

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften –Evangelische Fachhochschule  
Nürnberg

Health: Angewandte Pflegewissenschaften (B.Sc.)

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

**Person-zentrierte Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz  
in deutschen Privathaushalten durch osteuropäische Live-In Betreuungskräfte**

Herausforderungen und Handlungsempfehlungen  
für die Umsetzung des person-zentrierten Ansatzes nach Tom Kitwood  
in Live-In Arrangements

Rebecca Tietze

rebecca.tietze@gmx.net

Gutachterin: Prof. Dr. Barbara Städtler-Mach

Abgabetermin: 12.01.2021

### **Zusammenfassung**

In Deutschland werden 2,59 der insgesamt 3,4 Millionen Pflegebedürftigen Zuhause versorgt. Von den 1,7 Millionen Menschen mit Demenz leben 75 % in Privathaushalten. Die eigene Häuslichkeit stellt somit ein zentrales Setting der Langzeitversorgung dar. Bei der Versorgung von Menschen mit Demenz entstehen komplexe Versorgungsarrangements. Innerhalb dieser wird der größte Anteil der Versorgung von nahen Angehörigen übernommen. Zur weiteren Unterstützung werden meist ambulante Pflegedienste hinzugezogen. Der zeitaufwendige Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf von Menschen mit Demenz kann auf diesem Weg jedoch nicht abgedeckt werden. Folglich wird nach Lösungen gesucht, um die häusliche Versorgung zu stabilisieren. Hierbei gewinnt das Live-In Arrangement, bei welchem bezahlte Hilfskräfte aus dem Ausland als sogenannte Live-Ins im Haushalt von Pflegebedürftigen leben und dort gleichzeitig deren Versorgung übernehmen, an Bedeutung.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht stellt sich die Frage, wie die Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz im Live-In Arrangement zu bewerten ist. In dieser Qualifikationsarbeit wird hierfür zunächst der Forschungsstand zum Themenfeld dargestellt. Anschließend werden relevante theoretische Grundlagen erläutert und das Live-In Arrangement beschrieben. Folgend wurden die Dissertationen von Ignatzi (2014) und Kniejska (2015) mittels deduktiver Kategorienanwendung untersucht. Ausgangspunkt dieser Untersuchung ist der person-zentrierte Ansatz nach Tom Kitwood. Ziel der Arbeit ist es, Herausforderungen für eine person-zentrierte Versorgung von Menschen mit Demenz im Live-In Arrangement aufzuzeigen und Handlungsempfehlungen zur verbesserten Umsetzung darzulegen.

Im Ergebnis werden herausfordernde Aspekte in den für eine person-zentrierte Versorgung relevanten Bereichen Bedürfnisbefriedigung, Umsetzung von konstruktiven Interaktionen und Kommunikation benannt. Hierbei zeigt sich, dass die prekären strukturellen Bedingungen des Live-In Arrangements und die lückenhaften sprachlichen sowie fachlichen Kompetenzen der Live-Ins eine person-zentrierte Pflege und Betreuung erschweren. Folglich ist es für die Umsetzung einer person-zentrierten Versorgung unerlässlich die Rahmenbedingungen des Live-In Arrangements zu verbessern und die krankheitsspezifischen Sprach- und Fachkompetenzen der Live-Ins durch geeignete Ansätze auszubauen. Es konnte ein Beitrag zur praxisnahen Versorgung von Menschen mit Demenz in Live-In Arrangements geleistet werden. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist allerdings limitiert, weshalb eine weiterführende Forschung inklusive Primärdatenerhebung angezeigt ist.

## **Inhalt**

Zusammenfassung .....	I
I. Abkürzungsverzeichnis .....	III
II. Tabellenverzeichnis .....	IV
1. Einleitung .....	1
2. Forschungsstand und Konkretisierung des Forschungsvorhabens .....	3
3. Fragestellung und Zielformulierung .....	6
4. Theoretische Einbettung .....	7
4.1 Demenz als neurokognitive Störung .....	7
4.2 Person-zentrierte Pflege von Menschen mit Demenz .....	10
4.3 Beschreibung des Live-In Arrangement .....	12
4.3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen .....	12
4.3.2 Charakteristika der Akteure .....	15
4.3.3 Modell der haushaltsnahen Leistungsbereiche .....	20
5. Methodik .....	21
5.1 Strukturierende Inhaltsanalyse .....	22
5.2 Deduktive Kategorienbildung .....	23
6. Ergebnisse .....	25
6.1 Herausforderungen der Bedürfnisbefriedigung .....	25
6.2 Herausforderungen für die Umsetzung von konstruktiven Interaktionen .....	30
6.3 Herausforderungen der Kommunikation .....	32
6.4. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen .....	34
7. Fazit .....	37
7.1 Limitationen .....	37
7.2 Ausblick und persönliches Resümee .....	38
III. Literaturverzeichnis .....	V
IV. Anhang .....	IX
V. Erklärung .....	XXI

## I. Abkürzungsverzeichnis

B.Sc. ....	Bachelor of Science
Dip .....	Deutsches Institut für Pflegeforschung
DSM-5 .....	Statistical Manual of Mental Disorders fünfte Ausgabe
MmD.....	Menschen mit Demenz
NCD.....	neurokognitive Störungen
PCC.....	person-centred care
SGB V .....	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI.....	Sozialgesetzbuch Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung
ZAV .....	Zentrale Auslands- und Fachvermittlung

Hinweis zur Berücksichtigung der Genderaspekte:

In dieser Arbeit wird eine möglichst geschlechtsneutrale Formulierung angestrebt. Sofern dies nicht möglich ist, wird zur besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Hiervon ausgenommen sind Zitationen und die sich darauf beziehenden Ausführungen. Es werden ausdrücklich alle Geschlechter und Geschlechtsidentitäten (männlich, weiblich, divers) angesprochen und berücksichtigt.

Hinweis zu den verwendeten Bezeichnungen:

Für die bezahlten Hilfskräfte<sup>1</sup> aus dem Ausland werden die Bezeichnungen „Live-Ins“ oder gleichbedeutend „Live-In Betreuungskräfte“ verwendet.

Für die betrachtete Kundengruppe<sup>2</sup> wird die Begriffskombination Menschen mit Demenz (MmD<sup>3</sup>) oder die Bezeichnung „pflegebedürftige Personen“ verwendet bzw. von „Pflegebedürftigen“ gesprochen.

---

<sup>1</sup> Bei diesen handelt es sich größtenteils um Frauen aus Mittel- und Osteuropa (vgl. ex. Ignatzi 2014:133; Kniejska 2015:103). Aus formalen Gründen wird jedoch auf einen Zusatz zum Hinweis auf das Herkunftsland verzichtet und die Bezeichnungen Live-In und Live-In Betreuungskräfte werden geschlechtsneutral verstanden.

<sup>2</sup> Anstelle von Patienten wird von Kunden gesprochen.

<sup>3</sup> Abkürzungen werden bei erstmaliger Nennung erläutert und im Abkürzungsverzeichnis aufgeführt.

### II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Entstehungssituation des Materials (Teil A) .....	IX
Tabelle 2 Entstehungssituation und Formale Charakteristika des Materials (Teil B).....	X
Tabelle 3 Kategorie A1 Unterbrechung Einsatzzeit .....	XI
Tabelle 4 Kategorie A2 Permanente Anwesenheit & Verfügbarkeit .....	XII
Tabelle 5 Kategorie A3 Beziehungsverhältnisse.....	XIII
Tabelle 6 Kategorie B1 Kenntnisstand zum Krankheitsbild Demenz.....	XIV
Tabelle 7 Kategorie B2 Persönliche Einstellungen & Eigenschaften .....	XV
Tabelle 8 Kategorie C1 Sprachkompetenz .....	XVI
Tabelle 9 Kategorie C2 Kenntnisstand Kommunikation bei MmD .....	XVII
Tabelle 10 Kodierleitfaden Kategorie A Bedürfnisbefriedigung (orange).....	XVIII
Tabelle 11 Kodierleitfaden Kategorie B Konstruktive Interaktionen (lila).....	XIX
Tabelle 12 Kodierleitfaden Kategorie C Kommunikation (pink).....	XX

## 1. Einleitung

In Deutschland sind im Dezember 2017 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Von diesen Pflegebedürftigen leben rund drei Viertel (2,59 Millionen) in Privathaushalten, wo sie größtenteils allein durch Angehörige versorgt werden (vgl. Destatis 2018: 8). Wie viele von diesen pflegebedürftigen Personen von einer Demenz betroffen sind, ist nicht gesichert bekannt. Jedoch wird in der Broschüre zum Förderprogramm „Zukunftswerkstatt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit (2017: 17) angegeben, dass 75% der 1,7 Millionen Menschen mit Demenz (vgl. Bickel 2020: 1) in der eigenen Häuslichkeit wohnen. In Deutschland wird somit der weitaus größte Anteil der Pflege im privaten Umfeld der pflegebedürftigen Personen erbracht (vgl. Hielscher et al. 2017: 20).

Besonders die Unterstützung von MmD erfordert spezielle Versorgungsstrategien und Versorgungsstrukturen. Es entstehen komplexe Versorgungssituationen, welche durch den Ort, an dem die Pflege erbracht wird und durch die sich entwickelnden Pflegearrangements charakterisiert werden können (vgl. Blinkert 2007: 228). Die Begrifflichkeiten Pflege- und Versorgungsarrangement werden synonym verwendet und nicht eindeutig voneinander abgegrenzt (vgl. Engels et al. 2005, zit. nach von Kutzleben 2018: 26). Aufgrund der umfassenden Unterstützungsbedarfe der Pflegebedürftigen im Live-In Arrangement, welche über einen rein pflegerischen Bedarf hinaus gehen (vgl. Neuhaus et al. 2009: 47-53; Isfort und von der Malsburg 2014: 26), wird nachfolgend der Begriff Versorgungsarrangement verwendet.

Versorgungsarrangements bezeichnen die auf die Versorgungsbedürfnisse einer Person angepasste Kombination aus Pflegeleistungen und Helfern (vgl. Blinkert und Klie 1999: 101, zit. nach von Kutzleben 2018: 26). Sie entstehen, wenn Personen in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt und deshalb auf die Hilfe und Unterstützung von anderen angewiesen sind (vgl. Greß et al. 2020: 57). In der häuslichen Versorgung entsteht hierbei ein Netz aus informellen und formell-professionellen Helfern (vgl. Hielscher et al. 2017: 44f.; Greß et al. 2020: 56). Informelle Helfer sind im Normalfall Familienmitglieder oder andere nahestehende Personen der Pflegebedürftigen, während formell-professionelle Helfer Leistungen nach dem SGB V und SGB XI erbringen (vgl. Hielscher et al. 2017: 45; von Kutzleben 2018: 32; Greß et al. 2020: 56). Im häuslichen Versorgungsarrangement gibt es meist eine informelle Hauptpflegeperson, welche maßgeblich für die Organisation und Sicherstellung des reibungslosen Ablaufs innerhalb der Versorgung verantwortlich ist (vgl. Hielscher et al. 2017: 45).

# 1. Einleitung

---

Die angesprochenen umfassenden Unterstützungsbedarfe von MmD sind vor allem durch einen zeitaufwendigen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf geprägt (vgl. Hielscher et al. 2017: 94). Jedoch kann dieser Bedarf von den informellen Helfern nicht mehr und von den professionell- formellen Dienstleister noch nicht gedeckt werden (vgl. Neuhaus et al. 2009: 52f.). Aus diesem Grund wird nach Lösungsmöglichkeiten gesucht, um die häusliche Versorgung zu stabilisieren (vgl. Hielscher et al. 2017: 94f.).

Eine Option hierfür bietet das Live-In Arrangement, bei welchem bezahlte Hilfskräfte aus dem Ausland als sogenannte Live-Ins (vgl. u.a. Karakayali 2010: 116; Satola 2015: 16; Emunds 2016: 12) im Haushalt von pflegebedürftigen Personen leben und dort gleichzeitig deren Betreuung und Versorgung übernehmen (vgl. Neuhaus et al. 2009: 53, Hielscher et al. 2017: 94f.). Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 115.000 bis 300.000 solcher Hilfskräfte in deutschen Privathaushalten tätig sind (vgl. Böning und Steffen 2014: 6; Emunds 2016: 12; Hielscher et al. 2017: 95). Innerhalb der Live-In Arrangements kommt es zur Vermischung von Aufgaben, welche von den Live-Ins in einer personalisierten und emotional aufgeladenen Form im gewohnten Umfeld der Pflegebedürftigen erbracht werden müssen (vgl. Lutz 2008: 202). Die Versorgung von MmD wird hierbei als besonders herausfordernd empfunden (vgl. Ignatzi 2014: 309).

Hierauf Bezug nehmend untersucht die vorliegende Arbeit die praxisnahe Versorgung von MmD im Live-In Arrangement. Hierfür wird zunächst, zur Eingrenzung des Themenfeldes und zur Konkretisierung des Forschungsvorhabens, der aktuelle Forschungsstand dargestellt. Anschließend werden relevante theoretische Grundlagen erläutert, bevor folglich das Live-In Arrangement charakterisiert wird. Aufbauend wird die Versorgung von MmD innerhalb des Live-In Arrangement auf Basis des person-zentrierten Ansatzes zum Umgang mit Menschen mit Demenz nach Tom Kitwood untersucht. Dieser ist sowohl in der Pflegepraxis als auch in der Pflegewissenschaft etabliert (vgl. DNQP 2018: 76). Ziel ist es, Herausforderungen für die Umsetzung einer person-zentrierte Pflege/Versorgung (person-centred care/PCC) im Live-In Arrangement aufzuzeigen und anschließend Handlungsempfehlungen zur Verbesserung dieser darzulegen.

### **2. Forschungsstand und Konkretisierung des Forschungsvorhabens**

Zur Erarbeitung des Forschungsstandes wurde eine orientierende Literaturrecherche auf den gängigen Datenbanken durchgeführt. Zur weiteren Eingrenzung wurde ausschließlich nach deutscher Literatur gesucht. Zudem wurden Inhalte berücksichtigt, welche im Rahmen des Wahlfachs „24-Stunden-Betreuungskräfte“ während des Sommersemesters 2020 an der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg vorgestellt worden sind. Zur Verdeutlichung des Zuwachs an Literatur zum Themenfeld sind die wissenschaftlichen Arbeiten aufsteigend chronologisch angeordnet. Eine Ausnahme stellen die Werke des Deutschen Instituts für Pflegeforschung e.V. (Dip) dar, welche aufgrund ihrer zusammenhängenden Struktur gebündelt im Anschluss an die Arbeit von Satola (2015) dargestellt werden.

Lutz (2008: 9) stellt die Ergebnisse der Studie „Geschlecht, Ethnizität und Identität. Die neue Dienstmädchenfrage im Zeitalter der Globalisierung“ dar. Diese untersucht die transnationale Arbeits- und Lebenssituation von in deutschen Privathaushalten beschäftigten MigrantInnen. Im Mittelpunkt stehen hierbei die folgenden drei Fragenkomplexe: (1) Kommunikation, Selbst- und Fremdwahrnehmung; (2) Arbeitsidentität und (3) Netzwerkbildung und transnationale Lebensführung (vgl. ebd.: 9f.). Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Methodenmix bestehend aus autobiografischen Stegreiferzählungen, leitfadengestützten, themenfokussierten Interviews und teilnehmender Beobachtung angewendet (vgl. ebd.: 49-58). Zur Auswertung wurde eine kontrastierende Fallauswahl getroffen. Anschließend wurden die ausgewählten Interviews mit dem Verfahren der hermeneutisch interpretativen Fallanalyse aufbereitet (vgl. ebd.: 58). Im Ergebnis werden transnationale Migrationsbiographien dargestellt (vgl. ebd.: 61-199) und die gesellschaftliche sowie politische Schiefelage innerhalb des Themenfeldes aufgezeigt (vgl. ebd.: 202-207).

Das deutsch-polnische Kooperationsprojekt „Grenzräume – Zwischenräume. Migration polnischer Frauen ins Ruhrgebiet“ (Kałwa et al. 2010: 9) untersucht die transnationale Lebens- und Arbeitssituation von in deutschen Privathaushalten tätigen polnischen Frauen auf Mikro- Meso- und Makro-struktureller Ebene (vgl. ebd.: 14). Hierfür wurden die Frauen bilokal d. h. sowohl in Deutschland als auch in Polen mittels Interviewleitfaden befragt. Die Interviews wurden von den Autorinnen Kałwa, Metz-Glöckel und Müntz mittels divergierender Schwerpunktsetzung und methodischer Vorgehensweise ausgewertet. Im Ergebnis wird die Lebens- und Arbeitssituation der Frauen aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet und dargestellt (vgl. ebd.: 17-18).



## 2. Forschungsstand und Konkretisierung des Forschungsvorhabens

---

Karakayali (2010: 71) untersucht in ihrer Dissertation die Auswirkungen der Arbeit als Haushaltshilfe auf Migrantinnen aus Osteuropa. Hierbei stehen deren Handlungsstrategien im Umgang mit ihren Arbeitssituationen im Mittelpunkt. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden biographische Interviews (vgl. ebd.: 77) mit Migrantinnen geführt, welche in deutschen Privathaushalten mit Pflegebedürftigen arbeiten (vgl. ebd.: 89). Die Interviews wurden mittels biographischer Methode und Typologie ausgewertet. Im Ergebnis werden vier Handlungstypen aufgezeigt, welche auch als biographische Typen zu verstehen sind (vgl. ebd.: 95-99).

Ignatzi (2014: 106) untersucht in ihrer Dissertation die Lebenssituation von polnischen Frauen im Kontext der transnationalen Pflege. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden polnische Frauen, welche in deutschen Privathaushalten im Bereich der Pflege von alten Menschen tätig sind, mittels leitfadengestützten fokussierten Interviews befragt. Die Interviews wurden mittels typenbildenden Verfahren ausgewertet (vgl. ebd.: 119-125). Als Ergebnis wird die Lebenssituation der polnischen Pendlerinnen in verschiedenen Kategorien beschrieben und im Kontext des Lebenslagenansatzes reflektiert (vgl. ebd.: 132).

Satola (2015: 31-37) untersucht in ihrer Dissertation die Interaktionsstrukturen und das Handeln von polnischen Frauen, welche in deutschen Haushalten als Pflegekräfte und Haushaltshilfen arbeiten. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden autobiographisch-narrative Interviews geführt und mittels Narrationsanalyse ausgewertet (vgl. ebd.: 40-45). Im Ergebnis werden vier biographische Fallkonstruktionen (vgl. ebd.: 49) und das Model der temporären Selbstprofessionalisierung in der häuslichen Pflege dargestellt (vgl. ebd.: 221-232).

Im Jahr 2009 ist vom Dip e.V. im Auftrag des Deutschen Caritasverbands e.V. eine Studie zur Situation und zu den Bedarfen von Familien, welche mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen beschäftigen durchgeführt worden. Ziel dieser Studie war es, die multiperspektivische Diskussion zum betrachteten Versorgungsarrangement mittels Befragung der involvierten Akteure zusammenzuführen (vgl. Neuhaus et al. 2009: 14). Hierfür wurde ein Methodenpluralismus bestehend aus leitfadengestützten ExpertInneninterviews und standardisiert schriftlichen Befragungen angewendet (vgl. ebd.: 37f.). Die zentralen Erkenntnisse der Studie beziehen sich auf quantitative Ergebnisse u. a. zu den Charakteristika der pflege- und hilfebedürftigen Personen, Gründen für die Inanspruchnahme einer mittel- und osteuropäische Haushaltshilfe und notwendigen und erbrachten Unterstützungsleistungen (vgl. ebd.: 41-92).

## 2. Forschungsstand und Konkretisierung des Forschungsvorhabens

---

Weiterführend evaluierte das Dip e.V., dass seit 2009 durch den Diözesan-Caritasverband Paderborn e.V. realisierte Projekt „Heraus aus der Grauzone – Qualitätsgesicherter Einsatz polnischer Haushaltshilfen in deutschen Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen“ (Isfort und von der Malsburg 2014: 3). Intention des Projekts ist eine verantwortliche Vermittlung von mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen auf Basis von regulären Arbeitsverträgen (vgl. ebd.: 11). Die Evaluation hat zum Ziel, das Projekt hinsichtlich seiner Wirksamkeit und der Zufriedenheit aller im Projekt beteiligten Akteure zu bewerten sowie Optimierungsvorschläge aufzuzeigen (vgl. ebd.: 13). Hierfür wurde ein Methodenmix bestehend aus standardisiert schriftlichen Befragungen und leitfadengestützten Einzelinterviews angewendet (vgl. ebd.: 16). Die Evaluation zeigt ein hohes Maß an Zufriedenheit am Projekt und es werden Optimierungsvorschläge dargestellt (ebd.: 54-60). An dieser Stelle ist noch ein Gutachten erwähnt, das sekundäranalytisch die Daten der obig genannten Studien zusammenfasst. Ziel des Gutachten ist es einen Überblick über die Situation und Realität von nordrhein-westfälischen Familien, welche ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte beschäftigen zugeben (vgl. Isfort und von der Malsburg 2017: 21).

Im Herbst 2017 fand an der Evangelischen Hochschule Nürnberg ein Symposium zum Themenfeld statt. Im Anschluss wurde ein Forschungsnetzwerk gegründet, welches multiprofessionell und international zur Thematik forscht (vgl. Städtler-Mach und Ignatzi 2020: 9). Das Buch „Grauer Markt Pflege“ fasst die entstandene multiperspektivische Betrachtung u. a. aus rechtlicher, pflegewissenschaftlicher und sozialetischer Perspektive zusammen. Die Perspektive der polnischen Betreuungskräfte wird mittels biografischer Skizzen aufgegriffen (vgl. ebd.: 10).

Nachfolgend werden zur Vollständigkeit des Forschungsstandes vier weitere Werke genannt, welche aus formalen Gründen jedoch nicht näher dargestellt werden können.

Krawietz und Scheiwe (2010) untersuchen die grenzüberschreitende Pflegearbeit in Privathaushalten aus einer rechtswissenschaftlicher und sozialwissenschaftlicher Perspektive.

Das Forschungsprojekt „Ausländische Pflegekräfte in Privathaushalten“ untersucht das Phänomen der irregulären häuslichen Pflegearbeit durch Osteuropäerinnen in Deutschland hinsichtlich der Beschäftigungsverhältnisse und der eingebetteten zwischenmenschlichen Beziehungen (vgl. Emunds und Schacher 2012: 16).

Emunds (2016) beleuchtet das Live-In-Versorgungsarrangement aus einer sozial-ethischen Perspektive.

### 3. Fragestellung und Zielformulierung

---

Das Projekt „EUMIP“ hat zum Ziel, einen Unterstützungsansatz für MigrantInnen in häuslichen Arrangements zu entwickeln und zu erproben (vgl. Kiekert und Schirilla 2018: 8).

Die aufgeführte Literatur zeigt, dass der Forschungsstand zum Themenfeld in den vergangenen Jahren angewachsen ist. Die Arbeits- und Lebenssituation der in deutschen Privathaushalten arbeitenden MigrantInnen ist in mehreren qualitativ ausgerichteten Arbeiten untersucht. Hierbei dominieren gender- und migrationstheoretische Forschungsperspektiven (vgl. Kniejska 2015: 89). Einige dieser Arbeiten nehmen speziell die Arbeits- und Lebenssituation von Migrantinnen aus Mittel- und Osteuropa, welche in deutschen Privathaushalten im Bereich der Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Personen tätig sind (vgl. Karakayali 2010, Ignatzi 2014; Satola 2015), in Blick. Mit den Werken des Dip e.V. (vgl. Neuhaus et al. 2009; Isfort und von der Malsburg 2014) ist das Themenfeld quantitativ untersucht. Allerdings zeigt sich auch, dass die praxisnahe Versorgung von MmD im Live-In Arrangement unzureichend erforscht ist. Jedoch lassen einige der vorgestellten wissenschaftlichen Arbeiten Rückschlüsse auf die direkte Versorgung zu.

### **3. Fragestellung und Zielformulierung**

Vor diesem Hintergrund will die vorliegende Qualifikationsarbeit auf Basis ausgewählter Literatur folgende Forschungsfragen beantworten:

- Welche Herausforderungen lassen sich für die Umsetzung einer person-zentrierten Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz nach Tom Kitwood in Live-In Arrangements mit osteuropäischen Betreuungskräften auf Basis vorhandener Literatur ableiten?
- Welche Handlungsempfehlungen lassen sich bezogen auf die abgeleiteten Herausforderungen zur Verbesserung der Umsetzung einer person-zentrierten Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz im betrachteten Versorgungsarrangement treffen?

Ziel ist es, Herausforderungen für die Umsetzung einer person-zentrierten Betreuung und Pflege von MmD im Live-In Arrangement aufzuzeigen und anknüpfend an diese Handlungsempfehlungen zur Verbesserung dieser abzuleiten. Hierdurch soll zum Erkenntnisgewinn im Bereich der praxisnahen Versorgung von MmD durch Live-In Betreuungskräfte beigetragen werden.

### **4. Theoretische Einbettung**

Im folgenden Absatz wird zunächst die theoretische Einbettung in drei Unterabschnitten dargestellt. Ziel ist es, die verwendeten Begrifflichkeiten zu definieren und den theoretischen Bezugsrahmen abzustecken.

Im ersten Unterabschnitt werden relevante Grundlagen der Pathophysiologie, Krankheitsursache und Symptomatik des Krankheitsbilds Demenz angesprochen. Hierbei wird die Definition von Demenz nach den Kriterien der fünften Ausgabe des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-5) vorgestellt.

Im zweiten Unterabschnitt wird der person-zentrierte Ansatz auf Basis des Grundlagenwerks von Kitwood (2019) beschrieben. Hierdurch werden die im Rahmen der strukturierenden Inhaltsanalyse abgeleiteten Kategorien theoretisch fundiert.

Im dritten Unterabschnitt wird das betrachtete Live-In Arrangement in drei Gliederungspunkten erläutert. Im ersten Gliederungspunkt werden die rechtlichen Rahmenbedingungen prägnant zusammengefasst. Im zweiten Gliederungspunkt werden die primären Akteure der Live-In Arrangements charakterisiert. Für die Charakterisierung der betrachteten Kundengruppe und deren Familien werden die Studien des Dip e.V. herangezogen (vgl. Neuhaus et al. 2009; Isfort und von der Malsburg 2014). Hierbei gehen die Unterstützungsbedarfe der betrachteten Kundengruppe und die Beweggründe der Familien für das Live-In Arrangement hervor. Für die Charakterisierung der Live-Ins werden die Dissertationen von Ignatzi (2014) und Kniejska (2015) verwendet. Hierbei werden die Motivlagen der Live-In Betreuungskräfte für die Tätigkeit dargelegt. Im dritten Gliederungspunkt wird der Tätigkeitsbereich der Live-Ins beschrieben. Hierfür wird das Modell der haushalts- und personennahen Dienstleistung (vgl. Isfort et al. 2012: 22-24) erläutert.

#### **4.1 Demenz als neurokognitive Störung**

Epidemiologische Schätzungen gehen davon aus, dass die Zahl der MmD in Deutschland derzeit bei circa 1,7 Millionen liegt (vgl. Bickel 2020: 1). Die demografischen Entwicklungen, gekennzeichnet durch eine steigende Lebenserwartung und eine alternde Gesellschaft, weisen darauf hin, dass diese Zahl weiter anwachsen wird (vgl. ebd.: 7f.). Die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmenden Alter (vgl. ebd.: 2). Zwei Drittel der von einer Demenz betroffenen Personen sind über 80 Jahre alt (vgl. ebd.: 5). Vor allem Frauen erkranken an einer Demenz (vgl. ebd.). Dieser Geschlechterunterschied lässt sich jedoch mit der höheren Lebenserwartung von Frauen und dem damit verbundenen erhöhten Risiko an einer Demenz zu erkranken begründen (vgl. Bickel 2020: 5).

## 4. Theoretische Einbettung

---

Die häufiger vorkommenden primären Demenzformen gehen mit einer eindeutigen Schädigung des Hirngewebes einher, während die selteneren sekundären Demenzformen mit anderen pathologischen Befunden oder physiologischen Störungen verbunden sind (vgl. Kitwood 2019: 51). Eine umfassende Beschreibung aller Demenzen inklusive deren Diagnostik, Pathophysiologie und therapeutischen Möglichkeiten würde über den Rahmen dieser Bachelorarbeit hinaus gehen<sup>4</sup>. Nachfolgend werden deshalb die häufigsten primären Demenzformen und deren Ursachen prägnant erläutert. Rund 80 % aller Demenzen sind auf neuropathophysiologische Prozesse zurückzuführen, bei welchen sukzessive Nervenzellen im Gehirn absterben (vgl. Freter et al. 2019: 9). Morbus Alzheimer, auch Alzheimer-Demenz oder Alzheimer-Krankheit genannt, stellt die häufigste dieser neurodegenerativen Krankheiten dar (vgl. Bickel 2020: 2). An zweiter Stelle folgen mit rund 10 % vaskuläre Demenzen, welche in Folge von Erkrankungen der Blutgefäße des Gehirns resultieren (vgl. Freter et al. 2019: 9). Im höheren Erkrankungsalter zeigen sich gehäuft Mischformen aus neurodegenerativen und vaskulären Krankheitsprozessen (vgl. Bickel 2020: 2).

Folgend werden die Kardinalsymptome der Demenz benannt. Die meisten Demenzen sind mit einem progredienten Abbau und Verlust der kognitiven Funktionen und Alltagskompetenzen verbunden (vgl. DGPPN und DGN 2016: 10; Freter 2019: 6). Hierbei zeigen sich u. a. Beeinträchtigungen und Veränderungen der Kommunikationsfähigkeit, des Sozialverhaltens, der autobiografischen Identität und von Persönlichkeitsmerkmalen (vgl. ebd. ; Freter 2019: 6f.). Es bleibt jedoch offen, ob und inwiefern sich die Persönlichkeit eines MmD verändert (vgl. Kitwood 2019: 67f.). Kitwood benennt zusammenhängende neurologische und sozialpsychologische Veränderungen. Letztere zeigen sich in veränderten Mustern von Beziehung und Interaktion (vgl. ebd.: 49). Neben kognitiven Beeinträchtigungen können sich bei Demenzerkrankungen auch Veränderungen des Erlebens und Verhaltens zeigen (vgl. DGPPN und DGN 2016: 67). Zudem kann es zu Veränderungen des Schlaf- und Essverhaltens kommen (vgl. DGPPN und DGN 2016: 83f.). Insgesamt weisen MmD ein erhöhtes Morbiditätsrisiko und Mortalitätsrisiko auf (vgl. DGPPN und DGN 2016: 10). Aufgrund fehlender Therapiemöglichkeiten ist für alle degenerativen Demenzerkrankungen im Krankheitsverlauf eine weitreichende Pflegebedürftigkeit prognostiziert (vgl. DGPPN und DGN 2016: 25).

Im DSM-5 ist der Begriff „Demenz“ nicht mehr ausdrücklich aufgeführt (vgl. Maier und Barnikol 2014: 564; DNQP 2018: 88). Hingegen wird die Kognition als Kardinalsymptom

---

<sup>4</sup> Zur Vertiefung s. DGPPN und DGN 2016:10-101; Kitwood 2019: 49-73; Freter et al. 2019:6-37

## 4. Theoretische Einbettung

---

betrachtet (vgl. Barnikol und Maier 2014:586). Dementielle Erkrankungen werden darin der Kategorie der neurokognitiven Störungen bzw. neurocognitive disorders (NCD) untergeordnet (vgl. ebd. : 564). Die NCD werden durch sechs Domäne definiert: komplexe Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Lernen und Gedächtnis, Sprache, perzeptuell-motorische Fähigkeiten und soziale Kognitionen (vgl. ebd.: 565). Für jede dieser Domäne werden klinische Symptome und Hinweise zur standardisierten Erfassung und Untersuchung angegeben (vgl. ebd.; DNQP 2018: 90). Neurokognitive Störungen werden, entsprechend der Ausprägung der geistigen Leistungseinbußen und deren Auswirkungen auf die Selbstständigkeit, entweder als NCD minor oder als NCD major diagnostiziert (vgl. Maier und Barnikol 2014: 565f.). Im Gegensatz zur minoren Form, muss bei der majoren NCD die selbstständige Lebensführung beeinträchtigt sein bzw. ein Unterstützungsbedarf bestehen (vgl. ebd.: 566). In der allgemeinen Diskussion wird zwischen einer leichten, mittleren und schweren Demenz unterschieden. Letztere ist aufgrund der Erfordernis einer dauerhaften Hilfe und Unterstützung (vgl. Kitwood 2019: 51) der majoren NCD zuordenbar. Im DSM-5 ist somit der Einfluss der neurokognitiven Defizite auf die Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen und der damit verbundene Unterstützungsbedarf bei der selbstständigen Lebensführung relevant (vgl. Barnikol und Maier 2014: 566; DNQP 2018: 91). Hierbei zeigt sich eine Verknüpfung mit dem im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze II und III eingeführten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem damit verbunden Begutachtungsinstrument (vgl. DNQP 2018: 91). Dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend sind pflegebedürftig „Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen [...]“ (§ 14 Absatz 1 Satz 1 SGB XI). Entscheidend sind hierbei die pflegfachlich begründeten Kriterien in den folgenden Bereichen: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (§ 14 Absatz 2 Satz 1 SGB XI). Beeinträchtigungen der Haushaltsführung werden innerhalb der genannten Kriterien mitberücksichtigt (§ 14 Absatz 3 Satz 1 SGB XI). Durch die Berücksichtigung von körperlichen und psychischen, kognitiven, kommunikativen sowie psychosozialen Beeinträchtigungen soll vor allem die Bedarfslage von MmD besser erfasst und abgebildet werden (vgl. BMG 2017: 12; DNQP 2018: 91).

### 4.2 Person-zentrierte Pflege von Menschen mit Demenz

Zentral für den nachfolgend dargestellten person-zentrierten Ansatz nach Kitwood ist eine Haltung und Sichtweise, die einer Pathologisierung und Medikalisierung von Demenz entgegensteht (vgl. DNQP 2018: 76). Kitwood spricht in diesem Zusammenhang von der Abkehr einer malignen Sozialpsychologie (vgl. Kitwood 2019: 77-96) und der Entpathologisierung der Demenz (vgl. ebd.: 315). Dementsprechend wird die Person selbst in den Mittelpunkt gestellt und die Demenz als medizinisches Problem in den Hintergrund gerückt (vgl. DNQP 2018: 76). Dies findet auch innerhalb dieser Bachelorarbeit dadurch Ausdruck, dass anstelle von Dementen oder Demenzerkrankten die Begriffskombination „Menschen mit Demenz“ (MmD) verwendet wird (vgl. Kitwood 2019: 30). Kitwood beschreibt innerhalb des Ansatzes das Konstrukt Personsein als einen „Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird“ (Kitwood 2019: 31). Personsein „zeigt sich in einer von Akzeptanz, Vertrauen und Respekt geprägten Dynamik, mit der Menschen miteinander in Kontakt sind“ (DNQP 2018: 29). Personsein im Sinne von Beziehung bedeutet also „auch die gelingende Einbindung in Sozialbeziehungen, wodurch ein Gefühl gesellschaftlicher Zugehörigkeit ermöglicht wird“ (DNQP 2018: 29). Der Erhalt des Personseins stellt im Kontext der Pflege und Betreuung von MmD eine Hauptaufgabe dar (vgl. Kitwood 2019: 149). Kitwood benennt grundlegende Bedürfnisse von MmD, welche eng miteinander verwoben sind und in einer Art Einheit funktionieren. Als zentrales Bedürfnis wird das Bedürfnis nach Liebe hervorgehoben (vgl. ebd.: 144). Nachfolgend werden die fünf Grundbedürfnisse dargestellt und exemplarisch verdeutlicht:

- das Bedürfnis nach Trost findet Ausdruck in dem Verlangen nach Wärme, Beistand und (körperlicher) Nähe;
- das Bedürfnis nach Primärer Bindung findet Ausdruck in dem Verlangen nach Bindung und Beziehung und ist eng mit dem Gefühl von Sicherheit verbunden;
- das Bedürfnis nach Einbeziehung findet Ausdruck in dem Verlangen nach sozialer Anerkennung, Interaktion und Teilhabe;
- das Bedürfnis nach Beschäftigung findet Ausdruck in dem Verlangen nach individueller, bedeutsamer und den Fähigkeiten entsprechender Einbeziehung und Beschäftigung und
- das Bedürfnis nach Identität findet Ausdruck in dem Verlangen nach Vertrautheit, u. a. durch biografische Bezüge (vgl. ebd.: 146-149).

## 4. Theoretische Einbettung

---

Die Bedürfnisbefriedigung kann von MmD nur bedingt selbstständig initiiert werden, weshalb ein Defizit der Bedürfnisbefriedigung wahrscheinlicher ist und die genannten Bedürfnisse bei MmD deutlicher in Erscheinung treten (vgl. ebd.: 146). Durch das Auflösen des Defizits bzw. durch die Befriedigung der genannten Bedürfnisse, kann das Gefühl wertvoll und geschätzt zu sein hervorgerufen und somit zum Erhalt des Personseins beigetragen werden (vgl. ebd.: 149).

Kitwood benennt verschiedene Arten „positiver Interaktion“ (Kitwood 2019: 159), welche ebenfalls zum Erhalt des Personseins beitragen bzw. das Personsein stärken können (vgl. ebd.: 158). Nachfolgend werden drei dieser Interaktionsarten, welche im Rahmen der deduktiven Kategorienbildung aufgegriffen werden, dargestellt und exemplarisch verdeutlicht:

- Anerkennen stellt eine Interaktionsart dar, bei welcher ein Individuum in seiner Einzigartigkeit bestätigt wird, beispielweise durch eine namentliche Ansprache;
- Verhandeln stellt eine Interaktionsart dar, bei welcher Aushandlungsprozesse im Mittelpunkt stehen, beispielsweise durch das Berücksichtigen von individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Vorlieben des Individuums;
- Zusammenarbeit stellt eine Interaktionsart dar, bei welcher das Individuum aktiv mit einbezogen und nicht in eine passive Rolle gezwängt wird, beispielsweise durch das Einbeziehen bei der Körperpflege oder Hausarbeit (vgl. ebd.: 159).

Zur Vollständigkeit werden die weiteren Interaktionsarten genannt: Spielen, Timalation, Feiern und Entspannen. Zudem gibt es drei psychotherapeutisch ausgerichtete Interaktionsarten: Validation, Halten und Erleichtern und zwei vom MmD ausgehende Interaktionsarten: schöpferisch sein und Geben (vgl. ebd.: 159-163). Im Kontext der vorliegenden Arbeit werden die genannten Interaktionsarten folgend als „konstruktive Interaktionen“ bezeichnet. Hingegen werden dem entgegenstehende Interaktionen bzw. das nicht Anwenden jener Interaktionsarten als „destruktive Interaktionen“ bezeichnet.

Kitwood (2019: 277) unterstreicht die zentrale Bedeutung der Kommunikation im Umgang und in der Versorgung von MmD. Interaktion zwischen Menschen ist geprägt durch Kommunikation, unabhängig davon, ob diese verbal, nonverbal oder paraverbal stattfindet. Die theoretischen Grundlagen der menschlichen Kommunikation können an dieser Stelle nicht näher dargestellt werden, weshalb auf die zentralen Werke von Friedemann Schulz von Thun (2011) und Paul Watzlawick (vgl. Beavin et al. 2017) verwiesen wird. In der Versorgung von MmD gewinnt eine angepasste Kommunikationsgestaltung unter anderem dann an Bedeutung, wenn sich bei MmD Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeiten zeigen. Diese können



durch Sprach- oder Sprechstörungen oder auch durch eine Abnahme der Fähigkeit des MmD Gespräche selbstständig zu initiieren gekennzeichnet sein. Aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Kommunikation und Beziehungs- und Interaktionsgestaltung kommt der angepassten Kommunikationsgestaltung in der Versorgung von MmD einer entscheidenden Rolle zu. Zusammenfassend gelingt eine person-zentrierte Pflege und Betreuung zum einen durch eine akzeptierende, authentische und verstehende Kommunikations- Interaktions- und Beziehungsgestaltung. Zum anderen durch die Befriedigung von grundlegenden Bedürfnissen des MmD und durch konstruktive Interaktionen, sodass der MmD in dem Gefühl gehört, verstanden und angenommen zu sein bestärkt wird (vgl. Kitwood 2019: 280).

### 4.3 Beschreibung des Live-In Arrangement

Das in dieser Bachelorarbeit betrachtete Versorgungsarrangement ist dadurch gekennzeichnet, dass bezahlte Hilfskräfte aus dem Ausland in Privathaushalten von pflege- und hilfebedürftigen Personen in Deutschland leben und dort gleichzeitig deren Versorgung übernehmen. Diese Hilfskräfte werden, bezogen auf deren Wohnsituation im Haushalt von pflege- und hilfebedürftigen Personen, als „Live-Ins“ oder gleichbedeutend als „Live-In Betreuungskräfte“ bezeichnet (vgl. u.a. Karakayali 2010: 116; Satola 2015: 16; Emunds 2016: 12). Auch in dieser Arbeit werden diese Bezeichnung verwendet. Analog wird wie auch in anderen wissenschaftlichen Studien üblich (vgl. Karakayali 2010: 116; Ignatzi 2014: 243), von einem „Live-In Arrangement“ gesprochen, welches im folgenden Kapitel beschrieben wird.

#### 4.3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Ursprünge und rechtlichen Bezüge der in deutschen Privathaushalten durch MigrantInnen aus dem Ausland erbrachten und bezahlten Haushalts- und Pflegearbeit sind in mehreren wissenschaftlichen Arbeiten beschrieben<sup>5</sup>. Nachfolgend werden relevante Aspekte zusammengefasst und die gängigen Vermittlungsformen dargestellt.

Seit dem im Jahr 2005 erlassenen Zuwanderungsgesetz können Haushaltshilfen regulär, d. h. sozialversicherungspflichtig in Haushalten mit Pflegebedürftigen beschäftigt werden. Die Vermittlung dieser Haushaltshilfen erfolgt über die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit (ZAV) (vgl. Karakayali 2014: 108; Ignatzi 2010: 57; Satola 2015: 15). Seit 2010 dürfen die über die ZAV vermittelten Haushaltshilfen neben häuslicher

---

<sup>5</sup> S. u. a. Lutz 2008:15-39; Neuhaus et al. 2009: 27-30; Karakayali 2010: 107-115; Ignatzi 2014: 50-62; Isfort und von der Malsburg 2017: 41-52; Satola 2015: 14-20; Ignatzi und Städtler-Mach 2020:11-21; Böning und Steffen o.J.: 14-25

## 4. Theoretische Einbettung

---

Tätigkeiten auch „einfache“ pflegerische Unterstützungen, beispielweise bei der morgendlichen Körperpflege, übernehmen (vgl. Ignatzi 2014: 57; Satola 2015: 15). Die Familien oder pflegebedürftigen Personen sind als Arbeitgeber verpflichtet, mit den Haushaltshilfen einen Arbeitsvertrag abzuschließen (vgl. Ignatzi 2014: 57). Dieser regelt auf Basis der gültigen tariflichen Bestimmungen u. a. die wöchentliche Arbeitszeit und Entlohnung (vgl. ebd.). Die Vermittlung über die ZAV hat nur bedingt zur angestrebten Legalisierung von bestehenden Beschäftigungsverhältnissen und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Haushaltshilfen beigetragen (vgl. Karakayali 2010: 109f. ; Satola 2015: 15f.).

Die Arbeitnehmerfreizügigkeit ermöglicht es Haushaltshilfen uneingeschränkt, d. h. ohne Genehmigung der Agentur für Arbeit in Deutschland zu arbeiten (vgl. Ignatzi 2014: 52). Familien oder pflegebedürftigen Personen können dadurch unabhängig eine Haushalts- oder Pflegehilfe anzustellen und somit das Beschäftigungsverhältnis regularisieren. Hierfür ist nur ein mäßiger bürokratischer Aufwand nötig (vgl. Satola 2015: 16f.). Hierbei handelt es sich meist um irreguläre, d. h. unangemeldete und nicht sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen. Die Haushalts- oder Pflegehilfen arbeiten demnach nicht auf Basis von schriftlichen Arbeitsverträgen, sondern es werden mündliche Vereinbarungen getroffen, welche juristisch und arbeitsrechtlich keinen Bestand haben (vgl. Satola 2015: 17f.).

Auf Basis der Dienstleistungsfreiheit entsenden mittel- und osteuropäische Unternehmen, welche im Ursprungsland Pflegeleistungen anbieten, ihre Mitarbeiter an deutsche Privathaushalte, damit diese dort im Auftrag des Unternehmens (pflegerische) Tätigkeiten erbringen (vgl. Neuhaus et al. 2009: 29; Karakayali 2010: 111; Ignatzi 2014: 53f.). Hierfür arbeiten diese Betriebe mit nationalen und internationalen Vermittlungsagenturen zusammen (vgl. Neuhaus et al. 2009: 29; Ignatzi 2014: 53f.; Ignatzi und Städtler-Mach 2020: 11f.). Im Kontext der Entsendung und Vermittlung bestehen Gesetzeslücken, von welchen u. a. die Agenturen profitieren (vgl. ex. Ignatzi 2014: 59-62).

Für EU-Bürger besteht die Möglichkeit einen Gewerbeschein als Haushaltshilfe zu beantragen. Diese selbstständigen Haushaltshilfen müssen jedoch in mehreren Haushalten beschäftigt *und* tätig sein. Ist dies nicht der Fall, wie im Live-In Arrangement üblich, handelt es sich um eine illegale Scheinselbstständigkeit (vgl. Karakayali 2010: 111; Ignatzi 2014: 62; Satola 2015: 16).

## 4. Theoretische Einbettung

---

Zusammenfassend gibt es folgende Möglichkeiten der Vermittlung bzw. Beschäftigung als Haushalts- bzw. Pflegehilfe in deutschen Privathaushalten:

- Vermittlung durch die ZAV der Bundesagentur für Arbeit,
- Anstellung durch die Familien oder die pflegebedürftigen Personen,
- Entsendung durch EU- ansässige (Pflege-)Unternehmen,
- Vermittlung durch nationale und internationale Agenturen und
- Selbstständigkeit der Haushaltshilfe mittels Gewerbeschein (vgl. Neuhaus et al. 2009: 28).

Es zeigt sich, dass die meisten Live-Ins sowohl mit irregulären als auch mit regulären Beschäftigungen Erfahrungen machen. Gehäuft wechseln sie im Verlauf der Tätigkeit zwischen diesen Beschäftigungsarten hin- und her (vgl. Karakayali 2010: 115; Ignatzi 2014: 237). Hierbei ist zu erkennen, dass die Erstvermittlung meist über informelle Vermittlungspersonen erfolgt. Die hierdurch entstehenden meist irregulären Beschäftigungsverhältnisse erscheinen für die Live-Ins unkomplizierter und sind zudem mit einem finanziellen Vorteil verbunden (vgl. Ignatzi 2014: 241).

Das Live-In Arrangement ist aufgrund von strukturellen Gegebenheiten und bestehenden Gesetzeslücken als besonders prekär anzusehen. Die permanente Anwesenheit und Verfügbarkeit der Live-Ins im Haushalt der pflegebedürftigen Person führt zu ausufernden Arbeitszeiten und damit verbunden zu einer unverhältnismäßigen Entlohnung (vgl. Satola 2015: 18). Hierbei findet das Arbeitszeitgesetz keine Anwendung (vgl. Ignatzi 2014: 60). An die Live-In Betreuungskräfte werden Tätigkeiten herangetragen, für welche diese keine formale Berechtigung besitzen. Hierbei ist die Verhandlungsbasis der Live-Ins und somit das Verneinen entsprechender Tätigkeiten durch irreguläre Beschäftigungsverhältnisse und fehlende oder mangelnde vertragliche Regelungen geschwächt (vgl. Satola 2015: 18f.). Zudem besteht für die Live-Ins ein Abhängigkeitsverhältnis zu den pflegebedürftigen Personen und deren Familien (vgl. ebd.; Ignatzi 2014: 242). Hierbei ist das Versorgungsarrangement durch ein komplexes Beziehungsgefüge geprägt (vgl. Karakayali 2010: 115-119; Satola 2015: 18f.).

### 4.3.2 Charakteristika der Akteure

#### *Die Pflegebedürftigen Personen und deren Unterstützungsbedarfe*

Nachfolgend wird die Personengruppe charakterisiert, welche im Mittelpunkt der Versorgung durch die Live-Ins steht: die versorgten pflegebedürftigen Personen. Zur Charakterisierung dieser werden deren Unterstützungsbedarfe herangezogen.

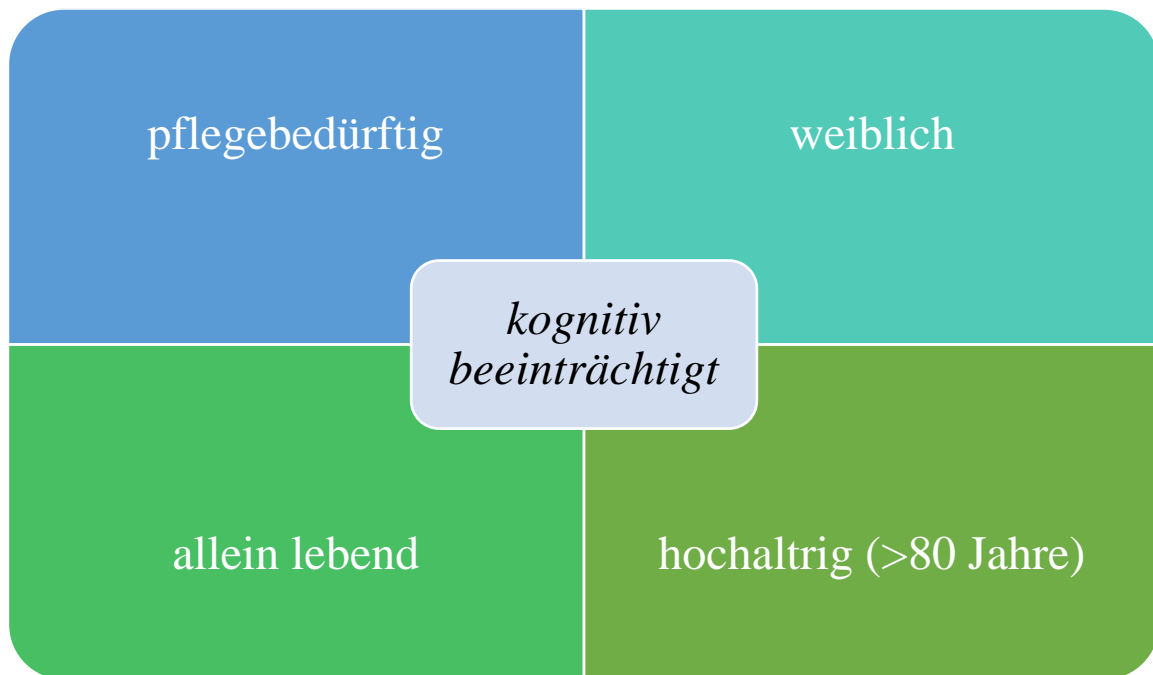


Abbildung 1 Charakteristika der pflegebedürftigen Personen (Quelle: in Anlehnung an Isfort et al. 2012: 26)

Die obige Abbildung fasst die Charakteristika der pflegebedürftigen Personen zusammen. Der Großteil dieser ist weiblich, allein lebend und mindestens 80 Jahre alt. Zudem ist der überwiegende Anteil pflegebedürftig im Sinne des SGB XI<sup>6</sup> (vgl. Neuhaus et al. 2009: 44 und Isfort und von der Malsburg 2014: 21f.). Aus diesem Grund wird für die betrachtete Kundengruppe, zusätzlich zur speziellen Begriffskombination MmD, die Bezeichnung „pflegebedürftige Personen“ verwendet bzw. von „Pflegebedürftigen“ gesprochen. Die nachfolgend dargestellten Unterstützungsbedarfe der pflegebedürftigen Personen sowie die Beweggründe der Familien für das Live-In Arrangement zeigen, dass sich unter diesen gehäuft Personen mit erkennbaren kognitiven Beeinträchtigungen befinden. Zur Verdeutlichung der betrachteten Kundengruppe ist in Anlehnung an Isfort et al. (2012: 26) die Abbildung 1 um das Charakteristikum „kognitiv beeinträchtigt“ ergänzt. Da nicht bekannt ist, ob stets eine

<sup>6</sup> Die Studien des Dip e.V. (vgl. Neuhaus et al. 2009, Isfort und von der Malsburg 2014) sind vor den Pflegestärkungsgesetzen II und III und somit vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie der fünf Pflegegrade (vgl. BMG 2017) durchgeführt worden.

## 4. Theoretische Einbettung

---

diagnostizierte Demenzerkrankung vorliegt, wird bewusst nicht der Ausdruck Demenz bzw. der Zusatz demenziell verändert verwendet. Zusätzlich zu den zitierten Studien des Dip e.V. finden sich jedoch auch in anderen wissenschaftlichen Arbeiten Hinweise darauf, dass MmD bzw. Menschen mit demenziellen Veränderungen versorgt werden (vgl. Karakayali 2010; Ignatzi 2014; Satola 2015; Kniejska 2015; Städtler-Mach und Ignatzi 2020).

In den Studien des Dip e.V. (vgl. Neuhaus et al. 2009: 47; Isfort und von der Malsburg 2014: 26) ist erfragt, welche Leistungen im Versorgungsarrangement erbracht werden. Hierdurch wird der Unterstützungsbedarf der pflegebedürftigen Personen ersichtlich, welcher nachfolgend dargestellt wird. Aus formalen Gründen wird auf eine differenzierte Darstellung der Unterstützungsleistungen verzichtet. Stattdessen wird der Unterstützungsbedarf in den Themenbereichen<sup>7</sup> zusammengefasst. Hierbei wird fokussiert auf einzelne Unterstützungsleistungen eingegangen, welche auf die betrachtete Kundengruppe schließen lassen.

Insgesamt ist ein umfassender Bedarf an Unterstützung im Bereich der haushaltsnahen Leistungen erkennbar (vgl. Neuhaus et al. 2009: 51; Isfort und von der Malsburg 2014: 26). Darüber hinaus zeigt sich ein Unterstützungsbedarf bei täglich wiederkehrenden Verrichtungen, beispielweise bei der Körperpflege und dominierend bei der Nahrungszubereitung (vgl. Neuhaus et al. 2009: 48). Da eine Demenz meist zu einer Pflegebedürftigkeit (vgl. DGPPN und DGN 2016: 25) und damit verbunden zu Beeinträchtigungen im Alltagsleben führt (vgl. Freter 2019: 7) erscheint es durchaus möglich, dass dieser Unterstützungsbedarf bei der betrachteten Kundengruppe verstärkt vorliegt. Zudem ist das Verhüten von Stürzen im Bereich der Mobilität und Bewegung (vgl. Neuhaus et al. 2009: 49; Isfort und von der Malsburg 2014: 26) als bedeutsam anzusehen, da kognitive Beeinträchtigungen das Sturzrisiko erhöhen (vgl. DNQP 2013: 25). Des Weiteren besteht ein Bedarf an medizinischen bzw. fachpflegerischen Unterstützungsleistungen beispielweise bei der Medikamenteneinnahme (vgl. Neuhaus et al. 2009: 50). Im Kontext der weiteren pflegerischen Versorgung ist der Bedarf im Bereich der psychosozialen Betreuung als relevant anzusehen (evtl. ebd.:50). Hierbei ist ein Unterstützungsbedarf bei der Tagesstrukturierung und der sozialen Interaktion erkennbar (vgl. ebd.). Letzterer ist sowohl bezogen auf mögliche Beeinträchtigungen der sozialen Kognition (vgl. Barnikol und Maier 2014: 565; DNQP 2018: 90) als auch bezogen auf den Erhalt des Personseins im Sinne von Beziehung im Kontext des person-zentrierten Ansatzes (vgl. DNQP 2018: 29) von Bedeutung. Dem DSM-5 entsprechend

---

<sup>7</sup> S. hierzu 4.3.3 Modell der haushaltsnahen Leistungsbereiche

können sich bei MmD Beeinträchtigungen der perzeptuell-motorischen Fähigkeiten zeigen, welche u. a. das Handling mit Alltagsgegenständen erschweren (vgl. Barnikol und Maier 2014: 565; DNQP 2018: 90). Hierdurch werden Anleitungen bei der Alltagsgestaltung notwendig, welche durch die erbrachten anleitenden Unterstützungsleistungen (vgl. Neuhaus et al. 2009:51) verdeutlicht werden. Insgesamt gehen Neuhaus et al. (2009: 51) davon aus, dass bei einem Drittel der von ihnen befragten Haushalte ein MmD mit einem höheren Beaufsichtigungsbedarf betreut wird. Nicht zuletzt dieser Beaufsichtigungsbedarf ist es, der Familien dazu veranlasst eine Live-In Betreuungskraft hinzuzuziehen (vgl. Neuhaus et al. 2009: 46). Nachfolgend werden weitere Beweggründe der Familien für das Live-In Arrangement aufgezeigt. Zuvor wird fokussiert auf das bereits in der Einleitung angesprochene informelle Helfernetz eingegangen, wodurch die Personengruppe der Familien charakterisiert wird.

### *Die Familien und deren Beweggründe für das Live-In Arrangement*

Die informelle Unterstützung durch Angehörige oder nahestehende Personen ist auch im betrachteten Live-In Arrangement weiterhin eine wesentliche Stütze (vgl. Neuhaus et al. 2009: 44; Isfort und von der Malsburg 2014: 27). Im informellen Helfernetz gibt es gewöhnlich eine Hauptpflegeperson, welche maßgeblich für die Organisation und Sicherstellung des reibungslosen Ablaufs innerhalb des Versorgungsarrangements verantwortlich ist (vgl. Hielscher et al. 2017: 45). Bei diesen informellen Hauptpflegepersonen handelt es sich mehrheitlich um die Töchter der pflege- und hilfebedürftigen Personen (vgl. Hielscher et al. 2017: 46). Auch im betrachteten Versorgungsarrangement sind es größtenteils die Töchter die neben den Live-In Betreuungskräften weitere Unterstützungsleistungen erbringen (vgl. Neuhaus et al. 2009:42). Das informelle Helfernetz wird gehäuft durch formell-professionelle Helfer, meist durch ambulante Pflegedienste, ergänzt (vgl. Neuhaus et. al. 2009: 53; Isfort und von der Malsburg 2014: 27; Hielscher et al. 2017: 49). Weitere formell-professionelle Unterstützungsleistungen, beispielsweise in Form von Tagespflegeeinrichtungen, werden hingegen seltener bis kaum genutzt (vgl. Neuhaus et. al. 2009:53; Isfort und von der Malsburg 2014: 27). Der zeitliche Aufwand der Hauptpflegepersonen besteht vor allem in den Bereichen der Betreuung und Beaufsichtigung (vgl. Hielscher et al. 2017: 56). Besonders MmD weisen einen hohen Betreuungsbedarf auf (vgl. ebd.: 94). Dies wird auch durch den Unterstützungsbedarf der betrachteten Kundengruppe verdeutlicht wird (vgl. Neuhaus et al. 2009: 51). Bezogen auf die Wohnsituation der pflegebedürftigen Personen zeigt sich, dass zwar meist eine räumliche Nähe zu den weiteren informellen Helfer gegeben ist, allerdings vielfach keine direkt Anwesenheit durch diese Unterstützungspersonen im Haushalt der

Pflegebedürftigen besteht (vgl. Neuhaus et al. 2009: 42). Besonders der genannte umfassende Betreuungsbedarf bei MmD kann auf diesem Weg, trotz hinzuziehen von ambulanten Pflegediensten (vgl. Neuhaus et al. 2009: 46), nur schwer gedeckt werden. Aus diesem Grund wird nach Lösungen gesucht, um die häusliche Versorgung zu stabilisieren. Hierbei gewinnt das beschriebene Live-In Arrangement an Bedeutung (vgl. Neuhaus et al. 2009: 52; Ignatzi 2014:48; Hielscher et al. 2017: 94f.). Der wesentliche Beweggrund für das Live-In Versorgungsarrangement besteht darin, dass durch dieses eine vollstationären Unterbringung vermieden werden soll (vgl. Neuhaus et al. 2009: 46; Isfort und von der Malsburg 2014: 23). Dies und die eingangs dargelegten Zahlen zu Pflegebedürftigkeit spiegeln sowohl den im § 3 SGB XI gesetzlich verankerten Vorrang der häuslichen Pflege als auch den Wunsch der Pflegebedürftigen über den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit wider (vgl. ex. Isfort und von der Malsburg 2014: 5). Als weitere Gründe werden körperliche Einschränkungen sowie ein hoher Aufwand an körperbezogener pflegerischer Unterstützung genannt (vgl. Neuhaus et al. 2009: 45f.). In einem nicht unerheblichen Maße werden zudem der bereits angesprochene hohe Beaufsichtigungsbedarf, die notwendigen Betreuungsaufgaben und demenzielle Veränderungen sowie kognitive Einschränkungen als Motive benannt (vgl. Neuhaus et al. 2009: 45f.; Isfort und von der Malsburg 2014: 23).

### *Die Live-Ins und deren Beweggründe für das Live-In Arrangement*

Nachfolgend wird die Personengruppe charakterisiert, welche im betrachteten Versorgungsarrangement maßgeblich die Versorgung der pflegebedürftigen Personen übernimmt: die Live-Ins. Da auch hier eine umfassende Beschreibung über den Rahmen dieser Bachelorarbeit hinausgehen würde, werden relevante soziodemografische Merkmale der Betreuungskräfte benannt und prägnant auf die sprachlichen und fachlichen Kompetenzen der Live-Ins eingegangen. Anschließend werden die hauptsächlichen Beweggründe der Live-Ins für die Tätigkeit in deutschen Privathaushalten dargestellt.

Meist handelt es sich um Migrantinnen aus Mittel- und Osteuropa, welche in deutschen Privathaushalten als Betreuungskräfte oder Pflegekräfte tätig sind (vgl. Karakayali 2010: 89, Ignatzi 2014: 133; Kniejska 2015: 103; Emunds 2016: 13). In der Dissertation von Kniejska (2015: 103) finden sich jedoch auch drei Interviews mit männlichen Migranten. Größtenteils sind die Live-Ins über 50 Jahre alt (vgl. Ignatzi 2014: 133; Kniejska 2015: 119) und befinden sich in ihrem Heimatland bereits im Vor- oder Ruhestand (vgl. Ignatzi 2014: 142). Sie weisen ein mittleres bis hohes Bildungsniveau auf (vgl. Karakayali 2010:91; Ignatzi 2014: 138; Kniejska 2014: 120; Isfort und von der Malsburg 2014: 24). Jedoch besitzen sie vorwiegend

## 4. Theoretische Einbettung

---

keine pflegerisch-medizinische Qualifikation, welche mit einem in Deutschland erworbenen Berufsabschluss in diesem Bereich vergleichbar wäre (vgl. Ignatzi 2014: 172; Isfort und von der Malsburg 2014: 25). Aus diesem Grund haben die Live-Ins größtenteils auch keine Kenntnisse zu gerontologischen Krankheitsbildern, zu welchen auch Neurokognitive Störungen/Demenzen zählen (vgl. Ignatzi 2014: 178). Somit sind ihnen meist auch keine Methoden im Umgang mit MmD bekannt (vgl. ebd.). Allerdings ist erkennbar, dass die Live-Ins ihre pflegerischen Kenntnisse im Verlauf der Betreuungs- und Pflgetätigkeit weiterentwickeln und erweitern (vgl. Ignatzi 2014: 181-185.; Kniejska 2015: 136). Bezogen auf die sprachlichen Kompetenzen der Live-Ins zeigt sich, dass vor allem zu Beginn der Tätigkeit unzureichende Deutschkenntnisse vorhanden sind (vgl. Ignatzi 2014: 168f.). Hierbei ist zu erkennen, dass von den Live-Ins die Bedeutung der Sprachkompetenzen anfänglich meist unter- und fehleingeschätzt wird (vgl. ebd.). Jedoch zeigt sich, dass die Live-Ins analog zur Erweiterung der pflegerischen Fähigkeiten ihre sprachlichen Fähigkeiten gehäuft in Eigenregie, teilweise unterstützt durch die Angehörigen der pflegebedürftigen Personen, im Verlauf der Betreuungs- und Pflgetätigkeit ausbauen (vgl. ebd.: 179). Nachfolgend werden die hauptsächlichen Beweggründe der Live-Ins für die Tätigkeit in deutschen Privathaushalten dargestellt. Insgesamt zeigt sich, dass finanzielle Gründe das Hauptmotiv zu sein scheint das zur Tätigkeitsausübung in deutschen Privathaushalten führt (vgl. Ignatzi 2014: 166; Isfort et al. 2014: 25; Kniejska 2015: 145). Insbesondere die Erstvermittlung erfolgt meist auf Grund einer finanziellen Notlage (vgl. Ignatzi 2014: 166). Auch die Wünsche nach Absicherung, Verbesserung der Lebensverhältnisse oder der Unterstützung von Familienmitgliedern im Herkunftsland lassen sich unter diesen materiellen Gründen verorten (vgl. ebd.). Als immaterielle Beweggründe können die Wünsche nach Selbstverwirklichung, sprachlicher oder pflegerischer Kompetenzerweiterung und ein kulturelles Interesse festgehalten werden (vgl. Ignatzi 2014: 166f.; Isfort et al. 2014: 25). Beim Übergang in die Dauermigration sind es meist wieder finanzielle Anlässe, welche die Entscheidung zur dauerhaften Beschäftigung als Live-In beeinflussen (vgl. Ignatzi 2014: 167). Hierbei handelt es sich jedoch gewöhnlich nicht um eine akute finanzielle Krise. Hingegen wird durch die dauerhafte Beschäftigung eine langfristige finanzielle Absicherung angestrebt (vgl. ebd.). Abschließend ist noch die besondere Bedeutung des ersten Einsatzes als Betreuungskraft erwähnenswert (vgl. ebd.: 231-237). Wird dieser von den Live-Ins als positiv und erfolgreich empfunden, wird das Fortführen der Beschäftigung begünstigt, während negative Erlebnisse oder auch das Erkennen von elementaren sprachlichen oder fachlichen Defiziten zum Abbruch der Beschäftigung führen können (vgl. Ignatzi 2014: 231-237).



### 4.3.3 Modell der haushaltsnahen Leistungsbereiche

Folgend wird der Tätigkeitsbereich der Live-Ins beschrieben. Insgesamt werden von den Live-Ins vielfältige Tätigkeiten übernommen, welche sowohl der Haushaltsarbeit als auch der Pflege- und Betreuungsarbeit zuzuordnen sind (vgl. Ignatzi 2014: 270-312; Kniejska 2015: 164-178; Satola 2015: 226-230). Es gibt keine allgemeingültige Definition und Abgrenzung zwischen haushaltsnahen und personennahen Dienstleistungen (vgl. Isfort et al. 2012: 22). Um den Tätigkeitsbereich der Live-Ins zu beschreiben ist es deshalb sinnvoll, die von den Live-Ins erbrachten Tätigkeiten in einem Modell zu verorten. Aus diesem Grund wird zunächst das Modell der haushaltsbezogenen Leistungsbereiche dargestellt (vgl. Isfort et al. 2012:22-24; Isfort et al. 2017: 54-58). Innerhalb von diesem wird davon ausgegangen, dass sich die komplexen Bedarfslagen von pflege- und hilfebedürftigen Personen nicht in einzelne Interventionen zergliedern lassen (vgl. Isfort et al. 2012: 22). Als Beispiel wird das „morgendliche sich Zurechtmachen“ genannt, welches körperbezogene Maßnahmen, haushaltsnahe Leistungen und medizinische Tätigkeiten einschließt (vgl. Isfort et al. 2012: 22). Bereits Lutz (2008: 20) hat aufgezeigt, dass eine differenzierte Trennung zwischen sachbezogenen Haushaltsarbeiten, hierzu zählt beispielsweise Kochen oder Putzen, und personenbezogenen Arbeiten, welche u. a. Betreuungs- und Pflegeleistungen betreffen, nicht praxistauglich ist. Auch das Modell der haushalts- und personennahen Dienstleistungen umfasst vier Bereiche, welche „prinzipiell nicht vollständig trennbar erscheinen, da sie ineinandergreifen und miteinander in einer Wirkungsbeziehung stehen“ (Isfort und von der Malsburg 2017: 56). Von zentraler Bedeutung des Modells ist das Konzept der Teilhabe und Inklusion. Demzufolge ist der Einbezug der älteren Menschen in das gesellschaftliche Leben anzustreben unabhängig davon, ob sich bei diesen körperliche oder geistige Einschränkungen zeigen (vgl. Isfort et al. 2012: 23; Isfort und von der Malsburg 2017: 56). Nachfolgend werden die vier Bereiche des Modells beschrieben. Der erste Bereich „Teilhabe“ greift das angesprochene Konzept der Teilhabe und Inklusion auf und umfasst im weiteren Sinne soziokulturelle Aktivitäten und soziale Interaktionen. Diesen Aktivitäten wird in individueller Weise und Ausprägung nachgegangen, wobei ältere und pflegebedürftige Menschen im Sinne der Inklusion hierbei gegebenenfalls unterstützt werden sollen (vgl. Isfort et al. 2012: 23). Der zweite Bereich umfasst „haushälterische Dienstleistungen“. Hierrunter werden Tätigkeiten der Haushaltsführung, Haushaltsreinigung, Nahrungszubereitung, Besorgungen und einfache Reparaturen sowie Gartenarbeiten gefasst (vgl. Isfort et al. 2012: 23; Isfort et al. 2017: 57). Der dritte Bereich, als „Sicherheit und Grundpflege“ bezeichnet, umfasst Betreuungs- und

Beaufsichtigungstätigkeiten sowie direkte pflegerische Leistungen (vgl. Isfort et al. 2012: 23f.). Dieser Bereich beinhaltet auch fachpflegerische Interventionen (vgl. ebd.: 24). Eine gesonderte Beachtung findet in diesem Bereich die Tagesstrukturierung als Leistung bei MmD (vgl. ebd.). Der vierte Bereich wird als „fachpflegerische Unterstützung“ bezeichnet und umfasst alle Leistungen und Tätigkeiten, für welche ein umfangreiches Fachwissen notwendig ist (vgl. Isfort et al. 2012: 24). Dies betrifft medizinische Maßnahmen und das Koordinieren von Hilfsmitteln sowie Beratungs- und Schulungstätigkeiten (vgl. ebd.).

Der dargestellten Unterstützungsbedarfe der pflegebedürftigen Personen bilden gleichzeitig auch Leistungen ab, die von den Live-Ins erbracht werden. Hierdurch zeigt sich, dass die Live-In Betreuungskräfte Unterstützungen und Tätigkeiten in allen Bereichen des Modells erbringen. Dies bezieht auch diejenigen ein, in welchen ein spezifisches Fachwissen notwendig ist. Aus rechtlicher und pflegfachlicher Sicht bleibt zu diskutieren, inwiefern medizinische und fachpflegerische Unterstützungsleistungen von den Live-Ins erbracht werden sollten. Zur Verdeutlichung der Diskussion wird exemplarisch das Medikamentenmanagement angesprochen, welches neben der Medikamentenverabreichung u. a. auch die Überwachung und das Reagieren auf Wechsel- oder Nebenwirkungen umfasst (vgl. Isfort et al. 2012: 24). Hierfür ist ein umfassendes Fachwissen notwendig, welches die Live-Ins jedoch meist nicht vorweisen können (vgl. Ignatzi 2014: 172; Isfort und von der Malsburg 2014: 25). Bezogen auf die Versorgung von MmD zeigen sich in allen vier Bereichen Besonderheiten, welche ein fachliches Knowhow notwendig machen. Exemplarisch soll an dieser Stelle die Nahrungszubereitung angesprochen sein, bei welcher aufgrund von Veränderungen des Essverhaltens bei Demenz (vgl. DGPPN und DGN 2016: 83f.) spezielle fachpflegerische Interventionen notwendig sein können. Die dargelegten Ausführungen zum Tätigkeitsbereich der Live-Ins zeigen, dass im Live-In Arrangement eine Reihe von Aufgaben erbracht werden, welche weit über eine Haushaltsarbeit und „einfache“ pflegerische Unterstützung hinaus gehen.

### **5. Methodik**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet (vgl. Mayring 2015). Gegenstand dieser ist fixierte, d. h. protokollierte und festgehaltene Kommunikation (vgl. ebd.: 12). Ziel der Inhaltsanalyse ist es verschriftlichte Kommunikation systematisch regelgeleitet und theoriegeleitet zu analysieren (vgl. ebd.: 13). Bei diesem Vorgehen wird sich an im Vorfeld festgelegten Regeln orientiert (vgl. ebd.: 50). Die qualitative Inhaltsanalyse umfasst die folgenden drei eigenständigen Analysetechniken: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung (vgl. ebd.: 67). Für diese Bachelorarbeit

wurde die strukturierende Inhaltsanalyse angewendet, welche zum Ziel hat, ausgewähltes Material auf Basis eines vorab festgelegten Kategoriensystems zu untersuchen (vgl. ebd.: 67f.). Bei dieser Analyseform wird auch von einer deduktiven Kategorienanwendung gesprochen (vgl. ebd.: 68). Diese stellte ein passendes Verfahren dar, weil aus dem fokussierten person-zentrierten Ansatz nach Kitwood deduktiv Kategorien abgeleitet werden konnten, die der Beantwortung der Forschungsfragen dienen. Im Rahmen der Analyse wurden die klassischen sozialwissenschaftlichen und spezifisch inhaltsanalytischen Gütekriterien berücksichtigt (vgl. ebd.: 123-129). Das Vorgehen der strukturierenden Inhaltsanalyse wird nachfolgend beschrieben.

### **5.1 Strukturierende Inhaltsanalyse**

Zu Beginn wurde in zwei Schritten festgelegt, welches Ausgangsmaterial analysiert werden soll (vgl. Mayring 2015: 54).

#### *Schritt 1. Literatúrauswahl*

Im ersten Schritt wurde entschieden, dass die Dissertationen von Ignatzi (2014) und Kniejska (2015) zur Analyse herangezogen werden. Die Studie von Kniejska (2015) wurde aufgrund ihrer Relevanz zur Beantwortung der Forschungsfragen hinzugezogen, ist jedoch nicht innerhalb des Forschungsstandes aufgeführt. Sie wird jedoch ausführlich im Rahmen der Analyse der Entstehungssituation beschrieben. Das Ausgangsmaterial wurde gewählt, da dieses Rückschlüsse auf die Versorgung der pflegebedürftigen Personen zulässt. Verstärkt wird dies dadurch, dass die Interviews gehäuft in der Wohnung der pflegebedürftigen Personen durchgeführt worden sind und die Pflegebedürftigen hierbei teilweise anwesend waren (vgl. Ignatzi 2014: 129). Somit ist eine Nähe zum Arbeitsalltag der interviewten MigrantInnen gegeben. Zudem beleuchten die wissenschaftlichen Arbeiten größtenteils Live-In Arrangements (vgl. Ignatzi 2014: 395; Kniejska 2015: 135), wodurch eine Nähe zu den Forschungsfragen gegeben ist. Des Weiteren finden sich in den durchgeführten Interviews Leitfragen, welche die deduktiv abgeleiteten Kategorien überprüfbar machen (s. 5.2 Deduktive Kategorienbildung).

### *Schritt 2. Kapitelauswahl und Auswahl der Textpassagen*

Im zweiten Schritt wurde festgelegt, dass von Ignatzi (2014) die Kapitel 7.3 (vgl. ebd.: 168-199), 7.5 (vgl. ebd.: 243-312) sowie 7.7 (vgl. ebd.: 324 bis Seite 336) und von Kniejska (2015) das achte Kapitel (vgl. ebd.: 211 bis Seite 240) mit dem deduktiven Kategoriensystem untersucht werden. Das Kapitel 7.7 von Ignatzi (2014) wurde, bezogen auf die Forschungsfragen dieser Bachelorarbeit, nicht vollständig untersucht. Ebenso wurden die Interviewabschnitte mit den männlichen Migranten, welche sich in der Arbeit von Kniejska (2015: 240-245) finden aufgrund der bestehenden (geschlechtsbezogenen) Besonderheiten u. a. bezogen auf die ausgeübten Tätigkeiten und Arbeitsweisen (vgl. ebd.: 247) nicht mit in die Analyse einbezogen. Die letztendliche Kapitelauswahl erfolgte aufgrund bestehender Berührungspunkte zu den deduktiv abgeleiteten Kategorien (s. 5.2 Deduktive Kategorienbildung). Zur Analyse wurden jeweils die Textpassagen herangezogen, welche direkte Aussagen der Live-Ins darstellen. Hierbei wurden, um die Semantik der Zitate nicht zu verzerren (vgl. Mayring 2015: 126), die zugehörigen Erläuterungen der Autorinnen berücksichtigt. Dies führte dazu, dass einige Zitate nicht in die Analyse einbezogen wurden. Aufgrund der thematischen Übereinstimmung wurden für Kategorie C1 ausschließlich Textpassagen aus dem Kapitel 7.3 der Dissertation von Ignatzi (2014: 168-199) gewonnen.

### *Analyse der Entstehungssituation und Formale Charakteristika des Materials*

Anschließend erfolgte die Analyse der Entstehungssituation, wodurch das ausgewählte Material unter verschiedenen Gesichtspunkten beschrieben wird. Hierbei werden die formalen Charakteristika des Materials, d. h. das Transkriptionsvorgehen, erläutert (vgl. Mayring 2015: 55). Tabelle 1 und Tabelle 2 im Anhang fassen diese Beschreibungen zusammen.

## **5.2 Deduktive Kategorienbildung**

Das Kategoriensystem stellt in der strukturierenden Inhaltsanalyse ein zentrales Instrument dar, durch welches die Analyse intersubjektiv nachvollziehbar wird (vgl. Mayring 2015: 51).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden anhand des person-zentrierten Ansatzes nach Tom Kitwood die folgenden drei Hauptkategorien deduktiv abgeleitet:

1. Kategorie A Bedürfnisbefriedigung (Farbcodierung orange):

Welche Herausforderungen zeigen sich für die Befriedigung und Wahrnehmung der grundlegenden Bedürfnisse (Bedürfnisbefriedigung) von MmD?

2. Kategorie B Konstruktive Interaktionen (Farbcodierung lila):

Welche Herausforderungen zeigen sich für die Umsetzung von konstruktiven Interaktionen nach Tom Kitwood?

3. Kategorie C Kommunikation (Farbcodierung pink):

Welche Herausforderungen zeigen sich für die Kommunikation?

Die Hauptkategorien dienen gleichzeitig der Strukturierung der Ergebnisse dieser Arbeit. Zur weiteren Differenzierung wurden für die Hauptkategorien jeweils Unterkategorien deduktiv abgeleitet. Hierfür wurden, neben dem person-zentrierten Ansatz, die theoretischen Bezüge zur Demenz als Neurokognitive Störung (s. 4.1 Demenz als neurokognitive Störung) und zum Live-In Arrangement (s. 4.3 Beschreibung des Live-In Arrangement) herangezogen. Folgend wurden die zutreffenden Textpassagen mittels Farbcodierung (Kategorie A= orange; Kategorie B= lila; Kategorie C= pink) systematisch aus dem Material extrahiert. Um diese anschließend zuordnen zu können wurden die Kategorien jeweils mit Definitionen und Ankerbeispielen versehen (vgl. Mayring 2015: 97). Sofern notwendig, wurden Kodierregeln formuliert, um eine eindeutige Zuordnung zu ermöglichen (vgl. ebd.). In einem ersten Materialdurchgang wurden die Kategorien erprobt und es wurde überprüft, ob eine eindeutige Zuordnung von Textbestandteilen zu den einzelnen Kategorien möglich ist (vgl. ebd.: 97). In diesem Kontext wurde das Kategoriensystem und der Kodierleitfaden (s. IV. Anhang) erweitert, angepasst und überarbeitet (vgl. ebd.: 99). Hierbei wurde sich dafür entschieden für die Kategorien A und B auf die ursprünglich abgedachte Differenzierung bezogen auf die grundlegenden Bedürfnisse von MmD und die „positiven Interaktionsarten“ (Kitwood 2019: 159) zu verzichten. Hingegen wurde die Bedürfnisbefriedigung und die Umsetzung der von Kitwood benannten Interaktionsarten mittels deduktiv abgeleiteter Unterkategorien untersucht. Die Anordnung der Textpassagen innerhalb des Kategoriensystems erfolgt entsprechend der nachfolgend dargestellten Ergebnisse. Zur verbesserten Darstellung und Erläuterung der Ergebnisse wurden die Passagen fortlaufend entsprechend der Autorinnen und Kategorienbezeichnung nummeriert (ex. Textpassage 1 in Kategorie A1 aus dem Werk von Ignatzi 2014 = I:A1-1, analog aus dem Werk von Kniejska 2015= K:A1-1).

### **6. Ergebnisse**

Im Ergebnis können drei Bereiche benannt werden, welche herausfordernde Aspekte für die Umsetzung einer person-zentrierten Versorgung von Menschen mit Demenz im Live-In Arrangement beinhalten. Diese werden unter Einbezug der theoretischen Grundlagen nachfolgend dargestellt. Zum besseren Verständnis wird zuvor jeweils die Kategorienbildung erläutert.

#### **6.1 Herausforderungen der Bedürfnisbefriedigung**

Die Befriedigung von grundlegenden Bedürfnissen von MmD trägt zum Erhalt des Personseins und somit zu einer PCC bei (vgl. Kitwood 2019: 149). Mit Kategorie A wurde deshalb in drei Unterkategorien (A1 bis A3) untersucht ob sich Herausforderungen für die Bedürfnisbefriedigung, inklusive Bedürfniswahrnehmung, zeigen.

##### *Erläuterung der Kategorienbildung*

Hierfür war zunächst angedacht, das Material differenziert nach den fünf grundlegenden Bedürfnissen von MmD (vgl. Kitwood 2019: 144-149) zu untersuchen. In einer ersten Erprobung erwies sich diese Vorgehen jedoch als problematisch, da bei den ausgewählten Textpassagen eine eindeutige Zuordnung zu den Grundbedürfnissen nicht möglich war bzw. nicht eindeutig ergründet werden konnte, welches Bedürfnis jeweils im Vordergrund steht. Folglich wurden drei Unterkategorien auf Basis der theoretischen Grundlagen zum Live-In Arrangement herausgebildet, durch welche die nachfolgenden Ergebnisse aufgezeigt werden können. Bei der Analyse wurden die grundlegenden Bedürfnisse von MmD mitberücksichtigt.

Unterkategorie A1 umfasst Aussagen die darauf hinweisen, dass sich die Bedürfnisbefriedigung aufgrund der Unterbrechung der Einsatzzeit herausfordernd gestaltet. Hierrunter werden Hinweise gefasst, welche auf geäußerte Ängste, Sorgen und Bedenken der Pflegebedürftigen oder Live-Ins oder auf Verhaltensveränderungen der Pflegebedürftigen im Kontext der Einsatzunterbrechung hindeuten. Zwischen den Pflegebedürftigen und den Live-Ins besteht gehäuft eine enge Beziehung, welche sich als quasi-familiär bezeichnen lässt (vgl. Ignatzi 2014: 374; Kniejska 2015: 212). Da die Live-In Betreuungskräfte jedoch meist nur für eine kurze Zeitdauer mit anschließenden Pausen und im Wechsel mit weiteren Betreuungskräften bei einem Pflegebedürftigen beschäftigt sind (vgl. Ignatzi 2014: 307), ist das Beziehungsverhältnis

durch sich wiederholende Verabschiedungen geprägt. Wie das nachfolgende Zitat belegt führt dies zu einer emotionalen Betroffenheit der Pflegebedürftigen.

„**Als ich nach Hause fuhr, hat er** [mit *er* ist der Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] **geweint**. Er weinte, weil ich gefahren bin [...]“ (Ignatzi 2014: 2014: 326).

Sowohl von den pflegebedürftigen Personen als auch von deren Familien wird deshalb eine personelle Kontinuität bevorzugt (vgl. Ignatzi 2014: 255), was das nachfolgende Zitat belegt.

„[...] **Ältere Menschen mögen keine Veränderungen. Wenn sie sich an eine Person gewöhnt haben** [...], **möchten sie, dass sie [...] die ganze Zeit bleibt**. Aber es ist doch verständlich, dass man eine Familie hat, nach Hause fahren muss [...]“ (Ignatzi 2014: 327).

Das Zitat verdeutlicht jedoch auch, dass eine dauerhafte Anwesenheit bei den Pflegebedürftigen nicht ohne einschneidende Einschränkungen des Privatlebens der Live-Ins möglich ist. Auch die Textpassagen I:A1-2 und K:A1-1 verdeutlichen die bevorzugte kontinuierliche Anwesenheit einer Live-In. Bei MmD stellt die primäre Bindung ein grundlegendes Bedürfnis dar, welches auch bei fortgeschrittener Demenz bestehen bleibt bzw. sogar verstärkt wird (vgl. Kitwood 2019: 146f.). Es kann davon ausgegangen werden, dass eine gehäufte Unterbrechung der Einsatzzeit und ein vermehrter Wechsel der Live-In Betreuungskräfte herausfordernd für Befriedigung dieses Bedürfnisses ist. Dies bezieht sich sowohl auf den Beziehungsaufbau als auch auf die Auswirkungen des Beziehungsabbruchs im Kontext der Rotation bzw. Pause der Live-Ins, was das nachfolgende Zitat verdeutlicht.

„[...] Jetzt [...], [...] **nachdem die andere Frau hier gewesen ist**, dreht er [mit *er* ist der Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] **völlig durch** [...]. **Auf einen Fremden reagiert er jetzt ganz anders** [...]“ (Ignatzi 2014: 276).

Das Zitat weist darauf hin, dass der Wechsel der (vertrauten) Live-In Veränderungen im Verhalten des Pflegebedürftigen hervorruft. Es erscheint möglich, dass sich etwaige Verhaltensveränderungen bei MmD aufgrund der Bedeutung des Bindungsverhaltens in ausgeprägter Form zeigen können. Verstärkt wird dies, wenn sich die abwechselnden oder vertretenden Live-In Betreuungskräfte in ihren Persönlichkeiten und Charaktereigenschaften unterscheiden (s. I:A1-4, K:A1-3). Die nachfolgende Textpassage verdeutlicht, dass besonders bei einer bestehenden Demenz aufgrund der psychischen Belastung von den Live-Ins kürzere Einsatzzeiten bevorzugt werden.

„[...] **[M]anchmal würde ich sogar länger bleiben können [...]. Es sei denn, es wäre jemand im fortgeschrittenen Stadium der Alzheimererkrankung.** [...] Dann ist es klar, dass ich nicht länger bleiben könnte bei einem solchen Patienten“ (Ignatzi 2014: 256).

Kürzere Einsatzzeiten erscheinen jedoch hinderlich für den Beziehungsaufbau und für das Verstehen von Verhaltensweisen und Bedürfnisse der MmD. Durch einen längeren Einsatz hingegen lernen die Live-Ins „den Krankheitsverlauf kennen und erleben ganz nah die Auswirkungen der Erkrankung[...] [...] auf die pflegebedürftige Person“ (Ignatzi 2014: 182). Hierdurch können die Live-Ins die MmD in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung kennenlernen, wodurch das Einbeziehen von biografischen Bezügen und das Erkennen von individuellen Bedürfnissen und Ressourcen bei der Versorgung erleichtert bzw. ermöglicht wird. Dies kann wiederum für die Umsetzung einer PCC von Vorteil sein.

Unterkategorie A2 beinhaltet Aussagen die darauf hinweisen, dass sich die Bedürfnisbefriedigung aufgrund der permanenten Anwesenheit und Verfügbarkeit der Live-Ins herausfordernd gestaltet. Das Live-In Arrangement ist durch eine dauerhafte Präsenz der Live-In Betreuungskräfte im Privathaushalt der Pflegebedürftigen gekennzeichnet. Die Live-Ins üben hierbei eine 24-Stunden-Betreuung aus, welche sowohl die Tages- als auch die Nachtbetreuung einschließt (vgl. Ignatzi 2014: 306). Die nächtliche Betreuung von MmD erweist sich hierbei als besonders schwierig (vgl. Ignatzi 2014: 245), was das nachfolgende Zitat verdeutlicht.

„[...] [D]as war eine Frau mit Demenz, also fortgeschrittene Demenz. Sie war nicht schwierig, aber **sie hat die ganze Nacht geplaudert, sie hat Gespräche geführt und ich konnte überhaupt nicht schlafen [...]**“ (Ignatzi 2014: 246f.).

Es erscheint möglich, dass die demenziell veränderte Pflegebedürftige im obig geschilderten Zitat durch das nächtliche Sprechen ihre Vergangenheit durchlebt und nach außen trägt, was als Indiz für das Bedürfnis nach Identität gewertet werden kann (vgl. Kitwood 2019: 148). Wie das Zitat andeutungsweise darstellt ist die Bedürfnisbefriedigung hierbei aufgrund des mangelnden Schlafs der Live-In erschwert. Diese Problematik wird durch das nachfolgende Zitat anschaulich für das Bedürfnis nach primärer Bindung verdeutlicht.



„[...] Es passiert [...], dass sie [mit *sie* ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] mich jede fünf bis zehn Minuten ruft. **Manchmal gehe ich, manchmal gehe ich nicht [...]. In der Nacht ruft sie, weckt mich, ich klopfe an die Wand, dass ich da bin, dass sie keine Angst zu haben braucht. Aber sie will sehen, ob ich da bin oder nicht.** [...] Aber es ist nicht so, dass sie jede Nacht schlafen würde, **sie raubt mir die Nächte**“ (Ignatzi 2014: 246).

Das im Zitat geschilderte Rufen nach der Betreuungskraft und das Verlangen der pflegebedürftigen Person diese zu sehen, weist auf das Bedürfnis nach primärer Bindung hin. Das Klopfen an die Wand, welches der Reduktion der Angst der Pflegebedürftigen dienen soll, deutet auf das diesem inbegriffene Verlangen nach dem Gefühl von Sicherheit hin (vgl. Kitwood 2019:146f.). Das Zitat zeigt, dass dieses Verlangen aufgrund der natürlichen Notwendigkeit nach Schlaf von Seiten der Live-In jedoch nicht immer erfüllt werden kann. Im analysierten Material finden sich mehrere Testpassagen, die auf die Unterbrechung des nächtlichen Schlafs oder darauf, dass dies von den Live-Ins als belastend empfunden wird hinweisen (s. I:A2-1; I:A2-3; I:A2-4; I:A2-5; KA2-1). Insgesamt gestaltet sich die kontinuierliche Befriedigung von Bedürfnissen und Wünschen im Zusammenhang mit der andauernden Verfügbarkeit der Live-Ins herausfordernd, was das nachfolgende Zitat exemplarisch aufzeigt.

„Ich darf nicht weggehen und sie [mit *sie* ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] alleine lassen. [...] **Gleich ruft sie mich und erfindet etwas [...]. Es ist wie im Gefängnis, es gibt kein freie Minute für mich**, dass ich mich in meinem Zimmer hinsetzen [...] könnte, während sie liest oder fernsieht. So ist es nicht“ (Ignatzi 2014: 252f.).

Das Zitat verdeutlicht, dass das stetige Erfüllen der Bedürfnisse und Wünsche von der Live-In als belastend und anstrengend empfunden wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies bei MmD aufgrund deren komplexen Bedarfslagen noch verstärkt wird. Innerhalb des Materials finden sich zudem Textpassagen welche verdeutlichen, dass die Live-Ins ihre eigenen Bedürfnisse hintenanstellen oder diese im Zusammenhang mit der Bedürfnisbefriedigung der pflegebedürftigen Personen erfüllen (s. ex. I:A2-9). Es bleibt offen, inwiefern die andauernde Belastung der Live-Ins Auswirkung auf die Kontinuität und Qualität der Bedürfniserfüllung hat.

Unterkategorie A3 enthält Aussagen die darauf hinweisen, dass sich die Bedürfnisbefriedigung aufgrund der Beziehungsverhältnisse zwischen Live-In und pflegebedürftiger Person herausfordernd gestaltet. Dies bezieht sich auf Hinweise, welche auf die emotionale oder

körperliche Nähe oder Distanz oder das Beziehungsverhältnis zwischen Live-Ins und Pflegebedürftigen hindeuten. Wie bereits angesprochen besteht zwischen den Live-Ins und Pflegebedürftigen meist ein enges Beziehungsverhältnis. In der englischsprachigen Literatur wird in diesem Zusammenhang ein Phänomen beschrieben, bei welchem die Live-Ins die von ihnen betreuten Pflegebedürftigen als fiktive Verwandte betrachten, wodurch eine besondere gefühlsmäßige Verbundenheit zu diesen entsteht (vgl. Karakayali 2010: 118). Hierbei zeigt sich, dass von den Live-Ins mehrheitlich keine professionelle Distanz gewahrt wird sondern diese die pflegebedürftigen Personen als Familienmitglieder wahrnehmen (vgl. Ignatzi 2014: 375; Kniejska 2015: 213). Hierbei gehen die Live-Ins bezüglich des Nähe-Distanz-Verhältnisses von ihren persönlichen Vorstellungen aus und projizieren das familiäre Beziehungsverhältnis auf die Art der Versorgung der pflegebedürftigen Personen (vgl. Ignatzi 2014: 375). Das nachfolgende Zitat verdeutlicht, dass verinnerlichte Einstellungen und Grundannahmen herausfordernd für die Bedürfnisbefriedigung bzw. Bedürfniswahrnehmung sind.

„[...] [I]ch habe mich mit [...] [der Pflegebedürftigen] ins Bett hingelegt, so dass sie einfach die Wärme fühlen konnte [...]. **So eine kranke alte Person braucht das, aber manchmal hast du so einen Tritt bekommen, dass du genug hattest [...]**“ (Kniejska 2015: 231).

Das Zitat zeigt, dass die Live-In Betreuungskraft das Bedürfnis nach körperlicher Nähe aufgrund innerer Überzeugungen scheinbar unreflektiert erfüllt. Die Reaktion der pflegebedürftigen Person lässt jedoch vermuten, dass dieses Bedürfnis nicht (immer) tatsächlich gegeben ist. Besonders im Umgang mit MmD ist eine reflektierte Bedürfniswahrnehmung unter Berücksichtigung der individuellen Persönlichkeit und Lebensgeschichte notwendig (vgl. Kitwood 2019: 146). Neben den Live-Ins, welche eine familiäre Bindung zu den Pflegebedürftigen aufbauen, gibt es auch jene die eine berufliche Distanz wahren, wodurch ein distanzierteres Verhältnis und eine geringere emotionale Bindung zu den von ihnen betreuten Personen besteht (vgl. Ignatzi 2014:375; Kniejska 2015:235f.). Je nach Ausprägung der Distanziertheit kann dies insbesondere für die Befriedigung des Bedürfnisses nach primärer Bindung herausfordernd sein. Verstärkt wird dies durch belastete Beziehungsverhältnisse, was das nachfolgende Zitat verdeutlicht.

„**Deutsche haben eine große Distanz zu Polen, z.B. meine pflegebedürftige Oma erlaubte mir zwei Monate nicht, sie in den Arm zu nehmen [...]**“ (Ignatzi 2014: 328).

Das obige Zitat verdeutlicht, dass die Befriedigung des Bedürfnisses nach körperlicher Nähe aufgrund biografischer Bezüge erschwert ist. Allgemein ist das Beziehungsverhältnis und die Versorgung durch die Biografien, Persönlichkeiten und Charaktereigenschaften der Live-Ins und pflegebedürftiger Personen geprägt. Ignatzi (2014: 374-376) und Kniejska (2015: 213-245) benennen unterschiedliche Typen, welche auch verschiedene Verhaltensweisen erkennbar machen. Bezogen auf die (person-zentrierte) Versorgung der Pflegebedürftigen zeigt sich eine besondere Bedeutung der persönlichen Eigenschaften und Einstellungen der Live-Ins, welche gesondert unter dem nachfolgenden Gliederungspunkt aufgegriffen wird.

### **6.2 Herausforderungen für die Umsetzung von konstruktiven Interaktionen**

Neben der Befriedigung von grundlegenden Bedürfnissen des MmD tragen auch konstruktive Interaktionen zum Erhalt des Personseins bei (vgl. Kitwood 2019: 149). Durch Kategorie B wurde deshalb in zwei Unterkategorien (B1 und B2) analysiert, ob Herausforderungen für die Umsetzung von konstruktiven Interaktionen bestehen.

#### *Erläuterung der Kategorienbildung*

Hierbei war zunächst vorgesehen das Material differenziert nach den unter Gliederungspunkt 3.2 exemplarisch dargestellten Interaktionsarten Anerkennen, Verhandeln und Zusammenarbeit zu durchleuchten. Jedoch sind diese im ausgewählten Material nicht eindeutig erkennbar. Deshalb wurde nach Herausforderungen, welche aufgrund des Kenntnisstandes zum Krankheitsbild Demenz und bezogen auf die Bedeutung von persönlichen Einstellungen und Eigenschaften der Live-Ins bestehen gesucht. Hierfür wurde sich aufgrund der eingangs erläuterten Relevanz dieser Faktoren für die Umsetzung einer PCC entschieden.

Unterkategorie B1 umfasst Aussagen die darauf hinweisen, dass sich die Umsetzung von konstruktiven Interaktionen aufgrund des Kenntnisstandes der Live-Ins zum Krankheitsbild Demenz herausfordernd gestaltet. Hierunter werden Hinweise gefasst welche darauf hindeuten, dass Verhaltensweisen des MmD von den Live-Ins nicht verstanden oder konstruktive Interaktionen nicht angewendet werden. Demenz ist ein komplexes Syndrom, welches durch unterschiedlich stark ausgeprägte Symptome gekennzeichnet ist. Für die Versorgung von MmD ist ein gewisser Kenntnisstand zum Krankheitsbild und zu dessen Symptomatik von Nöten. Ebenso ist eine „[g]erontologische Pflege aus der Perspektive der [...] [person-zentrierten Pflege] [...] keinesfalls trivial, sondern in hohem Maße komplex und anspruchsvoll“ (Kitwood 2019: 289) und erfordert ebenfalls entsprechende Kenntnisse. Diese können die Live-Ins jedoch

meist nicht vorweisen (vgl. Ignatzi 2014: 178). Das folgende Zitat verdeutlicht, dass dies zu Herausforderungen für die Umsetzung von konstruktiven Interaktionen führt.

„Eben, mit dem **Opa** wurde es schlimmer, weil eben älter [...]. Und auch **zeigte sich langsam Demenz. Er fing an sich als Frau zu verkleiden**, oh, Mutter Gottes! Das war auch was, **Angst und Gelächter**. [...] [I]ch hatte auch Mitleid mit den Leuten [...]“ (Ignatzi 2014: 249).

Durch das obige Zitat ist zu erkennen, dass die Verhaltensweisen des MmD nicht verstanden werden und diese bei der Live-In aufgrund der Unkenntnis zum Umgang Angst auslösen. Im Sinne einer PCC wäre es angezeigt den MmD mittels ausgewählter konstruktiver Interaktionen in seiner Person zu stärken. Das Lachen der Live-In, welches für diese ein Zeichen der eigenen Überforderung mit der Situation darstellt, kann jedoch als destruktive Interaktion im Umgang mit dem MmD gewertet werden. Innerhalb des Materials finden sich weitere Textpassagen, welche verdeutlichen, dass ein mangelnder Kenntnisstand der Live-Ins zum Krankheitsbild Demenz und zu Methoden im Umgang mit MmD besteht was, wiederum herausfordernd für die (bewusste) Umsetzung von konstruktiven Interaktionen ist (s.. I:B1-4; I:B1-5; I:B1-6; I:B1-7; I:B1-8; K:B1-1; K:B1-3).

Unterkategorie B2 umfasst Aussagen die darauf hinweisen, dass sich die Umsetzung von konstruktiven Interaktionen aufgrund von persönlichen Einstellungen und Eigenschaften der Live-Ins herausfordernd gestaltet. Auf die Bedeutung der persönlichen Einstellungen und Eigenschaften der Live-Ins wird bereits unter Gliederungspunkt 6.1 hingewiesen. Innerhalb des Materials finden sich eine Reihe von Textpassagen welche verdeutlichen, dass von den Live-Ins individuelle Haltungen und persönliche Eigenschaften besonders hervorgehoben werden (s. I:B2-1; I:B2-3; I:B2-4; I:B2-5; I:B2-6; K:B2-1; K:B2-3; K:B2-4; K:B2-5) Exemplarisch wird dies durch das nachfolgende verdeutlicht.

„[...] **Man muss einen gewissen Instinkt haben** [...] [...] Man muss selbst sein [...]. Beobachten, ganz normal die Person beobachten [...]. [...] Jede Person muss man anders betreuen, denn jeder ist ein Individuum für sich [...]“ (Ignatzi 2014: 190).

Das folgende Zitat zeigt, dass die persönliche und emotionale Involviertheit der Live-Ins jedoch auch zu Belastungen und negativen Auswirkungen der Live-Ins führt.

„Ich **besitze zu viel Mitgefühl und zu viel Herz**, so dass **man sich seelisch verausgabt**. Wenn die Pflegebedürftige Schmerzen hat, bin ich kränker als sie. [...] Das tue ich, aber **die Arbeit macht mich fertig**“ (Ignatzi 2014: 175).

Im analysierten Material finden sich Vorgehensweisen der Live-Ins welche einerseits als konstruktive Interaktionen (s. ex. I:B1-7) andererseits auch als destruktive Interaktionen gewertet werden können (s. ex. K:B1-3). Bei diesen Textpassagen sind Verbindungen zu den persönlichen Überzeugungen und Erfahrungen der Live-Ins erkennbar. Bezogen auf die Umsetzung von konstruktiven Interaktionen ist somit zu vermuten, dass diese von den persönlichen Einstellungen und Eigenschaften der Live-Ins abhängig zu sein scheint.

### 6.3 Herausforderungen der Kommunikation

Wie unter Gliederungspunkt 3.2 erläutert, ist die angepasste Kommunikationsgestaltung im Kontext der person-zentrierten Versorgung von MmD von elementarer Bedeutung. Mit Kategorie C wurde deshalb in zwei Unterkategorien (C1 und C2) untersucht ob Herausforderungen der Kommunikationen benannt werden können.

#### *Erläuterung der Kategorienbildung*

Die mangelnde Sprachkompetenz (vgl. Ignatzi 2014: 168f.) ist bereits im Zusammenhang der Charakterisierung der Live-Ins erläutert (s. 4.3.2 Charakteristika der Akteure S.18f).

Unterkategorie C1 umfasst Aussagen die darauf hinweisen, dass sich die Umsetzung einer PCC aufgrund der lückenhaften Sprachkompetenz der Live- Ins herausfordernd gestaltet. Durch die unzureichenden sprachlichen Fähigkeiten ist die Verständigung und der Beziehungsaufbau mit den Pflegebedürftigen erschwert (vgl. Ignatzi 2014: 170). Innerhalb des Materials finden sich mehrere Textpassagen (s. I:C1-1 bis I:C1-15) welche dies andeuten oder verdeutlichen. Exemplarisch wird das nachfolgende Zitat aufgeführt.

„Nun, **sie** sie [mit *sie* ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] **benötigt eine Dame zur Unterhaltung** [...] – eine Gesellschaftsdame, [...], um sich mit ihr unterhalten zu können, aber **ich kann dies nicht besonders erfüllen** [...], **denn ich kenne die Sprache nicht**“ (Ignatzi 2014: 188).

Von den meisten Live-Ins wird anfänglich die Bedeutung der Sprachkompetenz für die zwischenmenschlichen Beziehungen unterschätzt (vgl. Ignatzi 2014: 179). Besonders wenn

sich bei MmD Einschränkungen im Bereich der sozialen Kognition (vgl. Barnikol und Maier 2014: 565; DNQP 2018: 36) und Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeiten (vgl. DGPPN und DGN 2016: 10; Freter 2019: 6) zeigen, erweist sich dies als problematisch. Je nach Stadium der Demenz werden angepasste Kommunikationstechniken notwendig, welche jedoch aufgrund der sprachlichen Defizite der Live-Ins erschwert sind. Das eine erfolgreiche sprachliche Verständigung förderlich für die Umsetzung einer PCC sein kann zeigt sich in der Versorgung von polnischstämmigen Pflegebedürftigen, welche aufgrund demenzieller Veränderungen in ihre Muttersprache zurückfallen. Hierbei erfolgt die Verständigung auf Polnisch, wodurch keine Sprachbarrieren bestehen (vgl. Ignatzi 2014: 170; Satola 2015: 59). Hierbei ist zu erkennen, dass den Live-Ins umfassendere Kenntnisse über die Biografien sowie Vorlieben und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen bekannt sind (vgl. Satola 2015: 56-59). Insgesamt wird von den Live-Ins keine perfekte Sprachbeherrschung angestrebt, sondern deren „Ziel ist eher, sich einigermaßen verständigen zu können, um das Miteinander zu erleichtern und auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen besser eingehen zu können“ (Ignatzi 2014: 181).

Unterkategorie C2 umfasst Aussagen die darauf hinweisen, dass sich die Umsetzung einer PCC aufgrund des Kenntnisstandes der Live-Ins im Bereich Kommunikation bei Demenz herausfordernd gestaltet. Wie bereits erläutert sind den Live-Ins meist keine Methoden zum Umgang mit MmD bekannt (vgl. Ignatzi 2014: 178). Dies spiegelt sich auch in der Kommunikation mit MmD wieder, was das nachfolgend dargestellte Zitat, sowie die Zitate I:C2-1 und I:C2-2 belegen.

„[...] Sie sie [mit *sie* ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] redet da so auf ihre Art, sie erinnert sich an ihre Zeiten [...]. [...] Und [...] **man kann mit ihr kaum normal reden. Das ist für mich auch schlimm, dass ich mich nicht unterhalten kann**“ (Kniejska 2015: 236).

Das oben erwähnte Zitat verdeutlicht, dass von der Live-In die Besonderheiten der Kommunikation der Pflegebedürftigen nicht verstanden und als andersartig eingeordnet werden. Die Kommunikation mit der Pflegebedürftigen wirkt für die Live-In eingeschränkt, was auch als persönliche Belastung empfunden wird. Jedoch erscheint besonders in dem geschilderten Verhalten der Pflegebedürftigen eine Biografie orientierte und zugehende Kommunikation von Seiten der Live-In angezeigt. Wie bereits erläutert ist dies jedoch aufgrund der Unkenntnisse im Bereich der Kommunikation bei MmD erschwert.

### **6.4. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen**

Folgend werden die genannten Herausforderungen in den drei Themenbereichen prägnant zusammengefasst. Ausgehend von diesen werden anschließend Handlungsempfehlungen für die verbesserte Umsetzung einer PCC von MmD im Live-In Arrangement aufgezeigt.

#### *Unterbrechung der Einsatzzeit vs. Beziehungsaufbau*

Die sich wiederholenden Verabschiedungen im Kontext der Einsatzunterbrechung der Live-Ins führen zu einer emotionalen Betroffenheit der Pflegebedürftigen. Als Folge können veränderte Verhaltensweisen der pflegebedürftigen Personen auftreten. Die Einsatzunterbrechung wird von den Live-Ins jedoch als unvermeidbar gesehen. Insbesondere bei der Versorgung von MmD werden aufgrund psychischer Faktoren kürzere Einsatzzeiten bevorzugt (vgl. Ignatzi 2014: 256). Eine gehäufte Unterbrechung der Einsatzzeit und ein vermehrter Wechsel der Live-In Betreuungskräfte erscheint hinderlich für den Beziehungsaufbau und für das Verstehen der Verhaltensweisen und Bedürfnisse von MmD. Hierdurch kann besonders die Befriedigung des grundlegenden Bedürfnisses nach primärer Bindung von MmD herausgefordert sein.

#### *Belastungserleben vs. qualitative und kontinuierliche Bedürfnisbefriedigung*

Das stetige Erfüllen von Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen wird durch die permanente Anwesenheit und Verfügbarkeit der Live-Ins verstärkt und führt zu einer dauerhaften Belastung dieser. Es erscheint möglich, dass das permanente Belastungserleben der Live-Ins negative Auswirkungen auf die Kontinuität und Qualität der Bedürfnisbefriedigung der Pflegebedürftigen hat. Exemplarisch konnte dies für die Befriedigung des Bedürfnisses nach primärer Bindung in Verbindung mit der Störung des nächtlichen Schlafs aufgezeigt werden.

#### *Beziehungsverhältnisse vs. reflektierte Bedürfnisbefriedigung*

Das Übertragen von verinnerlichten Einstellungen und Grundannahmen in die Versorgung führt zu einer unreflektierten Bedürfniswahrnehmung. Dies wird durch moralische Überzeugungen und persönliche Einstellungen der Live-Ins sowie durch die bestehenden Beziehungsstrukturen im Versorgungsarrangement beeinflusst<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> S. weiterführend u. a. Emunds und Schacher (2012)

### *Kenntnisstand zum Krankheitsbild Demenz vs. konstruktive Interaktionen*

Der unzureichende Kenntnistand der Live-Ins zum Krankheitsbild Demenz und zu Methoden im Umgang mit MmD führt dazu, dass Verhaltensweisen der MmD nicht verstanden und folglich auch keine konstruktiven Interaktionen angewendet werden (können). Hingegen führen die Unkenntnisse teilweise zu destruktiven Interaktionen im Umgang mit MmD.

### *Persönliche Einstellungen vs. konstruktive Interaktionen*

Die Umsetzung von konstruktiven Interaktionen scheint von persönlichen Einstellungen und Erfahrungen der Live-Ins abhängig zu sein. Hierbei zeigt sich, dass die Art der Versorgung und des Umgangs durch unterschiedliche (Verhaltens)Typen (vgl. Ignatzi 2014: 374-376; Kniejska 2015: 213-245) beeinflusst sein kann.

### *Sprachkompetenz vs. Beziehungsaufbau*

Die unzureichenden sprachlichen Fähigkeiten der Live-Ins erschweren die Verständigung und den Beziehungsaufbau zwischen diesen und den Pflegebedürftigen. In der Versorgung von MmD ist der Bindungsaufbau durch eine unzureichende Verständigung besonders erschwert. Durch die sprachlichen Defizite können keine angepassten Kommunikationstechniken angewendet werden, was durch den nachfolgend erläuterten lückenhaften Kenntnisstand der Live-Ins im Bereich der Kommunikation bei MmD zusätzlich verstärkt wird.

### *Kenntnisstand Kommunikation bei Demenz vs. angepasste Kommunikation*

Den Live-Ins sind meist keine Methoden im Umgang mit MmD bekannt was den Bereich der Kommunikation miteinschließt. Von den Live-Ins werden deshalb die Besonderheiten der Kommunikation bei MmD nicht erkannt, weshalb in Kombination mit sprachlichen Barrieren eine angepasste und person-zentrierte Kommunikationsgestaltung erschwert ist.



### *Handlungsempfehlungen zur verbesserten Umsetzung einer PCC*

Für die Umsetzung des person-zentrierten Ansatzes sind förderliche strukturelle Voraussetzungen sowie fachliche und persönliche Kompetenzen notwendig (vgl. Kitwood 2019: 181-227). Dem Live-In Arrangement liegen jedoch prekäre strukturelle Rahmenbedingungen zugrunde. Es konnte aufgezeigt werden, dass die dem Arrangement innewohnende permanente Anwesenheit sowie Verfügbarkeit der Live-Ins zu einem Belastungsleben dieser führt, welches negative Auswirkungen auf eine kontinuierliche und qualitative Bedürfnisbefriedigung der Pflegebedürftigen hat und somit auch für eine person-zentrierte Betreuung hinderlich ist. Für die verbesserte Umsetzung einer PCC ist es deshalb geboten die (Arbeits-)Bedingungen der Live-Ins dahingehend zu verbessern. Auf die generelle Notwendigkeit der Verbesserung der prekären Strukturen des Live-In Arrangement wird bereits in den im Forschungsstand dargestellten wissenschaftlichen Arbeiten verwiesen. Des Weiteren sollten die angesprochenen lückenhaften fachlichen und sprachlichen Kompetenzen der Live-Ins gezielt ausgebaut werden. Der entsprechende Bedarf wird hierbei gleichermaßen von den Angehörigen der pflegebedürftigen Personen (vgl. Kiekert und Schirilla 2018: 30), den Live-Ins (vgl. ebd.: 43f.) und den involvierten ambulanten Pflegediensten (vgl. ebd.: 33) geäußert. Bezogen auf die Forschungsfragen dieser Arbeit sind hierbei krankheitsspezifische und an die Zielgruppe angepasste Angebote notwendig. Denkbar wären hierbei niedrigschwellige Mikroschulungen und Beratungen durch die gehäuft involvierten formell-professionellen Dienstleister. Basis dieser sollte der individuelle Kenntnis- und Erfahrungsstand der Live-Ins sowie der aktuell bestehende Informationsbedarf zur Verbesserung der person-zentrierten Versorgung des MmD sein. Die Inhalte sollten evidenzbasiert und praxistauglich sein. Zudem erscheint es sinnvoll die Kompetenzbereiche miteinander zu kombinieren. Exemplarisch sollte im Kontext der sprachlichen Kompetenzerweiterung auch auf die Besonderheiten der Kommunikation bei MmD eingegangen werden. Zudem ist es bezogen auf das ausgeprägte Belastungserleben der Live-Ins angezeigt, deren Soft Skills zu stärken (ebd.: 45). Jedoch bedarf es für all diese Vorhaben spezielle pflegewissenschaftliche Konzepte und Begleitungen um ein qualitätsgesichertes Vorgehen zu garantieren. Zudem muss die Finanzierbarkeit geklärt werden. Zusammenfassend könnte die Kombination aus angepassten Rahmenbedingungen und durch formell-professionelle Dienstleister begleitete sowie krankheitsspezifisch ausgerichtete fachliche und sprachliche Kompetenzerweiterung der Live-Ins, perspektivisch eine person-zentrierte Versorgung im Live-In Arrangement befördern.

### 7. Fazit

Es konnte ein Beitrag zur bislang unzureichend erforschten direkten Versorgung von MmD durch Live-In Betreuungskräfte geleistet werden. Es werden Herausforderungen einer PCC von MmD im Live-In Arrangement aufgezeigt und auf Basis dieser Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Umsetzung dargelegt. Die Beantwortung der Forschungsfragen auf Basis vorhandener Literatur erwies sich jedoch als herausfordernd und führte zu Limitationen, welche nachfolgend erläutert werden. Abschließend werden im Ausblick Hinweise für weiterführende Forschungen und das persönliche Resümee der Verfasserin dieser Arbeit dargelegt.

#### 7.1 Limitationen

Für die Bachelorarbeit konnte keine Primärerhebung durchgeführt werden, weshalb das Versorgungsarrangement unter Verwendung vorhandener Literatur beschrieben wird. Dies führt zu den nachfolgend beschriebenen Einschränkungen.

Zur Beschreibung der betrachteten Kundengruppe werden die Studien des Dip e.V. (vgl. Neuhaus et al. 2009; Isfort und von der Malsburg 2014) verwendet, welche jedoch nicht ausdrücklich das Live-In Arrangement und die Versorgung von Menschen mit Demenz beleuchten. Dementsprechend wird innerhalb dieser nicht explizit der Unterstützungsbedarf von MmD dargestellt, weshalb der beschriebene Bedarf bezogen auf die Besonderheiten einer Demenzerkrankung reflektiert wird. Zur weiteren Konkretisierung des fokussierten Live-In Arrangement und zur Spezifizierung der Kundengruppe wird ergänzende Literatur hinzugezogen.

Eine detaillierte Tätigkeitsbereichsbeschreibung der Live-Ins erschien nicht zielführend. Hingegen wird das Modell der haushaltsbezogenen Leistungsbereiche (vgl. Isfort et al. 2012:22-24; Isfort et al. 2017:54-58) beschrieben, um die von den Live-Ins erbrachten Leistungen in einem Bezugsrahmen einordnen zu können. Dies führt jedoch dazu, dass nur in einem begrenztem Umfang auf einzelne Tätigkeiten und Leistungen eingegangen werden konnte. Auf die gender- und migrationstheoretische Betrachtungsweise der bezahlten Haushalts- oder Pflegearbeit wird aufgrund der Ausrichtung der Forschungsfragen nicht eingegangen, jedoch ist deren Relevanz für das Themenfeld berücksichtigt<sup>9</sup>.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde auf Daten zurückgegriffen, welche bereits innerhalb theoretischer Konzepte eingebettet und bezogen auf die jeweiligen

---

<sup>9</sup> Weiterführende Vertiefungsmöglichkeiten finden sich in den im Forschungsstand dargestellten wissenschaftlichen Arbeiten zur Arbeits- und Lebenssituation von Migrantinnen aus Mittel- und Osteuropa.

Forschungsperspektiven der wissenschaftlichen Arbeiten ausgewertet vorlagen. Dies hat die Ergebnisse beeinflusst. In den Dissertationen von Ignatzi (2014) und Kniejska (2015) werden zudem nicht explizit Live-In Arrangements und die Versorgung von MmD beleuchtet. Im Zuge der deduktiven Kategorienanwendung wurden deshalb, auch um den Sinnzusammenhang der Textpassagen nicht zu verzerren, die zugehörigen Erläuterungen der Autorinnen berücksichtigt. Hierbei wurde reflektiert ob Aussagen für die betrachtete Kundengruppe und das Live-In Arrangement zutreffend erschienen. Jedoch konnte nicht immer eindeutig eruiert werden ob die Faktoren im Kontext der ausgewählten Textpassagen vorlagen. Sofern dies für die Aussagekraft hinderlich war, wurden die Textpassagen kategorisch ausgeschlossen. Das Ausschließen nicht zutreffender Testausschnitte sowie das zur Verfügung stehende Material an sich führte dazu, dass die analysierte Datenmenge gering ausfiel. Dies hatte wiederum als Folge, dass eine strikte Einhaltung entsprechend der Kategoriendefinitionen erschwert war. Folglich finden sich vor allem innerhalb der Kategorien A1 bis A3 Unterthemen, welche als selbstständige Kategorien verstanden werden könnten. Aufgrund der geringen Datenmenge wäre jedoch die Aussagekraft dieser Kategorien herabgesetzt, weshalb die bestehende Unschärfe innerhalb der Kategorienbildung und -anwendung im Sinne der Beantwortung der Forschungsfragen in Kauf genommen wurde.

Innerhalb der Arbeiten von Ignatzi (2014) und Kniejska (2015) finden sich Textausschnitte, welche erkennbar machen, dass die Pflegebedürftigen von den Live-Ins gehäuft nicht namentlich angesprochen, sondern als „Oma oder Opa“ oder durch Kosenamen/Verniedlichungen benannt werden. Dies wird auch durch einige der ausgewählten Textpassagen (s. I:A1-4; I:A2-2; I:A3-1; I:A3-2; I:A3-5; I:A3-7; I:B1-3; I:B1-7; K:A1-1; K:A3-6; K:B2-1) verdeutlicht. Jedoch gewinnt eine namentliche Ansprache unter anderem innerhalb der konstruktiven Interaktion Anerkennen an Bedeutung (vgl. Kitwood 2019:159). Aufgrund des Umfangs dieser Bachelorarbeit wurde diese Besonderheit und deren Bedeutung für eine PCC nicht näher untersucht.

### **7.2 Ausblick und persönliches Resümee**

Aufgrund der dargelegten Limitationen ist die Aussagekraft und Übertragbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt, weshalb weiterführende Forschungen zum Themenbereich zwingend notwendig sind. Hierbei erscheint eine Primärdatenerhebung mit gleichzeitiger teilnehmender Beobachtung, beispielsweise durch eine akademisierte Pflegefachkraft bei einem ambulanten Pflegedienst, sinnvoll.

Trotz der beschriebenen Einschränkungen decken sich die dargelegten Erkenntnisse jedoch, größtenteils mit den beruflichen Erfahrungen der Verfasserin dieser Qualifikationsarbeit. Um dies zu verdeutlichen wird die Arbeit mit einer kurzen Schilderung eines jüngst zurückliegenden beruflichen Erlebnisses der Verfasserin zum Abschluss gebracht. Hierbei wird der Blick auf die gegenwärtig andauernde COVID-19-Pandemie gerichtet, welche auch für die Live-In Versorgung von Relevanz ist und weitreichende Auswirkungen nach sich zieht. Angemerkt sei, dass es sich hierbei um keinen strukturierten Fallbericht handelt. Im Frühjahr 2020 war es für Live-Ins nicht mehr möglich nach Deutschland einzureisen. Live-Ins, die bereits vor Ort waren sind zeitnah abgereist. Hierdurch waren die Pflegebedürftigen und deren Familien von heute auf morgen auf sich allein gestellt, was die Stabilität von den betreffenden häuslichen Versorgungsarrangements ins Wanken brachte (vgl. Habel und Tschenker 2020). Die Verfasserin erlebte dies auch im Zuge der aktuell andauernden zweiten Corona-Welle. Im geschilderten Erlebnis handelt es sich um die Versorgung einer pflegebedürftigen Person<sup>10</sup> mit erkennbaren kognitiven Einschränkungen, welche bereits über einen längeren Zeitraum von zwei sich regelmäßig abwechselnden Live-In Betreuungskräften betreut wurde. Ergänzend übernimmt ein ambulanter Pflegedienst<sup>11</sup> die ärztlich angeordneten Leistungen nach dem SGB V. Nachdem bei der pflegebedürftigen Person Corona diagnostiziert wurde, reiste die zu diesem Zeitpunkt anwesende Live-In ab. In Folge wandten sich die Angehörigen hilfeschend an den Pflegedienst, um die betroffene pflegebedürftige Person im eigenen Zuhause versorgen zu können. Im Kontext der Versorgung zeigten sich eine Reihe von Herausforderungen, welche u. a. durch die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit begründet werden können. So zeigte sich bei der pflegebedürftigen Person eine emotionale Betroffenheit, welche auch mit einer Unzufriedenheit einher ging. Die pflegebedürftige Person ist es gewohnt, dass die ihr vertrauten Live-Ins ihren Ablauf sowie Wünsche und Bedürfnisse kennen. Den Mitarbeitenden des ambulanten Pflegedienstes und den Angehörigen der pflegebedürftigen Person, waren diese hingegen nur in einem eingeschränkten Maße bekannt. Da entsprechende Informationen auch nicht schriftlich festgehalten waren und im Vorfeld kein Austausch mit der Live-In stattfand, mussten diese zunächst im Verlauf der von vornherein angespannten Versorgung ergründet werden. Dies führte in Kombination mit den kognitiven Einschränkungen der pflegebedürftigen Person zu einer generellen Anspannung. Zudem konnte der umfassende Unterstützungsbedarf nicht alleinig durch den Pflegedienst abgedeckt werden.

---

<sup>10</sup> Zur Anonymisierung werden keine Namen genannt sondern es wird von einer pflegebedürftigen Person berichtet, hierbei werden formale Häufungen in Kauf genommen.

<sup>11</sup> Bei welchem die Verfasserin als Altenpflegerin tätig ist.

## 7. Fazit

---

Aus diesem Grund mussten Angehörige anreisen und sich eigens im Haushalt der pflegebedürftigen Person in Quarantäne begeben, um zumindest prinzipiell die Anwesenheit einer Unterstützungsperson zu garantieren. Die kurze Erlebnisschilderung verdeutlicht, dass die sich abwechselnden Live-Ins wichtige Bezugs- und Vertrauenspersonen für die pflegebedürftige Person darstellen und wesentlich zur Stabilisierung der häuslichen Versorgung beitragen. Dies und die umfassenden von diesen erbrachten Unterstützungsleistungen verdient eine generelle Anerkennung und Würdigung. Es bleibt abzuwarten, welche zukünftigen Konsequenzen die Corona-Pandemie für das Live-In Arrangement nach sich zieht. Innerhalb des Artikels von Habel und Tschenker (2020) ist jedenfalls angedeutet, dass durch diese die prekären strukturellen Bedingungen des Live-In Arrangements weiter verschärft werden, wodurch eine person-zentrierte Versorgung perspektivisch zusätzlich erschwert sein könnte. Schlussendlich wäre es wünschenswert, wenn alle am Live-In Arrangement beteiligten Akteure aktiv zusammenarbeiten würden, um den Verbleib der pflegebedürftigen Personen in deren eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen und gleichwohl eine qualitative Versorgung sicherzustellen.

#### III. Literaturverzeichnis

- Barnikol, U.B. und Maier, Wolfgang (2014). Neurokognitive Störungen im DSM-5. Durchgreifende Änderungen in der Demenzdiagnostik, in *Nervenarzt*, Ausg. 5, S. 564-570.
- Beavin, Janet; Jackson, Don und Watzlawick, Paul (2017). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*, 13., unveränderte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- Bickel, Horst (2020). *Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
- Blinkert, Baldo (2007). Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demografischen und sozialen Wandels, in *Pflege & Gesellschaft* Jg. 12, Heft 3, S. 227-239.
- Böning, Marta und Steffen, Margot (o.J.). *Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten. Problemstellungen und politische Herausforderungen*. Berlin: ver.di.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2017). *Die Pflegestärkungsgesetze. Das Wichtigste im Überblick*, 4., aktualisierte Auflage. Berlin: BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2017). *Zukunftswerkstatt Demenz*, 1., aktualisierte Auflage. Berlin: BMG.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg.) (2016). *S3- Leitlinie „Demenzen“*. Langversion – Januar 2016. Online abrufbar: <https://www.DGPPN und DGN.org/leitlinien/detail/11/038-013.html> (aufgerufen am 19.12.2020).
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2018). *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Sonderdruck einschließlich Kommentierungen und Literaturstudie*. Osnabrück: DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2013). *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*. 1. Aktualisierung 2013. Osnabrück: DNQP.

### III. Literaturverzeichnis

---

- Emunds, Bernhard und Schacher, Uwe (2012). Ausländische Pflegekräfte in Privathaushalten. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Frankfurter Arbeitspapiere zur gesellschaftsethischen und sozialwissenschaftlichen Forschung, Heft 61. Online abrufbar: [https://nbi.sankt-georgen.de/assets/documents/papers/Pflege\\_HBS\\_27.2.-1.pdf](https://nbi.sankt-georgen.de/assets/documents/papers/Pflege_HBS_27.2.-1.pdf) (aufgerufen am 19.12.2020).
- Emunds, Bernhard (2016). DAMIT ES OMA GUT GEHT. Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden. Frankfurt/Main: Westend Verlag.
- Freter, Hans-Jürgen; Kurz Alexander; Nickel, Ellen und Saxl, Susanna (2019). Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber, 8., Auflage. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
- Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Kuhlmeier, Adelheid; Jacobs, Klaus und Schwinger, Antje (Hrsg.) (2020). Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Berlin: Springer Verlag.
- Habel, Simone und Tschinker, Theresa (2020): Stay at Work. Zur Situation der Live-In-Pflege in der Corona-Krise. Online abrufbar: <https://nbi.sankt-georgen.de/blog/2020/stay-at-work-zur-situation-der-live-in-pflege-in-der-corona-krise#> (aufgerufen am 11.11.2020).
- Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine und Nock, Lukas (2017). PFLEGE IN DEN EIGENEN VIER WÄNDEN: ZEITAUFWAND UND KOSTEN. Pflegebedürftige und Angehörige geben Auskunft, Band 363 in Study der Hans-Böckler-Stiftung, S. 1-118. Düsseldorf: Hans-Böckler- Stiftung. Online abrufbar: [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_study\\_hbs\\_363.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf) (aufgerufen am 19.12.2020).
- Ignatzi, Helene (2014). Häusliche Altenpflege zwischen Legalität und Illegalität dargestellt am Beispiel polnischer Arbeitskräfte in deutschen Privathaushalten. Berlin: LIT Verlag.
- Isfort, Michael; Weidner, Frank; von der Malsburg, Andrea und Lungen, Markus (2012). Mehr als Minutenpflege. Was brauchen ältere Menschen, um ein selbstbestimmtes Leben in ihrer eigenen Häuslichkeit zu führen? Bonn: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.).
- Isfort, Michael und von der Malsburg, Andrea (2014). Evaluation des Projektes Heraus aus der Grauzone - Qualitätsgesicherter Einsatz polnischer Haushaltshilfen in deutschen Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

### III. Literaturverzeichnis

---

- Isfort, Michael und von der Malsburg, Andrea (2017). Gutachten. Privat organisierte Pflege in NRW: Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Familien mit Pflegebedarf. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.).
- Karakayali, Juliane (2010). Transnational Haushalten. Biografische Interviews mit care workers aus Osteuropa. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kałwa, Dobrochna; Metz-Göckel, Sigrid und Münst, A. Senganata (2010). Migration als Ressource. Zur Pendelmigration polnischer Frauen in Privathaushalte der Bundesrepublik. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich Verlag.
- Kiekert, Jasmin und Schirilla, Nausikaa (2018). „Entwicklung, Erprobung, Verbreitung von Unterstützungsstrukturen für in Haushalten pflegebedürftiger älterer Menschen tätige mittel- und osteuropäische Migrant\*innen“ – EUMIP. Förderzeichen: 13FH007SX4. Abschlussbericht. Freiburg: Katholische Hochschule Freiburg.
- Kitwood, Tom (2019). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 8., ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- Kniejska, Patrycja (2015). Migrant Care Workers aus Polen in der häuslichen Pflege. Zwischen familiärer Nähe und beruflicher Distanz. Wiesbaden: Springer VS Verlag.
- Krawietz, Johanna und Scheiwe, Kristen (Hrsg.) (2010). Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kutzleben, Milena von (2018). Häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz. Rekonstruktion des Versorgungshandelns informeller Versorgungspersonen im Zeitverlauf. Weinheim: Beltz Juventa Verlag.
- Lutz, Helma (2008). Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung, 2., überarbeitete Auflage. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich Verlag.
- Mayring, Philipp (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Verlag Beltz.



### III. Literaturverzeichnis

---

Neuhaus, Andrea; Isfort, Michael und Weidner, Frank (2009). Projektbericht. »Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen (moH)«. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Satola, Agnieszka (2015). MIGRATION UND IRREGULÄRE PFLEGEGARBEIT IN DEUTSCHLAND. EINE BIOGRAPHISCHE STUDIE. Stuttgart: ibidem-Verlag.

Schulz von Thun, Friedemann (2011). Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation, 49., Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018). Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2017. Online abrufbar: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.html> (aufgerufen am 31.12.2020).

Städtler-Mach, Barbara und Ignatzi, Helene (Hrsg.) (2020). Grauer Markt Pflege. 24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

**IV. Anhang**

**Anhang 1 Entstehungssituation und Formale Charakteristika des Materials**

Tabelle 1 Entstehungssituation des Materials (Teil A)

Quellenangabe	Ignatzi (2014)	Kniejska (2015)
<b>Typus, Institution, Förderung</b>	<b>Dissertation;</b> TU Dortmund; finanzielle Förderung der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum	<b>Dissertation;</b> Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie der Technischen Universität Dortmund; gefördert von der Friedrich Ebert Stiftung
<b>Analyse der Entstehungssituation</b>	<p><b>Auswertungsvorgehen:</b> Die Interviews wurden mittels typenbildenden Verfahren nach Kelle und Kluge ausgewertet.</p> <p><b>Auswahl der Probandinnen:</b> Die Probandinnen wurden auf Basis von im Vorfeld definierten Kriterien (polnische Herkunft, weibliches Geschlecht, breite Alterspanne) und sich im Verlauf der Studie erweiterten Kriterien (Dauer der Pendelmigration, Erfahrung mit Vermittlungsagenturen und herausfordernder Pflege) ausgewählt.</p> <p><b>Interviewart:</b> Es wurden leitfadengestützte, fokussierte Einzelinterviews geführt.</p> <p><b>Erhebungsinstrument:</b> Der Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an die Forschungsfragen und auf Basis des theoretischen Vorwissens der Autorinnen erstellt.</p> <p><b>Pretest:</b> Der Leitfaden wurde in vier Interviews getestet.</p> <p><b>Zeitraum der Datenerhebung:</b> Die Interviewerhebung erfolgte im Zeitraum vom 29.10.2010 bis zum 09.04.2011.</p>	<p><b>Auswertungsvorgehen:</b> Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring. Typenbildung nach Gabriele Rosenthal.</p> <p><b>Auswahl der ProbandInnen:</b> Die Untersuchungsgruppe wurde nach dem Schneeballprinzip zusammengestellt.</p> <p><b>Interviewart:</b> Es wurden leitfadengestützte Interviews geführt. Zusätzlich wurden drei Experteninterviews geführt.</p> <p><b>Erhebungsinstrument:</b> Es wurde im Vorfeld ein Interviewleitfaden erstellt, welcher 18 Themenbereiche umfasst. Es wurde ein Beobachtungsbogen erstellt, der nach jedem Interview das nonverbale Interaktionsgeschehen dokumentierte.</p> <p><b>Pretest:</b> Im Vorfeld wurde ein Pretest mit zwei pflegenden Frauen durchgeführt. Ein Interview wurde zu den Hauptinterviews hinzugezählt.</p> <p><b>Zeitraum der Datenerhebung:</b> Die Interviews wurden in der zweiten Hälfte des Jahres 2011 geführt.</p>

## IV. Anhang

Tabelle 2 Entstehungssituation und Formale Charakteristika des Materials (Teil B)

Quellenangabe	Ignatzi (2014:119-132)	Kniejska (2015:101-115)
<p><b>Analyse der Entstehungssituation</b></p>	<p><b>Zeitdauer der Interviews:</b> Die Dauer der Interviews variierte zwischen einer Stunde und zwanzig Minuten und drei Stunden und fünfzehn Minuten.</p> <p><b>Anzahl der Interviews:</b> Insgesamt wurden 24 Interviews geführt. 18 Interviews wurden in Deutschland, sechs in Polen geführt.</p> <p><b>Aufklärung im Vorfeld:</b> Die Interviewten wurden im Vorfeld telefonisch aufgeklärt und es wurde ihnen absolute Vertraulichkeit und Anonymität zugesichert.</p> <p><b>Ort der Interviewführung:</b> Die Interviews in Deutschland wurden größtenteils nachmittags in der Häuslichkeiten der Pflegebedürftigen geführt. Die Interviews in Polen wurden in der Vermittlungsagentur in Südpolen, unter Ausschluss von Dritten, geführt.</p> <p><b>Interviewsprache:</b> Die Interviews wurden auf Polnisch geführt.</p> <p><b>Inhaltliche Fokussierung der Kapitelauswahl:</b> <b>Kapitel 7.3:</b> u.a. Kenntnisstand vor dem ersten Einsatz (Deutschkenntnisse, pflegerische Kenntnisse; spezielle Kenntnisse); im Verlauf der Tätigkeit erworbene Kompetenzen (sprachliche Kompetenzen, pflegerische Fähigkeiten); Bereitschaft zur Fort-, und Weiterbildung (vgl. Ignatzi 2014: 168-199).</p> <p><b>Kapitel 7.5:</b> u. a. strukturelle Rahmenbedingungen (Arbeitszeit; Pausenregelungen; Vertretungsregelungen; Einarbeitung), Tätigkeitsspektrum) (vgl. Ignatzi 2014: 243-312).</p> <p><b>Kapitel 7.7:</b> Beziehungsstrukturen (zu den Pflegebedürftigen; Familien; der Familie in Polen) (vgl. Ignatzi 2014: 324-384).</p>	<p><b>Zeitdauer der Interviews:</b> Die Dauer der Interviews lag zwischen 40 Minuten und drei Stunden.</p> <p><b>Anzahl der Interviews:</b> Insgesamt wurden 29 Gespräche geführt, wovon jedoch nur 26 ausgewertet wurden. Es wurden 23 Frauen und 3 Männern interviewt.</p> <p><b>Aufklärung im Vorfeld:</b> -</p> <p><b>Ort der Interviewführung:</b> Neun Interviews fanden in Polen und 17 in Deutschland statt. Die Interviews in Polen wurden meistens in der Wohnung geführt. Die Interviews in Deutschland während der Arbeitszeit bzw. Pause In neun Fällen wurden Interviews am Arbeitsplatz geführt.</p> <p><b>Interviewsprache:</b> Interviews wurden auf Polnisch geführt.</p> <p><b>Inhaltliche Fokussierung der Kapitelauswahl:</b> <b>Kapitel 8:</b> Beschreibung von „fünf Typen von Pflegekräften“ (Kniejska 2015: 212)</p>
<p><b>Formale Charakteristika des Materials</b></p>	<p><b>Transkription der Daten:</b> Die Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet. Anschließend wurden 20 der 24 Interviews auf Polnisch transkribiert. Hierbei wurden beschriebene Transkriptionsregeln (vgl. Ignatzi 2015: 507) beachtet. Die in der Dissertation veröffentlichten Zitate wurden ins Deutsche übersetzt.</p>	<p><b>Transkription der Daten:</b> Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen.</p>

## IV. Anhang

### Anhang 2 Kategoriensystem

Tabelle 3 Kategorie A1 Unterbrechung Einsatzzeit

Quelle: Ignatzi (2014)	Quelle: Kniejska (2015)
<p>[I:A1-1] „Als ich nach Hause fuhr, hat er [mit 'er' ist der Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] geweint. Er weinte, weil ich gefahren bin [...]“ (Ignatzi 2014: 2014: 326).</p> <p>[I:A1-2] „Ich weiß nicht, für wie lange die Person kommt, denn sie wollen nicht, dass wir uns abwechseln. [...] Sie wollen lieber, dass jemand zum Beispiel für zwei Monate kommt [...], dass wir uns zum Beispiel alle zwei Monate abwechseln“ (Ignatzi 2014: 255).</p> <p>[I:A1-3] „[...] Ältere Menschen mögen keine Veränderungen. Wenn sie sich an eine Person gewöhnt haben und sie angefangen haben zu mögen, möchten sie, dass sie dort arbeitet und dort die ganze Zeit bleibt. Aber es ist doch verständlich, dass man eine Familie hat, nach Hause fahren muss [...]“ (Ignatzi 2014: 327).</p>	<p>[K:A1-1] „[...] Ich kann die <b>Oma</b> nicht alleine lassen, sie braucht mich sehr [...] [.] [...] [Die Oma] hat Angst [...]. Sie hat gesagt, dass alle kommen, dass sie zu mir kommen sollen“ (Kniejska 2015: 224).</p> <p>[K:A1-2] „[...] Ich habe diese Person einfach wie ein Familienmitglied behandelt. [...] Das gab's bei mir nicht, dass ich einfach wegfare und nicht zurück komme [...]“ (Kniejska 2015: 230).</p>
<p>[I:A1-4] „ Und die, die mich zurzeit vertritt, mit ihr ist eine der Töchter nicht zufrieden, weil die <b>Oma</b> bei ihr sehr nervös ist. [...] [S]o hat sich das bewahrheitet, dass sie [...], als ich gekommen bin und die andere gefahren ist, feststellten, dass <b>Oma</b> ein völlig anderer Mensch ist“ (Ignatzi 2014: 188).</p> <p>[I:A1-5] „ [...] Jetzt [...], [...] nachdem die andere Frau hier gewesen ist, dreht er [mit 'er' ist der Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] völlig durch [...]. Auf einen Fremden reagiert er jetzt ganz anders [...]“ (Ignatzi 2014: 276).</p>	<p>[K:A1-3] „[...] Ich sage dir, dass <b>meine Dame</b> keine Änderungen will, sie hätte es am liebsten, dass ich gar nicht nach Hause fahre. Sie hat sich so an mich gewöhnt, weil die andere [Pflegerin], die hier vier Wochen war und ich drei Monate... Wir haben ganz andere Charaktere. Meine Dame hat Bluthochdruckbekommen, als sie erfuhr, dass ich diesmal nicht für einen, sondern für zwei Monate nach Hause fahre “ (Kniejska 2015: 220).</p>

## IV. Anhang

Tabelle 4 Kategorie A2 Permanente Anwesenheit & Verfügbarkeit

Quelle: Ignatzi (2014)	Quelle: Kniejska (2015)
<p>[I:A2-1] „Am Anfang war das sehr schwer, weil sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] mich jede Stunde geweckt hat, [...], jede Stunde hat sie nach unten angerufen [...]. [...] Jede Stunde hat sie mich geweckt, das erträgt doch kein Mensch“ (Ignatzi 2014: 246).</p> <p>[I:A2-2] „Um 19.30 Uhr geht die <b>Oma</b> schlafen. Es passiert [...], dass sie mich jede fünf bis zehn Minuten ruft. Manchmal gehe ich, manchmal gehe ich nicht, bis sie einschläft. In der Nacht ruft sie, weckt mich, ich klopfe an die Wand, dass ich da bin, dass sie keine Angst zu haben braucht. Aber sie will sehen, ob ich da bin oder nicht. [...] Aber es ist nicht so, dass sie jede Nacht schlafen würde, sie raubt mir die Nächte“ (Ignatzi 2014: 246).</p> <p>[I:A2-3] „Letztes Mal [...], musste neben der Frau schlafen, im selben Zimmer. Und das war eine Frau mit Demenz, also fortgeschrittene Demenz. Sie war nicht schwierig, aber sie hat die ganze Nacht geplaudert, sie hat Gespräche geführt und ich konnte überhaupt nicht schlafen [...]“ (Ignatzi 2014: 246f.).</p> <p>[I:A2-4] „Ich selbst konnte nachts nicht schlafen [...] [.] Habe es probiert bei ihm [mit 'ihm' ist der Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] unten im Salon auf der Couch, [...], weil ich Angst hatte, dass ihm etwas passiert, dass er stürzt, ohnmächtig [...] und bewusstlos wird. Ich schlief nachts nur drei Stunden [...]“ (Ignatzi 2014: 247).</p> <p>[I:A2-5] „Zurzeit ruft sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] mich nicht, aber am Anfang bis zu zwei Mal in der Nacht und ich musste [...] runterlaufen. Das war anstrengend, sehr anstrengend [...]“ (Ignatzi 2014: 248).</p>	<p>[KA2-1] „[...] Nachts habe ich nicht selten Bock auf den Schlaf, aber wenn sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] mich [...] ruft, dann springe ich aus dem Bett und laufe“ (Kniejska 2015: 226).</p>
<p>[I:A2-6] „Ich habe Ruhe, wenn sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] spielt, denn sonst muss ich nach oben gehen und mit ihr sitzen. Es ist so, dass ich hier nicht sitzen kann, wenn sie nichts zu tun hat“ (Ignatzi 2014: 250).</p> <p>[I:A2-7] „Ich darf nicht weggehen und sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] alleine lassen. [...] Gleich ruft sie mich und erfindet etwas [...]. Es ist wie im Gefängnis, es gibt keine freie Minute für mich, dass ich mich in meinem Zimmer hinsetzen [...] könnte, während sie liest oder fernsieht. So ist es nicht“ (Ignatzi 2014: 252f.).</p> <p>[I:A2-8] „Vormittags bin ich in der Küche. In dieser Zeit backe ich, putze, sauge, unterhalte mich mit ihr ein bisschen. Sie mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] will immer dabei helfen [...]. Sie muss jemand bei sich haben“ (Ignatzi 2014: 273).</p> <p>[I:A2-9] „Dort war ein Fernsehzimmer, aber ich hatte keine Zeit zum Fernsehen, wenn ich ferngesehen habe, dann zusammen mit dem Mann [...]. Der Fernseher lief, ganz klar liefen deutsche Sender, wir haben Musik gehört [...]“ (Ignatzi 2014: 284).</p>	

## IV. Anhang

Tabelle 5 Kategorie A3 Beziehungsverhältnisse

Quelle: Ignatzi (2014)	Quelle: Kniejska (2015)
<p>[I:A3-1] „Die <b>Großmutter</b> zeigt keine Gefühle, sie ist so, ich sage, manchmal bekomme ich zu ihr Kontakt, manchmal nicht. Sie ist so eine gefühllose Person“ (Ignatzi 2014: 328).</p> <p>[I:A3-2] „Deutsche haben eine große Distanz zu Polen, z.B. meine pflegebedürftige <b>Oma</b> erlaubte mir zwei Monate nicht, sie in den Arm zu nehmen [...]“ (Ignatzi 2014: 328).</p> <p>[I:A3-3] „Mir tat das leid, denn ich bin angereist in die Arbeit und sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] schreit mich an, dass sie niemand braucht, dass sie hier niemand will. [...] Ich bin zu dieser Frau gekommen, war eine Woche bei ihr, aber sie war so ein Mensch nicht der Rede wert. [...]“ (Ignatzi 2014: 330).</p>	
<p>[I:A3-4] „[...] Wenn ich sie ins Bett begleite und sie mich vor dem Schlafengehen umarmt [mit 'sie' ist die pflegebedürftige Person gemeint; H.I.] [...] Und wir küssen uns [u]nd sagen uns gute Nacht und sie packt mich am Hals und drückt mich [hiermit ist die Betreuungskraft gemeint; Anm. d. Verf.] an sich und flüstert mir ins Ohr [...], wie gut, dass du hier bist [...]“ (Ignatzi 2014: 326).</p> <p>[I:A3-5] „[...] Ich gewöhne mich sehr schnell an solche Leute. Ich behandle sie wie meine eigene Familie [...]. Ich sage zu ihnen ‚<b>Oma, Opa</b>‘ [...] und ich zeige ihnen meine Herzlichkeit und sie zeigen sie mir im gewissen Sinne auch. Zwar nicht so, wie ich sie ihnen zeige, aber der Kontakt zwischen uns ist herzlich [...]“ (Ignatzi 2014: 332).</p> <p>[I:A3-6] „Ich umarme sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] oft. Sie hat jetzt ein Pflegebett, aber früher hatte sie ein Doppelbett, ich habe oft bei ihr gelegen [...]. Also ich gehe und lege mich zu ihr hin. Sie braucht Zärtlichkeit“ (Ignatzi 2014: 332).</p> <p>[I:A3-7] „[...] [D]ie <b>Großmutter</b> [...] umarme ich, küsse sie. Wenn sie anfängt zu weinen, streichle ich sie, [...], ich sage ihr, dass sie meine Prinzessin ist [...]“ (Ignatzi 2014: 333).</p> <p>[I:A3-8] „[...] [D]as alles ist von dem Menschen abhängig, bei wem wir sind, denn es gibt Leute, die sehr distanziert sind, man muss die Situation erspüren [...]. Denn es gibt Leute die nicht gewohnt sind, emotionale Kontakte auszutauschen, aber die Mehrheit bräuchte so etwas, [...], damit die emotionale Bindung entsteht“ (Ignatzi 2014: 333).</p>	<p>[K:A3-1] „Ich bin ihr sehr nah gekommen ... Sagen wir mal so gefühlsmäßig [...]“ (Kniejska 2015: 216).</p> <p>[K:A3-2] „Die Seniorin [...] hat gesagt, dass wenn sie noch leben wird, ich kommen soll, weil sie mich sehr mag [...]“ (Kniejska 2015: 216).</p> <p>[K:A3-3] „Ich denke über sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] als über eine Person aus der Familie [...]. [...] Und sie hat Angst allein zu bleiben“ (Kniejska 2015: 217).</p> <p>[K:A3-4] „Sie [ambulante Pflegekräfte] pflegen nicht so, wie wir! Die machen es so oberflächlich! [...] Ich weiß nicht genau, wie sie es machen, aber sie betrachten diese Menschen wie Patienten, und wir betrachten diese wie unsere Angehörigen, wie eine quasi nahe Person“ (Kniejska 2015: 219).</p> <p>[K:A3-5] „Ich meine, ich denke nicht so, aber ich fühle mich so, als ob ich meine eigene Mutti pflegen würde. Ich kann sie nicht nur als eine Klientin betrachten [...]“ (Kniejska 2015: 219).</p> <p>[K:A3-6] „Ich mag die <b>Oma</b>. [...] Bei ihr es eigentlich ein Vergnügen, weil sie <b>eine tolle Oma</b> ist. [...] [...]“ (Kniejska 2015: 224).</p> <p>[K:A3-7] „[...] Sie sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] sagt, dass meine Ablöserinnen sie duzen, ich habe aber gesagt, dass ich das nicht mache. Sie hat gefragt: ‚Wieso?‘ und ich: ‚Das wäre, als ob ich meine Mutti beleidigen würde.‘ [...] Ich küsse sie an der Wange [...]“ (Kniejska 2015: 227).</p> <p>[K:A3-8] „[...] [I]ch habe mich mit [...] [der Pflegebedürftigen] ins Bett hingelegt, so dass sie einfach die Wärme fühlen konnte [...]. So eine kranke alte Person braucht das, aber manchmal hast du so einen Tritt bekommen, dass du genug hattest [...]“ (Kniejska 2015: 231).</p> <p>[K:A3-9] „[...] Ich versuche mich von ihr abzugewöhnen. [...] Andererseits bin ich mit ihr wohl so verbunden, ich weiß nicht. Ich habe den Eindruck, es ist jetzt schon eine mehr persönliche Beziehung zwischen uns, es ist so... Das sind immerhin sieben Jahre, vielleicht mehr [...]“ (Kniejska 2015: 233).</p>

## IV. Anhang

Tabelle 6 Kategorie B1 Kenntnisstand zum Krankheitsbild Demenz

Quelle: Ignatzi (2014)	Quelle: Kniejska (2015)
<p>[I:B1-1] „I: „Kennst du zum Beispiel die Krankheit Demenz? [...] IP: „Nein, nein, nichts, ich kann es nur erahnen, aber weiß nichts zu dem Thema“ (Ignatzi 2014.: 178).</p> <p>[I:B1-2] „Nun, ich würde sehr gerne, [...], Erfahrungen austauschen. [...] [z]um Thema Alzheimer [...], dann könnten wir ein Buch schreiben [...]. [...] Genauso hatte ich [...] einen Alzheimerfall, sie war so aggressiv, ein kleines schwächtiges Persönchen, aber so aggressiv [...]“ (Ignatzi 2014: 194).</p> <p>[I:B1-3] „Eben, mit dem <b>Opa</b> wurde es schlimmer, weil eben älter [...]. Und auch zeigte sich langsam Demenz. Er fing an sich als Frau zu verkleiden, oh, Mutter Gottes! Das war auch was, Angst und Gelächter. [...] [I]ch hatte auch Mitleid mit den Leuten [...]“ (Ignatzi 2014: 249).</p> <p>[I:B1-4] „[...] Ich schaue so auf sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] und ich sah die Veränderung in ihren Augen, denn sie hatte manchmal diese Anfälle [...] [.] Ich wusste nicht, was das überhaupt bedeutet, denn so etwas ist mir zum ersten Mal passiert und [...] ich hatte Angst. [...] Wird sind los und sie fing an mir wegzulaufen und schrie [...] und ich wusste nicht, was ist, ich sollte um Hilfe rufen. [...] Ich hatte wirklich Angst, denn ich konnte es alleine nicht bewältigen [...] (Ignatzi 2014: 289).</p> <p>[I:B1-5] „[...] Ganz einfach der Kopf arbeitet nicht mehr so, wie er sollte. Oder zum Beispiel reagiert sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] nervös [...] und brüllt mich an, dass es meine Schuld ist [...]. Ich versuche zu erklären, dass es nicht so ist, überhaupt nicht, aber sie können sich nicht daran erinnern, dass sie es getan haben“ (Ignatzi 2014: 288).</p>	<p>[K:B1-1] „ [...] Wenn ich sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] anbrülle, dann kommt diese von oben [die Schwiegertochter] und fragt, was los ist. Ich sage, dass nix los ist, sie muss nicht ständig vorbei kommen, weil nix los ist. Weißt du, sie [die Pflegebedürftige] passt nicht auf, hört nicht zu ... Sie geht, guckt nicht, ob es Stufen gibt, oder [...]“ (Kniejska 2015: 238).</p> <p>[K:B1-2] „ [...] Sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] versteht kaum was, spricht nicht, sie erkennt ihre Kinder nicht, erkennt niemand. Sie hat mich noch immer erkannt, weil ich den ganzen Tag da war [...]“ (Kniejska 2015: 226).</p> <p>[K:B1-3] „ Klar, muss ich auf sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] aufpassen, oder sie flieht mir ständig in den Garten [...]. [Wieso flieht sie?] Ja, sie will ein bisschen im Garten arbeiten, aber ich verbiete es ihr, weil sie jede Zeit umfallen kann. [...] Sie eignet sich nicht mehr zur Gartenarbeit [...]“ (Kniejska 2015: 239).</p>
<p>[I:B1-6] „Sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] erlaubt mir nichts bei ihr zu machen, [...] sie kämt sich alleine, flicht den Zopf alleine, sie macht alles alleine, nur alleine [...]. Ich weiß es nicht, was es ist, vielleicht Demenz [...] (Ignatzi 2014: 290).</p> <p>[I:B1-7] „ Die <b>Oma</b> habe ich aber gewaschen. Ich musste alles bei ihr machen. Sie konnte nicht einmal ihre Zähne aus dem Mund herausnehmen zur Reinigung. [...] Aber ich sage dir, das war etwas anders. Sie fragte mich, sie wusste nicht was sie tun soll [...] Ich war ganz ruhig, sie nahm ihre Zähne und ich habe ihr mit der Zahnbürste geholfen [...] (Ignatzi 2014: 277).</p> <p>[I:B1-8] „[...] [M]anchmal macht sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] Dummheiten, [...] es macht mir viel Stress [...], so dass ich darauf achten muss, dass es keiner sieht. Ja, aber sie wäscht sich nur in dem Sinne, dass sie noch nie gebadet hat. [...] Aber zum Beispiel bei den Zähnen – sie trägt ein Gebiss – lässt sie es nicht zu, dass ich sie ihr einsetze, oder wenn sie es in den Behälter geben soll, das nicht, da macht sie alleine“ (Ignatzi 2014: 278).</p>	

## IV. Anhang

Tabelle 7 Kategorie B2 Persönliche Einstellungen & Eigenschaften

Quelle: Ignatzi (2014)	Quelle: Kniejska (2015)
<p>[I:B2-1] „Meine persönlichen Eigenschaften prädestinieren mich für die Arbeit mit Menschen. Ich bin empathisch; [...] ich habe vielleicht einen hohen prozentualen Anteil an emotionaler Intelligenz, so, dass ich mich in die andere Seite einfühlen kann. [...] Ich denke ich bin fürsorglich, so dass ich das erfülle [mit „das“ sind die Anforderungen gemeint, die an sie gestellt werden; H.I.] [...]“ (Ignatzi 2014: 175).</p> <p>[I:B2-2] „Ich besitze zu viel Mitgefühl und zu viel Herz, so dass man sich seelisch verausgabt. Wenn die Pflegebedürftige Schmerzen hat, bin ich kränker als sie. [...] Das tue ich, aber die Arbeit macht mich fertig“ (Ignatzi 2014: 175).</p> <p>[I:B2-3] „Aber ihr Wesen – während ich geputzt habe, hat sie zugeschaut, ich musste das alles dahin stellen, wo sie das immer hingestellt hat [...] [...] Das muss man in sich haben [...]“ (Ignatzi 2014: 175).</p> <p>[I:B2-4] „[...] Man muss einen gewissen Instinkt haben [...] [...] Man muss selbst sein [...]. Beobachten, ganz normal die Person beobachten [...]. [...] Jede Person muss man anders betreuen, denn jeder ist ein Individuum für sich [...]“ (Ignatzi 2014: 190).</p> <p>[I:B2-5] „Man muss einfach beobachten, man muss das gewisse Etwas für das Gegenüber in sich haben [...]“ (Ignatzi 2014: 191).</p> <p>[I:B2-6] „Ich sage dir, es ist nicht so, dass ich arbeite und kühl dabei bin, es geht nicht, zu arbeiten und kühl dabei zu sein, gefühllos [...] [...] Ich lerne die Personen am Anfang kennen, wenn ich sie kenne, fange ich an sie zu mögen [...]. [...] Denn wenn ich jemand nicht gerne hätte, dann hätte ich sie nicht pflegen können und ihnen mein Herz schenken“ (Ignatzi 2014: 331).</p>	<p>[K:B2-1] „Geduldig, keine Nerven, nicht aufbrausend. Eine Pflegerin muss zur Arbeit mit ihrem Herz fahren, weil es eben älteren Menschen sind. Das ist das Gleiche wie mit kleinen Kindern. Wenn du zur Arbeit nur mit dem Gedanken an Geld fährst, guckst nicht auf sie, dann ist es keine Arbeit [...]. [...] Ich war selbst schuld, weil ich den ganzen Tag plane und die <b>Omas</b> daran gewöhne, dass sie mir dann wie am Schnürchen laufen“ (Kniejska 2015: 221).</p> <p>[K:B2-2] „[...] Als ich was gemacht habe, habe ich in die Aufgabe immer Herz gesteckt. Wenn du etwas ohne Herz machst, dann mache es lieber gar nicht [...]“ (Kniejska 2015: 232).</p> <p>[K:B2-3] „[...] Ich bin dafür hier, deswegen bin ich der Meinung, dass eine Person, die zur Pflege kommen möchte, muss für ältere Menschen... Sie muss so eine Einstellung zu ihnen haben usw. Sie muss die Sprache ein bisschen können, aber die Einstellung muss sie auch haben [...]“ (Kniejska 2015: 236).</p> <p>[K:B2-4] „[Eine Pflegerin] soll ruhig, geduldig, herzlich [sein], die Verhaltensregeln kennen [...]“ (Kniejska 2015: 240).</p> <p>[K:B2-5] „muss einfach loslassen und nachgeben. Ich weiß, dass es ein kranker Mensch ist [...]“ (Kniejska 2015: 166).</p>



## IV. Anhang

Tabelle 8 Kategorie C1 Sprachkompetenz

Quelle: Ignatzi (2014)	Quelle: Kniejska (2015)
[I:C1-1] „Ohne jegliche Deutschkenntnisse, außer ‚Danke‘, ‚Entschuldigung‘, ‚Auf Wiedersehen‘, ‚Guten Tag‘ [...]“ (Ignatzi 2014: 169).	
[I:C1-2] „Wenn es um Deutsch geht, ich konnte nichts [...]. [...] Ich bin hierhergekommen, ohne ein Wort zu sprechen [...]. Ich kann mich zwar verständigen, wenn es nötig ist, mir ist aber klar, dass es sehr wenig ist [...]“ (Ignatzi 2014: 169).	
[I:C1-3] „In der Tat schwach, sehr schwach [damit sind die Deutschkenntnisse der Interviewpartnerin gemeint; H.I.], während ich nach Deutschland fuhr hatte ich viel Stress, der ausgelöst wurde von der Notwendigkeit, mich verständigen zu müssen“ (Ignatzi 2014: 170).	
[I:C1-4] „Erst vor Ort gingen mir die Augen auf, habe ich begriffen – als die Deutschen zu mir gesprochen haben und ich nichts. [...] Ich lernte in der Nacht. Ich habe geweint und lernte dabei, ich sagte mir, wenn ich die Sprache erlerne, dann werde ich wissen, dass ich lebe, wenn ich sie aber nicht erlerne, werde ich arm bleiben“ (Ignatzi 2014: 179).	
[I:C1-5] „[...] Ich freue mich, denn wenn ich dort [in Deutschland; H.I] arbeiten möchte, muss ich Deutsch besser beherrschen und sprechen [...]“ (Ignatzi 2014: 180).	
[I:C1-6] „Ich wundere mich überhaupt, wie Frauen – wenn ich mit dem Bus fahre, höre ich – sie fahren in die Pflege und wissen nicht einmal was Lift oder Einlage bedeutet oder etwas Ähnliches, aber sie fahren in die Pflege, ich kann mir das nicht vorstellen“ (Ignatzi 2014: 186).	
[I:C1-7] „Gestern rief mich ein Freundin an, die gerade angekommen ist, und sagte: ‚Weißt du wie viele Frauen anreisen? Und wie viele von ihnen, kein Wort Deutsch sprechen, ich weiß nicht, wie sie hier zurechtkommen wollen [...]‘ (Ignatzi 2014: 186).	
[I:C1-8] „Im Allgemeinen, wenn man die Sprache kennt, [...], denn es ist sehr wichtig, dass man die Sprache kennt. Wenn man sie nicht kennt, dann ist man wie ein Waise“ (Ignatzi 2014: 186).	
[I:C1-9] „Meiner Meinung nach muss man lernen [...] und die eignen Horizonte erweitern. Deshalb bin ich ständig am Lernen [...], denn ich sage, man kann gar nicht streiten, gar nicht erzählen [...] oder fragen“ (Ignatzi 2014: 187).	
[I:C1-10] „Wenn ich die Sprache beherrsche, kann ich Bestimmtes einfordern und die Mädels, die die Sprache nicht kennen, weinen heimlich in den Ecken, denn die Deutschen sind am Schimpfen“ (Ignatzi 2014: 187).	
[I:C1-11] „Nun, sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] benötigt eine Dame zur Unterhaltung [...] – eine Gesellschaftsdame, [...], um sich mit ihr unterhalten zu können, aber ich kann dies nicht besonders erfüllen [...], denn ich kenne die Sprache nicht“ (Ignatzi 2014: 188).	
[I:C1-12] „I: ‚Hättest du dir zum Beispiel gewünscht, einen Sprachkurs zu besuchen?‘ IP: „[...] Wenn ich am Anfang wäre, aber jetzt nicht mehr“ (Ignatzi 2014: 193).	
[I:C1-13] „[...] Ich würde gerne [...], wenn mir jemand helfen würde, einen Sprachkurs zu finden“ (Ignatzi 2014: 194).	
[I:C1-14] „Selbstverständlich wäre das sinnvoll [...], denn ich sage, wenn man in dem Beruf arbeiten möchte [...], dann muss ich mich einfach weiterentwickeln [...], hinsichtlich der Sprache und hinsichtlich der Krankheitsbilder, damit ich weiß, wie ich mich verhalten soll [...]“ (Ignatzi 2014: 194).	
[I:C1-15] „[...] [S]ein Bruder wusste schon vielleicht, das ich die Sprache nicht gut beherrsche [...]. [...] Später hatte ich in meinem Umfeld viele Polen. Und die deutsche Sprache, vielleicht, wenn es sie [die polnischen Bekannten – Anm. d. Verf.] nicht gäbe, hätte man schon gesprochen, wäre gezwungen [...] (Ignatzi 2014: 260f.).	

## IV. Anhang

Tabelle 9 Kategorie C2 Kenntnisstand Kommunikation bei MmD

Quelle: Ignatzi (2014)	Quelle: Kniejska (2015)
<p>[I:C2-1] „[...] Und das war eine Frau mit Demenz, also fortgeschrittene Demenz. Sie war nicht schwierig, aber sie hat die ganze Nacht geplaudert, sie hat Gespräche geführt [...]“ (Ignatzi 2014: 247).</p> <p>[I:C2-2] „[...], zu viel in psychischem Sinne [...] [.] Nicht in physischem, sondern psychischem, wenn sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] zum Beispiel sitzt und mich die ganze Zeit fragt, was wird es heute zum Mittag geben [...]. [...] Und so wird sie jede Zeitlang fragen [...], wenn das einmal vorkommt, dann geht es noch, aber wenn die Fragen öfter kommen. [...] [U]nd die ganze Zeit redet sie das Gleiche. [...] [D]as kann man wirklich nur schwer aushalten [...]“ (Ignatzi 2014: 290).</p>	<p>[K:C2-1] „[...] Sie [mit 'sie' ist die Pflegebedürftige gemeint – Anm. d. Verf.] redet da so auf ihre Art, sie erinnert sich an ihre Zeiten [...]. [...] Und [...] man kann mit ihr kaum normal reden. Das ist für mich auch schlimm, dass ich mich nicht unterhalten kann“ (Kniejska 2015: 236).</p>

## IV. Anhang

### Anhang 3 Kodierleitfaden

Tabelle 10 Kodierleitfaden Kategorie A Bedürfnisbefriedigung (orange)

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
<b>A Bedürfnisbefriedigung/ strukturelle Bedingungen &amp; Beziehungsverhältnisse</b>	s. A1 bis A3		
<b>A1 Bedürfnisbefriedigung/ Unterbrechung der Einsatzzeit</b>	Aussagen, die darauf hinweisen, dass sich die Bedürfnisbefriedigung aufgrund der Unterbrechung der Einsatzzeit, herausfordernd gestaltet.	<p>„[...] Ältere Menschen mögen keine Veränderungen. Wenn sie sich an eine Person gewöhnt haben und sie angefangen haben zu mögen, möchten sie, dass sie dort arbeitet und dort die ganze Zeit bleibt. Aber es ist doch verständlich, dass man eine Familie hat, nach Hause fahren muss [...]“ (Ignatzi 2014: 327).</p> <p>„[...] Jetzt [...], [...] nachdem die andere Frau hier gewesen ist, dreht er völlig durch [...]. Auf einen Fremden reagiert er jetzt ganz anders [...]“ (Ignatzi 2014: 276).</p>	<p>- Hinweise auf geäußerte Ängste, Sorgen oder Bedenken der Pflegebedürftigen oder Live-Ins</p> <p>- Hinweise auf Verhaltensveränderungen der Pflegebedürftigen</p>
<b>A2 Bedürfnisbefriedigung/ permanente Anwesenheit &amp; Verfügbarkeit der Live-Ins</b>	Aussagen, die darauf hinweisen, dass sich die Bedürfnisbefriedigung aufgrund der permanenten Anwesenheit und Verfügbarkeit der Live-Ins, herausfordernd gestaltet.	<p>„[...] Es passiert [...], dass sie mich jede fünf bis zehn Minuten ruft. Manchmal gehe ich, manchmal gehe ich nicht, bis sie einschläft. In der Nacht ruft sie, weckt mich, ich klopfe an die Wand, dass ich da bin, dass sie keine Angst zu haben braucht. Aber sie will sehen, ob ich da bin oder nicht. [...] Aber es ist nicht so, dass sie jede Nacht schlafen würde, sie raubt mir die Nächte“ (Ignatzi 2014: 246).</p> <p>„Ich darf nicht weggehen und sie alleine lassen. [...] Gleich ruft sie mich und erfindet etwas [...]. Es ist wie im Gefängnis, es gibt kein freie Minute für mich, dass ich mich in meinem Zimmer hinsetzen [...] könnte, während sie liest oder fernsieht. So ist es nicht“ (Ignatzi 2014: 252f.).</p>	<p>- Hinweise auf die Unterbrechung des Nachtschlafs/Schlafmangel der Live-Ins</p> <p>- Hinweise auf das Belastungserleben der Live-Ins</p>
<b>A3 Bedürfnisbefriedigung/ Beziehungsverhältnis</b>	Aussagen, die darauf hinweisen, dass sich die Bedürfnisbefriedigung aufgrund der Beziehungsverhältnisse zwischen Live-In und pflegebedürftiger Person, herausfordernd gestaltet.	<p>„[...] [I]ch habe mich mit [...] [der Pflegebedürftigen] ins Bett hingelegt, so dass sie einfach die Wärme fühlen konnte [...]. So eine kranke alte Person braucht das, aber manchmal hast du so einen Tritt bekommen, dass du genug hattest [...]“ (Kniejska 2015: 231).</p> <p>„Deutsche haben eine große Distanz zu Polen, z.B. meine pflegebedürftige <b>Oma</b> erlaubte mir zwei Monate nicht, sie in den Arm zu nehmen [...]“ (Ignatzi 2014: 328).</p>	<p>- Hinweise auf Nähe oder Distanz</p> <p>- Hinweise auf das Beziehungsverhältnis</p>

## IV. Anhang

Tabelle 11 Kodierleitfaden Kategorie B Konstruktive Interaktionen (lila)

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
<b>B Konstruktive Interaktionen</b>	s. B1 und B2		
<b>B1 Konstruktive Interaktionen / Kenntnisstand Krankheitsbild Demenz</b>	Aussagen, die Hinweise darauf liefern, dass sich die Umsetzung von konstruktiven Interaktionen aufgrund des Kenntnisstandes über das Krankheitsbild Demenz, herausfordernd gestaltet.	<p>„Eben, mit dem <b>Opa</b> wurde es schlimmer, weil eben älter [...]. Und auch zeigte sich langsam Demenz. Er fing an sich als Frau zu verkleiden, oh, Mutter Gottes! Das war auch was, Angst und Gelächter. [...] [I]ch hatte auch Mitleid mit den Leuten [...]“ (Ignatzi 2014: 249).</p> <p>„[...] [M]anchmal macht sie Dummheiten, [...] es macht mir viel Stress [...], so dass ich darauf achten muss, dass es keiner sieht. Ja, aber sie wäscht sich nur in dem Sinne, dass sie noch nie gebadet hat. [...] Aber zum Beispiel bei den Zähnen – sie trägt ein Gebiss – lässt sie es nicht zu, dass ich sie ihr einsetze, oder wenn sie es in den Behälter geben soll, das nicht, da macht sie alleine“ (Ignatzi 2014: 278).</p>	<p>- Hinweise das Verhaltensweisen nicht verstanden werden</p> <p>- Hinweise das konstruktive Interaktionen keine (bewusste) Anwendung finden</p>
<b>B2 Konstruktive Interaktionen / Bedeutung persönlicher Einstellungen &amp; Eigenschaften der Live-Ins</b>	Aussagen, die Hinweise auf die Bedeutung der persönlichen Einstellung und Eigenschaften der Live-Ins liefern.	<p>„[...] Man muss einen gewissen Instinkt haben [...] [...] [...] Man muss selbst sein [...]. Beobachten, ganz normal die Person beobachten [...]. [...] Jede Person muss man anders betreuen, denn jeder ist ein Individuum für sich [...]“ (Ignatzi 2014: 190).</p>	

## IV. Anhang

Tabelle 12 Kodierleitfaden Kategorie C Kommunikation (pink)

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
<b>C Kommunikation</b>	s. C1 und C2	
<b>C1 Kommunikation/ Sprachkompetenz der Live-Ins</b>	Aussagen, die darauf hinweisen, dass sich die Kommunikation und Interaktion zwischen Live-In und pflegebedürftiger Person aufgrund der Sprachkompetenz der Live-Ins, herausfordernd gestaltet.	„Wenn es um Deutsch geht, ich konnte nichts [...]. [...] Ich bin hierhergekommen, ohne ein Wort zu sprechen [...]. Ich kann mich zwar verständigen, wenn es nötig ist, mir ist aber klar, dass es sehr wenig ist [...]“ (Ignatzi 2014: 169).
<b>C2 Kommunikation/ Kenntnisstand Kommunikation bei MmD</b>	Aussagen, die darauf hinweisen, dass sich die Kommunikation und Interaktion zwischen Live-In und pflegebedürftiger Person aufgrund des Kenntnisstandes der Live-Ins im Bereich Kommunikation und Interaktion bei MmD, herausfordernd gestaltet.	„[...] Sie redet da so auf ihre Art, sie erinnert sich an ihre Zeiten [...]. [...] Und [...] man kann mit ihr kaum normal reden. Das ist für mich auch schlimm, dass ich mich nicht unterhalten kann“ (Kniejska 2015: 236).

### V. Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Coburg, den 11.01.2021

---

Unterschrift der Verfasserin