haben die Pflege gänzlich allein geleistet und 59 % haben selber gesundheitliche Probleme.[204]

3.2.3.1 Der Heimeinzug der Pflegebedürftigen und der Angehörigen

Der Heimeinzug ist aus der Perspektive der Organisation Altenpflegeheim ein routinisierter Schlüsselprozess. Er kann von den Mitarbeitern eigentlich nicht in Frage gestellt werden, da er die Zweckbestimmung der Organisation verdeutlicht. Aus der Perspektive der Angehörigen wird dieser Prozess ambivalent erlebt. Aus der Perspektive des Pflegebedürftigen ist er einmalig und bedeutungsschwer. Im eigentlichen Sinne geht es bei einem Heimeinzug um den meist unumkehrbaren „Heimaustritt" aus dem bisherigen Zuhause.

Die Bedeutung des Heimeinzugs wird in Theorie und Praxis besonders hervorgehoben. Der Heimeintritt wird als kritisches Ereignis beschrieben und mit dem Verlust der vertrauten Räume und des vertrauten Milieus in Verbindung gebracht. Der Verlust von Individualität und Selbstbestimmtheit kann als Tauschgeschäft zugunsten von Sicherheit und sicher erwartbarer professioneller Unterstützung gesehen werden. Urlaub beschreibt dies wie folgt: „Dem notwendigen Verlust von individuell gestalteten Lebensformen steht ein Gewinn an pflegerischer Hilfe, fachlicher Betreuung und Sicherheit in der alltäglichen Lebensführung gegenüber, der ab einem bestimmten Grad von Einschränkungen eine konzentrierte professionelle Hilfe erforderlich macht."[205]

Der Heimeinzug stellt nach oft jahrlanger häuslicher Versorgung einen Einschnitt in der „Karriere" von pflegenden Angehörigen dar. Ihre jahrelangen Bemühungen zielten eben genau auf die Vermeidung eines Heimeintritts. Dieser innere Konflikt von Angehörigen bei einem Heimeintritt ist Gegenstand vieler Untersuchungen.[206] So ist der Heimeinzug selbst von pflegenden Angehörigen meist mit dem Gefühl der Schuld und des Versagens verbunden. Der Eintritt ins Pflegeheim ist mit der Übergabe bzw. Abgabe von Verantwortung verbunden. Die meist viele Jahre lang erlebte Belastung pflegender Angehöriger hält noch lange nach dem Heimeintritt an bzw. verändert sich, da neue Formen von Belastung dazukommen wie z. B. Ärger

[204] Vgl. Schneekloth; Wahl 2007, S. 24 ff.
[205] Urlaub et al. 1996, S. 3.
[206] Vgl. Kellet 1999, S. 9-16; Marquis et al. 2004, S. 178–186.

mit den Mitarbeitern, finanzielle Belastungen, verändertes Verhalten des Pflegebedürftigen durch Fortschreiten der Erkrankung[207] „Meist entwickeln sie eine verstärkte Aufmerksamkeit auf den Erkrankten und sein Befinden und auf die Qualität seiner Versorgung.[208]

Öfters entwickelt sich eine Parallelität von Entlastung und Verlust. Diese Erfahrung ist für die Haltung von Angehörigen gegenüber dem Altenpflegeheim und die wechselseitigen Interaktionen charakteristisch.[209]
Betrachtet man den Heimeinzug und damit den Übergang in eine andere pflegerische Versorgung, so steht folgende Aussage exemplarisch für die Entlastungs-Belastungsdebatte: „Der Wechsel in die Einrichtung hat sich in den meisten Fällen positiv auf das Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen ausgewirkt, wenn auch dieser ‚Entlastungseffekt' nicht so stark ausfällt, wie häufig erwartet wird."[210]
In der Langzeitstudie von Schulz et al. wird der Einfluss der Heimübersiedlung von Verwandten mit einer Demenz auf deren Angehörige untersucht. Im Vordergrund stehen Gesundheit und Wohlbefinden.[211] Durch den Heimeintritt kommen zusätzliche Aufgaben für die Angehörigen dazu. Dabei handelt es sich z. B. um Unterstützung beim Essen reichen, Reinigungsarbeiten, die neue finanzielle Situation regeln, einkaufen gehen, eventuelle Transporte begleiten, Wegstrecken in das Altenpflegeheim bewältigen, die reduzierte Kontrolle über die pflegerische Versorgung bewältigen und die neuen Verantwortlichkeiten in der Koordination und Überwachung wahrnehmen. Hinzu kommen weitere Aufgaben wie die Kommunikation mit der Verwaltung und dem Pflegepersonal und die Aufgabe des Angehörigenfürsprechers. Die Ergebnisse halten eine gleichbleibende Belastung fest. Die Vergleichswerte vor dem Heimeinzug und ein Jahr danach zeigen keine statistisch signifikante Verringerung der Depressions- und Angstwerte. Bei den Ehepartnern, die täglich zu Besuch kommen und weniger zufrieden sind mit der externen Versorgung, können

[207] Vgl. Wilkening 1999, S. 25.
[208] Vgl. Wilkening 2000, S. 142.
[209] Vgl. Schmidt 2003, S. 3; Kors; Seunke 2001, S. 65.
[210] Schneekloth; Wahl 2007, S. 28; Reggentin 2005, S. 106.
[211] Vgl. Schulz et al. 2004, S. 961-967.

sogar höhere Depressionswerte und eine höherer Grad an Angststörungen nachgewiesen werden.

Interessant ist, dass bei den pflegenden Angehörigen, die für sich in Anspruch nehmen, dass sie sich für die Unterstützung ihres Angehörigen nützlich und bedeutsam empfinden, die Wahrscheinlichkeit für eine Institutionalisierung geringer ist. Dies verweist auf eine von mehreren Komponenten zur Entscheidungsfindung beim Heimeinzug. Die persönlichen und kulturellen Erwartungen im Hinblick auf eine institutionelle Versorgung bei pflegenden Ehepartnern und das Gefühl, ein Versprechen gebrochen zu haben oder gescheitert zu sein, erhöhen das Konfliktpotenzial.[212]

Auch Lèvesque et al. haben in ihrer Studie auf der Basis des Stress- und Copingmodells zwei Dimensionen definiert, die sich im Laufe der Institutionalisierung eines Angehörigen mit Demenz verändert. Die funktionellen Beeinträchtigungen verschlechtern sich und die Depressionswerte steigen. Sie fordern, dass die Unterstützung der Familie Bestandteil der Qualifizierung der Mitarbeiter werden und die Unterstützung der Angehörigen Teil ihrer Interaktionen und Interventionen werden soll. Sie lehnt sich an Twiggs Begriff des Co-Klienten an.[213]

Auch Kellet hat sich mit den Auswirkungen von Stress bei Angehörigen nach dem Heimeinzug befasst. Ein wahrgenommener Kontrollverlust, die Notwendigkeit der Kontrolle und Anwaltschaft, eine gewisse Geringschätzung, Behandelt-Werden wie ein Besucher oder Klient und ein Gefühl von einer geringen Vertrautheit sind in ihrer Studie die Wahrnehmungen der Angehörigen.[214]

Sandberg et al. widmeten ihre Untersuchungen den Erfahrungen von schwedischen Angehörigen nach dem Heimeinzug. In einer ersten Phase des Prozesses stehen die Entscheidungsfindung, der Heimeinzug an sich, das erste Eingewöhnen und für die Angehörigen die Reorientierung und Zurückfinden in das eigene Leben im Vordergrund.[215] Für die Angehörigen folgt nun eine Phase der Trennung, evtl. der Verlust der Lebenspartners, Langeweile und Isolation.

[212] Vgl. Schulz et al. 2004, S. 965.
[213] Vgl. Lèvesque et al. 2000, S. 236 ff.
[214] Vgl. Kellet 2007, S. 1480.
[215] Vgl. Sandberg et al. 2001, S. 408.

Sie waren auf die emotionale Situation so nicht vorbereitet. Die Autoren fordern daher eine intensivere Vorbereitung der Angehörigen im Hinblick auf diese Trennung.[216] „Keeping“, so lautet die Hauptkategorie der Analyse, mit der die Aufgabe beschrieben werden kann, die Beziehung zu dem Bewohner aufrechtzuerhalten und den Kontakt fortzusetzen. Dieses „Keeping“ konnte differenziert werden in „keeping in touch“ (in Verbindung bleiben), „keeping it special“ (das Besondere wahren) und „keeping an eye“ (ein Auge darauf haben).

Sandberg et al. haben auch Muster untersucht, die Angehörige in der Interaktion mit Pflegenden zeigen. Diese lassen sich beschreiben als „auf Distanz halten und wenig Kontakt haben“, „eher ein Stillhalteabkommen pflegen“, eine „kritische Mitwirkung“ und eine „partnerschaftliche Mitwirkung“ haben.[217] Die oftmals schwierige Kommunikation zwischen Familien und Mitarbeitern stützt sich immer wieder auf Misstrauen und Ungewissheit. Mitarbeiter sind nicht immer sensibel genug, um die Bedürfnisse und die Rollen von Angehörigen wahrzunehmen und in ihren Alltag mit einzubeziehen.[218]

Levy-Storms und Miller-Marinenz beschreiben die Integration von formeller und informeller Pflege in Langzeiteinrichtungen nicht sehr weit fortgeschritten.[219] Angehörige erleben den Übergang und die Eingewöhnung ins Pflegeheim für sich und ihren Bewohner eher unzufrieden. Mit einer Paneluntersuchung fragten sie nach einem Zusammenhang von der Mitwirkung der Angehörigen und deren Zufriedenheit direkt nach dem Heimeinzug und nach einem Jahr. Die multivariate Analyse ergab, dass sich die Zufriedenheit vom Heimeinzug bis zur Institutionalisierung nach einem Jahr nicht signifikant verändert hat. Diejenigen Angehörigen, die sich aktiv in die Versorgung einbringen, berichten über eine geringere Zufriedenheit und ihre Depressionswerte stiegen an. Je mehr sie sich einbringen, desto niedriger ist ihre Zufriedenheit. Die Autoren erklären dies mit der erweiterten Einsicht in den Pflegealltag und dem Gefühl der geringen eigenen Bedeutsamkeit nach dem Heimeinzug.[220] Auch ist die Mitwirkung durch Angehörige kein Ersatz für zufriedene Interaktionen mit den Mitarbeitern. Sie

[216] Vgl. Sandberg et al. 2001, S. 409.
[217] Vgl. Sandberg et al. 2001, S. 412.
[218] Vgl. Sandberg et al. 2001, S. 413.
[219] Vgl. Levy-Storms; Miller-Martinez 2005, S. 161.
[220] Vgl. Levy-Storms; Miller-Martinez 2005, S.160.

fordern ein proaktives Verhalten der Mitarbeiter durch z. B. Planungsgespräche, in denen über die gemeinsamen Tätigkeiten diskutiert werden kann. Damit werden Familien sowohl als Ressource als auch als Klienten optimal für ihre Angehörigen einbezogen.[221]

3.2.3.2 Einbindung von Familien in die stationäre Versorgung

Litwaks Modell der Arbeitsteilung bildet den theoretischen Rahmen in vielen Studien zur Einbindung der Familienangehörigen. In verschiedenen Analysen konnte die eindeutige Funktionsaufteilung der Altenpflegeheime und der Familien dargestellt werden. Familienangehörige sehen ihre effektive Einbindung nicht in der direkten Pflegetätigkeit, sondern stehen eher für eine individuelle Pflege beratend und unterstützend den Mitarbeitern zur Verfügung.[222]

Die aktuellen empirischen Befunde aus Deutschland zeigen auch deutlich, dass die meisten Angehörigen das Altenpflegeheim als den verantwortlichen Erbringer von Versorgungsleistungen sehen und sie sich bei ihren eigenen Aktivitäten auf ergänzende (psychosoziale, emotionale), sogenannte sekundäre Unterstützungsleistungen konzentrieren.[223] Auf die eher routinemäßigen Tätigkeiten („technical tasks“) konzentriert sich das formale System, die Mitarbeiter; die sogenannten „non-technical tasks“ sind Tätigkeiten in der Zuständigkeit des informellen Systems. Die Stärken der jeweiligen Gruppierungen bzw. Systeme können kombiniert werden. Eine getrennte Zuordnung von Aufgaben ist zwar möglich, für viele Autoren steht dabei aber die flexible, kooperative und immer wieder neu auszuhandeln Partnerschaft und Zusammenarbeit im Vordergrund.[224]

Vor dem Hintergrund der Intensität der Mitwirkung hat Urlaub eine Typisierung der Angehörigen erarbeitet.[225] Er beschreibt eine Differenzierung der Angehörigen in die Kategorien „delegierende“ oder „pflegende“ Angehörige.

---

[221] Vgl. Levy-Storms; Miller-Martinez 2005, S.172.
[222] Vgl. Litwak 1977, S. 80-116; Bowers 1988, S. 361-368; Kühnert 1991, S. 325; Ducon; Morgan 1994, S. 235-244; Rowles; High 1996, S. 20-25.
[223] Vgl. Schneekloth; Wahl 2007, S. 88–96; Lind 2005, S. 165.
[224] Vgl. Dempsey; Pruchno 1993, S. 27–45; Stull et al. 1997, S. 379-402; Bauer; Nay 2003, S. 46–53.
[225] Vgl. Urlaub 1995, S. 22; Urlaub et al. 1996, S. 88.

Delegierende Angehörige übertragen die bisherigen Aufgaben an das Altenpflegeheim und akzeptieren die vorgegebene Arbeitsteilung des Altenpflegeheimes als Serviceeinrichtung. Sie verbleiben in ihrer Sorgerolle und kontrollieren, wünschen jedoch Informationen und Ansprechpartner. Zu den Mitarbeitern besteht oft ein eher gespanntes Verhältnis aufgrund ungeklärter Vorstellungen und Erwartungen.

Drei Viertel der Angehörigen zählen nach Urlaub zu den pflegenden Angehörigen. Pflegende Angehörige unterscheidet er in die aktiv pflegenden Angehörigen, die psychisch stabilisierenden Angehörigen und die distanzierten Angehörigen. Aktiv pflegende Angehörige leisten aktive Betreuung und Mithilfe, psychisch stabilisierende Angehörige bringen sich nicht über pflegerische Tätigkeiten ein, distanzierte Angehörige konzentrieren sich auf Besuche und hauswirtschaftlich-organisatorische Themen. [226]

Bereits 1990 hat Kühnert in ihrer Untersuchung das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim in den Blick genommen. Die Mitwirkungsmöglichkeiten der Angehörigen konnten nicht nach der von Litwaks vorgenommenen Funktionsteilung nachgewiesen werden. Das jeweilige Engagement von Mitarbeitern und Pflegenden wird unterschiedlich und nicht eindeutig wahrgenommen. „Angehörige und Mitarbeiter beklagen auf allen Gebieten Versäumnisse, für die der jeweils andere verantwortlich gemacht wird.“[227]

Finnische Forscher untersuchten die Wahrnehmung der Qualität der Angehörigen vor dem Hintergrund der Einbeziehung und Mitwirkung im Pflegeheim. Das Ergebnis zeigt, dass die Familienmitglieder die Qualität am höchsten bewerten, wenn sie eine ausreichende Menge an Informationen bekommen, eine entsprechende Unterstützung von den Mitarbeitern erhalten, in der Pflege mitzuwirken und Möglichkeiten haben, sich an Entscheidungs-findungen zu beteiligen.[228]

Schwartz et al. folgern 1990 aus ihren Untersuchungen ebenfalls, dass Familien involviert bleiben und dies auch in verantwortlichen Tätigkeiten ausdrücken

[226] Siehe auch Kapitel 3.2.1.2 Funktionale Rollenzuschreibungen für Angehörige.
[227] Kühnert 1991, S. 268.
[228] Vgl. Voutilainen et al. 2006, S. 135-149.

wollen. Eine Definition ausschließlich über die Tätigkeiten bringt keine Lösung. Die Autoren schlagen bereits beim Heimeinzugsprozess ein aktives Programm von Einzelgesprächen und Gruppengesprächen von Mitarbeitern und Angehörigen vor. Familien sollen gefördert und unterstützt werden, sowohl nützlichen und essentiellen als auch zusätzlichen Service für ihren Angehörigen zur Verfügung zu stellen.[229]

Gaugler et al. untersuchten eine Stichprobe von 185 Angehörigen über drei Jahre nach Heimeinzug eines Familienangehörigen. Ihr Interesse zielte auf die Frage, wie die Einbindung der Familienangehörigen Stress, Familienkonflikte und Wohlbefinden beeinflusst. Die Ergebnisse zeigten, dass die Häufigkeit der Besuche nach Heimeinzug nicht in Verbindung mit einer Rollenüberlastung steht. Möglicherweise sorgen die Tätigkeiten der Mitarbeiter in der direkten Pflege dafür, dass Angehörige sich davon befreit fühlen können und sich anderen angenehmen und erfüllenden Aspekten während ihrer Besuche widmen können, wie z. B. gemeinsame Mahlzeiten verbringen.[230] Die Erlaubnis der Mitarbeiter, die Versorgung des Familienmitgliedes zu überwachen und in einem guten Austausch zu stehen, kann sich auch stressreduzierend auswirken.[231] Die Maßnahmen der täglichen Unterstützung werden nach Heimeinzug auch nicht mit einem Verlust des vertrauten Austausches in Beziehung gebracht. Nach dieser Untersuchung können Besuchshäufigkeiten und Unterstützung bei der Pflege durch die Angehörigen nicht signifikant in Verbindung mit Familienkonflikten, Depression und Schuldgefühl gebracht werden.

Ein Heimeinzug ist für Familien ein komplexes und multivariates Geschehen. Möglicherweise sind die Potenziale und Wirkungen der Familieneinbindung noch nicht hinreichend bekannt. Gaugler et al. beschreiben stressfreie und befriedigende Erfahrungen von Angehörigen, wenn diese ihre Rollen von den primären Pflegeverantwortlichen hin zum Fürsprecher und Anwalt verändern.[232] Die Ergebnisse ihrer Untersuchungen stehen damit auch in einem gewissen Widerspruch zu den in der Literatur häufig beschriebenen positiven

[229] Vgl. Schwartz; Vogel 1990, S. 52.
[230] Vgl. Gaugler et al. 2004, S. 72.
[231] Vgl. Gaugler et al. 2004, S. 72.
[232] Vgl. Gaugler et al. 2004, S. 73.

Auswirkungen von Familieneinbindung in der Langzeitpflege.[233] Sie lenken auch auf die Frage, für wen sich die Familieneinbindung eher positiv auswirkt: für den Bewohner, den Familienangehörigen oder die Mitarbeiter.

3.2.4 Soziale Interaktionen von Mitarbeitern und Angehörigen

Woods et al. beziehen sich auf die beziehungszentrierten bzw. personzentrierten Ansätze in der Begleitung von Menschen mit Demenz und resümieren: „Zehn Jahre zuvor waren pflegende Familienangehörige noch die ‚versteckten Opfer' der Demenz- und Alzheimererkrankungen. In der Mitte der 1990ger Jahre erhielten sie durch Organisationen wie die Alzheimer Gesellschaft und andere Vereinigungen für pflegende Angehörige eine Stimme."[234] Woods et al. beschreiben ein sogenanntes Demenzdreieck. Damit skizzieren sie die wichtigen Beziehungen zu den Familienangehörigen und den Mitarbeitern für Menschen mit Demenz in einer Pflegeeinrichtung. Diese Beziehungen können sich wechselseitig positiv im Sinne einer Stärke oder negativ im Sinne von Spannung beeinflussen.[235]

Die Studie von Kellet befasst sich auch mit den pflegenden Angehörigen im Altenpflegeheim und den Möglichkeiten, das Altenpflegeheim als eine positive Unterstützung wahrzunehmen.[236] Mittels eines phänomenologischen Untersuchungsansatzes konnten fünf Sinnstrukturen aufgedeckt werden, die bedeutsam sind für die Erfahrungen von Angehörigen in Altenpflegeheimen. Dabei geht es zum einen um eine Anpassung an neue Wege der Sorge. (z. B. Teilen von schönen Momenten oder bedeutsame Gespräche führen). Des Weiteren ist es bedeutsam für Angehörige, dass sie in ein gemeinschaftliches Bemühen einbezogen sind. Angehörige fühlen sich idealerweise als Teil des Altenpflegeheimes, fühlen sich zugehörig und pflegen eine Beziehung zu den Mitarbeitern, bei denen sich beide wohlfühlen. Eine weitere positiv wirkende Sinnstruktur ist, das ganze Bild betrachten zu können, sich erinnern an die täglichen Schwierigkeiten und dann zu wissen, dass doch alles Nötige nun

[233] Vgl. Gaugler et al. 2004, S. 65–75.
[234] Woods et al. 2008, S.14.
[235] Vgl. Woods et al. 2008, S.15.
[236] Vgl. Kellet 2007, S. 1479-1487.

getan ist und es um eine gute Versorgung gehen wird. Bedeutsam ist auch, in einer stressreduzierten Weise zu pflegen: die eigene Balance als Angehöriger wieder zu finden, z. B. zu akzeptieren, dass man selbst nicht alles kontrollieren muss. Als letzte Sinnstruktur ist es wichtig, bei sich wieder die eigenen Möglichkeiten zu sehen, sich die Entlastung zu erlauben, Verantwortlichkeiten abzugeben und freie Zeit nach den eigenen Bedürfnissen zu verbringen. Kellet resümiert, dass Angehörige in den Altenpflegeheimen die Möglichkeiten haben, wieder zu lernen aktiv zu sein, Interessen auszuhandeln und wieder ein positives Gefühl für die Zukunft zu entwickeln.[237]

Auch Marquis et al. zeigten auf, dass es bedeutsam ist, die veränderten Erfahrungen der Angehörigen zu begleiten, damit sie die positiven Aspekte in der stationären Versorgung erkennen und befürworten können.[238] [239]

Das „Australian Centre for Evidence Based Aged Care (ACEBAC) hat in einem systematischen Review die Befunde zu den Familien-Mitarbeiter-Beziehungen in institutionellen Settings zusammengeführt. Mit der Übersichtsarbeit werden die besten Strategien, Praktiken und Organisationsmerkmale herausgefiltert, die zu einer konstruktiven und aufbauenden Mitarbeiter-Familien-Beziehung führen können. Im Fokus steht, wie Mitarbeiter und Familien ihre Beziehung zueinander wahrnehmen, welche Mitarbeiter-Charakteristika eine konstruktive Beziehung fördern und welche Interventionen diese Beziehung unterstützen. Die Ergebnisse zeigen, dass für Familien die Möglichkeiten zur Mitwirkung bei der Versorgung stark im Vordergrund stehen. Mitarbeiter beschreiben eher auf der theoretischen Ebene die Unterstützung im Prozess der Zusammenarbeit. In ihrem Handeln verlassen sie sich jedoch auf traditionelle medizinische Versorgungsmodelle anstatt auf eine ausgebaute Zusammenarbeit mit den Familien. Vier Faktoren konnten herausgefiltert werden, die die partnerschaftliche Zusammenarbeit von Familien und Mitarbeitern fördern. Diese sind Kommunikation, Information, Schulung und administrative Unterstützung. Daher sind die Kompetenzen in den Themenfeldern Beziehungsentwicklung,

[237] Vgl. Kellet 2007, S. 1486.
[238] Vgl. Marquis et al. 2004, S.178.
[239] Vgl. Family Caregiver Alliance 2006; https://www.caregiver.org/ dowload geprüft am 30.10. 2018. Pflegende Angehörige in den USA haben eine starke Lobby. Beispielhaft genannt werden kann der bereits 2006 entwickelte „Werkzeugkasten“ zur Unterstützung pflegender Angehöriger, der auch die Bedürfnisse von Angehörigen im Altenpflegeheim berücksichtigt und die professionell Tätigen anspricht.

Kommunikationsfähigkeiten, Leistungsbeschreibungen und Verhandlungstechniken in den Schulungen von Mitarbeiter zu fördern. Notwendig ist auch die Unterstützung des Managements. Wenn Arbeitszeit, die Stellenbesetzungen, die Einführung von entsprechenden familienorientierten Pflegemodellen und die praktische Unterstützung bei den Mitarbeiterschulungen zur Verfügung gestellt werden, dann fördert dies eine konstruktive Beziehung mit den Familien.[240]

Bauer untersuchte, wie Pflegemitarbeiter in Australien die Zusammenarbeit mit den Familien ihrer Bewohner aufbauen und entwickeln und wie sie mit den Familien zusammenarbeiten. Eine gute Zusammenarbeit mit dem Familien zu pflegen entspricht der gängigen Pflegevorstellung, wenngleich auch von angespannten Situationen berichtet wird. Vier entscheidende Schlüsselelemente konnten definiert werden: den Übergang gestalten, Beziehungen mit Familien gestalten, die Distanz zu den Familien wahren und ein unzumutbares Verhalten von Familien managen.[241] Bauer fordert ein neues Verständnis für einen partnerschaftlichen Umgang mit Familien, denn Pflegeheime sind ausgesprochen tätigkeitsorientiert. Die Bedürfnisse von Familien rücken dabei in den Hintergrund und eine Zusammenarbeit mit den Familien kann sich nicht entwickeln. Er fordert neue Modelle von Führung und Management, die eine partizipative Praxis ermöglichen.[242]

Haggström und Kihlgren untersuchten in ihrer qualitativen Studie in schwedischen Altenpflegeheimen die ethischen Diskussionen der Angehörigen und Mitarbeiter. Die Ergebnisse zeigten, dass es zwei verschiedene Stränge der ethischen Diskussionen für beide Gruppierungen gibt: zum einen die individuelle Perspektive, die auf den direkten Kontakt zielt und zum anderen die soziale und gesellschaftspolitische Perspektive, die die Normen, Regeln, und Werte der Versorgung bestimmt. Sie beschreiben eine konflikthafte Argumentationsfigur, die dazu führt, dass sich die widersprüchlichen Signale negativ auf die ethischen Werte und deren Diskurs auswirken.[243] Mitarbeiter können in dem vorhandenen System nicht die Versorgung und Pflege gewährleisten, die sie für nötig erachten. Sie haben stressvolle

[240] Vgl. Haesler et al. 2004, S. 10.
[241] Vgl. Bauer 2006, S. 48 ff.
[242] Vgl. Bauer 2006, S. 52.
[243] Vgl. Häggström; Kihlgren 2007, S. 698.

Arbeitsbedingungen. Wenn Mitarbeiter und Angehörige erfahren, dass die Bedürfnisse der Bewohner nicht mehr befriedigt werden können, schwindet das Vertrauen und Kritik entsteht. Es herrscht eine immer größer werdende Lücke zwischen den Bedürfnissen und den Ressourcen. Angehörige und Mitarbeiter erleben die Situation als ethischen Konflikt. Mitarbeiter fühlen sich verraten und betrogen von Politik und Gesellschaft. Angehörige fühlen sich schuldig und beschämt im Hinblick auf die Versorgung im Altenpflegeheim. [244] Die Autoren folgern, dass es für die Angehörigen und Mitarbeiter bedeutsam ist, sich bewusst zu machen, dass sie Teil eines widersprüchlichen Systems und sie für die gegenwärtige Situation nicht verantwortlich sind. Die Beteiligten sehen sich meist nicht als Teil einer gesellschaftlichen Verantwortung. Daher sind sie unzufrieden mit der Pflege, die sie den Pflegebedürftigen zur Verfügung stellen können und sie sind unzufrieden mit sich selber.[245]

Das Aufkommen von neuen Versorgungsmodellen in den Niederlanden, bei denen Mitarbeiter und Angehörige ihre Aktivitäten der Versorgung koordinieren, war Anlass, die Beziehung zwischen Angehörigen und Mitarbeitern im Altenpflegeheimen und im speziellen die Natur der Zusammenarbeit über einen Zeitraum hinweg zu untersuchen. Ein solches integriert versorgendes Pflegeheim arbeitet bedarfsorientiert, ist ähnlich der Häuslichkeit in kleinen Gruppen organisiert und die Alltagsaktivitäten stehen im Vordergrund. Die gesamte Versorgung wird von verschiedenen Personen, einschließlich der Angehörigen, getätigt.[246] Paulus et al. gingen mit ihrer Interventionsstudie den Annahmen nach, dass es in diesen integrativen Wohnformen, die den Fokus auf maßgeschneiderte und koordinierte Aktivitäten zusammen mit den Angehörigen legen, zu mehr Unterstützung, Ergänzung und gegenseitiger Vertretung kommen wird. Im Ergebnis konnte festgestellt werden, dass eine integrierte Wohnform keine wesentlichen Änderungen bringt. Legt man die duale Spezialisierung und damit geteilte Verantwortlichkeiten von körpernahen und medizinischen Aktivitäten der Mitarbeiter versus psychosozialer Betreuung von Freunden und Angehörigen zugrunde, so sind nur geringe Veränderungen

[244] Vgl. Häggström; Kihlgren 2007, S. 699.
[245] Vgl. Häggström; Kihlgren 2007, S. 700.
[246] Diese Versorgungsform ist in Deutschland wohl am ehesten zu vergleichen mit ambulant betreuten Wohngruppen oder den ambulant organisierten Pflegeheimen.

entstanden. Die Unterstützung der Mitarbeiter durch die Angehörigen ist insgesamt gering zu bewerten. Des Weiteren ist das Verhältnis von formeller und informeller Pflege nicht statisch und variiert über die Zeit hinweg.[247]

Milke et al. fokussieren die unterschiedlichen Perspektiven von Familien, den direkten Pflegemitarbeitern und weiterem Personal. Die Kenntnisse und Erwartungen dieser Gruppen sind unterschiedlich. Sie gehen davon aus, dass eine gemeinsame Sicht existenziell ist, wenn eine effektive Versorgung von Menschen mit Demenz entstehen soll. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wahrnehmung der Bedürfnisse der Bewohner bei zwei Dritteln aller Beteiligten identisch ist. Unterschiede gibt es zwischen den Mitarbeitern und den Familien und zwar in den spezifischen Bereichen. Interessant ist, dass die Mitarbeiter in der direkten Pflege ihre eigene Pflege sehr kritisch bewerten und diesen bedenklichen Blick auch auf die Arbeit anderer haben. Familien geben sich bedenklich, wenn es um die Freiheitsgrade ihrer Bewohner geht bei z. B. dem Verweigern von Medikamenten, dem nächtlichen Aufstehen, den flexiblen Zeiten beim Aufstehen und Zubettgehen. Deutlich wurde, dass in der Untersuchung die Kontrolle der Mitarbeiter nicht im Vordergrund steht, da die Familien in die Planung einbezogen sind und aktiv Informationen erhalten. Die Autoren vermuten eine auf Gegenseitigkeit beruhende kooperative Beziehung, wenngleich es Bedenken im Bereich der Entscheidungsfreiheit der Bewohner gibt.[248] Die eher kritische und ambivalente Sichtweise des Pflegepersonals führen die Autoren zurück auf einen hohen Arbeitsdruck, eine hohe Verantwortlichkeit, eine geringe Entlohnung, wenig Anerkennung und Respekt und eine eher missgestimmte Haltung der Mitarbeiter in der direkten Pflege. Die eher wenig kritische Familienperspektive erklären sie damit, dass Familien in einer kostengünstigen Einrichtung (liegt dem Studiendesign zugrunde) eher weniger Kritik üben.[249]

Herztberg et al. untersuchten die Interaktionen, Beziehungen und Erfahrungen schwedischer Angehöriger mit den Mitarbeitern im Altenpflegeheim. Angehörige erhalten ihre Bindungen und fühlen sich verantwortlich für eine gute Kommunikation und Beziehung zu den Mitarbeitern. Herztberg et al. konnten

[247] Vgl. Paulus et al. 2005, S. 365.
[248] Vgl. Milke et al. 2006, S. 115.
[249] Vgl. Milke et al. 2006, S. 116.

folgende Kategorien aus den Interviews analysieren: Angehörige bleiben in der Verantwortung für Kommunikation und Interaktion – „Es hängt von mir ab“, so ihre Aussage. Suchen sie aktiv den Kontakt, entwickelt sich eine bessere Beziehung mit den Mitarbeitern und sie erhalten mehr Informationen.[250] Angehörige wünschen mehr spontane Informationen und Gesprächsgelegenheiten, auch über die ganz alltäglichen Ereignisse. Die Erfahrung von Personalmangel ist auch ein Grund, warum Angehörige sich aktiv oder anwaltschaftlich einbringen und auch die Aktivitäten mit den Bewohnern überwachen. Gleichzeitig erfahren die Angehörigen, dass ihre Mitwirkung und ihre Anregungen nicht aufgegriffen werden und so wird ihr Engagement zur Frustrationsquelle.

Der Besuch während der Essenszeiten ermöglicht Angehörigen, zu überprüfen, dass ihre Bewohner an den Mahlzeiten teilnehmen (Kontrolle) und gleichzeitig können sie sich aktiv in der Unterstützung beim Essen einbringen.[251] „Du kannst nicht sicher sein“ ist eine weitere Wahrnehmung von Angehörigen, da sie den Eindruck haben, dass manche Aktivitäten nur gelegentlich oder dann gezielt in ihrer Anwesenheit erbracht werden. Gleichzeit nehmen Angehörige die begrenzten personellen Ressourcen wahr, vergleichen diese mit ihren eigenen Erfahrungen aus der bisherigen Pflege und bedauern die schwierige Situation. Ebenso ist das Verhalten der Mitarbeiter eine Quelle für die unterschiedlichen Gefühle der Angehörigen. Gefühle wie Annahme der Situation, Enttäuschung, Unsicherheit und Frustration können entstehen.[252] Angehörige verstehen die stressvolle Arbeitssituation der Mitarbeiter und die Schwierigkeiten, Kontakt und Gespräche zu pflegen. Diese Schwierigkeiten behindern eine gute Beziehung. Pflegende verlieren durch den geringen Kontakt nicht nur Bestätigung und Wertschätzung für ihre Arbeit, sondern auch Wissen und Kenntnisse, um die Pflege der Bewohner zu optimieren. Den Mangel an Kommunikation auszugleichen liegt demzufolge eindeutig in der Verantwortung der Mitarbeiter. Mitarbeiter sind verantwortlich für die Bewohner und die Beziehungen mit deren Familien.[253]

[250] Vgl. Herztberg et al. 2001, S. 388.
[251] Vgl. Herztberg et al. 2001, S. 388.
[252] Vgl. Herztberg et al. 2001, S. 382.
[253] Vgl. Herztberg et al. 2001, S. 387.

4. Schlussfolgerungen und Konsequenzen für die weiteren Untersuchungsschritte

In Kapitel 2 wurde der Blick auf das Altenpflegeheim und die theoretischen Diskurse gelenkt. Altenpflegeheime sind Wohn- und Pflegeorte, an denen Mitarbeiter, Angehörige und Bewohner eine intensive Zeit des Miteinanders verbringen können. Anhand ausgewählter Theorien wurden die Diskurse dargestellt, die in der Fachwelt Altenpflegeheim präsent sind. Ebenso wurden die strukturellen Elemente der Angehörigen-Altenpflegeheim-Interaktion beschrieben. Die meisten empirischen Befunde zeigen, dass Diskurse zur Einbindung von Angehörigen bzw. Familien unter verschiedenen Aspekten (wie Rollenzuschreibungen im Sinne von tätigkeits- und beziehungs-orientierten Funktionalitäten) geführt werden. Analysiert man die empirischen Befunde, so finden sich verschiedene theoretische Konzepte (Kapitel 3), die sich mit unterschiedlichen Merkmalen klassifizieren lassen. Die klassische und weit verbreitete sogenannte „Angehörigenarbeit“ informiert die Angehörigen und lässt sie „von außen“ teilhaben am Leben im Altenpflegeheim. Als Besucher sind sie für die Mitarbeiter nützliche Informationslieferanten. Diese Form der Angehörigenarbeit ist beschreibbar z. B. im Rahmen eines Standards für Angehörigenarbeit oder als Qualitätsprozess im Rahmen des Qualitätsmanagement. Meist sind Leitungsmitarbeiter oder Mitarbeiter im sozialen Dienst dafür zuständig. Die Struktur und die Inhalte der Angehörigenarbeit sind von der Organisation her bestimmt und haben eher einen Angebotscharakter.
Auch wurde deutlich, dass bestimmte Aktivitäten, die Angehörige während ihres Besuches bei und mit Bewohnern gestalten allein nicht aus ihrer Eigenschaft heraus in den Bereich der klassischen Übernahme durch Angehörigen zugeordnet werden kann. Vielmehr geht es darum, dass die Aktivität bzw. Tätigkeit in Kombination gesehen werden muss mit weiteren Faktoren und Hintergründen. Eine beziehungs- und familienorientierte Pflege orientiert sich z.B. an einem verstehenden und begleitenden Verständnis von gemeinsamer Sorge und benötigt dazu kommunikatives (Aus-)Handeln und hermeneutisches Verstehen. Die folgende Tabelle bündelt die relevanten Aussagen zu den ausgewählten theoretischen Konzepten und gibt einen abschließenden Überblick.

	Tätigkeitsorientierte Konzepte **Begriff Angehörige wird verwendet**		Interaktions- und beziehungs-orientierte Konzepte **Begriff Familie wird verwendet**	
	Angehörigen-arbeit	**Einbeziehung, Integration Mitwirkung von Angehörigen**	**Familienzentrierte Pflege** (Wright,Leahey) **Familien- umwelt-bezogene Pflege** (Friedemann)	**Familienorientierte Pflege** (Nolan et al.)
Zeit	fortlaufendes Angebot, meist normativ gefordert	1970–1990	USA seit 1984, 2009 erste deutsch-sprachige Ausgabe	seit 2006
Konzepte und Leitideen	Familie orientiert sich an der Organisation Angehörige sind belastet. Recht auf Information und Teilhabe an der Lebenswelt der Bewohner und Standardisierung Tätigkeits-orientierung Familie leistet psychosoziale Unterstützung Duale Beziehung	Unterstützung für Pflegebedürftige psychosoziale und pflegerische Unterstützung Liwaks Modell der dualen Spezialisierung Tätigkeits-orientierung Duale Beziehung	Systemtheorie, Kybernetik, Kommunikations-wissenschaft, Veränderungs-theorie, Geneogramm, Ökogramm Interaktions-orientierung Triadische Beziehung	Organisation orientiert sich an den Bedürf-nissen der Familie Senses Framework zur Orientierung an der Familie und allen Akteuren Individualisierung, Subjektorientierung Beziehungs-orientierung Komplexe, fluide Beziehungen
Ziele	Angehörige sind in der Lage, ihre Bewohner zu begleiten Wissen vermitteln	Steigerung von Lebensqualität Entlastung von Mitarbeiter	Interventionen für Familien zur Familiengesundheit, Prävention	Perspektivwechsel Beziehung verstehen Gefühle verstehen sinnstiftend Vertrauen entsteht
Methoden	Information Animation	informieren belehren anleiten	Familienassessment (z.B. CFAM) Geneogramm Ökogramm	kommunikatives Aushandeln hermeneutisches Fallverstehen ethisch abwägen
Verständnis von Sorge	Übernahme von Sorge, abgeben dürfen	Duales und spezifisches Sorgeverständnis	analysieren, messen befähigen, partnerschaftlich	verstehen, begleiten partnerschaftlich Nicht Tätigkeit, sondern deren Symbolik entscheidet Bedeutung im jeweiligen Tun steigern
Blick auf Familie	Altenpflegeheim ersetzt Familie Angehörige sind „außen“	Angehörige sind Unterstützer, Besucher helfen Bewohnern, utilitaristisch	Therapeutische Sicht auf Familien (sowohl als Bedarf als auch als Wirkung)	Bewohner „zieht“ mit Familie ein Respekt vor dem Geworden-Sein.

Abbildung 1: Tätigkeits- und beziehungsorientierte Konzepte.

Angehörige und Bewohner erwarten eine sachliche, fachliche und persönlich-individuelle Beziehung. Das professionelle Pflegesystem könnte diese Erwartungen aufnehmen und auf die jeweiligen Lebenswelten mit ihren Familiensystemen reagieren. Altenpflegeheime würden in diesem Verständnis nie ein Ersatz für die familiale Lebenswelt sein, ihre Anstrengungen können auf eine Annäherung und Integration von einzelnen Aspekten zielen, die vor allem das kommunikative Aushandeln und die symbolische Bedeutung einiger Aktivitäten in den Blick nimmt. Steiner-Hummel blickt auf die Mitarbeiter und deren berufliche Praxis und stellt fest: „Das Partizipieren in verschiedenen Lebenswelten stellt eine Identitätsarbeit dar, die unter unklaren Rollen-erwartungen innere und äußere Entfremdungsgefühle hervorrufen kann.“[254]
Dies lenkt den Blick auf die Mitarbeiter in Altenpflegeheimen. Deren Perspektiven sind wenig erforscht. Auch ist nur eine Studie innerhalb des deutschen Pflegesystems durchgeführt worden. Die dargestellten Befunde beschreiben die Ideen der Mitarbeiter zur Angehörigenmitwirkung, ihre Einstellungen zur Bedeutung von Familien und wie sie die Bedürfnisse der Angehörigen managen und dabei eine Beziehung und Zusammenarbeit aufbauen. Die bislang vorliegenden Studienergebnisse zielen nicht auf das Laienwissen in der Struktur von Subjektiven Theorien, die dann zu einer dichten Beschreibung des Gegenstandes führen können.
Eher populärwissenschaftliche Publikationen reduzieren die Thematik meist oberflächlich auf den „schwierigen Angehörigen“ und kommen dann zu Handlungsbeschreibungen und normativ erklärten Qualitätsstandards auf der Dokumentenebene.

Gerade in den neuen Versorgungsansätzen von Wohngruppen oder Haus-gemeinschaften geht es aber immer wieder um eine ausreichende Präsenz und um die Einbeziehung der Angehörigen. Überträgt man die bisherigen Erfahrungen in diese Settings, kann man sich nicht ohne Weiteres eine gelingende Form der Zusammenarbeit oder gar Integration vorstellen.

[254] Steiner-Hummel 1986, S.100.

Doch genau dies ist von Interesse. Nicht das Tätig-Sein, die einzelne Aktion, steht im Fokus, sondern die persönlichen Motive und Erklärungen für das Handeln – die Innensicht des Subjekts. Demzufolge ist es sinnvoll, sich für die Laientheorien bzw. die Alltagstheorien der Mitarbeiter zu interessieren. Möglicherweise geben die Alltagstheorien der Mitarbeiter über die Angehörigen in einem Altenpflegeheim interessante Erkenntnisse.

4.1 Wissenschaftstheoretische Fundierung und Erkenntnisinteresse

Um die subjektive Sicht von Personen beschreiben zu können, empfiehlt sich die Anwendung von qualitativen Forschungsansätzen. Sie zielen auf die Innenperspektiven von Menschen. Die individuellen Kognitionssysteme der Mitarbeiter in einem Altenpflegeheim zu explorieren und zu einer Alltagstheorie zu generieren – dies ist das Forschungsinteresse dieser Arbeit. Weitere Ausführungen dazu erfolgen in den Begründungen zur Anwendung des Forschungsprogramms (siehe Kapitel 5).

Das Erkenntnisinteresse für den Forschungsgegenstand und die möglichen Belastungen (z. B. der zeitliche Aufwand von Mitarbeitern) im Forschungsfeld sollen abgewogen werden. LoBiondo-Wood und Haber sprechen sich im Hinblick auf die Entwicklung des Forschungsproblems dafür aus, die Bedeutung des Problems für die Pflege zu überprüfen.[255] In Kapitel 3 wurde bereits auf die Bedeutung der Angehörigen im stationären Kontext verwiesen. Neben den Qualitätssicherungsaspekten und dem Thema Kundenbindung ist diese Thematik auch betriebswirtschaftlich relevant.

Die Erforschung der subjektiven Theorien, die in einer Pflegeorganisation und bei den jeweiligen Mitarbeitern möglicherweise das Handeln bestimmen, kann aus folgenden Gründen bedeutsam sein. Bewohner, Pflegepersonen und die Organisation Altenpflegeheim können aus der Reflexion der eigenen Praxis bereits während des Forschungsprozesses Nutzen ziehen. Die Ergebnisse (Kenntnis der subjektiven Theorien) lassen sich für die fachliche Pflegepraxis und für die Organisation im Altenpflegeheim anwenden. Sie konturieren den Gegenstand und bieten Ausgangspunkte für inhaltliche Diskussionen zur veränderten Pflegepraxis und Angehörigeninteraktion (Verwertungs-

[255] Vgl. LoBiondo-Wood; Haber 2005, S. 88.

zusammenhang für eine Organisation). Die Ergebnisse könnten auch für die Theorienbildung in der Pflegewissenschaft relevant werden.

4.2 Alltagstheorien als Ausgangspunkt für ein qualitatives Forschungsdesign

Bei der Suche nach dem Alltagswissen von Mitarbeitern in einem Altenpflegeheim bietet sich ein qualitatives Forschungsvorhaben an. Qualitative Forschung zielt auf Entdeckung von gegenstandsbezogenen Phänomenen oder Theorien. Das eigenständige Paradigma für die qualitative Sozialforschung beinhaltet als wesentliche Kriterien „... die Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien, die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven sowie der Reflexion des Forschers über die Forschung als Teil der Erkenntnis."[256] Methodologisch zeichnet sich dies durch zentrale Prinzipien wie Offenheit, Forschung als Kommunikation, Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand, Reflexivität von Gegenstand und Analyse und Explikation und Flexibilität aus.

Aus diesen Überlegungen entwickelten sich verschiedene methodologische Ansätze qualitativer Sozialforschung. Allen zugrunde liegt das Verständnis der Sozialen Interaktion als interpretativem Prozess des Handelns (als interpretatives Paradigma beschrieben)[257]. Die Grundlegung einer nichtobjektivistischen Sozialwissenschaft zeigt sich somit in den Aspekten Verstehen als Erkenntnisprinzip, Fallrekonstruktion als Ansatzpunkt, Konstruktion von Wirklichkeit als Grundlage und Text als empirisches Material.[258]

Das Ziel qualitativer Forschung besteht im Wesentlichen darin, Phänomene zu beschreiben, ihre inneren Strukturen zu erkennen, herauszufinden, in welchem Gesamtzusammenhang sie stehen und wie sie aus Sicht des Betroffenen erlebt werden. Gegenüber quantitativen Forschungsansätzen hat der qualitative Forschungsansatz den Vorteil, dass ein interaktiver Prozess zwischen Forscher und Erforschtem und eine möglicherweise geteilte Lebenswelt bestehen.[259]

---

[256] Vgl. Flick 2006, S. 16.
[257] Vgl. Weidner 1998, S. 164-176.
[258] Vgl. Flick 2006, S. 49.
[259] Vgl. Lamnek 2005, S. 19.

Innerhalb eines perzeptiven Paradigmas und seiner Epistemiologie ist Subjektivität erwünscht und gleichsam Bedingung. Die subjektiven Aussagen des Individuums werden als Wahrheit definiert und das Individuum konstruiert seine Wirklichkeit, die neben der Wirklichkeit eines anderen Individuums existiert.

Für das für diese Untersuchung ausgewählte Forschungsprogramm Subjektive Theorien sind zwei wissenschaftstheoretische Positionen bedeutsam: der phänomenologische und der hermeneutische Ansatz[260].

Mit dem phänomenologischen Ansatz werden Phänomene zunächst nur beschrieben, ohne das Sein und Wesen der Erscheinung näher zu charakterisieren. In den Sozialwissenschaften wird hierbei das Ziel verfolgt, „... soziale Wirklichkeit möglichst vorurteilsfrei zu erfassen."[261] Dies soll durch die systematische Reduktion der zu betrachtenden Inhalte erreicht werden.

Die andere wissenschaftstheoretische Position der qualitativen Sozialforschung bildet die Hermeneutik als eine Wissenschaft, die sich vorwiegend mit der Auslegung von Texten befasst. Die Hermeneutik hat sich zunächst von einer Technik zum Verstehen von historischen Ereignissen im 19. Jahrhundert zu einer universalen Theorie des Umgangs mit historisch-gesellschaftlichen Gegenständen herausgebildet. Verstehen bezieht sich hierbei auf das Erfassen menschlicher Verhaltensäußerungen und Produkte.[262] Die Allgemeine Hermeneutik bezieht sich auf die Untersuchung und Erklärung des Verstehensprozesses, wobei die damit verbundenen theoretischen Überlegungen verschiedenen philosophischen Begründungen entspringen.[263] [264]

---

[260] Dies zeigt sich insbesondere in der Verschränkung der beiden Forschungsphasen im Forschungsprogramm Subjektive Theorien.

[261] Vgl. Lamnek 2005, S. 48.

[262] Vgl. Lamnek 2005, S. 59.

[263] Vgl. Lamnek 2005, S. 61.

[264] Vgl. Lamnek 2005, S. 60. Es werden grundsätzlich zwei unterschiedliche Formen des Verstehens definiert. Dies ist zum einen das grammatische Verstehen als unmittelbare sprachliche Interpretation und zum anderen ein psychologisches Verstehen als Identifikation mit der Untersuchungsperson. Durch die Kenntnis der Lebensbezüge dieser Person soll das Verstehende erfasst werden können. Während die Ausrichtung der ursprünglichen Hermeneutik sich auf die „... Auslegung vorbildlicher und verbindlicher Texte ..." bezieht, wird Hermeneutik im Bereich der Sozialwissenschaften zunehmend als „... eine Reflexion der Bedingungen des Verstehens und die technischen Möglichkeiten der Auslegung." verstanden (.). Damit zeigt sich die Hermeneutik hier als eine eher geisteswissenschaftlich ausgerichtete Methode des Erkenntnisgewinnes.

Subjektorientierte Forschung stellt die Sicht der Subjekte auf bestimmte Phänomene oder Lebensbereiche in den Mittelpunkt und beschäftigt sich mit den Bildern und Vorstellungen, den Wahrnehmungen, Bedeutungen und Erfahrungen der Subjekte und wie sich diese auf das jeweilige Handeln auswirken.

Die Rekonstruktion von subjektiven Sichtweisen kann methodisch mit unterschiedlichen Ansätzen erreicht werden. Exemplarisch sind zwei unterschiedliche Forschungszugänge skizziert: 1. die Subjektiven Theorien im dafür eigens definierten Forschungsprogramm und 2. die Sozialen Repräsentationen. Subjektive Theorien werden begrifflich häufig gleichgesetzt mit naiven Theorien, Alltagstheorien oder implizitem Wissen.[265] Im Forschungsprogramm Subjektive Theorien steht die individuelle Perspektive des Individuums mit seinen impliziten Wissensbeständen und seiner Reflexivität im Mittelpunkt. Auch der Ansatz der Sozialen Repräsentationen beschäftigt sich mit Alltagswissen. Der Forschungsansatz wird dann gewählt, wenn die Vorstellungen gruppenspezifisch sind oder in Verbindung mit der Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen stehen können.[266]

4.3 Zum Verhältnis von Alltagstheorien und professionellem Handeln

In diesem Abschnitt soll das Verhältnis von Alltagstheorien und professionellem Handeln reflektiert werden. Schließlich gilt es zu begründen, warum sich die Forschungsarbeit in den Zeiten der Akademisierung und Professionalisierung der Pflegeberufe im Kontext der beruflichen Pflege sozusagen voraussetzungslos dem Alltagwissen widmet.[267] Die folgenden Ausführungen nähern sich dem Verhältnis von Laienwissen und wissenschaftlichem Wissen und dem Professionalisierungsdiskurs.

---

[265] Die Forschergruppe Groeben, Wahl, Schlee und Scheele haben 1988 durch die beiden Standardwerke „Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien“ und „Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien“ maßgeblich zur definitorischen Klärung und methodischen Explikation beigetragen und dazu ein Forschungsprogramm entwickelt.

[266] Vgl. Flick 2004, S. 35. Die von Flick geleitete Studie orientierte sich am Ansatz der Sozialen Repräsentationen. Hier wurden die subjektiven Vorstellungen über Gesundheit von Hausärzten und Pflegekräften im ambulanten medizinischen Bereich gegenübergestellt.

[267] Es wird der Begriff der beruflichen Pflege gewählt in der Unterscheidung zu dem nichtberuflichen Hilfesystem. Damit sind nicht ausschließlich Angehörige der Pflegeberufe gemeint.

Alltagstheorien sind zeitstabil und bieten den Akteuren Handlungssicherheit. Sie liefern Erklärungen und Begründungen für ihr Handeln und sind auch in der Lage, zukunftsgerichtete Aussagen zu treffen. Alltagstheorien und die daraus abgeleiteten Handlungen und Prognosen werden selten auf ihre Wirkungen hin überprüft. Ebenso wenig ist bekannt, inwieweit ihre Begründungen und Wirkungen in einem Zusammenhang stehen. Entscheidend ist für die Alltagstheorien, dass sie dem Individuum helfen, dem Handlungsdruck in der Praxis zu begegnen. Idealweise sind diese Handlungen im jeweiligen Arbeitsfeld anerkannt. Der Alltagsmensch als reflexives Wesen hat seine Annahmen und Sichtweisen entwickelt, und seine Subjektive Theorie ist funktional und stellt einen bedeutenden Wissensteil seines Handelns dar.[268]

Zentrales Anliegen der Professionalisierung ist die prozesshafte Entwicklung eines Berufes zu einer Profession. Der gesellschaftliche Bedarf an Pflegedienstleistungen befördert die Auseinandersetzung mit Qualifikations- und Kompetenzprofilen der Pflegeberufe. Die Debatte wird begleitet von gestiegenen Anforderungen an Qualifikationen und Kompetenzen und von Fragen nach der Akademisierung der Pflegeberufe und dem Berufstand vorbehaltenen Tätigkeiten.

Die professionstheoretische Diskussion hat in den vergangenen Jahrzehnten eine Ausdifferenzierung und theoretische Präzisierung erfahren. Allen Ansätzen gemeinsam sind ihr jeweiliger Anspruch der Definition und Erklärung des Begriffs Profession und der Beziehung zu Theorien der Gesellschaft.

Nachfolgend werden die klassischen Ansätze der Professionstheorien skizziert, um anschließend in Grundzügen die aktuellen professionstheoretischen Positionen vorzustellen.

4.3.1 Klassische Ansätze der Professionstheorien

Zu den sogenannten klassischen Ansätzen der Professionstheorien können a) die merkmalstheoretische, b) die strukturfunktionalistische und c) die macht-theoretische Position gezählt werden.

[268] In wieweit hier eine Scheindebatte geführt wird, wenn den Alltagstheorien Wissenschaftliche Theorien gegenüber gestellt werden, soll an dieser Stelle nicht weiter verfolgt werden.

zu a) Die merkmalstheoretische bzw. indikationstheoretische Position unterscheidet Merkmale, Kennzeichen und Kriterien und führt somit zu einer dichotomisierenden Einteilung der Berufe in Profession oder Nichtprofession. Professionalisierungsbestrebungen zielen dann darauf, die entsprechenden Merkmale in das Berufsbild zu integrieren.[269] Hartmann erweitert die Diskussion um eine dynamische Entwicklungslinie und um die Dimensionen Wissen und soziale Orientierung. Berufe beinhalten auf Effizienz abzielendes systematisiertes Wissen und Professionen bestimmen sich durch theoretische Erklärungen. Damit wird die Verwissenschaftlichung vorangebracht.[270]
Der prozessuale Ansatz von der Arbeit hin zum Beruf und zur Profession betont auch die soziale Dimension der Professionalisierung und macht auch auf eine gegenläufige Entwicklung aufmerksam.[271] Hartmann erweitert damit die Debatte um die Deprofessionalisierung. Die indikatorische Herangehensweise ist nicht kritiklos geblieben. Weidner kritisiert die definitorische Annäherung an die zwei Klassen Profession oder Nicht-Profession, die ausschließlich an den etablierten Professionen bemessen wird.[272]
zu b) Die strukturfunktionalistische Perspektive, begründet auf Parsons und Goode, thematisiert das Verhältnis zwischen Professionalisierung und dem gesellschaftlichen Rationalisierungsprozess. Hier gerät die Frage, welche Funktion und damit welchen relevanten Beitrag die Profession zur Ausrechterhaltung des gesellschaftlichen Gesamtsystems übernimmt, in den Vordergrund. Professionen leisten einen Beitrag zur Aufrechterhaltung und Reproduktion relevanter gesellschaftlicher Werte im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit und von Sorgearbeit.[273] Diese Position verweist auf ein Expertentum, dessen selbsterhaltende Macht von Professionen und dessen Kontrolle über einen bestimmten Markt. „Das Kontrollproblem – wer kontrolliert den professionell Handelnden? – wird durch die kollegiale Selbstkontrolle der Professionellen gelöst.“[274]

[269] Vgl. Hesse 1972.
[270] Vgl. Hartmann1971, S. 41
[271] Vgl. Dröge 2017, S. 39.
[272] Vgl. Weidner 1995, S. 37.
[273] Vgl. Hülsken-Giesler 2015, S. 110.
[274] Weidner 1995, S. 47.

zu c) Professionalisierung aus der machttheoretische Perspektive reflektiert weniger die Fragen der inhaltlichen Expertise als vielmehr Fragen von Status, gesellschaftlicher Anerkennung, materiellen und immateriellen Privilegien und deren kollektiver Durchsetzung.[275] Für die Pflegeberufe steht diese Perspektive auch in Verbindung mit feministischen Diskursen. Der historisch konstruierte typische Frauenberuf bildet einen Gegenpol zu den etablierten typischen Professionen wie z. B. Ärzten oder Theologen. Die weiblichen Strukturmerkmale des Pflegeberufes wie z. B. die körpernahe und haushaltsorientierte Sorgearbeit oder die Beziehungs- und Gefühlsarbeit werden in der feministisch geprägten Professionsforschung umgestaltet und als wissenschaftlich fundierte Problemlösungsprozesse neu gerahmt.[276]

Die hier skizzierte Perspektive rekurriert auf die Auseinandersetzung um autonome Handlungsräume und um eine gesellschaftliche Akzeptanz und mündet schnell in Machtpositionierungen zwischen den professionellen Systemen. Zu beobachten ist dies z. B. an Diskussionen um ein Expertentum in Abgrenzung zu Laientätigkeiten oder am Beispiel von arztunabhängig durchzuführenden Pflegetätigkeiten, die im Sinne der Substitution und nicht als ärztlich delegierbare Handlungen gelten. Cassier-Woidasky sieht die Akademisierung der Pflegeberufe als eine notwendige Auseinandersetzung im Hinblick auf das Ziel der Autonomie professionellen Pflegehandelns.[277]

Helsper et al. definieren Professionalisierung als einen gesellschaftlichen Prozess, der nach außen und innen durch immer wieder neu zu gestaltende Machtbeziehungen gekennzeichnet ist.[278]

Die hier skizzierten Positionen verlieren nicht ihre Bedeutung, werden jedoch zunehmend von Bestimmungsversuchen abgelöst, die auf die Rekonstruktion der Logik professionellen Handelns zielen.[279] Damit rücken die interaktionstheoretischen, systemtheoretischen und strukturfunktionalistischen Positionen in den Vordergrund.

[275] Vgl. Hülsken-Giesler 2015, S. 101-118.
[276] Vgl. Hülsken-Giesler 2015, S. 101-118.
[277] Vgl. Cassier-Woidasky 2012, S. 180.
[278] Vgl. Helpser et al. 2000, S. 10.
[279] Vgl. Helpser et al. 2000, S. 6.

4.3.2 Aktuelle professionstheoretische Ansätze

Die interaktionstheoretische Perspektive geht auf die Forschungstradition der Zweiten Chicagoer Schule zurück und wurde in Deutschland insbesondere durch Schütze aufgenommen.[280] Danach wird die Logik professioneller Handlungspraxis durch die Organisationsrationalität nicht als nachteilig betrachtet, sondern stellt eine spezifische Rahmenbedingung dar, die für die Profession charakteristisch ist. Paradoxale Anforderungen an das Handeln professioneller Akteure werden diskutiert und als spezifische Ausgangs-bedingung bewertet. „Es steht also nicht die Wechselbeziehung zwischen Profession und Gesellschaft, sondern ein intraprofessioneller Diskurs im Mittelpunkt."[281] Den Paradoxien im Handlungsfeld wird mit prozesshaften Interaktionen im Sinne von Aushandlungsprozessen begegnet.

Der systemtheoretische Ansatz reflektiert die professionelle Tätigkeit im Rahmen der funktionalen Ausdifferenzierung der Gesellschaft. Professionen kultivieren ihr Wissen und ihren Ethos und leisten einen Beitrag zur gesellschaftlichen Differenzierung. Stichweh führt den Begriff der Vermittlung ein. Für ihn situieren sich Professionen dort, wo es um die Auseinandersetzung mit der personalen Umwelt geht und Probleme und Strukturveränderungen bearbeitet werden müssen.[282] „In diesen sozialen Teilsystemen fällt also die Ausbildung hochgradig formalisierter und abstrakter generalisierbarer Kommunikationsmedien schwer und diese Teilsysteme bleiben in weiten Bereichen und im Kern ihrer Operationen auf face-to-face-Interaktionen angewiesen."[283] Ungewissheiten und Überkomplexität erfordern die Vermittlung zwischen dem Professionsangehörigen und seiner Absicht, dem Klienten und seiner Haltung zur professionellen Absicht und der relevanten Sachthematik.[284] Die strukturfunktionalistische Position geht auf Oevermann zurück, der die Strukturlogik des professionellen Handelns und damit die Merkmale der zugrunde liegenden Strukturen des Handelns in den Mittelpunkt stellt. Die Frage nach der Professionalisierungsbedürftigkeit gesellschaftlicher Praxis ergibt sich

[280] Vgl. Schütze 1996, S.183-275.
[281] Vgl. Weidner 1995, S. 47.
[282] Vgl. Stichweh 1992, S. 42.
[283] Helpser 2000, S. 10.
[284] Vgl. Helpser, 2000, S.10.

für ihn aus der Notwendigkeit, mit existentiellen Grenzproblemen konfrontiert zu sein.[285] Oevermann kritisiert die klassischen professionssoziologischen Theorien und deren Fixierung auf institutionelle Erscheinungsformen und fordert die Fokussierung auf die Spezifik des Handelns. Anknüpfend an die Funktionsbestimmung und Gemeinwohlverpflichtung der Professionen sieht er eine autonome Handlungsstruktur, die eigenlogischen Standards folgt, als Voraussetzung für Professionalität.[286]

Für Oevermann gelten zwei möglicherweise gegensätzliche Prinzipien professionellen Handelns. „Die Professionalität der Akteure macht sich auf der Binnenebene des Handelns an der wissenschaftlichen Kompetenz zur universalisierten Regelanwendung wissenschaftlichen Wissens einerseits und der hermeneutischen Kompetenz des handlungspraktischen Einsatzes dieses Wissens auf der Basis eines methodisch kontrollierte (SIC!) Fremdverstehen der lebenspraktischen Situation des Hilfebedürftigen andererseits fest. Die Befähigung zur rekonstruktiven Fallarbeit gilt als zentrale Voraussetzung dafür, diese Prozesse bewusst und gezielt, also nicht zufällig, sondern systematisch zu realisieren.“[287]

Weidner fasst die zentralen Aspekte zusammen, die Oevermann professionellem Handeln zuschreibt. Diese sind die widersprüchliche Einheit aus universalisierter Regelanwendung wissenschaftlichen Wissens und hermeneutischen Fallverstehens, die Dialektik aus Begründungs- und Entscheidungszwängen, die subjektive Betroffenheit des Klienten, die hinreichende analytische Distanz des Professionellen (s. o.), die Respektierung der Autonomie der Lebenspraxis durch den Professionellen (s. o.) und die nicht vollständig verfügbaren Handlungsstandards.[288] „Professionelles Handeln ist demnach ein personenbezogenes, kommunikativem Handeln verpflichtetes, stellvertretendes und begleitendes Agieren auf der Basis und unter Anwendung eines relativ abstrakten, ‘dem Mann auf der Straße‘ nicht verfügbaren Sonderwissensbestandes sowie einer praktisch erworbenen hermeneutischen

[285] Vgl. Oevermann 1981, S. 6.
[286] Vgl. Oevermann 1996, S. 86 f.
[287] Hülsken-Giesler 2015, S. 101-118.
[288] Vgl. Weidner 1995, S. 51.

Fähigkeit der Rekonstruktion von Problemen defizitären Handlungssinns in aktuellen und potentiellen Gesundheitsfragen betroffener Individuen."[289]

Damit wird der Blick auf das Wesen, das Innere, das spezifisch Pflegerische gelegt und gleichzeitig die Komplexität veranschaulicht. Friesacher fasst dies auch mit den Widersprüchlichkeiten professioneller Hilfen zusammen. Er verweist auf ein doppeltes Mandat von Patientenbezug und Organisationsbezug und auf den doppelseitigen Wissensbezug von universell wissenschaftlichem und fallbezogenem Wissen.[290]

Den klassischen Positionen liegen jeweils verschiedene Theorietraditionen zugrunde und dennoch lassen sich Gemeinsamkeiten finden. Diese beziehen sich z. B. auf den Kern professionellen Handelns, welcher durch Ungewissheit, Riskanz, Paradoxien oder antinomischen Anforderungen gekennzeichnet ist. Oevermanns störanfälliges therapeutisches Arbeitsbündnis erfährt widersprüchliche Anforderungen. Schütze wertet die Technologiedefizite aus systemtheoretischer Perspektive als konstitutive paradoxe Anforderungen. Helpster et al. resümieren dazu: „Es stellt sich vielmehr als eigener Handlungstypus dar, dessen Spezifik gerade in prekären Vermittlungsleistungen bzw. Relationierungen zwischen verschiedenen, teilweise widersprüchlichen Handlungsanforderungen zu konzipieren ist."[291] Friesacher weist einige kausale Erklärungsansätze zur professionellen pflegerischen Handlung zurück und fasst zusammen: „Betroffenheit und Identifikation mit dem Anderen bei gleichzeitiger Ungewissheit und Nicht-Wissen im Arbeitsbündnis zeigen pflegerisches Handeln als Kunstfertigkeit und Könnerschaft, welches sich durch die Akzeptanz des Paradoxen und Unbestimmbaren auszeichnet."[292]

4.3.3 Relevanz von Alltagswissen

Die hier skizzierten theoretischen Positionen geben einen Einblick in die Fragen um eine professionelle Pflegepraxis. Deutlich wird dabei, dass ein wissenschaftlicher Wissensbezug und die Anwendung theoriebasierten Wissens in den aktuellen Positionen zur professionellen Praxis subjektivierenden Handelns gehören.

---

[289] Weidner 1995, S. 126.
[290] Vgl. Friesacher 2008, S. 261.
[291] Helpser et al. 2000, S. 10.
[292] Friesacher 2008, S. 265.

Im Bereich der Pflegeberufe bildete sich in den vergangenen Jahrzehnten eine Professionalisierungsdebatte heraus, die auch mit der Akademisierung der Pflegeberufe einhergeht. Damit stehen auch die theoriebasierte Wissensvermittlung und Wissensanwendung in der Praxis im Fokus.[293]

Umso bedeutsamer ist es, für den Fortgang der Arbeit die Frage zu beantworten, warum es aus heutiger Sicht sinnvoll ist, dem Alltagswissen auf die Spur zu gehen und nach den Subjektiven Theorien zu forschen. Dazu ist es interessant, das Verhältnis von Alltagswissen und wissenschaftlichem Wissen einzuordnen.

In der Strukturlogik nach Oevermann besteht professionelles Handeln für den Betroffenen aus einer Einheit von Wissensbasis und einem Fallverstehen. „Das professionelle Wissen erwächst dabei aus den drei Komponenten des wissenschaftlichen Wissens, des beruflichen Erfahrungswissen und des Alltagswissen. Es gibt dem professionell Handelnden eine größere Begründungskompetenz, stellt ihn aber gleichsam unter einen stärkeren Begründungszwang als einen Nicht-Professionellen oder Laien.“[294] Damit wird das Alltagswissen als eine Komponente für das professionelle Wissen betrachtet.

Handeln in der Praxis ist an Alltagstheorie gebunden. Die aus den lebensweltlichen Situationen und Interaktionen gewonnenen Erfahrungen prägen die Handlungen im Alltag. Ein selbstverständliches und unreflektiertes Handeln ermöglicht Sicherheit, schnelles Agieren und hilft, Routinen auszubilden. Das Alltagswissen zeigt sich in den alltäglichen Selbstverständlichkeiten und wird nur hinterfragt, wenn problematische Situationen auftreten und es nötig ist, von Routinen abzuweichen. „Die Alltagspraxis gründet sich auf einen besonderen Typus der Erfahrung, des Handelns und des Wissens. Dieser kognitive Stil der Praxis sorgt dafür, dass neue Situationen so typisiert werden, dass sie in bekannte Muster passen, sie werden quasi in die Normalität zurückgeführt.“[295]

---

[293] Inwieweit wissenschaftliches Wissen in Altenpflegeheimen durch Pflegepersonen angewendet wird bzw. inwieweit wissenschaftliches Wissen als Begründungswissen oder zum Gegenstand der Reflexion im Alltag herangezogen wird, wären gesonderte Forschungsarbeiten wert.

[294] Weidner 1995, S. 58.

[295] Friesacher 2008, S. 201.

Lebensweltliches Wissen oder Alltagswissen ist damit situationsgebunden und gibt Orientierung. Es ist an das Subjekt gebunden und trennt Wissen nicht vom Handeln. Die Verwissenschaftlichung der Pflege generiert neue Wissensbestände, die in das lebensweltlich geprägte Wissen im Praxisfeld disseminieren bzw. als eine Komponente des professionellen Wissens in Verbindung mit einem hermeneutischen Fallverstehen zu einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung beitragen sollen.
Ein reibungsloses Verhältnis zwischen Wissenschaft und Forschung einerseits und Pflegepraxis andererseits ist nicht zu erwarten. Dies gilt für jede Wissenschaft, die sich mit Praxishandeln verbindet. Der von Axtmacher zitierte potenzielle Heimatverlust der Pflegenden durch die Entwicklung der Pflegewissenschaft ist nicht vermeidbar, denn Wissenschaft und Praxis folgen unterschiedlichen Logiken.[296]
Friesacher sieht die Gefahr, dass die Verwissenschaftlichung und Professionalisierung auch Wissen verdrängen oder abwerten kann und die dann entstehende Lücke nicht durch Wissenschaft zu füllen ist. Damit kommt dem Alltagswissen, den Laientheorien eine Bedeutung zu, da sie nach Weidner einen berechtigen Teil des professionellen Wissens ausmachen.

Auf der individuellen Ebene stellt sich die Beziehung von Theorie und Praxis als Verhältnis von Wissen und Handeln dar. Nicht alles, was unser Handeln beeinflusst, kann benannt werden. Professionelles Handeln speist sich auch aus Erfahrungen oder implizitem Wissen. Persönliche Überzeugungen, Wertorientierungen oder Alltagskonzepte sind oft implizite, auf Laienwissen basierende handlungsleitende Kognitionen und können allenfalls als subjektive Theorien expliziert werden. Psychologische Handlungstheorien gehen davon aus, dass Handeln nicht primär durch die äußere Situation und die Handlungsfolgen bestimmt wird, sondern durch individuelle Kognitionen und Motive bzw. Emotionen. Sie steuern die Interpretation der Situation, die Zielplanung und das Abwägen von Alternativen.

[296] Vgl. Axmacher 1991, S. 120.

In den 1990er Jahren haben insbesondere Wahl und Dann über das erfolgreiche Lehrerhandeln geforscht.[297] Aus den Ausbildungsbereichen ist bekannt, dass das erworbene Wissen nur unzureichend in professionelles Handeln umgesetzt wird. Implizite Konzepte und Überzeugungen sind für das berufliche bzw. professionelle Handeln oft einflussreicher als das formale wissenschaftliche Berufswissen. Wahl bezeichnet diesen Sachverhalt als den „weiten Weg vom Wissen zum Handeln“ oder als „träges Wissen“.[298] Im Kontext des Forschungsprogramms Subjektive Theorien werden die Ursachen und Gründe darin gesehen, dass die in Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen vermittelten wissenschaftlichen Theorien die Subjektiven Theorien der Lernenden nicht erreichen. Die mentalen Strukturen bzw. Wissensbestände zeigen sich relativ überdauernd und sind nur unter bestimmten Bedingungen veränderbar.

Ein Verknüpfung von Eigenerfahrung und theoretischer Reflexion oder das Einüben von Metakommunikation sind nur zwei von vielen Methoden, die hier beispielhaft angeführt werden, wenn es im Bildungskontext um Bewusst-machen und Bearbeiten der eigenen Subjektiven Theorien geht. Wahl sieht die Bearbeitung des trägen Wissens hin zum kompetenten Handeln als einen komplexen, langandauernden Lernprozess, der praktische Übungen auf der Ebene des reflexiven Bewusstseins zwingend einschließt.[299]

Dem Alltagswissen auf die Spur zu gehen bedeutet dann, Anknüpfungspunkte zu kennen für die Vermittlung wissenschaftliches Wissen. Die individuellen Kognitionen als Subjektive Theorien zu explorieren bietet die Chance, berufliche Situationen vor dem Hintergrund von professionellem Wissen zu reflektieren und dabei konkrete Möglichkeiten zur Modifikation der Subjektiven Theorien zu finden. Praktische und theoretische Bildungsmaßnahmen zielen auf Veränderung der Subjektiven Theorie und damit auf professionelles Handeln.

[297] Vgl. Vgl. Wahl 2002, S. 227; Dann 1994, S. 163-182.
[298] Vgl. Wahl 2002, S. 227.
[299] Vgl. Wahl 2002, S. 239.

5. Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien zur Explikation des Gegenstandsbereiches

Groeben und Scheele diskutieren in den 1990iger Jahren die Dichotomie in den Sozialwissenschaften anhand ihres Forschungsprogramms Subjektive Theorien (FST).[300] Ihrer Meinung nach integriert das FST sowohl hermeneutische als auch empirische Methodik, da z. B. Validierungsphasen definierter Bestandteil des Forschungsprogramms sind. Aus heutiger Sicht bestimmt die Dichotomie von Monismus und Dualismus die Wissenschafts-diskussionen nicht mehr in diesem Umfang, da insbesondere die qualitative Sozialforschung in der Methodenentwicklung und in den Diskussionen über spezifische Gütekriterien fortgeschritten ist.[301]

Die Ergebnisse der sozialwissenschaftlichen Forschung sind Versionen einer Weltsicht eines Subjektes. Zentral ist dabei die Unterscheidung von Konstruktionen ersten und zweiten Grades. In Anlehnung an Alfred Schütz definiert Flick die Ergebnisse der Sozialwissenschaften als Konstruktionen zweiten Grades.[302] In Bezug auf das FST sind die alltäglichen subjektiven Theorien der Individuen Konstruktionen ersten Grades und die wissenschaftlich erhobenen Subjektiven Theorien Konstruktionen zweiten Grades. Im Bewusstsein dieses Konstruktionsunterschiedes hat sich eine methodologische Anforderung im FST für die Kommunikative Validierung entwickelt (siehe Kapitel 5.5).

Mit dem FST wird das Ziel verfolgt, das alltagspsychologische Denken der Individuen zu rekonstruieren. Subjektive Theorien lassen sich für die unterschiedlichsten Lebensbereiche entwickeln. Sie beziehen sich auf die Vorstellungen, Sichtweisen und Überzeugungen, die Menschen von oder über ein Phänomen haben. Methodologisch grundgelegt sind dabei die Verschränkung von einem beschreibenden Verstehen (Forschungsphase der

---

[300] Vgl. Scheele; Groeben 1988, S. 1.

[301] Um sich einem komplexen Gegenstand aus mehren Forschungstraditionen zu nähern, etablieren sich in den Forschungsdesigns zunehmend sog. „Mixed Methods“. Diese „Mixed Methods“ kombinieren quantitative und qualitative Verfahren und integrieren somit Verfahren und Daten an verschiedenen Stellen im Forschungsprozess. Kuckartz beschreibt dies als ein „drittes Paradigma“. Im Vordergrund soll stets das Kriterium der forschungspraktischen Nützlichkeit stehen, und das Kriterium der methodologischen Anbindung kann sekundär sein. Vgl. Kuckarzt 2014, S. 33-36. Das FST kann in seiner Anlage auch als „Mixed Methods“ bezeichnet werden, da es sowohl qualitative und quantitative Forschungs-methoden einschließt.

[302] Vgl. Flick 2006, S. 57.

Rekonstruktionen und der kommunikativen Validierung) und einem beobachtendem Erklären (Forschungsphase mit einer Form der explanativen Validierung).

5.1 Anwendungsbereiche des Forschungsprogramms

Die theoretische Entwicklung und methodologische Fundierung als Forschungsprogramm erfolgte in den 1980er Jahren durch Groeben und Scheele.[303] Die historisch erste Untersuchung zu Subjektiven Theorien haben Groeben und Scheele 1984 - 1986 zum Thema „Ironie“ durchgeführt. Die pädagogische Psychologie hat sich schwerpunktmäßig mit den Subjektiven Theorien im Lehrerhandeln beschäftigt, was nicht überrascht, da das Forschungsprogramm in diesem Bereich entwickelt wurde. Die Unterrichts-forschung nahm in den Studien mit dem FST die Subjektiven Theorien von Lehrern über ihr eigenes Unterrichtshandeln bzw. das der Schüler in den Blick. Die Beobachtung, dass Schüler und Studenten eher auf Alltagswissen zurückgreifen als auf das im Unterricht vermittelte Wissen, löste einige Forschungsinitiativen aus. Dabei stand dann auch die Frage nach der handlungsleitenden Funktion der Subjektiven Theorien und deren Möglichkeiten zur Modifikation im Vordergrund.

Weitere Entwicklungsstränge in der Anwendung können in der Pädagogischen Psychologie, speziell in der Fremdsprachendidaktik, in Teilgebieten der Psychologie wie der Sportpsychologie oder der klinischen Psychologie und im Bereich der Wirtschaftswissenschaften (Marktforschung) verzeichnet werden. Subjektive Theorien sind in der klinischen Psychologie auch Gegenstand von Forschungen zu Krankheitskonzepten (Subjektive Krankheitstheorien) oder Gesundheitsvorstellungen. In den 1990er Jahren wurden im Forschungs-bereich Gesundheitswissenschaften und Public Health viele Untersuchungen zur subjektiven Gesundheit und zu subjektiven Krankheitstheorien durchgeführt. Dieser Forschungsbereich widmet sich ebenfalls den

[303] Das Forschungsprogramm wurde ständig weiterentwickelt und auch modifiziert. Hauptvertreter der theoretischen Diskurse und der Forschungsanwendung sind neben Groeben und Scheele, auch z. B. Schlee, Wahl, Dann, Mutzeck, Faltermaier, und Flick.

Rekonstruktionen des Subjektes und bedient sich dabei auch der klassischen qualitativen Forschungsmethoden.[304] [305]

5.2 Das Konstrukt Subjektive Theorien im Forschungsprogramm

Um das Forschungsprogramm in seiner Zielsetzung und der dazugehörenden Methodologie zu verstehen, ist es wichtig, sich mit dem Begriff „Subjektive Theorie“ und seiner Abgrenzung zu beschäftigen. Die Phänomene der Selbst- und Weltsicht sind Inhalte der Subjektiven Theorien und der Kognitionen eines reflexiven Subjektes. Die Autoren des Forschungsprogramms grenzen sich mit dem Konstrukt „Subjektive Theorie“, das in der klassischen kognitionspsychologischen Interpretation auf die Informationsverarbeitung zielt, sowohl begrifflich als auch inhaltlich von dem Begriff der Kognition ab. Der Begriff Subjektive Theorie soll in Konkurrenz zum Begriff der Kognition stehen, der laut Groeben zu umfassend und zu schwammig und unpräzise ist. Er schlägt eine Differenzierung vor dem Hintergrund der Dimensionen Einfachheit und Komplexität vor.[306] Für einfache Phänomene in der Psychologie, die keine Relationen innerhalb einzelner Teile von Konzepten enthalten, soll der Begriff Kognitionen verwendet werden.

Mit dem Konstrukt „Subjektive Theorie“ sind somit komplexere Zusammenschlüsse von Konzepten gemeint. Es handelt sich um Begriffsnetze mit einem inneren Zusammenhang. Sie haben eine ähnliche Struktur wie wissenschaftliche Theorien, d. h. die Aussagen stehen in Beziehung zueinander und können in einer Argumentationsstruktur abgebildet werden. Die Erhebung von Subjektiven Theorien wird als Re-Konstruktion bezeichnet.

Das Konstrukt Subjektive Theorie lässt sich somit beschreiben als:

„- Kognitionen der Selbst- und Weltsicht,

---

[304] Beispielhaft zu nennen sind die Arbeiten von Flick 1998, Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit; Faltermaier 2003, Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit; Flick et al 2004; Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften; Schwarz-Govaers 2005, Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln; Wahl 2006, Lernumgebung erfolgreich gestalten.

[305] Flick hat 1995 mit dem Episodischen Interview eine neue Erhebungsmethode definiert. Das Episodische Interview stützt sich auf die Konzeption, dass Menschen als Subjekte Erfahrungen in Form von zwei verschiedenen Wissensbestandteilen „abspeichern“: Interviewpartner fixieren und erinnern ihre Erfahrungen zu einem bestimmten Gegenstandsbereich in Form von narrativ-episodischem Wissen und von semantischem Wissen.

[306] Vgl. Groeben 1988, S. 17.

- als komplexes Aggregat mit (zumindest impliziter) Argumentationsstruktur,
- das auch die zu objektiven (wissenschaftlichen) Theorien parallelen Funktionen
- der Erklärung, Prognose, Technologie erfüllt.“ [307]

Ein Konstrukt ist dann eine Subjektive Theorie, wenn die Inhalte aufeinander bezogen sind und eine Argumentationsstruktur aufweisen. Diese können z. B. in einer Wenn-dann-Schlussfolgerung abgebildet werden. Das Individuum nimmt daraus die Erklärungen, trifft Voraussagen und entwickelt und steuert daraus die Handlungen (Technologie).

Diese Definition schließt sämtliche Begriffe und Konzepte über die eigene Person und ihre Weltsicht ein (Kognitionen) und beinhaltet die Anwendungsmöglichkeiten für alle Themen und Inhalte (z. B. Gesundheit, Krankheit, Kaufverhalten, Lehrerverhalten, Ironie, Aggression etc.). Somit schließen Subjektive Theorien das Denken, Fühlen und Handeln mit ein und sind mehr als reine Kognitionen: Sie können auch als Innensicht der Person bezeichnet werden.

Subjektive Theorien beziehen sich auf Motive (Gründe des Handelns) und auf Überzeugungen (Ziele und Ergebnisse des Handelns).[308] Sie sind nicht als abrufbare Gedankengebilde vorhanden, sondern sind eine Form von subjektivem Wissen, das z. B. durch Nachdenken, Selbstreflexion, Werturteile und persönliche Lebensumstände zustande kommt. Dieses subjektive Wissen wird zur subjektiven Theorie, indem es den drei Aspekten einer Theorie, nämlich Inhalt, Struktur und Funktion, genügt.[309] Mittels einer Theorie kann demnach der Sachverhalt benannt, durch Argumente und Begründungen eine Struktur beschrieben und die jeweilige Funktion erklärt werden.

Subjektive Theorien basieren auf Alltagswissen und persönlichen Erfahrungen. Sie werden auch als Laientheorien bezeichnet. Dieses Wissen ist implizit und kann mittels Rekonstruktion in einem Dialog-Konsens-Verfahren expliziert und zu einer Subjektiven Theorie generiert werden. Durch diesen Forschungs-

[307] Groeben et al.1988, S. 19.
[308] Vgl. Groeben et al. 1988, S. 35. Demzufolge können z. B. Reflexe nicht mit solch einem Forschungsprogramm erforscht werden, da sie sich dem gesteuerten Zugriff entziehen.
[309] vgl. Kallenbach 1996, S. 5.

vorgang wird implizites Wissen zu einer subjektiven Theorie rekonstruiert.[310] „Eine wesentliche begriffliche Trennung liegt somit in der Unterscheidung von „subjektivem Wissen“, das implizit und handlungsorientierend bzw. -leitend ist, und „subjektiver Theorie“ die als solche erst entsteht, indem subjektives Wissen expliziert wird.“[311]

Subjektive Theorien als Konstrukt sind ein Ergebnis des Forschungsprozesses, das empirisch „existiert“, in dieser Form jedoch so nicht vorliegt. Sie sind unter diesen Bedingungen etwas Werdendes.“[312] Ihre Besonderheit, auch im Hinblick auf den beruflichen Alltag, drückt sich darin aus, dass sie parallel zu wissenschaftlichen und somit objektiven Theorien existieren können.[313] Das macht sie im Hinblick auf die Handlungsorientierung von Subjekten bedeutsam. Subjektive Theorien sind komplexe Rekonstruktionen aus subjektivem Wissen und individuellen Erfahrungen in einem bestimmten Lebensbereich, die in Gesprächen herausgearbeitet und entfaltet werden. Die Abbildung dessen in einem Forschungsprozess kann nur im Konsens mit einer dialogischen Kommunikation gelingen, bei dem der Handelnde (als Erkenntnisobjekt) und der Wissenschaftler (als Erkenntnissubjekt) sich auf Beschreibungen einigen, die eine Schnittmenge von Alltagssprache und wissenschaftlicher Beobachtung und Beschreibung bilden und für beide akzeptierbar sind. Dies wird als der eigentliche Reformschritt in dem Forschungsprogramm beschrieben. Es wird eine Verstehensmethodologie eingefordert die sich in einem dialogischen Verstehen im Sinne der kommunikativen Valdierung abgebildet.

5.3 Funktionen der Subjektiven Theorien

Subjektive Theorien beziehen sich immer auf das Individuum in seinem Alltag und haben dabei unterschiedliche Funktionen. Sie definieren Situationen und geben Orientierung, sie erklären nachträgliche Ereignisse und haben somit auch einen Rechtfertigungscharakter.[314] So können beispielsweise Mitarbeiter im Altenpflegeheim die Situation mit den Angehörigen für sich definieren und

[310] Der Begriff Wissen wird in den Ausführungen nicht trennscharf verwendet. Am nächsten kommt der in der Literatur verwendete Wissensbegriff wohl dem Wissenschaftlichen Wissen als explizites Wissen und somit als Alternative zum impliziten Wissen als Alltagswissen.
[311] Vgl. Kallenbach 1996, S. 5.
[312] Vgl. Kallenbach 1996, S. 5.
[313] Vgl. Groeben et al.1988, S. 22.
[314] Vgl. Dann 1983, S. 82 ff.

einordnen. Gleichzeitig eignen sich Subjektive Theorien für Prognosen und haben eine handlungsleitende Funktion. Sie dienen somit der Entwicklung von Handlungsempfehlungen und stabilisieren den Selbstwert des Individuums.[315] Damit bestimmen sie die Interaktionen der Menschen im Alltag und werden so zu einem Schlüssel für ein professionelles Bemühen.[316]

Im Prozess des „Bergens und Entwickelns" der Subjektiven Theorien geht es folglich auch um Selbstreflexion und Prozesse des Bewusstmachens und Erkennens von Zusammenhängen. Somit intendiert das FST, basierend auf einem reflexiven Menschenbild, beim Erkenntnisobjekt auch Veränderungsprozesse.

5.4 Zentrale Merkmale des Forschungsprogramms Subjektive Theorien

Die Programmatik des Forschungsprogramms besteht aus Theorieannahmen, die eingebettet sind in eine spezielle Methodologie innerhalb der wissenschaftstheoretischen Zuordnung eines rezeptiven Forschungsparadigmas. Der zu erforschende Gegenstand und die dazu angewandte Methodik sollen idealerweise zusammenpassen und miteinander interagieren. Dies zu beschreiben und im Forschungsprozess darzulegen, weist die Güte eines Forschungsdesigns aus. Die zentralen Annahmen im FST dazu werden hier vorgestellt.

5.4.1 Das Menschenbild des reflexiven Subjekts

Das diesem Forschungsprogramm zugrunde gelegte Menschenbild ist zentral und bestimmt das Verständnis und die Methoden in dem Forschungsprogramm. Demnach verfolgen Menschen stets die Absicht, sich ein Bild von ihrer Umwelt zu machen. Sie bestimmen Situationen und Gegenstände, bewerten oder vorhersagen Ereignisse und stellen Annahmen über ihre Alltagsereignisse auf, die sie dann überprüfen. Hier zeigt sich eine Vergleichbarkeit zu wissenschaftlichem Wissen, welches als Theorie erstellt und in einem rezeptiven Paradigma falsifikatorisch geprüft wird.[317]

---

[315] Vgl. Flick 1991, 15; Vgl. Flick 1998, S. 14; Flick et al. 2004, S. *3*4.
[316] Vgl. Faltermaier 2003, S. 60.
[317] Der Begriff der Theorie wird hier für die alltäglichen Wissensstrukturen verwendet und weist dadurch sprachlich im Vergleich zu anderen ähnlichen Begrifflichkeiten wie Laientheorien oder Alltagswissen eine positive Konnotation aus.

Ihre Begründer verstehen die Subjektive Theorie als ein post-behavioristisches Forschungsprogramm und kritisieren zugleich das Menschenbild eines nicht-autonomen, von der Umwelt kontrollierten Subjektes. Kellys Gegenmodell vom „man the scientist“ wird in einem epistemologischen Subjektmodell aufgenommen.[318] Mit dem Begriff des epistemologischen Subjektmodells anstelle des bevavioristischen Subjektmodells werden die Charakteristika beschrieben, die auf Kommunikationskompetenz, Reflexivität, Rationalität und Handlungsfähigkeit bauen.[319] Der Begriff des Handelns nimmt eine zentrale Stellung ein und basiert auf dem Menschenbild des epistemologischen Subjektmodells. „Menschen bilden und verwerfen demnach Hypothesen, sie entwickeln Konzepte und kognitive Schemata; diese internen Prozesse und Strukturen steuern ihr Handeln.“[320] Die Informationsverarbeitung steht dabei nicht ausschließlich im Mittelpunkt, sondern das Subjekt mit einem intentionalen Handeln und seiner Zielorientierung. Der sichtbare Aspekt des Handelns, das Verhalten, lässt sich beobachten. Die Innenperspektiven des Handelns, die Bedeutung, die Planung, die Entscheidungsfähigkeit oder die Absichten lassen sich nur mit der Interpretation des Handelnden selbst rekonstruieren. Dieser Kommunikationsschritt (Dialog-Konsens-Verfahren) ist ein bedeutsamer Bestandteil der wissenschaftlichen Forschungsstruktur zu den Subjektiven Theorien.[321]

In dem von Groeben und Scheele definierten reflexiven Subjektmodell greift ein Individuum in der Auseinandersetzung mit sich und seiner Umwelt auf subjektive Wissensbestände zurück. Dem zugrunde gelegten Menschenbild folgend ist das Individuum kein reaktives und passives Erkenntnisobjekt, sondern ein reflektierendes, aktives und hypothesengenerierendes und -testendes Subjekt. Forscher und Beforschter befinden sich auf Augenhöhe. Deren gleichberechtigtes Agieren wird somit zu einem Qualitätsmerkmal in der Forschung und ist insbesondere in der Interviewsituation relevant.

Die Begründer des FST fordern für eine adäquate Berücksichtigung des epistemiologischen Menschenbildes immer zuerst den Versuch, das Phänomen des jeweiligen Gegenstandsbereichs als Handlungen zu beschreiben und nicht

[318] Vgl. Scheele; Groeben 1988, S. 3.
[319] Vgl. Scheele; Groeben 1988, S. 4.
[320] Schlee 1988a, S. 13.
[321] Vgl. Groeben et al. 1988, S. 15.

auf das Tun oder Verhalten auszuweichen. „Denn nur so ist es möglich, der Reflexivität und potentiellen Rationalität des menschlichen 'Gegenstandes' gerecht zu werden und d.h. eine nicht-reduktionistische psychologische Forschung zu erreichen."[322]

5.4.2 Subjektive Theorien als Basis für Handlungen

Psychologische Forschungsmethoden orientieren sich am Individuum. Diese verhandeln auf unterschiedlichen Wegen soziale Vereinbarungen und bilden dabei ihre eigenen sozialen Konstrukte. Diese Vereinbarungen oder Kodizes, die zum großen Teil implizit wirken, also vielfach gar nicht sprachlich ausgedrückt werden, steuern das Verhalten der Menschen. Alltagstaugliches subjektives Wissen muss auch unter großem Handlungsdruck im Alltag in z. B. einer Pflegesituation verfügbar und anwendbar sein. Wissenschaftlichem Wissen bzw. wissenschaftlichen Theorien muss dieser Anspruch nicht genügen.

Aretz stellt in ihrer Analyse zu den Funktionen der Subjektiven Theorein fest, dass Subjektive Theorien eine Übereinstimmung zum Begriff des Handlungplans aufweisen.[323] Dabei bezieht sie sich auch auf Schlee, der zwischen einer theoretischen Handlungsabsicht und einer Handlungs-realisierung unterscheidet.

Schlee betont, dass Handlungen sich in Verhaltensaspekten manifestieren, die Bestimmungsmerkmale sich jedoch nicht beobachten lassen. „Denn das Zuschreiben von Bedeutungen, das Konstruieren von Sinn, das Verfolgen von Absichten lässt sich nicht per Augenschein erkennen, wohl aber sind diese Innenaspekte des Handelns interpretativ zu erschließen oder im Dialog zwischen dem Akteur und einem Forscher rekonstruierbar."[324]

Verhaltensweisen sind beobachtbar und Gegenstand der experimentellen Psycholgie. In der Wissenschaftstradition des Behaviorismus wurde der Mensch als Subjektmodell betrachtet, der seiner Umwelt mechanistisch und funktional ausgesetzt ist. In der Perspektive des FST sind Handlungen weit mehr als Verhalten. Sie existieren als subjektiv-interpretative Beschreibung des

[322] Scheele; Groeben 1988, S. 26.
[323] Vgl. Aretz 2007, S. 63.
[324] Schlee 1988a, S.13.

Handelnden. Die Interpretation des Handelns wird durch den Akteur mit seinen Zielen und Absichten, mit seinen Planungen und Entscheidungen beschrieben.[325] Somit wird die Unterscheidung von Handeln und Verhalten zentral.
Es sei abschließend darauf hingewiesen, dass sich insbesondere der Bereich der Pädagogischen Psychologie mit den Handlungstheorien beschäftigt. Dabei hat Wissen die Funktion, Handlungen zu steuern und Handlungskompetenz zu entwickeln. Dieses Lernen benötigt Einsichten in die handlungsleitenden Subjektiven Theorien des Individuums. Insbesondere Wahl hat sich in seinen Forschungsarbeiten damit befasst und definiert eine Lernumgebung in drei Schritten. Zunächst werden handlungsleitende Subjektive Theorien bearbeitbar gemacht, anschließend werden vielfältige neue Problemlösungen entwickelt, die in einem dritten Schritt in handlungsleitende Strukturen überführt werden. Diese Modifikation von Subjektiven Theorien soll ein verändertes Handeln im Praxisfeld erkennbar machen.[326] Die Modifikations- oder Veränderungsprozesse der Subjektiven Theorien beim Erkenntnisobjekt unterliegen einem Prozess des gegenseitigen Austausches und der Einflussnahme.
Zur Konkretisierung des Modifikationsprozesses legt Schlee ein hypothetisches Stufenmodell in sieben Teilzielen vor. In einer zeitlichen Abfolge geht es um die Teilziele psychische Sicherheit und Vertrauen, Aufmerksamkeit und Betrachtung, Explikation der Innensicht, Prüfung auf Rationalität, Um- und Neukonstruktion, Erprobung und Veridikalität und Handlungswirksamkeit.[327] Da in der folgenden Untersuchung auf die Phase der explanativen Validierung im Sinne der Überprüfung bzw. Modifikation der Handlungssteuerung der Subjektiven Theorien verzichtet wird, wird dieser Forschungsaspekt nicht weiter ausgeführt.

5.5 Methodologische Konsequenzen für die Forschungsstruktur

Zur Explikation von Subjektiven Theorien liegt ein eigens entwickeltes Forschungsprogramm vor, welches in einer zweiphasigen Forschungsstruktur Innensicht und Außensicht miteinander verbindet. Die Argumentationsstruktur der Subjektiven Theorie ist bei einem angemessenen methodischen Vorgehen rekonstruierbar, da die persönlichen Kognitionen zwar komplex, aber implizit

[325] Vgl. Schlee 1988a, S.13.
[326] Vgl. Wahl 2006, S. 36.
[327] Vgl. Schlee 1988, S. 300.

vorhanden sind. Das FST geht davon aus, dass zur Untersuchung menschlicher Handlungen eine Datenerhebung im Sinne einer Beobachtung von außen allein nicht ausreicht. Die Ursachen im Sinne von Motiven der Handlungen liegen bei vielen Menschen in ihrem Selbst- und Weltbild. Ihre Theorien darüber bestimmen ihr Handeln.

Im Rahmen eines Forschungsprozesses gilt die Annahme, dass die jeweiligen Interviewpartner über einen komplexen Wissensbestand zum Thema verfügen. „Dieser Wissensbestand enthält explizit-verfügbare Annahmen, die der Interviewpartner oder das Erkenntnisobjekt spontan auf offene Fragen äußern kann, und implizite Annahmen, für deren Artikulation er durch methodische Hilfen unterstützt werden soll, weshalb hier verschiedene Typen von Fragen verwendet werden (s. u.).“[328] In einem Zwei-Phasen-Modell der Forschungsstruktur (kommunikative und explanative Validierung) sollen im ersten, vorgeordneten Schritt die Gründe, Intentionen und Ziele des Handelns ermittelt und in einem zweiten, nachgeordneten Schritt Ursachen und Wirkungen von Handeln beobachtet werden. Das zweiphasige Forschungsprogramm und sein Anwendungsbezug in der vorliegenden Forschungsarbeit werden nachfolgend näher erörtert.

5.5.1 Zur Rekonstruktionsadäquanz Subjektiver Theorien

Die erste Forschungsphase hat zum Ziel, Subjektive Theorien zu verbalisieren, zu rekonstruieren und kommunikativ zu validieren. „Wenn man, wie durch die bisherige Analyse begründet, Subjektive Theorien als die höchstkomplexe und strukturierteste Form von Reflexionen des Handelns über eigenes Handeln bzw. fremdes Handeln, Tun oder Verhalten auffasst, dann muss eine erste Phase bei der Erforschung menschlicher Handlungen im Verstehen dieser Subjektiven Theorien des Handelnden bestehen. Da sich die Innensicht-Perspektive des Handelnden in erster Linie auf die Gründe, Intentionen und Ziele des (eigenen) Handelns bezieht, stellt die Rekonstruktion von Subjektiven Theorien primär eine beschreibendes Verstehen der Gründe, Intentionen und Ziele des reflexiv handelnden menschlichen Subjekts dar.“[329]

[328] Vgl. Flick 2006, S. 127.
[329] Scheele; Groeben 1988, S. 18.

In der ersten Phase der Forschungsstruktur werden in einem ersten Teilschritt die Kognitionsinhalte erhoben. Methodisch werden dazu in der Regel halbstandardisierte Interviews durchgeführt. Auch andere Datenerhebungsmethoden, die dem qualitativen Paradigma genügen, wie z. B. Gruppendiskussionen, Rollenspiele oder das von Flick 1995 entwickelte Episodische Interview eigenen sich dazu.

Zu der Explikation von Inhalten durch ein halbstandardisiertes Interview beschreibt das FST drei verschiedene Fragekategorien: hypothesenungerichtete, offene Fragen, hypothesengerichtete Fragen und Stör-Fragen.[330] Die hypothesenungerichteten, offenen Fragen zielen auf das unmittelbar verfügbare Wissen. Das Erkenntnissubjekt soll hier die Möglichkeit haben, nach Definitionen, Erklärungen, Wirkungen und Konzepten zu fragen. Die theoriegeleiteten, hypothesengerichteten Fragen zielen auf das nicht unmittelbar verfügbare, implizite Wissen. Die in den Fragen formulierten Annahmen sind Angebote an den Interviewpartner, die er aufgreifen oder ablehnen kann, je nachdem, ob sie seiner subjektiven Theorie entsprechen oder nicht. Die Konfrontations- oder Störfragen sollen eine echte theoretische Konkurrenz zu den bislang im Interview entwickelten Theorien oder Zusammenhängen durch konkurrierende Alternativen und kritisches Hinterfragen der gemachten Aussagen sein. Sie sollen den Befragungsdialog vorantreiben. Der Interviewte oder das Erkenntnisobjekt ist gezwungen, seine eigenen Aussagen im Licht der angebotenen Alternative (Störfragen als Alternativhypothesen) zu betrachten und sich damit zu positionieren.

Die Rekonstruktion der Subjektiven Theorie soll dem Interviewpartner entsprechen; daher genügt die alleinige Auswertung und Rekonstruktion durch den Forscher nicht. Ziel ist es, das Erkenntnissubjekt als „Alltagswissenschaftler“ am Rekonstruktionsprozess zu beteiligen. Diese Vorgehensweise erfordert von dem Interviewpartner ein hohes Reflexionsniveau, die Bereitschaft, sich auf die Regeln der Rekonstruktion und Auswertung einzulassen und ein entsprechend großes Zeitbudget, da es sich bei dieser Methode um mindestens zwei Interviewkontakte handelt.

[330] Vgl. Scheele; Groeben 1988, S. 35 ff.

In einem zweiten Teilschritt soll die Struktur der Subjektiven Theorie rekonstruiert werden. Da das FST sowohl auf Inhalte als auch auf die Struktur als Explikationsdimension zielt, fordern Scheele und Groeben eine Zustimmung von Seiten des Erkenntnisobjektes. Ihrer Meinung nach sollte nicht von Subjektiven Theorien gesprochen werden, wenn diese ausschließlich von Forschern rekonstruiert und validiert wurden.[331]

Hierzu wurden einige Verfahren erarbeitet, die die Rekonstruktionen von kognitiven Handlungsstrukturen ermöglichen.[332] Zu den wichtigsten methodischen Verfahren gehören die so genannten Struktur-Lege-Techniken (SLT), die von der Forschergruppe selbst definiert wurden. „Die Anwendung der Rekonstruktionsregeln auf die explizierten Kognitionsinhalte ist als Struktur-Lege-Technik das Kernstück für die Phase des Dialog-Konsens und damit die Realisierung des konsenstheoretischen Wahrheitskriteriums."[333]

Hierbei handelt es sich um ein kommunikatives und grafisches Verfahren, welches die Kognitionsinhalte untereinander zu einer Theoriestruktur verbindet. Ein Struktur-Lege-Verfahren arbeitet mit Regeln und Relationen (z. B. das ist, das heißt, führt zu, und …) und verbindet die Kognitionsinhalte (Begriffe) untereinander zu einer Theoriestruktur. Ergebnisse dieses Verfahrens sind Schaubilder mit inhaltlichen Konzepten und formalen Relationen. Die Erhebung und Rekonstruktion von Subjektiven Theorien unterscheidet sich von der ausschließlichen Anwendung halbstandardisierter Interviews zur Erhebung der Innensicht: Es werden nicht nur Gedankeninhalte erhoben, sondern auch deren Verbindungen und Bezüge untereinander und zueinander im Sinne einer Theoriesstruktur.

Es existieren verschiedene Struktur-Lege-Verfahren, die jeweils für verschiedene Gegenstandsbereiche geeignet sind. Das komplexeste Verfahren ist die Heidelberger Struktur-Lege-Technik (SLT). Es sind weitere Verfahren entwickelt worden wie z. B. die Weingartener Appraisal Lege-Technik (WAL) als eine typische postaktionale Erhebungsmethode, die Interview- und Legetechnik zur Rekonstruktion kognitiver Handlungsstrukturen (ILKHA) oder

[331] Vgl. Scheele; Groeben 1988, S. 48.
[332] Vgl. Groeben; Scheele 2000, S. 3. Groeben und Scheele begründen die kommunikative Validierung in zwei Teilschritten auch mit der Idee, das Erkenntnisobjekt motivational und kognitiv nicht zu überlasten.
[333] Scheele; Groeben 1988, S. 51.

als ein Spezifikum der Dialog-Konsens-Variante die Ziel-Mittel-Argumentation (Z-M-A) zur Rechtfertigung von Werten, Zielen und Normen.[334]

Allen Verfahren gemeinsam ist ein Definieren, Erklären, Bewerten und Auswählen von Handlungsbeschreibungen mittels vorgegebener Relationen. Groeben weist darauf hin, dass in fast jeder empirischen Untersuchung zu Subjektiven Theorien, durchaus im Interesse des Erkenntnisobjektes, Verfahrensadaptionen vorkommen.[335] Die Rekonstruktionsadäquanz des deskriptiven Konstruktes soll mittels einer kommunikativen Validierung gesichert bzw. festgestellt werden. Diese Dialog-Hermeneutik ist ein Beitrag zur Sicherung des Verstehens. Ziel ist es, zu einem verstehenden Beschreiben aus der Sicht des Erkenntnisobjektes zu kommen.

Die kommunikative Validierung durch eine Dialog-Konsens-Methodik kann somit auch als besondere Güte im FST bezeichnet werden. Forscher/in und Beforschte/r einigen sich in einem weiteren Forschungskontakt auf eine Interpretation, z. B. eine bestimmte Rekonstruktion einer subjektiven Theorie. In diesem Kontakt entsteht ein neues, im Dialog-Konsens erstelltes bzw. ausgehandeltes Schaubild, welches die Subjektiven Theorien des Beforschten darstellt und beschreibt. Das Verfahren dient zur Absicherung der Geltungsbegründung der erhobenen Daten und Interpretationen. Somit kann das „richtige Verstehen“ aus Sicht des Erkenntnisobjektes sichergestellt werden. Nach Scheele und Groeben handelt es sich um ein verstehendes Beschreiben unter einem dialog-konsenstheoretischem Wahrheitskriterium.[336]

5.5.2 Zur Realitätsadäquanz Subjektiver Theorien

Zur Überprüfung der Subjektiven Theorien auf ihre Realitätsangemessenheit und als zweiten Forschungsschritt sieht das FST eine explanative Validierung (Handlungsvalidierung) vor. Die Subjektive Theorie wird wie eine wissenschaftliche Theorie auf ihre Geltung hin überprüft. Dies soll durch eine Konfrontation von Konstrukten und Realität geschehen. Für diese Konfrontation werden drei Wege vorgeschlagen. Als Korrelationsstudien werden Innensicht (rekonstruierte Subjektive Theorie) und Außensicht (Beobachtungsdaten) zum

[334] Vgl. Groeben; Scheele 2000, S. 3.
[335] Vgl. Groeben; Scheele 2000, S. 3.
[336] Vgl. Scheele; Groeben 1988, S. 20.

gleichen Messzeitpunkt erfasst und korreliert. Mittels Retrognosen und Prognosen wird beobachtbares Verhalten vorhergesagt und gemessen. Als dritte Möglichkeit wird die Realitätsadäquanz über die Veränderung der Subjektiven Theorien bestimmt. Dazwischen liegt dann eine Modifizierung bzw. Intervention.[337] Für die Überprüfung der Gültigkeit Subjektiver Theorien wird die Frage gestellt, inwieweit die Subjektive Theorie tatsächlich als handlungsleitend und damit als objektive bzw. wissenschaftliche Theorie gelten kann. Im Sinne eines falsifikationstheoretischen Wahrheitskriteriums sind für ein beobachtendes Erklären insbesondere quantitative Forschungsansätze anwendbar. In der Grafik sind die einzelnen Forschungsphasen vergleichend dargestellt.

Erste Forschungsphase Kognitionssystem des Erkenntnisobjektes	**Zweite Forschungsphase** Handlungen im Alltag des Erkenntnisobjektes
Verstehendes Beschreiben von Gründen, Intentionen und Ziele des Handels Fokus auf: dialog-konsens-theoretisches Wahrheitskriterium	**Beobachtendes Erklären** von Ursachen und Wirkungen von Handlungen Fokus auf: falsifikationstheoretisches Wahrheitskriterium
Rekonstruktionsadäquanz gesichert durch: kommunikative Validierung	**Realitätsadäquanz** gesichert durch: explanative Validierung
Methoden Halbstandardisierte Interviews zur Deskription der Konstrukte; Dialog-Konsens mittels Struktur-Lege-Techniken (qualitatives Paradigma)	**Methoden** Korrelationsstudien, Retrognosenen, Prognosen (quantitatives Paradigma)

Abbildung 2: Zwei-Phasen-Modell der Forschungsstruktur Subjektive Theorien.

[337] Vgl. Groeben; Wahl; Schlee; Scheele 1988, S. 184; Groeben; Scheele 2000, S. 5.

6. Das Konzept der sozialen Repräsentationen als theoretische Begründung zur Untersuchung von Alltagswissen in sozialen Gruppen

Vergleicht man den Ansatz der Subjektiven Theorien mit dem Ansatz der sozialen Repräsentationen, so finden sich Gemeinsamkeiten, die eine parallele Anwendung der Forschungsansätze im Hinblick auf den Gegenstandsbereich begründen lassen.

Mit dem Ansatz der sozialen Repräsentationen wird Alltagswissen als Wissensbestand betrachtet, der beim Individuum in sozialen Zusammenhängen entstanden und rekonstruierbar ist. Das Konzept der sozialen Repräsentationen zielt auf Alltagswissen als soziales Wissen. „Schließlich ist Alltagswissen das Medium der Organisation von Alltagserfahrungen der Individuen wie der sozialen Gruppen und darüber hinaus ein Medium der sozialen Konstruktionen der Wirklichkeit.“[338]

Soziale Repräsentationen sind ein Erklärungsmodell einer bestimmten sozialen Gruppe zu einem Phänomen. Diese Idee lässt sich bis zu Dürkheim zurückverfolgen. Er unterscheidet zwischen individuellen und sozialen Repräsentationen. Der Begriff geht auf Moscovici (1984) zurück und wurde von Flick wie folgt übersetzt: „Das Konzept der sozialen Repräsentation bezeichnet eine spezifische Bewußtseinsform – das Wissen des Alltagsverstandes –, dessen Inhalte die Wirkung von sozialen Entstehungs- und Funktionsprozessen verdeutlichen. Im weitesten Sinne bezeichnet es eine Form sozialen Denkens. Soziale Repräsentationen sind Modalitäten des praktischen Denkens, die auf Kommunikation, Verstehen und die Beherrschung der sozialen, materiellen und ideellen Umwelt gerichtet sind. In dieser Hinsicht stellen sie spezifische Typen in Bezug auf die Organisation der Inhalte, auf die mentalen Operationen und auf die Logik dar. Die soziale Kennzeichnung der Inhalte oder Prozesse der Repräsentationen ist bezogen auf die Bedingungen und Kontexte, in denen die Repräsentationen zum Vorschein kommen, auf die Kommunikationen, durch die sie sich verbreiten und auf die Funktionen, die sie in der Interaktion mit der Welt und den anderen erfüllen."[339]

[338] Flick 1995a, S. 72.
[339] Flick 1991, S. 20.

Soziale Repräsentation sind also Konzepte, Aussagen und Erklärungen, die Mitglieder eines sozialen Systems im Alltag benutzen. Sie liegen nicht fertig und greifbar vor, sondern müssen entdeckt bzw. durch Diskussionsprozesse und interpretative Forschungsleistung geborgen werden. Das Konzept sozialer Vorstellungen wurde seither sowohl in der Soziologie als auch in der Sozialpsychologie weiter ausgearbeitet, so dass heute von einer Theorie sozialer Repräsentationen gesprochen werden kann. Soziale Repräsentationen werden von den Mitgliedern eines sozialen Systems geteilt und über soziale Interaktionen weiter vermittelt und am Leben erhalten. Somit liefern sie einerseits einen Beitrag zur Stabilität in Gruppen, andererseits können sie auch die Grundlage für Vorurteile bilden. Soziale Repräsentationen gelten nicht fortdauernd, sondern unterliegen, ebenso wie die Gemeinschaften selbst, Veränderungsprozessen. „Die Theorie der sozialen Repräsentationen eröffnet einen psychologischen Zugang zu den verschiedenen Versionen der Welt, die in unterschiedlichen sozialen Kontexten konstruiert werden“.[340] Somit lassen sich soziale Repräsentationen abgrenzen von dem Modell der individuellen Kognitionen wie den Subjektiven Theorien, da es um soziales Wissen geht, das sich vor allem in der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe (hier die soziale Gruppe der Mitarbeiter einer Wohngruppe) herausbilden kann.[341] „Das kollektive Leben besteht, wie das psychische Leben des Individuums, aus Vorstellungen; es ist also anzunehmen, dass individuelle Vorstellungen und soziale Vorstellungen in irgendeiner Weise miteinander vergleichbar sind.“[342] Bereits Durkheim führte weiter aus: „Diese Gegenüberstellung jedoch, weit entfernt davon, jene Auffassung zu rechtfertigen, die in der Soziologie nur ein Korrolarium der Individualpsychologie sieht, wird im Gegenteil die relative Unabhängigkeit dieser beiden Welten und dieser beiden Wissenschaften deutlich machen.“[343]

Im Vergleich zu den Subjektiven Theorien zielen die sozialen Repräsentationen nicht auf das individuelle Wissen, sondern auf die sozial geteilten Vorstellungen, „... das heißt, über soziale Repräsentationen soll Zugang gefunden werden zur

[340] Flick 1995a, S. 75.
[341] Vgl. Flick 1995, S. 14; Flick 1991, S. 21.
[342] Durkheim 1976, S. 46.
[343] Durkheim 1976, S. 46.

Art und Weise, wie eine Gesellschaft ‚denkt' in Bezug auf einen bestimmten Bereich, Gegenstand etc."[344] Zentral ist dazu die Annahme, dass kulturell geteiltes Wissen auf soziale Repräsentationen einwirke.[345]

Mit dem Ansatz der sozialen Repräsentationen ist eine Möglichkeit gegeben, neben der Rekonstruktion der individuellen Kognitionen die kollektiven Ansätze einer Gruppe zu rekonstruieren. Somit kann mit diesem Forschungsansatz ein weiterer Zugang geschaffen werden, der zum einen eine weitere Betrachtungsebene zugänglich macht und zum anderen innerhalb der geplanten Fallstudie einen Beitrag zur Methodentriangulation leistet. Die Rekonstruktion von kollektiven Mustern oder sozialen Repräsentationen benötigt im Vergleich zu der individuellen Ebene der Subjektiven Theorien methodologisch den Zugang zur sozialen Ebene in einer Gruppe.

Alltagswissen gehört zur Struktur der Lebenswelt. Schütz hat hier für die empirische Sozialforschung wesentliche Grundlagen gelegt, indem er die soziale Konstruktion von Alltagswissen in Verbindung mit den Strukturen der Lebenswelt eines jeden Einzelnen brachte. Er unterscheidet dabei Konstruktionen ersten Grades – dies sind die Konstruktionen des Handelnden selbst – von den Konstruktionen zweiten Grades, die sich Wissenschaftler von diesen Konstruktionen machen.[346] „So ist etwa für die Untersuchung sozialer Repräsentationen die Annahme leitend, dass sich soziale Gruppen gerade über das von ihren Mitgliedern geteilte Alltagswissen bzw. die geteilten Vorstellungen in Bezug auf einen Gegenstand konstituieren."[347] „Die alltägliche Lebenswelt ist also grundsätzlich intersubjektiv, ist Sozialwelt. Handlungen überhaupt verweisen auf Sinn, der von mir auslegbar ist und von mir ausgelegt werden muss, wenn ich mich in meiner Lebenswelt zurechtfinden will. Sinndeutung, >>Verstehen<<, ist ein Grundprinzip der natürlichen Einstellung mit Bezug auf Mitmenschen."[348] Die sozialpsychologische Reflexion einer sozialen Konstruktion von Alltagswissen eröffnet demzufolge Erkenntnisse über die Konstruktion von subjektivem und für die Gruppe vergemeinschaftetem Alltagswissen. Als ein methodologisches Problem des Fremdverstehens im

[344] Flick 1991, S. 21.
[345] Flick 1991, S. 22.
[346] Vgl. Flick 1995a, S. 57.
[347] Flick 1995a, S. 57.
[348] Schütz; Luckmann 1975, S. 33.

Rahmen der rekonstruktiven Sozialforschung beanspruchen rekonstruktive Sinnzuschreibungen eine stete Reflexivität im Forschungsprozess. Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick zu zwei ausgewählten Forschungsprogrammen, die das Alltagswissen in den Blick nehmen.[349] Der Zugang zu kollektivem Wissen soll über die sozialen Repräsentationen in Gruppendiskussionen stattfinden. Der individuelle Zugang zum Subjekt und seinem Alltagswissen wird über das FST ermöglicht.

	Subjektive Theorien	**Soziale Repräsentationen**
Definition (Kurzfassung)	Aggregat von Kognitionen der Selbst- und Weltsicht mit zumindest impliziter Argumentationsstruktur	Form des sozialen Denkens, das auf Kommunikation, Verstehen, die sozialen, materiellen und ideellen Umwelten gerichtet ist.
Theoretischer Hintergrund	Symbolischer Interaktionismus	Strukturalismus
Forschungsgegen-stand bezogen auf das Alltagswissen	Komplexes und strukturiertes Modell des Alltagswissens	Komplexes und strukturiertes Modell des Alltagswissens
Bezugspunkt	Subjekt und sein Wissen	Soziale Gruppen
Schwerpunkt der Forschung	Interne Struktur subjektiven Wissens	Soziale Verteilung des Wissens
Funktion des Modells im Alltag	Dem Subjekt gestatten, in der Welt zu handeln	Konstitution und Abgrenzung sozialer Gruppen
Funktion des Modells für die Forschung	Wissen zu verstehen, das Subjekte im Alltag verwenden	Soziale Einbindung und Funktion von Wissen zu zeigen
Autoren /Haupt-vertreter der Forsch-ungsprogramme	Groeben/Scheele 1988	Moscovici 1988 (auf Basis von Durkheim 1898), Jodelet 1984
Gemeinsame Aspekte	Verstehen als Erkenntnisprinzip, Fallrekonstruktion als Ansatzpunkt, Konstruktion von Wirklichkeit als Grundlage, Text als empirisches Material	

Abbildung 3: Darstellung der beiden Forschungszugänge zu Alltagswissen. [350]

[349] Eine Weiterentwicklung innerhalb des theoretischen Bezugsrahmens im Bereich der rekonstruktiven Sozialforschung sind die Wissenssoziologie nach Karl Mannheim und die von Bohnsack beschriebenen kollektiven Orientierungsmuster.
[350] Vgl. Flick 1995a, S. 63, 77.

7. Zusammenfassung

Mit der Theorie des sozialen Konstruktivismus lässt sich ein interpretatives Forschungsverständnis und das Interesse für die Sichtweisen der Akteure auf das Alltagswissen und ihre Realität begründen. Der Zugang zur Alltagswelt und zu der sozialen Realität kann nur in einem rekonstruktiven Deutungsprozess der Subjekte vollzogen werden. Soziale Realität und der Alltag der Subjekte kann demzufolge nur mit einem interpretativen Paradigma und den entsprechenden Deutungsprozessen beschrieben werden. Diese Erkenntnisse gilt es zu bergen und in eine Form der Beobachtung zweiter Ordnung zu bringen.

Mit der soziologischen Theorie des symbolischen Interaktionismus wird alles menschliche Handeln als ein Ergebnis der Interpretationsleistungen des handelnden Subjektes beschrieben. Das Subjekt im Alltag erfasst den Untersuchungsgegenstand in einer für ihn eigenen Art (angeleitet durch die Forschungsinstrumente wie z. B. teilstrukturierte Interviewleitfäden). Das FST spricht hier von dem Kognitionssystem des Erkenntnisobjektes. Diese Beschreibung seiner sozialen Welt wird zur Konstruktion, die in einem je eigenen Verhältnis zum Subjekt und seiner sozialen Wirklichkeit steht. Rekonstruktion von sozialen Prozessen oder Handlungen sind somit der Ausgangspunkt aller Theoriebildung im Sinne der Konstruktionen der Konstruktionen der Subjekte. Methodengeleitetheit und Reflexivität sind zentrale und qualitative Elemente, denen im gesamten Forschungsprozess stets Beachtung und methodische Güte geschenkt werden muss. Nur so können Theorie und Empirie in einem ausgewogenen Verhältnis gleichberechtigt nebeneinander existieren und dem im FST zugrunde gelegten epistemologischen Menschenbild entsprechen. Das FST lässt in der Umsetzung der ersten Phase des verstehenden Beschreibens dies in Verbindung mit den Methoden der qualitativen Datenerhebung zu und unterstützt eine idiographische Sichtweise der Rekonstruktion.

Das Forschungsparadigma einer interpretativen und rekonstruktiven Forschung distanziert sich von einem deduktiven Modell der theoretischen Überprüfungen von Hypothesen. Zentrales Anliegen dieser Forschungslogik ist es, aus dem Material heraus neue Ansätze zu erkennen und abzuleiten. Der

Entdeckungszusammenhang steht im Vordergrund und kann für Theoriebildung genutzt werden.

Der im Alltag vorzufindende Gegenstand, hier die Konstruktionen der Mitarbeiter über Angehörige, ist zunächst als Kognitionen der Mitarbeiter zu erfassen und entsteht erst durch das Bergen der Rekonstruktionen mittels wissenschaftlicher Methoden. Die theoretischen Ergebnisse im Sinne von Reformulierungen der individuellen und impliziten Kognitionen werden zu Konstruktionen über deren Alltagssicht, die wiederum in einem Konstruktionsverhältnis zu der sozialen Wirklichkeit stehen. Diese Vorgehensweise wird in den folgenden Ausführungen in ein Untersuchungsdesign für eine Fallstudie übersetzt.

III. Empirischer Teil

8. Forschungsrahmen und Forschungsfragen

Wissenschaftliche Forschung zu einem Gegenstandsbereich ist nicht voraussetzungsfrei. Verschiedene Vorentscheidungen und Vorannahmen müssen getroffen werden, die Einfluss auf die Konstituierung des Gegenstandes haben. Die sich daraus ergebenden methodologischen Konsequenzen sind im Hinblick auf ihre Angemessenheit am Gegenstand und an der Fragestellung zu bewerten. Im Folgenden werden diese Überlegungen auch in den Gütekriterien zu einem qualitativen Forschungsprozess konkretisiert.

Im Kapitel drei wurde der derzeitige Forschungsstand zum Thema beschrieben. Die dargelegten Befunde zeigen, dass die meisten Familienangehörigen nach dem Heimeinzug in das Leben der Bewohner involviert bleiben. Dies hat für die Angehörigen zur Folge, dass Kontakt und Beziehung unter veränderten Bedingungen neu definiert werden müssen. Für den Mitarbeiter beginnt mit dem Heimeinzug eines Bewohners ein Pflege- und Betreuungsauftrag, der Kontakt und Beziehung mit den Angehörigen meist einschließt. Diese Einbeziehung der Familien bzw. Angehörigen, das family involvement[351], beeinflusst die Lebensqualität der Bewohner und der Angehörigen und die Arbeitsqualität der

[351] Der Begriff „family involvement“ ist aus der amerikanischen Literatur übernommen. Er ist in Deutschland nicht eingeführt.

Mitarbeiter. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird demzufolge als ein professionelles Qualitätskriterium mit unterschiedlichen konzeptionellen Ausrichtungen diskutiert.[352] Wie Angehörige und die Mitarbeiter in einem Altenpflegeheim in Deutschland zusammenarbeiten und zusammenwirken, ist wenig beforscht. Noch weniger beforscht sind die handlungsleitenden Konzepte und die subjektive Sicht der Mitarbeiter über die Angehörigen.

In dem in dieser Arbeit vorgestellten rekonstruktiven Forschungsprozess zu der viel beschriebenen Triade Bewohner-Angehöriger-Mitarbeiter steht der Mitarbeiter mit seinen Kognitionen im Mittelpunkt. Seinem Denken, Argumentieren und Erklären gilt das Interesse dieser Untersuchung. Jeder Mitarbeiter bringt seine individuellen Motive, Überzeugungen und Erklärungen, seine subjektive Sicht im Sinne von Alltagstheorien in sein Arbeitshandeln ein. Seine Vorstellung über Angehörige können auf unterschiedlichen Ebenen und mit verschiedenen Forschungsansätzen untersucht werden. Werden Alltagstheorien über Angehörige als individuelles Wissen untersucht, eignet sich der Forschungsansatz der Subjektiven Theorien.

Die zentrale Forschungsfrage lautet: Welche Subjektiven Theorien haben die Mitarbeiter im Altenpflegeheim über Angehörige?

Stellt man die Forschungsfrage im Kontext einer Fallanalyse, so können verschiedene Analyseebenen in Betracht kommen. In dieser Untersuchung interessieren sowohl die individuellen als auch die kollektiven Alltagstheorien.

Das Erkenntnisinteresse der Untersuchung ist in ein Untersuchungsdesign übersetzt und in weiteren Forschungsfragen präzisiert, die im Folgenden aufgeführt sind.

Auf der individuellen Ebene lautet die Forschungsfrage: Welche Subjektiven Theorien haben die Mitarbeiter über Angehörige?

Die Forschungsfrage ist identisch mit der zentralen Forschungsfrage und zielt auf den Mitarbeiter als Individuum. Die Explikation und Generierung von individuellen Subjektiven Theorien bilden den Hauptteil der empirischen Untersuchung. Ausgehend von der Vorannahme, dass Mitarbeiter unterschiedliche Kognitionen zum Gegenstand bilden, sind diese Kognitionen,

[352] vgl. Schneekloth; Wahl 2007.

expliziert als alltagstheoretische Erklärungen über Angehörige, im Fokus. Aus der idiographischen Perspektive ist interessant:

- Aus welchen Themen und Konzepten bilden sich die Subjektiven Theorien?
- Wie unterscheiden sich die einzelnen Subjektiven Theorien?
- Gibt es Konzepte bzw. Subjektive Theorien, die einen unterschiedlichen Umgang und ein unterschiedliches Handeln mit den Angehörigen erklären können?

Auf der kollektiven Ebene lautet die Forschungsfrage: Welche sozialen Repräsentationen über Angehörige teilen die Arbeitsteams?
Mit dieser Fragestellung treten soziale Repräsentationen bzw. kollektive Muster einer Gruppe in den Blick. Soziale Repräsentationen zielen auf die soziale Verteilung von Wissen und Vorstellung einzelner Gruppen. In dieser Untersuchung besteht die Annahme, dass die Vorstellungen über Angehörige in verschiedenen Gruppen bzw. Teams unterschiedlich sein können. Mit dem Ansatz der sozialen Repräsentationen können die gruppenspezifischen Vorstellungen dargestellt werden. Von Interesse ist:

- Welche Themen und Konzepte zu den Angehörigen werden kollektiv geteilt?
- Wie unterscheiden sich die sozialen Repräsentationen in den Arbeitsteams?

Auf der Organisationsebene lautet die Forschungsfrage: Welche Aussagen über Angehörige enthalten die Dokumente der Organisation?
Die Organisation Altenpflegeheim nimmt auf den Alltag von Bewohnern, Mitarbeitern und Angehörigen Einfluss, indem sie Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten definiert. Altenpflegeheime verfügen über ein großes Repertoire von Dokumenten. Diese sind zum einen pflege- und betreuungsbezogen (Pflegeprozessplanung, Pflegedokumentation, Biografieberichte der Bewohner etc.), zum anderen werden Dokumente hergestellt, die die Organisation selbst betreffen. Die nicht bewohnerbezogenen Dokumente

werden thematisch analysiert und im Sinne von organisationalen Selbstbeschreibungen ausgewertet. Die Analysefrage lautet:

- Welche Aussagen über Angehörige werden in den Dokumenten gemacht?

Flick definiert in seinen Studien über die Subjektiven Gesundheitsvorstellungen verschiedene hierarchisch strukturierte Ebenen, Seiner Meinung nach beeinflusst die jeweils übergeordnete Ebene die jeweils untergeordnete. Übersetzt man diesen Zusammenhang auf die definierten drei Untersuchungsebenen, so kann folgendes Bild entstehen (die gesellschaftlichen Diskurse und kulturellen Modelle sind in dieser Grafik gleichzusetzen mit den Dokumenten der Organisation):

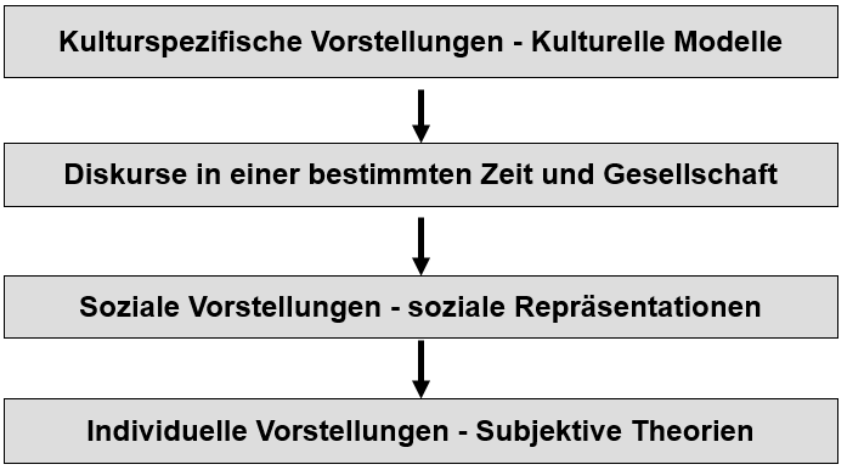


Abbildung 4: Vorstellungen über Angehörige.[353]

Möglicherweise gibt es in den Konzepten der individuellen Subjektiven Theorien Definitionen, Erklärungen und Vorhersagen für das jeweilige Handeln. In einer abschließenden Analyse werden, ausgehend von den Konzepten und deren vergleichender und kontrastierender Darstellung, die individuellen Fälle gruppiert und eine Typenbildung angestrebt. Dazu sollen aus der Analyse

[353] Vgl. Flick et al. 2004, S. 36.

bestimmte inhaltliche Dimensionen entwickelt werden, die es ermöglichen, ein fallübergreifendes Orientierungsmuster zur Differenzierung von Mitarbeitern herauszuarbeiten.

9. Untersuchungsstrategie

9.1 Zielsetzung und Architektur der Untersuchung

Der Hauptuntersuchungsgegenstand ist die Exploration der subjektiven Sinnstrukturen und damit die Generierung von Subjektiven Theorien. Die erste Forschungsphase des FST wird vollumfänglich angewendet. Auf die zweite Forschungsphase, die explanative Validierung, wird verzichtet, da die Handlungswirksamkeit der Subjektiven Theorien nicht der Fragestellung entspricht und die vielfachen methodologischen Schwierigkeiten einen Verzicht nahelegen. Barth führt dazu aus: „Alle Befunde, die die Handlungswirksamkeit von Subjektiven Theorien belegen, deuten auch darauf hin, dass sich das Handeln aus Subjektiven Theorien nicht vollständig erklären lässt. Die Beziehungen zwischen Handeln und Subjektiven Theorien sind also nicht „gradlinig“.“[354] Dazu gehört auch die Tatsache, dass das FST die möglicherweise auch handlungswirksamen Ebenen der kulturellen Faktoren, Emotionen, Belastungen und Betroffenheiten zum Thema nicht in den Blick nimmt.

Die Untersuchung wird mit dem Forschungsansatz einer Einzelfallstudie gestaltet. Ziel ist die theoriegeleitete Rekonstruktion von Subjektiven Theorien von Mitarbeitern über Angehörige in der realen Alltagswelt eines Altenpflegeheimes. Die soziale Wirklichkeit kann sich abbilden, da die Untersuchung realitätsorientiert ist.[355]

[354] Barth 2002, S. 65.

[355] Realitätsorientiert meint, dass die Untersuchung an einem konkreten praktisch relevanten Problem bzw. Phänomen ansetzt und dieses mit Hilfe von theoriegeleitetem Empirismus beschreiben möchte. Zudem findet die Untersuchung in einem natürlichen Setting statt.

9.2 Design der Fallstudie

Mit einer Fallstudie wird das Ziel verfolgt, den Fall – hier ein Altenpflegeheim – mit seinem Gegenstand – hier den Alltagstheorien der Mitarbeiter über Angehörige – in seiner tiefen Beschreibung zu erfassen und auszuleuchten. Das Design einer Einzelfallforschung stellt eine in sich geschlossene Betrachtungsweise dar und weist insbesondere die Notwendigkeit auf, mit einer entsprechenden Samplingstrategie und durch Methodentriangulation möglichst viele Aspekte dieser dann ausgewählten sozialen Welt zu erfassen. Flick verweist in seinen Ausführungen zur Triangulation darauf, dass sich in Fallstudien diese Fragen verstärkt stellen: „Einerseits lässt sich die Triangulation in eines der Basisdesigns qualitativer Forschung einbetten: So kann man eine Einzelfallstudie unter Einbeziehung unterschiedlicher Datensorten, durch die Verwendung unterschiedlicher Methoden oder auch unter Rückgriff auf unterschiedliche theoretische Ansätze durchführen.“[356] Lamnek hat in Anlehnung an Witzel dafür den Begriff des „Approach“[357] gebildet: Der Approach oder auch der Forschungsansatz der Einzelfallstudie verfolgt nicht zwingend die Generalisierbarkeit der Ergebnisse, sondern setzt auf das Herausarbeiten von typischen Erklärungs- und Handlungsmustern.[358] Ziel ist, die Komplexität des Gegenstandes möglichst umfassend abzubilden.

Im Hinblick auf die Entscheidung für die geeigneten Erhebungs- und Auswertungsmethoden ist auch die zu erwartende Reichweite der Methoden zu diskutieren**.** Damit rückt der mögliche Erkenntnisgewinn in Bezug zu den definierten Forschungsfragen in den Fokus. Da jede Methode auch die Möglichkeit der verfälschten Wahrnehmung birgt, geht es in der Entwicklung der Methodologie auch darum die Zuverlässigkeit von Methoden weiterzuentwickeln. Dabei sind insbesondere die Forschungsansätze interessant, die zu einer mehrdimensionalen Gegenstandsbetrachtung führen.

Die Organisation Altenpflegeheim ist in dieser Untersuchung der Einzelfall. Dabei nimmt die Fallanalyse drei unterschiedliche Ebenen in den Blick: das

---

[356] Flick 2004, S. 88.
[357] Lamnek 2005, S. 298.
[358] Vgl. Bortz; Döring 2006, S. 323. Nach Bortz und Döring hängt die Repräsentativität des Einzelfalls von der Art des Einzelfalls und von der Homogenität der Population und dem zu betrachtenden Merkmal ab. Gleichzeitig wird auch erwähnt, dass auch Ausnahmefälle für die Theorieentwicklung fruchtbar sein können.

Individuum, die Gruppe und die Organisation. Auf der individuellen Ebene des psychischen Systems ist die Untersuchung zu den Subjektiven Theorien eine Fallstudie, die Einzelpersonen als Fälle untersucht. Das Untersuchungsdesign sieht jedoch auch vor, das soziale Aggregat von Wohngruppenteams und der Gruppe der Leitungspersonen zu untersuchen und analysiert auf einer dritten Ebene die organisationalen Selbstbeschreibungen in den relevanten Dokumenten der Organisation.

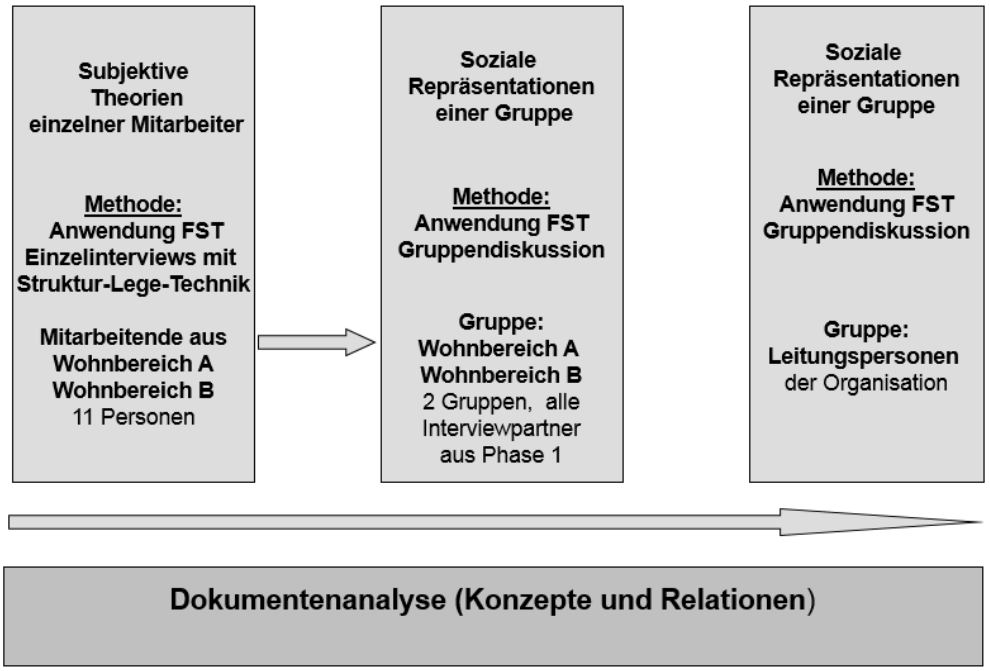


Abbildung 5: Untersuchungsdesign der Fallanalyse.

9.3 Auswahl der Untersuchungseinheit und Feldzugang

Der Auswahl der Untersuchungseinheit liegen folgende Überlegungen zugrunde: Bei dem Altenpflegeheim soll es sich um eine durchschnittliche und somit in den Strukturmerkmalen repräsentative Einrichtung in Deutschland handeln. Um die Merkmale eines „durchschnittliches Altenpflegeheims“ zu definieren, wurden die Ergebnisse zu den institutionellen Merkmalen aus der

MuG IV Studie herangezogen[359]. Diese repräsentativen Strukturmerkmale bilden sich ab in einer solitären Einrichtung mit einem Versorgungsangebot für vollstationäre Dauerpflege inklusive einem Kurzzeitpflegeangebot, geführt in einer frei-gemeinnützigen Trägerstruktur (55 % aller Träger), in einer zentralen bis zentrumsnahen Lage (65 % aller Einrichtungen) und der Größe von 50–100 Bewohnern (39 % der Einrichtungen) mit überwiegendem Einzelzimmer-angebot. Das Altenpflegeheim ist konzeptionell organisiert im Stationsmodell (Zweite Generation Altenheimbau mit ca. 57 %). Die Betreuung von Menschen mit Demenz findet in einem Bezugspflegesystem (57 %) meist in Form einer integrativen Wohnform statt (53 %).

Nach einem Akquisegespräch mit der Hausleitung ermöglicht die dafür angefragte Einrichtung den Feldzugang für die Untersuchung. Für die Zustimmung zur Untersuchung von Seiten des Einrichtungsträgers wurde das Studienvorhaben und der geplante zeitliche Verlauf sowie die Beanspruchung der Mitarbeiter vorgestellt.

9.4 Auswahl und Beschreibung der Stichprobe

Samplingstrategien in der qualitativen Forschung zielen auf die Datenqualität und somit auf aussagefähige Interviewpartner, die als gute Informations-lieferanten eingeschätzt werden. Da es hier nicht um eine Vollerhebung im Sinne eines quantitativen Paradigmas geht, ist es wichtig, dass die Interviewpartner über das notwendige Wissen über den Forschungs-gegenstand und die notwendige Erfahrung verfügen. Von der Annahme geleitet, dass die Einstellungen zu Angehörigen in Zusammenhang stehen können mit verschiedenen individuellen Merkmalen von Personen und ihrem theorie- und erfahrungsbasierten Alltagswissen, wird für die Stichprobe berücksichtigt, dass sich viele unterschiedliche personenbezogene Merkmale aus einem Wohnbereich in einer Arbeitsgruppe abbilden. Innerhalb einer so aufgestellten Fallanalyse ist es wichtig, dass „… die Stichprobe die Struktur der Grundgesamtheit hinsichtlich bestimmter, als wesentlich angesehener

[359] Schneekloth; Wahl 2007. Dort wurden im Rahmen der heimbezogenen Befragung Daten zu relevanten institutionellen Merkmalen wie Art, Größe und Trägerschaft der Einrichtung, Versorgungskonzept und Ablauforganisation, Leistungsangebote, personelle Situation (Personal, Einbeziehung von Angehörigen und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer) und Pflegesätze erhoben.

Merkmale möglichst getreu widerspiegelt; nur dann kann die Stichprobe als repräsentativ gelten."[360]

Als Realgruppe in einem Altenpflegeheim kann ein Team eines Wohnbereiches bezeichnet werden.[361] Um mit den einzelnen Interviews bzw. Erkenntnisobjekten Vielfalt abbilden zu können und sie ggf. zu kontrastieren, soll das Sample möglichst verschiedene Merkmale von Personen abbilden; Männer und Frauen unterschiedlichen Alters, Fachkräfte und Helfer aus unterschiedlichen Berufs- und Qualifikationsprofilen und einer unterschiedlich langen Berufspraxis. Kontakte, Beziehungen und Handlungen mit den Angehörigen in der stationären Altenhilfe sind per se nicht nur dem Fachpersonal oder Pflegefachkräften vorbehalten. Daher soll sich auch ein Qualifikations- und Berufe- bzw. Tätigkeitsmix in der Samplingstrategie abbilden. Es ist nicht das Ziel, ausschließlich die beruflich tätigen Pflegepersonen zu befragen, da auch dies nicht die soziale Wirklichkeit abbildet. Orientiert an den Merkmalen der Realgruppe „Arbeitsteam Wohnbereich" werden die Personen ausgesucht und auf freiwilliger Basis in die Stichprobe aufgenommen. Diese Vorgehensweise soll eine ausschließlich deterministische Sampleauswahl verhindern. Die Vorabanfrage zur Mitwirkung hat die Hausleitung übernommen.

Jede Samplingstruktur hat für das Forschungsvorhaben Folgen und muss im Hinblick auf die Fragestellung den Begründungen standhalten. Die Samplingstrategie und somit Fallkonstituierung hat in dieser Studie eine mehrfache Bedeutung. Es handelt sich um eine Fallanalyse, da die Organisationseinheit eines Altenpflegeheimes als Fall definiert wird. In einer weiteren Bedeutung ist der einzelne Interviewpartner das Subjekt und als Fall Repräsentant seiner selbst und das Ergebnis seiner spezifischen individuellen Sozialisation.[362] Dieser Fall ist auch ein Repräsentant eines spezifischen sozialen Kontextes wie z. B. der eines Arbeitsteams in einer Wohngruppe.

Die Versorgungsstrukturen in einem Altenpflegeheim reflektierend, wird innerhalb der Stichprobe noch eine weitere Kontrastierung vorgenommen: Die

[360] Lamnek 2005, S. 182.
[361] Vgl Lamnek 2005, S. 320. Im Sinne der methodischen Annäherung an die Natürlichkeit der sozialen Realität.
[362] Vgl. Flick 2006, S. 112.

Untersuchungspersonen kommen aus mindestens zwei verschiedenen Wohnbereichen. Diese Wohnbereiche unterscheiden sich konzeptionell in der segregativen und nicht-segregativen Versorgung von Menschen mit Demenz und ermöglichen gegebenenfalls für die Auswertung einen Vergleich. In der Tabelle ist die Untersuchungspopulation gelistet.
Zur Stichprobe für die Einzelinterviews zählen 9 Frauen und zwei Männer. Die jüngste Teilnehmerin ist 23 Jahre alt, die älteste 64. Das Durchschnittsalter beträgt 46,9 Jahre. 10 von 11 Personen haben eine Berufsausbildung. 5 von 11 Personen sind Fachkräfte gemäß der 50-prozentigen Fachkraftquote nach dem Wohn-Teilhabe und Pflegegesetz in Baden-Württemberg. 2 Personen haben vor der Pflegeausbildung einen anderen Beruf erlernt. 4 Personen sind als Hilfskräfte und nicht entsprechend ihrer beruflichen Qualifikation eingesetzt. 6 Personen haben einen Migrationshintergrund.

Name	**Alter**	**Ausbildung**	**beschäftig als**	**Nationalität**
Frau Anstatt	53	Kaufmännische Angestellte	Betreuungshelferin	Deutschland
Frau Wahl	49	Laborantin	Pflegehelferin	Polen
Frau Sprech	23	Altenpflegerin	3. Ausbildungsjahr	Deutschland
Frau Heimat	26	Familienpflegerin	Familienpflegerin	Kasachstan
Frau Harmonie	54	Herrenschneiderin	Wohnküchenhilfe	Rumänien
Herr Findus	51	Altenpfleger	Altenpfleger	Deutschland
Frau Gut	64	Keine	Wohnküchenhilfe	Portugal
Herr Privat	53	Schreiner Altenpfleger	Altenpfleger	Rumänien
Frau Grenz	29	Familienpflegerin	Familienpflegerin	Deutschland
Frau Blutdruck	63	Büroangestellte	Pflegehelferin	Ungarn
Frau Last	51	Herrenschneiderin Altenpflegerin	Altenpflegerin	Deutschland

Abbildung 6: Darstellung Sample Einzelinterviews.

Die Teilnehmer für die Gruppendiskussionen werden aus der Stichprobe der Einzelinterviews gebildet. Erneut wird dafür auch die schriftliche Einver-

ständniserklärung eingeholt. Getrennt nach den Mitarbeitern aus dem segregativen und nicht-segregativen Wohnbereich werden zwei Gruppen mit je fünf Personen gebildet (eine Mitarbeiterin war abwesend).

Für die Gruppe der Leitungspersonen der Organisation werden gemäß der Auswahl und Absprache mit der Hausleitung sie selbst, die Leiterin des Sozialen Dienstes und die Wohnbereichsleitungen der beiden Wohnbereiche an der Gruppendiskussion teilnehmen. Alle Standards zur informierten Zustimmung werden auch hier eingehalten.

Bei den drei Gruppendiskussionen wird die Untersucherin von einem Studienassistenten begleitet, um die Komplexität der Gruppendiskussionen durch einen weiteren Beobachter besser zu erfassen.

Name	**Alter**	**Ausbildung**	**beschäftig als**	**Nationalität**
Hausleitung	43	Gesundheits- und Krankenpflegerin, Qualitätsmanagerin, Diplom-Pädagogin, M.A (Management)	Haus- und Pflegedienstleitung	Deutschland
Leitung Sozialdienst	48	Altenpflegerin, Dipl. Sozialpädagogin	Sozialdienst	Deutschland
Leitung Wohnbereich	52	Altenpflegerin, Krankenschwester	Wohngruppenleitung	Kasachstan
Leitung Wohnbereich	55	Altenpflegerin	Wohngruppenleitung	Polen

Abbildung 7: Darstellung Sample Gruppendiskussion Leitungen.

9.5 Einzelinterviews und ihre Forschungsinstrumente

9.5.1 Exkurs: Das Interview als Kristallisationspunkt der qualitativen Forschung

Bis zu den 1970er Jahren erfolgte Sozialforschung vorwiegend anhand standardisierter quantitativer Forschungsmethoden. In den darauf folgenden Jahrzehnten begann sich nach und nach eine neue grundlagentheoretische Position zu etablieren, die als interpretatives Paradigma der qualitativen

Sozialforschung bezeichnet werden kann.[363] Mit dem neuen Ansatz, Konstruktionsweisen der Wirklichkeit aus der Perspektive der Handelnden zu erschließen, begann eine intensive Entwicklung neuer Methoden. Inzwischen steht eine Vielzahl von neuen Verfahren zur Verfügung, die sich sowohl auf die Datengewinnung als auch auf die Datenauswertung und Interpretation beziehen. Jede Erhebungsmethode hat Vor- und Nachteile, und ihre Anwendung erfordert eine gezielte Definition des jeweiligen Fragegegenstands und Feldzugangs. Qualitative Interviews als Datenerhebungsmethode werden angewendet, um subjektive Bedeutungen und komplexe Zusammenhänge zu erfassen und zu rekonstruieren. Mit den Interviews ist der Grundgedanke der qualitativen Forschung verwirklicht, durch die Betroffenen selbst ihre subjektive Deutung zur Sprache kommen zu lassen.[364]

Die Datensammlung mittels Befragung kann an unterschiedlichen Stellen in einem Forschungsdesign platziert sein und verfolgt somit auch unterschiedliche Zielsetzungen. So kann z.B. ein Experteninterview der Gewinnung von verschiedenen Items dienen, die dann wiederum die Hypothesenbildung stützen sollen. Eine Befragung kann aber auch im Rahmen eines qualitativ angelegten Forschungsdesigns die Hauptdatenerhebung sein, die anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet wird. Die Fragestellung und das Erkenntnisinteresse für die Praxis sowie die Eigenart des zu Untersuchenden definieren die Methode, und die Form folgt der Funktion.[365] In den qualitativen Forschungsdesigns und den dazugehörenden Datenerhebungsmethoden darf es kein Primat der Methoden geben, sondern die Anwendung der Interviewformen muss der induktiv geleiteten Forschung entsprechen und die Methodenauswahl bzw. Formauswahl sich aus induktiven Kriterien erschließen. Idealerweise liegen Interviews nah an der Alltagssprache. Damit wird das Interview anschlussfähig an die Alltagswelt der Befragten. Friedrichs weist auf die Vorteile des Interviews als Methode hin. Das Interview ist seiner Meinung nach die Basis für Auskünfte über Einstellungen, Meinungen und Teile des Verhaltens der Mitglieder einer Gesellschaft und stellt die wichtigste Möglichkeit dar, die Wahrnehmung und Interpretation von Einzelpersonen zu ermitteln. Er

[363] Vgl. Witzel 1982, S. 7.
[364] Vgl. Mayer 2002, S. 126.
[365] Vgl. Kardoff; Steinke 2005, S. 25; Lamnek 2005, S. 11.

beschreibt das Interview mit seinen Vorteilen, verweist jedoch auch auf den Nachteil, dass in der Interviewsituation die Fragekategorien des Befragers dominieren können.[366] Hierzu führen Groeben et al. sprechakttheoretische Ziele als Kommunikationsanforderungen auf, die der Sicherung der Rekonstruktionsvalidität dienen.[367] Diese werden nachfolgend bei der Diskussion um die Gütekriterien dargestellt.
Die Subjektorientierung drückt sich auch bezüglich der Steuerung des Gesprächsverlaufs aus. „Die Besonderheit qualitativer Befragungstechniken liegt darin, dass der Gesprächsverlauf weniger vom Interviewer und dafür stärker vom Interviewten gesteuert und gestaltet wird. In einem offenen Interview erfolgt so gut wie keine Strukturierung durch den Interviewer.“ [368]

Im Kapitel fünf wurde bereits der Aufbau der Rekonstruktionsinterviews mittels halbstandardisierter Fragebogen erwähnt. Diese sind idealerweise in ein Verfahren zur Rekonstruktionsadäquanz Subjektiver Theorien durch eine Struktur-Lege-Technik eingebunden. Zur Erfassung Subjektiver Theorien eignen sich auch die klassischen Informationsquellen wie Dokumentenanalyse, Befragungen und Beobachtung. Zur Entwicklung eines geeigneten Interviewverfahrens wird mit der methodischen Perspektive des FST und in Verbindung mit der Untersuchungsfrage das halbstrukturierte Leitfadeninterview ausgewählt. Dieses ist im FST als Datenerhebungsmethode festgelegt und die kommunikative Validierung als methodisches Herzstück des dialogischen Verstehens zwingend verankert.[369] [370] Die Methodenentscheidung ist im Anschluss grafisch dargestellt.

---

[366] Vgl. Friedrichs 1990, S. 208.
[367] Vgl. Groeben; Wahl; Schlee; Scheele 1988, S. 138.
[368] Bortz; Döring 2006, S. 308.
[369] Vgl. Groeben; Wahl; Schlee; Scheele 1988, S. 137.
[370] Die Methodenentwicklung im FST kann in einer Parallelität zu Witzels Entwicklung des problemzentrierten Interviews und einiger seiner Grundpositionen gesehen werden. Witzel zielte mit der Entwicklung dieser Interviewform darauf ab, im Interview nicht einseitig z. B. Persönlichkeitsmerkmale zu fokussieren, sondern Handlungsstrukturen und Verarbeitungsmuster von Menschen insgesamt zu erfassen. (Witzel 1982, S. 67) Das problemzentrierte Interview wurde von Witzel Anfang der 1980er Jahre mit der Absicht entwickelt, eine „... unvoreingenommene Analyse der Rekonstruktionen und Antizipationen von Handlungs- und Erfahrungszusammenhängen ...“ (Witzel 1982, S. 67) zu ermöglichen. Der Forscher soll möglichst unvoreingenommen individuelle Handlungen sowie subjektive Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität erfassen können. Mit der Denkfolie des interpretativen Paradigmas wird davon ausgegangen, dass Handelnde nicht unmittelbar auf Reize reagieren, sondern durch selektive und interpretative Wahrnehmung in ihrer Reaktion

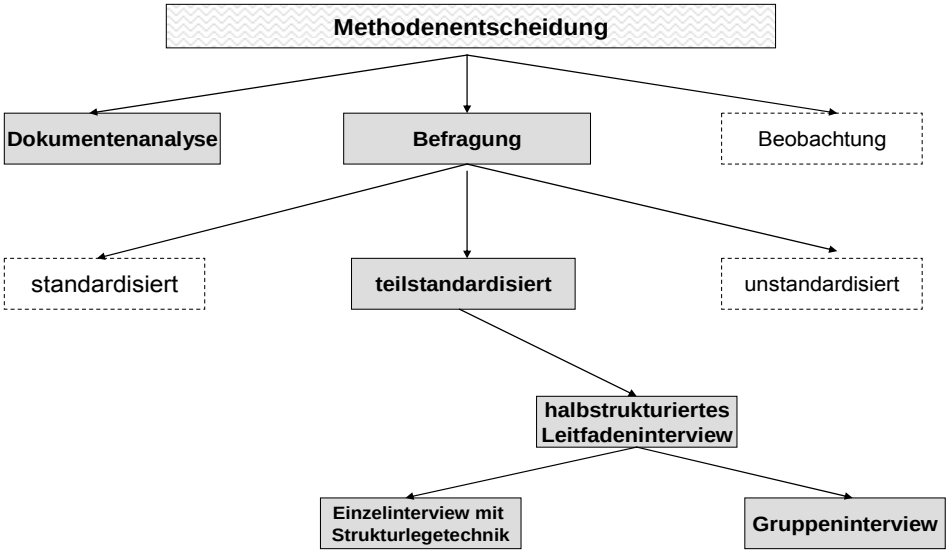


Abbildung 8: Entscheidungsbaum zu den qualitativen Methoden.

9.5.2. Das halbstrukturierten Leitfadeninterview

Mit dem halbstrukturierten Leitfadeninterview liegt eine Befragungstechnik innerhalb des FST vor, die in besonderer Weise zur „Bergung" der Subjektiven Theorien geeignet ist.[371] Das halbstrukturierte Leitfadeninterview wird mit weiteren Techniken zur Datenerfassung gerahmt. Dies sind ein Kurzfragebogen mit Strukturdaten, die die Interviewpartner ausfüllen und ein Postskriptum, welches die Interviewerin ausfüllt.

Entwicklung des Interviewleitfadens

Der Interviewleitfaden stellt ein wichtiges Forschungsinstrument dar und soll sorgsam ausgearbeitet werden. Ein vorbereiteter Leitfaden beinhaltet alle

beeinflusst werden. Ausgehend von dieser Grundannahme „... fordern Vertreter des interpretativen Paradigmas eine der Natur des sozialwissenschaftlichen Gegenstandes entsprechende Methodologie, welche die Welt der Handelnden nicht dinghaft begreift, sondern sich auf die Sichtweise der Individuen einläßt, um den individuellen Konstruktionsprozeß der gesellschaftlichen Wirklichkeit zu erfassen." (Witzel 1982, S. 13). Vgl. Witzel 1982.

[371] Siehe dazu die Ausführungen unter Kapitel 5.5.1 zur Rekonstruktionsadäquanz Subjektiver Theorien

Themen, die im Interview angesprochen werden sollen. Die Themen sind forscherinitiiert und durch den Forschungsgegenstand bestimmt und sollen, wenn nötig, die Themen absichern, sofern diese nicht im Gesprächsverlauf benannt werden.

Zur Gestaltung des Leitfadens wird in der Literatur eher wenig beschrieben. Auch die Autoren des FST geben kaum Hinweise dazu. Die Entwicklung des Interviewleitfadens durch den Forscher geschieht im Rahmen einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Problembereich. Die Fragen bzw. Themenkomplexe sind von der Forschungsfrage bestimmt und diese Zielvorstellungen geben Orientierung für die Konstruktion des Leitfadens. Die vorab definierten Fragen verstehen sich dabei als Formulierungsvorschläge, auf die in der Gesprächssituation zurückgegriffen werden kann.

Damit es zur Explikation des Gegenstandes kommen kann, ist es nötig, dass das Gespräch in Themenbereiche mit mehreren Fragen und Unterfragen aufgeteilt wird. Der Gesprächscharakter bleibt dann erhalten, wenn je nach Situation und Dynamik im Interview auch von dem Interviewleitfaden abgewichen werden kann. Die dem FST zugrunde liegende Interviewstruktur mit den unterschiedlichen Fragetypen macht es nötig, sich vorab mit den Themen, die den Gegenstandsbereich skizzieren, zu beschäftigen. Nur dann ist es möglich, hypothesengeleitete sogenannte Konfrontationsfragen zu stellen.

Innerhalb der Themenbereiche sind drei unterschiedliche Fragekategorien zugrunde gelegt. Die offenen Fragen führen zu den jeweiligen Themenbereichen, haben erzählgenerierenden Charakter und zielen auf explizites Wissen. Die theoriegeleiteten, hypothesengerichteten Fragen zielen auf das nicht unmittelbar verfügbare implizite Wissen und möchten dieses explorieren. Die in den Fragen formulierten Annahmen sind Angebote an den Interviewpartner, die er aufgreifen oder ablehnen kann, je nachdem, ob sie seiner Subjektiven Theorie entsprechen. Die Konfrontationsfragen oder Störfragen sollen zu den bislang im Interview entwickelten Theorien oder Zusammenhängen durch konkurrierende Alternativen und kritisches Hinterfragen eine echte theoretische Konkurrenz zu den gemachten Aussagen sein. Diese Fragen können nicht vorbereitet werden. Sie benötigen die situative

Kompetenz und höchste Aufmerksamkeit des Interviewers, da ihre Inhalte je nach dem Aussagegehalt des Interviewpartners definiert werden.

Da die Subjektiven Theorien im Gespräch entwickelt werden, zielen die verschiedenen Fragetypen methodisch darauf, auch die jeweiligen Annahmen zu klären. Sie sollen dem Interviewpartner helfen, sich zu erklären und zu positionieren. Durch die Leitfadenkonstruktion in Themenbereiche ist gesichert, dass bestimmte Themen auf jeden Fall angesprochen werden. Die Strukturierung der Bedeutung und die Konzeptgenerierung bleiben dem Interviewpartner überlassen. Diese „Standardisierung" durch den Leitfaden ermöglicht in einem weiteren Auswertungsschritt komparative Analysen mehrerer Interviews. Dennoch ist eine flexible Interviewdurchführung und eine offene Gesprächshaltung wichtig. Dies hat dann auch zur Folge, dass sich die Interviews unterschiedlich entwickeln und die Anzahl der Aussagen und Konzepte sich unterschiedlich differenziert und häufig abbilden.

Für den Interviewleitfaden wurden, gestützt durch die empirischen Befunde zum Stand der Angehörigenarbeit, insgesamt acht relevante Themenkomplexe identifiziert.[372] Mit den Themenbereichen Bedeutung der Angehörigen, Wissen über Angehörige im Altenpflegeheim, Konflikte mit Angehörigen, Rolle und Funktion der Angehörigen, Fragen der Zusammenarbeit und Mitwirkung, Erwartungen der Mitarbeiter an Angehörige, Unterstützungsprozesse für Angehörige durch das Pflegeheim und Angehörigenarbeit ist ein umfangreicher Leitfaden entstanden. Der Interviewleitfaden mit Beispielfragen und Stimuli findet sich im Anhang.

Die Themenbereiche sind in der vorgesehenen Struktur als offene, ungerichtete Fragen, auf Hypothesen gerichtete Fragen und Konfrontationsfragen ausgearbeitet. Diese sind vorab definiert und stellen für den Interviewer eine Orientierung dar. Sie müssen nicht zwingend abgearbeitet werden. Durch Nachfragen können die persönlichen Erfahrungen und die dazu gehörenden subjektiven Konzepte erzählt werden. Flick nennt beispielhaft Fragen in der Art von „Was beinhaltet für Sie …", „Woran machen Sie das fest ...", „Was war Ihre

[372] In Anlehnung an die SPSS-Methode von Helfferich wurden im Sinne eines Brainstormings zunächst viele Fragen gesammelt (S), dann auf ihre Eignung hin überprüft (P). Danach erfolgt eine inhaltliche Sortierung (S) und anschließend werden die Fragen in Themenbereiche geordnet/subsumiert (S). Vgl. Kruse 2009, S. 72.

erste Erfahrung mit ...“, „Können Sie mir eine Situation erzählen, an der dies deutlich wird ...“[373] Der Interviewpartner wird aufgefordert, sich zu Aspekten zu äußern und seine subjektive Sicht zu schildern. Ziel ist es auch, möglicherweise bestehende Diskrepanzen und Widersprüche sichtbar werden zu lassen.[374]
In der Durchführung der Interviews ist es wichtig, bestimmte Aufrechterhaltungsfragen als Technik einzubauen wie z. B: „Was bringen Sie gedanklich damit noch in Verbindung?“ oder „Fällt Ihnen noch etwas dazu ein?“ Ein wichtiges Qualitätsmerkmal ist es, auf die Selbstläufigkeit im Gespräch achten. Eine Abfolge von Themenbereichen wird der Selbstläufigkeit untergeordnet. Auch sind so genannte „Abtönungspartikel“ wie z. B. eigentlich, eventuell, mal so, ein wichtiger Formulierungsaspekt. Damit verlieren manche Fragen an Direktheit und erhöhen die Erzählaufforderung.[375]
Eingebettet werden die acht Themenbereiche in eine Einstiegsfrage als Stimulus und Erzählaufforderung. Die Bedeutung des Forschungsgegenstandes im Alltagsleben des Befragten soll hier gleich die entsprechende Orientierung geben. Der Interviewpartner wird gebeten, einen typischen Tagesablauf zu erzählen und dabei die jeweilige Relevanz des Forschungsgegenstandes zu erklären. Ziel soll sein, die Bedeutung für die Alltagsgeschehnisse beim Interviewpartner herauszufinden. Aus dieser Vielzahl von Situationen kann der Interviewer bestimmte Punkte aufgreifen und vertiefend nachfragen. Der Interviewleitfaden beinhaltet Frageimpulse auf hohem Abstraktionsniveau und Fragen zu untergeordneten Einzelthemen. Als Evaluation und Abschluss wird im letzten Teil des Interviews die Frage gestellt, ob der Interviewpartner inhaltlich etwas vermisst bzw. gern noch etwas ergänzen würde, was nicht explizit in dem Interview abgefragt wurde. Dies entspricht einer gesprächsabschließenden Form, wie sie bei vielen Methoden zu finden ist.
„Interviewsituationen sind aufgrund der unvermeidbaren Interaktion zwischen den Dialogpartnern kontingent.“[376] Die Tonträgeraufzeichnung und anschließende vollständige Transkription ermöglicht die authentische und

[373] Vgl. Flick 2006, S. 163.
[374] Der Alltagstheoretiker verfügt über Subjektive Theorien, die in sich nicht widerspruchsfrei sein müssen.
[375] Vgl. Kruse 2009, S. 68.
[376] Kruse 2009, S. 72.

präzise Erfassung des Kommunikationsprozesses. Der Interviewer kann sich ganz auf das Gespräch sowie auf Beobachtungen situativer Bedingungen und nonverbaler Äußerungen konzentrieren. Der sorgsam erarbeitete Leitfaden ist jedoch nur eine der strukturellen Voraussetzungen für die Güte der Interviews: Die Kompetenz des Interviewers und seine offene Haltung im Gespräch sind weitere zentrale Merkmale.[377]

9.5.3 Kurzfragebogen zur Erfassung von Strukturdaten

Anhand des Kurzfragebogens werden die Strukturdaten der Interviewpartner erhoben (z.B. Alter, Ausbildung, berufliche Tätigkeiten, kultureller Hintergrund, Dauer der Beschäftigung in der Einrichtung). Sie dienen als Hintergrundinformationen für die Interpretation weiterer Daten. Der Kurzfragebogen mit den Strukturdaten für die Beschreibung der Stichprobe wird am Ende des Interviewkontaktes eingesetzt. Abschließend wird die Einverständniserklärung zur Datenverwendung übereicht und vom Interviewpartner unterschrieben.

9.5.4 Postskriptum

Unmittelbar nach jedem Gespräch, in Abwesenheit der Interviewpartner, werden sogenannte Postskripte erstellt, die zum einen die Strukturdaten zu den Interviews erfassen (wann, wo, wie lange etc.). Zum anderen werden Anmerkungen zu situativen und nonverbalen Aspekten sowie spontane Gedanken und Interpretationsideen notiert. Besonderheiten der Interviews, mögliche Störungen und Auffälligkeiten werden dokumentiert. Alles, was nach Abschalten des Aufnahmegerätes eventuell noch ergänzend zum Forschungsgegenstand geäußert wurde, soll festgehalten werden. Diese Kontextprotokolle liefern Informationen, die in die Feinanalyse und Interpretation mit einfließen. Erste Eindrücke, Gefühle, Irritationen sollen als Reflexionen des Forschers festgehalten werden. Sie können den Prozess der Datenentstehung näher beschreiben und Interpretationen können dadurch angereichert werden.[378]

---

[377] Zur Vorbereitung auf die Interviewaufgabe hat die Autorin ein zweitägiges Methodenseminar mit Workshops zu qualitativen Forschungsmethoden besucht.
[378] Vgl. Flick 2006, S. 243.

9.5.5 Interviewstruktur

Die folgende Abbildung stellt den gesamten Ablauf und die Bedeutung der jeweiligen Schritte im Interview als Übersicht dar.

	ABLAUF	**BEDEUTUNG**
ohne Tonband	Begrüßung Metakommunikatives Vorgespräch	Intervieweinstieg: Erstkontakt, in Beziehung treten mit dem Interviewpartner, Unsicherheiten begegnen, als Interviewpartner wertschätzen, Gesprächsablauf und Tonbandaufnahme erklären.
offene Frage	Beginn mit einer allgemeinen und offenen Frage	Leitfrage / Stimuli / Erzählaufforderung Annäherung an explizites Wissen durch eine alltagsnahe Schilderung, um den Gesprächsbeginn zu erleichtern.
Fragetyp 1 und 2 offene und theoriegeleitete, hypothesengerichtete Fragen	Thema 1: - offene Fragen - Theorie-Fragen bis Thema 8: - offene Fragen - Theorie-Fragen	Die offenen Fragen zielen auf das unmittelbar verfügbare Wissen. Die theoriegeleiteten, hypothesengerichteten Fragen zielen auf das Explorieren des nicht unmittelbar verfügbaren, impliziten Wissens. Die formulierten Annahmen sind Angebote an den Interviewpartner, die er aufgreifen oder ablehnen kann, je nachdem, ob sie seiner Subjektiven Theorie entsprechen.
Fragetyp 3 Konfrontationsfragen	Konfrontationsfragen zu den jeweiligen Themen.	Die Konfrontationsfragen sind eine theoretische Konkurrenz zu den bislang im Interview entwickelten Konzepten oder Zusammenhängen. Diese Fragen können nicht vorbereitet werden, sondern entstehen in der Situation.
offene Frage	Die abschließende Frage: Gibt es noch etwas, das Sie mir gerne erzählen möchten? Haben Sie das Gefühl, ich habe es versäumt, nach etwas Bestimmtem zu fragen?	Diese letzte Frage gibt dem Interviewpartner die Chance, Inhalte anzusprechen, die bislang nicht erfragt wurden und ausschließlich aus seinem Erfahrungsraum und Relevanzsystem kommen.

ohne Tonband	Metakommunikatives Gespräch Kurzfragebogen ausfüllen, Einverständniserklärung zur Verwendung der Daten. Abschluss und Dank.	Wie ist es dem Interviewpartner ergangen? Strukturdaten der Interviewpartner, Hinweis auf Strukturlegeplan und nächster Kontakt.

Abbildung 9: Interviewstruktur.

9.6 Gruppendiskussionen und ihre Forschungsinstrumente

Jeder Einzelne kann auch als ein Repräsentant des institutionellen Kontextes, in dem er agiert, konzeptualisiert werden. Flick stellt in der Untersuchung über Vertrauen in Beratung und technischem Wandel fest: „So sind Sichtweisen, die sich in subjektiven Theorien über Vertrauen in Beratung niederschlagen, davon beeinflusst, dass der jeweilige Fall (etwa als Arzt oder Sozialarbeiter) seine Handlungs- und Erfahrungsweisen an den Zielen der Institution Sozial-psychiatrischer Dienst orientiert oder in – möglicherweise auch kritischer – Auseinandersetzung damit im Handeln mit Klienten und in Ausführungen im Interview umsetzt.“[379] Somit bildet sich die Umwelt mit den jeweiligen Bedingungen in dem Individuum ab, da es um ein Zusammenspiel von Individuum und Umwelt geht. Dies führt zu den Gruppendiskussionen als einer weiteren Methode der rekonstruktiven Sozialforschung.

Das Gruppendiskussionsverfahren lässt sich auf Kurt Lewin, Robert K. Merton und Patricia L. Kendall zurückführen und ist in den USA und Großbritannien in den 1940er Jahren entwickelt worden. Es hat sich als „focus groups“ vor allem in der Medienforschung etabliert.[380] [381]

Gruppendiskussionen stellen ein eigenständiges Verfahren der rekonstruktiven Sozialforschung dar. Sie sind den qualitativen Erhebungsmethoden zuzuordnen und können als Sonderform der mündlichen Befragung als spezifische Form eines Gruppeninterviews / einer Gruppendiskussion

[379] Flick 2006, S. 113.
[380] Vgl. Kruse 2009, S. 246; Lamnek 2005a, S. 18.
[381] Das Gruppendiskussionsverfahren erfuhr in den letzten Jahrzehnten eine erneute theoretische und methodologische Fundierung durch die Wissenssoziologie nach Karl Mannheim und Harold Garfinkel und wurde intensiv durch Ralf Bohnsack in rekonstruktiven Forschungsvorhaben angewendet.

bezeichnet werden, bei der mehrere Teilnehmer unter Laborbedingungen zu einem Thema befragt werden bzw. miteinander diskutieren sollen. Hierzu existieren derzeit vor allem methodische Reflexionen. [382] [383]

Flick ordnet die Gruppendiskussion neben den Gruppeninterviews, den Fokus-Groups und dem Gemeinsamen Erzählen den Gruppenverfahren zu.[384] Gruppeninterviews wollen Ideen erforschen und stimulieren, die auf einer gemeinsamen Wahrnehmung der Wirklichkeit beruhen: „Erkunden von Meinungen und Einstellungen der einzelnen Teilnehmerinnen der Gruppe; Ermitteln von Meinungen und Einstellungen der ganzen Gruppe; Feststellen der ‚öffentlichen' Meinung: Erforschen von gruppenspezifischen Verhaltens-weisen; Erforschen von Gruppenprozessen, die zur Bildung einer bestimmten individuellen oder Gruppenmeinung führen."[385]

Lamek bewertet die Gruppendiskussion sowohl als eine eigenständige Methode der Datenerhebung als auch eine spezifische Befragungstechnik, eingebettet in das jeweilige Forschungsdesign und die methodologischen Orientierung.[386] Im Hinblick auf die Erkenntnisabsichten differenziert Lamnek zwischen ermittelnden und vermittelnden Gruppendiskussionen.[387] Die in dieser Untersuchung durchgeführten ermittelnden Gruppendiskussionen zielen auf die Einstellung und Meinungen der einzelnen Teilnehmer in der aktuellen Gruppensituation.

Damit geht die Gruppendiskussion über eine bloße Anhäufung von Einzelmeinungen hinaus: „Meinungen und Einstellungen sind eben nicht immer konsistent, sondern bestenfalls situationsspezifisch konsistent."[388] Die Gruppeninteraktion zielt auf die Rekonstruktionen von Orientierungen in bestimmten Milieus. So ist es nicht mehr das einzelne Individuum, sondern die Dynamik oder Situation, die bestimmend ist. Damit rückt das einzelne Individuum in den Hintergrund und das Kollektive kann sich darstellen.

---

[382] Der Begriff der Gruppendiskussion bzw. der Gruppeninterviews wird von vielen Autoren synonym verwendet. Im Text wird in Anlehnung an die Autoren deren Sprachgebrauch verwendet. In den weiteren Ausführungen zum eigenen empirischen Vorgehen wird dann nur noch der Begriff der Gruppendiskussion verwendet.
[383] Vgl. Lamnek 2005, S. 408.
[384] Vgl. Flick 2006, S. 86.
[385] Mayer 2002, S. 134.
[386] Vgl. Lamnek 2005a, S. 25.
[387] Vgl. Lamnek 2005a, S. 31.
[388] Lamnek 2005a, S.34.

Meinungen, Einstellungen und Handlungsmuster sind nicht ausschließlich idiographisch zu betrachten, sondern sind kontextabhängig und werden kollektiv geteilt bzw. sind sozial repräsentiert.

Lamnek resümiert, dass in den Umfrageforschungen die isoliert erfassten Einzelmeinungen in öffentliche Meinungen aggregiert werden. „Die Gruppendiskussion dagegen geht von der kontextuellen Bedingtheit der Einzelmeinungen aus."[389] Die erhobenen Daten sind situationsabhängig und in einem alltagsnäheren Interaktionsprozess entstanden.

„Gruppendiskussionsverfahren bieten die Möglichkeit, in mikrosoziologischer Hinsicht auf jene sozialkontextuellen Bezüge von subjektiven Deutungsmustern und den sozial-kontextuellen Prozess der Genese fokussieren zu können".[390] Damit können mit Gruppendiskussionen die kollektiven Aspekte und deren Prozesse in ihrer Entwicklung in den Blick genommen werden. Kraimer stellt fest; „In der Gruppendiskussion entsteht eine Art Enthüllungs-Atmosphäre, in der spontane Äußerungen fallen, die sich in Einzelinterviews weniger ergeben."[391] Kruse, ein Experte in der Anwendung der Dokumentarischen Methode, resümiert: „Ein erkenntnistheoretisches und methodologisches Problem bleibt jedoch weiter bestehen: ‚Individuelle Meinung' und ‚kollektives Orientierungsmuster' bilden ein abstraktes Kontinuum, dessen Pole nicht zu bestimmen sind, da jedes Subjekt Träger verschiedener kollektiver Orientierungsmuster ist, dadurch dass es unterschiedlichen konjunktiven Erfahrungsräumen angehört."[392]

Im Bereich der Markt- und Meinungsforschung haben Gruppendiskussionen sich als ein kostengünstiges Instrument der Datenerhebung etabliert. Nach Vogd eignen sie sich gut, um z. B. innerhalb von Untersuchungen von Arbeitsfeldern oder Milieus die divergenten Werthaltungen und Orientierungen innerhalb einer Berufsgruppe herauszuarbeiten.[393]

Der Einsatz der Gruppendiskussion im Rahmen dieser Fallstudie hat mehrere Funktionen. Im Rahmen der methodischen Datentriangulation ist die Gruppendiskussion eine weitere Möglichkeit, qualitative Daten zum Thema zu erheben.

---

[389] Lamnek 2005, S. 422.
[390] Kruse 2009. S. 246.
[391] Kraimer 2002, S. 221.
[392] Kruse 2009, S. 250.
[393] Vgl. Vogd 2009, S. 46.

Methodisch betrachtet bietet sie innerhalb der Fallanalyse Zugang zu der sozialen Einheit der Gruppe und ihren Rekonstruktionen.

9.6.1 Gruppendiskussionen mit Realgruppen

Für die Rekonstruktion sozialer Konstitutionsprozesse sind Realgruppen ideal. Eine Realgruppe bietet im Gegensatz zu einer künstlichen Gruppe die Möglichkeit, dass sich auf der performativen Ebene das zeigt, was in der Organisation auch sichtbar wird. „Als habitualisierte, in den Körper und das Erleben der Akteure eingeschriebene Reaktionsmuster spiegeln die im Erhebungssetting aufgeführten Gruppendiskussionen dann im Einzelfall recht gut die Verhältnisse der Organisation wider, aus denen die Gruppen stammen."[394]

Um der Alltagssituation möglichst nahe zu kommen, wurden die Gruppendiskussionen in Realgruppen in einem vertrauten Raum in der Einrichtung durchgeführt. Mögliche Auswirkungen von Machtstrukturen werden durch die Abwesenheit von Leitungsverantwortlichen in den beiden Gruppenkonstellation vermieden.

Homogen im Sinne von vergleichbar sind die beiden Gruppen aus den Wohnbereichen. Hier handelt es sich um einen repräsentativen Querschnitt von Mitarbeitern und Qualifikationsprofilen. Als real existierende Gruppen haben sie im Hinblick auf den Diskussionsstand bereits eingeübte Interaktionen im Arbeitskontext, entwickelten Formen des gemeinsamen Handelns und lassen den Blick auf die organisationale Praxis zu.[395]

9.6.2 Rolle und Funktion der Untersucherin in den Gruppendiskussionen

Die angestrebte Selbstläufigkeit der Gruppe als ein Qualitätsmerkmal einer Gruppendiskussion soll durch die Untersucherin nicht behindert werden. Ihre Person tritt in den Hintergrund und ihre Aktionen sind nur gefragt, wenn das Gespräch ins Stocken gerät.

Die Leitung der Gruppendiskussionen beinhaltet organisatorische Fragen, wie Beginn und Ende der Gruppendiskussion und wenn nötig das Führen der

[394] Vogd 2009, S. 47.
[395] Vgl. Vogd 2009, S. 11.

Rednerliste, die Einführung von Themen entsprechend dem halbstrukturierten Interviewleitfaden und das Einbringen von hypothesengeleiteten Fragen oder Störfragen als weitere Stimuli, um die Meinungsbildung und Argumentationen voranzutreiben.[396]

Gruppendiskussionsteilnehmer replizieren in der Gruppensituation ihre subjektiven Deutungen und Muster. Im Kontext der Gruppe und der Situation entstehen Regeln dazu, wie etwas thematisiert wird. Kollektive Orientierungsmuster bilden sich aus.[397] Durch die Teilnahme von mehreren Personen an einer Gruppendiskussion ist eine suspensive Haltung des Diskussionsleiters wichtig.[398] Gefragt ist darüber hinaus, den Gruppenprozess und die Gesprächsaktionen insoweit im Blick zu behalten, dass Vielredner nicht noch mehr ermutigt und Schweiger dagegen zum Reden ermutigt werden (z. B. durch Blickkontakte oder direkte Ansprache).

9.6.3 Forschungsinstrument in der Gruppendiskussion

Die Anforderungen an das Instrument für eine Gruppendiskussion unterscheiden sich nicht von den Anforderungen für ein Instrument für ein Einzelinterview. Der Leitfaden für die Gruppendiskussion folgt in der Struktur und im Inhalt dem Leitfaden für die Einzelinterviews. Damit einher geht der Versuch, die Diskussion in der Gruppe mit denselben Themenbereichen und Fragen zu stimulieren. Die Ergebnisse werden als ergänzende Informationen gewertet.

9.7 Dokumentenanalyse und ihre Forschungsinstrumente

Mit der Dokumentenanalyse werden Schriftstücke, die die Organisation erstellt hat, untersucht. Dieses Datenmaterial wird nicht eigens im Forschungsprozess generiert, sondern liegt bereits vor. Dabei werden in der Regel vordefinierte Variablen an das Material herangetragen oder das Material auf die Fragestellung hin ausgewertet.

[396] Vgl. Flick 2006, S.174.
[397] Vgl. Kruse 2009, S. 248.
[398] Vgl. Kruse 2009, S. 258.

Lamnek ordnet die Dokumentenanalyse der Kategorie der Inhaltsanalyse zu und beschreibt diese als einen Zugang zu sprachlichem Material, der Rückschlüsse auf nichtsprachliche Phänomene erlaubt.[399]
Im Hinblick auf die Reichweite der Dokumentenanalyse gibt Lamnek zu bedenken: „Die Dokumentenanalyse kann zwar feststehende Fakten und Ereignisse erheben, Einstellungen der hinter den Dokumenten stehenden Untersuchungspersonen können jedoch nicht ermittelt werden.“[400] Wolff plädiert daher dafür, die Dokumente und ihren Entstehenszusammenhang zu sehen und fordert, sie als eigenständige Datenquelle zu werten, die jedoch nicht mit den anderen Erkenntnisquellen innerhalb der Untersuchung konkurrieren dürfen.[401] „Dokumente, selbst solche, die ausdrücklich als Tatsachenberichte firmieren, sollten nicht auf die Funktion eines Informations-Containers reduziert, sondern grundsätzlich als methodisch gestaltete Kommunikationszüge behandelt und analysiert werden.“[402]
Flick weist auf die Probleme bei der Auswahl und Analyse von Dokumenten hin: „Bei der Analyse von Dokumenten ist zu klären, wer diese zu welchem Zweck erstellt hat, wer sie im Alltag verwendet und wie einzelne Dokumente angemessen ausgewählt werden. Dabei sollen nicht nur die Inhalte, sondern auch Kontext, Verwendung und Funktion der Dokumente berücksichtigt werden.“[403]

Da die Auswertung der Dokumente eine informative Ergänzung darstellt, wird in dieser Untersuchung ein forschungspraktisches Vorgehen gewählt. In einem Gespräch wird der Hausleitung eine Reihe von Dokumenten vorgeschlagen, die für eine Dokumentenanalyse interessant sein können. Folgende dreizehn Dokumente werden ausgewertet: „Leitbild - Wir pflegen Menschlichkeit“, „Einrichtungskonzept“, „Wie Sie zu einem guten Einzug beitragen können“, „Konzept der Wohngruppen für Menschen mit Demenz“, „Kurzfassung des Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells“, „Sozialbetreuung und Konzept Betreuung“, „Allgemeine Informationen: „Sie sind eingeladen, mehr zu

[399] Vgl. Lamnek 2005, S. 478.
[400] Lamnek 2005, S. 502.
[401] Vgl. Wolff 2009, S. 11.
[402] Wolff 2009, S. 11.
[403] Flick 2007, S.330.

erfahren“, „Beratung in der Pflege/Ausbildung“, „Die Hauswirtschaft stellt sich vor“, „Bewegungskonzept der Einrichtung“, „Hand in Hand im Ehrenamt: Die Möglichkeiten des Ehrenamts“, „Der Verein stellt sich vor“, „Heimvertrag vollstationäre Pflege“, „Vertrag über Zusatzleistungen“.

10. Untersuchungsverlauf und Gütekriterien

Mit den folgenden Ausführungen wird der Untersuchungsverlauf skizziert und der Fokus auf die Gütekriterien im Forschungsvorhaben gelenkt.

10.1 Gütekriterien der qualitativen Forschung

Gütekriterien in der Forschung beziehen sich auf den Weg zur wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung. In der qualitativen Forschung werden oft Anleihen an den Diskurs um Gütekriterien aus der quantitativen Forschung gemacht und dabei deren Konzepte gleichzeitig als ungeeignet für ein qualitatives Forschungsvorhaben definiert. Daher ist es nötig, sich im Hinblick auf die Gütekriterien zu positionieren und deren Einbettung im Forschungsvorhaben darzustellen.

Steinke fasst den Diskurs in drei unterschiedliche Grundpositionen zusammen.[404] Die Auffassung, dass Forschung sich einheitlicher Kriterien bedienen sollte, führt zu der Grundposition, dass die zentralen Bewertungskriterien und Standards wie Objektivität, Reliabilität und Validität aus dem Paradigma der hypothesentestenden Forschung anzupassen oder gegebenenfalls leicht zu verändern sind. Demgegenüber steht die Position, dass methodenangemessene Gütekriterien speziell für die qualitative Sozialforschung formuliert werden sollen. Eine weitere Position weist die Bewertung von qualitativer Forschungspraxis anhand allgemeiner Kriterien oder Standards streng zurück. Steinke sieht in den Bewertungskriterien qualitativer Forschung ein Mittel, um nach außen hin zur Etablierung und Legitimierung qualitativer Forschung, ihrer Vorgehensweise und Ergebnisse beizutragen. Sie formuliert intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Indikation des Forschungsprozesses, empirische Verankerung, Limitation, Kohärenz,

[404] Vgl. Steinke 2015, S. 319.

Relevanz und reflektierte Subjektivität als Kernkriterien für die qualitative Forschung.[405]

Breuer und Reichertz sprechen von einer „Diskursarena“, wenn es um die Debatte über die Wissenschaftlichkeitskriterien und erkenntnistheoretischen Postulate geht. Sie würdigen die Diversifizierung der Kriterien und fordern, dass der Diskurs über Gütekriterien nicht nur wissenschaftsintern geführt wird.[406]

Kleining entwickelte 1982 eine Methodologie qualitativer Sozialforschung, die auch für Einzelfallstudien relevant ist. Sie dient zum einen der Optimierung von Entdeckungschancen in der qualitativen Forschung, zum anderen stellt sie Kriterien dar, die sich auf die Güte der qualitativen Forschung beziehen.[407] [408]

Hierfür definierte Kleining vier zentrale Regeln und Konzepte, die sich stark auf den Prozesscharakter von qualitativer, entdeckender und deskriptiver Forschung beziehen. Sie sind insbesondere in einer Einzelfallstudie bedeutsam, da innerhalb des vorab definierten Settings der zu beforschende Gegenstand abgebildet werden soll. Die beiden ersten Regeln zielen auf die Interaktion zwischen der Forschungsperson und dem Forschungsgegenstand. Regel drei und vier fokussieren die Relation zwischen Datenerhebung und der Datenanalyse. Die Regeln sind in einen zirkulären und analytischen Prozess eingebunden und wechselseitig voneinander abhängig.

Regel eins bezieht sich auf den Forscher als Subjekt. Sein Vorverständnis zum Untersuchungsgegenstand soll vorläufig sein. Ziel ist es, dass die Forschungsperson ihr Vorverständnis reflektiert, dieses überwinden kann und für Neues offen ist. Ein dialogischer Charakter entsteht durch Interaktion, durch das Entdecken von neuen Strukturen und einem neuen Verstehen.

Die Zirkularität zielt als zweite Regel auf die Vorläufigkeit des Gegenstandes. Der Gegenstand ist bei einer auf Entdeckung angelegten Untersuchungs-struktur vorläufig definiert und nicht gänzlich bekannt. Verändert sich der Forschungsgegenstand, so soll der Forscher in der Lage sein, dies für den Forschungsprozess zu berücksichtigen und diesen Änderungen folgen. Die Analyse kann als beendet definiert werden, wenn keine neuen Daten

[405] Vgl. Steinke 2015, S 324-331.
[406] Vgl. Breuer; Reichertz 2001.
[407] Vgl. Kleining 1982, S. 230 ff; Kleining; Witt 2000.

generierbar sind und alle Informationen ein Gesamtbild des Forschungsgegenstandes bilden können. Das Konzept der Totalität als dritte Regel beschreibt das Verhältnis von Teilaspekten der Forschung, die sich auf die Struktur des Ganzen auswirken. Mit möglichst vielen Perspektiven und einer strukturell angelegten Vielfalt soll auf den Gegenstand geblickt werden (vgl. halbstandardisierter Interviewleitfaden mit drei verschiedenen Fragekategorien, Methodentriangulation).

Die vierte Regel bezieht sich auf die Datenanalyse. Unter Berücksichtigung der Regel drei wird mit großer struktureller und methodischer Variation der Gegenstand ausgeleuchtet. Die vierte Regel fordert für die Analyse die Entdeckung von Identitäten durch Gemeinsamkeiten, Übereinstimmungen oder Gegensätze. Im Hinblick auf die Gemeinsamkeiten wird der Objektivitätsbegriff als Konzept benannt.

Nachfolgend werden die von Steinke vorgeschlagenen Kernkriterien für die Untersuchung definiert und deren Anwendung innerhalb des Untersuchungsvorhabens ausgeführt.

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit verfolgt das Ziel, den Dialog zwischen der Forscherin und den Lesern zu ermöglichen. „Eine identische Replikation einer Untersuchung ist schon allein aufgrund der begrenzten Standardisierbarkeit des Vorgehens in der qualitativen Forschung unmöglich. Angemessen für qualitatives Vorgehen ist der Anspruch auf Herstellung von intersubjektiver Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses, auf deren Basis eine Bewertung der Ergebnisse erfolgen kann.“[409] Zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit werden das Vorverständnis und die Erwartungen für die Untersuchung expliziert und der gesamte Forschungsprozess mit seinen Erhebungsinstrumenten und Auswertungsmethoden möglichst detailliert dargelegt (siehe auch die im Anhang abgebildeten verwendeten Forschungsinstrumente).[410] Ebenso werden die Entscheidungen, die dem Untersuchungsdesign und -verlauf zugrunde liegen, dargelegt.

Die Indikation des Forschungsprozesses lässt sich mit der Gegenstandsangemessenheit bezeichnen, bezieht aber auch die Angemessenheit des gesamten

[409] Steinke 2015, S. 324.
[410] siehe auch: Kriterium der Verfahrensdokumentation bei Mayring 1996, S. 119.

Forschungsprozesses mit ein. Diesem Kriterium wird in der Darlegung der gesamten Untersuchungsstrategie Genüge getan. Hierbei werden immer wieder die Entscheidungen zu Methoden und Verfahren erörtert.
Zur empirischen Verankerung ist es bedeutsam, dass ausreichend Textbelege verwendet werden und dass nahe an den empirisch gewonnenen Daten und mit einer systematischen und methodengeleiteten Datenanalyse gearbeitet wird.
Das Kriterium der Limitation dient dazu, die Reichweite der Ergebnisse und die Grenzen des Geltungsbereiches zu definieren und die Frage der Verallgemeinerung zu klären. Diese Diskussion wird in Verbindung mit der Methodenkritik in einem abschließenden Kapitel geführt.
Das Kriterium der Kohärenz bezieht sich auf Widersprüche oder ungelöste Fragen in den Daten oder der Interpretation. Diese sollen offen gelegt werden.
Die Relevanz des Forschungsprozesses wird daran gemessen, inwieweit die Fragestellung relevant ist und welchen Beitrag die entwickelte Theorie bzw. die Ergebnisse für den Forschungsgegenstand leisten.
Die reflektierte Subjektivität zielt auf die Forscherin selbst und ihre Selbstbeobachtung, ihre Reflexionen zum Feldeinstieg, zu sich entwickelnden Vertrauensbeziehungen innerhalb der Interviews, zu kulturellen Bedingungen und den persönlichen Voraussetzungen, die sich auf die Erforschung des Gegenstandes beziehen.[411] Innerhalb der Methodenkritik werden die Entscheidungen und Probleme sowie die Rolle der Forscherin reflektiert. Die im Forschungsprozess entstandenen Ideen oder Zwischenergebnisse werden in einem Forschungstagebuch festgehalten und zur Datenauswertung herangezogen.

10.1.1 Konstitutive, methodenspezifische Güterkriterien im FST

Zentrales Gütekriterium in der Anwendung des FST ist das Dialog-Konsens-Verfahren. „Mit der kommunikativen Validierung als methodologisch-methodisches Herz- und Kernstück dialogischen Verstehens ist kriterial verankert, dass der Forscher aktiv die Innensicht (des Erkenntnis-Objekts)

[411] Vgl. Mayring 1996, S. 119.

gegen seine Außensicht (die des Erkenntnis-Subjekts) durchzusetzen hat."[412]
In der kommunikativen Validierung zeigt sich auch die Ebene der gleichberechtigten Lernprozesse für Erkenntnissubjekt und Erkenntnisobjekt. Der kommunikative Prozess steht im Vordergrund, bei dem durch einen zweiten Kontakt mit dem Dialogpartner der Abstimmungsprozess zur Auswertung und Interpretation gestaltet wird und die Zustimmung zur Rekonstruktion eingeholt wird.[413]

Dies grenzt sich vom klassischen monologischen Verstehen ab, bei dem ein Konsens zwischen mehreren Erkenntnis-Subjekten (Forschern) über das Erkenntnis-Objekt gesucht wird. Dieses Verstehen wird dennoch benötigt, wenn es darum geht, ob im Sinne der Rekonstruktionsadäquanz Subjektiver Theorien die Verstehensleistung des Forschers auf z. B. Stimmigkeit oder Nachvollziehbarkeit ausreichend vorliegt und die Auswertung adäquaten Sinnrekonstruktionen entspricht.

Dabei wird immer angenommen, „… daß das, was das Erkenntnis-Objekt als rekonstruktionsadäquat anerkannt hat, auch dem entspricht, was der Subjektive Theoretiker zu dem vom Forscher vorgegebenen Thema ‚wirklich' denkt ..."[414]
Es ist dem Forscher nicht möglich, die Innensicht des Erkenntnis-Objektes gänzlich zu durchdringen, sondern es bleibt immer bei der Rekonstruktion der Konstruktionen. Diese werden als wahr angesehen.

Groeben et al. verweisen auch auf sprechakttheoretische Ziele als Kommunikationsanforderungen zur Sicherung der Rekonstruktionsvalidität. Damit gemeint sind Bedingungen, die sich auf gute Gesprächssituationen beziehen und sich an die von Habermas definierte ideale Sprechsituation des Diskurses auf der Basis eines herrschaftsfreien Dialogs anlehnen.[415]

Groeben et al. modifizieren diese Zielgröße für die Forschungsinterviews, indem sie die Gleichberechtigung auf der Beziehungsebene ansteuern und von der „gleichberechtigt argumentativen Kommunikation" sprechen, die die unterschiedlichen Interviewsituationen kompetent reflektiert und mäeutisch begleitet.[416]

---

[412] Groeben; Wahl; Schlee; Scheele 1988, S. 137.
[413] Vgl. Ackermann; Rosenbausch 2002, S. 48.
[414] Groeben et al 1888, S. 138.
[415] Vgl. Groeben et al. 1988, S.139.
[416] Vgl. Groeben et al. 1988, S. 137.

Keller definiert in seiner Untersuchung sogenannte Gelingensbedingungen für die Rekonstruktion Subjektiver Theorien im Rahmen des Interviews, die er insbesondere auf die Realisierung einer herrschaftsfreien Gesprächssituation auslegt und die auf den Interviewleitfaden, die Interviewinstruktionen und die Interventionsformen hin ausarbeitet sind.[417] Damit soll ein kontrollierter und empathischer Umgang mit den Argumentationen des Erkenntnisobjektes gesichert werden.

Scheele und Groeben lehnen die klassischen testtheoretischen Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität, Validität ab und bezeichnen diese als unangemessen und sinnlos für ein interpretatives Verfahren.[418] Die kommunikative Validierung in Form einer Struktur-Lege-Technik führt sie jedoch zu folgendem Fazit: „Sicherlich ist die Methode der Struktur-Lege-Technik ein komplexes Verfahren, das für den Versuchspartner eine Anstrengung der Einarbeitung erfordert; ebenso wahrscheinlich dürften sich bei dieser Einarbeitung sprachlich kompetente und an systematisch strukturiertes (eventuell wissenschaftliches) Denken gewöhnte Versuchspartner leichter tun.“[419] Sie resümieren weiterhin, dass mit der Struktur-Lege-Technik eine kommunikative Validierung und auch Aktivierung des Versuchspartners geschieht, wie es bei keinem anderen Verfahren der Fall ist.[420]

10.1.2 Triangulation als Qualitätsmerkmal

Da Forschung und ihre Fragen immer mit den Phänomenen der Eingrenzung und Ausgrenzung zu tun haben, ist es interessant, durch ein methodisches Repertoire möglichst wenig „Verluste“ zu riskieren und möglichst viele Perspektiven zu bergen. Unterschiedliche Forschungsperspektiven methodisch zu verwenden, ist ein eher neuer Ansatz in der qualitativen Sozialforschung und wird als Triangulation, die Betrachtung eines Forschungsgegenstandes von mindestes zwei Punkten aus, benannt.[421] Darunter versteht man einen Mehrgewinn, der durch die Kombination verschiedener Methoden, verschiedener Forscher, verschiedener Untersuchungsgruppen und Settings

[417] Vgl. Keller 2008, S. 257.
[418] Vgl. Scheele; Groeben 1988, S. 68.
[419] Scheele; Groeben 1988, S. 77.
[420] Scheele; Groeben 1988, S. 78.
[421] Vgl. Flick et al. 2005, S. 309.

und verschiedener Theorieansätze entsteht. Dabei geht es nicht um ein wahlloses Aneinanderreihen von verschiedenen Perspektiven, sondern die Wahl der durch die Triangulation avisierten Perspektiven muss begründet im Sinne einer systematischen Triangulation erfolgen.[422] Triangulation kann somit als ein Gütekriterium in der qualitativen Forschung gewertet werden.[423] In der vorliegenden Untersuchung wird die Triangulation als Methode angewendet, die zusätzliche, ergänzende Erkenntnis liefert und zu einem tieferen Verständnis des Forschungsgegenstandes beitragen kann. Flick beschreibt drei Verwendungszwecke der Triangulation: als Validierungsstrategie, als Ansatz zur Generalisierung der gefundenen Erkenntnisse und als Weg zur zusätzlichen Erkenntnis.[424]

Nach Denzin lässt sich Triangulation in vier unterschiedliche Formen gliedern, Datentriangulation, Methodentriangulation, Forschertriangulation und Theorientriangulation.[425] Für die Datentriangulation werden Daten aus Einzelinterviews, Gruppendiskussionen und der Dokumentenanalyse und weiteren Beobachtungsquellen der Untersucherin verwendet und unter einer Fragestellung analysiert. Eine methodische Vielfalt entsteht gleichsam durch das Setting innerhalb der Fallanalyse, da auf unterschiedlichen Ebenen ein Zugang zu den subjektiven Einsichten bzw. sozialen Repräsentationen in Bezug auf den Gegenstand erforscht wird. Die „Investigator Triangulation“ soll Verzerrungen des Forschers aufdecken, indem unterschiedliche Personen im Forschungsprozess eingesetzt werden.[426] Diese Forderung konnte in dieser Arbeit nur bedingt realisiert werden, da es sich um eine Qualifikationsarbeit handelt. Interpretative Diskussionen von Ergebnissen fanden im Doktorandenkolloquium oder in verschiedenen Peer-Groups statt. Auch Beiträge wie z. B.

[422] Vgl. Flick 2004, S. 24.
[423] In der aktuellen Diskussion um die Qualität der Daten nimmt die Triangulation einen immer bedeutenderen Raum ein und führt zu erweiternden Ansätzen in der Konzeptualisierung von Studien wie z. B. den Mixed-Methods-Ansätzen. Als Weg zur weiteren Erkenntnis gedacht führt es nun zu Formen der empirischen Methodik und zur Integration von unterschiedlichen in der Theorie begründbaren Forschungsansätzen.
[424] Vgl. Flick et al. 2005, S. 318.
[425] Vgl. Denzin 1978, S. 291 ff.
[426] Vgl. Flick 2004, S. 14.

Rückmeldungen von der Transkriptionsarbeit konnten in den Reflexionsprozess mitgenommen werden.

Das FST bietet darüber hinaus eine Art methodeninterne Triangulation, da es innerhalb der Rekonstruktionsadäquanz ein zweites Interview vorsieht, um den Strukturlegeplan zu erstellen. Des Weiteren können innerhalb der vorgegebenen Fragestruktur für das leitfadengestützte Interview unterschiedliche Wissensbereiche zugänglich gemacht werden.[427]

10.2 Ethische Reflexion als Güterkriterium der Untersuchung

Ethische Fragen stellen sich im gesamten Untersuchungsverlauf. Daher soll die Untersuchung auch forschungsethischen Grundsätzen standhalten. Die informierte Einwilligung, die das Recht auf Selbstbestimmung wahrt, der „informed consent“, das Recht auf Anonymität und der Schutz vor Schäden werden in diesen Ausführungen hervorgehoben. Sie sind Bestandteil der von der American Nurses Association erarbeiteten Richtlinien für die Pflege zur Wahrung der Menschenrechte in medizinischer und anderer Forschung.[428] Auf eine Begutachtung durch eine Ethikkommission für Pflegeforschungsprojekte wurde verzichtet, da die Zielgruppe per se nicht zu einer vulnerablen Klientel zählt. Dennoch ist es nötig, die Forschungspraxis mittels ethischer Fragen zu durchleuchten, da sich deren Dynamik erst im Feld und im direkten Kontakt mit Personen entfaltet.[429] Orientiert an den Fragen zur ethischen Reflexion bei der Konzeption eines Forschungsvorhabens herausgegeben im Juni 2010 von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V., werden weitere Ausführungen gemacht. Sie zeigen auf, wie die Forschungsinteraktionen in diesem Untersuchungsdesign in ethischer Hinsicht reflektiert werden.[430]

---

[427] Möglicherweise ist dies vergleichbar mit den Wissensbereichen des Alltagswissens in episodischen Interviews, die auf narrativ-episodisches und argumentativ-theoretisches Wissen fokussieren.
[428] Vgl. LoBiondo-Wood; Haber 2005, S. 431.
[429] Flick 2007, S. 69.
[430] Vgl. Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP); Juni 2010. Fragen zur ethischen Reflexion. Verfügbar unter http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/Fragen EthReflexion.pdf, geprüft am 30.10.2018.

Die Untersuchung zielt auf die Reflexion des Alltagsgeschehens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie fand an einem für sie vertrauten Ort (Arbeitsplatz) statt. Der zeitliche Aufwand (Einzel- und Gruppeninterviews verteilt auf drei Termine) betrug ca. 5 Stunden pro Person und wurde vom Dienstgeber als Arbeitszeit gewertet. Die Gespräche fanden außerhalb der Regeldienstzeiten (vor- oder nachgelagert) statt, sodass in den Arbeitsteams keine negativen Auswirkungen entstanden.

Die Praxisrelevanz war vorhanden, da Angehörige für Mitarbeiter im Altenpflegeheim stets existent sind. Die Einrichtung signalisierte sofort Interesse und Zustimmung. Mit den Erkenntnissen aus dem Forschungsvorhaben waren Implikationen für eine Verbesserung der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Familien zu erwarten, da die Mitarbeiter sich intensiv mit der Thematik beschäftigen. Der Einbezug der Mitarbeiter ist alternativlos im Hinblick auf die Fragstellung.

Die Auswahlkriterien für die Interviewpersonen waren vorab definiert und einsehbar. Ein Untersuchungsdesign war erstellt worden und wurde den Teilnehmern selbst auch dargelegt. Die persönliche Anfrage dazu erfolgte durch die Hausleitung. Keine der ausgewählten Personen hatte abgelehnt. Einige hatten Bedenken, ob sie genügend Wissen und Erfahrung für die Interviews zur Verfügung stellen können. Dies wurde im Rahmen von metakommunikativen Gesprächen vor und nach den Interviews (ohne Tonbandaufzeichnung) angesprochen und diese Bedenken konnten entkräftet werden.

Die Teilnehmer erhielten eine persönliche schriftliche Information. Der Zweck der Untersuchung, die Vertraulichkeit der Daten und der Ablauf der Befragung wurde darin erläutert. Des Weiteren wurden die Teilnehmer immer schriftlich über die nächsten Schritte informiert. Insbesondere bei der Datengewinnung mittels Tonbandaufzeichnung wurde die schriftliche Einverständniserklärung zur Verarbeitung der Daten auf der Tonbandaufzeichnung erst am Ende des Interviews nach dem Tonbandmitschnitt eingeholt, damit der Interviewpartner noch die Möglichkeit hatte, über seine Daten zu verfügen und ggf. anders zu entscheiden.

Die Interviewpartner erklärten die Zustimmung zur Verwendung der Daten. Diese bewusste Einwilligung wurde schriftlich festgehalten. Die Informationen dazu waren verständlich aufbereitet.[431]

Eine Begegnung auf Augenhöhe mit den Interviewpartnern ist bereits im epistemologischen Subjektmodell begründet. Gesprächsführung und Interaktion waren partnerschaftlich, wertschätzend, transparent und respektvoll. Störungen wie Irritationen des Interviewpartners oder starke Emotionen wie z. B. Weinen wurden berücksichtigt und behutsam begleitet. Der Interviewvorgang ordnete sich den Gedanken, Gesprächsthemen und dem emotionalen Geschehen im Gespräch unter; ggf. wurde das Interview abgebrochen.

Aufgrund des hohen Anteils der Interviewpartner mit Migrationshintergrund wurde besonders einfühlsam mit sprachlichen Schwierigkeiten und dem Suchen nach den richtigen Begriffen und Ausdrücken umgegangen. Die Interviewpartner sollten wegen ihrer Ausdrucksweise nicht beschämt werden.

Die Zusicherung, dass nicht anonymisierte Informationen nicht an Teammitglieder, Verantwortliche und Vorgesetzte weitergereicht werden, war wichtig, da die Mitarbeiter sich in einem abhängig beschäftigten Arbeitsverhältnis befinden und sich im Gespräch mit ihren Einsichten und Meinungen öffnen sollten. Aus einem Team standen mehrere Personen für Gespräche zur Verfügung.

Die Teilnehmer hatten alle in einem metakommunikativen Vor- und Nachgespräch und bei dem zweiten Termin zur kommunikativen Validierung die Möglichkeit, Fragen zu stellen und ihre Anliegen anzubringen. Die Untersucherin beantwortete alle Fragen, auch die zu ihrer eigenen Person und zum Fortgang der Untersuchung. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, selbst per Telefon oder E-Mail Kontakt aufzunehmen, falls Nachfragen oder Unklarheiten bestanden.

Der Datenschutz und die Anonymität der Personen wurden dadurch gewährleistet, dass die Auswertung codiert wurde und den Personen Verschlüsselungen gegeben wurden. Da es in einer qualitativen Untersuchung mit einer kleinen Stichprobe im Rahmen einer Fallstudie nicht gänzlich

[431] Im Hinblick auf die Zielgruppe wurden alle Anschreiben und das erstellte Untersuchungsmaterial von mehreren Kollegen auf Verständlichkeit geprüft.

auszuschließen ist, dass die Personen sich selbst und andere dennoch erkennen, wurden die Untersuchungsergebnisse zuerst bei einem internen Termin präsentiert.

10.3 Zeitlicher Verlauf der Untersuchung

Der Verlauf der Untersuchung im Feld erstreckte sich vom Erstkontakt mit der Hausleitung zur Klärung des Feldzugangs bis zur abschließenden Datenaufnahme über insgesamt sieben Monate. Eine Rückmeldung der ersten Ergebnisse in der Einrichtung konnte nach abgeschlossener Auswertung präsentiert werden. Die intensive Phase der Datenerhebung, Transkription, Auswertung und Darstellung der Interviewinhalte mittels eines Strukturlegeplans fand vom August 2010 bis Januar 2011 statt. Damit wurde eine erste Befassung mit den Inhalten der Subjektiven Theorien der Interviewpartner insoweit möglich, dass Themen und ihre Relationen alltagssprachlich aufgearbeitet werden konnten. Um den Ansprüchen und der Komplexität des Interviewcharakters und der Individualität der Erkenntnisobjekte gerecht zu werden, wurde pro Tag nur ein Interview durchgeführt. Demzufolge wurden für die Einzelinterviews insgesamt inklusive der Validierungstermine 25 Interviewtage geplant.

10.4 Durchführung der Einzelinterviews und der Gruppendiskussionen

Nach der Leitfadenerstellung wurde ein Pretest durchgeführt. Für die vorliegende Untersuchung war es notwendig, das Untersuchungsinstrument und seine zeitliche Dauer zu testen. Wichtige Kriterien waren die Verständlichkeit der Fragestellungen und die Wirkung im Hinblick auf das Explorieren von subjektiven Aussagen der Gesprächspartner. Als Ergebnis dieser Testung wurde die Erzählaufforderung alltagssprachlicher und einfacher formuliert und der Wortlaut einiger Fragen verändert. Als Intervieweinstieg wurde eine Erzählauforderung zum Tagesablauf gewählt, um einen unkomplizierten Einstieg zu finden. Des Weiteren wurden einige Abtönpartikel in die eröffnenden Fragen hineingenommen.

Die Bereitschaft zur Mitarbeit war bei den Interviewpartnern durchweg sehr hoch und die Themenstellung fand reges Interesse bis hin zur emotionalen

Beteiligung. Der Untersuchungsplan sah vor, dass elf Einzelinterviews und drei Gruppendiskussionen geführt werden sollten.

Die Anwendung des leicht modifizierten Leitfadens aus den Einzelinterviews für die Gruppendiskussionen hat einen experimentellen Charakter, da die Teilnehmer vor der Gruppendiskussion bereits jeweils ein Einzelinterview geführt hatten. Auf dialogische Fragestellungen wurde verzichtet; diese wurden für die Gruppendiskussion passend umgewidmet. Der Ansatz der Gruppendiskussion ging davon aus, dass sich die Diskussion auch teilstrukturiert mittels eines Leitfadens führen lässt.

Die Gruppendiskussionen verliefen zeitlich ähnlich und dauerten jeweils ca. 60 Minuten. Die Einzelinterviews hingegen variierten zeitlich zwischen 28 und 82 Minuten. Die Gespräche wurden mit Einverständnis der Interviewpartner als MP3-Audiodateiformat aufgezeichnet und später transkribiert. Dadurch entstanden insgesamt rund 360 Seiten Text. Die Transkriptionszeiten waren sehr unterschiedlich, was sich mit der unterschiedlichen Sprachqualität (z. B. Deutsch als Zweitsprache, Dialekt) erklären lässt.

Interviewpartner	**Interview-Zeit**	**Transkriptionszeit**
Frau Anstatt	1:03	8:45
Frau Wahl	1:18	8:30
Frau Sprech	1:01	4:45
Frau Heimat	0:51	6:00
Frau Harmonie	0:39	5:00
Herr Findus	1:04	7:30
Frau Gut	0:28	3:45
Herr Privat	1:22	7:30
Frau Grenz	0:55	5:15
Frau Blutdruck	1:18	5:45
Frau Last	0:46	4:45
Gesamt-Zeit:	645 Minuten bzw.10:45 h	4050 Minuten bzw. 67:30 h

Abbildung 10: Interview- und Transkriptionszeiten der Einzelinterviews.

11. Datenauswertung

Für eine erste Orientierung zum Forschungsverlauf sind in der nachfolgenden Tabelle die Prozessschritte und die dazugehörenden Techniken dargestellt.

Tätigkeit	**Technik/Produkt**
Definition des Gegenstandes Was ist der Fall?	Fallbestimmung
Methodenwahl zur Erhebung und Auswertung Wie soll der Fall erschlossen werden?	Methodenbestimmung
Definition des Materials	Material- /Datensammlung
Datenerhebung	Interviews, Transkriptionen, Protokolle etc.
Datenauswertung (Rekonstruktion)	Materialerschließung
Falldarstellung	Fallrekonstruktion (Einzelfall)
Fallkontrastierung	Unterschiedsbildung, ggf. entlang der Funktionsparallelität von Subjektiven Theorien
Typenbildung	Typus/ Theoriebildung

Abbildung 11: Prozessschritte im Forschungsverlauf.[432]

11.1 Struktur-Lege-Plan als Ausgangsmaterial für die Einzelfallanalyse

Elf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus zwei verschiedenen Wohnbereichen wurden mittels Leitfadeninterviews befragt und die Ergebnisse in Anlehnung an die Heidelberger Struktur-Lege-Technik kommunikativ validiert. Die Kommunikation zur Struktur-Lege-Technik dauerte durchschnittlich 60 bis 90 Minuten und erfolgte ca. 10-12 Wochen nach der ersten Datenerhebung. Zur Einführung in die Heidelberger Struktur-Lege-Technik wurde eine Arbeitshilfe erstellt und den Gesprächspartnern vorab schriftlich zur Verfügung gestellt. Optisch erinnert die Arbeitshilfe an einen Verfahrenshinweis für das Erstellen

[432] Vgl. Kraimer 2002, S. 221.

einer Metaplan-Technik oder Mind-Map. Mit dem Schaubild bzw. Struktur-Lege-Plan ist es möglich, die „Wissensstruktur“ bildlich darzustellen. Die verwendeten Begriffe, Wertsetzungen, Beziehungen und Argumentationen werden abgebildet und eine Subjektive Theorie eines Mitarbeiters über die Angehörigen im Altenpflegeheim kann entstehen**.** Die Themen und die jeweiligen Relationen, meist in Form von Antezendenzen und Sukzedenzen, werden verbunden und die Verknüpfungsmöglichkeiten zwischen den Begriffen werden deutlich. Die Anforderung besteht darin, das Material zügig auszuwerten und in eine alltagssprachliche Form zu bringen, damit die Ergebnisse in einem zweiten Interviewkontakt kommunikativ valdiert werden können. Der Zeitraum zwischen Interview und Strukturlegeplan soll eher kurz sein. Die Struktur-Lege-Technik sieht vor, dass die Interviewpartner selber den Struktur-Lege-Plan erstellen. Da es sich bei der Technik um ein komplexes Verfahren handelt, hatte die Untersucherin bereits im Vorfeld entschieden, dass sie selbst nach erfolgter Transkription und einer ersten Inhaltsanalyse den Strukturlegeplan erstellen würde. Auf Metaplanwänden wurde der Struktur-Lege-Plan entwickelt und in dem Termin zur kommunikativen Validierung mündlich vorgestellt und diskutiert. Einige Ergänzungen und Konkretisierungen durch die Interviewpartner sind dabei entstanden.

Gesprächsaktivitäten – Arbeitsschritte	**Ziele und Maßnahmen**
Metakommunikatives Vorgespräch **1. Kontakt - Interview** Metakommunikatives Nachgespräch	Kennenlernen, zum Anwärmen Tonbandaufnahme Strukturdaten (Beschreibung Stichprobe) Postskript direkt nach Interview (verwenden für die Einzelfallanalyse)
	Transkription (MAXQDA-Format) Thematisches Kodieren in den Arbeitsschritten 1 + 2 (Fokus Schritt 2)
2. Kontakt - Validierungsgespräch	Kommunikative Validierung des Struktur-Lege-Plans. Entwurf wird vorgegeben, ggf. im Kontakt verändert/erweitern.

Abbildung 12: Ablauf der Einzelinterviews bis Erstellen des Strukturlegeplans.

Die Strukturparallelität von wissenschaftlichen und Subjektiven Theorien verweist auf die Perspektive, dass Theorie auf formal strukturelle Informationen wie Antezedenten (Motive für das Handeln) und Sukzudenzen (Überzeugungswelt auf die Handlungsfolgen) aufbauen.[433] Diese Konditional-, Final- oder Kausalrelationen sind Bestandteile der Strukturlegetechnik. Die Subjektive Theorie wird in solchen relationalen Netzen durch die Strukturlegetechnik expliziert. Darin bilden sich die Argumentationsformen des subjektiven Theoretikers ab.

Die Funktionsparallelität bezieht sich auf die Funktionen des Beschreibens (wie ist es zu charakterisieren, wie stellt es sich dar, wie wird es wahrgenommen), des Erklärens (wie ist es einzuordnen, zu deuten, zu verstehen), des Prognostizierens (welche Vorhersagen werden getroffen, was ist abzuschätzen im Hinblick auf künftige Ereignisse, wie sind die Folgen aufgrund der zu Aussagen verarbeiteten Erfahrungen) und des Handelns (auch als Technologie bezeichnet: wie ist die Wissensanwendung in Form von konkreten Gestaltungsmaßahmen operativ wirksam, beispielsweise durch Handlungen).

In der Strukturlegetechnik werden die Funktionen bereits herausgearbeitet, da die Konzepte auf Basis dieser Relationen gebildet werden. Um die Aussagen einzuordnen und deren latente Sinnstrukturen aufzuspüren, ist es notwendig, sich behutsam von der Alltagssprache zu lösen und sich auf eine theoretisierende Abstraktionsebene hin zu bewegen. Ein fall-hermeneutisches Verstehen und Interpretieren im Sinne eines abduktiven Schlussfolgerns fördert ein weiterreichendes Verstehen der Definitionen, Erklärungen, Prognosen und Technologien im Hinblick auf den Gegenstand.

Die Beziehungen zwischen den Begriffen bzw. Aussagen werden mit Relationskärtchen dargestellt. Da die Heidelberger Strukturlege-Technik sehr komplex ist, wird diese nicht voll umfänglich angewendet, sondern es wird mit einer eigens dafür definierten reduzierten Auswahl gearbeitet. Dies ist auch damit begründet, dass eine weitere Handlungsvalidierung und quantitative Auswertung ausgeschlossen sind und die Strukturlegetechnik insbesondere auf

[433] Scheele; Groeben 1988, S. 6.

die latenten Sinnstrukturen zielt. Folgende Formalrelationen werden angeboten:

- Formalrelationen im Bereich „Definieren“ sind: *ist gleich, bzw. ist identisch mit* und *zeigt sich als.*
- Formalrelationen im Bereich empirischer Abhängigkeiten sind: *je mehr; desto mehr/stärker; je mehr, desto weniger; je weniger, desto weniger; je weniger, desto mehr; ist gegenseitig abhängig* und *ist Voraussetzung für.*
- Formalrelationen im Bereich positiver und negativer Wertungen sind: *Konflikt*.
- Formalrelationen im Bereich von Handlungsabläufen und Handlungsalternativen sind: *führt zu* und *hat zum Ziel/zum Zweck (Absicht einer Handlung).*

Des Weiteren wird eine Gliederung mit Oberbegriffen und Unterkategorien angeboten. In der Arbeitshilfe für die Interviewpartner ist eine beispielhafte Umsetzung aufgeführt (siehe Anhang).
Damit erklärt sich auch die Frage, was eine subjektive Wissensansammlung zur Subjektiven Theorie macht. Kallenbach definiert eine Theorie über die drei notwendigen Aspekte Inhalt, Struktur und Funktion.[434] Mit dem Inhalt ist die Sachebene gemeint, die Struktur weist die Argumentationslinien und Begründungen aus und die Funktion einer Theorie beinhaltet die Beschreibung, Erklärung, Prognose und Technologie.

11.2 Methodisches Vorgehen bei der Datenanalyse

Das FST gibt keine exakt definierten Auswertungsstrategien vor. Für die Datenauswertung führen methodologische und forschungspraktische Abwägungen zur Orientierung an der Methode der thematischen Analyse.

Bei der Anwendung des thematischen Kodierens steht die Interpretation des Materials mit Blick auf die Vergleichbarkeit der Analysen im Vordergrund. Mit den folgenden Ausführungen werden die methodischen Prinzipien der Explikation nachvollziehbar gemacht. Die Datenauswertung zielt auf ein

[434] Vgl. Kallenbach 1996, S. 10.

Explizieren von Themen und Konzepten, um zeitnah in die Strukturlegephase und damit kommunikative Valdierung übergehen zu können. Das FST gibt kein spezielles Verfahren zur Datenanalyse an. Groeben et al. benennen allgemein inhaltsanalytisches Auswerten bzw. kodierende Verfahren.[435] Die Interviews müssen so bearbeitet werden, dass die inhaltlichen Konzepte und die dazugehörenden formalen Strukturbeziehungen abgebildet werden können.

Daher ist die Kategorienbildung eine induktive-abduktive, da die in der Untersuchung gewonnenen Daten nicht bereits bestehenden Kategorien zugeordnet werden können. Das Bilden von Kategorien ist ein intensiver analytischer Prozess, um innerhalb der individuellen Subjektiven Theorie von der Deskription zur verstehenden Analyse zu kommen.

Bei den Einzelinterviews wird das Auswertungsverfahren in Anlehnung an die thematische Analyse durchgeführt. Die Verbindung mit dem FST besteht darin, in den Texten nicht nur Inhalte und Themen zu entdecken, sondern auch deren deskriptive und kausale Aussagen. Da das Untersuchungsdesign auf Explikation eines Gegenstandes angelegt ist, werden keine vorgefertigten Auswertungskategorien an das Material herangetragen wie z. B. bei dem inhaltsanalytischen Verfahren nach Mayring. Ziel ist es, durch einen analytischen Prozess die ersten Auswertungseinheiten zu bilden, diese in Konzepte zu überführen und in Bezug auf ein Phänomen bzw. eine Interpretationsidee zu ordnen. Für die rekonstruierten Theoriestrukturen gibt es kein normatives Evaluationskriterium und damit auch nicht einen Abgleich zu einer wissenschaftlichen Theorie.[436]

Inwieweit Subjektive Theorien und objektive Erkenntnis deckungsgleich sind, hat auch für König keine Relevanz.[437] Ein konkreter Abgleich mit wissenschaftlichen Theorien wie z. B. Litwaks Theorie der Aufgabenteilung im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Angehörigen als ein Aspekt Subjektiver Theorien wird in dieser Untersuchung nicht angestrebt.[438]

---

[435] Vgl. Groeben; Wahl; Schlee; Scheele 1988, S. 183.

[436] Vgl. Keller 2008. Konfliktklärung als didaktische Herausforderung. Ein anderes Vorgehen findet sich in dieser Untersuchung. Dort werden die inhaltlichen Konzepte der Theorie der Konfliktklärung als Ausgangspunkt und Vergleichsmaßstab angelegt.

[437] Vgl. König 2001, S. 57.

[438] Einzelne konkrete Theorieaspekte mit der Empirie abzugleichen, würde den Untersuchungsansatz eingrenzen. Die Exploration von vielen verschiedenen Aspekten steht im Vordergrund.

Buchholz hat die Subjektiven Theorien von Angehörigen psychisch Kranker erhoben und damit die Alltagskonzepte anhand bestimmter Kategorien interpretiert. Sie führt dazu aus: „Die Bestimmung der Kategorien richtete sich nach der Relevanz und dem Stellenwert einzelner Wissensinhalte, die ihnen im Argumentationsgefüge eingeräumt wurde sowie nach ihren Beschreibungs- und Erklärungspotentialen für den Begriff der psychischen Krankheit. Die Kategorien wurden also nicht vorgegeben, sondern aus dem Material erarbeitet.“[439]

Ziel der Untersuchung ist es, sensitive Konzepte zu gewinnen und die Daten nicht ausschließlich zu komprimieren oder subsumieren, sondern zu qualitativ-interpretativen Analyseergebnissen vorzudringen.

Um zeitnah ein Stukturlegebild erstellen zu können, ist es wichtig, in einem ersten Schritt das Material auf die Themen und ihre Aspekte hin zu sichten. Damit das Material nicht zu kleinschrittig zergliedert und der Text in seiner Struktur erhalten bleibt, werden Themenbereiche im Interviewleitfaden sortiert. Konzepte im Sinne von Begriffen und den dazugehörenden Relationen sind aus den Sinneinheiten aus dem Text abgeleitet. Dies entspricht einem „Aufbrechen des Materials“ und einer Kategorienbildung, die sich aber noch auf der Ebene der Themen und in großer Nähe zum Interviewleitfaden darstellt. Dieser Schritt ist begründet in der Nähe zum Untersuchungsfeld und einem Wiedererkennungseffekt für die kommunikative Validierung.

Eine besondere Herausforderung stellen die methodologischen Anforderungen des FST im Hinblick auf die Auswertung dar. Zusammengefasst lässt sich der Ablauf der Datenanalyse wie folgt abbilden. In dem Schaubild sind auch die begrifflichen Definitionen enthalten, die für die folgenden Ausführungen Gültigkeit besitzen.[440]

---

[439] Buchholz 1991, S. 136.

[440] Ein Konzept ist mehr als ein verfasster Gedanke. Es beinhalten eine Art „Entwurf“ oder „Programm“ oder „gedankliche Zusammenfassung“. Ein Konzept beinhaltet meist mehrere Ideen und dient als Vorstufe für eine Theorie. Ein Konstrukt ist ein latenter Sachverhalt mit einer Konzept-Binnenstruktur. Es ist nicht direkt beobachtbar, existiert jedoch innerhalb von wissenschaftlichen Theorien oder Alltagstheorien. Konstrukte sind relativ abstrakte Begriffe wie z. B. Aufmerksamkeit, Intelligenz, Autorität, Ehre, Treue, Ironie.
Eine Subjektive Theorie als Konstrukt ist ein komplexes Aggregat von Konzepten und lässt sich in einem relationalen Netz abbilden. Sie ist ein Epi-Konstrukt, da es sich bei den Teilaspekten der subjektiven Konstrukte, wie z. B. Definitionen und Gesetzmäßigkeiten um eine Re-Konstruktion handelt. Naturgemäß sind Subjektive Theorien nicht widerspruchsfrei und per se inhaltlich ausgewogen. Keller führt dazu aus: „Außerdem repräsentiert eine Subjektive Theorie stets eine

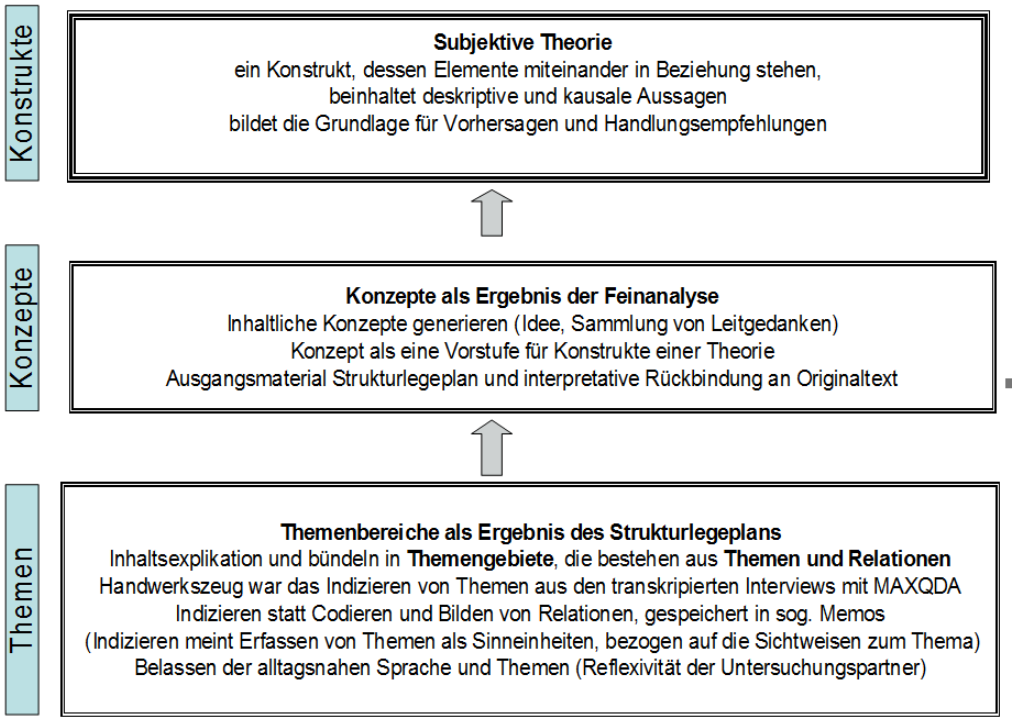


Abbildung 13: Analyseweg: Rekonstruktion von den Themen zur Subjektiven Theorie.

Das Thematische Kodieren zur Interpretation des Materials ist ein mehrstufiges Verfahren. Es eignet sich für Leitfadeninterviews mit engerer Themenvorgabe und soll die Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews erhöhen.[441] „Der Forschungsgegenstand ist dabei die soziale Verteilung von Perspektiven auf ein Phänomen oder einen Prozess.“[442] Da die Forschungsfrage auf der nomothetischen Ebene auch eine vergleichende Perspektive einnimmt, wird diese Auswertungsmethode ausgewählt. Das Auswertungskonzept lehnt sich somit an das Thematische Kodieren und an die Erarbeitung von relevanten Vergleichsdimensionen zur Typenbildung nach Kelle/Kluge an.[443]

Der erste Auswertungsschritt fokussiert die einzelnen Fälle, die als Einzelfallanalysen interpretiert werden. Für die Einzelfallanalyse werden

alltagsweltliche Handlungsform, während wissenschaftliche Theorien als handlungsleitend für den Teilausschnitt von Lebenssituationen gelten, welche sich an wissenschaftlichen Konventionen ausrichten.“ Keller 2008, S. 73.

[441] Vgl. Flick 2006, S. 272.

[442] Flick 2007, S. 402.

[443] Vgl. Flick 2006, S. 271 ff.

verdichtete Kurzbeschreibungen erstellt. Sie skizzieren die Interviewperson mit ihren spezifischen Mottos und den zentralen Themen, die sie im Interview angesprochen hat.
Der zweite Auswertungsschritt zielt auf eine Fein– bzw. Tiefenanalyse und führt zur intensiven Auseinandersetzung mit dem Forschungsmaterial. In dieser Analyse wird für jeden einzelnen Fall ein Kategoriensystem entwickelt, welches durch offenes Kodieren bzw. Indizieren entsteht.

Bei dieser Methode führt eine inhaltsanalytische Auswertung der Transkripte zu einer ausführlichen Einzelfalldarstellung. Dies entspricht dem ideographischen Ansatz, da die Person als die natürliche Analyseeinheit betrachtet wird. Dieser Teil versucht, die Annahmen und Alltagsvorstellungen der Interviewpartner zu einem möglichst schlüssigen Gesamtbild zusammenzufassen: zu ihrer Subjektiven Theorie.
Eine zusammenfassende Darstellung aller Befunde entspricht dem nomothetischen bzw. generalisierenden Ansatz und soll sich am Ende der Untersuchung als differenzierte Perspektive auf den Gegenstand abbilden.
Auf eine nomothetikorientierte Zusammenfassung der Subjektiven Theorien in einer Modalstruktur über z. B. ein inhaltsanalytisches Kategoriensystem und die Generierung einer übergeordneten Struktur wird in dieser Untersuchung zugunsten der idiographisch-explorativen Zielsetzung verzichtet.
Ein Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten und Unterschieden wird mittels einer Typenbildung angestrebt. Das entsprechende Vorgehen dazu wird nachfolgend dargelegt.

Gesprächsaktivitäten-Arbeitsschritte	Ziele und Maßnahmen
1. Einzelfallanalyse idiographischer Ansatz (individualisierend)	Verdichtete Kurzbeschreibung der Fälle (Steckbrief) mit wörtlichen Zitaten, sinngemäßer Wiedergabe und ersten Interpretationen.
2. Feinanalyse der Fälle	Detaillierte fallbezogene Analyse, Suche nach latenten Sinnzusammenhängen und deren Begründungen, Entwicklung eines Kategoriensystems für einzelne Fälle. Ziel: Rekonstruktion individueller Handlungs-, Begründungs- und Entscheidungsmuster.
3. Fall-/Gruppen-vergleich nomothetischer bzw. generalisierender Ansatz	Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten und Unterschieden, Vielfalt herausarbeiten ->Typenbildung.

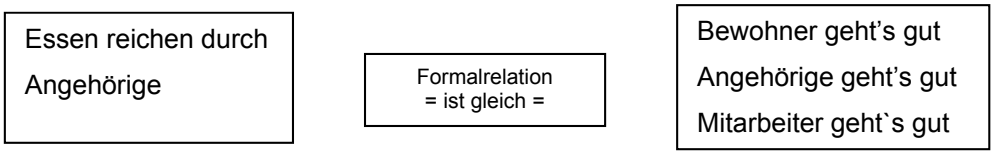
Abbildung 14: Arbeitsschritte Thematisches Kodieren.

Das Ausgangsmaterial sind die transkribierten Interviews. Jedes Interview wurde mehrmals gelesen und mehrmals im Original angehört. Erste Ideen zu Themen und Konzepten wurden dazu festgehalten. In nächsten Schritt wurde unter Zuhilfenahme des Datenauswertungsprogrammes MAXQDA 10 der Gesamttext kodiert. Mit einem offenen Kodieren wurden zunächst die Daten in Sinneinheiten gegliedert. Diese Kodes wurden mit Formalrelationen versehen zu Konzepten. Grundlage waren hier das Indizieren, Zuordnen und Bündeln von inhaltlichen Aussagen in Themen und den dazugehörenden Erklärungen und Begründungen. Technisch wurde dies durch das Schreiben von Memos erreicht, da damit sowohl die Textpassage indiziert als auch die dazugehörenden Erklärungen fixiert werden konnten.

Beispiel einer Textstelle aus den ersten sechs Minuten des Interviews:
Herr Findus: *„Essen reichen, ja des isch, ich mein des war des was ich eigentlich gsagt hab, ja, das des einfach e Möglichkeit isch die relativ, die sich einfach anbietet, ah und wo mer au ne Zufriedenheit herstelle kann 00:06:01-8.“*

IG: Für wen?
Herr Findus: *„Für eigentlich alle. Dann, also ich unterstell mal dem Bewohner geht's dabei auch gut >lacht< ah ja gut ja für alle 00:06:10-6.“*

Wissen über Angehörige: Memo 278; übersetzt in eine Aussage mit einer Formalrelation.



Der ideographische Analyseansatz führt zu ausführlichen Einzelfall-darstellungen. Nach der Kurzbeschreibung der Person mit dem ihr eigenen Motto folgt die grafische Darstellung des Strukturlegeplans, wie er im Original bei der kommunikativen Validierung entstanden ist. Dies stellt damit auch das „neue“ Ausgangsmaterial dar. Der validierte Strukturlegeplan enthält ovale grafische Elemente mit Textergänzungen. Dies sind Anmerkungen und Ergänzungen aus dem 2. Interview.
Für die Verbalisierung des Strukturlegespans im Sinne einer Feinanalyse wurden die Deskriptionen mit Textpassagen aus dem Interview belegt. In einem Zwischenschritt wurden die Konzepte entsprechend der inhaltlichen Themenbereiche tabellarisch inventarisiert.
Um zu einer Auswertung auf einer interpretativen und abstrakteren Ebene zu kommen, wurden die Konzepte pro Einzelinterview neu gefasst. Dazu wurden die einst aus dem Leitfaden definierten Themenbereiche aufgelöst und eine Transformation der Konzepte in eine weitere Abstraktionseinheit vorgenommen. Diese werden als Kategorien bezeichnet und stellen ein qualitatives-interpreratives Aggregierungsverfahren dar.

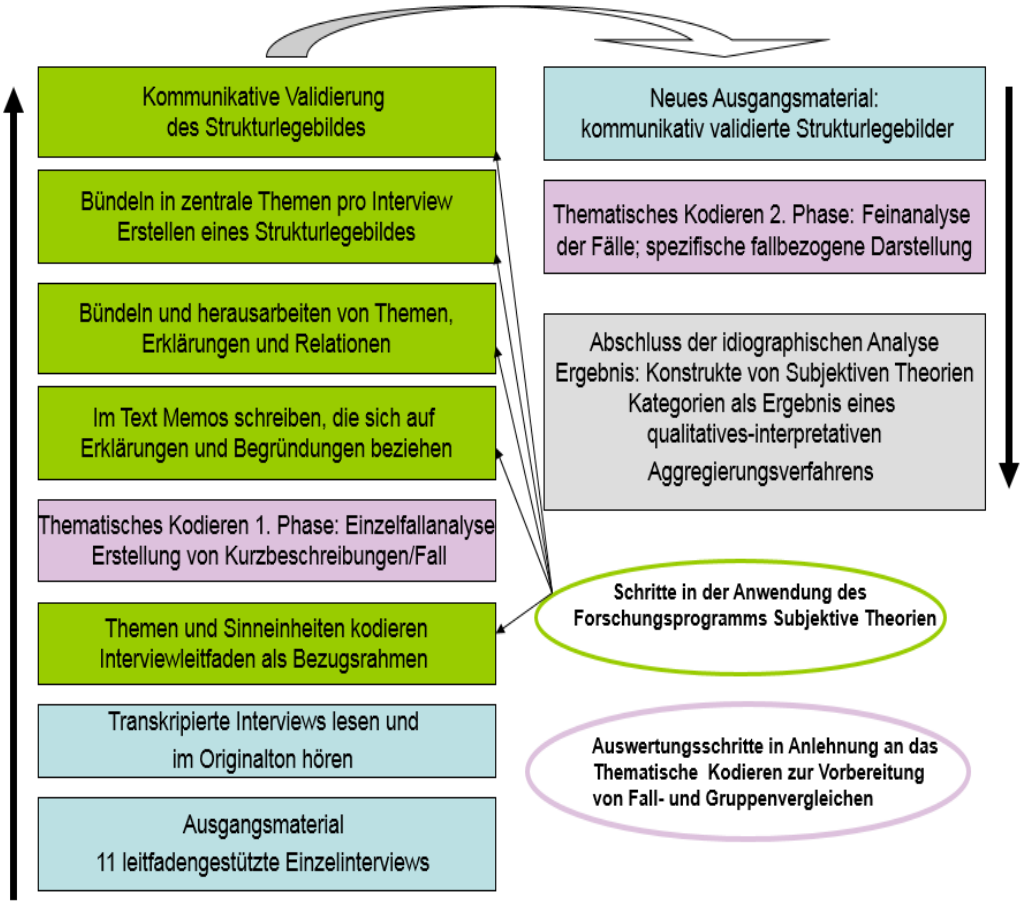


Abbildung 15: Ablauf der idiographischen Analyse.

11.2.1 Nomothetische versus idiographische Analyse

Die Sozialwissenschaften können zwischen einer nomothetischen (auf Gesetzmäßigkeiten und Wiederkehrendes zielenden) und einer ideographischen (auf das Einzigartige und Vollständige einer Persönlichkeit zielenden) Forschungsauffassung unterschieden werden.[444] Beide Ansätze wollen das Handeln eines Individuums erklären und vorhersagen und dienen der Theorienbildung.

Für die Subjektiven Theorien gilt, dass sie die spezifische Sichtweise eines Individuums untersuchen und somit idealtypisch für ideographische Forschung

[444] Vgl. Tschamler 1996, S. 36. Diese Einteilung geht auf Windelband zurück und orientiert sich and der Differenz zwischen Allgemeinem und Besonderem.

sind. „Eine Verallgemeinerung der Forschungsbefunde ist – so scheint es zumindest vordergründig – nicht möglich, da ja per definitionem eine Subjektive Theorie einem Subjekt zugesprochen wird; sie ist somit eine einzigartige Entität, von der niemand ernsthaft annehmen wird, dass sie – in ihrer Ganzheit als System untereinander verbundener Aussagen – identisch bei einer zweiten Person zu finden ist.“[445]

Birkhan schlägt zur Frage der Generalisierung von Subjektiven Theorien innerhalb des idiographischen Paradigmas vor, die Subjektiven Theorien auf Äquivalenzklassen von Umweltsituationen außerhalb der Untersuchungssituation hin verallgemeinern, um so das Verhalten des Individuums zu erklären.[446]

Für den Übergang zur nomothetischen Betrachtungsweise postuliert Birkhan: „Verhaltenserklärungen und Handlungsprognosen für Individuen, bei denen der Zusammenhang zwischen psychologischem Konstrukt und ihrem konkreten Handeln nicht erforscht wurde, sind nur dann möglich, wenn man sich ein überindividuelles Konstrukt vorstellt, das zumindest anteilsmäßig verschiedene Individuen zugleich besitzen können.“[447] Somit wird zum Konstrukt der Subjektiven Theorie ein weiteres Konstrukt einer Intersubjektiven Theorie eingeführt. In der vorliegenden Arbeit wird diese Form der Aggregierung nicht verfolgt.

11.2.2 Abduktion als kreatives Schlussfolgern

Den Erkenntnistheorien liegen unterschiedliche Methodologien zugrunde. Für die in der Datenauswertung notwendig zu generierenden Aussagen ist darzulegen, wie sie entstanden sind. Daher muss zwischen den induktiven, deduktiven und abduktiven Formen der Schlussfolgerungen abgewogen werden.

Deduktive Schlussfolgerungen sind logische Schlüsse vom Allgemeinen auf das Besondere oder vom Abstrakten auf das Konkrete.[448] „Diese Konklusion steckt bereits in den Prämissen, das Ergebnis wirkt nicht besonders

[445] Birkhan 1990, S. 232.
[446] Vgl. Birkhan 1990, S. 233.
[447] Birkhan 1990, S. 233.
[448] Vgl. Bortz; Döring 2006, S. 300.

überraschend."[449] Der Induktion, dem Weg vom Besonderen zum Allgemeinen, wird zugeschrieben, dass es sich um unsichere Schlüsse handelt, da sie die Ausgangsbasis, das Konkrete, verlassen: „Das Induktionsproblem ist bis heute ungelöst, d. h. es lässt sich nicht formal angeben, wie ein sicherer Schluss auf unbeobachtete oder zukünftige Ereignisse jenseits von Wahrsagerei möglich sein soll."[450] Kritisch gesehen wird dabei, dass es sich ausschließlich um eine Erweiterung des Geltungsbereiches handelt.

Reichertz beschreibt verschiedene Wege der Datenauswertung. Zum einen die Subsumption, deren logische Form die Deduktion ist, da sie Merkmale oder Merkmalsausprägungen einer bereits bekannten Ordnung unterordnet. Eine weitere Ordnung (Methode?) besteht darin, die Merkmalsausprägungen zu verlängern bzw. zu generalisieren. Hier handelt es sich um eine quantitative Induktion, da die Eigenschaften einer Stichprobe auf eine Gesamtheit bezogen werden, also vom Einzelfall aus eine Regel gebildet wird. Bei der qualitativen Induktion wird von dem Vorhandensein bestimmter qualitativer Merkmale auf das Vorhandensein anderer Merkmale geschlossen.[451]

Kelle und Kluge fassen zusammen, dass bei der Entwicklung von theoretischen Konzepten und Hypothesen Forscher im deduktiven Denkmodell rational begründete Schlussfolgerungen aus empirisch gewonnenen Daten ziehen. „Diesen Aspekt wissenschaftlicher Erkenntnis hatte der Induktivismus zu Recht betont, dabei aber seinerseits übersehen, dass Theorien nicht einfach eine Zusammenfassung von Daten darstellen, sondern vielmehr eine Erklärung von Daten bieten."[452] Sie fordern für die Entwicklung von theoretischen Konzepten und Typologien, dass diese empirisch begründet und theoretisch informiert sind.

Pierce erweiterte die Diskussion zwischen der erkenntnisbewahrenden Deduktion und der potenziell erkentniserweiternden Induktion um eine dritte Form des Schlussfolgerns, die Abduktion als ein erkenntnisgenerierendes Denkmodell.[453] Nach Lamnek ist die Abduktion keine der deduktiven und induktiven Logik vergleichbare alternative Schlussweise, sondern es handelt

[449] Bortz; Döring 2006, S. 301.
[450] Bortz; Döring 2006, S. 300.
[451] Vgl. Reichertz 1999, S. 52.
[452] Vgl. Kelle; Kluge 1999, S. 21.
[453] Vgl. Reichertz 1999 S. 49.

sich dabei um eine Haltung des Forschers, neue Überzeugungen zu suchen.[454] Lamnek ordnet die Abduktion in der Unterscheidung zum Erklären dem Verstehen zu. Breuer definiert Abduktion als eine gedankliche Figur der Entdeckung des Neuen: „Es ist unstrittig, dass es sich dabei nicht um eine beweiskräftige logische Ableitung, sondern um einen hinsichtlich des Wahrheitswerts riskanten Entwurf handelt, bei dessen Zustandekommen Kreativität erforderlich ist und auch der Zufall eine Rolle spielt.“[455] Für Bortz und Döring sind allgemeine Prinzipien und Hintergründe relevant, die wiederum die Fakten erklären können. „Die Abduktion liefert damit nicht mehr und nicht weniger als eine denkbare Erklärung oder Interpretation der Fakten.“ [456]

Zielt man auf Erkenntnis mittels Abduktion, besteht die Aufgabe darin, im Rahmen der Datenbearbeitung diese auszudeuten und noch nicht Bekanntes zu finden. „Eine Ordnung, eine Regel ist bei diesem Verfahren also erst noch zu (er)finden – und zwar mit Hilfe einer geistigen Anstrengung. Etwas Unverständliches wird in den Daten vorgefunden und aufgrund des geistigen Entwurfs einer neuen Regel wird sowohl die Regel gefunden bzw. erfunden und zugleich klar, was der Fall ist. Die logische Form dieser Operation ist die der Abduktion.“[457]

„Abduktionen nehmen ihren Ausgang von neuen und überraschenden Ereignissen, die mit vorhandenem Regelwissen nicht erklärt werden können. Hypothesen, die das Ergebnis abduktiver Schlussfolgerungen darstellen, sind Hypothesen über eine neue allgemeine Regel, die ein überraschendes Phänomen erklären.“[458] Die Abduktion ist demzufolge ein kreatives Schlussfolgern, bei dem mögliche Erklärungen und neue Ideen im Sinne von erklärenden Hypothesen entstehen können. Der Entdeckungszusammen-hang steht dabei im Vordergrund. Das Ergebnis ist eine erklärende Hypothese. Für eine Interpretation soll möglichst vielfältiges Wissen einbezogen werden. Idealerweise handelt es sich um ein Forschungsteam, welches aus unterschiedlichen Fachdisziplinen zusammengesetzt ist.

---

[454] Vgl. Lamnek 2005, S.79.
[455] Breuer 2010, S. 39.
[456] Bortz; Döring 2006, S. 301.
[457] Reichertz 1999, S. 54.
[458] Kelle; Kluge 1999, S. 23.

11.3 Zur Auswertung der Gruppendiskussionen

Die Auswertung der Gruppendiskussionen erfolgte in Anlehnung der thematischen Analyse ohne eine kommunikative Validierung. Die Untersucherin verzichtete auf eine weitere methodologische Grundlegung im Sinne der rekonstruktiv-hermeneutischen Verfahren. Die Aussagekraft der Gruppendiskussion im Hinblick auf die Ergebnisse innerhalb einer Fallanalyse ist als weitere Erkenntnisquelle zu werten, die auch die Methodentriangulation abbildet. Als „Ersatz" für die kommunikative Validierung wurde eine kurze mündliche Auswertung zu den Befindlichkeiten der Gruppendiskussionsmitglieder am Ende der Datenerhebung angeboten.

11.4 Zur Auswertung der Dokumentenanalyse

Die für die Analyse vorgesehenen Dokumente wurden ausschließlich auf ihre thematischen Inhalte (und ihre möglichen Funktionen in der Organisation) hin analysiert. Dies ist einerseits eine reduzierte Betrachtung der Dokumente, hilft jedoch andererseits, sich auf die Themen der Organisation zu konzentrieren. Die Prozesse der Erstellung, deren Form, Stil und Charakter wurden nicht in die Analyse einbezogen.

11.5 Weiterverarbeitung und Aufbereitung des Materials

Die individuelle Perspektive (idiographische Analyse) wird entfaltet, um in einem weiteren Analyseschritt in einen Vergleich von einzelnen Elementen der Subjektiven Theorie gehen zu können.[459] Zur Strukturierung des umfangreichen Materials wurden verschiedene Aufbereitungen erstellt (z. B. die Zusammenfassung der Perspektiven der Mitarbeiter und ihre Unterschiedsbildungen, eine Übersicht zu den Subjektive Theorien, deren Motto und interpretativen Kategorien). Diese sind im Anhang aufgelistet.

Die Unterschiedlichkeiten aller Subjektiven Theorien sollen in ihrer Vielfalt und Tiefe dargelegt werden. Ein Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den verschiedenen Fällen (interindividuelle Perspektive) im

[459] Aus streng idiografischer Perspektive kann man maximal Elemente im Sinne von Konzepten von Subjektiven Theorien vergleichen, um nicht den Forschungsansatz, der auf das Subjekt und seine eigenen Sinnzusammenhänge zielt, für weitere Analysen zu verzwecken.

Sinne der nomothetischen Analyse verfolgt ein Aggregieren von Inhalten und zielt auf eine implizite Typenbildung. Innerhalb der Stichprobe – die Gruppe aus dem Wohnbereich mit und die Gruppe aus dem Wohnbereich ohne Schwerpunkt Demenz – können Vergleiche gebildet werden.

11.6 Typenbildung

Durch die Bildung von Typen bzw. Typologien als Ergebnis einer fallübergreifenden Analyse ist es möglich, eine komplexe Realität zu reduzieren. Dabei wird das Ziel verfolgt, theorieorientierende Beschreibungen zu erhalten. Die Bildung von Merkmalen und ihre Dimensionalisierung stellt eine wesentliche Grundlage für die Konstruktion von Typen dar. Schmidt-Hertha und Tippelt beschreiben drei unterschiedliche Dimensionen von Typologien.[460] Eine erste Dimension führt zur inhaltlichen Unterscheidung auf einer Mikroebene, auf einer Mesoebene und auf der Makroebene. Die zweite Dimension verweist auf die Methode der Typenbildung selbst und unterscheidet in induktiv, deduktiv oder gemischt konstruierte Typologie. Grundgelegt ist dabei die Gegenüberstellung von theoretisch und eher deduktiv konstruierten Typen und den aus dem empirischen Material gewonnen sogenannten Realtypen. Mit der dritten Dimension rückt das Erkenntnisinteresse und Ziel von Typologien in den Mittelpunkt, indem die Typologien deskriptiv, verstehend oder explikativ charakterisiert werden. Dabei können Typologien, abhängig vom Studiendesign, Zeitpunkte oder Entwicklungsprozesse in den Blick nehmen. Die Autoren resümieren, dass in der Forschungspraxis nicht Idealtypen, sondern Mischtypen dominieren. „Dies ist darauf zurückzuführen, dass auch empirisch konstruierte Realtypen meist auf theoretischen Vorüberlegungen und Kenntnissen der Forschenden aufbauen.“ [461]

Kelle und Kluge beschreiben einen vierschrittigen Prozess zur Typenbildung.[462] Ihr Stufenmodell ist nicht linear und starr zu verstehen, zeigt jedoch die Teilschritte zur Typenbildung auf. Nachdem die relevanten Vergleichsdimensionen erarbeitet und erfasst sind, werden die Fälle gruppiert. Hierbei ist zu beachten, dass sich die Fälle ähneln und die Gruppierungen ausreichend

[460] Vgl. Schmidt-Hertha; Tippelt 2011, S. 33-34.
[461] Schmidt-Hertha; Tippelt 2011, S. 34.
[462] Vgl. Kelle; Kluge 1999, S. 82.

heterogen sind. Der dritte Schritt steht für die Analyse der Sinnzusammenhänge und hilft, die Merkmalskombinationen zu reduzieren. In dem abschließenden vierten Schritt werden die gebildeten Typen charakterisiert.

11.6.1 Verfahren zur Typenbildung im Forschungsprozess

Mit den Subjektiven Theorien, die als Rekonstruktionen auf der Individualebene ausführlich dargestellt sind, ist es möglich geworden, die Wissensbestände und Deutungsmuster mithilfe der Erkenntnisobjekte zu rekonstruieren. Diese interpretativ-fallverstehende Annäherung ermöglicht detaillierte Deskriptionen der einzelnen Fälle. Im Folgenden wird nun der Weg von den Konzepten, deren vergleichenden und kontrastierenden Darstellungen hin zur Typenbildung beschrieben.

In einem ersten Vergleich der ausgearbeiteten Einzelfälle zeigte sich schnell eine unterschiedliche Dimensionalisierung der Kategorien. Es drängte sich geradezu auf, diese Unterschiede zu kategorisieren und zu kontrastieren. Dieser Versuch, auf der Ebene der interpretativ ausgedeuteten gewonnen Kategorien für alle Fälle eine weitere Verdichtung der Ergebnisse herzustellen, war nicht zielführend und sinnstiftend. Diese Rekonstruktionen auf der Individualebene sind zu komplex und gleichzeitig zu inhomogen. Das Hauptproblem besteht darin, dass die induktiv-abduktiv gewonnenen Kategorien im Sinne von latenten Sinnstrukturen sich auf einem unterschiedlichen theoretischen Abstraktionsniveau bewegen.[463]

Die Untersucherin entschied sich daher für eine Weiterarbeit mit dem Datenmaterial auf der Konzeptebene. Die Konzepte als Bestandteile der jeweiligen Subjektiven Theorien und der Gruppendiskussionen sind mit ihren unterschiedlichen Merkmalsausprägungen aufbereitet.[464] Es wird dabei eine vergleichende und zum Teil kontrastierende Perspektive über alle einzelnen Subjektiven Theorien hinweg eingenommen. Eine Struktur konnte mit den Aspekten der Funktionsparallelität von Subjektiven Theorien gebildet werden.

[463] Ein methodologisch als stimmig zu erklärendes Phänomen, da sich die Subjektiven Theorien auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen bewegen.

[464] Hier wird bewusst der Begriff der Merkmalsausprägung verwendet. Es soll dargestellt werden, dass über alle Subjektiven Theorien hinweg zu den unterschiedlichen Themen verschiedenste Konzepte existieren. Sie lassen sich nicht immer eindeutig in einem kontrastierenden Gegenüber darstellen und werden themenbezogen gelistet.

Die charakterisierenden Mottos ergänzen die Beschreibung. Für die Auswertung konnten die Merkmale in vier unterschiedliche Typen gruppiert werden.

11.7 Ausblick auf die Darstellung der empirischen Ergebnisse

In den vorherigen Kapiteln wurden die gewählte Untersuchungsstrategie, der Untersuchungsverlauf und die Datenauswertung dargestellt. Die Entwicklung der Subjektiven Theorien der Mitarbeiter ist zentrales Anliegen und steht im Fokus der qualitativen Forschungsarbeit.

In Kapitel 12 werden alle elf Einzelfallanalysen vorgestellt und der Prozess der Generierung der Subjektiven Theorien in allen Entwicklungsschritten von der Kurzbeschreibung, dem entwickelten Strukturlegeplan, der Feinanalyse, dem Inventarisieren der Konzepte bis zu einem qualitativen Aggregierungsverfahren dargestellt. Dies wird von der Autorin im Sinne der Nachvollziehbarkeit und der Güte der Prozessdokumentation als besonders relevant betrachtet. Darüber hinaus geben die eingearbeiteten Textpassagen aus den Interviews einen kraftvollen Zugang und damit Einblick in das Erkenntnisobjekt. Jede Beschreibung der Subjektiven Theorie endet mit einer zusammenfassenden Interpretation. Doch die Kognitionen der Mitarbeiter sind weder voraussetzungslos noch existieren sie ohne externen Einfluss. Mitarbeiter sind eingebunden in soziale Systeme wie Arbeitsteams bzw. Gruppen und sie sind eingebunden in eine Organisation, die ihrerseits Aussagen und Werte postuliert. Deshalb sollen die sozialen Repräsentationen bzw. kollektiven Muster der drei Gruppen dargestellt und ihre möglichen Unterschiede, auch zu den Subjektiven Theorien, diskutiert werden. Da die Gruppendiskussionen als ergänzendes Datenmaterial gewertet werden, sind die Ergebnisse in Kapitel 13 dargestellt und die paraphrasierten Aussagen und deren zusammengefasste Konzepte im Anhang abgebildet. Die Dokumente der Organisation werden als organisationale Selbstbeschreibungen und als Versprechen der Organisation gegenüber den Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeiter bewertet. Die Rekonstruktion der organisationalen Beschreibungen soll im anschließenden Kapitel 14 erläutert werden. Eine zusammenfassende Betrachtung erfolgt in Kapitel 15 und leitet über in die Synthese in Form einer Typenbildung.

12. Darstellung der Ergebnisse - Rekonstruktionen auf der Individualebene

12.1. Subjektive Theorie von Frau Anstatt

Motto: *„Meine Person und meine Arbeit verhalten sich komplementär zu den Angehörigen.“*

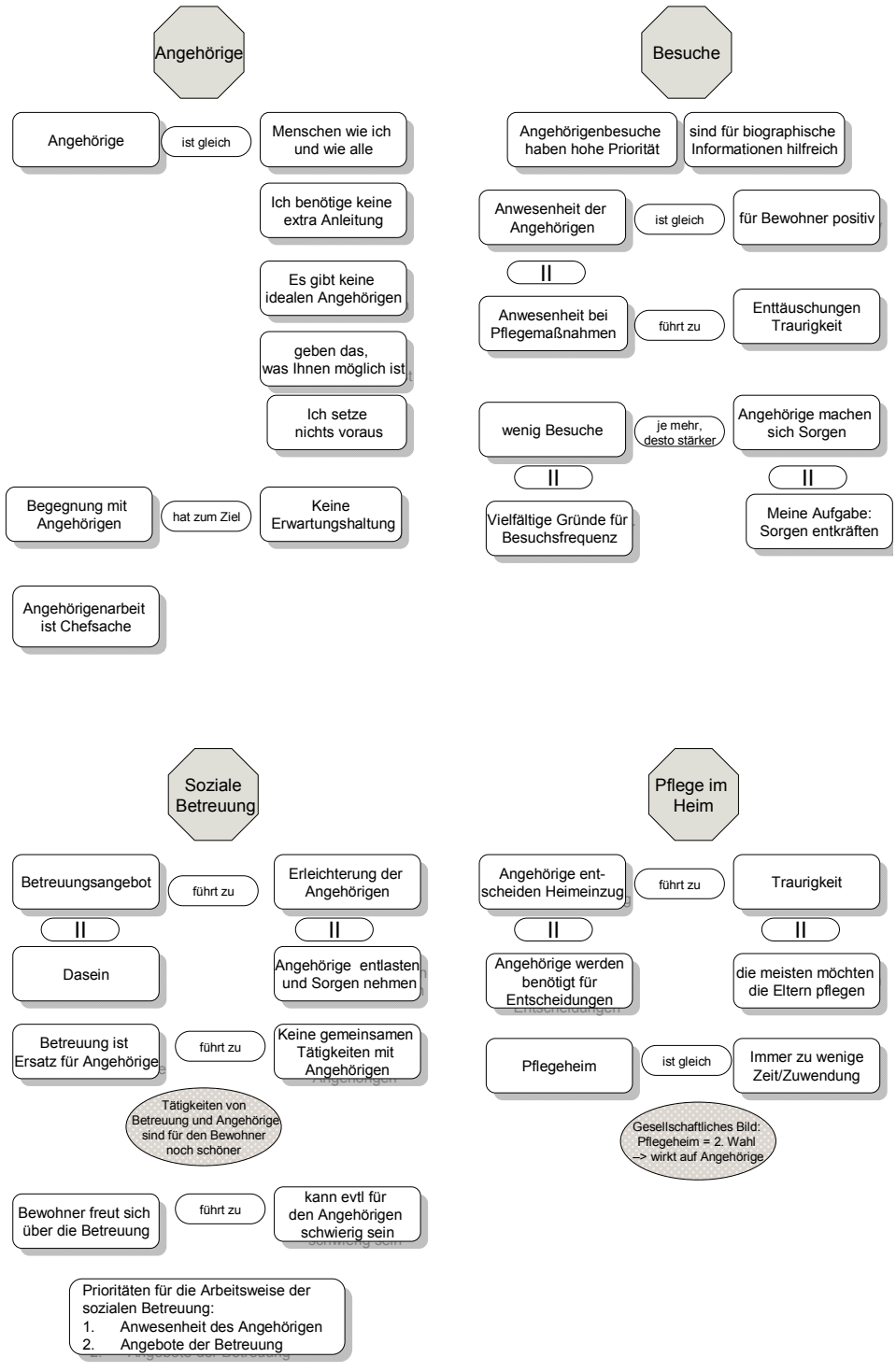
12.1.1 Kurzbeschreibung Frau Anstatt

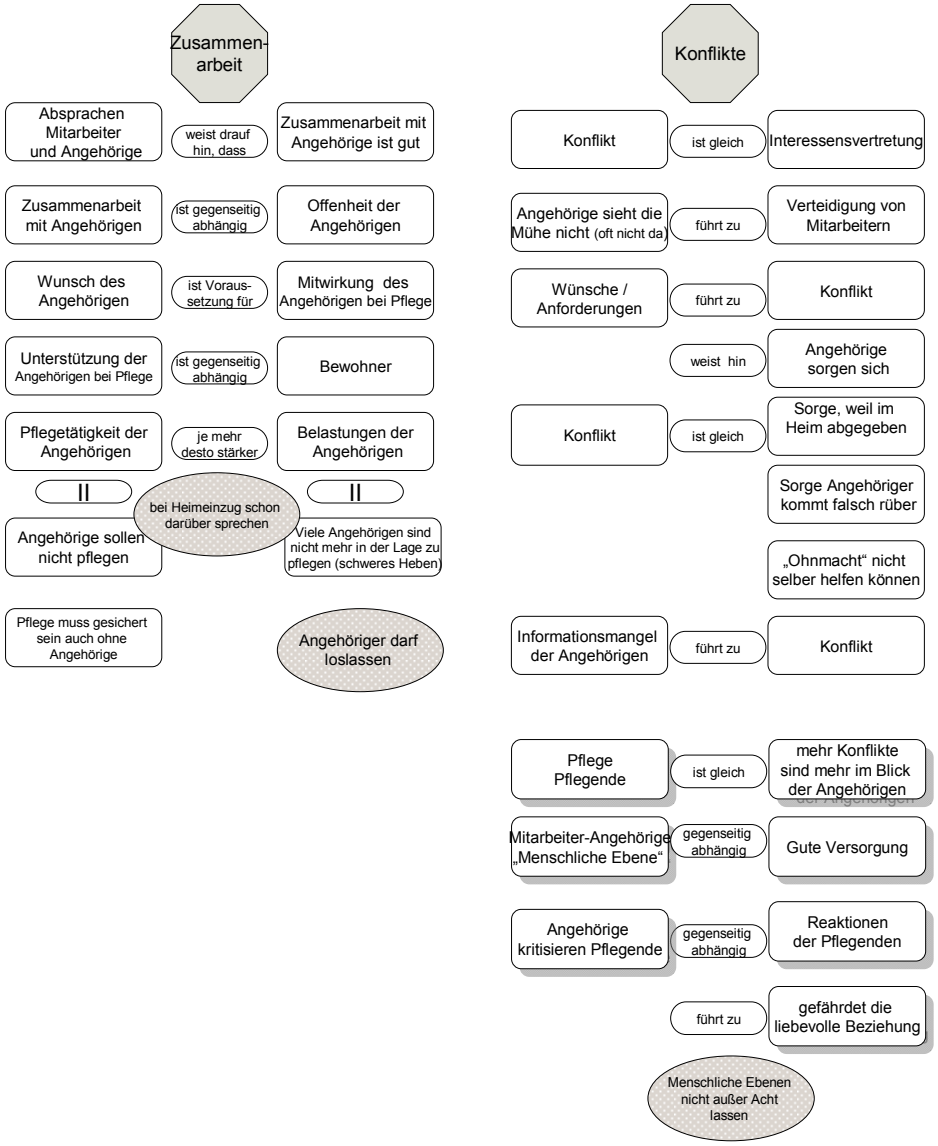
Frau Anstatt, 53 Jahre alt, ist seit drei Monaten in dem Altenpflegeheim tätig. Sie ist Mutter von fünf Kindern, geschieden und lebt zusammen mit ihrer jüngsten Tochter. Nach ihrer kaufmännischen Ausbildung, einer Familienphase und der Tätigkeit als Tagesmutter absolvierte sie ein Orientierungspraktikum in derselben Einrichtung, in der sie nun mit einer Teilzeitbeschäftigung (50%) in der Funktion als Betreuungshelferin nachmittags und in den Abendstunden eingesetzt wird. Sie erfüllt Aufgaben der zusätzlichen Betreuung für Menschen mit Demenz gemäß § 87b SGB XI in einem nicht segregativen Bereich. Dazu wurde sie von der zuständigen Leiterin des Sozialdienstes eingearbeitet. Frau Anstatt freut sich über die neue Tätigkeit und beschreibt diese als passend für ihre jetzige Lebenssituation.

Da Frau Anstatt ausschließlich in den Abendstunden arbeitet, begegnet sie sehr oft den Angehörigen. Sie nimmt die Besuche der Angehörigen zum Anlass, ihre Betreuungsaktivitäten zu verschieben oder zu ändern, da die Angehörigen für sie im Hinblick auf den Bewohner die höchste Priorität haben. Sie zeigt sich flexibel, respektiert die Kontaktzeit der Bewohner mit ihren Angehörigen und zieht sich dann zurück. Sie betont, dass sie dennoch nach allen Bewohnern schaue und es ihr nicht egal sei, was mit dem Bewohner passiere, wenn ihre Angebote wegen Besuchen von Angehörigen ausfallen. Sie unterbricht auch selbstverständlich ihre Aktivitäten in der Betreuung, wenn die Bewohner von den Angehörigen aus den aktuell stattfindenden Betreuungsangeboten herausgeholt werden. Damit anerkennt sie die wichtige und hilfreiche Funktion der Angehörigen für den Bewohner, die oft spezielle biographische Verbindungen zum Bewohner haben, die nicht durch sie als Betreuungskraft ersetzt werden können.

Angehörige sind für Frau Anstatt eine hilfreiche Informationsquelle, da sie über die Bewohner erzählen können. Ohne Angehörige kann man in ihren Augen die Bewohner nicht versorgen: Sie schlagen die Brücke zur Vergangenheit. Den Betreuern ist nur der Bewohner mit seiner Demenzerkrankung präsent. Informationen über die Vergangenheit helfen, ihn umfassender zu verstehen. Einen Zugang zum Verstehen des Bewohners und seines Verhaltens zu finden, geht Frau Anstatts Meinung nach nur über die Angehörigen. Gleichwohl respektiert sie die jeweiligen Familiensituationen und erwartet von einem Altenpflegeheim, dass die Versorgung auch ohne Angehörige funktioniert.
Beeindruckend sind die Voraussetzungslosigkeit und die liberale Haltung, mit der Frau Anstatt über die Angehörigen spricht: Angehörige seien „Menschen wie du und ich“ und zunächst gelte es, nichts vorauszusetzen und den Angehörigen möglichst erwartungsfrei zu begegnen. Getragen ist sie von der Idee, dass jeder sein Bestes gibt, auch die Angehörigen. Ihre Hauptthemen im Interview lassen sich im Strukturlegeplan bündeln in a) eine Definition der Angehörigen und ihre Besuche, b) die soziale Betreuung, c) die Pflege im Heim, d) die Zusammenarbeit und die Konflikte. Das Interview mit Frau Anstatt wurde über 63 Minuten aufgezeichnet. Gemäß ihren eigenen Aussagen hat sie Bedenken, ob sie relevante Auskünfte geben könne, da sie erst kürzlich mit ihrer Arbeit begonnen hat.

12.1.2 Strukturlegeplan





12.1.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans

Angehörige sind Menschen wie du und ich

Frau Anstatt beschreibt einen sehr unkomplizierten Zugang zu den Angehörigen. Sie legt dar, dass sie sich mit Taktgefühl situativ und menschlich

verhalte. Angehörige und Bewohner beschreibt sie als „Menschen wie du und ich“.

> *„Wär jetzt net auf die Idee komme, dass i ä extra Anleitung geben müsste so 06.23.“*

Ein freundlicher Umgang und ein entsprechender Gesprächston sind Frau Anstatt besonders wichtig. Sie möchte - im Sinne einer vernünftigen Gegenseitigkeit und deren regulativen Moments - mit Angehörigen und Bewohnern so umgehen, wie sie möchte, dass man auch mit ihr umgehen möge.

Frau Anstatt möchte die Angehörigen nicht in „Schubladen“ stecken, zeigt eine sehr liberale Haltung und möchte offen gegenüber allen sein. Ihrer Meinung nach sind alle Menschen unterschiedlich. Im Hinblick auf die Menschen mit Demenz, die ja auch ganz unterschiedliche Tage haben, habe man sich darauf einzustellen. Sie geht dabei von ihrer Erfahrung aus, dass sie selbst ja auch unterschiedliche Tage und Stimmungen habe.

> *„So ich find des darf mer au net, des kommt ja irgend ner Schublade gleich ah von daher nee ich bin eigentlich generell offen, ich hab mir des auch für die Bewohner vorgenommen. Ich finds wichtig dass mern generell offen ist, weil grad auch bei dementen Menschen kann der vorige Tag furchtbar gewesen sein, also jetzt furchtbar in Form von dass eben gar nichts ging und der nächste Tag ist eben ein völlig anderer* 09:42*.“*

Habe man Informationen über Angehörige, z. B. spezielle Wünsche, seien diese im Team weiterzugeben. Mehr dazu müsse man als Betreuungskraft über den Angehörigen nicht wissen, da es ja um den Bewohner gehe. Dieser steht für Frau Anstatt im Mittelpunkt (passt zum komplementären Gedanken).

Den idealen Angehörigen gebe es nicht – aus ihrer Sicht ist die Beziehung zwischen Bewohner und Angehörigen entscheidend, und diese Beziehungen können sehr vielfältig sein. Dies bedeutet auch, dass sie den idealen Angehörigen im Hinblick auf das Wohl des Bewohners definiert und nicht im Hinblick auf sie als Mitarbeiterin. Die Eigenschaften des idealen Angehörigen sind für sie demnach begrenzt auf ein Offen-Sein: offen für Kontakt und Rückmeldung. Die Begegnung mit dem Angehörigen soll nicht von Erwartungen geprägt sein. Die Besuchshäufigkeit ist kein Kriterium, aber Kommunikation und

Austausch über den Bewohner hält sie für wichtig. Ihrer Meinung nach haben Angehörige ganz unterschiedliche Möglichkeiten und sie tun, was sie können und wie oft sie es können.

> *„Ich mein jede, jeder, also ich geh eigentlich wirklich bei alle davon aus, dass jeder des gibt was er wirklich kann, was ihm möglich ist und es is halt bei einem der wirklich oft kommt dann ist es eben so und jemand der net kommen kann, hat au seine Gründe* 00:24:07-2*."*

Das Kümmern der Angehörigen nimmt sie als „normal kontrollierend" wahr. Auf die Frage, ob die Angehörigen auch unter die Bettdecke schauen, erklärt Frau Anstatt:

> *„Würd ich voraussetzen. >lacht laut< Also, würd ich als natürlich betrachten, dass mer des macht. Oder? Also ja* 00:42:54-1*."*

Die Besuche der Angehörigen

Angehörigenbesuche haben für Frau Anstatt eine hohe Priorität, weil sie einerseits für den Bewohner erfreulich sind und weil die Gespräche mit den Angehörigen andererseits ihr als Betreuungskraft bedeutsame biografische Informationen liefern. Die Besuche haben daher zwei wichtige Funktionen: Gegenüber dem Bewohner bilden sie eine Brücke zum bisherigen Leben und zur Familie, und den Mitarbeitern helfen sie, den Bewohner besser kennen-zulernen.

> *„wenn mer was gesagt kriegt von den Angehörigen und mer kann wo einhacken, ist es immer hilfreich* 00:11:44-2*."*
>
> *oder: „da bin ich wirklich also auf Mithilfe angewiesen von den Angehörigen* 00:18:48-7*."*

Frau Anstatt betont, dass in einem Altenpflegeheim die Versorgung natürlich ohne Angehörigen auch gewährleistet sein muss.

> *„... ah funktionieren muss es ohne aber wenn dann solche Dinge statt-finden eben wie ah mer kann so Angehörigengespräche haben oder es finden an bestimmten Tagen gemeinsame Gruppen statt, ich könnt mir vorstellen, dass es hilfreich ist. Aber wenn's halt dann eben net genutzt wird, muss au ein Plan B da sein. Weil ich denk mir nix ist schlimmer für ein Bewohner als wenn was ansteht und er steht dann alleine da ist. Also da muss man natürlich schon drauf gucken* 00:53:46-9*."*

In Familien gibt es unterschiedliche Beziehungskonstellationen, und im Hinblick auf die Besuchsfrequenz kann es vielfältige Gründe geben, warum Angehörige eventuell nicht so oft da sein können. Angehörige machen sich oft Sorgen deswegen. Frau Anstatt vermeidet hier eine Wertung oder Erwartung, sieht es aber als eine ihrer Aufgaben an, diese Sorgen der Angehörigen zu entkräften. Sich selbst sieht sie mit ihrer Tätigkeit deutlich in der Ersatzfunktion zu den Angehörigen. Sie möchte die Lücken auffangen, die entstehen, wenn keine Angehörigen da sind.

> *„Wenn jetzt natürlich Angehöriger kommt und und mir des sagen mer mal äußert, dass er sich jetzt Sorgen macht weil jetz die ganze Woche nicht konnte oder wie auch immer, dann denk i mir schon, dass i des a bissl entkräften kann. Na dass ich sagen kann, es waren so und so viele Termine, es war des und des ha mer gmacht und und dass mer da e bissl Sorge nehmen kann glaub ich also schon >genuschelt>* 00:13:54-8*.“*

Angehörige haben manchmal Schuldgefühle, wenn sie nicht so oft da sein können und eigentlich auch gerne zuhause selber pflegen würden, die Versorgung aber nicht übernehmen können; verschiedene, auch materielle Gründe können dagegen sprechen.

> *„Kann ich mir durchaus vorstellen. Weil ah ich ich würds jetzt so ausdrücken, ah irgendwo denk ich mal hat jeder die Vorstellung mer pflegt sein Elternteil wen auch immer bis zum Schluss 2 geh jetzt einfach, muss ich von mir aus gehen jetzt na, dass mer des gern möchte, dass aber irgendwelche also wirtschaftliche räumliche, gesundheitliche es gibt so viele Dinge die dann da vielleicht dagegen sprechen können, dass derjenige des net durchziehen kann, aber eben in Gedanken mit Mensch ich würd gern. Na und da könnt ich mir schon vorstellen, dass da ja und das sie sich da in irgend einer Form traurig sind drüber, dass sie des jetzt so haben mache müssen. Des könnt ich mer schon vorstelle 00:12:52-5.“*

Mögliche Schuldgefühle der Angehörigen sind für Frau Anstatt aber zweitrangig, da es in erster Linie um den Bewohner geht.

„Also ich würds jetzt als zweitrangig sag mer mal, also es ist wirklich in erster Linie der Bewohner, warum auch immer der da ist, ist glaub ich zweitrangig 00:13:54-8.“

Ihre Funktion der sozialen Betreuung nimmt sie wahr und verhält sich dabei komplementär zu den Angehörigen,

„... also ich möcht mich da jetzt net vordrängen, wenn schon jemand da ist 00:22:00-5.“

Pflege im Heim

Angehörige werden für wichtige Entscheidungen benötigt. Für Frau Anstatt sind die Angehörigen auch die Personen, die überhaupt über eine Versorgung im Heim entscheiden. Die Entscheidung ist für sie immer mit einer gewissen Belastung und Traurigkeit verbunden, da es eine Art „zweite Wahl“ ist. Mit dieser Einschätzung geht sie von ihren eigenen Gefühlen aus.

„Des wär vielleicht auch der Punkt, weil ich wär ein Angehöriger, dem des durchaus leid tät, dass des so sein muss 00:48:20-7.“

Die Heimversorgung wird von ihr sehr stark mit einem generellen „zu wenig“ in Verbindung gebracht; zu wenig Zeit, zu wenig Personal, zu wenig Zuwendung. Das allgemeine gesellschaftliche Bild von einem Pflegeheim wirkt ihrer Meinung nach auch auf die Angehörigen ein. Möglicherweise bringen Angehörige diese Vorstellung mit,und es ist enorm schwer, dagegen anzugehen: Es kann wie eine Hypothek sein, die auf den Mitarbeitern und ihrer Arbeit lastet.

Zusammenarbeit mit den Angehörigen

Aufgrund ihrer Tätigkeiten in der sozialen Betreuung kommt es eher zu unregelmäßige Kontakten mit den Angehörigen.

„Also i bin Betreuungshelferin für die Abendstunden, ich komm in der Regel zwischen halb fünf und halb neun, hab dann auch deswegen speziell beim Abendessen Kontakt mit Angehörigen und ja so zwischendrin wenn eben Besuch kommt. Ich mach mir ja meine Gedanken was ich mit jedem so mach und manchmal triffts sich halt dann so, dass eben grad jemand da ist, der dann spazieren geht und ich ändere dann mein Plan. Oder eben Mittwoch Nachmittags bin e bissl länger da, da kommts dann schon öfter vor dass jemand da ist

und ich dann eben denjenigen nicht mit in der Gruppe hab so ist es jetzt >genuschelt< bisher gewesen genau 00:01:17-1.“

Frau Anstatt ist sehr flexibel und passt ihre Angebote an den Bewohner und seine Besuchssituation an. Auf die Frage, was sie mit den Angehörigen gemeinsam macht, klärt sie auf:

„Also ich mach eigentlich nichts gemeinsam. Wie gesagt weil ich mich einfach zurückziehe wenn jemand da ist 00:17:41-5.“

Der Besuch der Angehörigen hat Vorrang: Wenn Angehörige kommen, lässt Frau Anstatt die von ihr angebotenen Beschäftigungsmöglichkeiten ausfallen. Andererseits hat sie die Erwartung, dass Angehörige die Angebote kennen und wenn möglich bei der Auswahl der Besuchszeiten berücksichtigen. Das wäre im Sinne des Bewohners, denn er hätte damit ein größeres Zeitfenster an Beschäftigung.

Auch formuliert sie hier eine weitere Erwartung, nämlich das Abmelden im Wohnbereich, wenn die Angehörigen mit den Bewohnern unterwegs sind.

„Würde ichs eigentlich schon vorrangig betrachten, wenn jetzt ein Besuch kommt, dass dann eben, sei es auch immer Gedächtnis-training oder sonst irgendwas, für den Bewohner halt ausfällt, es sei denn es ist jede Woche. Also, des würde ich mir halt vielleicht schon wünschen, dass wenn spezielles Programm ist, wie jetzt Freitags ist das Gedächtnistraining, dass man dann halt net grad jeden Freitag um drei dann kommt. Würde ich jetzt mal vielleicht als schade empfinden 00:20:15-6.“

Eine Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist für Frau Anstatt prinzipiell überlegenswert. Voraussetzung ist für sie, dass Angehörige dieses explizit wünschen.

IG: Könnten Sie sich vorstellen, dass Sie zusammen mit den Angehörigen was anbieten und was machen? 00:20:24-1.

„Also ich denk mir, wenn der Wunsch von Angehörigen käme, dann kann man so was sicher überlegen Ja 00:20:34-1.“

Eine Zusammenarbeit ist abhängig von der Offenheit, die ein Angehöriger dafür mitbringt und natürlich vom Wunsch des Bewohners: Nicht jeder Bewohner möchte von seinen Angehörigen versorgt werden. Frau Anstatts Meinung nach

soll der Angehörige auch loslassen können. Allerdings merkt sie an, dass es immer wieder Situationen wie z. B. die Mahlzeiten gebe, wo man mehr Unterstützung gut gebrauchen könne. Eine konkrete Erwartung an eine Mitarbeit der Angehörigen lehnt sie ab:

> *„... aber natürlich ah, ich kann net mit irgend ner Erwartungshaltung an den Angehörigen ran, des kann ich net >sehr leise<* 00:46:10-3.“

Für die Angehörigen kann sich die Anwesenheit, speziell bei der pflegerischen Versorgung, auch problematisch auswirken. Sind Angehörige bei den Pflegemaßnahmen anwesend, kann dies Frau Anstatts Meinung nach bei Angehörigen auch zu Enttäuschung und Traurigkeit führen.

> *„Ich selber würde ja sogar soweit gehen, ich meine es ist net wünschenswert, wenn nahe Angehörige zu viel Pflege übernehmen. >Gespräche im Hintergrund< Ich fänds viel schöner, wenn man sich auf einer anderen Ebene mit seinem Angehörigen trifft. Zum Spiel, zum Spaziergang, zu wirklich schönen Dingen, die net immer dieses Arzneibild, dieses, dieses ja dieses dieses medizinische Bild immer vor Augen. Weil ich denk eher, dass en Angehörigen runterzieht, wenn er zu viel bei Pflegeangelegenheiten dabei ist. Der könnt ich mir vorstellen. Ich denk mir, dass net jeder Mensch des einfach abkann, dass da eben gar nichts mehr geht oder nur noch soviel geht, oder. Ja, aber in jedem, bei jedem, liegt in jedem beim Ermessen an jedem Einzelnen* 00:40:31-3.“

Konflikte

Konflikte mit Angehörigen sind geprägt durch Informationsdefizite, die Sorge der Angehörigen und den hohen Bedarf an „Zuwendung“, der grundsätzlich in einem Pflegeheim besteht.

> *„Das ist manchmal wirklich einfach nur ah ah Informationsmangel. Oder halt natürlich vielleicht der Wunsch nach mehr. Aber es ist und bleibt ein Pflegeheim, in dem's wirklich trotz aller Müh nicht genügend Menschen gibt, die stundenlang bei einem Bewohner sitzen können. Aber ich denk eigentlich schon, dass da bei den Angehörigen eigentlich schon bekannt sein müsste* 00:26:37-5.“

Angehörigenkritik und daraus entstehende Konflikte beziehen sich auf ein generelles „zu wenig“ an Information. Eingehen auf individuelle Wünsche, Unterstützung beim Essen und Zuwendung sind Beispiele dafür. Frau Anstatt hat aber auch die Möglichkeit, diese Forderungen und Wünsche zu relativieren („Utopie, kein Hilton, wir sind ein großer Betrieb“).

Die Wünsche der Angehörigen führen manchmal zu Konflikten, da sie für ihren Bewohner das Allerbeste wollen, obwohl sie die knappen Ressourcen der Mitarbeiter wahrnehmen. Frau Anstatts Arbeit in der Betreuung ist zwar in dieser Hinsicht deutlich konfliktärmer als die Arbeit der Pflege: Besucher wünschen oft, dass ihre Angehörigen zuerst und vorrangig versorgt werden.

> *„Wenn ich seh wie die Pfleger mitunter rennen und man weiß aber halt dass da vorne auch schon jemand auf Toilette muss oder oder schon in der Hose eben was hat, dass 2 ja dass halt erst des und des Zimmer jetzt erledigt werden muss und da könnt ich mir vorstellen als Angehöriger dass mer da denkt ja warum ist jetzt net meine Mutter dran na. Ja. Bestimmt ist das eine Möglichkeit, sag mer mal. Da so zu denken weil jetzt hat keiner Zeit was ja net der Fall ist.Man kann net jetzt derart zwei Gänge auf einmal schlafen legen, wenn jetzt der Wunsch der Angehörigen ist, um sieben, kann der Wunsch ja von zwanzig Angehörigen sein und zwei Leute das sind können die net Punkt sieben zwanzig Bewohner ins Bett bringen, des geht net. Und da denk ich, ja, des kann bestimmt au zu Schwierigkeiten führen. Aber wie gsagt, es ist, denk ich mir, ich glaub die Pflege ist viel mehr im Fokus* 00:32:00-7.“

Konfliktsituationen resultieren nach Frau Anstatts Analyse aus Gefühlen von Sorge und Schuld:

> *„Also teilweise würde die ja als jetzt erst mal völlig normal betrachten, weil man sich vielleicht als wirklich für seinen Angehörigen ja alles Beste wünscht, dann eventuell noch diese Sorge ach jetzt hab ich ihn da abgeben und jetzt ist da der Nachmittag gar keiner, dass sie sich da solch Dinge eben zusammenreimen und selber eben net helfen können an dem Nachmittag oder eben an vielen Nachmittagen net, dass ein Stück einfach die Sorge diesen 2 diesen Wunsch falsch rüberbringt, sag mer mal so* 00:28:16-4.“

Für sie sind diese Konflikte Ausdruck des Sich-Kümmerns und von Sorge. Die Art, wie diese Sorgen artikuliert und kommuniziert werden, ist jedoch entscheidend:

> *„Also ich würds mal wirklich als Sorge, es ist eine Äußerung von Sorge. Würd ich's jetzt mal nehmen und es kommt ja immer auf den Ton an, wie des rüberkommt* 00:30:19-7*.“*

Andere Konflikte entstehen aus Unkenntnis. Es gibt Dinge, die man nur erfährt, wenn man öfter da ist. Die Versorgung alter Menschen in einem Pflegeheim ist eine anstrengende Arbeit, die oft von den Angehörigen nicht gesehen und nicht wertgeschätzt wird. Mitarbeiter sprechen dann den Angehörigen unter Umständen das Recht ab, sich zu äußern und gehen in eine Verteidigungshaltung.

> *„Und man gibt sich Müh und wenn dann ein Angehöriger kommt, den man no gar nie gesehen hat und mosert, des stell ich mir sehr sehr schwierig vor. Das ah, da dann wirklich ah, ja wie soll ich sagen, freilich man kann dann schildern, ich hab aber des, oder des oder einfach >undeutlich< ich glaub da kommt man dann schon in eine Verteidigung und des is traurig. Da, des wünsch ich mir net sag mer so >lacht< Ja,des* 00:25:37-2*.“*

Frau Anstatt ist es wichtig, die menschliche Ebene im Umgang mit den Angehörigen nicht außer Acht zu lassen. Die Mitarbeiter-Angehörigen-Beziehung und die gute Versorgung des Bewohners sind voneinander abhängig. Sie selbst nimmt sich dabei eher zurück und beschreibt, dass es wichtig sei, die Beziehung auch im Hinblick auf eine mögliche Konkurrenz zu „spüren“.

> *„Deswegen bin ich vorsichtig wenn Angehörige da sind. Muss mer ab abspürn bei jedem muss mer des abspürn. Es kann ja für den Angehörigen auch Erleichterung sein zu sehen, ah meine Mutter freut sich wenn da jemand kommt und mit ihr des macht mit dem Ball oder wie auch immer. Oder aber es ruft was anderes hervor, des weiß mer net, ich glaub mer dann halt in dem Moment abspüren. Gell und dann da eben vorsichtiger sein, wenn mer je weiß jetzt ist des da, dann*

nehme ich mich natürlich zurück. Also der Angehörige geht vor in dem Moment, fertig. So isch des 00:34:41-1.*“*

Frau Anstatt beschreibt eine Abhängigkeit, die Angehörige möglicherweise gegenüber den Mitarbeitern verspüren. Dies bezieht sich auf die Aufrechterhaltung einer guten Beziehung und die Tendenz, Kritik nur sehr vorsichtig zu äußern, da sie sonst Sanktionen gegenüber dem Bewohner befürchten.

„... und wenn ich was merk, würd ich auch mit den Pflegern reden, klar. Nur, des muss ich also sagen, ich wär vorsichtig. Ah, ich wär deshalb vorsichtig, ich sag des auch immer zu meine Kinder, ein Lehrer steht auch nur da und muss sein Job machen und der möcht ihn eigentlich au nur so machen so schön wie möglich. Und wenn ich den jetzt blöd anmache, dann kann ich eigentlich net erwarten, dass er noch besonders lieb zu meinem Kind is. Also würd ich mal jetzt so >lacht< also wenn ich doch was Schönes mir wünsch für meine Mutter, dann würd ich keinen Pfleger fertig machen. Also würd ich mir zumindest sag mer mal vornehmen. >lacht< das versuchen, dieses Verhältnis so schön wie möglich zu halten ja. Weil wir alle nur Menschen sind und 2 ja 00:48:20-7.*“*

und

„... aber ich denk mir die menschliche Ebene ist doch die, die des Ganze am Laufen hält oder eben auch ins Stocken bringt 00:49:10-2.*“*

12.1.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Anstatt

Tabellarische Darstellung der Konzepte entsprechend den inhaltlichen Themenbereichen

Themenbereiche	**Konzepte**	**Anzahl**
Angehörige	1. Angehörige sind Menschen wie du und ich. 2. Ich benötige keine extra Anleitung. 3. Es gibt keine idealen Angehörigen. 4. Angehörige geben das, was ihnen möglich ist. 5. Ich setzte nichts voraus.	7 Konzepte

	6. Begegnung mit Angehörigen hat das Ziel, keine Erwartungen zu haben. 7. Angehörigenarbeit ist Chefsache.	
Besuche	8. Angehörigenbesuche haben hohe Priorität. 9. Angehörigenbesuche sind für biografische Informationen hilfreich. 10. Anwesenheit ist für den Bewohner positiv. 11. Anwesenheit bei Pflegemaßnahmen führt zu Enttäuschung und Traurigkeit. 12. Je wenige Angehörige Besuche machen können, umso mehr machen sie sich Sorgen. 13. Es gibt viele Gründe, warum Angehörige unterschiedlich oft Besuche machen. 14. Es ist meine Aufgabe, diese Sorge der Angehörigen zu entkräften (durch mein Dasein).	7 Konzepte
Soziale Betreuung	15. Betreuungsangebot (Dasein) führt zur Erleichterung der Angehörigen. 16. Betreuungsangebot nimmt Angehörige Sorge und führt zur Entlastung. 17. Betreuung ist Ersatz für Angehörige; daher führt sie dazu, dass es keine gemeinsamen Tätigkeiten mit den Angehörigen gibt. 18. Freude des Bewohners über die soziale Betreuung führt dazu, dass es für den Angehörigen schwierig sein kann. 19. Prioritäten: 1. Anwesenheit des Angehörigen, 2. Angebote der Betreuung.	5 Konzepte
Pflege im Heim	20. Angehörige entscheiden über den Heimeinzug. 21. Entscheidung zum Heimeinzug durch Angehörige führt zur Traurigkeit (Versagen). 22. Die meisten Angehörigen möchten die Eltern zu Hause pflegen. 23. Das Pflegeheim ist gleichzusetzen mit einem „immer zu wenig“ an Zeit. 24. Das Pflegeheim ist eine zweite Wahl (gesellschaftliches Bild); das wirkt auf Angehörige.	5 Konzepte
Zusammenarbeit	25. Absprachen der Mitarbeiter und Angehörigen weisen darauf hin, dass die Zusammenarbeit mit Angehörigen gut ist. 26. Zusammenarbeit mit Angehörigen ist abhängig von deren Offenheit.	10 Konzepte

	27. Wunsch des Angehörigen ist Voraussetzung für die Mitwirkung bei der Pflege. 28. Unterstützung der Angehörigen bei der Pflege ist gegenseitig abhängig vom Bewohner. 29. Je mehr die Pflegetätigkeiten der Angehörigen desto stärker sind die Belastungen der Angehörigen. 30. Angehörigen sollen nicht (mit-)pflegen. 31. Viele Angehörige sind auch nicht mehr in der Lage zu pflegen (schweres Heben). 32. Die Frage der Mitwirkung bei der Pflege soll schon beim Heimeinzug angesprochen werden. 33. Angehörige dürfen loslassen. 34. Pflege muss gesichert sein auch ohne die Angehörigen.	
Konflikte	35. Konflikte sind Interessensvertretungen der Angehörigen. 36. Angehöriger sieht die Mühe mit dem Bewohner nicht, da er oft nicht da ist. Dies führt zur im Konflikt zur Verteidigung der Mitarbeiter. 37. Wünsche und Anforderungen der Angehörigen führen zum Konflikt. 38. Wünsche und Anforderungen der Angehörigen weisen darauf hin, dass Angehörige sich sorgen. 39. Konflikt ist Sorge/Schuld, den Angehörigen im Heim abgegeben zu haben. 40. Konflikt ist Sorge der Angehörigen, die falsch rüberkommt. 41. Konflikt ist Ohnmacht, nicht selber helfen zu können. 42. Informationsmangel der Angehörigen führt zu Konflikt. 43. Pflege/Pflegende haben mehr Konflikte, da sie mehr im Blick der Angehörigen sind. 44. Die menschliche Ebene (Mitarbeiter-Angehöriger) ist gegenseitig abhängig von einer guten Versorgung. 45. Angehörige kritisieren Pflegende und das ist gegenseitig abhängig von den Reaktionen der Pflegenden. 46. Kritik an Pflegenden führt zur Gefährdung der liebevollen Beziehung zum Bewohner. 47. Die menschliche Ebene soll nicht außer Acht gelassen werden.	12 Konzepte
6 Themenbereiche		47 Konzepte

12.1.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien

12.1.5.1 Darstellung in Tabellenform

Konzepte der Subjektiven Theorie	**Interpretative Zusammenfassung**	**Kategorien** Transformation der Konzepte in eine weitere Abstraktionseinheit
1. Angehörige sind Menschen wie du und ich. 2. Ich benötige keine extra Anleitung. 3. Es gibt keine idealen Angehörigen. 4. Angehörige geben das, was ihnen möglich ist. 5. Ich setze nichts voraus. 6. Begegnung mit Angehörigen hat das Ziel, keine Erwartungen zu haben. 7. Angehörigenarbeit ist Chefsache. 26. Zusammenarbeit mit Angehörigen ist gegenseitig abhängig von deren Offenheit. 27. Wunsch des Angehörigen ist Voraussetzung für die Mitwirkung bei der Pflege. 28. Unterstützung der Angehörigen bei der Pflege ist gegenseitig abhängig vom Bewohner. 33. Angehörige dürfen loslassen. 34. Pflege muss gesichert sein auch ohne die Angehörigen. 35. Konflikte sind Interessens-vertretungen der Angehörigen.	Angehörige sind Menschen, an die keine besonderen Erwart-ungen gestellt werden. Diese Voraussetzungs-losigkeit reduziert Erwartungen und Konfliktpotenziale. Grundsätzlich ist es aber wichtig, die Unterschiede z. B. im Hinblick auf eine Mitwirkung heraus-zufinden. Die Anliegen oder Interessen sollen dann miteinander ausgehandelt werden. Kommunikation dient dem Arrangement.	**Aushandlung** (zur Erwartungs-klärung)
18. Freude des Bewohners über die soziale Betreuung führt dazu, dass es für den Angehörigen schwierig sein kann. 25. Absprachen der Mitarbeiter und Angehörigen weisen darauf hin, dass die Zusammenarbeit mit Angehörigen gut ist. 36. Angehöriger sieht die Mühe mit dem Bewohner nicht, da er oft nicht da ist. Dies führt im Konflikt zur Verteidigung der Mitarbeiter. 44. Die menschliche Ebene (Mitarbeiter-Angehöriger) ist	Eine gute Versorgung ist beziehungsabhängig und in der Triade von Mitarbeiter, Bewohner und Angehörigen zeigen sich wechsel-seitige Wirkungen. Mitarbeiterreaktionen können von Kritik beeinflusst sein und Wertschätzung kann Konkurrenz auslösen. In diesen Interaktionen	**Soziale Interdependenz**

gegenseitig abhängig von einer guten Versorgung. 45. Angehörige kritisieren Pflegende und das ist gegenseitig abhängig von den Reaktionen der Pflegenden. 46. Kritik an Pflegenden führt zur Gefährdung der liebevollen Beziehung zum Bewohner. 47. Die menschliche Ebene soll nicht außer Acht gelassen werden.	zeigen sich soziale Abhängigkeiten.	
19. Prioritäten: 1. Anwesenheit des Angehörigen, 2. Angebote der Betreuung. 8. Angehörigenbesuche haben hohe Priorität. 9. Angehörigenbesuche sind für biografische Informationen hilfreich. 12. Je wenige Angehörige Besuche machen können, umso mehr machen sie sich Sorgen. 13. Es gibt viele Gründe, warum Angehörige unterschiedlich oft Besuche machen. 14. Es ist meine Aufgabe, diese Sorge der Angehörigen zu entkräften (durch mein Dasein). 15. Betreuungsangebot (Dasein) führt zur Erleichterung der Angehörigen. 16. Betreuungsangebot nimmt Angehörigen Sorge und führt zur Entlastung. 17. Betreuung ist Ersatz für Angehörige; daher führt es dazu, dass es keine gemeinsamen Tätigkeiten mit den Angehörigen gibt. 19. Prioritäten: 1. Anwesenheit des Angehörigen, 2. Angebote der Betreuung.	Angehörigenbesuche helfen, die Sorgen zu nehmen. Dabei leistet das soziale Betreuungsangebot einen entlasteten Beitrag, da es immer dann stattfindet, wenn Angehörige nicht da sind. Die von ihr angebotene soziale Betreuung ist auf Komplementarität zu den Angehörigen ausgerichtet.	**Komplementarität** (zu Angehörigen)
20. Angehörige entscheiden über den Heimeinzug. 21. Entscheidung zum Heimeinzug durch Angehörige führt zur Traurigkeit (Versagen). 22. Die meisten Angehörigen möchten die Eltern zu Hause pflegen.	Angehörige entscheiden über den Heimeinzug, bleiben aber in einer sorgenden Beziehung. Selbst Konflikte sind Ausdruck von Sorge, die auch in Verbindung stehen mit einem Schuldgefühl	**Sorgende Angehörige**

23. Das Pflegeheim ist gleichzusetzen mit einem „immer zu wenig“ an Zeit. 24. Das Pflegeheim ist eine zweite Wahl (gesellschaftliches Bild); das wirkt auf Angehörige. 37. Wünsche und Anforderungen der Angehörigen führen zum Konflikt. 38. Wünsche und Anforderungen der Angehörigen weisen darauf hin, dass Angehörige sich sorgen. 39. Konflikt ist Sorge/Schuld, den Angehörigen im Heim abgegeben zu haben. 40. Konflikt ist Sorge der Angehörigen, die falsch rüberkommt. 41. Konflikt ist Ohnmacht, nicht selber helfen zu können. 42. Informationsmangel der Angehörigen führt zu Konflikt.	wegen der Heim-versorgung.	
10. Anwesenheit ist für den Bewohner positiv. 11. Anwesenheit bei Pflegemaßnahmen führt zu Enttäuschung und Traurigkeit. 29. Je mehr die Pflegetätigkeiten der Angehörigen desto stärker sind die Belastungen der Angehörigen. 30. Angehörigen sollen nicht (mit-)pflegen. 31. Viele Angehörige sind auch nicht mehr in der Lage zu pflegen (schweres Heben). 43. Pflege/Pflegende haben mehr Konflikte, da sie mehr im Blick der Angehörigen sind.	Angehörigen sollen anwesend sein, jedoch nicht bei den Pflegetätigkeiten, denn dies führt zu einer gewissen Traurigkeit und Belastung.	**Belastung** (durch pflegerische Maßnahmen)

12.1.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Anstatt

Folgende Leitideen von Frau Anstatt lassen sich zusammenfassend dar-stellen. Sie stellen einen Bestimmungsversuch ihrer Subjektiven Theorie dar.

Aushandlungen (zur Erwartungsklärung)

Der Blick auf die Angehörigen ist von Pragmatismus geprägt. An die Angehörigen werden keine besonderen Erwartungen gestellt, denn sie sind

Menschen wie du und ich. Ihr Pragmatismus erklärt auch, dass Frau Anstatt im Umgang mit Angehörigen keine spezielle Anleitung benötigt. Sie legt keine moralisch eingefärbten Verantwortungskategorien im Hinblick auf die Versorgung von Menschen im Altenpflegeheim und die Besuchshäufigkeit von Angehörigen zugrunde, sondern geht davon aus, dass die Menschen grundsätzlich das geben, was sie können.

Diese Haltung ist einerseits realitätsorientiert, wirkt andererseits aber auch konfliktreduzierend. Frau Anstatts differenzierte Sichtweise zu den Konflikten, den Konfliktauslösern und ihren Erklärungsmustern könnte ein Teil ihres Programm zur Konfliktvermeidung sein. Bei der Konfliktbetrachtung schaut sie auf die Seite der Angehörigen und der Mitarbeiter.

Wünsche der Angehörigen, deren Schuld- und Ohnmachtsgefühle und Kommunikationsprobleme, ausgelöst durch die Sorge der Angehörigen, können konfliktträchtige Interaktionen auslösen. Solche Interaktionen finden eher mit dem Pflege- als mit dem Betreuungspersonal statt. Frau Anstatt fokussiert die Konflikte auf den Pflegebereich und ergänzt, dass das Pflegepersonal tatsächlich stärker im Fokus der Angehörigen stehe. Sie selbst dagegen sei eher in konfliktfreier Arbeit tätig, nämlich der sozialen Betreuung, die sie auch als „die schönen Dinge“ beschreibt.

Unterschiedliche Wünsche auch im Hinblick auf eine mögliche Mitwirkung bei der Versorgung der Bewohner machen aus ihrer Sicht ein kommunikatives Handeln nötig. Schon zu Beginn des Heimaufenthaltes kann ihrer Meinung nach ausgehandelt werden, wie die Zusammenarbeit und eine mögliche Mitwirkung aussehen sollen. Dabei sind Einschränkungen von allen Beteiligten möglich. Frau Anstatt favorisiert einen Interessensausgleich, der durch eine partnerschaftliche Interaktion möglich wird. Erwartungen an Angehörige zur Mithilfe hat sie nicht, da es im Altenpflegeheim auch ohne die Angehörigen funktionieren muss. Der Interessensausgleich zielt darauf, den Angehörigen Teilhabe an dem Leben im Altenpflegeheim zu ermöglichen. Ihre Aussagen dazu weisen auf gleichberechtigte Partner hin, die aushandlungsfähig sind.

Soziale Interdependenz

Am Beispiel des Lehrers, der sein schwieriges Verhältnis zu kritisierenden Eltern an das Kind weitergibt, erklärt Frau Anstatt die von ihr gedachten Abhängigkeiten. Sie beschreibt diese als menschliche Reaktion und vermeidet damit gleichzeitig auch eine Bewertung. Frau Anstatt skizziert einige sozial interdependente Situationen. Dabei werden in mehreren Interaktionsmustern Abhängigkeiten mit Rückkoppelungseffekten beschrieben. Kritik könne Reaktionen bei den Pflegenden auslösen, die möglicherweise die liebevolle Beziehung zum Bewohner gefährdet. Auch eine besondere Wertschätzung ihrer Tätigkeit durch die Bewohner birgt die Gefahr, sich zu einer Konkurrenzsituation mit den Angehörigen zu entwickeln. Ihre Interdependenz-bewältigung geht wohl eher in die Richtung, dafür zu sorgen, dass Konflikte oder Störungen am besten gar nicht auftreten (indem sie z. B. stets die menschliche Ebene einbezieht). Da sie als neue Mitarbeiterin und als Hilfskraft eingesetzt ist, ist diese Sichtweise als ein Herantasten an die Situation im Altenpflegeheim zu verstehen. Da sei es naheliegend, sich auf den konkreten Auftrag, nämlich die sozialen Betreuung der Bewohner, zu konzentrieren.

Komplementarität zu den Angehörigen

Frau Anstatt sieht in ihrer Aufgabe in der sozialen Betreuung auch den Auftrag, die Angehörigen zu entlasten. Dies geschieht ihrer Meinung nach vor allem dadurch, dass ihre Anwesenheit und die Angebote der sozialen Betreuung den Angehörigen die Sorge nimmt, wenn sie selber gerade keine Besuche machen und demzufolge nicht „da sein“[465] können. Ihr Handeln in der sozialen Betreuung ist auf Komplementarität zu den Angehörigen ausgerichtet. Wenn Angehörige da sind, stellt sie ihre Angebote für diesen Bewohner zurück. Sowohl der Besuch als auch die Betreuungsaktivität sind für den Bewohner im Idealfall positive Angebote. Die soziale Betreuung und Frau Anstatts Rolle bilden eine ergänzende Struktur zu dem, was Angehörige tun. Einander ergänzende Strukturen treffen räumlich und zeitlich nicht zusammen, beziehen

[465] Der hier verwendete Begriff Dasein bezieht sich nicht auf die Gedanken und zentralen Aussagen des Existenzphilosophien Martin Heideggers, der den Begriff DaSein im Sinne von MitSein geprägt hat. Der hier verwendete Begriff Dasein entspringt der Alltagssprache der Interviewperson und ist im Sinne von „als Besuch anwesend sein“ zu verstehen.

sich aber aufeinander und ergeben zusammen eine sinnhafte Gestalt (Bsp. Komplementärfarben, Komplementärmedizin). Frau Anstatt nimmt eine komplementäre Rolle zu den Angehörigen ein. Daraus entwickelt sie ihr Handeln und ihre Begründungen. Die Komplementarität von familialer und professioneller Hilfe ist ein typisches Kennzeichen der häuslichen Versorgung. In einer stationären Versorgung muss dieses Konzept neu aufgelöst werden. In den Altenpflegeheimen wird meist unterschieden zwischen einem beruflichen und einem familialen System. Frau Anstatt nimmt eine komplementäre Rolle zu den Angehörigen innerhalb des familialen Systems ein. Die Komplementariät anerkennend, findet sie einen Part, der eigenes Handeln möglich macht, bliebt damit jedoch im familialen Bezugssystem. Differenz und möglicherweise Konkurrenz zum beruflich-pflegerischen System kann so entstehen. An erster Stelle stehen die Angehörigen, danach kommen die Angebote der sozialen Betreuung. Mit dieser Sichtweise entsteht auch eine Priorisierung, die möglicherweise einen Dissens bilden kann zu den Perspektiven anderer Teammitglieder innerhalb des Wohnbereiches. Dies bekräftigt sie wie folgt: *„Also der Angehörige geht vor in dem Moment, fertig. So isch des 00:34:41-1“.*

Sorgende Angehörige

Angehörige entscheiden über den Heimeinzug und haben auch das Recht, nicht weiter aktiv zu pflegen, aber sie bleiben in einer sorgenden Beziehung zu ihren Angehörigen. Selbst Konflikte sind Ausdruck von Sorge, die auch in Verbindung stehen können mit einem Schuldgefühl, bedingt durch die Heim-versorgung. Da sich Angehörige sorgen, kann man ihnen den Konflikt, den sie möglicherweise verursachen, auch nicht verübeln. Im Gegenteil, sie sind in Sinne von Frau Anstatt als ein positiver Ausdruck von Sich-Kümmern und -Sorgen zu interpretieren. Da im Altenpflegeheim ein permanenter Mangel an Zeit und Zuwendung herrscht, ist diese Sorge legitim.

Belastung

Obwohl sich Angehörige durch die Heimversorgung entlasten und die Belastung durch die direkten Pflegetätigkeiten nun nicht mehr haben, sind sie weiterhin auf andere Weise belastet. Sind sie bei ihren Besuchen mit

pflegerischen Tätigkeiten konfrontiert, so führt dies oft zu Enttäuschungen und Traurigkeit. Daher ist es für sie besser, sich mit angenehmen Dingen wie der sozialen Betreuung zu beschäftigen. Die Pflege bringt, verglichen damit, erheblich mehr Belastung mit sich. Sich davon zu distanzieren gelingt Frau Anstatt durch die Positionierung ihrer Person und ihrer Tätigkeit in der funktionalen Komplementarität zu den Angehörigen.

12.1.6 Zusammenfassung

Im Hinblick auf die Funktionsparallelität von Subjektiven Theorien in die Funktionen Beschreibung, Erklärung, Prognose und Technologie[466] kann in dieser Subjektiven Theorie festgestellt werden, dass zu allen Funktionen einer Subjektiven Theorie Ausführungen gemacht werden. Die Konzepte ergeben eine schlüssige und implizite Argumentationsstruktur und können als handlungsorientierend angesehen werden.

Die Beobachtung von Abhängigkeiten und die von Frau Anstatt wahrgenommenen Interdependenzen führen zu einem Handeln, das auf Konfliktprävention ausgerichtet ist. Dazu gehört auch, sich den sozialen Interdependenzen zu entziehen und in einer Ersatzfunktion anwesend sein. Auch kann in dieses Erklärungsmuster eingefügt werden, dass Angehörigenarbeit Chefsache sei. Angehörige sind in Frau Anstatts Perspektive für Informationen und soziale Betreuung zuständig, und prinzipiell können dazu auch Interessen ausgehandelt werden.

---

[466] Hier ist die Verbindung zwischen den subjektiven und den wissenschaftlichen Theorien im Blick. Da das Untersuchungsdesign auf Explikation eines wenig bekannten Gegenstandes angelegt ist, können wenig bis keine Strukturmerkmale oder inhaltliche Kategorien zum Vergleich herangezogen werden.
Die Strukturparallelität von wissenschaftlichen und Subjektiven Theorien (siehe Kapitel 11) verweist auf die Perspektive, dass Theorie auf formal strukturelle Informationen wie Antezedenten (Motive für das Handeln) und Sukzudenzen (Überzeugungswelt auf die Handlungsfolgen) aufbauen. Diese Konditional-, Final- oder Kausalrelationen sind Bestandteile der Strukturlegetechnik. Die Subjektive Theorie wird in solchen relationalen Netzen durch die Strukturlegetechnik expliziert. Hier bilden sich die Argumentationsformen des subjektiven Theoretikers ab. Die Funktionsparallelität bezieht sich auf Funktionen: Beschreiben (wie ist es zu charakterisieren, wie ist es darzustellen, wie stellt es sich dar, wie wird es wahrgenommen), Erklärung (wie ist es einzuordnen, zu deuten, zu begreifen, zu verstehen), Prognose (welche Vorhersagen, was ist abzuschätzen von künftigen Ereignissen, Folgen aufgrund der zu Aussagen verarbeiteten Erfahrungen) und Technologie (wie ist die Wissensanwendung in Form von konkreten Gestaltungsmaßahmen operativ wirksam, beispielsweise durch Handlungen).

12.2 Subjektive Theorie von Frau Wahl

Motto: „ Angehörige zeigen mir, ich bin die 2. Wahl.“

12.2.1 Kurzbeschreibung

Frau Wahl, 49 Jahre alt, arbeitet seit einem Jahr als Pflegehelferin in der Einrichtung. Sie ist 2004 von Polen nach Deutschland gekommen, lebt alleine und hat drei erwachsene Kinder und zwei Enkel. In Polen hat sie eine Ökonomieschule besucht und in einem Labor im Bereich der Lebensmittel-analysen gearbeitet. Für die derzeitige Tätigkeit als Pflegehelferin im Demenz-bereich hat sie keine spezifische Ausbildung. Sie ist seit sieben Jahren in Deutschland und war immer berufstätig.

Das Interview mit Frau Wahl wurde über 78 Minuten aufgezeichnet. Gemäß ihren eigenen Aussagen hat sie Bedenken, ob sie Auskünfte geben kann, da sie erst kürzlich mit ihrer Arbeit begonnen hat.

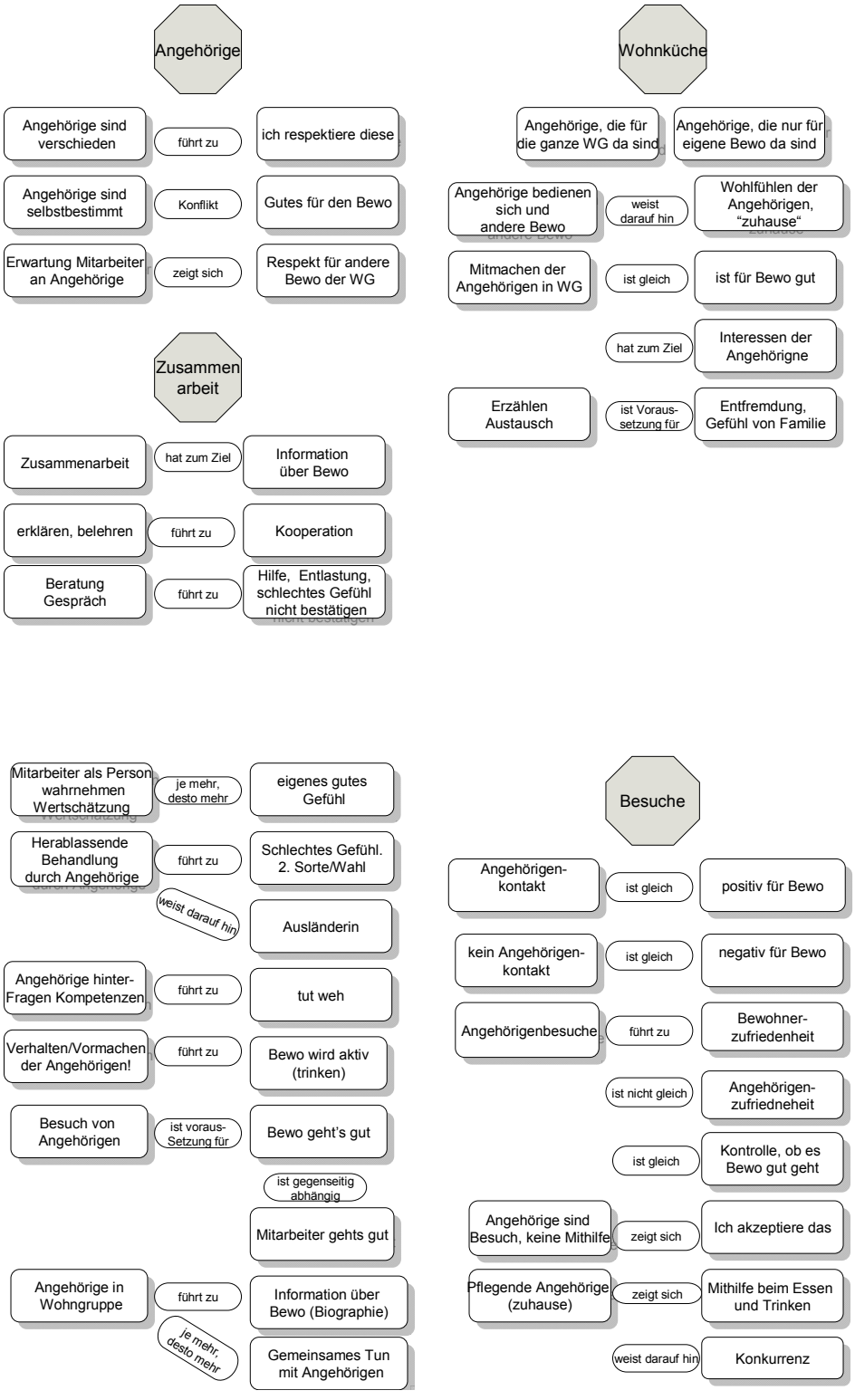
Möglichweise bleibt gerade dieses Interview, was die Auswertung anbelangt, unter den inhaltlichen Möglichkeiten. Das Interview war, was die Transkription und Extrahierung der wesentlichen Passagen angeht, sehr herausfordernd. Trotz deutlicher Sprachbarrieren waren Sprechtempo und Redefluss hoch und die einzelnen Redepassagen oft sehr lange. Nach der Intervieweinstiegsfrage waren z. B. die ersten Beiträge rund vier Minuten lang.

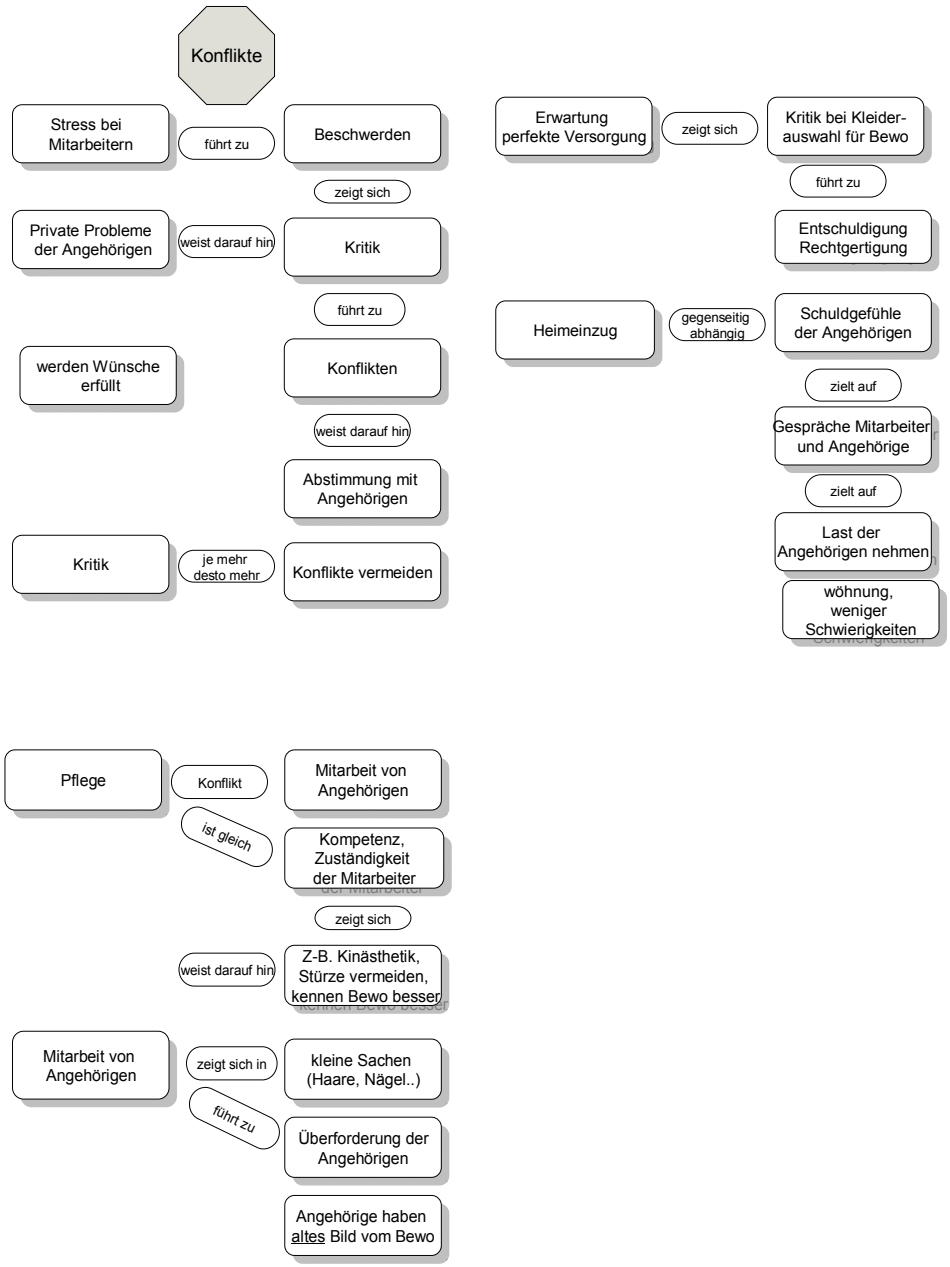
Die Gesprächssituation war auch auffallend geprägt durch emotionale Schilderungen über Familiensituationen. Frau Wahl ist eine Interviewpartnerin, die den Begriff „Familie“ häufig verwendet. Möglicherweise zeigt sich hier eine andere kulturell geprägte Bedeutung der Familie.

Die inhaltlichen Schwerpunkte im Interview bilden sich in den Themen Angehörige, Besuche der Angehörigen, Wohnküche, Zusammenarbeit und Konflikte ab.

Angehörige und Familienbeziehungen nehmen einen bedeutsamen Raum in ihren Schilderungen ein. Die Konfliktthemen und die Suche nach einer Zusammenarbeit mit den Angehörigen zeigen auf, dass sie sich als Pflege-helferin im Demenzbereich immer wieder in extrem angespannte Situationen mit Angehörigen befindet.

12.2.2 Strukturlegeplan





12.2.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans

Angehörige

Frau Wahl nimmt die Unterschiedlichkeiten der Angehörigen wahr. Sie beobachtet, dass sie unterschiedlich präsent sind und sich auch in unter-

schiedlicher Weise in der Wohngruppe einbringen. Ihre Erwartungen an die Angehörigen sind klar und richten sich auf die Unterstützung, die dem Bewohner guttäte. Dennoch respektiert sie, wenn sich Angehörige eher distanzierter auch gegenüber anderen Bewohnern in der Wohngruppe zeigen.

> *„Ja aber ich denk sie wollte das nicht. Sie wollte überhaupt das nicht. Sie will das nicht weil wir haben das schon vielmals zu sie gesagt, kommen sie doch wenn die Mama nach vorne zu Tisch, trinken wir schön zusammen und und. Nein sie hat genug wann sie ist mit die Mama das reicht. Kann man nicht das so, das ist, sie darf das so wie sie sie will das. Net, wir dürfen ihr nicht sagen sie muss oder so weiter. Möchte schön sein, wann sie möchte auch das mitmachen mit uns aber sie will das nicht einfach. 2 Ich denk finde das schade, weil das ist schade für die ihre Mama. Weil die Mama die is so, die lacht und und und sowieso sie versteht sich so gut und und da hat man kein Problem mit die Mama und die, manchmal denken wir oh je. Na ja 00:26:54-6.“*

In dem folgenden Beispiel geht es um einen Bewohner, der sich von vielen Besuchern und einer entsprechend lauten Geräuschkulisse gestört fühlt. Frau Wahl erwartet von den Angehörigen, dass sie die Bedürfnisse der anderen Bewohner respektieren:

> *„Weil ich denk, kann man nicht auch immer sagen, ja sollen sie ruhig sein und und. Weil manchmal geht das einfach nicht. Manchmal muss man einen Bewohner, wann ich weiß der vertragt das nicht, dass ist so laut, das gibt bei uns so Herr XXX, weil ihm ist zu viel, er er hört hört und auf einmal schreit er und dann ist natürliche ist er aufgedreht und so weiter. Aber wann ich seh schon, dass er dreht sich so und und, dann ich weiß, oh die Zeit, den mach ich ein paar Minuten in die Zimmer, er hat Fernseh in die Zimmer, dann er ist bisschen ruhig. Aber will ich nicht dass immer machen, weil er soll nicht bestraft sein 00:53:00-7.“*

Besuche der Angehörigen

Die Besuche der Angehörigen bewertet Frau Wahl positiv für die Bewohner. Diese sehr lange Passage wurde ausgewählt, um darüber hinaus einen Einblick in ihren Erzählstil zu geben:

> *„Zu mir is schön, zu mir is schön, weil ich freu sich wahnsinn wann die haben Besuch die alte Leute. Weil ich weiß, den geht die Leute gut die alte Leute ne … zum Beispiel da kommt der Sohn ne, und der is schon, die is iber neunzig und der Sohn is glaub ich auch über siebzig schon oder fast siebzig ne und der kommt, der bringt die Mama Blumen und und und und die darf nicht Schokolade aber trotzdem sie bekommt dann. Und sie freut sich unglaublich aber die vergessen das gleich die Leute. Denn denn manchmal ich erzähl ihr fünfmal der Sohn war da, ne, sagt sie ja der war doch nicht da. Dann ich ihr als zum Beispiel ja Frau >Name gelöscht > das ist doch die Schokolade von die Sohn oder die Blumen sie fasst das an und dann in eine kurze Zeit sie ist sie wieder glücklich und das das gibt's nicht was schönes wie die ich kann's in paar Minuten wieder glücklich machen … zum Beispiel die das ist manchmal so süß die Frau >Name gelöscht > die ist schon fast hundert und der Sohn ist siebzig oder noch mehr wie siebzig und er kommt sie besuchen und sie fragt, hast du Mütze, hast du Handschuhe weil ist draußen kalt. Aber das find ich is so gut, das find ich weil ich bin selber Mutter wegen das ich versteh das so gut ne und er lacht so, aber das ist das hat nix zu tun das er lacht sie aus. Nur einfach ist das schönes für ihm ne, dass die Mama ist noch immer die Mama da und die kümmert sich um ihm ne. Das find ich das ist so schön 00:13:22-3."*

Vergessen die Bewohner die Angehörigenbesuche, so kompensiert sie dieses und führt durch das ständige Erzählen von den Besuchen die Angehörigen wieder im Gespräch positiv ein. Die Besuche führen zur Bewohner-zufriedenheit, und wenn es den Bewohnern gut geht, dann geht es den Mitarbeitern auch gut.

> *„Ich denk dass es auch eine schöne Zeit, ich* weiß *ich kann das gut erklären für unsere Bewohner, weil unseren Bewohner geht's gut,*

natürlich uns geht's gut. Das ist die Sache und wann die sehen die kommt Sohn oder Tochter so weiter, dann natürlich die sind unglaublich glücklich die Leute ne 00:15:19-3."

Besuche der Angehörigen dienen auch der legitimen Kontrolle, ob es dem eigenen Angehörigen gut geht:

„Ich denk sie kommen die besuchen und dann die willen au sehn dass die Mama zum Beispiel geht gut und das muss man schon auch verstehn 00:09:24-1."

Bei den Besuchen ist eine Mithilfe durch die Angehörigen aus Frau Wahls Sicht möglich, aber nicht erforderlich:

„Gibt's welche das macht man schon, aber gibt welche die willen das nicht 00:10:56-0."

Gleichwohl ist ein idealer Angehöriger derjenige, der sich im Bereich Essen, Trinken und Aufsicht während der Besuche einbringt:

„Weil die sehen zum Beispiel, die konnten auch sagen, ok ich komm nur besuchen, ich brauch nix machen, mim Finger anfassen, aber die sehen ich hab was zu tun, was anderes, die helfen so gerne, die helfen. Nicht alle, natürlich sie brauchen auch das nicht. Ich, ich das ist schon ganz andre Thema, aber die welche sagen, ok, Schwester sie machen was, ich will helfen wenn trinken, ne und das geht ganz normal, das ist ganz ganz was automatisch und das was sie machen auch gerne, und auch manchmal brauch ma eine Hilfe so zum Beispiel ich muss gehen da auf die andre Seite, dann sag ich bitte bleiben sie noch bisschen, ja ich bleib noch. Aufpassen sie bitte, da, ob sie machen das paar Minuten 00:40:07-8."

Zu möglichen Konkurrenzsituationen mit Angehörigen, die zu Hause gepflegt haben, äußert sich Frau Wahl recht kritisch (s. auch „Konflikte"):

„Ja manchmal die denken die sind viel besser. Die, die wissen besser wie soll man das machen, wie soll man pflegen 00:36:42-1."

Wohnküche

Die Wohnküche ist der zentrale Ort in der Demenzwohngruppe. Auch Angehörige halten sich hier bevorzugt auf. Frau Wahl unterscheidet dabei

Angehörige, die für die ganze Wohngruppe da sind und Angehörige, die sich „nur“ für ihre eigenen Bewohner einbringen.

> *„Da haben wir so ne Familie, die immer kommen mit Brezel oder mit das und das, und die verteilen noch das mit, oder was. Erdbeeren war so ne Zeit, dann die die verteilen für alle das 00:41:43-9.“*

Wenn Angehörige sich und andere Bewohner am Tisch bedienen, so ist dies für sie ein Indikator, dass sie sich wohl fühlen:

> *„... die fühlen sich bei uns gut. Weil die nehmen zum Beispiel Wasser, ich muss nicht kommen und sagen, ah haben sie schon was getrunken, aber trotzdem frag ich auch dann na, und dann kümmern sie schon von die andern, die helfen mit trinken 00:37:55-9.“*

Gemeinsames Erzählen und Sich-Austauschen in der Wohnküche ist eine Voraussetzung dafür, dass man sich wie in einer Familie fühlen kann:

> *„... das ist so richtig eine Familie und die reden gerne mit uns zum Beispiel ich kann sagen so wie ich, was ist zu Hause passiert oder wie geht’s oder ob die sind manchmal krank. Denn erzählen sie und so weiter. Dann sitzen wir bei weil wir haben so bisschen Zeit wenn trinken wir Kaffee. Dann machen wir das immer zusammen Pause. Die Leute sollen zusammen das machen. Und dann die manchmal von zu Hause die bringen was Kuchen oder sowas und dann die erzählen auch einfach mir war so schlecht oder war krank. So viel das hat ma so, das ist man ni so so fremd, verstehen Sie 00:10:30-0.“*

Zusammenarbeit

Für eine gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist der Austausch in beide Richtungen wichtig. Das Erzählen von Zuhause und von aktuellen, auch persönlichen Befindlichkeiten ist bedeutsam. Für Frau Wahl ist es wichtig, über den Kontakt zu den Angehörigen auch Wertschätzung zu erfahren. Je mehr sie als Person wahrgenommen wird, desto mehr entsteht ein gutes Gefühl im Miteinander, ähnlich wie in einer Familie. Angehörige, die eine solche empathische Resonanz bei ihr auslösen, sind willkommen.

> *„Sie erzählen mir welche Sachen so so wie erzählt man vielleicht in die Familie und so weiter, und das find ich ok. Das find ich ok, weil sie*

manchmal sehen ich seh nicht so gut aus, oh je Schwester geht's ihnen nicht gut, sind sie krank oder so weiter oder müde und und ne oder auch schön manchmal so hören ahh gut heute sind sie da. Na dann, dann natürlich ein guten Gefühl hat mer schon, und ich hab so zum Beispiel nicht so ne keine große Probleme wenn die kommen 00:10:56-0.“

In der Zusammenarbeit mit Angehörigen kann es aber auch zu Kränkungen kommen, insbesondere in Situationen, in denen Angehörige Frau Wahls Kompetenzen hinterfragen oder sie herablassend behandeln. Dies führt bei Frau Wahl zum Gefühl, die zweite Wahl zu sein und lässt bei ihr den Verdacht, dass ihre Nationalität gemeint ist. Sie hat bei der Wohnungssuche ähnliche Erfahrungen gemacht, die sie an diese Gefühle erinnern:

„Aber ich weiß *das und die wissen das auch, ich hab nicht diese Ausbildung. Wegen das ich denk, das ist nicht so großen Problem aber sie wollten mir einfach nur zeigen, weiß ich nicht wie, ich hab wie so schlechten Gefühl gehabt, dass ich werd überhaupt hier, ich hab schon viel so Problem gehabt wegen das, dass ich bin Ausländerin … Dann hab ich den schlechten Gefühl, weil ich hab immer diesen Gefühl gehabt, dass ich bin zweiter Sorte und das ehrlich hab ich so gehabt, weil ah 1 vielleicht das interessiert auch nicht ihnen so aber ah wann ich hab auch Wohnung gesucht und so weiter. Ich arbeite wirklich von ganzen Herzen ... 00:24:49-4.“*

Angehörige werden während der Besuche ermuntert, in Gegenwart der Bewohner, am besten am Tisch in der Wohngruppe, auch zu trinken. Dies führt zu einer entsprechenden Bewohneraktivität, die von ihrer Seite sehr erwünscht ist.

„... dann sag ich bitte wenn auch halben Glas weil die Mama sieht und dann die Mama trinkt auch. Ah dann verstehen sie das und dann machen sie auch das gerne. Dann hat man nicht so Probleme 00:09:24-1.“

Die Zusammenarbeit verfolgt auch das Ziel, Informationen über den Bewohner zu bekommen (Biografiearbeit). Der „automatische“ Kontakt mit den

Angehörigen am Tisch in der Wohngruppe führt zu einem hilfreichen Informationsaustausch.

> *„Sehr viel. Da hab ich sehr viel* (Anmerkung: Kontakt) *weil wir sitzen direkt beim Tisch alle, wir sitzen alle das geht nicht so, dass ich sitz da wo an die andere Seite und dann die fragen, ja wie Mama hat gegessen und so weiter, dann erzählen wir alles zusammen was ist passiert, was kann man noch vielleicht machen, zum Beispiel was hat sie gerne zu Hause gegessen, weil wir machen gerne diese Arbeit. Zum Beispiel hat jemand was gerne zu Hause gegessen, oder denn denn probieren wir auch das hier das sie sollen auch was haben das was sie von früher haben gemacht ne und oder gegessen oder wir haben auch Musiktherapie oder pflegen wir mit Musik, das was sie haben zu Hause, dann fragen wir wann wir sitzen zusammen das geht den viel besser ne. Dann machen wir die Sachen so zusammen einfach 00:14:08-0.“*

Frau Wahl hat zur Zusammenarbeit mit den Angehörigen auch Erfahrungen gesammelt. Ihrer Meinung nach führt ein Erklären von Handlungen zur Kooperation.

> *„Da hab ich einfach nur erklärt warum sollen sie das machen und dann die haben auch das gemacht 00:20:51-4.“*

Angehörige haben Gesprächsbedarf und benötigen neben den schönen Aktionen, die es im Rahmen der Angehörigenarbeit gibt, auch unterstützende Beratung, die sie entlastet.

> *„Das hat man so zusammen, reden wir auch zusammen und auch schöne Sachen und manchmal die brauchen uns als manchmal was helfen, weil gibt’s Leute die wollen nicht welche Sache machen. Denn manchmal das helft, wann wir reden mit die Familie auch, ne, was soll ma machen, wie kann man das machen und und 00:37:55-9.“*

Konflikte

Die Bewohner individuell zu versorgen ist eine komplexe Aufgabe. Vieles gilt es zu berücksichtigen, Unterschiede und Vorlieben der Bewohner kommen im Rahmen der dementiellen Erkrankung zum Vorschein. Frau Wahl beschreibt

einige Ereignisse, die die Ansprüche der Angehörigen für sie verdeutlichen. Diese zeigen sich z. B. in der Erwartung an eine perfekte Versorgung durch die individuelle Berücksichtigung von Vorlieben der Bewohner (Zucker im Kaffee) oder an eine farblich abgestimmte Kleidung samt passendem Schmuck.

> „*Gibt's* (Angehörige) *die verstehen wirklich gut, das kann mal was vergessen, aber gibt's die wollen das nicht. Die wollen nicht, das soll perfekt sein, und ich denk >seufzt< 2 was heißt perfekt. Manchmal kann man was vergessen oder zu Hause vergesst man auch mal. Das ist ganz doch ganz normal oder. Nicht was extra natürlich soll man nicht machen extra. Wann ich weiß sie trinkt mit Zucker, dann ich gib auch mit Zucker aber ich denk dass ganz normal wann vergesst man was und dann muss man auch das, ich denk kann man auch schon was verstehn aber. Manchmal geht das die verstehn nit 00:17:40-8.*"

Ein weiteres Beispiel sind Bewohnerinnen, die von ihr versorgt werden und sich dann eigenständig weiter selber mit ihrer Kleidung beschäftigen. Beschweren sich Angehörige darüber, löst dies Stress bei Frau Wahl aus.

> „*… die hat sich umgezogen und dann zum Beispiel das oben Teil hat nicht gepasst zu die Hosen und dann hat sie (die Angehörige) gesagt oh je konnt man nicht die Mama so anziehen. Dann einfach hab ich mir gesagt, Schuldigung ich hab sie grade gepflegt, ich hab sie angezogen, sie war richtig, das hat gepasst, hab ich noch gezeigt, was hab ich angezogen, ne. Aber wenn die ist gekommen grade, die hat was anders gehabt, aber ich denk die mussen auch das verstehen, dass die Mama ist einfach Demenz und die macht so ne Sache, ne und die wegen so ne Sachen die sollen, ich denk >seufzt< nicht böse sein und so weiter weil weil ich kann auch nicht immer gehen und sagen wann die hat Lust grade was anziehen das was denkt sie gefällt ihr oder passt oder keine Ahnung. Und ich will auch nicht immer stehen sie mussen das anziehen was ich will, ne. Und so wie so wegen Schmuck. Die welche Leute sind so angewöhnt auch die Familien dass sie mussen der Schmuck egal was passiert, wie geht's die Mama, egal der Schmuck was wir haben früher getragen zum Beispiel die*

Perleketten oder Uhr oder das muss egal was passiert, die mussen das haben. Und wann das vergesst man, natürlich dann 00:31:40-3 .“

Die Entscheidung zum Heimeinzug und die Schuldgefühle der Angehörigen hängen nach Frau Wahls Überzeugung miteinander zusammen. Sie ist der Überzeugung, dass Altenpflegeheime die richtigen Einrichtungen sind, um die pflegebedürftigen Menschen gut zu versorgen, wenn es zu Hause nicht mehr geht. Die Versorgung zu Hause kann durchaus an ihre Grenzen kommen. Gespräche zielen dann darauf, den Angehörigen ihre Last und ihre Schuldgefühle zu nehmen.

„... wir machen das gut und ich denk kann mer auch wann kommt mer schon besuchen und gibt welche Krankheiten das ist richtig nicht so einfach zu Hause pflegen. Ganz ehrlich. Weil das eine wir die welche auch meint zum Beispiel grade die meinen wir mit zwei ne und das heißt, die musste das zu Hause machen und die hat schon das gemacht aber manchmal gibt schon so ne Grenzen das geht nicht mehr weiter und dann vielleicht sie hat kann sein sie hat Problem mit das, aber vielleicht ich weiß nicht ob ob konnt mer ihr das probieren dann aber erklären, dass das gibt keine Schuld, einfach es passiert im Leben sowas das kann man nicht mehr das machen ne und manchmal die haben auch das heißt ihre Arbeit oder die sind auch schon nicht so gesund. Wir verstehen das, wir geben nie so so Gefühl dass die haben was Schlechtes gemacht zum Beispiel ne. Weil weil wir 00:28:07-9.“

IG: Aber trotzdem könnte es ja sein, dass sich Angehörige schuldig fühlen? 00:28:11-9

„Kann sein, das das kann schon sein. Das kann schon sein. Das kann schon sein, aber aber das wir zeigen nicht zum Beispiel oder von uns kommt das nicht das die sollen sich so fühlen ne, weil vielleicht selber schon was. Keine Ahnung aber 00:28:27-7.“

Die Kritik von Angehörigen ist für Frau Wahl nicht immer genau auf die Sache bezogen, sondern vielfach ein Indikator dafür, dass Angehörige private Probleme haben:

„Zum Beispiel die Frau die so is lieb, die lacht und die is so zufrieden aber die Tochter die ist immer was. Aber ich denk, das das kommt von

nicht das wir machen was schlecht oder so weiter vielleicht sie hat was noch privat so Probleme oder was. Aber schade dass wir bekommen das, das schade das wir bekommen das ne 00:22:30-6.“

Werden die Angehörigenwünsche erfüllt, können Konflikte vermindert werden. Je mehr sie kritisiert wird, desto mehr versucht Frau Wahl, die Konflikte zu vermeiden und den Willen der Angehörigen zu befolgen.

„Na dann sag ich ok, denn ich werd das Abend ich werde für morgen mach ich die Sachen, denn werd ich aussuchen das was gefällt ihnen und so weiter ... 00:06:24-1.“

„Das wir stehen so wie in, da macht’s richtig Stress ich will das nicht natürlich den Stress, dann machen wir vielleicht zuviel was die will, aber manchmal ist das wirklich zu viel 00:21:53-6.“

Die Mitarbeit der Angehörigen in der Pflege könnte zu Konflikten führen. Die Pflege ist gleichbedeutend mit der Kompetenz und Zuständigkeit der Mitarbeiter. Dies zeigt sich z. B. darin, dass sie die aktuelle Verfassung des Bewohners besser kennen, in der Lage sind, ihn vor Stürzen zu bewahren und Kinästhetik anwenden können. Die Mitarbeit der Angehörigen bezieht sich auf die „kleineren“ Tätigkeiten wie Haare richten oder Fingernägel schneiden. Eine darüber hinausgehende Mitarbeit würde die Angehörigen überfordern. Frau Wahl begründet dies auch damit, dass die Angehörigen eine „altes Bild“ von dem Bewohner hätten und durch die Besuchszeiten nur einen „Tagesausschnitt“ wahrnähmen, während die Mitarbeiter den Bewohner rund um die Uhr erlebten und ihn sehr gut kennen wüden.

„Weil das ist einfach zu viel, ich denke zu die Familie, weil das muss ma ah welche Sachen einfach lernen, weil wenn zum Beispiel wir haben auch in letzter Zeit Kinästhetik gehabt, das soll man, das wissen wie soll man die Leute anfassen, wie soll man halten, dass die Leute haben auch keine Schmerzen und wir haben das gelernt und wir wissen wie das soll man machen ne und was gibt das wann gehen da zwei oder drei um und dann passiert was, und der ist noch der Bewohner auf Boden und denn auch so, dass die die Bewohner die akzeptieren uns, weil wir sind da fast alle Tage und wir wissen ganz genau wann er guckt, dann hat Gesicht oh oh passiert was. Dann soll

man es in Ruhe lassen. Und ich denk die Bewohner, die die die kennen nicht diesen Rhythmus also ne, weil die kommen immer um die selber so kann man sagen Zeit und die sind beim Tisch aber das Pflegen ist was andres. Das find ich was andres 00:43:55-7.“

„Wann so ne kleine Sachen, das das find ich schön auch. Aber ich denk in so ne großen Sachen das das geht nicht einfach, weil das muss man schon wirklich das machen immer, weil zum Beispiel ich ich kann’s sich nicht vorstellen, wann jemand mh will in Bett jemand machen rein, weil das geht nicht, das geht nicht. Das müssen wir machen, das geht nicht 00:42:55-6.“

Ja, ja und das ist so ne Sachen die die machen mit uns ganz normal, für uns ist das ganz normal und für die welche Sachen sind nicht normal weil die kennen noch die die zum Beispiel Mama von die Zeiten wann die war zu Hause 00:44:30-6.“

12.2.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Wahl

Tabellarische Darstellung der Konzepte entsprechend den inhaltlichen Themenbereichen.

Themenbereiche	**Konzepte**	**Anzahl**
Angehörige	1. Angehörige sind verschieden und ich respektiere dies. 2. Angehörige sind selbstbestimmt und stehen im Konflikt mit dem Guten für den Bewohner. 3. Erwartung der Mitarbeiter an die Angehörigen zeigt sich im Respekt für andere Bewohner der Wohngruppe.	3 Konzepte
Wohnküche	4. Es gibt Angehörige, die für die ganze Wohngruppe da sind. 5. Es gibt Angehörige, die nur für die eigenen Bewohner da sind. 6. Angehörigen bedienen sich und andere Bewohner. Das weist darauf hin, dass sie sich wohlfühlen, wie zuhause. 7. Das Mitmachen der Angehörigen in der Wohngruppe ist gut für den Bewohner.	6 Konzepte

	8. Das Mitmachen der Angehörigen in der Wohngruppe ist für Bewohner gut und entspricht den Interessen der Angehörigen. 9. Erzählen, Austauschen mit den Angehörigen ist eine Voraussetzung für das Familiengefühl und miteinander vertraut sein.	
Zusammenarbeit	10. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen hat das Ziel, Informationen über den Bewohner zu erhalten. 11. Belehren und Erklären führen zur Kooperation mit den Angehörigen. 12. Beratung und Gespräche führen Entlastung, das schlechte Gefühl der Angehörigen wird nicht bestätigt. 13. Je mehr ich (Mitarbeiterin) als Person wahrgenommen und wertgeschätzt werden, desto mehr habe ich ein gutes Gefühl. 14. Herablassende Behandlung durch Angehörige führen zu einem schlechten Gefühl (Mensch 2.Wahl). 15. Herablassende Behandlung durch Angehörige weist darauf hin, dass ich Ausländerin bin. 16. Angehörige hinterfragen Kompetenzen, das führt zur Kränkung („tut weh“). 17. Verhalten wie z. B. Vormachen der Angehörigen (trinken) führt dazu, dass der Bewohner aktiv wird. 18. Das Wohlergehen des Bewohners und des Mitarbeiters ist gegenseitig abhängig. 19. Sind Angehörigen in der Wohngruppe präsent, führt dies zu Informationen über den Bewohner. 20. Je mehr Angehörige in der Wohngruppe präsent sind, desto eher kommt es zu einem gemeinsamen Tun.	11 Konzepte
Besuche	21. Angehörigenkontakt ist positiv für Bewohner. 22. Besuche von Angehörigen sind eine Vor-aussetzung dafür, dass es dem Bewohner gut geht. 23. Keinen Angehörigenkontakt zu haben ist negativ für Bewohner. 24. Angehörigenbesuche führen zur Bewohnerzufriedenheit. 25. Angehörigenbesuche sind mit Angehörigenzufriedenheit nicht gleichzusetzen. 26. Angehörigenbesuche sind gleichbedeutend mit Kontrollbesuchen, ob es dem Bewohner gut geht. 27. Dass Angehörige keine Mithilfe sind, zeigt sich, indem ich das so akzeptiere.	9 Konzepte

	28. Pflegende Angehörige zeigen sich durch ihre Mithilfe beim Essen und Trinken. 29. Dass Angehörige zu Hause pflegende Angehörige waren, weist auf Konkurrenz hin.	
Konflikte	30. Beschwerden von Angehörigen führen zu Stress bei Mitarbeitern. 31. Beschwerden zeigen sich in Kritik. 32. Kritik führt zu Konflikten. 33. Kritik weist darauf hin, dass Angehörige private Probleme haben. 34. Private Probleme der Angehörigen führen zu Konflikten. 35. Werden Angehörigenwünsche erfüllt, führt dies zu weniger Konflikten. 36. Werden Angehörigenwünsche erfüllt, zeigt sich dies in der Abstimmung mit ihnen. 37. Je mehr Kritik, desto mehr wird der Konflikt vermieden. 38. Pflege hat einen Konflikt mit der Mitarbeit von Angehörigen. 39. Pflege ist gleichzusetzen mit der Kompetenz und Zuständigkeit der Mitarbeiter. 40. Kompetenz der Mitarbeiter zeigt sich in Kinästhetik, Stürze vermeiden. 41. Pflege kennt den Bewohner besser. 42. Mitarbeit von Angehörigen zeigt sich in kleineren Sachen wie Haare pflegen, Fingernägel schneiden. 43. Mitarbeit von Angehörigen führt zur Überforderung der Angehörigen 44. Angehörige haben ein altes Bild vom Bewohner. 45. Die Erwartung der Angehörigen an eine perfekte Versorgung zeigt sich in der Kritik bei der Kleiderauswahl für den Bewohner. 46. Kritik der Angehörigen führt zur Recht-fertigung und Entschuldigung. 47. Heimeinzug und die Schuldgefühle der Angehörigen sind gegenseitig abhängig. 48. Angehörigengespräche zielen auf ihre Schuldgefühle. 49. Gesprächen von Mitarbeitern und Angehörigen zielen darauf, den Angehörigen die Last zu nehmen.	20 Konzepte
5 Themenbereiche		**49 Konzepte**

12.2.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien

12.2.5.1 Darstellung in Tabellenform

Konzepte der Subjektiven Theorie	**Interpretative Zusammenfassung**	**Kategorien** Transformation der Konzepte in eine weitere Abstraktions-einheit
1. Angehörige sind verschieden und ich respektiere dies. 2. Angehörige sind selbst-bestimmt und stehen im Konflikt mit dem Guten für den Bewohner. 3. Erwartung der Mitarbeiter an die Angehörigen zeigt sich im Respekt für andere Bewohner der Wohngruppe. 9. Erzählen, Austauschen mit den Angehörigen ist eine Voraussetzung für das Gefühl von Familie und gegen die Entfremdung 13. Je mehr ich (Mitarbeiterin) als Person wahrgenommen und wertgeschätzt werden, desto mehr habe ich ein gutes Gefühl.	Der Inhomogenität der Angehörigen möchte sie mit Respekt und Wertschätzung begegnen und erwartet dies auch von den Angehörigen für den Umgang mit sich selbst und den anderen Bewohner. Angehörige agieren selbstbestimmt. Eine von Respekt geprägte Beziehung schließt für sie eigennützliches Verhalten der Angehörigen aus.	**Wertschätzung**
14. Herablassende Behandlung durch Angehörige führen zu einem schlechten Gefühl (Mensch 2.Wahl) 15. Herablassende Behandlung durch Angehörige weist darauf hin, dass ich Ausländerin bin. 16. Angehörige hinterfragen Kompetenzen, das führt zur Kränkung („tut weh“).	In den Angehörigen-kontakten liegt ein Kränkungsrisiko. Es kann zur verächtlichen Behandlung und Respektlosigkeit kommen. Gefühle von Demütigung und Scham können ausgelöst werden.	**Geringschätzung**
12. Beratung und Gespräche führen zur Entlastung, das schlechte Gefühl der Angehörigen wird nicht bestätigt. 47. Heimeinzug und die Schuldgefühle der Angehörigen sind gegenseitig abhängig. 48. Angehörigengespräche zielen auf ihre Schuldgefühle. 49. Gesprächen von Mitarbeitern und Angehörigen zielen darauf,	Der Heimaufenthalt ist für Angehörige mit Schuldgefühlen und Last verbunden. Gespräche sollen Last nehmen.	**Schuld**

den Angehörigen die Last zu nehmen.		
8. Das Mitmachen der Angehörigen in der Wohngruppe ist für Bewohner gut und entspricht den Interessen der Angehörigen. 10. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen hat das Ziel, Informationen über den Bewohner zu erhalten. 19. Sind Angehörige in der Wohngruppe präsent, führt dies zu Informationen über den Bewohner. 20. Je mehr Angehörige in der Wohngruppe präsent sind, desto eher kommt es zu einem gemeinsamen Tun. 22. Besuche von Angehörigen sind eine Voraussetzung dafür, dass es dem Bewohner gut geht. 23. Keinen Angehörigenkontakt zu haben ist negativ für Bewohner. 24. Angehörigenbesuche führen zur Bewohnerzufriedenheit. 27. Dass Angehörige keine Mithilfe sind, zeigt sich, indem ich das so akzeptiere. 38. Pflege hat einen Konflikt mit der Mitarbeit von Angehörigen.	Bestimmte Aufgaben sind für Angehörige vorgesehen und sind auch für den Bewohner hilfreich. Eine Grenzziehung geschieht bei pfleger-ischen Aufgaben. Angehörige dienen dem Bewohner und sind deshalb Partner.	**Angehörige sind** (zweckdienliche) **Partner**
17. Verhalten wie z. B. Vormachen der Angehörigen (trinken) führt dazu, dass der Bewohner aktiv wird. 18. Das Wohlergehen des Bewohners und des Mitarbeiters ist gegenseitig abhängig. 21. Angehörigenkontakt ist positiv für Bewohner. 28. Pflegende Angehörige zeigen sich durch ihre Mithilfe beim Essen und Trinken. 39. Pflege ist gleichzusetzen mit der Kompetenz und Zuständigkeit der Mitarbeiter. 40. Kompetenz der Mitarbeiter zeigt sich in Kinästhetik, Stürze vermeiden. 41. Pflege kennt den Bewohner besser.	Pflegeerfahrung der Angehörigen aus der häuslichen Versorgung kann sich konkurrierend auswirken. Pflege (Körperpflege) ist Aufgabe der Mitarbeiter. Kleinere Aktionen können von Angehörigen übernommen werden.	**Angehörige sind „teil"-kompetent**

42. Mitarbeit von Angehörigen zeigt sich in kleineren Sachen wie Haare pflegen, Fingernägel schneiden. 43. Mitarbeit von Angehörigen führt zur Überforderung der Angehörigen. 44. Angehörige haben ein altes Bild vom Bewohner.		
11. Belehren und Erklären führen zur Kooperation mit den Angehörigen. 25. Angehörigenbesuche sind mit Angehörigenzufriedenheit nicht gleichzusetzen. 26. Angehörigenbesuche sind gleichbedeutend mit Kontroll-besuchen, ob es dem Bewohner gut geht 29. Dass Angehörige zu Hause pflegende Angehörige waren, weist auf Konkurrenz hin. 30. Beschwerden von Angehörigen führen zu Stress bei Mitarbeitern. 31. Beschwerden zeigen sich in Kritik. 32. Kritik führt zu Konflikten. 33. Kritik weist darauf hin, dass Angehörige private Probleme haben. 34. Private Probleme der Angehörigen führen zu Konflikten. 35. Werden Angehörigen-wünsche erfüllt, führt dies zu weniger Konflikten. 36. Werden Angehörigen-wünsche erfüllt, zeigt sich dies in der Abstimmung mit ihnen. 37. Je mehr Kritik, desto mehr wird der Konflikt vermieden. 45. Die Erwartung der Angehörigen an eine perfekte Versorgung zeigt sich in der Kritik bei der Kleiderauswahl für den Bewohner. 46. Kritik der Angehörigen führt zur Rechtfertigung und Entschuldigung.	Angehörige benötigen Belehrung für Kooperation. Problembeschreibung: kontrollieren konkurrieren kritisieren lösen Stress aus unkooperativ haben private Probleme erwarten viel Kritik der Angehörigen löst Rechtfertigung, Aushandlungsprozesse und Entschuldigungen aus.	**Angehörige sind eine strukturelle Problemgruppe**

12.2.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Wahl

Folgende Leitideen von Frau Wahl lassen sich zusammenfassend darstellen. Sie stellen einen Bestimmungsversuch ihrer Subjektiven Theorie dar.

Angehörige sind „teil"-kompetent

Angehörige haben Pflegeerfahrung aus der häuslichen Versorgung. Sie sind nach Frau Wahls Meinung geeignet zur Hilfe bei der Nahrungsaufnahme oder für die Nagelpflege. Diese Mithilfe wird von ihr aber nicht unbedingt erwartet, da das Zusammenwirken immer wieder die Gefahr birgt, in Konkurrenz überzugehen.
Die pflegerische Versorgung in Verbindung mit den fachlichen Standards ist den Mitarbeitern vorbehalten. Möglicherweise beschreibt diese Kompetenz-aufteilung auch Frau Wahls eigenes Oszillieren zwischen den Welten des beruflichen und des nichtberuflichen Systems: Als ungelernte Pflegehelferin ist sie eben keine Fachpflegeperson und vor dem Hintergrund der formalen Kompetenzen eher dem Tätigkeitsspektrum den Angehörigen gleichgestellt.
Als Mitarbeiterin mit Migrationshintergund, qualifiziert in einem technischen und kaufmännischen Beruf, könnte dies für sie auch ein mögliches Kränkungspotenzial bedeuten.

Angehörige sind (zweckdienliche) Partner

Angehörige sind Familie und für den Bewohner wichtig. Bestimmte definierte Aufgaben sind für die Angehörigen vorgesehen und sind auch für den Bewohner hilfreich. Eine Grenze zieht Frau Wahl bei den pflegerischen Aufgaben. Es gibt sogar Angehörige, die sich nützlich in die ganze Wohngruppe einbringen. Insgesamt ist die Zusammenarbeit für Frau Wahl eher angespannt als gelassen. Dennoch betrachtet sie Angehörige als Partner und zumindest für den Bewohner und die Biografieinformationen relevant. Es wirkt, als ob eher der Zweck im Vordergrund stünde als die Personen selbst. Diese Sichtweise wäre auch eine Verbindung zu den folgenden Themen der Gering- und Wertschätzung.

Schuld

Ein Heimeinzug löst bei Angehörigen Schuldgefühle aus. Die Organisation Altenpflegeheim und ihre Mitarbeiter sollen einiges tun, damit Angehörige weniger Schuld erleben. Angehörigengespräche werden erwähnt. Entlastende Gespräche zu führen, wird von Frau Wahl als bedeutsame Aufgabe wahrgenommen. Gleichwohl lassen die weiteren Ausführungen den Schluss zu, dass ihr dies, betrachtet man das Konfliktpotenzial, nicht immer gut gelingt.

Angehörige sind eine strukturelle Problemgruppe

Frau Wahl zeigt in vielen Konzepten ihrer Subjektiven Theorie, dass sie das Verhalten der Angehörigen als problematisch wahrnimmt. In ihren Schilderungen gibt es wenig Unproblematisches und so sind die Konzepte auch in deutliche Erwartungen bzw. nichterfüllte Erwartungen gefasst. Möglicherweise sind kulturell geprägte unterschiedliche Vorstellungen über die Rolle der Familien bei Pflegebedürftigkeit hier relevant.

Angehörige nimmt sie als eine strukturelle Problemgruppe wahr, die ohne eine entsprechende Belehrung nicht zur Kooperation fähig sind. Angehörige leben ihre Selbstbestimmung – aus Frau Wahls Perspektive nicht immer zum Wohle der Bewohner (zu laut, zu viele) – auch in der Wohngruppe aus, und dies löst dies immer wieder Stress aus und führt zur Konkurrenz und zu Konflikten.

Wertschätzung und Geringschätzung

Frau Wahl möchte Angehörigen mit Respekt und Wertschätzung begegnen und erwartet dies auch von den Angehörigen selbst. Es sind Erwartungen, die auf eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung zielen und sich idealerweise auf eine ausbalancierte Ausgestaltung der triadischen Beziehung von Angehörigen, Bewohnern und Mitarbeitern stützen. Diese Erwartungen werden immer wieder enttäuscht.

Mit dem sehr ausdruckstarken In-vivo-Code **„***weil ich hab immer diesen Gefühl gehabt, dass ich bin zweiter Sorte (00:24:49-4)“* beschreibt Frau Wahl die demütigenden Gefühle, die Angehörige mit ihrem Verhalten bei ihr auslösen können. Sie beschreibt ähnliche Erfahrungen bei der privaten Wohnungssuche und verweist auf mögliche Stigmatisierungen als Ausländerin. So erwartet sie

gewissermaßen nichts anderes als einen kränken Umgang. Folgerichtig erscheint es, dass Frau Wahl eine Kooperation und Zusammenarbeit nicht intensiv verfolgt, sondern sich auf die Bewohnerbeziehungen fokussiert. Zum Umgang mit den ausgeprägten Erwartungshaltungen der Angehörigen hat sie keine anderen (professionellen) Erklärungen und Interventionen verfügbar als sich zu entschuldigen. Das Gefühl der mangelnden Wertschätzung bleibt.

12.2.6 Zusammenfassung

In dieser Subjektiven Theorie wird die Familie als bedeutsam erklärt. Das In-Sorge-Sein von Müttern und Kindern wird vorausgesetzt und mündet in Besuchserwartungen. Gleichzeitig werden Angehörige in den Wohngruppen als Problemgruppe definiert. Im Hinblick auf ein Aushandeln von Interessen wird deutlich, dass die ausgeprägte Anspruchshaltung der Angehörigen in der Demenzwohngruppe die Zusammenarbeit überfordert.

Die Konzepte ihrer Subjektiven Theorie fokussieren eher die Probleme und lassen die Stärken oder positiven Aspekte der Angehörigen vermissen.

Einige der Schilderungen haben aus meiner Perspektive den Charakter einer Grenzüberschreitung bzw. stehen für einen nicht-grenzachtenden Umgang in der Zusammenarbeit mit Angehörigen.

12.3 Subjektive Theorie von Frau Sprech

Motto: „Kommunikation mit den Angehörigen ist das A und 0."

12.3.1 Kurzbeschreibung

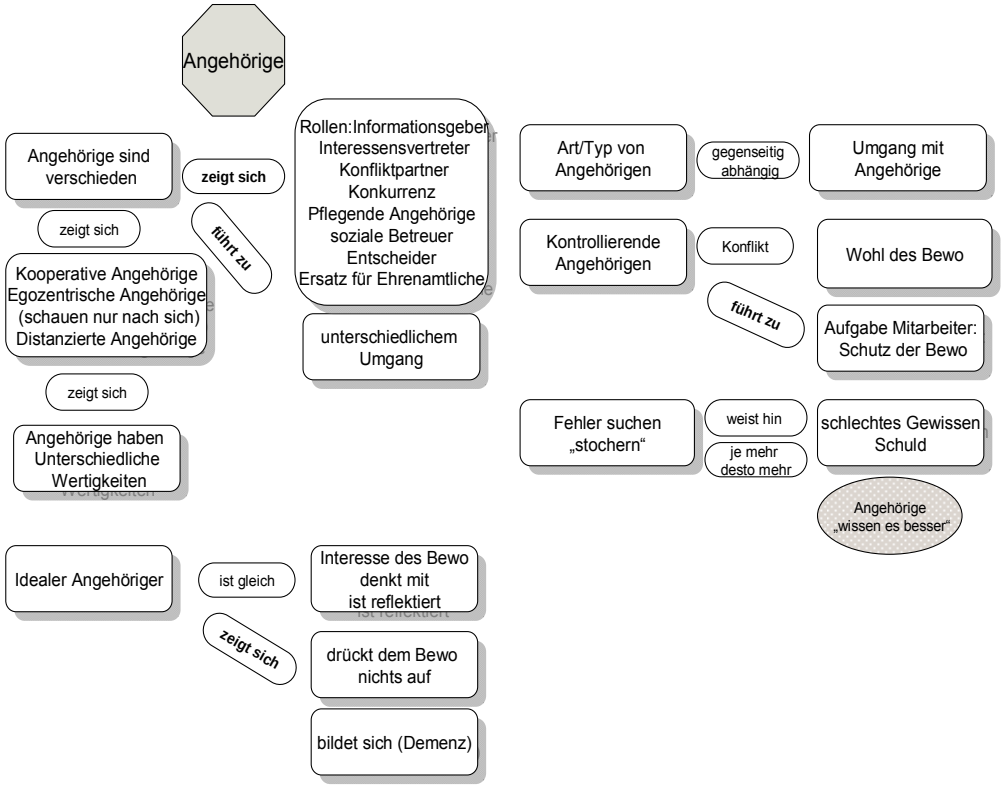
Frau Sprech, 23 Jahre alt, ledig, ist Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr. Sie war schon vor Ausbildungsbeginn in der Einrichtung und hat dort im Rahmen eines Freiwilligen Sozialen Jahres gearbeitet. In dem Wohnbereich für orientierte Bewohner arbeitet sie schon seit drei Jahren.

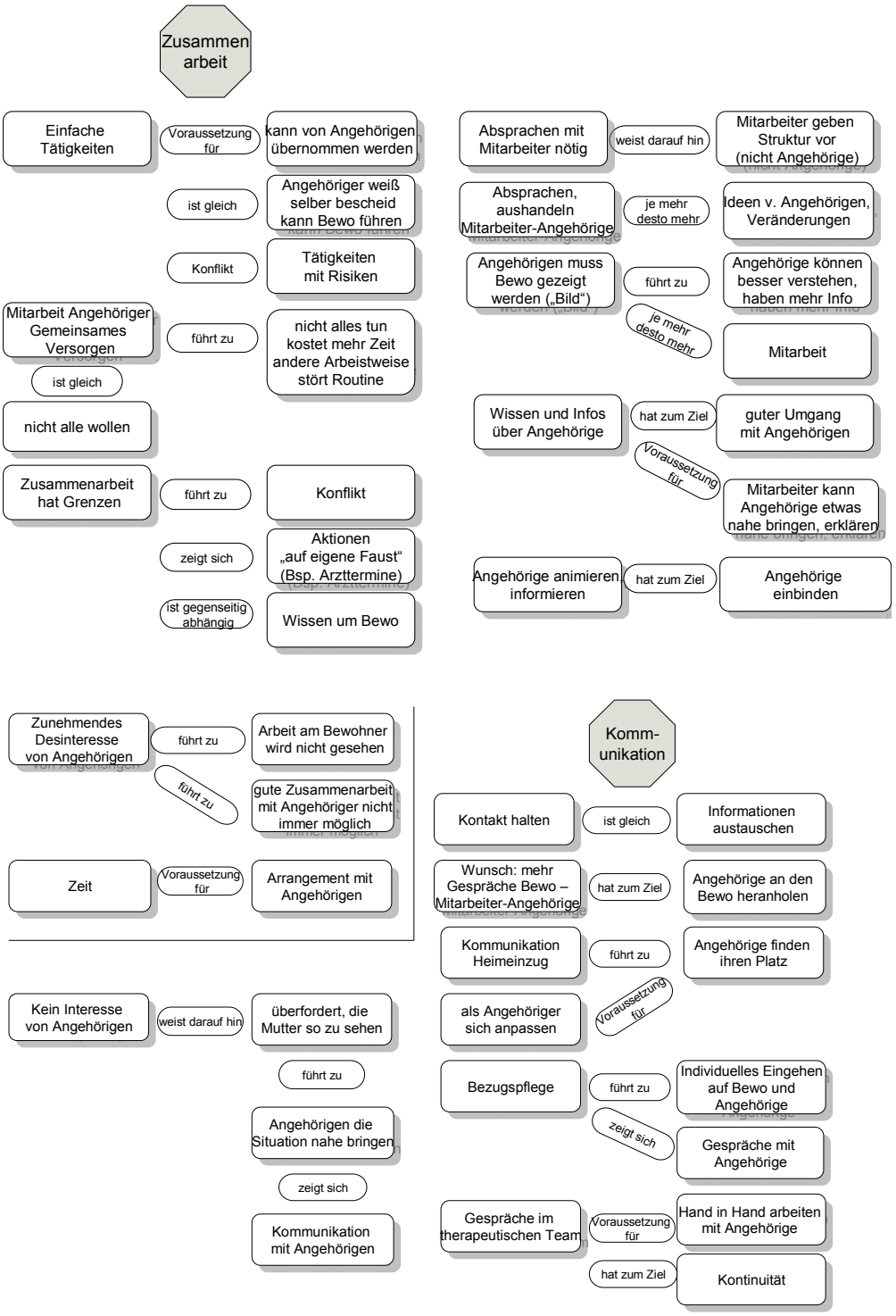
Frau Sprech geht zügig auf die Interviewfragen ein und entfaltet sehr genau ihr Wissen über ihren Beruf, den sie demnächst mit einem Examen zur Altenpflegerin abschließen wird. Sie wirkt sehr bereit, sich auf das Interview zu konzentrieren und es scheint ihr ein Anliegen zu sein, differenziert auf die Fragen zu antworten. Das Interview findet direkt vor der Spätschicht statt und dauert 61 Minuten. Seine Themen – Beschreibung der Angehörigen,

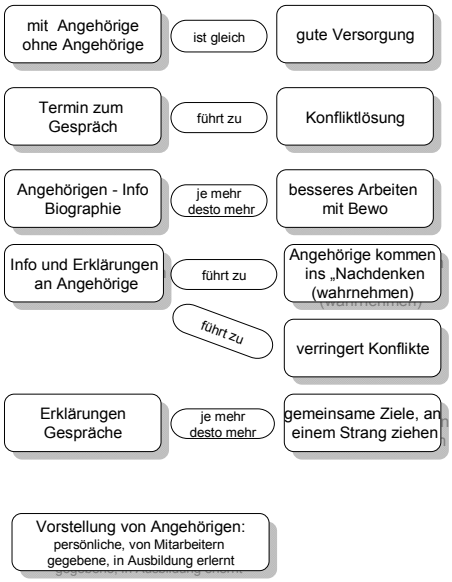
Zusammenarbeit mit ihnen, Kommunikation, Kontakte und Besuche der Angehörigen, Angehörigenarbeit und Konflikte mit Angehörigen – werden von ihr kompetent diskutiert.

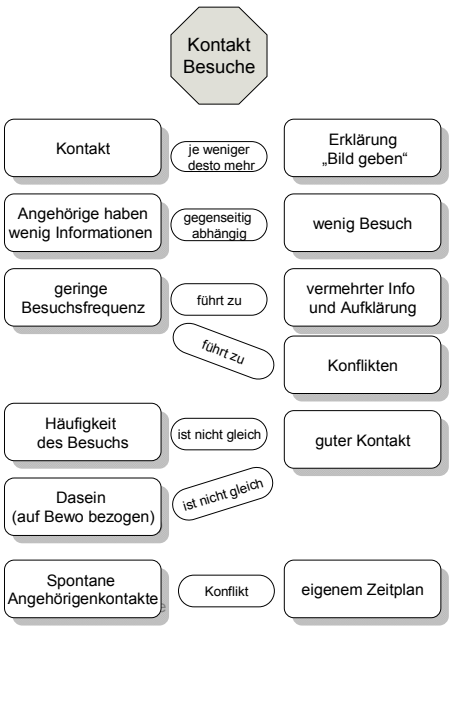
Deutlich wird, dass Angehörige – sie verwendet dabei auch den Begriff der Familie – für Frau Sprech eine bedeutsame Bezugsgröße sind. Im Interview entwickelt sie die Idee, dass die Bewohner, die keine Angehörigen haben, idealerweise sogenannte „Leihangehörige“ vermittelt bekommen sollten. Sie denkt an Personen, die gerne für jemanden da sein möchten (vgl. Interview 00:59:54-9). Prominent vertreten wird von ihr die Idee der Kommunikation mit Angehörigen.

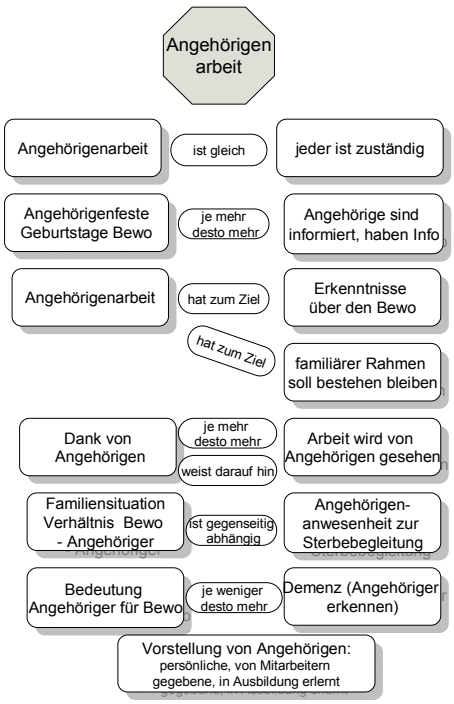
13.3.2 Strukturlegeplan

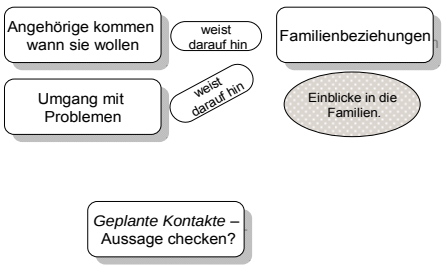



Zusammen arbeit
Einfache Tätigkeiten
Voraussetzung für
kann von Angehörigen übernommen werden
ist gleich
Angehöriger weiß selber bescheid kann Bewo führen
Konflikt
Tätigkeiten mit Risiken
Mitarbeit Angehöriger Gemeinsames Versorgen
führt zu
nicht alles tun kostet mehr Zeit andere Arbeistweise stört Routine
ist gleich
nicht alle wollen
Zusammenarbeit hat Grenzen
führt zu
Konflikt
zeigt sich
Aktionen „auf eigene Faust“ (Bsp. Arzttermine)
ist gegenseitig abhängig
Wissen um Bewo
Absprachen mit Mitarbeiter nötig
weist darauf hin
Mitarbeiter geben Struktur vor (nicht Angehörige)
Absprachen, aushandeln Mitarbeiter-Angehörige
je mehr desto mehr
Ideen v. Angehörigen, Veränderungen
Angehörigen muss Bewo gezeigt werden („Bild“)
führt zu
Angehörige können besser verstehen, haben mehr Info
je mehr desto mehr
Mitarbeit
Wissen und Infos über Angehörige
hat zum Ziel
guter Umgang mit Angehörigen
Voraussetzung für
Mitarbeiter kann Angehörige etwas nahe bringen, erklären
Angehörige animieren informieren
hat zum Ziel
Angehörige einbinden
Zunehmendes Desinteresse von Angehörigen
führt zu
Arbeit am Bewohner wird nicht gesehen
führt zu
gute Zusammenarbeit mit Angehöriger nicht immer möglich
Zeit
Voraussetzung für
Arrangement mit Angehörigen
Kein Interesse von Angehörigen
weist darauf hin
überfordert, die Mutter so zu sehen
führt zu
Angehörigen die Situation nahe bringen
zeigt sich
Kommunikation mit Angehörigen
Komm-unikation
Kontakt halten
ist gleich
Informationen austauschen
Wunsch: mehr Gespräche Bewo – Mitarbeiter-Angehörige
hat zum Ziel
Angehörige an den Bewo heranholen
Kommunikation Heimeinzug
führt zu
Angehörige finden ihren Platz
als Angehöriger sich anpassen
Voraussetzung für
Bezugspflege
führt zu
Individuelles Eingehen auf Bewo und Angehörige
zeigt sich
Gespräche mit Angehörige
Gespräche im therapeutischen Team
Voraussetzung für
Hand in Hand arbeiten mit Angehörige
hat zum Ziel
Kontinuität


mit Angehörige ohne Angehörige
ist gleich
gute Versorgung
Termin zum Gespräch
führt zu
Konfliktlösung
Angehörigen - Info Biographie
je mehr desto mehr
besseres Arbeiten mit Bewo
Info und Erklärungen an Angehörige
führt zu
Angehörige kommen ins „Nachdenken (wahrnehmen)
führt zu
verringert Konflikte
Erklärungen Gespräche
je mehr desto mehr
gemeinsame Ziele, an einem Strang ziehen
Vorstellung von Angehörigen:
persönliche, von Mitarbeitern gegebene, in Ausbildung erlernt


Kontakt Besuche
Kontakt
je weniger desto mehr
Erklärung „Bild geben“
Angehörige haben wenig Informationen
gegenseitig abhängig
wenig Besuch
geringe Besuchsfrequenz
führt zu
vermehrter Info und Aufklärung
führt zu
Konflikten
Häufigkeit des Besuchs
ist nicht gleich
guter Kontakt
Dasein (auf Bewo bezogen)
ist nicht gleich
Spontane Angehörigenkontakte
Konflikt
eigenem Zeitplan


Angehörigen arbeit
Angehörigenarbeit
ist gleich
jeder ist zuständig
Angehörigenfeste Geburtstage Bewo
je mehr desto mehr
Angehörige sind informiert, haben Info
Angehörigenarbeit
hat zum Ziel
Erkenntnisse über den Bewo
hat zum Ziel
familiärer Rahmen soll bestehen bleiben
Dank von Angehörigen
je mehr desto mehr
weist darauf hin
Arbeit wird von Angehörigen gesehen
Familiensituation Verhältnis Bewo - Angehöriger
ist gegenseitig abhängig
Angehörigen-anwesenheit zur Sterbebegleitung
Bedeutung Angehöriger für Bewo
je weniger desto mehr
Demenz (Angehöriger erkennen)
Vorstellung von Angehörigen:
persönliche, von Mitarbeitern gegebene, in Ausbildung erlernt



12.3.3 Feinanalyse - Verbalisierung des Strukturlegeplans

Angehörige

Frau Sprech nimmt einen differenzierten Blick auf die Angehörigen ein. Die Verschiedenheit der Angehörigen zeigt sich für sie in deren Verhalten: Angehörige können kooperativ sein, können sich distanziert zeigen oder sind egozentrisch und schauen nach sich (Anmerkung: und nicht nach dem Bewohner und seinen Bedürfnissen). Angehörige nimmt sie in den Rollen als Informationsgeber, Interessensvertreter, Konfliktpartner, pflegende Angehörige, soziale Betreuer, Entscheider und Ersatz für Ehrenamtliche wahr. Da die Angehörigen so unterschiedlich sind, pflegt Frau Sprech auch einen unterschiedlichen Umgang mit ihnen.

Die differenzierte Bedeutung der Angehörigen zeigt sich in vielen Textpassagen. Exemplarisch dafür ausgewählt ist folgendes Zitat:

> *„Da gibt's auch andere Angehörigen, die kontrollieren erst mal ob man alles richtig gemacht hat, richtig gepflegt, richtig gewaschen, das Richtige angezogen. Das gibt's auch und manche sind einfach eben nur da um mit ihrem Angehörigen oder mit ihrem Bewohner zu sprechen und sich zu unterhalten* 00:02:45-7*."*

Kontrollierende Angehörige mit ihren Vorstellungen lösen Konflikte aus, denn sie scheinen nicht immer das Wohl des Bewohners im Blick zu haben. Die Wünsche der Angehörigen können dazu führen, dass sie als Mitarbeiterin abwägen muss und sich für das Wohl und den Schutz des Bewohners verantwortlich fühlt.

> *„Also wenn's jetzt Angehörige sind, die einen eher sag ich jetzt mal kontrollieren, des ist jetzt zwar blöder Ausdruck, aber verwend ich jetzt mal, dann ist es schwer, weil man aufpassen muss, dass man nicht für die Angehörigen arbeitet sondern dem Bewohner zu Gute. Und da muss man halt sehr stark aufpassen, weil oft sagt man, dem Bewohner täte es jetzt gut im Bett zu bleiben, aber die Angehörigen wenn die kommen, meckern sie, dass er im Bett ist. Und ja, dann muss man halt eben auch den Angehörigen ein Stück weit sagen, das wir nicht ihren Interessen >Geräusch im Hintergrund< nachgehen können, sondern dass wir halt auch auf das Wohl des Bewohners achten müssen und des halt dann abzuwägen. Ist dann auch nicht einfach. >lacht< 00:04:41-6.“*

Wenn Angehörige nach Fehlern suchen, ist das für Frau Sprech ein Indiz dafür, dass sie ein schlechtes Gewissen haben. Je mehr sie Anlässe zur Kritik suchen („stochern“) und es „besser wissen“, desto größer ist ihr Schuldgefühl; sie wollen nach Frau Sprechs Ansicht dann etwas Gutes tun.

> *„… dann haben sie auch oft ein schlechtes Gewissen, würde ich jetzt behaupten und dann fangen sie halt an, irgendwo zu suchen und zu stochern, was sie denn noch Gutes tun könnten für ihren Bewohner. 00:08:06-8.“*

Die so genannten „schwierigen“ Angehörigen gibt es für sie auch, aber der jeweilige Umgang ist gestaltbar und von der Art des Angehörigen abhängig.

> *„Ja, die gibt’s >lacht< Ahm aber ich würd jetzt nicht sagen die gibt’s halt sondern die gibt’s tatsächlich und es kommt halt drauf an wie man die annimmt und wie man halt auch mit diesen so zu sagen schwierigen Angehörigen umgeht. Es muss kein Dauerzustand sein, dass die schwierig sind aber es ist schon vorhanden, ja 00:33:24-0.“*

Frau Sprech hat eine Vorstellung vom „idealen“ Angehörigen. Er hat z. B. einen

guten Kontakt zum Bewohner.

> *„… wirklich Interesse an dem Bewohner an der Person ist und einfach auch an dem Zustand, das ne gewisse Ehrlichkeit ahm eben da ist und dass auch mit Interesse dran gearbeitet wird, also das halt auch mitgedacht wird sag ich jetzt mal ahm 1 ja 00:35:14-2.“*

Des Weiteren ist es aus ihrer Sicht ideal, wenn Angehörige reflektiert und an Fortbildung interessiert sind und den Bewohner respektieren.

> *„Ja dass Angehörige einfach auch sich ein bisschen hinterfragen, einfach wenn's, dass sie halt ahm überlegen was sie auch tun, dass sie dem Bewohner jetzt nicht irgend was aufdrücken, sondern dass sie selber dem Bewohner entsprechend auch handeln. Natürlich auch eigene Ideen einbringen, sofern das ahm in Ordnung ist und auch dass ahm Angehörige sich vielleicht durch Fortbildung einfach Informationen holen … 00:37:23-1.“*

Zusammenarbeit mit Angehörigen

Frau Sprech kann sich eine aktive Zusammenarbeit mit den jeweiligen Angehörigen vorstellen, registriert dabei verschiedene Angehörigenpräferenzen und differenziert in unterschiedliche Bereiche. Tätigkeiten, die mit Risiken versehen sind, sind konflikthaft und sollten nicht durch Angehörige ausgeführt werden. Einfache Tätigkeiten, z. B. Aktivierungsangebote wie vorlesen oder in den Garten gehen oder den Bewohner bei seinen eigenen Interessen unterstützen, sind Tätigkeiten, die gut von ihnen übernommen werden können.

> ***„****Aber einfach so Tätigkeiten wo der Angehörige selber Bescheid weiß und selber einfach den Bewohner führen kann, da find ich das auf jeden Fall angemessen 00:18:33-6.“*

Ein gemeinsames Tätigwerden hat aber auch seine Begrenzungen, da es zu einer zeitaufwendigeren Arbeitsweise führt und somit Routineprozesse stört.

> *„... manche möchten das eben und ich muss sagen, also es ist noch irgendwie schwer ahm wie soll ich sagen zu akzeptieren oder des anzunehmen, weil man selber hat schon so sag ich jetzt mal seine Routine und sein ah seine Handlungsabläufe und oft ist es bei Angehörigen das wenn die dann dabei sind ah, das dann die Routine*

sozusagen überworfen wird und ah wieder alles anders aufgebaut und strukturiert wird. Des ist dann eben zeitaufwendiger auch und ah ja man muss auch ein Stück weit anders an den Bewohner und auch an die Arbeit rangehn 00:17:08-0.“

Manche Zusammenarbeit hat ihre Grenzen, weil sie zu Konflikten führt. Dies zeigt sich bei Aktionen, die Angehörige auf eigene Faust machen. Die Frage der Grenzziehung ist gegenseitig abhängig von dem Wissen, was mit dem Bewohner geschieht.

„*Wir versuchen alles recht zu machen und ah sie tut auf eigene Faust Arzttermine machen, Medikamente kaufen und ihm verabreichen und so und da muss ich sagen, also da muss schon ne Grenze sein, also weil wir wissen oft nicht dann den Zustand von >Name gelöscht< , warum schläft er jetzt, dann heißt's ja sie hat ihm ein Schlafmittel gegeben ohne unser Wissen und also darum muss schon Grenzen gesetzt werden und ahm dass wir einfach auch ahm wirklich an dem Bewohner arbeiten können und Bescheid wissen 00:15:12-8.“*

Angehörige kennen und Informationen über sie haben hilft, sie als Personen einzuschätzen. Dies hat zum Ziel, mit ihnen einen guten Umgang zu pflegen. Darüber hinaus ist es Voraussetzung dafür, Ihnen Anliegen nahezubringen.

„Also es ist schon ein Stück weit wichtig, weil man einfach besser weiß, wie man mit den Angehörigen umzugehen hat, wie man ihnen was nahe bringen kann und einfach ja wie man wie der Umgang einfach ist, dass man das besser einschätzen kann 00:13:45-9.“

Die Aktivitäten der Angehörigen sollen einerseits nicht genau vorgeben sein, andererseits aber auch in einer gewissen Struktur ablaufen. Nötige Absprachen mit Mitarbeitern weisen darauf hin, dass die Mitarbeiter die jeweilige Struktur vorgeben und nicht die Angehörigen. Die Pflegenden gewährleisten die Versorgung. Je mehr Ideen von den Angehörigen kommen, umso mehr ist ein gemeinsames Aushandeln und Absprechen nötig.

„*Es soll dem Angehörigen auch schon ne gewisse Freiheit gegeben werden ahm aber halt auch schon ne gewisse Struktur von uns aus, damit sie sich einfach ein stückweit daran halten und dass wir auch die und alles wirklich dass es gewährleistet ist. Und aber es muss halt*

einfach auch alles abgesprochen werden. Wenn jetzt die Angehörigen irgendwie ne Idee haben oder n Vorschlag oder ne Änderung, dann sind wir auch bereit des anzunehmen und dann kann man auch da drüber reden und besprechen wie das halt weiter dann dann ablaufen wird 00:21:26-5.“

Angehörige sind nicht immer auf dem aktuellen Stand der Entwicklung des Bewohners. Ihnen muss dann das „aktuelle Bild vermittelt werden. Dies führt dazu, dass sie den Bewohner wieder besser verstehen können und die Zusammenarbeit mit den Fachkräften leichter fällt.

„Ich würd am liebsten den Angehörigen öfters mal so das Bild von ihrem Bewohner zeigen, einfach ahm zeigen was wir machen, was noch zu tun ist, was die Angehörigen selber machen können, dass sie einfach auch n Bild haben zum Beispiel wenn jetzt der Bewohner dement ist. Viele wissen gar nicht was da genau passiert und was für Stadien und was man da tun kann und dass einfach die Angehörigen einfach mehr informiert sind, dass sie das auch besser verstehen können und auch besser damit arbeiten können 00:19:18-7.“

Eine gute Zusammenarbeit mit Angehörigen ist nicht immer möglich. Frau Sprech registriert ein zunehmendes Desinteresse. Angehörige kümmern sich nicht mehr so intensiv, von „Abschieben“ ist die Rede und von einem nachlassenden familiären Verhältnis. Dies führt dazu, dass auch die Arbeit des Pflegepersonals nicht gesehen wird.

„... man erlebt jetzt häufiger ahm dass Angehörige ein nicht mehr so'n Interesse haben, also das nimmt immer mehr ab, und ahm einfach ja die Arbeit die wir tun wird gar nicht mehr so angesehen und einfach es wird sich auch nicht mehr so um den Bewohner gekümmert, es findet en Stück weit mehr nen Abschieben des Bewohners statt, des hört sich jetzt zwar an krass an, aber is leider so und ja es is einfach so zu sagen nicht mehr dieses familiäre Verhältnis gegeben … von dem her ist es für uns auch schwerer so zu sagen mit den Angehörigen zu arbeiten und auch besser auf den Bewohner eingehen zu können oder Sachen zu wissen, wie wir dann handeln können 00:56:20-4.“

Kontakte und Besuche

Angehörige machen Besuche und organisieren sich dafür unterschiedlich.

> *„Manche haben auch ihre festen, sag ich jetzt mal Besuchszeiten wo sie ihre Bewohner besuchen gehn 00:01:54-5 .“*

Je weniger Kontakt besteht, desto mehr müssen Angehörige immer wieder über den Zustand des Bewohners aufgeklärt werden. Der Prozess der Veränderungen kann ansonsten von den Angehörigen nicht mitvollzogen werden.

> *„… dann ist oft en Konfliktthema wenn auch Angehörige nicht so häufig da sind und dann mal auftauchen und sagen, warum ahm warum läuft er jetzt plötzlich mehr oder wird er nicht mehr aus em Bett geholt und da muss man halt einfach auch die Angehörigen häufig oder mehrfach informieren und einfach auch sagen was Sache ist, dass die halt einfach auch wieder da reinkommen 00:31:59-1.“*

Kommen Angehörige nur sehr sporadisch zu Besuch, sind diese Kontakte oft nicht planbar. Diese Angehörigen haben eher verstärkt Gesprächsbedürfnisse, was für Frau Sprech zu Konflikten zu dem eigenen Zeitplan führt.

> *„.... es ist oft so, dass dann einem eigentlich nur kurz im Gang Angehörige begegnen und oft ist es so, dass sie einem überschütten und man aber aufpassen muss, weil man eigentlich nicht so sag ich jetzt mal die Zeit ihnen geben kann den Angehörigen, weil man eben noch so mit seinem Zeitplan am schaffen und des ist dann als bisschen schwer, des unter einen Hut zu kriegen >lacht< Ja 00:01:17-0.“*

Im Hinblick auf die Qualität des Besuches macht Frau Sprech Unterschiede, denn die Besuchshäufigkeit ist nicht der alleinige Maßstab und somit nicht automatisch gleichzusetzen mit einem guten Kontakt. Das Dasein (eher im Sinne von Anwesend-Sein) ist nicht gleichbedeutend mit In-Kontakt-Sein.

> *„… es geht nicht ums dasein unbedingt, also natürlich auch, aber man kann net zu ihm sagen so sie müssen jetzt jeden Tag da sein, dann sind sie 'n guter Angehöriger so zu sagen, sondern es geht einfach auch darum, den Kontakt zu halten und einfach auch mit mit den Pflegekräften zusammen einfach Informationen auszutauschen,*

das muss jetzt nicht eben so laufen, dass er jeden Tag da ist, sondern einfach auch mal ein Telefonat oder eben solche Sachen ... 00:36:01-1*.“*

Frau Sprech beschreibt auch Angehörige, die ihre Besuche sehr individuell gestalten. Dies ist für sie ein Hinweis auf aktive Familienbeziehungen. Je nach dem, was sich in Familien an Beziehungskonstellationen zeigt, bekommt man als Pflegeperson auch Einblicke in die Familien und kann auch Teil davon sein (Ergänzung in der kommunikativen Validierung).

„Es ist jetzt eigentlich egal, obs Dreiecksbeziehung ist oder ne Vierer-beziehung oder wie auch immer ne Beziehung einfach bringt Probleme mit sich oder mal Streit oder mal Hindernisse, aber es ist einfach wichtig wie damit umgegangen wird würd ich sagen 00:29:29-7.“

Angehörigenarbeit

Die Angehörigenarbeit wird nicht ausschließlich an einen Sozialdienst oder an Leitungspersonen delegiert. In Frau Sprechs Sinne ist jeder zuständig.

„Jeder Mensch der an dem Bewohner arbeitet, ist auch für die Angehörigen ein Stück weit zuständig. Jeder natürlich auf ne andre Art und Weise, aber sonst jede Person 00:45:52-8.“

Je mehr die Angehörigen an den speziellen Veranstaltungen und Festen teilnehmen können, desto eher sind sie informiert.

„Wenn ein Bewohner Geburtstag hat, ist er natürlich auch dabei wenn er möchte >lacht leise< und ahm es gibt sicher auch Informations-veranstaltung für Angehörige, ahm wo bestimmte Themen bearbeitet werden, wo einfach Informationen weitergegeben werden an Angehörige und ja 00:48:05-4.“

Die Angehörigenarbeit hat auch das Ziel, Erkenntnisse über den Bewohner zu erlangen. Für den Bewohner soll der familiäre Rahmen weiter bestehen bleiben.

„Also das hat einfach von der Bedeutung her is es einfach wichtig beide Seiten so den Bewohner und auch den Angehörigen um einfach auch so zu sagen, den familiären Rahmen des Bewohners zu schützen, da ein Stück weit einzutauchen und auch damit arbeiten zu können, also die Angehörigenarbeit hat ne sehr große Bedeutung würd

ich sagen ahm um einfach auch gewisse Erkenntnisse über den Bewohner zu haben und ja 00:23:58-8.“

Angehörigenarbeit ist Beziehungsarbeit, die auch auf gegenseitiger Wertschätzung basiert. Ein Dankeschön der Angehörigen weist darauf hin, dass die Arbeit und das Engagement der Mitarbeiterin gesehen werden.

„Auch oft ist es, dass Angehörige en Extrawunsch haben sozusagen oder ahm etwas ahm gemacht haben wollen, was ihnen doch am Herzen liegt und da is es von unsrer Seite schon gern gesehen, dass halt auch mal irgendwie, das jemand auch mal Dankeschön sagt oder sagt hee super, jetzt kann er ja wieder trinken oder so, des des einfach schon angenommen wird ja 00:57:06-1.“

Frau Sprech beschreibt eine differenzierte Rolle der Angehörigen bei der Sterbebegleitung. Die jeweilige Familiensituation und das Verhältnis von Bewohner und Angehörigen sind ausschlaggebend für die Anwesenheit.

„…da kommt’s auch wieder auf das Verhältnis von Angehörigen zu Bewohner drauf an, das heißt, wenn jetzt ein Bewohner ist, der zerstritten ist mit dem Angehörigen oder kein gutes Verhältnis hat hat, der möchte das dann meistens auch nicht. Auch nicht in der letzten Phase, wo es wo es dann ahm zum Sterben kommt hm ja. Des 00:12:13-8.“

Ihrer Meinung nach können Angehörige auch an Bedeutung verlieren, da sie im Rahmen der dementiellen Erkrankung „vergessen“ werden und für den Bewohner in den Hintergrund treten können. Sie haben umso weniger Bedeutung, je mehr die Demenz zunimmt.

„…oft ist es so, dass die Angehörigen nicht mehr so ne große Rolle spielen, weil auch die vergessen werden sag ich jetzt mal. Also der Demente hat jetzt auch gar nicht mehr so den Bezug zu den Angehörigen auch kann nicht mehr diese Wichtigkeit einschätzen und ja auch in nem gewissen Stadium erkennt er auch den Angehörigen gar nicht mehr 00:10:13-4“.

Die mentalen Bilder, die Frau Sprech über die Angehörigen hat, sind in unterschiedlicher Weise entstanden. Ihrer Meinung nach denken alle Mitarbeiter ähnlich über die Angehörigen.

„Das sind teilweise persönliche Vorstellungen, das sind teilweise Vorstellungen die einem von Mitarbeitern gegeben werden ahm und einfach was man auch während der Ausbildung so zu sagen erlernt. Ja 00:29:56-6.“

12.3.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Sprech

Tabellarische Darstellung der Konzepte entsprechend den inhaltlichen Themenbereichen

Themenbereiche	Konzepte	Anmerkungen
Angehörige	1. Angehörige sind verschieden. Dies zeigt sich in den Rollen als Informationsgeber, Interessensvertreter, Konfliktpartner, Konkurrenz, pflegende Angehörige, soziale Betreuer, Entscheider, Ersatz für Ehrenamtliche. 2. Angehörige sind verschieden und das zeigt sich in: kooperative Angehörige, egozentrische Angehörige (schauen nur nach sich), distanzierte Angehörige. 3. Verschiedene Angehörige führen zu verschiedenem Umgang. 4. Angehörige haben unterschiedliche Wertigkeiten. 5. Der ideale Angehörige ist reflektiert und denkt die Interesse des Bewohners mit. 6. Der ideale Angehörige zeigt sich, indem er dem Bewohner nichts aufdrückt. 7. Der ideale Angehörige bildet sich im Bereich Demenz. 8. Der Umgang mit Angehörigen ist abhängig vom Typ Angehöriger. 9. Kontrollierende Angehörige stehen im Konflikt mit dem Wohl des Bewohners. 10. Kontrollierende Angehörige führen dazu, dass der Mitarbeiter die Aufgabe hat, den Bewohnern zu schützen. 11 Suchen Angehörige Fehler, weist dies auf ihr schlechtes Gewissen/Schuld hin. 12. Je mehr Angehörige stochern, desto mehr empfinden sie Schuld. 13. Angehörige „wissen es besser“.	**13 Konzepte**

Zusammenarbeit	14. Einfache Tätigkeiten sind Voraussetz-ung, dass sie von Angehörigen über-nommen werden können. 15. Bei einfachen Tätigkeiten weiß der Angehörige selber Bescheid und kann Bewohner führen. 16. Es gibt einen Konflikt bei den Tätigkeiten mit Risiken. 17. Gemeinsames Tätigsein führt zu einer anderen Arbeitsweise und stört Routine. 18. Nicht alle Angehörigen wollen ein gemeinsames Versorgen. 19. Zusammenarbeit hat Grenzen und führt daher zum Konflikt. 20. Die Grenzen der Zusammenarbeit zeigen sich bei Aktionen auf eigene Faust (Bsp. Arzttermine). 21. Die Grenzen der Zusammenarbeit sind abhängig vom Wissen um den Bewohner. 22. Absprachen mit Mitarbeiter sind nötig und weisen darauf hin, dass Mitarbeiter die Struktur vorgeben. 23. Je mehr Absprachen Mitarbeiter und Angehörige aushandeln, desto mehr können Ideen von Angehörigen und Veränderungen eingebracht werden. 24. Angehörigen muss das „Bild“ des Bewohners gezeigt werden, das führt dazu, dass sie besser verstehen und mehr Infos haben. 25. Je mehr die Angehörigen das Bild des Bewohners gezeigt wird, desto mehr Mitarbeit entsteht. 26. Wissen über Angehörige hat zum Ziel, einen guten Umgang mit Angehörigen zu haben. 27. Wissen über Angehörige ist Voraussetzung dafür, dass Mitarbeiter Angehörigen etwas erklären können. 28. Angehörige informieren hat zum Ziel, sie einzubinden. 29. Zunehmendes Desinteresse von Angehörigen führt dazu, dass die Arbeit am Bewohner nicht gesehen wird. 30. Zunehmendes Desinteresse von Angehörigen führt dazu, dass gute Zusammenarbeit nicht immer möglich ist. 31. Zeit ist Voraussetzung für Arrangements mit Angehörigen.	**18 Konzepte**
Kommunikation	32. Kontakt halten ist gleich Information austauschen.	**7 Konzepte**

	33. Der Wunsch nach mehr Bewohner-Mitarbeiter-Angehörigengesprächen hat zum Ziel, Angehörige an den Bewohner heranholen. 34. Die Kommunikation bei Heimeinzug führt dazu, dass Angehörige ihren Platz finden. 35. Sich als Angehöriger anzupassen, ist Voraussetzung, dass Angehörige ihren Platz finden. 36. Bezugspflege führt zum individuellen Eingehen auf Bewohner und Angehörige. 37. Bezugspflege zeigt sich bei Gesprächen mit Angehörigen. 38. Gespräche im therapeutischen Team sind Voraussetzung dafür, dass man Hand in Hand mit Angehörigen arbeitet. 39. Gespräche im therapeutischen Team zielen auf Kontinuität. 40. Gezeigte Interessenlosigkeit weist darauf hin, dass sie überfordert sind, den Zustand der Mutter sehen. 41. Die Überforderung, die Mutter so zu sehen, führt dazu, dass wir Angehörigen die Situation nahebringen. 42. Angehörigen die Situation nahebringen zeigt sich in Kommunikation mit Angehörigen. 43. Ob mit oder ohne Angehörige kommt es zu einer guten Versorgung. 44. Gesprächstermine führen zur Konfliktlösung. 45. Je mehr biografische Informationen durch Angehörige, desto besser ist das Arbeiten mit Bewohnern. 46. Erklärungen und Informationen an Angehörige führen dazu, dass Angehörige ins Nachdenken kommen. 47. Erklärungen und Informationen an Angehörige verringern Konflikte. 48. Je mehr Erklärungen und Gespräche stattfinden, desto mehr gibt es gemeinsame Ziele und man kann an einem Strang ziehen.	
Kontakte/ Besuche	49. Je weniger Kontakt, desto mehr Erklärung und den Angehörigen ein „Bild geben“. 50. Angehörige haben wenige Informationen und das ist gegenseitig abhängig von wenig Besuchen. 51. Geringe Besucherfrequenz führt zu vermehrter Information und Aufklärung. 52. Geringe Besucherfrequenz führt zu Konflikten.	**7 Konzepte**

	53. Häufiger Besuch ist nicht gleich guter Kontakt. 54. Dasein (auf den Bewohner bezogen) ist nicht gleichzusetzen mit gutem Kontakt. 55. Spontane Angehörigenkontakte stehen im Konflikt mit dem eigenen Zeitplan.	
Angehörigenarbeit	56. Für Angehörigenarbeit ist jede Pflegefachkraft zuständig. 57. Je mehr Angehörigenfeste und Bewohnergeburtstage, desto mehr sind Angehörige informiert. 58. Angehörigenarbeit zielt auf Erkenntnisse über den Bewohner. 59. Angehörigenarbeit zielt darauf, dass der familiäre Rahmen bestehen bleibt. 60. Dank von Angehörigen weist darauf hin, dass die Arbeit gesehen wird. 61. Familiensituationen und Verhältnis Bewohner – Angehöriger ist gegenseitig abhängig von der Anwesenheit der Angehörigen zur Sterbebegleitung. 62. Bedeutung der Angehörigen für den Bewohnern nimmt ab, je mehr der Bewohner Demenz hat (Angehörigen erkennen). 63. Vorstellung von Angehörigen: persönliche, von Mitarbeitern gegebene, in Ausbildung erlernt. 64. Angehörige kommen, wann sie wollen: Das weist auf ihre Familiensituationen hin. 65. Umgang mit Problemen weist auf Familienbeziehungen hin. 66. Man bekommt Einblicke in Familien.	**11 Konzepte**
Konflikte	67. Angehörige kennen unsere Abläufe nicht und das führt zu Störungen (reinplatzen). 68. Je schwieriger die Angehörigen, desto mehr Gespräche finden statt. 69. Je mehr Gespräche stattfinden, desto mehr Zusammenarbeit findet statt. 70. Je mehr Angehörige ins Geschehen eingebunden werden können, desto mehr können sie an einem Strang ziehen. 71. Schwierige, konflikthafte Angehörigen-situationen zeigen sich darin, dass man gegeneinander arbeitet 72. Schwierige, konflikthafte Angehörigen-situationen führen zur Konfliktbearbeitung durch Gespräche. 73: Konkurrenz ist gegenseitiges Beweisen.	**10 Konzepte**

	74. Konkurrenz zielt darauf, guten Umgang und Interesse am Bewohner zu zeigen. 75. Je freundschaftlicher das Verhältnis mit Angehörigen, desto größer die Gefahr, ausgenutzt zu werden. 76. Mitarbeiter steht dem Bewohner näher als der Angehörige.	
6 Themenbereiche		**76 Konzepte**

12.3.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien

12.3.5.1 Darstellung in Tabellenform

Konzepte der Subjektiven Theorie	**Interpretative Zusammenfassung**	**Kategorien** Transformation der Konzepte in eine weitere Abstraktions-einheit
1. Angehörige sind verschieden. Dies zeigt sich in den Rollen als Informationsgeber, Interessens-vertreter, Konfliktpartner, Kon-kurrenz, pflegende Angehörige, soziale Betreuer, Entscheider, Ersatz für Ehrenamtliche. 8. Der Umgang mit Angehörigen ist abhängig vom Typ Angehöriger. 16. Es gibt einen Konflikt bei den Tätigkeiten mit Risiken. 17. Gemeinsames Tätigsein führt zu anderer Arbeitsweise und stört Routine. 18. Nicht alle Angehörigen wollen ein gemeinsames Versorgen. 19. Zusammenarbeit hat Grenzen und führt daher zum Konflikt. 20. Die Grenzen der Zusammen-arbeit zeigen sich bei Aktionen auf eigene Faust (Bsp. Arzttermine). 22. Absprachen mit Mitarbeiter sind nötig und weisen darauf hin,	Angehörige stören die Routinen. Sie benötigen Zeit. Gemeinsame Tätigkeiten sind eher konflikthaft. Es gibt wenig Aushand-lungsprozesse und keine Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Angehörige können auch eingebunden werden in die Abläufe. Dann „ziehen sie an einem Strang“ mit den Mitarbeitern. Es gibt konkurrierende Situationen, jedoch die Mitarbeiter und nicht die Angehörigen geben die Struktur vor.	**Paternalistische Zusammenarbeit**

dass Mitarbeiter die Struktur vorgeben. 30. Zunehmendes Desinteresse von Angehörigen führt dazu, dass gute Zusammenarbeit nicht immer möglich ist. 31. Zeit ist Voraussetzung für Arrangements mit Angehörigen. 36. Bezugspflege führt zum individuellen Eingehen auf Bewohner und Angehörige. 39. Gespräche im therapeutischen Team zielen auf Kontinuität. 43. Ob mit oder ohne Angehörige kommt es zu einer guten Versorgung. 52. Geringe Besucherfrequenz führt zu Konflikten. 62. Bedeutung der Angehörigen für den Bewohner nimmt ab, je mehr der Bewohner Demenz hat (Angehörige erkennen). 67. Angehörige kennen unsere Abläufe nicht und das führt zu Störungen (reinplatzen). 68. Je schwieriger die Angehörigen, desto mehr Gespräche finden statt. 70. Je mehr Angehörige ins Geschehen eingebunden werden können, desto mehr können sie an einem Strang ziehen. 71. Schwierige, konflikthafte Angehörigensituationen zeigen sich darin, dass man gegeneinander arbeitet. 74. Konkurrenz zielt darauf, guten Umgang und Interesse am Bewohner zu zeigen. 75. Je freundschaftlicher das Verhältnis mit Angehörigen, desto größer die Gefahr, ausgenutzt zu werden. 76. Mitarbeiter ist dem Bewohner näher als der Angehörige.		
2. Angehörige sind erschieden und das zeigt sich in: kooperative Angehörige, egozentrische Angehörige (schauen nur nach sich), distanzierte Angehörige.	Angehörige sind verschieden. Es gibt viele Angehörige, die in ihren Bemühungen von ihren eigenen Vorstellungen und von ihren Schuldgefühlen geleitet sind.	**Perspektive der Angehörigen:** **Egozentrische Wahrnehmung**

3. Verschiedene Angehörige führen zu verschiedenem Umgang. 4. Angehörige haben unterschiedliche Wertigkeiten. 5. Der ideale Angehörige ist reflektiert und denkt die Interessen des Bewohners mit. 6. Der ideale Angehörige zeigt sich, indem er dem Bewohner nichts aufdrückt. 9. Kontrollierende Angehörige stehen im Konflikt mit dem Wohl des Bewohners. 10. Kontrollierende Angehörige führen dazu, dass der Mitarbeiter die Aufgabe hat, den Bewohnern zu schützen. 11.Suchen Angehörige Fehler, dann weist das auf ihr schlechtes Gewissen/Schuld hin. 12. Je mehr Angehörige stochern, desto mehr empfinden sie Schuld. 13. Angehörige „wissen es besser“. 29. Zunehmendes Desinteresse von Angehörigen führt dazu, dass die Arbeit am Bewohner nicht gesehen wird. 54. Dasein (auf den Bewohner bezogen) ist nicht gleichzusetzen mit gutem Kontakt. 55. Spontane Angehörigen-kontakte stehen im Konflikt mit dem eigenen Zeitplan. 60. Dank von Angehörigen weist darauf hin, dass die Arbeit gesehen wird. 73. Konkurrenz ist gegenseitiges Beweisen.	Ein empathisches Hineinfühlen würde den Angehörigen auch ermöglichen, dass sie die Arbeit der Mitarbeiter erkennen und wertschätzen können.	
53. Häufiger Besuch ist nicht gleich guter Kontakt. 59. Angehörigenarbeit zielt darauf, dass der familiäre Rahmen bestehen bleibt. 61. Familiensituationen und Verhältnis Bewohner – Angehöriger ist gegenseitig abhängig von der Anwesenheit der Angehörigen zur Sterbebegleitung.	Angehörige pflegen Kontakte, so wie sie es in der Familie auch tun würden. Man lernt dadurch die Familie kennen. Die Beziehung ist wie ein Seismograph für das weitere Verhalten der Angehörigen.	**Konzept Familie**

63. Vorstellung von Angehörigen: persönliche, von Mitarbeitern gegebene, in Ausbildung erlernt. 64. Angehörige kommen, wann sie wollen: das weist auf ihre Familiensituationen hin. 65. Umgang mit Problemen weist auf Familienbeziehungen hin. 66. Man bekommt Einblicke in Familien.	Mit Angehörigenarbeit soll die Familie erhalten bleiben.	
7. Der ideale Angehörige bildet sich im Bereich Demenz. 14. Einfache Tätigkeiten sind Voraussetzung, dass sie von Angehörigen übernommen werden können. 15. Bei einfachen Tätigkeiten weiß der Angehörige selber Bescheid und kann Bewohner führen. 21. Die Grenzen der Zusammenarbeit sind abhängig vom Wissen um den Bewohner. 23. Je mehr Absprachen Mitarbeiter und Angehörige aushandeln, desto mehr können Ideen von Angehörigen und Veränderungen eingebracht werden. 24. Angehörigen muss das „Bild" des Bewohners gezeigt werden, das führt dazu, dass sie besser verstehen und mehr Infos haben. 25. Je mehr den Angehörigen das Bild des Bewohners gezeigt wird, desto mehr Mitarbeit entsteht. 26. Wissen über Angehörige hat zum Ziel, einen guten Umgang mit Angehörigen zu haben. 27. Wissen über Angehörige ist Voraussetzung dafür, dass Mitarbeiter Angehörigen etwas erklären können. 28. Angehörige informieren hat zum Ziel, sie einzubinden. 32. Kontakt halten ist gleich Information austauschen. 33. Der Wunsch nach mehr Bewohner-Mitarbeiter-Angehörigengesprächen hat zum Ziel, Angehörige an den Bewohner heranholen.	Es dominiert die Perspektive eines Experten auf einen Laien. Angehörige benötigen Wissen, Bildung, Belehrung, Befähigung. Man muss ihnen ein Bild von der aktuellen Situation geben. Kommunikation ist bedeutsam. Wissen kann ausgetauscht werden, Angehörige können informiert werden.	**Angehörige belehren – Pädagoge sein** Sprechen, erklären, belehren, befähigen ein Bild geben – Pädagoge sein.

34. Die Kommunikation bei Heimeinzug führt dazu, dass Angehörige ihren Platz finden. 35. Sich als Angehöriger anzupassen ist Voraussetzung, dass Angehörige ihren Platz finden. 37. Bezugspflege zeigt sich bei Gesprächen mit Angehörigen. 38. Gespräche im therapeutischen Team sind Voraussetzungen dafür, dass man Hand in Hand mit Angehörigen arbeitet. 40. Gezeigte Interessenlosigkeit weist darauf hin, dass sie überfordert sind, den Zustand der Mutter sehen. 41. Die Überforderung, die Mutter so zu sehen, führt dazu dass wir Angehörige die Situation nahe bringen. 42. Angehörigen die Situation nahe bringen zeigt sich in Kommunikation mit Angehörigen. 44. Gesprächsterminen führen zur Konfliktlösung. 45. Je mehr biographische Informationen durch Angehörigen, desto besser ist das Arbeiten mit Bewohnern. 46. Erklärungen und Informationen an Angehörige führen dazu, dass Angehörige ins Nachdenken kommen. 47. Erklärungen und Informationen an Angehörigen verringern Konflikte. 48. Je mehr Erklärungen und Gespräche stattfinden, desto mehr gibt es gemeinsame Ziele und man kann an einem Strang ziehen. 49. Je weniger Kontakt, desto mehr Erklärung und den Angehörigen ein „Bild geben“. 50. Angehörige haben wenige Informationen und das ist gegenseitig Abhängig von wenig Besuchen. 51. Geringe Besucherfrequenz führt zu vermehrter Information und Aufklärung. 56. Für Angehörigenarbeit ist jede Pflegefachkraft zuständig.		

57. Je mehr Angehörigenfeste und Bewohnergeburtstage, desto mehr sind Angehörige informiert. 58. Angehörigenarbeit zielt auf Erkenntnisse über den Bewohner. 69. Je mehr Gespräche stattfinden, desto mehr Zusammenarbeit findet statt. 72. Schwierige, konflikthafte Angehörigensituationen führen zur Konfliktbearbeitung durch Gespräche.		

12.3.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Sprech

Folgende Leitideen von Frau Sprech lassen sich zusammenfassend darstellen. Sie stellen einen Bestimmungsversuch ihrer Subjektiven Theorie dar.

Paternalistische Zusammenarbeit

Frau Sprech pflegt eine besondere Form der Zusammenarbeit. Sie zeigt sich sehr reflektiert und verständnisvoll im Hinblick auf die Angehörigen, lässt aber keinen Zweifel daran, dass die Prozesse in der Organisation und letztendlich das Agieren aus ihrer Position heraus die Form der Zusammenarbeit bestimmen. Recht deutlich zeigt sich ihre Absicht, Angehörige so zu integrieren, dass sie passend sind im Arbeitsablauf und in der Gesamtorganisation („an einem Strang ziehen“). Sie als Fachkraft definiert die Möglichkeiten der Zusammenarbeit aus ihrer Perspektive. Wissen um und über die Angehörigen führt nicht zwangsläufig dazu, dass sie deren Perspektiven berücksichtigt oder sogar gezielt darauf eingehen kann. Frau Sprech wünscht sich die Angehörigen an ihrer Seite, damit diese auch sehen, was mit den Bewohnern geschieht. In ihrer Vorstellung muss es im Interesse des Angehörigen liegen, dass sie die gute Versorgung ihrer Bewohner sehen können. Kontinuität ist eine Leitidee in ihrer Arbeit. Ihre Aussagen über Angehörige sind eher beschreibender Art. Aushandlungsprozesse, die zu einer symmetrischen, partnerschaftlichen Beziehung, zu einer Begegnung auf Augenhöhe führen können, wären eine Alternative zu den von ihr verdeutlichten Abgrenzungen. Sich an der Autonomie

und den Kompetenzen der Bewohner und Angehörigen zu orientieren wäre eine reife und auf Kooperation und Koproduktion angelegte Form der Beziehung. Ihre Interventionen zielen zwar auf das Wohl des Bewohners, nicht jedoch zwangsläufig auf und mit der Perspektive der Angehörigen. Man könnte es als eine „neo-paternalistische“ Form der Zusammenarbeit kennzeichnen.

Perspektive der Angehörigen: Egozentrische Wahrnehmung

Angehörige werden unterschiedlich wahrgenommen, dennoch ist die Beschreibung eher problematisch. Es gibt nach Frau Sprechs Dafürhalten viele Angehörige, die in ihren Bemühungen von ihren eigenen Vorstellungen und insbesondere von ihren Schuldgefühlen geleitet sind. Frau Sprech attestiert ihnen mangelnde Empathie. Dies verhindere, dass Angehörige die Arbeit der Mitarbeiter erkennen und wertschätzen können. Zugleich seien Angehörige in ihrer Wahrnehmung und in ihrem Tun egozentrisch. Hier sieht Frau Sprech auch eine Aufgabe, sich parteiisch für den Bewohner einzusetzen. Folgendes Beispiel macht dies deutlich.

> *„Und ja, dann muss man halt eben auch den Angehörigen ein Stück weit sagen, das wir nicht ihren Interessen nachgehen können, sondern dass wir halt auch auf das Wohl des Bewohners achten müssen und des halt dann abzuwägen. Ist dann auch nicht einfach. >lacht<* 00:04:41-6.“

Konzept Familie

Die Angehörigenarbeit dient für Frau Sprech auch dazu, dass die Familie auch während des Heimaufenthaltes erhalten bleibt. Frau Sprech ist von der Idee geleitet, dass Angehörige während des Heimaufenthaltes die Beziehungen in derselben Qualität wie zuvor zu Hause aufrechterhalten. Die jeweilige Beziehung ist für sie wie ein Seismograph für das weitere Verhalten der Angehörigen. Man spürt förmlich im Interview und in ihren Aussagen, dass sie um die Positionen mit und für die Familien ringt und die Bedeutung des Konzepts Familie für sich erkannt hat.

Angehörige belehren – Pädagoge sein

Sprechen, erklären, belehren, befähigen und den Angehörigen ein aktuelles Bild vermitteln sind die zentralen Stichworte in diesem Konzept. Angehörige werden als Laien gesehen, die sich zuerst qualifizieren müssen, durch Wissen, welches sie sich aneignen sollten, durch einfache Tätigkeiten und Absprachen. Frau Sprechs Wahrnehmung der Angehörigen führt zwangsläufig dazu, dass sie als Expertin sich in der Pflicht sieht, pädagogisch tätig zu werden und die Angehörigen zu belehren, zu informieren und anzuleiten.

12.3.6 Zusammenfassung

Die Subjektive Theorie von Frau Sprech ist geprägt von einer beruflich-paternalistischen Haltung, die sich in einer Fürsorge gegenüber den Bewohnern zeigt. Die Idee einer geteilten Sorge, gemeinsam mit der Familie, kann sich nicht wirklich entfalten. Zu sehr ist sie damit beschäftigt, den Rahmen ihrer Tätigkeiten zu halten und sich als Garanten für die Versorgung zu definieren. Ihre Kooperation ist eher als ein pädagogisch-belehrendes Konzept zu begreifen. Es scheint, als bewege sie sich im Spannungsfeld von differenzierterer Wahrnehmung der Angehörigen und deren Position und Wünschen bei einer gleichzeitigen deutlichen Distanziertheit in der Zusammenarbeit.

12.4 Subjektive Theorie von Frau Heimat

Motto: *„Bei uns zu Hause ist das nicht so, aber ich find das was hier in Deutschland ist auch nicht falsch“*

12.4.1 Kurzbeschreibung Frau Heimat

Frau Heimat, ledig, ist 26 Jahre alt und im Alter von dreizehn Jahren mit ihrer Familie von Kasachstan nach Deutschland übergesiedelt. Sie ist nach ihrer Ausbildung zur Familienpflegerin in der Einrichtung tätig und kann auf zwei Jahre Berufserfahrung zurückblicken. Sie betont, dass sie als ausgebildete Familienpflegerin in der Einrichtung gleich eingesetzt ist wie eine Alten-pflegerin.

Aus dem Interview ergeben sich wichtige Informationen zum kulturellen Hintergrund. In ihrem Heimatland Kasachstan sieht die Versorgung pflegebedürftiger Menschen anders aus. Sie erwähnt, dass es dort nicht so viele Altenpflegeheime gebe, diese auch zu teuer seien und die Familien alles täten, um die Eltern und Großeltern zu Hause zu versorgen. Jeder müsse da mithelfen.

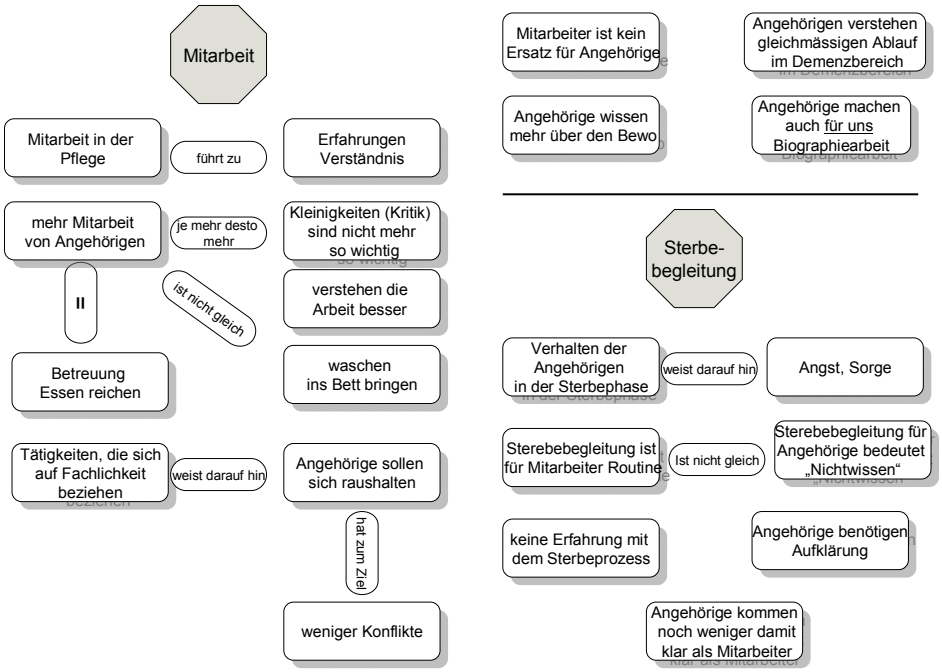
Zu ihrer Funktion in der Einrichtung gibt Frau Heimat an, dass sie manchmal auch in der Funktion als Schichtleitung tätig sei und sogar das diesjährige Sommerfest moderiert habe.

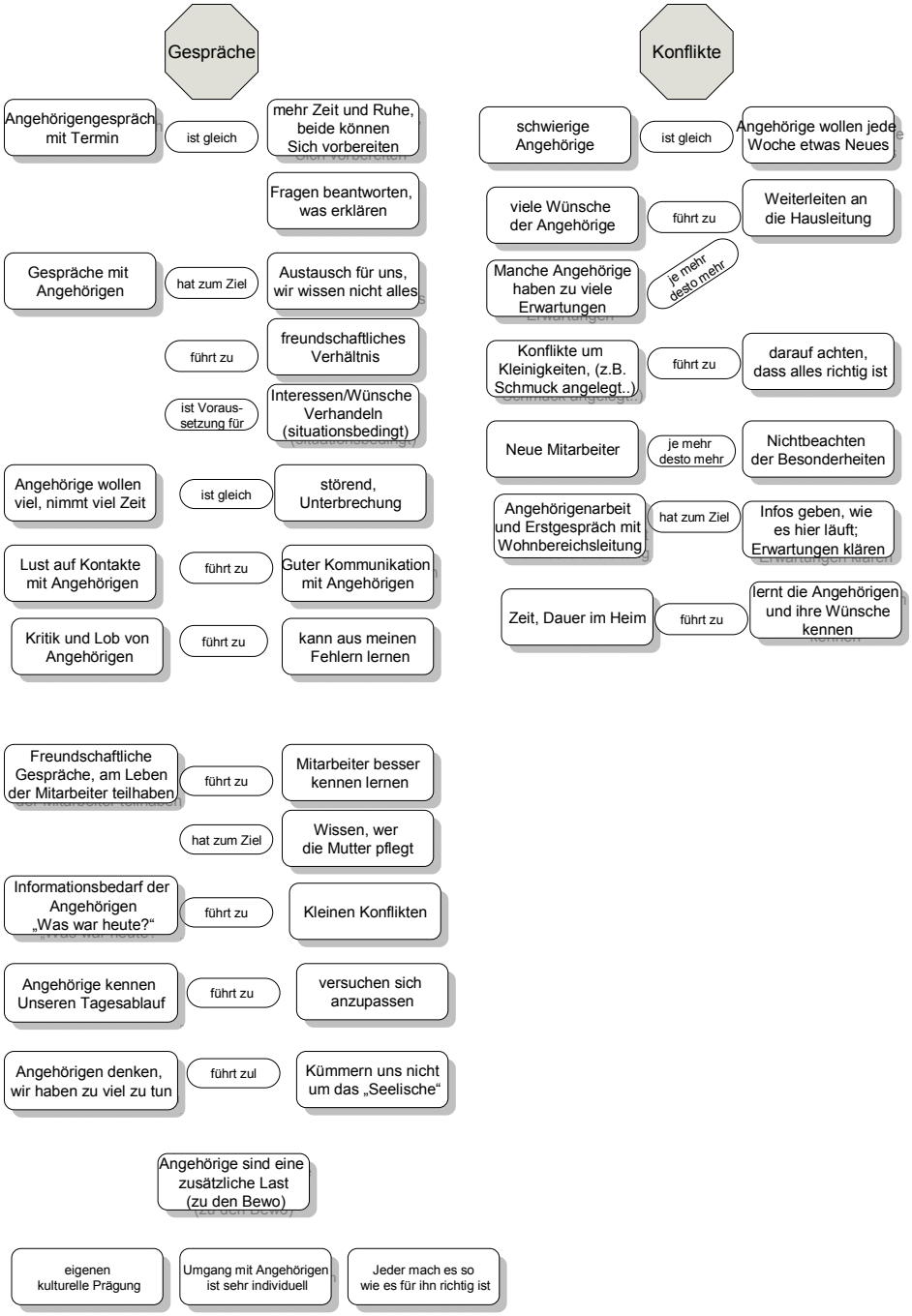
Das Interview dauerte 52 Minuten. Alle Themen konnten zügig angesprochen werden. Die Interviewthemen von Frau Heimat lassen sich bündeln in die Schwerpunkte Besuche der Angehörigen, Demenz, Mitarbeit der Angehörigen, Sterbebegleitung, Gespräche und Konflikte.

Die Auseinandersetzug mit den kulturellen Unterschieden bestimmen immer wieder die Interviewpassagen. Mit den folgenden zwei Aussagen kann man eindrücklich erkennen, dass es für Frau Heimat nicht einfach ist, die Werte aus dem prägenden Umfeld ihrer ersten Lebenshälfte in Kasachstan in bestimmten anspruchsvollen Situationen in der Versorgung von Menschen mit Demenz aufrechtzuerhalten, d. h.: Vor ihrem kulturellen Hintergrund ist es für sie eigentlich undenkbar, dass Eltern in einem Altenpflegeheim versorgt werden. Dennoch gibt es Situationen, die diesen Schritt auch für sie legitimieren.

> *„Ja für mich persönlich wär's nix, aber ich komm ja auch aus anderem Land. >lacht< ich weiß das was ganz anderes 00:12:58-4.“*
>
> *„Vor allem mit Demenzerkrankung so wie so. Deswegen find ich das auch nicht falsch, die Eltern mal irgendwann mal, wenn es gar nicht mehr geht, auch in professionelle Hände so zu sagen abzugeben ne. 00:14:10-1.“*

12.4.2 Strukturlegeplan





12.4.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans

Besuche

Frau Heimat nimmt die unterschiedlichen Kontakthäufigkeiten der Angehörigen wahr und setzt diese in Beziehung zu der Familiensituation und dem

Familienzusammenhalt, wie er sich mutmaßlich bereits vor dem Heimeinzug gestaltet hat. Diese Kontaktintensität setzt sich ihrer Meinung nach während des Heimaufenthaltes fort.

> *„Ich glaub das liegt auch vielleicht eventuell auch daran, wie man so vor der Krankheit, vor dem Alter, in der Familie zusammen gehalten hat. Es gibt Leute, die mehr zusammen gehalten haben oder halt Schwestern oder Kinder auch die mehr zu Eltern und es gibt auch welche, die vielleicht auch schon ganz früh ah ausgezogen sind und nicht mehr so viel Kontakt zu Eltern hatten und dann nach Jahren auf einmal sich doch um die Eltern kümmern müssen so zu sagen, und in Kontakt treten müssen, obwohl sie vielleicht auch schon ein bisschen entfernt davon sind. Und ich glaub die die öfters kommen, die haben einfach schon bis zum Moment bis sie hier kamen, einfach nur sehr starken Kontakt zu einander gehabt 00:27:54-8.“*

Über den idealen Angehörigen kann sie ein klares Bild entwickeln: Dieser investiert mehr Zeit (als bislang nur eine halbe Stunde pro Tag) und kommt täglich für zwei bis drei Stunden. Er engagiert sich nicht nur für seinen eigenen Verwandten, sondern bringt sich aktiv in die ganze Wohngruppe ein. Ein besseres gegenseitiges Kennenlernen wird möglich. Je höher die Besuchshäufigkeit, desto besser können Angehörige die Mitarbeiter kennenlernen.

> *„Der ideale Angehörige? Oh Gott, lachen, oh je ich glaub das gibt’s nicht so ideal. Der Angehörige, der ideale, wäre für mich, der, der mehrmals in der Woche kommt, auch vielleicht 2–3 Stunden bleibt anstatt jetzt halbe Stunde der ein bissele mithilft, der sich auch mit den Bewohnern unterhält und nicht nur mit den eigenen Verwandten, mit alle ein bisschen, alle einbezieht, ha ja natürlich kann er auch ein bisschen was kritisieren, daraus lernt man und ja, einfach miteinander reden und mit anderen reden und sich nicht verschließen 00:28:48-0,“*

Eine höhere Besuchshäufigkeit birgt aber auch die Gefahr von Konkurrenz oder Eifersucht.

„Ja denk schon dass da jemand auch äh oder Kinder eifersüchtig sein können. Aber bis jetzt hab ich mich nicht jetzt damit irgendwie, bin nicht damit in Berührung gekommen. Es gibt halt auch Angehörige, die jeden Tag kommen. Täglich für ein, zwei drei Stunden, die haben natürlich dann mehr ah Kontakt und die kennen uns dann auch mehr und dann kann ja da auch nicht von Eifersucht nicht die Rede sein, aber ich weiß nicht, ich hab's noch nicht beobachtet was Sie sagen 00:27:06-7.“

Die Angehörigenpräsenz ist nicht immer gleich. Das Erstgespräch beim Heimzug stellt ihrer Meinung nach entscheidende Weichen. Angehörige, die ein gewisses Interesse mitbringen und sich aktiv einbringen, bleiben auch eher über die Zeit des Heimaufenthaltes und sogar noch darüber hinaus erhalten.

„Grundsätzlich find ich. Weil ich find, die die am Anfang da sind, die bleiben auch bis zum Ende erhalten, die sich auch interessieren und sich kümmern und sich wirklich ah versuchen einzubringen und zu helfen, die bleiben eigentlich auch bis zum Schluss da. Manche noch danach >lacht< und eben und die die von Anfang an en bisschen zurückhaltender waren und die da die kommen sehr selten oder die kommen au irgendwann auch gar nicht. Aber wie gesagt, es kann auch, das liegt öfters mal auch daran, dass sie selber nicht damit klar kommen. Dass sie das psychisch selber nicht verkraften, ihre Eltern so zu sehen. Deswegen kann man da auch ein bisschen Verständnis dafür schon bringen, klar? 00:40:33-1.“

Angehörigenkontakte sind aber auch eine Zeitfrage. Im Rahmen der Angehörigenarbeit in der Einrichtung werden Veranstaltungen geboten. Auch ein Extra-Tag für Angehörige mit einer nachmittäglichen Kaffeerunde ist für Frau Heimat vorstellbar. Die Zeit, die Angehörige überhaupt zur Verfügung haben, ist durch den Familienalltag und die Berufstätigkeit begrenzt und kann ihrer Meinung nach auch nicht eingefordert werden.

„Ja wir machen ja so Veranstaltungen, Feste und Feier und ah vielleicht ich weiß nicht, vielleicht irgendwie so ein Tag, ein Tag in der Woche wo man wirklich nur Angehörige sich drauf konzentriert, dass sie nachmittags vielleicht ein zwei Stunden Kaffeerunde machen oder

so was. Das wär so mein Vorschlag. Natürlich wenn sie kommen die Angehörigen, dann kriegen sie auch Kaffee und Kuchen und so, wenn sie jetzt in dieser Zeit kommen und auch ah manche sogar Mittagessen manchmal ahm aber ich glaub, vielleicht noch mehr, richtig so Tage einführen die für Angehörige und für Bewohner da sind. Aber sonst kann man ja nicht viel machen, weil, es is ja auch Zeitfrage. Heutzutage sind alle am Arbeiten, keiner hat Zeit, Familie und so weiter und 00:07:30-7*.“*

„… weil wir können das ja nicht bestimmen, könnten Sie bitte heute da und da kommen. Oder können Sie öfters mal kommen, nee. Es is ja auch ah kann man auch verstehen, jeder ist irgendwie in Hektik 00:07:48-7.“

Demenz

Die dementiellen Erkrankungen der Bewohner stellen für die Angehörigen eine Herausforderung dar. Dies zeigt sich darin, dass Angehörige mit z. B. ihre Eltern in diesem Krankheitszustand nicht gut umgehen können, die Kommunikation erschwert und kaum auszuhalten ist und sie überfordert sind. In der Konsequenz reduzieren Angehörige ihre Kontakthäufigkeiten oder Kontaktzeiten.

„... Viele glaub ich, kommen auch nicht klar mit dieser Demenzkrankheit, dass die (Anmerkung: die Angehörigen) *nicht erkannt werden, oder dass die Bewohner irgendwas erzählen, was überhaupt teilweise kein Sinn hat jetzt, und ich glaub das wird auch für viele zu viel als Kind oder die sind überfordert mit der Situation, sie kommen, sie können ihre Mutter oder ihren Vater nicht so sehen. Des is auch schwer und das kann ich auch irgendwo verstehen, dass sie dann auch immer sich entfernen und immer seltener versuchen zu kommen* 00:08:39-3*.“*

„Die kommen einfach nicht zurecht mit der Krankheit von eben können ihre Mutter nicht so sehen oder das tut ihnen vielleicht weh oder sonst noch was, dass die Mutter jetzt nicht versteht, was man mit ihr redet auf einmal 00:08:51-4.“

Die Situation in der Wohngruppe mit einem dementen Bewohner ist für die Angehörigen nicht immer leicht. Einfaches Dasein und kommunizieren mit dementiell veränderten Menschen ist anstrengend. Mitwirkungsmöglichkeiten wie z. B. Obst schneiden tragen zu einer Entlastung bei, da die Begegnung nicht nur auf das Gespräch fixiert ist, sondern auch auf ein gemeinsames Tun.

> *„Ja, ja. Ich glaub da sind sie auch ah, weil dadurch dass unsere Bewohner jetzt dement sind, halten das viele Angehörige nicht aus, einfach nur mit ihrer Mutter da zu sitzen und nur zu reden oder zu unterhalten und weil man kann manchmal zu neunzig Prozent kein normales Gespräch führen so zu sagen und dann find ich's wichtig, wenn sie nebenbei vielleicht auch mit anderen mal, weil es gibt ja auch Fittere, es gibt auch weniger Fitte, und auch im Tun so zu sagen, auch mal irgendwie keine Ahnung, schneiden, Obst schneiden oder so was und im Tun sich unterhalten mit anderen, schon besser als sich nur im Zimmer mit Mutter hinsetzen, wo man so wie so schon schwer hat, weil die Mutter Demenz hat und damit nicht klarkommt und dann noch a Stunde da mit der Mutter sitzen. Ich glaub dass einem auch nicht gut tut. Und deswegen flüchten sie auch öfters mal früher oder schneller. Und wenn man so im Kreis sitzt und andere sieht auch noch oder mit anderen sich unterhält, die vielleicht noch ein bisschen mehr kommunizieren können, tut das einem auch gut, denk ich mir mal 00:23:58-8.“*

Angehörigen habe in Frau Heimats Augen auch eine therapeutische Funktion. Ihre Anwesenheit und Nähe wirkt gegen Einsamkeit. Die Nähe kann nicht durch die Mitarbeiter ersetzt werden.

> „*Und wenn dann immer wieder Tochter und Enkeltochter kommt und so und sie sich freuen und für Feiertage, Geburtstage nicht allein am Tisch sitzen müssen, ist auch noch so eine Sache ja. Und vor allem bei dementen Leuten, ich find das ist sehr wichtig weil man merkt auch an den Leuten, die jetzt einsam sind oder kein Besuch kriegen, dass die auch immer wieder en bisschen abbauen sag ich mal jetzt so in Anführungsstrichen. Weil sie sich natürlich einsam fühlen, wir sind zwar da aber wir sind nicht die Kinder oder nicht die Enkelkinder und*

00:06:33-2.“

Die Angehörigenarbeit findet für sie vor allem in den Gesprächen statt. Neben den Gesprächen beim Heimeinzug sind die Nachmittage gemeinsam mit anderen Angehörigen und der Austausch untereinander bedeutsam.

> *„... dann natürlich auch öfters so Nachmittage und allgemein mit den anderen zusammen. Es gibt an Nachmittags öfters mal, dass ahm eben die Angehörigen die jeden Tag fast kommen, dass sie miteinander dann auch reden oft und wirklich sich freuen über solche Feste wie Sommerfest und so, um sich zu sehen und miteinander einfach sich so auszutauschen und alles. 00:31:00-5.“*

Mitarbeit

Angehörige bringen sich in die Versorgung der Bewohner ein. Frau Heimat beschreibt, dass die Angehörigen direkte Unterstützungsleistungen für die Mitarbeiter leisten, indem sie auch Tätigkeiten übernehmen, die nicht nur direkt ihren Angehörigen zugute kommen. Einen Zusammenhang von Konfliktpotenzial und Zusammenarbeit mit den Angehörigen sieht sie nicht. Sie beschreibt in dem folgenden Beispiel einen Übergang von der Mithilfe zu einem weiteren ehrenamtlichen Engagement.

> *„Ne seh ich nicht so. >ok< Ja wir haben eine Angehörige Frau, die hat uns sehr sehr viel und sehr oft geholfen auch in der Küche und unseren Bewohnern Essen gereicht, nicht nur ihrer Mutter sondern auch allgemein, sie kommt immer noch, die Mutter ist schon tot, sie kommt jetzt ehrenamtlich so zu sagen immer noch und macht so Nähnachmittage und so weiter. Ahm die war fast jeden Tag da und hat viel geholfen und sie hat find ich meiner Meinung nach viel mehr Verständnis dafür was wir machen und für diese Kleinigkeiten die vielleicht jetzt falsch oder nicht gemacht werden, die hat da viel viel mehr Verständnis dafür weil sie eben das erlebt hat und gesehen hat wie wir ab und zu mal auch in Stress kommen und das ist halt auch nicht so einfach mit dementen Leuten 00:20:53-2.“*

Eine intensive Mitarbeit der Angehörigen bringt mehr Verständnis für Frau Heimats Arbeitssituation. Daher ist dies für sie erstrebenswert. Je mehr die

Angehörigen mitarbeiten, desto eher sind die Kleinigkeiten plötzlich nicht mehr wichtig. Die Angehörigen verstehen die Arbeit, die gemacht werden muss, dann besser.

> *„Ja schon. Weil ich glaub dann wären diese Kleinigkeiten nicht mehr so wichtig, wenn sie merken würden, dass halt auch <u>große</u> Sachen dazwischen gibt die wichtiger sind in dem Moment und die auch Zeit nehmen 00:21:09-5.“*

Im Hinblick auf eine Mitarbeit und die geeigneten Tätigkeiten hat Frau Heimat genaue Vorstellungen. Allgemeine Betreuungstätigkeiten und Kommunikation sowie Essen reichen sind geeignet. Körper- oder medizinorientierte Tätigkeiten wie Körper- und Behandlungspflege, die eine entsprechende Fachlichkeit voraussetzen, sollten die Angehörigen den Mitarbeitern überlassen. Mit dieser Aufgabenteilung verbindet sie die Vorstellung von geringeren Konflikten. Für Frau Heimat ist der Angehörige kein Ersatz für die Mitarbeiter.

> *„Ja zum Beispiel am Tisch mit sitzen und vielleicht mal paar Bewohnern Essen reichen, mithelfen, Gespräche führen, einfach auch mal Kaffeetisch vielleicht zusammen richten und Kaffee trinken, aber hauptsächlich Gespräche führen mit Bewohnern oder einfach mal beim schönen Wetter in Garten mit den gehn und eine oder zwei schnappen, so was, Betreuungsarbeit irgendwo, aber auch ein bisschen mit eben Essen reichen und so mit Pflege eingezogen. Das reicht auch schon. Müssen jetzt nicht irgendwie Leute ins Bett bringen oder waschen oder sonst noch was >lacht< das wäre glaub ich zu viel verlangt. So könnten's ja auch die Eltern zu Hause behalten >lacht< wenn sie das alles gleich machen. Aber ich find, dass dass hauptsächlich des schon so diese Kommunikation einfach wär* 00:21:58-5*.“*

Auf die Frage, ob sich die Angehörigen aus der direkten Pflege heraushalten sollen, antwortet sie:

> *„Ja ich mein wenn sie jetzt ihre Mutter auf die Toilette setzen oder so wenn sie muss, dann natürlich is auch nicht schlimm, aber jetzt aus diesem ich find's diesem medizinischen Bereich so was wir Wunden versorgen und das und das sollten sie sich glaub ich schon eher heraushalten ... da sollte man schon sich aus den Sachen wo man*

richtige Ausbildung braucht um das richtig zu machen zu können, denk ich schon, dass sie sich lieber raushalten sollen >lacht<. Sonst wird's wieder zu zu vielen Konflikten führen glaube ich 00:22:43-4.*“*

Frau Heimat hebt die Biografiearbeit und die Gespräche mit den Angehörigen hervor. Sie seien wichtig, da die Angehörigen auch mehr über den Bewohner wüssten. Auch verstünden die Angehörigen den gleichmäßigen Tagesablauf im Demenzbereich.

„Ja auf jeden Fall zum Austausch auch, weil man muss ja Bewohner auch kennen bevor man überhaupt irgendwie reinkommt und anfängt zu pflegen. Und das ist schon wichtig, dass man sich auch mit Angehörigen unterhält und die machen ja öfters auch für uns so Biografiearbeit, was die Bewohner früher gemacht haben und so weiter. Das können wir ja alles nicht wissen ohne Angehörige 00:06:33-2.“

Sterbebegleitung

In Frau Heimats Aussagen nimmt die Sterbebegleitung einen gewissen Raum ein. Ihrer Meinung nach kommen Angehörige noch weniger klar damit als die Mitarbeiter. Erhalten Angehörige die entsprechenden Informationen, dann können sie sich besser auf die Sterbesituation einstellen und dazulernen.

„*Ich find' wichtig, ich find' total wichtig ja, weil es kommt natürlich auch wieder drauf an, wie sie sich verhalten. Es gibt auch Verhaltenweise die auch stören natürlich bei der Arbeit oder sonst noch. Aber bis jetzt hab ich' sch gute Erfahrung gemacht, dass sie da mit auch so langsam klar dann kommen, weil das dauert ja meistens länger, bis eine Person stirbt und dann können sie auch für sich damit umgehen lernen so zu sagen, wenn sie dann schon wissen. Weil wir sagen ja auch direkt, wenn der Arzt gesagt hat, die Person legt jetzt offiziell im Sterben, dann müssen wir das auch Angehörigen sagen, offiziell ist sie jetzt im sterben. Und dann können sie sich ein bisschen drauf einstellen. Dass es dann jederzeit passieren kann* 00:49:44-4.*“*

Bewohner in ihrem Sterben zu begleiten ist für Mitarbeiter Routine. Für Angehörige dagegen ist es eine neue Situation und demzufolge gleichzusetzen

mit einem gewissen „Nichtwissen“. Angehörige haben keine Erfahrung mit dem Sterbeprozess und benötigen Aufklärung.

> *„Ich glaub das ist einfach auch Routine bei uns und natürlich Angehörige kommen und wissen gar nix. Und dann auf einmal kommt da irgendwie Geräusch oder sonst noch was, was für die komisch klingt >ganz leise gesprochen<. Kann ich auch nachvollziehen, aber in der Arbeit stört es natürlich schon* 00:51:06-4*.“*

Das zum Teil besondere Verhalten der Angehörigen weist auf die Angst und die Sorge hin.

> *„Ich weiß nicht, Sorge einfach, ich mein da liegt einer offiziell im Sterben, Mutter oder Vater, klar man hat auch Angst, man steht da und auf einmal machen die Sachen, wo für einem vielleicht ungewöhnlich sind, wo man zum erstem Mal sieht. Und wo man die Mutter so nicht kennt einfach dieses alles Neue. Damit muss man sich auch abfinden 00:50:40-4.“*

Gespräche

Die Angehörigengespräche können unterschiedliche Formen haben. In Frau Heimats Arbeitskontext finden viele ungeplante Zwischen-Tür- und Angel-Gespräche statt. Geplante Gespräche findet sie besser und wünscht sich dafür auch die Zeit. Angehörige und Mitarbeiter können sich so ungestörter und länger mit den anstehenden Fragen beschäftigen und beide können sich darauf vorbereiten.

> *„Ich weiß nicht, ich hab noch nie so ein richtiges Angehörigengespräch geführt. Das war immer zwischendurch sozusagen oder mal am Tisch, ahm so ganz normale jetzt alltägliche Gespräche aber jetzt richtig so ein Gespräch hab ich noch nie geführt, kann ich nicht sagen. Aber ich denk, so mit einem Termin ist schon besser. Da kann man in Ruhe sich unterhalten, dann kann der Angehörige hat dann auch Zeit um Fragen zu stellen. Ich glaub, wenn so <u>zwischendurch</u> passiert, dann hat ja man nicht alles gleich im Kopf und dann geht man vielleicht nach Hause und*

es tauchen so viel Fragen auf, die man vielleicht stellen könnte, wenn es ein Termin wäre und wenn die der Zeitrahmen ein bisschen länger und größer wäre. Meiner Meinung nach würde ich das besser finden, mich mit einem Angehörigen zu setzen und einfach wirklich Zeit nehmen 00:42:41-1*.“*

Die Gespräche haben auch das Ziel, sich auszutauschen und Informationen zu erhalten. Ein freundschaftliches Verhältnis kann entstehen. Gespräche sind Kontakt und damit Voraussetzung, um sich in bestimmten Situationen mit den Wünschen und Interessen der Angehörigen zu beschäftigen und diese auszuhandeln.

„Weil das schafft dann schon so ein bisschen freundschaftliches Verhältnis sag mal so. Wenn sie halt mehr auch aus ihrem Leben erzählen und so. Man man fängt ja auch dann automatisch auch von sich ein bisschen mehr zu erzählen, so kann man sich kennenlernen. Dann wissen sie, wer die Mutter pflegt so zu sagen 00:25:08-4*.“*

Angehörige kennen ihren Bewohner und seine Gewohnheiten am besten. Diese Informationen und die damit verbundenen Wünsche benötigen oft viel Zeit. Dies ist gleichermaßen eine Unterbrechung im Alltag, wirkt aber auch störend.

„Ich kann's irgendwo auch nachvollziehn, ich mein, wenn jetzt meine Mutter hier wäre oder Oma oder sonst noch was, würde ich wahrscheinlich auch, man kennt ja die Person mehr und länger als die die pflegen und man kann ja auch Gewohnheiten und alles was die Person früher vielleicht getragen hat oder sonst noch was und das wissen wir ja nicht. Und dann kann ich das schon irgendwo nachvollziehen, aber das ist auch öfters mal störend, wenn die zu viel möchten oder wenn es zu viel Zeit nimmt, was sie möchten. Aber nachvollziehen kann ich's schon. Ich würd wahrscheinlich auch genau so irgendwelche Wünsche haben oder Kleinigkeiten 00:03:24-1*.“*

Sind Interesse an den Angehörigen und Lust auf Kontakt vorhanden, so führt dies in der Perspektive von Frau Heimat zu einer guten Kommunikation mit Angehörigen.

„Ich glaub kann schon jeder Examinierte machen, der Interesse dran

einfach hat und der einfach auch mit Menschen gerne in Kontakt kommt oder mit Angehörigen und so. Ich glaub das kann schon jeder machen 00:44:34-5.“

„Ja ich glaub, wenn man gezwungen wird, ist bringt es auch nix, wenn man eigentlich keine Lust hat, irgendwie großartig da mit Angehörigen sich zu unterhalten und du wirst dazu gezwungen, dann läuft es wahrscheinlich auch nicht so 00:44:52-8.“

Angehörigen (eher die als ideal geltenden) dürfen auch Kritik üben und benennen, was sie stört. Daraus entsteht für Frau Heimat eine Lernsituation, die sie auch in Verbindung mit weiteren biografischen Informationen bringt.

„... hm 2 hm ja auch kann ma eigentlich nur ah, viel kommunizieren und wirklich auch sagen was einem stört oder was einer gut findet in der Pflege oder während der Pflege oder z.B. bei meiner Mutter hab ich gemerkt haben Sie heute das und das gut gemacht oder das und das schlecht gemacht. Ahm, beides is, dass man auch Kritik äußern kann, dass ich auch aus meinen Fehlern lernen kann, ja eben und dass man halt auch vielleicht auch viel erzählt von der Mutter, von dem Vater und das wir auch noch mehr wissen können, wie das Leben war, einfach offen sprechen 00:29:47-7.“

Konflikte

Frau Heimat kennt auch schwierige Angehörige mit vielen Wünschen und immer neuen Ideen. Gerne werden diese Angehörigen an die Hausleitung weitergeleitet, Je größer die Erwartungen der Angehörigen, desto eher werden diese an die Hausleitung weitergereicht.

„Die schwierigen, die jedes Mal was Neues ausdenken oder haben möchten oder so. Ahm wenn es uns dann zu viel wird an Wünschen und wir nicht weiter wissen dann werden sie schon weiter an die Leitung geleitet so zu sagen 00:36:11-5.“

„Bei manchen ist das halt wirklich viel zu viel Erwartung einfach >ok< was man vielleicht nicht immer erfüllen kann 00:18:33-5.“

Gespräche der Angehörigen mit der Leitungsebene sind auch erforderlich, um die Mitarbeiter zu schützen. Dort werden ggf. Entscheidungen getroffen.

„Nur Gespräche führen, ich glaub da, ja an unserer jetzt Stelle wie gesagt man kann nur Stationsleitung oder Hausleitung informieren und sie soll dann so zu sagen mit den Angehörigen reden oder uns erklären, was wir jetzt machen müssen oder sollen. In dem Rahmen, was noch in unseren Kräften liegt und dass wir uns auch irgendwo schützen und nicht in Stress kommen 00:19:02-9*.“*

Konflikte mit den Angehörigen ranken sich oft um „Kleinigkeiten“. Dies führt dazu, dass Frau Heimat darauf achtet, dass alles richtig gemacht wird. Im Laufe der Zeit wisse man dann, auf was die Angehörigen Wert legen. Bei neuen Mitarbeitern, die mit der Situation nicht vertraut sind, bestünde die Gefahr, dass diese Besonderheiten dann nicht beachten würden.

„Ja so Kleinigkeiten meistens wie zum Beispiel Lieblingsschmuck. Wenn das nicht angezogen ist, dann gibt’s auch mal Probleme von Tochter oder so die kommt und ihre Mutter hat nicht die Lieblingskette an und nur weil man das halt einmal vergessen hat und ahm manche machen dann aus dem Elefanten und fangen an gleich irgendwie zu Hausleitung rennen sie gleich und sagen, ich hab das schon so oft gesagt und das wurde nicht gemacht und so weiter und so fort. Es geht eigentlich meistens um Kleinigkeiten. Oder eincremen oder Augentropfen oder so was. Kriegt meine Muter Augentropfen, kriegt sie das nicht. Und sie wollen ja alles wissen ah die Angehörigen was so passiert im Laufe des Tages und dann kommt es halt immer so'n bisschen zu klein Konflikten 00:17:12-8*.“*

Im Hinblick auf eine Konfliktprävention schreibt Frau Heimat den Erstgesprächen auf der Leitungsebene eine entscheidende Bedeutung zu. Diese Gespräche haben das Ziel, Informationen zu geben und gleichzeitig Erwartungen zu klären.

„Das Entscheidende ist natürlich das Erstgespräch finde ich. Aber das führt meistens auch die Stationsleitung. Dass man auch alles erklärt und erzählt wie das läuft und dass die Angehörigen auch gleich wissen einfach den Ablauf, den Tagesablauf. Was sie erwarten können von uns oder was in unserer Macht steht so zu sagen, schon Erst-gespräch am wichtigsten und dann natürlich auch öfters so

Nachmittage und allgemein mit den anderen zusammen, es gibt an Nachmittags öfters mal, dass ahm eben die Angehörigen die jeden Tag fast kommen, dass sie miteinander dann auch reden oft und wirklich sich freuen über solche Feste wie Sommerfest und so um sich zu sehen und miteinander einfach sich so auszutauschen und alles 00:31:00-5*."*

Freundschaftliche Gespräche führen zu einer gewissen Teilhabe am Leben der Angehörigen. Diese lernen so die Mitarbeiter besser kennen

„Ja wenn es jetzt ganz normale nicht belastende oder nicht ah Sachen sind die ich vielleicht nicht wissen sollte oder möchte oder, dann find ich das schön, ja. Weil das schafft dann schon so ein bisschen ein freundschaftliches Verhältnis sag mal so. Wenn sie halt mehr auch aus ihrem Leben erzählen und so. Man man fängt ja auch dann automatisch auch von sich ein bisschen mehr zu erzählen, so kann man sich kennenlernen. Dann wissen sie, wer die Mutter pflegt so zu sagen 00:25:08-4*.*

Die Kenntnisse der Angehörigen sind bedeutsam. Wenn Angehörige den Tagesablauf im Demenzbereich kennen, so führt es dazu, dass sie versuchen, sich anzupassen.

„Ja die kennen ja unseren Tagesablauf so ungefähr die Angehörigen, die versuchen sich schon anzupassen, ich hab jetzt noch kein Problem gehabt, dass sie da irgendwie was besonderes wollten, was unter teil ah unmöglich war in de Moment nee, die die versuchen die Angehörigen versuchen sich schon anzupassen auf unseren Tagesablauf, weil in Dementenstation ist es ja auch wichtig, dass es gleich bleibt 00:33:17-0*."*

Manche Sonderwünsche und damit auch zum Teil Konflikte mit den Angehörigen kommen eventuell auch daher, dass die Angehörigen über die Mitarbeiter denken, die Pflege laufe sehr routiniert ab und der Mangel an Personal und Zeit wirke sich aus. Dies führt Frau Heimats Meinung nach dazu, dass Angehörige denken könnten, die Mitarbeiter würden sich nicht um das „Seelische", das Zwischenmenschliche kümmern.

„Sind verschiedene Sachen, ich glaub das sind auch ah, dass die

Angehörigen manchmal denken ahm wir machen das automatisch, ohne Herz und ohne Seele so zu sagen. Hab ich so ein Gefühl manchmal, bei manchen die halt immer so viel Wünsche haben und so viel, dass wir eigentlich überhaupt nicht an nix denken, sondern ziehen unser Pflege durch und gehen wieder. Und das ist halt nicht so aber ich glaub die haben so ein Gefühl und deswegen wollen sie öfters mal so zu sagen Sonderwünsche sag ich jetzt mal so, aber in dem Bereich so vom seelischen her, Gespräche oder sonst noch was, wo wir auch nicht immer Zeit leider dafür haben 00:15:23-5."

Angehörige können von ihr auch als eine Belastung empfunden werden. Die Aufmerksamkeit ist dem Bewohner gewidmet und daher ist es vertretbar, sich abzugrenzen.

„Man spürt glaub ich so was oder wie wie viel man sich belasten will, sich selber auch damit, man kennt ja sich gut und kennt ja au eigene Grenzen, ne, ich find, wenn man dann schon kurz vor der Grenze ist, sollte man das schon ein bisschen ah distanzieren von sich weg machen. Weil ich glaub, wir haben >Geräusch in Hintergrund< so auch ah ich glaub eigentlich auch psychisch genug hier Belastung, und ich glaub, da sollte man sich nicht mit jetzt noch mit Angehörigen gesunden Leuten >lacht< ah großartig noch mehr belasten. So einfach eigene Grenze kennen und einfach auch rechtzeitig Stopp sagen können. Und nicht jedem versuchen Recht zu machen, man kann nicht jedem Recht machen 00:38:49-1."

12.4.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Heimat

Tabellarische Darstellung der Konzepte entsprechend den inhaltlichen Themenbereichen

Themenbereiche	**Konzepte**	**Anzahl**
Besuche	1. Die Besuchshäufigkeit weist auf einen Familienzusammenhalt hin.	**7 Konzepte**

	2. Häufiger Kontakt im Heim ist mit engem Kontakt und Zusammenhalt gleichzusetzen. 3. Ideale Angehörige kommen täglich. Das weist darauf hin, dass sie mehr Kontakt mit uns haben. 4. Je mehr Besuchshäufigkeit, desto mehr kann man die Mitarbeiter kennenlernen. 5. Je mehr Besuchshäufigkeit, desto mehr Eifersucht zu Mitarbeitern. 6. Angehörigenpräsenz beim Heimeinzug und das längerfristige Engagement und Interesse ist gleich. 7. Wenig Besuche weisen darauf hin, dass es für Angehörige schwer ist.	
Demenz	8. Sind Angehörige durch die Demenz belastet, führt es dazu, dass sie früher gehen (flüchten). 9. Sind Angehörige durch die Demenz belastet, führt es dazu, dass sie immer seltener kommen. 10. Sind Angehörige durch die Demenz belastet, führt es dazu, dass sie den Krankheitszustand nicht gut ertragen können. 11. Die Demenz führt dazu, dass Angehörige die Kommunikation schwer aushalten. 12. Mitwirkung führt zur Entlastung und zur Unterhaltung im Tun. 13. Angehörige sind Nähe und Therapie gegen Einsamkeit. 14. Angehörigenarbeit verfolgt das Ziel des Angehörigenaustausches untereinander.	**7 Konzepte**
Mitarbeit	15. Mitarbeit in der Pflege führt zu Erfahrung und Verständnis. 16. Je mehr Mitarbeit von Angehörigen, desto mehr werden Kleinigkeiten zur Kritik nicht mehr wichtig. 17. Je mehr Mitarbeit von Angehörigen, desto besser verstehen sie die Arbeit. 18. Mehr Mitarbeit von Angehörigen ist nicht Körperpflege oder ins Bett bringen. 19. Mehr Mitarbeit von Angehörigen sind Tätigkeiten wie Betreuung oder Essen reichen. 20. Pflegefachliche Tätigkeiten weisen darauf hin, dass Angehörige sich raushalten sollen. 21. Dass Angehörige sich heraushalten sollen zielt auf weniger Konflikte. 22. Mitarbeiter ist kein Angehörigenersatz. 23. Angehörige wissen mehr über den Bewohner.	**11 Konzepte**

	24. Angehörige verstehen den gleichmäßigen Ablauf im Demenzbereich. 25. Angehörige machen Biografiearbeit auch für uns.	
Sterbebegleitung	26. Verhalten der Angehörigen in der Sterbephase weist hin auf Angst und Sorge. 27. Sterbebegleitung ist für Mitarbeiter Routine. Nicht so für Angehörige. Für sie bedeutet Sterbebegleitung „Nichtwissen“. 28. Angehörige haben keine Erfahrung mit dem Sterbeprozess. 29. Angehörige benötigen Aufklärung. 30. Angehörige kommen noch weniger damit klar als Mitarbeiter.	**5 Konzepte**
Gespräche	31. Angehörigengespräche mit Termin sind mit mehr Ruhe und Zeit; beide können sich vorbereiten. 32. Bei Angehörigengespräche mit Termin können Fragen beantwortet und Erklärungen gegeben werden. 33. Gespräche mit Angehörigen haben den Austausch zum Ziel. 34. Gespräche mit Angehörigen sind Voraussetzung, um Interessen und Wünsche auszuhandeln. 35. Unterstützung der Angehörigen bei der Pflege ist gegenseitig abhängig vom Bewohner. 36. Angehörige wollen und nehmen viel Zeit. Damit sind sie störend und eine Unterbrechung. 37. Lust auf Kontakte mit Angehörigen führt zu guter Kommunikation. 38. Durch Kritik und Lob von Angehörigen kann ich aus meinen Fehlern lernen.	**8 Konzepte**
Konflikte	39. Schwierige Angehörige wollen jede Woche was Neues. 40. Wünschen Angehörige viel, so führt dies zur Weiterleitung an die Hausleitung. 41. Je größer die Erwartungen der Angehörigen, desto mehr werden sie an die Hausleitung weitergeleitet. 42. Konflikte um Kleinigkeiten (Schmuck angelegt) führen dazu, dass ich darauf achte, dass alles richtig ist. 43. Je mehr Mitarbeiter neu sind, desto weniger beachten sie die Besonderheiten. 44. Angehörigenarbeit und das Erstgespräch mit der Wohnbereichsleitung haben das Ziel, Informationen zu geben und Erwartungen zu klären.	**16 Konzepte**

	45. Freundschaftliche Gespräche und Teilnahme am Leben der Mitarbeiter führt zu einem besseren Kennenlernen des Mitarbeiters. 46. Freundschaftliche Gespräche haben zum Ziel zu wissen, wer die Mutter pflegt. 47. Der Informationsbedarf zu aktuellen Ereignissen des Tages führt zu kleinen Konflikten. 48. Angehörige kennen den Tagesablauf und versuchen sich anzupassen. 49. Die Zeit im Heim führt zum Kennen-lernen der Angehörigen und ihrer Wünsche. 50. Angehörige denken, wir haben viel zu tun und kümmern uns nicht um das „Seelische“. 51. Angehörige sind eine zusätzliche Last. 52. Der Umgang mit Angehörigen ist sehr individuell. 53. Jeder macht es so, wie es für ihn richtig ist. 54. Die eigene kulturelle Prägung ist bedeutsam.	
6 Themenbereiche		**54 Konzepte**

12.4.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien

12.4.5.1 Darstellung in Tabellenform

Konzepte der Subjektiven Theorie	**Interpretative Zusammenfassung**	**Kategorien** Transformation der Konzepte in eine weitere Abstraktions-einheit
1. Die Besuchshäufigkeit weist auf Familienzusammenhalt hin. 2. Häufiger Kontakt im Heim ist mit engem Kontakt und Zusammenhalt gleichzusetzen. 3. Ideale Angehörige kommen täglich. Das weist darauf hin, dass sie mehr Kontakt mit uns haben. 4. Je mehr Besuchshäufigkeit, desto mehr kann man die Mitarbeiter kennenlernen. 5. Je mehr Besuchshäufigkeit, desto mehr Eifersucht zu Mitarbeitern.	Besuchsfrequenz macht Kontakt und Information möglich. Interaktionspartner Gesprächspartner informative Ebene	**Angehörige sind Informationsträger**

6. Angehörigenpräsenz beim Heimeinzug und das längerfristige Engagement und Interesse ist gleich. 8. Sind Angehörige durch die Demenz belastet, führt es dazu, dass sie früher gehen (flüchten). 9. Sind Angehörige durch die Demenz belastet, führt es dazu dass sie immer seltener kommen. 13. Angehörige sind Nähe und Therapie gegen Einsamkeit. 14. Angehörigenarbeit verfolgt das Ziel des Angehörigenaustausches untereinander. 23. Angehörige wissen mehr über den Bewohner. 25. Angehörige machen Biografiearbeit auch für uns. 31. Angehörigengespräche mit Termin sind mit mehr Ruhe und Zeit; beide können sich vorbereiten. 32. Bei Angehörigengespräche mit Termin können Fragen beantwortet werden und Erklärungen gegeben werden. 33. Gespräche mit Angehörigen haben den Austausch zum Ziel. 34. Gespräche mit Angehörigen sind Voraussetzung, um Interessen und Wünsche auszuhandeln. 35. Unterstützung der Angehörigen bei der Pflege ist gegenseitig abhängig vom Bewohner. 36. Angehörige wollen und nehmen viel Zeit. Damit sind sie störend und eine Unterbrechung. 37. Lust auf Kontakte mit Angehörigen führt zu guter Kommunikation. 39. Schwierige Angehörige wollen jede Woche was Neues. 42. Konflikte um Kleinigkeiten (Schmuck angelegt) führen dazu, dass ich darauf achte, dass alles richtig ist. 43. Je mehr Mitarbeiter neu sind, desto weniger beachten sie die Besonderheiten. 44. Angehörigenarbeit und das Erstgespräch mit der Wohn-	Angehörige haben wichtiges Wissen über den Bewohner.	

bereichsleitung haben das Ziel, Informationen zu geben und Erwartungen zu klären. 39. Schwierige Angehörige wollen jede Woche was Neues. 45. Freundschaftliche Gespräche und Teilnahme am Leben der Mitarbeiter führen zu einem besseren Kennenlernen des Mitarbeiters. 46. Freundschaftliche Gespräche haben zum Ziel zu wissen, wer die Mutter pflegt. 47. Der Informationsbedarf zu aktuellen Ereignissen des Tages führt zu kleinen Konflikten. 51. Angehörige sind eine zusätzliche Last.		
12. Mitwirkung führt zur Entlastung und zur Unterhaltung im Tun. 24. Angehörige verstehen den gleichmäßigen Ablauf im Demenzbereich. 38. Durch Kritik und Lob von Angehörigen kann ich aus meinen Fehlern lernen. 40. Wünschen Angehörige viel, so führt dies zur Weiterleitung an die Hausleitung. 41. Je größer die Erwartungen der Angehörigen, desto eher werden sie an Hausleitung weitergeleitet. 48. Angehörige kennen den Tagesablauf und versuchen sich anzupassen 49. Die Zeit im Heim führt zum Kennenlernen der Angehörigen und ihrer Wünsche. 52. Der Umgang mit Angehörigen ist sehr individuell. 53. Jeder macht es so, wie es für Ihn richtig ist. 54. Die eigene kulturelle Prägung ist bedeutsam.	Angehörige sind nicht per se in der Einrichtung einbezogen. Haben Angehörige Wünsche und Erwartungen, werden sie an die nächste Leitungs-ebene weitergeleitet. Idee von Lernen und Weiterentwicklung bei den Angehörigen. Zeit hilft für Anpassung. Eigene Kultur ist bedeutsam.	**Adaption als Lernprozess**
7. Wenig Besuche weisen darauf hin, dass es für Angehörige schwer ist. 10. Sind Angehörige durch die Demenz belastet, führt es dazu, dass sie den Krankheitszustand nicht gut ertragen können.	Angehörige haben es nicht leicht. Angehörige sind Laien im Bereich der Sterbebegleitung.	**Differenzierung** Laien-Experten

11. Die Demenz führt dazu, dass Angehörige die Kommunikation schwer aushalten. 15. Mitarbeit in der Pflege führt zu Erfahrung und Verständnis. 16. Je mehr Mitarbeit von Angehörigen, desto mehr werden Kleinigkeiten zur Kritik nicht mehr wichtig. 17. Je mehr Mitarbeit von Angehörigen, desto besser verstehen sie die Arbeit. 18. Mehr Mitarbeit von Angehörigen ist nicht Körperpflege oder ins Bett bringen. 19. Mehr Mitarbeit von Angehörigen sind Tätigkeiten wie Betreuung oder Essen reichen. 20. Fachliche Tätigkeiten weisen darauf hin, dass Angehörige sich raushalten sollen. 21. Dass Angehörige sich heraushalten sollen, zielt auf weniger Konflikte. 22. Mitarbeiter ist kein Ersatz für Angehörige. 26. Verhalten der Angehörigen in der Sterbephase weist hin auf Angst und Sorge. 27. Sterbebegleitung ist für Mitarbeiter Routine. Nicht für Angehörige. Für sie bedeutet Sterbebegleitung „Nichtwissen“. 28. Angehörige haben keine Erfahrung mit dem Sterbeprozess. 29. Angehörige benötigen Aufklärung. 30. Angehörige kommen noch weniger damit klar als Mitarbeiter. 50. Angehörige denken, wir haben viel zu tun und kümmern uns nicht um das „Seelische“.	Angehörige sollen nicht mitpflegen, können betreuen. Mitarbeiter ist der Experte für Fachliches.	

12.4.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Heimat

Folgende Leitideen von Frau Heimat lassen sich zusammenfassend darstellen. Sie stellen einen Bestimmungsversuch ihrer Subjektiven Theorie dar.

Adaption als Lernprozess

Der Heimeinzug bringt auch Angehörige in eine neue Umwelt. Sie sind mit den Erwartungen der Mitarbeiter aus dem Altenpflegeheim konfrontiert, sollen neue Rollen einnehmen und Anpassungsprozesse an die Organisation leisten.

Angehörige sollen den Tagesablauf in der Demenzgruppe kennen- und verstehen lernen und dabei auch lernen, welche Wünsche adäquat sind.

Nach einer gewissen Zeit des Kennenlernens, des Aufklärens der Angehörigen durch die Mitarbeiter und des Anpassens aneinander ist ein positiver und zufriedenstellender Umgang mit den Angehörigen möglich. Nicht angepasste Angehörige werden mit ihren Wünsche und Gesprächsbedarfen gerne an die nächste Leitungsebene weitergeleitet.

Insbesondere bei der Sterbebegleitung wägt Frau Heimat die Erfahrung der beruflich Tätigen gegen die nicht vorhandene Erfahrung der Angehörigen ab. Die familialen Beziehungskonstellationen, die eine besondere Nähe in der Sterbebegleitung möglich machen können, hat sie für die Sterbebegleitung durch Angehörige nicht im Blick.

Differenzierung in Laien und Experten

Angehörige sind oft mit Situationen wie z. B. einer erschwerten Kommunikation bei Demenz konfrontiert, mit denen sie nicht gut umgehen können. Einerseits könnte die Idee der Mitwirkung durch Angehörige helfen, dass sie einen Zugang zur Arbeit im Altenpflegeheim bekommen, andererseits wird ihnen wenig Kompetenz zugesprochen. Die pflegefachlichen Themen reklamiert Frau Heimat für sich (als Familienpflegerin) und differenziert hier die Angehörigen und die Mitarbeiter entlang ihrer Kompetenzen. Mitarbeiter sind auch kein Ersatz für Angehörige, da sie andere Tätigkeiten übernehmen. Angehörige sind für sie mit ihrer je eigenen Expertise nicht im Blick. Mit dieser Differenzierung in Laien- und Expertenrollen distanziert sie sich gleichzeitig und kann ihren Wert als ausgebildete Familienpflegerin herausheben.

Angehörige sind Informationsträger

Bei Menschen mit Demenz ist ein Zugang zu der je eigenen Welt des Menschen nicht immer möglich. Biografische Informationen von Angehörigen können

hilfreich sein. Gespräche, die solche Informationen liefern, sind bei Frau Heimat sehr willkommen. Die Gespräche sind auf den Zweck der Informationsvermittlung ausgerichtet und sollen dem Bewohner dienen. Dabei tritt der Angehörige als Person eher in den Hintergrund. Mit diesen Informationen ist es Frau Heimat dann möglich, eventuelle Unsicherheiten auszugleichen. Der wirkliche Austausch und ein Beziehungsaufbau sind nicht im Fokus. Statt Information wäre Kommunikation gefragt; ein Austausch und ein gegenseitiges Geben und Nehmen. Der Angehörige würde als Person mit seinen Beziehungen zum Bewohner gesehen werden und pflegerische Interaktionen würden in diesem Setting auch stattfinden können.

12.4.6 Zusammenfassung

Die Interpretation der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Heimat lassen Angehörige nicht sehr bedeutsam erscheinen. Sind Angehörige fordernd, werden sie gerne weitergeleitet. Es gehört nicht zu Frau Heimats beruflichem Selbstverständnis, mit den Angehörigen intensiv in Kontakt zu sein. Aufgrund ihrer Biografie kann Frau Heimat auf verschiedene kulturelle Konzepte zurückgreifen. In der folgenden Aussage zeigen sich die Verflochtenheit und gleichermaßen die Differenzierungen der kulturellen Prägungen. Professionelle, berufliche Rollenerwartungen treffen auf familiäre und kulturelle Normen. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Transkulturalität ihre Kognitionen beeinflussen. Das letzte Interviewbeispiel gibt einen weiteren Einblick.

> *„Ja. Bei uns zu Hause ist das nicht so, aber ich find das was hier in Deutschland ist auch nicht falsch. Ahm, bei uns ist, gibt's erstens viel weniger Altersheime weil überhaupt dann sind sie zu teuer. Und ah vom Erziehung her ist man so erzogen, dass man halt wirklich bis zum Schluss die Eltern pflegt. Zu Hause, egal wie schwer das ist. Da muss halt die ganze Familie einspringen sozusagen. Und ich find das aber auch nicht falsch, dass man die Eltern vielleicht irgend wann ab dem gewissen Alter oder Körperzustand oder gesundheitlichen Zustand einfach nicht mehr alleine pflegen kann, das kann ich auch alles nachvollziehen, man kann ja nicht jeder dann zu pflegen*

irgendwie Ausbildung machen und Eltern pflegen. 00:13:15-1.“

12.5 Subjektive Theorie von Frau Harmonie

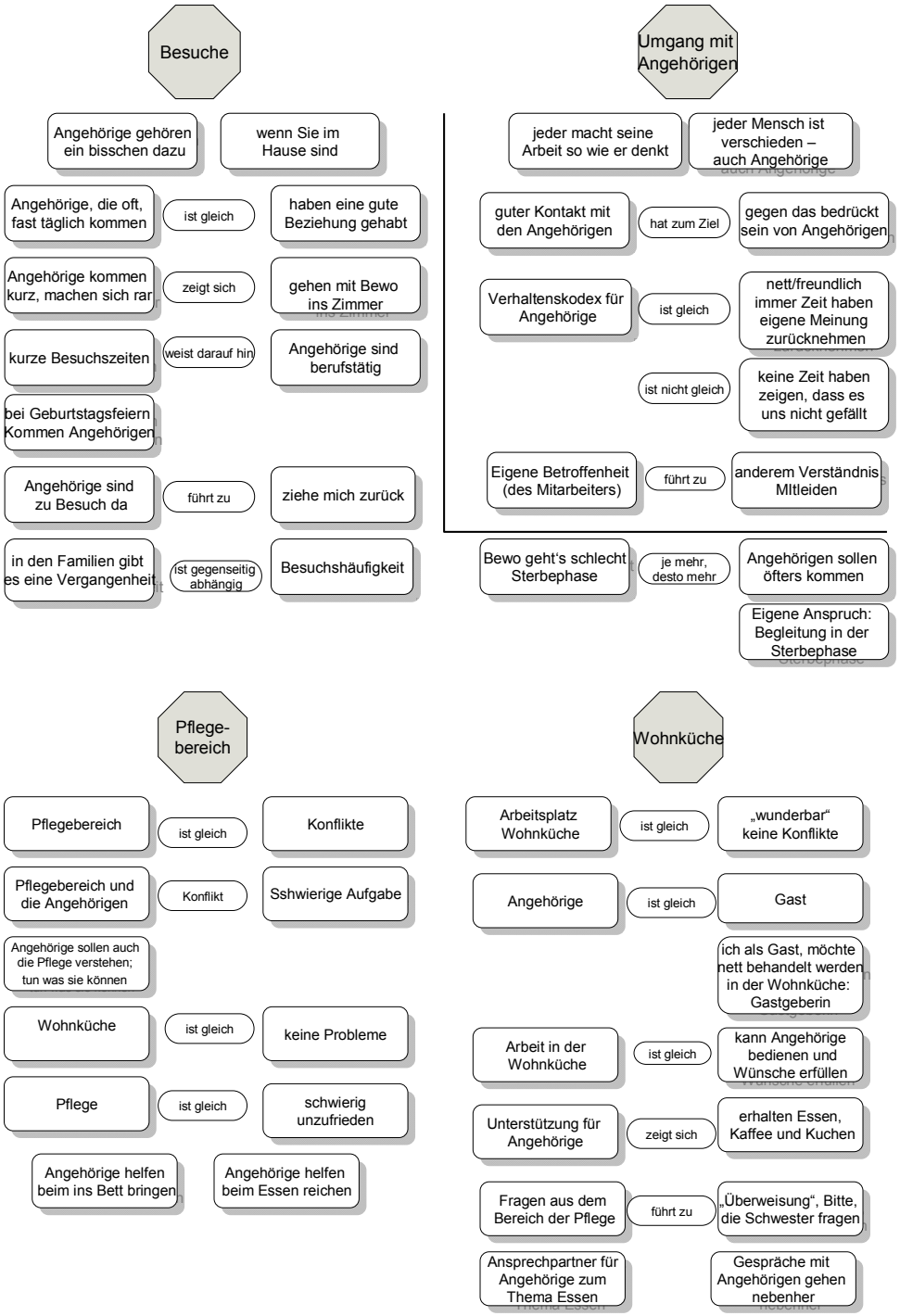
Motto: „Mein Arbeitsplatz ist wunderbar!“ oder: „Pingelige erhalten das Doppelte!“

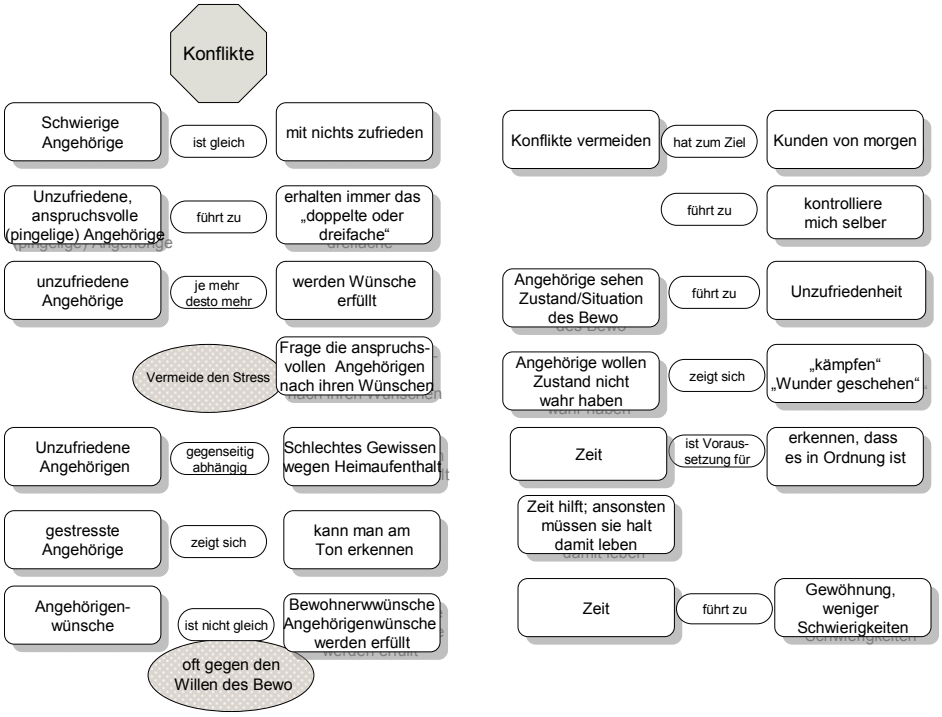
12.5.1 Kurzbeschreibung

Frau Harmonie ist 54 Jahre alt, verheiratet und Mutter von zwei Kindern. Sie stammt aus Rumänien und lebt bereits seit 22 Jahren in Deutschland. Bis auf eine dreijährige Elternzeit war sie immer berufstätig: In Rumänien hat sie als Herrenschneiderin gearbeitet, in Deutschland schon immer in dieser Einrichtung als Mitarbeiterin in der Wohnküche. Sie erzählt aus ihrer Biografie und macht dabei deutlich, dass ihre Arbeit und ihre Auffassung von Hierarchie sehr geprägt sind von den Erfahrungen aus dem sozialistischen Rumänien, dem Überwachungsstaat und der Diktatur des Ceaușescu-Regimes. Sie berichtet, dass sie auf keinen Fall eine Kündigung möchte („kein Stress mit dem Chef“) und begrenzt die Kontakte mit den Vorgesetzten auf ein „Guten Tag und Auf Wiedersehen“.

Ihre Hauptthemen im Interview lassen sich bündeln in die Beschreibung der Besuche der Angehörigen, den Umgang mit Angehörigen, die Wohnküche und den Pflegebereich als zwei getrennte Arbeitsbereiche und das Thema Konflikte. Das Interview wurde über 60 Minuten geführt. Die Aufzeichnung wurde einmal unterbrochen, da es zu einer sehr emotionalen Situation kam, die mit der ihrer Biografie in Verbindung stand. Nach einer Pause, einer empathischen Gesprächsbegleitung und erneutem Einverständnis wurde das Gespräch fortgesetzt. Frau Harmonie zeigt sich sehr rührig, freundlich und eher unsicher. Sie möchte keine Kritik über sich aufkommen lassen und will auf jeden Fall alles richtig machen. Sie berichtet über einen „maßgeschneiderten Umgang“ mit den Angehörigen. Trotz aller Harmonie, die ihr wichtig ist, kontrastiert sie im Altenpflegeheim den „guten“ Bereich der Wohnküche und den eher schwierigen Bereich der Pflege.

12.5.2 Strukturlegeplan





12.5.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans

Besuche

In der Beobachtung von Frau Harmonie sind die Angehörigen meist nachmittags anwesend. Gelegentlich kommen sie vormittags und sind dann über die Mittagessenzeit anwesend. Angehörige gehören ihrer Meinung nach zum Bewohner dazu

> „*Nein, des 1 doch, der gehört auch dazu ein bisschen, wenn er im Haus is. Ja 00:19:08-6.“*

Eher kürzere Anwesenheitszeiten weisen für sie darauf hin, dass die Angehörigen berufstätig sind.

> „*Des sind a paar und wenn sie als komme für zehn Minuten nur und dann gehen sie weil viele sind alle halt auch berufstätig und so* 00:05:10-5.“

Angehörige, die täglich kommen, haben ihrer Meinung nach schon immer eine gute Beziehung zum Bewohner gehabt. Manche Angehörige kommen eher weniger und gehen während der Besuche mit dem Bewohner in sein Zimmer.

> *„Kaum, ja so isch des. Und dann wenn sie halt auch komme sind sie nicht lang da, die wo halt so rar sich machen und dann gehn sie halt in Zimmer mi'm Bewohner* 00:29:40-5.*“*

Die Besuchshäufigkeit hat für sie etwas mit der vergangenen Beziehungsqualität zu tun, zu der sie als Außenstehende keinen Einblick haben kann.

> *„Ich denk mir immer, vielleicht wer weiß was in der frühere Zeiten passiert isch oder was zwischen denen war oder was vorgefallen is, kann man nicht wisse, weil in Familien is halt nun mal nicht alles so schön Ja und dann kann man halt nicht beurteilen, warum die Tochter nicht die Mutter besucht oder den Vater. Da kann man ja nicht in Voraus sage wie, ja* 00:30:15-1.*“*

Für die Angehörigen stehen viele Angebote bereit. Insbesondere bei den jahreszeitlichen Festen, dem „Candlelight-Dinner“ und bei den Geburtstagsfesten sind die Angehörige da und feiern mit.

> *„Es gibt schöne Feste wo die Angehörigen eingeladen sind, es gibt dann auch Sommerfest, Herbstfest, dann kommt Weihnachtsfest mit ah Angehörige und dann gibt's extra so'n n ah Candle-light-Dinner und auch mit Angehörige, also es Haus macht sehr viel und schöne Feste. Da muss mer sage. Ja ja es gibt schöne Feste mit Angehörige immer.* 00:31:51-2.*“*

Als Mitarbeiterin hat sie einen ständigen Kontakt und ist auch in intensiven Beziehungen mit den Bewohnern. Sind die Angehörigen zu Besuch, zieht sie sich dann gerne zurück und überlässt den Bewohner seinen Angehörigen.

> *„Ja gut, ja, des isch ja weil's mir ja de ganze Tag, aber net wenn so Angehörige oder so, ne, dann zieh ich mich auch zurück* 00:15:16-3.*“*

Angehörige sind für sie dann besonderes wichtig, wenn sich die Bewohner in der Sterbephase befinden. Da gibt es von ihrer Seite die Erwartung, je schlechter es dem Bewohner geht, desto eher häufiger sollten die Angehörigen anwesend sein.

> *„Ja ich denk mal immer wenn's zu Ende geht, da wär's schön wenn*

Angehörige öfters kommen. Also so tät ich mache 00:32:36-8.*“*

Umgang mit Angehörigen

Frau Harmonie spricht sich im Hinblick auf ihre Arbeit und im Umgang mit Angehörigen für individuelle Vorgehensweisen aus.

> *„Ja genau. E jeder arbeitet anders und so sag ich auch zu meinen Kolleginnen weil die wo für mich Vertretung machen, sag ich, e jeder arbeitet anders. Ich mach halt so wie ich es denk, das ich's für gut halt und ihr macht wieder anderst.* 00:04:22-2.*“*

Es ist ihr ein wichtiges Anliegen, in einem freundlichen Kontakt zu sein, besonders wenn sie den Eindruck hat, die Angehörigen seien in bedrückter Stimmung.

> *„Also auf einer Seite ja, und im gute Kontakt und freundlich, also, isch, also für mich isch's sehr wichtig. Weil ich find des net wenn jemand kommt immer nur da bedrückend und nix sage und also ich find's so. Ich bin halt so, ich sag guten Tag, so Frau XY wie geht's oder Frau XY oder so und* 00:06:32-8.*“*

Für Frau Harmonie gibt es eine Art Verhaltenskodex, der erfordert, dass man seine eigene Meinung zurücknimmt. Keine Zeit zu haben oder Umstände mit dem eigenen Maßstab zu bewerten, soll damit vermieden werden.

> *„Immer nett und freundlich sein, des is A und O. Und net, wenn sie was wollen oder so, ich hab kein Zeit oder weiß Gott was, des muss nicht sein. Und wenn halt's uns nicht gefällt, muss man nicht zeige, mein Gott mir hen auch manchmal schlechte Tage net nur gute und* 00:07:30-3.*“*

Frau Harmonie schildert eine hochbetagte Mutter, die sich um ihren schwerstpflegebedürftigen Sohn sorgt. Dies scheint eine Situation zu sein, die den ganzen Wohnbereich mit seinen Mitarbeitern besonders herausfordert. Ihre eigenen Erfahrungen in der Rolle als Mutter führen dazu, dass sie der Angehörigen gegenüber Verständnis aufbringt und auch mit der Situation „mitleidet“.

> *„Ja, des denk ich mir als oft manchmal weil sie so unzufrieden und ich weiß es auch net. Ich denk mer vielleicht, des 2 so wie die Mutter auch von dem junge Mann, wenn sie halt den Sohn so seht, kann ich sie auch verstehen, weil ich bin auch Mutter und ich, ich sag immer, Leut,*

zu meinen Kollege, nur der kann nachvollziehen wo betroffen is. Mir können schon sage, oh der Arme, aber des tut dir nicht so weh so wie eigene Mutter, wenn dein Kind isch, isch halt anders, des isch halt so 00:11:51-9*.“*

Pflegebereich

Frau Harmonie beschreibt zwei getrennte Arbeitsbereiche: ihren eigenen in der Wohnküche und den Pflegebereich, der mit schwierigen, konfliktträchtigen Aufgaben einhergeht.

„Ja, ja, ich unterhalt mich schon oder wenn sie mich mal frage, aber immer ganz nett und freundlich, ich hab, is halt schon a großer Unterschied zwischen Pflege und Küche. Die was Pflege isch wieder was anders und ich hab halt nicht so mit de Leut. Ich behandel sie halt wie sich's gehört und bedien sie auch, des isch mein Job, aber so jetzt mit der Pflege und so und ich denk mal, dass die vielleicht doch schwierige Aufgabe hen, die in der Pflege und mit de Angehörige 00:04:53-8*.“*

Beschwerden oder Konflikte nimmt sie im Pflegebereich wahr und daher ist dieser Bereich mit den Angehörigen tendenziell schwierig.

„Also von mir wolle se nicht so viel, deswege sag ich mehr halt im Pflegebereich 00:13:13-3*.“*

„Oh, schwierig, schwierig. Weil sie isch auch schwierig und 2 sehr schwierig weil sie isch fast mit nix zufriede (Anmerkung: Spricht über eine Angehörige). Isch egal was mer, des isch halt mehr in der Pflege 00:13:14-0 *.“*

Im Gegenzug ist die Wohnküche ein Bereich ohne Probleme.

„In der Küche isch's wunderbar. hab keine Probleme 00:25:13-4*.“*

Im Hinblick auf eine Mitwirkung der Angehörigen nimmt Frau Harmonie wahr, dass sie sehr gern mithelfen beim Essen reichen und auch ab und an ihre Angehörigen selber ins Bett bringen.

„Also sie helfe manchmal, die Mutter mache sie selber als im Bett, manchmal 00:23:05-2.“

Wohnküche

So wie Frau Harmonie den Pflegebereich wahrnimmt, nämlich mit vielen

Konflikten behaftet, so entspannt berichtet sie über ihren eigenen Arbeitsbereich. Ihr Arbeitsplatz sei wunderbar und ohne Konflikte. Angehörige sind für sie Gäste und sie befindet sich in einer Gastgeberrolle.

> *„Ja weil er auch ein Gast ist, zu Besuch hier und den müssen wir auch ah nett behandle. Weil wenn wir wo auch irgendwo hingehn, wolle mer auch nett behandelt werde* 00:19:29-4*.“*

Die Arbeit in der Wohnküche ermöglicht es, Angehörige zu bedienen und ihre Wünsche zu erfüllen. Daher zeigt sich ihre Unterstützung für Angehörige darin, sie bei den Mahlzeiten mit einzubinden und auch Kaffee und Kuchen anzubieten.

> *„… wenn sie komme und sage zu mir, Frau XY hätten Sie gern, ich hätt gern noch ah Scheibe Käsbrot, dann mach ich, oder habe Sie vielleicht noch a Glas Saft oder ja, des isch für mich kei Thema* 00:04:54-2*.“*

Kommen aus diesem Kontakt Fragen aus dem Bereich der Pflege auf, „überweist“ Frau Harmonie diese Fragen an eine zuständige Pflegeperson.

> *„Dann sag ich, sie stelle bitte die Pflege, ja.“*
>
> *>IG: ok, dann<*
>
> *„Sie frage mich schon Sache und da will ich keine Antwort gebe und misch mich nicht ein, weil ich bin nicht in der Pflege, dann sag ich, frage Sie bitte die Schwester. Wer 'n heut morge gepflegt hat oder so, weil die wisse Bescheid* 00:17:15-9*.“*

Sie versteht sich als Ansprechpartnerin zum Thema Essen und die Gespräche mit den Angehörigen führt sie während ihrer Arbeit nebenbei aus.

> *„Also soviel Zeit nicht während der Arbeit, wenn ich jetzt abräum oder grad dahin sitz oder wenn ich meine Arbeit vorne in der Küche Geschirr spüle und dann tu ich mich schon, wenn sie mich was frage, isch kei Thema, weil des isch ja nicht stundelang* 00:20:29-6*.“*

Konflikte

Die sogenannten „schwierigen Angehörigen“ kennt Frau Harmonie: Sie sind mit nichts zufriedenzustellen. Das Verhalten der unzufriedenen und „pingeligen“ Angehörigen führt dazu, dass Frau Harmonie sie besonders reichhaltig bedient.

> *„Wie ich Ihnen sag, mir macht's Freude, weil mir macht's Spaß und wenn ich weiß, der Angehörige ist sehr pingelig, dann's doppelte,*

dreifache 00:22:21-3.“

Je mehr ein Angehöriger unzufrieden ist, desto eher werden die Wünsche bedient. Sie fragt die anspruchsvollen Angehörigen aktiv nach den Wünschen. Sie führt in der kommunikativen Validierung ergänzend ein, dass sie damit Stress vermeiden möchte.

> *„Und dann frag ich immer, wenn Angehöriger da isch, was möchte Sie für Ihre Mutter oder ihren Vater und* 00:22:35-6*.“*

Bereits an der Tonlage im Gespräch kann sie die gestressten Angehörigen erkennen.

> *„Ja, wenn sie halt so voll gestresst kommen manchmal, können sie schon ah ja de Ton, ja* 00:21:52-7*.“*

Die Unzufriedenheit der Angehörigen ist für sie gegenseitig abhängig von dem Schuldbewusstsein bezüglich des Heimaufenthaltes. Sie vermutet, dass Angehörige ein „schlechtes Gewissen“ haben.

> *„Dass sie vielleicht mit dem schlechte Gewisse, dass sie, dass die Eltern da sind, ich weiß es jetzt nicht* 00:12:16-0*.“*

Sie unterscheidet die Angehörigen- und Bewohnerwünsche und identifiziert diese als nicht identisch. In der täglichen Arbeit führt dies dann dazu, dass die Angehörigenwünsche erfüllt werden und dies, so ergänzt sie im Validierungstermin, dann oft gegen den Willen des Bewohners geht.

> *„Ja, dass sie halt auch beachte ihre Wünsche, wenn sie sage des de Vater oder die Mutter das und das möchte, obwohl's dann manchmal vielleicht Gegenteil is, aber wenn mer die Patienten frage kann, noch e bisschen gut drauf sind, dann kann mer sie ja frage, möchte Sie das oder es andere, da könne sie ja auch selber antworte. Aber wenn halt keine nicht mehr die Antwort gebe, dann ah mach ich auch wie ich denke, dass ich's gut mach. Wenn ich seh, dass er net so beißt, dann geb ich ihm halt ah Toastbrot ohne Rinde mit Streichkäse, Streichwurst und so. So mach ich halt wie ich denk, des mach ich halt von mir. Ob ich jetzt gut mach, isch a andre Sache, weiß ich nicht 00:09:04-6.“*

Frau Harmonie beschreibt ihr Anliegen, mit den Angehörigen jeglichen Streit zu vermeiden und nichts falsch zu machen. Dies führt dann dazu, dass sie sich selber sehr kontrolliert. Angehörige sind für sie Kunden und sie sieht sich dabei selber auch als jemanden, der möglicherweise im Alter in einem Pflegeheim wohnen wird.

„Ja ja. Ja deswegen sag ja, ich versuch immer weil ich will den Streit sehr vermeide und die Ärger. Des muss nicht sein. Daheim kann ich mit meinem Mann streite, da kann ich's laufe lasse, da kriegt er's manchmal >lacht< 00:17:57-0.*“*

Die Situation der Bewohner ist für die Angehörigen nicht immer einfach auszuhalten und führt zur Unzufriedenheit. Angehörige wollen den Zustand der Bewohner nicht wahrhaben und hoffen auf ein Wunder

„Ja, des denk ich mir als oft manchmal weil sie so unzufrieden und ich weiß es auch net. Ich denk mer vielleicht, des 2 so wie die Mutter auch von dem junge Mann, wenn sie halt de Sohn so seht, kann ich sie auch verstehe, weil ich bin auch Mutter und ich, ich sag immer, Leut, zu meine Kollege, nur der kann nachvollziehe wo betroffe is. Mir könne schon sage, oh der Arme, aber des tut dir nicht so weh so wie eigene Mutter, wenn dein Kind isch, isch halt anderst, des isch halt so 00:11:51-9*.“*

„So denke, sie will's net wahrhaben, dass der Sohn jetzt so isch, und dass er halt nicht mehr gesund <u>wird.</u> Und sie kämpft und kämpft, sie meint eines Tages werd ein Wunder geschehn, aber leider Gottes 00:26:08-7*.“*

Frau Harmonie beschreibt Anpassungsprozesse von Angehörigen. Angehörige lernen mit der Zeit, dass der Bewohner im Altenpflegeheim gut versorgt ist und sie sich nicht mehr in die Pflege einmischen müssen. Zeit ist für Frau Harmonie eine Voraussetzung, um zu erkennen, dass der Angehörige gut versorgt ist. Dies führt dazu, dass es dann auch weniger Schwierigkeiten mit den Angehörigen gibt. Dort, wo es nicht gelingt, muss sie mit der Situation und den dann noch verbleibenden Schwierigkeiten trotzdem klarkommen.

„Ja mit der Zeit. Wie ich Ihnen sag, es gibt sehr wenige wo jetzt so große Schwierigkeiten machen. Sehr wenige 00:28:22-2*.“*

„Wenn ein Angehöriger halt auch a anderer Typ isch, dann geht's auch schnell und gut erste Mal sind sie auch also aufgeregt und mein Gott so wie's halt is. Aber dann legt sich mit der Zeit un ja, aber bei manche halt nicht und da müsse mer halt so lebe 00:28:43-1.“

12.5.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Harmonie

Tabellarische Darstellung der Konzepte entsprechend den inhaltlichen Themenbereichen

Themenbereiche	Konzepte	Anmerkungen
Besuche	1. Angehörige gehören ein bisschen dazu, wenn sie im Hause sind. 2. Täglicher Besuch ist gleichbedeutend mit einer guten Beziehung. 3. Kurze oder seltene Angehörigenbesuche zeigen sich darin, dass sie mit dem Bewohner ins Zimmer gehen. 4. Kurze Besuchszeiten weisen darauf hin, dass Angehörige beruftätig sind. 5. Bei Geburtstagsfeiern kommen die Angehörigen. 6. Sind Angehörige zu Besuch, führt es dazu, dass ich mich zurückziehe. 7. Von den früheren Familiensituationen ist die aktuelle Besuchshäufigkeit abhängig. 8. Je schlechter es dem Bewohner geht, desto öfter sollten Angehörige kommen. 9. Ich würde meine Angehörige auch in der Sterbephase beleiten wollen.	**9 Konzepte**
Umgang mit Angehörigen	10. Angehörige sind so verschieden wie die Menschen. 11. Ein guter Kontakt zielt auf das Bedrückt-Sein der Angehörigen 12. Der Verhaltenskodex für Angehörige ist gleichsam immer nett sein, Zeit haben und seine eigene Meinung zurücknehmen. 13. Der Verhaltenskodex für Angehörige bedeutet nicht, für Angehörige keine Zeit zu haben und zu zeigen, dass es uns nicht gefällt. 14. Die eigene Betroffenheit führt zu einem anderen Verständnis und zu einem Mitleiden.	**5 Konzepte**
Pflegebereich	15. Der Pflegebereich ist gleichbedeutend mit Konflikten. 16. Der Pflegebereich und die Angehörigen sind eine schwierige Aufgabe und bedeuten Konflikte. 17. Angehörige sollen die Pflege verstehen, sie tun was sie können. 18. Die Wohnküche ist ein Raum ohne Probleme.	**7 Konzepte**

	19. Im Pflegebereich ist es mit Angehörigen schwierig; sie sind eher unzufrieden. 20. Angehörigen helfen beim Ins-Bett-Bringen. 21. Angehörigen helfen Essen reichen.	
Wohnküche	22. Mein Arbeitsplatz in der Wohnküche ist wunderbar und ohne Konflikte. 23. Angehörige sind Gäste. 24. In der Wohnküche bin ich Gastgeberin, die Gäste möchten nett behandelt werden. 25. Bei der Arbeit in der Wohnküche kann ich Angehörige bedienen und ihre Wünsche erfüllen. 26. Ich unterstütze Angehörige, indem ich ihnen Kaffee und Kuchen anbiete. 27. Wenn Fragen aus dem Bereich der Pflege kommen, dann überweise ich die Angehörigen an die Schwester. 28. Für Angehörige bin ich Ansprechpartner zum Thema Essen. 29. Gespräche mit den Angehörigen gehen nebenher.	**8 Konzepte**
Konflikte	30. Schwierige Angehörige sind mit nichts zufrieden. 31. Sind Angehörige unzufrieden, erhalten sie immer das Doppelte und Dreifache. 32. Je mehr die Angehörigen unzufrieden sind, desto mehr werden ihre Wünsche erfüllt. 33. Ich vermeide Stress, indem ich die anspruchsvollen Angehörigen nach ihren Wünschen frage. 34. Die Unzufriedenheit der Angehörigen ist gegenseitig abhängig von ihrem schlechten Gewissen wegen Heimaufenthalt. 35. Gestresste Angehörige kann man am Ton erkennen. 36. Angehörigenwünsche und Bewohnerwünsche sind nicht gleich. 37. Oft werden gegen den Willen des Bewohners die Angehörigenwünsche erfüllt. 38. Ich vermeide Konflikte, da die Angehörigen die Kunden von morgen sind. 39. Konflikte vermeiden führt dazu, dass ich mich selber kontrolliere. 40. Sehen Angehörige die Situation des Bewohners, führt dies zur Unzufriedenheit. 41. Angehörige wollen die Situation nicht wahrhaben. Das zeigt sich im Kämpfen und Hoffen, dass ein Wunder geschieht. 42. Zeit ist Voraussetzung, dass Angehörigen erkennen, dass es in Ordnung ist.	**15 Konzepte**

	43. Zeit hilft, ansonsten müssen sie damit leben. 44. Zeit führt zur Gewöhnung und zu weniger Schwierigkeiten.	
5 Themen-bereiche		**44 Konzepte**

12.5.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien

12.5.5.1 Darstellung in Tabellenform

Konzepte der Subjektiven Theorie	**Interpretative Zusammenfassung**	**Kategorien** Transformation der Konzepte in eine weitere Abstraktions-einheit
1. Angehörige gehören ein bisschen dazu, wenn sie im Hause sind. 5. Bei Geburtstagsfeiern kommen die Angehörigen. 9. Ich würde meine Angehörige auch in der Sterbephase beleiten wollen. 12. Der Verhaltenskodex für Angehörige ist gleichsam immer nett sein, Zeit haben und seine eigene Meinung zurücknehmen. 13. Der Verhaltenskodex für Angehörig bedeutet nicht, für Angehörige keine Zeit zu haben und zu zeigen, dass es uns nicht gefällt. 18. Die Wohnküche ist ein Raum ohne Probleme. 22. Mein Arbeitsplatz in der Wohnküche wunderbar und ohne Konflikte. 23. Angehörige sind Gäste 24. In der Wohnküche bin ich Gastgeberin, die Gäste möchten nett behandelt werden. 25. Bei der Arbeit in der Wohnküche kann ich Angehörige bedienen und ihre Wünsche erfüllen. 26. Ich unterstütze Angehörige, indem ich ihnen Kaffee und Kuchen anbiete.	Angehörige haben die erste Priorität und sind Kunden meiner Dienst-leistung. Ich bin eine Gastgeberin. In der Wohnküche gibt es eine gute Atmosphäre und ich kann den Angehörigen, die meine Gäste sind, Gutes tun. Angehörige die unzufrieden sind, erhalten das Doppelte und Dreifache.	**Dienstleistungs-orientierung**

27. Wenn Fragen aus dem Bereich der Pflege kommen, dann überweise ich die Angehörigen an die Schwester. 28. Für Angehörige bin ich Ansprechpartner zum Thema Essen. 29. Gespräche mit den Angehörigen gehen nebenher. 31. Sind Angehörige unzufrieden, erhalten sie immer das Doppelte und Dreifache. 32. Je mehr die Angehörigen unzufrieden sind, desto mehr werden ihre Wünsche erfüllt. 33. Ich vermeide Stress, indem ich die anspruchsvollen Angehörigen nach ihren Wünschen frage. 38. Ich vermeide Konflikte, da die Angehörigen die Kunden von morgen sind. 39. Konflikte vermeiden führt dazu, dass ich mich selber kontrolliere.	Mit dem kontrollierten Verhalten vermeide ich Stress und Konflikte. Ich nehme mich zurück.	
2. Der tägliche Besuch der Angehörigen ist gleichbedeutend mit einer guten Beziehung. 3. Kurze oder seltene Angehörigenbesuche zeigen sich darin, dass sie mit dem Bewohner ins Zimmer gehen. 4. Kurze Besuchszeiten weisen darauf hin, dass Angehörige beruftätig sind. 6. Sind Angehörige zu Besuch, führt es dazu, dass ich mich zurückziehe. 7. Von den früheren Familien-situationen ist die aktuelle Besuchshäufigkeit abhängig. 8. Je schlechter es dem Be-wohner geht, desto öfter sollten die Angehörigen kommen. 10. Angehörige sind so verschieden wie die Menschen. 14. Die eigenen Betroffenheit führt zu einem anderen Ver-ständnis und zu einem Mitleiden. 20. Angehörige helfen beim Ins-Bett-Bringen. 21. Angehörige helfen beim Essen reichen.	Besuche bedeuten eine gute Beziehung, auch wenn sie bei einer Berufstätigkeit eher kurz ausfallen. Besuche habe die erste Priorität, ich reduziere dann meine Kontakte zu den Bewohnern. Angehörige sind wichtig, sie sind Familie.	**Familien-orientierung**

36. Angehörigen- und Bewohn-erwünsche sind nicht gleich. 37. Oft werden gegen den Willen des Bewohners die Angehörigenwünsche erfüllt.		
11. Guter Kontakt zielt auf das Bedrückt-Sein der Angehörigen. 15. Der Pflegebereich ist gleichbedeutend mit Konflikten. 16. Der Pflegebereich und die Angehörigen sind eine schwierige Aufgabe und bedeuten Konflikte. 17. Angehörige sollen die Pflege (gemeint sind die Mitarbeiter) verstehen. Sie tun, was sie können. 19. Im Pflegebereich ist es mit den Angehörigen schwierig und sie sind eher unzufrieden. 30. Schwierige Angehörige sind mit nichts zufrieden. 34. Unzufriedenheit der Ange-hörigen ist gegenseitig abhängig von ihrem schlechten Gewissen wegen Heimaufenthalt. 35. Gestresste Angehörige kann man am Ton erkennen. 40. Sehen Angehörige die Situation des Bewohners, führt dies zur Unzufriedenheit. 41. Angehörige wollen die Situation nicht wahr haben. Das zeigt sich im Kämpfen und Hoffen, dass ein Wunder geschieht. 42. Zeit ist Voraussetzung, dass Angehörigen erkennen, dass es in Ordnung ist. 43. Zeit hilft, ansonsten müssen sie damit leben. 44. Zeit führt zur Gewöhnung und zu weniger Schwierigkeiten.	Angehörige sind bedrückt durch die Pflegebedürftigkeit und ihr schlechtes Gewissen. Der Pflegebereich insgesamt ist eher konflikthaft. Man kann den Stress der Angehörigen wahrnehmen. Mit der Zeit können sich die Schwierigkeiten auflösen. Angehörigen wollen schwierige Situationen nicht wahrhaben.	**Problembereich Pflege**

12.5.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Harmonie

Folgende Leitideen von Frau Harmonie lassen sich zusammenfassend darstellen. Sie stellen einen Bestimmungsversuch ihrer Subjektiven Theorie dar.

Dienstleistungsorientierung

Frau Harmonie ist eine gute Gastgeberin. Sie führt ihre Wohnküche wie eine Gaststube und die Angehörigen werden verwöhnt. So kompensiert sie die von ihr eher kritisch bewertete Pflegewelt mit ihren Schwierigkeiten. Im Umgang mit Angehörigen ist sie stets darauf bedacht, Unzufriedenheiten oder Konflikte zu vermeiden, sie bedient ihre Kunden und stellt sie möglichst zufrieden. In der Wohnküche soll es ums Essen und Trinken gehen, um angenehme Kontakte. Ist ein Angehöriger unzufrieden oder kritisch, versucht sie, ihn mit einer doppelten oder dreifachen Menge an Kaffee oder Gesprächszeit wieder versöhnlich zu stimmen. Es scheint ihr ein Anliegen zu sein, Konflikte zu vermeiden bzw. sogar zu unterdrücken.

Familienorientierung

Das Konzept „Familie“ wird zur orientierenden Größe. Funktionierende Beziehungen in Familien fördern das Wohlbefinden und die seelische wie körperliche Gesundheit der Familienangehörigen auch in einem Altenpflegeheim. Das Subsidiaritätsprinzip, verankert in dem Konzept von Familie, drückt sich in alltagspraktischen Dingen aus. Besuche sind für Frau Harmonie ein Zeichen für Familienzusammenhalt und lassen ihrer Meinung nach Rückschlüsse auf eine gute Beziehung zu. Besuche und kleine Mitwirkungsmöglichkeiten beim „eigenen Bewohner“ sind wichtig, auch wenn sie wegen einer Berufstätigkeit eher knapp ausfallen. Frau Harmonie kann mit einer empathischen Haltung an die Angehörigen-Besucher-Konstellation herangehen. Sie selber hat noch ein Elternteil in Rumänien, das sie nicht so häufig besuchen kann. Die Verbindung mit der Familie ist für sie sehr bedeutsam.

Problembereich Pflege

Die Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen wirkt auf Angehörige nach Frau Harmonies Empfinden oft bedrückend. Angehörige können unzufrieden sein, ein schlechtes Gewissen haben und gestresst sein. Mit großer Anstrengung stellt Frau Harmonie dem ein positives und angenehmes Bild von ihrer eigenen Arbeitsumgebung, der Wohnküche, entgegen. Sie wehrt Differenzen bzw. Konflikte in ihrem Bereich ab und definiert die Pflege als den eigentlichen

Problembereich.

12.5.6 Zusammenfassung

Im Umgang mit Angehörigen sieht sich Frau Harmonie in einer Gastgeberrolle und verhält sich konsequent dienstleistungsorientiert. Um sich den Angehörigen empathisch zu nähern, geht sie von sich und ihrem Erleben aus und kann nicht auf professionelle Kriterien zurückgreifen. Den Pflegebereich definiert sie als einen Problembereich und verschiebt konsequent die Schwierigkeiten in den Bereich, für den sie nicht zuständig ist. Möglicherweise hat Frau Harmonie ihr opportunes Verhalten sehr kultiviert und nimmt sich konsequent zurück. Ihre Strategie scheint das intensive Harmoniebestreben zu sein, das, wenn es derart vehement eingefordert wird, auch totalitär sein kann: Konflikte und Unstimmigkeiten müssen in dieser Logik konsequent unterdrückt werden.

12.6 Subjektive Theorie von Herrn Findus

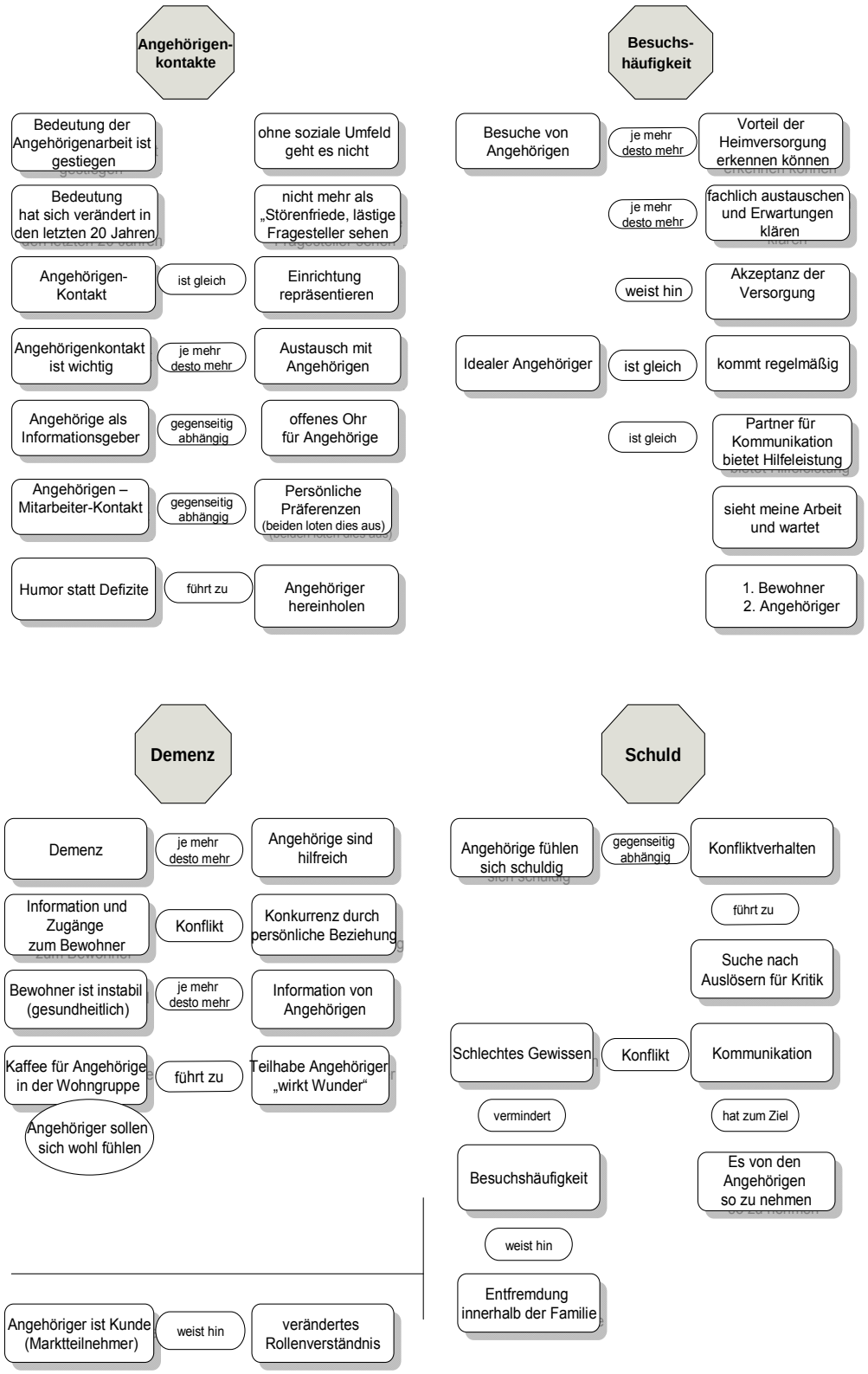
Motto: „Zusammenfinden mit den Angehörigen ist ein Prozess."

12.6.1 Kurzbeschreibung

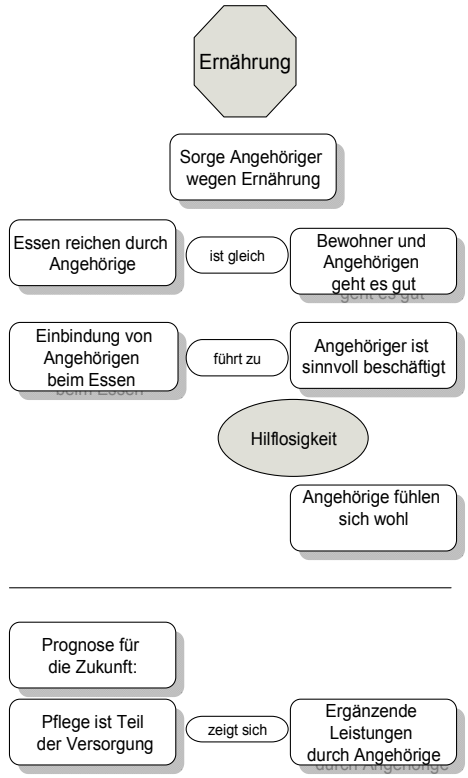
Herr Findus, 51 Jahre alt, ledig und ist Altenpfleger mit langjähriger Berufserfahrung und einer Qualifikation zur Wohnbereichsleitung. Er ist vollzeitbeschäftigt und seit 21 Jahren in diesem Altenpflegeheim tätig. In den vergangenen Berufsjahren hatte er verschiedene Funktionen inne. Er war als Zivildienstleistender, Altenpfleger, Wohnbereichsleitung, Bereichsleitung und als Haus- und Pflegedienstleitung in einem anderen vollstationären Teilbereich beim selben Träger eingesetzt. Vor einigen Jahren hat er seine Leitungsfunktionen zurückgegeben und war weiter als Altenpfleger in der direkten Pflege beschäftigt. Vor einem Monat ist er in einen für ihn neuen Bereich, nämlich in eine Wohngruppe für Menschen mit Demenz, gewechselt. Seine Entscheidung, nicht mehr in einer Leitungsfunktion zu sein, ist für ihn positiv konnotiert. Er sieht sich und seinen Schwerpunkt in der Arbeit nicht mehr primär in der Leitungs- und Personalverantwortung und hat sich mit dem neuen Aufgabenbereich eher eine Entlastung geschaffen. Herr Findus reflektiert seine Arbeit auf der Ebene der gesellschaftlichen Bereitstellung von Ressourcen für die Versorgung von

alten und pflegebedürftigen Menschen. Er hadert mit den von der Gesellschaft dafür vorgehaltenen Ressourcen und problematisiert politische Weichenstellungen wie z. B. die „Teilkaskofunktion“ der Pflegeversicherung. Seiner Meinung nach ist es zwingend nötig, gegenüber den Angehörigen ehrlich zu benennen, was mit diesen Rahmenbedingungen in der Versorgung leistbar bzw. nicht leistbar ist. Aus diesem Grunde möchte er sich nicht mehr als Leitung verantwortlich einsetzen und konzentriert sich jetzt wieder auf die direkte pflegerische Betreuung von Bewohnern im Demenzbereich. Dies stellt für ihn eine neue inhaltliche Herausforderung dar. Insgesamt steht Herr Findus den aktuellen Entwicklungen in der Pflege eher kritisch gegenüber. Insbesondere das „Niveau“ der Pflege, beispielhaft dargestellt an den Kompetenzen der jährlich beginnenden Auszubildenden, beschäftigt ihn. Aus seiner Sicht benötigt Pflege andere und bessere Bedingungen. Für seine eigene Mutter würde er auch keinen Heimaufenthalt anstreben. Er beschreibt die Unterschiede zwischen segregativen und nichtsegregativen Versorgungsbereiche. Im Vergleich zu den nicht spezialisierten Wohnbereichen sind seiner Meinung nach im Demenzbereich mehr Angehörige vorhanden, die auch den Bewohnern näherstehen. Die Bewohner im orientierten Bereich verhielten sich, so sagt er, auch anders. Wünsche der Bewohner entstünden dort oft, weil ein Bewohner dasselbe haben möchte wie ein anderer Bewohner. Im Demenzbereich stehen diese Verhaltens- oder Sichtweisen nicht im Vordergrund. Herrn Findus’ Themen im Blick auf die Angehörigen sind die Angehörigenkontakte und die Besuchshäufigkeiten, die Ernährung der Bewohner, das Thema Mitwirkung, Demenz, Gespräche, die Rolle der Betreuer und die Themen Schuld und Konflikte. Herr Findus benennt die Themen präzise und wägt seine Äußerungen sorgsam ab. Er bringt dazu die Veränderungen ein, die er über die vielen Berufjahre hinweg wahrgenommen hat und speziell die Veränderung durch die Versorgung von Bewohnern in Demenzbereich. Das Interview (63 Minuten) wurde durch einen fehlgeleiteten Telefonanruf gestört. Der Interviewpartner hat das Telefon bedient und die Tonbandaufnahme wurde unterbrochen. Daher bestehen die Verweise auf die Originalquellen aus zwei Teilen. Herr Findus hat sich auf das Interview vorbereitet und am Vortag den Leitfaden zur Strukturlegetechnik gelesen.

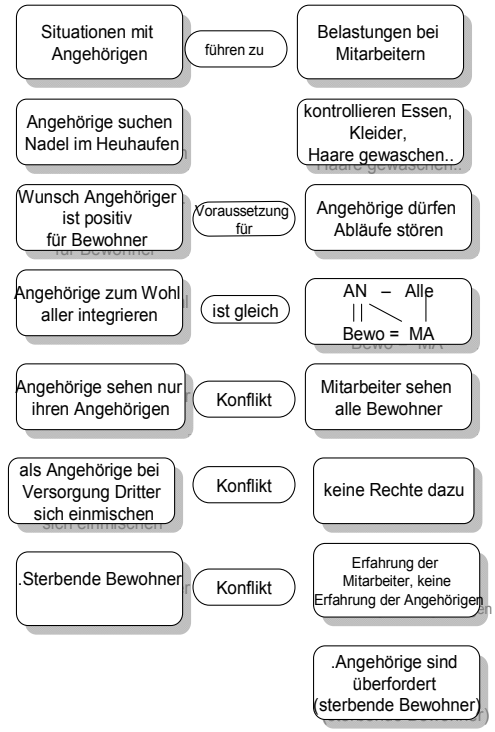
12.6.2 Strukturlegeplan

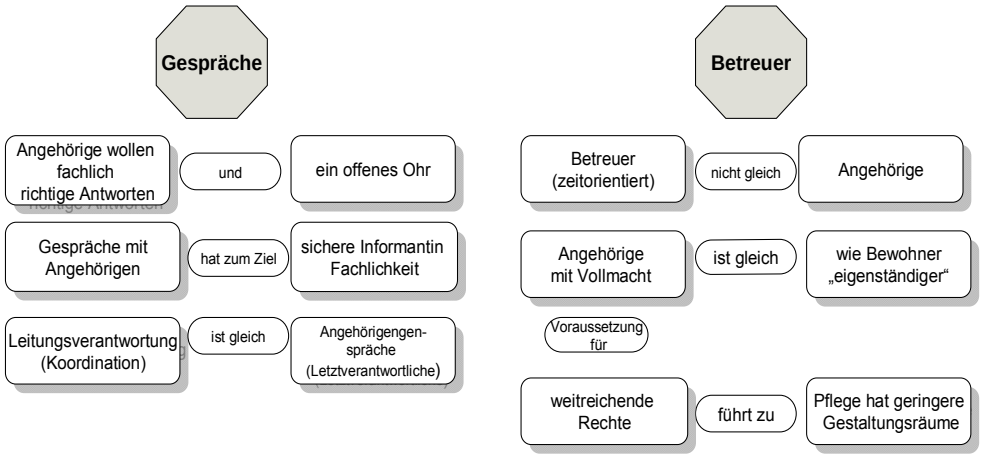


Mitwirkung
Mitarbeit in der Pflege von Angehörigen nicht erlebt
Pflegende Angehörige (die mit Vorerfahrung)
Mitarbeiter bittet um Hilfe
führt zu
Mithilfe Mitwirkung
Angehörigen Wege aufzeigen (wo anpacken)
ist Voraus-setzung für
mein Gefühl, dass Angehöriger es gut meint
ist Voraus-setzung für
Mitwirkung zulassen
Angehörige
ist gleich
Lebensraum positiv gestalten
Angehörige können mitwirken- müssen aber nicht
ist nicht gleich
Entlastung der Mitarbeiter
Heimaufnahme
ist gleich
höchste Bereitschaft zur Mitwirkung


Ernährung
Sorge Angehöriger wegen Ernährung
Essen reichen durch Angehörige
ist gleich
Bewohner und Angehörigen geht es gut
Einbindung von Angehörigen beim Essen
führt zu
Angehöriger ist sinnvoll beschäftigt
Hilflosigkeit
Angehörige fühlen sich wohl
Prognose für die Zukunft:
Pflege ist Teil der Versorgung
zeigt sich
Ergänzende Leistungen durch Angehörige

Konflikte
Angehörige erleben keine Zufriedenheit
gegenseitig abhängig
werden zum Kritiker
Erwartungen der Angehörigen
gegenseitig abhängig
Wissen um Leistungen im Heim
Begrenzte Mittel
führt zu
Angehörige merken, es läuft suboptimal
Anlass für Gespräche Angehörige haben Verbesserungen
ist gleich
Thema Kleidung und Wäsche
Forderungen von Angehörigen
weist darauf hin
austesten - wie weit kann ich gehen
Angehörige wollen immer sofort Antworten
gegenseitig abhängig
Tagesform der Angehörigen)


Situationen mit Angehörigen
führen zu
Belastungen bei Mitarbeitern
Angehörige suchen Nadel im Heuhaufen
kontrollieren Essen, Kleider, Haare gewaschen..
Wunsch Angehöriger ist positiv für Bewohner
Voraussetzung für
Angehörige dürfen Abläufe stören
Angehörige zum Wohl aller integrieren
ist gleich
AN – Alle
Bewo = MA
Angehörige sehen nur ihren Angehörigen
Konflikt
Mitarbeiter sehen alle Bewohner
als Angehörige bei Versorgung Dritter sich einmischen
Konflikt
keine Rechte dazu
.Sterbende Bewohner
Konflikt
Erfahrung der Mitarbeiter, keine Erfahrung der Angehörigen
.Angehörige sind überfordert (sterbende Bewohner)



12.6.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans

Angehörigenkontakte

Wenn Herr Findus über Angehörigenkontakte spricht, kann er auf eine zwanzigjährige Berufserfahrung zurückgreifen. Mit dem zeitlichen Wandel geht für ihn auch eine steigende Bedeutung der Präsenz der Angehörigen einher.

> *„… wenn ich so die Entwicklung sehe, die letzte zwanzig Jahre, ich selber hab's nimmer unmittelbar miterlebt, aber es gab sicher ne Zeit, wo mer froh war, wenn mer kein Angehöriger auf em Flur gesehen hat. Vor zwanzig Jahren da kommt vielleicht auch diese ah dieser Gedanke her, dass mer die Leute abschiebt, wenn man sie ins Heim gibt, ah vor zwanzig Jahren war des noch weniger ah Brauch, dass Angehörige regelmäßig kommen oder dass sie einfach hier an, oder empfange werden ja und nicht als ah Störenfriede oder lästige Fragesteller gesehen werden und da hat sich halt relativ vieles gewandelt und getan* … 00:08:25-8 Teil 2.*“*

Um die Bewohner adäquat versorgen zu können, hat Herr Findus auch Erwartungen an den Angehörigenkontakt. Hier sollen Informationen über Bewohner gegeben werden, wenn diese selber nicht auskunftsfähig sind. Die Bedeutung der Angehörigenarbeit steigt, da Angehörige das soziale Umfeld repräsentieren und ohne dieses soziale Umfeld eine gute Versorgung insbesondere der Menschen mit Demenz nicht stattfinden kann. Daraus erschließt sich für ihn die Notwendigkeit, den Angehörigen mit seinen vielen Fragen und dem ständigen Informationsbedarf nicht mehr als Störenfried oder lästigen Fragesteller, sondern in der Funktion eines Informationsträgers zu sehen. Angehörige und Mitarbeiter stehen in einem Kontakt, der auch von den gegenseitigen persönlichen Präferenzen abhängig ist. Dabei loten beide ihre Beziehung aus.

> *„Ja. Klar. Also im Regelfall haben haben ja die Angehörigen auch die Mitarbeiter 2 die ihnen irgendwie relativ nahe stehen als Gesprächspartner und ah 2 des funktioniert von der anderen Seite ja natürlich genauso ja. Weil der Angehörige wird sich dann den untern Arm klemmen zu dem er wahrscheinlich den besseren Draht hat, also ...* 00:15:21-8 Teil 2.“

Dass die Informationen gegeben werden, ist für ihn abhängig von der Tatsache, dass Mitarbeiter dem Angehörigen ein offenes Ohr schenken.

> „*Dass ich denen erst mal en offenes Ohr schenk, also einfach mal des zuhören, aber auch ne entsprechende Informationsweitergabe, klar schlussendlich repräsentiert man natürlich auch die Einrichtung ah beim ganzen 2 ja und dann eben auch wirklich im Interesse vom Bewohner tätig sein und eben auch erfragen, dort wo er es selber nicht mehr leisten kann und mir Informationen ranzukriegen 2 ja ich glaub des isch es.* 00:04:30-1 Teil 1.*“*

Vieles an Angehörigenkontakten und in der Angehörigenarbeit läuft über Schwierigkeiten und Defizite. Angehörige tun sich schwer und wissen nicht immer, wo sie anpacken können, gleichwohl man eigentlich nur die Tür aufmachen müsste (vgl. 00:42:30-6-Teil 2). Daher ist Herr Findus davon überzeugt, dass Humor dazu führe, dass Angehörige „hereingeholt“ werden.

> *„Da isch eigentlich ah grundsätzlich ne relativ humorlose Situation oder*

ah Atmosphäre in ner Einrichtung, da kann man über gewisse Art von ja von Humor oder kann des ja noch irgendwie lustig sehe und kann auch mal über was lache und dann glaub ich, holt man die Angehörigen eher rein, als wenn man immer auf diese ernsthafte und defizitäre Schiene fährt. 00:43:21-1 Teil 2*".*

Herr Findus hat möglicherweise ein Bild von einem Altenpflegeheim und von alten Menschen, das eher von Leid und Defizit geprägt ist. Auch Angehörige sind wenig kompetent und haben eher weniger Ideen, sich einzubringen. Sie brauchen dazu eine aktive Unterstützung.

Besuchshäufigkeit der Angehörigen

Die Besuche beinhalten neben den Telefongesprächen eine weitere Kontaktmöglichkeit für die Mitarbeiter. Dabei kommt der Angehörige in eine für ihn fremde Welt. Je öfter er sich jedoch im Pflegeheim aufhält, desto mehr ist er in der Lage, die Vorteile eines Heimaufenthaltes kennenzulernen. Auf die Frage, wie Herr Findus die häufigen Besuche wertet, antwortet er:

„*Des fühlt sich gut an für alle, kein Problem. Also so jemand, der ja, bringt dann auch des Verständnis mit, warum es jetzt so läuft oder warum es so wahrscheinlich besser läuft als anders rum und ah in der Regel isch ja so'n Heim ne Welt für sich, die mer vorher eigentlich gar ^ net wahrnimmt. Und wenn dann erstmals so'n Kontakt da stattfindet, dann ja dann isch des was völlig Fremdes und je länger jemand da isch und je öfter jemand da isch, desto eher wird er ja sehen woran so die Quintessenz von so ner Heimunterbringung liegt und desto mehr kann mer dann auch auf der fachlich guten Ebene sich austauschen, und ah entsprechende ja Erwartungen diskutieren* 00:19:51-9 Teil 2."

Sind Angehörige regelmäßige Besucher, so haben diese die Versorgung akzeptiert. Je öfter sie da sind, desto mehr kann Herr Findus sich fachlich austauschen und ihre Erwartungen klären. Daher kommt ein idealer Angehöriger regelmäßig und ist ein aktiver Partner für Kommunikation. Er kann dabei auch kleinere Hilfeleistungen anbieten.

„*Der ideale Angehörige? 6 Der kommt regelmäßig 4 bietet sich an auch als, ja Kommunikationspartner, bietet sich gegebenenfalls auch*

an irgendwelche Hilfeleistungen mit zu übernehmen, der sieht vielleicht auch, dass ich im Moment grad keine Zeit hab, der wartet bis sich en entsprechender Augenblick anbietet 3 ja, ich glaub des wär's eigentlich. Und dem, dem kann ich auch mal was auftrage, ja es geht oft um Kleinigkeiten, dass mer irgendwelche Kosmetika oder was mer mitbringt oder besorgt, oder Kleider kaufen geht und solche Geschichten, ah ja 00:22:16-5 Teil 2*.“*

Er selbst sieht sich als Ansprechpartner für die Angehörigen und pflegt eine positive Beziehung zum Bewohner.

„Den kann mer anspreche und der hat auch ne emotional gute und gesunde Beziehung zum Bewohner 00:22:25-4 Teil 2*.“*

Wenn ein Angehöriger regelmäßig kommt, nimmt er die Arbeit der Mitarbeiter wahr. Für Herrn Findus stehen die Arbeit und die Versorgung des Bewohners an erster Stelle. Die Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen sind nachrangig.

Schuldgefühle der Angehörigen

Herr Findus hat den Eindruck, dass Angehörige mit Schuldgefühlen behaftet sind. Die Schuldgefühle der Angehörigen stehen für ihn in einer gegenseitigen Abhängigkeit zum Konfliktverhalten. Er benennt objektive Gründe für Konflikte, wie zum Beispiel die konkreten Vorstellungen und Forderungen der Angehörigen, aber auch für ihn „Verborgenes“, Subjektives wie eine empfundene Schuld. Diese Schuldgefühle sind für ihn auch Auslöser für Kritik.

„Also ganz objektiv gibt's Gründe immer wieder ah wenn was nicht so läuft, wie die Angehörigen des haben wollen. Also da isch es net nur irgendwie was Verborgenes aber klar, des mag auch im ja im klassischen Idealfall so sein, dass tatsächlich auf der auf dem Hinter--grund, dass Angehörige jetzt sehen, Opa oder Oma sind jetzt in nem ganz anderen Umfeld und eigentlich könnten sie es daheim ja auch schön haben, dass auf dem Hintergrund natürlich auch irgendwie was gesucht wird und dass mer sich da aufgrund eingeredeter Schuldigkeit dann halt versucht, des bissel auszugleichen 00:04:03-7 Teil 2*.“*

Das schlechte Gewissen der Angehörigen verursacht auch Probleme bzw. Konflikte in der Kommunikation. Der Umgang mit den Angehörigen stellt für die Mitarbeiter eine Herausforderung dar. Auf diese Kommunikation ist einzugehen, die Äußerungen der Angehörigen sollen in solchen Fällen dann Geltung haben, da sie von der persönlichen Befindlichkeit „Schuld“ stark beeinflusst sind.

> *„Ich erleb's trotzdem nach wie vor, dass viele noch ein schlechtes Gewissen hab'n, wenn die Oma oder der Opa hier in die Pflegeeinrichtung geht, also, dass, ich muss häufig sagen, diese Einrichtungen gibt's nicht umsonst, ja, weil latent drückt da immer noch irgendwo das schlechte Gewisse durch und ah auf der Ebene eben Angehörige mit nem, ja, mit nem schlechten Gefühl sind immer schwierig im Konflikt zu händeln. Aber ah ja. Au da geht's drum einfach zu kommuniziere und eben denen des zum Beispiel einfach so abzunehmen, ja, das schlechte Gewissen kann ich ihnen net nehmen, des hab'n se, aber wie gesagt, diese Einrichtungen die gibt's deshalb, weil eben die Pflege daheim nicht unter allen Umständen über zig Jahre möglich isch* 00:10:44-6 Teil 2*.“*

Es gibt aber auch Angehörige, die wenig Besuche machen und sich aufgrund ihrer psychischen Situation nicht mehr in die Einrichtung trauen. Herrn Findus möchte sich mit diesen Angehörigen nicht vermehrt beschäftigen. Er nimmt das Verhalten zu Kenntnis und sieht für sich keinen Interventionsbedarf.

> *„Die lass ich. Also ich hab jetzt persönlich keine Ambitionen da irgendwie ah ja in die Psyche von Angehörige einzusteigen, die jetzt sich nimmer her zu kommen trauen, ja, wahrscheinlich steckt auch viele schlechtes Gewisse drin, aber mer 2 ja, ah es isch wahrscheinlich a Ausdruck unserer Gesellschaft, dass halt so diese die Entfremdung auch innerhalb der Familien zunimmt und es dann ja einfach häufiger vorkommen wird, dass Angehörige gar nimmer kommen oder sehr sehr selten kommen, ja.* 00:20:33-2 Teil 2*.“*

Hier wird das Thema Schuld als eine Erklärung für eine geringere Besuchsfrequenz eingeführt. Auch eine gewisse Entfremdung als ein

gesellschaftliches Phänomen innerhalb von Familien kann für ihn eine Ursache für wenig Kontakt sein.

Zur Mitwirkung der Angehörigen

Herr Findus benennt die oft langjährigen Erfahrungen von vielen Angehörigen als pflegende Angehörige in der häuslichen Versorgung. Er schildert aber gleichzeitig, dass er selbst die Mitwirkung von Angehörigen im pflegerischen Bereich bislang nicht erlebt hat.

> *„Also ich erleb selten Angehörige die konkret in der Pflege mitarbeiten, da müsst ich jetzt lange drüber nachdenken, bis ich jemand hätte - also bei Essen reichen nicht miteinbezogen. Ah 2 also ich kann net 3 ich hab noch nie jemanden erlebt, der wirklich in der Pflege mitarbeiten wollte. Kann ich drüber nachdenken, aber >lacht<* 00:04:45-2 Teil 2*.“*

Er stellt fest, dass die Einbindung von Angehörigen kein Gegenstand seiner Berufsausbildung war. Das, was heute geschieht, ist erfahrungsgeleitet. Er wagt dabei einen Ausblick auf ein (mögliches) befruchtendes Miteinander.

> *„Also in meiner Ausbildung die liegt jetzt halt auch schon zwanzig Jahr zurück, war des noch kein Thema, ah aber ich glaub so im Rahmen der Erfahrung die mer gemacht hat und in wie mer die Angehörige heut anders oder überhaupt einbindet, und welche Erfahrung man in dem Feld gemacht hat, glaub ich schon, dass mer ja nicht allumfassend gerüstet isch, aber schon en waches Auge drauf hat und dass mer des auch ja wirklich als Befruchtung sieht und dann vor allem mit Angehörige ja einfach guckt* 00:39:00-0 Teil 2*.“*

Für Herrn Findus sind Angehörige Besucher, die jedoch als Kunden berechtige Erwartungen haben. Die Berechtigung erschließt sich aus deren Bezahlung für die Pflege. Sie haben ihre Angehörigen an das Altenpflegeheim übergeben. Die Mitarbeiter nehmen den Pflegeauftrag an und haben damit auch eine Dienstleistungsfunktion übernommen. Angehörige sind Kunden und nehmen an einem Markt teil. Dies weist auf ein inzwischen auch verändertes Rollenverständnis hin. Angehörige haben dadurch das Recht auf Informationen und Beteiligung bei Entscheidungen. Aus diesen vertraglichen Beziehungen heraus

entwickelt Herr Findus auch sein Verständnis für die Zusammenarbeit mit den Angehörigen.

> *„Ja, ja also des könnte ich auch verstehe, dass da jemand sagt, ja jetzt bin ich des los. Und ah, also da 2 ja da hätten sie meine volle Unterstützung und das kann ich einfach auch nachvollziehen, nachfühle ah, dass da jemand sagt, nee, jetzt jetzt wird dafür bezahlt, jetzt sind andere da, ja. Also ich kann doch Angehörige auch in dem Sinne nur unterstütze, also da, ah, ah ja, wie gesagt, so, die Idee wie ich dann sag, ja wir sind dafür da und wir werden jetzt auch dafür bezahlt, ah des brauchen sie nimmer machen, mir reicht's wenn sie kommt oder wenn sie mit dem irgendwie spazieren gehn oder das machen, wo meine Ressourcen eben nicht mehr hinreichen* 00:27:20-8 Teil 2.“

Herr Findus sieht den Angehörigen in einer ergänzenden Funktion für seine Tätigkeit und eher als Gestalter für einen positiven Lebensraum des Bewohners. Es ist für ihn erwähnenswert, dass es nicht um eine Mitarbeit und Entlastung der Mitarbeiter geht (Angehörige bezahlen für die Arbeit), sondern um eine Teilhabe an dem Lebensumfeld.

Eine Ausnahme stellt die Heimaufnahme dar. Diese ist für ihn ein bedeutsamer Marker, da zum einen die Rolle der Angehörigen als Informantionsgeber deutlich wird und zum anderen hier geklärt werden könnte, wie die Zusammenarbeit künftig aussehen kann. Aus seiner Sicht sind die Angehörigen zu diesem Zeitpunkt noch eher bereit für eine Mitwirkung. Zu diesem Zeitpunkt könnten die Weichen für eine weitere Mitwirkung gestellt werden.

> *„Die andere Geschichte isch, dass mer die Angehörige die jetzt en Pflegeplatz suchen möglichst ja gleich bei der Suche em eh packe muss und ah ihnen erzähle wie offen des Heim isch oder was welche Möglichkeiten mer hat, da auch ehrlich zu sein, weil ich glaub so bereit sich einbinden zu lassen wie bei der Heimaufnahme werden die Angehörigen hinterher nimmer sein ja und von daher glaub ich, dass das so'n Knackpunkt isch* 00:41:03-5 Teil *2.“*

Die Angehörigenmitwirkung geschieht seiner Meinung nach am sinnvollsten beim Verabreichen von Mahlzeiten. Eine weiterreichende Mitversorgung ist für

ihn nicht vorstellbar. Herrn Findus begegnen wenige Angehörige, die eine Bereitschaft signalisieren zur Mitwirkung bei der Versorgung.

> *„Aber dass des irgendwie so schon ne Bereitschaft da wär, jetzt da mitzuwirken, des erleb ich eigentlich oder hab ich bislang weder im neuen Bereich noch aus'm auf'm alte Bereich erlebt.* 00:05:20-0 Teil 2*."*

Seiner Meinung nach kann die Bereitschaft zur Mitwirkung entwickelt werden. Bittet ein Mitarbeiter aktiv um Mithilfe, so führt dies auch zu einer Mitwirkung. Da sich Angehörige eher schwer tun zu erkennen, wo ihre Mitwirkung gefragt oder möglich ist, ist es nötig, ihnen Wege aufzeigen, wo und wie sie anpacken können.

> *„Also klar, dass, dass wenn Angehörige da sind und ich jemand aus'm Bett mobilisiere, dass ich die eventuell mal bitte zu helfen. Aber dass des irgendwie so schon ne Bereitschaft da wär, jetzt da mitzuwirken, des erleb ich eigentlich oder hab ich bislang weder im neuen Bereich noch aus'm auf'm alte Bereich erlebt* 00:05:20-0 Teil 2."
>
> *„Man muss sich kümmern, oder ja ah man muss glaub ich nur die Tür aufmache, ja. Ich glaub die Angehörigen sind grundsätzlich schon bereit was zu machen, die tun sich da manchmal einfach nur schwer ah zu sehe wo mer anpacke kann* 00:42:30-6 Teil 2*."*

Für ihn persönlich ist es wichtig, dass er das Gefühl hat, der Angehörige meint es gut mit dem Bewohner. Das ist für ihn die Voraussetzung dafür, dass er die Mitwirkung durch Angehörige zulassen kann.

> *„Also ich glaub, also wenn wenn ich's Gefühl hab, ah en Angehöriger meint des hier gut ah dann ja und dann stellt sich nix in Weg des auch so zuzulassen* 00:39:48-0 Teil 2."

Die Frage der Mitwirkung durch die Angehörigen bringt Herrn Findus dazu, eine Prognose für die Zukunft zu wagen. Inwieweit die Pflegeversicherung leistungsfähig und die Versorgung noch bezahlbar bleibt, stellt er in Frage. Die „Vollversorgung" in einem Altenpflegeheim könne eventuell eines Tages nicht mehr funktionieren (suboptimale Versorgung, zu geringe Ressourcen). Vor diesem Hintergrund ist es für ihn vorstellbar, die Angehörigen in die Versorgung einzubinden (notwendige Ersatzfunktion).

„Also ich glaub so diese ah Idee, dass mer Pflege jetzt losgelöst vom bisherigen sozialen Umfeld leisten können, finanziere und dass des machbar isch von der wird man wahrscheinlich wegkomme müsse, ja. also ich glaub so ja, den Angehörige als Mithelfer zu betrachte, isch so, irreal eigentlich gar nicht, ja 00:37:38-1 Teil 2.“

„Also ich glaub man hat ja immer ja mit der Pflege und mit der Einführung der Pflegeversicherung haben die Leute scheinbar plausibel machen müsse, dass des jetzt keine so genannte Vollkaskoversicherung isch und ähnlich wird die Entwicklung auch vielleicht weitergehen, dass mer einfach sagt, ah des was die Pflege hier leiste kann, isch nur ein Teil und nicht alles was ein Mensch braucht und ah ihr müsst nach wie vor ein Stück dazu beisteuern ja weil alles so zu machen wie's im Moment läuft wird wahrscheinlich auf alle Zeiten nicht möglich sei 00:38:20-5 Teil 2.“

Konflikte mit und um die Angehörigen

Das Themenfeld der Konflikte konnte in der Auswertung mit den meisten Relationen belegt werden. Eine enge Parallele entsteht zu dem Konzept der Schuld, das hier extra ausgeführt wird. Das Konfliktthema steht in einem engen Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Angehörigen. Laut Herrn Findus besteht eine gegenseitige Abhängigkeit von erlebter Unzufriedenheit der Angehörigen und der Rolle als Kritiker. Dies verändere die Angehörigen.

„Ah en anderer Knackpunkt isch natürlich e gewisse Zufriedenheit die sie erlebe müssen, weil sonst ah wird's auch schwierig, weil dann werden sie wirklich nur noch zu Kritiker und ah weniger zum konstruktive ah konstruktive Angehörige 00:42:10-5 Teil 2.“

Er beschreibt eine weitere gegenseitige Abhängigkeit im Hinblick auf die Erwartungen der Angehörigen und das Wissen um die Leistungen, die das Altenpflegeheim vorzuhalten hat. Gängige Konfliktfelder sind dabei das Thema Sauberkeit der Kleidung der Bewohner oder die Frage, wie oft der Bewohner geduscht wird oder die Haare gewaschen bekommt.

Seiner Meinung nach gibt es weitere Einflussfaktoren wie zum Beispiel die von den Pflegekassen für das Altenpflegeheim zur Verfügung gestellten begrenzten

Mittel. Dies führe dazu, dass die Angehörigen eine „supoptimale“ Versorgung feststellen und es dann objektiv so sei, dass die Wünsche der Angehörigen nicht bedient werden.

> *„Und wie gesagt, so grundsätzlich so die Situation, ich könnt's jedem nachvoll// ah nachvollziehen, dass jeder Angehörige auch merkt, dass des hier alles schlussendlich suboptimal läuft, ja aber die Mittel sind halt begrenzt* 00:35:56-2 Teil 2*“.*

Herr Findus beschreibt sein Verhältnis zu den Angehörigen als ambivalent. Einerseits sieht er die Wünsche der Angehörigen als positiv für den Bewohner an. Dies ist auch der Grund dafür, dass er den Angehörigen das Recht einräumt, die Abläufe zu stören. Andererseits bemerkt er, Angehörige suchten oft die „Nadel im Heuhaufen“ und kontrollierten das Essen, die Kleider etc. Solche Situationen seien sehr belastend für die Mitarbeiter.

Herr Findus resümiert, dass Angehörige eigentlich immer sofort bedient werden und zeitnahe Antworten erhalten wollten. Diese insgesamt eher fordernde Haltung der Angehörigen weist für ihn darauf hin, dass sie austesten, wie weit ihre Möglichkeiten der Einflussnahme gehen können. Er plädiert dafür, in solchen Situationen den Angehörigen neutral zu begegnen und auf Entwicklungen zu setzen.

> *„Also es isch einfach so, die testen häufig auch aus ah ja wie weit sie gehen können oder was isch, wer isch der andere und da mer des ah ja einfach so als gegenseitiger Austausch erstmal ansieht und jetzt net als wahnsinnige Kritik oder Ehrverletzung oder sonst was ah des hab ich dann so laufen lassen und des hat sich jetzt ah ganz gut entwickelt* 00:44:47-4 Teil 2.“

Mitarbeiter pflegen zu Angehörigen unterschiedliche Beziehungen, die auch in einem Zusammenhang stehen mit persönlichen Interessen und Vorlieben. Erklärungen und Argumente für eine professionelle und empathische Beziehungsgestaltung werden nicht geliefert.

> *„Also es gibt sicherlich ah die Möglichkeit, dass sich ein Mitarbeiter und ein Angehöriger persönlich überhaupt nicht riechen können und nicht verstehen, ah da wird's sicher Konflikte geben* 00:10:44-6 Teil 2*“.*

Kommt es zu Konfliktsituationen mit Angehörigen, wird dies von den Mitarbeitern belastend empfunden.

> *„Also des war wirklich ne furchtbare Situation und ah ja en andrer der des vielleicht net vorher gewusst hätte, der wär da einfach davon-gelaufen ja, des anzuhören des war schon schon etwas heftiger* 00:46:15-4 Teil 2.“

Angehörige gehören zu einem bestimmten Bewohner. Dies ist eine (Luxus-)-Perspektive, die der Mitarbeiter nicht einnehmen kann: Er muss immer die Interessen aller Bewohner in einem Wohnbereich im Blick behalten.

> *„Konflikte gibt's was ich vorhin angedeutet hatte ja auch vielleicht insoweit, als'n Angehöriger eben sein 2 sein Vater oder seine Mutter jetzt ah bissle aus meiner Sicht zu isoliert sieht und ah gar nicht wahrnehme will oder gar net wahrnehme kann, was nebendran noch passiert …* 00:10:44-6 Teil 1*“*

Einen Grund für eher schwierige Beziehungen mit den Angehörigen sieht Herr Findus in diesem für Angehörige typischen engeren, egoistischen Blick und dem Thema Schuld. Innerhalb einer Wohngemeinschaft sind Angehörige Teil einer Gruppe. Sie nehmen am Alltag in der Wohngruppe teil und nehmen Dinge wahr, die nicht nur ihren Angehörigen betreffen. Konflikte können entstehen, wenn sie sich in Angelegenheiten einmischen, bei denen um Dritte geht.

> *„Also klar, es isch immer wenn Angehörige in eine Gruppe reinkommen und dann einfach auch Feststellungen machen, die sie vielleicht auch gar nix angehen, die mer lästig sind, des isch natürlich dann schon ja noch mal ne Schiene wo's wo mer aufpasse muss, dass mer dann net wirklich auf alles eingeht, weil irgendwann ah sind deren Rechte natürlich dann auch zu Ende. Also wenn's um die Versorgung Dritter geht, glaub wird's schwierig* 00:12:36-0 Teil 3*.“*

Herr Findus wünscht sich, dass die Angehörigen zum Wohle aller integriert werden können. Damit erweitert er die Triade Mitarbeiter, Angehöriger und Bewohner um die Personen, die auch zu der Wohngruppe dazu gehören.

> *„Also wenn ich en Kollegen was sagen müsste, dann einfach hier diesen Angehörigen jetzt nicht als denjenigen zu sehen, der kritisiert,*

der nur seine Angehörige im Auge hat oder der nix versteht, sondern es geht drum, ihn so einzubinden, also jetzt meine ganz persönliche Sicht, so einzubinden, dass er einfach zum Wohl aller, also auch uns Mitarbeiter ja hier sinnvoll integriert wird 00:08:26-6 Teil 1.*"*

Angehörige suchen sich oft bestimmte Mitarbeiter aus, sehen in ihnen eine Art Ersatzpartner und pflegen den Kontakt intensiv (bringen Brötchen mit etc.). Herrn Findus' Meinung nach fehlt es dabei oft an der nötigen Distanz.

„Da isch einfach, also die Frau die ihren Mann im Pflegeheim hat und dann in dem Pfleger X ah jemand findet, mit dem sie ersatzweise Gespräche führen kann, das gibt's alles, ja klar 00:16:48-2 *Teil 2."*

I.G.: Wie sehen Sie das? 00:16:49-4

„Mer muss, also ah, mer muss es kritisch sehe, mer muss sich vor allem also als Pfleger da mit der notwendige Distanz raushalte, also ich würde mich da nie kaufe lassen. Also, diese >lacht< Brötchengeschichte da, ah ja des wär mit mir so nie gelaufen und ich hab des jetzt ja ganz konkret au ah nur am Rande so wahr genommen und hab dann au nix gesagt, ja aber eigentlich isch es schon ja mer soll ja die Überparteilichkeit dann dabei, also da muss mer schon aufpasse. 00:17:22-1 Teil 2*."*

Die triadische Konstellation an sich ist schwierig. Angehörige äußern manchmal stellvertretend für den Bewohner Wünsche zur Versorgung, die von den Mitarbeitern so nicht unbedingt gesehen werden. Herr Findus hilft sich, indem er sich am Wohlergehen des Bewohners orientiert.

„Ja ich versuch ah mein Bewohner merk ich immer an, ob's ihm gut tut oder unterstell ich mal ob's ihm gut tut oder nicht und ich seh mir au an ob er mitmachen will oder nicht und von daher ah ja. 2 Ja oder guck ich im Zweifel immer auf'n Bewohner 00:07:31-8 Teil 2*."*

Bewohner am Lebensende zu begleiten, kann zu einer schwierigen Aufgabe werden, da Angehörige im Gegensatz zu den Mitarbeitern keine Erfahrung haben. Die Begleitung der Bewohner durch die Angehörigen wirkt sich dann nicht immer positiv aus.

„Ah ja, des isch immer schwierig, weil mer mer hat ja im Gegensatz zum Angehörigen jetzt einfach die Erfahrungen ah wie's Letztendes aussieht

häufig und da erleb ich's häufiger 00:31:24-4 Teil 2*.“*

„Ah, dass die Leute fast bis zur Selbstaufgabe dann am Bett sitzen. Und den Bewohner dann so unter Spannung halten, also unterstell ich jetzt mal ja, ah, dass für beide Seiten dann irgendwie nicht gut isch 00:32:04-1 Teil 2.“

Man benötigt die Angehörigen, aber in einem Maß, das für den Bewohner noch zuträglich ist. Dieses Gespür spricht Herr Findus den Angehörigen nicht immer zu.

„... >lacht< Neulich war ne Angehörige da, die hat, hab ich mich eben gewundert, also die Mutter lag im Sterben und die Tochter kam immer und hat Mohrenköpfe gegessen in ihrem Beisein und dann kam sie wieder raus, holt Kaffee und hat sie mir erklärt, des isch wie wenn so ah junge Mädchen sich ritzen, also ah so praktisch so ne Übersprungshandlung und sonst was, ja in der Richtung und da war klar, die war überfordert und ah klar des war für sie ein Ritual 00:34:06-1 Teil 2*“.*

Angehörige beschreibt Herr Findus im Hinblick auf das Konfliktverhalten auch wie folgt:

„Es gibt Angehörige die 2 ah suchen irgendwie die Nadel im Heuhaufen, ja, aber ansonsten ah 2 Sie haben keinen Angehörigen es zu verbiete sich rauszuhalten, die haben des Recht ihre Meinung zu äußern und da zu sein und auch Kritik zu äußern, also von daher hab ich jetzt damit keine grundsätzliche Probleme >lacht< 00:09:08-4 Teil 2.“

Wirkt sich der Wunsch des Angehörigen positiv auf den Bewohner aus, so kann dies durchaus die Voraussetzung dafür sein, dass auch mal die Abläufe verändert werden können.

„Ich hab's jetzt konkret gestern erlebt, da kam ne Angehörige, natürlich hat die mir den ganzen Nachmittagsverlauf durcheinander gebracht und für die Frau (Bewohnerin) gab's dann halt zur Unzeit Abendessen und so weiter aber des macht uns jetzt kein Problem, weil die war für ihre Mutter und Schwiegermutter da und ah dann läuft's halt mal anders als wie geplant. 00:09:18-4 Teil 2*.“*

Angehörige im Wohnbereich für Menschen mit Demenz

Herr Findus hat nach sehr langer Berufstätigkeit nun in einen segregativen Versorgungsbereich für Menschen mit Demenz gewechselt. Er skizziert einige Besonderheiten, die er speziell bei den Angehörigen in dieser Wohngruppe wahrnimmt. Je mehr die Demenz fortgeschritten ist, als umso so hilfreicher erlebt er die Angehörigen. Herr Findus unterscheidet zwischen „hilfreich sein" und „ersichtlich nötig sein".

> *„Ja, die sind dort, ah da vielleicht etwas ersichtlicher nötig aber auch ah bei den orientierten Bewohnern ah ja sind sie hilfreich* 00:03:45-7 Teil 1."

Im allgemeinen Wohnbereich betrachtet er die Angehörigen als „hilfreich", im Demenzbereich aber als „nötig".

> *„... weil 2 in diesem Dementenbereich in dem ich augenblicklich arbeite, isch es ohnehin relativ schwierig en Zugang zum Bewohner zu schaffen, der mir des ganze bissel leichter macht und auch dem Bewohner schlussendlich gerecht wird, ah und des isch ohne dass ich ja mit Angehörigen kommunizier eigentlich nicht denkbar. Oder, es wäre möglich aber es geht einfach zu viel oder ginge so viel verloren* 00:03:30-5 Teil 1*".*

Der gegenseitige Informationsaustausch ist für Mitarbeiter und Angehörige bedeutsam. Ist der Bewohner gesundheitlich instabil, ist es umso mehr nötig, Informationen von dem Angehörigen zu bekommen.

> *„Der kontinuierliche Informationsfluss weil ich mein die Befindlichkeit vom Bewohner und sein Statuswert verändert sich relativ häufig und klar, da gibt's dann Nachfragen warum schläft er jetzt oder. Nee was war und auch ja, dann so e Geschichte wie läuft ja vieles übers Esse hier, Kleider laufen häufig über Angehörige ah ja. Also einfach die standardmäßige Information ah die mer fortlaufend eben an Angehörige geben muss* 00:05:09-2 Teil 1.*"*

Persönliche Beziehungen der Mitarbeiter haben eine therapeutische Funktion und schaffen Zugänge zum Bewohner. Diese Zugänge zum Bewohner können aber auch vom Angehörigen als Konkurrenz erlebt und dadurch konfliktträchtig werden.

„Ah ich hab's jetzt schon erlebt, dass Mitarbeiter auch ne persönliche Beziehung zu Bewohner aufbauen muss, denn eventuell schwierig wird und wo damit so ne Konkurrenzsituation entstanden isch. Also ich persönlich behaupt ich mal vermag da zu differenzieren und bin bislang noch nie in so'ner Situation gewesen, also, 2 ja grundsätzlich denkbar halt ich's schon aber ich selber hab's so noch nicht erlebt 00:08:20-9 Teil 2*."*

Die baulichen Gegebenheiten lassen es zu, dass für den Bewohner und den Angehörigen sowohl Privatheit als auch Gemeinsamkeit in der Wohngruppe möglich sind. Im Wohnbereich wird für Angehörige auch Kaffee angeboten, den sie zusammen mit den Bewohnern einnehmen können. Herrn Findus' Meinung nach führt dies auch eher zu einer Beteiligung und Mitwirkung der Angehörigen.

„... während in dem Demenzbereich jetzt soweit ich des mitkriegt hab, die Angehörigen doch anders eingebunden sind, und da vielleicht auch des ja, des eine oder andere Mal dann bereit sind, irgendwie was mit zu erledigen 00:30:31-2 Teil 2*."*

Diese Form von Teilhabe wirke Wunder.

„Also des isch ja hier so aufgemacht mit diesen Aufenthaltsräumen oder Teeküchen, dass entweder so ja relativ au a Öffentlichkeit, ne Möglichkeit der Teilnahme besteht als auch die Möglichkeit besteht, sich mi'm Bewohner auf's Zimmer zurück zu ziehe, ah ja also ich, regelmäßig mach ich so Leuten eben Kaffee anzubieten oder ah wenn sie sich dazugesetzt haben ja, dass die net daneben sitzen und jetzt nur gucken, kriegt der Bewohner gut zu essen, sondern dass sie da auch selber teilhaben können und wie gesagt hier ist ne Tasse Kaffee, die die wirkt dann manchmal Wunder ja. Da sitzt mer mitte drin 00:26:24-7 Teil 2".

In dem Validierungsgespräch führt er ergänzend auf, dass Angehörige sich in der Wohngruppe wohlfühlen sollen.

Die Sorge der Angehörigen um die Ernährung

Die Ernährungssituation hat eine hohe Bedeutung im Altenpflegeheim. Sie ist Teil der Lebensqualität des Bewohners (Biografieorientierung), Ausdruck von

Sorge bei den Angehörigen und Bestandteil einer ausgeprägten normativen Überwachung durch den Medizinischen Dienst der Pflegekassen.

> *„Also geht's zunächst mal um ah wird überhaupt ausreichend gegessen, also oder anders rum, ich erfahr eventuell was er lieber isst oder was oder warum er was nicht mag. Des isch die eine Geschichte und die andere Geschichte isch einfach ja ah, es isch auch, also die ganze Mahlzeitengeschichte isch auch ne Möglichkeit Angehörige sinnvoll einzubinden ja. Da mit am Tisch zu sitze, gegebenenfalls denen auch noch was hinzustellen und ah dann ja halt ah fühlen die sich hier wohl und schlussendlich auch sinnvoll beschäftigt ah* 00:06:31-7 Teil 2.“
>
> *„Essen reichen, ja des isch, ich mein des war des was ich eigentlich gsagt hab, ja, das des einfach eine Möglichkeit isch die relativ, die sich einfach anbietet, ah und wo mer au ne Zufriedenheit herstelle kann* 00:06:01-8 Teil 2*.“*
>
> *I.G.: Für wen?*
>
> *„Für eigentlich alle. Dann, also ich unterstell mal dem Bewohner geht's dabei auch gut >lacht< ah ja gut ja für alle* 00:06:10-6 Teil 2.“

Die Einbindung der Angehörigen bei der Speisenversorgung führt zu einer sinnvollen Beschäftigung der Angehörigen, die allen guttut. Herr Findus erklärt in der Validierung des Strukturbildes, dass Angehörige sich oft hilflos fühlen bei den Besuchen. Gegen diese Hilflosigkeit ist die Einbeziehung der Angehörigen bei den Mahlzeiten eine sinnvolle Beschäftigung.

Gespräche führen mit Angehörigen

Für Herrn Findus haben Kontakte, Angehörigengespräche und Informationsaustausch immer auch gleichzeitig repräsentativen Charakter. Angehörige haben Gesprächsbedarf, benötigen Informationen und geben umgekehrt den Mitarbeitern wichtige Informationen. Daher verfolgt Herrn Findus auch das Ziel, Informationen über die Bewohner zu gewinnen, die für die Arbeit bedeutsam sind.

> *„Dass ich denen erst mal en offenes Ohr schenk, also einfach mal des zuhöre, aber auch ne entsprechende Informationsweitergabe, klar*

schlussendlich repräsentiert man natürlich auch die Einrichtung ah beim ganzen 2 ja und dann eben auch wirklich im Interesse vom Bewohner tätig sein und ebe auch erfrage, dort wo er es selber nicht mehr leiste kann und mir Informationen ranzukriegen 2 ja ich glaub des isch es 00:04:30-1 Teil 1.*"*

Neben den sozialen Faktoren in der Begegnung mit Angehörigen wie Freundlichkeit und Höflichkeit ist es für ihn auch wichtig, dass sich in den Angehörigengesprächen auch die Fachlichkeit der Mitarbeiter zeigt. Angehörige müssen nicht als „natürliche Feinde der Pflege" betrachtet werden. Dies würde er einem neuen Kollegen auch mit auf den Weg geben.

„Ah, dass er vor allem fachlich richtig antworte muss, ja also jetzt nicht irgend nach eigenem Gutdünken irgendwelche Diagnose oder sonstige Vermutungen anstelle, sondern wirklich ah das rüberbringen wo er sich sicher isch. Ah ansonsten grundsätzlich natürlich so was wie Freundlichkeit, Höflichkeit, Offenheit ah einfach zuhören, und jetzt der der Angehörige nicht als natürliche Feinde der Pflege <lacht< zu betrachten 00:07:21-8 Teil 1."

Im Rahmen eines Bezugspflegesystems gibt es feste Zuständigkeiten, die auch die Kommunikation mit den Angehörigen einschließt. Die Gespräche mit den Angehörigen sind auch gleichzusetzen mit den Aufgaben in der Leitungsverantwortung (Repräsentationspflichten siehe 00.04.30)*.*

„... aber im Regelfall war des bislang so und ah ja auf diesem ah letzten Bereich war ich als Leitung schlussendlich über für sämtliche Angehörigengespräche zuständig 00:02:24-3 Teil 1.*"*

Pflegeheime sind inzwischen zum medialen Gegenstand geworden. Kontakt mit Angehörigen bedeutet Öffentlichkeit und auch Kontrolle. Daher bündelt sich auch die Zuständigkeit und Letztverantwortung für sämtliche Angehörigengespräche in der Leitungsaufgabe. Die Erwartungen der Ange-hörigen an die Mitarbeiter wie z. B. an deren Gesprächsbereitsbereitschaft sind berechtigt. Zugleich sind die Mitarbeiter verpflichtet, regelmäßig über Statusveränderungen des Bewohners zu berichten und fachliche Informationen weiterzuleiten. Zeigt man dem Angehörigen ein offenes Ohr, kann man ihn auch als Informationsgeber gewinnen. Es entsteht ein positiver Austauschprozess.

Die Betreuerfunktion als eine Vergleichsmatrix zu den Angehörigen

Herr Findus schaut auf die beruflich bestellten Betreuer und vergleicht diese mit den Angehörigen. Betreuer und Angehörige sind in ihrer Funktion nicht gleich zu sehen.

> *„... wir haben ja auch viele Bewohner, die nur über Betreuer versorgt werden. Da merkt merkt man dann schon auch es isch en distanzierteres Verhältnis, ja ... professioneller und schlussendlich halt einfach auch ein unpersönlicherer Umgang mit dem der gepflegt wird* 00:18:38-8 Teil 2*.“*

Ein für ihn zentrales Unterscheidungsmerkmal ist die Zeit, die zur Verfügung steht. Bei den Berufsbetreuern ist diese begrenzt, da die Anzahl der betreuten Personen mit der Arbeitszeit des Betreuers korrespondiert.

> *„Nee, also Betreuer sind, ja die die ham, hab ich immer so's Gefühl, die haben auch wieder die Minuten im Kopf und ah des isch dann im Prinzip des schiere Gegenteil von dem was'n Angehöriger ausmacht* 00:18:57-1 Teil 2*.“*

Angehörige können auch als Betreuer bestellt werden und vertreten dann den Bewohner mit den entsprechenden Vollmachten. Sie sind dann wie ein eigenständiger und selbstbestimmter Bewohner zu sehen. Solche Angehörigen unterscheiden sich von den anderen, da sie weiterreichende Rechte haben und damit aus Herrn Findus' Perspektive die Gestaltungsspielräume der Pflegenden einschränken.

> *„Es isch immer schwierig wenn's um medizinische Sachverhalte geht, und da kommt natürlich noch der Arzt mit ins Boot und ansonsten ich mein so lang Angehörige grundsätzliche Vollmacht oder General-vollmachten haben, ah gehen ihre Rechte natürlich sehr sehr weit. So ganz konkret haben wir die Frage oder die Konstellation noch nicht überlegt, aber wenn jemand über Gesundheitsfürsorge als Vollmacht verfügt, dann ah wird's für die Pflege sicher relativ eng ja objektiv wird immer noch ein bestimmter Freiraum sein oder Gestaltungsraum aber ah der isch relativ bescheiden* 00:10:09-5 Teil 2.“

Der Angehörige, der gleichzeitig Betreuer im juristischen Sinne ist, begrenzt nach Herrn Findus' Auffassung die Handlungsspielräume der Pflegekräfte.

Dass sie das Personal auch entlasten können, indem sie sich an Entscheidungen beteiligen, äußert er nicht. Im weiteren Gesprächsverlauf beschreibt er das Risiko, in die Enge getrieben zu werden. Gleichzeitig nimmt sich Herrn Findus hier wieder aus der Verantwortung, indem er sich auf seine „nur“ ausführende Rolle bei der medizinischen Behandlung beruft. Seiner Meinung nach ist diese Form der Mitwirkung von Angehörigen mit einer Vorsorgevollmacht für Gesundheitsfragen noch nicht zu Ende gedacht und eher konflikthaft. Damit wird eine eher paternalistische Sichtweise auf den Bewohner deutlich.

12.6.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Herrn Findus

Tabellarische Darstellung der Konzepte entsprechend den inhaltlichen Themenbereiche

Themen-bereiche	**Konzepte**	**Anzahl**
Angehörigen-kontakte	1. Die Bedeutung der Angehörigenarbeit ist gestiegen. 2. Ohne soziales Umfeld geht es nicht mehr. 3. Bedeutung der Angehörigenkontakte hat sich verändert in den letzten 20 Jahren. 4. Nicht mehr als „Störenfriede“ und lästige Fragesteller sehen. 5. Angehörigenkontakt ist gleichzusetzen mit die Einrichtung repräsentieren. 6. Je mehr Angehörigenkontakt; desto mehr geschieht ein Austausch mit Angehörigen. 7. Informationen von Angehörigen sind abhängig davon, ob man ein offenes Ohr für Angehörige hat. 8. Angehörigen–Mitarbeiterkontakt ist gegenseitig abhängig von persönlichen Präferenzen. Dies wird von beiden ausgelotet. 9. Humorvoll sein statt Defizite benennen, führt dazu, den Angehörigen hereinzuholen.	**9 Konzepte**
Besuchs-häufigkeit	10. Je mehr Besuche von Angehörigen, desto mehr können sie den Vorteil der Heimversorgung erkennen. 11. Je mehr Besuche von Angehörigen, desto mehr kann man sich fachlich austauschen und Erwartungen klären.	**7 Konzepte**

	12. Besuche von Angehörigen weisen darauf hin, dass die Versorgung akzeptiert wird. 13. Ideale Angehörige kommen regelmäßig. 14. Ideale Angehörige sind Partner für Kommunikation und bieten Hilfeleistung. 15: Ideale Angehörige sehen meine Arbeit und warten *(bis ich damit fertig bin).* 16. Die Priorität heißt: 1. Bewohner, 2. Angehörige.	
Mitwirkung	17. Die Mitarbeit von Angehörigen in der Pflege habe ich nicht erlebt. 18. Es gibt Angehörige mit Vorerfahrung in der Pflege. 19. Bittet ein Mitarbeiter um Hilfe, führt dies zur Mitwirkung. 20. Den Angehörigen Wege aufzeigen (wo anpacken), ist eine Voraussetzung für ihre Mitwirkung. 21. Mein Gefühl, dass es der Angehörige gut meint, ist Voraussetzung, dass ich die Mitwirkung zulassen kann. 22. Angehörigen sind gleichzusetzen mit dem positiven Gestalten des Lebensraumes. 23. Angehörige können mitwirken, müssen es aber nicht. Dies ist nicht gleichzusetzen mit einer Entlastung der Mitarbeiter. 24. Die Heimaufnahme ist gleichzusetzen mit der höchsten Bereitschaft zur Mitwirkung. 25. Prognose für die Zukunft: Pflege ist Teil der Versorgung. Es zeigt sich darin, dass es ergänzende Leistungen von Angehörigen gibt.	**9 Konzepte**
Ernährung	26. Angehörige sorgen sich wegen der Ernährung. 27. Essen reichen durch Angehörige bedeutet, dass es dem Bewohner und dem Angehörigen gutgeht. 28. Einbindung von Angehörigen beim Essen führt zu einer sinnvollen Beschäftigung des Angehörigen. 29. Angehörige zeigen Hilflosigkeit. 30. Einbindung von Angehörigen beim Essen führt dazu, dass sich Angehörige wohlfühlen.	**5 Konzepte**
Demenz	31. Je ausgeprägter die Demenz ist, desto mehr sind Angehörige hilfreich. 32. Informationen und Zugänge zum Bewohner führen zum Konflikt, wenn es eine Konkurrenz durch persönliche Beziehung gibt. 33. Je mehr der Bewohner gesundheitlich instabil ist, desto mehr Informationen von Angehörigen sind nötig.	**5 Konzepte**

	34. Ein Kaffee für Angehörigen in der Wohn-gruppe führt zu Teilhabe der Angehörigen (wirkt Wunder). 35. Angehörige sollen sich wohlfühlen.	
Schuld	36. Konfliktverhalten ist gegenseitig abhängig von dem Sich-schuldig-Fühlen der Angehörigen. 37. Konfliktverhalten der Angehörigen führt zur Suche nach Auslösern für Kritik. 38. Schlechtes Gewissen macht Konflikte/Probleme mit der Kommunikation. 39. Schlechtes Gewissen vermindert Besuchshäufigkeit. 40. Verminderte Besuchshäufigkeit weist auf Entfremdung innerhalb der Familie hin. 41. Kommunikation im Konflikt hat zum Ziel, die Sichtweise der Angehörigen stehen zu lassen.	
Konflikte	42. Angehörige erleben keine Zufriedenheit und das ist gegenseitig abhängig vom „zum Kritiker werden“. 43. Erwartungen der Angehörigen sind gegenseitig abhängig vom Wissen um Leistungen im Heim. 44. Begrenzte Mittel führen dazu, dass Angehörige merken, es läuft suboptimal. 45. Angehörige melden Verbesserungen und das bezieht sich auf die Kleidung und Wäsche des Bewohners. 46. Forderungen von Angehörigen weisen darauf hin, dass sie austesten, wie weit sie gehen können. 47. Angehörige wollen immer sofort Antworten und das ist gegenseitig abhängig von der Tagesform. 48. Situationen mit Angehörigen führen zu Belastungen von Mitarbeitern. 49. Angehörige suchen Nadel im Heuhaufen. 50. Angehörige kontrollieren Essen, Kleider, ob Haare des Bewohners gewaschen sind. 51. Ein positiver Wunsch des Angehörigen ist Voraussetzung dafür, dass Angehörige die Abläufe stören dürfen. 52. Angehörige zum Wohle aller integrieren bedeutet alle in der WG integrieren. 53. Angehörige sehen nur ihre Angehörigen. Das gibt Konflikte, da Mitarbeiter alle Bewohner sehen. 54. Mischen sich Angehörige in die Versorgung Dritter ein, gibt es Konflikte, da sie dazu kein Recht haben.	**15 Konzepte**

	55. Auch bei sterbenden Bewohnern gibt es Konflikte, da die Mitarbeiter im Gegensatz zu den Angehörigen Erfahrung besitzen. 56. Angehörige sind bei sterbenden Bewohnern überfordert.	
Gespräche	57. Angehörigen ein offenes Ohr schenken. 58. Gespräche mit Angehörigen haben zum Ziel, sichere Informationen zu geben und Fachlichkeit zu zeigen. 59. Leitungsverantwortlichkeit ist gleichzu-setzen mit Letztverantwortung für die Angehörigengespräche.	**3 Konzepte**
Betreuer	60. Betreuer und Angehörige sind nicht gleich (Betreuer sind zeitorientiert). 61. Angehörige mit einer Vollmacht sind gleich wie Bewohner (eigenständiger). 62. Vollmacht der Angehörigen ist Voraussetzung für weitreichende Rechte. 63. Weitreichende Rechte der Angehörigen führen dazu, dass die Pflege geringere Gestaltungsspielräume hat.	**4 Konzepte**
Sonstiges	64. Angehöriger als Kunde weist auf ein verändertes Rollensverständnis hin.	
9 Themenbereiche		**64 Konzepte**

12.6.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien

12.6.5.1 Darstellung in Tabellenform

Konzepte der Subjektiven Theorie	**Interpretative Zusammenfassung**	**Kategorien** Transformation der Konzepte in eine weitere Abstaktions-einheit
4. Nicht mehr als „Störenfriede“ und lästige Fragesteller sehen. 6. Je mehr Angehörigenkontakt,desto mehr geschieht ein Austausch mit Angehörigen. 7. Informationen von Angehörigen sind abhängig davon, ob man ein offenes Ohr für Angehörige hat. 8. Angehörigen–Mitarbeiterkontakt ist gegenseitig abhängig von persönlichen Präferenzen. Dies wird von beiden ausgelotet. 9. Humorvoll sein statt Defizite benennen, führt dazu, den Angehörigen hereinzuholen. 10. Je mehr Besuche von Angehörigen, desto mehr können sie den Vorteil der Heimversorgung erkennen. 11. Je mehr Besuche von Angehörigen, desto mehr kann man sich fachlich austauschen und Erwartungen klären. 12. Besuche von Angehörigen weisen darauf hin, dass die Versorgung akzeptiert wird. 13. Ideale Angehörige kommen regelmäßig. 14. Ideale Angehörige sind Partner für Kommunikation und bieten Hilfeleistung. 15. Ideale Angehörige sehen meine Arbeit und warten bis ich damit fertig bin. 19. Bittet ein Mitarbeiter um Hilfe, führt dies zur Mitwirkung. 21. Mein Gefühl, dass es der Angehörige gut meint, ist Voraussetzung, dass ich die Mitwirkung zulassen kann.	Mitarbeiter–Angehörigen-kontakte werden als Beziehung betrachtet. Angehörige haben Bedürfnisse und Wüsche, die sie selbst und den Bewohner betreffen können. Unter bestimmten Voraus-setzungen können Angehörige auch zu Partnern werden. Adaption als Prozess (Sozialisationsprozess). Es findet Lernen und damit Anpassung statt. Angehörige sind eine Gruppe, die strukturell bedingt unzufrieden ist.	**Beziehung als Prozess**

23. Angehörige können mitwirken, müssen es aber nicht. Dies ist nicht gleichzusetzen mit einer Entlastung der Mitarbeiter. 24. Die Heimaufnahme ist gleichzusetzen mit der höchsten Bereitschaft zur Mitwirkung. 30. Die Einbindung von Angehörigen beim Essen führt dazu, dass sich Angehörige wohlfühlen. 32. Informationen und Zugänge zum Bewohner führen zum Konflikt, wenn es eine Konkurrenz durch persönliche Beziehung gibt. 35. Angehörige sollen sich wohlfühlen. 39. Schlechtes Gewissen vermindert Besuchshäufigkeit. 41. Kommunikation im Konflikt hat zum Ziel, die Sichtweise der Angehörigen stehen zu lassen. 42. Angehörige erleben keine Zufriedenheit und das ist gegenseitig abhängig vom „zum Kritiker werden“. 47. Angehörige wollen immer sofort Antworten und das ist gegenseitig abhängig von der Tagesform. 51. Ein positiver Wunsch des Angehörigen ist Voraussetzung dafür, dass Angehörige die Abläufe stören dürfen. 57. Angehörigen ein offenes Ohr schenken. 58. Gespräche mit Angehörigen haben zum Ziel, sichere Informationen zu geben und Fachlichkeit zu zeigen.		
20. Den Angehörigen Wege aufzeigen (wo anpacken), ist eine Voraussetzung für ihre Mitwirkung. 26. Angehörige sorgen sich wegen der Ernährung. 27. Essen reichen durch Angehörige bedeutet, dass es dem Bewohner und dem Angehörigen gutgeht. 28. Die Einbindung von Angehörigen beim Essen führt	Angehörige sind eine vulnerable Personengruppe. Sie sorgen sich, benötigen eine sinnvolle Beschäftig-ung, haben Schuldgefühle und können sich hilflos fühlen. Die Kommunikation mit ihnen ist erschwert und sie befinden sich in einer Umgebung, die sie als „suboptimal“ erleben.	**Vulnerabilität der Angehörigen**

zu einer sinnvollen Beschäftigung des Angehörigen. 29. Angehörige zeigen Hilflosigkeit. 31. Je ausgeprägter die Demenz ist, desto mehr sind Angehörige hilfreich. 33. Je mehr der Bewohner gesundheitlich instabil ist, desto mehr Informationen von Angehörigen sind nötig. 36. Konfliktverhalten ist gegenseitig abhängig von dem Sich-schuldig-Fühlen der Angehörigen. 37. Konfliktverhalten der Angehörigen führt zur Suche nach Auslösern für Kritik. 38. Schlechtes Gewissen macht Konflikte/Probleme mit der Kommunikation. 40. Verminderte Besuchshäufigkeit weist auf Entfremdung innerhalb der Familie hin. 44. Begrenzte Mittel führen dazu, das Angehörige merken, es läuft suboptimal.	Daraus resultiert auch ihr Konfliktverhalten.	
17. Die Mitarbeit von Angehörigen in der Pflege habe ich nicht erlebt. 18. Es gibt Angehörige mit Vorerfahrung in der Pflege. 22. Angehörige sind gleichzusetzen mit dem positiven Gestalten des Lebensraumes. 53. Angehörige sehen nur ihre Angehörigen. Das gibt Konflikte, da Mitarbeiter alle Bewohner sehen. 54. Mischen sich Angehörige in die Versorgung Dritter ein, gibt es Konflikte, da sie dazu kein Recht haben. 55. Auch bei sterbenden Bewohnern gibt es Konflikte, da die Mitarbeiter im Gegensatz zu den Angehörigen Erfahrung besitzen. 56. Angehörige sind bei sterbenden Bewohnern überfordert.	Angehörige sind Laien. Sie sind insbesondere bei der Sterbebegleitung überfordert. Durch weitreichende Rechte als Betreuer können Angehörige in eine ganz andere Position gegenüber den Mitarbeitern kommen. Diese auch rechtlich stärkere Position wird als einschränkend empfunden.	**Differenzierungen** Laien – Experten Angehörige mit und ohne Vollmachten (als Betreuer)

60. Betreuer und Angehörige sind nicht gleich (Betreuer sind zeitorientiert). 61. Angehörige mit einer Vollmacht sind gleich wie Bewohner (eigenständiger). 62. Vollmacht der Angehörigen ist Voraussetzung für weitreichende Rechte. 63. Weitreichende Rechte der Angehörigen führen dazu, dass die Pflege geringere Gestaltungsspielräume hat. 64. Angehöriger als Kunde weist auf ein verändertes Rollensverständnis hin.	Angehörige und Betreuer mit einer Vollmacht schränken den Handlungsspielraum der Mitarbeiter ein (juristische Kategorie). Man kann sie nicht besser einbinden (= Adaptionsvorbehalt)	
1. Die Bedeutung der Angehörigenarbeit ist gestiegen. 2. Ohne soziales Umfeld geht es nicht mehr. 3. Bedeutung der Angehörigen-kontakte hat sich verändert in den letzten 20 Jahren. 5. Angehörigenkontakt ist gleichzusetzen mit die Einrichtung repräsentieren. 16. Die Priorität heißt: 1. Bewohner, 2. Angehörige. 25. Prognose für die Zukunft: Pflege ist Teil der Versorgung und das zeigt sich darin, dass es ergänzende Leistungen durch Angehörige gibt. 34. Ein Kaffee für Angehörige in der Wohngruppe führt zu Teilhabe der Angehörigen (wirkt Wunder). 43. Erwartungen der Angehörigen sind gegenseitig abhängig vom Wissen um Leistungen im Heim. 45. Angehörige melden Verbesserungen und das bezieht sich auf die Kleidung und Wäsche des Bewohners. 46. Forderungen von Angehörigen weisen darauf hin, dass sie austesten, wie weit sie gehen können. 48. Situationen mit Angehörigen führen zu Belastungen von? Mitarbeitern. 49. Angehörige suchen die Nadel im Heuhaufen.	Angehörige werden als hoch bedeutsam für den Bewohner und die gesamte Versorgungssituation angesehen. Gleichzeitig produzieren sie Ärger. Es ist vorstellbar, sie in der Wohnküche zu integrieren und mit Kaffee zu verwöhnen. Angehörigengespräche werden an die Leitungsebene delegiert.	**Dissonante Beziehung** Haßliebe

50. Angehörige kontrollieren Essen, Kleider, und ob die Haare des Bewohner gewaschen sind. 52. Angehörige zum Wohle aller integrieren bedeutet alle in der WG integrieren 59. Leitungsverantwortlichkeit ist gleichzusetzen mit Letztverant-wortung für die Angehörigen-gespräche.		

12.6.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Herrn Findus

Folgende Leitideen von Herrn Findus lassen sich zusammenfassend darstellen. Sie stellen einen Bestimmungsversuch seiner Subjektiven Theorie dar.

Kategorie Beziehung als Prozess

Die Mitarbeiter-Angehörigenkontakte werden als Beziehung gewertet, die sich mit der Zeit verändern kann. Angehörige bilden eigentlich eine Gruppe, die strukturell bedingt eher unzufrieden ist. Sie haben meist viele Bedürfnisse und Wünsche, die sie selbst und den jeweiligen Bewohner betreffen können. Eingebettet in den hektischen Arbeitsalltag laufen sie Gefahr, als eine strukturelle Problemgruppe gesehen zu werden.

Dennoch können die sozialen Beziehungen unter bestimmten Voraus-setzungen wie ein wechselseitiger Austausch erlebt werden und Angehörige zu Partnern von Mitarbeitern werden. Diese Form des Miteinanders ist fast wie eine Adaptation der Angehörigen an den Heimalltag zu werten. Das von Herrn Findus definierte „Zusammenfinden als Prozess“ gleicht möglicherweise eher einer Adaption bzw. Sozialisation als Angehöriger im Altenpflegeheim. Angehörige können im Laufe der Zeit und vor allem durch ihre Besuchs-häufigkeiten ihre Perspektiven erweitern und Verständnis für die Situationen im Altenpflegeheim entwickeln. Sie definieren und entwickeln ihre Akzeptanz der Heimversorgung über die Kontakthäufigkeit. Es findet Lernen und damit Anpassung statt.

Vulnerabilität der Angehörigen

Das Konzept der Vulnerabilität trifft wohl am ehesten Herrn Findus' Bild der Angehörigen. Sie sind durch den Heimeinzug und Heimaufenthalt einigen externen und internen Stressfaktoren ausgesetzt. Das lässt sie zum Teil hilflos agieren, sie geraten in Konfliktsituationen, benötigen eher Informationen und Anleitung zur Aktion bei ihren Bewohnern. Ihre Sorge kommt nicht immer im angemessenen Ton und bei der entscheidenden Sache zum Ausdruck. Ihre sich darstellende Hilflosigkeit ist Auftrag an die Mitarbeiter, sich zu kümmern und sich eben auch der Angehörigen als teilweise Schutzbedürftige anzunehmen. Die Vulnerabilität kann als dynamischer Prozess verstanden werden, bei dem die Betroffenen durchaus unterschiedliche Bewältigungs-strategien zeigen können und auch ihre Resilienz als Gegenpol zum Konzept der Vulnerabilität erweitern können.

Differenzierung

Herr Findus nimmt einen differenzierten Blick auf die Angehörigen ein. Manche Angehörige haben Vorerfahrung in der pflegerischen Versorgung und bringen sich für den Bewohner wohltuend ein, manche haben wenig Erfahrung und sind schnell überfordert. Gleichzeitig nehmen Angehörige eine Partialperspektive ein, die sich von der Perspektive der Mitarbeiter, die für den gesamten Wohnbereich zuständig sind, unterscheidet.

Insbesondere in der Sterbebegleitung lässt sich dies seiner Meinung nach beobachten. Herrn Findus beschreibt die mangelnde Erfahrung von Angehörigen und bemüht die Dichotomie von Laien und Experten.

Ein weiterhin relevantes Unterscheidungsmerkmal sind die rechtlichen Befugnisse durch z. B. Betreuungsvollmachten. Angehörige können in der Funktion von rechtlichen Betreuern stehen und haben dadurch weitreichendere Befugnisse und Kompetenzen, die sie stellvertretend für den Bewohner einbringen. Sie kommen dann in eine rechtliche stärkere Position gegenüber den Mitarbeitern, die Herr Findus als eher einschränkend empfindet.

Dissonate Beziehung – Hassliebe

Herr Findus bewertet Angehörige im Sinne einer normativen Aussage als hoch bedeutsam und als mögliche Ressource für den Bewohner und für die gesamte

Versorgungssitutation im Altenpflegeheim. Da es sich, finanziell betrachtet, um ein Teilkaskosystem handelt, ist es logisch, dass durch das Mittun von Angehörigen die Versorgung der Bewohner verbessert wird. Es ist für Herrn Findus sogar vorstellbar, Angehörige in der Wohnküche zu integrieren, mit Kaffee zu verwöhnen und mit ihnen partnerschaftlich umzugehen, insbesondere bei den klassischen Transformationsprozessen in einem Altenpflegeheim: dem Heimeinzug als den Eintritt in die Organisation und beim Sterben. Die Funktion der Angehörigen ist es, Entscheider, Begleiter und Informationslieferant zu sein. Diese von Herrn Findus zugewiesene Rolle ist vergleichbar mit der eines Lotsen: Angehörige schlagen die Brücke zur Vergangenheit des Bewohners, indem sie für die biografieorientierte Arbeit Informationen zur Verfügung stellen.

Gleichzeitig produzieren sie Ärger und werden auch als eine strukturelle Problemgruppe wahrgenommen. Angehörigenkonflikte können dazu führen, dass Angehörigengespräche zur Konfliktbearbeitung an die nächste Leitungsebene delegiert werden.

Interessant ist, dass die hohe Bedeutung der Angehörigen während des Aufenthaltes nicht durchgängig aufrechterhalten wird. Zwischen dem Kommen und dem Gehen des Bewohners verändern sich ihre Funktionen. Hier sollten die Angehörigen die Zuständigkeit der Mitarbeiter respektieren: Ihre Mitwirkung ist nicht wirklich nötig und ist höchstens wie ein selektives Zulassen zu sehen. Dieser Zugang kann auch als ein Ansatz gewertet werden, das Spannungsverhältnis mit der konzeptionell wichtigen Problemgruppe zu managen. Es scheint, als gäbe es im Sinne einer kognitiven Dissonanz ein Nebeneinander von gegensätzlichen Gefühlen, Gedanken und Aussagen.

12.6.6 Zusammenfassung

Die Subjektive Theorie von Herrn Findus zeigt Widersprüchliches. Möglicherweise ist es seine indirekte Strategie und dissonanz-reduzierende Interpretation, dass man sich in einem Altenpflegeheim in einem „sub-optimalen System“ befindet und Angehörige als Teil des Systems dies auch mit verantworten.

12.7 Subjektive Theorie von Frau Gut

Motto: „Ich bringe nur was Gutes."

12.7.1 Kurzbeschreibung Frau Gut

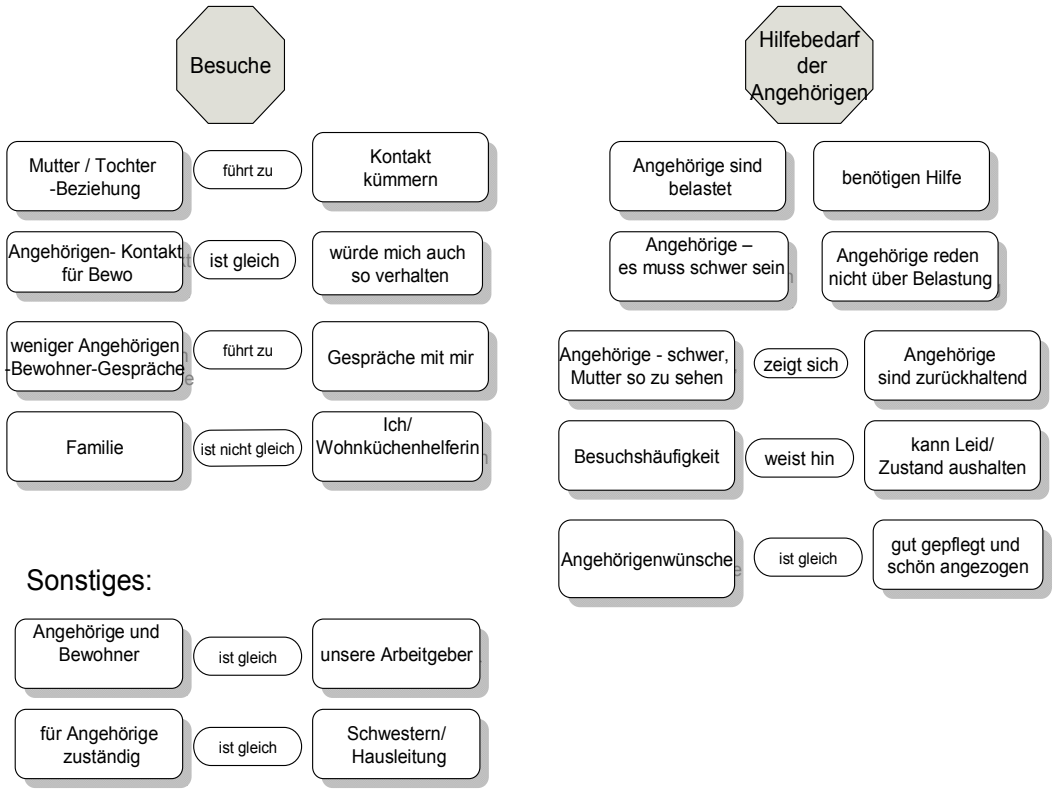
Frau Gut, 64 Jahre alt, verheiratet, ist seit dreizehn Jahren in dem Altenpflegeheim tätig, davon seit vier Jahren in dem Wohnbereich für Menschen mit Demenz. Sie ist Mutter von einem Sohn und Großmutter von zwei Enkeln, stammt aus Portugal und lebt seit 40 Jahren in Deutschland. Sie hat mit 24 Jahren ihre Heimat als Arbeitsmigrantin verlassen und bis zum Wechsel ins Altenpflegeheim in der Gastronomie gearbeitet. Sie selbst hat keine Berufsausbildung, aber langjährige Arbeitserfahrung in der Kinderbetreuung und im Zimmerservice im Hotel, später in der Hotelküche und jetzt in der Wohnküche des Altenpflegeheimes. Als Wohnküchenhilfe arbeitet sie immer in einer Frühschicht.

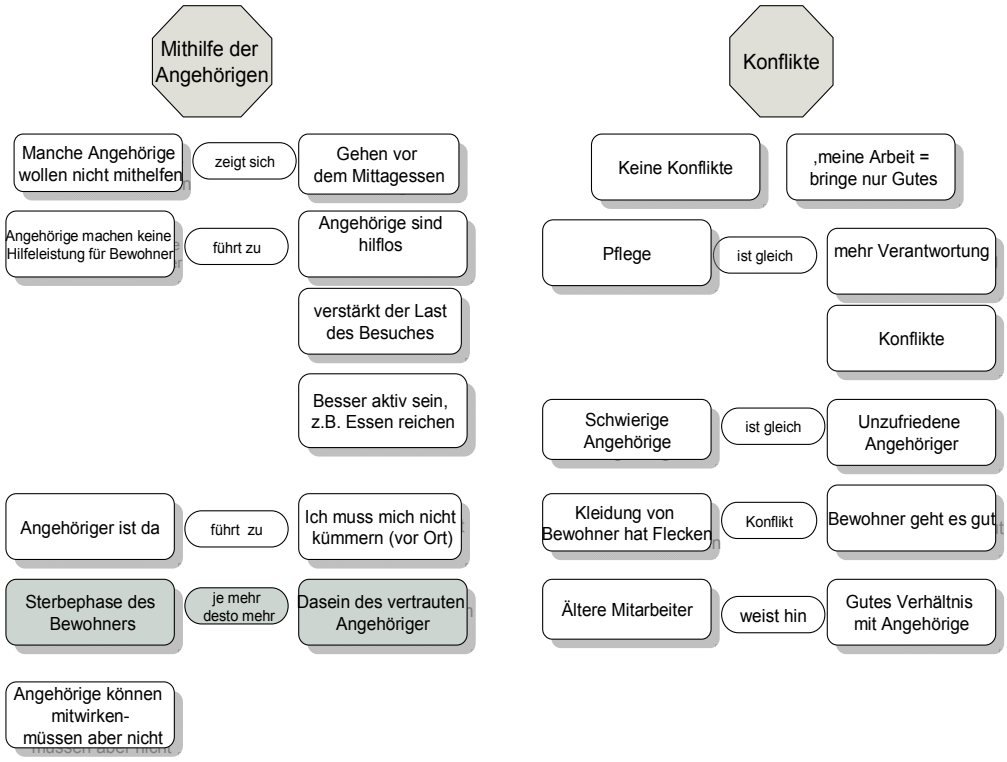
Der Alltag von Frau Gut ist bestimmt von den Küchenarbeiten und der Unterstützung der Bewohner bei den Mahlzeiten. Dabei bezieht sie die Angehörigen mit ein und findet es schön, wenn diese die Tätigkeit des Essenreichens übernehmen. Sie sieht dies nicht als selbstverständlich an und freut sich über die Arbeitserleichterung. Der Angehörige wird dann zu einem „ehrenamtlichen Mitarbeiter" und entlastet sie. Ein gutes Auskommen mit allen ist ihr wichtig. Konflikte gibt es in ihrem Bereich nicht, da sie, wie sie selbst beschreibt, eine konfliktarme Tätigkeit hat. Sie beschreibt sehr einprägsam die Arbeit in der Wohnküche mit den Bewohnern und Angehörigen mit dem Satz: „Ich bringe nur was Gutes." Außerdem ist sie eine ältere Mitarbeiterin, was sie als Vorteil im Umgang mit Angehörigen wertet. Gemeinsam bei einem festlichen Essen zusammenzusitzen – was in der Einrichtung regelmäßig mit und für die Angehörigen angeboten wird – hebt sie auch als ein besonderes Ereignis im Zusammenhang mit den Angehörigen hervor. Erkennbar ist, dass sich ihr Zugang zum Thema sehr deutlich ausschließlich über ihre eigenen Perspektiven und Wertigkeiten erschließt: Sie findet ihr eigenes Tun gut und richtig.

Die Themenbereiche im Interview lassen sich in dem Strukturlegeplan bündeln in die Themen Besuche der Angehörigen, Hilfebedarf der Angehörigen, Mithilfe

durch die Angehörigen und Konflikte. Das Interview mit Frau Gut wurde über 28 Minuten aufgezeichnet und war geprägt von einer sehr freundlichen, höflichen und offenen Art. Überpünktlich wartete sie vor der Tür zum Interviewzimmer. Aufgrund des Migrationshintergrundes und der verbalen Fähigkeiten, des Sprechtempos und der Laut-Leise-Satzbetonungen war das Interview sprachlich sehr herausfordernd. Sie bat mich, die Angaben im Kurzfragebogen selber zu notieren und hat anschließend unterschrieben. Den erklärenden Text für den Strukturlegeplan konnte sie in Teilen nachvollziehen, nachdem er ihr mündlich anhand ihres eigenen Strukturlegeplans erklärt wurde.

12.7.2 Strukturlegeplan





12.7.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans

Besuche

Angehörige bringt Frau Gut mit Besuchen in Verbindung. Diese werden meist nachmittags gemacht und sind willkommen. In ihrer Schilderung sind die Angehörigen meist Töchter oder Schwiegertöchter. Diese Mutter-Tochter-Beziehung führt ihrer Meinung „fast automatisch“ dazu, dass man Kontakt hat und sich kümmert.

> *„Ich, ich weiß net, find des schon mal wie sie schön um die Mutter kümmern. Sie weiß, die Mutter kann nicht richtig essen oder manchmal Schwiegertochter mache des auch, und ich find des schön irgendwie* 00:03:01-6*.“*

Gleichwohl ist der Angehörigen-Bewohner-Kontakt durch die Situation der Pflegebedürftigkeit auch belastet. Sie kann dies sehr gut nachvollziehen und würde sich in puncto Besuchshäufigkeit auch so verhalten wie manche Angehörige.

„Weil ich denke, wenn ich meine Mutter so sehe, ich wär bestimmt auch net jeden Tag komme. Weil manchmal tut's schon weh. Jawohl tut's schon e bissle weh. So zu die Leut, blicke nicht mehr mit dem Essen, mit Trinken, ah is schon, schon 00:02:12-6*.“*

IG: Das möchte man sich dann als Angehöriger am liebsten gar nicht mehr antun 00:02:17-5*.*

„ Ja, es isch meine Meinung. Is meine Meinung 00:02.23-1*.“*

Da die Bewohner und die Angehörigen oftmals nicht mehr so aktiv Gespräche führen können, kann es sein, dass die Gespräche sich auf sie verlagern werden.

„Ja. Oder mir rede drüber, da mit ihr gesprochen, sag mer, heut gibt's Sache wo ich nie mehr vergess. Meine Mutter war, ich hab gsagt, ja war schön, schöne Zeit und auch schwere Zeit. Hab ich gsagt des des, hab gsagt, des ischs 00:27:31-6*.“*

IG: Reden denn die Angehörigen dann auch gerne mit Ihnen, wenn die Mutter nimmer so gesprächig ist?

„Ja, das ja. Des kann mer nit änderen, des isch halt so. Na klar 00:27:40-8*.“*

Hilfebedarf der Angehörigen

Angehörige sind in Frau Guts Augen eher belastete Personen und benötigen Hilfe. Sie sind sogar so belastet, dass sie kaum über ihre Sorgen reden können und eher zurückhaltend sind. Das drückt sich dann auch in der Besuchshäufigkeit aus.

„Sind da, also nit nit viel aber ab und zu komme immer ein oder andre. Meistens sind's sehr nett und sehr lieb. Andre sind schon bissele zurückhalte. Ich denke manchmal, manche fällt's schwer die Mutter oder Vater so zu sehen. Ist, es isch meine Meinung 00:01:57-1*.“*

„Ich finde gibt's Bewohner, wo man daheim nimmer haben kann. Isch fast unmöglich. Mein vielleicht eine gewisse Zeit, aber nachher, manchmal, wenn man die Tochter sieht, fast so fertig >lacht< wie die Mutter. Manchmal sitzt se, da guck egal, die braucht schon fast Hilfe, weil wahrscheinlich so lang gepflegt hat, bis nimmer kann und war vielleicht zu viel, isch meine Gefühl dazu 00:13:58-0*“.*

Frau Gut bezweifelt, ob mangelnde Zeit wirklich immer der Grund dafür ist, dass manche Angehörige nur selten zu Besuch kommen. Vielleicht kann der Angehörige den Zustand des Bewohners nicht gut aushalten.

> *„Kommen au meist komme nur Vormittag und wenn Mittagesse komme, geht nach Hause, ich hab keine Zeit. Ja gut, muss mer au verstehn. Vielleicht will au nit, des is vielleicht für dem schlimm, die Esserei der Mutter, vielleicht der Oma, ich weiß es nicht, vielleicht? Also mir wär es schwer, meine Mutter so zu sehen* 00:08:26-2*.“*

Sie selbst kann so manche Zustände der Bewohner auch nicht gut aushalten und verweigert bei sterbenden Angehörigen sogar jeglichen Blick und Kontakt.

Mithilfe der Angehörigen

Die Mithilfe durch Angehörige in ihrem Bereich ist sehr willkommen. Sie können mitwirken, werden dann auch freundlich aufgenommen und z. B. mit Kaffee bedient. Die Mithilfe bezieht sich auf die Präsenz vor Ort (soziale Betreuung), ein „Sich-Kümmern“ und die Mithilfe beim Trinken und Essen samt kleinen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten.

> *„Und helfe mal manchmal noch abräumen, Tisch sauber machen, manche helfe mer des auch noch, ja. Ich find des schön, so was, ja* 00:23:35-4*.“*

Allein die Präsenz des Angehörigen führt dazu, dass Frau Gut sich dann selbst nicht mehr so vor Ort zu kümmern braucht.

> *„Nur bei Mittagessen gehn sie, vor Mittagessen gehn sie nach Hause.* 00:20:16-2*“*
>
> *„ Ah jo, wenn sie net möchte, warum net. Hauptsache wenn sie auf die Mutter aufpasse, hab ich schon mehr Zeit für die andere auch. Sie nehme Mutter in Zimmer oder gehn in Garten, sag mer um den brauch mer nimmer kümmern ...* 00:20:58-5*“*

Geht es Bewohnern schlecht oder befinden sie sich in der Sterbephase, sind nach Frau Guts Meinung die Pflegemitarbeiter und die vertrauten Angehörigen gefragt.

> *„Ich find es schon gut, wenn die kommen und ich nicht. Also wenn jemand sagt, die Frau Soundso liegt im Sterben, ich geh nimmer besuchen, isch fertig* 00:25:02-8*.“*

I: Sie gehn da gar nicht mehr rein 00:25:03-7*.*

„Nein, ich will die behalten wie sie früher war und ja 00:25:10-2*.“*

I: OK, und wo braucht's da die Angehörigen 00:25:17-5?

„Ich find wenn Mutter schlecht geht, find es schon schön, wenn die Tochter wo immer da war auch kommen. Finde ich und die kommt fast alle auch alle. Des isch traurig aber 00:25:32-4*.“*

Konflikte

Für Frau Gut gibt es keine Konflikte. Mit ihrer Arbeitsdefinition kann es gar keine geben. Diese lautet: Ich habe es mit dem Essen und Trinken zu tun, beachte die Wünsche und Vorlieben der Bewohner – ich bringe nur was Gutes. Konflikte, entstehen nur im Bereich der Pflege, deren Mitarbeiter ja auch weit mehr Verantwortung haben.

„Aber wie gesagt, ich bin nicht in Pflege. Und ich muss sagen, die meistes kommen Nachmittag, viele Angehörige kommen Nachmittag und ich bin nur morgens da, aber ich hab noch nie mit keine Probleme gehabt, noch nie. Weil wahrscheinlich ich bin nit in Pflege, au die Bewohner sind da noch freundlich zu mir, weil ich bringe nur was Gutes. Ich bringe zu Essen, ich bringe zu trinken und die Pfleger sind schon, muss sie waschen, manchmal lassen nit, mer schon. Gel. 00:15:21-6*“.*

Im Laufe des Interviews wiederholt sie an mehreren Stellen, dass es mit ihr und in ihrem Bereich zu keinen Konflikten komme. Eine ihrer Erklärungen ist auch, dass sie nur vormittags da ist und die größere Anzahl der Angehörigen kommt nachmittags.

„Nee, wie sagt, ich kein, noch nie Probleme gehabt, noch nie. Aber ich sag ja auch, ich hab mehr Vormittag und mehr kommt Nachmittag. Aber die Vormittag komme zur, ja super klar mit Angehörige. Ja.“ 00:28:09-5

Darüber hinaus beurteilt Frau Gut ihr Lebensalter und eine gewisse Alters-homogenität als ein Kriterium für ein gutes Verhältnis mit den Angehörigen. Ältere Mitarbeiter (eigene Anmerkung: so wie sie) haben es da leichter und haben viel eher ein gutes Verhältnis zu den Angehörigen.

„Nee, also ich find die alle nett. 3 Also ich hab keine 3 ich hab keine

schlechte Erfahrung mit de Angehörige, ich hab noch nie ghabt. Auch mit den Bewohnern, Ich komm mit allen gut klar. Wirklich, vielleicht weil ich schon älter bin, ich weiß es nicht 00:06:00-5*".*

Ein Konfliktfeld, welches sie beobachtet, ist die Sauberkeit der Kleidung der Bewohner, die den Angehörigen oft außerordentlich wichtig ist. Dies steht für sie jedoch nicht im Vordergrund, wenn es dem Bewohner gutgeht, auch wenn beispielsweise beim Essen ein Fleck auf die Bluse gekommen ist Trotz aller wohlwollenden Arbeiten beobachtet sie Konflikte mit den Angehörigen. Es gibt für sie auch „schwierige" Angehörige. Das „Abgeben-Müssen" ins Altenpflegeheim sieht sie als möglichen Grund dafür.

„Sind immer unzufrieden. Ich sag, ich denke manchmal, weil ja die Mutter muss, weil sie nimmer schaffe können, aber ich denke manchmal, mein Gott, wenn man nimmer kann, kann man kann man nicht mehr,00:17:50-5."

Sonstiges

Auf die Frage nach der Zuständigkeit für die Angehörigenarbeit erwähnt sie die direkten Verantwortlichkeiten im Wohnbereich.

„*Ich nehm an, die Schwester wo Verantwortung hat auf Station und wenn wir was frage und nit weiß muss mer die Frau ...* (Wohn bereichsleitung) *sprechen, ich weiß es net* 00:22:55-8."

Das Altenpflegeheim ist für Frau Gut ein langjähriger Arbeitgeber. Angehörige und Bewohner haben deshalb für sie eine wichtige arbeitgeberähnliche Funktion.

12.7.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Gut

Tabellarische Darstellung der Konzepte entsprechend den inhaltlichen Themenbereichen

Themenbereiche	Konzepte	Anmerkungen
Besuche	1. Mutter-Tochter-Beziehung führt zu Kontakt und Sich-Kümmern.	**4 Konzepte**

	2. Angehörigen-Bewohner-Kontakt ist so, wie ich mich auch verhalten würde. 3. Wenig Angehörigen-Bewohner-Gespräche führen zu Gesprächen mit mir. 4. Als Wohnküchenhelferin gehöre ich nicht zur Familie.	
Hilfebedarf der Angehörigen	5. Angehörige sind belastet. 6. Angehörige benötigen Hilfe. 7. Angehörig-Sein muss schwer sein. 8. Angehörige reden nicht über Belastung. 9. Die Schwere, die Mutter so zu sehen, zeigt sich, darin, dass Angehörige zurückhaltend sind. 10. Besuchshäufigkeit weist darauf hin, dass man das Leid und den Zustand aushalten kann. 11. Angehörigenwünsche sind, dass die Bewohner gut gepflegt und gut angezogen sind.	**7 Konzepte**
Mithilfe der Angehörigen	12. Angehörige, die nicht mithelfen wollen, gehen vor dem Mittagessen. 13. Bei den Angehörigen, die keine Hilfeleistungen für Bewohnern tätigen, führt es dazu, dass sie hilflos sind. 14. Keine Hilfeleistungen durch Angehörige verstärkt die Last des Besuches. 15. Es ist für Angehörige besser, aktiv zu sein und Essen zu reichen. 16. Ist ein Angehöriger da, muss ich mich nicht kümmern. 17. Je mehr der Bewohner in der Sterbephase ist, desto mehr sind vertraute Angehörige da. 18. Angehörige können mitwirken, müssen aber nicht.	**7 Konzepte**
Konflikte	19. Meine Arbeit ist ohne Konflikte. Ich bringe nur Gutes. 20. Pflege ist gleichzusetzen mit mehr Verantwortung. 21. Pflege ist gleichzusetzen mit mehr Konflikten. 22. Schwierige Angehörige sind unzufriedene Angehörige. 23. Flecken auf der Kleidung des Bewohners bewirken einen Konflikt, gleichwohl es dem Bewohner gutgeht. 24. Sind die Mitarbeiter älter, weist es darauf hin, dass sie ein gutes Verhältnis mit den Angehörigen haben.	**6 Konzepte**
Sonstiges	25. Angehörige und Bewohner sind unsere Arbeitsgeber.	**2 Konzepte**

	26. Pflegepersonal und die Hausleitung sind zuständig für die Angehörigen.	
4 Themenbereiche		**26 Konzepte**

12.7.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien

12.7.5.1 Darstellung in Tabellenform

Konzepte der Subjektiven Theorie	**Interpretative Zusammenfassung**	**Kategorien** Transformation der Konzepte in eine weitere Abstraktions-einheit
5. Angehörige sind belastet. 6. Angehörige benötigen Hilfe. 7. Angehörig-Sein muss schwer sein. 8. Angehörige reden nicht über Belastung. 9. Die Schwere, die Mutter so zu sehen, zeigt sich, darin, dass Angehörige zurückhaltend sind. 10. Besuchshäufigkeit weist darauf hin, dass man das Leid und den Zustand aushalten kann. 13. Bei den Angehörigen, die keine Hilfeleistungen für Bewohner tätigen, führt es dazu, dass sie hilflos sind. 14. Keine Hilfeleistungen durch Angehörige verstärkt die Last des Besuches.	Angehörige sind eine belastete Personen-gruppe. Sie machen Besuche und nehmen das Leid (z. B. Demenz) wahr. Dies stellt eine Belastung dar, über die sie nicht reden können. Es macht sie in der Interaktion mit dem Mit-arbeitern eher zurück-haltend. Aufgrund ihrer Belastung benötigen Angehörige Hilfe. Mithilfe beim Essen ist darüber hinaus ein Mittel gegen die Last und Hilflosigkeit der Angehörigen (Selbst-aussage?). Kommen Angehörige öfters zu Besuch, können sie die Last aushalten (Resilienz der Angehörigen).	**Belastung** Angehörige sind belastetet
4. Als Wohnküchenhelferin gehöre ich nicht zur Familie. 20. Pflege ist gleichzusetzen mit mehr Verantwortung. 21. Pflege ist gleichzusetzen mit mehr Konflikten.	Diese Form der Ab-grenzung führt dazu, dass sie sich von der Familie abgrenzt.	**Distanzierung**

26. Pflegepersonal und die Hausleitung sind zuständig für die Angehörigen.		
2. Angehörigen-Bewohner-Kontakt ist so, wie ich mich auch verhalten würde. 3. Wenig Angehörige-Bewohner-Gespräche führen zu Gesprächen mit mir. 12. Angehörige, die nicht mithelfen wollen, gehen vor dem Mittagessen. 25. Angehörige und Bewohner sind unsere Arbeitgeber. 19. Meine Arbeit ist ohne Konflikte. Ich bringe nur Gutes.	Familienmodell – Essen als eine bedeutsame Familienaktivität. Essen als ein zentraler Lebensvollzug (Essen hält Leib und Seele zusammen) Angehörige sind unterschiedlich und unterschiedlich bereit zur Mithilfe beim Essen.	**Modell Familie**
1. Mutter-Tochter-Beziehung führt zu Kontakt und Sich-Kümmern. 16. Ist ein Angehöriger da, muss ich mich nicht kümmern. 15. Es ist für Angehörige besser, aktiv zu sein und Essen zu reichen. 17. Je mehr der Bewohner in der Sterbephase ist, desto mehr sind vertraute Angehörige da. 18. Angehörige können mitwirken, müssen aber nicht.	Familienmitglieder tragen füreinander Verantwortung und sorgen sich. Diese Sorge (die sich auch in Mitwirkung ausdrücken kann) führt dazu, dass ihre Aktivität nicht nötig ist. Die Form der Unterstützung ist wechselseitig. Kompensation und somit Reziproziät der sozialen Beziehungen und bei Tätigkeiten.	**Reziprozität zu den Angehörigen**
2. Angehörigen-Bewohner-Kontakt ist so, wie ich mich auch verhalten würde. 11. Angehörigenwünsche sind, dass die Bewohner gut gepflegt und gut angezogen sind. 19. Meine Arbeit ist ohne Konflikte. Ich bringe nur Gutes. 22. Schwierige Angehörige sind unzufriedene Angehörige. 23. Flecken auf der Kleidung des Bewohners bewirken einen Konflikt, gleichwohl es dem Bewohner gutgeht. 24. Sind die Mitarbeiter älter, weist es darauf hin, dass sie ein gutes Verhältnis mit den Angehörigen haben. 25. Angehörige und Bewohner sind unsere Arbeitsgeber.	Die Erwartungen im Dienstleistungsbereich Essen und Betreuen sind offensichtlich. Angehörige haben eine Erwartungsstruktur im Hinblick auf die Versorgung, denn sie „bestellen“ die Dienstleistung (arbeitsgeberähnliche Funktion). Erkennnen von Abhängigkeit. Altershomogenität unterstützt gutes Verhältnis zu Angehörigen.	**Dienstleistungs-orientierung**

12.7.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Gut

Folgende Leitideen von Frau Gut lassen sich zusammenfassend darstellen. Sie stellen einen Bestimmungsversuch ihrer Subjektiven Theorie dar.

Belastung

Bei Frau Gut sind Angehörige ausschließlich eine belastete Personengruppe. Eine alternative Beschreibung hält sie nicht vor. Bei den Besuchen konfrontieren sich Angehörige mit dem Leid der Bewohner und nehmen sich selber auch als hilflos wahr. Diese Sichtweise hat eine enge Beziehung zu der von ihr wahrgenommenen Perspektive. Sie selbst fühlt sich auch sehr hilflos und erlebt sich ängstlich und in Sorge um den Bewohner (z. B. Angst vor Stürzen in der Wohnküche). Ein Hineinfühlen (empathische Kompetenz) in eine andere Perspektive lässt sich nicht erkennen.

Essen ist schön und gut. In einer Demenzwohngruppe kann Essen aber nicht immer schön sein. Wird das Gute (das Essen) nicht mehr erkannt, entsteht eine Belastung daraus. Beim Menschen mit Demenz ist das eine häufige Problematik. Durch die normativen Vorgaben in einem Altenpflegeheim steht auch die Ernährungssituation immer im Fokus. Es ist für sie selbst auch schwer auszuhalten, dass z. B. die Bewohner nicht mehr wissen, was sie mit dem Essen machen sollen.

Wenn ein Bewohner sich in der Sterbephase befindet, meidet sie jeglichen Kontakt. Ihre Erklärung zum Verhalten der Angehörigen rekurriert daher ausschließlich auf der Kategorie der Belastung bei Besuchen. Resillienz bei Angehörigen könnte sich darin ausdrücken, dass sie in der Sterbephase anwesend bleiben und die Situation aushalten und sogar begleiten können. Sich der Situation nicht stellen bedeutet möglicherweise, sich nicht selbstwirksam erleben, und führt zur Reduzierung der Die Belastung ist daher auch die Erklärung für die von ihr als hilflos wahrgenommenen Angehörigen, die sich dann auch in der Interaktion mit ihr in der Wohnküche zurücknehmen. Der Belastungsdiskurs geht daher über in einen Therapeutisierungsvorschlag.

Ihre Therapie als Mittel der Wahl ist die Mithilfe beim Essen – eine Aktion im Rahmen der ihr zugeordneten und vertrauten Tätigkeiten.
Angehörige werden von Frau Gut unterschiedlich wahrgenommen. Es gibt Angehörige, die beteiligen sich aktiv und unterstützen Frau Gut bei ihrer Tätigkeit durch die Übernahme von Tätigkeiten in der Wohnküche, und es gibt Angehörige, die sich nicht einbringen. Diese Hilfeleistungen der Angehörigen differenzieren ihrer Meinung nach, inwieweit Angehörige mit der Last des Besuches umgehen können oder inwieweit sie sich hilflos erleben.
Eine weitere Unterscheidung sind die Gesprächsaktionen. Angehörige suchen das Gespräch mit ihren Angehörigen. Ist diese jedoch erschwert oder kaum möglich, so gibt es hier eine Gruppe von Angehörigen, die vermehrt in den Dialog mit Frau Gut gehen. Da sie selbst auch das Bild von alterhomogenen Beziehungen im Sinne eines positiven Millieufaktors zeichnet, werden die Gespräche mit den Angehörigen, auch im Sinne der Dienstleistungsorientierung, von ihr positiv gesehen.

Dienstleistungsorientierung

Dienstleistungen und Servicekriterien sind Frau Gut sehr vertraut. In ihrer aktuellen Arbeit und auch in ihrer Erwerbsbiografie bewegte sie sich immer in dienstleistungsorientierten Branchen (Pflegeheim-Wohnküche, Hotel, Zimmerservice, Kindermädchen). Dieses Setting hat sie sozialisiert. Die Dienstleistungsauffassung hilft, auf der sozialen Ebene die Fragen von Nähe und Distanz zu regeln und im Sinne der Dienstleistungsqualität auf die jeweiligen Grenzen zu achten gibt (Beispiel: Sterbephase des Bewohners als eine enge Familienangelegenheit und als eine Herausforderung für die anderen Berufsgruppen). Gleichwohl sie enge Beziehungen mit den Bewohnern pflegt, ist klar, dass sie nicht zu den Familien gehört. Sie kann sich gut gegen andere Verantwortlichkeiten abgrenzen (für Angehörigen sind die Pflegepersonen und die Hausleitung zuständig) und konzentriert ihre Dienstleistungsfunktion auf die Bewohner in der Wohnküche, denen sie nur Gutes bringt.

Familie

Eine stark sinnstiftende Kategorie für Frau Gut ist die Familie. Mit dieser Kategorie lassen sich in ihrer Theorie mehrere Bezüge herstellen.

Nahrungsaufnahme ist ein zentraler Lebensvollzug (umgangssprachlich: hält Leib und Seele zusammen) und meist eine von Müttern geprägte und ritualisierte Familienaktivität. In diesem Verständnis leistet Frau Gut ihre Dienstleistung in familienähnlichen Settings und begründet die konzeptionellen Aussagen auch innerhalb eines familialen Modells. Sie ist es gewohnt, ihre Dienstleistungen in „private Kontexte“ einzubinden. Das Hauptaugenmerk ist das Essen und Trinken gerichtet, was in Familien im Hinblick auf Kontakt und Austausch oft auch eine zentrale Bedeutung hat. Das Thema Essen hat auch ihre gesamte von ihr sehr positiv erlebte Berufsbiografie geprägt. Es bedeutet daher nur Gutes. Frau Gut argumentiert mit geschlechtsspezifischen Dimensionen von familialer Sorge. Töchter und Schwiegertöchter versorgen die Mütter. Hier könnte auch eine kulturelle Prägung dieser Sichtweise Vorschub leisten.

Reziprozität

Reziprozität ist im Familienmodell eine naheliegende Funktion. Familienmitglieder tragen füreinander Verantwortung und sorgen sich um ihre Familienmitglieder. Möchten Angehörige bei der Versorgung mitwirken, dann verhält sich Frau Guts Unterstützungsleistung reziprok: Angehörige übernehmen die Tätigkeit und sie kann sich einem anderen Bewohner zuwenden.

Distanzierung

Die Fähigkeit, sich abzugrenzen (Küchenwelt und Pflegewelt) hat einen festen Bestand in ihren Überlegungen. Ihre Handlungen sind persönlich motiviert. Es ist in ihrem Tätigkeitsspektrum nicht notwendig, gemeinsame „Produktionsziele“ zu verfolgen.

12.7.6 Zusammenfassung

Der Elaborationsgrad von Frau Guts Subjektiver Theorie liegt im Vergleich zu denen der anderen Befragten eher unter dem Durchschnitt. Dies betrifft sowohl

die Anzahl der Themenbereiche als auch deren Konzepte. Viele Themenbereiche kommen in ihrer subjektiven Sicht nicht vor. Auch die Kürze des Interviews deutet auf eine eher einfache Subjektie Theorie hin. Die Ausführungen haben gegebenenfalls aufgrund der eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten keine besondere Präzision erlangen können.
Im Hinblick auf die Funktionsparallelität von Subjektiven Theorien in die Funktionen Beschreibung, Erklärung, Prognose und Technologie kann in Frau Guts Subjektiver Theorie festgestellt werden, dass zu allen Funktionen Ausführungen gemacht werden; in einem eher geringeren Umfang zu den Technologien. Frau Guts Kontakt mit den Angehörigen beschränkt sich aufgrund ihrer Tätigkeit in der Wohnküche und ihrem Selbstverständnis auf das Thema Essen. Bespiele für ihre Definition von Angehörigen sind die hilfebedürftigen und belasteteten Angehörigen, deren Besuchhäufigkeit sie mit der Fähigkeit der Angehörigen erklärt, das Leid aushalten zu können. Ihre Prognose lautet: Wenn Angehörige keine Hilfeleistungen für Bewohner tätigen, führt es dazu, dass sie hilflos sind. Daher ist es für die Technologie relevant, dass sie aktiv sind und Essen reichen. Konkrete Widersprüche sind nicht auszumachen, eine Vielfalt im Zugang zum Thema ist jedoch nicht vorhanden.

12.8 Subjektive Theorie von Herrn Privat

Motto: „Angehörige bauen mich auf."

12.8.1 Kurzbeschreibung

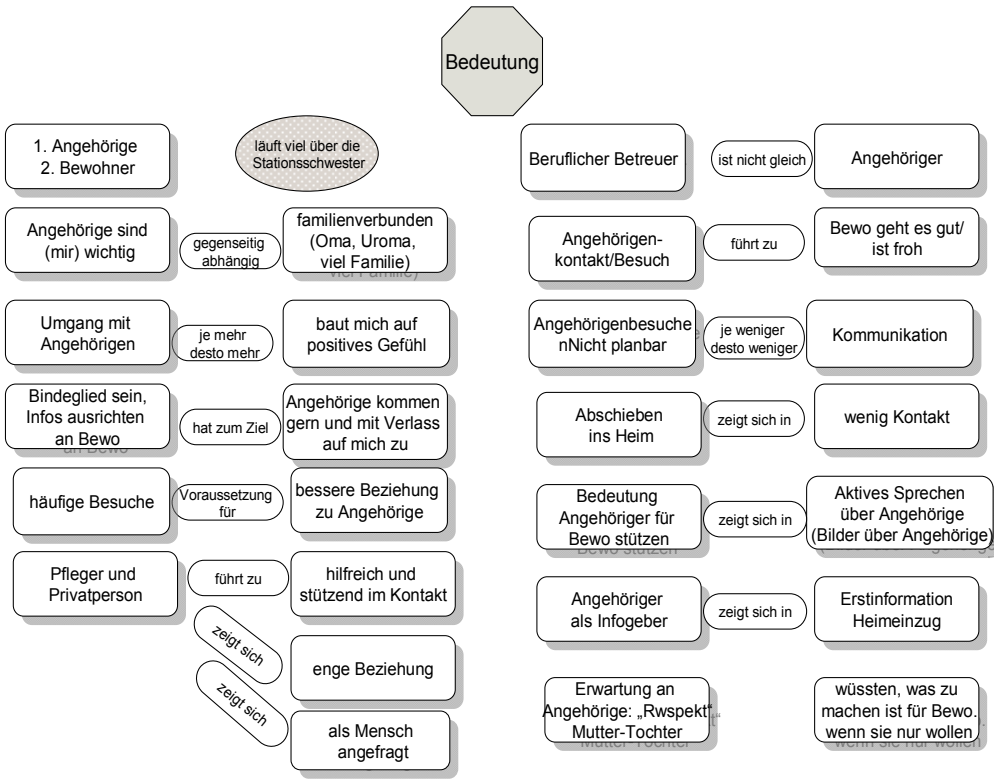
Herr Privat, 53 Jahre alt, ist nach einer Umschulung als Altenpfleger beschäftigt. Im Erstberuf war er Schreiner und hat diese Tätigkeit 20 Jahre lang ausgeübt. Inzwischen ist er seit 20 Jahren in Deutschland und seit 18 Jahren als Alterpfleger in dieser Einrichtung tätig. Aus Rumänien kommend, lebte er in einer Großfamilie und war schon immer eng mit der Familie verbunden. Er selbst ist verheiratet und hat einen erwachsenen Sohn.
Herr Privat ist sehr pünktlich und zeigt sich erfreut, dass er zum Thema befragt wird. Er ist immer wieder bemüht, nach guten und treffenden Beschreibungen zu suchen. Fast alle Fragen können gut eingeführt werden; der Gesprächs-

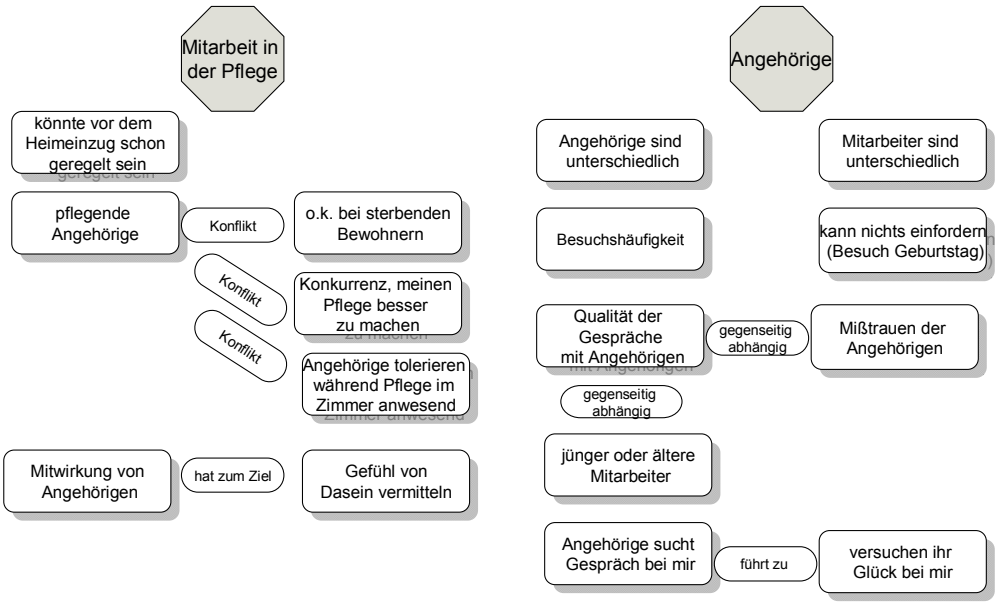
verlauf ist fließend. Das Interview findet direkt vor der Spätschicht statt und wird über 82 Minuten aufgezeichnet.

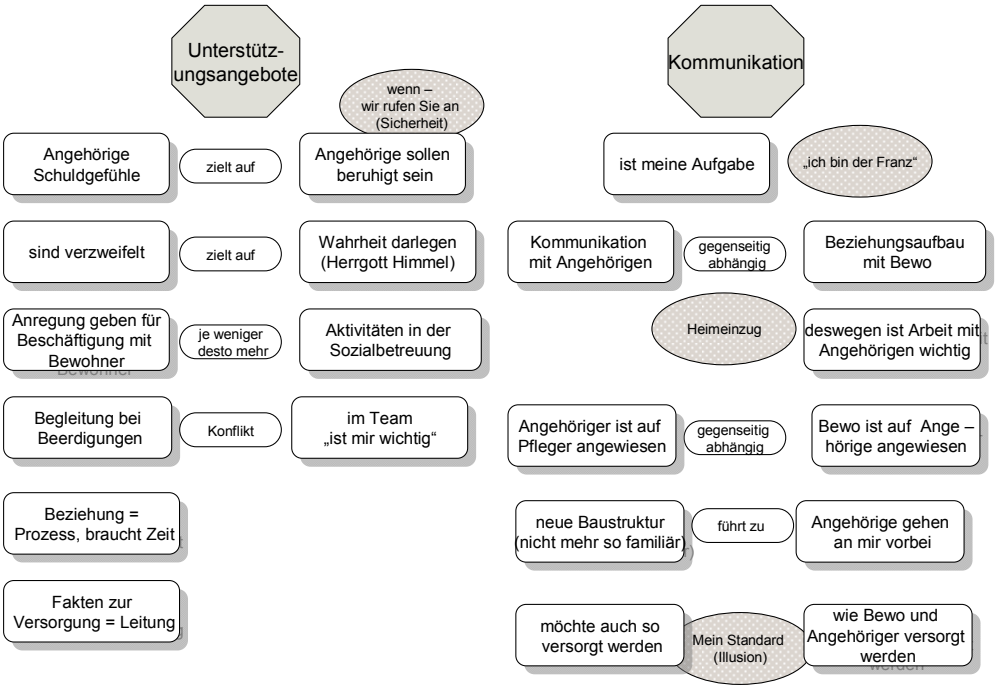
Herr Privat berichtet über seine eigene religiöse Biografie und dass ihm die religiöse Sterbebegleitung bei den Bewohner ein wichtiges Anliegen ist. Seine Hauptthemen sind im Interview gebündelt in die Angehörigen und deren Bedeutung, die Mitarbeit in der Pflege, Unterstützungsangebote und Kommunikation. Im Interview verwendete er den Begriff der Angehörigen und der Familie synonym. Angehörige sind für ihn ein fester Bestandteil seines Familienbildes und tragen zur Steigerung der Lebensqualität im Altenpflegeheim bei. Seine Schilderungen sind geprägt von vielen positiven Berichten. Die wenigen Herausforderungen mit Angehörigen werden mit Verständnis für deren schwierigen Situationen dargelegt.

Er ist der einzige Interviewpartner, der ganz prominent die Gruppe der Angehörigen als seine Zielgruppe definiert und diese in seiner Arbeit an die erste Stelle stellt.

12.8.2 Strukturlegeplan




Mitarbeit in der Pflege
könnte vor dem Heimeinzug schon geregelt sein
pflegende Angehörige
Konflikt
o.k. bei sterbenden Bewohnern
Konflikt
Konkurrenz, meinen Pflege besser zu machen
Konflikt
Angehörige tolerieren während Pflege im Zimmer anwesend
Mitwirkung von Angehörigen
hat zum Ziel
Gefühl von Dasein vermitteln
Angehörige
Angehörige sind unterschiedlich
Mitarbeiter sind unterschiedlich
Besuchshäufigkeit
kann nichts einfordern (Besuch Geburtstag)
Qualität der Gespräche mit Angehörigen
gegenseitig abhängig
Mißtrauen der Angehörigen
gegenseitig abhängig
jünger oder ältere Mitarbeiter
Angehörige sucht Gespräch bei mir
führt zu
versuchen ihr Glück bei mir


Unterstütz-ungsangebote
wenn – wir rufen Sie an (Sicherheit)
Angehörige Schuldgefühle
zielt auf
Angehörige sollen beruhigt sein
sind verzweifelt
zielt auf
Wahrheit darlegen (Herrgott Himmel)
Anregung geben für Beschäftigung mit Bewohner
je weniger desto mehr
Aktivitäten in der Sozialbetreuung
Begleitung bei Beerdigungen
Konflikt
im Team „ist mir wichtig“
Beziehung = Prozess, braucht Zeit
Fakten zur Versorgung = Leitung
Kommunikation
ist meine Aufgabe
„ich bin der Franz“
Kommunikation mit Angehörigen
gegenseitig abhängig
Beziehungsaufbau mit Bewo
Heimeinzug
deswegen ist Arbeit mit Angehörigen wichtig
Angehöriger ist auf Pfleger angewiesen
gegenseitig abhängig
Bewo ist auf Ange – hörige angewiesen
neue Baustruktur (nicht mehr so familiär)
führt zu
Angehörige gehen an mir vorbei
möchte auch so versorgt werden
Mein Standard (Illusion)
wie Bewo und Angehöriger versorgt werden

12.8.3 Feinanalyse - Verbalisierung des Strukturlegeplans

Bedeutung der Angehörigen

Für Herrn Privat sind die Angehörigen hoch bedeutsam und stehen an erster Stelle, an zweiter Stelle kommen die Bewohner.

> *„Immer. Immer. Ich ich sag auch immer, der Ort is es so, dass die Angehörige noch wichtiger sind wie die Bewohner selber* 00:11:45-4*."*

Manche Angehörigen haben einen Berufsbetreuer. Seiner Meinung nach sind diese den Angehörigen nicht gleichgestellt.

> *„Gut die die Frau hat jetzt ich mein die hat ja auch gar keine Angehörige. Die hat ja nur e Betreuerin. Und ich weiß auch net genau wie weit die sich überhaupt gut kennen. Aber wichtig sind schon die Angehörige, manchmal sogar noch wichtiger wie der Bewohner selber* 00:15:32-6*."*

Angehörige wirken auf ihn aufbauend. Sie lösen ein positives Gefühl aus.

> *„Genau, des tut mich unheimlich, mich tut des unheimlich aufbauen. Es tut mich unheimlich aufbauen* 00:18:52-9*."*

Herr Privat bezeichnet sich als einen ausgesprochenen Familienmenschen. In seiner Kindheit war er der „Liebling" der Großmütter gewesen. Er schildert eine Geschichte aus Rumänien und resümiert:

> *„... des war schon so Tradition und von daher, wir waren alle, meine Mutter auch sehr familiär verbunden. Vielleicht, ich vermut mal, dass des mer sehr viel geholfen hat* 00:25:27-1*."*

Wenn Angehörige sich aktiv einbringen wollen, ist dies durchaus möglich. Er hat gut im Blick, was für sie möglich ist. Wichtig ist, dass sie anwesend sind. Dann geht es dem Bewohner gut.

> *„Wenn sie nur wollten. Sie wüssten schon. Aber meistens is oder ja meistens sehr oft is es ja so, dass die alten Leute ja froh sind nur wenn se da sind* 00:44:33-9*."*

Regelmäßige Besuche sind für ihn eine Voraussetzung für eine gute Beziehung zu den Angehörigen.

> *„Verstehen Sie, aber ah ah de de die Anwesenheit de Angehörigen 2 is mer schon wichtig. Ah und komischerweise bin ich eigentlich mit solchen Angehörigen, die was regelmäßig eher wenig aber auch was*

täglich gekommen sind, komm ich mit denen noch besser zurecht wie mit denen die was einmal in drei Monat kommen 01:02:31-9*.“*

Er versteht sich als ein Bindeglied, richtet Informationen aus und will damit für Angehörige ein verlässlicher Partner sein.

„Ah es is aber auch so, dass der meiste Kontakt mit de Angehörige läuft dann über mich. Wenn irgend etwas gibt, was mer auch noch ausrichten muss, wo man weiß, ja Frau kommt dann und dann und dann richtet man mir des aus, dass ich des dann auch dann weitergib 00:02:36-9*.“*

Das Leben im Altenpflegeheim hat für den Bewohner eindeutig mehr Lebensqualität, wenn die Familien präsent sind.

„Sie meinen jetzt konkret es Altenheim. Doch des geht schon. Es geht schon, es Leben geht weiter. Aber mit Familie is besser 01:07:52-5.“

„Aber dass es nicht geht, der Mensch lebt trotzdem weiter, ich bin trotzdem für de Mensch zuständig und und und da tu ihn mit begleiten ah in seinem Leben. Soweit er den seinen Weg noch gehen ah es Leben geht schon weiter. Aber mit Angehörige is schon besser. 01:08:22-7*.“*

In seiner Wahrnehmung gibt es viele spontane Angehörigenbesuche, die eine planbare und kontinuierliche Kommunikation mit Ihm erschweren

„... dann wo mer noch am meiste rechnen würde, da kommen sie nicht. Und plötzlich das nächste Wochenende ist sie da. Ah, da is es auch schwierig e Kommunikation mit de mit de Angehörige aufzubaue, ich kann ja auch schlecht fragen, wieso bist net zu deiner Mutter auf de Geburtstag gekommen und jetzt bist da. Ob die Mutter des mitkriegt oder nicht, aber ist ja deine Mutter 00:40:38-3*.“*

Herr Privat beschreibt eine hilfreich und stützend wirkende Rolle als Pfleger und Privatperson. Sein Rollenverständnis zeigt sich auch darin, dass er als Mensch angefragt ist und eine enge Beziehung zu den Angehörigen hat.

„Ja, alles ich bin auch als Pfleger da und auch als Privatperson. Eher weniger, aber ab und zu auch schon mal. Oder ah es tut auch, gut wir haben ja auch ihr immer gegenüber vom Stationszimmer, wenn

sie dann am Abend nach Hause geht um acht um halb neun, dann liegt ist es für sie sehr wichtig, dass sie bis an die Stationstür noch kommt und mir noch mal Gute Nacht sagt. Oder angenehme Nachtruhe oder wie auch immer. Und so, ah des is dann schon wichtig, mit dem tut sie sich ja dann auch selber aufbauen 00:08:00-8*."*

Dass die Angehörigen wichtig sind, zeigt sich für ihn auch darin, dass er sie in Gesprächen mit dem Bewohnern aktiv hineinholt und in die Erinnerungen mit einbezieht.

„Des menschliche, ich ich sag ja, wenn ich in Kontakt bin mit de Bewohner, sag ich auch immer wieder, es gibt ja auch Bewohner was viele Kinder haben, oder mehrer Kinder haben, und die was man kaum sieht. Gibt's auch. Und ich frag sie trotzdem immer wieder mal,nicht jeden Tag aber immer wieder mal, ja was macht die Tochter noch, oder ah ah stell ich mich als manchmal blöd, die Bilder hab ich schon tausendmal gesehen, ja wer is jetzt des und wer is jetzt der und und so und ich versuch schon immer wieder, dass Kontakt da bleibt und dass sie auch wisse, sie haben auch ihre Angehörige 00:22:11-0."

Auf jeden Fall sind Angehörige gleich zu Beginn sehr wichtige Informationsgeber.

„Aber die Erstinformation im Einzug, die Erstinformation gibt ja immer die Angehörigen 00:13:46-7*."*

Auf die Frage, wie oft die Angehörigen kommen sollen, wird deutlich die Erwartung von Respekt gegenüber der Mutter-Kind-Beziehung dargelegt.

„Des is, des is jedem selber überlassen wie er kann. Wichtig ist der Respekt. Bei ihne Mutter-Tochter, Mutter-Sohn oder wie auch immer, mir ist gar nicht so wichtig der Respekt mir als als Arbeiter als als zuständig oder wie auch immer, des ist mir net so wichtig, aber ihre eigene Beziehung. Des is mer schon wichtig und des muss jeder für sich selber entscheiden. Und je nachdem wie er kommt. Viele wohnen ja auch auswärts, des muss mer dann auch respektieren. Viele können ja auch vielleicht selber nicht durch Krankheit, durch was weiß ich was, des muss mer, des da hab ich gar keine Probleme, aber andere die was kommen könnten, net das ich jetzt Probleme hab, des

muss jeder für sich selber entscheiden. Aber wünschenswert wär's schon 00:41:36-0.“

Mitarbeit in der Pflege

Für die Betreuungstätigkeiten sind die Angehörigen zuständig und gut einsetzbar, da sie damit auch gemeinsame Zeit mit dem Bewohner verbringen können. Trotz aller Unterschiedlichkeiten in Familienbeziehungen ist es dennoch möglich, die Mitwirkung der Angehörigen bereits beim Heimeinzug anzusprechen. In der Sterbebegleitung der Bewohner sind die Angehörigen oftmals auch wichtig und können hilfreiche Präsenzzeiten leisten.

„*Ich hab immer versucht auch bei den, oder bei Bewohner wo's noch zumindestens halbwegs ging, dass ich immer die die Kinder miteinbezieh, nicht pflegerische Maßnahmen und nicht ärztliche Sachen aber so des menschliche* 00:22:00-0.“

Nicht vorstellbar ist es für ihn, dass Angehörige pflegerische Tätigkeiten übernehmen. Klar ist für ihn, dass er der Verantwortliche für die Pflege ist.

„*Des wär auch sehr schwierig. Net nur weil die alten Leute selber ihre Meinung haben und so oder auch darum ja klar, aber ah für die pflegerische Maßnahme bin ich der Verantwortliche und wenn etwas passiert, ich kann ja net die die die die Tochter oder de Sohn verantwortlich machen. Wenn etwas dann net in Ordnung ist, da bin ich dran* 00:46:56-0.“

Angehörige, die während der Pflege im Zimmer anwesend sind, stellen für ihn einen Konflikt dar und er möchte es nicht zulassen.

„ *Nein. Nein, also de ah im Zimmer dabei sein, 3 sollten sie eigentlich nicht, von der Schule, aber wenn wenn mer des einmal gelassen hat von am Anfang an, dann ist des schwer abzuschaffen. Fast unmöglich würd ich sagen, aber selber pflegerische Maßnahmen würd ich auch gar nicht zulassen* 00:46:25-7.“

In der Zusammenarbeit mit Angehörigen können auch schwierige Situationen entstehen. Angehörige haben Vorstellungen von guter Pflege, die Herrn Privats Meinung nach in eine Konkurrenzsituation führen können. Eine Zeit lang kann er die Angehörigen gewähren lassen, es kann jedoch ein Zeitpunkt kommen, an dem das weitere Vorgehen auf einer anderen Verantwortungsebene geregelt

werden muss.

> *„Na dass sie, dass die ah da könnte der Konkurrenzkampf entstehen, dass die meinen, sie könnten em Vater besser die Pflege mache wie ich. Und die sagen dann ah der muss so gelagert werden oder der soll so oder der soll so die Zähne putze oder wie auch immer. Des gibt's schon. Des gibt's schon und e Zeit lang lass ich se gewähren so weit ich se verantworten kann, soweit ich des verantworten kann. Aber irgendwann sag ich dann schon richtig is es so. Nicht nur, dass ich es dann einfacher hab. Ich hab's ja net einfacher, aber für de Mensch selber is es so schon richtig. Ich ah es is mir jetzt net egal ob ich die die die die Zähne mit kaltem Wasser oder mit lauwarmem putz oder oder, des sin so Kleinigkeiten wo se wo die Angehörige schon selber bestimmen und es gibt dann auch Fälle wo mer dann spürt, da geht wirklich gar nichts mehr. Da hast dein mögliches probiert und die anderen Kollegen in den anderen Schichten ja auch ganz klar, und dann tu mer des bei der Übergabe besprechen, des is so un des is so, entweder wir finden eine Lösung, dass mer dann sagen, richtig is es so und wir versuchen's de Angehörige des zu vermitteln und wenn's dann noch immer net geht, dann gin mer des weiter an die Frau „Name“ oder an die Frau „Name“ und dann müsse die die des kläre mit de Angehörige, des gibt's auch* 00:53:30-5*.“*

Angehörige

Herr Privat erkennt, dass sowohl Angehörige als auch Mitarbeiter unterschiedlich sind und verschieden behandelt werden wollen.

> *„Ich könnte sagen, aber da würd ich lügen. Da würd ich lügen, weil jeder Mensch is anders und jeder Mensch will ja auch anders behandelt werden. Ich will ja auch net so behandelt werden, wie Sie jetzt wolle* 01:16:18-9*.“*

Berücksichtigt man die Individualität, wird die Arbeit leichter.

> *„Und wenn mer des dann mal rauskriegt, wenn mer's herauskriegt und dann geht es schon einfacher* 01:16:23-8*.“*

Die Inhomogenität bei den Angehörigen zeigt sich auch bei der Besuchs-

häufigkeit. Die regelmäßige Anwesenheit der Angehörigen ist ihm wichtig, möglicherweise auch, damit Herr Privat die regelmäßigen Gespräche und Beziehungen mit den Angehörigen pflegen kann.

> *„... eher nicht. Ich tu's akzeptieren, es ist so,3 es gibt ja auch verschiedene, es gibt auch Angehörige wo mer sagen könnte, sie könnten trotz der Beruf oder wie auch immer mehr kommen können, nicht kommen, dann kommen und wenn feierliche Sachen, Geburtstag, Namenstag ah Feste, was weiß ich, heilige Feste oder was auch immer, …* 00:40:37-6*.“*

Die Angehörigenarbeit und die Gespräche sind generationenabhängig. Ältere Mitarbeiter mit einer entsprechenden Lebenserfahrung haben einen anderen Zugang zu den Angehörigen als jüngere. Die Angehörigenarbeit an sich kann man nicht in der Ausbildung erlernen. Sie hängt Herrn Privats Meinung nach mit der Berufspraxis und mit der persönlichen Einstellung zusammen.

> *„Weil die jüngeren denken auch gefühlsmäßig, hat mir noch keiner gesagt, aber ich würde schon, ah die tun auch des gerne abschieben, weil die meisten Jungen auch nicht qualifiziert sind, dann tun sie auch gerne alles auch einfache Sache auf mich abschieben. Ja wenn der Angehörige kommt und dann kommen sie irgendwann ins stocken, na ja dann rufe mer de (Vorname), der (Vorname) wird's schon regeln. So ähnlich. Ah es sind aber viele die was auch wirklich, ja auch schwer tun vielleicht und so aber ah die müsse des ja auch zuerst mal lernen und einer lernt leichter, der andere lernt schwerer. Krieg ich ah ah viele würden sagen, in meiner Situation ja ich hab's ja auch mal lerne müsse und dazu kommt noch, mich hat niemand gelernt. Ja gut, des hängt aber jetzt auch wieder von der Mentalität ab, es is jetzt net so, dass mich niemand gelernt hat, es hat mir niemand gesagt, des muss dann so gemacht werden, hat mer dann auch von den anderen abgeschaut und der Rest hab ich mer noch dazugegeben* 01:15:11-5*.“*

Herr Privat legt großen Wert auf die Qualität der Gespräche mit den Angehörigen. Seiner Meinung nach beeinflussen sie maßgeblich das Vertrauen bzw. Misstrauen und Angehörige haben Glück, wenn sie mit ihm ein Gespräch

führen können.

> *„E bissel Misstrauen auch. Misstrauen, wie gesagt, des hängt auch vom Personal ab. Sie wissen haargenau, mit dem kann mer so schwätze und mit dem kann mer so schwätze. Oder der sagt eher die Wahrheit wie der andere oder oder so ähnlich. Die spüre des schon. Und die, oder sind sie auch von de andere Mitarbeiter abgewiesen worden sag mer mal so und dann versuchen sie als eben ihr Glück bei mir* 00:10:41-8*.“*

Es scheint, dass Herr Privat die triadische Beziehung für sich als sehr positiv bewertet und in deren Ausgestaltung viel Anerkennung daraus für sich ableiten kann.

> **„***Genau, der Bewohner ist wichtig dann sowohl der Zusammenhang der Bewohner zu ihren Kinder wie auch zu ihrem Pfleger rüber* 00:17:01-3*.“*

Dies gilt für ihn noch über den Heimaufenthalt des Bewohners hinaus.

> *„Es gibt noch dass Angehörige Jahre nach em Tod und wenn's nur beim Vorbeigehen, mal reinschauen, ob der (Vorname) noch arbeitet, wie's ihm geht und so. Ah des is dann auch e Anerkennung für mich selber, des ich auch etwas, wo ich mich mit mir selber identifiziere kann, wo ich mich aufbauen kann* ... 00:37:19-1.“

Unterstützungsangebote

Die Beziehungsgestaltung ist ein Prozess und benötigt eine gewisse Zeit des Ankommens und Kennenlernens.

> *„... wenn dann ein Neueinzug is, da muss mer zuerst schaue wie des Leben sich abläuft, wie der Mensch selber is, wie dann die Angehörige und so weiter und man man darf da net gleich überstürzt handeln. Man muss schon e gewisse Freiheit und e gewisse Zeit auch lassen, weil es kann ja auch sein, dass der Mensch trotzdem net so is wie der erste Eindruck* 00:53:51-0*.“*

Angehörige werden von ihm auch mit ihren Schuldgefühlen wahrgenommen. Die Unterstützungsangebote zielen darauf, dass sie beruhigt sein können und Sicherheit verspüren.

„... *und da is es ja schon wieder schwierig, wie geh ich jetzt mit dere Frau selber um, dass sie doch halbwegs beruhigt, ganz beruhigen kannst de Mensch auch gar nicht, weil die geht mit einem Schuldgefühl nach Hause* 00:32:25-5*."*

Auch schwierige Themen, die den Bewohner und seine Situation betreffen, können angesprochen werden.

„Ja also ah ah ich ich ver versuch schon soweit wie wie möglich zu beruhigen. Ah und zwar net dass ich se jetzt ablenken tu, ich versuch schon des Thema anzusprechen, aber ich versuch dann so weit wie möglich die Wahrheit zu gestalten 00:35:15-*7."*

Angehörige erhalten je nach Bedarf einige Beratungen zur Klärung des Heimeinzuges. Dabei werden die ersten Informationen zur Versorgung von der Hausleitung gebündelt und für den Tag des Heimeinzuges dann in den Wohnbereich gegeben.

„Des ah für de Neueineinzug, das die Leitung die erste Information die gibt es an uns weiter und dass mir irgend etwas zum lese haben, dass mer schon mal des Gröbste wissen und des andere kommt ja dann mit der Zeit 00:14:22-6*."*

In der Einrichtung wird im Rahmen der geplanten Angehörigenarbeit einiges an Unterstützung und Aktivität geboten. Je weniger die Angehörigen selber die Anregungen aufnehmen, desto mehr wird die Sozialbetreuung entsprechende Aktivitäten anbieten. Grundsätzlich sind aber alle für die Angehörigenarbeit zuständig.

„Die Sozialbetreuung nimmt uns zwar viel ab, aber im Endeffekt sin mer schon alle alle zuständig 01:11:48-*2."*

Sehr wichtig ist für Herrn Privat die Begleitung der sterbenden Bewohner, zu der auch die Anwesenheit bei der Trauerfeier und die Begleitung auf den Friedhof gehört. Es ist für ihn ein persönliches Abschiednehmen. Seine Auffassung steht hier im Konflikt zu der Auffassung im Team.

„Ah, was für mich 7 sehr wichtig 4 noch wäre, schwer zu machen ist, e Zeit lang ging des noch, die Sterbebegleitung. Ah der letzte Abschied auf em Friedhof, sind auch viele Mitarbeiten die was auch jetzt noch, auch teilweise versteckt sagen, die was nicht verstehen können, dass ich auf jede Beerdigung so weit wie möglich geh, aber des is der letzte Abschied, des is des Letzte, ich hab meine Kraft gelassen, der hat

seine Kraft auch bei mir gelassen, des ist für für mich persönlich auch wichtig. Des verstehn viele net, könne auch net, wolle auch net, wie auch immer 00:37:10-1.“

Kommunikation

Herr Privat nimmt die Kommunikation als seine originäre Aufgabe wahr. Im Kontakt mit den Angehörigen lässt er sich auch mit Vornamen ansprechen.

„Ja wenn der Angehörige kommt und dann kommen sie irgendwann ins stocken, na ja dann rufe mer de „Vorname“, der „Vorname“ wird's schon regeln 01:14:11-5.“

Der Neubau hat seiner Meinung nach die Kommunikation stark beeinflusst. Er bedauert, dass die Baustruktur dazu führt, dass Angehörige eher an ihm vorbeigehen.

„Des is e langer Flur, da kann mer sich verlieren, ah die Leute gehn sehr oft auch vorbei wege dem lange Weg 00:03:15-1.“

Kommunikation mit den Angehörigen ist für ihn durchgängig wichtig. Bereits beim Heimeinzug zeigt es sich, dass die Kommunikation mit den Angehörigen den Beziehungsaufbau zum Bewohner beeinflusst.

„*Und von daher sag ich meistens sind die Angehörige eigentlich noch wichtiger überhaupt noch beim Einzug, wie 2 wie die Bewohner selber* 00:13:46-7.“

Die Kommunikationsprozesse sind von einer gewissen Abhängigkeit geprägt. Der Angehörige ist auf Informationen und Austausch zum Mitarbeiter angewiesen, der Bewohner ist auf den Angehörigen angewiesen und möglicherweise wird sich der Bewohner selber gar nicht mehr ausdrücken können.

„Ja die Kommunikation ist eigentlich es wichtigste, es gibt ja auch Bewohner das was ja gar nicht mehr schwätze. Ob sie könne oder nicht, aber die was auch einfach nicht schwätze. Ah und da musst ja trotzdem wissen, wie mit denen umgehst. Irgendwelche Mimik muss ja dann da auch sein und so. Und wenn mer aber überhaupt nichts versteht, dann is es nicht nur für den Mensch, also nicht nur für de Bewohner Angehörige sondern auch für mich schwierig… 00:30:18-7.“

Herr Privat hält seinen eigenen Standard der Versorgung für den idealen und hält es gleichzeitig für eine Illusion, dass er auch mal so versorgt werden kann.

„Ja, also ich würd jetzt auf die Schnelle würd ich jetzt so sagen, ob jetzt Angehöriger oder Bewohner ist im Endeffekt egal. Ah, überhaupt in der jüngere Generation würd ich eher sagen, der Umgang und die Pflege, natürlich kann mer's net immer so, aber man soll 4 irgendwie so wie ich mer's vorstellen würde, wenn ich mal als alter Mann ins Heim geh und wie die Menschen und die Pfleger dann mit mir umgehen, so erwart ich auch, so geh ich jetzt mit ihnen um und so erwart ich dass die zukünftige Pfleger dann mit mir umgehen. Ob des dann dort doch so passiert, des liegt in den Sternen. Aber so irgendwie würd ich sagen 00:26:38-7*."*

12.8.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Herrn Privat

Tabellarische Darstellung der Konzepte entsprechend den inhaltlichen Themenbereichen

Themenbereiche	Konzepte	Anmerkungen
Bedeutung der Angehörigen	1. Reihenfolge: 1. Angehörige, 2. Bewohner. 2. Es gibt viel Kontakt über die Stations-schwester. 3. Angehörige sind mir wichtig, das ist abhängig von meiner eigenen Familienverbundenheit. 4. Je mehr ich Umgang mit Angehörigen habe, desto mehr bauen sich meine positiven Gefühle auf. 5. Bindeglied sein und Informationen weiter-leiten hat zum Ziel, dass Angehörige gerne kommen und sich auf mich verlassen können. 6. Häufige Besuche sind Voraussetzung für eine bessere Beziehung zu Angehörigen. 7. Als Pfleger und Privatperson kann ich im Kontakt hilfreich und stützenden sein. 8. Pfleger und Privatperson sein zeigt sich in einer engen Beziehung. 9. Pfleger und Privatperson sein zeigt sich durch das Als-Mensch-angefragt-Sein. 10. Berufliche Betreuer sind nicht gleichzusetzen mit Angehörigen. 11. Angehörigenbesuch führt dazu, dass es dem Bewohner gut geht (froh sein).	**17 Konzepte**

	12. Je mehr nicht geplante Angehörigen-besuche, desto weniger Kommunikation. 13. Abschieben ins Heim zeigt sich in wenig Kontakt. 14. Die Bedeutung der Angehörigen, den Bewohner zu stützen, zeigt sich in einem aktiven Sprechen über Angehörige. 15. Angehörige als Infogeber zeigt sich bei Erstinformationen und dem Heimeinzug. 16. Meine Erwartungen an Angehörige: Respekt der Mutter-Tochter-Beziehung. 17. Ich wüsste, was zu machen ist für Bewohner, wenn sie nur wollen.	
Mitarbeit in der Pflege	18. Mitarbeit in der Pflege könnte schon vor dem Heimeinzug geregelt sein. 19. Pflegende Angehörige bedeuten Konflikt, sind aber o.k. bei sterbenden Bewohnern. 20. Pflegende Angehörige bedeuten Konflikt und Konkurrenz; meinen, Pflege besser zu machen. 21. Pflegende Angehörige bedeuten Konflikt, da es zu tolerieren ist, wenn Angehörige während der Pflege im Zimmer anwesend sind. 22. Mitwirkung von Angehörigen hat zum Ziel, das Gefühl von Dasein zu vermitteln.	**5 Konzepte**
Angehörige	23. Angehörige sind unterschiedlich. 24. Mitarbeiter sind unterschiedlich. 25. Besuchshäufigkeit ist unterschiedlich. 26. Kann von Angehörigen nichts einfordern (Besuch Geburtstag). 27. Qualität der Angehörigengespräche ist gegenseitig abhängig von dem Misstrauen der Angehörigen. 28. Qualität der Angehörigengespräche ist gegenseitig abhängig von jüngeren oder älteren Mitarbeitern. 29. Angehörige suchen Gespräche bei mir; das führt dazu, dass sie ihr Glück bei mir suchen.	**7 Konzepte**
Unterstützungs-angebote	30. Angehörige mit Schuldgefühlen sollen beruhigt sein. 31. Zur Sicherheit dient es zu versprechen, dass sie angerufen werden. 32. Sind sie verzweifelt, ist es ein Ziel, ihnen die Wahrheit darzulegen. 33. Je weniger sie Anregungen geben für die Beschäftigung mit den Bewohnern, desto mehr Aktivitäten macht die Sozialbetreuung.	**7 Konzepte**

	34. Meine Begleitung bei Beerdigungen steht im Konflikt mit dem Team (ist mir wichtig). 35. Beziehung ist ein Prozess und benötigt Zeit. 36. Die Fakten zur Versorgung laufen über die Leitung.	
Kommunikation	37. Kommunikation ist meine Aufgabe. 38. Ich bin der „Vorname". 39. Kommunikation mit Angehörigen ist gegenseitig abhängig von dem Beziehungs-aufbau mit Bewohner. 40. Beziehungsaufbau mit Bewohner beginnt beim Heimeinzug und deswegen ist die Arbeit mit Angehörigen wichtig. 41. Angehöriger ist auf Pflege angewiesen und das ist gegenseitig abhängig vom Bewohner, der auf Angehörige angewiesen ist. 42. Die neue Baustruktur führt dazu, dass Angehörige an mir vorbeigehen. 43. Ich möchte auch so versorgt werden, wie der Bewohner und seine Angehörigen versorgt werden – das ist mein Standard und gleichzeitig eine Illusion.	**7 Konzepte**
6 Themenbereiche		**43 Konzepte**

12.8.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien

12.8.5.1 Darstellung in Tabellenform

Konzepte der Subjektiven Theorie	**Interpretative Zusammenfassung**	**Kategorien** Transformation der Konzepte in eine weitere Abstraktionseinheit
3. Angehörige sind mir wichtig, das ist abhängig von meiner eigenen Familienverbundenheit. 4. Je mehr ich Umgang mit den Angehörigen habe, desto mehr bauen sich meine positiven Gefühle auf. 5. Bindeglied sein und Informationen weiterleiten hat zum Ziel, dass Angehörige gerne	Es gibt vielfältige und triadische Abhängig-keiten. Angehörige sind auch auf mich ange-wiesen. Der Umgang mit Ange-hörigen wirkt sich positiv auf mich aus.	**Soziale Interdependenz**

kommen und sich auf mich verlassen können. 11. Angehörigenbesuch führt dazu, dass es dem Bewohner gut geht (froh sein). 13. Abschieben ins Heim zeigt sich in wenig Kontakt. 23. Angehörige sind unterschiedlich. 24. Mitarbeiter sind unterschiedlich. 25. Besuchshäufigkeit ist unterschiedlich. 26. Kann von Angehörigen nichts einfordern (Besuch Geburtstag). 27. Qualität der Angehörigengespräche ist gegenseitig abhängig von dem Misstrauen der Angehörigen. 28. Qualität der Angehörigengespräche ist gegenseitig abhängig von jüngeren oder älteren Mitarbeitern. 29. Angehörige suchen Gespräche bei mir; das führt dazu, dass sie ihr Glück bei mir suchen. 33. Je weniger sie Anregungen geben für die Beschäftigung mit den Bewohnern, desto mehr Aktivitäten macht die Sozialbetreuung. 39. Kommunikation mit Angehörigen ist gegenseitig abhängig von dem Beziehungsaufbau mit Bewohner. 41. Angehöriger ist auf Pflege angewiesen und das ist gegenseitig abhängig vom Bewohner, der auf Angehörige angewiesen ist. 43. Ich möchte auch so versorgt werden, wie der Bewohner und seine Angehörigen versorgt werden – das ist mein Standard und gleichzeitig eine Illusion.	Gute Gespräche benötigen Erfahrung und wenig Misstrauen. Sozialbetreuung und Angehörigenkontakt sind voneinander beeinflusst.	
2. Es gibt viel Kontakt über die Stationsschwester. 10. Berufliche Betreuer sind nicht gleichzusetzen mit Angehörigen.	Angehörige sind Kommunikationspartner. Angehörige kann man informieren, ihnen Sicherheit vermitteln, sie beruhigen.	**Kommunikations-partner**

12. Je mehr nicht geplante Angehörigenbesuche, desto weniger Kommunikation. 14. Die Bedeutung der Angehörigen, den Bewohner zu stützen, zeigt sich in einem aktiven Sprechen über Angehörige. 15. Angehörige als Infogeber zeigt sich bei Erstinformationen und dem Heimeinzug. 22. Mitwirkung von Angehörigen hat zum Ziel, das Gefühl von Dasein zu vermitteln. 30. Angehörige mit Schuldgefühlen sollen beruhigt sein. 31. Zur Sicherheit dient es zu versprechen, dass sie angerufen werden. 32. Sind sie verzweifelt, ist es ein Ziel, ihnen die Wahrheit darzulegen. 36. Die Fakten zur Versorgung laufen über die Leitung. 37. Kommunikation ist meine Aufgabe.	Kommunikation ist eine zentrale Aufgabe.	
17. Ich wüsste, was zu machen ist für Bewohner, wenn sie nur wollen. 18. Mitarbeit in der Pflege könnte schon vor dem Heimeinzug geregelt sein. 19. Pflegende Angehörige bedeuten Konflikt, sind aber o.k. bei sterbenden Bewohnern. 20. Pflegende Angehörige bedeuten Konflikt und Konkurrenz; meinen, Pflege besser zu machen. 21. Pflegende Angehörige bedeuten Konflikt, da es zu tolerieren ist, wenn Angehörige während der Pflege im Zimmer anwesend sind.	Die Mitarbeit ist ein eher schwieriges Thema. Angehörige können Rivalität auslösen. In der Sterbephase ist die Mitwirkung in Ordnung.	**Konkurrenz**
1. Reihenfolge: 1. Angehörige, 2. Bewohner. 6. Häufige Besuche sind Voraussetzung für eine bessere Beziehung zu den Angehörigen. 7. Als Pfleger und Privatperson kann ich im Kontakt hilfreich und stützenden sein. 8. Pfleger und Privatperson sein	Angehörige stehen an erster Stelle und sind der eigentliche Auftraggeber. Die private Person ist auch Teil der beruflichen Rolle.	**Nähe- Distanz-verhältnis**

zeigt sich in einer engen Beziehung. 9. Pfleger und Privatperson sein zeigt sich durch das Als-Mensch-angefragt-Sein. 16. Meine Erwartungen an Angehörige: Respekt der Mutter-Tochter-Beziehung. 34. Meine Begleitung bei Beerdigungen steht im Konflikt mit dem Team (ist mir wichtig). 35. Beziehung ist ein Prozess und benötigt Zeit. 38. Ich bin der „Vorname“. 40. Beziehungsaufbau mit Bewohner beginnt beim Heimeinzug und deswegen ist die Arbeit mit Angehörigen wichtig. 42. Die neue Baustruktur führt dazu, dass Angehörige an mir vorbeigehen.	Familiale Beziehungs-pflege steht über den Normen des Teams. Seine Idee: Angehörige besuchen ihn und nicht den Bewohner.	

12.8.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Herrn Privat

Folgende Leitideen von Herrn Privat lassen sich zusammenfassend darstellen. Sie stellen einen Bestimmungsversuch seiner Subjektiven Theorie dar.

Soziale Interdependenz

In der Subjektiven Theorie von Herrn Privat gibt es viele Konzepte, die eine verstärkte Abhängigkeit in Beziehungen vermuten lassen. Er selbst ist auch emotional abhängig von der Bedeutungszuschreibung durch die Angehörigen. Deutlich wird dies auch in seiner Äußerung, dass die Angehörigen zu „ihm“ kämen. Für Herrn Privat scheinen die Abhängigkeiten gar kein Problem zu sein, im Gegenteil, er agiert innerhalb dieser triadischen Beziehungen und Abhängigkeiten und fühlt sich dabei als Privatperson und in seiner beruflichen Rolle angefragt. Er selbst scheint es zu genießen, Teil des famliären Systems zu sein und kann viel Bedeutung, Selbstbewusstsein und Bestätigung aus den Situationen für sich erhalten. Er sieht dieses Agieren in Verbindung mit einer

ausreichend vorhandenen Lebens- und Berufserfahrung als Kompetenz an. Im Konfliktfall wird er dem familiären System näher verbunden sein als den beruflichen Normen, die die Organisation oder das Team aufstellen (Beispiel: zu Beerdigungen gehen).

Kommunikationspartner

Herr Privat fühlt sich sehr wohl in der Kommunikation mit den Angehörigen. Vielfältige Angelegenheiten sind zu besprechen. Angehörigen kann er im Gespräch Sicherheit vermitteln, was wiederum die interdependente Beziehung zu ihnen verstärkt. Er sieht sich in der Rolle des Gesprächspartners und differenziert auch in Informationsaufgaben, die ausschließlich Leitungsverantwortliche haben. Angehörige sind seine Kommunikationspartner.

Konkurrenz

In der Pflege mitwirkende Angehörige bedeuten möglicherweise eine Konkurrenz. Sie beeinträchtigen die Arbeit mit dem Bewohner, und Herr Privat läuft möglicherweise Gefahr, in einen emotionalen Wettbewerb zu kommen. Im Vordergrund steht seine Beziehung zu den Angehörigen, der Bewohner ist Mittel zum Zweck der Beziehung zu Angehörigen. Auch reklamiert er als Fachkraft das Know-How der „richtigen“ Pflege für sich und kennt die Bedürfnisse des Bewohners genau.

Nähe - Distanzverhältnis

Für Herrn Privat stehen die Angehörigen an erster Stelle und sind seine eigentlichen Auftraggeber. Es sieht sich auch als Privatperson angesprochen, lässt sich mit dem Vornamen anreden und setzt seine familiale Beziehungspflege auch gegen die Normen des Teams durch. Er ist von der Idee getragen, dass die Angehörige ihn besuchen und zu ihm kommen. Gehen Angehörigen ohne Kontakt an ihm vorbei, ist das für ihn nicht verständlich und wirkt wie ein Kränkung.

Vermutlich verfügt Herr Privat über einen eher unscharfen Identitätsbegriff. Ein zentrales Konstruktionsprinzip seiner Professionalität ist sein subjektiver Zugang über seine Biografie, seine Familienerlebnisse und seine Werte. Es

gelingt ihm, damit differenziert und empathisch die anderen Menschen wahrzunehmen, ein Transfer in eine professionelle Distanz ist in den Aussagen nicht zu erkennen. Eine stimmige Nähe und die nötige Distanz zu den Angehörigen und Familien gehören aber zu einer der wichtigsten professionellen Lern- und Entwicklungsaufgaben in einem Pflegeberuf. Diese Balance ist in der direkten Beziehung zu jedem Menschen immer wieder neu zu gestalten. Mögliche altruistische Wertmaßstäbe und die Suche nach Anerkennung als „Gutmensch“ nehmen vermutlich einen starken Einfluss auf Herrn Privats Beziehungsgestaltung.

12.8.6 Zusammenfassung

Die subjektive Theorie von Herrn Privat unterscheidet sich deutlich von den anderen subjektiven Theorien. Er berichtet über einen „maßgeschreinerten“, individuellen und eher persönlichen-privaten Umgang mit Angehörigen. In seinen Konzepten wird eine große Nähe und gleichzeitig eine große emotionale Abhängigkeit zu und von den Angehörigen deutlich

Sein Ansatz der Angehörigenarbeit wird nicht aus einer Theorie oder einem Pflegekonzept abgeleitet, sondern die Angehörigenbeziehung dient seiner persönlichen Bestätigung und folgt einer Konzeptionalisierung von abhängiger Beziehungsarbeit. Im Interview selber bringt er in seinen Schilderungen oft die Begriffe Bewohner und Angehörige durcheinander bzw. verwendet diese synonym. Möglicherweise auch ein Indiz, wie verschwommen und ambivalent seine berufliche Rollenausgestaltung ist.

12.9 Subjektive Theorie von Frau Grenz

Motto: „Angehörige brauchen Strukturen und Grenzen.“

12.9.1 Kurzbeschreibung

Frau Grenz ist 29 Jahre alt, ledig und Mutter einer 7 Jahre alten Tochter. Sie lebt mit ihren Eltern in einer Wohnung im selben Haus. Ihre Eltern sind in die Kinderbetreuung mit einbezogen, da sie diese und ihre berufliche Tätigkeit mit den Schichtdiensten nur mit deren Hilfe bewältigen kann. Neben der Ausbildung

als Familienpflegerin, die sie in diesem Jahr abschließen wird, bringt sie Erfahrungen aus ihrer eigenen Familie und aus einem Jahr Au-Pair-Tätigkeit im Ausland mit. Sie ist froh, eine Chance für eine Berufsausbildung bekommen zu haben, die sie nun so erfolgreich abschließen wird, dass sie nach der Ausbildung gleich einen Arbeitsvertrag bekommen wird. Sie ist seit einem Jahr im Rahmen des Anerkennungspraktikums in dem nicht-segregativen Wohnbereich eingesetzt.

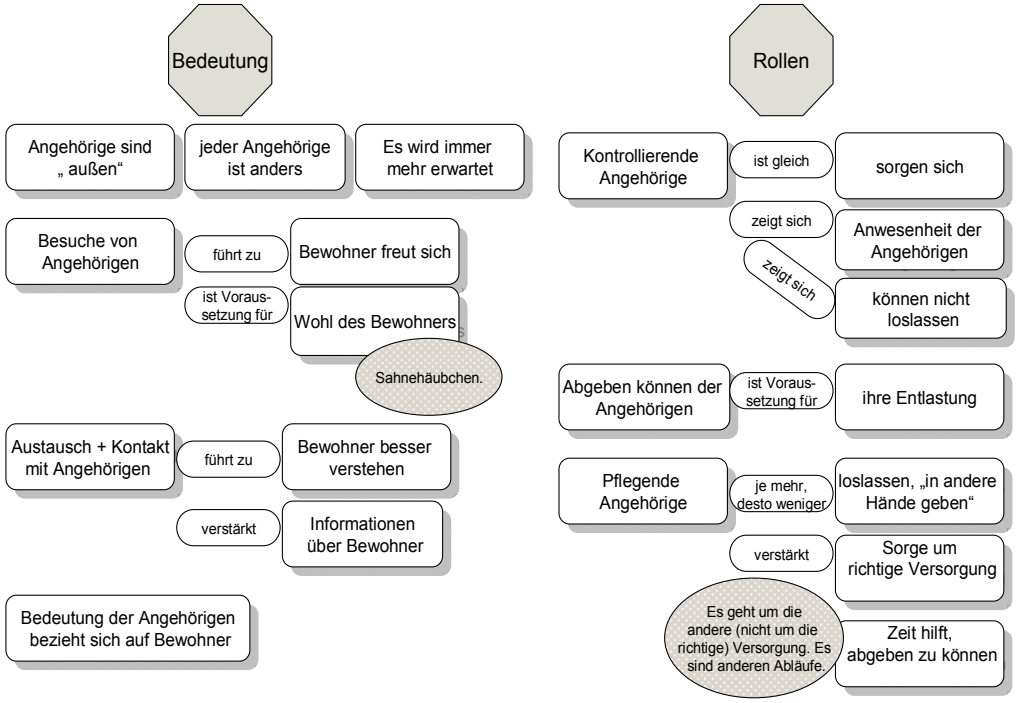
Für sie als alleinerziehende Frau gab es nur eingeschränkte Berufswahl-möglichkeiten. Die Familienpflegeschule vor Ort hat ihr in ihrer Familien-situation einen Ausbildungsabschluss zugetraut. Sie bezeichnet sich als weiterhin „suchend", was ihre berufliche Entwicklung betrifft und beschreibt einen Einbruch in der Schullaufbahn und ihre Schwangerschaft als zwei entscheidende Situationen in ihrer Biografie.

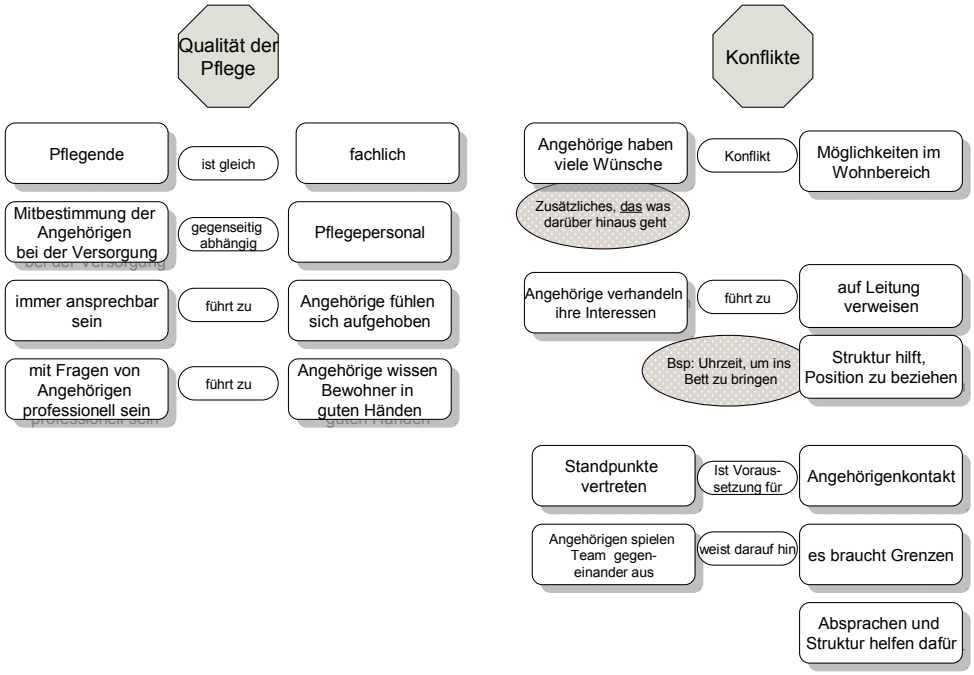
Frau Grenz zeigt sich in dem 55 Minuten dauernden Interview sehr offen, spricht überlegt und sucht immer wieder nach den für sie passenden Formulierungen. Das Interview hat ihr sichtlich Freude gemacht und sie beschreibt es als eine interessante Erfahrung.

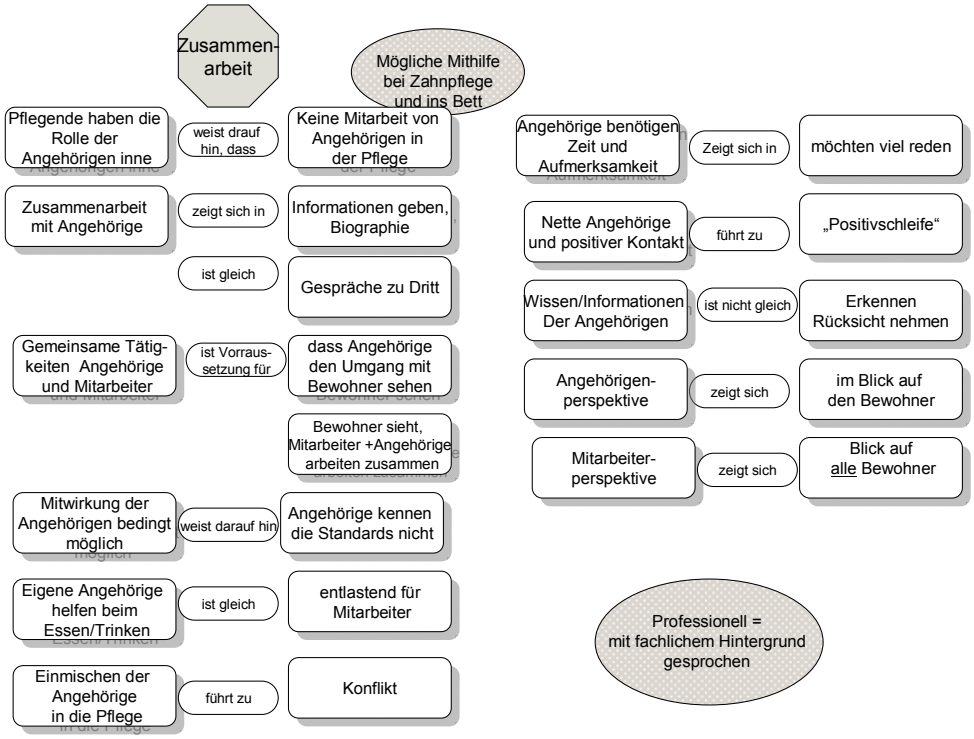
Ihre Sichtweise über Angehörige lässt sich in dem Strukturlegeplan in sechs Bereichen fassen. Dies sind die Bedeutung der Angehörigen und ihre Rollen, die Qualität der Pflege, die Zusammenarbeit und die Konflikte mit den Angehörigen und die Angehörigenarbeit. Bemerkenswert sind Beschreibungen von Angehörigen, die mit vielen Erwartungen und Interessen in der Einrichtung agieren. Eine gewisse Dominanz in Frau Grenz' Haltung zeigt sich in Aussagen wie z. B. „irgendwo isch aber halt dann au ne Grenze" (Interview 00:13:17-4).

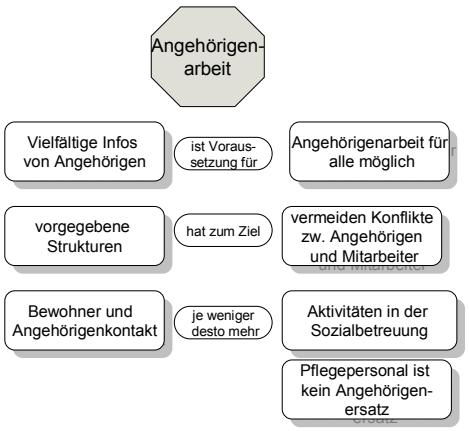
Wenn Frau Grenz über Pflegepersonen redet, schließt sie sich stets mit ein. Sie definiert sich auch als Pflegende, die dann nach ihrer Ausbildung Verantwortung für bestimmte pflegerische Tätigkeiten und auch für den gesamten Wohnbereich als Schichtleitung übernehmen kann.

12.9.2 Strukturlegeplan






Zusammen-arbeit
Pflegende haben die Rolle der Angehörigen inne
weist drauf hin, dass
Keine Mitarbeit von Angehörigen in der Pflege
Zusammenarbeit mit Angehörige
zeigt sich in
Informationen geben, Biographie
ist gleich
Gespräche zu Dritt
Gemeinsame Tätig-keiten Angehörige und Mitarbeiter
ist Voraus-setzung für
dass Angehörige den Umgang mit Bewohner sehen
Bewohner sieht, Mitarbeiter +Angehörige arbeiten zusammen
Mitwirkung der Angehörigen bedingt möglich
weist darauf hin
Angehörige kennen die Standards nicht
Eigene Angehörige helfen beim Essen/Trinken
ist gleich
entlastend für Mitarbeiter
Einmischen der Angehörige in die Pflege
führt zu
Konflikt
Mögliche Mithilfe bei Zahnpflege und ins Bett
Angehörige benötigen Zeit und Aufmerksamkeit
Zeigt sich in
möchten viel reden
Nette Angehörige und positiver Kontakt
führt zu
„Positivschleife“
Wissen/Informationen Der Angehörigen
ist nicht gleich
Erkennen Rücksicht nehmen
Angehörigen-perspektive
zeigt sich
im Blick auf den Bewohner
Mitarbeiter-perspektive
zeigt sich
Blick auf alle Bewohner
Professionell = mit fachlichem Hintergrund gesprochen


Angehörigen-arbeit
Vielfältige Infos von Angehörigen
ist Voraus-setzung für
Angehörigenarbeit für alle möglich
vorgegebene Strukturen
hat zum Ziel
vermeiden Konflikte zw. Angehörigen und Mitarbeiter
Bewohner und Angehörigenkontakt
je weniger desto mehr
Aktivitäten in der Sozialbetreuung
Pflegepersonal ist kein Angehörigen-ersatz

12.9.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans

Zur Bedeutung der Angehörigen

Frau Grenz legt in ihrer Betrachtung der Bedeutung der Angehörigen meist den Fokus auf die Bewohner. Die Angehörigen machen Besuche, die idealerweise dazu führen, dass sich der Bewohner freut. Daher sind die Besuche auch eine Voraussetzung für das Wohl des Bewohners. Angehörige kommen von außen und stellen das „Außen“ dar. Sie gehören demzufolge nicht zu einem „Innen“, dem Altenpflegeheim. Gleichwohl bedeuten Angehörige auch einen zusätzlichen Kontakt nach außen“ der auch für Frau Grenz eine Bereicherung bringen kann (siehe bei Zusammenarbeit).

> „... *find es schon spannend und auch ahm gut. Also dass die Angehörigen halt kommen oder dass relativ viele Angehörige au kommen, weil des auch den Bewohnern halt gut tut* 00:05:16-4.“

Bei den Angehörigen, die zu Besuch kommen, unterscheidet sie im Hinblick auf die Bedeutung auch zwischen den Besuchern und der Familie, gibt aber zu bedenken, dass die Beziehungsqualität eher entscheidend ist.

> *„... ja man braucht ne Familie. Also ich kann jetzt nur von mir ausgehen, es gibt mir Sicherheit. Auch Menschen die ahm brauchen jetzt vielleicht ihre Familie ah net so oder's isch einfach en schwieriges Verhältnis oder un ahm dann isch's vielleicht auch besser, es kommt jetzt vielleicht ein Freund oder ein Bekannter oder so wie halt jetzt die Familie, wenn's einfach keinem halt gut tut aber so prinzipiell will ich schon sagen, isch Familie des engste Band und isch deshalb schon au wichtig* 00:44:08-1.“

So wichtig die Angehörigen für die Bewohner sind, so schnell führt ihre Erwartungshaltung in die Nähe von Konflikten. Mit der Aussage *„... es wird immer mehr erwartet“* beschreibt sie eine Art von „unersättlichen“ Angehörigen, die ihre Ansprüche für ihre eigenen Angehörigen in den Mittelpunkt stellen (siehe auch Bereich Konflikte).

> *„Es isch halt schwierig wenn wenn sich's dann nur noch um eine Person halt dreht oder wenn der Alltag sich dann wirklich, wenn jemand so viel möchte ah dass wirklich der halbe Morgen jetzt für einen Bewohner in Anspruch genommen wird, des geht halt einfach net und ah wir machen*

so viel wie wir können halt und ahm ja und irgendwo isch aber halt dann au ne Grenze und ... 00:13:17-4."

Sie differenziert innerhalb der Gruppe der Angehörigen und benennt die Einzigartigkeit eines jeden einzelnen Angehörigen:

„Also da kommt's au wieder auf die Angehörigen halt an sich an, da is ja jeder anders ... 00:14:28-6."

Der Austausch und der Kontakt mit Angehörigen tragen dazu bei, den Bewohner besser zu verstehen, da immer wieder weitere Informationen hinzukommen, die zu einem besseren Verständnis des Bewohners führen können. Ergänzend erklärt sie, dass der Kontakt mit den Angehörigen zu Beginn ihrer Tätigkeit angstbesetzt war und Unsicherheiten ausgelöst hat. Dieses Erleben hat sich für sie gewandelt in einen positiveren Austausch mit den Angehörigen.

„Also ich find's ahm schön, es is noch mal so'n Außenkontakt und ganz am Anfang so in meinem Praktikum hatte ich en bissel ja Scheue oder Angst ah dann ah ja so ahm meine Meinung oder oder so Standpunkte oder so zu vertreten vor den Angehörigen, gut da war ich im Praktikum und des war ahm da war ich einfach noch net so lange hier und und war auch en bissel unsicher halt und jetzt inzwischen find ich's schön so der Austausch halt. Mer erfährt dann au immer noch was, damit mer halt vielleicht manche Sachen besser verstehen kann über den Bewohner und so und warum manche Sachen so sind und ja, also ich find es schon spannend und au ahm gut 00:05:16-4".

Rollen der Angehörigen

Frau Grenz erlebt die Angehörigen auch in einer kontrollierenden Funktion. Die Kontrolle zeigt sich dabei für sie in der Form des „Anwesend-Seins". Diese Kontrolle der Angehörigen ist auch eine Ausdrucksform der Sorge und entspringt dem Wunsch, dass der eigene Angehörige gut versorgt werden soll. Sie erklärt es sich damit, dass möglicherweise die Angehörigen nicht „loslassen können".

„Ich denk, des isch ahm schon aus Sorge und au weil die wollen halt, dass dass ah ihre Angehörigen halt so gut wie möglich halt betreut werden und manche können vielleicht auch net loslassen und ahm ja

denken halt vielleicht wenn sie da sind, dann läuft des anderst wie wenn sie net da sind, was aber net so isch, also zumindest von meiner Sicht aus kann ich des jetzt sagen, dass mir die Arbeit genau gleich machen, ob jetzt einer da isch oder ob einer halt net da isch von den Angehörigen un ahm ja, also ich ich selber wüsst jetzt von mir, ich wär vielleicht auch ein schwieriger >lacht< Angehöriger, weil ja weil ich halt au dann gern des Beste halt für meine Angehörigen haben wollt 00:17:41-2."

Das Loslassen-Können des Angehörigen ist wiederum eine Voraussetzung dafür, dass er entlastet werden kann. Dabei stellt Frau Grenz dar, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen dem Selber-gepflegt-Haben als Angehöriger und der Fähigkeit, Verantwortung abgeben können: Je mehr Angehörige selber gepflegt haben, desto weniger können sie den Bewohner in andere Hände geben. Die eigene Pflegeerfahrung von Angehörigen verstärkt die Sorge um die richtige Versorgung im Altenpflegeheim.

„Vielleicht au, ja. Ja, also ich denk es isch sicher schwierig, also eben grad wenn mer halt davor noch so viel wie möglich halt selber gemacht hat und irgendwann geht's halt nimmer und dann müssen die Angehörigen halt irgendwo in Betreutes Wohnen oder eben in en Pflegeheim, ich denk des is schon ah schwierig dann eben dieses Loslassen, des stell ich mir schwierig vor, dann einfach die Pflege und alles halt in andere Hände abzugeben, wo mer am Anfang ja die die ah des Pflegepersonal au überhaupt net kennt und ah au ja net weiß, ahh wie die sind, des denk ich schon is schon schwierig. Ahm, ja und vielleicht eben ja schon au Sorge, ob des dann alles richtig gemacht wird, wobei ich denk, mit der Zeit müsste es dann vielleicht schon bissel abnehmen, wenn die einfach sehen, dass die Bewohner halt hier gut versorgt sind und und dass es ihnen gut geht und so, dann denk ich, ja ist am Anfang vielleicht schon begründet und dann irgendwann wenn sich des aber zerschlägt, dass es halt ah ja den Bewohnern wirklich gut geht, dass mer dann vielleicht schon bissel von der Sorge halt dann abgeben könnte oder halt dann >wird immer leiser ja 00:21:27-6."

Es besteht auch die für sie berechtigte Sorge, ob bei dem eigenen Angehörigen alles richtig gemacht wird. Die Zeit und die Beobachtung, dass es dem eigenen Angehörigen gut geht, helfen, dass sich die Sorgen „zerschlagen". In Ergänzung zum Strukturlegeplan korrigiert Frau Grenz, dass es nicht um die „richtige" Versorgung, sondern um die andere Art der Versorgung geht. Manche Abläufe gestalten sich im Altenpflegeheim anders, sind aber trotzdem richtig.

Qualität der Pflege

Frau Grenz ist es wichtig, dass sie den Fragen der Angehörigen mit professionellen Antworten begegnen kann. Damit verbindet sie fachliche Informationen, die dem Angehörigen zu erkennen geben, dass die betreffende Person gut umsorgt ist. Dem Angehörigen wird dabei signalisiert, dass der Bewohner in guten Händen ist.

> *„Dass ahm, wenn halt die Angehörigen jetzt mit irgendwelchen Sorgen oder Problemen oder so kommen, dass ich dann au ah ne professionelle Antwort darauf geben kann und wenn halt net, dass ich mich erkundig und ahm dann danach halt ah ihnen ne professionelle Antwort halt geben kann, also dass sie au wissen, dass die Angehörigen, also deren Angehörige also die Bewohner dann in dem Fall halt auch bei uns in guten Händen sind* 00:07:44-5."

Aus ihrer Sicht sind die Pflegenden das Fachpersonal und damit auch verantwortlich für die direkten Ausführungen in der Versorgung der Bewohner.

> *„Also ahm 8 Was geht gar net? 10 ahm ja das zum Beispiel sich Angehörige komplett in die Pflege einmischen. Also ahm die können schon bestimmte Sachen sagen aber die Pflege also dafür sind wir Pflegepersonal ausgebildet und ahm ja, das is dann schon so, dass wir halt die Pflege übernehmen und dass es au gut isch und wichtig isch, dass wir des halt machen, weil wir halt das Fachpersonal sind. Ja 00:36:14-4*."

Einer Mitbestimmung von Angehörigen bei der Versorgung steht Frau Grenz auch eher skeptisch gegenüber. Sie argumentiert, dass es dem Pflegepersonal überlassen bleiben soll, wo die jeweiligen Spielräume für die Mitbestimmung

sind. Aus ihrer Sicht bestimmt das Pflegepersonal den Grad der Mitbestimmung.

> *„Also ich denk ein Stück weit muss des schon oder sollte des schon dem Pflegepersonal halt überlassen bleiben, eben, es gibt bestimmte Sachen wo mer halt dann sagen kann, da kann mer jetzt halt da drauf eingehen oder des kann mer vielleicht als ahm als Ratschlag oder als Hilfestellung oder wie auch immer, kann mer schon mit miteinbeziehen ahm manchmal isch der Blick ja auch ganz anderst und des hilft dann schon ahm ja, aber manchmal geht's dann schon au sehr weit. Ja. Wo dann viele Schilder au stehen, des und des muss so und hier isch des und des und ja* 00:29:39-4.“

Die permanente Ansprechbarkeit der Mitarbeiter für die Angehörigen wird von ihr als ein wichtiges Qualitätsmerkmal definiert. Dies trägt zu einem Wohlgefühl der Angehörigen bei.

> *„... von uns isch au immer halt jemand da so als Ansprechpartner un ahm ich hab eigentlich schon das Gefühl, dass die Angehörigen sich hier schon au wohlfühlen und au ja 6 ja >lacht<* 00:33:49-1.“

Konflikte

Angehörige sind eine Personengruppe mit vielen Wünschen. Diese stehen immer wieder im Konflikt mit den vorhandenen Möglichkeiten im Wohnbereich und der Verteilung der Unterstützung auf alle Mitbewohner.

> *„... ich ich mach wirklich mein Bestes oder ich versuch halt des zu machen was ich kann und mehr geht halt net und wenn dann aber jemand halt immer immer mehr erwartet, dann ja 5 hätt ich halt au net gedacht, dass manche halt die Grenzen so gar net wahren können, oder dann vielleicht für sich au nimmer überschauen können. Es gibt noch andere und dem muss mer auch recht werden und ja 00:16:13-0.“*

Konflikte werden beschrieben mit Angehörigen, die immer noch mehr wollen und mit ihren Forderungen nicht enden. Frau Grenz ergänzt auch hier den Strukturlegeplan und erläutert, dass es sich hierbei um Zusätzliches handele,

was über das Übliche hinausgeht. Der gute Wille des Pflegepersonals ist da, aber die Ressourcen sind beschränkt.

> *„Ahm, 4 ja ahm 5 wie soll ich des jetzt sagen, also eben wir jetzt als Pflegende, wir machen wirklich ahm das Beste für die Bewohner ahm wie wir's halt können und ja wie wir au Zeit haben und so und es gibt halt wirklich Angehörige, die sind dann zum Beispiel da un ahm ahm wollen dann halt's immer mehr. Irgendwie ah ja noch mehr Zeit oder noch mehr Aufmerksamkeit oder noch mehr, ja manche ahm die ah möchten dann selber auch ganz viel reden und ahm des isch manchmal au schwierig ah klar ah und machen wir das natürlich dann auch und und blocken net jemand direkt aber manchmal gibt's halt kein kein Punkt mehr oder es gibt's halt dann ja und es schwierig so im Pflegealltag, wenn mer halt dann dann seine Arbeit halt zu machen hat und dann ja, manche halt eben einfach diesen Punkt nimmer finden, wo sie halt dann aufhören, ja können oder* 00:19:23-0.“

Dass Angehörige zeitweilig auch die Teammitglieder gegeneinander ausspielen, weist ihrer Meinung nach darauf hin, dass es Grenzen braucht. Die von Angehörigen verhandelten Interessen können auch dazu führen, dass man sie an die Leitung verweist.

> *„... bei manchen muss man halt da wirklich drauf achten, dass halt die Grenzen eingehalten werden, weil's sonst en gegennander Ausspielen auch von den Teammitgliedern halt is und ahm ja ah manchmal muss mer au vorsichtig sein in dem was mer halt sagt, also da muss mer dann wirklich au auf dann die Stationsleitung überweisen oder ja bestimmte Dinge halt ahm die dann am besten ja sie halt dann mit den Angehörigen direkt klärt oder ja* 00:14:28-6.“

Konfliktthemen, die Frau Grenz wahrnimmt, sind z. B. die Uhrzeit für das Ins-Bett-Bringen, Fragen der Dekoration im Bewohnerzimmer oder der Kleidung des Bewohners. Sie bewertet dies als Kleinigkeiten.

> *„... zum Beispiel um irgendwelche Dekorationssachen halt im Zimmer, dass die am richtigen Platz stehen oder irgendwie kleidungmäßig halt ah dass jemand das und das doch anziehen soll oder ja solche*

Sachen. Aber des sind eigentlich meistens dann eher so ja, so Kleinigkeiten 00:23:37-1."

Absprachen und Strukturen helfen und könnten Konflikte verhindern. Auf jeden Fall hilft eine vorhandene Struktur, Position zu beziehen.

„Also in manchen Sachen is's wahrscheinlich schon so 4 ne Struktur halt oder eben dass es halt manchmal klar isch, ok ah ja wie jetzt eben bei diesem jüngeren Bewohner mit seiner Mutter halt, dass es einfach klar isch, dass es viele gibt die über achtzig, neunzig, ja an die hundert halt sind und dass es zum Beispiel nach em Mittagessen halt ahm dass die sehr müde sind halt und dass deshalb halt ah oft dann die zuerst halt ins Bett kommen weil die einfach schon schwächer sind oder halt älter, oder ja und solche Sachen sind dann au geklärt oder die wurden halt dann mal besprochen im Team und au mit der Stationsleitung und ah ja da isch's halt dann einfach klar vorgegeben, so und so isch es halt und dann, ja wird es au halt so gehandhabt. Und das denk ich, is schon ne Hilfe wie wenn halt dann wirklich jeder Pflegende des anderst machen würd und des denk ich isch sehr verwirrend dann. Ja 00:25:17-8."

Zusammenarbeit

Wenn Frau Grenz berichtet, das Pflegende die Rolle der Angehörigen innehaben, dann bezieht sie sich auf die Übernahme von Pflegetätigkeiten, die Angehörige vor dem Heimeinzug in der Häuslichkeit selber geleistet haben. Sie erklärt, dass es im Altenpflegeheim keiner Mitarbeit von Angehörigen in der Pflege bedarf. In der Besprechung des Strukturlegeplanes beim zweiten Interviewtermin ergänzt sie jedoch einige mögliche Aktionen zur Mithilfe.[467]

„Nee, also manchmal ah gibt's dann schon Angehörige, die halt dann ihre Angehörigen >lacht< dann schon in's Bett legen nach em Abendessen oder so, des gibt's schon, aber die Pflege ah oder oder mal Zähne putzen oder so, des machen manche schon au, aber es

[467] Diese Ergänzung ist identisch mit einer Textpassage, die bei einer der mehrmaligen Textdurchgänge dann erfasst werden konnte, jedoch in dem ersten Entwurf des Strukturlegeplanes noch nicht abgebildet war. Dies spricht für das in der Methode zu Grunde gelegte Menschenbild des reflexiven Subjektes.

isch eher selten und meistens machen wir des schon >wird immer leiser< 00:28:34-5."

Eine Form der Zusammenarbeit mit Angehörigen zeigt sich im Informationen geben und bei der Biografieerstellung.

„Also ja, wir haben ahm, wir arbeiten ja sehr viel mit Biografie, Biografiearbeit halt, es gibt eigentlich au über jeden Bewohner ne Biografie und oft isch es dann au so, dass die Angehörigen das halt schreiben oder des wird mit dem Bewohner zusammen gemacht, oder der Bewohner isch noch selber so orientiert, dass er des halt selber machen kann und ahm >räuspert sich< also, ja da wird schon danach gearbeitet. Also wenn dann halt jemand Zeit seines Lebens ganz früh aufgestanden ist, dann wird des schon geguckt, dass halt im Pflegealltag das so isch, dass der halt dann auch relativ früh aufstehen kann und dann wird schon mit den Angehörigen dahingehend zusammengearbeitet, ja dass sie halt dann au solche Sachen, ja wenn des der Bewohner halt zum Beispiel nimmer selber weiß, dass sie das dann au mitteilen können 00:27:39-2."

Dabei kommt es dann auch zu Gesprächen zu dritt.

„... ja es gibt's immer mal wieder Momente wo man sich halt dann zu dritt unterhält mit dem Bewohner, mit dem Angehörigen und mit der Pflegekraft halt, das würd ich schon, des is schon so gemeinsam kommunizieren halt und ahm 3 ja fällt mir jetzt grad 00:39:08-6."

Aus ihrer Sicht sind gemeinsame Tätigkeiten von Angehörigen und Mitarbeitern eine Voraussetzung dafür, dass Angehörige überhaupt den Umgang mit den Bewohnern sehen. Auch der Bewohner kann so erkennen, dass hier zusammengearbeitet wird.

„Ahhm, ich denk des alles verfestigt noch mal vielleicht au des Verhältnis zwischen Bewohner, Angehöriger und Pflegekraft, also dass die Bewohner au sehen, die Pflegekräfte die arbeiten au mit den Angehörigen zusammen und die Angehörigen sehen wie mer mim Bewohner umgeht und wir als Pflegekraft sehen vielleicht au ahm wie die Angehörigen dann halt wiederum mim Bewohner umgehen oder anderstrum und ja 00:41:15-9."

Einerseits wird die Mitwirkung durch Angehörige z. B. beim Reichen von Essen oder Trinken mit einer Entlastung für die Mitarbeiter gleichgesetzt, andererseits ist eine Mitwirkung nur bedingt möglich, da die Angehörigen die Standards nicht kennen.

> *„Es is sehr ahm unterschiedlich, also manche manchmal isch es sehr entlastend wenn die Angehörigen kommen, weil sie einem auch viel abnehmen und ah grad dann auch beim Essen behilflich sind oder beim Trinken halt und ah ja, oder ah sich halt viel beschäftigen, auch spazieren gehen, runter in den Garten oder so und ahm die Bewohner sich dann auch oft sehr freuen, wenn halt dann jemand der ihnen nahe isch kommt und ja. Ja manchmal is auch anstrengend >lacht<* 00:02:09-4."

Angehörigen laufen Gefahr, sich in die Pflege einzumischen. Dies kann zum Konflikt führen.

> *„Also ahm 8 Was geht gar net? 10 ahm ja das zum Beispiel sich Angehörige komplett in die Pflege einmischen. Also ahm die können schon bestimmte Sachen sagen aber die Pflege also dafür sind wir Pflegepersonal ausgebildet und ahm ja, das is dann schon so, dass wir halt die Pflege übernehmen und dass es au gut isch und wichtig isch, dass wir des halt machen, weil wir halt das Fachpersonal sind. Ja* 00:36:14-4."

Daher muss es Grenzen geben, was die Zusammenarbeit bzw. die Mitwirkung angeht. Standards und Hygieneregeln werden als Argument aufgeführt.

> *„Also es muss schon Grenzen geben. Die sind net also eben mer kann auf bestimmte Sachen halt eingehen un ahm da kann mer schon au entgegenkommen und so aber es gibt schon ja Sachen die sind halt einfach so und ahm ja 5 ja zum Beispiel au in der Küche ham mir halt jemand der schöpft des Essen und wenn jetzt a jeder Angehörige käm und da sich selber für den Angehörigen dann seinen Teller machen würd, des würd zum Beispiel au net gehen* 00:36:55-4."

Obwohl Angehörige viele Informationen haben und die Möglichkeiten in einem Altenpflegeheim kennen, ist dies nicht gleichzusetzen mit dem Erkennen von bestimmten Situationen oder einem rücksichtsvollen Handeln.

„Das is au sehr unterschiedlich, ich denk ahm manche oder ja nee manche muss ich eigentlich schon sagen, weil es isch net die Mehrheit, hätten schon gern Einzelbetreuung. Also obwohl sie wahrscheinlich wissen, dass das net geht, aber ahm ja die hätten gern so ne Rundum-Einzelbetreuung halt >lacht< 00:22:36-7."

Frau Grenz beschreibt einen weiteren Unterschied in den Perspektiven, die die Beteiligten einnehmen können. Die Angehörigenperspektive zeigt sich darin, dass sie den Blick auf eine Person haben, die Mitarbeiter nehmen alle Bewohner in den Blick.

„... ich mach wirklich mein Bestes oder ich versuch halt des zu machen was ich kann un mehr geht halt net und wenn dann aber jemand halt immer immer mehr erwartet, dann ja 5 hätt ich halt au net gedacht, dass manche halt die Grenzen so ganz wahren können, oder dann vielleicht für sich au nimmer überschauen können. Es gibt noch andere und dem muss mer auch recht werden und ja. 00:16:13-0."

Der Begriff des „schwierigen Angehörigen" wird von Frau Grenz selbst eingeführt. Damit beschreibt sie jene Angehörige, die immer noch mehr Zeit und Aufmerksamkeit benötigen. Dies zeigt sich für sie in einem sehr hohen Redebedarf der Angehörigen.

„Ahm, 4 ja ahm 5 wie soll ich des jetzt sagen, also eben wir jetzt als Pflegende, wir machen wirklich ahm das Beste für die Bewohner ahm wie wir's halt können und ja wie wir au Zeit haben und so und es gibt halt wirklich Angehörige, die sind dann zum Beispiel da un ahm ahm wollen dann halt's immer mehr. Irgendwie ah ja noch mehr Zeit oder noch mehr Aufmerksamkeit oder noch mehr, ja manche ahm die ah möchten dann selber auch ganz viel reden und ahm des isch manchmal au schwierig ah klar ah und machen wir das natürlich dann auch und und blocken net jemand direkt aber manchmal gibt's halt kein kein Punkt mehr oder es gibt's halt dann ja und es schwierig so im Pflegealltag, wenn mer halt dann dann seine Arbeit halt zu machen hat und dann ja, manche halt eben einfach diesen Punkt nimmer finden, wo sie halt dann aufhören, ja können oder 00:19:23-0."

Angehörigenarbeit

Für die Angehörigenarbeit sind die vielfältigen bewohnerbezogenen Informationen, die von Angehörigen kommen, eine wichtige Voraussetzung. Für Frau Grenz ist Angehörigenarbeit auch für alle Mitarbeiter möglich. Alle Beteiligten und Kollegen können ihre Perspektive auf den Bewohner kundtun und die Arbeit bündelt sich nicht nur bei einer Person. Die Angehörigenarbeit zielt hier auf ein Informationsbedürfnis der Angehörigen über den Bewohner.

> *„Also ich denk des sollt jetzt net so auf einer Person alleine oder soll jetzt net eine Person allein machen, weil's gibt ja auch verschiedene Bereiche halt, wie jetzt die Sozialbetreuung und die ahm kriegen ja ganz andere Seiten dann au wieder von en Bewohnern mit und oder in der Pflege halt kriegt man ja au andre Seiten mit, dann die Stationsleitung >Geräusche im Hintergrund< oder die Bereichsleitung oder wie au immer jetzt die ja kriegt halt e jeder so en bissel andere Einblicke und von dem her denk ich ahm isch es auch gut, ja wenn mer ahm wenn mer überall mal ne Frage stellen kann oder wenn mer halt's wenn des einfach net nur an einer Person hängt 00:51:04-5.“*

Die bereits dargestellten und von ihr gewünschten Strukturen haben zum Ziel, Konflikte zwischen Angehörigen und Mitarbeitern zu vermeiden. Die Sozialbetreuung hat bei ihr eine kompensatorische Funktion zu den Angehörigenkontakten. Je weniger Angehörigenkontakt ein Bewohner hat, desto mehr greifen die Aktivitäten in der Sozialbetreuung. Auf die Frage, inwieweit Pflegepersonal ein Ersatz für Angehörige ist, erläutert sie:

> *„Ah, nee, nee, nee. Also mer kann schon einiges abfangen, und mir haben ja au ne Sozialbetreuung oder mehrere Sozialbetreuung und au viele Menschen die jetzt so noch ehrenamtlich kommen un halt vorlesen oder halt Spiele machen oder auch Ausflüge oder so und des isch hier schon find ich sehr gut gehandhabt, dass halt au die Leute, die jetzt vielleicht weniger Angehörige haben oder die weniger Besuch kriegen, dass die schon au so ah in solche Aktivitäten dann auch ahm reinkommen wenn sie des möchten. Also des find ich schon gut, also es isch jetzt net so, dass die halt dann einfach kein Besuch kriegen und dann isch es halt so, sondern des wird schon*

geschaut, dass jeder irgendwie genug soziale Kontakte halt 00:10:39-6.“

12.9.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Grenz

Tabellarische Darstellung der Konzepte entsprechend den inhaltlichen Themenbereichen

Themenbereiche	**Konzepte**	**Anzahl**
Bedeutung der Angehörigen	1. Angehörige sind „außen“. 2. Jeder Angehörige ist anders. 3. Es wird immer mehr erwartet (von den Angehörigen). 4. Besuche von Angehörigen führen dazu, dass sich Bewohnern freuen. 5. Besuche sind Voraussetzung für das Wohl der Bewohner (Sahnehäubchen). 6. Mein Austausch und Kontakt mit Angehörigen führt dazu, dass ich den Bewohner besser verstehe. 7. Mein Austausch und Kontakt mit Angehörigen verstärkt Informationen über Bewohner. 8. Die Bedeutung der Angehörigen bezieht sich auf den Bewohner.	**8 Konzepte**
Rollen	9. Die kontrollierenden Angehörigen sind gleichbedeutend mit dem „Sich-Sorgen“. 10. Kontrollierende Angehörige zeigen sich durch ihre Anwesenheit. 11. Kontrollierende Angehörige können nicht loslassen. 12. Abgeben-Können der Angehörigen ist Voraussetzung für ihre Entlastung. 13. Je mehr Angehörige selber gepflegt haben, desto weniger können sie loslassen und in andere Hände geben. 14. Je mehr Angehörige selber gepflegt haben, desto stärker ist die Sorge um die richtige Versorgung. 15. Die Zeit (Heimaufenthalt) hilft, abgeben zu können.	**7 Konzepte**
Qualität der Pflege	16. Pflegende sind fachlich (Fachpersonal).	**4 Konzepte**

	17. Mitbestimmung der Angehörigen bei der Versorgung ist gegenseitig abhängig vom jeweiligen Pflegepersonal. 18. Immer ansprechbar sein führt dazu, dass Angehörige sich aufgehoben fühlen. 19. Mit Fragen von Angehörigen professionell umgehen führt dazu, dass Angehörige wissen, dass der Bewohner in guten Händen ist.	
Konflikte	20. Angehörige haben viele Wünsche, die im Konflikt mit den Möglichkeiten im Wohnbereich stehen. 21. Angehörige verhandeln ihre Interessen. Dies führt dazu, dass man sie an die Leitung verweist. 22. Eine Struktur hilft Position zu beziehen. 23. Standpunkte zu vertreten ist Voraussetzung für einen Angehörigenkontakt. 24. Angehörige spielen Team gegeneinander aus. Dies weist darauf hin, dass es Grenzen braucht. 25. Angehörige spielen Team gegeneinander aus. Dies weist darauf hin, dass Absprachen und Strukturen helfen.	**6 Konzepte**
Zusammenarbeit	26. Pflegende haben die Rolle der Angehörigen inne (die von früher) und das weist darauf hin, dass Angehörige in der Pflege nicht mitarbeiten. 27. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen zeigt sich im Informationen geben (Biografie). 28. Die Zusammenarbeit zeigt sich in Gesprächen zu dritt (Bewohner-Angehöriger-Mitarbeiter). 29. Gemeinsame Tätigkeiten von Angehörigen und Mitarbeitern sind Voraussetzung, dassAngehörige den Umgang mit dem Bewohner sehen. 30. Bewohner sieht, dass Mitarbeiter und Angehörige zusammenarbeiten. 31. Mitwirkung der Angehörigen ist nur bedingt möglich. Das weist darauf hin, dass Angehörige die Standards nicht kennen. 33. Einmischen der Angehörigen in die Pflege führt zu einem Konflikt. 34. Angehörige benötigen Zeit und Aufmerksamkeit. Es zeigt sich darin, dass sie viel reden möchten. 35. Bewohner sieht, dass Mitarbeiter und Angehörigen zusammenarbeiten.	**13 Konzepte**

	36. Wissen/Information der Angehörigen ist nicht gleichzusetzen mit dem Erkennen oder Rücksicht-Nehmen. 37. Angehörigenperspektive zeigt sich im Blick auf den Bewohner. 38. Mitarbeiterperspektive zeigt sich im Blick auf alle Bewohner.	
Angehörigen-arbeit	39. Vielfältige Informationen von Angehörigen sind Voraussetzungen, damit Angehörigenarbeit für alle möglich wird. 40. Vorgegebene Strukturen haben zum Ziel, dass Konflikte zwischen Angehörigen und Mitarbeiter vermieden werden. 41. Je weniger Bewohner- und Angehörigenkontakt, desto mehr Aktivitäten in der Sozialbetreuung. 42. Pflegepersonal ist kein Angehörigenersatz.	**4 Konzepte**
6 Themen-bereiche		**42 Konzepte**

12.9.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien

12.9.5.1 Darstellung in Tabellenform

Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Grenz	**Zusammenfassung von Konzepten**	**Kategorien** Transformation der Konzepte in eine weitere Abstraktionseinheit
1. Angehörige sind „außen“. 2. Jeder Angehörige ist anders. 3. Es wird immer mehr erwartet (von den Angehörigen). 9. Die kontrollierenden Angehörigen sind gleichbedeutend mit dem „Sich-Sorgen“. 10. Kontrollierende Angehörige zeigen sich durch ihre Anwesenheit. 11. Kontrollierende Angehörige können nicht loslassen.	Angehörige sind keine homogene Gruppe. Gemeinsam ist ihnen jedoch eine hohe Erwart-ung an die Versorgung und ihre externe Position. Sie sind außen. Rational betrachtet verhandeln Angehörige ihre und die Interessen der Bewohner. Trotzdem wirken sie „unersättlich“ und können z. B. durch Kontrolle zur Bedrohung werden.	**Grenzziehungen** Marginalisierung der Angehörigenposition Grenzen setzen im Umgang mit Angehörigen

20. Angehörige haben viele Wünsche, die im Konflikt mit den Möglichkeiten im Wohnbereich stehen. 21. Angehörige verhandeln ihre Interessen. Dies führt dazu, dass man sie an die Leitung verweist. 22. Eine Struktur hilft Position zu beziehen. 23. Standpunkte zu vertreten ist Voraussetzung für einen Angehörigenkontakt. 24. Angehörige spielen Team gegeneinander aus. Dies weist darauf hin, dass es Grenzen braucht. 25. Angehörige spielen Team gegeneinander aus. Dies weist darauf hin, dass Absprachen und Strukturen helfen. 33. Einmischen der Angehörigen in die Pflege führt zu einem Konflikt. 36. Wissen/Information der Angehörigen ist nicht gleichzusetzen mit dem Erkennen oder Rücksicht nehmen.	Eine Marginalisierung ihrer Position hilft gegen eine mögliche Bedrohung. Umso wichtiger ist es dann, eine eigene Position beziehen und die Grenzen ziehen können. Klare Normen, Absprachen und Strukturen sind auch Grenzen, in denen sich Mitarbeiter und das Team bewegen und die Angehörigenwünsche verhandeln können. Konflikte können delegiert werden (organisationale Praxis). Diese Absprachen sind auch wichtig, damit Teammitglieder nicht durch die Angehörigenwünsche auseinanderdividiert werden. Man kann sich auf eine gemeinsame Position beziehen.	
12. Abgeben-Können der Angehörigen ist Voraussetzung für ihre Entlastung. 13. Je mehr Angehörige selber gepflegt haben, desto weniger können sie loslassen und in andere Hände geben. 14. Je mehr Angehörige selber gepflegt haben, desto stärker ist die Sorge um die richtige Versorgung. 15. Die Zeit (Heimaufenthalt) hilft, abgeben zu können. 16. Pflegende sind fachlich (das Fachpersonal). 17. Mitbestimmung der Angehörigen bei der Versorgung ist gegenseitig abhängig vom jeweiligen Pflegepersonal. 19. Mit Fragen von Angehörigen professionell umgehen führt dazu, dass	Angehörige tun sich schwer, ihre Verantwortlichkeiten abzugeben. Sie sind stets in Sorge. Eine Entlastung gelingt nur, wenn Verantwortung an Fachpersonal abgeben wird. Pflegemitarbeiter sind professionell und wissen um die Bedürfnisse der Bewohner. Daher ist eine Mitwirkung auch nicht wirklich erwünscht und verstärkt die Aufteilung in getrennte Verantwortlichkeiten. Es wird eine Differenzierung vorgenommen in Angehörige als Laien und Pflegende als Profis. Jeder mit seinen	**Differenzierung** Konzeption von Laien und Experten Konzeption von getrennten Verantwortlichkeiten

Angehörige wissen, dass der Bewohner in guten Händen ist. 26. Pflegende haben die Rolle der Angehörigen inne (die von früher) und das weist darauf hin, dass Angehörige in der Pflege nicht mitarbeiten. 31. Mitwirkung der Angehörigen ist nur bedingt möglich. Das weist darauf hin, dass Angehörige die Standards nicht kennen. 37. Angehörigenperspektive zeigt sich im Blick auf den Bewohner. 38. Mitarbeiterperspektive zeigt sich im Blick auf <u>alle</u> Bewohner. 41. Je weniger Bewohner- und Angehörigenkontakt, desto mehr Aktivitäten in der Sozialbetreuung. 42. Pflegepersonal ist kein Angehörigenersatz.	Verantwortlichkeiten. Angehörige sind für soziale Betreuung zuständig und die Pflegemitarbeiter eher für die „körperbezogenen“ Tätigkeiten. Die Perspektiven sind auch unterschiedlich. Angehörige haben ihre eigenen Bewohner im Blick, die Mitarbeiter alle Bewohner der Wohngruppe.	Konzeption von unterschiedlichen Perspektiven
4. Besuche von Angehörigen führen dazu, dass sich Bewohnern freuen. 5. Besuche sind Voraussetzung für das Wohl der Bewohner (Sahnehäubchen). 6. Mein Austausch und Kontakt mit Angehörigen führt dazu, dass ich den Bewohner besser verstehe. 7. Mein Austausch und Kontakt mit Angehörigen verstärkt Informationen über Bewohner. 8. Die Bedeutung der Angehörigen bezieht sich auf den Bewohner. 39. Vielfältige Informationen von Angehörigen sind Voraussetzungen, damit Angehörigenarbeit für alle möglich wird. 18. Immer ansprechbar sein führt dazu, dass Angehörige sich aufgehoben fühlen. 27. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen zeigt sich im	Angehörige sind für den Bewohner bedeutsame Beziehungspartner. Die Kommunikation mit Angehörigen dient einem besseren Zugang zum Bewohner und wird somit für die Mitarbeiter nützlich. Kommunikation vermittelt Angehörigen Sicherheit. Unterscheidung: Gesprächstriade und eine Mitwirkungsdyade.	**Angehörige sind** (zweckdienliche) **Partner** Beziehungspartner für den Bewohner Informationsgeber für Mitarbeiter

Informationen geben (Biografie). 28. Die Zusammenarbeit zeigt sich in Gesprächen zu dritt (Bewohner-Angehöriger- Mitarbeiter). 29. Gemeinsame Tätigkeiten von Angehörigen und Mitarbeiter sind Voraussetzung, damit Angehörige den Umgang mit dem Bewohner sehen. 30. Bewohner sieht, dass Mitarbeiter und Angehörigen zusammenarbeiten. 34. Angehörige benötigen Zeit und Aufmerksamkeit. Es zeigt sich darin, dass sie viel reden möchten. 30. Bewohner sieht, dass Mitarbeiter und Angehörige zusammenarbeiten.	Zusammenarbeit schafft Vertrauen für Bewohner.	

12.9.5.2 Interpretative Zusammenfassung der subjektiven Theorie von Frau Grenz

Folgende Leitideen von Frau Grenz lassen sich zusammenfassend darstellen. Sie stellen einen Bestimmungsversuch ihrer Subjektiven Theorie dar.

Grenzziehungen

Für Frau Grenz gehören die an sich verschiedenen Angehörigen nur bedingt in die Welt „Pflegeheim“. Mit der Positionierung der Angehörigen in ein „Außen“ und der Mitarbeiter und Bewohner in ein „Innen“ wird eine Differenzierung und damit einhergehend eine Marginalisierung der Angehörigen vorgenommen. Angehörige sind wie Fremde, die nicht in diese Welt gehören.[468] Angehörige werden hier zu „Außenposten“, die nur bei bestimmten Voraussetzungen, z. B. wenn sie Informationsträger sind, zugelassen werden. Mit dieser Distanzierung wird ein Innenraum geschaffen, der im positiven Sinne Zugehörigkeit und Stabilität verschaffen kann. Gleichzeitig wirkt dies ausgrenzend und feudal und

[468] Vgl. Die Befunde von Koch-Straube, U. (2002): Fremde Welt Pflegeheim: Eine ethnologische Studie.

entspricht nicht einem partizipativen Verständnis von angehörigen-integrierenden Konzepten der Versorgung.

Die Grenzziehung steckt auch den Raum für Verantwortung ab und hilft, dass die eigene Qualität der Arbeit erkennbar wird. Sie schützt gleichzeitig vor Verletzungen und Grenzüberschreitung durch andere. Eine Marginalisierung der Angehörigenposition hilft gegen eine mögliche Bedrohung, denn Angehörige können „unersättlich“ sein und z. B. durch gehäufte Kontrolle zur Bedrohung werden.

Eine Integration der Angehörigen geschieht vor dem Hintergrund der Nützlichkeit für Mitarbeiter und Bewohnern. Angehörige werden von Frau Grenz funktional betrachtet. Sie sind Informationsgeber (für biografische Informationen), können Mitarbeiter entlasten durch die Übernahme von vorab definierten betreuerischen Tätigkeiten und sind für das Wohlbefinden des Bewohners bedeutsam.

Entsprechend der Trennungslinien in ein Außen und Innen und in Tätigkeits- und damit Verantwortungsbereiche, die nur den Mitarbeitern obliegen, ist eine solche Grenzziehung eine wichtige und schützende Maßnahme. Vor dem Hintergrund einer Berufsanfängerin sind die auch zum Teil normativ begründeten Grenzziehungen (z. B. Verweis auf Standards) erklärbar. Gegebenenfalls ist es Berufsanfängern auch eher möglich, sich auf die dyadische und nicht auf die triadische Beziehung zu konzentrieren. Triadische Beziehungen stellen eine komplexere Anforderung dar und erfordern ggf. ein Triangulieren in der Beziehungsarbeit.

Aus dieser Perspektive kann es schwer werden sein, mit dem bedrohlichen Szenario (Angehörige sind grenzenlos, verfolgen sowieso nur ihre eigenen Interessen) klarzukommen und als Teil der beruflichen Tätigkeit das partnerschaftliche Aushandeln von Interessenslagen zu sehen. Aus Frau Grenz’ Sicht ist sogar das Team in Gefahr, da den Angehörigen auch hier ein bedrohliches Spaltungspotenzial zugeschrieben wird.

Von Angehörigen werden Erwartungen und Interessen geäußert. Diese werden so erlebt, dass Frau Grenz froh ist, auf gewisse Betriebsroutinen zurückgreifen zu können. Vorgegebene Strukturen und Grenzen können so wie ein Beitrag zur Konfliktvermeidung sein. Sie muss sich zu den Erwartungen der

Angehörigen verhalten und benötigt eigene Standpunkte, die man möglicherweise als Berufsanfänger noch gar nicht entwickelt hat. Daher liegt es nahe, diese „Schwierigkeit“ bzw. diese Anforderung auch zu delegieren und an die Leitungspersonen zu verweisen. Kommt es zu Konflikten mit Angehörigen, kann der Konflikt im Sinne einer eingeführten organisationalen Praxis auch delegiert werden an die nächste Leitungsebene.
Kommt es zu einem eher unerwarteten positiven Umgang mit Angehörigen, so führt dies zu einer sogenannten „Positivschleife“. Dieser von ihr verwendete Begriff könnte stellvertretend für eine andere Form der Angehörigen-begegnung stehen, die von gegenseitiger Anerkennung, Vertrauen und Wertschätzung geprägt und weniger von Grenzziehungen beeinflusst ist.
Eigentlich könnte die Anwesenheit von Angehörigen positiv erlebt werden. Frau Grenz verbindet damit eher Kontrolle, die vielleicht aus einer eigenen gefühlten Unsicherheit kommt. Diese Kontrolle der Angehörigen erklärt sie sich mit einem „Nicht-loslassen-Können“ der Angehörigen. Nur wenn Angehörige „loslassen“, können sie eine Entlastung erfahren, und fast möchte man sagen: auch für Frau Grenz zu einer Entlastung beitragen.Im Verständnis der getrennten Verantwortlichkeiten sind eine nachlassende Kontrolle und damit eine geringere Besucherfrequenz auch als Entlastung für sie als Mitarbeiterin zu deuten.

Differenzierung in der Konzeption von Laien und Experten und von getrennten Verantwortlichkeiten

Frau Grenz favorisiert getrennte Verantwortungsbereiche. Aussagen zu Formen von gemeinsamer, geteilter Sorge und einer Anerkennung der Kompetenzen von Angehörigen sind in dieser Subjektiven Theorie nicht vorhanden. Kompetenzen im Sinne einer Fachlichkeit schreibt sie ausschließlich den Mitarbeitern zu und nicht den Angehörigen. Angehörige sind in ihren Vorstellungen für einfache Handreichungen bei den Mahlzeiten denkbar, ansonsten mögen sie sich bei ihren Besuchen auf die soziale Betreuung konzentrieren. Die pflegerischen Tätigkeiten sind den Mitarbeitern vorbehalten. Somit sind Angehörige für die soziale Betreuung zuständig und die Pflegemitarbeiter für die „körperbezogenen“ Tätigkeiten. Die Pflegemitarbeiter sind professionell und wissen um die Bedürfnisse der Bewohner. Angehörige

sind Laien. Mitarbeiter wollen nur das Beste für den Bewohner und wissen genau, was dieses ist. Aus ihrer Sicht sind die Pflegenden das Fachpersonal und damit auch verantwortlich für die direkten Ausführungen in der Versorgung der Bewohner. Mit diesen Aussagen findet keinerlei Kompetenzanerkennung der Angehörigen statt. Vor diesem Hintergrund sind dann gemeinsame Tätigkeiten auch schwer vorstellbar und eine Mitwirkung nur bedingt erwünscht. Die Exlusivität der Mitarbeiter und damit Trennung der Verantwortlichkeiten wird auch dadurch dargelegt, dass Angehörige eine Beziehung zum Bewohner haben, die vom Pflegepersonal nicht ersetzt werden kann und die Mitarbeiter eine Fachlichkeit haben, die von den Angehörigen nicht ersetzt werden kann. Auch die unterschiedlichen Perspektiven sind relevant. Angehörige haben ihre eigenen Bewohner im Blick, die Mitarbeiter alle Bewohner der Wohngruppe

Angehörige sind (zweckdienliche) Partner

Einerseits wird die Mitwirkung durch Angehörige, wie z. B. Unterstützung beim Essen oder Trinken, einer Entlastung für die Mitarbeiter gleichgesetzt, andererseits ist eine Mitwirkung nur bedingt möglich, da die Angehörigen die Standards nicht kennen. Aus Frau Grenz' Perspektive sind die Formen der Mitbestimmung und des Mittätig-Seins abhängig vom Pflegepersonal. Ideen von gemeinsamen und partnerschaftlichen Aushandlungsprozessen zur Frage von gewünschtem Mitwirken von Angehörigen werden nicht benannt. Damit stellt sie sich über die Angehörigen und zeigt keinen partnerschaftlichen Umgang. Abhängigkeiten der Angehörigen werden dadurch vergrößert und können machtvoll wirken. Die Argumentationen der Fachlichkeit und der Gesamtverantwortung lassen wenig Raum für ein Miteinander. Ein Blick auf eine „gemeinsame Sorge" ist damit auch eher nicht vorhanden. Vermutlich ist bei Berufsanfänger das „Besetzen" von Tätigkeiten und eine Abgrenzung gegenüber den sogenannten Laien ein wichtiger Prozess zur (eher kritisch zu sehenden) beruflichen Identitätsbildung. Mit bestimmten Tätigkeiten wird man als kompetent erkannt und kann sich darüber auch definieren. Da in der stationären Altenhilfe die Ausführung von bestimmten Tätigkeiten auch mit formalen Kompetenzen verbunden ist, kann es auch erstrebenswert sein, sich über Befugnisse und Tätigkeiten zu unterscheiden. Angehörige sind als Beziehungspartner für den Bewohner bedeutsam. Für Mitarbeiter stehen sie in

der Funktion eines Informationsgebers. Damit dient Kommunikation mit Angehörigen einem besseren Zugang zum Bewohner und wird somit wieder für Mitarbeiter nützlich. Für Frau Grenz ist eine Gesprächstriade vorstellbar, eine Mitwirkungstriade dagegen eher nicht.

12.9.6 Zusammenfassung

Die Erklärungen und Motive von Frau Grenz sind nachvollziehbar und zeigen eine implizite Argumentationsstruktur. Alle Funktionen wie Beschreibung, Erklärung, Prognose und Technologie sind in dieser Subjektiven Theorie vorhanden. Die differenzierte Sichtweise auf Angehörige lässt die Ambivalenz zu, Angehörige einerseits als wichtige Partner zu sehen, sie aber gleichzeitig in dem eigenen beruflichen Handeln wenig zu berücksichtigen. Das verantwortliche berufliche Handeln geht einher mit einer Marginalisierung der Angehörigen und ihrer Funktionen. Die Motivlage für ein berufliches Handeln ist eher von Ausgrenzung als von Integration und Kooperation geprägt.

12.10 Subjektive Theorie von Frau Blutdruck

Motto: *„Für einen Topfdeckel war eine richtige Krise.*"

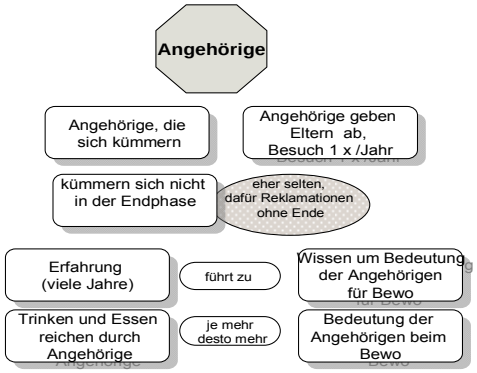
> *„Wenn wir mit den Angehörigen nicht auskommen können, dann dann kann man diese Arbeit nicht mehr machen. Irgendwie nach meiner Meinung nach. Was ah manchmal ich spüre nur dass dass wie diese Angehörige anstrengend ist. Ich darf das nicht zeigen eigentlich. Die weiß das gar nicht, dass sie so, die merkt das gar nicht, dass sie anstrengend ist. Sie denkt, dass sie ideal ist, und ich darf das nicht zeigen, dass ah dass hab ich Blutdruck zweihundert bald*
> 01:07:40-5*.“*

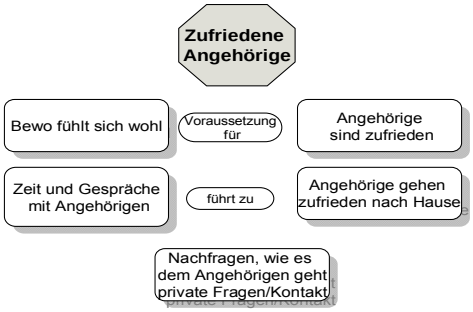
12.10.1 Kurzbeschreibung Frau Blutdruck

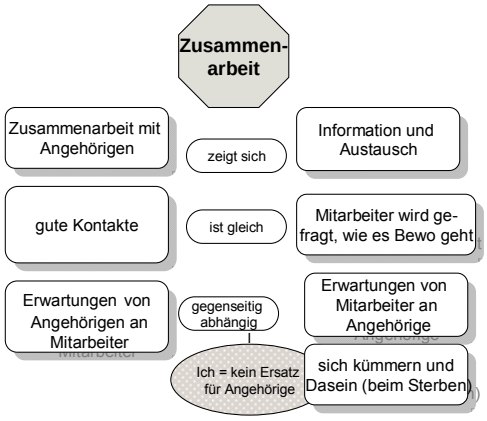
Frau Blutdruck, 63 Jahre alt, ist verwitwet und hat einen erwachsenen Sohn. Die ehemalige Büroangestellte aus Rumänien lebt seit 22 Jahren in Deutschland und ist seit 19 Jahren in der Einrichtung als Pflegehelferin tätig.

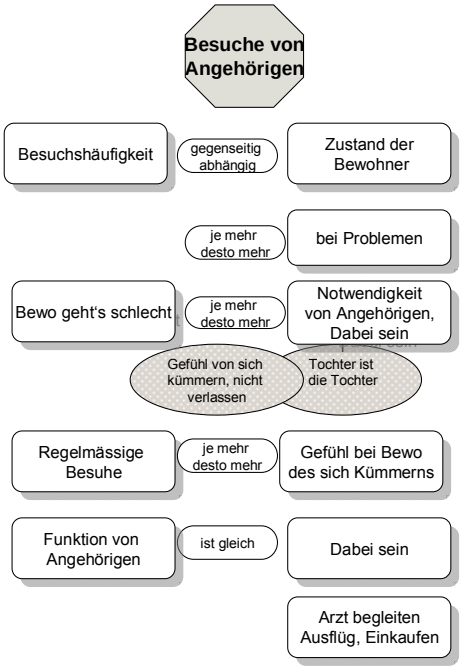
Sie geht in 1,5 Jahren in den Ruhestand und hat Pläne, dann zu ihrem Sohn zu ziehen. Sie spricht drei Sprachen. Gerne hätte sie auch eine pflegerische Ausbildung gemacht, dies ist ihr leider finanziell nicht möglich gewesen. Das Interview zeichnet sich durch eine lange Redezeit (Gesamtzeit 78 Minuten) und viele lange Monologe aus. Der Interviewverlauf ist fließend, jedoch ist die Sprach- und Sprechssituation durch den Migrationshintergrund nicht immer präzise. Auch stellt es sich als schwierige Aufgabe dar, Frau Blutdruck auf die gewünschten Interviewfragen hin zu orientieren. Gerne springt sie von Erzählepisode zu Erzählepisode. Die Schilderungen sind mit vielen Alltags-erlebnissen ausgeschmückt. Die Interviewfragen werden weniger mit fachlichen Aspekten, dafür aber in einem ausgeprägt narrativ Erzählstil beantwortet. Zu Beginn und am Ende der Interviewphase kommt es zu einer zeitintensiven Metakommunikation. Die ersten 20 Minuten des Interviews hat sie fast alleine bestritten. Viele persönliche und biografische Erlebnisse fließen in das Interview ein, die insbesondere auch mit den eigenen Eltern zu tun haben, die sie in Rumänien zurücklassen musste. Der familiäre Bogen wird vom den verstorbenen Eltern in Rumänien, dem als Schwerkranken bereits verstorbenen Ehemann bis zum Sohn gespannt. Ihre Themen in dem Interviews lassen sich bündeln in die Schwerpunkte Angehörige, Besuche von Angehörigen, zufriedene Angehörige, Zusammenarbeit, Kritik und Konflikt. Ihre Schilderungen sind stark von der Ich-Erzähl-Perspektive geprägt und beinhalten erlebte Situationen mit Angehörigen und Bewohnern.

12.10.2 Strukturlegeplan









12.10.3 Feinanalyse – Verbalisierung des Strukturlegeplans

Angehörige

Frau Blutdruck differenziert zwischen den Angehörigen. Es gibt Angehörige, die sich kümmern und regelmäßig zu Besuch kommen und es gibt Angehörige, die ihre Eltern in der Einrichtung abgeben und nur ab und an zu Besuch kommen, manchmal sogar nur ein Mal im Jahr. Als bedeutsam hebt sie hervor, dass es auch Angehörige gibt, die sich in der Sterbephase nicht kümmern und nicht anwesend sind. Im Validierungsgespräch ergänzt sie, dass diejenigen Angehörigen am meisten Reklamationen und Beschwerden haben, die eher selten kommen.

Die lange Berufserfahrung im Umgang mit Menschen hilft ihr, bei der Versorgung mit den Angehörigen immer höflich zu bleiben. Sie gibt den Angehörigen eine hohe Bedeutung, wenn es um die Bewohner geht.

> *„Und denk ich ah nach diese Erfahrung denk ich schon, dass die Angehörige für die alte Menschen sehr viele Bedeutung haben, durch meine eigene Erfahrung* 00:36:07-7.

Insbesondere das Essen- und Trinken-Reichen durch die eigenen Angehörigen hat einen hohen Stellenwert. Je mehr es zu einer Unterstützung beim Essen

und Trinken kommt, desto mehr Bedeutung hat der Angehörige beim Bewohner.

> *„Bisschen zum Trinken geben, ja ahm das is schon was anderes, wenn die Tochter für die Mutter das reicht* 00:31:32-3.“

Besuche von Angehörigen

Die Besuche bedeuten, dass Angehörige sich kümmern. Die Funktion der Angehörigen ist gleichbedeutend mit einem Dasein oder der Begleitung zum Arzt oder zum Einkaufen. Je regelmäßiger die Besuche stattfinden, desto eher kann beim Bewohner das Gefühl entstehen, dass die Angehörigen sich um ihn kümmern. Die Besuchshäufigkeit ist abhängig vom gesundheitlichen Zustand des Bewohners und steigert sich idelaerweise, wenn es dem Bewohner schlecht geht oder es Probleme gibt.

> *„Die Angehörigen sind ah 2 ahn überwiegend nicht am Vormittag, sondern kommen wenn die Eltern oder Verwandten zum Arzt begleiten oder Bestimmtes zum erledigen haben oder so. So früh morgen nicht viele. Mal kommen die, wenn es Probleme gibt …* 00:07:13-4.“
>
> *„Ich würde schon sagen, wenn die die Mutter oder Vater die Angehörige im schlechtester Zustand ist und vielleicht in der Sterbephase oder so, des ich finde schön, wenn sie Angehörige schon mehr dabei sind oder so zum Hände halten, bisschen streicheln oder so* 00:27:56-1.“

Die wichtigste Funktion der Angehörigen ist es, überhaupt da zu sein. Frau Blutdruck erklärt dies auch aufgrund der Erlebnisse in ihrer eigenen Familie.

> *„Das ist das nicht schlimm aber Hauptsache dass du da bist. Das war schon dass ich da bin, das Gefühl, dass ich da bin, wenn ich auch nicht helfen konnte und denk ich schon auch für die alte Menschen is halt so diese, dass mein Tochter kommt, mein Sohn kommt, mein Enkelkind kommt oder so.* 00:36:07-7.

Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zeigt sich für Frau Blutdruck in einem guten Informationsaustausch. Dazu gehören ein An- und Abmelden der Angehörigen bei ihren

Besuchen. Werden Mitarbeiter gefragt, wie es den Bewohnern geht, dann wird dies als ein guter Kontakt bewertet.

> *„Ja sie sie kommen mal und fragen oder zum Beispiel nehmen sie die Angehörige, hab ich die Angehörige sagen, dass sie abgeholt wird, melden sie sich ab, melden sie sie ab, fragen sie mich wie die Angehörigen geht, dann hab ich ganz gute Kontakte mit Angehörige* 00:10:23-6."

Angehörige haben Erwartungen, dass sich die Mitarbeiter um die Bewohner kümmern und Frau Blutdruck hat Erwartungen, dass sich die Angehörigen um ihre Bewohner kümmern, insbesondere wenn sie sich in der Sterbephase befinden. Diese Beziehungen sind miteinander verwoben und voneinander abhängig. Erwartungen sind aus ihrer Sicht berechtigt, wenn man sich selber auch entsprechend einbringt und nicht wie unten zitiert große Erwartungen äußert und „am Endphase sie war nirgends". In der Validierung ergänzt sie, dass sie kein Ersatz für Angehörige sei und bekräftigt damit ihre Aussagen.

> *„Da und ich denke schon, dass ich finde das schön, wenn die Angehörige da sind und mh wenn die die auch vielleicht auch nicht mehr bei Bewusstsein ist oder so, ich habe schon tolle Erlebnisse wo die Tochter einem so Campingbett gebracht hat und ist da geblieben und hat gesagt, sie war vor dem Urlaub und sie hat gesagt, mein Mutter hab ich nur eine und Urlaub kann ich noch viele machen. Und ist bei Mutter dann bis zum in letzte Phase dann geblieben oder so. Aber sind dann Angehörige wo hier immer die Unzufriedenheit und und ah alles war nicht richtig was wir gemacht haben, und wenn die Mutter im Sterbephase war, die ist da nicht gekommen und wenn sie gestorben ist, dann ist sie überhaupt nicht gekommen und ahm mm wenn sie gestorben ist, die Sache wollte gar nicht aufräumen und die Sache sind noch immer noch unten in unsere Kellerräume, sind nicht abgeholt. Wir haben was wir alles machen müssten und herumzuspringen und das war nit gut, das war nit gut und am Endphase sie war nirgends* 00:29:38-5."

In der Versorgung gibt es auch Routinehandlungen und da ist es besser, wenn sich die Angehörigen nicht einmischen. Manche Äußerungen von Angehörigen

werden wie Anweisungen gesehen und dies führt dazu, dass sich Frau Blutdruck wie eine Schülerin behandelt fühlt.

> *„Unterschiedlich, das is halt ah wie ich Ihnen gesagt habe, wo sie immer kritisieren, da können wir gar nix was gut machen. Dann weil wir kriegen immer die Vorschläge, wie wir das machen sollen und das ist halt anstrengend. Wir sind schon ahm mit unserer Arbeit haben wir schon ahm die Routine und eingelernt wie wir das machen und wir machen schon das, wenn sie, wenn sie auch nicht das sagen, wir machen. Mir brauchen die Angehörigen nicht sagen, dass ich de Po eincremen soll. Das mach ich sowieso oder 01:06:01-0.“*
>
> *„Es stört dann manchmal, weil ich weiß, ich mach das sowieso, wenn sie das nicht immer sagt und wenn man schon dreiundsechzig ist und ich fühle mich wie eine Schülerin ah so im im im Grundschule ah wo immer anweisen, so machst du das, machst du das, machst du das* 01:06:24-8.“

Zufriedene Angehörige

Frau Blutdruck registriert auch die Zufriedenheit der Angehörigen. Sie beschreibt Situationen, bei denen Angehörige Probleme mit der Kommunikation der Bewohner haben. Hier gibt es aus ihrer Sicht die Notwendigkeit, sozusagen stellvertretend für Gespräche und Informationen bei den Angehörigen zu sorgen und sich dafür explizit die Zeit zu nehmen. Der Angehörige wird als eigene Person wahrgenommen. Dies führt dann dazu, dass Angehörige zufrieden wieder nach Hause gehen können.

> *„... Sie möchte auch ein Gesprächpartner haben und dann dann nehmen wir bisschen Zeit, dass nachfragen wie es ihr geht und erzählt und so bisschen wie es ihr geht, was sie macht und dann versuchen wir dann mit ihr bisschen in Kontakt bleiben und so bisschen privat über sie auch fragen und dann dann geht sie, dann sehr zufrieden, wenn wir so bisschen Zeit nehmen für sie und dann geht sie sehr zufrieden nach Hause* 00:41:10-0.“

Durch ein regelmäßiges Sich-Kümmern soll ein Wohlfühlen erreicht werden. Dies ist eine Voraussetzung, damit Angehörige zufrieden sein können. Mit

Wohlfühlen ist auch gemeint, Kritik beim Pflegepersonal zu vermeiden und damit kein Misstrauen an der guten Versorgung aufkommen zu lassen.

> *„Mir wäre wichtig, dass meine Mutter ah ah in diese Haus sich wohlfühlt und von meiner Seite ah alles tun, dass ihr zu helfen mit meinen Möglichkeiten, dass sie hier wohlfühlt, weil zum Beispiel, wenn ich berufstätig bin, dann kann ich nicht um sie kümmern und mit was ich von meiner Seite tun kann, das ich tue, dass sie hier wohlfühlt und sie hier eine Zuhause findet. Ich würde denken, dass meine Mutter würde auch nicht gut tun, wenn ich immer kritisieren wo sollte und immer negativ denken, weil das kriegt sie mit und dann sie denkt, wie ist meine Tochter, hat sie mir in dieses schlechte Haus hingebracht, weil wenn ich dann nette Kontakt mit die Pflegepersonal habe und auch zu meine Mutter würde sie auch sich wohl wohler fühlen, meine ich. … kann man die Eltern auch helfen, dass sie wohler fühlt. Nicht mit Kritik, sondern mit nette Umgang, mit die Umgebung. Mit die ganze Umgebung.* 01:10:46-0.“

Kritik und Konflikt

Als Pflegehelferin nimmt sie wahr, dass die Wohnbereichsleitungen weit mehr Konflikte, aber auch mehr Zeit dafür haben. Zunächst werden die Bedürfnisse der Angehörigen und der Bewohner geschildert, die zur Kritik und zu einem Konflikt führen können. Im weiteren Verlauf werden exemplarisch zwei Beispiele für einen Konflikt angeführt.

Die Wahrnehmungen der Angehörigen und ihre daraus abgeleiteten Sichtweisen beziehen sich meist auf deren eigene Angehörige. Diese Sichtweise kann in Konflikt geraten mit der Mitarbeitersicht, die alle Bewohner der Wohngruppe im Blick hat und Zuwendung und Zeit für alle Bewohner verteilen möchte.

> *„Aber wenn wir immer richtig diese Mensch pflegen und für alle Termine fertig machen und in dieser Station steht nicht nur für diesen Mensch sondern für vierundzwanzig Leute* 00:15:37-4*.“*

Der Wunsch nach einer „Erstbehandlung“ ist für sie gleichbedeutend mit dem Wunsch der Angehörigen, für eine gute Versorgung zu sorgen und zu helfen.

Die individuelle Berücksichtigung der Bewohner und ihrer Angehörigen und deren Wunsch bzw. Bitte nach bestimmten Uhrzeiten für eine Versorgung führen zu einem Konflikt.

> *„... wenn diese Unzufriedenheit und diese Blicke immer das nicht erste ist. Zum Beispiel nach dem Mittagessen in Bett zu bringen oder nach dem Abendessen in Bett zu bringen oder raus zu holen, sie versucht mit alle Mittel das zu erreichen, was sie möchte. Sie will helfen, das kann ich verstehen, aber muss man die anderen auch helfen und ich hab meine Meinung korrekt und höflich gesagt, glauben Sie mir, wir haben Gefühle für Sie, wir tun unsere Arbeit so gut wie wir können jeder, jeder Mensch ist anderes, wir respektieren die alle Termine aber können wir nicht immer nur bei Ihnen sein. Und dass er der erste sein, und dann haben wir auch bisschen Konflikte, ich musste das sagen, weil es geht nicht anderes* 00:17:37-4."

Einige Beschreibungen weisen auf die stets kritisierenden Angehörigen. Beispiele für die Kritik sind:

> *„Oh was kritisieren sie am meisten, muss ich 2 manchmal ganz Kleinigkeiten, keine so Sachen wo wo sehr wichtig sind. Meine Mutter hat schon weiß ich nicht wie viel Tage schon diese Pulli an oder 4 die Haare sind nicht geschnitten, sollten die Haare geschnitten werden, die Einlage fehlt von Zimmer, da hat sie keine Saft oder Wasser im Zimmer, dann was 3 oh in dem so nicht so richtig aufgeräumt vielleicht, nicht so richtig, das Zimmer ist nicht so richtig aufgeräumt, auf dem Topfstuhl is nicht das richtige Deckel ah nicht diese tapezierte Decke, nur diese leichte Plastikdeckel oder auf die Kommode ist eine Handtuch und eine Waschlappe vergessen worden, oder ahm in die Richtung* 00:46:45-0."

Wenn Angehörige kritisieren und sich abreagieren, dann weist das Frau Blutdrucks Meinung nach darauf hin, dass sie sich nicht wohl fühlen. Dieses Suchen nach Fehlern, Unzulänglichkeiten und Kleinigkeiten ist auch ein Anzeichen, dass Angehörige sich hilflos fühlen.

> *„... dann hab ich ganz gute Kontakte mit Angehörige und haben wir auch Angehörige von anderer Seite welche kommen und immer*

*suchen wo ein Fehler gibt's … hab ich den Herr, bestimmter Herr geduscht und piccobello gepflegt, alles nach wie das sein soll, im Rollstuhl im Speisesaal saß er, kam die Frau und sie sucht dann so Kleinigkeit, sie findet so Kleinigkeiten, was das ist zum Beispiel wo ist der Schokolade von mein Mann, ja die Schokolade fehlt, dann die verschiedene so Sachen was keine Wichtigkeit haben. Weil ich denke schon, dass sie hat fühlt sich dabei nicht so wohl, dass der Mann da ist und dann immer will sie sich abreagieren oder weiß ich nicht, dann im selbe Tag hat gesagt, wo ist mein Mann braune Pulli, >seufzt< ah hab ich gesagt, ja ich hab die Pulli in die Wäsche ...*00:12:37-4."

Ein Ausschnitt aus einem Acht-Minuten-Monolog von Frau Blutdruck gibt Einblick in eine extrem belastende und konflikthafte Situation:

„*… und dann hab ich, bin ich komm ich mit dem Wäschearbeitsraum, Wäschesack ausgeholt, auf die linke Seite das war eine richtige billige Pulli vom Aldi, da ist deine schöne Woll teuere Pulli bitte. Und dann das hat noch nicht beendet sondern bin ich noch im Stationszimmer, sie ist dann da gekommen und hat gesagt, ja, hab ich gesagt, du suchst mir nur immer machst du nur Kritik, letzte Mal hast du die Schokolade, dann war der Tisch nicht richtig, die Therapeutin hat der Tisch anders gerichtet wegen Therapie, weil das war hat Logopädie und verschiedene und war ah nach nach ihrer Vorstellung auf anderer Seite, wer hat den Tisch auf Seite, ich hab das nicht, die Therapeutin hat nicht gesagt, dann hat sie selber ahm eigene Bettwäsche gebracht und selbstverständlich der Mann ist inkontinent, da war verschmutzt, dann er sie wollte das selber waschen, aber das war mit Stuhl verschmutzt, dann hat mich hingetan zum Waschbecken, dass ich das vorspüle, ich hab das gemacht, ich wusste in diese Moment nicht wie ich das reagieren soll und dann hab ich dann das auch gemacht und hab ich gesagt, diese Pullisache waren das das letzte, hab mir gesagt du suchst immer die Fehler, des un des un des hast du mit mir gemacht. Schau mal ich hatte dein Mann richtig korrekt gepflegt und da war da war eine Weile Ruhe aber sie hat dann immer so nicht direkt bei mir, auch bei die anderen* 00:15:37-4."

Die Traurigkeiten der Angehörigen und die Tatsache, die Situation nicht ändern zu können, sind Belastungen, die sie selber gut versteht. Sie führen zur Hilflosigkeit der Angehörigen und auch zu Konflikten mit Mitarbeitern.

> *„Bei bei die alte Frau, sie sie komm kann nicht fertig werden mit dieser Situation, dass ihre fünfzig Jahre alter Sohn es ist so wie es ist und das ist, ist seelisch, is sie sehr belastet und das kann ich auch verstehen. Sie sie hofft eine Besserung, kommt keine Besserung und des ihre Traurigkeit und ihre ganze diese denk ich schon was gegen uns kommt, das ist ihre, das sie kann das nicht wahr haben, das da nix Besserung kommt* 00:20:42-9.“

Das Verhalten der Angehörigen lässt sich auch durch deren schlechtes Gewissen erklären. Das zeigt sich darin, dass Mitarbeiter von dem Angehörigen regelrecht angetrieben und schikaniert werden.

> *„Das war halt auch, ich denke schon sie hat auch, sie war auch eine sehr pedantische sehr super ordentliche Frau und sie hat auch schlechtes Gewissen gehabt, sie konnte <u>nicht</u> ertragen, dass ihre Mann im diese Zustand ist und dann hat uns ständig dann schikaniert. Wirklich ah ah wir haben so so geachtet alles, dass der Sessel so steht wie sie wünschte, dass der Nachttisch so steht, dass alles sauber ist, alles* 00:54:06-3.“

> *„Wir haben was wir alles machen müssten und herumzuspringen und das war nit gut, das war nit gut und am Endphase sie war nirgends* 00:29:38-5.“

Ein weiteres Beispiel mündete in eine Grenzüberschreitung und Handgreiflichkeit durch die Angehörigen: das Beispiel mit dem falschen Topfdeckel.

> *„Wenn ich bei solche Leute >lacht< ich achte so drauf, aber ist immer passiert was, weil dann wenn ich das des un des un des, schau ich mal zurück das irgendwie nicht vergesse oder so, a aber immer passiert was. Weil sie suchen das, ich gebe meine <u>Bestes,</u> das wirklich, ich habe meine Bestes gegeben und wurd ich abgelehnt und ich habe trotzdem ein Handtuch war irgendwo vergessen. Für ein Topfdeckel war richtige Krise. Wir haben eine Bankfrau gehabt, sie hat sehr sehr sehr um die Mutter gekümmert, alle ihre Muttersache standen im Schrank wie die*

Zahlen im Bank, genau und sie hat abgesprochen, dass mit einer Freundin, dass alles war perfekt. Die die Mutter war total perfekt, perfekte Sache, alles und sie hat dann mit eine Freundin abgeredet, dass sie kommt und die Frau hat sehr sehr starke Athrose im Hand und sie hat eine Topfstuhl im Zimmer gehabt und die war bei diese diese Frau lange nicht mehr und ich habe vergessen, welchen Deckel sie auf Topfstuhl möchte und ich habe mir so bisschen logisch gedenkt und hab ich mir da gedacht, bestimmt sie wollte die leichte Deckel, weil die Frau geht alleine auf dem Topfstuhl und das konnte sie heben, die schwere, aber s weil bei ihr alles perfekt sein sollte, wie beim Bank die Zahlen selbstverständlich dieser tapezierte Deckel wollte sie und ist die mit die Freundin gekommen un nächste Tag war sie richtig so hysterisch, sie hat mich so geschüttelt, ja weil diese Topfdeckel die die falsche war. Ah ich kenn da keine Alternative 00:49:19-7.*“*

IG: „Was haben Sie da gemacht? 00:49:21-0“

„Ich ha ich ich habe ich mich habe ich bin da gestanden erstaunt und hab ich gesagt, lassen sie mich bitte los. >lacht< und dann hab ich gesagt, ich habe ihre Mutter lang nicht gepflegt und ich habe gedacht, dass sie diese leichte und bitte um Entschuldigung, dann in dem im nächste ich werde mir merken, dass sie diese möchten, aber hab ich drauf, lassen sie m, sehr energisch hab ich gesagt, sie hat mich gepasst beide Hände so, hab ich gesagt, lassen sie mich bitte los. Und dann hab ich dann Entschuldigung ich hab so logisch gedenkt, dass die leichtere, in Zukunft werd ich dann die andere. Und bin ich dann weg. Hab ich mich entschuldigt, war was denken Sie meine Freundin war da und so und so, wissen Sie, da sie war eine Altfräulein oder wie soll ich sagen, nicht verheiratete und dann sie war halt so pünktlich mit alles. Ich ich hab was gesehen und ich hab die wirklich so ich bin immer zurück noch im Zimmer geguckt, wenn ich mit meine Arbeit fertig war, stand ich eine Minute noch in die Türe, hab ich alles, ob ich's ich sollte ein Saft vor ihr stellen mit bissele ah Sekt, dann sollt ich eine Zeitschrift, eine Kugelschreiber sollte noch die Mutter haben, diese Kreuzwortsrätsel oder wie heißt das richtig deutsch, sollte

sie haben, dass sie die Brille haben, alles wirklich da hab ich alles gestellt und mir aber manchmal 00:51:17-3.“

12.10.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Blutdruck

Tabellarische Darstellung der Konzepte entsprechend den inhaltlichen Themenbereichen

Themenbereiche	Konzepte	Anmerkungen
Angehörige	1. Es gibt Angehörige, die sich kümmern. 2. Es gibt Angehörige, die geben Bewohner ab. 3. Angehörige kümmern sich nicht in der Endphase. 4. Die Angehörigen, die selten da sind, haben Reklamationen ohne Ende. 5. Viel Erfahrung führt dazu, dass man um die Bedeutung der Angehörigen weiß. 6. Je mehr die Angehörigen Essen und Trinken reichen, desto mehr Bedeutung haben Angehörige bei den Bewohnern.	**6 Konzepte**
Besuche	7. Besuchshäufigkeit ist gegenseitig abhängig vom Zustand des Bewohners 8. Je mehr Probleme, desto mehr Besuche. 9. Je schlechter es dem Bewohner geht, desto notwendiger ist es, dass Angehörige da sind. 10. Die Tochter bleibt die Tochter und ist nicht zu ersetzen. 11. Dasein heißt Sich-Kümmern, als Bewohner nicht verlassen sein. 12. Je regelmäßiger die Besuche, desto mehr entsteht beim Bewohner das Gefühl des Sich-Kümmerns. 13. Die Funktion der Angehörigen ist Dasein. 14. Die Funktion der Angehörigen ist zum Arzt und bei Ausflügen begleiten, einkaufen.	**8 Konzepte**
Zusammenarbeit	15. Zusammenarbeit zeigt sich durch Information, Absprachen und Austausch 16. Ein guter Kontakt ist, wenn der Mitarbeiter gefragt wird, wie es dem Bewohner geht. 17. Die Erwartungen von Mitarbeitern und Angehörigen bedingen sich gegenseitig.	**5 Konzepte**

	18. Die Erwartungen an Angehörige sind sich kümmern und beim Sterben dabei sein. 19. Ich bin kein Ersatz für Angehörige.	
Zufriedene Angehörige	20. Fühlt sich der Bewohner wohl, ist das eine Voraussetzung für die Zufriedenheit der Angehörigen. 21. Hat man Zeit für Gespräche mit Angehörigen, führt das dazu, dass sie zufrieden nach Hause gehen können. 22. Zeit und Gespräche führen zu Nachfragen, wie es dem Angehörigen selbst geht.	**3 Konzepte**
Kritik und Konflikt	23. Kritik und Abreagieren von Angehörigen weist darauf hin, dass sie sich nicht wohlfühlen. 24. Fehlersuchen bei Kleinigkeiten weist auf ihre Hilflosigkeit hin. 25. Belastung, die Situation nicht ändern können, führt zur Hilflosigkeit. 26. Belastung, die Situation nicht ändern können, führt zu Konflikten mit Mitarbeitern. 27. Schlechtes Gewissen der Angehörigen zeigt sich im „Antreiben“ der Mitarbeiter. 28. Angehörigensicht auf ihren eigenen Bewohner und die Mitarbeitersicht auf alle Bewohner stehen im Konflikt. 29. Wohnbereichsleitung hat mehr Konflikte und mehr Zeit dafür als Pflegehelfer. 30. Wunsch nach Erstbehandlung ist gleichbedeutend mit dem Helfen-Wollen für eine gute Versorgung. 31. Zeit und Zuwendung für alle führen zu Konflikten mit Angehörigen. 32. Individuelle Zeiten der Versorgung aller Bewohner führen zum Konflikt mit Angehörigen.	**10 Konzepte**

12.10.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien

12.10.5.1 Darstellung in Tabellenform

Konzepte der Subjektiven Theorie	**Interpretative Zusammenfassung**	**Kategorien** Transformation der Konzepte in eine weitere Abstraktions-einheit
5. Viel Erfahrung führt dazu, dass man um die Bedeutung der Angehörigen weiß. 6. Je mehr die Angehörigen Essen und Trinken reichen, desto mehr Bedeutung haben Angehörige bei den Bewohnern. 15. Zusammenarbeit zeigt sich durch Information, Absprachen und Austausch. 16. Ein guter Kontakt ist, wenn der Mitarbeiter gefragt wird, wie es dem Bewohner geht. 17. Die Erwartungen von Mitarbeitern und Angehörigen bedingen sich gegenseitig. 20. Fühlt sich der Bewohner wohl, ist das eine Voraus-setzung für die Zufriedenheit der Angehörigen. 21. Hat man Zeit für Ge-spräche mit Angehörigen, führt das dazu, dass sie zufrieden nach Hause gehen können. 22. Zeit und Gespräche führen zu Nachfragen, wie es dem Angehörigen selbst geht. 29. WBL hat mehr Konflikte und mehr Zeit als Pflegehelfer.	Die Bedeutung der Angehörigen für den Bewohner und für die Mitarbeiter ist vorhanden. Daraus werden gegenseitige Erwartungen an das Miteinander abgeleitet. Die Zeit für diese Beziehungsarbeit ist entscheidend, da nur so ein guter Kontakt ent-stehen kann.	**Soziale Interdependenz**
1. Es gibt Angehörige, die sich kümmern. 2. Es gibt Angehörige, die geben Bewohner ab. 3. Angehörige kümmern sich nicht in der Endphase. 7. Besuchshäufigkeit ist gegenseitig abhängig vom Zustand des Bewohners 8. Je mehr Probleme, desto mehr Besuche. 9. Je schlechter es dem Bewohner geht, desto notwendiger ist es, dass Angehörige da sind. 10. Die Tochter bleibt die Tochter und ist nicht zu ersetzen.	Grundsätzlich kümmern sich Angehörige und das ist gut. Ansonsten fühlen sich Bewohnern verlassen. Frau Blutdruck versteht sich nicht als Ersatz für die Angehörigen. Sie formuliert im Interesse des Bewohners deut-liche Erwartungen gegenüber den Angehörigen.	**Erwartungen**

11. Dasein heißt Sich-Kümmern, als Bewohner nicht verlassen sein. 12. Je regelmäßiger die Besuche, desto mehr entsteht beim Bewohner das Gefühl des Sich-Kümmerns. 13. Die Funktion der Angehörigen ist Dasein. 14. Die Funktion der Angehörigen ist zum Arzt und bei Ausflügen begleiten, einkaufen. 18. Die Erwartungen an Angehörige sind sich kümmern und beim Sterben dabei sein. 19. Ich bin kein Ersatz für Angehörige.	Angehörige sollen ihrer Meinung nach präsent sein und ihre Aktivitäten intensivieren, wenn es dem Bewohner nicht gut geht. Erwartungen bilden die Grundlage für Enttäuschungen.	
4. Die Angehörigen, die selten da sind, haben Reklamationen ohne Ende. 23. Kritik und Abreagieren von Angehörigen weist darauf hin, dass sie sich nicht wohlfühlen. 24. Fehlersuchen bei Kleinigkeiten weist auf ihre Hilflosigkeit hin. 25. Belastung, die Situation nicht ändern können, führt zur Hilflosigkeit 26. Belastung, die Situation nicht ändern können, führt zu Konflikten mit Mitarbeitern. 27. Schlechtes Gewissen der Angehörigen zeigt sich im „Antreiben“ der Mitarbeiter. 28. Angehörigensicht auf ihren eigenen Bewohner und die Mitarbeitersicht auf alle Bewohner stehen im Konflikt. 30. Wunsch nach Erstbehandl-ung ist gleichbedeutend mit dem Helfen-Wollen für eine gute Versorgung. 31. Zeit und Zuwendung für alle führen zu Konflikten mit Angehörigen 32. Individuelle Zeiten der Versorgung aller Bewohner führen zum Konflikt mit Angehörigen.	Angehörige sind belastet und fühlen sich schuldig. Sie sind auch mannigfaltigen Belastungen ausgesetzt. Sie suchen in der Organisation für ihren Bewohner das Beste. Angehörige sind Quelle von Enttäuschung und Konflikt. Angehörige sind ständig auf Fehlersuche.	**Enttäuschung**

12.10.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Blutdruck

Folgende Leitideen von Frau Blutdruck lassen sich zusammenfassend darstellen. Sie stellen einen Bestimmungsversuch ihrer Subjektive Theorien dar.

Soziale Interdependenz

Alles hängt mit allem irgendwie zusammen – so lässt sich die Situation oder das Beziehungsgeflecht von Frau Blutdruck erfassen. Der Bewohner fühlt sich wohl, wenn der Angehörige zufrieden ist, der Angehörige fühlt sich wohl, wenn er Zeit für Gespräche bekommt und der Mitarbeiter fühlt sich wohl, wenn er Zeit hat, den Angehörigen selbst zu fragen, wie es ihm geht und er selbst gefragt wird, wie es dem Bewohner geht.

Frau Blutdruck erwartet ein gewisses Maß an Anerkennung von den Angehörigen für ihre Arbeit. Sie pflegt ein eher „beziehungsaufgeladenes Verhältnis“ zu ihnen und sieht sich weniger als professionelle Dienstleisterin. Diese Wechselseitigkeit führt unweigerlich auch zu einer stark ausgeprägten Erwartung von Anerkennung durch die Angehörigen. Kommt es zu Konflikten, so finden bisweilen auch demütigende Handlungen statt. Frau Blutdruck fühlt sich abhängig, ohnmächtig und erfüllt die Angehörigenwünsche, fühlt jedoch, dass dieses Verhalten nicht richtig ist. Sie findet keinen Weg zu einer konstruktiven Angehörigenbeziehung.

Erwartungen und Enttäuschungen

Die Erwartungshaltung von Frau Blutdruck gegenüber den Angehörigen wirkt sehr normativ und ist moralisch eingefärbt. Es gibt eher wenig Spielraum für individuelle Abweichungen. Ihre Erwartungen helfen ihr möglicherweise, für das Zusammenwirken die prinzipiell kontingenten Handlungen auf beiden Seiten zu reduzieren. Erwartungshaltungen können auch helfen, sich selber zu stabilisieren und arbeitsfähig zu halten. Gleichzeitig sind Erwartungen als Teil einer Rolle meist Grundlage für Enttäuschungen. Oftmals sind die Erwartungen, die Angehörige an die Mitarbeiter haben, nicht offen formuliert oder tatsächlich ausgehandelt. Die Erwartungen, die Mitarbeiter an die Angehörigen haben,

entspringen eher der eigenen moralischen Haltung (z. B. Töchter, die sich kümmern sollen) oder dem organisationalen Versprechen. Da Frau Blutdruck sich nicht als Ersatz für die Angehörigen versteht, formuliert sie im Interesse des Bewohners deutliche Erwartung gegenüber den Angehörigen. Diese Erwartungen wirken wie Dominanzansprüche und könnten Ursache sein für die sich entwickelnden „Machtkämpfe“ mit den Angehörigen.

Die Erwartungen an Angehörige werden zu Auslösern von Enttäuschungen und damit zu Auslösern für negative Emotionen. Der Arbeitskontext ist für sie als Pflegehelferin durch eine abhängige Beziehungskonstellation gekennzeichnet, aus der heraus sie nicht selbstverantwortlich in Aushandlungsprozesse mit Angehörigen gehen kann. In den geschilderten Begegnungen und Interaktionen können sich Anerkennung und Wertschätzung nicht entwickeln. Möglicherweise ist die Situation für die Angehörigen so belastet und konflikthaft, dass sie sich nicht erwartungsgemäß verhalten (Belastung, Stress, Schuldgefühle ...), geschweige denn das Zusammenwirken rational aushandeln können.

12.10.6 Zusammenfassung

Die der Subjektiven Theorie zugrundeliegenden Konzepte sind eng miteinander verwoben und lassen sich stark in den Abhängigkeiten von Tausch-beziehungen, Erwartungen und Enttäuschungen und Konflikten verstehen. Es zeigt sich wenig professionelle Distanz oder berufliches Verstehen im Hinblick auf die Angehörigen. Die eigene Betroffenheit und die eigenen Sichtweisen werden – wohl eher unbewusst – zu dominanten Akteuren in der Interaktion. Einerseits gelingt es Frau Blutdruck, die Situation in ihrer Komplexität zu schildern, ihre Handlungsalternativen dagegen scheinen eher eindimensional ausgerichtet zu sein. In den konflikthaften Situationen ist Kontrolle eine hilflose Kompensation.

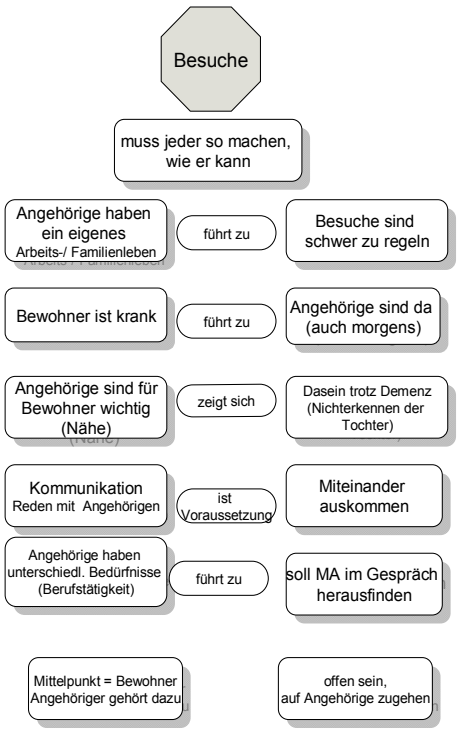
12.11. Subjektive Theorie von Frau Last

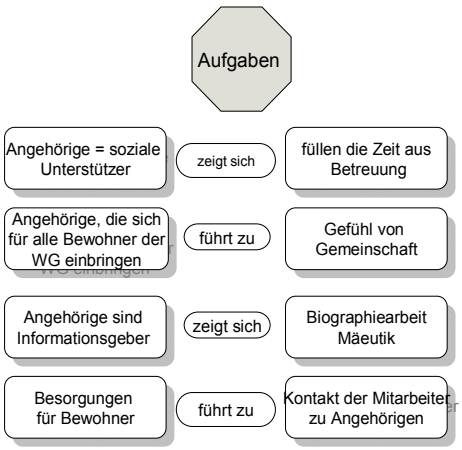
Motto: *„Wir sind alle belastet.“*

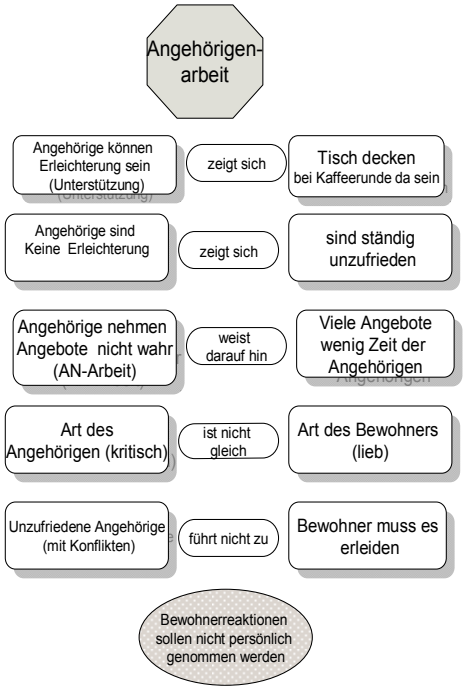
12.11.1 Einzelfallanalyse Frau Last

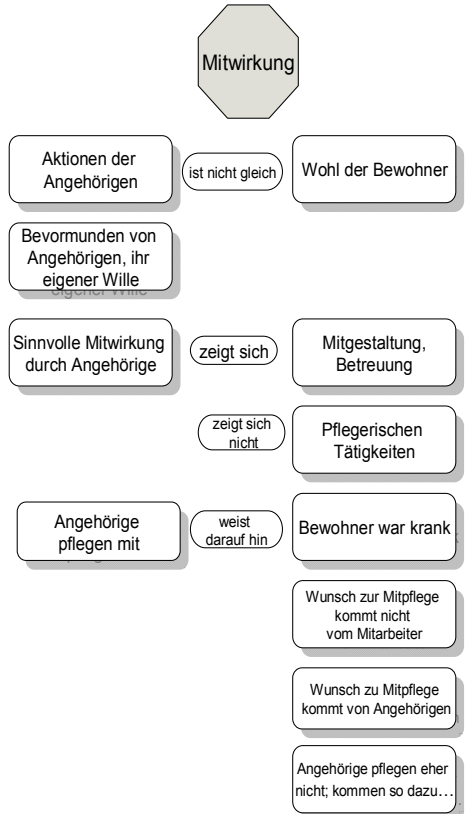
Frau Last ist 51 Jahre alt, geschieden und als Altenpflegerin beschäftigt. Ihre beiden Kinder sind erwachsen. Als ehemalige Herrenschneiderin und Mitarbeiterin im Verkauf in einem familieneigenen Betrieb hat sie mit 44 Jahren die Altenpflegeausbildung beim derzeitigen Arbeitgeber begonnen. Sie verfügt über vier Jahre Berufserfahrung und ist seit zwei Jahren in der Wohngruppe für Menschen mit Demenz eingesetzt. Persönliche Erfahrung im Umgang mit Demenz hat Frau Last, da sie im selben Haus mit ihrer an Demenz erkrankten Mutter lebt. Das Interview selbst weist die Besonderheit auf, dass die Interviewpartnerin der Termin vergessen und noch im Wohnbereich gearbeitet hatte. Nach gemeinsamer Beratung haben wir uns entschlossen, das Interview trotzdem zu führen. Es war mit 46 Minuten das kürzeste Gespräch. Mit zunehmendem Zeitverlauf kamen die Gesprächsanteile im Interview, die einen übergeordneten Zusammenhang erforderten, nicht mehr ideal zur Darstellung. Möglicherweise war dies dem Gesprächszeitpunkt nach einem Frühdienst geschuldet. Um den Gesprächsverlauf und den Gesprächsfluss aufrechtzuerhalten, kamen vermehrt unterstützende Gesprächsaktionen von Seiten der Interviewerin zum Einsatz. Zur Unterstützung der Exploration wurde auf sehr kurze Fragestellungen geachtet. Die Interviewpartnerin empfand laut ihren eigenen Bekundungen das Interview nicht als anstrengend und äußerte Interesse an dem Ergebnis des Interviews. Die inhaltlichen Schwerpunkte im Interview bilden sich in den Themen Besuche der Angehörigen, ihre Aufgaben und Funktionen, die Angehörigenarbeit, Mitwirkung durch Angehörige, Konflikte und Demenz ab. In den Aussagen zeigt sich, dass sie an der Seite der Bewohner steht und deren Bedürfnisse bei ihr gut im Blick sind. Es gibt eher wenig Annäherung und positive Beziehungserfahrungen mit den Angehörigen. Angehörige werden tendenziell als schwierige und weniger kompetente Personen beschrieben. Nützlich sind sie als Informationslieferanten. Im Gegenzug werden Angehörige als eine sehr belastete Gruppe dargestellt, was nach Frau Lasts Ansicht den Umgang mit den Mitarbeitern beeinflusst.

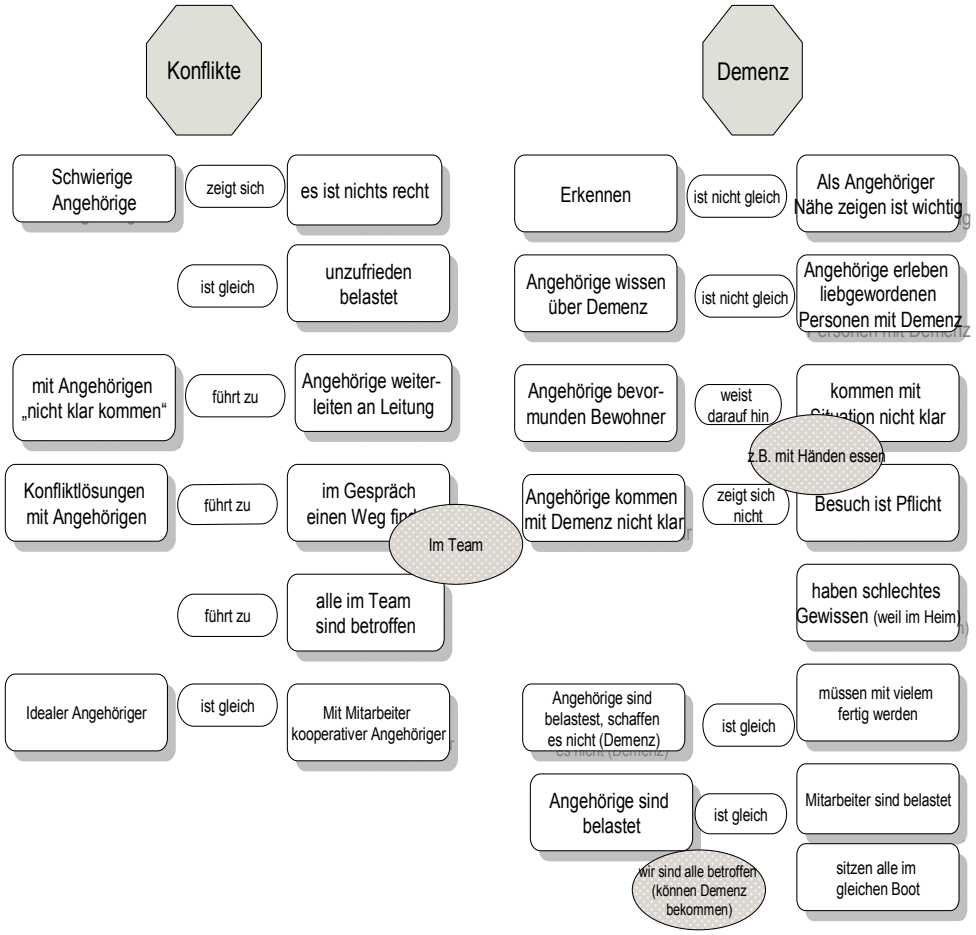
12.11.2 Strukturlegeplan











12.11.3 Feinanalyse - Verbalisierung des Strukturlegeplans

Besuche

Frau Last beschreibt unterschiedliche Möglichkeiten, wie Angehörige sich Zeit nehmen für die Bewohner. Sie spricht sich dafür aus, dass es jeder für sich nach seinen eigenen Möglichkeiten gestalten könne. Ihrer Meinung nach führen die unterschiedlichen Bedürfnisse dazu, dass man im Gespräch mit den Angehörigen herausfinden sollte, was ihnen wichtig ist. Die Angehörigen sind normalerweise eher mittags da. Ist der Bewohner akut erkrankt, verändert sich dies und die Angehörigen sind verstärkt präsent.

Angehörige sind entsprechend der Sichtweise von Frau Last eine sehr belastete Personengruppe, da sie zusätzlich zu ihrem Familien- und Arbeitsleben auch noch die Besuche ihrer Angehörigen im Altenpflegeheim möglich machen müssen. Der Heimaufenthalt ihrer Angehörigen als solcher ist bereits eine Herausforderung, mit der sie sich arrangieren müssen. Dies drückt sich auch bei dem Besuchsverhalten aus. Sie wollen stets das Beste für ihre Angehörigen. Manchmal werden aber auch Pflichtbesuche getätigt, die ihrem schlechten Gewissen und dem Gefühl von Schuld entspringen.

> *„Ja ich denk sie wollt es Beste und vielmals isch's halt Pflicht, manchmal schlechtes Gewissen, weil sie sie ins Heim geben mussten. 5 oder weil sie eben mit dieser Situation noch nicht klar kommen* 00:21:40-4.“

Mit Angehörigen im Gespräch zu bleiben, Kommunikation zu pflegen und offen aufeinanderzuzugehen ist für Frau Last eine Voraussetzung dafür, dass man miteinander auskommt. Angehörige bleiben Besucher. Im Mittelpunkt steht ganz klar der Bewohner; der Angehörige gehört dazu.

Aufgaben und Funktionen der Angehörigen

Frau Last kann deutlich die Aufgaben beschreiben, die die Angehörigen ihrer Meinung nach haben. Angehörige sind zunächst wichtige Informationsgeber. Dieser Kontakt wird sehr positiv erlebt, und für diese Biografiegespräche wird auch ein eigenes Zeitfenster von ihr eingeplant.

> *„Also bin jetzt die Mal mit dem Herrn S. zusammen gesessen. Er hat mir dann erzählt, es war für ihn au ganz toll, er hat mir manchmal >lacht< mehr von sich erzählt, wie jetzt von der Frau S., aber so im Große und Ganze isch doch ein kleiner Lebenslauf doch dann rausgekommen* 00:09:21-3.“

Die Bedeutung des einzelnen Angehörigen für die Versorgung eines Bewohners macht sie an der Art und Weise der früheren Beziehung fest. Anfragen an Angehörige, Besorgungen für die Bewohner zu erledigen, ist für sie selbst eine gute Möglichkeit, mit allen Angehörigen in Kontakt zu kommen. Im Rahmen der Bezugspflege für vier Bewohner im Demenzbereich gibt es dann für sie zu diesen Angehörigen auch eher einen Kontakt.

„Oder dann wenn du die Bezugspflege von den Einzelnen, mir hän ja Bezugspflege von vier Bewohner und wenn sie jetzt was benötigen oder sonst was, dann han de Anschluss zu de Angehörige. Da mer sie jetzt anrufe ob mer ob sie des un des besorgen können 00:08:29-2.*“*

Desweiteren haben Angehörige die Funktion der sozialen Unterstützung. Diese zeigt sich darin, dass sie solche Zeiten ausfüllen, in denen eher weniger Betreuungsangebote vom Altenpflegeheim selbst angeboten werden. Frau Last unterscheidet dabei Angehörige, die sich um ihre eigenen Angehörigen kümmern von solchen, die auch bereit sind, sich in der Wohngruppe für alle Bewohner einzubringen. Dieses Einbringen für alle Bewohner in der Wohngruppe führt ihrer Meinung nach zu einem Gefühl von Gemeinschaft.

Angehörigenarbeit

Angehörige können positiv und negativ wirken. Positiv und unterstützend sind sie, wenn sie beim Tischdecken helfen oder bei der Kaffeerunde dabei sind. Hier können von Frau Last klare Erwartungen formuliert werden. Negativ und damit nicht unterstützend sind sie, wenn sie ständig unzufrieden sind und dies auch deutlich zeigen. Zur ihrem Verständnis der Angehörigenarbeit gehört auch, dass Angehörige Unterstützung bekommen, um sich im Altenpflegeheim zugehörig zu fühlen.

„Klar, der eine und der andere braucht vielleicht an Ruck um dazugeholt zu werde, damit er sich wieder dazugehörig fühlt, an anderer schließt sich gleich an. Klar, des müssen mir dann au wieder ausfeilen 00:42:05-7.“

Ihr ist wichtig festzuhalten, dass von der Art des Angehörigen nicht auf die Art des Bewohners geschlossen werden darf. Daher führen Konflikte oder Unzufriedenheiten von Angehörigen nicht zu Sanktionen beim Bewohner. Frau Last stellt fest, dass Angehörige die Angebote der Angehörigenarbeit wenig bis nicht wahrnehmen. Dies weist ihrer Meinung nach darauf hin, dass es viele Angebote gibt und Angehörige oft diese Zeitressourcen gar nicht besitzen.

„Also, ich find dieses Haus tut sehr viel für Angehörige. Die Festle und die Konzerte wo das Haus hier macht am Wochenende, Sommerfest und ich glaub mehr kann es gar nimmi ausschöpfe. Und des wird zum

Teil nicht wahrgenommen 00:40:04-5.

Warum wird es nicht wahrgenommen? Was denken Sie? 00:40:12-5

Weil's zeitlich bei der Anschwemmung >lacht< ja scheinbar nicht geht 00:40:19-1.“

Mitwirkung

Mit Blick auf das Wohl der Bewohner sind Angehörige wichtig. Dazu kommt jedoch, dass ihrer Meinung nach Angehörige immer wieder nicht im Sinne des Bewohners agieren, sondern, geleitet durch ihre eigenen Ideen zu einem fürsorglichen Umgang, Forderungen stellen, den Bewohner bevormunden und ihm ihren Willen „aufdrücken“. Dabei sieht sie dann das Wohl des Bewohners gefährdet. Solche Situationen versucht sie aufzulösen, indem sie einen Gesprächsweg sucht.

„Ja wie jetzt ebe, früher hän mer Frau B. um zwei rausgholt, aber ich denk Mittagessen, Sie wisse selber, die Frau isch neunzig Jahr alt und nach zwölf kommt sie ins Bett, Mittagsruhe, und dann schläft sie und ich ich denk, isch zwei manchmol schon ziemlich früh und sie isch halt komme und hat halt gmeint, jetzt müsst ihre Mutter raus. Oder wenn jetzt wirklich mal e Fest vorbereitet ist und sie war net um zwei draußе, erst mol zwanzig Minute später, mol vorprogrammiert, dass der Ärger dann da isch, net. Weil sie des eigentlich so möcht 00:25:16-2.“

Eine sinnvolle Mitwirkung durch Angehörige ist für sie im Bereich der sozialen Betreuung gut möglich, nicht jedoch bei den pflegerischen Tätigkeiten. Wenn Angehörige sich in Ausnahmefällen an der Pflege beteiligen, liegt es daran, dass der Bewohner krank war oder der Wunsch explizit vom Angehörigen kommt, jedoch nicht von den Mitarbeitern.

„Im Spätdienst, also was jetzt Toilettegäng oder jetzt also jetzt net komplett mit eingebunden, also von uns nicht, des kommt also wirklich dann von der Angehörigen aus 00:28:54-1.“

Ihrer Meinung nach ist es nicht Aufgabe der Angehörigen, bei der Pflege mitzuwirken; sie sollen eher nur dazukommen. Damit reklamiert sie ihren eigenen Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereich und bringt die Angehörigen mit Tätigkeiten der sozialen Betreuung in Verbindung.

„Eher spazieren, dasein, dass sie raus gehen in den Park oder eh hier unten in de Garten gehn oder mit ihr in die Cafeteria Kaffee trinke und, aber jetzt so gesehen 4 hab ich's jetzt in der Pflege eigentlich eigentlich noch nie erlebt 00:31:23-0.“

Konflikte

Frau Last weiß die Probleme bzw. Konflikte mit den Angehörigen zu differenzieren. Angehörige werden eher als unzufriedene und nörgelnde Typen gesehen, deren Verhalten sie sich auch mit der jeweiligen Belastungssituation erklärt.

„Genau. Und meistens die wo so so unzufrieden sind, die belastet dann au etwas, sonst wär des net der Fall 00:33:25-2*.“*

Sie illustriert dabei folgendes Beispiel:

„Wenn also Rollläde müsse zu beim Mittagsschlaf, Fenster müsse geschlosse gehalte, Türe müsse geschlosse gehalten, es darf niemand ins Zimmer, aber mir sin ja in ner Dementenstation, es geht halt jemand spaziere mittags und sieht er eine Tür, macht die Tür, do stecke mir auch net drin, wenn mer bei der Übergabe sind, Herr Schulz lauft rum, die Tür isch auf, sie kommt, Tür isch offe, >lacht< isch der nächste Ärger dann wieder vorprogrammiert 00:23:32-1*.“*

Bei all den Meinungsverschiedenheiten mit den Angehörigen wird der Bewohner jedoch mit emotionalen Worten wie „ist lieb“ beschrieben.

„... die Frau isch au lieb, es isch eigentlich nur die Angehörige. 00:24:17-5*.“*

Frau Last möchte die Konflikte nicht personalisieren und bezieht sich eher auf strukturelle Komponenten wie Absprachen, die mit den Angehörigen getroffen werden. Diese münden dennoch in schwierige Situationen. Sie beschreibt, wie man im Gespräch Lösungen suchen kann, die Angehörigen zufrieden zu stellen, aber es scheint vergebens, denn die Belastung und eine gewisse Unzufriedenheit scheinen diesen Personen eigen zu sein.

„... >lacht< Schwierige Situation, da hän mer und aber des isch ja, also ich möcht jetzt net, ich ich hab nichts gegen die Frau ja, aber >holt Luft< es isch wirklich was, sie isch a schwieriger Fall, ihr kannst du nix

recht mache. Und da kannst wirklich ein Schema ufstelle wo du sagst, also um die Zeit hole mir ihre Mutter raus und sie isch draußen und die nächste zehn Minute findet sie wieder was, was ihre nicht gefällt 00:22:46-2*.“*

Die belastenden schwierigen Situationen werden inhaltlich gleichgestellt mit den (eigenen) Belastungen, die eigentlich jeder (und somit auch sie selber) in seinen Familien haben kann.

„Natürlich sin, mir sin alle belastet 00:32:45-8 >lacht< Unser Stress und unser Druck immer, Sie wisse's jo selber. Die Angehörige sin au belastet mit Familie, es gibt in der eigene Familie geht net alles eben, mir sin alle belastet. Manchmal gibt's ein Todesfall, da bist belastet, musst damit fertig werden. Und des hängt bei den Angehörige 00:33:15-0*.“*

Auf die Frage, wie man mit schwierigen Situationen umgehen kann, erklärt Sie:

„... >lacht< Ja, also ich denk ahm 5 ich hab jetzt noch kei so schwierige Fall, dass ich jetzt net wo ich jetzt net selber, also mit Angehörige gehabt, dass mer jetzt net klar komme isch. Und ansonste sin mer ja auch net allein, wenn ich jetzt mit ihre net klar komm, na kann ich sie ja zur Hausleitung oder zu unserer Stationsleitung sage, horch mir sin uns net grün, also ich kann mit der Frau net rede oder sonst was, natürlich darf ich net ausfällig werde oder sonst was oder jetzt den Worte verletze oder, au wenn er mich jetzt vielleicht verletzt hätt, aber mer kann mit e gewisse Abstand hole, wo mer dann sagt, also gut, wenn des so isch, muss halt der Nächste des probiere, oder warum isch des vorgfalle, ich denk man versuchts. Ich bin ja eigentlich net allen auf der Station, dass ich jetzt do und mer muss jo net jeder gern haben 00:20:46-2*.“*

Konfliktlösungen werden im Gespräch gesucht. Hier zeigt sich eine Art „Verhaltenskodex“. Mitarbeiter dürfen nicht auffällig sein oder mit Worten verletzen. Außerdem kann man sich als Mitarbeiter Abstand zu der Konfliktsituation verschaffen, indem eine andere Kollegin im Team den Kontakt übernimmt bzw. die Situation an die nächste Verantwortungsebene delegiert. Das Team gibt Rückendeckung, da ja alle solche Situationen kennen.

Demenz

Angehörige in einer Wohngruppe können zu laut und manchmal auch im Hinblick auf die Anzahl der weiteren Personen zu viel sein. Sie verursachen Unruhe, die sich bei Menschen mit Demenz auch negativ auswirken kann. Das Angehörigenverhalten wird hier kritisiert. Sie hat die Erwartung, dass Angehörige einen an das Krankheitsbild Demenz angepassten Umgang mit den Bewohnern in der Wohngruppe pflegen.

Angehörige sind inzwischen über das Krankheitsbild Demenz informiert und verfügen über theoretisches Wissen. Doch dieses Wissen hilft nicht immer, wenn es um die praktische Umsetzung von Interaktionen geht und die Art, wie Angehörige ihren liebgewordenen Menschen in der Wohngruppe mit seinen dementiellen Veränderungen erleben.

> *„Von dem Kranke von der Krankheit, sie wissen zwar, wie der Krankheitsverlauf isch, hän drüber gelesen, hän vielleicht auch schon über die Krankenkasse und weiß ich was, kann mer ja alles, aber es isch halt schwer zu verstehen und wie wemer's nur liest und kann nachher nem Menschen wo mer gern ka hätt oder so* 00:22:04-3*.“*

Angehörige bevormunden die Bewohner oft und kommen mit deren zum Teil auch herausfordernden Verhalten, wie z. B. „mit den Fingern essen“ nicht klar. Für Frau Last ist das ein Zeichen von Hilflosigkeit. Die Demenzerkrankung bringt es oft mit sich, dass der Bewohner sich an seine Angehörigen nicht mehr erinnert.

> *„Ja. Steht immer noch im Mittelpunkt. Aber der Angehörige gehört dann auch noch zu dem Bewohner. 4 Weil alles isch nit ganz vergesse* 00:42:50-0*.“*

Die Demenz erfordert von den Angehörigen ihrer Meinung nach einiges. Pflichtbesuche sind auch ein Indikator dafür, dass Angehörige mit der Situation nicht klarkommen. Erschwerend kommt ein schlechtes Gewissen hinzu, dass die Angehörigen sich für eine Heimversorgung entschieden haben.

> *„Wisse Sie, meine, wisse Sie was ich jetzt meine. Sie bevormunde sie noch, manche wäre au net mit der Situation fertig, das ihre Mutter jetzt Demenz hätt, dass sie Sache vergisst und und meint, des müsst doch einfach wieder zurückkommen oder oder, ah mit aller Gewalt, net, au*

dieses Medikament hilft, man zeigt, man sagt ja es gibt ja des Medikament für die Demenz, dass sie net so schnell fortschreitet, aber es gibt halt nicht keine Heilung dafür und der Ablauf is schrecklich. Immer vorprogrammiert in dem Fall, dass sich's verschlechtert. Und vieles mit dem fertig zu werden, ich denk schon schwer, ne. Und net einfach für den Einzelnen, und manche schaffe des net 00:18:08-7*."*

Frau Last versorgt, zu Hause ihre an Demenz erkrankte Mutter und die Schilderungen lassen einen persönlichen Bewältigungsprozess zum Thema Demenz vermuten. So kommt wohl auch die Aussage zustande, dass wir uns in der Zukunft nicht unterscheiden von den Angehörigen und Bewohnern im Wohnbereich, denn wir alle können in Zukunft unmittelbar oder mittelbar von Demenz betroffen sein. Es gleicht einer Vergemeinschaftung der Belastung auf alle, also auch auf sie selbst.

„ ... >lacht< Dass mir im gleiche in dem gleiche Boot sitze wie die Bewohner wo dort unten sind 00:11:58-8*."*

12.11.4 Inventarisieren der Konzepte der Subjektiven Theorie von Frau Last

Tabellarische Darstellung der Konzepte entsprechend den inhaltlichen Themenbereichen

Themenbereiche	**Konzepte**	**Anmerkungen**
Besuche	1. Jeder Angehörige muss seine Besuche so machen, wie er kann. 2. Angehörige haben ein eigenes Arbeits- und Familienleben, daher sind Besuche schwer zu regeln. 3. Ist der Bewohner krank, sind die Angehörigen vermehrt da, auch morgens. 4. Angehörige sind für den Bewohner wichtig (Nähe), da es um Dasein geht (auch wenn Tochter nicht erkannt wird). 5. Kommunikation mit Angehörigen ist eine Voraussetzung, um miteinander auszukommen. 6. Angehörige haben unterschiedliche Bedürfnisse, die von den Mitarbeitern im Gespräch herauszufinden sind.	**8 Konzepte**

	7. Der Bewohner steht im Mittelpunkt und der Angehörige gehört dazu. 8. Wir sollen offen sein und auf Angehörige zugehen.	
Aufgaben/ Funktionen	9. Angehörige sind soziale Unterstützer. Dies zeigt sich darin, dass sie Zeit ausfüllen mit Betreuung (Mittagsbetreuung). 10. Angehörige bringen sich für alle Bewohner ein in der WG, dies führt zu einem Gefühl von Gemeinschaft. 11. Angehörige sind Informationsgeber (Biografie, Mäeutik). 12. Besorgungen für Bewohner erledigen führt zu Kontakt der Mitarbeiter mit den Angehörigen.	**4 Konzepte**
Angehörigenarbeit	13. Angehörige können Unterstützung sein, z. B. bei der Kaffeerunde da sein (Tätigkeit Tisch decken). 14. Angehörige sind keine Erleichterung, wenn sie mit nichts zufrieden sind. 15. Wenn Angehörige die Angebote der Angehörigenarbeit nicht wahrnehmen, dann weist es darauf hin, dass es viele Angebote gibt und die Angehörigen zu wenig Zeit haben. 16. Die Art der Angehörigen (kritisch) ist nicht gleich Art der Bewohner (lieb). 17. Konflikte mit Angehörigen führen nicht dazu, dass der Bewohner leiden muss.	**5 Konzepte**
Mitwirkung	18. Die Aktionen der Angehörigen sind nicht immer zum Wohle der Bewohner (bevormunden, ihr eigener Wille). 19. Sinnvolle Mitwirkung zeigt sich in Mitgestaltung und Betreuung. Sinnvolle Mitwirkung von Angehörigen zeigt sich nicht in pflegerischen Tätigkeiten. 20. Wenn Angehörige mitpflegen, dann weist das darauf hin, dass der Bewohner krank war (akut krank). 21. Der Wunsch zur Mitwirkung bei Pflege kommt nicht vom Mitarbeiter, sondern von den Angehörigen. 22. Angehörige pflegen eher nicht, sie kommen so dazu.	**5 Konzepte**
Konflikte	23. Schwierige Angehörige zeigen sich darin, dass nichts recht ist. Sie sind unzufrieden und belastet. 24. Wenn man mit Angehörigen nicht klar kommt, dann leitet man diese an die Leitung weiter.	**5 Konzepte**

	25. Konfliktlösung mit Angehörigen führt zum Gespräch. Im Gespräch einen Weg finden (im Team). 26. Bei den Konfliktlösungen sind alle im Team betroffen. 27. Der ideale Angehörige ist kooperativ (mit den Mitarbeitern).	
Demenz	28. Erkennen als Person ist nicht gleich-zusetzen mit Nähe-Zeigen – das Gefühl von Nähe ist wichtig. 29. Angehörige wissen über Demenz, aber das ist nicht gleichzusetzen damit, wie Angehörige ihre liebgewordenen Menschen erleben. 30. Angehörige bevormunden Bewohner, das ist ein Zeichen dafür, dass sie mit der Situation nicht klarkommen (z. B. mit den Händen essen). 31. Angehörige kommen mit der Demenz nicht klar, das zeigt sich darin, dass der Besuch dann Pflicht ist. 32. Angehörige haben ein schlechtes Gewissen wegen der Heimversorgung. 33. Angehörige sind belastet; sie müssen mit so vielem klarkommen (Demenz). 34. Wenn Angehörige belastet sind, sind auch Mitarbeiter belastet. Wie sitzen da alle im gleichen Boot und sind betroffen.	**7 Konzepte**
6 Themenbereiche		**34 Konzepte**

12.11.5 Qualitatives Aggregierungsverfahren und interpretative Zusammenfassung in Kategorien

12.11.5.1 Darstellung in Tabellenform

Konzepte der Subjektiven Theorie	**Interpretative Zusammenfassung**	**Kategorien** Transformation der Konzepte in eine weitere Abstraktions-einheit
1. Jeder Angehörige muss seine Besuche so machen, wie er kann. 2. Angehörige haben ein eigenes Arbeits- und Familienleben, daher sind Besuche schwer zu regeln. 15. Wenn Angehörige die Angebote der Angehörigen-arbeit nicht wahrnehmen, dann weist es darauf hin, dass es viele Angebote gibt und die Angehörigen zu wenig Zeit haben. 3. Ist der Bewohner krank, sind die Angehörigen vermehrt da, auch morgens. 33. Angehörige sind belastet; sie müssen mit so vielem klarkommen (Demenz). 34. Wenn Angehörige belastet sind, sind auch Mitarbeiter be-lastet. Wir sitzen alle im glei-chen Boot und sind betroffen.	Angehörige sind eine belastete Personengruppe. Die Rolle eines Angehörigen ist durch Belastung gekennzeichnet Die Belastungssituation wirkt sich auch auf die Beziehung zu den Mitarbeitern aus.	**Rollenbelastung, Gefahr einer Rollenüber-lastung** Vgl: Nanda International Pflegediagnosen: „Gefahr einer Rollenüberlastung der pflegende Bezugsperson“[469]
7. Der Bewohner steht im Mittelpunkt und der Angehörige gehört dazu. 8. Wir sollen offen sein und auf Angehörige zugehen. 16. Die Art der Angehörigen (kritisch) ist nicht gleich der Art der Bewohner (lieb). 17. Konflikte mit Angehörigen führen nicht dazu, dass der Bewohner leiden muss.	Bewohner, Angehöriger und Mitarbeiter bilden ein triadisches Beziehungs-system. Zwischen Ange-hörigen und Bewohnern gelingt eine Differenz-ierung. Diese kann ver-hindern, dass sich eine ggf. gestörte Angehörigen -Beziehung negativ auf den Bewohner auswirkt. Mit einer differenzierten Perspektive können unterschiedliche Allianzen	**Ideal der Kooperative Triade**

[469] Vgl. Herdmann; Kamitsuru 2016, S. 319.

	gebildet werden. Im Konfliktfall wird idealerweise der Kontakt zu allen Beteiligten im Sinne einer kooperativen Balance aufrechterhalten.	
4. Angehörige sind für den Bewohner wichtig (Nähe), da es um das Dasein geht (auch wenn die Tochter nicht erkannt wird). 11. Angehörige sind Informationsgeber (Biografie, Mäeutik). 18. Die Aktionen der Angehörigen sind nicht immer zum Wohle der Bewohner (bevormunden, ihr eigener Wille). 28. Erkennen als Person ist nicht gleichzusetzen mit Nähe-Zeigen – das Gefühl von Nähe ist wichtig. 29. Angehörige wissen über Demenz, aber das ist nicht gleichzusetzen damit, wie Angehörige ihre liebgewordenen Menschen erleben. 30. Angehörige bevormunden Bewohner, das ist ein Zeichen dafür, dass sie mit der Situation nicht klar kommen. (z. B. mit den Händen essen). 31. Angehörige kommen mit der Demenz nicht klar, das zeigt sich darin, dass der Besuch dann Pflicht ist. 32. Angehörige haben ein schlechtes Gewissen wegen der Heimversorgung.	Sowohl das Konzept der Wohngruppe (als eine strukturelle Voraussetzung) als auch das Erfordernis, Menschen mit Demenz liebevoll zu begleiten und an Erinnerungen anzuknüpfen, bindet Angehörige in den Betreuungsalltag ein. Diese Anforderungen können zur Überforderung und in eine ausweglose Situation führen.	**Aporie in der Begleitung von Menschen mit Demenz**
3. Ist der Bewohner krank, sind die Angehörigen vermehrt da, auch morgens. 9. Angehörige sind soziale Unterstützer. Dies zeigt sich darin, dass sie die Zeit ausfüllen mit Betreuung (Mittagsbetreuung). 10. Angehörige bringen sich für alle Bewohner ein in der WG, dies führt zu einem Gefühl von Gemeinschaft.	Die Grundversorgung im Altenpflegeheim ist durch die Mitarbeiter gesichert. Zusätzliche Leistungen für sein Familienmitglied sind eine Unterstützung für die Mitarbeiter. Dabei konzentrieren sich die Angehörigen am besten auf die Betreuungsaufgaben und nicht auf die pflegerischen	**Unterstützungspotential bei der Betreuung**

12. Besorgungen für Bewohner erledigen führt zu Kontakt der Mitarbeiter mit den Angehörigen. 13. Angehörige können Unterstützung sein, z. B. bei der Kaffeerunde da sein (Tätigkeit Tisch decken). 14. Angehörige sind keine Erleichterung, wenn sie mit nichts zufrieden sind. 19. Sinnvolle Mitwirkung von Angehörigen zeigt sich in Mitgestaltung und Betreuung. Sinnvolle Mitwirkung von Angehörigen zeigt sich nicht in pflegerischen Tätigkeiten. 20. Wenn Angehörige mit-pflegen, dann weist das darauf hin, dass der Bewohner krank war (akut krank). 21. Der Wunsch zur Mitwirk-ung bei Pflege kommt nicht vom Mitarbeiter, sondern von den Angehörigen. 22. Angehörige pflegen eher nicht, sie kommen so dazu.	Tätigkeiten. Idealerweise bringen sie sich auch für die ganze Wohngruppe ein. Unzufriedene Angehörige sind keine Erleichterung.	
5. Kommunikation mit Ange-hörigen ist Voraussetzung, um miteinander auszukommen. 23. Schwierige Angehörige zeigen sich darin, dass nichts recht ist. Sie sind unzufrieden und belastet. 24. Wenn man mit Angehörigen nicht klarkommt, dann leitet man diese an die Leitung weiter. 25. Konfliktlösung mit Angehörigen führt zum Gespräch. Im Gespräch einen Weg finden (im Team). 26. Bei den Konfliktlösungen sind alle im Team davon betroffen. 27. Der ideale Angehörige ist kooperativ (mit den Mitarbeitern).	Die unterschiedlichen Erwartungen müssen miteinander ausgehandelt werden, im Gespräch und ggf. auch auf Leitungs-ebene. Angehörige benötigen „Teamlösungen“. Kommunikation dient dem Arrangement“.	**Aushandlungen zur Erwartungs-klärung**

12.11.5.2 Interpretative Zusammenfassung der Subjektiven Theorie von Frau Last

Kategorie Rollenüberlastung

Frau Last spricht ausschließlich von überlasteten Angehörigen, die es schwer haben, alle an sie gerichteten Anforderungen zu. Akute Krankheiten stimulieren noch mehr Angehörigenkontakte zu den Bewohnern, die Demenzerkrankung verlangt ihre Anwesenheit sowieso in höherem Maße und ihre bestehenden Verpflichtungen im eigenen Familien- und Arbeitsleben führen zwangsweise zu einer komplexen Situation. Diese vielfältigen Anforderungen benötigen zur Bewältigung hohe Zeitressourcen und Fähigkeiten. Objektive Situationen und subjektive Gefühle der Überforderung, insbesondere der Rollenüberforderung, können entstehen.

Die Belastungssituation der Angehörigen wirkt sich auch auf die Mitarbeiter aus. Diese Beziehung ist auch belastet. Von Frau Last wird die Metapher „Wir sitzen alle im selben Boot“ verwendet. Hier kommt sicher auch der Einfluss aus ihrer eigenen Lebenssituation zum Tragen. Sie ist selber als Tochter und pflegende Angehörige von der Demenzerkrankung der Mutter betroffen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass viele ihrer Sichtweisen, insbesondere die der Belastung und der Gefahr der Rollenüberlastung, auch von dieser häuslichen Situation und ihrer Fürsorgerolle geprägt sind. Die Gefahr der Rollenüberlastung ist eine international anerkannte pflegerische Klassifikation. Sie wird wie folgt definiert: „Risiko der Schwierigkeit, die Rolle als pflegende Bezugsperson auszuüben, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte.“[470]

Das Ideal der kooperativen Triade

Die in der häuslichen pflegerischen Versorgung dominierende dyadische Beziehung wird bei Heimeintritt meist zu einer triadischen Beziehung und damit auch zu einer weiteren Herausforderung. Frau Last hat ihre Bewohner mit Demenz im Fokus und ordnet die Angehörigen dazu. Die Erwartung, Angehörige in das Geschehen mit einzubeziehen, spürt sie und beschreibt auch ein gewisses Konfliktpotenzial im Umgang mit Angehörigen. Sie zeigt hier eine

[470] Herdmann; Kamitsuru 2016, S. 319.

differenzierte Sichtweise und beschreibt ein advokatives Handeln. Mit allen an der triadischen Beziehung Beteiligten in Kooperation zu sein scheint das erstrebenswerte Ziel. Idealerweise kann der Kontakt zu allen Beteiligten im Sinne einer kooperativen Balance aufrechterhalten werden.

Die Aporie in der Begleitung von Menschen mit Demenz

Die Erkrankung Demenz zeigt sich aus der Perspektive von Frau Last in einem aporetischen Konflikt. Einerseits haben die Angehörigen bei den Bewohnern mit einer dementiellen Erkrankung eine wichtige Funktion: Sie sind Informationsgeber und für die im Krankheitsverlauf meist noch lange intakte Gefühlswelt der Bewohner hoch bedeutsam. Auch in bereits fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung können sie Gefühle von Sicherheit, Vertrautheit und Nähe auslösen. Gleichzeitig zeigt sich darin die Überforderung. Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, autoaggressives Verhalten, physisch aggressives Verhalten, verbale Aggression und vokale Auffälligkeiten bis hin zu Wahnvorstellungen oder extremer Antriebslosigkeit und das Nichterkennen der Angehörigen sind Situationen, die für Angehörige immer wieder extrem belastend sind. Da die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf die Betreuungsleistungen erwünscht ist, bleibt diese Situation als unauflösbare Problemstellung bestehen und wird immer wieder bei den Besuchen aktualisiert.

Unterstützungspotenzial bei der Betreuung

In Familien werden Kontakt, Kommunikation und Beziehungen gepflegt. Daraus ergibt sich für Frau Last die sinnvolle Mitwirkung der Angehörigen über diese Tätigkeiten. Die pflegerische Versorgung ist ihr eigener Verantwortungsbereich. Daher ist es schlüssig, dass Angehörige diese Form der Familienarbeit, die soziale Betreuung, fortsetzen. Innerhalb der pflegerischen Tätigkeiten ist die soziale Betreuung keine „explizite Leistungsbeschreibung“. Sie ist meist delegiert an zusätzliche Betreuungskräfte, Mitarbeiter im Sozialdienst oder ehrenamtlich Engagierte. Diese Sichtweise auf getrennte Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche verkennt, dass viele pflegende Angehörige in einer Doppelrolle jahrelang auch pflegerische Tätigkeiten durchgeführt haben.

Unterschiedliche Kompetenzen oder Vorlieben könnte man zwar aushandeln, für Frau Last würde es aber stimmig sein, dass Angehörige in die unterstützende Betreuungsrolle hineingehen.
Mit der Aussagen, dass das „Sich-Einbringen der Angehörigen in der Wohngruppe zu einem Gefühl von Gemeinschaft führt“, verweist Frau Last auf ihre Idee, dass sie sich auch für die ganze Wohngruppe einbringen. Insgeheim besteht vielleicht der Wunsch, die anderen Bewohner der Wohngruppe auch gleich mit zu „adoptieren“. Diese würden dann auch von der Betreuungsleistung profitieren können. Damit wird der Angehörige zum Kompensationsmodell und lässt sich organisational einordnen in das Gesamtgeschehen.

Aushandlungen zur Erwartungsklärung

Unterschiedliche Erwartungen können im Gespräch miteinander ausgehandelt werden, direkt vor Ort im Wohnbereich oder, wenn es nicht gelingt, durch „Überweisung“ bei der Leitung. Die Konflikte sind für Frau Last niemals nur eine Sache zwischen den beiden beteiligten Personen, sondern betreffen immer das gesamte Team. Die unterschiedlichen Erwartungen sind normaler Bestandteil im Arbeitsalltag. Die „nörgelnden Angehörigen“ sind eben belastet und unzufrieden. Damit die Last für sie nicht zu groß wird, leitet sie die Situation an die Leitung weiter bzw. bezieht das Team mit ein.

12.11.6 Zusammenfassung

Die subjektive Theorie von Frau Last ist stark geprägt von dem täglichen Zusammensein mit Menschen mit Demenz. Mit ihrer Lebens- und Berufserfahrung kann sie sich in sehr guter Art in die besondere Situation dieser Menschen und ihrer Familien hineinversetzen, gewinnt jedoch in ihren Schilderungen nicht die nötige professionelle Distanz. Wie ein roter Faden zeigt sich, durchaus schlüssig und widerspruchsfrei argumentiert, eine gewisse Schwere und Herausforderung. Der Umgang mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen ist a priori belastet. Plausibel erscheint demzufolge die Idee, dass Angehörige sich nützlich in die Betreuungsarbeit in der Wohngruppe einbringen und somit die Mitarbeiter entlasten.

13. Rekonstruktionen der kollektiven Muster in den Gruppendiskussionen - Darstellung der Ergebnisse

Der nachfolgende Text bezieht sich auf die Rekonstruktionen aus den Gruppendiskussionen. Die Aufbereitung der Konzepte erfolgte ohne Strukturlegetechnik und kommunikativer Validierung. Da die Gruppendiskussionen als ergänzendes Datenmaterial gewertet werden, sind die paraphrasierten Aussagen und deren zusammengefasste Konzepte im Anhang detailliert aufgeführt (Anhang 12).
Zunächst folgt eine Kurzbeschreibung der jeweiligen Gruppendiskussionen. In einer anschließenden Analyse werden die Themen bzw. die Konzeptaussagen, die sich von den Inhalten und Konzepten der Einzelinterviews unterscheiden, weiter aufgenommen.

13.1 Zur Situation der Gruppendiskussionen

Die Gruppendiskussionen waren den Einzelinterviews und deren kommunikativer Validierung zeitlich nachgeordnet. Der erneute und damit für alle Beteiligten dritte Kontakt mit der Untersucherin war freundlich und von interessiert-neugieriger Spannung geprägt. Die Gruppendiskussionen fanden immer nach dem Frühdienst statt. In einem Besprechungsraum waren dazu Getränke und ein kleiner Imbiss vorbereitet. Die Sitzordnung konnte frei gewählt werden und alle Gesprächsteilnehmer konnten direkten Blickkontakt zueinander halten. Alle Gruppendiskussionen verliefen ohne Störungen. Um die Komplexität einer Gruppendiskussion zu beobachten, wurde jeweils ein weiterer Forschungspartner einbezogen. Diese haben sich bei den Gesprächsteilnehmern zu Beginn vorgestellt. Sie haben eine beobachtende Rolle eingenommen und standen der Untersucherin im Anschluss zur Auswertung der Beobachtungen und ersten Interpretationsansätzen zur Verfügung. Nachfolgend eine Übersicht zu den drei Gruppendiskussionen mit Angaben zur Interviewzeit und den aus den Interviews indizierten Konzeptaussagen.

	Wohnbereich	Demenz-Wohnbereich	Leitungen
Gruppengröße	5	5	4
Interviewdauer	59 Minuten	62 Minuten	80 Minuten
Indizierten Konzeptaussagen	55 Memos	85 Memos	74 Memos

Abbildung 16: Übersicht Gruppendiskussionen.

Aus der Quantität der Konzepte lässt sich nicht zwingend eine Differenziertheit der Kenntnisse, ein Detailreichtum oder eine vernetzte Struktur der Wissensbestände ableiten. Die indizierten Konzepte sind in der Erhebung nicht qualitativ aggregiert und jede Aussage steht für sich, egal ob sie wiederholt von anderen Gruppenteilnehmern bestätigt oder widerlegt wird. Die Konzepte aus den Gruppendiskussionen stellen nicht die Summe der Individualmeinungen dar, sondern sie sind das Ergebnis der Gruppendiskussion im Sinne eines kollektiven Interaktionsgeschehens.

13.2 Kurzbeschreibung - Gruppendiskussion im nicht-segregativen Wohnbereich

Die fünf Teilnehmer der Gruppendiskussion arbeiten in einem nicht-segregativen Wohnbereich. Der Start in die 59 Minuten dauernde Gruppendiskussion hat die Besonderheit, dass eine Diskussionsteilnehmerin nicht anwesend ist. Ihr Fehlen kann nicht erklärt werden. Aus der Gruppe hat keiner der Mitarbeiter eine Reaktion dazu gezeigt, sodass die Untersucherin selbst auf dem Wohnbereich nachgefragt hat. Die Mitarbeiterin war zuhause und hatte den Termin vergessen. Demzufolge konnte sie an der Gruppendiskussion nicht mehr teilnehmen.

Der Gesprächseinstieg wie der gesamte Gesprächsverlauf ist eher mühsam. Die gesprächsstimulierende Einstiegefrage hat fragende Blicke und keine spontanen Antworten produziert. Mit einer zweiten Stimulusfrage kommt dann ein Gespräch in Gang. Im Gesprächsverlauf haben die einzelnen Teammitglieder kaum aufeinander reagiert bzw. interagiert. Es zeigen sich ein schleppender Verlauf und eine gewisse Schwere. Der Umgang untereinander ist insgesamt sehr verhalten und behutsam. Eine Teilnehmerin hat sich trotz direkter

Aufforderung nicht am Gespräch beteiligt. Die Redeanteile der aktiven Teilnehmer sind gleichmäßig verteilt. Das Verhalten der Gruppe wirkt kontrollierend und gesprächsvermeidend. Es scheint, als ob die Gruppe wenig zur Thematik teilen und sich aktuell keiner mit seiner Meinung positionieren möchte. Nach der Diskussion und nachdem das Tonband abgeschaltet wird, gibt es spontane Reaktionen. Eine Teilnehmerin, die während des ganzen Interviews nicht gesprochen hat, ist sichtlich erleichtert. Sie lockert die Situation mit ihrem Beitrag auf und allen scheint klar zu sein, dass sie sich absichtlich nicht eingebracht hat. Eine Teilnehmerin erklärt, dass das Einzelinterview für sie leichter gewesen ist, da sie bei ihren Gedanken bleiben konnte. Ein Teilnehmer erwähnt, dass die Situation im Wohnbereich im Moment auch schwierig sei. Näheres dazu wird nicht erklärt. Die Teilnehmer stellen auch fest, dass durch das Fehlen einer Mitarbeiterin deren Perspektive und demzufolge der Bereich der Sozialen Betreuung nicht berücksichtig wurde und überhaupt es wenig andere Ansichten gab, die zur Sprache gekommen sind. Der Umgang mit Angehörigen könne sehr individuell sein. Es sei hier im Wohnbereich nicht so, dass man angewiesen sei auf einen gemeinsamen und einheitlichen Umgang. Das sei viel mehr im Demenzbereich der Fall.

Aus der Gruppendiskussion können 55 Konzepte, gegliedert in die sieben Themenschwerpunkte Angehörige, Ideale Angehörige, Heimeinzug, Konflikte-Kritik-Erwartungen, Besuche, Zusammenarbeit und Angehörigenarbeit exploriert werden.

Direkt nach der Gruppendiskussion hat die Untersucherin erfahren, dass das Team sich in einem Konflikt befindet und die Situation sehr verfahren und atmosphärisch ungünstig ist.

Ein Deutungsversuch zu der wahrgenommenen Gruppensituation

Die Grundidee eines konstruktivistischen Repräsentationskonzeptes ist, dass Repräsentieren eine gestaltende, machtvolle und durch Rahmungen bedingte Praxis ist und kein passives, neutrales und unmittelbares Wiedergeben oder Abbilden. Die Konstruktionen von sozialen Repräsentationen ist ein aktiver und subjektiver Prozess und geschieht im Vollzug. Eine Gruppe selektiert und ordnet, auch durch weglassen oder hervorheben und wiederholen von Themen,

was für sie aktuell Bedeutung hat. Mögliche Konsenserfahrungen bieten einer Gruppe Schutz nach außen. Geteilte Einstellungen zu Themen können Gruppenmitgliedern ein Gefühl der Stärke und Einigkeit geben.
Befindet sich eine Gruppe in einer Konfliktsituation, kann es stabilisierend und schützend wirken, sich bewusst oder unbewusst geschlossen zu geben und unterschiedliche Meinungen zu vermeiden.
Die Selektion der Gruppe war möglicherweise darauf ausgerichtet, weniger zu interagieren und das jeweils gesagte konfliktvermeidend stehen zu lassen. Institutionelle Rahmenbedingungen, Interessen und Gruppensituationen nehmen Einfluss auf die Produktion von Bedeutungen und Wissen. Somit sind soziale Repräsentationen nicht neutral, beliebig oder autonom, sondern situativ und auch in Machtverhältnisse verstrickt. Möglicherweise ist die kollektiv geteilte Einstellung, die Unterschiede oder den Konflikt nicht zum Thema zu machen, in der Interviewsituation wirkmächtig geworden. Wie befreiend wirkte das Ende der Gruppendiskussion, an dem man wieder in die natürlichen Gesprächsmuster übergehen konnte.

13.2 Kurzbeschreibung - Gruppendiskussion im Wohnbereich für Menschen mit Demenz

Die fünf Teilnehmer der Gruppendiskussion arbeiten in dem segregativen Bereich für Menschen mit Demenz. In der 62 Minuten dauernden Gruppendiskussion gibt es selbstläufige und stockende Sequenzen. Nicht alle Themen, die durch eine Frage eingeführt werden, kommen im selben Umfang zur Entfaltung. Das Thema der Konflikte mit Angehörigen ist dominant und scheint durch viele Aussagen hindurch, obwohl andere Themen angefragt sind.
Im Gesprächsverlauf zeigt die Gruppe einen sehr behutsamen Umgang miteinander, sie schienen darauf bedacht zu sein, dass eine positive Atmosphäre entsteht.
Eine Pflegefachperson beginnt mit der Beantwortung der Einstiegfrage. Es ist auch die Person, die die meisten Sprechanteile innehat. Die Beteiligung an der Diskussion ist unterschiedlich. Drei Personen haben eher viele Sprechanteile, zwei eher wenige. Zwei Personen haben sich immer wieder deutlich in ihren

Meinungen voneinander distanziert. Eine Person hat wiederholt deutlich gemacht, dass in ihrem Bereich alles in Ordnung sei.
Abschließend haben einige Teilnehmer zurückgemeldete, „dass es gut war, mal so ohne Druck über das Thema zu reden, sie hätten ja doch eher eine ähnliche Meinung dazu.
Die 85 Konzepte konnten in folgende elf Schwerpunktthemen gebündelt werden. Diese sind die Themen Angehörige, Altenpflegeheim, Arbeitsplatz, Konflikte, Konkurrenz, Besuche, Zusammenarbeit, Familie, Wertschätzung, Image der Altenpflege und der Altenpflegeheime und Angehörigenarbeit.

13.4 Kurzbeschreibung – Gruppendiskussion mit den Leitungsverantwortlichen

An der Gruppendiskussion mit den Leitungsverantwortlichen nehmen vier Personen teil. Diese sind die Einrichtungsleitung, die Leitung des Sozialen Dienstes und die Wohnbereichsleitungen aus den beiden teilnehmenden Wohnbereichen. Die Gruppendiskussion dauert 80 Minuten und war stark von minutenlangen Redesequenzen von zwei Personen geprägt. Die 74 Konzepte konnten in den Schwerpunktthemen Angehörige, Raumkonzept, Kritik, Heimeinzug, Besuche, Zusammenarbeit, Mitwirkung, Interkulturalität, Angehörigenarbeit gebündelt zusammengefasst werden. Die Perspektive der Leitungsverantwortlichen auf die Thematik generierte einige neue Konzepte.
Der Gesprächseinstieg und die Selbstläufigkeit im Gespräch sind eher schleppend. Die Einrichtungsleitung wollte sich bewusst zurückhalten und nicht das Gespräch beginnen. Möglicherweise hat sich hier bereits schon das „Setting“ ausgewirkt. Die Mitarbeiter der mittleren Führungsebene sind der Einrichtungsleitung unterstellt und eine soziale Erwünschtheit im Hinblick auf die eigene Performance zur Thematik läge nahe.

13.5 Auswertung der Konzepte der Gruppendiskussionen

Die Konzepte aus den Gruppendiskussionen sind nach inhaltlichen Themenbereichen inventarisiert und tabellarisch im Anhang abgebildet. Nachfolgend werden nur die Konzepte und Aussagen aufgenommen, die sich nach einem inhaltlichen Abgleich ausschließlich in den Gruppendiskussionen und nicht in

den Einzelinterviews repräsentiert haben. Hervorgehoben werden widersprüchliche und nicht konsistente Aussagen, die innerhalb der Gruppendiskussion aufgetaucht sind.

13.5.1 Gruppendiskussionen mit den Mitarbeitern aus dem nicht-segregativen Wohnbereich

- Der ideale Angehörige holt sich Rat und fragt die Mitarbeiter was die Bewohner brauchen.
- Vertrauen der Angehörigen zu den Mitarbeitern kann sich entwickeln. Häufige Besuche helfen, dieses Vertrauen zu gewinnen.
- Angehörigenarbeit ist irgendwie unsichtbar, nicht beschreibbar.
- Unterschiedliche Positionen existieren im Hinblick auf die Mitwirkung durch Angehörige. Angehörige sollen nicht mitpflegen, da es zu Spannungen kommt. Daneben gibt es die Meinung, dass in Teilen und nach Absprache und nach Anleitung eine Mitwirkung bei der Pflege möglich ist. In Kleinigkeiten können Angehörige in die Pflege eingebunden werden.
- Die Frage nach der Zuständigkeit wird unterschiedlich, jedoch eher in geteilter Verantwortung dargestellt. Die Einrichtungsleitung organisiert alles und hat die Gesamtverantwortung. Gleichzeitig wird gesehen, dass alle Mitarbeiter auch zuständig sind, da sie den meisten Kontakt im Alltag haben und die Mitarbeiter die Ansprechpartner vor Ort sind.
- Auch die Triade von Bewohner, Angehörigem und Mitarbeiter wird in der Gruppendiskussion unterschiedlich gesehen. Einerseits kann sie ein Gewinn sein, anderseits kann sie sich dysfunktional entwickeln. Dabei wird beschrieben, dass diese Beziehungskonstellationen sich negativ für den Bewohner auswirken und für Mitarbeiter die Situation stressig werden kann.

13.5.2 Gruppendiskussionen mit den Mitarbeitern aus dem segregativen Wohnbereich

- In der Diskussion werden Angehörige als eine souveräne und selbstbewusste Gruppe dargestellt. Sie organisieren sich und ihre

Interessen selber und sie wohnen und feiern in der Wohngruppe selbstbestimmt mit. Damit sind Mitarbeiter auch nicht für das Seelenheil aller Angehörigen zuständig.

- Im Küchenbereich sind Angehörige nicht stressig. „Bei mir sind alle nett, weil ich in der Küche bin". „Aber die Probleme hab ich nicht, ich sag ich komm mit allen klar. Ich bin nicht in der Pflege, ich mach keine großen Fehler".
- Beschwerden sind noch unangenehmer, wenn sie zeitverzögert kommen. Man kann sich dann auch nicht mehr wirklich so gut verteidigen.
- Angehörige kommen und haben unterschiedliche Motive wie z.B. Gespräche führen, zeigen was man hat, vom Urlaub erzählen, Kontrollgänge machen. Manche Besuche dienen nicht dem Bewohner. Ihre Besuchsmotive sind eigennützig.
- Angehörige kontrollieren und haben teilweise kein Vertrauen. Es gibt einen Vertrauensverlust gegenüber der Altenpflege.
- Unterschiedliche Positionen zeigen sich bei der Frage der Mitwirkung und der Wertschätzung durch Angehörige. Pflegerische Vorerfahrungen und Praxistipps von Angehörigen können integriert werden. Angehörige können den Mitarbeitern Vorschläge machen.
- Gleichzeitig wird in der Diskussion auch gefordert, dass Angehörige mit den Mitarbeitern an einem Strang ziehen und nicht noch an der bisherigen Praxis der Versorgung zuhause beharren.
- Mitarbeiter beschreiben Erfahrungen von Abwertung und Demütigung durch Angehörigen. Sie erleben verächtliche Blicke und verbale Angriffe. Gleichzeitig wird diskutiert, dass man mit den Angehörigen auch wertschätzende Dinge erleben kann.

13.5.3 Gruppendiskussionen mit den Leitungsverantwortlichen

- Die Aussage, dass Pflegende als Zuhörer gefragt sind, wenn Angehörige ihre Sorgen bei uns „abladen", weist auf das Aufgaben- und Rollenverständnis hin.
- Die Funktionalität der Angehörigen wird hier noch erweitert. Angehörige

werden zu ethischen Fallbesprechungen hinzugebeten.

- Ein Altenpflegeheim ist keine fremde Welt, dennoch ist der Heimeinzuges entscheidend. Das Altenpflegeheim ist für Angehörige kein Neuland und Sie fühlen sich eher schnell heimisch. Vertrauen hilft, als Angehöriger seinen Platz zu finden.
- Eine Besuchshäufigkeit von 1-3 Mal pro Woche ist ideal.
- Es ist wichtig, dass Angehörige und Bewohnern bei Festen Gemeinsamkeiten erleben.
- Angehörige werden beobachtet inwieweit Sie sich wohl fühlen. Ziel der Zusammenarbeit ist Vertrauen. Vertrauen ist Voraussetzung dafür, dass Beziehung entsteht. Mitarbeiter müssen einen Vertrauensvorschuss leisten.
- Angehörige werden von Mitarbeitern auch seelsorgerlich begleitet.
- Jeder Angehörige hat eine eigene Meinung. Wichtig ist die Botschaft an die Angehörigen, dass ihre Mutter oder ihr Vater hier gut versorgt ist.
- Die Mitarbeiter bilden ebenso eine kulturelle Vielfalt ab; es zeigen sich verschiedene kulturelle Werte.
- Mitarbeiter beschreiben Ängste und Unsicherheiten, die durch Angehörige ausgelöst werden können („Ich habe Bauchschmerzen, wenn ich zum Dienst komme oder wenn ich die Angehörigen sehe“). Die Leitungsverantwortlichen sehen es als ihre Aufgabe an, die Mitarbeiter zu schützen. Dies bezieht sich insbesondere auf neue und unerfahrene Mitarbeiter.
- Manchmal treffen Angehörige auf einen bestehenden Konflikt im Team. Die Sachebene in Konflikten ist positiv und kann bearbeitet werden. Meist geht es jedoch um den Umgang miteinander und bei Angehörigen schwingt immer Sorge, Angst und Verantwortung mit.
- Das Mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell unterstützt die Zusammenarbeit mit Angehörigen, Team und Leitungen. Zusammenarbeit und Vertrauen ist wichtig.
- Unterschiedliche Positionen zeigten sich bei dem Thema der Informationen durch Angehörige. Angehörige sind wichtige Informationslieferanten. Über die Angehörigen lernen sie den Bewohner

kennen. Gleichzeitig gibt es zu den Informationen, die man durch die Angehörigen bekommen kann, die Idee, dass man als Mitarbeiter nicht immer Relevantes von den Angehörigen erfragen kann. Oft sind die Angehörigen selbst hoch betagt.

13.6 Zusammenfassende Interpretation

Mitarbeitern aus dem nicht-segregativen Wohnbereich wünschen sich Angehörige, die die Expertise und den Rat der Mitarbeiter schätzen. Sie setzen auf eine geteilte Verantwortung in der Zuständigkeit der Angehörigen und stellen fest, dass Angehörigenarbeit unsichtbar und nicht beschreibbar ist. Bei den Konzepten der Mitarbeiter aus dem segregativenWohnbereich fällt auf dass sie Angehörige weniger pathologisieren, als weniger vulnerabel, sondern als souveräne und selbstbewusste Personen wahrnehmen, die ihre Interessen selber vertreten. Demzufolge sind diese Mitarbeiter auch nicht für ihr „Seelenheil“ zuständig. Angehörigen werden mit ihren selbstbestimmten Aktivitäten und ihrer individuellen Motive wahrgenommen.

Unterschiedliche Positionen zeigen sich bei der Frage der Mitwirkung und der Wertschätzung durch Angehörige. Pflegerische Vorerfahrungen und Praxis-tipps von Angehörigen können integriert werden. Angehörige können den Mitarbeitern Vorschläge machen. Im Hinblick auf Wertschätzung oder Abwertung bzw. Demütigungen durch Angehörige bleibt eine gewisse Ambivalenz erhalten.

Aus der Gruppendiskussion mit den Leitungsverantwortlichen können die meisten Ergänzungen zu den Konzepten aus den Einzelinterviews gewonnen werden. Hier zeigt sich möglicherweise die aus ihrer Funktion heraus kommende andere Perspektive auf die Angehörigen. Angehörige sind im Fokus des Leitungshandelns. Bei den Gruppendiskussionen mit den beiden Teams aus den Wohnbereichen gab es nur wenige Situationen, bei denen sich die Diskussionsteilnehmer auf ihre Vorredner und deren Aussagen bezogen haben und im Gespräch direkt erwidert haben. Meist blieben die Aussagen eher wie „Programmsätze“ stehen. Möglicherweise möchte sich die Mitarbeiter aktuell eher weniger mit den Subjektiven Theorien der Teamkollegen beschäftigen. Im Vordergrund könnte der Wunsch nach einem eher individualisierten Umgang

mit Angehörigen stehen.

14. Rekonstruktionen der organisationalen Beschreibungen Darstellung der Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Dokumentenanalyse aufgeführt. Sie geben Einblick in die Perspektive, die die Organisation zum Thema Angehörige in ihren Dokumenten einnimmt.
Auf eine Kodierung oder Kategorienbildung wird verzichtet, da alle Aussagen über Angehörige aus den Texten im Original erfasst werden und die Aussagen ähnlich zu den Konzepten (die Ante- und Sukzedenzen beinhalten) sind. Die Autorin spricht in diesem Kontext von Konzepten und Aussagen, da nicht zu allen Aussagen entsprechende Relationen in Form von Motiven oder Begründungen in den Texten zu finden sind.
Eine weitere Betrachtungsebene analysiert die Konzepte und Aussagen im Hinblick auf die Funktionsparallelität von Subjektiven Theorien und ordnet sie der Definition, Erklärung, Prognose oder Technologie zu. Damit sollen zentrale Konzepte und Aussagen dargestellt werden können, die in einer Zusammenfassung komprimiert werden.[471]

14.1 Allgemeine Einschätzung der Dokumente

Die Dokumente haben allesamt einen hohen graphischen Gestaltungsanteil. Alle Dokumente, die öffentlichkeitsrelevant sind, sind mit eher wenig Text und mit vielen kleineren Bilder in einer einheitlichen Art gestaltet. Dies weist darauf hin, dass die Organisation Wert auf eine ansprechende öffentlichkeitsrelevante Darstellung legt. Die Dokumente enthalten kein Datum (Erstellung, freigegeben am …) und nicht alle benennen konkrete Ansprechpartner. Die Dokumente, die an Mitarbeiter gerichtet sind und z.B. eine Leistungserstellung beschreiben,

[471] Die Konzepte und Aussagen einzelner Dokumenten werden verdichtet dargestellt. Nicht das einzelne Dokument an sich steht im Fokus, sondern die Gesamtheit der Aussagen, die die Organisation über Angehörigen trifft. Widersprüchliche Aussagen können dennoch ermittelt werden, da sie genauso dargestellt werden können.

erhalten Angaben, wie sie im Rahmen eines Qualitätsmanagements bei der Dokumentenlenkung üblich sind.

14.2 Dokument: Leitbild

Das Leitbild mit dem Titel „Wir pflegen Menschlichkeit“, ist vom Oktober 2000 und liegt in gedruckter Form über 15 Seiten vor. Es ist das Leitbild der Arbeitsgemeinschaft Katholischer Einrichtungen der Altenhilfe in der Erzdiözese Freiburg, bei der die Altenpflegeeinrichtung Mitglied ist. Es ist kein eigens produziertes Dokument der Einrichtung, wird aber ausgewertet, da dem Leitbild eine übergeordnete Bedeutung zugeschrieben wird und die Einrichtung über kein eigens erstelltes Leitbild verfügt, sondern sich auf dieses bezieht.

Textaussagen [472]	**Konzepte und Relationen** [473]
Der überaus größte Teil der Hilfen, die alte Menschen benötigten, wird nach wie vor von Familienmitgliedern, Nachbarn oder anderen nahe stehenden Menschen geleistet. Aber die Struktur sozialer Beziehungen und familiärer Bindungen unterliegt einem nicht zu übersehenden Wandel.	Familien leisten Hilfe. Soziale Strukturen und familiäre Bindungen verändern sich.
Wir unterstützen und entlasten Angehörige.	Angehörige erhalten Unterstützung. Angehörigen sind belastet.
Körperliche und seelisch-geistige Bedürfnisse sowie soziale Beziehungen prägen das menschliche Leben. Dies berücksichtigen wir im täglichen Umgang mit den bei uns lebenden alten Menschen.	Soziale Beziehungen prägen das menschliche Leben. Wir nehmen auf soziale Beziehungen der bei uns lebenden Menschen Rücksicht.
Wir unterstützen unsere Bewohner(innen) darin, bestehende soziale Kontakte weiter zu pflegen und fördern ihre Teilnahme am Gemeinschaftsleben.	Bewohner erhalten Unterstützung bei der

[472] Alle Textaussagen sind Originaltexte aus den jeweiligen Dokumenten.
[473] Die herausgearbeiteten Aussagen sind in Anlehnung an die Heidelberger Strukturlegetechnik in Antezedenzen und Sukzendenzen dargestellt.

	Pflege bestehender sozialer Kontakte.
Wir beziehen Angehörige und Freunde unserer Bewohner(innen) sowie andere ihnen nahe stehenden Menschen in die Betreuung und Pflege mit ein und sind für sie Ansprechpartner.	Angehörige (Nahestehende) und Freunde werden in Betreuung und Pflege mit einbezogen. Wir sind Ansprechpartner für Angehörige und Freunde (Nahestehende).

Feinanalyse

Im dem Dokument werden Angehörige in vielfältigen Funktionen gesehen. Ausgangspunkt der Betrachtung ist der Bewohner und sein Wohlergehen. Angehörige leisten als Familienmitglieder dazu wichtige Hilfen, gleichwohl diese unterstützenden Strukturen einem Wandel unterliegen.[474] Die Funktion von Angehörigen als pflegende und unterstützende Angehörige wird durch diese Aussage anerkannt. Für den Bewohner sind Kontakt und Beziehungen mit seinen Familienmitgliedern wichtig und er wird bei dieser Kontaktpflege unterstützt. Angehörige werden auch in die Betreuung und Pflege mit einbezogen. Das Altenpflegeheim sieht sich als Ansprechpartner für die Angehörigen und bietet Unterstützung und Entlastung.

14.3 Dokument: Einrichtungskonzept

Bei dem Einrichtungskonzept handelt es sich um eine Beschreibung auf vier Textseiten. Das Dokument kann als eine interne Leistungsbeschreibung gewertet werden. Es entspricht den Standards einer Dokumentenlenkung, bei dem Version, Gültigkeit und Genehmigung ersichtlich sind. Das Einrichtungskonzept wird in den Kapiteln Gestaltungsprinzipien, Pflege und Betreuung,

[474] Damit gemeint ist wahrscheinlich eine eher geringer werdende Ressource in der häuslichen Pflege durch pflegende Angehörige.

Sozialer Dienst/Sozialbetreuung, Seelsorge, Hauswirtschaft, Haustechnik, Verwaltung und Leitung beschrieben.

Textaussagen	**Konzepte und Relationen**
Unsere Pflegeheime[475] sind Orte der Begegnung, der sozialen, kulturellen und religiösen Erfahrung, sowohl für Bewohner/innen und ihre Bezugspersonen wie auch für die Menschen im Wohnumfeld.	Pflegeheim ist Ort der Begegnung für Bewohner und seine Bezugs-personen.
Familienangehörige, Freunde sowie andere Personen aus dem sozialen und kirchlichen Umfeld sind unersetzbare Bezugspersonen der Bewohner/innen und wichtige Partner der Einrichtung. Begegnungen innerhalb und außerhalb des Hauses sind erwünscht und werden gefördert.	Familienangehörige sind unersetzliche Bezugs-personen. Familienangehörige sind Partner der Einrichtung. Begegnung . Kontakte sind erwünscht.
Handlungsleitend ist das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell, welches den Kontakt zwischen Pflege- und Betreuungspersonen und zu pflegende /betreuenden Personen fokussiert.	Das Pflege- und Betreu-ungsmodell fokussiert den Kontakt zwischen Mitarbeiter und Bewohner. Die Mäeutik ist handlungsleitend.

Feinanalyse

In diesem Dokument stellt das Altenpflegeheim sich in seinem Selbst-verständnis dar. Das Altenpflegeheim ist ein Ort der Begegnung, in dem die Familienangehörigen eine in ihrem Wortlaut „unersetzbare“ Funktion als Bezugsperson zugewiesen wird. Die Aussagen richten sich auf eine partner-schaftliche Begegnung und stützen sich auf ein in der Einrichtung angewendetes Pflege- und Betreuungsmodell. Die Aussagen sind interessant, da Angehörige hier nicht explizit erwähnt werden, sondern auf die „neue“ dyadische Beziehung im Pflege- und Betreuungsmodell fokussiert wird.

[475] Der Plural wird hier verwendet, da der Träger zwei weitere Pflegeheime führt.

14.4 Dokument: Wie Sie zu einem guten Einzug beitragen können

Bei diesem Dokument handelt es sich um eine sechsseitige Information aus dem Jahre 2010. Sie spricht die Vorbereitungen für einen künftigen Bewohner und seine Angehörigen direkt an und nimmt einen vorbereiteten Heimeinzug in den Blick. Neben Informationen sind auch viele Hinweise in einer Checklistenform dargestellt. Die Organisation beschreibt, welche Informationen und Dokumente sie benötigt und was für die Finanzierung des Heimaufenthaltes zu regeln ist. Es handelt sich eher um eine Checkliste und hat als Besonderheit, dass die Angehörigen direkt angesprochen werden.

Textaussage	**Konzepte und Relationen**
Um Ihrem Angehörigen/Ihrem Betreuten den Einzug etwas zu erleichtern und Ihnen eine Unterstützung vor allem in den formal zu regelnden Dingen zu geben, haben wir Ihnen diese Merkblätter zusammengestellt.	Angehörige erhalten Unterstützung für die Formalien zum Heimeinzug.
Vertraute Möbel, Bilder und persönliche Gegenstände, an die Erinnerungen geknüpft sind, geben Orientierung und Vertrautheit in der neuen Umgebung im Pflegeheim. Es ist uns ein Anliegen, dass Ihr Zimmer so persönlich wie möglich eingerichtet ist. Das Pflegebett und den Nachttisch stellen wir für Sie bereit. Achten Sie bitte darauf, dass Ihre mitgebrachten Möbel mit Filzgleitern versehen sind.	Angehörige sind zuständig für die persönliche Wohnraumgestaltung.
Um das Einleben zu erleichtern und das Sich Zurechtfinden zu ermöglichen, sind wir sehr interessiert an biographischen Angaben. Je früher wir das nach-gereichte Biographieblatt ausgefüllt zurückbekommen, umso schneller können wir auf diese Aspekte eingehen.	Angehörige liefern biographische Informationen.
Wen Sie informieren sollten.	Angehörige sind Informationslieferanten.
Folgende Informationen benötigen wir möglichst bald.	Angehörige sind Informationslieferanten.
Wir wollen, dass unserer Dienstleistungen ausschließlich im Auftrag von unseren Bewohnern bzw. von deren vertretungsberechtigten Angehörigen und Betreuern erbracht werden.	Angehörige sind Stellvertreter für Bewohner. Angehörige sind Auftraggeber (Kunden).

Bitte beachten Sie, dass jedes neue Kleidungsstück etikettiert werden muss, damit die Bekleidung nach dem Waschen wieder korrekt zugeordnet werden kann. Teilen Sie dies bitte allen Angehörigen mit, die Kleidungsstücke mitbringen können, vor allem zu Geburtstagen und ähnlichen Anlässen.	Angehörige sind für die Wäscheettiketten zuständig.

Feinanalyse

Das Einzugskonzept spricht in sehr konkreter Weise die Angehörigen an und weist ihnen Aufgaben und Funktionen zu (z. B: Informationslieferanten, auch für biographische Informationen, Stellvertreter für Bewohner, Auftraggeber, Kunden, für die persönliche Wohnraumgestaltung und die Wäscheettiketten zuständig). Angehörige erhalten Orientierung für ihre Rollenausgestaltung. Ein gemeinsames Aushandeln der Bedürfnisse aller Beteiligten ist in den Dokumenten nicht benannt. Der Aspekt der Information sticht heraus; ebenso das Versprechen, mit Informationen eine Unterstützung für die Angehörigen zu bieten. Die Darstellung der notwendigen Handlungen wird aus der Bewohnersicht dargestellt. Ängste, Sorgen und Unsicherheiten, die Angehörige haben können, sind nicht abgebildet.

14.5 Dokument: Konzept der Wohngruppen für Menschen mit Demenz

Bei diesem Dokument handelt es sich um ein einseitiges Informationsblatt ohne Datum, mit dem Logo der Einrichtung und mit bunten Bildern gestaltet. Es wirkt freundlich und ist nicht textlastig. In der Mitte der Information ist eine Aussage zentral gesetzt: Im Gespräch sein, Miteinander feiern, Alltag gestalten. Das Informationsblatt wird den Angehörigen ausgegeben. Für Fragen ist als Kontaktperson die Hausleitung benannt. Fünf verschiedene Textbausteine benennen unterschiedliche Themen: die bauliche Struktur der Wohngruppe, die Wohnküche als Zentrum mit dem Tagesablauf und dem Betreuungsdienst, die Organisation durch eine Präsenzperson, Vertrautheit als Ziel des Konzeptes in der Wohngruppe und die Alltagsgestaltung durch Angehörige und ehrenamtliche Mitarbeiter.

Textaussage	Konzepte und Relationen
Durch eine Präsenzperson und die Vernetzung der Kompetenzen der Mitarbeiter entsteht so eine familiäre Atmosphäre, in der sich Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter aufgehoben fühlen und dem Gefühl des Verlorenseins in der Demenz entgegenwirken können.	Familiäre Atmosphäre entsteht durch Präsenzperson und Vernetzung der Kompetenzen der Mitarbeiter.[476] Angehörige fühlen sich durch die Präsenzpersonen aufgehoben.
Einen wichtigen Platz in der Alltagsgestaltung nehmen ehrenamtliche Mitarbeiter und Angehörige ein.	Angehörige sind für die Alltagsgestaltung wichtig
Kommen, Dasein heißt Dazugehören.	Kommen, Dasein heißt Dazugehören.

Feinanalyse

In den Aussagen werden die von der Einrichtung an die Angehörigen zugewiesene Funktion der Alltagsgestaltung bzw. sozialen Betreuung beschrieben. Von Seiten der Einrichtung wird aber auch ein Angebot dargestellt. Gegen ein vermeidliches Gefühl des Verlorenfühlens steht die Konzeptaussage, dass Angehörige sich aufgehoben fühlen können, da immer eine Präsenzperson da ist. Sie wird als „äußeres Zeichen“ für eine familiäre Atmosphäre in der Wohnküche dargestellt. Das Kommen und Dasein der Angehörigen wird mit Dazugehören gleichgesetzt und kann auch eine mögliche Erwartungshaltung an die Angehörigen gesehen werden.

[476] Familiäre Atmosphäre wird gleichgestellt mit Anwesenheit und verschiedenen Kompetenzen der Mitarbeiter. Unklar ist, ob sich dies auf einen Familiendefinition mit den Angehörigen bezieht.

14.6 Dokument: Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell

Bei diesem Dokument aus dem Jahre 2009 handelt es sich nicht um ein von der Einrichtung selbst erstelltes Dokument. Autorin und Urheberin ist die Begründerin der Mäeutik, Dr. Cora van der Kooij, Niederlande. Das Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell wurde für den geronto-psychiatrischen Bereich entwickelt, hat sich aber auch in anderen Bereichen der Seniorenbetreuung und Langzeitpflege als sehr positiv wirkend erwiesen. Die Einrichtung richtet die Betreuung und die Pflegekonzeption danach aus. In den Einzelinterviews wird immer wieder Bezug auf diese Konzeption genommen. Daher wird dieses Dokument als relevant erachtet und ausgewertet.

Exkurs zum Pflege- und Betreuungsmodell - Textauszug[477]

„Erlebensorientierte Pflege

Dieses Modell basiert auf zwei Erlebenswelten: der des Bewohners und der des Mitarbeiters. Zu beiden Erlebenswelten liegen auf Erfahrung und Forschung basierende Einsichten und Kenntnisse vor. Die „erlebensorientierte Pflege" integriert inhaltliche Werte, das Fachwissen, die kommunikativen Fertigkeiten und erlebensorientierten Konzepte. Die Pflegenden werden gezielt darin geschult, Kontakte und Beziehungen bewusst zu erfahren und als wesentlichen Teil ihrer Arbeit wertzuschätzen. Erlebensorientiert pflegen heißt: sich einfühlen, sich in die Erlebenswelt des Bewohners hineinversetzen und dementsprechend reagieren. Der Kern der erlebensorientierten Pflege ist das Herstellen von Kontakt. Wirklicher Kontakt hat eine gefühlsmäßige Ladung und löst eine Wechselwirkung aus, die sowohl der Bewohner als auch die Pflegekraft als angenehm erfährt. Das Mäeutische Pflege- und Betreuungs-modell empfiehlt die Bezugspflege, wobei die Bezugspflegenden mit ihren Bewohnern und deren Angehörigen eine Beziehung aufbauen und für systematische erlebensorientierte Kommunikation und die dazugehörige Doku-mentation zuständig sind. Die Leitung übernimmt das Coaching und die Begleitung, während die Pflegedienstleitung und Heimleitung die entsprech-

[477] Da dieses Pflege- und Betreuungsmodell nicht als bekannt vorausgesetzt werden kann, sind hier einige erklärende Textpassagen aufgeführt.

enden Rahmenbedingungen schaffen. So findet auf allen Ebenen ein gemeinsamer Lernprozess statt.“[478]

Bei der Recherche zu dem Mäeutischen Pflegemodell auf der Homepage der IMOZ Akademie für Mäeutik Deutschland wird deutlich, dass das Modell in der Zwischenzeit eine Überarbeitung erfahren hat. Die bisherigen Aussagen zu den Erlebenswelten des Bewohners und Mitarbeiters sind erweitert worden um die Erlebenswelt der Angehörigen. Hier ist unter den Zielgruppen zu lesen:

„*Bewohner*

IMOZ entwickelt Fachkenntnisse, Methoden und Management-Instrumente für die Pflege chronisch kranker Menschen und pflegebedürftiger, alter Menschen im Allgemeinen und bezogen auf Menschen mit Demenz im Besonderen. Ursprünglich wurde die erlebensorientierte Pflege- und Betreuung aus der Pflege demenzerkrankter Menschen heraus entwickelt. Die Erkenntnisse und Methoden, die für die Menschen mit Demenz erarbeitet wurden, erweisen sich auch für Menschen mit somatischen Erkrankungen hilfreich. Dies gilt ebenfalls für die Tagespflege, die Pflege in neuen Wohnformen, für die häusliche Pflege und für Menschen mit geistiger Behinderung.

Mitarbeiter

Da sich das Anwendungsgebiet vor allem auf die alltägliche Pflege und Betreuungspraxis bezieht, richtet sich die Vorgehensweise in erster Linie an Pflegende und Betreuende. Diese arbeiten jedoch überwiegend in Teams mit anderen Disziplinen wie z. B. der Hauswirtschaft zusammen. Auch die Mitarbeiter anderer Disziplinen können und sollen erlebensorientiert arbeiten. Je nach Struktur und Bedürfnis der betreffenden Einrichtung bietet die Akademie für Mäeutik integrierte Kurse für alle Disziplinen an, oder es werden zuerst die Pflegenden und Betreuenden geschult und danach die anderen Mitarbeiter. Hierüber werden vorab Beratungsgespräche mit der betreffenden Einrichtung geführt.

Angehörige

Wenn Angehörige jemanden im Pflegeheim aufnehmen lassen, ist dies für sie häufig emotional sehr ergreifend. Ihre Erlebenswelt spielt daher auch eine

[478] Institut für Mäeutische Entwicklung der Pflegepraxis. Infomappe Mäeutik des IMOZ. S. 1, S. 4; verfügbar unter http://afmd.de/wp-content/uploads/2018/03/Maeeutik_-_Informationsmappe_2014.pdf, geprüft am 29.10.2018

große Rolle. So ist es in der mäeutischen Arbeitsweise ein erklärtes Ziel, auch die Angehörigen möglichst nah mit einzubeziehen und sie in ihrem eigenen Prozess des Verarbeitens, Loslassens oder Abschiednehmens zu begleiten."[479]

Textaussage	**Konzepte und Relationen**
Dieses Modell basiert auf zwei Erlebenswelten: der des Bewohners und der des Mitarbeiters. Zu beiden Erlebenswelten liegen auf Erfahrung und Forschung basierende Einsichten und Kenntnisse vor.	Es gibt zwei Erlebens-welten: Bewohner und Mitarbeiter(nicht der Angehörige).[480]
Der Mäeutische Pflegeprozess regt die Pflegekräfte dazu an, erlebensorientiert zu beobachten, Informationen aus der Lebensgeschichte zu filtern und sich all der Momente und Situationen bewusst zu werden, in denen es gelungen ist, eine positive Wechselwirkung mit einem Bewohner zustande zu bringen.	Mitarbeiter benötigen Informationen aus der Lebensgeschichte des Bewohners (von den Angehörigen).
Das Mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell tritt für ein System von Bezugs- bzw. Gruppenpflege und Bewohnerzuweisung ein. Bei der Bezugspflege ist eine Gruppe von Pflegekräften für die Betreuung einer Gruppe von Bewohnern zuständig, sowie für die Begleitung der Angehörigen.	Mitarbeiter ist zuständig für Begleitung Angehöriger (im Rahmen der Bezugspflege).
Bei der Bewohnerzuweisung findet dabei eine weitere Zuweisung innerhalb einer Gruppe statt, wobei letzten Endes eine Pflegekraft die Koordinationsverantwortung für die Betreuung des Bewohners, die Angehörigenbegleitung und die Pflegedokumentation trägt.	Koordinationsverantwortung für Angehörigenbegleitung ist bei einer Pflegekraft.
Das Mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell empfiehlt die Bezugspflege, wobei die Bezugspflegenden mit ihren Bewohnern und deren Angehörigen eine Beziehung	Bezugspflege ist eine Grundlage für das Mäeutische Modell.

[479] Vgl.http://afmd.de/wp-content/uploads/2018/03/Maeeutik_-_Informationsmappe_2014.pdf, S. 8-9, geprüft am 29.10.2018. http://afmd.de/wp-content/uploads/2018/03/Maeeutik_-_Informationsmappe_2014.pdf

[480] Bei weiteren Recherchen zum Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells konnte festgestellt werden, dass sich das Modell seit 2009 um eine weitere Erlebenswelt erweitert hat. Die Erlebenswelt der Angehörigen wird nun benannt. Angehörigen werden eingeladen, am Leben ihres zu pflegenden Angehörigen aktiv teil zu haben. Angehörigen werden begleitet in ihrem eigenen Verarbeitungsprozess im Hinblick auf den Bewohner.

aufbauen und für systematische erlebensorientierte Kommunikation und die dazugehörige Dokumentation zuständig sind.	Bezugspflegende sind für eine Kommunikation und Dokumentation mit dem Bewohner und seinen Angehörigen zuständig.

Feinanalyse

In diesem Konzept steht die Beziehungsqualität im Vordergrund. Auch werden unterschiedliche Verantwortungsebenen angesprochen. Deutlich wird, dass die Aussagen zum einen eine dyadische Beziehung zwischen Mitarbeiter und Bewohner in den Blick nehmen, zum anderen auch eine Beziehungsqualität in der Triade von Mitarbeiter, Bewohner und Angehörigen beschreiben. Die Zuständigkeit für die Angehörigen ist im Rahmen der Bezugspflege durch die Mitarbeiter definiert.

14.7 Dokument: Sozialbetreuung

Hier handelt es sich ebenfalls um ein einseitiges farblich gestaltetes Informationsblatt. Zugeordnet zu dem Titel “Wir möchten unser Haus als Wohn- und Lebensraum erfahrbar machen“ sind die Zielsetzungen benannt, die die Sozialbetreuung verfolgt. Unter der Überschrift „ Dafür bieten wir an“ sind die Angebote und Maßnahmen der Sozialbetreuung benannt. Im Dokument sind keine konkreten Personen als Ansprechpartner benannt.

Textaussage	**Konzepte und Relationen**
Zielsetzung: Wir möchten unser Haus als Wohn- und Lebensraum erfahrbar machen: Wir sehen uns nicht nur als Ansprechpartner für unsere Bewohner, deren Angehörige und unsere Kollegen aus allen Fachbereichen, sondern auch für Ehrenamtliche, Bürger aus dem Stadtteil, Praktikanten, Schüler und Studenten.	Sozialbetreuung ist Ansprechpartner für die Angehörigen.
Dafür bieten wir an: Angehörigenabende und Ehrenamtlichen-Treffen.	Sozialbetreuung bietet Angehörigenabende.

Feinanalyse

Die Aussagen zur Sozialbetreuung beinhalten ein weites Verständnis, sich um die vielfältigen Kontakte und Personengruppen zu kümmern. Die dabei sehr konkreten Aussagen beschreiben das Angebot für Angehörige in Form von Angehörigenabenden, die in Verantwortung der Sozialbetreuung durchgeführt werden.

14.8 Dokument: Konzept Betreuung

Das Dokument beschreibt auf zwei Seiten das Betreuungskonzept der Einrichtung. Es kann als eine interne Leistungsbeschreibung gewertet werden. Es entspricht den Standards einer Dokumentenlenkung, bei dem Version, Gültigkeit, Genehmigung ersichtlich ist. Das Betreuungskonzept ist gegliedert in die Bereiche Definition, Zielsetzung/Ergebnis, Struktur und Prozess.

Textaussage	**Konzepte und Relationen**
Prozess: Angehörigenarbeit: Beraten, Zuhören, Bestärken, Verständnis, Rückmeldungen, Weitervermitteln; halbjährliche Angehörigenabende mit der Möglichkeit zu Rückmeldungen gemeinsam mit Haus- und Pflegedienstleitung und evtl. Heimleitung; offene Angehörigengruppe vierteljährlich mit festgelegten Themen (Impulsreferat) und Austausch (geplant).	Angehörigenarbeit ist Beraten, Zuhören, Bestärken, Verständnis, Rückmeldungen, Weitervermitteln. Aktivitäten der Angehörigenarbeit: offene Gruppen, Angehörigenabende.
Einschalten der Sozialbetreuung anhand folgender Kriterien: Rechtliche Fragen von Bewohnern und Angehörigen. Herausfordernde Situationen mit Angehörigen.	Bei rechtlichen Fragen von Angehörigen ist die Sozialbetreuung eingeschaltet (ist zuständig). Bei herausfordernden Situationen mit Angehörigen wird die Sozialberatung eingeschaltet.

Feinanalyse

Es handelt sich um eine Beschreibung von Angehörigenarbeit, die die Dienstleistungen für Angehörige darstellt.

14.9 Dokument: Die Hauswirtschaft stellt sich vor

Das einseitige Informationsblatt erhält verschieden bunt unterlegte Texte und kleinere Bilder, die Einblicke in die Zielsetzungen der Hauswirtschaft und in ihre Dienstleistungen geben. Das Dokument trägt die Überschrift „Bewohner-orientierte Hauswirtschaft Im Dienst der Lebensqualität“. Bezogen auf Angehörige lässt sich eine zentrale Aussage in dem Dokument finden.

Textaussage	**Konzepte und Relationen**
Cafeteria: In unserem gemütlichen Ambiente können Sie mit Verwandtschaft und Bekanntschaft den Nachmittag ausklingen lassen …	Die Cafeteria ist ein Ort der Begegnung mit den Angehörigen am Nachmittag.

Feinanalyse

In dem Text wird eine Art „Besuchszeit“ am Nachmittag erwähnt. Für den Angehörigen wir die Rolle eines „Gastes“ betont, indem die Begegnungs-möglichkeiten ausgewiesen sind. Diese Aussage lässt möglicherweise den Rückschluss zu, dass Angehörige zwar ein Teil des Familiensystems bleiben, jedoch „zu Besuch“ kommen.

14.10 Dokument: Der Verein stellt sich vor

Bei diesem Dokument handelt es sich um eine einseitige Darstellung des Vereins, seines Auftrages und der Zielsetzung. Benannt werden auch die Mitglieder des Verwaltungsrates und der Geschäftsführer. Das Dokument ist entsprechend dem Cooperate Design des Trägers gestaltet und mit Bildern aus dem Stadtteil illustriert. Bezogen auf Angehörige lässt sich eine zentrale Aussage in dem Dokument finden.

Textaussage	Konzepte und Relationen
Gleichzeitig damit verbunden ist die Entlastung und Unterstützung der Angehörigen in deren Verantwortung und Sorge um die kompetente Betreuung der pflegebedürftigen Familienmitglieder.	Heimversorgung bietet Angehörigen Entlastung. Angehörige sind in Sorge um eine kompetente Betreuung. Heimbewohner sind pflegebedürftige Familienmitglieder

Feinanalyse

Hier finden sich Aussagen, die zwei verschiedene Aspekte bedienen, die Sorge um den Angehörigen und gleichzeitig die Idee der Entlastung für Angehörige, die bei bestehender Sorge wohl eher schwierig sein kann. Eine weitere Beschreibung ist auf den Bewohner gerichtet und verweist auf eine beim Heimaufenthalt bestehende Familiensituation, nämlich dass der Bewohner ein Familienmitglied ist bzw. bleibt. Damit ist mit hoher Wahrscheinlichkeit die Familie des Bewohners gemeint und die sich nicht auflösenden Familienbeziehungen durch einen Heimaufenthalt.

14.11 Zusammenführen der Konzepte

In diesem Auswertungsschritt soll einen Aggregierung der Konzepte vorgenommen werden. Auf der Suche nach Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Aussagen lassen sich somit einige Hauptkonzepte zusammenfassen und darstellen. In einem ersten Schritt werden überblicksartig alle Konzepte aller Dokumente entsprechend der Zuordnung der Kategorien Definition, Erklärung, Prognose und Technologie aufgelistet.

Konzepte/Aussagen (aus allen Dokumenten zusammengefasst)
Definition: 1. Familien leisten Hilfe. 2. Angehörigen sind belastet. 3. Pflegeheim ist Ort der Begegnung für Bewohner und seine Bezugspersonen.

4. Familienangehörige sind Partner der Einrichtung.
5. Angehörigen sind Informationslieferanten.
6. Angehörige liefern biographische Informationen.
7. Angehörigen sind Stellvertreter für Bewohner.
8. Angehörigen sind zuständig für die persönliche Wohnraumgestaltung.
9. Angehörige sind für die Wäsche zuständig.
10. Angehörigenarbeit ist Beraten, Zuhören, Bestärken, Verständnis, Rückmeldungen, weitervermitteln.
11. Heimbewohner sind pflegebedürftige Familienmitglieder.
12. Bezugspflege ist eine Beziehung mit der Bezugspflegenden, dem Bewohner und dem Angehörigen (Triade).

Erklärung:

13. Familiäre Bindungen unterliegen einem Wandel.
14. Angehörige gehören zu einem menschlichen Leben.
15. Familienangehörige sind unersetzliche Bezugspersonen.
16. Angehörige sind für die Alltagsgestaltung wichtig.
17. Angehörige fühlen sich durch die Präsenzpersonen aufgehoben und nicht verloren.
18. Kommen, Dasein heißt Dazugehören.
19. Familiäre Atmosphäre entsteht durch Präsenzperson und Vernetzung der Kompetenzen der Mitarbeiter.
20. Angehörige sind in Sorge um eine kompetente Betreuung.
21. Heimversorgung bietet Angehörigen Entlastung.
22. Es gibt zwei Erlebenswelten: Bewohner und Mitarbeiter (Dyade).

Prognose:

23. Begegnung /Kontakt ist erwünscht.
24. Mäeutik ist handlungsleitend.
25. Bei rechtlichen Fragen von Angehörigen wird die Sozialbetreuung eingeschaltet (ist zuständig bzw. führt zu).
26. Bei herausfordernden Situationen mit Angehörigen wird die Sozialberatung eingeschaltet.
27. Mitarbeiter benötigen Informationen aus der Lebensgeschichte des Bewohners.

Technologie:

28. Soziale Beziehungen werden berücksichtigt.
29. Bewohner erhalten Unterstützung bei der Pflege bestehender sozialer Kontakte.
30. Angehörige erhalten Unterstützung.
31. Angehörige (Nahestehende) und Freunde werden in Betreuung und Pflege mit einbezogen.
32. Pflege- und Betreuungsmodell fokussiert Kontakt zwischen Mitarbeiter und Bewohner.
33. Angehörige erhalten Unterstützung für die Formalien zum Heimeinzug.
34. Sozialbetreuung ist Ansprechpartner für Angehörige.
35. Sozialbetreuung bietet Angehörigenabende an.
36. Aktivitäten der Angehörigenarbeit: Angehörigenabenden und offene Angehörigengruppen.
37. Die Cafeteria ist ein Ort der Begegnung mit den Angehörigen am Nachmittag.
38. Bezugspflegenden sind für Kommunikation und Dokumentation mit dem Bewohner und den Angehörigen zuständig.
39. Koordinationsverantwortung für Angehörigenbegleitung ist bei einer Pflegekraft. Mitarbeiter ist zuständig für Begleitung der Angehörigen (im Rahmen der Bezugspflege).

In einem weiteren Gliederungsschritt werden die Konzepte zu relevanten Hauptaussagen verdichtet. Die jeweiligen Ziffern weisen die Konzepte aus, die aus den Dokumenten subsumiert wurden. Das Ergebnis stellt eine Synthese aller Konzepte aus den Dokumenten dar.

Der Blick auf die Familien /Angehörige

Kontakt und Anwesenheit der Familien ist erwünscht (18, 23, 28, 29). Die Perspektive auf die Angehörigen ist eher funktional und wenig personenzentriert. Die Familie ist eine sorgende und belastete Einheit (2, 17, 20, 21). Die Familien als „sorgende Einheiten" sind gewürdigt. Sie gehören dazu, leisten Hilfe, sind Partner für die Einrichtung (1, 4, 13, 14, 11).

Kommunikations- und Kontaktangebote

Angehörige haben Möglichkeiten zur Kommunikation im Rahmen der Angehörigenarbeit, während der Präsenz in den Wohngruppen und mit der verantwortlichen Bezugspflegeperson (36, 19, 39).

Unterstützung (durch die Sozialbetreuung).

Angehörige werden als Zielgruppe für Unterstützungsangebote gesehen. Dabei geht es um Informationen, Beratung und administrative Unterstützung (10, 30, 33, 34, 35, 25, 26).

Mitwirkungsorientierung

Die Einrichtung benennt konkrete Mitwirkungsmöglichkeiten. Diese beziehen sich auf biographische Informationen, sich um die Wäsche und Wohnraumgestaltung kümmern, auf die Alltagsgestaltung und als Bezugsperson und ggf. rechtlicher Stellvertreter zur Verfügung stehen (5, 6, 7, 8, 9, 15, 16, 27, 31).

Beziehungsorientierung

Das Altenpflegeheim ist Ort der Begegnung für Angehörigen und Bezugspersonen (3, 37). Die Einrichtung orientiert sich nach einem Konzept, welches triadische und dyadische Beziehungen und Kontakte berücksichtigt (12, 19, 22, 24, 32, 38).

14.12 Zusammenfassende Interpretation

Die analysierten Dokumente beschreiben Perspektiven, Aktivitäten und Absichten und repräsentieren damit die Organisation. Die Inhalte können als institutionalisierte Spuren gewertet werden. Es lässt sich ein eher homogenes Bild über Angehörige erkennen. Unterstützungsleistungen werden benannt und dabei die Leistungen für Angehörige in einem Altenpflegeheim vorgestellt. Hinweise zu gewünschten und möglichen individuellen Aushandlungsprozessen, situativen und unmittelbaren Klärungsmöglichkeiten sind nicht vorhanden. Organisationale Beschreibungen in Dokumenten laufen Gefahr, dass sie als Form der Darstellung von Wirklichkeit gewertet werden, Erwartungen generieren und so zu schmerzlichen Differenzerfahrungen führen.

15. Zusammenfassende Diskussion

In diesem Kapitel werden die gewonnenen Erkenntnisse vor dem Hintergrund des Forschungsstandes diskutiert. Die vorliegende Untersuchung konzentrierte sich auf die Rekonstruktion der Subjektiven Theorien von Mitarbeitern über Angehörige. Damit wurde innerhalb der Triade Mitarbeiter-Bewohner-Angehörige ausschließlich auf die Perspektive der Mitarbeiter fokussiert. Mit der Erhebung der Subjektiven Theorien und den Sozialen Repräsentationen der Arbeitsgruppen konnten Beschreibungen, Konzepte und Aussagen exploriert werden. Auch in den Selbstbeschreibungen der Organisation ließen sich Konzepte zum Thema isolieren.

Das qualitative Untersuchungsdesign hat eine Fülle von Informationen generiert. Insbesondere konnten anhand der Einzelfallbeschreibungen vertiefte und dichte Beschreibungen geliefert werden. Auf der thematischen Auswertungsebene bieten die Daten Möglichkeiten, Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener „Typen“ subjektiver Theorien aufzuzeigen.

Die in der Analyse gewonnenen Konzepte (764) stellen einen Fundus dar, der in Form von unterschiedlichen Perspektiven der Mitarbeiter in komprimierter Form im Anhang dargestellt ist. Die Einzelfallanalysen und deren explorierte Subjektive Theorien stellen den Hauptteil der Untersuchung dar. Die Diskussion findet entlang der Fragestellung statt. Dabei können nur die markantesten

Ergebnisse aufgegriffen werden. Die Diskussion der Ergebnisse stellt somit eine Selektion der Forscherin dar. Die Ergebnisse werden entsprechend den drei Untersuchungsebenen – der individuellen, der kollektiven Ebene und der Organisationsebene – diskutiert.

15.1. Individuelle Ebene

Angehörige werden sehr differenziert beschrieben. Auch geben die explorierten Konzepte und generierten Subjektiven Theorien Hinweise auf ein unterschiedliches Handeln mit den Angehörigen. Die im Anhang dargestellten Perspektiven sind ein Hinweis auf ein komplexes und polyvalentes System von in der Einrichtung vorhandenen Alltagstheorien. Es lässt sich daraus keine einheitliche (alltags-)theoriegeleitete Praxis ableiten. Die Erklärungen und Begründungen über Angehörige sind situativ, individuell und von persönlichen Nützlichkeitsaspekten geprägt. Eine theoretische Begründung findet sich ausschließlich in dem Aspekt der Lebensqualität. Angehörigenbeziehungen werden als Beitrag zur Lebensqualität des Bewohners bewertet.

Mitarbeiter reflektieren die Bedeutung der Angehörigen. Sie sehen in ihnen eine wichtige Brückenfunktion und sehen es auch als ihre Aufgabe an, zum Wohle des Bewohners die Kontakte zu pflegen und zu erhalten. Die Beziehung der Angehörigen zu den Bewohnern sind alternativlos, nicht jedoch die Tätigkeiten, die sie durchführen, wenn sie Besuche machen. Es gibt zwei Situationen, bei denen die Angehörigen besonders gefragt sind: bei der Gestaltung des Heimeintritts und bei der Bewältigung von Krisen bzw. in der Sterbephase. Urlaub hat in seiner Untersuchung über die Angehörigenarbeit bereits dieselbe Zielorientierung von Mitarbeitern beschrieben.[481]

In der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Familienmitgliedern sind diese Zuständigkeiten meist nicht durchgängig getrennt. In einem Altenpflegeheim gestaltet sich dies anders. Litwaks Modell der Aufgaben- und Rollentrennung konnte in vielen Subjektiven Theorien als das dominante Modell erfasst werden. Die Mitarbeiter definieren ihre Verantwortung für die körperbezogenen pflegerischen Tätigkeiten und die Routineaufgaben. Die Ausnahmen, die in der Praxis stattfinden, werden von der Beziehungsqualität

[481] Vgl. Urlaub 1995, S. 63.

abhängig gemacht. Im Hinblick auf das konkrete Handeln der Mitarbeiter wird die „Verantwortung für den Körper“ von den Mitarbeitern reklamiert. Alles, was an körperbezogenen Tätigkeiten anfällt, wird eindeutig in ihrer Durchführung und Verantwortung gesehen. Aufgaben der sozialen Betreuung werden, wenn sie angeboten werden, in der Ersatzfunktion für Angehörige durchgeführt. Demnach können diese Aufgaben in geteilter Verantwortung erbracht werden.

Die Zuständigkeit für die Angehörigen ist nicht eindeutig und eröffnet, insbesondere in Konflikten, eine Delegation von Verantwortung an die Leitungsebene. Demzufolge bleibt es auch offen, wie die Erwartungen mit den Angehörigen ausgehandelt werden. Definitiv ist dies Gegenstand im Prozess des Heimeinzuges, der durch die Einrichtungsleitung verantwortlich gesteuert wird. Eine Rollenausgestaltung kann sich zeitlich auch unterschiedlich entwickeln und deckt sich mit den von Aneshensel et al. definierten Beobachtungen zur Ausdifferenzierung von Angehörigenkarrieren.[482]
Alternativ könnte eine Einrichtung auch festlegen, dass derjenige für den jeweiligen Angehörigen zuständig ist und bestimmte Erwartungen aushandelt, der mit dem Angehörigen in einer guten Beziehung ist und den besten Kontakt hat.[483] Das entspräche auch einer vertrauten Praxis, da im Umgang mit Menschen mit Demenz auch mit der jeweiligen „Schlüsselperson“ gelingende Interaktionen gestaltet werden.

In vielen Subjektiven Theorien zeigt sich ein informationszentrierter Umgang mit Angehörigen. Die Studie der finnischen Forscher belegt, dass Familienmitglieder die Qualität der Langzeitpflege dann am höchsten bewerten, wenn sie eine ausreichende Menge an Informationen bekommen.[484] Dennoch ist eine Informationszentrierung nicht ausreichend. Deutlich wird, dass es dann zu positiven Interaktionen kommt, wenn es gelingt, sich empathisch einzufühlen und die Perspektive der Angehörigen einzunehmen. Dies führt zu der Schlüsselkompetenz von Empathie als einer wesentlichen Voraussetzung für eine therapeutisch-pflegerische Beziehung.

[482] Vgl. Aneshensel et al. 1995, S. 32.
[483] Vgl. Nolan et al. 2003, S. 277.
[484] Vgl. Voutilainen et al. 2006, 135-149.

Bischoff-Wanner hat den Begriff „Empathie“ hinsichtlich seiner pflege-spezifischen Dimensionen in den Pflege-Patientenbeziehungen bestimmt. „Eine entscheidende Voraussetzung für eine therapeutisch-pflegerische Beziehung ist Empathie, die als wesentliche bzw. sogar unverzichtbare Komponente oder Schlüsselqualifikation in allen helfenden Berufen angesehen wird und als wichtigstes Motiv helfenden Verhaltens gilt.“[485] Empathie ist ein entscheidender Beitrag der Mitarbeiter der Pflegeberufe zur Heilung und zum Wohlbefinden. Empathie ermöglicht, „innerhalb eines beruflichen Kontextes stellvertretend die Perspektive und Gefühlswelt eines anderen Menschen nachzuvollziehen und danach zu handeln.“[486]
Empathie ist auch dem von Nolan et al. definierten „Senses Framework“ zugrunde gelegt. Mit dem „Senses Framework“ soll es möglich werden, die Beziehungen von Menschen mit Demenz, den Mitarbeitern in der Pflegeeinrichtung und den Angehörigen zu berücksichtigen.[487] Ziel von Empathie ist es, durch Perspektivenübernahme den Bewohner und seine Angehörigen besser zu verstehen, um gemeinsam und an den Bedürfnissen der Bewohner orientiert die Pflege und Betreuung zu planen.
Herausgehoben werden sollte, dass empathisches Verstehen Gefühlsarbeit ist und damit auch einen wesentlichen Beitrag leistet, eine professionelle Pflege von Berufs- bzw. Betriebsroutinen zu unterscheiden.

Häufig kommt es zu Konflikten, wenn Angehörige auf der individuellen Betreuungsperspektive beharren. Aus Mitarbeitersicht ist dies schwierig. Laut ihren Erklärungen können sie keine ausschließlich individuelle Betreuungs-perspektive einnehmen, da sie Verantwortung für mehrere Personen innehaben. Angehörige können es sich leisten, ausschließlich die Perspektive für ihren Bewohner einzunehmen. Diese ausschließliche Perspektive entspricht ihrer Rolle und ihrer Beziehung zum Bewohner. Mitarbeiter müssen Verantwortung, Zeit und Aufmerksamkeit teilen.
Dühring konnte in ihren Untersuchungen feststellen, dass kleinteilige Strukturen wie in den Hausgemeinschaften eine höhere Arbeitszufriedenheit

[485] Bischoff -Wanner 2002, S. 15.
[486] Bischoff-Wanner 2001, S. 16.
[487] Vgl. Nolan et al. 2006.

ermöglichen.[488] Die Verantwortung für die Aufgabe wird überschaubarer. Gleichsam fordert eine solche Wohn- und Versorgungsstruktur eine Perspektive der Angehörigen auf alle Bewohner und fordert ein kollektives Einbringen und Sich-zur-Verfügung-stellen.

Raumkonzepte sind relevant für Interaktion und Beziehung. Dyadische, triadische und komplexe Beziehungskonstellationen werden unterschiedlichen Räumen in der Einrichtung zugeordnet. Für die dyadische Interaktion steht meist das Einzelzimmer. Dort finden körperpflegerische und eher intime Maßnahmen zwischen Mitarbeitern und Bewohnern, Privatgespräche und Familienkontakte statt. Triadische Interaktionen und insbesondere komplexe Interaktionen finden in den Gemeinschaftsräumen der Wohngruppen statt. Komplexe Interaktionen sind die Interaktionen, bei denen sich die Triade noch um Bewohner aus der Wohngruppe erweitert. Der Wohnbereich ist ein offener und öffentlicher Raum. Das Einzelzimmer ist der private Raum.

Sehr deutlich wird mangelnde Wertschätzung und das Gefühl von einem Altenpflegeheim als einem Ort zweiter Wahl wahrgenommen. Angehörige würden die Arbeit der pflegenden Mitarbeiter nicht sehen, ebenso wird Angehörigenarbeit als unsichtbar beschrieben. Auch entziehen sich pflegerische Tätigkeiten der Beurteilungskraft von Angehörigen. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten können eher beurteilt werden. Die oft nicht gesehene oder wertgeschätzte Arbeit der pflegenden Mitarbeiter führt zur Erkenntnis, dass es eigentlich schon positiv zu sehen wäre, wenn Angehörige anwesend sind, um die Arbeit mit ihren eigenen Angehörigen überhaupt wahrzunehmen. Damit könnte auch eine Wertschätzung zu diesen Tätigkeiten entstehen. Gleichsam besteht die Idee der Kontrolle durch die Angehörigen, was ambivalente Gefühle auslösen könnte. Gaugler et al. resümieren dazu, dass sich die Erlaubnis der Mitarbeiter, die Versorgung des Familienmitgliedes zu überwachen, stressreduzierend auswirken kann.[489]

[488] Vgl. Dühring 2006.
[489] Vgl. Gaugler et al. 2004, S. 72.

Viele Konzepte der einzelnen Subjektiven Theorien erklären, dass ein Altenpflegeheim für alle ein Ort permanenter Entwertung und Demütigung ist. Diese durchgängig kritische Definition des Versorgungsortes zeigt sich eindrücklich in den Beschreibungen von Roths „Logik eines prekären sozialen Feldes“ und Dörners Kritik über Altenpflegeheime.[490] Selbst dort beschäftigte Mitarbeiter erklären, dass sie diese Wohnform für ihre eigene Mutter nicht auswählen würden. Das pflege- und sozialpolitisch vorgegebene Paradigma „ambulant vor stationär“ leistet einen (auch durchaus moralisch kritisch zu bewertenden) Beitrag zur Idealisierung der häuslichen Pflegesituationen.
Demzufolge ist ein Heimeinzug meist belastet mit der Idee, dass diese Entscheidung für den Bewohner und den Angehörigen nicht die erste Wahl darstellt. Die Angehörigen erleben Schuldgefühle und der Einzug dokumentiert das Versagen, zuhause die Versorgung nicht mehr organisieren zu können. Gleichzeitig hadern Mitarbeiter mit den Ressourcen in einem Altenpflegeheim und mit der gesellschaftlich zugeschriebenen Wertigkeit durch die chronische Unterfinanzierung des Pflegesystems, und sie können ihre Pflege- und Versorgungsideale nicht aufrechterhalten. Nicht weit ist das Gefühl, mit der eigenen Arbeit auch die „zweitbeste Lösung“ zu sein. Diese Ergebnisse haben Haggström und Kihlgren in ihrer Untersuchung herausgearbeitet. Mitarbeiter fühlen sich verraten und betrogen von Politik und Gesellschaft, und Angehörige fühlen sich schuldig und beschämt im Hinblick auf die Versorgung im Altenpflegeheim.[491]

In vielen Alltagstheorien werden Angehörige marginalisiert, werden als von außen kommend definiert und strukturell in einer dauerhaften „Außen“position belassen. Sie sind und bleiben, obwohl sie als dazugehörend akzeptiert sind, Besucher. Die Außenpositionierung der Angehörigen hilft möglicherweise, die eigene Position auf den Bewohner hin auszurichten und zu stärken. Die Versorgung muss ohne ihre Anwesenheit funktionieren und die Organisation gibt mit dem Heimvertrag das Versprechen, vollumfänglich verantwortlich zu

[490] Vgl. Roth, S. 88; Dörner 2007, S. 169.
[491] Vgl. Häggström; Kihlgren 2007, S. 699.

sein. Dies stellt eine Marginalisierung der Angehörigen durch die Mitarbeiter dar.
Auch werden Angehörige als Parallelgesellschaft wahrgenommen und zu einer Parallelgesellschaft gemacht. Sie sind kein dauerhaft relevanter Interaktionspartner. Levy-Storms und Miller-Martinez haben in ihren Untersuchungen festgestellt, dass für Angehörige die eigene Bedeutsamkeit nach dem Heimeinzug sinkt und dies ein Auslöser für Unzufriedenheit sein kann.[492]

Möglicherweise korrespondiert das Phänomen der Marginalisierung von Angehörigen auch mit der Berufserfahrung der Mitarbeiter. Die Ergebnisse dieser Untersuchung stützen die Vermutung, dass die eher jüngeren und weniger berufserfahrenen Mitarbeiter stark herausgefordert sind, kompetent mit Familien zusammenzuarbeiten. Schnell wird die Anwesenheit der Angehörigen mit Kontrolle in Verbindung gebracht; möglicherweise ein Hinweis auf Unsicherheit. Dieser Befund schließt an die Forschungen von Benner und Benzein an.[493] Gerade bei Berufsanfängern kann es eine besondere Anstrengung oder Überforderung bedeuten, triadisch zu interagieren. Ihre Konzentration gilt dem Bewohner, den Sicherheitsaspekten und der Einhaltung von Regeln und Standards.

Viele Konzepte beinhalten paternalistische Aspekte von Sorge. Diese beziehen sich auf die Frage, wer am besten die Interessen des Bewohners vertritt, wer den Bewohner in seiner aktuellen Situation am besten kennt und weiß, was für ihn gut ist. Pflegende Mitarbeiter betrachten sich bei solchen Themen als zuständig und bezeichnen sich dabei als professionell. Angehörige beschreiben sie eher als nicht kompetent oder teilkompetent, überfordert, nicht immer anwesend oder als egoistisch. Den Blick auf die Kompetenz von Angehörigen vernachlässigen sie eher. Ebenso wenig sehen sie, dass symbolische Handlungen von Angehörigen oftmals bei den Bewohnern auf die Beziehungsebene zielen. Eine solche Beziehungsgestaltung wirkt asymmetrisch. Eine partnerschaftlich-partizipative Beziehungsgestaltung

[492] Vgl. Levy-Storms; Miller-Martinez 2005, S. 160.
[493] Vgl. Benner 2012; Benzein et al., 2008.

dagegen orientiert sich an der Autonomie bzw. Teilautonomie aller Personen und gibt damit gleichzeitig ein Beispiel für Wertschätzung und Respekt vor den jeweiligen Lebensgeschichten.
Mitarbeiter, die in dem Wohnküchenbereich arbeiten, nehmen sich bei diesen Fragen eher zurück und zeigen sich dienstleistungsorientiert.
Schuld ist ein bestimmendes Gefühl und Angehörige werden oft damit etikettiert. Es existiert ein Bild über Angehörige, die massiv mit Schuldgefühlen umgehen müssen, da sie die Pflege ihres Bewohners nicht mehr übernehmen können. Gleichwohl reflektieren die Mitarbeiter auch den Aspekt der Dienstleitung und das Recht der Angehörigen, die vollstationäre Versorgung vollumfänglich in Anspruch nehmen zu dürfen. Schuldgefühle sind das zentrale Konzept zur Erklärung der oftmals konflikthaften Verhaltensweisen von Angehörigen.[494] Auch Haggström und Kihlgren bestätigen Schuldgefühle und Beschämung der Angehörigen.[495] Nicht bewältigte Schuld und Schuldgefühle eignen sich für Übertragungen auf andere und das Gefühl, schuldig zu sein, macht Angehörige trotz ihrer vermeintlichen „Aggressivität“ vulnerabel.

Die Ergebnisse zur Einstellung von Pflegenden zu Angehörigen (Familie als Ressource, Familie als Gesprächspartner, Familie als Belastung, eigene Person als Ressource für Familien), die Benzein untersuchte, kommt der Charakterisierung der vier Typen von Mitarbeitern nahe, die in der Untersuchung gebildet werden konnten. Gleichwohl sind Einstellungen zu Angehörigen nicht identisch mit den hier vorgenommenen Rekonstruktionen über Angehörige, da auch affektive und behaviorale Reaktionen bzw. Ausdrucksformen damit gemeint sind.

15.2 Kollektive Ebenen

Die Gruppendiskussionen geben zu großen Teilen die Konzepte der Einzelinterviews wieder. Daher liegt der Fokus in der abschließenden Diskussion auf den ergänzenden und unterschiedlichen Konzepten, die möglicherweise charakteristisch für die verschiedenen Gruppensettings sind.

[494] Vgl. Urlaub 1995, S. 10.
[495] Vgl. Häggström; Kihlgren 2007, S. 699.

In dem integrativen Wohnbereich ist die Überzeugung deutlich ausgeprägt, dass sich durch häufige Besuche das Vertrauen der Angehörigen zu den Mitarbeitern entwickelt. Auch wird das Konzept der Aufgaben- und Rollentrennung favorisiert, wobei sich in dem Bereich auch unterschiedliche Positionen der Diskussionsteilnehmer zeigten. Zu diesem Thema bleibt es widersprüchlich bzw. die Unterschiedlichkeiten werden in der Gruppendiskussion aufrechterhalten. Hervorzuheben ist die Beschreibung, dass Angehörigenarbeit irgendwie unsichtbar, nicht beschreibbar ist. In der Einrichtung existieren zur Zusammenarbeit mit Angehörigen einige definierte Prozesse und Zuständigkeiten. Dennoch sind diese Beschreibungen möglicherweise Ausdruck eines Verständnisses, bei dem eine Familienorientierung nicht so prominent konzeptualisiert wird.

In dem Wohnbereich für Menschen mit Demenz beschreiben Mitarbeiter eine höhere Präsenz der Angehörigen. Dies korrespondiert mit den Untersuchungsergebnissen von Dühring, die die höhere Angehörigenpräsenz als ein vom Setting bzw. der Wohnform bestimmtes Phänomen ableitet.[496] Gegenläufige Erkenntnisse bietet die Untersuchung von Weyerer et al.[497] Sie untersuchten die Lebens- und Betreuungsqualität der Menschen mit Demenz in der stationären Betreuung in Hamburg und verglichen das Domusprinzip (segregatives Modell) mit dem Integrationsmodell in Hamburger Altenpflegeheimen. Dabei konnten sie feststellen, dass Bewohner in integrativen Versorgungskonzepten signifikant mehr Besuch aus dem Familien- und Bekanntenkreis erhielten und Angehörige stärker in die Pflege eingebunden waren.[498]

Im Arbeitsteam des segregativen Wohnbereichs zeigt sich ein deutlich ausgeprägteres Verständnis von geteilter Verantwortung und einem partnerschaftlichen Miteinander mit Angehörigen. Dies kommt den Forderungen von Steiner-Hummel näher, die einen partnerschaftlichen Umgang und einen organisationsbezogenen Lernprozess mit den Angehörigen statt neben den Angehörigen fordert.[499]

---

[496] Vgl. Dühring 2006.
[497] Vgl. Weyerer et al. 2005, S. 90-96.
[498] Vgl. Weyerer et al. 2005, S. 93.
[499] Vgl. Steiner-Hummel 2000, S. 112.

Die in diesem Bereich aufgezeigten Konflikte haben jedoch ein deutlich größeres Eskalationspotenzial und die Schilderungen können als persönliche Grenzverletzungen bzw. Demütigungen von Mitarbeitern durch Angehörige bewertet werden. Möglicherweise generieren mehr Präsenz und Nähe der Angehörigen gleichzeitig mehr Erwartung, Kontrolle, Enttäuschung und Konflikt. Mitarbeiter definieren eine Position der Angehörigen, die in der Literatur bislang so noch nicht aufzufinden ist. Dies bezieht sich insbesondere auf die Wahrnehmung, dass die Familien den Alltag mitgestalten und im Wohnbereich präsent sind. Ihr Agieren wird als autonom und souverän wahrgenommen und eher schon als ein Zuviel an Selbstbestimmheit erlebt. Der im Interview verwendete Begriff der „Parallelwelt" drückt aus, dass das, was sich zeigt, nicht mehr vertraut und für die Mitarbeiter zugänglich ist. Die Situation wird als „eigener Kosmos" wahrgenommen. Mit dieser Beschreibung verkehrt sich Koch-Straubes „Fremde Welt Pflegeheim" und das, was im bisherigen Verständnis über Altenpflegeheime beschrieben ist.[500] Die Welt des Pflegeheims ist den Angehörigen vertraut und den Mitarbeitern nicht mehr vollumfänglich zugänglich. Folgt man diesen Gedanken, so bekommen Mitarbeiter eine andere Rolle und Aufgabe. Sie sind die „Gäste" im Wohnbereich, die die Familien unterstützen und sie sind nicht ausschließlich diejenigen, die den Alltag und den Umgang mit den Bewohnern strukturieren. Die alltägliche Versorgung muss situationsabhängig immer wieder neu ausgehandelt werden. Mit dieser Perspektive reduziert sich auch das „Kümmern" und zuständig sein für das Wohl der Angehörigen.

Aus der Gruppendiskussion mit den Leitungsverantwortlichen wird die Bedeutung der Interkulturalität in den Teamprozessen deutlich. Die verantwortlichen Wohnbereichsleitungen erkennen die auch kulturell bedingt verschiedenen Werte. Vertrauensbildende Maßnahmen – beispielsweise die Botschaft an die Angehörigen, dass ihre Mutter oder ihr Vater hier gut versorgt ist – sind wichtig und werden wie symbolisches Handeln gesehen. Diese Perspektive lenkt auch den Blick darauf, pflegende Angehörige mit ihren Gefühlsebenen wahrzunehmen. Nolans Modell des Gefühlsgerüstes liefert

[500] Vgl. Koch-Straube 1997.

dazu einen theoretischen Rahmen: Gefühl von Sicherheit, Kontinuität und gemeinsam hergestellte Bedeutsamkeit sind Gefühle, die für alle Beteiligten relevant sind.[501]

Die Frage, welche sozialen Repräsentationen über Angehörige die Arbeitsteams teilen, lässt sich zusammenfassend wie folgt beantworten: Die gruppenspezifischen Vorstellungen, die in den Gruppeninterviews zum Vorschein kamen, weichen kaum ab von den individuellen Kognitionen. Die meisten Themen und Konzepte, die aus den Einzelinterviews bekannt sind, werden kollektiv geteilt bzw. sind in der bekannten Vielfalt vorhanden. Als deutlichste Unterscheidung ist die Beschreibung von selbstbestimmt agierenden Angehörigen und deren Parallelwelt im Wohnbereich für Menschen mit Demenz festzuhalten.

15.3 Organisationale Ebene

Die Analyse der organisationalen Beschreibungen soll die Frage beantworten, welche Aussagen die Dokumente der Organisation über Angehörige enthalten. Die Hauptaussagen stammen aus neun verschiedenen Dokumenten; sie sind inhaltlich homogen und zeigen eine konkrete institutionelle Strukturierung der Rolle der Angehörigen. Definiert ist der Erwartungshorizont im Hinblick auf die Mitwirkungsmöglichkeiten durch Angehörige. Basierend auf Litwaks Modell der Aufgaben- und Rollentrennung benennt die Organisation konkrete Aufgaben, die ausschließlich von Angehörigen übernommen werden können. Die den Angehörigen zugeordneten Tätigkeiten entsprechen den sogenannten „non-technical tasks“.[502] Des Weiteren skizzieren die Aussagen unterstützungs- und hilfebedürftige Angehörige, die demzufolge Zielgruppe bzw. Klienten für informationszentrierte Angebote sind. Diesen Blick auf Angehörige hat Urlaub in seinen Untersuchungen bereits dargelegt, und er ist auch in einen Zusammenhang zu bringen mit dem deutlich repräsentierten Belastungsdiskurs zu pflegenden Angehörigen.[503] [504] Die erwähnte Beratung wird vornehmlich im

[501] Vgl. Nolan et al. 2006.
[502] Vgl. Litwak 1977, S. 80-116.
[503] Vgl. Urlaub 1995.
[504] Vgl. Gröning 2005, S. 69, 74.

Zusammenhang mit den rechtlichen Fragen von Angehörigen (Angehörige als rechtliche Stellvertreter) und einer administrativen Unterstützung des bürokratischen Aufwandes beim Heimeinzug gesehen.

15.4 Weiterarbeit am Material

Die Weiterarbeit mit den Konzepten, Kategorien und Vergleichsdimensionen soll zu einer inhaltlichen Verdichtung führen. Das Erkenntnisinteresse bleibt damit nicht auf der Ebene der Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen, sondern die zugrundeliegenden Phänomene, latente Sinnstrukturen bzw. Bedeutungszusammenhänge sollen sichtbar gemacht werden.

Die Konzepte der Subjektiven Theorien und das ergänzende Material aus den Gruppendiskussionen und der Dokumentenanalyse weisen eine große Heterogenität auf. Ein Wechsel von der idiographischen hin zur nomothetischen Perspektive bahnt den Weg zur Synthese. Damit dient der anschließende Schritt der deskriptiven Typisierung der Generalisierung und damit als theoretische Verallgemeinerung.

15.5 Synthese - Typenbildung

Aus der fallübergreifenden Analyse der Subjektiven Theorien lässt sich eine deskriptive Typologie von Mitarbeitern in Altenpflegeheimen ableiten, die im Folgenden erläutert wird. Damit können die Forschungsergebnisse weiter interpretiert und konzentriert werden. Als relevante Vergleichsdimensionen zur theorieorientierten Beschreibung dienten die Definitionen, Erklärungen, Prognosen und Technologien über Angehörige. Auf der Suche nach Prototypen mit repräsentativen Eigenschaften konnten mit den unterschiedlichen Merkmalsausprägungen vier Typen von Mitarbeitern entwickelt werden. Sie können sowohl mit den Leitmotiven der Subjektiven Theorien als auch mit einzelnen Konzepten in Verbindung gebracht werden. Bei den vier Typen handelt es sich um eine empirisch gestützte Unterscheidung zur Veranschaulichung der Differenzen. Sie dienen als prototypische Muster zur Orientierung und müssen in der Realität und in der Klarheit so nicht vorhanden sein. Gemäß der Idiosynkrasie der Subjektiven Theorien mittlerer Reichweite

können diese Typisierungen nicht vollumfänglich auf einzelne Personen zeitstabil angelegt werden.

15.5.1 Charakterisierung - Typus „Dienstleister“

Der Mitarbeiter vom Typus „Dienstleister“ respektiert die Autonomie der Angehörigen und beschreibt diese als eine Gruppe, die die Besuchshäufigkeit und Kontakte nach ihren eigenen Bedürfnissen ausgestaltet. Angehörige sind ihm willkommen, ihre Mitwirkung wird jedoch nicht erwartet. Wenn sie Aktivitäten einbringen, zielen diese ausschließlich auf einen Zusatznutzen und auf das Wohlbefinden des eigenen Angehörigen. Diese Mitarbeiter sehen sich in der Rolle eines Gastgebers, der Gutes und Angenehmes tut. Angehörige und Bewohner werden als Kunden gesehen. Die Tätigkeit der Mitarbeiter ist eine vertraglich vereinbarte Dienstleistung und die Versorgung der Bewohner ist auch ohne Mitwirkung der Angehörigen gesichert. Der Dienstleister orientiert sich an den Wünschen und der Zufriedenheit seines Gegenübers. Sein Handeln ist ausgerichtet auf dessen Erwartungsstruktur und dient primär dessen Bedürfnissen. Der Dienstleister sieht sich nicht in derselben emotionalen Beziehungsqualität wie ein Familienmitglied; er steht etwas entfernt von der Familie. Seine Daseinsberechtigung bezieht er aus der Dienstleistungsqualität und die ausgeprägte Serviceorientierung hilft ihm, sich verschiedenen familiären Gegebenheiten anzupassen.

Dieser Mitarbeitertypus versteht seine Aufgaben komplementär zu den Aufgaben und Rollenverständnissen der Familie und richtet seine Tätigkeiten dezent im Hintergrund aus oder verschiebt sie zeitlich, da die Anwesenheit der Angehörigen Priorität hat. Erwartungen werden rechtzeitig antizipiert und Konflikte, sollten sie entstehen, deeskaliert. Kommt es zu Unstimmigkeiten, werden Beschwerden oder Konflikte gerne an die Leitungsebenen delegiert und dort verbindlich geklärt. Die Arbeit ist gut abgrenzbar zu anderen Bereichen und Verantwortungsebenen. Es kann sein, dass es zu herablassenden und wenig wertschätzenden Interaktionen durch die Angehörigen kommt („Dienstboten“). Dies führt meist nicht zu einem gleichberechtigten Aushandeln der Interessen. Möglicherweise bleibt ein Gefühl von Geringschätzung im Sinne von „Angehörige zeigen mir, ich bin die 2. Wahl.“

15.5.2 Charakterisierung - Typus „Familienmitglied“

Der Typus „Familienmitglied“ gehört nach seiner Auffassung zur Familie. Er sieht sich als Teil des Settings „Familie“ und ist emotional verbunden mit den Angehörigen. Im Rahmen seiner Tätigkeiten gehört die erste Priorität der Beziehung zu den Angehörigen. Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter bilden eine familienähnliche Struktur, die auch gegenüber den Kollegen verteidigt wird. Andere Anforderungen der Organisation und des Teams ordnet er dieser Priorität unter.

Das Feedback aus der Familie ist stärkend und schützend und baut das eigene Selbstwertgefühl auf. Es bestehen enge Beziehungen und ein individualisiertes Zugehörigkeitsgefühl. Der Mitarbeitertyp „Familienmitglied“ verbringt viel Zeit mit den Angehörigen. Diese Familienmitgliedsrolle (auf Zeit) läuft Gefahr, in emotionale Krisen zu gelangen. Erwartungen werden in Familienbezügen ausgetauscht und können enttäuscht werden. Professionelles Handeln konturiert sich eher nicht, Nähe und Distanz sind schwer zu regulieren und es kommt zu einer mangelnden Abgrenzung von Rolle und Aufgabe. Fachlich oder organisational begründete Forderungen gegenüber den Angehörigen sind in diesem Kontext schwer aufrechtzuerhalten, da sie ein „Switchen“ in ein anderes Rollensetting bedeuten. Verletzungen der persönlichen Integrität durch die Nähe und Emotionalität sind durch Angehörige möglich, Unverständnis der Kollegen kann das „Familienmitglied“ im Team ins Abseits bringen.

15.5.3 Charakterisierung - Typus „Therapeut“

Mitarbeiter, die dem Typus „Therapeut“ zuzuordnen sind, haben langjährige Berufs- und Lebenserfahrung und verstehen viel von der Situation der Angehörigen in einem Altenpflegeheim. Sie können sich gut in sie hineinfühlen, zeigen sich verstehend und begleitend. Die anspruchsvollen Situationen, die sie bei den Angehörigen in den Fokus nehmen, erklären sie mit einer gewissen Last, den Gefühlen von Schuld und Scham und permanentem Stress und Überforderung. Die Kompetenzen der Angehörigen, ihre Resilienz und Bewältigungsstrategien nehmen sie eher weniger im Blick. Als Mitarbeiter erleben sie den Umgang mit Menschen mit Demenz auch belastend und

nehmen ein „zu Wenig“ an z. B. Zeit, Zuwendung, Anerkennung und Wertschätzung war. Sie registrieren, dass sie die Mütter und Väter pflegen, die die Töchter und Söhne aus unterschiedlichen Gründen nicht pflegen können oder wollen. Diese Reflexion führt zu einer kritischen Haltung gegenüber kritisch-fordernden Angehörigen, dem gesamten System „Pflege“ und der Gesellschaft, die nur die geringen finanziellen Ressourcen einer gesetzlichen Pflegeversicherung zur Verfügung stellt.

Die „therapeutische“ Haltung wirkt sich auf ein Zusammenfinden oder gemeinsames Tätigwerden mit den Angehörigen aus. Sie erkennen, dass Angehörige Zeit für Kennenlernen und Zusammenwachsen oder gar für die Adaption in der Welt Altenpflegeheim benötigen. Aufgabe des „Therapeuten“ ist es daher, nichts Zusätzliches von den Angehörigen zu fordern und ihnen eine Orientierung im System zu geben.

15.5.4 Charakterisierung - Typus „Lehrer“

Mitarbeiter, die dem Typus „Lehrer“ zuzuordnen sind, agieren stark über Information und Kommunikation. Sie beschreiben sich als fachlich versierte und kompetente Personen, die ihre Bewohner am besten kennen. Sie benötigen Informationen aus der Biografie, definieren jedoch die Informationen aus der aktuellen Rund-um-die-Uhr-Betreuung als eigentlich entscheidend. Sie vermitteln den Angehörigen ein aktuelles Bild über den Bewohner. Die oft jahrelange Pflege- und Betreuungserfahrung der Angehörigen nehmen sie kaum in den Blick und erbringen demzufolge in der Kommunikation wenig Wertschätzung. Der Austausch mit den Angehörigen ist auf Informationen ausgerichtet. Die fachlichen Standards wirken hierbei ausgrenzend, da sie nach Meinung des „Lehrers“ ein Zusammenwirken von Angehörigen und Mitarbeiter nur bedingt ermöglichen. Es gibt wenig Verständnis von einem gleichberechtigt auszuhandelnden Prozess für die Mitwirkung. Arbeitsteilung und geteilte Verantwortlichkeit wird priorisiert und führt zu Grenzziehungen. Angehörige dürfen sich in der sozialen Betreuung engagieren oder nach den vorgegebenen Regeln mitwirken. Absprachen und Wissen über z. B. die Demenzerkrankung werden eingefordert.

Die unten stehende Darstellung vereint die Mottos der einzelnen Subjektiven Theorien und stellt die typischen Definitionen, Erklärungen, Prognosen und Technologien dar. Daraus ergibt sich entlang der Funktionsparallelität der Subjektiven Theorien eine verdichtete Aussage zu deren Inhalten.

Familienmitglied eher emotional-egozentrisch	**Dienstleister** eher sachlich-dienend
Motto: • Angehörige bauen mich auf. • Für ein Topfdeckel war richtige Krise. **Definition:** Angehörige sind Familie. Ohne sie geht es nicht. **Erklärung:** Heimeinzug bezieht sich auf die ganze Familien Ich gehöre zur Familie dazu. **Prognose:** Ist im ständigen Austausch mit den Angehörigen. **Technologie:** Emotional, mitleidend, trauernd.	***Motto:*** • Meine Arbeit und ich sind komplementär. • Ich bin eine Gastgeberin, Pingelige erhalten das Doppelte. • Ich bringe nur was Gutes. • Angehörige zeigen mir, ich bin die 2. Wahl. **Definition:** Angehörige stützen zum Wohl des Bewohners. **Erklärung:** Angehörige sind Kunden, und sie bezahlen für die Versorgung. **Prognose:** Befriedigt die Wünsche der Angehörigen, möchte keinen Stress **Technologie:** Gastgeber bleiben im Hintergrund.
Lehrer eher belehrend	**Therapeut** eher verstehend - begleitend
Motto: • Kommunikation mit den Angehörigen ist das A und 0. • Angehörige brauchen Strukturen und Grenzen. • Bei uns zu Hause ist das nicht so, aber ich find das was hier in Deutschland ist auch nicht falsch. **Definition:** Angehörige sind teilkompetent. **Erklärung:** Verstehen zu wenig vom Altenpflege-heim und von Menschen mit Demenz. **Prognose**: Wissen würde helfen, den Prozess zu verstehen. **Technologie:** Wissen, Erklärungen geben, informieren, Grenzen setzen.	***Motto:*** • Wir sind alle belastet. • Zusammenfinden mit den Angehörigen ist ein Prozess. **Definition:** Angehörige haben es schwer. **Erklärung:** Sie fühlen Schuld, Überforderung, Stress, finden ihre Rolle nicht. **Prognose:** Versteht das Dilemma von wenig Zeit, wenig Ressourcen und der Not der Heimaufnahme. **Technologie:** Orientierung geben, nicht Zusätzliches fordern.

Abbildung: 17 Mitarbeitertypologie.

16. Methodenevaluation

In diesem Kapitel wird das Forschungsvorhaben kritisch reflektiert. Dazu werden insbesondere das Interviewverfahren, die Dialog-Konsens-Methode und die Gruppendiskussionen in den Blick genommen. Weitere Ausführungen zielen auf die Rolle der Forscherin und das Konzept der Generalisierung. Abschließend werden epistemiologische Kernkriterien zur Bewertung der Untersuchung herangezogen.

Die Subjektiven Theorien haben prinzipiell eine Erklärungskraft für ein mögliches Handeln der Erkenntnisobjekte. Dennoch soll an dieser Stelle nochmals erwähnt werden, dass das Verhältnis von Kognition und Handeln uneindeutig bleibt. Damit bleibt die Frage offen, inwieweit die angegebenen Intentionen und Motive tatsächlich handlungsleitend sind. Diese Frage wäre durch eine explanative Validierung zu beantworten, in der das falsifikations-theoretische Wahrheitskriterium mittels Verhaltensbeobachtung eingeführt werden müsste. Dieses Vorgehen bringt weitere methodologische Einschränkungen mit sich. Handlungsleitende Kognitionen können nur für umgrenzte Situationen beschrieben werden. Erfasst werden können auch nur die zu beobachtenden Phänomene, die in einer vermuteten kausalen Verbindung zu der Subjektiven Theorie stehen. Zudem beschränken sich die hier generierten Konzepte der Subjektiven Theorien nicht nur auf den Bereich der Prognose und Technologie. Zentral und leitend bleibt damit das epistemologische Subjektmodell mit seiner intentionalen Aktivität.

16.1 Zum halbstrukturierten Interviewverfahren

Leitfadengestützte Interviews führen zu einer mittleren Strukturierungsqualität. Die Fragen stellen sicher, dass bestimmte Themenbereiche angesprochen werden. Sie sollen so offen formuliert sein, dass sie das narrative Potenzial des Informanten nutzbar machen. Die Interviewzeiten und die ausgewerteten Inhalte zeigen, dass eine aktive Gesprächsbeteiligung gelungen ist.

Selbst wenn der Leitfaden wenig strukturiert wäre, so könnte die vermeintliche Offenheit des Instrumentes zu Irritationen führen, da das Verhalten des Interviewers dazu führt, im Interview etwas Bestimmtes wissen zu wollen.[505]

[505] Vgl. Kruse 2009, S. 65.

Gleichzeitig birgt der halbstrukturierte Leitfaden mit seinen literaturgestützt entwickelten Themenbereichen das Risiko, dass die Themen möglicherweise am Relevanzsystem des Erkenntnisobjektes vorbeigehen. Insbesondere die hyothesengeleiteten Fragen sind oftmals Konstrukte, die von außen an das Erkenntnisobjekt herangetragen werden. Innerhalb der methodisch geleiteten Interviewtechnik könnten die Konfrontationsfragen Irritationen auslösen und möglicherweise die Meinung des Befragten beeinflussen. Da die Methode auf die Explikation von Wissen im Sinne von Kognitionen über einen Gegenstand zielt, könnte bei den Interviewpartnern auch die Idee entstehen, dass ihr Wissen „geprüft" wird und sie während der Interviewgespräche in eine prüfungsähnliche Situation kommen. Einige Interviewpartner hatten möglicherweise deshalb ein sehr hohes Redebedürfnis und es schien ihnen wichtig, all ihre Aspekte darzulegen.

Festzuhalten ist auch, dass das FST ausschließlich auf die Rekonstruktion der Kognitionen zum Gegenstandsbereich zielt, damit den Rahmen eng absteckt und Gefühle und Emotionen nicht erfasst.

Da die Subjektive Theorie innerhalb einer Interviewsituation entsteht, stellt sich die Frage, inwieweit die Interviewpartner sich stärker festlegen, als dies im alltäglichen Dialog üblich ist. Somit erzielt eine Subjektive Theorie den Charakter eines im Forschungsprozess künstlich hergestellten Konstrukts.

16.2 Beurteilung der Dialog-Konsens-Methode

Die dem FST zugrunde gelegte Dialog-Konsens-Methode stellt ein Gütekriterium für die kommunikative Validierung dar. Kognitionen und Argumentationen zu einem Thema können erfasst werden und entsprechen einer höheren Adäquatheit, da sie nicht vom Forscher alleine rekonstruiert werden.

Im zweiten Kontakt mit den Interviewpersonen kam es mittels der Heidelberger Strukturlegetechnik zu einer kommunikativen Validierung. In den Strukturlegeplänen wurden auch einige Anmerkungen ergänzt. Dies spricht dafür, dass die Rekonstruktionsvorschläge kritisch überprüft wurden.

Die Methode der Struktur-Lege-Technik ist ein komplexes Verfahren und erfordert eine gewisse Anstrengung und Einarbeitung. Sprachlich kompetente

Personen sind hier im Vorteil und arbeiten sich leichter in das systematische und strukturierte Denken ein.[506] Trotz sprachlicher Schwierigkeiten einiger Interviewpartner ist die mit der Struktur-Lege-Technik und kommunikativen Validierung gewollte Aktivierung der Interviewpartner gleichermaßen gelungen.[507] Die Interviewpartner waren stolz, was aus ihrem Interview herausgearbeitet und ihnen zugeordnet wurde.

Die Forschungsbeteiligung erfordert eine ausreichend gute Artikulations- und Reflexionsfähigkeit der Interviewpersonen. Diese Punkte wurden insbesondere bei der Anwendung der Datenerhebung und der kommunikativen Validierung berücksichtigt, indem Sprache und Instrument dem Untersuchungsfeld angepasst wurden (z. B. keine Fremdwörter oder Fachbegriffe, kurze verständliche Sätze). Die Komplexität der Auswertung und der kommunikativen Validierung ist eine enorme Herausforderung und sicher nicht von jedem Personenkreis zu leisten. Für einige Personen in der untersuchten Gruppe war dies an der Grenze des Machbaren und konnte zum Teil nur durch eine sprachlich angemessene Validierung ermöglicht werden. Möglicherweise wäre eine weniger offene und komplexitätsanregende Fragestellung in einem kürzeren Zeitraum zu bearbeiten und würde damit zu einer eigenen Erstellung des Struktur-Lege-Plans führen können. Die Anforderungen an den Aufbau der Interviews und an die Rekonstruktion der Interviewinhalte bleiben dabei bestehen. Die Entscheidung, auf der Grundlage der Transkription und Analyse den Struktur-Lege-Plan selbst zu erstellen und diesen als Material zur Validierung zu nehmen, erwies sich als richtig und zielführend.

16.3 Anwendung des FST in einer Gruppendiskussion

Quasi experimentell wurde in den drei Gruppendiskussionen der fast identische Interviewleitfaden aus den Einzelinterviews verwendet. Damit sind für die Gesprächsentwicklung bekannte Stimuli verwendet worden. Rückblickend würde ich diese Gesprächsstruktur für die Gruppendiskussionen nicht mehr verwenden und eher mit einem typischen Fallbeispiel die Narration

[506] Vgl. Scheele; Groeben 1988, S. 77.
[507] Vgl. Scheele; Groeben 1988, S. 78.

voranbringen. Mögliche hypothesengerichtete Fragen oder Störfragen hätten dennoch situativ in den Interviewverlauf eingebracht werden können.
Die Gesprächsverteilung hat zwar zur Zufriedenheit aller Beteiligten stattgefunden, dennoch gab es Teilnehmer, die sich so gut wie nicht beteiligt haben. Entsprechend ihrer Funktion in dem Arbeitsteam haben sie sich untergeordnet bzw. sich eingeordnet. Strukturell ist Hierarchie in diesen Realgruppen vorhanden, und im beruflichen Setting der Organisation bestehen Abhängigkeiten. In den durchgeführten Gruppendiskussionen hat sich gezeigt, dass ein hierarchiearmer Diskurs in einer Realgruppe, die in Hierarchie eingebettet funktioniert, sehr schwer zu gestalten ist.
Die Fragearten eigneten sich nur bedingt. So ist z. B. die Kontrastierung von Aussagen eher schwierig, da der Fokus damit schnell auf eine Einzelmeinung zielt**.**
Die Gruppendiskussionen haben die bereits aus den Einzelinterviews gewonnenen inhaltlichen Konzepte nur gering ergänzt. Als Ergebnis lässt sich jedoch festhalten, dass die Beschreibungen und Erklärungen aus den einzelnen Interviews (sozusagen zeit- und settingstabil) in den Gruppendiskussionen eingebracht wurden.

16.4 Indizieren und Bearbeiten von relevanten Aussagen

Zum Thema Vorwissen des Forschers ist zu klären, wie dieses im Forschungsprozess berücksichtigt werden kann. In einem Forschungsprozess ist ein vollständiges Ausblenden dieses Wissens nicht möglich und auch nicht nötig, da sich der Forscher mit seiner Analysekompetenz begrenzt und das Erkenntnisobjekt in besonderer Weise berücksichtigt wird.
Kriterien, welche Aussagen und Beschreibungen Bestandteil der Subjektiven Theorie sind, lassen sich in der Literatur nicht finden. Auch für die Frage, welche Textpassagen aus dem Text relevant sind, lässt das FST dem Erkenntnis-subjekt und seinem Vorverständnis einen entsprechenden Freiraum. Genaue „Verstehens-Regeln“ für das Indizieren von relevanten Aussagen sind nicht vorgegeben. Buchholz merkt dazu an: „Ein Kritikpunkt ist, dass die Auswahl relevanter Aussagen aus dem Interview sich nicht an methodisch vorgegebenen Richtlinien orientieren kann, da diese meines Wissens noch

nicht erarbeitet worden sind. Somit muss jeder Forscher, der mit dieser Methode arbeitet, eigene Kriterien entwickeln. Allerdings stellt die Rekonstruktion der Subjektiven Theorie durch den Interviewpartner ein korrektives Moment dar, durch das vom Forscher ‚vergessene' Inhalte nachgetragen oder angebotene Inhalte korrigiert werden können." [508]

Die Analyse (Einzel- und Gruppeninterviews) war geprägt von einer Informationsflut. Da die Forscherin so lange als möglich einen offenen und weiten Blick auf den Gegenstand halten wollte, war die anschließende Engführung und Konzentration schwierig. Die offene Auswertung hatte keine Eingrenzung und kein „theoretisches Geländer" bzw. fokussierte nicht auf bestimmte Strukturen oder Inhalte. Dies bedeutet, dass die Strukturen erst im Forschungsverlauf gefunden werden mussten bzw. aufgrund der Materialfülle weitere Eingrenzungen vorgenommen wurden.

Die Analysearbeit in den verschiedenen Auswertungsrunden und in der Kolloquiumsgruppe hatte die bedeutsame Funktion einer kollegialen Validierung. Die exemplarisch durchgeführte Analysearbeit in der Gruppe hat die Möglichkeiten der Lesarten erhöht und den Blick auf das Datenmaterial erweitert.

Mit den fortlaufend gesammelten Forschungsnotizen wurden Zusammenhänge erfasst, interpretierbar und bewertbar gemacht und die Selbstreflexivität gefördert. Die Forschungsnotizen wurden als introspektive wie retrospektive Methode der formativen Selbstevaluation genutzt, um Arbeitshypothesen aufzustellen.

Ein langes Überdenken von inhaltlichen Konzepten führte immer wieder nahe an die Themen aus dem Leitfaden und schien auf den ersten Blick nicht wie eine Erweiterung des Gegenstandsbereiches. Im Forschungsverlauf kam es dann zu zwei mutigen Entscheidungen: zum einen, die Unterscheidungen in den Aussagen zu benennen und diese als ein Ergebnis anzusehen und zum zweiten, mithilfe der Funktionsparallelität von Subjektiven Theorien eine Typisierung zu versuchen und dabei sowohl die Konzepte als auch die aggregierten Kategorien zu Hilfe zu nehmen.

[508] Buchholz 1991, S. 143.

16.5 Die Rolle der Forscherin im Prozess

Die Interviewtechnik und die Kommunikative Validierung erfordern zwei Kontakte und damit ein größeres Zeitfenster seitens der Interviewpartner. Von ihnen wird eine hohe Bereitschaft zur Reflexion eines Themas erwartet. Die Analyse setzt eine wörtliche Transkription voraus. Die als ideal vorgegebenen Zeiten zur Erstellung eines Struktur-Lege-Plan s sind ehrgeizig und im Rahmen einer Einzelforschung kaum umzusetzen.

Der zweifache Interviewkontakt unterstützt eine sich entwickelnde Vertrauensbeziehung im Forschungsverlauf. Als Herausforderung erwies sich, bei aller Empathie zu den Personen die eigene Haltung zum Thema zu verbergen.

16.6 Zur Generalisierbarkeit der Ergebnisse

In Einzelfallstudien ist die Frage nach der Generalisierung der Ergebnisse besonders evident, da meist nur wenige Fälle oder kleine Stichproben ausgewertet werden. Auch verlangen in einem qualitativen Forschungsdesign die Ergebnisse die Berücksichtigung der Situations- und Kontext-gebundenheit.[509] Steinke beschreibt den Gültigkeitsbereich der Ergebnisse als eher lokal, da das Untersuchungsphänomen in dem alltäglichen Kontext untersucht wird.[510] Die entwickelten Theorien sind damit an den Forschungsprozess und an den Kontext gebunden, in dem sie entstanden sind. Steinke benennt diesen Tatbestand als soziale Präformierung wissenschaftlicher Erkenntnis, da die Forschung in den politischen, ökonomischen und sozialen Kontext eingebettet ist.[511]

Somit stellt sich die Frage, inwieweit sich in den Fallanalysen Charakteristika finden lassen, die auch für andere Fälle oder Stichproben Gültigkeit haben. Deskriptive Studien versuchen, durch das Sammeln und Aufbereiten von spezifischen Beobachtungen und durch die Darstellung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden eine Basis für Generalisierungen zu liefern. Im Gegensatz zur quantitativen Sozialforschung wird die Generalisierung nicht über Repräsentativität der Ergebnisse, sondern über das Typische erreicht.

---

[509] Vgl. Lamnek 2005, S.187.
[510] Vgl. Steinke 1999, S. 115.
[511] Vgl. Steinke 1999, S. 104, 116.

Um nicht bei der Deskription von Konzepten und Kategorien stehen zu bleiben, wird im Datenmaterial nach Gesetzmäßigkeiten und Erklärungen gesucht. Die anhand des Datenmaterials entwickelten Kategorien können aber auch „theoretisch aufgeladen“ sein und zu theoretischen Aussagen mit hohem Allgemeinheitsgrad verknüpft werden.[512] Daher zielt die Verdichtung und Strukturierung durch eine Typenbildung auch auf die Entdeckung von überindividuellen Mustern, die zu allgemeinen theoretischen Aussagen führen. Aus der Stichprobe, die auf Vielfalt angelegt war, konnte durchaus eine Vielzahl von unterschiedlichen Konzepten in unterschiedlicher Ausprägung extrahiert werden. Mit dieser Erkenntnis können Charakteristiken entwickelt werden, die dann in weiteren Studien überprüft werden können. Mit der Typenbildung ist in dieser Untersuchung die Generalisierung verwirklicht.

16.7 Epistemiologische Kernkriterien zur Bewertung der Untersuchung

Mit den folgenden Ausführungen sollen die epistemiologischen und methodologischen Kernkriterien für das durchgeführte qualitative Forschungsdesign systematisch reflektiert werden.[513] Dabei werden die angewendeten Methoden in ihrer Abhängigkeit zum Erkenntnisinteresse berücksichtigt. In Anlehnung an die von Steinke aufgestellten Kriterien wird die vorliegende Untersuchung einer kritischen Bewertung unterzogen.

Die Dimensionen der Transparenz und Expliziertheit stehen für das Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit bzw. der Verfahrensdokumentation.[514] Durch die intersubjektive Nachvollziehbarkeit wird eine kritische Verständigung über eine empirische Studie zwischen Forschern und Lesern ermöglicht.[515] In dem Forschungsvorhaben ist dieses umgesetzt mit der ausführlichen Dokumentation des Vorverständnisses und der empirischen Befunde, der Beschreibung der Erhebungsmethoden und des Erhebungskontextes, der Transkriptionsregeln, den Auswertungsmethoden und Textbelegen, den Informationsquellen, der Darlegung von Entscheidungen und Problemen und der selbstreflexiven Analyse der Forscherin im Forschungsprozess.

---

[512] Vgl. Kelle; Kluge 1999, S. 16.
[513] Vgl. Steinke 1999, S. 251-254.
[514] Vgl. Mayring 1999, S.119.
[515] Vgl. Steinke 1999, S. 207.

Eine diskursive Form der Intersubjektivität mittels Interpretation von Daten in Gruppen wurde in einigen Arbeitsgruppensitzungen und Doktorantenkolloquien vollzogen. Eine umfangreichere diskursive Interpretation der Daten wäre durchaus wünschenswert gewesen. Das Kriterium der Anwendung bzw. Entwicklung kodifizierter Verfahren ist durch die Auswertung in Anlehnung an die thematische Analyse geschehen. Das kodifizierende Verfahren wurde mit dem Forschungsprogramm Subjektive Theorien verschränkt und stellte dadurch eine besondere methodologische Herausforderung dar.
Das Kriterium der Indikation bezieht sich auf das qualitative Vorgehen angesichts der Fragestellung und auf die Indikation der Methodenwahl. Das FST hat sich als ein kraftvoller Zugang zum Forschungsgegenstand erwiesen. Die Methode ließ offene Fragetechniken zu und hat mit der Strukturierung hinreichend auf Erklärungen und Begründungen der Subjektiven Theoretiker fokussiert. Die der Methode zugrunde gelegte kommunikative Validierung erzeugte ein intensives Verhältnis zu den Interviewpartnern. Nähe und Distanz in der Beziehung zu den Interviewpartnern konnten von der Forscherin reflektiert und situativ gut realisiert werden.
Im Kontext der gesamten Untersuchung wurden, insbesondere bei der Datenverarbeitung, mehrere methodische Einzelentscheidungen notwendig. Diese sind im Verlauf begründet und konnten unter forschungspragmatischer Perspektive realisiert werden.

Die Limitationen der Untersuchung sind in der Fallanalyse zu suchen. Innerhalb der Fallanalyse kann die Untersucherin von einer Datensättigung sprechen. Aufgrund der wenn auch im geringem Ausmaß erkennbaren Unterschiede können die Theorien über Angehörige aus den beiden verschiedenen Wohngruppen wie eine Fallkontrastierung gewertet werden. Eine Fallanalyse setzt jedoch spezifische Untersuchungsbedingungen. Für die Verallgemeinerung bzw. Generalisierung der Ergebnisse hat die Untersucherin eine Typenbildung vorgenommen.
Zur empirischen Verankerung wurde in den Einzelfallanalysen, den Analysen der Gruppendiskussionen und der Dokumentenanalyse intensiv mit Textbelegen gearbeitet. Die kodifizierten Verfahren zur empirisch verankerten Theoriebildung sind damit hinreichend mit Textbelegen abgesichert.

Das Kriterium der Kohärenz überprüft, ob eine generierte Theorie in sich schlüssig und widerspruchsfrei ist. Hier macht die Exploration der Subjektiven Theorien ein begründetes Abweichen von den Anforderungen möglich. Die einzelnen Subjektiven Theorien müssen nicht kohärent sein und sind es auch nicht in allen Bereichen. Auch darf der subjektive Theoretiker trotz erkennbarer latenter Sinnstrukturen widersprüchliche Aussagen treffen. Widersprüche und Ungereimtheiten werden als neutrales Ergebnis gewertet. Als eine übergeordnete „Meta-Kategorie“ dazu kann die vorhandene Polyvalenz zum Gegenstand gewertet werden.

Die Relevanz der Fragestellung wird an den theoretischen Erkenntnissen für das interessierende Phänomen bewertet. Die Vielfalt und Dynamik der Beschreibungen, Erklärungen und Prognosen zeigt, dass es wichtig ist, sich mit den Perspektiven der Mitarbeiter zu beschäftigen. Die Organisation von angehörigenbezogenen Prozessen ohne Kenntnis der Perspektiven der Mitarbeiter über Angehörige kann kaum eine Voraussetzung für gelingende Interaktionen darstellen.

Die Autorin ergänzt ein weiteres Kriterium für die Bewertung eines Forschungsdesigns, nämlich die Frage nach der Aktualität bzw. nach einem Mega-Trend. Mega-Trends sind nicht nur gekennzeichnet durch ihre langfristige Wirkung, sondern vor allem durch das breite Spektrum an Bereichen, die sie beeinflussen. Der demographische Wandel in Verbindung mit steigender Hochaltrigkeit und zunehmenden Demenzerkrankungen ist ein Mega-Trend, der sich im Setting Altenpflegeheim deutlich abbildet.[516] Generative Lebensformen im Zusammenspiel mit der Sorge um pflegebedürftige Angehörige können nicht nur in häuslichen Pflegesettings, sondern auch in Altenpflegeheimen eine lebensweltliche Erfahrung sein. Daraus abzuleiten ist, dass die rechtliche und konzeptionelle Beschäftigung mit den Familiensystemen in der stationären Altenhilfe künftig zu einer „Mainstream-Thematik“ werden muss. Die Untersuchung liefert dazu einen Beitrag.

[516] Vgl. Sottas et al. 2013, S. 14.

17. Schlussbetrachtungen

17.1 Ausgangspunkte, theoretische und methodologische Fundierung

Den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit bildet die Feststellung, dass in Altenpflegeheimen der Umgang mit Angehörigen von den Mitarbeitern als eine Herausforderung beschrieben wird. Trotz des Bedeutungszuwachses der Angehörigen, der sich oft in den Konzepten zur Angehörigenarbeit und zum Umgang mit Menschen mit Demenz (und der dort zugeschriebenen Funktion von Angehörigen) ausdrückt, wird die Interaktion in der Praxis eher als nicht zufriedenstellend und konflikthaft erlebt.

Altenpflegeheime wandeln sich, da sie sich in anderen Wohnkonzepten strukturieren und sich einem veränderten Klientel – Menschen mit Demenz – stellen. Darüber hinaus sind sie in ein sich stets wandelndes Pflegeversicherungssystem mit steigenden Zuzahlungen eingebettet. Die Ansprüche und Erwartungen der Angehörigen für eine stationäre Vollversorgung werden dadurch auch beeinflusst.

Zentral in explorativen Studien ist, dass der Gegenstand nur unzureichend beschrieben ist. Liest man Kapitel drei mit der Darstellung der bisherigen Forschungsbefunde, so kann man erkennen, dass die Perspektive der Mitarbeiter bislang eher weniger eingenommen wurde und das Setting der stationären Pflegeeinrichtung eher aus der Perspektive der Angehörigen und Bewohner beforscht ist. Auch aktuelle Forschungsbefunde, die sich auf die Umfeldbedingungen und Versorgungssituationen in Deutschland beziehen, werden vermisst.

Mit dieser qualitativen Forschungsarbeit soll das organisationale Geschehen aus der Sicht der handelnden Subjekte rekonstruiert werden. Das, was sich in der Organisation zeigt, die jeweilige soziale Wirklichkeit soll erfasst werden. Dabei geht es darum, das Forschungsgeschehen möglichst offen zu gestalten und sich die Prozesse mit möglichst wenigen untersuchungsstrategischen Vorentscheidungen zugänglich zu machen.[517] Forschungsziel ist ein tiefes Eindringen und Ausleuchten des Einzelfalls. Soziale Wirklichkeit befindet sich in Abhängigkeit von Zeit und Raum und ist das Ergebnis von individueller und

[517] Vgl. Kühl et al. 2009, S. 18.

kollektiver Wahrnehmung und Deutung. Die in der Regel aufwändigen Datenerhebungs- und Aufwertungsmethoden führen zu dichten und meist typisierenden Beschreibungen von sozialen Phänomenen im Alltagsgeschehen. Damit erschließt sich ein Zugang zu Wissensbeständen und Interpretationen der Interaktionsteilnehmer, der für eine gegenstandsnahe Theorieentwicklung genutzt werden kann.

Der Ausgangspunkt im FST ist der Einzelfall und die idiographische Perspektive. Mit dem in der Arbeit beschriebenen Vorgehen konnten die Innenperspektiven der Interviewpartner erschlossen werden. Damit gelang es, den Gegenstandbereich – die Kognitionen über Angehörige – darzustellen. Alltagspraktische Bedeutung erlangen diese Kognitionen, wenn sie im Umgang mit Angehörigen handlungsleitend werden. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Inhalten und Strukturen der Subjektiven Theorien führen hin zur nomothetischen Perspektive des Forschungsgenstandes.

Subjektive Theorien können dort, wo keine oder noch unzureichende objektive Theorien vorhanden sind, als Heuristiken verwendet werden und so einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Gegenstandes leisten.

Die Ergebnisse zeigen, dass Mitarbeiter in einem Altenpflegeheim über klare, aber unterschiedliche Konzepte in Bezug auf Angehörige und eine gelungene Interaktion mit ihnen verfügen. Damit stellen die Subjektiven Theorien das Bindeglied zwischen beruflichem Wissen und Handeln dar. Entscheidenden Einfluss haben z. B. berufliche und andere alltägliche Erfahrungen, Theoriewissen aus Aus-, Fort- und Weiterbildungen, Informationen und Erfahrungsaustausch mit Kollegen.

In der alltäglichen Kommunikation mag die Orientierung an Alltagstheorien unvermeidlich sein. Aber zur Analyse und Aufklärung von Arbeitsprozessen taugen Alltagstheorien nicht, denn sie enthalten ungeprüfte, implizite Annahmen. Dies führt dann dazu, dass Situationen als Tatsachen beschrieben werden, Werteentscheidungen eine Darstellung beeinflusst haben, Ursachen gesehen werden, die auf eine wechselseitige Beziehungen zurückzuführen sind, Schuldzuweisungen an Individuen und Institutionen in den Vordergrund rücken und Problemlösungen für richtig gehalten werden, die unrealistisch sind.

Um auf das Handeln Einfluss zu nehmen, soll auf das interne Netzwerk, das eigene Expertenwissen, also die Subjektiven Theorien eingewirkt werden. Dies setzt voraus, dass neues Wissen gespeichert werden kann, Handlungen trainiert und damit die Subjektiven Theorien modifiziert werden können. Um diesen Schritt im Sinne eines Trainings zu vollziehen, ist Voraussetzung, die Subjektiven Theorien zu kennen.[518]

Auf diese Forderung der Veränderungen der Subjektiven Theorien wird hier nicht explizit eingegangen. Dennoch sei der Hinweis an dieser Stelle erlaubt, dass es sich hier um einen mehrschrittigen und reflexiv begleiteten Umlernprozess handelt, der mit dem zeitweisen Verlust von Verhaltenssicherheit einhergeht. Modelle der kooperativen kollegialen Beratung werden als erfolgreich beschrieben, da sie intensiv auf das Subjekt und seine Definitionen, Erklärungen und damit seine Reflexionen eingehen.[519]

17.2 Diskussion der Hauptergebnisse

Die Forschungsergebnisse wurden in den vorangestellten Auswertungen zum einen fallbezogen verdichtet und zum anderen fallübergreifend in typisierende Modelle überführt. Dadurch lassen sich Muster besser erkennen.

Mit den weiteren Ausdeutungen, die auch die Perspektive der Organisation der Praxis einnehmen, lassen sich aus den Konzepten und deren latenten Sinnstrukturen weitere Aussagen ableiten. Damit wird eine weiterführende Konzentration hin zum Gegenstand vorgenommen. Die hier vorgenommenen Schlussfolgerungen beziehen sich auf das Zusammenwirkungen von Mitarbeitern und Angehörigen. Im ersten Resümee wird verdichtet wiedergegeben, was sich im Alltag mit den Angehörigen zeigt, im zweiten Resümee, was sich daraus ergibt und im dritten Resümee, was fehlt bzw. was hilfreich sein könnte.

[518] Da das FST schwerpunktmäßig in den pädagogisch-psychologischen Feldern Anwendung findet, stehen meist der Austausch und die Modifikation der Subjektiven Theorien mit wissenschaftlichen Theorien im Vordergrund der Forschungsanwendung.
[519] Vgl. Groeben; Scheele 2010, S. 158.

Resümee: Erfahrungsbasierter, tätigkeitsorientierter Alltag

In den Subjektiven Theorien sind häufig Argumentationen und Begründungen zu finden, die sich auf eigene Erfahrungen stützen und die persönliche Perspektive berücksichtigen. Was man selbst gut und richtig findet, wird als Maßstab für Entscheidungen herangezogen. Die Begründungen für die jeweiligen Positionen kommen aus dem Alltag und den dort gemachten Erfahrungen, aus der eigenen Perspektive oder aus den normativen Setzungen, die für die Institution gelten. Damit zeichnen die empirischen Rekonstruktionen der Subjektiven Theorien über Angehörige im Ergebnis eine gewisse Konzept- bzw. Theorielosigkeit. Wissenschaftliches Wissen wird von den meisten Mitarbeitern zur Begründung nicht herangezogen.[520]

Körperorientierte pflegerische Tätigkeiten werden von den Mitarbeitern auf jeden Fall erledigt. Eine Art „Medizinisches Modell" steht im Vordergrund. Gespräche und soziale Betreuung werden zur Not dem Zeitdruck geopfert. Die Dualität von konkreten, meist körperorientierten Tätigkeiten und der Beziehungsarbeit werden im Feld aufrechterhalten und zeigen die Ambivalenz der Mitarbeiter auf.

Resümee: Marginalität der Angehörigen

Rolle und Funktion der Angehörigen wird in vielen Interviewsequenzen als sehr bedeutsam hervorgehoben. Trotz der konzeptionell gefassten Zentralität von Angehören, meist in Dokumenten und Konzepten beschrieben, bleiben die Angehörigen in einer Art Nichtzugehörigkeit und werden als von außen kommend wahrgenommen. Das Altenpflegeheim organsiert sich bis auf wenige Aspekte unabhängig von der Kompetenz, Mitwirkung und Präsenz der Angehörigen.

Normen und Regeln werden bereits beim Heimeinzug sichtbar, indem hier konkrete Erwartungen an die Angehörigen definiert werden. Unter Nützlichkeitsaspekten wird Angehörigen eine Bedeutung zugestanden (z. B. bei Informationen über den Bewohner, Biographiearbeit).

[520] Ausnahmen sind bei den Leitungsverantwortlichen zu finden. Sie nehmen eher eine andere Perspektive ein und beziehen theoretisches Wissen in ihre Begründungen mit ein.

Gleichzeitig werden viele Grenzüberschreitungen und Konflikte mit den Angehörigen geschildert. Erwartungen, Enttäuschungen und Demütigungen sind Ausdruck einer nicht zufriedenstellenden Beziehung bzw. Dysfunktionalität in der Organisation. Statt die strukturellen Rahmenbedingungen zu betrachten, werden Konflikte schnell personalisiert. Konflikte werden bedrohlich, weil Raum und Zeit zu Bearbeitung fehlen.

Erlebte Fremdheit (z. B. die von den Mitarbeitern erlebte Parallelwelt in den Wohngruppen) oder gefühlte Bedrohungen stützen das Phänomen, die Angehörigen in ihrer Bedeutung zu marginalisierten. Auch die Definitionen zur Letztverantwortlichkeit der Pflegemitarbeiter und die skizzierten Vorstellungen der Mitarbeiter über den idealen Angehörigen verweisen auf eine eher randständige Position der Angehörigen.

Resümee: Triadisches Arbeitsbündnis

Kooperationsverweigerung, selektive Zusammenarbeit, Misstrauen und Kontrolle sind nur einige Beschreibungen für die Spannungen, die die Zusammenarbeit – und das ist bereits ein Diktum – mit Angehörigen charakterisieren. Die Pathologisierung von Angehörigen (belastet, sich schuldig fühlend, überfordert) und ein fürsorglich-paternalistischer Umgang mit ihnen (teilkompetent-laienhaft, Angehörige als Klienten) machen sie zu einer strukturellen Problemgruppe und erschweren partnerschaftliche Aushandlungsprozesse. Die Idee einer geteilten Sorge endet meist bei der nicht wirklich geteilten Verantwortung. Dabei dürfen sich Angehörige dann unter der Letztverantwortlichkeit der Mitarbeiter engagieren. Angehörige werden von den Mitarbeitern eher weniger als Co-Produzenten ihrer Arbeit wahrgenommen.

Angehörige beziehen ihre Legitimation aus der Zugehörigkeit zu einem Bewohner. Professionelles Handeln steht im Gegensatz zu alltäglichem Laienhandeln unter erhöhten Legitimationsanforderungen. Die häufig benannten Grenzziehungen gegenüber den Angehörigen werden mit den organisatorischen Zwängen und den begrenzt vorhandenen Ressourcen beantwortet.

Ein professionelles Handeln jedoch antizipiert die unterschiedlichsten Erwartungen und inszeniert adressatenbezogen ihre Leistungen und damit ihre

Professionalität. Dazu helfen Austausch und Aushandlungsprozesse, die auf ein triadischen Arbeitsbündnis zielen.[521] Schulz-Nieswandt fordert mit dem Blick auf die Pflegarrangements mehr Familienkonferenzen und weniger tradierte Rollenzuschreibungen. Mit dieser Forderungen rücken Austausch und Aushandlungsprozess in den Vordergrund. „Es geht hier darum, dass sich die Pflegeakteure mit den Pflegebedürftigen wirklich klar werden darüber, was sie erwartet, was sie können, was man ihnen zumutet, was sie sich selbst zumuten können. Vieles bleibt sonst unausgesprochen, implizit und somit u. U. sogar qualitätsgefährdend, die Ressourcen zerstörend und somit insgesamt erodierend."[522]

Voraussetzung für das Gelingen eines triadischen Arbeitsbündnisses zwischen den Bewohnern, den Angehörigen und den Mitarbeitern ist die Bereitschaft und Fähigkeit der Beteiligten zum Dialog. Das Ergebnis unterliegt permanenten Schwankungen und muss prozesshaft immer wieder neu hergestellt werden.

„Die Welt institutionalisierter Langzeitpflege, ebenso andere stationäre Settings sind oftmals Orte solcher, wie wir es nennen wollen, daseinsverfehlender Entwicklungen."[523] Nach Schulz-Nieswandt haben Einrichtungen der Langzeitpflege eine komplexe kulturelle Grammatik. Um sozialen Mechanismen, die Entpersonalisierungen, Reinfantilisierungen und Regressionen fördern, erklären zu können, sind die sozialen Inszenierungen des Miteinanders der Menschen in den Wohnsettings und Pflegesituationen zu verstehen. [524]

Der fortlaufende und geplante Austausch bietet die Chance zum besseren Verstehen und für Veränderung. Eine reflektierende Auseinandersetzung mit der emotionalen und sozialen Dimension des Heimaufenthaltes für alle Beteiligten schafft ein Vertrauensverhältnis und trägt zum gegenseitigen Verstehen bei. Ein solch ausgehandeltes Arbeitsbündnis kann auch einen Beitrag für die Wertschätzung der „Dazwischen-Position" von Angehörigen in einer Organisation leisten.

---

[521] In den Wohngemeinschaften bzw. in den Wohnküchen kann von triadischen Arbeitsbündnissen gesprochen werden, da meist mehrere Bewohner und Angehörige versammelt sind.
[522] Schulz-Nieswandt 2005, S. 2.
[523] Schulz-Nieswandt 2012, S. 19.
[524] Vgl. Schulz-Nieswandt 2012, S. 18

Die dargestellten Ergebnisse rechtfertigen die Aussagen, dass die Mitarbeiter ihren beruflichen Alltag mit den Angehörigen eher erfahrungsbasiert und tätigkeitsorientiert organisieren, Angehörige eine marginale Bedeutung im Konzept der vollstationären Versorgung haben und eher wenig Kompetenz für triadische Arbeitsbündnisse vorzufinden ist.

Implikationen für die Praxis

Die anschließenden Ausführungen zielen auf den Verwertungszusammenhang der Untersuchung und bilden gleichzeitig das Fazit zur Organisation der sogenannten Angehörigenarbeit.

Damit sind die Effekte einer Untersuchung gemeint, die einen Beitrag zur Lösung des anfangs gestellten Problems leisten können. Die in der Untersuchung definierten Typisierungen und vielfältigen Unterschiedsbildungen verweisen neben dem Mangel an Professionalität auch auf ein managerielles Problem.

Wie soll eine Einrichtung bei der vorhandenen Vielfalt von Kognitionen mit den Angehörigen konstruktiv agieren? Dabei sind die sicher auch unterschiedlichen Perspektiven der Angehörigen noch gar nicht erwähnt. Wie entsteht eine Balance zwischen notwendiger Strukturierung und hilfreicher „Elastizität“ im Umgang mit Angehörigen?

Die Reflexion der Forschungsergebnisse mündet daher in folgende Entwicklungshypothese: Altenpflegeheime sind Orte der Polyvalenz.

Altenpflegeheime verschränken die Lebenswelt von Bewohnern und ihrer Familien mit der Arbeitswelt der Mitarbeiter. Dies kann unterschiedlich gut gelingen. In den stark regulierten und kontrollierten Organisationen sind Räume für Individualität schwierig auszuhandeln. Der Grad der Ausrichtung an der sozialrechtlichen Normierung und Kontrolle oder an der Lebensindividualität des Bewohners bzw. seiner Familie kann zur Leitdifferenz werden genauso wie z. B. die Ausrichtung der Arbeit an den eigenen Werten und Vorstellungen oder an denen der Angehörigen und Familien.

In einer kulturell vielfältigen Welt wird Ambiguitätstoleranz zur Fähigkeit der Zukunft: das „ertragen können“ von Mehrdeutigkeiten, Widersprüchlichkeiten, ungewissen und unstrukturierten Situationen oder unterschiedlichen

Erwartungen und Rollen, die an die eigene Person gerichtet sind. Menschen mit einer hohen Ambiguitätstoleranz sind eher in der Lage, andere Meinungen wahrzunehmen, zu akzeptieren und die eigenen Sichtweisen und Bewertungen zu überprüfen. Eine hohe Ambiguitätstoleranz hilft zur Widerspruchsbewältigung und zur Toleranz von Komplexität. Menschen mit einer ausgeprägten Toleranz gegenüber mehrdeutigen Situationen haben gelernt, unterschiedliche Pole zu überbrücken und Positionen auszuhandeln.

Triadische Arbeitsbündnisse werden dort zur Herausforderung, wo eine Ordnung neu ausgehandelt werden muss. Ein Altenpflegeheim kann wie ein Schmelztiegel der Vielfältigkeit und Vielwertigkeit sein. Es ist mit einer multikulturellen Mitarbeiterschaft, mit dem Wandel der Altersbilder und den oftmals vielfältigen Lebens- und Ausdrucksformen der Menschen mit Demenz herausgefordert. Mitarbeiter machen Differenzerfahrungen und benötigen ein hohes Maß an Ambiguitätstoleranz. Professionelles Handeln ist dann konzeptionell systemisch und vielfältig, jedoch nicht beliebig und macht ein Arbeitsbündnis möglich. Verschiedene situationsadäquate Bewältigungsformen und z. B. ein Denken in Sowohl-als-auch-Konzepten leisten einen Beitrag zur kognitiven Bewältigung der Spannung.
Betrachtet man den hohen Anteil von Menschen mit Demenz in den Altenpflegeheimen, so wirken diese Forderungen auf den ersten Blick passend. Auch für Menschen mit Demenz ist die Welt vielfältig, mehrdeutig und ungewiss. Ständig müssen neue Sicherheiten ausgestaltet werden (vgl. Nolans „senses framework“). Polyvalenz zu managen wird zum Kriterium von professionellem Handeln.[525] Daher verweist der Verwertungszusammenhang auf die herausgearbeiteten Erklärungen und Begründungen der Subjekte und ihrer Motive.
Die Kenntnis von Alltagstheorien ist bedeutsam, da sie, bezogen auf die hier herausgearbeiteten subjektiven Theoriestrukturen, die irritierende und gleichzeitig befreiende Existenz von der Gleichzeitigkeit der vorhandenen widersprüchlichen Konzepte über Angehörige aufzeigt. Diese Situation führt

[525] Aus den Subjektiven Theorien und deren Konzepten gelingt es nicht eindeutig, die Figur des „idealen Angehörigen” herauszuarbeiten. Auch dies ist polyvalent.

idealerweise zur Institutionalisierung von reflexiven Arbeitsverhältnissen. Dann können widersprüchliche Alltagstheorien bzw. Deutungsmuster als wichtige Ressource und Beitrag zur Lösung im Feld angesehen werden. Für die Bewältigung des Arbeitsalltags in einem Team wird Professionalisierung im Sinne einer hermeneutischen Fallkompetenz und Steigerung von Reflexivität erkennbar und unverzichtbar.

Eine auf dieser Grundlage verstandene Familienorientierung nimmt Abstand von den moralisch-normativen Vorstellungen, die sich in Erwartungen, Regeln, Standards und Verfahrenshinweisen ausdrücken. Die Beteiligten lassen sich ein auf die prozesshaften Vorstellungen der Bewohner und ihrer Familien in einem Altenpflegeheim. Die Verantwortung für den Prozess hat idealerweise die Person, die auf der Beziehungsebene den besten Zugang zu der Familie hat. Eine suspensive Haltung der Berufsangehörigen ist insbesondere auch bei der aktuellen Entwicklung von neuen Wohnformen wie z. B. anbieter- bzw. trägergestützten ambulanten Wohngemeinschaften hilfreich. Familien-orientierung bedeutet dann nicht deren Einbeziehung für Tätigkeiten und Präsenz um jeden Preis, sondern die Integration differenter Wertvorstelllungen.

17.3 Forschungsdesiderata

Zunächst soll der Forschungsbedarf zur Methode des FST betrachtet werden. Aus Sicht der Autorin besteht Forschungsbedarf in der Weiterentwicklung von Verfahren zur Auswertung und Aggregation von Subjektiven Theorien. Für die Identifizierung von Aussagen hin zu Konzepten besteht Bedarf nach methodischer Absicherung. Im Sinne der qualitativen Forschung bleibt die Entwicklung des Fragebogens innerhalb des FST ebenso offen. Vorgegeben ist lediglich die Frageart bzw. Fragestruktur. Die Frage nach der Verbindung bzw. Integration von idiographischer und nomothetischer Perspektive und damit der Ansatz, individuelle Subjektive Theorien zu überindividuellen Modalstrukturen zusammenzufassen, ist innerhalb des qualitativen Paradigmas methodologisch noch nicht ausreichend reflektiert. Möglicherweise sind die sehr breit angelegten Fragen zum Gegenstand (Subjektive Theorie mittlerer Reichweite) hier ein Hindernis und eine theoriegeleitete oder theorieüberprüfende

Forschungsfrage würde die Ergebnisse näher bzw. homogener an den Gegenstand führen.

Die Forschung ist eindeutig rekonstruktiv orientiert und das FST lenkt mit seinen Normativitäten in eine bestimmte Form von Theoriekonzepten. Der Forschungsgegenstand wird ermittelt und ein Verstehen und Interpretieren des soziales Geschehens und der daraus entstehenden Zusammenhänge stehen methodisch nicht im Vordergrund. Die Methode fokussiert auf die Aspekte Wissen, Kognition, Rationalität und Bewusstheit des Handelns. Emotion, Irrationalität, und Unbewusstheit des Handelns bleiben unberücksichtigt. Hier wären mögliche Ansätze in der Methodentriangulation zu sehen, die diesen fehlenden Aspekt zur Entwicklung des Forschungsgegenstandes ergänzen. Alternativ könnte man gezielt im Interviewleitfaden eine eher abschließende Frage einbauen, die auf Emotionalität zielt.
Die Analogie zu wissenschaftlichen Theorien und die entwickelten Strukturlegetechniken strukturieren vor, was rekonstruiert wird. Das FST könnte um zukünftige methodische Weiterentwicklungen ergänzt werden. Damit sind weniger standardisierte Formen der qualitativen Forschung gemeint, sondern Verfahren, die im Sinne von interpretativ-sinnerschließenden Verfahren einen weiteren und ergänzenden Zugang zum Gegenstand ermöglichen.
Die Methode ist für alle Beteiligten sehr zeitaufwändig und insbesondere die Interpretation der Daten profitiert von einem Forscherteam. Auch ist die Arbeit in einem Forscherteam zu empfehlen, da die Subjektiven Theorien im Hinblick auf Fehlendes oder Widersprüchliches gemeinsam besser zu prüfen sind. Ebenso sind forschungsökonomische Varianten zu entwickeln, die ggf. eine noch größere Beteiligung der Interviewpartner bei der Explikation der Theoriestruktur und deren Interpretation ermöglichen.
Die Gruppendiskussionen, in der Studie eingebettet als eine Erfassung der sozialen Repräsentationen, haben im Vergleich zum Aufwand keinen wirklichen Mehrwert erzielt. Mit den heutigen Erfahrungen würde die Autorin das Gruppeninterview eher als Beitrag zur Methodentriangulation sehen und dazu die bereits erhobenen Erkenntnisse aus den Einzelinterviews zum Gegenstand der Gruppendiskussion machen. Die Konzepte der Subjektiven Theorien

könnten sich als Stimulus für die Gruppendiskussionen eignen und idealerweise auch sozial unerwünschtes Verhalten zum Vorschein bringen.

Mit jedem forschenden Handeln, und so auch hier, entstehen neuen Fragen. Damit sei ein Ausblick auf mögliche Anschlussuntersuchungen erlaubt. Die vorliegende Arbeit konnte eine Vielzahl von Ergebnissen generieren. Im Hinblick auf die methodische Umsetzung kann festgehalten werden, dass es sich im Rahmen einer explorativen Studie um eine regionale Auswahl des Untersuchungsfeldes handelt. Dies war aus Gründen der Durchführbarkeit berechtigt. Diese Fallstudie stellt ein holistisches Forschungsvorhaben dar, mit der interessierende Fälle unter Einbeziehung ihres Kontextes und unter Verwendung verschiedener Datenquellen und Erhebungsverfahren umfassend untersucht werden. Die verschiedenen Datenarten und -quellen vermittelten ein Gesamtbild einer Organisation.

Durch die notwendige Eingrenzung der erkenntnisleitenden Fragestellungen in dieser Arbeit bleiben dennoch Aspekte des Gegenstandsbereichs unberücksichtigt. Zu nennen ist z. B. der Aspekt des Zusammenwirkens mit Angehörigen, welches immer eingebettet ist in konkrete Situationen. Daher sind auch die Situationsgebundenheit und der interaktionale Anteil mit den Angehörigen in den Blick zu nehmen. Insgesamt fehlen empirische Forschungen, die das konkrete Handeln mit Angehörigen berücksichtigen. Ebenfalls von Interesse ist, inwieweit kulturelle Vorstellungen von Familien oder die Situation von Berufsanfängern und Berufserfahrenen sich auf die Konzepte der Subjektiven Theorien auswirken.

Auch das Leitungshandeln, welches oftmals eine organisationale Strukturierung im Sinne von normativen Vorgaben zum Umgang mit Angehörigen vornimmt, und seine Auswirkungen bilden einen weiteren interessanten Fokus, um den Forschungsgegenstand weiter auszuleuchten.

Die gewonnenen Erkenntnisse, insbesondere die heterogenen Konzepte und Theoriestrukturen, können Impulse für weitere Untersuchungen geben. Dabei wäre eine maximal strukturelle Variation wünschenswert.

Durch ein Kontrastieren von Merkmalen konnten Charakteristiken und eine damit eine deskriptive Mitarbeitertypologie entwickelte werden. Diese

definierten Typologien sind in weiteren Studien zu prüfen und weiter zu entwickeln.

Die vielfältigen Konzepte aus den Subjektiven Theorien könnten Grundlage werden für anschließende Untersuchungen, die am experimentellen Design pflegewissenschaftlicher Forschung orientiert sind. Hypothesen und neue Fragestellungen lassen sich ableiten, die Ergebnisse werden an den Forschungsstand rückgebunden und weisen auf die Zirkularität des Forschungsprozesses hin.[526]

Das Forschungsdesiderat, das dieser Arbeit zugrunde liegt, trägt dazu bei, die Vielfalt und die Gemeinsamkeiten innerhalb einer Einrichtung zu beschreiben. Es zeigt auf, welche Definitionen, Erklärungen, Technologien und Prognosen den Mitarbeitern zur Verfügung stehen. An die Ergebnisse dieser Studien könnten weitere Forschungen anschließen, die sich auf den Personal- und Qualifikationsmix und das Zusammenspiel von Pflegefachpersonen, Mitarbeiter in der Betreuung und in der Hauswirtschaft und deren unterschiedliche Aufgaben und Positionen richten. Da die Erlebniswelt der Angehörigen und der Bewohner selbst eine gänzlich andere als die der Mitarbeiter sein kann, erscheint es vielsprechend, diese Perspektive mit weiteren Einzelinterviews zu erheben.

In der derzeitigen Fachdiskussion wird wenig reflektiert, wie Mitarbeiter wissenschaftliches Wissen über Angehörige in ihre berufliche Praxis integrierten können. Aus den Ergebnissen lassen sich Handlungs-empfehlungen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung ableiten. Die von Mitarbeitern erlebten Situationen mit Angehörigen zeigen die Relevanz der Thematik für die Praxis auf.

[526] Vgl. Mayring 2010, S. 282.

18. Literaturverzeichnis

Ackermann, H., Rosenbausch, H. S. (2002): Qualitative Forschung in der Schulpädagogik. In: König, E., Zedler, P. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S. 32-54.

Akademie für Mäeutik Deutschland. INFOMAPPE MÄEUTIK. (2014): Das Mäeutische Modell der erlebensorientierten Pflege und Betreuung. Verfügbar unter http://afmd.de/wp-content/uploads/2018/03/Maeeutik_-_Informationsmappe_2014.pdf, geprüft am 30.10.2018.

Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S., Whitlatch, C. J. (1995): Profiles in caregiving: The unexpected career. San Diego: Academic Press.

Aretz, V. (2007): Subjektive Führungstheorien und die Umsetzung von Führungsgrundsätzen im Unternehmen. Eine Analyse bisheriger Forschungsansätze, Modellentwicklungen und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Kölner Wissenschaftsverlag.

Axmacher, D. (1991): Pflegewissenschaft - Heimatverlust der Krankenpflege? In: Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung: Pro Person Bielefeld: KT-Verlag, S. 120-138.

Baecker, D. (1994): Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. In**:** Zeitschrift für Soziologie 23 (2), S. 93-110. Online verfügbar unter http://www.zfs-online.org/index.php/zfs/article/viewFile/2856/2393, zuletzt geprüft am 30.10.2018.

Barth, A. (2002): Handeln wider (besseres) Wissen? Denken und Handeln von Lehrkräften während des Gruppenunterrichts. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

Bauer, M. (2006): Collaboration and control: nurses' constructions of the role of family in nursing home care. In: Journal of Advanced Nursing 54 (1), S. 45-52.

Bauer, M., Nay, R. (2003): Family and staff partnerships in long-term care. A review of the literature. Journal of Gerontological Nursing 29 (10), S. 46–53.

Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. 2., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., Berg, A., Saveman, B.-I. (2008): Families' Importance in Nursing Care: Nurses' Attitudes - an Instrument development. In: Journal of Family Nursing, 14 (1), S. 97–117.

Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., Saveman, B.-I. (2008): Nurses' Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care. A Survey of Swedish Nurses. In: Journal of Family Nursing, 14 (2), S. 162-180.

Binder, W., Bender, W. (Hrsg.) (2008): Angehörigenarbeit und TRIALOG. Auf dem Weg zu einer Trialogischen Psychiatrie. Köln: Claus Richter Verlag.

Birkhan, G. (1990): Die Sicht mehrerer Subjekte: Probleme der Zusammenfassung von subjektiven Theorien. In: Bergold, J. B., Flick, U. (Hrsg.): Ein-Sichten: Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 2. Auflage. Tübingen: S. 230-246.

Bischoff -Wanner, C. (2002): Empathie in der Pflege: Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. Bern: Hogrefe.

Boeger, A., Pickarzt, A. (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. In: Zeitschrift Pflege, 11, S. 319-323.

Bortz, J., Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Humanwissenschaftler,4. überarbeitete Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Bowers, B. J. (1987): Intergenerational caregiving: adult caregivers and their aging parents. In: Advances in Nursing Science, 9 (2), S. 20-31.

Bowers, B. J. (1988): Family perceptions of care in a nursing home. In: The Gerontologist, 28 (3), S. 361-368.

Breuer, F. & Reichertz, J. (2001): Wissenschafts-Kriterien: Eine Moderation [40 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 2 (3), Art. 24. Online verfügbar unter, .Download geprüft am 25.09.2018. http://www.qualitative-research.net/index. php/fqs/article/ view/919/2006.

Breuer, F: (2010): Wissenschaftstheoretische Grundlagen qualitativer Methodik in der Psychologie, In: Mey, G., Mruck, K.: Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag, S. 35-49.

Buchholz, A. (1991): Alltagskonzepte psychischer Krankheit – Subjektive Theorien von Angehörigen. In: Flick, U. (Hrsg): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit, Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Roland Asanger Verlag, S. 127-143.

Bundesarbeitsgemeinschaft unabhängiger AngehörigenVertretungen (BAGuAV), verfügbar unter http://www.baguav.de/index.htm, geprüft am 04.11.2018.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen

und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, Berlin, verfügbar unter http://www.wernerschell.de/MedizinInfos/Pflege/Heimbericht15082006.pdf, geprüft am 04.11.2018.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004): Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus, KDA Hausgemeinschaften. Eine Dokumentation von 34 Projekten, Band 9. 2. Auflage. Erarbeitet vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004): Planungshilfe Alltagsbegleitung und Präsenz in Hausgemeinschaften. Erarbeitet vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.

Büscher, A. (1998): Pflegeversicherung und Pflegenden Angehörige. In: Hochschulforum Pflege. Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke (Hrsg.) 2 (2), S. 5-7.

Büscher, A. (2007): Negotiating Helpful Action. A Substantive Theory on the Relationship between Formal and Informal Care. Dissertation, 132, verfügbar unter https://tampub.uta.fi/handle/10024/67689, geprüft am 30.10. 2018.

Cassier-Woidasky, A.-K. (2011): Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht. In: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47. Zur Kritik schwarz-gelber Gesundheitspolitik, S. 163-184.

Dann, H-D. (1983): Subjektive Theorie: Irrweg oder Forschungsprogramm? Zwischenbilanz eines kognitiven Konstrukts. In: Montada, L., Reusser, K., Steiner, G. (Hrsg.): Kognition und Handeln. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 77-92.

Dann, H.-D. (1994): Pädagogisches Verstehen. Subjektive Theorien und erfolgreiches Handeln von Lehrkräften. In: Reusser, K.; Reusser-Weyeneth, M. (Hrsg.) (1994): Verstehen. Psychologischer Prozess und didaktische Aufgabe. Bern: Hans Huber Verlag, S.163-182.

Dellasega, C., Mastrian, K., Weinert, C. (1995): The Process and Consequences of Institu-tionalizing an Elder. In: Western Journal of Nursing Research 17, S. 123-140.

Dempsey, N., Pruchno, R. A. (1993): The family's role in the nursing home: Predictors of technical and non-technical assistance. In: Journal of Gerontological Social Work 21, S. 127-145.

Denzin, N. K. (1978): The research act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods. New York: McGraw Hill.

Deutscher Caritasverband (Hrsg.) (2015): Das neue SGB XI mit eingearbeitetem 1. Pflegestärkungsgesetz und Familienpflegezeitgesetz. 1. Auflage. Freiburg: Lambertus-Verlag.

Deutscher Caritasverband (Hrsg.) (2017): SGB XI. Soziale Pflegeversicherung nach dem PSG III inkl. „Hilfe zur Pflege“ (SGB XII, 7. Kapitel). Freiburg. Lambertus-Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) 2017: Fragen zur ethischen Reflexion. Verfügbar unter https://dg-pflegewissenschaft. de/wp-content/uploads/2017/ 05/FragenEthReflexion. pdf, geprüft am 04.11.2018.

Dörner, K. (2007): Ein Heim ist immer nur die zweitbeste Lösung. In: Dr. med. Mabuse Schwerpunkt: Heime (5), S. 22-25.

Dröge, C. (2017): Professionelles Pflegehandeln im Alltag. Vision oder Wirklichkeit? 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Ducon, M.T., Morgan, D.L. (1994): Sharing the Caring: Caregivers’ view if Their Relationships With Nursing Home Staff. In: The Gerontologist 34 (2), S. 235-244.

Dühring, A. (2006): Macht das „Setting“ einen Unterschied? Der Beitrag der verschiedenen Formen der stationären Altenhilfe zur subjektiven und objektiven Lebenszufriedenheit dementiell erkrankter Menschen. Dissertation, Universität Kassel, verfügbar unter: http://d-nb.info/984557687/34, geprüft am 30.10.2018.

Durkheim E. (1976): Soziologie und Philosophie. Frankfurt: Suhrkamp.

Engels, D., Pfeuffer, F. (2007): Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen, verfügbar unter https://www.isg-institut.de/ download/ISG-Bericht%20MuG4.pdf, geprüft am 04.09.2018.

EUROFAMCARE (2006): Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige älterer Menschen. Eine europäische Vergleichsstudie, verfügbar unter https://www.uke. de/extern/eurofamcare-de/, geprüft am 04.11.2018.

Faltermaier, T. (2003): Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: Jerusalem, M., Weber, H.: Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Göttingen: Hofgrefe.

Family Caregiver Alliance (2006): Caregivers Count Too! A Toolkit to Help Practitioners Assess the Needs of Family Caregivers. San Francisco: Online verfügbar unter https://www.caregiver.org/caregivers-count-too-toolkit, geprüft am 30.10.2018.

Flick, U. (Hrsg.) (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen, Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

Flick, U. (1995): Soziale Repräsentationen in Wissen und Sprache als Zugänge zur Psycho-logie des Sozialen. In: Flick, U. (Hrsg.): Psychologie des Sozialen - Repräsentationen in Wissen und Sprache. Reinbek: Rowohlt, S. 7-20.

Flick, U. (1995a): Alltagswissen in der Sozialpsychologie. In: Flick, U. (Hrsg). Psychologie des Sozialen - Repräsentationen in Wissen und Sprache. Reinbek: Rowohlt, S. 54-77.

Flick, U. (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa Verlag.

Flick, U. (2004): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Flick, U., Walter, U., Fischer, C., Neuber, A., Schwartz, F.W. (2004): Gesundheit als Leitidee. Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften. Bern: Hans Huber Verlag.

Flick, U.; Kardoff, v. E.; Steinke, I. (Hrsg.) (2005): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Flick, U. (2006): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. 7. erweiterte Neuausgabe Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO (Hrsg.) (2008): “Pflege 2015“: Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige Qualifizierungsbedarfe. Stuttgart: Fraunhofer IRB.

Friedemann, M-L. (1996): Familien- und Umweltbezogene Pflege. Bern: Hans Huber Verlag.

Friedemann, M-L., Montgomery, R. J., Rice, C., Farrell, L. (1999): Family Involvement in the Nursing Home. In: Western Journal of Nursing Research 21 (4), S. 549-567.

Friedrichs, J. (1990): Methoden empirischer Sozialforschung, 14. Auflage, Opladen: Westdeutscher Verlag.

Friesacher, H. (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Osnabrück: Verlag V&R unipress.

Gaugler, J.E., Anderson, K.A., Zarit, S.H., Paerlin, L.I. (2004): Family involement in nursing homes: effects on stress and well-being. In: Aging & Mental Health 2004 8 (1), S. 65-75.

Gärtner, H.W. (2008): Ethik und Organisation - eine spannende Partnerschaft. MTG (Hrsg.): gut denken - gut entscheiden - gut machen. Wie kommt die Ethik in die Organisation - wie kommt Organisation in die Ethik? Tagungsband. Köln: S. 19-27.

Geister, C. (2004): Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin. Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter. Bern: Hans Huber Verlag.

Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz -) (2014), verfügbar unter http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=Wohnteilh G+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true, geprüft am 04.11.2018

Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz - WBVG (2009), verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/wbvg/ WBVG.pdf, geprüft am 04.11.2018

Gesundheit in Deutschland 2015: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Demenzer-krankungen: Prognosen der Häufigkeit, verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=26006& suchstring=demenz_prävalenz&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT &methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=13& p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=50800636&hlp_nr=3&p_j anein=J#SEARCH=%2522demenz prävalenz%2522, geprüft am 15.08.2018.

Goffmann, E. (1973): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.

Gräßel, E. (1998): Rund um die Uhr im Einsatz; Die Situation pflegender Angehöriger und Hilfen für die Entlastung. In: Häusliche Pflege 7 (9), S. 50–53.

Groeben, N., Wahl, D., Schlee, J. ,Scheele, B. (1988). Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. Tübingen: Francke Verlag GmbH.

Groeben, N.; Scheele, B. (2000): Dialog-Konsens-Methodik im Forschungsprogramm Subjektive Theorien, Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research, 1, verfügbar unter http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/ 1079, geprüft am 04.11.2018.

Groeben, N., Scheele, B. (2010): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.) Handbuch Qualitative

Forschung in der Psychologie. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 151-165.

Gröning, K., Kunstmann A.C., Rensing, E. (2004): In guten wie in schlechten Tagen; Konfliktfelder in der häuslichen Pflege. Frankfurt a.M: Mabuse-Verlag.

Gröning, K. (2005): Therapeutisierung der familialen Altenfürsorge? Formulierung eines Unbehagens. In: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik 54 (3), S. 69-76.

Haesler, E., Bauer, M., Nay, R. (2004): Factors associated with constructive staff-family relationships in the care of older adults in the institutional setting. In: International Journal of Evidence-Based Healthcare 4 (4), S. 288-336.

Häggström, E., Kihlgren, A. (2007): Experiences of Caregivers and Relatives in Public Nursing Homes. In: Nursing Ethics. An International Journal for Health Care Professionals 14 (5), S. 691-701.

Hartmann, H. (1971): Arbeit, Beruf, Profession. In: Luckmann, T., Sprondel, W.M. (Hrsg.) Berufssoziologie. Köln: Kiepenheuer & Witsch, S. 36-52.

Heinemann-Knoch, M., Schönberger, C. (1999): Pflege in Einrichtungen. In: Jansen, B., Karl, F., Radebold, H., Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.) Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim und Basel, S. 629-644.

Heinzelmann, M. (2004): Das Altenheim - immer noch eine „Totale Institution“? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime. Dissertation, Göttingen, verfügbar unter http://hdl.handle.net/11858/00-1735-0000-0006-B3CD-6, geprüft am 30.10.2018.

Helpser, W., Krüger, H-H., Rabe-Kleberg, U. (2000): Professionstheorie, Professions- und Biographieforschung – Einführung in den Themenschwerpunkt. In: ZBBS – Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung – heute ZQF, 1, S. 5-19.

Herdmann, H,T.; Kamitsuru, S. (Hrsg.) (2016): NANDA International Pflegediagnosen, Definition und Klassifikationen 2015-2017: RECOM GmbH & Co. KG, Kassel.

Herztberg, A., Ekman, S-L., Axelsson, K. (2001): Staff activities and behaviour are the source of many feelings: relatives’ interactions and relationships with staff in nursing homes. In: Journal of Clinical Nursing 10, S. 380-388.

Hesse, H. A. (1972): Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts. 2., überarb. Auflage. Stuttgart: Ferdinand Enke.

Hönig, T., Schäufele, M., Zimber, A. & Weyerer, S. (2000): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bei Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen – Ergebnisse einer Verlaufsstudie in Mannheim. In H. Entzian, K.I. Giercke, T. Klie & R. Schmidt (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, S. 83-94.

Hülsken-Giesler, M. (2015): Profession, Professionalität, Professionalisierung . Ein Blick in die Geschichte der Pflege, In: Brandenburg, H. et al. (2015): Kosten kontra Menschlichkeit. Herausforderungen an eine gute Pflege im Alter. Ostfildern: Matthias Grünewald Verlag, S.101-118.

Jürgensen. A., Kubanski, D., Köhlen, C. (2006): Familienorientierte Pflege – Theorie-Praxis-Transfer: Ein neues Gleichgewicht finden. In: Pflegezeitschrift (1), S. 11-14.

Kallenbach, C. (1996). Fremdverstehen - aber wie? Ein Verfahren zur Anbahnung von Fremdverstehen. In: Zeitschrift für Interkulturellen Fremdsprachenunterricht 1(3), verfügbar unter http://www.ualberta.ca/~german/ejournal/kallenba.htm, geprüft am 03.11.2018.

Kaiser, G. (2012): Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft: Empfehlungen zur Planung von Pflegeinrichtungen (Architektur + Gerontologie), 2. Aufl. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Kardoff, v. E.; Steinke, I. (Hrsg.) (2005): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Kean, S. (2002): Family Nursing - was ist das? In: Gehring, M: Kean, S.; Hackmann, M.; Büscher, A. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Bern: Hans Huber Verlag.

Kelle, U.; Kluge, S. (1999): Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Band 6. Opladen: Leske + Budrich.

Keller, M. (2008): Konfliktklärung als didaktische Herausforderung. Subjektive Handlungskonzepte zur Bewältigung von Konfliktsituationen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kellet, U. (1999): Searching new possibilities to care: a qualitative analysis of family caring involvement in nursing homes. In: Nursing Inquiry. 6, S. 9-16.

Kellet, U. (2007): Seizing possibilities for positive family caregiving in nursing homes. In: Journal of Clinical Nursing. 16 (8), S. 1479–1487.

Kersting, K. (2011): "Coolout" in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Kleining, G. (1982): Umriß zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 34 (2), S. 224-253.

Kleining, G., Witt, H. (2000): Qualitativ-heuristische Forschung als Entdeckungsmethodologie für Psychologie und Sozialwissenschaften: Die Wiederentdeckung der Methode der Introspektion als Beispiel. In: Forum Qualitative Sozialforschung 1 (1), Art. 13 Online verfügbar unter http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printerFriendly/1123/2493, geprüft am 03.11.2018.

Klie, T., Pfundstein, T., Eitenbichler, L., Szymczak, M., Strauch, M. (2005): Konzeptionelle und rechtliche Varianten der Versorgung von Menschen mit Demenz zwischen ambulant und stationär. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 (29, S. 122-127.

Koch-Straube, U. (1997): Fremde Welt Altenheim: eine ethnologische Studie. Pflegewissenschaft Robert Bosch Stiftung. Bern: Hans Huber Verlag.

König, E. (2002): Qualitative Forschung im Bereich der subjektiven Theorien. In: König, E., Zedler, P. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Grundlagen und Methoden. 2.Auflage, Weinheim: Deutscher Studien Verlag, S. 55-69.

Kors, B., Seunke, W. (2001): Gerontopsychiatrische Pflege. München, Jena: Urban & Fischer.

Korte-Pötters, U., Wingenfeld, K., Heitmann, D. (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hrsg.): Referenzmodelle. Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Band 5, Teil A. Düsseldorf: MAGS NRW.

Kraimer, K. (2002): Einzelfallstudien. In: König, E., Zedler, P. (Hrsg): Qualitative Forschung.Weinheim, Basel: Beltz Verlag, S. 213-233.

Kramer, M. (2012): Potentiale der Angehörigenarbeit. Eine quantitative Studie zur Integration Angehöriger im Pflegeheim. Münster: LIT Verlag.

Kruse, J. (2009): Reader „Einführung in die Qualitative Interviewforschung“, Freiburg (Bezug über: http://www.soziologie.uni-freiburg.de/kruse).

Kuckarzt, U. (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyse-verfahren. Wiesbaden: Springer VS.

Kühl, S., Strodtholz, P., Taffertshofer, A. (Hrsg) (2009): Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kühnert, S. (1991): Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim. Eine Untersuchung über Begegnungsformen, insbesondere über Konflikte und Zusammenarbeit. Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie, Bd. 350, Peter Lang Frankfurt.

Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung, 4. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Lamnek, S. (2005a): Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. 2. Auflage Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Lèvesque, L., Ducharme, F., Lachance, L. (2000): A one-year follow-up study of family cargegivers of institutionalized elders with dementia. In: American Alzheimer's Disease, 15 (4), S. 229-238.

Levy-Storms, L., Miller-Martinez, D. (2005): Family Caregiver Involvement and Satisfaction With Institutional Care During the 1st Year After Admission. In: The Journal of Applied Gerontology, 24 (2), S. 160-174.

Lind, S. (2005): Gemeinsame Sorge - geteilte Sorge: Zur Kommunikation zwischen Pflegekräften und Angehörigen von Demenzkranken. In: PflegeImpuls 5+6, verfügbar unter https://www.gerontologische-beratung-haan.de/pdf/downlwoads/Angehoerige DemenzHeim.pdf, geprüft am 03.11.2018, S. 162-165.

Litwak, E. (1977): Theoretical bases for practice. In: Dobrof, R., Litwak, E. (Eds.): Maintenance of family ties of long-term care patients: Theory and guide to practice. Washington DC: US Department of Health Education and Welfare, S. 80-116.

LoBiondo-Wood, G., Haber, J., (2005): Pflegeforschung, Methoden, Bewertung, Anwendung. 2. Auflage. München: Elsevier GmbH.

Marquis, R., Freegard, H., Hoogland, L. (2004): Influences on positive family involvement in aged care; an ethnographic view. In: Contemporary Nurse 16, S. 178-186.

Mayer, H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Wien-Stuttgart: Facultas UTB für Wissenschaft.

Mayring, P. (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken, 3. überarb. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Mayring, P. (1999): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Beltz Weinheim.

Mayring, P. (2010): Design. In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.) Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für

Sozialwissenschaften, S. 225-237.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2017): Pflegequalität. Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung, verfügbar unter https://www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/qualitaetssicherung-der-qualitaetspruefung.html, geprüft am 03.11.2018

Meyer, M. (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland: Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Münster: LIT Verlag.

Michell-Auli, P., Sowinski, S. (2012): Die fünfte Generation: KDA-Quartiershäuser: Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Milke, D.L., Beck C. H. M., Danes, S. (2006): Meeting the needs in Continuing care of Facility-Based Residents Diagnosed With Dementia: Comparison of Ratings by Families, Direct Staff, and other Staff. In: The Journal of Applied Gerontology 25 (2), S. 103-119.

Montgomery, R. (1982): Impact of institutional care policies on family integration. In: The Gerontologist 22 (1), S. 54-58.

Nolan, M., Lundh, U., Grant, G., & Keady, J. (2003): Partnerships in family care: Understanding the caregiving career. Maidenhead: Open University Press.

Nolan, M.R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., Nolan, J. (2006): The Senses Framework: Improving care for older people through a relationship-centred approach. Getting Reserach into Practice (GRIP), University of Sheffield. Report No 2, verfügbar unter http://shura.shu.ac.uk/280/1/PDF_Senses_ Framework_Report.pdf, geprüft am 03.11.2018.

Oevermann, U. (1981): Professionalisierung der Pädagogik – Professionalisierbarkeit pädago-gischen Handelns. Transkription eines Vortrags am Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung der Freien Universität Berlin.

Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A., Helsper, W. (Hrsg.). Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 70 -182.

Paulus, A., Raak, A. v., Keijzer, F. (2005): Informal and formal caregivers' involvement in nursing home care activities: impact of integrated care. In: Journal of Advanced Nursing, 49 (4), S. 354-366.

Pflegequalität. Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung (2017), verfügbar unter https://www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/qualitaetssicher ung-

der-qualitaetspruefung.html, geprüft am 03.11.2018.

Planer, K. (2010): Haus- und Wohngemeinschaften. Neue Pflegekonzepte für innovative Versorgungsformen. Bern: Hans Huber Verlag.

Reggentin, H. (2005): Belastungen von Angehörigen demenziell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Versorgung. In: Zeitschrift für Gerontologieund Geriatrie 38 (2), S. 101-107.

Reggentin, H., Dettbarn-Reggentin, J. (2006): Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern: Ein Praxisleitfaden. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.

Reichertz, J. (1999): Gültige Entdeckung des Neuen? Zur Bedeutung der Abduktion in der qualitativen Sozialforschung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. 24 (4), S. 47-64.

Ross, M.M., Carswell, A., Dalziel, W. B. (2001): Family Caregiving in Long-Term Care Facilities. In: Clinical Nursing Research 10 (4), S. 347-363.

Roth, G. (2007): Dilemmata der Altenpflege. Die Logik eines prekären sozialen Feldes. In: Berliner Journal für Soziologie 17 (1), S. 77-96.

Rowles, G.D., High, D.M. (1996). Individualized care: Family roles in nursing home decision-making. In: Journal of Gerontological Nursing 22 (3), S. 20-25.

Rubin, A., Guy E., Shuttlesworth, G. (1983): Engaging Families as Support Resources in Nursing Home Care: Ambiguity in the Subdivision of Tasks. In: The Gerontologist 23 (6), S. 632- 636.

Shuttlesworth, G., Rubin, A.; Duffy, M. (1982): Families versus institutions: Incongruent role expectations in the nursing Home. In: The Gerontologist 22 (2), S. 200-208.

Ryan, T, Nolan, M., Reid, D., Enderby, P. (2008): Using the Senses Framework to achieve relationship-centred dementia care. A case example. In: Dementia 7 (1), S. 71-93.

Sandberg, J., Lundh, U., Nolan, M. (2001): Placing a spouse in a care home: The importance of keeping. In: Journal of Clinical Nursing, 10, S. 406-416.

Scheele, B., Groeben, N. (1988): Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien. Tübingen: Francke Verlag GmbH.

Schlee, J. (1988): Anwendung und Forschung: das Beispiel ‚Modifikation'. In: Groeben, N., Wahl, D., Schlee, J., Schlee B. (1988): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorie. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. Tübingen: Francke Verlag GmbH,

S. 292-310.

Schlee, J. (1988a): Menschenbildannahmen: vom Verhalten zum Handeln. In: Groeben, N., Wahl, D., Schlee, J., Schlee, B. (Hrsg.): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. Tübingen: Francke Verlag GmbH, S. 11-17.

Schmidt, R. (2002): Pflegerische Versorgung und Demenz. Analysen zu Handlungsoptionen und Veränderungsimpulsen. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. Berlin. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung. Band 13, Regensburg: Transfer.

Schmidt, R. (2003): Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege von Menschen mit Demenz - eine Übersicht über den ‚Stand der Kunst'." In: Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive, ed. Thomas Klie. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 243-267.

Schmidt-Hertha, B., Tippelt, R. (2011): Typologien, verfügbar unter http://www.die-bonn.de/ doks/report/2011-weiterbildungsforschung-02.pdf, geprüft am 11.08.2016.

Schneekloth, U., Wahl, H-W. (Hrsg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice". Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/blob/78928/9465bec83eda f4027f25bb5433ea702e/abschlussbericht-mug4-data.pdf, geprüft am 04.11.2018.

Schulz, R., Belle, S. H., Czaja, S. J., McGinnis, K. A., Stevens, A., Zhang, S. (2004): Longterm Care Placement of Dementia Patients and Caregiver Health and Well-being. In: The Journal of the American Medical Association, JAMA, 292, S. 961–967.

Schulz-Nieswandt, F. (2005): Situation und Zukunft der Altenpflege im sozial-rechtlichen und gesellschaftlichen Gefüge. Festrede, verfügbar unter https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Festrede_Schulz-Nieswandt.pdf, geprüft 30.10.2018.

Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U., Langenhorst, F., Marks, H. (2012): Neue Wohnformen im Alter: Wohngemeinschaften und Mehrgenerationen-häuser. Stuttgart: Kohlhammer.

Schütz, A., Luckmann, T. (1975): Strukturen der Lebenswelt. Soziologische Texte, Bd. 82 Darmstadt, Neuwied: Luchterhand Verlag GmbH.

Schütz, A.; Luckmann, T. (2003): Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UTB

Verlagsgesellschaft mbH.

Schütze, F. (1996): Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen: Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In: Combe, A., Helsper, W.: Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S.183-276.

Schwartz, A.N.; Vogel Mark, E. (1990): Nursing Home Staff and Residents' Families Role Expectations. In: The Gerontologist, 30, (1), S. 49-53.

Schwarz-Govaers, R. (2005): Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln. Göttingen: Hogrefe.

Shuttlesworth, G., Rubin, A., Duffy, M. (1982): Families versus institutions: Incongruent role expectations in the nursing Home. In: The Gerontologist 22 (2), S. 200-208.

Sottas, B., Höppner, H., Kickbusch, I., Pelikan, J., Probst, J. (2013): Umrisse einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. careum working paper 7, 14, verfügbar unter http:// edudoc.ch/record/108354/files/Umrisse.pdf, geprüft am 14.08.2018.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) (2003): Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/ Thematisch/ Soziales/Sozialpflege1Bericht2001.pdf?__blob=publicationFile, geprüft am 04.11.2018.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, verfügbar unter https://www.destatis. de/DE/Publikationen/Thematisch/ Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf? __blob=publicationFile, geprüft am 04.11.2018.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, verfügbar unter https://www.destatis. de/DE/Publikationen/Thematisch/ Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf? __blob=publicationFile, geprüft am 04.11.2018.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) (2018): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/ Thematisch/ Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf? __blob=publicationFile, geprüft am 04.03.2019

Steiner, I. (2007): Die Ordnungen der Fürsorge: Zeitgemäße Perspektiven zum Verständnis von familiärem Pflegeengagement. Evangelischen Akademie Bad Boll, 13, verfügbar unter https://www.ev-akademie-

boll.de/fileadmin/res/otg/410307-Steiner.pdf, geprüft am 04.11.2018

Steiner-Hummel, I. (1986): Angehörigenarbeit. In: Hummel K., Steiner-Hummel I. (Hrsg.):Wege aus der Zitadelle. Gemeinwesenorientierte Konzepte in der Altenpflege. Hannover: Vincentz Verlag, S. 96 -119.

Steiner-Hummel, I. (1988) Angehörigenarbeit in Einrichtungen der Altenhilfe. In: Bock, T. (Hrsg.): Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Altenhilfe. Viersen: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 19 (3), S. 198-211.

Steiner-Hummel, I. (2000): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen. In: Angehörige stützen. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Frankfurt am Main.

Steinke, I. (1999): Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. Juventa Verlag Weinheim und München.

Steinke, I. (2015): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardoff, v. E., Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. 11. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 319–331.

Stichweh, R. (1992): Professionalisierung, Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, Inklusion. In: Dewe, B., Ferchhoff, W., Radtke, F. O. (Hrsg): Erziehen als Profession. Opladen: Springer VS, S. 36-48.

Stoltz, P., Udén, G., Willman, A. (2004): Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences,18, S. 111-119.

Stull, D. E., Cosbey, J., Bowman, K., McNutt, W. (1997): Institutionalization: A continuation of family care. In: The Journal of Applied Gerontology, 4, S. 379- 402.

Tschamler, H. (1996): Wissenschaftstheorie. Eine Einführung für Pädagogen. 3. erweiterte und neubearbeitete Auflage. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Twigg, J.; Atkin, K. (1994): Carers Perceived. Policy and practice in informal care. Open University Press, Buckingham.

Urlaub, K.H. (1995): Angehörigenarbeit in Heimen. Konzepte und Erfahrungen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln (Hrsg.): Reihe thema Nr. 109.

Urlaub, K.H.; Kremer-Preiß, U., Engels, D. (1996): Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e. V. (Hrsg.) Köln.

Urlaub, K.H. (2000): Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). Reihe thema Nr.162, Köln: KDA.

Verordnung des Sozialministeriums über die Mitwirkung der Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebs in Baden-Württemberg (Landesheimmitwirkungs-verordnung - LHeimMitVO) vom 30. März 2010, verfügbar unter http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=HeimMitwV+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true, geprüft am 04.11.2018

Vogd, W. (2009): Rekonstruktive Organisationsforschung. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Voutilainen, P., Backman, K., Isola, A., Laukkale, H. (2006): Family Members' perceptions of the Quality of Long-Term Care. In: Clinical Nursing Research 15, (2), S. 135-149.

Wahl, D. (2002): Mit Training vom trägen Wissen zum kompetenten Handeln? In: Zeitschrift für Pädagogik (2), S. 227-242.

Wahl, D. (2006): Lernumgebungen erfolgreich gestalten. Vom trägen Wissen zum kompetenten Handeln, 2. erw. Auflage. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Weidner, F. (1998): Zur Methode des Problemzentrierten Interviews - aufgezeigt am Beispiel der Professionalisierung der Pflegepraxis. In: Wittneben, K. (Hrsg.): Forschungsansätze für das Berufsbild Pflege. Stuttgart: Thieme, S. 164-176.

Weyerer, S., Schäufele, M., Hendlmeier, I. (2005): Lebens- und Betreuungsqualität demenzkranker Menschen in der besonderen stationären Betreuung in Hamburg: Segregative und teilsegregative Versorgung im Vergleich. In: Pflege & Gesellschaft. 10 Beltz Juventa Verlag. S. 90-96.

Wilkening, K. (1999): „Verantwortung teilen" - prozeßorientierte Angehörigenarbeit im Heim. Evangelische Impulse: Forum für Gerontologie, Geriatrie, Pflege, Altenarbeit. Seelsorge. Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Ambulante Pflegerische Dienste e.V. (DEVAP) im Diakonischen Werk der EKD (Hrsg.), 5, S. 25–28.

Wilkening, K. (2000): Angehörige im Heim – der prozessbegleitende Blick. In: Arnold, K.& Hedtke-Becker, A. (Hrsg.): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen – Experten im System häuslicher Pflege. Frankfurt/Main: Eigenverlag Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.,

S. 142-149.

Wilkening, K. (2000a). Dimensionen und Auswirkungen familiärer Pflege - ein Analyseraster zur Angehörigenarbeit. In A. Arnold, K. & A. Hedtke-Becker (Hrsg.): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen - Experten im System häuslicher Pflege. Eine Arbeitsmappe. Frankfurt: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., S. 123-131.

Wilz, G., Alder, C., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (1999): Auswirkungen chronischer Belast-ungen auf die physische und psychische Befindlichkeit - Eine Prozeßanalyse bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32, S. 255–265.

Wingenfeld, K.; Korte-Pötters, U.; Heitmann, D. (2006): Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004 – 2006. Qualitätsmaßstäbe für die vollstationäre Pflege. – Version 1.0, Januar 2006. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, verfügbar unter https://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Referenzmodelle 3.pdf, geprüft am 14.08.2018.

Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt/New York: Campus.

Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.) (1987): Angehörigenarbeit - im Alten- und Pflegeheim: Angehörigenarbeit im Heim am Kappelenberg - Vom Klient zur Kooperation. 2. Auflage. 1. Stuttgart: Eigenverlag.

Wolff, S. (2009): Dokumenten- und Aktenanalyse. In: Flick, U., Kardorff, E. v.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt, S. 502-515

Woods, B., Keady, J., Seddon, D. (2008): Angehörigenintegration, Beziehungszentrierte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Bern: Hans Huber Verlag.

Zank, S., Schacke, C. (1998): Belastungen pflegender Angehöriger und ihre Erwartungen an gerontopsychiatrische und geriatrische Tagesstätten. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 2, S. 87-95.

19. Anhänge

Anhang 1: Kurzbeschreibung Promotionsvorhaben

PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR
Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft

Promotionsvorhaben von Ilona Grammer an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der PTHV

Kurzbeschreibung
Thema: Alltagstheorien über Angehörige. Perspektiven von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Altenpflegeheim. Eine Fallstudie.

Forschungsziel
Herausarbeiten der Beschreibungen und Aussagen von Mitarbeitern und Erfassen der Subjektiven Theorien der Mitarbeiter im Altenpflegeheim über die Angehörigen. Im weiteren Verlauf der Studie soll der Kontext des sozialen Systems mittels Gruppendiskussionen und die Dokumente der Gesamtorganisation betrachtet werden.

Forschungsethik
Die forschungsethischen Prinzipien werden zu jeder Zeit der Untersuchung gewahrt. Es gelten die Freiwilligkeit und der informierte Konsens sowie die Sicherung der Anonymität. Die Erhebungsdaten werden an einem Ort aufbewahrt, der nur für die Untersucherin zugänglich ist. Von der Einrichtung und den einzelnen Mitarbeitern wird eine schriftliche Einwilligung zum Forschungsvorhaben eingeholt. Die Nichtteilnahme der Mitarbeiter zieht keinerlei Konsequenzen nach sich.

Untersuchungsebenen und Methoden
Phase 1: Einzelinterviews (Tonbandaufnahmen) mit Mitarbeitern aus zwei verschiedenen Wohnbereichen, ca. 10–12 Personen,
Interviewkontakte à ca. 60–90 Minuten.
Phase 2: Gruppendiskussion (Tonbandaufnahme) mit den Interview-partnern aus den beiden Wohnbereichen (2 Gruppendiskussionen à ca. 90 Minuten. Gruppendiskussion (Tonbandaufnahme) mit Leitungsverantwortlichen der Einrichtung. Teilnehmer werden von der Einrichtung selbst bestimmt.
Phase 3: Analyse der Dokumente

Zeitraum der Datenerhebung: August 2010 bis ca. Dezember 2010
Die Forscherin wird alle Interviews selbst durchführen und auswerten. Eine Rückführung und Diskussion der Erkenntnisse in anonymisierter Form wird selbstverständlich gewährleistet.

Ilona Grammer, MScN Pflegewissenschaft, Dipl. Pflegewirtin (FH)
Ilona.Grammer@gmx.de Freiburg, den 02.06.2010

Anhang 2: Liste der Materialien für die Datenerhebung

Thema	Extern benötigt	Intern benötigt
Akquise und Studieninformation		
Exposé zum Vorhaben - als Präsentation für die Entscheider	**x**	
Anschreiben und Kontakt zur Einrichtung. Nach telefonischer Anfrage weitere Klärung in einem Gespräch vor Ort		
Anschreiben an die Mitarbeiter zur Gewinnung für die Studie mit Erklärung des Studiendesigns	**x**	
Interviewvorbereitung		
Einverständniserklärung	**x**	
Kurzfragebogen mit Strukturdaten	**x**	**x**
Informationen für den 2. Interviewkontakt	**x**	
Arbeitshilfe für die Interviewpartner/innen Einführung Leitfaden zum Strukturlegeplan	**x**	**x**
Interviewdurchführung		
Interviewleitfaden		**x**
Transkriptionsregeln (extern für Texterstellung) Transkriptionsregeln für Einzelinterviews und Gruppen-diskussionen	**x**	**x**
Aufnahmegerät und Abspielsoftware (f 4)		**x**
Gruppendiskussion		
Einladung zu einer Gruppendiskussion	**x**	
Leitfaden für die Gruppendiskussion		**x**
Dokumentenanalyse		
Informationsgespräch mit Einrichtungsleitung zur Klärung der relevanten Dokumente		
Weiteres		

Fotodokumentation Strukturlegeplan		**x**
Verlaufsdokumentation der Forscherin über die Interviews (pro Interviewpartner und Gruppendiskussion)		**x**
Dokumentation des Studienverlaufs/Forschungstagebuch		**x**

Anhang 3: Information für die Interviewteilnehmer

Untersuchung zum Thema: Was denken Mitarbeiter im Altenpflegeheim über die Angehörigen der Pflegeheimbewohner?

Sehr geehrte Frau …,
ich bin auf Ihre Hilfe und Mitwirkung angewiesen, da ich im Rahmen einer Untersuchung mehr über die Mitarbeiter und die Angehörigen im Altenpflegeheim erfahren möchte. Ich erläutere Ihnen hier mein Anliegen, damit Sie Informationen haben, was bei einer Mitwirkung auf Sie zukommt.

Zweck der Untersuchung
In der Praxis stellt sich immer wieder die Frage, was Angehörige vom Altenpflegeheim erwarten und wie man sie mit ihren Bedürfnissen berücksichtigen kann. Wenig bekannt ist dabei, was Mitarbeiter im Altenpflegeheim über die Angehörigen denken. Mit dieser Untersuchung möchte ich die Sichtweise auf die beteiligten Mitarbeiter lenken. Sie stehen als Experten (als Kundige) mit ihren Aussagen über die Angehörigen im Mittelpunkt dieser Untersuchung.

Zur Vertraulichkeit der Daten
Die Gespräche und die Aufzeichnungen werden von mir vertraulich behandelt und werden in anonymisierter Form in meine wissenschaftliche Arbeit eingehen. Um Ihre Aussagen genau zu erheben, möchte ich die Gespräche mit Tonband aufnehmen.

Zum Ablauf der Befragung
Im Verlauf dieser Untersuchung werde ich einige Tage in Ihrem Altenpflegeheim mit anwesend sein. Konkret sind pro Mitarbeiter zwei Interviews geplant, die zum Teil auch mit Tonband aufgezeichnet werden. Zum zweiten Interview bringe ich die Inhalte aus dem ersten Interview mit und wir können diese gemeinsam auf Ihre Aussagen hin überprüfen. Vorab bitte ich Sie mittels eines Kurzfragebogens um einige Informationen und um Ihr Einverständnis. Zu einem späteren Zeitpunkt lade ich Sie noch zu einer Gruppendiskussion mit Ihrem Team ein und freue mich auf Ihre Mitwirkung.

Am Ende der Untersuchung bin ich selbstverständlich bereit, die Ergebnisse in anonymisierter Form Ihnen allen vorzustellen. Weitere Fragen beantworte ich gerne und stehe für Ihre Rückfragen zur Verfügung. Ich freue mich auf eine Mitwirkung von Ihnen.
Mit freundlichen Grüßen Ilona Grammer

Anhang 4: Informationen für den zweiten Interviewkontakt

Information 2. Interviewkontakt Ilona.Grammer@gmx.de

Sehr geehrte Frau …,

für die Auswertung des heute durchgeführten Interviews übereiche ich Ihnen eine Arbeitshilfe. Die Arbeitshilfe beschreibt, was eine Strukturlegeplan ist und wie wir damit arbeiten können. Bitte lesen Sie die Arbeitshilfe und lassen Sie sich nicht von der Fülle irritieren.

Bis zu unserem nächsten Termin (in ca. 6-8 Wochen) ist das Tonband-Interview abgeschrieben und ich habe mich mit den Inhalten und Ihren Aussagen befasst. Aus dem Interview werde ich ein Schaubild mit den jeweiligen Themen und Ihren Argumentationen erstellen. Dies ist dann die Grundlage für unser nächstes Treffen.

Dann geht es vor allem darum, ob Sie mit meinem Vorschlag einverstanden sind und Ihre Themen aus dem Interview für Sie richtig abgebildet sind. Wir werden dann die von mir erstellte Vorlage so lange besprechen und verändern, bis es Ihre Themen und Aussagen trifft.

Ich freue mich auf unseren zweiten und dann auch letzten Einzelinterviewtermin und melde mich rechtzeitig für eine Terminvereinbarung.

Mit freundlichen Grüßen

Ilona Grammer

Anlage:
Arbeitshilfe: Einführung Leitfaden zum Strukturlegeplan

Anhang 5: Arbeitshilfe: Einführung in den Leitfaden zum Struktur-legeplan

Arbeitshilfe Ilona.Grammer@gmx.de

Untersuchung zum Thema: Was denken Mitarbeiter im Altenpflegeheim über die Angehörigen der Bewohner?

Einführung in den Leitfaden zum Strukturlegeplan

Bitte lesen Sie diesen Leitfaden. Er ist für unser nächstes Gespräch nützlich. Das genaue Vorgehen werde ich Ihnen ausführlich vorstellen und Ihre Fragen dazu beantworten.

Was ist eine Struktur-Lege-Technik (SLT)?
Die Struktur-Lege-Technik (SLT) ist eine vielfältig einsetzbare Technik. Mit der Technik ist es möglich, aus den Interviews die wichtigen Themen und Begriffe herauszuarbeiten und in einem Schaubild (Strukturlegeplan) dazustellen.

Was will ein Strukturlegeplan?
Mit dem Strukturlegeplan können Ihre Themen in einem Schaubild dargestellt werden. Die verwendeten Begriffe und Ihre Erklärungen und Argumentationen werden abbildet.

Ausgangspunkt und Material ist das durchgeführte Interview
Das mit Ihnen geführte Interview wurde in der Zwischenzeit abgeschrieben. Mit dem Text habe ich gearbeitet und versucht, Ihre Themen und Erklärungen zu verstehen. Ziel ist jedoch, dass **Sie selbst** mit mir zusammen ein Schaubild erstellen und damit auch bestätigen, dass Sie sich so richtig verstanden fühlen. Ihre Sichtweise über die Angehörigen soll in einem Strukturlegeplan abgebildet sein. Ich werde Ihnen dazu einen Vorschlag machen und die zentralen Aussagen aus dem Interview auf Kärtchen abbilden.

Für Ihre Mitarbeit ist wichtig:
Es gibt kein richtig oder falsch, es gibt nur den Nachweis, dass das Ergebnis für Sie schlüssig ist und Sie sich mit Ihrer Sichtweise abgebildet sehen.

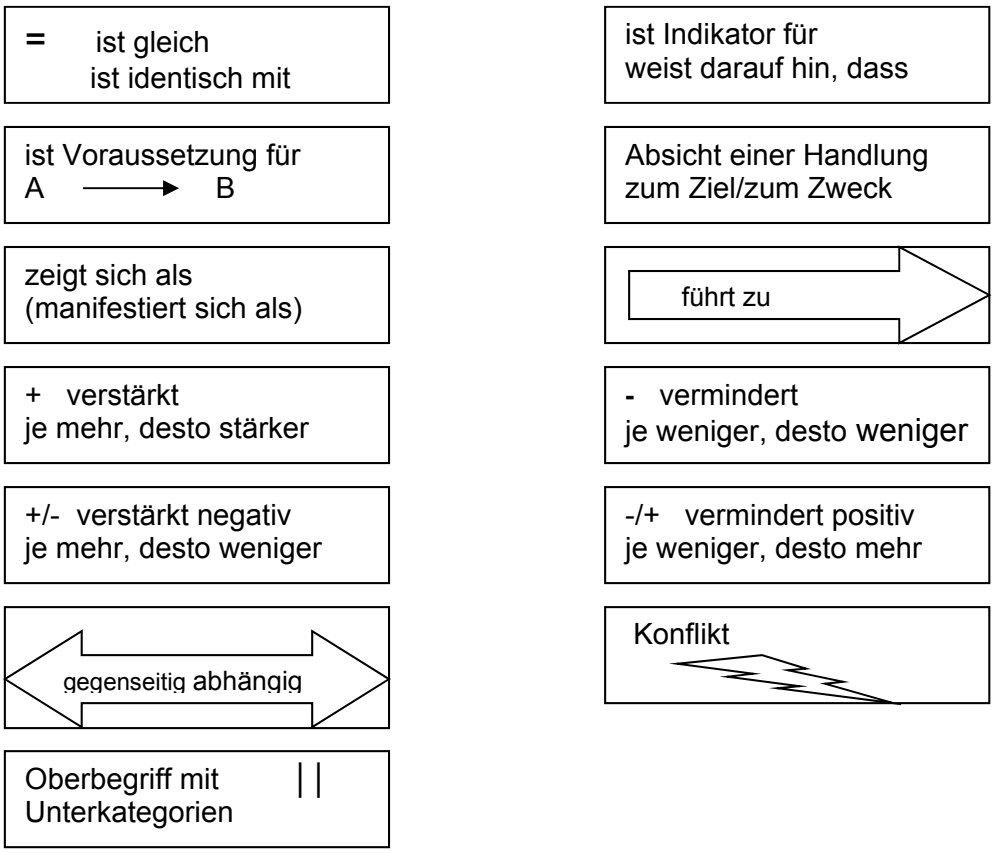
Die Kärtchen und ihre Bedeutung
Es werden in dem Strukturlegeplan verschiedene Karten mit verschiedenen Farben verwendet, ergänzend dazu unterschiedliche Zeichen und Symbole, die dann den Karten beigefügt werden. Hier werden die Kärtchen und Symbole erklärt:

- Hauptthema (wird der Oberbegriff)
- dazu die Unterthemen (weitere Begriffe legen)
- dazu die Beziehungen legen

Oberbegriffe (Hauptthema)
Begriffe, die das Thema beschreiben (Definitionen) – quadratische Kärtchen,
Begriffe (Unterthemen, die dazugehören)
Begriffe, die in einer Beziehung zu einem Oberbegriff stehen – quadratische Kärtchen
Gewichtungen
Gewichtungen können durch Vorordnung bzw. Über- oder Unterordnung von Kärtchen abgebildet werden. Das vor- bzw. übergeordnete Kärtchen (Begriff) hat immer das größere Gewicht im Vergleich zu den nach- bzw. untergeordneten Kärtchen. Das bedeutet:
Nebeneinander stehende Begriffe: gleichbedeutend
Untereinander stehende Begriffe: untergeordnet

Die Beziehungen untereinander

Die Beziehungen zwischen den Begriffen / Konzepten werden mit schmalen weißen Karten gelegt. Folgende Möglichkeiten sind vorhanden:



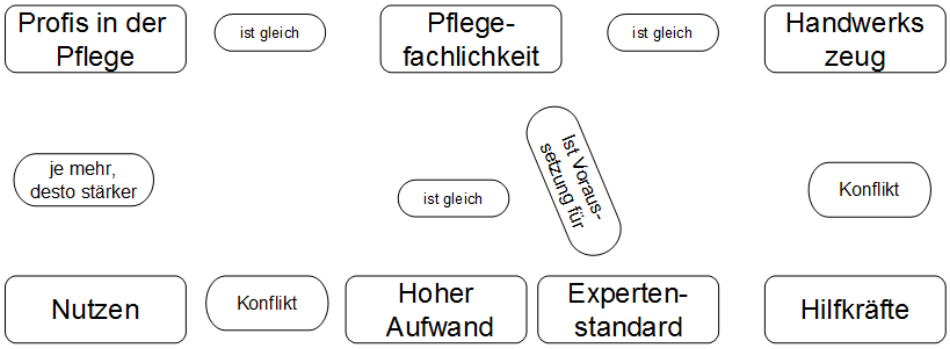
Zum Ablauf:

Teil 1: Die Begriffskärtchen werden gelegt.

T**eil 2:** Die Beziehungen zwischen den Begriffen sind die inhaltlichen Verbindungs-linien und haben eine unterschiedliche Bedeutung (weiße Karten - Auswahl siehe oben).

Der Strukturlegeplan kann so lange verändert werden, bis Sie als Interviewpartner der endgültigen Fassung zustimmen.

Hier folgt ein Beispiel aus Ihrem Alltag zum Thema Pflegedokumentation:
Dieser Strukturlegeplan soll zeigen, wie sich eine Sichtweise abbilden kann.
Was denkt Frau Abel über die Pflegedokumentation?



Folgende Aussagen sind in diesem Beispiel möglich:
Je eher jemand ein Profi ist, desto stärker kann er die Pflegedokumentation nutzen. Einerseits ist der Nutzen der Pflegedokumentation vorhanden, andererseits sehe ich immer wieder den Konflikt mit dem hohen Aufwand / Zeit. Es bedeutet zwar einen hohen Aufwand, aber es gehört zur Pflegefachlichkeit. Die Expertenstandards sind eine Voraussetzung, um fachlich gut in der Pflege zu sein. Pflegedokumentation ist das Handwerkszeug der Pflegefachkräfte und die Hilfskräfte haben Probleme /Konflikte damit.

Freiburg, im August 2010

Ilona Grammer

Anhang 6: Kurzfragenbogen für alle Interviewpartner

Kurzfragebogen für Strukturdaten

Interview Leitungen / Mitarbeiter

am … Datum …

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Familienstand: _____

Berufsausbildungen: _____

Berufserfahrung: _____

_____

In dieser Einrichtung seit: _____

In der Funktion als: _____

_____

_____

In diesem Bereich seit (Jahren): _____

Adresse/Tel. beruflich (zu Kontaktzwecken) _____

Ihre Angaben werden anschließend anonymisiert und lassen keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder die Untersuchungsergebnisse zu. Herzlichen Dank für Ihre Angaben.

Anhang 7: Einladung zur Gruppendiskussion

Information für alle Interviewpartner Ilona.Grammer@gmx.de
Freiburg, den ….

Untersuchung zum Thema: Was denken Mitarbeiter im Altenpflegeheim über die Angehörigen der Pflegeheimbewohner?

Einladung zu einer Gruppendiskussion am … Datum …

Sehr geehrte Frau …,
mit diesem Schreiben möchte ich Sie zu einer Gruppendiskussion einladen.

Die Gruppendiskussion dient der Erhebung von Daten im Rahmen der Untersuchung zum Thema Angehörige. Sie wird maximal 90 Minuten dauern. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bereits an einem Interview teilgenommen haben, treffen sich pro Wohnbereich zu einer gemeinsamen Diskussionsrunde.

Es wird wieder so sein, dass das Gespräch auf Tonband aufgezeichnet wird und die Aufzeichnungen vertraulich behandelt werden. Zu meiner Unterstützung werde ich noch einen Studienkollegen mitbringen, der mir hilft, den Diskussionsverlauf zu protokollieren.

Die Gruppendiskussion findet für Sie am … von 14.15 bis ca. 16.00 h statt. Daran teilnehmen werden Frau …, Frau…, Frau…und Frau…

Ich freue mich auf unsere Begegnung und grüße Sie freundlich

Ilona Grammer

Die Einladung zur Gruppendiskussion für die Leitungsmitarbeiter ist eine leicht abgewandelte Version.

Anhang 8: Einverständniserklärung

Einzelinterview und Gruppendiskussion

Name:

_____

Einverständniserklärung

„Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am _____ von Frau Ilona Grammer geführte Gespräch auf Tonband aufgenommen und zu Studienzwecken (Erstellen einer Doktorarbeit) an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, Pflegewissenschaftlliche Fakultät, verwendet werden kann.
Unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte kann der Interviewtext gegebenenfalls auch in der Forschungsarbeit veröffentlicht werden.

Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Anhang 9: Arbeitspapier Interviewleitfaden

Untersuchung zum Thema: Was denken Mitarbeiter im Altenpflegeheim über die Angehörigen der Bewohner?

Metakommunikatives Vorgespräch zu Beginn (ohne Tonband)
Kurze persönliche Vorstellung - Dank für die Bereitschaft zur Mitarbeit

Informationen für Befragungsteilnehmer (mündlich mitteilen, Brief aushändigen)

- Worum geht es?
- Inhalte der Befragung
- Datenschutz
- Zeitlichen Rahmen klären (1. und 2. Gesprächstermin)
- "Informed consent" einholen
- Hinweis auf die Einverständniserklärung nach dem Interview

Interviewleitfaden bereitlegen

Aufnahmegerät einschalten

Offene Fragen mit vielen Abtönungspartikeln stellen – wie eigentlich, mal so, eventuell, viel sagen, manche meinen, so im Allgemeinen...

Inhaltlicher Aspekt	**Offene Fragen mit Aufrechterhaltungsfragen**	**Nachfragen**
Themen wie z. B.: Mitarbeit von Angehörigen Konflikte mit Angehörige	Was bringen Sie damit in Verbindung? Fällt Ihnen sonst noch etwas dazu ein? Können Sie das genauer beschreiben? Was meinen Sie damit konkret? Gibt es sonst noch etwas?	Zu den Aussagen im Verlauf Hypothesengeleitete Fragen Störfragen

Wichtig: Es sind Fragebeispiele – nicht alle müssen so gestellt werden.

Einstiegsfrage (als Leitfrage / Stimulus / Erzählaufforderung)
Lassen Sie uns beginnen mit Ihrer derzeitigen Alltagssituation. Vielleicht können Sie einmal einen typischen Tagesablauf, einen Früh- oder Spätdienst in ihrer Arbeit als … schildern. Welche Erfahrungen machen Sie da mit Angehörigen?

(Ersatzstimulus: Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie an Angehörige denken?)
A-Fragen = Zu den Aussagen im Verlauf
B-Fragen = Hypothesengeleitete Fragen
C-Fragen = Störfragen

Thema: Bedeutung der Angehörigen

A - Was bringen Sie mit den Angehörigen so in Verbindung?
A - Wo treffen Sie in Ihrem Alltag auf Angehörige?
Welche Kontakte gibt es und wie sehen diese aus?
A - Gibt es Erfahrungen mit Angehörigen, die Sie mir hier erzählen können?
A - Wann sind die Angehörigen Ihrer Meinung nach besonders wichtig?
A - Wo spielen die Angehörigen in Ihrer Arbeit eine Rolle?
A - Was bedeutet Ihnen persönlich der Umgang mit Angehörigen?
Was heißt das für Ihre Arbeit hier als Betreuungshelferin / WBL etc.?
A - Was, glauben Sie, wird von Ihnen im Umgang mit Angehörigen erwartet?
(Erwartung Leitung)
A - Was würden Sie einem Praktikanten/einer Kollegin sagen, worauf er/sie bei der Arbeit achten sollte?

B - In vielen Broschüren steht, die Angehörige sind unsere Partner in der Versorgung, weil sie wichtige Informationen liefern insbesondere bei Menschen mit Demenz. Wie sehen Sie das?
B - Was halten Sie von der Aussage: Stationäre Altenhilfeversorgung ohne Angehörige ist unvorstellbar. Angehörige sind Teil einer professionellen Pflege / Teil einer modernen Versorgung?
B - Was halten Sie von der Aussage, dass die Rückmeldungen der Angehörigen aus den Beschwerdebögen von Bedeutung sind?
B - Was bedeutet die Aussage: Die Angehörigen sind die Kunden von morgen?

C - situativ
C - Viele sagen, Angehörige sollen sich raushalten. Es geht eigentlich viel besser ohne sie.
C - Auf die Angehörigen kann man gut verzichten.

Thema: Wissen über Angehörige im Altenpflegeheim

A - Stellen Sie sich mal vor, Sie sollten in der Volkshochschule etwas über die Angehörigen im Pflegeheim erzählen, was würden Sie da erzählen?
A - Wenn Sie nun in der Altenpflegeschule in einer Unterrichtsstunde über die Angehörigen reden sollten, wäre da was anders (und wie wäre es, wenn Sie vor Angehörigen reden würden)?

A - Was hat <u>Ihre</u> Vorstellung über Angehörige im Heim beeinflusst?
Was und wer spielt dabei eine Rolle?
A - Was wäre denn besonderes wichtig über Angehörige zu wissen?
A - Viele Angehörige kommen täglich. Haben diese eine besondere Beziehung zu ihren Angehörigen? Wie bewerten Sie diese Besuche?

B - Teilen Sie die Einschätzung, dass viele Angehörige oft das Gefühl haben, versagt zu haben und sich schuldig fühlen?
B - Was halten Sie von der Aussage, dass es für die Lebensqualität des Bewohners den Angehörigen braucht?

C - situativ
C - Als Familienangehöriger hat man auch das Recht, seine Verwandten im Altenpflegeheim abzugeben.

Thema: Konflikte mit Angehörigen

A - Man sagt ja, dass es mit Angehörigen immer wieder Konflikte gibt. Wie sehen Sie das?
A - Können Sie ein Beispiel nennen für eine konkrete schwierige Situation mit Angehörigen? Was haben Sie in der Situation gemacht?
A - Was tun Sie, wenn es diese Konflikte gibt? Und warum handeln Sie dann so?
A - Wann gibt es Ihrer Meinung nach Konflikte? Wie erklären Sie sich dies?
A - Was kritisieren die Angehörigen am meisten?
A - Lassen diese sich in eine Rangordnung bringen (die wichtigsten oder häufigsten)?
A - Worum geht es Ihrer Meinung nach bei diesem Konflikt?
A - Wie kommt es dazu und was beeinflusst ihn?
A - Gäbe es dazu eine Alternative?

B - Je mehr die Angehörigen in die direkte Pflege mit einbezogen sind, desto mehr Konflikte gibt es mit den Mitarbeitern.
B - Es wird berichtet, dass eine gute Information und Kommunikation mit den Angehörigen Konflikte verhindert. Können Sie das bestätigen?
B - Viele sagen, es ginge auch um eine Dreiecksbeziehung von Bewohner, Mitarbeiter und Angehörigem. Wie könnte man das auffassen?
B - Bei Mitarbeitern soll es auch um Konkurrenz und Rivalität zu den Angehörigen gehen? (Bewohner haben sich auf die Mitarbeiter eingespielt und die Angehörigen bringen oft alles wieder durcheinander.) Wie sehen Sie dies?
B - Es gibt halt auch die „schwierigen Angehörigen“.

C - situativ, je nach Antwort
C - z. B. Dürfen die Angehörigen Ihrer Meinung nach denn so fordernd sein?
C - z.B. Mit der Personalmenge hat man gar nicht die Zeit, sich um die Angehörigen zu kümmern. Oder: Man kann es den Angehörigen halt nicht recht machen und schließlich geht es um den Bewohner.

Thema: Rolle und Funktion der Angehörigen

A - Beschreiben Sie doch bitte die Angehörigen? Wie sind sie?
A - Wie sähe Ihrer Meinung nach der „ideale Angehörige“ aus? Was tut er und was lässt er?
A - Welche Aufgaben würden Sie den Angehörigen geben / einräumen? Wo und wie könnten sich die Angehörigen idealerweise engagieren? Wo sollten sie sich lieber raushalten? Warum?
A - Hat der Angehörige einen „Platz“ im Pflegeheim? Wo braucht man ihn und wo nicht?
A - Wie nehmen Sie die Angehörigen wahr? Gibt es da Unterschiede?
A - Mit welchen Angehörigen haben Sie am meisten Kontakt?

A - Welche Art von Angehörigen ist Ihnen am liebsten – und warum?
A - Wie würden Sie Ihre Beziehung zu den Angehörigen beschreiben?

B - Man sagt, dass viele Angehörige Schwierigkeiten haben, sich in dem Pflegeheim zurechtzufinden? Wie sehen Sie dies? Woran kann das liegen?
B - Angehörige sind sehr unterschiedlich. Manchen wollen mitarbeiten und pflegen, manche kommen nur, um zu kontrollieren. Das sollte in Konzepten berücksichtigt werden.
B - Meist wollen Angehörige sich nach dem Heimeinzug weiterhin in die Versorgung ihrer Angehörigen einbringen. Wie zeigt sich dies für Sie?
B - Angehörige wollen auch nach dem Heimeintritt eine Aufgabe und einen Platz bei ihren Angehörigen haben. Dabei haben Sie als Mitarbeiterin eine wichtige Funktion zur Integration der Angehörigen zu übernehmen.

C - situativ
C - Eine strikte Rollentrennung und getrennte Zuständigkeiten sind das einzig Sinnvolle für die Zusammenarbeit.
C - Angehörige wollen eigentlich gar keine Rolle im Pflegeheim übernehmen, denn sie haben ihre Angehörigen ja ins Heim gebracht.
C - Die Angehörigen wollen gar nicht integriert werden. Sie sind froh, wenn sie wieder gehen können.
C - Eigentlich haben sie doch gar keine Zeit, sich auch noch um die Vorstellungen der Angehörigen zu kümmern.

Thema: Zusammenarbeit – Mitwirkung - Tätigkeiten

Nun geht es um die Zusammenarbeit mit den Angehörigen.
A - Was tun Sie mit den Angehörigen gemeinsam?
A - Worauf legen Sie Wert, wenn Sie mit den Angehörigen was zu tun haben?
A - Was würden Sie mit den Angehörigen am liebsten tun?
A - Wie sieht die Zusammenarbeit mit den Angehörigen in Ihrem Wohnbereich aus?
A - Was sollten Angehörige Ihrer Meinung nach tun?
A - Welche Rolle spielen denn Ihrer Meinung nach Angehörige bei der pflegerischen Versorgung?
A - Können Sie sich vorstellen, den Bewohner auch pflegerisch gemeinsam zu versorgen?
A - Was wissen Sie über die Wünsche und Bedürfnisse der Angehörige im Hinblick auf die Zusammenarbeit? Woher kennen Sie die Wünsche?
A - Angehörige können im Heimbeirat mitwirken. Wie beurteilen Sie dieses Engagement? Was bekommen Sie von der Arbeit des Heimbeirates mit? Wie wichtig ist der Heimbeirat für Ihr Altenpflegeheim?

B - Es ist zu beobachten, dass die meisten Angehörigen in der soziale Betreuung mitwirken. Nur wenige davon möchten in der Pflege direkt mitarbeiten.
B - Die Pflege ist eben für die eher technischen Tätigkeiten und die Versorgung zuständig. Ist es dann gut, die Aufgaben zu trennen, wer für was zuständig ist?

B - Es wird beschrieben, dass es für die Angehörigen leichter wird, im Pflegeheim da zu sein, wenn sie sich bei kleinen Tätigkeiten beteiligen können. Sie erhalten dann eine Bedeutung. Konnten Sie dies beobachten?
B - Man kann mit den Angehörigen sprechen und aushandeln, wo sie sich wie einbringen können. Das kann dann auch sehr verschieden sein.
B - Am besten ist es, wenn das Pflegeheim genau festlegt, wo der Angehörige sich einbringen kann.

C - situativ
C - Angehörige wollen eigentlich gar nicht mehr mitarbeiten. Sie haben mit dem Heimeinzug die Versorgung abgegeben.

Thema: Mitarbeiter haben Erwartungen an Angehörige

A - Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Ihrem *(was heißt: „Ihrem“?)* Angehörigen beschreiben?
A - Haben Sie Erwartungen an die Angehörigen? Welche? (Angehörige werden benötigt bei z. B. Begleitung zum Arzt.)
A - Können Sie das tun, was Sie denken, was für die Angehörigen gut ist? Wenn nein, woran liegt das?
A - Wann ist für Sie die Zusammenarbeit bzw. der Kontakt zufriedenstellend?
A - Wann würden Sie sich über die Angehörigen beschweren? Und bei wem?
A - Wenn Ihre Mutter in einem Pflegeheim lebte und Sie selbst Angehörige wären, was wäre Ihnen dann wichtig?

B - Was halten Sie von der Aussage: „Mit Familie ist es schwer, aber ohne Familie geht es nicht.“?
B - „Familienorientierung“ ist Merkmal einer modernen / professionellen Altenpflege.

C – situativ

Thema: Angehörige als Zielgruppe für Unterstützungsprozesse durch das Altenpflegeheim

A - Sollte Ihrer Meinung nach das Altenpflegeheim etwas für Angehörige tun? Wenn ja, was?
A - Was könnte dabei Ihr persönlicher Beitrag sein?
A - Und warum wäre dies wichtig?
A - Was können Sie zur Situation der Angehörigen im Altenpflegeheim berichten?
A - Wie fühlen sich die Angehörigem hier bei Ihnen? Was nehmen sie wahr?

B - Man sagt, dass Angehörige ziemlich belastet sind durch ihre pflegebedürftigen Bewohner. Wie erleben Sie dies? Wie zeigt sich dies bei Ihnen im Pflegeheim?
B - Angehörige fühlen sich meist schuldig, dass sie ihre Angehörigen im Pflegeheim betreuen lassen. Das müssen wir in unsere Arbeit mit einbeziehen.

B - Das Pflegeheim ist für die meisten eine „fremde Welt“. Viele der Angehörigen kommen nicht zurecht und benötigen unsere Unterstützung, damit sie sich zurechtfinden können.

C - situativ, z. B. Müssen Sie sich um die Familien kümmern? Der Bewohner ist der Kunde.

Thema: Angehörigenarbeit

Nun interessiert mich, wie die Angehörigenarbeit bei Ihnen aussieht.
A - Was passiert bei Ihnen konkret mit den Angehörigen?
A - Wenn Sie auf die vergangene Woche schauen, sind Sie zufrieden damit, was sich mit den Angehörigen abgespielt hat? Was würden Sie gerne ändern (und warum)?
A - Was machen Sie mit den Angehörigen im Alltag? (Angebote)
A - Was ist Ihnen dabei wichtig? (Ziele)
A - Wie könnte man das mit den Angehörigen insgesamt gut regeln?
A - Wer sollte Ihrer Meinung nach für Angehörigenarbeit zuständig sein?

B - Man sagt, es gibt bestimmte Zeitpunkte, wo Angehörigenarbeit besonders wichtig ist (z. B. Heimeinzug, Sterbebegleitung).
B - Die eigentliche Angehörigenarbeit findet in Gesprächen im Treppenhaus oder an ‚der Tür zum Dienstzimmer statt. Immer irgendwie zufällig.
B - Angehörigenarbeit gehört in den Zuständigkeitsbereich des Sozialdienstes. Stimmen Sie zu?
B - Angehörigenarbeit ist in der täglichen Arbeit immer irgendwie drin, da die Angehörigen zum Bewohner gehören.

C - situativ

Ggf. Fragen am Ende:
A - Sehen Sie, wenn Sie in Ihr Arbeitsfeld schauen, einen Unterschied zwischen dem, was Sie prinzipiell denken und dem, was praktisch passiert? Woran liegt das?
A - Was meinen Sie, denken Ihre Kolleginnen auch so über Angehörige wie Sie? Machen Ihre Kolleginnen mit den Angehörigen etwas anders?
A - Wenn Sie entscheiden könnten, wie das mit den Angehörigen geht, was würden Sie ändern? Gibt es etwas Wichtiges, worüber wir noch nicht gesprochen haben?

Gibt es etwas, was Sie mir noch sagen möchten?

Anhang 10: Verlaufsdokumentation

Verlaufsdokumentation über die Interviews (pro Interviewpartner)

Bereich A ☐ Bereich B ☐

Datum des 1. Interviews: _____

Interviewzeit: _____

Datum des 2. Interviews: _____

Interviewzeit: _____

Kontakte dazwischen: _____

Anmerkungen (zum Verlauf / Dauer / Besonderheiten / Störungen):

_____

_____

Beschreibung der dazugehörenden Metakommunikation:

_____

_____

_____

Beschreibung meiner Eindrücke vom Interview (Prozessbeschreibung/ Qualität):

_____

_____

Erste inhaltliche Fixierung:

_____

_____

_____

_____

Anhang 11: Transkriptionsregeln für die Einzelinterviews

Pro Interview eine Datei anlegen
Dateiname: Datum des Interviews, Nachname, Vorname des Interview-partners. Bsp: 2010-07-28 Reisinger Eva

Formatierungen
Arial 11, Zeilenabstand 1,5, bitte mit Zeilennummerierung, Ränder mit Platz für Anmerkungen (4 rechts und 2,5 links)

Die Transkription eines Interviews sollte möglichst exakt (d. h. auch unter Beibehaltung des Dialekts und anderer sprachlicher Besonderheiten ohne Annäherung an die Schriftsprache) erfolgen. Text muss wortgetreu wiedergegeben werden, bitte nichts an Satzstellung ändern, nichts dazu-erfinden, nichts auslassen.

Anonymisierung
Alle Nachnamen werden abgekürzt. Name des Interviewpartners: künftig im Text zusammengesetzt aus den ersten beiden Buchstaben des Vor- und Nachnamens (Eva Reisinger – evre), Interviewerin: IG.

Umschrift
Die Interviews sind wortwörtlich wiederzugeben. Alle Äußerungen werden in möglichst lesbarer Weise erfasst. Wörter werden in der Regel nach orthografischen Konventionen des Hochdeutschen geschrieben. Abweich-ungen von der hoch-deutschen Lautung werden in wortwörtlicher Umschrift wiedergegeben (Dialekt). Die Satzzeichen werden als Lesehilfen gesetzt ohne strenge Beachtung der Dudenregeln für Interpunktion.

Zwischen Text von InterviewerIn und InterviewpartnerIn wird eine Leerzeile eingefügt, sonst wird der Text fortlaufend verfasst.

Um den Sinnzusammenhang leichter verständlich zu machen, werden bei Bedarf folgende Sonderzeichen eingefügt:

Satzabbruch
Ein Satzabbruch mit nachfolgend neuem Satzbeginn wird mit einem doppelten Schrägstrich (//) gekennzeichnet.

Ausgefallene Buchstaben
Ausgefallene Buchstaben werden innerhalb eines Wortes durch ein Apostroph als Lesehilfe.ersetzt, wenn es der besseren Lesbarkeit dient. Am Ende des Wortes wird auf Apostrophe verzichtet, um eine flüssigere Lesbarkeit zu gewährleisten.

Kürzungen
„(...)“ markiert Satzteile, die für die aufgeführte Textpassage nicht relevant sind.

Simultanpassagen
In „#“ gesetzte Satzteile werden von den beiden Gesprächspartnerinnen gleichzeitig geäußert.

Unverständliche bzw. unsicher verstandene Passagen
Unverständliche Wörter oder Passagen werden durch eine Anmerkung in Klammern z. B. (EIN WORT UNDEUTLICH) oder (SATZ UNDEUTLICH) gekennzeichnet. Nichtverstandene Wörter werden mit? gekennzeichnet.

Ähh's sind auch Worte bzw. Äußerungen.

Kommentare
Kursiv gedruckte Anmerkungen werden eingefügt, um unklare Äußerungen näher zu erläutern. Nonverbale Handlungen (WEINEN, SEUFZEN) erscheinen in Klammern in Großbuchstaben.

Betonungen
In der gesprochenen Sprache betont – Wort unterstreichen – z. B. betont.

Dehnung in den Worten: z. B. bei und = u:nd

außersprachliche Handlungen oder Ereignisse in spitze Klammern
>holt Luft<, >lacht<
>genuschelt<, >ironisch< ebenso besondere Art zu sprechen
>Interviewer blättert< Interaktionsbesonderheiten
>fällt ins Wort< Interviewer / Gesprächspartner fällt ins Wort

Hörersignale werden als normaler Text wiedergegeben
Mh, mhm (Zustimmung)
Hm, hm (Verneinung)
Äh, ähm, öh, ah etc. (Verzögerungssignale)

g e d e h n t e Sprechweise = mit Leerzeichen zwischen den Buchstaben

Falsche Ausdrücke werden falsch wiedergegeben (z. B. sterelisiert), keine Korrektur
Wortabbruch z. B. Fotoappa//Fotoapparat komplettes Wort mit // anhängen
Pausen / Unterbrechungen etc. angeben 1=1 Sekunde, 2 = 2 Sekunden usw.

Nach der Transkription unbedingt Korrekturlesen mit Abhören des Bandes.

Anhang 12: Auswertung der Gruppendiskussionen

Inventarisieren der Konzepte aus den Gruppendiskussionen

Die tabellarische Darstellung der Konzepte entspricht den inhaltlichen Themenbereichen aus den Interviews. Auf die Angabe der Anzahl der Konzepte zu den jeweiligen Themenbereichen wird verzichtet, da in den Gruppendiskussionen die Repräsentanz der Themen von Interesse ist. Widersprüchliches wird selbstverständlich nicht subsumiert, sondern als ein solitäres Konzept dargestellt.

Nichtsegregativer Wohnbereich

Themen-bereiche	Interviewaussagen[527]	Konzepte[528]
Angehörige	Angehörige sind so verschieden wie wir Mitarbeiter.	Vielfalt, verschiedene Typen, Heterogenität.
	Angehörige werden für biografische Informationen benötigt, damit wir mit Situationen umgehen können und wissen, wie wir gut betreuen können. Es ist wichtig, aktuelle Informationen austauschen und zusammenzuarbeiten.	Angehörige haben verschiedene Funktionalitäten: - Informationsgeber - Gesprächspartner
	Die Zeit hilft, Angehörige kennenzulernen. Mit der Zeit hat man eine Idee, wie man auf sie zugehen kann.	Zeit hilft, Angehörige kennenzulernen.
	Angehörige sind nicht durch Mitarbeiter ersetzbar.	Mitarbeiter sind kein Ersatz für Angehörige.
	Angehörige wollen immer mehr. Es muss erklärt werden, was geht.	Angehörige benötigen Wissen und Erklärungen.
	Schwierige Angehörige haben grenzenlose Wünsche und Bedürfnisse. Es sind auch noch andere Bewohner da. Wir müssen eine gerechte Lösung finden.	Angehörige sind unersättlich. Es braucht gerechte Lösungen.
	Angehörige versuchen, dass ihre Bewohner Vorrang in der Versorgung haben. (Verteilungskonflikt bei mangelnden Ressourcen).	Angehörige engagieren sich für einen Vorrang ihrer Bewohner.

[527] Alle Textaussagen sind Originaltexte aus den jeweiligen Interviews bzw. Dokumenten bzw. deren Paraphrasierungen.

[528] Die herausgearbeiteten Aussagen und Anmerkungen sind in Anlehnung an die Heidelberger Strukturlegetechnik formuliert.

	Manche Angehörige sehen nur die eigene Mutter und sehen nicht, dass ihre Mutter nicht die einzige ist.	Angehörige fokussieren auf ihren Bewohner.
	Man braucht schon die Psychologie dazu. Es ist unser Beruf, da zu sein, es ist aber auch schwierig.	Mitarbeiter benötigen psychologische Kenntnisse im Umgang mit Angehörigen.
	Angehörige sind beim Heimeinzug wichtig. Sie sind das A und O. Die Informationenüber Vorlieben sind zu Beginn wichtig.	Hohe Bedeutung beim Heimeinzug wegen biografischer Informationen.
	Die Begleitung ist durchgehend immer wichtig**.**	Angehörigenbegleitung ist dauerhaft wichtig.
	Früher konnten Angehörige mit ihren Bewohnern noch vieles machen. Das ist heute nicht mehr so der Fall. Und dann gibt's ja schon Probleme bei ihnen selber und da können wir nicht viel helfen.	Angehörige konnten früher aktiv sein. Inzwischen haben Angehörige selber Probleme.
	Man benötigt Zeit. Mit der Zeit kann sich die Angehörigenbeziehung verändern.	Angehörige benötigen Zeit. Angehörigenbeziehungen können sich verändern.
	Wenn die Bewohner zufrieden sind und sagen, dass es ihnen gut geht und alles in Ordnung ist, dann können auch die bösesten Angehörigen nett sein.	Zufriedenheit der Bewohner führt zur Zufriedenheit der Angehörigen.
	Angehörige stehen für den Bezug nach außen für den Bewohner.	Angehörige sind Kontakt nach außen.
	Die hohen Kosten im Pflegeheim lassen Ansprüche bei Angehörigen entstehen.	Angehörige sind Kunden und haben Erwartungen.
	Früher (als die Bewohner noch nicht so pflegebedürftig und dement im Heim gewohnt haben) konnten die Angehörigen mit ihren Leuten besser umgehen.	Angehörige können mit Bewohnern mit Demenz nicht gut umgehen.
	Es gibt immer verschiedene Phasen, in denen Angehörige selber mit der Situation (Heimaufenthalt) nicht zurechtkommen.	Angehörige kommen phasenweise mit dem Heimaufenthalt nicht zurecht.
Ideale Angehörige	Der ideale Angehörige kümmert sich um den Bewohner. Er steht mit ihm in Kontakt	Ideale Angehörige stehen im Kontakt

	und beschäftigt ihn.	und kümmern sich um den Bewohner.
	Er kümmert sich nicht darum, was wir vermeintlich nicht gut gemacht haben. Er fokussiert nicht den Mitarbeiter und die Kritik. Wenn es Probleme gibt, ist es ideal, alles miteinander zu besprechen.	Der ideale Angehörige sucht keine Fehler und Kritik bei Mitarbeitern. Probleme können besprochen werden.
	Ideal ist, wenn wir gefragt werden, was die Bewohner brauchen.	Wir werden zu den Bewohnerbedürfnissen befragt (Anerkennung).
	Ideal ist, wenn wir im Sinne des Bewohners gut auskommen.	Gute Beziehung dient dem Bewohner.
Heimeinzug	Heimeinzug ist mit Endphase und mit materiellem Verlust verbunden.	Heimeinzug steht in Verbindung mit materiellem Verlust.
	Die Situation beim Heimeinzug und die körperliche Verfassung des Bewohners sind entscheidend. Oft kann der Angehörige in der Situation dann auch nicht unterstützen.	Beim Heimeinzug ist die körperliche Verfassung meist schlecht. Angehörige können nicht unterstützen.
	Nach langjährigen Beziehungen ist ein Heimeinzug nicht einfach.	Heimeinzug ist ein kritisches Ereignis.
	Für alte und verwirrte Menschen ist ein Heimeinzug schwer. Sie erleben eine fremde Umgebung, ein fremdes Gebäude, fremde Personen und sind nicht Zuhause.	Mangelnde Vertrautheit beim Bewohner lässt Angehörige verzweifeln.
	Angehörige sind verzweifelt über die Umstellung. Unsere Strukturen und Abläufen geben Angehörigen Sicherheit.	Strukturen und Abläufe geben Angehörigen Sicherheit.
	Am Anfang gibt es vermehrte Absprachen und Kontakte, mit der Zeit findet man sich rein.	Beziehung zu Angehörigen benötigt zu Beginn vermehrt Absprachen, Kontakte und Zeit.
Konflikte Kritik Erwartungen	Angehörige sind unzufrieden und fühlen sich schuldig. Dann drücken sie die Unzufriedenheit bei uns aus.	Angehörige übertragen ihre Schuldgefühle an Mitarbeiter.
	Ihr schlechtes Gewissen wegen des Heimaufenthalts führt zur ständigen Kritik.	Schuldgefühle (wg. Heimeinzug) führen

	Nichts kann man recht machen.	zu Kritik.
	Angehörige sollen nicht mitpflegen. Es gibt Spannungen.	Wenn Angehörige mitpflegen, führt dies zu Spannungen.
	Unzufriedenheit und ein gewisse Hilflosigkeit im Umgang mit dem Bewohner führt dazu, dass man dann vielleicht schaut, was man noch alles machen könnte, dass es mit dem Bewohner besser wird.	Belastende Bewohnersituation führt dazu, weitere Forderungen und Erwartungen zu haben.
	Angehörige haben ein anderes Bild vom Bewohner (von früher). Das ist Anlass für Kritik und man muss es dem Angehörigen nahebringen, dass sich die Situation geändert hat.	Angehörige sind nicht immer auf dem aktuellen Stand und kennen den Bewohnerzustand nicht.
	Wir müssen mit den schwierigen Angehörigen auskommen und ihren Bedürfnissen nachkommen, so gut es geht. Erklären ist ein Versuch, Ruhe und Frieden zu bewahren.	Angehörigenbedürfnissen müssen wir nachkommen. Erklären hilft, Ruhe und Frieden zu bewahren.
	Die Kritik kommt aus dem Schuldgefühl. Im Hinterkopf der Angehörigen ist, dass sie z. B. ihren Vater ins Heim abgegeben haben. Er ist jetzt im Heim, und wird er auch hier richtig versorgt? Es sind immer wieder die gleichen Fragen.	Schuldgefühle verursachen Kritik. Angehörige stellen in Frage, ob die Versorgung richtig ist.
	Und wir wollen es schon ein Stück weit natürlich auch dem Angehörigen recht machen, aber wir handeln ja im Sinne des Bewohners. Und, ja, das wird oft auch nicht verstanden.	Wir wollen es auch den Angehörigen recht machen, handeln im Sinne des Bewohners.
	Triade ist dann gut, weil alle etwas besteuern können. Dann ziehen alle an einem Strang, Wenn sie nicht funktioniert, dann kommt da nichts zu Stande, also dann ist es eher nicht positiv für den Bewohner. Und dann stressig für uns.	Triadische Beziehung kann ein Gewinn sein. Dysfunktionale triadische Beziehung ist negativ für den Bewohner. Dysfunktionale triadische Beziehung ist stressig für Mitarbeiter.
Besuche	Für den Besuch gibt es keine Vorschriften, Wir erwarten, dass sich Angehörige auf dem Laufenden halten.	Besuche sind jederzeit möglich. Angehörige sollen die

		aktuelle Situation kennen.
	Angehörige müssen Vertrauen zu uns gewinnen, das geht nicht an einem Tag. Häufigere Besuche helfen.	Vertrauen muss sich entwickeln. Häufige Besuche helfen, dieses zu entwickeln.
	Auch wir müssen die Angehörige langsam kennenlernen und dann werden wir sehen, was daraus wird.	Die Beziehung zu den Angehörigen muss sich mit der Zeit entwickeln.
	Familienkontakt ist wichtig und steht für – „Man hat mich nicht vergessen."	Besuche zeigen, dass der Bewohner noch zur Familie dazugehört.
	Die Bewohner benötigen das Kümmern von Angehörigen, damit sie nicht denken, sie sind abgeschoben.	„Kümmern" steuert gegen ein Gefühl von Abgeschoben-Sein.
Zusammen-arbeit	Gute Tätigkeiten für Angehörige sind: spazieren gehen, Kaffee trinken, reden, beim Mittagessen dazusitzen.	Angehörige sind geeignet für psychosoziale Begleitung.
	Angehörige sollen nicht mitpflegen, es gibt Spannungen.	Angehörige sollen nicht pflegen.
	Meine Pflege und die der Angehörigen miteinander zu verbinden, ist schwer. Wir haben unsere Vorgaben und unsere Professionalität. Wenn Angehörige mitpflegen, dann bringen sie eher Sachen ein, die sie gewohnt sind oder die der Bewohner gerne hätte, aber nicht mit der Professionalität im Hintergrund.	Zusammen pflegen ist schwer. Angehörige haben nicht dieselbe Sichtweise. Angehörige sind nicht professionell. Kennen unsere Vorgaben nicht. Mitarbeiter arbeiten professionell. Angehörige orientieren sich an den Gewohnheiten des Bewohners.
	Mitwirkung bei der Pflege geht in Teilen und nach Absprache und nach Anleitung, aber es geht nicht alles. In Kleinigkeiten können Angehörige schon in die Pflege einge-bunden werden.	Manche Angehörige kann man zur Mithilfe anleiten. Mithilfe nur nach Absprache und bei Kleinigkeiten.
	Intimpflege soll nur von Mitarbeitern durchgeführt werden. Kleine Wäsche oder Zahnpflege geht auch mit Angehörigen.	Getrennte Verantwort-lichkeiten: Intimpflege nur von Mitarbeitern, kleine

		Wäsche, Zahnpflege von Angehörigen.
	Erwartungen an die Angehörigen sind zum Wohle des Bewohners, nicht als Entlastung für uns (Bsp: Schuhe besorgen).	Mithilfe nur zum Wohle des Bewohners.
	Wir Mitarbeiter sollen keine Erwartungen an die Angehörigen haben, sondern gute Kontakte pflegen.	Zusammenarbeit soll erwartungslos sein. Gute Kontakte sind wichtig.
Angehörigenarbeit	Feste und Events für die Angehörigen.	Feste und Events für die Angehörige.
	Die Veranstaltungen gehen nicht von der Pflege aus.	Veranstaltungen für Angehörige werden nicht vom Pflegebereich geplant.
	Die Leitung ist zuständig. Sie organisiert alles und hat die Gesamtverantwortung.	Gesamtverantwortung hat die Leitung.
	Wir sind auch zuständig, wir haben den meisten Kontakt.	Alle sind zuständig. Wir haben den meisten Kontakt.
	Im Alltag sind wir vor Ort die Ansprechpartner.	Unterscheidung zw. Zuständig-Sein und Ansprechpartner-Sein.
	Angehörigenarbeit ist irgendwie unsichtbar, nicht beschreibbar.	Angehörigenarbeit ist unsichtbar und nicht beschreibbar.
	Der Kontakt in Krisen des Bewohners ist Aufgabe der qualifizierten Kräfte.	In Krisen sind die Fachkräfte zuständig.
	Angehörige können auch misstrauisch sein.	Angehörige können auch misstrauisch sein.
	Dann kommt hinzu, dass wir hier Leute sind, die nicht so gut deutsch reden. Es ist mir schon passiert, dass jemand zu mir gesagt hat, ich fühle mich wie in einem Asylantenheim.	Die verschiedenen Kulturen der Mitarbeiter lösen Fremdheit aus.
	Vertrauensvoller Kontakt ist halt ein langer Prozess.	Eingewöhnung der Angehörigen ist ein langer Prozess.

Wohnbereich für Menschen mit Demenz

Themen-bereiche	Interviewaussagen	Konzepte
Angehörige	Angehörige sind wie Türöffner; mit ihren Informationen finden wir Zugang zu den Bewohnern. Angehörige vermitteln Nähe. Ihre Gespräche sind für die Seele des Bewohners wichtig (er fühlt sich nicht vergessen).	Angehörige haben verschiedene Funktionalitäten: Sie sind für Bewohner wichtig.
	Der ideale Angehörige ist lieb, nett, hilft mit, redet mit mir, interessiert sich für meine Person und auch für die anderen Bewohner. Er bleibt nicht nur fünf Minuten. Angehörige sind sympathisch und helfen mit. Angehörige können Zeit füllen, wenn kein Angebot stattfindet (Leerlauf).	Der ideale Angehörige: nimmt Beziehung mit Mitarbeiter auf, nimmt Beziehung mit anderen Bewohnern auf, - ist „Mitarbeiter“ - ist „Lückenfüller“ - hat Zeit.
	Manche Angehörige (es sind ca. 10 %) verursachen 50 % der Arbeit (Konflikte bearbeiten).	Angehörige sind Zeiträuber.
	In der Sterbephase ist der Angehörige für den Bewohner wichtig. Er soll nicht allein sein.	Angehöriger ist Begleiter für den Bewohner in der Sterbephase.
	In der Sterbesituation eines Bewohners wird es sehr anspruchsvoll und schwierig, mit Angehörigen umzu-gehen.	Angehörige benötigen in der Sterbesituation ihrer Bewohner anspruchsvolle Begleitung.
	Angehörigen sind individuell. Manche haben kein Kontaktinteresse, manche kommen nur fünf Minuten.	Vielfalt, verschiedene Typen, Heterogenität, unterschiedliche Besuchshäufigkeit.
	Es gibt Angehörige, die eher verschlossen sind, alles alleine verarbeiten und es gibt welche, die offen sind und das Gespräch suchen.	Angehörige sind verschlossen oder gesprächssuchend.
	Angehörige sind nicht aktuell informiert über den Zustand der Bewohner. Sie haben oft keine Ahnung, wie es der Mutter so richtig geht.	Angehörige sind unwissend, aktuelles Wissen haben die Mitarbeiter (und damit eine andere Position).

	Nicht die Bewohner sind Kunden, sondern eher die Angehörigen. Angehörige erwarten eine gewisse Dienstleistung. Die Vertrags-geschichten laufen alle über einen Vertreter (Angehöriger, Betreuer) und insoweit ist der unser Ansprechpartner.	Angehörige sind Kunden. Angehörige erwarten eine Dienstleistung. Angehörige als (juristische) Vertragspartner.
Altenpflege-heim	Angehörige erwarten in einem Altenpflege-heim immer eine allum-fassende Versorgung, auch als spontane Leistung auf Abruf. Die Erwartung steht oft im Widerspruch zu dem Mangel, den man mit der Entscheidung zur Versorgung in einem Altenpflegeheim durchaus akzeptiert (Mangel an Zeit, Personal). Angehörige sind mit der Heimsituation grundsätzlich überfordert. Mit der Zeit kann man sie ins Boot holen. Mitarbeiter bewegen sich mit ihrer Arbeit in der Privatwelt einer Gruppe von Bewohnern und Angehörigen. Es entsteht eine eigene Kultur, eine Parallel-gesellschaft im Pflegeheim. Angehörige sind wie unter sich und feiern (Heiligabend). Dabei stehen die eigenen Interessen der Angehörigen im Vordergrund. „*Es ist sicher ein Bedürfnis da, ganz bestimmt, ah aber ich glaub auf das war von uns keiner vorbereitet. Ja, da hat's Heiligabend auf einmal nach Zwiebeln, Hering und Lachs geschmeckt, ja ah und dann sind die Sektflasche noch da gestanden. Und die Eigendynamik, die so ein Treffen natürlich entwickelt, die ist von uns nicht mehr zu steuern.*“ Manche Angehörige wünschen die Versorgung durch eine Fachkraft und nicht immer durch einen Schüler. Es wird vermutet, dass Angehörige die	Ständige Versorgung (rund um die Uhr) als Erwartungen an die Organisation. Widerspruch zw. Erwartung und dem Wissen um be-grenzte Ressourcen. Mögl. Bewertung: Unaufrichtigkeit und gerade deshalb Schuldgefühle. Überforderung, Kooperation als Prozess. Privatwelt in der Wohngruppe Parallelgesellschaft Angehörige organ-isieren sich und ihre Interessen selber. Angehörige wohnen und feiern selbst-bestimmt mit. Unterscheidung von qualifizierten und nichtqualifizierten Mitarbeitern. Erwartung an Ver

	Unterschiede nicht kennen. Manche Mitarbeiter dürfen keine Medikament verabreichen. Erwartung … vielleicht ein bisschen Verständnis dafür, dass wir neunzehn Bewohner haben und nicht nur eine Mutter, für die wir vierundzwanzig Stunden Einzelbetreuung anbieten können.	sorgung durch qualifizierte Personen (fachlich). Qualifikationsdebatte – Wertigkeit? Angehörige legen den Fokus auf ihren Bewohner. Appell an die Versorgung aller.
Arbeitsplatz	Angehörige können Stress auslösen. Angehörige sind nicht stressig. *„Bei mir sind alle nett, weil ich in der Küche bin."* *„Aber die Probleme hab ich nicht, ich sag ich komm mit allen klar. Ich bin nicht in der Pflege, ich mach keine großen Fehler."*	Küche ist ein „Wohlfühlort" für Angehörige. Pflege ist der „Problemort".
Konflikte	Es ist ein Ärgernis, dass Angehörige sich über Kleinigkeiten beschweren, obwohl es dem Bewohner gut geht (fehlende Halskette, Fleck auf der Bluse). Stress mit Angehörigen kann auch als persönlicher Angriff empfunden werden. Beschwerden sind noch unangenehmer, wenn sie zeitverzögert kommen. Man kann sich dann auch nicht mehr wirklich so gut verteidigen. Angehörige zeigen nach außen, dass alles in Ordnung ist, und plötzlich kommt Kritik. Es gibt Angehörige, die sich bei der Leitung über Mitarbeiter beschweren. Dann kommt die Diskussion wieder ins Team zurück. Im Team kann man solche Situationen aushalten. Es gibt Konflikte aus der Haltung der Sorge heraus (einmischen), aber es gibt auch Konflikte mit „fieser" Absicht. Wenn Sorge die Triebfeder ist, dann ist das Verhalten der Angehörigen in Ordnung. Angehörige kommen mit dem Heimaufenthalt nicht klar und kritisieren. Sie fühlen sich möglicherweise schuldig. Fehler passieren trotzdem und Angehörige stürzen sich natürlich drauf.	Angehörige sehen das Wesentliche nicht. Angehörige sind eine persönliche „Bedrohung", verletzen die Integrität. Angehörige können unberechenbar sein. Konflikte können im Team vereinzeln oder zusammenbringen. Es gibt unterschiedliche Motive für das „Einmischen". Sorge und Schuld als Auslöser für Kritik.

	Angehörige suchen die kleinen Fehler und das Verhalten steht eigentlich für das Nicht-Akzeptieren der Mit-arbeiterin. Es ist völlig destruktiv und eine Fehlerkultur wird damit eigentlich von vornherein ins Negative abgewendet. Ich richte meine Arbeit nach den Wünschen der Angehörigen aus, dann entstehen keine Konflikte. Es gibt auch berechtigte Kritik (Wäsche). Im Gespräch waren die Angehörigen zufrieden und bei der Leitung wird sich dann trotzdem beschwert. Ideale Angehörige halten nicht an dem Vergangenen fest, an dem, was zu Hause war. *„Angehörige suchen die Schlupflöcher oder da wo die Schranke eben am niedrigsten ist, da hauen sie rein."* Wir sind nicht für das Seelenheil aller Angehörigen zuständig.	Kritik steht für das Nicht-Akzeptieren der Mitarbeiter. Diese Art der Kritik verhindert eine positive Fehlerkultur. Konfliktvermeidung durch Dienstleistung und Anpassung. Es gibt berechtige Kritik. Angehörigen wirken nicht kongruent. Ideale Angehörige passen sich dem Aktuellen an. Angehörige sind bedrohlich, mächtig. Wir sind nicht zuständig für ihr Wohl.
Konkurrenz	Angehörige schätzen den Gesundheitszustand und Hilfebedarf nicht immer adäquat ein. Es entsteht der Eindruck, der Bewohner ist Objekt und der Angehörige ist Subjekt. Mitarbeiter ersetzen Angehörige nicht.	Angehörige sind teilkompetent. Objekt - Subjekt. Angehörigenwohl steht im Vordergrund (als Kritik). Mitarbeiter ersetzen Angehörige nicht.
Besuche	Angehörige kommen und haben unterschiedliche Motive, Gespräche führen, zeigen, was man hat, Urlaub, Kontrollgänge. Manche Besuche dienen nicht dem Bewohner. Es gibt auch Angehörige, die nur für fünf Minuten ein Mal die Woche kommen (Kurzbesuche), haben keine Ahnung vom Zustand, stellen aber trotzdem ihre Forderungen und haben immer ein bisschen was bei der Leitung zu kritisieren.	Nicht bewohnerbezogene Besuchsmotive Angehöriger: Gespräche, Kontrolle, Status zeigen. Ahnungslose Angehörige haben Forderungen und Kritik.

	Erklären hilft bei diesen Angehörigen.	Angehörigen kann was erklärt werden
	Bewohner sollen merken, dass Besuch da ist. Angehörige sind in Kontakt und reichen Essen und Trinken.	Angehörige sollen beim Besuch für den Bewohner nützlich sein.
	Persönliche Beziehung: Manche will man öfters sehen, manche vielleicht nicht so oft. „*Ich glaub, manchmal ist das auch einfach nur Sympathiesache.“*	Mitarbeiter haben persönliche Beziehungen zu Angehörigen. Sympathie spielt eine Rolle.
	Kalkulierbare Besuche kämen uns entgegen. Angehörige könnten in den Arbeitsspitzen mitwirken.	Planbare Besuche könnten dazu nützen, die Arbeitsspitzen abzufedern.
	Angehörige können immer kommen, wann sie wollen.	Angehörige können immer kommen.
Zusammenarbeit	Es gibt gute Erfahrungen für die Zusammenarbeit, z. B. Spülmaschine ausräumen, Geschirrschrank ein-räumen.	Positive Zusammenarbeit bei Küchenarbeiten.
	Zusammenarbeit kann durch die unterschiedlichen Qualifikationen in der Mitarbeiterschaft problematisch sein.	Unterschiedliche Qualifikationen können in der Zusammenarbeit problematisch sein.
	Angehörige mischen sich in die professionelle Pflege ein und erschweren die Arbeit. Für eine Mitwirkung muss sicher ganz gut kommuniziert werden. Gegensätzliche Vorstellungen müssen abgewogen werden.	Mitwirkung kann wie Einmischen wirken. Mitwirkung muss ausgehandelt werden.
	Es geht dann einfach darum, dass man bei den Angehörigen vielleicht auch einen Funken Verständnis dafür weckt, dass auch mal was schiefgehen kann.	Niemand ist perfekt.
	Angehörige können beobachten und sehen, wo Hilfe nötig ist.	Angehörige sollen sehen, wo es nötig ist und dann mithelfen.
	Ich möchte nicht, dass mir jemand in der Pflege hilft. Außer beim Trinken und Essen reichen, da wäre ich über Hilfe froh.	Mitwirkung bei der Pflege nein, bei der Ernährung ja.

	Gewisse Kernkompetenzen sind der Pflege vorbehalten, insbesondere wenn es um medizinische Geschichten geht. Angehörige können mir Vorschläge machen, wie sie's daheim gemacht haben, warum sollte ich das nicht eher so akzeptieren? Angehörige sollen mit uns an einem Strang ziehen und nicht noch auf dem Alten von zu Hause beharren. Manche Angehörige haben keine Ahnung vom Zustand der Mutter und meckern trotzdem; erklären hilft bei diesen Angehörigen.	Medizinorientierte Tätigkeiten sind der Pflege vorbehalten. Vorerfahrung/ Praxistipps von Angehörigen können integriert werden. Angehörige ziehen dann an einem Strang, wenn sie ihre Arbeitsweisen verlassen und sich anpassen. Kritik kann mit Information positiv begegnet werden.
Familie	Familie ist nicht immer heile Welt. Man muss da einfach mit allem rechnen und ich bin weit davon weg, das eine oder andere zu verurteilen.	Familie ist nicht immer heile Welt. Ich verurteile nicht.
Wert-schätzung	Wir erleben auch verächtliche Blicke auf die Altenpflegemitarbeiter. Ich hab auch schon erlebt, wie jemand verbal angegriffen wurde. Für Angehörige ist wohlfühlen wichtig. Sie sollen ihre Wünsche äußern können. Die Wünsche der Angehörigen sollen auf den Bewohner bezogen sein. Wir sind für die Angehörigen da, wenn's um ihre Sorgen und um ihre uns anvertrauten Angehörigen geht. Mit den Angehörigen kann man auch wertschätzende Dinge erleben.	Fehlende Anerkennung (Abwertung) und Grenzverletzungen durch Angehörige. Angehörige sollen sich wohlfühlen können Empathie - Mitfühlen mit den Angehörigen. Angehörige geben Mitarbeiter Wertschätzung.
Image der Altenpflege und der Alten-pflegeheime	Die Öffentlichkeit suggeriert, ein Heim ist prinzipiell eine defizitäre Ange-legenheit. Darum haben Angehörige selber ein schlechtes Gefühl. Es gab schon genug Vorfälle, die die Mangelversorgung im Heim darstellten. Kontrolliert wird auch, weil der Altenpflege einfach nicht das notwendige Vertrauen entgegengebracht wird. Angehörige haben teilweise einfach kein Vertrauen zu	Das Image der Altenpflegeheime verstärkt das schlechte Gefühl der Angehörigen. Pflegeheim ist Mangelverwaltung. Angehörige kontrollieren. Es gibt einen Vertrauensverlust gegenüber der Alten-

	uns. Pflegende werden dringend benötigt, auf der anderen Seite wird einem immer des Gefühl vermittelt, nicht unbedingt das vollwertigste Mitglied der Gesellschaft zu sein, wenn man in der Altenpflege arbeitet Es geht nicht nur um die Angehörigen persönlich, sondern sie sind diejenigen, die nach außen kommunizieren und für das Image der Einrichtung mit verantwortlich sind.	pflege. Status der Berufs-angehörigen in der Öffentlichkeit Angehörige sind ein wichtiges Sprachrohr (Imagebildung/ Werbeträger).
Angehörig-enarbeit	Angehörigenarbeit als solche findet schon statt. Die Gruppe der Angehörigen wird gezielt eingeladen. Organisierte Angebote spielen sich auf einer anderen Ebene ab. Mitarbeiter in den Wohnbereichen sind hier weniger zuständig. Wir machen Angehörigenarbeit in dem Maße wie Angehörige auf uns zukommen oder wie wir die Angehörigen brauchen.	Gruppenangebote für Angehörige. Für organisierte Angehörigenarbeit sind wir nicht zuständig. Angehörigenarbeit ist Kontakt auf Initiative der Angehörigen oder im Hinblick auf ihre erwünschte Mitwirkung.

Gruppendiskussion mit Leitungsverantwortlichen

Themen-bereiche	**Interviewaussagen**	**Konzepte**
Angehörige	Angehörige sind unterschiedlich, sind wie wir alle Menschen. Für die Infos über Bewohner sind wir auf Angehörige angewiesen. Über die Angehörigen lernen wir den Bewohner kennen. Gegenposition: Nicht immer können wir als Mitarbeiter Relevantes von den Angehörigen erfragen. Oft sind die Angehörigen selbst hochbetagt Angehörige wollen auch Beratung erhalten. Manche sind auch von der	Vielfalt, verschiedene Typen, Heterogenität. Angehörige sind Informationslieferanten. Angehörigen haben nicht immer die relevanten Informationen. Angehörige benötigen Beratung.

	kognitiven Seite her mit vielem überfordert.	Angehörige sind überfordert.
	Angehörige haben Probleme im Umgang mit Demenz.	Angehörige haben Probleme im Umgang mit Demenz.
	In der Ausbildung habe ich dazu (Umgang mit Angehörigen) nichts gelernt. Inzwischen haben wir auch von den Angehörigen viel gelernt.	Umgang mit Angehörigen ist kein Ausbildungsinhalt. Von den Angehörigen kann man lernen.
	Angehörige sind Kunden und es läuft viel Mund-zu-Mund-Propaganda über das Altenpflegeheim und die Versorgung. Bei den ethischen Fallbesprechungen benötigen wir die Angehörigen auch und beziehen sie mit ein.	Angehörige sind Kunden. Angehörige sind Werbeträger. Angehörige nehmen an ethischen Fallbesprechungen teil.
	Angehöriger entscheidet stellvertretend für den Bewohner.	Angehörige entscheiden stellvertretend.
	Pflegende sind als Zuhörer gefragt, wenn Angehörige ihre Sorgen bei uns „abladen“.	Angehörige entlasten sich im Gespräch bei Mitarbeitern.
	Angehörige gehören zu den Bewohnern dazu. Sie sind eine Ressource für die Arbeit. Ich kann mir den Alltag ohne Angehörige nicht vorstellen.	Angehörige gehören zum Bewohner. Angehörige sind eine Ressource.
	Die Eigenheiten der Angehörigen verlangen, dass man „mitgeht“, aber es gibt Grenzen. Die Begleitung der Angehörigen erfordert ein hohes Maß an Mut und reflektiertes Gesprächsverhalten.	Angehörige benötigen qualitative Begleitung.
	Es gibt Grenzen, wenn Angehörige ihre Grenzen ausloten und so ein Stress entsteht, dass meine Mitarbeiter weinen müssen.	Angehörigen lösen bei Mitarbeitern Stress und Emotionen aus.
	Wenn ich von den Mitarbeitern höre „Ich habe Bauchschmerzen, wenn ich zum Dienst komme oder wenn ich die Angehörigen sehe“, dann ist es meine Aufgabe, die Mitarbeiter zu schützen. Dies gilt insbesondere bei neuen und unerfahrenen Mitarbeiter.	Neue, unerfahrene Mitarbeiter müssen auch vor dem grenzenlosen Verhalten der Angehörigen geschützt werden. Als Leitung schütze ich meine

		Mitarbeiter.
	Manche Angehörige wissen, wie sie ein Team sprengen können. Mit Teamgesprächen und durch Besprechungen kann man da vieles auflösen.	Angehörige können ein Team spalten. Teamgespräche stabilisieren, wenn Angehörige Stress verursachen.
	Manchmal kann man als Angehöriger auch in einen bestehenden Konflikt reinrasseln.	Angehörige können auf vorhandene Konflikte treffen.
	Angehörige wollen das Bestmögliche für ihre Angehörigen, also für den Bewohner.	Angehörige wollen das Beste für ihren Bewohner.
	Die Motivation der Angehörigen ist Angst, Sorge und ein schlechtes Gewissen.	Schlechtes Gewissen, Angst, Sorge sind Motive der Angehörigen.
	Mitarbeiter werden durch zeitintensive Gespräche und Kontakte als Partner und Partnerersatz gesucht.	Mitarbeiter werden als Partnerersatz gesucht.
	Angehörige sind gern im Wohnbereich mit dabei und trinken Kaffee.	Angehörige halten sich gern im Wohnbereich auf.
	Der ideale Angehörige ist der, der Kuchen bringt.	Idealer Angehöriger bringt Kuchen zum Kaffee.
	Der ideale Angehörige fragt nach, hat Humor und verhält sich authentisch.	Der ideale Angehörige ist authentisch und bringt Humor mit.
	Und er fragt auch nach mir, wie es mir geht.	Der ideale Angehörige fragt nach meinem Wohlergehen.
	Jeder hat eine eigene Meinung. Wichtig ist die Botschaft an die Angehörigen, dass die Mutter oder der Vater hier gut versorgt ist.	Angehörige benötigen die Botschaft, dass die Bewohner gut versorgt sind.
	Uns sind dankbare Aussagen von Angehörigen wichtig wie „Hauptsache, Mama geht`s gut.“	Es ist gut, wenn der Bewohner im Fokus ist.
Raumkonzept	Im neuen Haus kam ein Wendepunkt in der Angehörigenarbeit.	Wohngruppenkonzept

	Vergleich zu früher – Altbau –, da waren die Angehörigen nicht so präsent, jetzt sind sie in der Wohnküche mit dabei.	Angehörige sind in der Wohnküche mit dabei.
Kritik	Es gibt eine hohe Unzufriedenheit. Von Angehörigen kommt die Kritik, wir sollten mehr tun. Oft geht es um Banales (Bluse).	Angehörige sind unzufrieden und wünschen mehr Aktivitäten. Kritik entsteht bei Banalem.
	Angehörige benötigen Grenzen. Sie fordern und fordern.	Angehörige benötigen Grenzen. Angehörige haben grenzenlose Forderungen.
	Angehörige, die extrem einbezogen werden wollen, sind sowieso kritisch. Sie wollen permanent kontrollieren.	Wunsch nach Einbezogen-Werden ist kritisch und dient der Kontrolle.
	Schwierige Angehörige sind meist selber krank.Konflikte: Positiv daran ist, wenn es um die Sache geht. Um das „Wie“ gibt es dann Konflikte. Negativ: aus Angehörigensicht geht es um Sorge, Angst Verantwortung.	Schwierige Angehörige sind meist selber krank. Die Sachebene in den Konflikten ist positiv.
	Es gibt die Situation, dass Angehörige unzufrieden sind. Bei mir war es nur ein paar Mal.	Es gibt unzufriedene Angehörige.
	Im Team darüber reden hilft, wenn Angehörige kritisieren.	Bei Kritik hilft das Teamgespräch.
	Wenn ein Angehöriger schwierig ist, dann ist das tragbar. Dass das so ist, ist normal, wie im restlichen Leben auch.	Eine gewisse Menge an Herausforderungen durch Angehörige lässt sich noch gut „handeln“.
	Angehörige gehen manchmal an uns vorbei, ohne Information, ohne Rücksprache. Sorgen daher auch für Dynamik.	Angehörige ignorieren Mitarbeiter.
Heimeinzug	Beim Erstkontakt sind viele Angehörige hilflos. Im Vordergrund stehen Beratung und Fragen zur Finanzierung und der gesamten Bewältigung.	Heimeinzug macht Angehörige hilflos. Angehörige benötigen Beratung.
	Wir beobachten die Angehörigen. Sie fühlen sich eher schnell heimisch. Es ist für sie kein Neuland. Heimeinzug ist entscheidend.	Eingewöhnung der Angehörigen wird beobachtet.
	Ein Altenpflegeheim ist keine fremde	Angehörige fühlen

	Welt. Wir schotten uns nicht ab.	sich schnell heimisch.
	Es gibt viele Türöffner: z. B. das Heimeinzugskonzept, Führung über die Wohnbereiche, Vorstellungsrunde.	Es gibt Türöffner für einen gut begleiteten Heimeinzug.
	Für den Heimeinzug und die Gespräche davor wird möglichst alles erfasst, aus den Familien und von den Betreuungspersonen. Bei mehren Kindern hat oft jedes Kind eine andere Idee, wie die Mutter versorgt werden soll. Es bilden sich auch Familien-streitigkeiten ab.	Angehörige erhalten strukturierte Hilfen bei ihrer „Eingewöhnung". Unterschiedliche Vorstellungen der Familien und Angehörigen zeigen sich bereits beim Heimeinzug.
	Was sie beim Einzugsgespräch gesagt haben, stimmt oft nicht so ganz. Oft sind die Kinder auch nicht so nah dran, wie sie einem glauben zu vermitteln.	Angehörige zeigen beim Einzugsgespräch Nähe, die oftmals so nicht vorhanden ist.
Besuche	Die Häufigkeit kann man nicht messen, was da gut und nicht gut ist.	Besuchshäufigkeit ist kein Gradmesser für Qualität.
	Es gibt ein Mitarbeiter-Betreuer-Bewohner-Dreiecksverhältnis. Da ist es oft anders mit den Betreuern, sie sind wenig da, kümmern sich nicht so.	Betreuer sind weniger präsent. Kümmern sich weniger.
	Besuche werden intensiviert bei akuten Ereignissen, Stürzen, akuter Erkrankung etc. und in der letzten Lebensphase (Sterbebegleitung).	Besuchsfrequenzen verändern sich, wenn der Zustand des Bewohners sich verändert.
	Für Menschen mit Demenz ist es wichtig, dass sie spüren, dass jemand da ist.	Menschen mit Demenz benötigen persönlichen Kontakt.
	Aus der Sicht der Sozialbetreuung ist es für Angehörige wichtig, wenn Feste gefeiert werden. Dieses gemeinsame Erleben ist auch wichtig.	Gemeinsames Erleben von Angehörigen und Bewohnern bei Festen ist wichtig.
	Der ideale Angehörige kommt ein Mal die Woche zu Besuch. Der ideale Angehörige kommt drei Mal die Woche zu Besuch.	Besuchshäufigkeit zw. 1–3 Mal pro Woche ist ideal.
	Angehörige sind nicht immer da, wenn sie gebraucht werden (letzte Phase des Sterbens oder nach dem Tod). Entweder	Angehörige sind nicht immer da, wenn man sie

	es gibt keine oder sie kommen nicht. Viele Angehörige wissen ja auch nicht, dass sie eine Bestattungspflicht haben. Späterer Angehörigenkontakt nach dem Tod der Bewohner zeigt Verbundenheit.	benötigt. Kennen ihre Pflichten nicht immer. Beziehungen werden nach dem Tod der Bewohner aufrechterhalten.
Zusammenarbeit Mitwirkung	Für die Zusammenarbeit hilft das Mäeutische Pflege- und Betreuungs-modell, das Team und die Leitungsverantwortlichen. Es geht um Zusammenarbeit und Vertrauen. Ein Vertrauensvorschuss muss von der Einrichtung kommen. Wir Mitarbeiter müssen in Vorleistung gehen, damit eine Beziehung entsteht, damit Vertrauen wächst und damit Angehörige ihren Platz finden. Angehörige wollen auch nützlich sein. Ihr Tun kann auch Spannung nehmen. Pflegerische Versorgung können sie nicht selbst machen. Mitwirkung, Mithilfe bei der Pflege und Versorgung ist kein Thema. Essen reichen, spazieren gehen, spielen, Schränke mit der Kleidung pflegen und aufräumen ist eine gute Tätigkeit. Bei der Demenz räumt der Bewohner den Kleiderschrank aus und der Angehörige räumt wieder ein. Gute Zusammenarbeit geht mit manchen, aber nicht mit allen.	Mäeutisches Pflege- und Betreuungsmodell unterstützt die Zusammenarbeit mit Angehörigen, Team und Leitungen. Zusammenarbeit und Vertrauen ist wichtig. Vertrauen ist Voraussetzung dafür, dass Beziehung entsteht. Ziel der Zusammenarbeit ist Vertrauen. Dies hilft, als Angehöriger seinen Platz zu finden. Mitarbeiter müssen einen Vertrauensvorschuss leisten. Angehörige wollen nützlich sein. Aktives Tun nimmt Spannungen. Angehörige können und sollen nicht pflegen. Angehörige können Essen reichen, beim Spazierengehen begleiten, im Zimmer aufräumen. Gute Zusammenarbeit geht nicht mit allen.
Inter-	Wir haben viele Mitarbeiter mit inter-	Kulturelle Vielfalt -

kulturalität	kulturellem Hintergrund. *„Ich habe die ganze Welt auf dem Wohnbereich.“* Und gleichzeitig eine ganz eigene Welt mit den Menschen mit Demenz.	interkulturelle Welten.
	In Schlesien gab es keine Pflegeheime. Dort würde man nie im Leben den Vater oder die Mutter in ein Heim abgeben.	Es gibt verschiedene kulturelle Werte. Pflegeheimversorgung wäre in Schlesien moralisch undenkbar.
	Jeder Mensch mit Demenz hat eine andere Erlebenswelt (vgl. Konzept der Mäeutik).	Es gibt individuelle Erlebenswelten.
Angehörigenarbeit	Wir alle sind für die Angehörigenarbeit zuständig.	Für Angehörigenarbeit sind alle zuständig.
	Ohne Angehörige kann die Versorgung gar nicht funktionieren.	Angehörige sind Teil der Versorgung.
	Es ist nicht immer klar, wer Angehöriger ist. Manchmal ist es ein bezahlter Besuchsdienst. Für Angehörige mit ihrem Bewohner wird ein feierliches Abendessen angeboten. Manchmal entsteht dabei ein Dilemma, wer daran teilnimmt.	Es kann unklar sein, wer als Angehöriger gemeint ist.
	Es gibt Informationsabende für Angehörige.	Informationsabende für Angehörige.
	Angehörige benötigen auch Grenzen. *(„Wir müssen schauen, dass die Kirche im Dorf bleibt.“)*	Angehörige benötigen Grenzen.
	Rahmen und Strukturen sind zu halten, denn die Wünsche sind unendlich.	Angehörigenwünsche sind unendlich.
	Den „Rahmen“ können wir durch Gespräche mit Angehörigen halten. Eigentlich machen wir dadurch auch Seelsorge für Angehörige.	Wir begleiten Angehörige seelsorgerlich.
	Angehörige und Mitarbeiter müssen vieles miteinander aushandeln. Das ist viel Arbeit.	Aushandlungsprozesse mit Angehörigen.
	Es gab eine Party im Demenzbereich. Angehörige haben sich zusammengefunden und eigentlich eine eigene Veranstaltung gemacht. Diese hatte dann den Charakter einer Silvesterparty und hatte nur wenig mit dem Bewohner zu tun.	Angehörige gestalten als Gruppe eigene Aktivitäten. Angehörige treffen sich um ihretwillen.

Anhang 13: Perspektiven der Mitarbeiter und ihre Unterschiedsbildungen

Die inhaltlichen Konzepte als einzelne Bestandteile der Subjektiven Theorien sind mit ihren unterschiedlichen dichotomen, trichotomen und polytomen Merkmalsausprägungen aufbereitet. Es wird dabei eine vergleichende und zum Teil kontrastierende Perspektive über alle einzelnen Subjektiven Theorien hinweg eingenommen. Mit diesen Aussagen lassen sich die Vielgestaltigkeit und Variationsbreite der Subjektiven Theorien darstellen. Die inhaltlichen Konzepte sind so gegliedert, dass entsprechend der Funktionsparallelität zu wissenschaftlichen Theorien die Definitionen, Erklärungen und Begründungen und die Prognosen und Technologien dargestellt sind.

Definitionen

Rollen und Funktionalitäten:

- Angehöriger ist Auftraggeber
- Angehöriger ist Informationsgeber
- Angehöriger ist Kooperationspartner
- Angehöriger ist Kunde
- Angehöriger ist Partner auf Zeit
- Angehöriger ist Konkurrent
- Angehöriger ist Kontrolleur
- Angehöriger ist Advokat (auch als Teilnehmer ethischer Fallbesprechungen)
- Angehöriger ist Mitarbeiter
- Angehöriger ist sozialer Betreuer
- Angehöriger ist Wohnküchenmitarbeiter
- Angehöriger ist Sterbebegleiter

Positionen der Angehörigen:

- Angehörige stehen an erster Stelle
- Bewohner steht an erster Stelle
- Angehörige gehören zum Bewohner dazu (innen)
- Angehörige sind extern (außen)
- Angehörige bilden eine Parallelgesellschaft mit autonomen Interessen

Positionen der Mitarbeiter:

- Mitarbeiter gehört nicht zur Familie
- Mitarbeiter gehört zur Familie

Bedeutung von Angehörigen:

- Versorgung im Altenpflegeheim geht auch ohne sie
- Versorgung im Altenpflegeheim zusammen mit Angehörigen ist besser
- Angehörige sind für Bewohner bedeutsam
- Angehörige sind für Mitarbeiter bedeutsam

Informationsgrad der Angehörigen

- Informiert und wissend
- Teilinformiert
- Nicht informiert

Gesprächsbedarf von Angehörigen
- Eher verschlossen
- Gesprächssuchend, Gesprächspartner/Ersatz

Pathologisierung von Angehörigen:
- Angehörige sind belastet/mehrfachbelastet
- Angehörige sind hilflos
- Angehörige sind überfordert

Besuchhäufigkeit:
- Erwartung: am besten täglich
- Keine Erwartung: Angehöriger entscheidet
- Manche Angehörige leben hier (sind den ganzen Tag hier)

Angehörige sind für die Pflege:
- Belastend
- Entlastend

Beziehungsorientierung/ Ansprechpartner:
- Angehörige sind für Bewohner wichtige Ansprechpartner
- Angehörige sind für Mitarbeiter wichtige Ansprechpartner

Handlungsabsichten der Angehörigen:
- Zielen auf das Wohl ihres Bewohners
- Zielen auf ihr eigenes Wohl (Berücksichtigen ihren eigenen Willen)
- Zielen auf ihren Stauts/Selbstdarstellung

Orientierung bei pflegerischen Verrichtungen:
- Angehörige orientieren sich den Gewohnheiten des Bewohners
- Mitarbeiter orientieren sich an professionellen Standards

Funktionalität von Mitarbeitern und Angehörigen:
- Angehörige können von Mitarbeitern ersetzt werden
- Mitarbeiter sind kein Ersatz für Angehörige

Verschiedene Zeitressourcen:
- Angehörige haben Zeit
- Angehörige haben keine Zeit
- Berufsbetreuer (Stellvertreter für Angehörige) haben wenig Zeit

Wahrnehmung von Kompetenzen der Angehörigen:
- Angehörige haben eigene Pflegeerfahrung, haben zu Hause die Pflegesituation gemeistert
- Pflegende Mitarbeiter sind die Profis
- Angehörige sind Laien, sind unerfahren, haben keine Kenntnisse
- Angehörige sind selbstbestimmt
- Angehörige sind teilkompetent
- Angehörige sind mit der Situation überfordert
- Angehörige benötigen von uns Informationen und ein aktuelles Bewohnerbild

Idealer Angehöriger:

- Anpassungsfähig
- Kommunikativ, kommuniziert planbar
- Stellt Informationen zur Verfügung, ist immer im Bilde
- Übernimmt kleine Hilfstätigkeiten
- Ist da, wenn man ihn braucht
- Kommt regelmäßig
- Mischt sich nicht ein
- Akzeptiert seinen Laienstatus
- Hat eher wenig Erwartungen
- Akzeptiert die geringen Ressourcen im Altenpflegeheim
- Nimmt die Angebote der Angehörigenarbeit der Einrichtung an
- Bringt sich in die Wohngruppe ein
- Ist wertschätzend gegenüber den Mitarbeitern
- Holt sich Rat und fragt die Mitarbeiter zu den Bewohnerbedürfnissen

Angehörigenarbeit:

- Ist unsichtbar
- Ist nicht beschreibbar

Erklärungen und Begründungen

Erklärungen, wie Besuche wirken können:

- Besuche entlasten Angehörige
- Besuche belasten Angehörige
- Häufige Besuche bewirken ein besseres Verständnis für die Heimversorgung
- Angehörige, die häufige Besuche machen, können das Leid besser aushalten

Erklärungen, was Besuche bedeuten können:

Besuche stehen für

- Schuldgefühle der Angehörigen
- Akzeptanz der Heimversorgung
- Nicht-Akzeptanz der Heimversorgung
- Kontrolle
- Pflichtbewusstsein
- eine Qualitätszeit (Nähe)
- Familienzusammenhalt
- Gefühle
- Sicherheit
- Selbstbezogene Motive der Angehörigen
- Besuche zeigen, dass Bewohner nicht vergessen ist, Familienzugehörigkeit

Schuldgefühle der Angehörigen:

- Reduzieren die Besuchshäufigkeit
- Steigern die Besuchshäufigkeit

Erklärungen zur Konfliktentstehung:

- Überforderung
- Können sich mit der Entscheidung zur Heimversorgung nicht arrangieren
- Schuld und Scham als Auslöser („suchen Nadel im Heuhaufen“)
- Bringen Konflikte aus der Familie mit
- Paternalistische Form der Fürsorge der Angehörigen gegenüber Bewohnern – Mitarbeiter müssen Bewohner schützen
- Angehörige orientieren sich an Kleinigkeiten / Unwichtigkeiten (z. B. Wäsche, richtige Bluse, richtiger Schmuck)
- Behandeln Mitarbeiter wie Dienstboten
- Unverhältnismäßige, unmäßige Forderungen an die Versorgung (oft aufgrund eigener Unzufriedenheit)
- Geben relevante Informationen nicht weiter (z. B. Medikamente)

Bewertung der Versorgung in einem Altenpflegeheim:

- Altenpflegeheim ist gute und normale Option
- Altenpflegeheim ist immer die 2. Wahl

Erwartungen, die Mitarbeiter an Angehörige haben:

- Keine Erwartungen
- Angehörige sollen sich kümmern, sollen mitwirken
- Angehörige sollen nicht pflegen
- Mitwirkung beim Heimeinzug klären
- Angehörige und Bewohnern sollen bei Festen Gemeinsamkeiten erleben

Zusammenarbeit mit Angehörigen:

- Wird beim Heimeinzug ausgehandelt und geklärt
- Entwickelt sich prozesshaft
- Regeln werden (aus fachlichen Gründen) vorgegeben

Verhalten der Angehörigen:

- Ist mit der Zeit veränderbar (wird positiv beeinflusst)
- Ist statisch (und eher schwierig)

Begründungen, warum Angehörige mitwirken / nicht mitwirken sollen:

- Mitwirkung der Angehörigen entlastet Mitarbeiter
- Mitwirkung der Angehörigen zeigt dem Bewohner ein gemeinsames Interesse für sein Wohl
- Mitwirkung der Angehörigen hilft gegen das Gefühl der Hilflosigkeit
- Mitwirkung lässt Besuch für Angehörige besser aushalten
- Keine Mitwirkung, da Pflegetätigkeiten Angehörige belasten
- Keine Mitwirkung, da Mitwirkung der Angehörigen Mitarbeiter belasten (Ängste und Unsicherheiten)
- Keine Mitwirkung, da Angehörige die fachlichen Standards nicht kennen

Entscheidung zur Mithilfe:

- Bewohner entscheidet über eine Mithilfe durch Angehörige

- Mitarbeiter entscheidet über eine Mithilfe durch Angehörige

Verständnis von gemeinsamer oder geteilter Verantwortung:
- Mitarbeiter und Angehörige haben geteilte Verantwortung
- Mitarbeiter und Angehörige haben gemeinsame Verantwortung

Orientierung der Mitarbeiter für ihr Handeln mit den Angehörigen:
- Mitarbeiter orientiert sich an seiner eigenen Perspektive
- Mitarbeiter orientiert sich an der Perspektive anderer (erfragen von Wünschen/Vorstellungen)
- Mitarbeiter orientiert sich am Einzelfall
- Mitarbeiter orientiert sich an seinen kulturellen Werten
- Mitarbeiter orientiert sich an Standards, Regeln, Vorgaben der Institution (normativ).

Handlungsbegründungen für die Arbeit / den Kontakt mit Angehörigen:
- Zum Wohl des Bewohners
- Zum Wohl des Angehörigen
- Zum Wohl des Wohngruppe
- Gemäß dem Einrichtungskonzept

Paternalistische Haltung:
- Mitarbeiter haben Erfahrung und gehören zum Fachpersonal. Sie wissen, was für den Bewohner gut und richtig ist.
- Angehörige wissen, was für den Bewohner gut und richtig ist.

Prognosen und Technologie

Mitarbeiter-Sorge gilt eher:
- Bewohnern
- Angehörigen
- Angehörigen und Bewohnern

Mein Handeln zielt eher auf:
- die Pflege (Körper, Leib)
- die soziale Betreuung
- eine seelsorgerliche Begleitung (Seele)
- den Schutz meiner Mitarbeiter

Zuständigkeit für Angehörige:
- Jeder ist zuständig
- Die jeweilige Bezugsperson ist zuständig
- Sozialdienst ist zuständig
- Hausleitung ist zuständig
- Geteilte Zuständigkeit

Erwartungen mit Angehörigen aushandeln:
- Jeder ist zuständig
- Sozialdienst ist zuständig

- Wohnbereichsleitung / Hausleitung ist zuständig

Konflikte mit Angehörigen bearbeiten:
- Jeder ist zuständig
- Hausleitung ist zuständig

Tätigkeitsorientierung:
- Mitwirkung ist bei der Pflege erwünscht
- Mitwirkung ist bei der Pflege nicht erwünscht
- Mitwirkung ist bei der sozialen Betreuung erwünscht
- Mitwirkung bei der Sterbebegleitung ist erwünscht
- Mitwirkung bei der Sterbebegleitung ist nicht erwünscht
- Mitwirkung in der Wohnküche ist erwünscht

Gefühl für Sicherheit; Vertrauen aufbauen:
- Kommunikation vermittelt Vertrauen und Sicherheit für Angehörige
- Zusammenarbeit schafft Vertrauen und Sicherheit für den Bewohner

Kommunikation mit Angehörigen:
- Gespräche mit Angehörigen gehen nebenher
- Gespräche mit Angehörigen werden geplant / extra terminiert

Beziehungs- und Interaktionsgestaltung:
- Dyadische Beziehung: Bewohner – Mitarbeiter. Fokus: Bewohner
- Dyadische Beziehung: Angehöriger – Mitarbeiter. Fokus: Angehöriger
- Triadische Beziehung: Bewohner – Mitarbeiter – Angehöriger. Fokus: Angehöriger gleichberechtigt im Blick
- Komplexe Beziehungen (Wohngruppenbeziehungen): Fokus auf die gesamte Gemeinschaft in der Wohngruppe

Gewünschter Aufenthalt von Angehörigen:
- Im Zimmer des Bewohners
- In der Wohngruppe / Wohnküche
- In der Cafeteria

Erklärung zur Versicherung selbständiger Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.
Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit bisher nicht veröffentlicht wurde und nicht bereits einmal an einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht wurde.
Die eingereichte schriftliche Fassung entspricht der auf dem elektronischen Speichermedium (CD-Rom).

_____ _____

Ort, Abgabedatum Unterschrift