

Heiko Stehling, Andreas Büscher

# **Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“: Was befördert eine gelingende Beziehungsgestaltung?**

Pilot implementation of the expert standard „Formation of relationships in the care of people with dementia“

If person-centredness and quality of life are considered to be the basis in caring for people with dementia, the building of relationships is a core factor to achieve this goal and to foster and maintain quality of life for people with dementia. With the expert standard “Building relationships in the care of people with dementia”, that was published in 2018, an instrument is provided that defines the contribution of professional nursing care to the care of people with dementia. The pilot implementation of the standard aims at analyzing practicability and acceptance of its contents and recommendations and builds the last step of its development. Within six months the standard was piloted in 29 health and long-term care institutions. Systematic data collection embraced the prerequisites, the process and the results of the implementation. The results show general practicability, but they also indicate that the extent of implementation depends on attitudes and professional understanding as well as on institutional frameworks and nurses’ competencies.

## **Keywords**

Building relationships, Dementia, Expert standards, Implementation, Quality development

Werden Person-Zentrierung und Lebensqualität als Grundlage und Ziel der Pflege von Menschen mit Demenz angesehen, ist die Gestaltung von Beziehungen ein zentraler Faktor, um dieses Ziel zu erreichen und Lebensqualität für Menschen mit Demenz zu fördern und zu erhalten. Mit dem Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ liegt seit 2018 ein Instrument der pflegerischen Qualitätsentwicklung vor, das den Beitrag der professionellen Pflege von Menschen mit Demenz definiert. Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards stellt mit dem Ziel der Analyse seiner Praxistauglichkeit und Akzeptanz den abschließenden Schritt seiner Entwicklung dar. In 29 Einrichtungen des Gesundheitswesens wurde der Expertenstandard in einem Zeitraum von 6 Monaten modellhaft eingeführt und Implementierungsvoraussetzungen, -verlauf und die Ergebnisse der Standardumsetzung systematisch erhoben. Die Ergebnisse verdeutlichen einerseits die generelle Praxistauglichkeit des Experten-

---

eingereicht 05.08.2019

akzeptiert 14.10.2019

standards, zeigen andererseits aber auch, dass die Reichweite seiner Umsetzung von Pflegeverständnis und Haltung, Teamstrukturen, strukturellen Rahmenbedingungen und den Kompetenzen der Pflegenden abhängig ist.

### Schlüsselwörter

Beziehungsgestaltung, Demenz, Expertenstandards, Implementierung, Qualitätsentwicklung

## 1. Einleitung

Fragen der Beziehungsgestaltung in der Pflege stehen im Zentrum des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), der 2018 veröffentlicht wurde (DNQP 2019a). Während der Konsensus-Konferenz im Oktober 2017, bei der etwa 600 Personen den ersten Entwurf des Expertenstandards diskutiert und konsentiert haben, wurde bereits deutlich, dass die eindeutige Fokussierung auf die Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz mit großer Zustimmung aufgenommen und als Würdigung dieses wichtigen Aspekts des pflegerischen Handelns wahrgenommen wurde. Es wurde die Hoffnung ausgesprochen, dass von dem Expertenstandard auch Impulse für die Beziehungsgestaltung in der Pflege generell ausgehen würden. Zugleich wurde aber auch deutlich, dass Beziehungsgestaltung nicht allein über eine stärkere Betonung kommunikativer Elemente im Pflegehandeln zu bewirken ist, sondern auch der Auseinandersetzung mit theoretischen Zugängen zum Thema Beziehungsgestaltung bedarf. Auch andere Arbeiten greifen diesen Gedanken auf (Hechinger et al. 2019; Büker, Lademann 2019), so dass – nicht zuletzt durch das Schwerpunktthema dieses Heftes – die Voraussetzungen für den intensiveren Diskurs zur Beziehungsgestaltung in der Pflege gegeben sind. Im Zentrum dieses Beitrags stehen Erfahrungen aus der modellhaften Implementierung des Expertenstandards zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Dazu werden zunächst die Kriterien des Expertenstandards und im Anschluss das Implementierungsprojekt vorgestellt.

## 2. Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“

Expertenstandards sind Instrumente, die der pflegerischen Qualitätsentwicklung dienen und auf Basis evidenzbasierter Empfehlungen ein Qualitätsniveau für pflegerisches Handeln definieren. Die Kriterien des Expertenstandards sind formuliert als Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien und orientieren sich an den Schritten des Pflegeprozesses. In diesem Sinne bieten sie eine Grundlage für die Weiterentwicklung des Pflegehandelns und für eine substantielle Reaktion auf bestehende Qualitätsprobleme oder zu erwartende Qualitätsrisiken für pflegebedürftige Menschen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und allen anderen Einrichtungsarten.

Die Entwicklung des Expertenstandards zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz folgte dem methodischen Vorgehen des DNQP (DNQP 2019b), das ein mehrstufiges und von unterschiedlichen Konsentierungsprozessen gekennzeichnetes Verfahren ist. Es umfasst die Eingrenzung und Spezifizierung des Themas, die Entwicklung evidenzbasierter Kriterien und ihrer Kommentierungen durch eine Expertenarbeitsgruppe sowie die Diskussion des Expertenstandardentwurfs mit der Fachöffentlichkeit im Rahmen einer Konsensuskonferenz. Die Ergebnisse der Konferenz werden bei der abschließenden Formulierung des Expertenstandards und der Kommentierungen der Standardkriterien berücksichtigt. Diese Kommentierungen sind für die Konkretisierung der abstrakt formulierten Standardkriterien von Bedeutung und dienen damit der späteren Anwendung des Expertenstandards in verschiedenen Bereichen der Pflegepraxis (DNQP 2019b).

Die Expertenarbeitsgruppe hat im Rahmen der Entwicklung des Expertenstandards frühzeitig die Beziehungsgestaltung in den Mittelpunkt gestellt. Ursächlich dafür war die Entscheidung, Person-Zentrierung (Kitwood 2008) als ein zentrales Grundprinzip der Pflege von Menschen mit Demenz als thematischen Zugang anzuerkennen und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz als Outcome-Parameter und damit Ziel einer möglichen Qualitätsverbesserung zu wählen (Roes 2019).

Der Expertenstandard stellt den Menschen mit Demenz als Person in den Mittelpunkt und versteht Person-Sein eng verbunden mit der Beziehung zu anderen Menschen, dem Erleben von Gemeinschaft und der Teilhabe an Alltagsleben und -aktivitäten. Beziehungen lassen sich für Menschen mit Demenz durch person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote erhalten und fördern und beeinflussen damit auch deren Lebensqualität (O'Rourke et al. 2015). Hierauf begründet sich die Zielsetzung des Expertenstandards, nach der jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz Angebote zur Beziehungsgestaltung erhält, die das Gefühl, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern (DNQP 2019a).

Die Strukturkriterien des Expertenstandards empfehlen eine fundierte Wissens- und Kompetenzbasis zur Pflege von Menschen mit Demenz und eine person-zentrierte Haltung der Pflegenden sowie ein person-zentriertes Pflegeverständnis. Von den Einrichtungen fordern sie eine auf einem person-zentrierten Konzept beruhende Pflegeorganisation sowie die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen für die beziehungsgestaltende Pflege von Menschen mit Demenz. Zentrale Elemente der Prozess- und Ergebniskriterien sind

- die kriteriengestützte Einschätzung von Unterstützungsbedarfen der Menschen mit Demenz in ihrer Beziehungsgestaltung,
- die Planung und Koordination beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen auf Basis von Verstehenshypothesen,
- die Information, Anleitung, Beratung des Menschen mit Demenz und der Angehörigen,

- das Angebot und die Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen,
- die Reflexion und Evaluation der Pflege.

Von großer Bedeutung sind die Verstehenshypothesen. Sie sollen es den Pflegenden ermöglichen, auf Basis vorliegender Informationen aus der Pflegeanamnese, ihrer möglichen Zuordnung zu Symptomen, Verhalten und Merkmalen des Menschen mit Demenz und deren Reflexion im Pflgeteam ein Bild des Menschen mit Demenz zu gewinnen, das nicht von Zuschreibungen dominiert ist, sondern eine verstehende Perspektive einnimmt, die regelmäßig auf Stimmigkeit zu überprüfen ist. Diese verstehende Perspektive ermöglicht eine Planung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen, die Unterstützungsbedarfe des Menschen mit Demenz ebenso berücksichtigen, wie mögliche Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen im Tages- und Demenzverlauf. Schwerpunkte beziehungsfördernder Angebote und Maßnahmen sind die Lebensweltorientierung, Wahrnehmungsförderung sowie Wertschätzung und Zuwendung. (Roes et al. 2019)

### 3. Die Modellhafte Implementierung des Expertenstandards

#### 3.1 Ziele und methodisches Vorgehen

Die modellhafte Implementierung stellt einen wichtigen Baustein des Entwicklungsprozesses von Expertenstandards dar. Das vorrangige Ziel besteht in der Analyse der Praxistauglichkeit und Akzeptanz in unterschiedlichen Anwendungsbereichen und unter unterschiedlichen Anwendungsbedingungen. Darüber hinaus ergeben sich wichtige Hinweise über förderliche und hinderliche Voraussetzungen und Strukturen für die Arbeit mit dem Expertenstandard. Das Implementierungsprojekt umfasste eine Laufzeit von sechs Monaten (Januar - Juni 2018).

Zur Strukturierung des Implementierungsprozesses hat sich die Anwendung eines Phasenmodells bewährt, dass bereits in vorangegangenen DNQP-Implementierungsprojekten zur Anwendung gekommen ist (Moers et al. 2017). Es umfasst die Phasen Vorbereitung, Fortbildung, Konkretisierung und Einführung bzw. Anwendung des Standards sowie eine abschließende Auditphase. Das Phasenmodell sieht vor, zunächst die Wissensbasis der Pflegenden und die einrichtungsinternen Prozesse dem Qualitätsniveau, das der Expertenstandard empfiehlt, soweit möglich anzupassen. Gleichzeitig soll eine einrichtungsindividuelle Konkretisierung der Standardkriterien auf Basis dieses Qualitätsniveaus erreicht werden. In der Phase der Einführung werden die konkretisierten Standardinhalte erstmalig in der Praxis angewendet und das abschließende Audit dient der einrichtungsinternen Überprüfung der Umsetzung aller Standardkriterien.

An der modellhaften Implementierung waren 29 Einrichtungen beteiligt, darunter drei Krankenhäuser mit psychiatrischem und sechs mit somatischem Schwerpunkt, vier ambulante Pflegedienste, elf Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, zwei Tagespflegeeinrichtungen und drei Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz.

In allen Einrichtungen wurde der Expertenstandard auf einzelnen Abteilungen, Stationen oder Wohnbereichen eingeführt, die im weiteren Text als Modellpflegeeinheiten bezeichnet werden. Die einrichtungsinterne Implementierung und sämtliche Datenerhebungen lagen in den Händen von Projektverantwortlichen, die in ihren Einrichtungen als Pflegequalitätsbeauftragte, Pflegedienst- bzw. Einrichtungsleitungen, Pflegeentwickler oder als Pflegenden auf den Modellpflegeeinheiten tätig waren. Zu einem großen Teil verfügten sie vornehmlich über pflegequalitätsbezogene Expertise, seltener waren sie ausschließlich Demenzexperten oder -expertinnen. Sie erhielten eine methodische Begleitung durch das wissenschaftliche Team des DNQP, das lediglich die übergeordnete Steuerung des Projektverlaufs, die inhaltliche und methodische Vorbereitung der Projektverantwortlichen auf die einzelnen Implementierungsphasen, die Moderation und Dokumentation von insgesamt vier gemeinsamen Projektsitzungen und die einrichtungsübergreifende Auswertung des Projektverlaufs und der Projektergebnisse auf Basis verschiedener Datenquellen übernommen, aber nicht vor Ort in den Implementierungsprozess eingegriffen hat. In der inhaltlichen Ausgestaltung der jeweiligen Implementierungsphasen waren die Projektverantwortlichen somit unabhängig und konnten sie an den jeweiligen Stand der Pflege von Menschen mit Demenz in der Einrichtung und andere interne Einflussfaktoren anpassen.

Ergebnisse zu Akzeptanz und Praxistauglichkeit des Expertenstandards konnten aus Erhebungen zum Projektverlauf und dem abschließenden Audit gewonnen werden. Hierzu standen eine standardisierte Projektverlaufsdokumentation und ein standard-spezifisches Auditinstrument zur Verfügung, das aus einem auf Menschen mit Demenz bezogenen Teil, einem pflegepersonalbezogenen Teil und einem einrichtungsbezogenen Teil besteht und Rückschlüsse auf die Umsetzung der Standardkriterien ermöglicht. Mit dem Auditinstrument (Stehling & Moers 2019: 111f) können alle Kriterien-ebenen des Expertenstandards hinsichtlich ihres Umsetzungsgrades überprüft werden. Hierbei werden unterschiedliche Perspektiven eingenommen, indem einzelfallbezogen die Pflegedokumentation analysiert und die Bezugspflegekraft sowie der Mensch mit Demenz bzw. seine Angehörigen befragt werden. Zudem werden die Pflegenden der Modellpflegeeinheiten um die Einschätzung ihres themenbezogenen Wissensstandes gebeten und die Umsetzung der einrichtungsbezogenen Strukturkriterien erfasst. Als Instrument der Qualitätsentwicklung ermöglicht das Auditinstrument, den Zielerreichungsgrad einzelner Standardkriterien zu bestimmen und erlaubt den Projektverantwortlichen eine Analyse der erreichten standardbezogenen Pflegequalität in der Modellpflegeeinheit. Notwendig dafür ist allerdings, dass sie die Bedingungen und Voraussetzungen, unter denen Ergebnisse einzelner Kriterien erzielt wurden, in ihre Bewertung einfließen lassen und diese dann mit dem Qualitätsniveau des Expertenstandards abgleichen.

Im Rahmen des einrichtungsinternen Audits konnten die Projektverantwortlichen in ihren Einrichtungen zwischen 5 und 40 Menschen mit Demenz in das Audit einbeziehen, indem sie jeweils anhand von 18 Fragen zu den Ergebniskriterien die Pflegedokumentation gesichtet und die Bezugspflegekräfte sowie die Menschen mit Demenz oder ihre Angehörigen befragt haben. Zur einrichtungsübergreifenden Analyse des Im-

plementierungsprojekts lagen damit nach Ende der Projektlaufzeit 602 Auditprotokolle zu Menschen mit Demenz, 315 Auditprotokolle mit der subjektiven Einschätzung von Pflegenden zu ihrem Wissensstand und ihrem weiterbestehenden Fortbildungsbedarf, 29 Auditprotokolle von leitenden Pflegefachkräften zur Umsetzung von einrichtungsbezogenen Strukturkriterien des Expertenstandards sowie 29 Projektverlaufsdokumentationen vor.

Zusätzlich war für die Bewertung der Implementierungsergebnisse von Bedeutung, wie die Pflege von Menschen mit Demenz in den Einrichtungen vor Projektbeginn gestaltet war und ob sich bereits Elemente person-zentrierter Haltung und Pflege zeigten. Hierfür stand ein Erhebungsbogen zur Verfügung, mit dem den Projektverantwortlichen eine strukturierte Darstellung über den Austausch der Pflegenden untereinander, den Umgang mit pflegerischen Routinen und die Möglichkeit von Abweichungen, den Einbezug der Biografie des Menschen mit Demenz und die Berücksichtigung von Individualität, den Einfluss organisatorischer und struktureller Rahmenbedingungen, die Unterstützung durch Demenzexperten und den Einbezug von Angehörigen ermöglicht wurde. Die Fragen der Erhebung orientierten sich am ursprünglich Likert-skalierten Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT) (Edvardsson et. al 2009), das zur Einschätzung von Person-Zentrierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens entwickelt wurde. Die Likert-Skalierung hatte für die Auswertung der Bögen letztendlich allerdings keine Relevanz, die Auswertung stützte sich ausschließlich auf die größtenteils ausführlichen und weitreichenden Freitextangaben der Projektverantwortlichen. Sie haben ihre Einschätzung sowohl zu Beginn des Implementierungsprojekts und erneut nach dessen Beendigung vorgenommen und hatten im Rahmen der abschließenden Befragung auch Gelegenheit, aus ihrer Sicht förderliche und hemmende Faktoren für die Anwendung des Expertenstandards zu benennen.

Ebenso konnten begleitende Informationen, einerseits aus Protokollen der Projektsitzungen mit allen Projektverantwortlichen, aber auch einrichtungsinterne Dokumente wie beispielsweise genutzte Fortbildungsmaterialien, entwickelte Dokumentationsmaterialien oder Informationsbroschüren in die Auswertung einbezogen werden. Die Auditprotokolle, die Projektverlaufsdokumentationen, die Erhebungen zum Stand der Pflege von Menschen mit Demenz und alle begleitenden Informationen wurden einrichtungsübergreifend deskriptiv und inhaltsanalytisch ausgewertet sowie einrichtungsartspezifisch aufbereitet.

Im Mittelpunkt der folgenden Ergebnisdarstellung stehen die Voraussetzungen für eine gelingende Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz aus Sicht der Projektverantwortlichen und Aspekte, die ihrer Ansicht nach eine nachhaltige Umsetzung des Expertenstandards befördern oder hemmen können. Weiterführende und einrichtungsart-spezifische Ergebnisse des Implementierungsprojekts finden sich in einem ausführlichen Projekt- und Ergebnisbericht (DNQP 2019c).

### 3.2 Voraussetzungen für gelingende Beziehungsgestaltung

Die teilnehmenden Einrichtungen waren nicht alleine aufgrund der unterschiedlichen Einrichtungsarten heterogen, auch auf struktureller Ebene und vor allem hinsichtlich der Gestaltung der Pflege von Menschen mit Demenz bestanden Unterschiede. Diese konnten vornehmlich zwischen den Modellpflegeeinheiten identifiziert werden, die auf die Pflege von Menschen mit Demenz spezialisiert waren oder sie als normalen pflegerischen Alltag erlebten und denen, für die die Pflege von Menschen mit Demenz große Herausforderungen mit sich brachte und eine eher außergewöhnliche Situation darstellte. Zu der zweiten Gruppe zählten vornehmlich die Pflegeeinheiten der somatischen Krankenhäuser. Allerdings war nicht allein eine explizite einrichtungsseitige Spezialisierung ein Maßstab für eine qualitativ weit entwickelte Pflege von Menschen mit Demenz. Bereits vor Implementierungsbeginn konnte in mehreren Einrichtungen darüber hinaus eine Kombination aus bestehender Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz einzelner oder mehrerer Pflegenden, einem mehr oder weniger ausgeprägten person-zentrierten Pflegeverständnis und entsprechend vorhandenen Konzepten zur person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz identifiziert werden. Insbesondere das Pflegeverständnis markiert dabei einen zweiten und für alle Einrichtungsarten gültigen Unterschied, nämlich zwischen einem vornehmlich person-zentrierten und einem vornehmlich verrichtungsorientierten Pflegeverständnis, wobei hier keine Allgemeingültigkeit erkennbar war. Nur in wenigen Modellpflegeeinrichtungen war die Person-Zentrierung Teil der einrichtungsweiten Pflegekultur. In anderen war ihre Ausprägung abhängig von der Haltung einzelner Pflegenden und nur in Ansätzen vorhanden, während verrichtungsorientierte Prinzipien mehr oder weniger die Oberhand hatten. Gemeinsam war allen Einrichtungen, dass sie den Bedarf für eine an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz ausgerichtete Pflege wahrgenommen und ihre Strukturen und Prozesse entsprechend anpassen oder optimieren wollten.

#### 3.2.1 Pflegeverständnis und Haltung

Die Modellpflegeeinheiten standen vor der Aufgabe, die Entwicklung einer person-zentrierten Haltung der Pflegenden entweder zu fördern oder zu verstetigen. Dies war in keinem einrichtungsinternen Implementierungsprozess ein singulärer Schritt. Sie haben erkannt, dass eine Haltungsentwicklung im Rahmen qualitätsmethodischer Vorhaben nicht als direkter Effekt zu erreichen ist, sondern erst im Zusammenspiel unterschiedlicher Aspekte zu Tage treten kann. Die Projektverantwortlichen folgten dabei den Empfehlungen des Expertenstandards und nutzten dafür eine Wissens- und Kompetenzsteigerung der Pflegenden, einrichtungsseitig gewährte organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen sowie eine kollegiale Fachberatung. Zudem gewährten sie den Pflegenden die Möglichkeit, das eigene beziehungsgestaltende Handeln in der Pflege von Menschen mit Demenz regelmäßig zu reflektieren.

Ein wichtiger Faktor für die Kompetenzsteigerung der Pflegenden in der Pflege von Menschen mit Demenz im Allgemeinen und vor allem hinsichtlich person-zentrierter Aspekte waren der Expertenstandard und das Implementierungsprojekt selbst. Die in-

tensive, einrichtungsinterne Auseinandersetzung mit den Standardinhalten führte zu einer Fokussierung auf das Thema und eröffnete gleichzeitig die Möglichkeit, etablierte Verfahrens- und Handlungsweisen sowohl auf Einrichtungsseite, als auch auf persönlicher Ebene zu hinterfragen. Die Projektverantwortlichen stellten mehrheitlich fest, dass eine ausschließlich theoretische Auseinandersetzung mit den Inhalten des Expertenstandards allerdings weniger effektiv zur Kompetenzsteigerung der Pflegenden beitrug, als eine Kombination aus entsprechenden Fortbildungen und eigenen, praktischen und durch vorbildhafte Pflege anderer Pflegenden geprägte Erfahrungen und die Möglichkeit zur Reflexion ebendieser.

In Einrichtungen mit stärker ausgeprägter Verrichtungsorientierung und starrerem organisatorischen Strukturen verhinderten allerdings oftmals die Rahmenbedingungen, dass beziehungsfördernde und -gestaltende Pflege von Menschen mit Demenz einen höheren Stellenwert bekam. In den Krankenhäusern bestanden seltener Freiräume für die Pflegenden, in denen sie Pflegesituationen, ihre Rolle und ihre Haltung reflektieren konnten. Die Projektverantwortlichen beschrieben zudem, dass vor allem die Schwerpunktaufgaben der Diagnostik, Behandlung und Therapie die positiven Effekte der eingeleiteten beziehungsfördernden Maßnahmen als weniger relevant erscheinen ließen. Aber auch, wenn Prinzipien der Person-Zentrierung bekannt und als Teil einrichtungsinterner Handlungslogik etabliert waren, bestand in Einzelfällen die Gefahr einer zunehmenden Defizitorientierung, die die Beziehungsgestaltung als Kern der Pflegetätigkeit in den Hintergrund drängte. Ursächlich dafür waren freiwillig oder unfreiwillig eingenommene Rollen der Pflegenden. Eine projektverantwortliche Person beschrieb dazu, dass sich einige Pflegenden ein Selbstbild als medizinische Assistenz gäben und der eigenen Rolle nicht bewusst wären. Als Folge würden sie die Beziehungsgestaltung zu den Menschen mit Demenz vernachlässigen.

Auch in Einrichtungen, die bereits vor Implementierungsbeginn über Konzepte zur person-zentrierten Pflege verfügten und eine entsprechende Haltung als Grundlage aller Aktivitäten von Alltags- und Milieugestaltung bis hin zur Gewährung von Nähe und Präsenz ansahen und damit das entsprechende Strukturkriterium des Expertenstandards bereits erfüllten, war die Fachlichkeit der Pflegenden ausschlaggebend für den Anteil beziehungsgestaltender Angebote und Maßnahmen als das alleinige Vorliegen des entsprechenden Konzepts. Vorrangigen Einfluss auf die Gestaltung person-zentrierter Pflege hatten die Haltung, das Wissen und die Expertise der Pflegenden. Sie wirkten sich vorrangig auf deren Flexibilität in der Ausgestaltung von Maßnahmen aus. Pflegenden mit höherer Expertise und einer person-zentrierten Haltung fiel es demnach leichter, der Beziehungsgestaltung entweder Vorrang vor der Erfüllung geplanter Pflegemaßnahmen zu geben oder sie als essentiellen Teil der Maßnahmen zu betrachten. Allerdings stand für andere Pflegenden dieser Einrichtungen auch die Verrichtungsorientierung im Vordergrund. Neben fehlendem Fachwissen lagen Gründe dafür aus Sicht der Projektverantwortlichen vor allem in dem Gefühl, selbstgesteckte Ziele und Aufgaben nicht erfüllen und unausgesprochenen oder falsch verstandenen Erwartungen und Ansprüchen anderer Pflegenden oder Angehöriger an eine leistungsorientierte und körperbezogen-defizitkompensierende Pflege nicht gerecht werden zu können.



Mit fortschreitender Implementierung erkannten die Projektverantwortlichen Anzeichen dafür, dass sich das Verständnis der Pflege von Menschen mit Demenz auf den Modellpflegeeinheiten veränderte. Dies machten sie vor allem an einer verstärkten Sensibilisierung der Pflegenden für die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz, an einem einfühlsameren Umgang mit ihnen, einer veränderten Kommunikation über sie und mit ihnen sowie an der organisatorischen Gewährung größerer Freiräume für situationsbedingte Angebote und Maßnahmen fest. Hierzu haben eine gestiegene Beachtung der Biografie und Lebenswelt der Menschen mit Demenz und eine veränderte und zum Teil neue Palette möglicher Maßnahmen beigetragen. In den Krankenhäusern geschah dies weiterhin innerhalb der zeitlich und organisatorisch eng strukturierten und einer somatischen Behandlungslogik unterworfenen Abläufe. In den anderen Einrichtungsarten waren die Möglichkeiten der Projektverantwortlichen auf steuerebene und der Pflegenden der Modellpflegeeinheiten auf durchführender Ebene zur Veränderung oder Schärfung von Handlungsprofilen größer. Projektverantwortliche von Modellpflegeeinheiten mit geringeren Vorerfahrungen in person-zentrierter Pflege nahmen vor allem wahr, dass sich im Laufe der Implementierung der Stellenwert pflegerischer Tätigkeiten zugunsten der Beziehungsgestaltung von einem verrichtungsorientierten Pflegeverständnis weg entfernte. Anzeichen dafür bestanden in größerer Offenheit gegenüber der Anpassung von Abläufen an den Bedarf von Menschen mit Demenz, Veränderung von Tagesstrukturen, der Entzerrung von Arbeitsspitzen und der damit verbundenen Entlastung der Mitarbeiter. Auch bei schon weiter entwickelter Person-Zentrierung der Modellpflegeeinheiten stellten die Projektverantwortlichen positive Effekte der Implementierung fest. Einerseits erlebten die Pflegenden motivationsfördernde Bestätigung ihrer Arbeit durch die Inhalte des Expertenstandards, andererseits beschrieben die Projektverantwortlichen, dass seine Anwendung den Pflegenden gesteigerte Sicherheit gewährte, zu besserem Umgang mit subjektiven Realitäten der Menschen mit Demenz führte und die Relevanz ihrer Biographie und Lebenswelt für die Planung und das Angebot von Pflegemaßnahmen bewusster machte. Mit gesteigener Sicherheit sank nach Ansicht der Projektverantwortlichen auch die Angst der Pflegenden vor Konflikten mit anderen Pflegenden oder Angehörigen aufgrund der Anpassung von Abläufen oder Maßnahmen.

Eine projektverantwortliche Person zieht den Schluss, dass den Pflegenden Zeit zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Menschen mit Demenz zur Verfügung stehen müsse und ihnen diese Zeit zugestanden werden sollte. Aus ihrer Sicht kann die Implementierung des Expertenstandards auch zur Haltungsschulung der Pflegenden beitragen und sie in ihrer Haltung bestärken, wenn sie nicht nur die funktionale Versorgung in den Vordergrund stellen, sondern aus der Beziehungsgestaltung resultierende Erfolgserlebnisse wahrnehmen und reflektieren.

### 3.2.2 Teamentwicklung

Die Implementierung des Expertenstandards hat in den beteiligten Modellpflegeeinheiten Teamentwicklungsprozesse gefördert. Auf dieser Basis wurden die teamgestütz-

te Entwicklung von Verstehenshypothesen, die Evaluation beziehungsgestaltender Pflege im Rahmen von Fallbesprechungen und ein weniger strukturierter Austausch zwischen Pflegenden in Teambesprechungen oder kollegialen Fallberatungen möglich. In Modellpflegeeinheiten mit qualifikationsgemischten Teams setzte dies eine Rollen- und Aufgabenklärung voraus, die ihren Anfang in der Analyse von Verantwortlichkeiten für die Umsetzung der Expertenstandardinhalte nahm und sich in einigen Modellpflegeeinheiten in Neustrukturierungen von Aufgaben fortsetzte. Eine projektverantwortliche Person berichtete beispielhaft zu Beginn des Implementierungsprojekts von einer überwiegenden Trennung zwischen Pflege- und sogenannten Betreuungsaufgaben in der stationären Altenhilfe. Damit kam einerseits den Betreuungskräften entscheidende Bedeutung zu, da sie die Alltagsgestaltung der Menschen mit Demenz übernahmen und in vielen Fällen Informationsträger über deren individuelle Bedürfnisse waren. Deutlich wurde den Projektverantwortlichen damit, dass einige Pflegefachkräfte ihre Rollen neu finden mussten, wenn sie bislang die Alltagsbegleitung von Menschen mit Demenz weniger als ihre primäre Aufgabe angesehen haben und Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung und -förderung losgelöst von körperpflegebezogenen Maßnahmen verorteten. Aufgabe der Projektverantwortlichen war in diesen Fällen, das Verständnis dafür zu fördern, dass Beziehungsgestaltung nicht nur als alltagsgestaltende Einzelmaßnahme verstanden werden sollte, sondern aus einer Haltung resultiert, die sich in jeglichen Pflegemaßnahmen widerspiegeln kann.

Hinsichtlich der Teamkommunikation und -reflexion erkannten die Projektverantwortlichen deutliche Entwicklungseffekte. Sie berichten von bewussterer und versachlichter Kommunikation sowohl über die Menschen mit Demenz als auch über Ergebnisse beziehungsgestaltender Maßnahmen. Aus Sicht der Projektverantwortlichen der Langzeitpflegeeinrichtungen war das Implementierungsprojekt besonders förderlich für den Austausch zwischen Pflegenden, Betreuungsassistenten und Haushaltskräften über die Pflege der Menschen mit Demenz und die tiefere Betrachtung ihrer Biografie und Lebenswelt. In den ambulanten Pflegediensten stand, ebenso wie in den Krankenhäusern, der Aufbau oder die Förderung einer wertschätzenden Kommunikationskultur innerhalb der Pflegeteams und mit leitenden Pflegefachkräften im Mittelpunkt. Interdisziplinärer Austausch fand zumindest in den Krankenhäusern lediglich fallbezogen statt und aus den Projektberichten lässt sich erkennen, dass er zumeist ärztlich dominiert war.

Fall- und Teambesprechungen haben sich in einigen Einrichtungen als hilfreiche Methode erwiesen, mit der die inhaltlichen Komponenten des Expertenstandards an Fallbeispielen verdeutlicht werden konnten. Ihre regelmäßige Anwendung erleichterte es den Pflegenden, auch komplexe Situationen systematisch zu analysieren. Damit konnten auch Arbeitsroutinen und Verhaltensweisen der Pflegenden an Situationsbeispielen reflektiert und das Bewusstsein für beziehungsgestaltendes und -förderndes Handeln gestärkt werden. Basis dafür war die in den Teams vorhandene oder sich entwickelnde Feedbackkultur, die es den Mitarbeitern ermöglichte, sich selbst auf günstige oder ungünstige Verhaltensweisen hinzuweisen. Gelingende Fallbesprechungen erforderten allerdings aus Sicht einiger projektverantwortlicher Personen hohe Kompe-

tenzen in der Moderation, aber auch eine wertschätzende Kommunikationskultur unter den Pflegenden.

Auch über Fallbesprechungen hinausgehend stellten die Projektverantwortlichen fest, dass die Kommunikation über den Menschen mit Demenz und dabei vor allem die gemeinsame Reflexion des Pflegeprozesses die Beziehungsgestaltung beförderte und so die diesbezügliche Pflegequalität sicherte. Auf diese Weise trüge die Implementierung zur Teamentwicklung bei, Teamstrukturen würden sich festigen und das Bewusstsein und die Kompetenzen der Pflegenden gesteigert. Dazu waren auch Teamentwicklungsprozesse notwendig, die beispielsweise in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe eine Rückbesinnung auf die gemeinsamen Aufgaben von Pflege- und Betreuungskräften eingeleitet haben.

### 3.2.3 Förderliche und hinderliche Aspekte für eine nachhaltige Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz

Eine nachhaltige Etablierung von Beziehungsgestaltung als Kern und Grundlage pflegerischen Handelns basiert aus Sicht der Projektverantwortlichen für die beteiligten Modellpflegeeinheiten auf vier Säulen: der Abkehr von einem verrichtungsorientierten Pflegeverständnis, der Förderung einer person-zentrierten Haltung, den organisatorischen Rahmenbedingungen und der Kompetenz der Pflegenden.

Jede dieser Säulen erfordert vor allem dauerhafte und kundige Unterstützung durch das Einrichtungsmanagement durch eine offene Haltung gegenüber dem Thema Beziehungsgestaltung im Speziellen und person-zentrierter Pflege im Allgemeinen. Diese Haltung sollte die Entwicklung einer Einrichtungskultur unterstützen, die durch die Stärkung positiven Verhaltens der Mitarbeitenden und einer konstruktiven und von Fachlichkeit geprägten Feedback-Kultur gekennzeichnet ist. Die Projektverantwortlichen verdeutlichen, dass die Gefahr einer Normalisierung des durch die Implementierung gesetzten Impulses zur Veränderung der Pflege von Menschen mit Demenz groß ist und eine dauerhafte Umsetzung der Expertenstandardinhalte von der Lebendigkeit der Konzepte in den Einrichtungen abhängt. Diese Lebendigkeit kann aus ihrer Sicht durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen, die Etablierung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus in den Pflegeteams, die Klärung der Rollen der Pflegenden und ihres Beitrags an der Versorgung von Menschen mit Demenz, der Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit und durch personelle Kontinuität in den Pflegeeinheiten und Einrichtungen befördert werden. Als Ziel formulieren die Projektverantwortlichen für ihre Einrichtungen, einmal bestehende Expertise in der beziehungs-fördernden und -gestaltenden Pflege von Menschen mit Demenz dauerhaft zu sichern. Hierzu gehört auch die Gewinnung von geeignetem Personal und die vorbildhafte Pflege durch Demenzexperten.

Förderlich für die zukünftige Umsetzung des Expertenstandards sind aus Sicht der Projektverantwortlichen der regelmäßige Austausch der Mitarbeiter durch Fall- und Teambesprechungen, die Sensibilisierung der Pflegenden für die spezifischen Bedürf-

nisse von Menschen mit Demenz und vor allem das wachsende Bewusstsein für die Notwendigkeit, die Beziehungsgestaltung in den Vordergrund pflegerischen Handelns zu stellen. Letzteres gilt dabei auch ein Stückweit unabhängig von der Pflege von Menschen mit Demenz.

Auf der anderen Seite sehen sie hemmende Faktoren für eine nachhaltige Umsetzung des Expertenstandards in hoher Personalfuktuation, Zeitarbeit, geringer Fachlichkeit der Pflegenden und fehlenden Fortbildungsmöglichkeiten sowie fehlender Fortbildungsbereitschaft. Auch unpassende Pflegegrade mit nicht adäquater Bemessung des tatsächlichen Zeitaufwands in der Langzeitpflege und die damit verbundene Gefahr der Unwirtschaftlichkeit können aus Sicht der Projektverantwortlichen negativen Einfluss auf die Standardumsetzung nehmen. Eine projektverantwortliche Person benennt die Rückbesinnung auf grundlegende Werte wie Respekt, Würde und Einzigartigkeit der Person als Voraussetzung für die tiefergehende Umsetzung des Expertenstandards und damit für ein beziehungsgestaltendes Pflegeverständnis. Sie prognostiziert, dass Einrichtungen, die andere Zielsetzungen in den Mittelpunkt ihres Handelns stellen und Pflegenden, die sich auf diese Werte nicht einlassen können, ein entsprechendes Pflegeverständnis nicht ohne weiteres akzeptieren können.

#### 4. Fazit

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ hat sich in allen beteiligten Modellpflegeeinheiten als praxistauglich erwiesen und fand Akzeptanz unter den beteiligten Pflegenden. Unterschiede zeigten sich ausgehend von den verschiedenen Ausgangslagen der Modellpflegeeinheiten in der Reichweite seiner Umsetzung. Anders als in anderen Expertenstandards liegt der inhaltliche Fokus weniger deutlich auf konkreten Maßnahmen zur Prophylaxe oder Linderung eines erwartbaren oder eingetretenen Pflegerisikos, sondern auf der Veränderung von Haltung und dem Gestalten von Handeln mit dem Ziel, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu beeinflussen. Damit erfordert eine weitreichende und umfassende Umsetzung des Expertenstandards mehr als das Erfüllen seiner Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Die Gesamtergebnisse des Implementierungsprojekts verdeutlichen, dass eine quantitative, aber dennoch qualitätsmethodisch ab und an durchaus sinnvolle Messung ihrer Umsetzung nur einen geringen Ausschnitt seiner Umsetzungsqualität wiedergibt. Das Bild wird nur vollständig, wenn über das Erfüllen von Kriterien hinaus auch aufgezeigt werden kann, wie, mit welcher Haltung und im Rahmen welcher Einrichtungskultur Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung von Menschen mit Demenz erhoben und eingeschätzt wurden, Maßnahmenpläne entwickelt und vor allem Pflegeangebote gestaltet wurden. Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards unterstreicht somit die an anderer Stelle ausgeführte Komplexität bei der Evaluation von Expertenstandards (Bartholomeyczik et al. 2019).

Die in diesem Beitrag dargestellten Teilergebnisse des Implementierungsprojekts bestätigen die Relevanz der Strukturkriterien des Expertenstandards für eine gelingen-

de Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Wissens- und Kompetenzbedarfe wurden, je nach Stand der Pflege von Menschen mit Demenz sowie persönlicher Expertise und Haltung der Akteure, entweder bereits zu Beginn oder erst im weiteren Verlauf des Implementierungsprozesses sichtbar. Dabei war es unerheblich, ob die Modellpflegeeinheiten die Pflege von Menschen mit Demenz bereits auf konzeptioneller Basis gestalteten. Bestanden bereits ein Konzept oder demenzspezifisch gestaltete Strukturen, war es frühzeitiger von Bedeutung, durch Fortbildungen für das Erreichen oder die Auffrischung der Konzeptsicherheit der Pflegenden zu sorgen. Ohne Konzept und vor allem ohne weitgehende Expertise der Modellpflegeeinheiten in der Pflege von Menschen mit Demenz war der Wissensbedarf der Pflegenden grundständiger und entwickelte sich erst nach tiefergehender Auseinandersetzung mit und der Anwendung von Standardinhalten. Die Projektverantwortlichen der Modellpflegeeinheiten schätzen den Projektzeitraum allerdings als zu kurz ein, um verlässliche Aussagen über eine Verstetigung der Expertenstandardumsetzung treffen zu können. Dies gilt vornehmlich für die Haltungsentwicklung der Pflegenden, für die Teamentwicklung und ebenso für das person-zentrierte Pflegeverständnis innerhalb der Einrichtungen. Letztendlich müssen Veränderungen, die auf die Einführung des Expertenstandards zurückzuführen sind, immer vor dem Hintergrund der Ausgangslage zu Implementierungsbeginn betrachtet werden.

Insbesondere die person-zentrierte Haltung führt zu einer nachhaltigen und verstehten beziehungsfördernden und -gestaltenden Pflege von Menschen mit Demenz. Das bedeutet allerdings nicht, dass das mit dem Expertenstandard definierte Qualitätsniveau in Teilen nicht auch ohne person-zentrierte Haltung erfüllbar wäre. Denn natürlich erscheint es möglich, beispielsweise die Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung durch eine entsprechende Anpassung des Vorgehens bei der Pflegeanamnese entsprechend der Standardempfehlungen durchzuführen und zu dokumentieren. Und ebenso können Maßnahmen geplant, angeboten und durchgeführt werden, die einem Menschen mit Demenz während seines Krankenhausaufenthaltes Sicherheit, Orientierung oder das Gefühl von Zugehörigkeit gewähren. Dennoch wird erst eine einrichtungswide und alle Personal-, Management- und Hierarchieebenen berührende Person-Zentrierung zu einer nachhaltigen Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz beitragen.

Unabhängig davon, wo der Expertenstandard Anwendung findet, darf Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz nicht Teil einer zum Teil noch etablierten Verrichtungsorientierungs- und Abrechnungslogik werden, auch wenn es natürlich unumgänglich ist, dass dieses hochprofessionelle und alternativlos erscheinende Pflegeprinzip angemessenen vergütet werden muss. Dennoch ist Beziehungsgestaltung keine „Verrichtung“, keine pflegerische Maßnahme in einer Reihe anderer Maßnahmen. Person-Zentrierung und Beziehungsgestaltung sind Ausdruck einer Grundhaltung, eines spezifischen Pflegeverständnisses und Ergebnis eines professionellen Abstimmungsprozesses darüber, wie Menschen mit Demenz gepflegt werden sollten. Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards zur Pflege von Menschen mit Demenz hat gezeigt, dass die Beziehungsgestaltung in der Pflege nicht nur

auf individueller Ebene erfolgt, sondern auch im Rahmen von Team- und Organisationsentwicklung einer Entsprechung bedarf, um gelingen zu können.

## Literatur

- Bartholomeyczik, S.; Büscher, A.; Höhmann, U.; Sirsch, E. (2019): Anforderungen an die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards. In: *Pflege & Gesellschaft* 24 (2): 122-138
- Büker, C.; Lademann, J. (2019): Beziehungsgestaltung in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2019a): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2019b): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Osnabrück: DNQP. Online: <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2019.pdf>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2019c): Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Projektbericht und Ergebnisse. Osnabrück: DNQP
- Edvardsson, D.; Fetherstonhaugh, D.; Nay, R.; Gibson, S. (2010): Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22(1), 101-108. doi:10.1017/S1041610209990688
- Hechinger, M.; Mayer, H.; Fringer, A. (2019): Kenneth Gergen's concept of multi-being: an application to the nurse-patient relationship. In: *Medicine, Health Care and Philosophy*, published online, doi.org/10.1007/s11019-019-09897-4
- Kitwood, T. (2008): Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Moers, M.; Schiemann, D.; Stehling, H. (2017): Expertenstandards implementieren - Spezifika gelingender Einführungsprozesse. In: Schiemann, D.; Moers, M.; Büscher, A. (Hrsg.): *Qualitätsentwicklung in der Pflege – Konzepte, Methoden und Instrumente*. 2. aktualisierte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, S. 70-101
- O'Rourke, H. M.; Duggleby, W.; Fraser, K. D.; Jerke, L. (2015): Factors that affect quality of life from the perspective of people with dementia: a metasynthesis. *Journal of the American Geriatrics Society* 63 (1): 24-38.
- Roes, M. (2019): Entwicklung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“: Gegenstand und Vorgehen. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Osnabrück: DNQP, S. 14-23
- Roes, M.; Bieber, A.; Burbaum, J.; Dichter, M.N.; Fröhlich, B.; Gille, G.; Haberstroh, J.; Halek, M.; Hasenbein, B.; Jansen, S.; Johannes, S.; Kessler, M.; Kuckert-Wöstheinrich, A.; Lotzen, R.; Müller-Hergl, C.; Purwins, D. (2019): Der Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Osnabrück: DNQP, S. 24-69
- Stehling, H.; Moers, M. (2019): Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) *Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Projektbericht und Ergebnisse. Osnabrück: DNQP

*Heiko Stehling, MScN*

Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)  
Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück, h.stehling@hs-osnabrueck.de  
(korrespondierender Autor)

*Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Büscher*

Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)  
Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück, a.buescher@hs-osnabrueck.de

Beatrix Döttlinger

## **Gestisch-kommunikatives Handeln zur Beziehungs- und Interaktionsgestaltung am Beispiel bei Menschen mit Demenz**

Gestural-communicative practices for shaping relations and interactions with individuals having advanced dementia

Professional carer can gain abilities in diverse dimensions of interaction through the accompaniment of people with advanced dementia skills. The aim of the qualitative study specified in this article is to re-construct incorporated practices of nurse experts with their interaction partners living with advanced dementia by using gestural-communicative practices. This article establishes that people with advanced dementia still have potentialities to communicate and interact with their vis-à-vis, although they are very much limited in their capability for everyday communication. Thus, gaining a professional communicative responsibility is the fundamental requirement for nurse experts in order to construct and establish a common interaction sphere with and, in turn, ensuring the self-determination of an individual with advanced dementia. To demonstrate this, two different case studies have been carried out and compared with each other. By using a reconstructive-praxeological approach this video-based study follows the research principles of the documentary method (DM) for interpretation according to Bohnsack. The results of the study are presented along an example using reflective, in-depth interpretation. In addition, it will be shown, how DM as a research method is differentiated and amended. This research aims to improve the practical knowledge of professional carer in order to develop their relations and interaction abilities with person living with an advanced dementia, and thus to obtain the self-determination and self-regulation of person living with an advanced dementia.

---

eingereicht 23.04.2019

akzeptiert 29.07.2019

**Keywords**

Dementia, Gestural, verbal, nonverbal, gestic communicative acting, interaction, professional relationships

Pflegende erlangen durch die Begleitung von Personen mit fortgeschrittener Demenz Fähigkeiten in unterschiedlichen Interaktionsdimensionen. Ziel dieser qualitativen Studie war es, die inkorporierte Handlungsroutine von Pflegeexpertinnen bei gestisch-kommunikativen Handlungen und ihren Interaktionspartnerinnen mit fortgeschrittener Demenz zu rekonstruieren. Zwei Fallanalysen wurden durchgeführt und miteinander verglichen. Die videografisch angelegte Untersuchung folgt mit dem rekonstruktiv-praxeologischen Forschungsansatz den Prinzipien der dokumentarischen Methode (DM) der Interpretation nach Bohnsack. Wie die Ergebnisse zeigen, sind Personen mit fortgeschrittener Demenz zwar eingeschränkt in ihren Äußerungsmöglichkeiten, kommunizieren jedoch mit ihren verbliebenen Möglichkeiten und bringen sich ebenso wie ihre Kommunikationspartnerinnen ein. Die Übernahme einer professionell kommunikativen Verantwortung der Pflegeexpertinnen ist Voraussetzung für das Herstellen, Sichern und Aufrechterhalten einer geteilten Interaktionssphäre, für die Bezugnahme in der Handlungsumsetzung und Wahrnehmung der Selbstbestimmung der Person mit Demenz. Der Beitrag zeigt, wie die DM im Forschungsprozess methodisch ausdifferenziert bzw. ergänzt wurde. Die Ergebnisdarstellung wird an einem Beispiel mit reflektierender Tiefeninterpretation vorgestellt. Die Untersuchung trägt dazu bei, das Verständnis professionell pflegerischen Handelns zur Beziehungs- und Interaktionsgestaltung mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz zu erweitern, das deren Selbstbestimmung und Selbstregulation stärkt.

**Schlüsselwörter**

Demenz, Gesten, verbal, nonverbal, gestisch-kommunikatives Handeln, Interaktion, professionelle Beziehungen

## 1. Hintergrund

Mit einer fortschreitenden Demenzerkrankung werden die Möglichkeiten einer hinreichenden Verständigung immer fragiler (Kotsch, Hitzler 2013). Die Rollen-Beziehungen zwischen Pflegenden und Menschen mit fortgeschrittener Demenz sind dann vorwiegend asymmetrisch und von hoher Abhängigkeit gekennzeichnet (Panke-Kochincke 2014; Sachweh 2009; Schwerdt 2007). Insbesondere, wenn Personen kognitive und verbale Einschränkungen erleiden, brauchen Pflegende erweiterte Fähigkeiten der Interaktions- und Kommunikationsgestaltung. Uzarewicz (2003) sieht Interaktion und Kommunikation als Beziehungsgestaltung. Für professionell Pflegende ist die Beziehungs- und Interaktionsgestaltung bei der Begleitung von Personen mit fortgeschrittener Demenz eine große und stetige Herausforderung. Sie müssen sich immer wieder auf die Suche begeben, *WIE* sie sich einer Person mit fortgeschrittener Demenz in ihrer alltäglichen Begleitung verständlich machen können und dabei deren Selbstbestimmung und Selbstregulation fördern können. Sie versuchen herauszufinden was ihnen eine Person mit fortgeschrittener Demenz verbal/stimmlich und mit ihrem „Sprachinstrument“ (Nentwig-Gesemann, Nicolai 2014: 51) Körper mitteilt. Als äußerst hilfreiche Kommunikationsform stellten sich für die Autorin in ihrer langjähri-



gen Pflegepraxis „symbolische Gesten“ zur Handlungskommunikation heraus. Wenn Worte zur Handlungskommunikation nicht mehr greifen, kann diese Art einer gezielten „gestischen Kommunikation“ ein Orientierungsangebot für die Betroffenen bieten, so ihre Praxiserfahrungen. Mit „gestischer Kommunikation“ kann ein Zugang zum anderen gefunden werden, noch bevor durch eine handlungseinleitende Berührung am Menschen „Hand angelegt“ wird.

Seit 20 Jahren bildet die Autorin Pflegende aus allen Fachbereichen zu Praxisbegleiter\_innen Basale Stimulation aus. Es ist ein Konzept zur Förderung und Erhaltung der Wahrnehmungsfähigkeit schwerst-beinträchtigter Menschen auf der Grundlage, Beziehung entstehen zu lassen, die auf Vertrauen beruht (Fröhlich 2015). In dieser Weiterbildung wurde gestische Handlungskommunikation nicht unterrichtet. Lediglich in Einzelgesprächen mit Teilnehmerinnen wurde diese Art des kommunikativen Zugangs angesprochen. Eine kleine Gruppe von Pflegeexpertinnen hat mittlerweile in ihrer eigenen langjährigen Pflegepraxis (z. B. Altenhilfe, Gerontopsychiatrie, Akutkrankenhaus) gezielt Erfahrungen mit dieser Art der erweiterten Handlungskommunikation mit betroffenen Personen gesammelt, ausgebaut und verfeinert. Eine solche an Personen gebundene Expertise, welche in der Praxis und durch die Praxis in Verbindung mit gestisch-kommunikativem Handeln im Umgang mit Personen mit fortgeschrittener Demenz erworben und weiterentwickelt wurde, war Gegenstand einer Untersuchung. International konnte keine Studie identifiziert werden, die *gestisch-kommunikatives Handeln* aus professioneller Sicht fokussiert hat. Unbekannt ist vor allem, WIE eine solche Interaktion zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz gestaltet wird.

Gestisch-kommunikatives Handeln bezeichnet die sinnbildliche Simulation durch symbolische Gesten einer Handlung der Pflegeexpertin, um einer Person mit fortgeschrittener Demenz bezogen auf eine Handlung, die sie sonst nicht selbständig durchführen würde, ein Orientierungsangebot zu machen. Durch die Spiegelung einer Geste soll die Person mit Demenz dahin geführt werden, die damit verbundene Handlung eigenaktiv umsetzen zu können, wenn sie möchte. Das Erkenntnisinteresse der Untersuchung war, die inkorporierte Handlungsroutine zweier Pflegeexpertinnen zu gestisch-kommunikativen Handlungen zu rekonstruieren und das Interaktionsverhalten der Personen zu erkunden. Hierbei wurde der Frage nachgegangen: *WIE gestaltet sich die verbale und nonverbale Interaktion zwischen Pflegeexpertinnen und Personen mit fortgeschrittener Demenz bei gestisch-kommunikativem Handeln?* Weitere Fragen an das empirische Material sollen helfen, dem Forschungsinteresse näher zu kommen.

Den theoretischen Referenzrahmen dieser ethnographischen Untersuchung bildeten der „Symbolischen Interaktionismus“ von George H. Mead (1973, 1987). Grundlagen zur „Gesten- und Interaktionsforschung“ (Kendon 1980; McNeill 1985), Ray L. Birdwhistells (1968) Konzept der „Kinesics“ und „Multimodalität in der Kommunikation“. Die biologische Basis von motorischem Wissen, das „Spiegelneuronensystem“ (Galles, Goldman 1998), Forschungsarbeiten des Entwicklungspsychologen Daniel Stern (2006) zur „vorsprachlichen sozialen Interaktion“. Das Konzept „Basale Stimu-

lation“ (Bienstein, Fröhlich 2012), das Grundlage der Fachexpertise der in diese Untersuchung einbezogenen Pflegeexpertinnen ist, wurde ebenso dem theoretischen Referenzrahmen zugeordnet. Wegen des großen Umfangs der Studie kann in diesem Artikel nur ein Ausschnitt eines Falles, des „zentralen Falles“ dargestellt werden. Die Studie wurde als E-Book veröffentlicht (Döttlinger 2018).

## 2. Methodologischer Rahmen

Die dokumentarische Methode (DM) der Videointerpretation (Bohnsack 2009) bot einen theoretisch wie auch methodologisch-methodisch kontrollierten Zugang zu den interessierenden Bereichen. Dieser erkenntnis- und wissenstheoretische Ansatz ermöglichte es, die Alltagspraktiken der Pflegeexpertinnen und deren zu pflegenden Personen während gestisch-kommunikativem Handelns zu rekonstruieren. Denn das Wissen der Pflegeexpertinnen über ihre inkorporierte Handlungsroutine zur symbolischen Spiegelung von Handlungsfortgängen und ihre Interaktionsorganisation ist nicht oder nur schwer verbalisierbar und kein theoretisches, reflexiv verfügbares Wissen, sondern als „atheoretisches Wissen“ (Mannheim 1964) oder „implizites Wissen“ (Polanyis 1996) zu bezeichnen. Man spricht hier auch von einer praxeologischen Wissenssoziologie, von einem erweiterten Konstruktivismus, der nicht nur die interpretative, sondern auch konkret die handlungspraktische Herstellung und Konstruktion von Welt erfasst (Bohnsack 2009). Die Videographie erfüllte zwei grundlegende Kriterien in der Untersuchung. Zum einen ist sie eine wenig invasive Erhebungsmethode, die den alltäglichen Ablauf der Interaktionspartnerinnen unter bestimmten Voraussetzungen nicht wesentlich beeinflusst. Zum anderen schaffte sie bei der Analyse einen Zugang nicht nur zur verbalen Kommunikation, zum gestisch-kommunikativen Handeln und anderen körperbezogenen Ausdrucksformen, sondern auch zur damit verbundenen Interaktions- und Beziehungsgestaltung.

### 2.1 Ethische Überlegungen

Die Untersuchung folgte den grundlegenden forschungsethischen Anforderungen. Ein ongoing consent wurde bei den Menschen mit Demenz verfolgt und die Einwilligung in die pseudonymisierte Weitergabe von Bildmaterial sichergestellt (Schnell/Heinritz 2006). Das ethische Clearing wurde von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) erteilt.

### 2.2 Datenerhebung

Die Auswahl der Pflegeexpertinnen, erfolgte durch persönliche Ansprache durch die Autorin. Die Pflegeexpertinnen schlugen die an Demenz erkrankten Menschen vor.

Einschlusskriterien für die Pflegeexpertinnen waren ein staatliches Examen in einem der Pflegeberufe, eine Weiterbildung zur Praxisbegleiterin Basale Stimulation in

der Pflege, Erfahrungen mit gestisch-kommunikativem Handeln und dessen Umsetzung, Beschäftigung im Tätigkeitsfeld stationärer oder ambulanter Altenpflege.

Die Pflegeexpertin des „zentralen Falles“ war zum Zeitpunkt der Datenerhebung 2011 eine 46-jährige Krankenschwester für Psychiatrie mit der Weiterbildung als Praxisbegleiterin Basale Stimulation in der Pflege, die sie 2008 absolviert hatte. Seit dieser Weiterbildung hatte sie in ihrer Pflegepraxis Erfahrungen mit gestisch-kommunikativem Handeln bei Menschen mit Demenz gesammelt. Sie arbeitet in einer Altenpflegeeinrichtung für Menschen mit Demenz, in der auch die Videoaufnahmen gemacht wurden. Ihre Muttersprache ist Deutsch. Die Person mit Demenz des „zentralen Falles“ hatte sie zum Zeitpunkt der Video-Aufnahmen seit zwei Jahren betreut.

Einschlusskriterien für die Personen mit Demenz waren ausreichende Hör- und Sehfähigkeiten, mit denen die Kommunikation über diese Wahrnehmungsbereiche gut möglich sein sollten, visuelle Aufmerksamkeit gegenüber anderen Personen. Sie sprechen wie die Pflegeexpertinnen deutsch und entstammen dem gleichen Kulturkreis. Sie haben keine bekannten Kommunikationsstörungen durch Medikamente, Drogen, Alkoholabhängigkeit in ihrer Anamnese.

#### Teilnehmende Person mit Demenz des zentralen Falles

Die Person mit Demenz des „zentralen Falles“ war zum Zeitpunkt der Video-Aufnahmen 87 Jahre alt, die bis dahin zwei Jahre in dieser Pflegeeinrichtung für Menschen mit Demenz gelebt hatte. Zur Pflegeexpertin konnte sie in dieser Zeit eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen. Ihre Diagnose ist Alzheimer Demenz, gemischte Form (vaskuläre) in einem schweren Stadium. Der Pflege-Dokumentation ist zu entnehmen, dass die Bewohnerin Symptome einer Dysphasie und Apraxie aufweist. Verbalisieren kann sie nur noch das Wort „ja“. Verbale Handlungsaufforderungen wie: „Sie können sich jetzt die Zähne putzen“ kann sie nicht umsetzen, zeitweise kann sie spontan Handlungen wie Zähne putzen eigenaktiv beginnen, braucht jedoch Unterstützung beim Beenden der Handlung.

#### Auswahl der Videosequenz

Basis der Analyse bildeten pflegerische Handlungssituationen und -interaktionen von ausgewählten Selbstpflegeangeboten mit an Demenz erkrankten Personen. Zwei Personen, eine Pflegeexpertin und eine Person mit Demenz, die während einer pflegerischen Handlung (Zähne putzen am Waschbecken) in einem gestisch-kommunikativen Austausch standen, wurden je mit einer feststehenden Digitalkamera frontal bis auf Brusthöhe aufgenommen. Voraussetzung für die pflegerische Handlung war zur methodischen Kontrolle, dass sie im Sitzen stattfand. Die unteren Körperteile wurden jeweils von der Analyse ausgenommen. Die Kameras waren je feststehend auf einem Stativ und mit einem Weitwinkelaufsatz und einem externen Mikrophon ausgestattet. Die Videoaufnahmen wurden mit 25 Bildern pro Sekunde gedreht.

Das zentrale Element in dieser Untersuchung bildet der „zentrale Fall“ mit dem Thema „Mund spülen“, der Vergleichsfall wird hier nicht dargestellt. Die Interaktion wurde mit der DM mikroanalytisch (Einzelbildanalyse) rekonstruiert und danach für begründet ausgewählte Interaktionsszenen einer reflektierenden Tiefeninterpretation im Fallvergleich unterzogen. Ein kurzer Ausschnitt der Analyse des „zentralen Falles“ soll die methodische Entwicklung und somit den methodologisch-methodisch kontrollierten Zugang zu den interessierenden Bereichen vorstellen.

Aus einer 24-minütigen Videosequenz, die während einer morgendlichen Körperpflege gefilmt wurde, wurde eine Videoszene für den zentralen Fall ausgewählt, die vorab definierte Kriterien erfüllte (insgesamt 38 Sekunden): Der Beginn einer solchen Sequenz ist zu erkennen, wenn die Pflegeexpertin zu einer Handlung auffordert, die Handlung gestisch kommuniziert und die Person mit Demenz die Handlung umsetzt. Das Ende einer solchen Sequenz ist erreicht, wenn das Ende einer Handlung erreicht ist (z. B. Mund ausspülen).

### Kontextbeschreibung

Die zentrale Szene einer gestisch-kommunikativen Interaktion, die analysiert wurde, beginnt nachdem Frau Baum (pseudonymisiert) Anzeichen zeigt, etwas ausspucken zu wollen, wozu ein „Mund spülen“ verhelfen könnte. Sie setzt dieses jedoch nicht eigenaktiv um. Die Pflegeexpertin kommuniziert nun das Thema „Mund spülen“ handlungsauffordernd. Die beiden Personen sitzen am Waschbecken in visuellen Kontakt auf körperlicher Augenhöhe.

### 2.3 Datenanalyse

In Tabelle 1 sind die einzelnen Analyseschritte aufgezeigt, wie sie in dieser Untersuchung dem Forschungsprozess folgend durchgeführt wurden. Diejenigen Analyseschritte der dokumentarischen Methode (Bohnsack 2009), die für diese Untersuchung modifiziert oder unabhängig von der Methode durchgeführt wurden, sind mit dem Namen „Eigenentwicklung“ gekennzeichnet. Beispielhaft werden nun die Analyseschritte Eins und Zwei (siehe Tabelle 1) an einer konkreten Interaktionsszene des „zentralen Falles“ vorgestellt. Diese werden an der Sequenz A „Interaktionsbeginn“ demonstriert. Das Transkript eines Videos muss wie ein Gesprächstranskript eindeutig auf das Ausgangsmaterial zurückgeführt werden können und hat wie dieses die Funktion einer wissenschaftlichen Lupe (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2010). Die vorab definierten Transkriptionsregeln und die komplexe Datenanalyse ist in der veröffentlichten Dissertation nachzulesen (Döttlinger 2018).

1. Formulierende Interpretation vor-ikonographische Interpretation in <i>zwei Formaten</i> - vor-ikonographische Transkriptionsprotokoll in ELAN – <i>Eigenentwicklung</i> - vor-ikonographische Interpretation - ist die Zusammenfassung des ELAN-Protokolls
2. Reflektierende Interpretation - mit anschließender Strukturierung durch Attribution – <i>Eigenentwicklung</i> - Identifizierung von Interaktions- und Orientierungsfiguren zum Fallvergleich
3. Reflektierende Interpretation - ausgewählte Interaktions- und Orientierungsfiguren werden einem zusammenfassenden Analyse-schritt anhand der Modi der Diskursorganisation und Diskursbewegungen der dokumentarischen Methode unterzogen
4. Komparation der Fälle

Tab. 1: Dem Forschungsprozess folgende Analyseschritte

## Die Interpretation in Gruppen

„Interpretationen in Gruppen sind eine diskursive Form der Herstellung von Intersubjektivität und Nachvollziehbarkeit durch expliziten Umgang mit Daten und deren Interpretation“ (Steinke 2009). In regelmäßigen Abständen von drei Monaten über einen Zeitraum von fünf Jahren fanden Forschungswshops zu dieser Untersuchung mit ebenfalls zum Thema Demenz forschenden Kolleginnen statt. Da diese Dissertation von der Autorin in allen Forschungsschritten alleine durchgeführt wurde, handelte es sich bei den Kolleginnen um Personen, die nicht an dieser Untersuchung arbeiteten. Dies kommt dem Ansatz des „peer debriefing“ (Lincoln, Guba 1985) gleich.

### Formulierende Interpretation (1. Analyseschritt)

Das Besondere an dieser Untersuchung ist, dass die vor-ikonographische Analyse in zwei Arbeitsschritten und Formaten vollzogen wurde, eine Modifikation der dokumentarischen Interaktionsanalyse nach Bohnsack, da diese den ersten Analyseschritt nicht in zwei Formaten vorsieht. Da die Untersuchung auch die konkrete Rekonstruktion der Handlungs- und Interaktionspraxis zum Ziel hatte.

#### *Erstes Format: Vor-ikonographische Interpretation in ELAN*

Die beiden Kamerabilder der einzeln aufgenommenen Personen wurden zur Strukturierung und Organisation der Bild und Textdaten synchronisiert und in das Transkriptionsprogramm ELAN eingefügt. ELAN (EUDICO Linguistic Annotator) ist ein semi-professionelles Annotationstool zur Auswertung von Video- und Audiodaten, das vom Max Planck Institute for Psycholinguistics der Universität Nijmegen (<http://tla.mpi.nl/tools/tla-tools/elan/download/>) in den Niederlanden entwickelt wurde. Da eine detaillierte Analyse von Körperbewegungen durchgeführt werden sollte, die auch die Verschränkung von Sequenzialität und Simultaneität berücksichtigt, mussten diese nachvollziehbar visualisiert werden. Die ausgewählte Videosequenz wurde dafür jeweils auf der vor-ikonographischen Interpretation in den Partiturzeilen von ELAN transkribiert. Im ELAN werden Codierungen zur Transkription verwen-

det, was jedoch in dieser Untersuchung nicht umgesetzt werden konnte, da dadurch kein Überblick und keine Nachvollziehbarkeit der Interaktion erlangt werden konnte. Für diese Studie wurde die Anwendung der Software ELAN modifiziert. Für die Körperbewegungen der einzelnen Körperteile wurden unter den synchronisierten Videos mit Zuordnung zur Zeitschiene einzelne Partiturzeilen erstellt. Diese Zeilen bekamen einen Zeilencode z. B. AMbE1 steht für; A = Pflegeexpertin A, Mb = Mundbewegung, E = Explikation (Erläuterung) 1 = 1. Zeile. Die Mundbewegungen der Pflegeexpertin (Person A) wurden beispielsweise in mehreren Zeilen untereinander wie folgt bearbeitet:

AMbE1 (-----) Mund spitzt sich und öffnet und schließt sich.

AMbE2 (-----) Mund wird halb geöffnet, beide Zahnreihen sind zu sehen.

In der Klammer (-----) ist jeweils die zeitliche Dauer der kompletten Bewegung abgebildet. Die Öffnungsklammer [(--)] zeigt den Beginn einer Bewegung. Klammer schließen [--)] kennzeichnet das Ende einer Bewegung. Die Transkriptionsregeln wurden vorab definiert. Nach der Klammer folgt die konkrete Beschreibung der Bewegung. Mehrere Zeilen untereinander wurden für die Analyse eines Körperteiles genutzt.

In diesem ersten Analyseformat geht es um die konkreten Beschreibungen von Körperbewegungen (des Mundes, Arme, Kopf, Brustkorb) und die Blickrichtung der Interaktionspartnerinnen. Ein Gesichtsausdruck wurde, wie von Nentwig-Gesemann und Nicolai (2014) gefordert, über die tatsächliche Beschreibung hinausgehend auch auf der Ebene der „*ausdruckshaften Beschreibung*“ (ebd.: 53) analysiert. Gesichtsausdrücke wurden jeweils im Konsens mit der Arbeitsgruppe im Forschungsworkshop definiert.

Mikroanalytisch wurden die Bewegungen beider Probanden einer Einzelbildanalyse unterzogen und in einer zeitlichen Auflösung von 0,1 Sekunden transkribiert. Diese Art des methodischen Vorgehens stellt sicher eine extreme Variante analytischer Arbeit dar, ist jedoch für die spezifische Interessenlage dieser Untersuchung aus der Sicht der Autorin am geeignetsten. Gewählt wurden die zeitlichen Analyseschritte von 0,1 Sekunden, da bei der Betrachtung des Materials in Zeitlupe und von Einzelbildern festgestellt wurde, dass die Interaktionspartnerinnen teilweise nach einer Zeitspanne von 0,2 Sekunden aufeinander reagierten. Bei einer gröberen Analyse wären diese Feinstrukturen nicht in den Forscherinnenblick geraten. Das hätte wiederum einschränkende Auswirkungen auf die reflektierende Interpretation gehabt.

#### *Zweites Format: Vor-ikonographische Interpretation - Zusammenfassung*

Das zweite Format auf der Ebene der vor-ikonographischen Interpretation baut auf den vorherigen Analyseschritt auf, dient der Zusammenfassung und wird im Sinne von Bohnsack (2009) als Protokoll bezeichnet. Die Beschreibungen der Aktivitäten der beiden Interaktionspartnerinnen wurden im Format der Zusammenfassung wechselseitig im Fließtext beschrieben. Das war besonders wichtig, da es um die Wahrnehmung der Verschränkung von Simultaneität und Sequenzialität (Bohnsack 2009; Wag-

ner-Willi 2004) ging, also darum was genau die Akteure gleichzeitig und nacheinander sowie auf sich selbst und aufeinander bezogen, äußern. Dieses Vorgehen blieb durch die gesamte Analyse hindurch erhalten und diente dazu, konsequent am empirischen Material zu analysieren, damit es nicht zu ungenauen oder falschen Schlussfolgerungen bei der reflektierten Interpretation kam.

### *Exemplarische Fallanalyse – Arbeitsschritte 1 und 2*

Beispielhaft werden die Analyseschritte 1, Formulierende Interpretation, und 2, reflektierende Interpretation (siehe Tabelle 1), an einer konkreten Interaktionsszene des zentralen Falls vorgestellt. Diese werden an der Sequenz A „Interaktionsbeginn“ demonstriert. Alle analysierten Interaktionsszenen wurden diesen folgenden Arbeitsschritten unterzogen. Die Analyseschritte 3 und 4 werden an dieser Stelle nicht präsentiert.

### *Formulierende Interpretation*

Videoprotokoll von Minute 12:33:01 – 12:34:01 Szenensequenz A – Interaktionsbeginn

#### *Erstes Format: Vor-ikonographische Interpretation in ELAN*

Das Transkriptionsprotokoll der vor-ikonographische-Interpretation, wie es im Annotationstool ELAN ausgeführt wurde, kann hier nicht abgebildet werden.

#### *Zweites Format: Vor-ikonographische Interpretation – Zusammenfassung*

Sequenz A von Minute 12:33:01 – 12:34:01 Interaktionsbeginn:

Pflegeexpertin A blickt Frau Baum (B) seitlich auf das Gesicht, dann kurz (0,2 Sekunden) auf den Zahnputzbecher, den B in der Hand hält und minimal anhebt. Dann wechselt der Blick von A wieder zurück auf das Gesicht von B. B beginnt nun den Blick und den Kopf durch eine leichte Drehbewegung und Heben des Kopfes der Pflegeexpertin A zuzuwenden. Nach 0,1 Sekunden dieser Blickzuwendung spitzt sich der Mund von A überdeutlich, um nach weiteren 0,2 Sekunden das Wort „guut“, das sie etwas in die Länge zieht, auszusprechen. B blickt A dabei an. Nach 0,3 Sekunden, nachdem das Wort „guut“ ausgesprochen wurde, öffnet sich der Mund von B ebenfalls.

#### *Reflektierende Interpretation (vgl. Tabelle 1)*

Sequenz A von Minute 12:33:01 – 12:34:01 Interaktionsbeginn:

Der Blick von Pflegeexpertin A ist auf Frau Baum gerichtet. Pflegeexpertin A nimmt gegenüber Frau Baum eine beobachtende Haltung ein, man kann es auch als *schwebende Aufmerksamkeit* bezeichnen, weil sie ihren Blick in einer aufmerksamen Schwebelage bleibend auf Frau Baums Gesicht richtet. Diese schwebende Aufmerksamkeit dokumentiert sich auch, indem die Pflegeexpertin A ihren Blick zu Beginn dieser Szene für einen Augenblick auf den Zahnputzbecher von Frau Baum lenkt, als dieser leicht angehoben wird. Pflegeexpertin A reagiert hier darauf dies beobachtend. Das leichte Anheben des Zahnputzbeckers könnte für die Pflegeexpertin A ein Hinweis sein, dass B bereit ist, ihren Mund auszuspülen. Da es bei dem leichten Anheben des Bechers bleibt,

richtet Pflegeexpertin A den Blick gleich wieder auf das Gesicht von Frau Baum. Frau Baum stellt durch Aufnehmen des Blickkontaktes die Interaktionsachse zwischen sich und der Pflegeexpertin A her. Voraussetzung hierzu ist die visuelle Aufmerksamkeit der Pflegeexpertin A auf Frau Baum. Die Pflegeexpertin übernimmt hier eine kommunikative Verantwortung, indem sie Frau Baum sehr genau und ununterbrochen beobachtet. Pflegeexpertin A reagiert unmittelbar (nach 0,3 Sekunden) auf die Aufnahme des Blickkontaktes durch Frau Baum, indem sie das etwas in die Länge gezogene und mit dem Mund überdeutlich formulierte Wort „guut“ ausspricht. Hier geschehen zwei Dinge, Pflegeexpertin A reagiert unmittelbar nach einer Zeitspanne, die eine Haltung voraussetzt, auf ein erwartetes Ereignis zu reagieren. Das Wort „guut“ dient als „Rahmenschaltelement“ und zeigt den Beginn eines neuen Handlungsabschnittes, einer neuen Interaktionseinheit auf. Durch die Aussprache des Wortes „guut“ öffnet sich der Mund der Pflegeexpertin A deutlich. Nach nur 0,3 Sekunden öffnet sich auch der Mund von Frau Baum, es hat den Anschein einer synchronisierenden Mundbewegung. Auch Frau Baum spiegelt dadurch eine sehr hohe Aufmerksamkeit gegenüber ihrer Kommunikationspartnerin. Ihre Reaktionszeit beim Synchronisieren der Mundbewegungen ist nicht verzögert. Dies setzt von Frau Baum Konzentration und visuelle Aufmerksamkeit voraus. Frau Baums Gesichtsausdruck ist konzentriert und sie ist visuell aufmerksam.

### 3. Ergebnisdarstellung

Auch wenn eine Handlungsinteraktion eine individuelle und einmalige Kombination von korporierten und verbalen Äußerungen der Beteiligten ist, müssen die kommunikativen Modalitäten und deren Verschränkung von Sequenzialität und Simultaneität fokussiert werden, um der Bedeutung dieser Art der Kommunikation nahe zu kommen. Die interessierenden Forschungsfragen leiteten die Auswahl der Vergleichsszenen (Analyseschritt 2), die dann nach der DM tiefeninterpretiert wurden (Analyseschritt 3) um im Fallvergleich Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten (Analyseschritt 4). Eine Vergleichsszene betraf entweder ein Thema wie „Handlungsankündigung/-aufforderung“ oder eine dahinter liegende Orientierung, woran sich die Kommunikationspartnerinnen orientieren, WIE sie beispielsweise eine „Gemeinsame Interaktionssphäre“ aufrecht halten. Für die Tiefeninterpretation eines Themas, verwende ich die Terminologie *Interaktionsfiguren*. Stand eine *Orientierung* im Mittelpunkt, der ein typischer Modus der Sozialität während einer Handlungsinteraktion zugrunde lag, wurde diese nach Bohnsack (2003) als „*Orientierungsfigur*“ (ebd.: 134) bezeichnet.

Da das Forschungsinteresse nicht nur die interpretative, sondern auch die handlungspraktische Herstellung und Konstruktion von Interaktion war, wird hier nur exemplarisch an einem Beispiel die Ergebnisdarstellung mit reflektierender Tiefeninterpretation vorgestellt. Dieses Ergebnis wird in der Diskussion einer Re-Interpretation unterzogen im Hinblick auf die unterschiedlichen theoretischen Bezugspunkte. Die gesamten Ergebnisse werden benannt.



## Handlungsleitende kommunikative Verantwortung

Das zentrale Ergebnis ist, dass die Pflegeexpertinnen, die *handlungsleitende kommunikative Verantwortung* übernehmen. Diese Interaktionsqualität zeichnet sich durch eine Haltung einer *visuell beobachtenden - schwebenden Aufmerksamkeit* verbunden mit einer *unmittelbaren Reaktionsbereitschaft mit Erwartungshaltung* aus.

Aus der Interpretation wurde eine Definition von schwebender Aufmerksamkeit entwickelt: „Die Haltung einer *schwebenden Aufmerksamkeit* der Pflegeexpertinnen ist gekennzeichnet von einer *aufmerksamen* - visuellen Beobachtung gegenüber ihrer Kommunikationspartnerinnen. *Schwebende Aufmerksamkeit* meint in diesem Sinne, in der Schwebelage zu sein, also in dieser Haltung der Aufmerksamkeit *bleiben*, diese Aufmerksamkeit während des kommunikativen Austausches *halten*“ (Döttlinger 2018: 183).

Die Haltung einer kommunikativen Verantwortung der Pflegeexpertinnen zeichnet weiter eine *Reaktionsbereitschaft mit Erwartungshaltung* aus. Dieses Merkmal steht in enger Verbindung, man kann auch sagen in Abhängigkeit von einer *schwebenden Aufmerksamkeit*. Die Pflegeexpertinnen reagieren auf eine Äußerung ihrer Kommunikationspartnerinnen, wenn nötig unmittelbar, meist innerhalb einer Zeitspanne zwischen 0,2 bis 0,3 Sekunden.

Die Übernahme einer handlungsleitenden kommunikativen Verantwortung mit all ihren herausgearbeiteten Facetten ist, wie die Ergebnisse der empirischen Analyse zeigen, die Voraussetzung, die es den Pflegeexpertinnen ermöglicht,

- eine gemeinsame Interaktionssphäre einzuleiten,
- eine gemeinsame Beziehungsebene aufzubauen,
- eine gemeinsame Rahmung zu erarbeiten,
- eine gemeinsame Interaktionssphäre zu halten,
- sensible Phasen in der Interaktion wahrzunehmen,
- das Streben nach Selbstbestimmung und Autonomie der Person mit Demenz zu erkennen und zu berücksichtigen,
- Phasen des Sprecherwechsels einzuhalten und
- passgenaue Orientierungsangebote anzubieten.

## 4. Diskussion

Die leitende Forschungsfrage dieser Dissertation war: *WIE gestaltet sich die verbale und nonverbale Interaktion zwischen Pflegeexpertinnen und Personen mit fortgeschrittener Demenz bei gestisch kommunikativem Handeln?* Ein methodologischer Zugang zu diesen impliziten Wissensbeständen konnte durch einen videographisch angelegten, rekonstruktiv-praxeologischen Forschungsansatz, der auf die Methodologie und Methodik der dokumentarischen Methode von Ralf Bohnsack (2009) zurückgreift, geschaffen werden. Die Frage, warum die Kommunikationspartnerinnen in dieser Art und Weise miteinander interagieren, führt zu einer Re-Interpretation des oben präsentierten

exemplarischen Ergebnisses. Diese erfolgt im Hinblick auf die unterschiedlichen theoretischen Bezugspunkte und relevante Forschungsliteratur.

### **Handlungsleitende kommunikative Verantwortung der Pflegeexpertinnen**

Die Pflegeexpertinnen übernehmen bei gestisch-kommunikativem Handeln die *handlungsleitende kommunikative Verantwortung*, diese Interaktionsqualität spiegelt sich auf der Ebene der Performanz durch besondere Merkmale. Einer *schwebenden Aufmerksamkeit* räumen die Pflegeexpertinnen einen besonderen Stellenwert in der Beziehungs- und Interaktionsgestaltung mit Personen mit fortgeschrittener Demenz ein, denn sie fokussieren ihre Interaktionspartnerinnen nahezu zu 100%, sie lassen sie im wörtlichen Sinne nicht aus den Augen. Argyle und Ingham (1972) kamen durch ihre Untersuchung zum Ergebnis, dass in einem typischen Zweiergespräch zu etwa 61% der Zeit einer der beiden Partner den Blick auf den anderen gerichtet hat. Kendon (1984), der sich mit dem Sprecher- Hörerverhalten befasste, kommt durch seine Beobachtungen zu der Annahme, dass man die Aufmerksamkeit des Adressaten am ehesten auf sich lenkt, wenn er angesehen wird. Er verweist darauf, dass der Sprecher sein Verhalten seiner Rolle gemäß verändert. Scheflen (1964) fand bei der Analyse einer psychotherapeutischen Sitzung heraus, dass die Therapeutin den Patienten nur ansah, wenn sie selbst sprach. Die Pflegeexpertinnen haben durch ihre Haltung einer schwebenden Aufmerksamkeit ihr Kommunikationsverhalten den Personen mit fortgeschrittener Demenz angepasst, indem sie deren nonverbale und verbale Äußerungen aufmerksam beobachteten. Hier kann kein Vergleich mit einer klassischen Sprecher- Hörerrolle gezogen werden, denn die Pflegeexpertinnen zeigen durch ihre Haltung einer schwebenden Aufmerksamkeit, dass sie diese in der Sprecher- Hörer- und Beobachterrolle beibehalten, um Äußerungen ihrer Interaktionspartnerinnen wahrzunehmen, um darauf reagieren zu können. Durch eine schwebende Aufmerksamkeit schaffen die Pflegeexpertinnen die Bedingungen dafür, auf eine symmetrische Interaktion hinzuführen, indem sie die korporierten und verbalen Äußerungen ihrer Kommunikationspartnerinnen aufmerksam wahrnehmen. Eine schwebende Aufmerksamkeit gegenüber den Kommunikationspartnerinnen ist von besonderer Bedeutung, wenn der Leib als Medium des Ausdrucks in Kombination von Mimik, Blickverhalten, Gestik, Körperhaltung und Stimme vor verbaler Kommunikation in der Interaktion von Bedeutung wird (Uzarewicz, Moers 2012). Diese zu erfassen bedingt eine schwebende Aufmerksamkeit. Die Haltung einer kommunikativen Verantwortung der Pflegeexpertinnen zeichnet sich weiter durch eine *Reaktionsbereitschaft mit Erwartungshaltung* aus. Es geht bei einer „Reaktionsbereitschaft mit Erwartungshaltung“ um eine Haltung, die darin besteht, „sich auf zukünftige Ereignisse unter dem Blickwinkel des „*Alles-kann-passieren*“ einzustellen“ (Garfinkel 2012: 43). Diese Haltung spiegelt eine auf die Kommunikationspartnerinnen gerichtete Orientierung wider. Die Pflegeexpertinnen stellen sich dadurch auf die Person mit Demenz ein, sich auf ihre Äußerungen zu beziehen, diese in der Interaktion zu berücksichtigen. Die Haltung spiegelt auch ein Noch-Nicht-Wissen über den weiteren Verlauf der Interaktion oder die Reaktion der Person mit Demenz.

Die Pflegeexpertinnen setzen also nichts voraus, sie stellen sich auf „Alles kann passieren“ ein.

Ein methodisch-methodologisch kontrollierter Zugang zu impliziten und inkorporierten Wissensbeständen über gestisch-kommunikatives Handeln und den handlungsleitenden Orientierungen von Pflegeexpertinnen und deren Interaktionspartnerinnen konnte durch den rekonstruktiv praxeologischen Forschungsansatz der dokumentarischen Methode erschlossen werden.

Erleichtert wurde der Zugang zu diesen Erkenntnissen durch eine Modifizierung der Methode auf der Ebene der Transkription des empirischen Materials. Bei der Wahl der Methode war zu berücksichtigen, dass die Autorin über die gleiche Pflegeexpertise wie die in die Untersuchung einbezogenen Pflegeexpertinnen verfügte. Eine Ethnographin in der eigenen Gesellschaft muss sich der Fremdheit des Bekannten und Vertrauten durch eine nicht natürliche Einstellungsänderung erst wieder bewusst werden (Honer 2009). „Es geht darum, „die Fremde“ aufzusuchen, sozusagen entgegen der Gewissheit des „Denkens-wie-üblich“, des „Und-so-weiter“, der „Vertauschbarkeit der Standpunkte“, mit denen der gemeine Alltagsverstand ... alles zu okkupieren pflegt, was als einigermaßen vertraut oder auch nur bekannt in seinem Horizont erscheint“ (Honer 2009: 197). Die DM ermöglichte die Trennung von Grunddaten des empirischen Materials und der Interpretation. Durch den Analyseschritt der „Formulierenden Interpretation“ und der Art und Weise, wie dieser umgesetzt wurde, konnte die Autorin beim Protokollieren des empirischen Materials ein Gefühl der Fremdheit entwickeln und die Einflussnahme reduzieren. Da sich die dokumentarische Methode für die Strukturierung der Realität durch Individuen interessiert, die durch soziale Erfahrungen erlebt und weitergelebt wird, ist das atheoretische Wissen im Sinne von Mannheim, das mit den beiden Fällen herausgearbeitet werden konnte, als eine individuelle Variante eines grundsätzlich kollektiven Wissens zu verstehen. Die beiden Fälle sind dementsprechend als Vertreter einer Gruppe zu verstehen. Die Ergebnisse beziehen sich

- auf den Kontakt zwischen Pflegeexpertinnen mit der Weiterbildung zur Praxisbegleiterin Basale Stimulation in der Pflege,
- die Erfahrungen zu gestisch kommunikativem Handeln im Kontakt mit Personen mit fortgeschrittener Demenz in ihrer Praxis erworben haben
- und deren Interaktionspartnerinnen mit Demenz im fortgeschritten Stadium.

Einige Ergebnisse können eventuell zur Verfeinerung der Kategorien für korporierte Interaktionsorganisation der Terminologie der dokumentarischen Methode dienen. Die Ergebnisse der Untersuchung erweitern das Verständnis professionell pflegerischen Handelns in Interaktionen mit Personen mit fortgeschrittener Demenz. Durch die Eröffnung des Blicks auf eine Sinnstruktur dieser Wissensbestände können diese künftig einer Reflexion des eigenen subjektiven Verhaltens in der professionellen Pflege dienen. Für die professionelle Pflegepraxis bedeuten die Ergebnisse auch eine theoretische Auseinandersetzung bezogen auf Wahrnehmungssituationen von Personen mit fortgeschrittener Demenz und deren Bedeutung für deren Ich-Identität. Pflegende

sind diejenigen, die Personen mit fortgeschrittener Demenz in ihrem Streben nach Selbstbestimmung unterstützen können, so dass sie trotz reduzierter Möglichkeiten sich zu äußern, weiterhin die Erfahrung machen, dass ihr Wunsch nach Selbstbestimmung respektiert wird und sie darin unterstützt werden, diese aufrecht zu erhalten. Die Ergebnisse können einer konzeptuellen Aufarbeitung zur Entwicklung eines Lernkonzeptes zum Thema Professionelle Interaktions- und Beziehungsgestaltung als Grundlage kommunikativen Handelns bei Personen mit fortgeschrittener Demenz dienen.

## 5. Limitation der Untersuchung

Die umfangreichen Ergebnisse wurden durch die Analyse zweier Fälle unter Entwicklung methodischer Möglichkeiten einer Videoanalyse der erweiterten DM gewonnen. Weitere Untersuchungen auf Basis dieser Methodik sind dringend erforderlich, um die Ergebnisse zu festigen und möglicherweise zu differenzieren. Möglicherweise lassen sich weitere Interaktions- und Orientierungsfiguren analysieren.

## Literatur

- Argyle, M./Ingham, R. (1972): Gaze, mutual gaze and proximity. *Semiotica*, 6, 32-49
- Bienstein, C./Fröhlich, A. (2012): Basale Stimulation in der Pflege. Grundlagen. Bern: Hans Huber Verlag
- Birdwhistell, R. L. (Ed.) (1968): *Kinesics* (Vol. Band 3). New, York: Macmillan
- Bohnsack, R. (2003): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. (Vol. 5. Auflage). Opladen: Verlag Barbara Budrich
- Bohnsack, R. (2009): *Qualitative Bild- und Videointerpretation*. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich
- Dörtlinger, B. (2018): Gestisch-kommunikatives Handeln als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz. Weinheim Basel: Beltz Juventa Verlag
- Fröhlich, A. (2015): Basale Stimulation - ein Konzept für die Arbeit mit schwer beeinträchtigten Menschen. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben
- Gallese, V./Goldman, A. (1998): Mirror Neurons and the Simulation Theory of Mind-Reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 2(12), 492-501
- Garfinkel, H. (2012): Die rationalen Eigenschaften von wissenschaftlichen und Alltagsaktivitäten. In Ayaß, R./Meyer, C. (Hrsg.): *Sozialität in Slow Motion* (pp., S. 41-57). Wiesbaden: Springer Verlag
- Honer, A. (2009): Lebensweltanalyse in der Ethnographie. In Flick, U./Kardorff von, E./Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung* (Vol. 7. Auflage, pp. 194-204). Hamburg: Rowohlt Verlag
- Kendon, A. (1980): Gesticulation and speech: Two aspects of the process of utterance. In Key, M.R. (Ed.), *The Relationship of Verbal and Nonverbal Communication*. (pp. 207-227). Den Haag: Mouton
- Kendon, A. (1984): Die Rolle sichtbaren Verhaltens in der Organisation sozialer Interaktion. In Scherer, K.R./Wallbott, H.G. (Hrsg.): *Nonverbale Kommunikation: Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten* (Vol. 2. Auflage, pp. 202-235). Weinheim: Beltz Verlag
- Kotsch, L./Hitzler, R. (2013): Selbstbestimmung trotz Demenz. Ein Gebot und seine praktische Relevanz im Pflegealltag. Weinheim: Beltz Verlag
- Lincoln, Y. S./Guba, E. G. (1985): *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage
- McNeill, D. (1985): So you think gestures are nonverbal? *Psychological review*, 92(3), 350-371
- Mead, G. H. (1973): Geist, Identität und Gesellschaft. Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

- Mead, G. H. (1987): Soziales Bewusstsein und das Bewusstsein von Bedeutung. In *Gesammelte Aufsätze*, Band 1 (hg. v. Hans Joas) (pp. 210-221). Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Nentwig-Gesemann, I./Nicolai, K. (2014): Dokumentarische Videointerpretation typischer Modi der Interaktionsorganisation im Krippenalltag. In Bohnsack, R./Fritzsche, B./Wagner-Willi, M. (Hrsg.): *Dokumentarische Video- und Filminterpretation. Methodologie und Forschungspraxis* (pp. 45-72). Opladen: Barbara Budrich Verlag
- Panke-Kochinke, B. (2014): Menschen mit Demenz in Selbsthilfegruppen. Krankheitsbewältigung im Vergleich zu Menschen mit Multipler Sklerose. Weinheim: Beltz Juventa Verlag
- Polanyis, M. (1996): *The Tacit Dimension*. Garden City, New York: Doubleday & Company
- Przyborski, A./Wohrab-Sahr. (2010): *Qualitative Sozialforschung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
- Sachweh, S. (2009). *Non-verbale Kommunikation.: Demenz Support* Stuttgart Zentrum für Informationstransfer. Retrieved from [http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal\\_1\\_2\\_2009\\_hearing2.pdf](http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_1_2_2009_hearing2.pdf). Zugriff 12.09.2010
- Scheflen, A. E. (1964): The significance of posture in communication systems. *Psychiatry*, 27, 316-321
- Schnell, M. W./Heinritz, C. (2006): *Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Bern: Hans Huber Verlag
- Schwerdt, R. (2007): Autonomie als Grundlegendes Werteprinzip. In Petzold, C./Brucker, U./Reisach, B./Robertz-Grossmann, B./Roser, T./Schade, C./Schreiber, H.-L./Schwerdt, R./Stelzig, A./Tesch-Römer, C./Wallrafen-Dreisow, H./ Wilkening, K. (Hrsg.): *Ethik und Recht* (Vol. S. 22-32). Bern: Hans Huber Verlag
- Steinke, I. (2009): Gütekriterien qualitativer Forschung. In Steinke, I./Kardorff von, E./ Flick, U. (Hrsg.): *In: Qualitative Forschung* (Vol. 7. Auflage, pp. 319-331). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Stern, D. (2006): *Mutter und Kind. Die erste Beziehung* (Vol. 5. Auflage): Klett-Cotta Verlag
- Uzarewicz, C. (2003): Das Konzept der Leiblichkeit und seine Bedeutung für die Pflege. In *Pflegewissenschaft*, D.V.f. (Ed.), *Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen.* (pp. S. 13-26). Frankfurt: Mabuse Verlag
- Uzarewicz, C./Moers, M. (2012): Leibphänomenologie für Pflegewissenschaft - eine Annäherung. *Pflege & Gesellschaft*, 17(2), 101-110
- Wagner-Willi, M. (2004): Videointerpretation als mehrdimensionale Mikroanalyse am Beispiel schulischer Alltagsszenen. *ZBBS*, 5(1), S. 49-66

*Dr. rer. medic. Beatrix Döttlinger*  
Langer Rain 4  
85301 Schweitenkirchen  
[beatrix.doettlinger@t-online.de](mailto:beatrix.doettlinger@t-online.de)

Judith Czakert, Christiane Schaepe, Michael Ewers

## **Vertrauensvolle und sicherheitsgenerierende Beziehungsgestaltung in der häuslichen Intensivpflege – Eine qualitative Sekundärdatenanalyse**

Trustful and security-enhancing nurse-patient relationships in intensive home care – a qualitative secondary analysis

Interpersonal trust is of vital importance in nurse-patient relationships – in particular when it is characterized by high levels of vulnerability and dependency, such as in home mechanical ventilation. Hence, we examined the meaning and characteristics of interpersonal trust for relationships between ventilator-assisted individuals living at home and nurses in a qualitative secondary analysis. The findings show that reliability, nurses' professional and social skills as well as familiarity with each other promotes trust. If trust is missing, the nurse-patient relationship might be burdened, e.g. due to patients' strategies for maintaining control. The degree of trust in the nurse-patient relationship also affects the patients' sense of safety. However, to develop a trusting nurse-patient relationship that enhances the patients' sense of safety is part of the nurses' professional responsibility.

### **Keywords**

Nurse-patient relationship, trust, high-tech homecare, home mechanical ventilation, patient safety, secondary qualitative analysis

Interpersonales Vertrauen spielt eine wesentliche Rolle in tragfähigen Pflegebeziehungen – gerade dann, wenn die Beziehung durch Vulnerabilität und Abhängigkeit besonders stark geprägt ist, wie etwa in der häuslichen Intensivversorgung der Fall. Im Rahmen einer qualitativen Sekundärdatenanalyse, wurde daher nach Bedeutung und Merkmalen interpersonales Vertrauens für die Beziehungsgestaltung zwischen häuslich beatmeten Menschen und professionell Pflegenden gefragt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich v. a. Verlässlichkeit, fachliche und überfachliche Kompetenzen der Pflegenden und Vertrautheit zwischen den Beteiligten fördernd auf die Vertrauensentwicklung auswirken. Fehlt es an Vertrauen, kann dies die Pflegebeziehung belasten, etwa durch kontrollierhaltende Verhaltensweisen der beatmeten Menschen. Der Grad des Vertrauens in der Pflegebeziehung wirkt sich auch auf das subjektive Sicherheitsgefühl der Patient\_innen aus. Die Pflegebeziehung verantwortlich zu gestalten und damit Vertrauen und subjektive Patientensicherheit zu stärken, obliegt der professionellen Verantwortung der Pflegenden.

### **Schlüsselwörter**

Pflegebeziehung, Vertrauen, häusliche Intensivpflege, beatmete Patient\_innen, Patientensicherheit, qualitative Sekundärdatenanalyse

eingereicht 31.07.2019

akzeptiert 24.09.2019

## 1. Hintergrund

Interpersonale Beziehungen – verstanden als wechselseitige Verhältnisse zwischen zwei oder mehreren Personen – gelten als Grundlage professioneller Pflege. In der einschlägigen Literatur werden Pflegebeziehungen breit diskutiert und unterschiedlich charakterisiert – etwa als „professionelle Freundschaft“ (Lindahl et al. 2011: 454), „gemeinsame Geschichte“ (Strandås et al. 2018: 11), „co-kreativer Prozess“ (Bergdahl et al. 2019: 177) oder schlicht als „caring relationship“ (Walivaara et al. 2013: 89). Der pflegewissenschaftliche Beziehungsdiskurs ist durch eine begriffliche und konzeptionelle Vielfalt charakterisiert, weshalb sich die Essenz einer Pflegebeziehung in heterogenen Auffassungen verliert. Ein verbindendes Element scheint die professionell Pflegenden obliegende Verantwortung für die Gestaltung von Pflegebeziehungen zu sein (ex. Bükler et al. 2019; Peplau 1995). Die Bedingungen für die professionelle Beziehungsgestaltung unterscheiden sich je nach Setting und Konstellation der beteiligten Personen. Dies erschwert generelle Aussagen zu Möglichkeiten und Grenzen der Beziehungsgestaltung durch professionell Pflegenden. Zudem wird die Beziehungsgestaltung durch schwer kontrollierbare Faktoren beeinflusst – etwa das Vertrauensphänomen.

Vertrauen gilt je nach Blickwinkel als besonderer Modus sozialer Regulierung (Grünberg 2014), der mit einer „Nicht-Schaden-Zufügens-Erwartung“ (Laucken 2005: 102) verbunden ist. Andere sehen darin eine institutionelle oder persönliche Eigenschaft sowie eine Grundlage und ein Merkmal personaler Beziehungen (Petermann 2013; Dederichs 1997). Generell wird eine „wenig konturhafte Begriffswelt“ (Petermann 2013: 18) im Umgang mit den Vertrauensphänomenen beklagt; gelegentlich ist auch von einem „widersprüchlichen Wissenschaftskonzept“ (Hupcey et al. 2001: 282) die Rede. Vertrauen wird als heterogener und komplexer, empirisch schwer fassbarer Gegenstand bezeichnet, was „die Tendenz zu theoretischen Auseinandersetzungen mit dem Phänomen erklärt“ (Grünberg 2014: 53).

Vor allem von Seiten der Psychologie sind seit einiger Zeit Bemühungen erkennbar, dem zu begegnen. So wurden auf der interpersonalen Mikroebene Faktoren identifiziert, die für die Auseinandersetzung mit dem Vertrauensphänomen relevant sind, wie etwa Risikohaftigkeit, Kontrollverlust, Ungewissheit, Verlässlichkeit, Abhängigkeit und Zukunftsorientiertheit (Petermann 2013: 15f). Während die einen Vertrauen als zeitlich stabile Persönlichkeitseigenschaft ansehen, wollen andere darin eine situationsspezifische Variable erkennen (Grünberg 2014). In der differentiellen Vertrauens- theorie versucht Schweer (2008) beide Positionen zu verbinden: Personale Faktoren sind für ihn die individuelle Vertrauens- tendenz einer Person und deren implizit zu- grundeliegende subjektive Vertrauens- theorie. Der Grad der Symmetrie und der Frei- willigkeit einer Beziehung, der Grad der Möglichkeit zur offenen Kommunikation innerhalb einer Beziehung, die zeitliche Dauer einer Beziehung sowie die Qualität des Anfangskontaktes sind für ihn relevante situationale Faktoren (ebd.: 18ff).

Auch pflegewissenschaftliche Autor\_innen befassen sich intensiv mit dem Vertrauensphänomen, vielfach im Zusammenhang mit Pflegebeziehungen. Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit gelten dabei als wesentlicher Teil gelingender Pflegebeziehun-

gen (Dinç et al. 2013) und auch als essentielle Komponente pflegerischer Praxis (Pask 1995: 194). Vertrauen wird in pflegewissenschaftlichen Kreisen als Konzept verstanden, das als emotional provokativ, multidimensional, essentiell sowie kontextabhängig gilt (Rushton et al. 2007: 21) und häufig sowohl als Voraussetzung wie auch als Ergebnis professionell gestalteter Pflegebeziehungen diskutiert wird (ex. Dinç et al. 2013; Dinç et al. 2012; Leslie et al. 2016). Allerdings wird in der Literatur eine Operationalisierung und empirische Auseinandersetzung der Pflegewissenschaft mit dem Thema vermisst (Hupcey et al. 2001; Rørtveit et al. 2015).

Aus vorliegenden Reviews ist bekannt, dass auf Vertrauen basierende Pflegebeziehungen u. a. dann entstehen, wenn Patient\_innen das Gefühl haben, gut versorgt zu sein, wenn ihre Interessen gewahrt werden und in ihrem Sinne gehandelt wird (Dinç et al. 2012; Dinç et al. 2013). Kommunikative Kompetenzen, praktische Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie Fachwissen der Pflegenden wirken sich fördernd auf die Vertrauensbildung aus (Rørtveit et al. 2015; Schaepe et al. 2017). Aber auch Tugenden wie Freundlichkeit, Geduld und Wärme, ein respektvoller Umgang, Pünktlichkeit und Verlässlichkeit fördern die Entwicklung vertrauensvoller Pflegebeziehungen. Große Bedeutung haben die (unausgesprochenen) Erwartungen der Patient\_innen sowie deren Wahrnehmung durch die Pflegenden (Hupcey et al. 2000), was besonders in der Anfangsphase von Pflegebeziehungen relevant ist (Leslie et al. 2016). Laut Hupcey et al. (2000) hängt die weitere Vertrauensentwicklung dann davon ab, inwieweit die Erwartungen von Patient\_innen an die Pflegebeziehung erfüllt werden.

Die besondere Relevanz von Vertrauen in Pflegebeziehungen wird vor allem mit der Abhängigkeit der Patient\_innen von pflegerischer Versorgung und dem dadurch entstehenden asymmetrischen Verhältnis zueinander begründet (Dinç et al. 2013; Dinç et al. 2012; Peter et al. 2001; Hupcey et al. 2001). Patient\_innen müssen darauf vertrauen können, dass ihnen durch die Pflegenden kein Schaden entsteht, ohne die Gewissheit zu haben, dass ihr Vertrauen gerechtfertigt ist. Vertrauen entsteht prozesshaft und ist ausgesprochen fragil – es kann leicht zerstört werden (Rørtveit et al. 2015: 196). Fehlt es an zuvor genannten Voraussetzungen, prägen Respektlosigkeiten, pflegerische Inkompetenzen sowie unethische Pflegepraktiken den Versorgungsalltag oder werden Erwartungen enttäuscht, entsteht leicht Misstrauen. Mitunter belasten dann kompensatorisch zur Risikominimierung ergriffene Strategien der Patient\_innen die Pflegebeziehung. Dies kann von Verfahren zum Testen der Pflegenden (Hupcey et al. 2000) bis hin zu Pflege vermeidenden und (selbst-)gefährdenden Verhaltensweisen führen (Jones 2015). Je ausgeprägter die Vulnerabilität von Patient\_innen und deren Abhängigkeit von Fremdhilfe und je begrenzter die Möglichkeiten zur offenen Kommunikation, desto bedeutsamer und zugleich fragiler ist das Vertrauen in die Pflegebeziehung. Diese verlangt von Pflegenden ein ausgeprägtes Bewusstsein für die ungleiche Verteilung von Macht und Handlungsmöglichkeiten zwischen ihnen und den Patient\_innen und eine entsprechende Demonstration ihrer professionellen Vertrauenswürdigkeit und Kompetenz (Dinç et al. 2012: 234f).



### **Beziehungsgestaltung in der häuslichen Intensivversorgung**

An dieser Stelle soll es um die Beziehungsgestaltung in der häuslichen Intensivversorgung vorwiegend beatmeter Patient\_innen gehen. Dabei handelt sich um eine verhältnismäßig kleine, in sich sehr heterogene Personengruppe jeden Lebensalters, die aufgrund verschiedener Krankheitsbilder und damit einhergehender Beeinträchtigungen lebenswichtiger Organfunktionen in erheblichem Umfang auf therapeutisch-technische und pflegerische Unterstützung angewiesen ist (Lehmann et al. 2016: 9). Deren Versorgung erfolgt in Deutschland aufgrund spezifischer rechtlicher Rahmenbedingungen und finanzieller Anreize überwiegend in der eigenen Häuslichkeit oder in Wohngemeinschaften durch meist Rund-um-die-Uhr anwesende professionell Pflegende mit Zusatzqualifikation in Verbindung mit einem hohen Einsatz medizinisch-technischer Hilfsmittel. Bislang liegen über diese spezielle Form der häuslichen Intensivversorgung wenig empirische Forschungserkenntnisse vor (ex. Lademann 2007; Lehmann et al. 2018b; Ewers 2003; Lehmann et al. 2018a; Schaepe et al. 2017). In einer unlängst durchgeführten qualitativ-empirische Studie wurde danach gefragt, was Sicherheit für beatmete Patient\_innen und deren Angehörige bedeutet und welche Strategien aus ihrer Sicht ergriffen werden müssen oder bzw. welche sie selbst ergreifen, damit sie sich in der häuslichen Intensivversorgung sicher fühlen können. Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten schwerkranken Patient\_innen und deren Angehörige vorwiegend einem relationalen Sicherheitsverständnis gefolgt sind. Mit anderen Worten: die Beziehung zu den meist Rund-um-die-Uhr anwesenden Pflegenden war entscheidend dafür, ob sie sich im häuslichen Setting sicher gefühlt haben oder nicht (Ewers et al. 2017a; Ewers et al. 2017b; Lehmann et al. 2018a). Zugleich wurden in dieser Befragung hohe Kompetenzerwartungen an die Pflegenden, insbesondere auch im Hinblick auf die Gestaltung der Pflegebeziehung formuliert. Sie lassen sich dadurch erklären, dass die Patient\_innen gleich in doppelter Weise existenziell abhängig sind: Sie müssen sowohl auf die Funktionsfähigkeit der eingesetzten technischen Artefakte vertrauen können (Dederichs 1997), wie auch auf die Pflegenden, die diese Technik bedienen und pflegerische Unterstützung anbieten (ex. MacLaren et al. 2018; Wassenaar et al. 2015). Zudem bietet die Versorgung im privaten Lebensumfeld den Pflegenden zwar viele Möglichkeiten zum Beziehungsaufbau und zur Vertrauensbildung; sie geht aber auch mit spezifischen Risiken einher – etwa denen der Entgrenzung, Domestizierung oder Familialisierung (ex. Dybwik et al. 2012; Lindahl et al. 2011; Friesacher 2008; Schaeffer et al. 2002).

Aus der eingeschränkten Autonomie, die aus der latenten Lebensbedrohung sowie krankheitsbedingten Selbstversorgungsdefiziten der Patient\_innen resultiert, sowie aus kontextuellen Faktoren der häuslichen Intensivversorgung, dürfte sich ein prekäres Beziehungsgefüge ergeben, dass durch mehr oder weniger ausgeprägte Asymmetrien und Risikopotenziale gekennzeichnet ist (Alpers 2018: 314; Friesacher 2008; Dinç et al. 2012: 231). Welche Auswirkungen dies auf die Vertrauensbildung in der häuslichen Intensivversorgung hat, welche Möglichkeiten die Pflegenden haben, diese zu beeinflussen und welche Hindernisse sich ihnen dabei in den Weg stellen, ist empirisch weitgehend ungeklärt und kaum reflektiert.

## 2. Fragestellung, Zielsetzung und methodisches Vorgehen

*(1) Welche Bedeutung hat Vertrauen in der Pflegebeziehung aus Sicht beatmeter Patient\_innen in der häuslichen Intensivversorgung und welche Merkmale von Vertrauen lassen sich vor gegebenen Kontext identifizieren? (2) Was fördert oder hemmt den Aufbau vertrauensvoller und sicherheitsgenerierender Beziehungen in diesem Kontext? (3) Was geschieht, wenn das Vertrauen zwischen den beteiligten Personen fehlt?*

Durch die Beantwortung dieser Fragen sollten erste Hinweise zur Gestaltung vertrauensvoller und sicherheitsgenerierender Pflegebeziehungen in der häuslichen Intensivversorgung beatmeter Patient\_innen in Deutschland explorativ erschlossen, an die zuvor skizzierten Überlegungen angeknüpft und ein Beitrag zur Beantwortung der zuvor aufgezeigten Forschungslücke geleistet werden.

Zu diesem Zweck wurden Befragungsdaten aus einer qualitativ-empirischen Studie mit beatmeten Patient\_innen aus dem Jahr 2013-2017 einer sekundären Analyse unterzogen. Eine veränderte Perspektive auf das vorhandene Datenmaterial sollte weiterführende Erkenntnisse ermöglichen (Sherif 2018), zugleich aber sollten die zuvor aufwändig generierten Daten effizient genutzt und die mit einer erneuten Befragung verbundenen Belastungen für die beatmeten Patient\_innen vermieden werden. Der Forderung, sich bei einem solchen Vorgehen zunächst „[...] mit der Natur der vorliegenden Daten, ihren Erhebungsmethoden und deren Implikationen für die Analyse und Interpretation“ (Medjedović 2014: 216) zu befassen, wurde durch einen engen Austausch mit dem Primärforschungsteam und deren Einbindung in die Manuskripterstellung entsprochen.

Für die Primärdatenerhebung wurden problemzentrierte Interviews (Witzel 2000) mit narrativen Sequenzen genutzt, die u. a. mit häuslich versorgten invasiv und nicht-invasiv beatmeten Menschen ab 18 Jahren durchgeführt wurden. Ziel war es, Erkenntnisse zum Thema Patientensicherheit in der häuslichen Intensivpflege aus subjektiver Sicht zu generieren. Um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten, wurde in einem iterativen Prozess ein theoretisches Sampling mit maximaler Varianz bezüglich Alter, Erkrankungsbilder, Art und Umfang des Pflegebedarfs, Beatmungsdauer und sozioökonomischem Status realisiert. Die Interviewpartner\_innen wurden hauptsächlich über Gatekeeper in den Intensivpflegedienste rekrutiert (ausführlicher zum Sampling: Schaepe et al. 2017: 3). Insgesamt konnten 24 Interviews geführt, audioteknisch aufgezeichnet und aufbereitet werden. Die Datenerhebung, die von April bis Dezember 2014 stattfand, wurde von jeweils zwei Forscher\_innen im häuslichen Lebensumfeld der Patient\_innen durchgeführt. Die Interviews waren durch die Erkrankung bzw. Beatmungssituation beeinflusst, was z. T. adaptierte methodische Herangehensweisen erforderte (ausführlich dazu: Schaepe et al. 2016). Die Auswertung der so erhobenen Daten erfolgte angelehnt an Prinzipien der Grounded Theory in Form einer thematischen Analyse (ausführlicher dazu: Schaepe et al. 2017: 4).

Das reichhaltige Datenmaterial enthielt zahlreiche Hinweise auf die besondere Relevanz der Pflegebeziehung für das Sicherheitsempfinden der befragten Personen sowie

auf damit einhergehende Vertrauensphänomene. Dies ließ eine qualitative Sekundärdatenanalyse unter den zuvor genannten Fragestellungen lohnend erscheinen; die für derartige Analysen angeratene thematische Verbindung zwischen primärer und sekundärer Datenbearbeitung (du Plessis et al. 2009) war eindeutig gegeben. Bei der Sekundärdatenanalyse wurde mehrstufig vorgegangen: Die in MaxQDA aufbereiteten Interviewdaten aus der Primärerhebung wurden zunächst systematisch deduktiv gesichtet, wofür sämtliche zuvor mit „Vertrauen“ kodierte Textstellen extrahiert wurden. Dabei wurde zum einen auf den jeweiligen Kontext geachtet, in den diese Textstellen eingebettet waren, um diese bei der Interpretation berücksichtigen zu können. Zum anderen wurden in Form einer Schlagwortsuche nach weiteren, ggf. nicht kodierten Textstellen gesucht, in denen mit Vertrauen assoziierte Begriffe verwendet wurden. Die so identifizierten Textstellen wurden einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) unterzogen. Das der Analyse zugrundeliegende Selektionskriterium bezog sich dabei auf Themen der forschungsleitenden Fragestellungen. Die inhaltstragenden Texteinheiten wurden in einem mehrstufigen reduktionistischen Verfahren (Paraphrasierung, Generalisierung, Reduktion) zu einem induktiven Kategoriensystem verdichtet. Die Ergebnisse dieser Analyse wurden für diese Publikation thematisch aufbereitet.

Die Primärstudie wurde von der Ethikkommission der untersuchungsleitenden Institution genehmigt (Ref EA2/028/14). Die Interviewpartner\_innen erklärten mündlich und schriftlich ihr Einverständnis zur Nutzung und Publikation der Daten im Rahmen von Forschungszwecken – dies umfasst auch sekundäre Analysen der Daten. Die Namen der Interviewten wurden pseudonymisiert.

### 3. Ergebnisse

Der Aufbau vertrauensvoller und sicherheitsgenerierender Pflegebeziehungen in der häuslichen Intensivversorgung beatmeter Patient\_innen wird basierend auf den Ergebnissen der Sekundäranalyse durch unterschiedliche Aspekte gefördert. Hierzu zählen zum einen die sich im Zeitverlauf allmählich einstellende Vertrautheit zwischen den an einer häuslichen Intensivversorgung beteiligten Personen sowie zum anderen die fachlichen und sozialen Kompetenzen der Pflegenden im Umgang mit den beatmeten Patient\_innen. Darüber hinaus wurde deutlich, was den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen behindert und welche Strategien Patient\_innen verfolgen, wenn die Pflegebeziehung von Misstrauen geprägt ist.

#### 3.1 Voraussetzungen für das Entstehen von Vertrauen

Für einige der Befragten ist die Vertrautheit, die durch das gegenseitige Kennenlernen entsteht, unverzichtbare Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung. So zum Beispiel für die 61 Jahre alte Frau Lange: Sie lebt ohne Angehörige in ihrer Wohnung und wird dort wegen ihrer Lungenerkrankung 24 Stunden am Tag invasiv beatmet und pflegerisch unterstützt. Sie fasst ihre Erfahrungen wie folgt zusammen:

„Die Leute, die ich kenne, denen vertraue ich, die kennen mich, ich weiß, wie ich die zu nehmen habe, ich weiß, wie umsichtig die sind oder nicht umsichtig“ (Lange, 5)

Vertrauensvolle Pflegebeziehungen entwickeln sich in einem dynamischen Prozess des Kennenlernens, der vor allem Zeit und personale Kontinuität erfordert. Dass es daran oft fehlt, wird von der Patientin an anderer Stelle beklagt. Wichtig ist, dass es sich um ein gegenseitiges Kennenlernen handelt – die Patientin muss mit den verschiedenen Persönlichkeiten der Pflegenden ebenso zurechtkommen können wie diese mit ihr. Damit ist die reziproke Dimension von Vertrauen in Pflegebeziehungen angesprochen.

Eine besondere Form des Kennenlernens schildert die 37jährige, nicht-invasiv beatmete Frau Huber, die an spinaler Muskelatrophie leidet. Sie beschreibt Pflegenden, denen sie vertraut, als solche, „mit denen es von Anfang an funktioniert hat“, und die gemeinsam mit ihr in die Beatmungssituation „mitreingewachsen“ sind (Huber, 15f). Die neuen Versorgungsumstände werden miteinander gestaltet und die dabei gesammelten Erfahrungen, das mühsame Aneignen von Kompetenzen sowie das Sich-Zurechtfinden in der häuslichen Versorgung wirken vertrauensbildend. Voraussetzung dafür sind aus ihrer Sicht v. a. zwischenmenschliche Aspekte. Vergleichbar spielt auch für die 57 Jahre alte, aufgrund fortgeschrittener COPD invasiv beatmete und in einer WG lebende Frau Schwarz, die fürsorgliche Präsenz der Pflegenden eine bedeutsame Rolle. Sie erinnert sich an die Zeit, in der sie durch eine Lungenentzündung stark geschwächt war: „Jedes Mal, wenn ich wach wurde, war sie da und hat mich gestreichelt und das“ (Schwarz, 8). Miteinander geteilte Erfahrungen oder durchgestandene Krisen können sich demnach vertrauensbildend auf die Pflegebeziehung auswirken.

Es gibt aber auch Befragte, die bereits beim ersten Aufeinandertreffen erkennen wollen, ob jemand vertrauenswürdig ist. So sieht das bspw. der an einer neuromuskulären Erkrankung leidende 74jährige Herr Köhler. Ausschlaggebend für ihn ist schlicht, dass „die Chemie stimmt“ (Köhler, 21). Aus seiner Sicht entscheidet die sprichwörtliche Magie der ersten Begegnung darüber, ob eine vertrauensvolle Pflegebeziehung möglich ist. In ähnlicher Weise setzt auch die hochaltrige, multimorbide Frau Krüger voll und ganz auf ihre Intuition, wenn sie argumentiert: „Das merkt man doch. Ob ich Menschen vertrauen kann. Und denen kann ich vertrauen“ (Krüger, 11). Woran sie diese Vertrauenswürdigkeit bei der ersten Begegnung festmacht und was Pflegenden tun können oder wie sie sich verhalten müssen, um das Vertrauen von Frau Krüger oder anderen beatmeten Patient\_innen in der häuslichen Intensivversorgung zu gewinnen, bleibt an dieser Stelle offen.

Was auf Grundlage der vorliegenden Daten eine Rolle spielen könnte, ist die Verlässlichkeit der Pflegenden, symbolisiert durch deren professionelles Auftreten und demonstrierte fachliche und soziale Kompetenzen. Der alleinlebende, 45-jährige Herr Krause etwa, der durch seine fortgeschrittene neuromuskuläre Erkrankung rund um die Uhr auf pflegerische Unterstützung angewiesen ist, legt viel Wert auf ebenjene Kompetenzen der Pflegenden:

*„Es bedarf eines kompetenten Teams und mir. Nur wenn ich Bescheid weiß über Technik und mir die auftretenden Gefahren bewusst sind, kann ich mir selbst ein Urteil machen und [...] einschätzen, was kann ich wem zutrauen. Volles Vertrauen muss ich zu meinen Pflegekräften haben, denn 5 Minuten ohne Luft kann meinen Tod bedeuten. Das muss mir und meinem Team klar sein. Ein vorausschauendes Handeln müssen alle beherrschen“ (Krause, 6).*

Herr Krause verdeutlicht hier zum einen, dass er selbst über einschlägiges Wissen zur Beatmungstechnik und den sich daraus potenziell ergebenden Risiken verfügen muss. Dies ermöglicht ihm, die Vertrauenswürdigkeit der Pflegenden zu beurteilen und sein Verhalten entsprechend anzupassen. Vertrauen in andere steht damit durchaus in enger Verbindung mit dem Vertrauen in die eigenen Kompetenzen. Seiner existenziellen Abhängigkeit von der Beatmungstechnik und der sie bedienenden Personen ist er sich dabei durchaus bewusst. Neben technischen Kompetenzen erwartet Herr Krause von den Pflegenden daher vor allem die Fähigkeit absehbare Entwicklungen zu antizipieren und entsprechend umsichtig zu handeln. Eben darauf gründet er sein Vertrauens in sie. In eine vergleichbaren Richtung argumentiert auch die 60-jährige, neuromuskulär erkrankte Frau Müller, die nicht-invasiv beatmet wird:

*„Seit [Jahreszahl] habe ich die 24-Stunden-Pflege, ist also immer jemand da und in der Hinsicht wäre das nur ungünstig, wenn jemand da wäre, wo ich wüsste, der beherrscht sein Fach nicht. Aber da ich mitreden kann, wer zum Pfllegeteam dazugehört und so, und sind schon immer Leute da, auf die ich mich verlassen kann“ (Müller, 3).*

Frau Müller hat langjährige Erfahrungen mit der häuslichen Intensivversorgung und das Privileg, mitentscheiden zu können, wer ihrem Team angehört. Sie will selbst Einfluss darauf nehmen, wem sie vertrauen kann. Woran genau sie die Fachkompetenz und damit auch die Vertrauenswürdigkeit ihres Gegenübers festmacht und ob sie sich – ähnlich wie Herr Krause – entsprechendes Hintergrundwissen angeeignet hat oder die Eignung der Pflegenden eher intuitiv erfasst, bleibt in dem Interview offen.

Besondere Erschwernisse in der häuslichen Intensivversorgung ergeben sich aus temporären oder dauerhaften Kommunikationseinschränkungen, mit denen sich auch der maskenbeatmete 41-jährige Herr Peters konfrontiert sieht; etwa beim Maskenwechsel, Transfer oder bei Funktionsunterbrechungen der Beatmung:

*„In solchen Situationen ist es äußerst wichtig, dass die Person neben mir weiß [...] was zu tun ist, um die Beatmung schnell wieder sicherzustellen“ (Peters, 3).*

Gerade in Situationen, in denen er sich nicht mitteilen kann, ist es für ihn notwendig, dass die Pflegenden seine Situation richtig einschätzen sowie rasch, umsichtig und kompetent handeln – auch darauf muss der Beatmungspatient vertrauen können. Worauf es darüber hinaus ankommen kann, verdeutlicht ein Auszug aus dem Interview mit Frau Huber:

*„Der andere geht auf einen ein, er erkennt, was los ist, er sieht, was los ist oder sie je nachdem. Er kann handeln, agieren und halt sehr viel auf diese nonverbale Kommunikation“ (Huber, 2).*

Es geht also nicht allein um die fachlichen, sondern auch um die sozialen Kompetenzen der Pflegenden, ihre Empathie und ihre Fähigkeit sich auf andere Personen und ihre Situation einzulassen. Die Pflegenden müssen aus Sicht der Befragten über die Fähigkeit verfügen, die unausgesprochenen, bzw. lediglich durch Mimik und Gestik artikulierten, Bedürfnisse und Präferenzen der Patient\_innen wahrzunehmen und adäquat darauf zu reagieren. Das wiederum setzt – wie eingangs verdeutlicht – ein gewisses Maß an Vertrautheit miteinander voraus.

### 3.2 Folgen fehlenden Vertrauens

Die Befragten schildern immer wieder Situationen, in denen das interpersonale Vertrauen in der Pflegebeziehung fehlt, angezweifelt wird oder verloren gegangen ist, was auf den dynamischen, volatilen und fragilen Charakter des Vertrauensphänomens verweist. Oft geht es um Situationen, in denen sich Pflegenden aus Sicht der Befragten ungeschickt verhalten haben, in denen sie ihre Verpflichtungen vernachlässigten, inkompetent auftraten oder Fehler in kritischen Situationen machten. Weil die Patient\_innen aus ihrer Abhängigkeitssituation nicht einfach ausbrechen oder das Pflegepersonal beliebig austauschen können, entwickeln sie unterschiedlich weitreichende und z. T. risikobehaftete Strategien, um sich trotz des fehlenden Vertrauens in der Pflegebeziehung sicher fühlen zu können. Einige der Befragten versuchen, sich selbst Fachwissen zu ihrer Erkrankung, deren Behandlung oder die eingesetzten Techniken anzueignen, damit ihre Gesundheitskompetenz zu erweitern und auch in heiklen Situationen auf sich selbst vertrauen zu können. Das auf unterschiedlichen Wegen erworbene Wissen hilft ihnen dabei, die eigene Situation einschätzen und ihre Kontroll- und Handlungsfähigkeit erhalten zu können. Einige von ihnen weisen neue Pflegenden in die Arbeit ein und schulen sie in der Beatmungstechnik, um sicher zu sein, dass sie diese auch beherrschen – so beispielsweise der zuvor erwähnte Herr Krause. Andere gehen noch weiter und schildern, dass sie Tätigkeiten, die zu den Aufgaben ihres Pflegedienstes gehören nach Möglichkeit selbst durchführen oder ihren Zu- und Angehörigen übertragen. So berichtet Frau Lange davon, dass ihre Pflegenden es wiederholt versäumt haben Medikamente rechtzeitig zu bestellen.

*„Das ist die Aufgabe des Pflegepersonals. Dafür sind die da, sonst kann ich allein bleiben. [...] überall hab‘ ich meine Finger mit drin [...] ich verlass mich auf keinen anderen, damit eben sowas nicht mehr passiert“ (Lange, 15).*

Obwohl sie der Auffassung ist, dass es sich um eine Aufgabe handelt, die den Pflegenden obliegt, nimmt sie das Medikamentenmanagement lieber selbst in die Hand – und das ist nicht der einzige Bereich, in den sie sich einmischt. Sie hat schlicht das Vertrauen in die Pflegenden verloren, wie sie mehrfach und deutlich betont. Wie lange sie diese Strategie durchhalten kann und wann sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation nicht mehr umhinkommt, sich – wohl oder wehe – wieder den Pflegenden anzuvertrauen, spricht sie in dem Interview nicht an. Für die Patient\_innen ist es generell nicht einfach, zu entscheiden, ob das Vertrauen in die Pflegenden gerechtfertigt ist, weshalb die Pflegebeziehung immer wieder von Zweifeln überlagert wird. Auch Frau

Huber, die zuvor auf die Bedeutung gemeinsam durchgestandener Erfahrungen für das Entstehen vertrauensvoller Pflegebeziehungen hingewiesen hat, will sich absichern. Deswegen stellt sie die Pflegenden auf die Probe:

*„Fehler provoziert man gerne [...], um zu gucken, was die Mitarbeiter können oder nicht können. Und da baut sich halt Verlass, Verlässlichkeit, Vertrauen auf“* (Huber, 6).

In der Interviewpassage wird deutlich, dass die Patientin gezielt Störungen herbeiführt – wie etwa Ventile zuhalten, Luft anhalten, Schläuche lockern, Husten simulieren –, um zu überprüfen, ob neue Mitarbeiter\_innen verlässlich arbeiten und ihr Vertrauen verdienen. Die drastisch anmutenden Tests begründet Frau Huber damit, dass sie *„sich sicher fühlen muss, man muss ja wissen, woran man ist“* (ebd., 7). Darüber hinaus führt sie aus, dass in ihrer Pflege häufig Menschen eingesetzt werden, die kein fließendes Deutsch sprechen. Ihnen könne sie nicht ohne Weiteres vertrauen, da gegenseitige Verständigung nur sehr bedingt möglich sei. Sieht sie ihr Misstrauen gegenüber den Pflegenden dadurch bestätigt, dass ihre Experimente negativ ausfallen, wird ihre Situation zunehmend prekär, wie in folgendem Auszug ersichtlich:

*„[...] man geht nicht auf Toilette, weil man Angst hat, man erstickt. Oder [...] man trinkt nicht [...], man isst nicht, um eine sichere Schiene zu haben. Man beschränkt sich wirklich auf das Luftholen. Hoffen, dass man nicht irgendwie Spucke mal verschluckt, husten muss“* (ebd., 9).

Aufgrund des fehlenden Vertrauens in die Pflegenden beschränkt sich die Befragte im Alltag also auf das absolut Notwendige und verharrt oftmals in der Bewegungslosigkeit, um nicht ungewollt in gefährliche Situationen zu geraten.

Mit patientenseitigen Strategien wie Kompensation, Testverfahren und Risikovermeidung steigt – aus pflegfachlicher Sicht betrachtet – nicht selten das Risiko in der häuslichen Intensivversorgung; zudem wird das Entstehen vertrauensvoller und sicherheitsgenerierender Pflegebeziehung beeinträchtigt. Denn Vertrauen ist ein wechselseitiges Phänomen und auch die Pflegenden müssen den Patient\_innen und ihren Angehörigen in der häuslichen Intensivversorgung vollumfänglich vertrauen können.

#### 4. Diskussion

Die durchgeführte Sekundärdatenanalyse hat interessante Einblicke in die häusliche Intensivversorgung beatmeter Patient\_innen gewährt und relevante Merkmale vertrauensvoller und sicherheitsgenerierender Pflegebeziehungen aus subjektiver Sicht aufgedeckt. Dabei zeigen sich deutliche Übereinstimmungen mit den Ergebnissen anderer qualitativer Studien, die sich mit dem Thema Vertrauen in Pflegebeziehungen aus Patientenperspektive befasst haben (Rørtveit et al. 2015). Als Besonderheit zu berücksichtigen ist hier, dass technikgestützte Beatmungstherapie und die sie flankierenden pflegerischen Leistungen lebenserhaltend sind und somit existenzielle Bedeutung für die Patient\_innen haben. Sie müssen darauf vertrauen können, dass die Pflegenden jederzeit körperlich und geistig präsent sind und so handeln, dass möglicher Schaden

von ihnen ferngehalten und ihr (Über-)Leben gesichert wird. Die ohnehin relevante Abhängigkeitssituation als Bedingungsfaktor vertrauensvoller Beziehungen ist in diesem Fall also besonders stark ausgeprägt.

Das sich Einlassen auf die Pflegebeziehung dürfte von den Patient\_innen in diesem Fall einen erheblichen Vertrauensvorschuss gegenüber den professionell Pflegenden verlangen. Dieser wird der Berufsgruppe zwar per se entgegengebracht (Müller et al. 2018: 29); ob sich aber im konkreten Fall eine vertrauensvolle Pflegebeziehung entwickelt, entscheidet sich erst im Laufe der Zeit in Abhängigkeit von personalen und situationalen Vertrauensfaktoren wie sie von Schweer (2008: 18ff) beschrieben werden. Wesentlich scheinen dabei zum einen die Qualität des Anfangskontakts und zum anderen der Prozess des gegenseitigen Kennenlernens zu sein. Die Relevanz des Erstkontaktes wurde von einigen Interviewten angedeutet und ist auch in der pflegewissenschaftlichen Vertrauensforschung (Leslie et al. 2016) sowie der Forschung zu Pflegebeziehungen (ex. Walivaara et al. 2013) ein Thema. Gelingt es den Pflegenden bspw. zu Beginn einer Pflegebeziehung die (unausgesprochenen) Erwartungen der Patient\_innen zu antizipieren und erweisen sie sich über die Zeit hinweg auf Grundlage der miteinander gesammelten Erfahrungen als verlässliche und vertrauenswürdige Partner\_innen, wird der inhärente Vertrauensanteil in der Pflegebeziehung gestärkt. Die Entstehung stabiler vertrauensvoller Pflegebeziehungen ist somit in komplexer Wechselwirkung sowohl an die sich zwischen den Beteiligten entwickelnde Vertrautheit wie auch die Verlässlichkeit der Pflegenden gekoppelt (Schweer 2008).

Wichtig ist aber nicht nur die Entwicklung des Vertrauens der Patient\_innen in die Pflegenden; auch das Vertrauen, dass die Pflegenden nach und nach in die Fähigkeiten und Ressourcen der Patient\_innen entwickeln, ist in Betracht zu ziehen. Dies deutet einerseits auf die Notwendigkeit zur Förderung von Autonomie und Gesundheitskompetenz der Patient\_innen hin, andererseits auf den vielfach erwähnten reziproken Charakter (etwa in: Robinson 2016; Dinç et al. 2013) der Vertrauensbildung in der Pflegebeziehung. Pflegende, die Patient\_innen als mündige Menschen behandeln, sie aufklären, beraten und in die pflegerischen Prozesse einbeziehen – kurz: ihnen und ihren Ressourcen vertrauen, diese unterstützen und fördern – stärken das Selbstvertrauen der Patient\_innen und damit letztlich auch das Vertrauen in der Pflegebeziehung. Strandas und Bondas (2018: 11) betrachten eine Pflegebeziehung daher auch als gemeinsame Geschichte (common story) aller Beteiligten. Wichtig ist dabei die Beobachtung, dass ein gewisses Gefühl von Sicherheit einerseits Voraussetzung dafür ist, dass Patient\_innen sich auf eine Pflegebeziehung einlassen können, dass andererseits aber eine vertrauensvolle „gemeinsamen Geschichte“ dazu führen kann, dass im Ergebnis das subjektive Sicherheitsempfinden der Patient\_innen gestärkt wird (Entwistle et al. 2006; Rørtveit et al. 2015).

Wie risikobehaftet das Sich-Einlassen auf die Pflegebeziehung für Patient\_innen in der häuslichen Intensivversorgung sein kann, wurde weiter oben bereits angesprochen. Risiken ergeben sich einerseits aus der krankheitsbedingten Vulnerabilität und andererseits aus dem spezifischen Setting, in dem die Versorgung stattfindet. Den beatme-



ten Menschen bleibt kaum eine andere Wahl als den Pflegenden und der medizinischen Technik gleichsam blind ihr Leben anzuvertrauen. Zudem müssen sie ihnen Zugang zu ihrem intimen Lebensraum eröffnen, wobei sie (ungewollt) viel von sich, ihren Lebensweisen und ihren Wertvorstellungen preisgeben. Die Beziehung zwischen Pflegenden und beatmeten Menschen in der häuslichen Intensivversorgung ist daher per se von Unfreiwilligkeit und Asymmetrien gekennzeichnet. Diese Faktoren gelten im pflegewissenschaftlichen Vertrauensdiskurs als wesentliche Merkmale von Vertrauen in Pflegebeziehungen, die bei deren Gestaltung stets mitzudenken sind (Delmar 2012, Dinç et al. 2013; Dinç et al. 2012). Das ausgeprägte kontextspezifische Risiko für die Patient\_innen wird durch das generelle Risiko, das vertrauensbasierte Beziehungen auszeichnet, noch zusätzlich verstärkt: Menschen, die Vertrauen schenken, machen sich verletzlich, denn stets ist die Möglichkeit des Vertrauensbruchs gegeben (Schweer 2008; Dinç et al. 2012).

Diese Erkenntnis lenkt die Aufmerksamkeit schließlich, auf die besondere professionelle Verantwortung der Pflegenden im Umgang mit den spezifischen Risiken bei der Gestaltung von Pflegebeziehungen im Kontext der häuslichen Intensivversorgung. In den Daten wurde wiederholt die Notwendigkeit ausgeprägter fachlicher und sozialer Kompetenzen der Pflegenden im Umgang mit den Patient\_innen hervorgehoben. Wie sehr sich die Kompetenzen der Pflegenden und ihre Professionalität förderlich oder – im Fall ihres Fehlens – hinderlich auf die Entstehung vertrauensbasierter Pflegebeziehungen auswirken können, wird auch in der Literatur viel diskutiert (ex. Dinç et al. 2013; Leslie et al. 2016; Rørtveit et al. 2015). Darüber hinaus wird aber auch stets auf eine spezifische und für Professionen typische Werteorientierung und moralische Verpflichtung gegenüber den anvertrauten Menschen hingewiesen – auch in den Daten war diese Erwartung zu beobachten. Es liegt demnach in der Verantwortung der professionell Pflegenden die Pflegebeziehung aktiv auf eine Weise zu gestalten, dass sie (implizite) Erwartungshaltungen der Patient\_innen mit ihren pflegerischen Möglichkeiten abgleichen, über Bedingungen der Versorgungsgestaltung aufklären und in einem partizipativen co-kreativen Aushandlungsprozess verlässliche Vereinbarungen mit ihnen treffen. Wie wichtig die Wahrnehmung dieser professionellen Verantwortung auch für die Sicherheitsarbeit in der häuslichen Intensivversorgung ist, zeigt sich anhand des Umgangs mancher Patient\_innen mit enttäushtem Vertrauen: Sie entwickeln Strategien, die das fehlende Vertrauen in die Pflegenden kompensieren. Solche Vorgehensweisen werden in Ansätzen auch in der pflegewissenschaftlichen Literatur diskutiert (Jones 2015; Hupcey et al. 2000; Swedberg et al. 2012). Sie entstehen aus dem Bedürfnis heraus, das Risiko der eigenen Verletzlichkeit selbstständig zu minimieren und Kontrolle zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Das dadurch entstehende Gefühl von Kontrolle und subjektiver Sicherheit kann jedoch trügerisch sein, da die Strategien selbst bisweilen ein erhebliches Sicherheitsrisiko bergen. Hinzu kommt, dass die Patient\_innen damit eine mehr oder weniger bewusste Entscheidung gegen Vertrauen und für Kontrolle treffen, was die Pflegebeziehung womöglich weiter belastet und zusätzliche Vertrauenskrisen provozieren kann. Angesichts dessen sind die Pflegenden gefordert, mangelndes Vertrauen in der Pflegebeziehung wahrzunehmen und ange-

messen darauf zu reagieren – etwa indem sie diese offen ansprechen und so zum Gegenstand eines konstruktiven Aushandlungsprozesses zwischen ihnen und den Patient\_innen machen. Dabei sollten sie bedenken, dass die Patient\_innen nach Beziehungen suchen, in denen sie Vertrauen, das richtige Maß an Autonomie, Fürsorge und Expertise erfahren (Epstein 2006: 272).

## 5. Limitationen

Methodische Limitationen des Forschungsprojektes, aus dem die Befragungsdaten zur Sekundäranalyse entnommen wurden, wurden an anderer Stelle ausführlich erörtert (Schaepe et al. 2017: 7). Mit Blick auf die Sekundärdatenanalyse ist darauf hinzuweisen, dass die Primärdaten nicht konkret zum Thema der vorliegenden Untersuchung erhoben wurden. Dies ist insofern als Limitation zu bewerten, als dass zielgerichtete (Nach-)Fragen hinsichtlich der hier bearbeiteten Fragestellungen womöglich zu tieferen und breiteren Erkenntnissen hätten beitragen können. Unter inhaltlichen Gesichtspunkten ist einschränkend außerdem zu bemerken, dass hier lediglich die Perspektive von Patient\_innen, nicht aber die von anderen Beteiligten an der Pflegebeziehung (beispielsweise Angehörige und die Pflegenden selbst) berücksichtigt wurden. Zudem wurden die institutionellen Rahmenbedingungen der häuslichen Intensivversorgung außer Acht gelassen. Angesichts vielfältiger skandalisierender Medienberichte über diesen Versorgungsbereich, wäre durchaus interessant gewesen zu erfahren, wie sich dies auf die Vertrauensbildung in der Pflegebeziehung auswirkt (zu diesem Aspekt: Grünberg 2014).

Die Sekundärdatenanalyse bot jedoch insgesamt einen pragmatischen, effizienten und unter forschungsethischen Gesichtspunkten vertretbaren Zugang, um dem Phänomen Vertrauen in der Pflegebeziehung mit Blick auf den spezifischen Kontext der häuslichen Intensivversorgung beatmeter Patient\_innen unter einer explorierend-sondierend angelegten Fragestellung nachzugehen. Die Reichweite der dabei gewonnenen Erkenntnisse ist begrenzt, eine Generalisierung oder einfache Übertragung auf andere Kontexte verbietet sich aufgrund des gewählten Vorgehens. Dennoch konnten wichtige Hinweise und Anknüpfungspunkte für künftige empirische und theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema erarbeitet werden.

## 6. Fazit

Vertrauensvolle und sicherheitsgenerierende Pflegebeziehungen sind für die häusliche Intensivversorgung beatmeter Patient\_innen von zentraler Bedeutung; sie verantwortlich zu gestalten ist eine professionelle Verantwortung der dort tätigten Pflegenden. Dieser Beitrag hat die Aufmerksamkeit dabei nicht allein auf die dabei zu berücksichtigenden Erkenntnisse aus der Literatur der verschiedenen, am Vertrauensphänomen interessierten Wissenschaftsdisziplinen gelenkt – nicht zuletzt der Pflegewissenschaft. Sie zeigt anhand der durchgeführten Sekundärdatenanalyse auch einige Bedingungsfaktoren auf, die bei der Gestaltung von Pflegebeziehungen mit dieser besonderen Ziel-

gruppe im häuslichen Setting zu berücksichtigen sind. Besondere Aufmerksamkeit verdient dabei die herausragende Bedeutung fachlicher und überfachlicher Kompetenzen und einer an gesellschaftlichen Zentralwerten ausgerichteten Haltung der Pflegenden gegenüber den auf sie angewiesenen und von ihrer Unterstützung abhängigen Patient\_innen. Mit anderen Worten: die Professionalisierung der Pflegenden ist eine zwingende Voraussetzung dafür, dass den Anforderungen an die Beziehungsgestaltung in diesem (und anderen) pflegerischen Kontexten künftig begegnet werden kann. Dabei gilt es jedoch zu bedenken, wie oft in der einschlägigen Literatur auf die unzureichende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit und vor allem die fehlende Operationalisierung und empirische Erforschung von Vertrauensphänomenen hingewiesen wird, insbesondere im Kontext von Pflegebeziehungen. Hierdurch fehlt es an notwendigem Wissen darüber, welche Strategien der Vertrauensbildung erfolgreich sind, wie vertrauensvolle und sicherheitsgenerierende Pflegebeziehungen bereichsspezifisch befördert und stabilisiert oder wie zuwiderlaufende Bedingungsfaktoren – etwa ökonomische Restriktionen und fehlende Zeit für Zuwendung – kontrolliert oder eingedämmt werden können. Insbesondere auch über die Zusammenhänge zwischen vertrauensbildenden Maßnahmen und dem subjektiven Sicherheitsempfinden von Patient\_innen sowie objektiven Indikatoren für Patientensicherheit und anderen Ergebnissen pflegerischer Versorgung sind viele Fragen offen. Die Impulse aus der Literatur aufzugreifen und künftig sowohl theoretische wie auch empirische Auseinandersetzung mit Vertrauensphänomenen in Pflegebeziehungen voranzutreiben, dürfte sich als lohnend erweisen.

## Literatur

- Alpers, L.-M. (2018): Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. In: *Nursing Ethics*, 25, 313-323
- Bergdahl, E./Ternstedt, B. M./Bertero, C./Andershed, B. (2019): The theory of a co-creative process in advanced palliative home care nursing encounters: A qualitative deductive approach over time. In: *Nurs Open*, 6, 175-188
- Büker, C./Lademann, J. (2019): *Beziehungsgestaltung in der Pflege*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Dederichs, A. (1997): Vertrauen als affektive Handlungsdimension. Ein emotionssoziologischer Bericht. In: Schweer, M. K. W. (Hrsg.): *Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens*. Neuwied/Berlin: Hermann Luchterhand Verlag, 62-77
- Delmar, C. (2012): The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. In: *Nurs Philos*, 13, 236-43
- Dinç, L./Gastmans, C. (2012): Trust and trustworthiness in nursing: an argument-based literature review. In: *Nursing Inquiry*, 19, 223-237
- Dinç, L./Gastmans, C. (2013): Trust in Nurse-Patient Relationships: A Literature Review. In: *Nurs Ethics*, 20, 501-516
- Du Plessis, E./Human, S. P. (2009): Reflecting on 'meaningful research': a qualitative secondary analysis. In: *Curationis*, 32, 72-9
- Dybwik, K./Nielsen, E. W./Brinchmann, B. S. (2012): Ethical challenges in home mechanical ventilation: a secondary analysis. In: *Nurs Ethics*, 19, 233-44
- Entwistle, V. A./Quick, O. (2006): Trust in the context of patient safety problems. In: *Journal of Health Organization and Management*, 20, 397-416

- Epstein, R. M. (2006): Making communication research matter: what do patients notice, what do patients want, and what do patients need? In: *Patient Educ Couns*, 60, 272-8
- Ewers, M. (2003): *High-Tech Home Care - Optionen für die Pflege: Sicht- und Handlungsweisen von Pflegenden in der häuslichen Infusionstherapie*. Bern: Huber
- Ewers, M./Lehmann, Y. (2017a): Pflegebedürftige mit komplexem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf am Beispiel beatmeter Patienten. . In: Jacobs, K./Kuhlmeier, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2017*. Stuttgart: Schattauer, 63-73
- Ewers, M./Schaepe, C./Lehmann, Y. (2017b): Alles sicher? – Risikosituationen in der hauslichen Intensivpflege aus Sicht beatmeter Patienten und ihrer Angehörigen. In: *Pflege*, 30, 365-373
- Friesacher, H. (2008): *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Göttingen: V&R unipress
- Grünberg, P. (2014): *Vertrauen in das Gesundheitssystem. Wie unterschiedliche Erfahrungen unsere Erwartungen prägen*. Wiesbaden: Springer VS
- Hupcey, J. E./Penrod, J./Morse, J. M. (2000): Establishing and maintaining trust during acute care hospitalizations. In: *Scholarly inquiry for nursing practice*, 14, 227-42; discussion 243-8
- Hupcey, J. E./Penrod, J./Morse, J. M./Mitcham, C. (2001): An exploration and advancement of the concept of trust. In: *J Adv Nurs*, 36, 282-293
- Jones, S. M. (2015): Making Me Feel Comfortable: Developing Trust in the Nurse for Mexican Americans. In: *Western Journal of Nursing Research*, 37, 1423-1440
- Lademann, J. (2007): *Intensivstation zu Hause: Pflegenden Angehörige in High-Tech Home Care*. Bern: Verlag Hans-Huber
- Laucken, U. (2005): Explikation der umgangssprachlichen Bedeutung des Begriffs Vertrauen und ihre lebenspraktische Verwendung als semantisches Ordnungspotenzial. In: Dernbach, B./Meyer, M. (Hrsg.): *Vertrauen und Glaubwürdigkeit. Interdisziplinäre Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag. 94-120
- Lehmann, Y./Ewers, M. (2018a): Sicherheit in der häuslichen Intensivversorgung beatmeter Patienten aus Sicht professioneller Akteure. In: *Gesundheitswesen* 80, 1-7
- Lehmann, Y./Ewers, M. (2018b): Wege invasiv beatmeter Patienten in die häusliche Beatmungspflege: Die Perspektive ambulanter Intensivpflegedienste. In: *Gesundheitswesen* 80, 44-50
- Lehmann, Y./Stark, S./Ewers, M. (2016): *Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten - VELA-Regio. Teil 1: Kommentierte Bibliografie*. Working Paper NO. 16-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin
- Leslie, J. L./Lonneman, W. (2016): Promoting Trust in the Registered Nurse-Patient Relationship. In: *Home Healthcare Now*, 34, 38-42
- Lindahl, B./Liden, E./Lindblad, B. M. (2011): A meta-synthesis describing the relationships between patients, informal caregivers and health professionals in home-care settings. In: *J Clin Nurs*, 20, 454-63
- Maclaren, J./Smith, P./Rodgers, S./Bateman, A./Ramsay, P. (2018): A qualitative study of experiences of health and social care in home mechanical ventilation. In: *Nursing Open*, 1-10
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Flick, U./Von Kardoff, E./Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 468-475
- Medjedović, I. (2014): *Zum Potenzial einer neuen Forschungsstrategie in der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS
- Müller, B./Siegert, S./Bürkel, R./Frank, R. (2018): *Trust in Professions*. Nürnberg: GfK Verein
- Pask, E. J. (1995): Trust: an essential component of nursing practice — implications for nurse education. In: *Nurse Education Today*, 15, 190-195
- Peplau, H. E. (1995): *Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel/Eberswalde: RECOM Verlag
- Peter, E./Morgan, K. P. (2001): Explorations of a trust approach for nursing ethics. In: *Nurs Inq*, 8, 3-10
- Petermann, F. (2013): *Psychologie des Vertrauens*. Göttingen: Hogrefe
- Robinson, C. A. (2016): Trust, Health Care Relationships, and Chronic Illness: A Theoretical Coalescence. In: *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1-11

- Rørtveit, K./Hansen, B. S./Leiknes, I./Joa, I./Testad, I./Severinsson, E. (2015): Patients' Experiences of Trust in the Patient-Nurse Relationship - A Systematic Review of Qualitative Studies. In: *Open Journal of Nursing*, 5, 195-209
- Rushton, C. H./Reina, M. L./Reina, D. S. (2007): Building trustworthy relationships with critically ill patients and families. In: *AACN Adv Crit Care*, 18, 19-30
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2002): Alltägliche Herausforderungen bei der häuslichen Pflege Schwerkranker. Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber
- Schaepe, C./Ewers, M. (2017): 'I need complete trust in nurses' - home mechanical ventilated patients' perceptions of safety. In: *Scand J Caring Sci*, 31, 948-956
- Schaepe, C./Ewers, M./Tegethoff, D. (2016): Qualitative Interviews. Menschen mit kommunikativer Beeinträchtigung. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 17, 163-165
- Schweer, M. K. W. (2008): Vertrauen und soziales Handeln — Eine differentialpsychologische Perspektive. In: Jammal, E. (Hrsg.): *Vertrauen im interkulturellen Kontext*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 13-26
- Sherif, V. (2018): Evaluating Preexisting Qualitative Research Data for Secondary Analysis. In: 2018, 19
- Strandas, M./Bondas, T. (2018): The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. In: *J Adv Nurs*, 74, 11-22
- Strandås, M./Bondas, T. (2018): The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. In: *Journal of Advanced Nursing*, 74, 11-22
- Swedberg, L./Chiriac, E. H./Törnkvist, L./Hylander, I. (2012): Patients in 24-hour home care striving for control and safety. In: *BMC Nurs*, 11, 9
- Walivaara, B. M./Savenstedt, S./Axelsson, K. (2013): Caring relationships in home-based nursing care - registered nurses' experiences. In: *Open Nurs J*, 7, 89-95
- Wassenaar, A./Van Den Boogaard, M./Van Der Hooft, T./Pickkers, P./Schoonhoven, L. (2015): 'Providing good and comfortable care by building a bond of trust': nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the intensive care unit. In: *J Clin Nurs*, 24, 3233-44
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: *Forum qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Research*. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519> [Stand 2019-05-22]

*Judith Czakert, M.A.*

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, [judith.czakert@charite.de](mailto:judith.czakert@charite.de) (Korrespondenzadresse)

*Christiane Schaepe, MPH*

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, [christiane.schaepe@charite.de](mailto:christiane.schaepe@charite.de)

*Univ.-Prof. Dr. Michael Ewers, MPH*

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, [michael.ewers@charite.de](mailto:michael.ewers@charite.de)

## Beiträge

Nikolaus Meyer, Arne Buss, Renate Stemmer

# **Bewohner\_innen von Altenpflegeeinrichtungen als Zielgruppe des Gruppendiskussions- verfahrens: Eine forschungsmethodische Reflexion**

Residents of nursing homes as target group of the focus group procedure. A research methodological reflection

On the basis of research experience at two universitys, this article raises the question of whether and to what extent the group discussion procedure is suitable as a research method in nursing science for collecting data from residents of nursing homes. For this purpose, first the article describes the research experiences in order to discuss them afterwards in regard to the methodological literature as well as in regard to relevant studies and their procedure. The paper then specifically examines the target group of residents. In the concluding discussion, indications emerge that a group discussion is not well suitable as a method of data collection for residents of institutions providing in-patient care for the elderly due to their physical constitution and their connectedness to the institution. To falsify any possible interpretations of this article, specific methodological research in this area is required.

### Keywords

nursing homes, focus groups, methodological reflection

Der Beitrag wirft auf Basis von Forschungserfahrungen an zwei Hochschulstandorten die Frage auf, ob und inwieweit das Gruppendiskussionsverfahren als pflegewissenschaftliche Forschungsmethode zur Datenerhebung bei Bewohner\_innen von Altenpflegeeinrichtungen geeignet ist. Zu diesem Zweck beschreibt der Artikel einleitend die vorliegenden Forschungserfahrungen, um diese anschließend vor der vorhandenen Methodenliteratur sowie einschlägigen Untersuchungen und deren Vorgehen zu diskutieren. Charakteristika der Zielgruppe – Bewohner\_innen von Pflegeheimen – werden expliziert. In der abschließenden Diskussion zeigen sich Hinweise, dass eine Gruppendiskussion als Methode der Datenerhebung für Bewohner\_innen von Einrichtungen der stationären Altenhilfe auf Grund ihrer konstitutionellen Verfassung sowie ihres Eingebundenseins in die Institution wenig geeignet ist. Die hier vertretenen Annahmen und Schlussfolgerungen bedürfen im Weiteren der methodischen Forschung.

### Schlüsselwörter

Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Gruppendiskussionen, Methodenreflexion

eingereicht 30.10.2018

akzeptiert 21.12.2018

## 1. Problemaufriss

Der Beitrag<sup>1</sup> zielt auf die Reflexion von Schwierigkeiten eines spezifischen Forschungszugangs im Rahmen eines Mixed-Methods-Designs. Das entsprechende pflegewissenschaftliche Projekt OLE „Organisationales Lernen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (OLE)“ wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der Förderlinie SILQUA (Laufzeit: 02/2016-02/2019) gefördert (FKZ 13FH012SA5). Es untersucht in vier Einrichtungen der stationären Altenhilfe<sup>2</sup> u. a. was es bedeutet, zu einer der beteiligten Statusgruppen (Bewohner\_innen, Angehörige, Mitarbeiter\_innen der Pflege sowie des Sozialdienstes, Leitungspersonen sowie ehrenamtlich Tätige) einer solchen Einrichtung zu gehören. Diese Frage ist eingebunden in eine Untersuchung der Organisation „Alten- und Pflegeheim“ als das Ergebnis sozialer Aushandlungs- und Interaktionsprozesse.

Zur Datenerhebung im Rahmen des explorativen Vorgehens waren Experteninterviews (Meuser et al. 1991) bei Angehörigen, Mitarbeiter\_innen der Pflege und des Sozialdienstes, Leitungspersonen sowie den ehrenamtlich Tätigen vorgesehen. Für die Bewohner\_innen wurden episodische Interviews (Flick 2007) geplant, um eine möglichst angenehme Atmosphäre herzustellen und den Gesprächsfluss so zu unterstützen. Mit allen Statusgruppen sollten zusätzlich Gruppendiskussionen (Loos et al. 2001) geführt werden.

Entsprechend dem allgemeinen Vorgehen qualitativer Forschung wurden die Interviewteilnehmer\_innen auf Basis des theoretischen Samplings vorab definiert (Glaser et al. 2010).

Der Projektplan sah zu Beginn die Durchführung der episodischen und der Experteninterviews und erst nach deren Abschluss, die Durchführung der Gruppendiskussionen vor. Im Rahmen der ersten Datenerhebungsphase zeigte sich bei den Bewohner\_innen einigermassen Interesse an der Teilnahme im Rahmen der episodischen Interviews. Den im Anschluss geführten Gruppendiskussionen begegneten sie dagegen mit erheblichen Vorbehalten, was im auffälligen Kontrast zur hohen Teilnahmebereitschaft an den Interviews stand. Von Seiten des Datenerhebungsteams gab es keine Wechsel, so dass dieser potentielle Einflussfaktor nicht zum Tragen gekommen sein kann. Die ablehnende Haltung zur Gruppendiskussion war dabei nicht nur in einer einzelnen Einrichtung, sondern in allen vier beteiligten Häusern deutlich.

Der Versuch der Rekrutierung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgte

1. am Projektstandort Mainz über:

- gemeinsame Information von möglichen Teilnehmenden durch ein Team aus Mitarbeiter\_innen der jeweiligen Pflegeeinrichtung und der Hochschule;

1 Es besteht kein Interessenkonflikt. Es liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft vor (Antrag Nr. 16-005).

2 Es handelt sich in zwei Fällen um großstädtische Ballungsräume und in den weiteren zwei um städtische Verdichtungsgebiete. Zwei Einrichtungen werden wohlfahrtsverbandlich getragen, Einrichtung A verfügt über 122 sowie Einrichtung B über 93 Plätze. Die beiden Einrichtungen C (135 Plätze) und D (44 Plätze) sind dagegen privatwirtschaftlich organisiert.

- Werbung um Teilnahme in einem persönlichen Gespräch zwischen Mitarbeiter\_innen der Hochschule und geeigneten Bewohner\_innen ohne Beteiligung von Mitarbeiter\_innen der jeweiligen Pflegeeinrichtung, um möglichen Ängsten der Bewohner\_innen, die durch die Anwesenheit von Mitarbeiter\_innen der Pflegeeinrichtungen bedingt sein könnten, vorzubeugen.
- 2. am Projektstandort München durch gezielte Ansprache der Bewohner\_innen von Mitarbeiter\_innen der jeweiligen Einrichtungen.  
Im Rahmen dieser unterschiedlichen Akquiseversuche lehnte ein großer Teil der Bewohner\_innen die Teilnahme an einer Gruppendiskussion explizit ab oder verwies auf die Notwendigkeit, darüber mit Angehörigen zu sprechen.<sup>3</sup> In einem Fall stimmten vier Bewohner\_innen einer Teilnahme zu, kamen auch zum vereinbarten Zeitpunkt zusammen, brachen die Gruppendiskussion jedoch unmittelbar nach der Aufklärung ab, bevor der erste Impuls überhaupt formuliert werden konnte.

Die Argumente waren bei den Ablehnungen insgesamt relativ ähnlich und lassen sich auf Basis der Beobachtung in drei rudimentäre ‚Typen‘ einer solchen Ablehnung differenzieren:

- Der erste Typ erwartet angesichts des eigenen Lebensalters und des vermuteten baldigen Todes keine individuellen Verbesserungen durch das Forschungsprojekt.
- Der zweite Typ verwies auf die mit der Gruppendiskussion verbundene körperliche Anstrengung und den als negativ empfundenen eigenen Gesundheitszustand, der solche „Ausflüge“ unmöglich mache.
- Der dritte Typ verwies schließlich darauf, dass man an solchen Untersuchungen nicht teilnehme. Man wolle niemanden belasten. Immerhin wisse man, welchen „entbehrungsreichen“ Beruf die Pflegepersonen ausübten. Auch auf den Hinweis, dass doch genau dies Teil des Forschungsinteresses sei, wurde die Ablehnung nicht zurückgezogen – im Gegenteil wurde sie oft noch bekräftigt.

Zwar wurden auch im Rahmen der episodischen Interviews zu Beginn Vorbehalte durch die Bewohner\_innen benannt, weil es sich bei den Interviewer\_innen der Hochschule um „Fremde“ handele. Doch änderte sich diese Haltung nach einer gemeinsamen Veranstaltung, in deren Verlauf sich die Projektmitarbeiter\_innen persönlich vorstellten. Auch die eigentlichen Interviewphasen gestalteten sich in angenehmer Atmosphäre, weil die Bewohner\_innen hier Möglichkeiten der Unterhaltung und Kontaktpflege hatten. So nahmen narrative Aspekte zu Beginn der gemeinsamen Ge-

3 Sowohl die mündliche Vorstellung des Forschungsprojekts im Rahmen der Informationsveranstaltung als auch die persönliche Ansprache wie auch die zusätzlich an alle Bewohner\_innen ohne kognitive Einschränkung ausgegebenen Informationsschreiben (zwei DIN A4-Seiten) orientierten sich an einer allgemeinen Vorstellung des Projekts sowie der Mitarbeiter\_innen. In diesem Zuge wurde von Beginn an die Freiwilligkeit betont. Daneben stellten die Mitarbeiter\_innen wie das Informationsschreiben die Ziele dieses Forschungsprojekts, den Ablauf einer möglichen Teilnahme, die damit verbundenen Rechte wie auch ein Commitment beim Auftreten von Problemen (z. B. möglicher Abbruch bei Verschlechterung der Gesundheit) vor. Eine Aufklärung erfolgte auch hinsichtlich der Art der weiteren Verwertung der erhobenen Daten (z. B. Pseudonymisierung etc.) sowie zur Vorstellung der Projektergebnisse. Außerdem wurden die Telefonnummern sowie Mailadressen der Mitarbeiter\_innen explizit aufgeführt – auch um ggf. für Angehörige ansprechbar zu sein. In diesem Rahmen wurde auch darauf hingewiesen, dass die Bewohner\_innen im Rahmen einer Teilnahme miteinander über spezifische Sachverhalte im Alltag diskutieren müssten.



sprache breiten Raum ein. Diese Erfahrung korrespondiert auch mit denen anderer qualitativ-orientierter Forschungsprojekte im Kontext der Altenhilfe (Burkart 2009). In dieser Phase verfestigte sich eine positive und vertrauensvolle Atmosphäre zwischen den teilnehmenden Bewohner\_innen und den wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen.

Aus dem Umstand, dass in den Datensammlungen verschiedener Projektstandorte und unterschiedlicher organisationaler Kulturen die Ablehnungen der Gruppendiskussionen durch die Bewohner\_innen stark überwog und die Zustimmungen zu scheinbar „privateren“ Formen der Befragung in Einzelinterviews zuvor hoch war, stellt sich für uns die Frage, ob sich hier möglicherweise ein grundlegendes Phänomen zeigt.

Zur Beantwortung dieser Frage wird nachfolgend die Zielgruppe näher untersucht, um Aufschluss über die Passung von Methode und Forschungsteilnehmer\_innen (jenseits der Forschungsfrage) zu geben. Daran anschließend werden einschlägige pflegewissenschaftliche Untersuchungen dahingehend analysiert, inwieweit andernorts ähnliche Problemstellungen beobachtet und wie diese ggf. gelöst wurden. In einem nächsten Schritt bedarf es der Diskussion der Frage, welche weiteren Faktoren die Zustimmung zu Einzelinterviews einerseits und die Ablehnung von Gruppendiskussionen andererseits erklären könnten.

## 2. Charakteristika von Bewohner\_innen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Die Entscheidung das Gruppendiskussionsverfahren anzuwenden ergab sich, wie bei allen Methoden (Loos et al. 2001), aus einer entsprechenden Forschungsfrage. Im vorliegenden Fall ging es darum, zu beschreiben, was es bedeutet, Bewohner\_in einer Altenpflegeeinrichtung zu sein. Das Sample wurde zu Beginn des Forschungsprozesses festgelegt, wobei die Bestimmung dessen aufgrund theoretischer Implikationen erfolgte und auch entsprechende Ausschlusskriterien benannt wurden. Dieser Weg einer theoretischen Bestimmung folgt zentralen methodischen Forderungen, ebenso wie die Bestimmung des Samples aus den sich aus der Forschungsfrage ergebenden Aspekten (Flick 2007).

Eine erste Erkenntnis aus dem vorliegenden Forschungsprojekt ist jedoch, dass darüber hinaus die potentiellen Möglichkeiten der jeweiligen Zielgruppe stärkerer Beachtung bedürfen. Dies geht über die bekannten Rekrutierungsüberlegungen und entsprechende Qualitätsmerkmale (Kühn et al. 2018) hinaus. Nachfolgend wird die theoretisch-bestimmte Zielgruppe reflektiert, um Ein- oder Ausschluss abwägen und daraus insgesamt Vorschläge für eine veränderte Handlungspraxis machen zu können.

Die Bewohner\_innen der Wohnbereiche in den vier untersuchten Einrichtungen der stationären Altenhilfe waren zum Erhebungszeitpunkt ausnahmslos „pflegebedürftig“ im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (§ 14 SGB XI), wobei der Intensitätsgrad schwankte. In Übereinstimmung mit bundesweiten Daten (Statistisches Bun-

desamt 2017) zeigt sich aber in allen vier Einrichtungen eine starke Gewichtung in den Pflegegraden 2-3.

In den genannten Einrichtungen stieg das Lebensalter der Bewohner\_innen ab 70 Jahren sprunghaft an, wobei die Mehrheit im Mittel etwa 82 Jahre alt war. Dabei differieren Minimum (52 Jahre) und Maximum (103 Jahre) erheblich. Damit sind die vier untersuchten Einrichtungen der stationären Altenhilfe weitgehend mit der statistischen Norm übereinstimmend: Hier zeigen die Altersgruppen ab 70 Jahren ebenfalls ein starkes Übergewicht (Destatis 2015), wobei in absoluten Zahlen in Deutschland die Gruppe zwischen 85 und 90 Jahren die höchste Zahl pflegebedürftiger Menschen ausweist (ebd.).

Ebenso deckungsgleich wie beim Lebensalter sind die Ergebnisse der bundesdeutschen Statistik im Vergleich zu denen im Forschungsprojekt OLE erhobenen quantitativen Daten im Hinblick auf die Feminisierung solcher Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Waren im Bundesdurchschnitt 73% der Bewohner\_innen weiblich (ebd.), so sind es in den untersuchten Einrichtungen etwa 75%. In beiden Fällen nimmt die Zahl der Bewohnerinnen mit steigendem Lebensalter zu. Die Bewohner\_innen weisen in den von uns untersuchten vier Einrichtungen der stationären Altenhilfe eine mittlere Verweildauer zwischen 24 und 35 Monaten auf, weswegen sie sehr verschiedene Eindrücke und Wissensbestände erwerben können und dies sehr unterschiedlich erleben.

In einem Pflegeheim zu leben ist für Bewohner\_innen ambivalent: Einerseits stellt die Institution das aktuelle Zuhause und damit einen selbstbestimmten sowie privaten Raum dar, andererseits führen die Bedingungen der institutionellen Rahmung des Alltags dazu, dass es sich eben doch nicht wirklich wie ‚zu Hause‘ anfühlt (Meuth 2017). Diese Ambiguität zeigt sich auch in den Ergebnissen einer qualitativen Studie zum Erleben von Heimbewohner\_innen aus Norwegen: Die Kategorie ‚Paying the price for 24-hour care‘ zeigt dies ebenso wie das Spannungsfeld von ‚Personal habits and institutional routines‘. Der Bedarf an einer 24-stündigen Versorgung und Pflege wird einerseits innerhalb der Institution beantwortet, andererseits müssen die Bewohner\_innen dafür einen Teil ihrer Selbstbestimmung aufgeben bzw. individuelle Wünsche zurückstellen. Gewohnheiten reiben sich an den Routinen einer Organisation (Nakrem et al. 2013).

Ein systematisches Review qualitativer Studien von Bradshaw et al. (2012) zeigt verschiedene relevante Themenfelder. So sind die von den Bewohner\_innen zu erbringenden Anpassungsleistungen erheblich. Sie tragen aber, wenn sie gelingen, dazu bei, das Erleben von Selbstständigkeit und Zufriedenheit aufrechtzuerhalten: Sich mit anderen Menschen verbunden zu fühlen ist demnach ein integraler Teil eines als gut wahrgenommenen Lebens in einer Einrichtung der Altenhilfe. Verbundenheit mit Mitbewohner\_innen kann sowohl zur Akzeptanz des Lebens in einem Heim beitragen als auch die Distanz zum Leben im Heim verstärken (ebd.). Bewohner\_innen, die weniger eingeschränkt sind, bemühen sich ihre Privatsphäre zu wahren, z. B. in dem sie den Kontakt zu Mitbewohner\_innen bewusst reduzieren, ggf. um den Preis von Vereinsamung und Isolation. Teilweise erleben sie, dass der Wunsch nach Aufrechterhaltung der Pri-

vatsphäre von z. B. kognitiv beeinträchtigten Mitbewohner\_innen nicht beachtet wird (ebd.). Eine besondere Bedeutung für Bewohner\_innen eines Alten- und Pflegeheims hat eine reziproke Beziehung zu den Mitarbeiter\_innen der Pflege und Betreuung (ebd.). Der Einzug in ein Alten- und Pflegeheim bringt bei den Betroffenen oftmals das innere Gleichgewicht aus der Balance und Gefühle von Wert- und Nutzlosigkeit kommen auf (ebd.). Wenn Pflegenden und Betreuungskräfte sich mit persönlichen Aspekten ihres Lebens zeigen, wird dieses von den Bewohner\_innen als Ausdruck von Respekt und Wertschätzung erlebt.

Zusammenfassend zeigt dieses Review in allen identifizierten Themenfeldern die zentrale Bedeutung einer mitmenschlichen Beziehung für Bewohner\_innen bzw. deren wahrgenommener Lebensqualität in einem Alten- und Pflegeheim (ebd.). Gerade die Beziehung zwischen den Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen in solchen Einrichtungen und den Bewohner\_innen hat dabei eine relevante Auswirkung auf das Wohlbefinden der letztgenannten. So werden, um eine gute Beziehung zu den Pflegenden und Betreuenden zu erreichen und aufrechtzuerhalten, von den Bewohner\_innen spezifische Strategien entwickelt, neue Verhaltensweisen erlernt und Konfrontationen vermieden (Palacios-Ceña et al. 2014). Diese Prozesse der zweifachen Adaptation, einerseits an die Folgen der eigenen Beeinträchtigungen, die sich in einem Abbau körperlicher und kognitiver Funktionen zeigt und andererseits an die Erwartungen der Organisation, werden trotz zunehmender Gebrechlichkeit und Vulnerabilität vollzogen (Fuchs et al. 2015). Diese Adaptationsprozesse sind verbunden mit dem Erleben der Abhängigkeit vom Personal und gleichzeitigem Wunsch nach einer guten Beziehung (ebd.).

### 3. Das Gruppendiskussionsverfahren in der Methodenliteratur

Das Forschungsprojekt OLE untersucht, wie bereits oben angesprochen, vier Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Diese „Organisationen“ werden dabei keineswegs als eine Art Gegenstand, wie gelegentlich in den Betriebswirtschaften (Tokarski et al. 2018), beschrieben, sondern vielmehr als ein Ergebnis sozialer Aushandlungs- und Interaktionsprozesse betrachtet.

Die in stationären Einrichtungen der Altenhilfe befindlichen Statusgruppen wie Bewohner\_innen, pflegend Tätige, Mitarbeiter\_innen des Sozialdienstes, Mitarbeiter\_innen der Einrichtungsleitung, Ehrenamtlichen sowie den Angehörigen der Bewohner\_innen sind hinsichtlich ihrer Verfasstheit wie auch der Ziele in hohem Maße heterogen (Burkart et al. 2016). Parallel zu (berufs-)gruppenspezifischen Setzungen haben sich in solchen Organisationen aufgrund ihrer historischen Gewachsenheit, Routinen und Mechanismen entwickelt, die wiederum quer zu den (berufs-)gruppenspezifischen Traditionen stehen. Ein Blick in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zeigt dies ebenso wie ein Besuch von verschiedenen Stationen eines Krankenhauses: Da wird, trotz eines vermeintlichen gleichen organisationalen Daches, in den jeweiligen Wohnbereichen oder Stationen durchaus unterschiedlich miteinander, mit der Klientel oder auch den eigentlichen Arbeitsprozessen umgegangen. Zur Beschreibung dieser

komplexen sozialen Welt eignet sich die Gruppendiskussion. Seit den 1950er Jahren wird dieses Verfahren am Frankfurter Institut für Sozialforschung eingesetzt (Pollock 1973), um solche kollektiven Meinungen sowie gegebenenfalls deren Aushandlungsprozesse (Bohnsack 2010) zu untersuchen.

Aus interaktionistischer Sicht wird mit Gruppendiskussionsverfahren das kollektive Wissen der Akteur\_innen – also jenes, über das die Akteur\_innen im Hinblick auf die „Organisation Altenheim“ sowie der entsprechenden Regeln, Hierarchien etc. verfügen – erhoben. Im Gegensatz zu der von Barbour (2013) vertretenen Definition der Gruppendiskussion als einem Ort fokussierter Gespräche wird in der vorliegenden Studie OLE ein offenes Verständnis zugrunde gelegt, das sich auf die Beschreibung von Loos et al. (2007) bezieht und von einer fremdinitiierten Gesprächssituation mit „normalen“ Anteilen ausgeht.

Eine weitere Frage stellt sich auf dieser Basis im Hinblick auf die Bestimmung der Zusammensetzung der Gruppe. Kennen sich im Fall der Realgruppe die Teilnehmenden, so sind sich in einer Ad-hoc-Gruppe die Teilnehmenden unbekannt (Liebig et al. 2009). Welche dieser Zusammensetzungen aber für organisationsforschende Zwecke geeigneter ist, kann dabei als weitgehend offen betrachtet werden (ebd.:118). Auf diese Diskussion um die geeignetere Art der Gruppe für Gruppendiskussionen sowie deren wechselseitige Vor- bzw. Nachteile wird in der einschlägigen Literatur ergebnisoffen eingegangen (Kühn et al. 2011).

Im vorliegenden Fall des Forschungsprojekts OLE werden Gruppendiskussionen zur Erfassung gruppenspezifischer kollektiver Bedeutungsgehalte über Leben, Arbeiten und Verbundensein mit einer Organisation genutzt. Die entstehende dynamische Entwicklung der Diskussion zwischen den beteiligten Akteur\_innen führt zu einer Auseinandersetzung mit strittigen Positionen ebenso wie zu einem gesteigerten Detaillierungszwang (Nittel et al. 2014). Dagegen handelt es sich bei den Experteninterviews um eigentheoretische Auseinandersetzungen der Informant\_innen mit den Leitfragen des Forschenden, so dass die Möglichkeit der Beantwortung im Modus des ‚Was‘ und ‚Wie‘ besteht. Durch diese Möglichkeit könnte das ‚Warum‘ durch die geforderte Selbstläufigkeit des Interviews durch die Expert\_innen umgangen werden. In einer Gruppendiskussion bedarf es allerdings der diskursiven Auseinandersetzung, so dass hier aus dem Verlauf der Interaktion das ‚Warum‘ artikuliert werden muss.

Außer der Begründung des Designs sowie der damit verbundenen inhaltlichen Passung einer Gruppendiskussion müssen Forschende keine Reflexionen vornehmen. Weitere Hinweise zu Zielgruppen sowie damit verbundenen Grenzen oder Möglichkeiten des Gruppendiskussionsverfahrens existieren nicht (Flick et al. 1995; Loos et al. 2001; Barbour 2013; Kühn et al. 2011; Schäffer 2012). Vielmehr scheint, nach der Betrachtung der vorliegenden methodischen Literatur, hier das Verfahren für nahezu jede Zielgruppe einsetzbar und lediglich von der Forschungsfrage abhängig. Hier steht „nur“ die Frage im Raum, was mithilfe dieses Verfahrens erhoben bzw. rekonstruiert werden soll.

## 4. Gruppendiskussionen in der pflegewissenschaftlichen Forschung

Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Durchführung der Gruppendiskussionen stellte sich die Frage, inwieweit Gruppendiskussionen in pflegewissenschaftlichen Forschungszusammenhängen im gerontologischen Setting zur Anwendung kommen und welche methodischen Reflexionen hier vorgelegt werden. Zwar bestätigte die methodische Auseinandersetzung, dass Ein- oder Ausschluss von Personen oder Gruppen inhaltlich begründet sein muss. Deutlich wurde aber auch, dass die entsprechende Methodenliteratur auf die Ausgangsbedingungen wie kognitive und gesundheitliche Fähigkeiten oder personelle bzw. institutionelle Abhängigkeiten der Teilnehmer\_innen einer Gruppendiskussion nicht eingeht. Vordergründig scheinen diese Aspekte keiner Beachtung notwendig – etwa nach dem Diktum, die Methode bestimmt sich aus der Frage – und doch können diese Fähigkeiten oder Kompetenzen, so die Hinweise im Projekt OLE, elementaren Einfluss auf das Gelingen oder Misslingen solcher qualitativer Verfahren haben. Im vorliegenden Forschungsprojekt setzen Gruppendiskussionen hohe Ansprüche an eben diese Fähigkeiten und Kompetenzen auf der Bewohner\_innen-Seite. Im Hinblick auf das Setting des dargelegten Forschungsprojektes erfolgte eine Recherche in PubMed. Mithilfe der MeSH-terms „Group discussion“, „Focus group“, „Group interview“ 1-3 OR, „Nursing home“, „Residential home“, „Retirement home“, „Old people’s home“, „Old-age home“, „Care home“ und „Nursing homes“ ergaben sich in 388 Treffer.

Eine Kontrolle auf Abstractebene konnte die Anwendung der Datenerhebungsmethode ‚Gruppendiskussion‘ bei der Zielgruppe der Bewohner\_innen von Alten- und Pflegeheimen in nur 17 Studien identifizieren. Diese wurden anschließend einer Volltextanalyse unterzogen. In diesen Studien wurden Gruppendiskussionen zur Beantwortung von Fragen zu räumlichen Dimensionen der Pflegeeinrichtung (Calkins und Cassella 2007; Innes et al. 2011), zur Erfassung der Bedürfnisse der Bewohner\_innen (Chabeli 2003; Hare et al. 2006), zur Ergründung der sozialen Rolle von Prominenten für Bewohner\_innen (Claessens 2014), zur Diversifizierung des Phänomens Gewalt zwischen Bewohner\_innen (Rosen et al. 2008), zur Charakteristik des Pflegeheims als lernender Umgebung (Molema et al. 2014), zu dem Lernbedarf von pflegend Tätigen (Oberski et al 1999), zur Auffassung von Bewohner\_innen und pflegend Tätigen zur Entscheidung über den Gebrauch von Hüftprotektoren (Sims-Gould et al. 2014), zur Beschreibung der Determinanten von „Active Ageing“ im Pflegeheim (Van Malderen et al. 2013) sowie zu den Erfahrungen von Bewohner\_innen in Heimen und deren Folgen (Tsai et al. 2008; Wu et al. 2012; Teka et al. 2014) eingesetzt. Zwei Publikationen nutzten Gruppendiskussionen im Rahmen der Konstruktion von Skalen zur Erfassung diverser Aspekte bei den Heimbewohner\_innen (Chong et al. 2001; Pearce et al. 2007).

In diesen vorliegenden Studien wurde die Methode ‚Gruppendiskussion‘ meist weder inhaltlich begründet noch im Hinblick auf ihren Einsatz reflektiert. Solche Angaben fanden sich lediglich in zwei Fällen: Molema et al. (2014) beschreiben die Vor- und

Nachteile von fremden oder bekannten Moderator\_innen. Tsai et al. (2008) verweisen schließlich auf die starken kognitiven Einschränkungen der Bewohner\_innen, wodurch nur wenige Personen teilnehmen konnten und damit die Ergebnisse der Gruppendiskussionen nur schlecht nutzbar waren. Ein weiterer Beitrag (Barett et al. 2000) berichtet von Problemen bei der Durchführung von Gruppendiskussionen mit älteren, kranken Menschen und verweist hier auf Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Sprechgeschwindigkeit, der Merkfähigkeit oder anderen individuellen Kommunikationsfähigkeiten. In den beiden letztgenannten Fällen werden also ebenfalls Schwierigkeiten bei der Datenerhebung mittels Gruppendiskussionen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe benannt und mit den kognitiv nachlassenden Fähigkeiten der Bewohner\_innen begründet.

Insgesamt kann konstatiert werden, dass die Methode der Gruppendiskussion bei der o. g. Zielgruppe in der Pflegewissenschaft eher selten umgesetzt und zur Machbarkeit bzw. den Schwierigkeiten in der Praxis pflegewissenschaftlicher Forschung nur wenig bekannt ist.

## 5. Zur Passung der Methode ‚Gruppendiskussionen‘ für die Datenerhebung bei Bewohner\_innen von Pflegeheimen

In methodischer Hinsicht ist gerade die Perspektive der Bewohner\_innen bei der Untersuchung der Organisation Alten- und Pflegeheim von Interesse, weil nur sie den entstehenden Raum einer solchen Organisation als Lebens- oder Wohnraum definieren und die für sie damit verbundenen Bedeutungsgehalte darstellen können (Meuth 2017).

Nach dem sowohl die einschlägige Grundlagenliteratur wie die pflegewissenschaftliche Forschung auf Einschränkungen im Hinblick auf mögliche Zielgruppen weitgehend ergebnislos untersucht wurde, stellt sich die Frage, ob bzw. inwieweit überindividuelle Charakteristika und Bedingungsgefüge der Gruppe der Bewohner\_innen von Alten- und Pflegeheimen für die Ablehnung der Teilnahme an den Gruppendiskussionen verantwortlich sein könnten. Konkret: Passen die Anforderungen, die mit der Teilnahme an einer Gruppendiskussion verbunden sind mit dem Vermögen von Bewohner\_innen überein und darüber hinaus auch mit deren Willen über Bedeutungsgehalte des Lebens in der Institution ‚Alten-/Pflegeheim‘ Auskunft zu geben?

Zunächst ist einerseits festzuhalten, dass Bewohner\_innen von Altenpflegeheimen vielfach eingeschränkt sind, was sich darin zeigt, dass ein verschwindend geringer Anteil nicht als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft ist. Die Gruppendiskussion andererseits ist anstrengend und kräftezehrend. Bei der Gruppendiskussion handelt es sich um ein Setting, das wesentlich durch Gruppenöffentlichkeit geprägt ist. Um sich in diesem Setting zu äußern, bedarf es einer inneren psychischen Stärke, um eine Meinung zu äußern und diese diskursiv zu vertreten. Zudem bedarf es der Fähigkeit sich über einen Zeitraum von mindestens 30 Minuten auf einen Diskussionsverlauf zu konzentrieren. Um sich freiwillig in eine solche kraftzehrende Situation zu be-

geben ist zumindest die Überzeugung erforderlich, einer solchen Situation gewachsen zu sein. Dies wird im Einzelfall gewiss gegeben sein, für die Gruppe der Bewohner\_innen insgesamt ist dies aber angesichts zunehmender Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit (Fuchs et al. 2015; Destatis 2015) keineswegs als Selbstverständlichkeit anzunehmen. Zudem bedarf es der Einsicht, dass dieser Einsatz sinnvoll ist. Ein Teil der Bewohner\_innen im OLE-Projekt war den anekdotischen Äußerungen zufolge, davon aber keineswegs überzeugt, da sie angesichts der eigenen Gebrechlichkeit und Endlichkeit keinen individuellen Nutzen sahen.

Parallel zu diesen Bedingungen ist im Rahmen einer solchen Gruppenöffentlichkeit auch die Frage zu stellen, inwieweit die Organisationskultur einer solchen Einrichtung auf die Bewohner\_innen einwirkt. Gibt es eine offene Kommunikation zwischen Bewohner\_innen und Mitarbeiter\_innen der Pflegeeinrichtung wird eine Teilnahme an einer Gruppendiskussion im Rahmen einer Forschung weniger ‚gefährlich‘ erscheinen. Wenn möglich Kritikpunkte von Seiten der Bewohner\_innen bereits kommuniziert sind, besteht nicht die Gefahr, dass in der Gruppendiskussion etwas ans Tageslicht kommt, was nicht öffentlich werden sollte. Darauf, dass mögliche Kritikpunkte unter der Decke gehalten werden sollen, weisen die Kommentare der Bewohner\_innen hin, die besagen, dass man niemanden belasten wolle. Die Ergebnisse von Bradshaw et al. (2012) lassen vermuten, dass es den Bewohner\_innen nicht nur darum geht, die Mitarbeiter\_innen der stationären Pflegeeinrichtung zu schützen, sondern ebenso die Beziehung zwischen ihnen und den in Pflege und Betreuung Tätigen. Die erlebte Verbundenheit mit den Mitarbeiter\_innen hat eine stabilisierende Wirkung in einer Lebenssituation und in einem Umfeld, das eine hohe Anpassungsleistung verlangt. Wenn einerseits Strategien entwickelt und Konfrontationen vermieden werden, um sich das Wohlwollen der Pflegenden und Betreuenden zu sichern (Palacios-Ceña et al. 2014), ist es nicht naheliegend, dieses fragile Gleichgewicht durch z. B. kritische Äußerungen in einer Gruppendiskussion in Gefahr zu bringen.

Ein weiterer Punkt, der der Teilnahme an einer Gruppendiskussion entgegenstehen könnte, ist der Wunsch nach Beziehung bei gleichzeitiger Ambivalenz und ggf. mangelnder Solidarität innerhalb der Gruppe der Bewohner\_innen (Bradshaw et al. 2012). Dieses komplexe Beziehungsgefüge erfordert von den Bewohner\_innen eine Vielzahl von Strategien, um das Miteinander zu managen, da die Zusammensetzung der Bewohnerschaft von den Bewohner\_innen selbst kaum beeinflusst werden kann. Der Wunsch der Forschenden, eine Gruppendiskussion durchzuführen, trifft nun auf dieses möglicherweise rechte fragile Gebäude. Erschwerend kommt hinzu, dass die einzelnen Bewohner\_innen auf die Zusammensetzung der Diskussionsteilnehmer\_innen wiederum keinen Einfluss haben. Die Ablehnung einer Teilnahme an einer Gruppendiskussion mag in diesem Licht betrachtet erneut das Ziel haben, bestehende Mechanismen und Strukturen – nun im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung zu Mitbewohner\_innen – zu schützen.

Diese Perspektiven bilden noch ein weitgehendes Forschungsdesiderat. Allerdings fällt im Rahmen der empirischen Forschung ein Phänomen ins Auge, dass nicht alleine

die Grenzen der Methode Gruppendiskussion thematisiert, sondern gleichzeitig den Bedarf zur Klärung spezifischer Bedingungen innerhalb solcher Komplexeinrichtungen unterstreicht.

## 6. Fazit

Vor dem Hintergrund der Schwierigkeiten bei der Durchführung von Gruppendiskussionen mit Bewohner\_innen in vier Einrichtungen der stationären Altenhilfe untersucht der Beitrag die einschlägige Methodenliteratur wie den Einsatz dieses Verfahrens in der pflegewissenschaftlichen Forschung. Zusammenfassend zeigt eine Betrachtung dieser Positionen, dass der Einsatz von Gruppendiskussionen bisher durch die Bestimmung des Forschungsgegenstands, nicht aber im Hinblick auf die Zielgruppe reflektiert wird.

Mit Blick auf die Literatur bleibt also offen, warum konkret die Bewohner\_innen einerseits weitgehend die Teilnahme an Gruppendiskussionen ablehnen und sie andererseits recht bereitwillig an Einzelinterviews teilnehmen. Der Beitrag zeigt mögliche Lesarten auf, die diese Beobachtung erklären könnten, letztlich müssen diese aber durch eine eigenständige Methodenforschung fundiert werden. Forschungsleitende Fragestellungen sollten, so das vorläufige Ergebnis dieses Beitrags, sowohl die gesundheitlichen Voraussetzungen als Bedingung zur Teilnahmebereitschaft wie auch die Solidarität unter Bewohner\_innen als Voraussetzung einer Interaktion erschließen. Darüber hinaus wäre auch das Verhältnis zwischen Bewohner\_innen und den in der Altenhilfeeinrichtung Tätigen zu untersuchen hinsichtlich der Frage, ob es hier wirksame hegemoniale Kräfte gibt, die eine offene Kommunikation aus Sicht der Bewohner\_innen erschweren. Eine entsprechende Forschung würde einerseits weiter zur Aufhellung des komplexen Interaktions- und Machtgefüges einer Einrichtung der stationären Altenhilfe beitragen, aber auch die theoretische Auseinandersetzung mit der Methode der Gruppendiskussion weiter schärfen.

## Literatur

- Barbour, R. S. (2013): *Doing focus groups*. Los Angeles: Sage
- Bohnsack, R. (2010): Gruppendiskussionsverfahren und dokumentarische Methode. In Boller, H./Friebertshäuser, B./Langer, A./Prenzel, A./Richter, S. (Hrsg.): *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa-Verlag, S. 205–218
- Bradshaw, SA./Playford, Ed./Riazi, A. (2012): Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. In: *Age and aging* 41, 429–440
- Burkart, G. (2009): *Weg ins Heim. Lebensläufe und Alltag von BewohnerInnen in der stationären Altenhilfe*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Burkart, G., Meyer, N. & Stemmer, R. (2016): Organisationales Lernen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe als Ermöglichung von Autonomie und Partizipation. In: *Der pädagogische Blick* 4, 209–217
- Calkins, M./Cassella, C. (2007): Exploring the cost and value of private versus shared bedrooms in nursing homes. In: *The Gerontologist* 2, 169–183



- Chabeli, M. M. (2003): Health care needs of older people living permanently in a residential home setting in Gauteng. In: *Curationis* 4, 14–21
- Chong, A. M./Chi, I. (2001): The construction and validation of a scale for consumer satisfaction of residential care in Hong Kong. In: *Journal of interprofessional care* 3, 223–234
- Claessens, N. (2014): Nursing home residents and celebrities: a tale of morality. In: *International journal of aging & human development* 4, 323–349
- Courtney, K. L./Demiris, G./Hensel, B. K. (2007): Obtrusiveness of information-based assistive technologies as perceived by older adults in residential care facilities: a secondary analysis. In: *Medical informatics and the Internet in medicine* 3, 241–249
- Flick, U. (2007): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag
- Flick, U./Kardorff, E. von/Keupp, H./Rosenstiel/L. von/Wolff, S. (Hrsg.) (2008): *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Beltz
- Fuchs, J./Scheidt-Nave, C./Gaertner, B./Dapp, U./Renteln-Kruse, W. von/Saum, K. U./Thorand, B./Strobl, R./Grill, E. (2015): Frailty in Deutschland: Stand und Perspektiven: Ergebnisse eines Workshops der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 8, S. 734–742
- Glaser, B. G./Strauss, A. L. (2010): *Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber
- Göhlich, M./Weber, S. M./Schroer, A. (2014): *Forschungsmemorandum Organisationspädagogik*. [http://www.dgfe.de/fileadmin/OrdnerRedakteure/Sektionen/Sek09\\_ErwB/KOP/Forschungsme-Forschun\\_Organisationsp%C3%A4dagogik\\_2014.pdf](http://www.dgfe.de/fileadmin/OrdnerRedakteure/Sektionen/Sek09_ErwB/KOP/Forschungsme-Forschun_Organisationsp%C3%A4dagogik_2014.pdf). [01.10.2018]
- Hare, R./Rogers, H./Lester, H./McManus, R./Mant, J. (2006): What do stroke patients and their carers want from community services? In: *Family practice* 1, 131–136
- Innes, A./Kelly, F./Dincarslan, O. (2011): Care home design for people with dementia: What do people with dementia and their family carers value? In: *Aging & mental health* 5, 548–556
- Kühn, T./Koschel, K.-V. (2011): *Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft
- Liebig, B./Nentwig-Gesemann, I. (2009): Gruppendiskussionen. In Kühn, S./Strodtholz, P./Taffertshofer, A. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Loos, P./Schäffer, B. (2001): *Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung*. Opladen: Leske + Budrich
- Loos, P./Schäffer, B. (2007): *Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- McDermott, O./Orrell, M./Ridder, H. M. (2015): The development of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). In: *Nordic journal of music therapy* 3, 232–251
- Meuser, M./Nagel, U. (1991): Experteninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In Garz, D./Kraimer, K. (Hrsg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdt. Verl., S. 441–471
- Meyer, N. (2017): *Komparative pädagogische Berufsgruppenforschung. Erwachsenenpädagogik und Journalismus im Vergleich*. Bielefeld: wbv
- Molema, F./Koopmans, R./Helmich, E. (2014): The nursing home as a learning environment: dealing with less is learning more. In: *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges* 3, 497–504
- Nakrem, S./Vinsnes, AG./Harkless, GE./Paulsen, B./Seim, A. (2013): Ambiguities: residents' experience of 'nursing home as my home'. In: *International journal of older people nursing* 3, 216–25
- Neidhardt, F. (1979): Das innere System sozialer Gruppen. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 4, S. 639–660
- Nittel, D./Schütz, J./Tippelt, R. (2014): *Pädagogische Arbeit im System des lebenslangen Lernens. Ergebnisse komparativer Berufsgruppenforschung*. Weinheim: Beltz Juventa
- Oberski, I. M./Carter, D. E./Gray, M./Ross, J. (1999): The community gerontological nurse: themes from a needs analysis. In: *Journal of advanced nursing* 2, S. 454–462

- Palacios-Ceña D./Losa-Iglesias ME./Gómez-Calero C./Cachón-Pérez JM./Brea-Rivero M./Fernández-de-las-Peñas C. (2014): A qualitative study of the relationship between residents and nursing homes nurses. In: *Journal of clinical nursing* 3-4, S. 550-9
- Pearce, N. J./Myers, A. M./Blanchard, R. A. (2007): Assessing subjective fall concerns in residential living seniors: development of the activities-specific fall caution scale. In: *Archives of physical medicine and rehabilitation* 6, S. 724–731
- Rosen, T./Lachs, M. S./Bharucha, A. J./Stevens, S. M./Teresi, J. A./Nebres, F./Pillemer, K. (2008): Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: insights from focus groups of nursing home residents and staff. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 8, S. 1398–1408
- Schäffer, B. (2012): Gruppendiskussionsverfahren und Focus Groups. Geschichte, aktueller Stand und Perspektiven. In Schäffer, B./Dörner, O. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Erwachsenen- und Weiterbildungsforschung*. Leverkusen: Budrich, S. 347–362
- Sims-Gould, J./McKay, H. A./Feldman, F./Scott, V./Robinovitch, S. N. (2014): Autonomy, choice, patient-centered care, and hip protectors: the experience of residents and staff in long-term care. In: *Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society* 6, S. 690–709
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017): *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung*. Wiesbaden
- Teka, A./Adamek, M. E. (2014): "We prefer greeting rather than eating:" life in an elder care center in Ethiopia. In: *Journal of cross-cultural gerontology* 4, S. 389–404
- Tietze, K.-O. (2010): *Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung. Theoretische Entwürfe und empirische Forschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft
- Tokarski, K. O./Schellinger, J./Berchtold, P. (Hrsg.) (2018): *Strategische Organisation. Aktuelle Grundfragen der Organisationsgestaltung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
- Tsai, H.-H./Tsai, Y.-F. (2008): A temporary home to nurture health: lived experiences of older nursing home residents in Taiwan. In: *Journal of clinical nursing* 14, S. 1915–1922
- van Malderen, L./Mets, T./Vriendt, P. de/Gorus, E. (2013): The Active Ageing-concept translated to the residential long-term care. In: *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 5, S. 929–937
- Wu, M./Li, S. X./Zhang, N. J./Zhu, A. A./Ning, B./Wan, Thomas T H/Unruh, L. (2012): Nursing home research in Jinan, China: a focus group approach. In: *International Journal of Public Policy* 1-3, S. 21–30

*Prof. Dr. Nikolaus Meyer*

Professur für Soziale Arbeit, IUBH University of Applied Sciences, Hanauer Landstraße 147-149, 60314 Frankfurt am Main, ni.meyer@iubh-dualesstudium.de (Korrespondenzadresse)

*Arne Buss MSc*

Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsprojekt OLE. Hochschule München, Am Stadtpark 20, 81243 München, arne.buss@hm.edu

*Prof. Dr. Renate Stemmer*

Professur für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement. Katholische Hochschule Mainz, Saarstraße 3, 55122 Mainz, rena.te.stemmer@kh-mz.de

Anke Begerow, Uta Gaidys

## **Das Erleben älterer, chronisch und multimorbid erkrankter Menschen vor und nach medizinischen Eingriffen am Beispiel von Transcatheter Aortic Valve Implantationen (TAVI)**

Experiences of elderly multimorbid and chronically ill people before and after medical procedures, using the example of Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI)

The care of aging and multi-morbid patients has become a key focus in the field of invasive cardiology and cardiac surgery. An increasing amount of patients is treated via TAVI. This operative technique is an option for patients with stenosis of the aortic valve, when conventional therapy is not suitable for them (Treede 2011). In order to choose the right interventions nurses need not only to understand the medical intervention but need to know the implications on the everyday life of the patients and their altered care needs. The aim of this study is an exploration of experiences within the care process from a patient's perspective. Therefore a interview study (n=9) based on the grounded theory (Strauss et al. 1996) is performed. The analysis shows, that TAVI influences the participants in a physical, cognitive and psychological way, which also means a change in their behavior and their interactions. The results of this study help to understand the experiences of these patients and offer possibilities for an appropriate nursing support within the care process.

### **Keywords**

Transcatheter Aortic Valve Implantation, TAVI, experience, care

Im Bereich der invasiven Kardiologie und der Kardiochirurgie ist die Versorgung und die Pflege von älteren und multimorbid erkrankten Menschen ein wichtiger Schwerpunkt geworden. Zunehmend werden Patient\_innen mittels TAVI versorgt. Diese Operationstechnik ist eine Therapiemöglichkeit von Aortenklappenstenosen für Betroffene mit hohem Operationsrisiko, die nicht für eine konventionelle Therapie infrage kommen (Treede 2011). Pflegende müssen sich nicht nur mit neueren medizinischen Eingriffen auseinandersetzen, sondern vielmehr mit deren Auswirkungen auf den Lebensalltag der Betroffenen und ihren daraus resultierenden Versorgungsbedarfen, um entsprechend diesen intervenieren zu können. Das Ziel der Studie ist eine Exploration des Erlebens in diesem Versorgungsprozess aus der Perspektive der Betroffenen. Hierfür wird eine Interviewstudie (n=9) in Anlehnung an die Grounded Theory (Strauss et al. 1996) durchgeführt. Die Analyse zeigt, dass der Eingriff die Befragten körperlich, kognitiv und psychisch stark beeinflusst und somit auch ihr Verhalten und ihre Interaktionen. Die Ergebnisse der Studie helfen, das Erleben dieser Patientengruppe zu verstehen und pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten zu planen.

---

eingereicht 08.12.2018

akzeptiert 19.08.2019

**Schlüsselwörter**

Kathetergestützte Aortenklappenimplantation, TAVI, Erleben, Pflege

**1. Einleitung**

Die Aortenklappenstenose ist eine der häufigsten erworbenen Herzklappenerkrankungen (Bolanz et al. 2008). Weltweit sind 2-9% der Bevölkerung über 65 Jahre betroffen (Faggiano et al. 2006). Als Folge des demographischen Wandels wird die Aortenklappenstenose weiter an Bedeutung gewinnen. Typischerweise verläuft die Aortenklappenstenose für lange Zeit asymptomatisch. Treten jedoch Symptome wie Dyspnoe, Angina pectoris, Synkopen und Zeichen einer Linksherzinsuffizienz auf, sind die Betroffenen in ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit stark eingeschränkt (Flesch 2011). Die Lebenserwartung nach dem Auftreten von Symptomen ohne operative Versorgung liegt bei wenigen Jahren (Siegenthaler et al. 1992; Arastéh et al. 2012).

Wo bisher häufig eine palliative Versorgung notwendig wurde, hat sich die Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) als Therapiemöglichkeit von Aortenklappenstenosen bei älteren, multimorbid erkrankten Menschen mit hohem Operationsrisiko entwickelt (Treede 2011). Die Versorgung und die Pflege dieser Patient\_innen ist ein wichtiger Schwerpunkt im Bereich der Kardiologie und Kardiochirurgie geworden. Dies verdeutlicht u. a. die Zahl der durchgeführten Eingriffe. Während im Jahr 2002 weltweit die erste TAVI implantiert wurde (Cribier et al. 2002), zeigen die Daten für den Zeitraum von 2008 bis 2013 in Deutschland einen Anstieg der TAVI von 637 Implantationen in 2008 auf 10.602 in 2013 (AQUA 2014).

Die Operation kann den Krankheitsverlauf und die damit verbundenen Verlaufskurven<sup>1</sup> stark verändern, was für Betroffenen und deren Angehörige verunsichernd sein kann (Lubkin 2002). Um entsprechend intervenieren zu können, müssen Pflegende sich mit den neuen medizinischen Eingriffen, dessen Auswirkungen und den veränderten Patientenbedürfnissen auseinandersetzen. Beispielweise benötigen die älteren Patient\_innen mehr Zeit zur Informationsaufnahme oder um sich in den vorgegebenen Versorgungsstrukturen und den institutionell geprägten Interaktionsprozessen zurechtzufinden (Matolycz 2016). Dies kann wiederum Auswirkungen auf die professionelle Beziehungsgestaltung haben. Neben dem Alter der Patient\_innen, lassen auch die Komorbidität und die hohe Mortalität (10,1% [30 Tage] und 29,9% [1 Jahr]) des Eingriffs (Seiffert et al. 2012) spezifische Bedürfnisse dieser Patientengruppe erwarten. Jedoch sind die Bedürfnisse dieser Patient\_innen bisher nicht erforscht und systematisiert.

Für eine bedürfnisgerechte Planung und Realisierung pflegerischer Interventionen ist es notwendig, das Erleben und die Erfahrungen der Patient\_innen während dem Versorgungsprozess zu verstehen und den Versorgungsbedarf dieser Menschen zu kennen.

1 „Der Begriff Verlaufskurve (Trajectory) verweist auf die aktive Rolle, die Menschen bei der Gestaltung des Verlaufs einer Krankheit spielen“ (Corbin, Strauss 2010: 48).

## 2. Zielsetzung und Fragestellung

In Hinblick auf die Vulnerabilität der beschriebenen Patient\_innengruppe soll diese mit ihren Wahrnehmungen und ihren Versorgungsbedarfen in den Fokus rücken, damit Pflegende eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen können. Zudem sollen die Ergebnisse dieser Studie einen Einblick in das wirkliche Erleben dieser Patient\_innen zulassen und somit das Wissen über diese Patient\_innengruppe erweitern. Dafür sollen die Befragten selbst zu Wort kommen, denn das Erzählte der Teilnehmenden wird grundsätzlich als bedeutsam erachtet (Breuer et al. 2019).

Die erkenntnisleitende Fragestellung lautet: *Welche Erfahrungen machen ältere chronisch und multimorbid erkrankte Menschen im Versorgungsprozess vor und nach medizinischen Eingriffen am Beispiel von Transcatheter Aortic Valve Implantationen (TAVI)?*

## 3. Methode

Die Erfassung der Erfahrungen und des Erlebens von Patient\_innen unter Einbezug von Kontextbedingungen erfordert ein offenes Forschungsvorgehen. Infolge dessen wird das methodische Vorgehen in Anlehnung an die Grounded Theory (GT) nach Strauss und Corbin (1996) angewandt. Die GT beschäftigt sich mit dem Verständnis des Verhaltens von Menschen und beruht auf dem symbolischen Interaktionismus (Morse et al. 1998). Dementsprechend ist die Forschungsmethode geeignet, um Interaktionen, Verhaltensweisen, Erlebnisse und Wahrnehmungen von Menschen abzubilden und diese auch ohne vorgefasste Hypothesen oder Theorien zu erforschen (Glaser et al. 2005). Bisher sind keine ausreichenden Erkenntnisse über das Erleben der Patient\_innen vor und nach TAVI beschrieben, um einen Entwurf von Hypothesen oder Theorien zu ermöglichen. Die Wahl der Forschungsmethode berücksichtigt dies und ermöglicht eine Entwicklung und Explikation des Verständnisses vom Erleben der Patient\_innen vor und nach TAVI unter Einbezug ihrer Interaktionen und Verhaltensweisen.

### 3.1 Datenerhebung

Aspekte eines Untersuchungsgegenstandes lassen sich nach Strauss et al. (1996) durch Erzählungen als Daten in Textform sammeln und analysieren. Deshalb erfolgte die Datenerhebung mittels Interviews (n=9) im Zeitraum von Juni bis September 2014. Es wurden Menschen befragt, die eine Behandlung der Aortenklappenstenose mit TAVI erhalten haben. Menschen, die die deutsche Sprache nicht verstehen oder sprechen können, sowie Menschen mit krankheitsbedingter kognitiver Einschränkung (Demenz, Verwirrtheit) wurden als Teilnehmende ausgeschlossen. Die Interviews wurden teilstrukturiert, wobei die Frageformulierungen, Nachfragestrategien und die Abfolge nicht starr festgelegt wurde (Hopf 2012). Die Fragen orientierten sich an den einzelnen Versorgungssettings nach TAVI. Der Interviewleitfaden wurde nach jedem Interview überprüft und musste im Verlauf nicht angepasst werden, da die Interviewpartner diesem folgen konnten. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 13 und 52 Minuten.

Nach der GT verläuft die Datenerhebung und Datenanalyse während des gesamten Prozesses parallel und ist miteinander verbunden (Strübing 2014). Auf Basis der Datenauswertung wurde forschungsprozessbegleitend nach jedem Interview neu entschieden, welche Teilnehmerinnen oder Teilnehmer zukünftig befragt werden (Strübing 2014). Dabei wurden Charakteristika jedes Interviewteilnehmenden und der Stand der entwickelten Erkenntnisse bei der Datenaufnahme berücksichtigt (Breuer et al. 2019). Durch dieses Vorgehen konnte eine mögliche Heterogenität der Befragten erreicht werden, um ein breites Erlebensspektrum zu erreichen (Lamnek 2005).

Die erste Kontaktaufnahme mit den potenziellen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern erfolgte durch behandelnde Mediziner während des stationären Aufenthalts oder bei einem Nachsorgetermin. Den Teilnehmenden wurde eine schriftliche Information über die geplante Studie übergeben. Die Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie erfolgte durch die Teilnehmenden in schriftlicher Form. Dafür erhielten die Teilnehmenden mindestens 48 Stunden bzw. die Zeit, die sie für ihre Entscheidung benötigten. Der Ort und der Zeitpunkt der Befragung richteten sich nach dem Wunsch der Teilnehmenden. Lediglich ein Interview fand nicht innerhalb der Klinik, sondern bei einem Interviewpartner zu Hause statt. Zu Beginn des Interviews wurde den Teilnehmenden die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass ihnen kein Nachteil in ihrer Behandlung entsteht, sofern sie das Interview ablehnen würden. Außerdem wurde erklärt, dass die Befragten jederzeit mitteilen können, wenn diese eine Unterbrechung oder einen Abbruch des Interviews wünschen. Eine Kontaktaufnahme nach Abschluss der Interviews, zur Besprechung der Ergebnisse, wurde ebenfalls angeboten.

### 3.2 Datenanalyse

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, pseudonymisiert transkribiert und im Anschluss daran in das Programm MaxQDA11© importiert. Die Datenauswertung erfolgte in Anlehnung an die GT nach den Schritten des offenen und axialen Kodierens (Strauss et al. 1996). Zuerst wurden die Interviews Zeile für Zeile offen kodiert. Dadurch entstanden eine Vielzahl von Benennungen und konzeptuellen Bezeichnungen, die verglichen und gruppiert wurden. Im Anschluss daran wurden die Daten axial kodiert. Hierdurch bildeten sich sowohl zentrale Kategorien als auch Subkategorien und deren Zusammenhänge heraus. Daraufhin wurde entschieden, welche Hauptkategorien Aussagekraft zur Beantwortung der Fragestellung haben und welche verfolgt und verdichtet werden. Während des Kodierprozesses wurden zusätzlich Grafiken über die Zusammenhänge der Kategorien erstellt, welche Strauss und Corbin (1996) als Minischemata bezeichnen und die dazu dienen können, eine höhere Abstraktionsebene zu erlangen.

### 3.3 Gütekriterien und Ethische Aspekte

Der vorliegenden Studie wurden die Gütekriterien für qualitative Forschung nach Lincoln und Guba (1985) zugrunde gelegt. Die erhobenen Daten wurden unbearbeitet archiviert und einzelne Forschungsschritte und Interpretationen im Rahmen eines peer-debriefing diskutiert. Zusätzlich hat die Forscherin während der gesamten Studie ein Logbuch geschrieben. Das ermöglicht den Forschungsprozess immer wieder kritisch zu betrachten. Neutralität kann nach Lincoln und Guba (1985) dadurch bestehen, dass die Aussagen der Befragten als solche stehen bleiben. Dementsprechend wurden die verwendeten Interviewzitate unverändert dargestellt. Vor Beginn der Studie wurde aufgrund der Vulnerabilität der Patientengruppe ein Ethikantrag an die Ethikkommission des CCG – Competence Center Gesundheit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg gerichtet. Das Forschungsvorhaben erhielt ein positives Votum.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Charakteristika der Interviewteilnehmenden

Es konnten Frauen (n=5) und Männer (n=4) für die Interviewstudie rekrutiert werden, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach einer TAVI befragt wurden. Das Sampling dieser Studie zielt auf eine größtmögliche Heterogenität der Befragten ab, um somit ein möglichst großes Antwortspektrum zu erhalten. Diese Heterogenität konnte über das Geschlecht, das Alter, den Familienstand und der Anzahl an vorhandenen Komorbiditäten erreicht werden. Auch hinsichtlich der Zugangswege für die TAVI unterscheiden sich die Befragten. In Tabelle 1 werden nachfolgend die Eigenschaften der Interviewteilnehmenden abgebildet.

### 4.2 Interviewergebnisse

Im Folgenden wird das Erleben der Patient\_innen systematisch dargestellt. Die Ergebnisse zum Erleben zeigen, dass die TAVI die Befragten körperlich, kognitiv und psychisch beeinflusst und somit auch ihr Verhalten sowie ihre Interaktionen. Die wesentlichen Aspekte werden in fünf Kategorien (Keine Wahl haben, Kontrollverlust, Nicht auffallen wollen, Zukunftssorgen und Professionelle Beziehungen) zusammengefasst und nachfolgend im Zusammenhang mit beispielhaften Zitaten dargestellt. Die Beschreibung des Erlebten erfolgt nicht linear, die Kategorien sind miteinander verbunden und bedingen sich gegenseitig. Im Anschluss an die Darstellung der Ergebnisse werden Unterstützungsbedarfe aus den Kategorien abgeleitet.

#### 4.2.1 Keine Wahl haben

Für die älteren, multimorbiden Patient\_innen gibt es verschiedene Beweggründe und Motivationen sich einer TAVI zu unterziehen. Einige Interviewpartner\_innen nennen den Wunsch, weiter leben zu wollen. Dabei zeigen sich familiäre Ereignisse als bedeu-

Merkmal	n
Gesamt	9
Geschlecht	
weiblich	5
männlich	4
Alter (in Jahren) M=81,7 (SD=6,46; min 71/max 90)	
Personen im Haushalt	
1	4
2	5
Operationszugang	
transfemoral	6
transapikal	3
Anzahl Komorbiditäten M=5 (SD=1,56; min 3/max 7)	
Zeitpunkt nach TAVI	
3-5 Tage	5
3 Monate	2
1 Jahr	2

Anmerkung: M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Tab. 1: Eigenschaften der Interviewteilerinnen und Teilnehmer

tende Faktoren bei der Entscheidung zur Operation. „*Damals wollte ich das, weil ich ein Urenkelchen hab, ne*“ (Frau E, Abs. 1). Dabei können individuelle Lebensinhalte und motivationale Ziele als ein so bedeutsamer Faktor wirken, dass keine informierte Entscheidung unter Berücksichtigung von Alternativen erfolgt. Des Weiteren beschreiben die Befragten lebensbedrohliche Erfahrungen als beeinflussende Faktoren für eine Operationsentscheidung, etwa Symptome wie Schwindel, Ohnmachtsanfälle und vor allem ausgeprägte Dyspnoe. Dies hat zur Folge, dass die Befragten Angst haben, ohne Aortenklappenersatz ihren Lebensalltag nicht mehr allein gestalten zu können. Sie bewegen sich zwischen der Angst weiterhin in ihrem Leben eingeschränkt zu sein oder sogar pflegebedürftig zu werden und der Angst vor der Operation. Vor allem lebensbedrohliche Erfahrungen und Beschränkungen im Leben der Befragten können das Gefühl keine Wahl zu haben hervorrufen. „*Ja, das musste sein. Das musste, das sollte ja schon vor Jahren und da habe ich mich immer gegen gewehrt, aber ich kriegte keine Luft und da musste das sein*“ (Frau C, Abs. 6). Neben den belastenden Symptomen der Aortenklappenstenose geben die Befragten aber auch an, dass der ärztliche Rat einen großen Einfluss auf die Entscheidung für eine Operation hat. Hierbei nutzen einige Interviewpartner\_innen die ärztliche Empfehlung, um die Verantwortung für die Operationsentscheidung zur TAVI abzugeben. „*Ja der Kardiologe sagte ich sollte, glaube ich, das jetzt machen lassen, nich*“ (Frau B, Abs. 15).



### 4.2.2 Kontrollverlust

Nach der Operation bleiben die Patient\_innen, je nach Verlauf und Gesundheitszustand, zwei bis drei Tage auf der Intensivstation. Die Befragten beschreiben das Erleben auf der Intensivstation zusammenfassend als einen Kontrollverlust: *„Ich würd sagen, na nicht geistig, psychisch war ich dann eigentlich irgendwann, hatte ich mich wieder beieinander und hatte mich wieder zusammen, aber dann war ich noch so körperlich, körperlich war ich beträchtlich down. Ich konnte nicht aufstehen. Ich hatte keine Kontrolle“* (Herr D, Abs. 20). Der Kontrollverlust lässt sich in drei Ausprägungen unterteilen. Jede Ausprägung hat wiederum unterschiedliche Dimensionen, welche nachfolgend beschrieben und in der Abbildung 1: „Kontrollverlust – Ausprägungen und Dimensionen“ dargestellt werden.

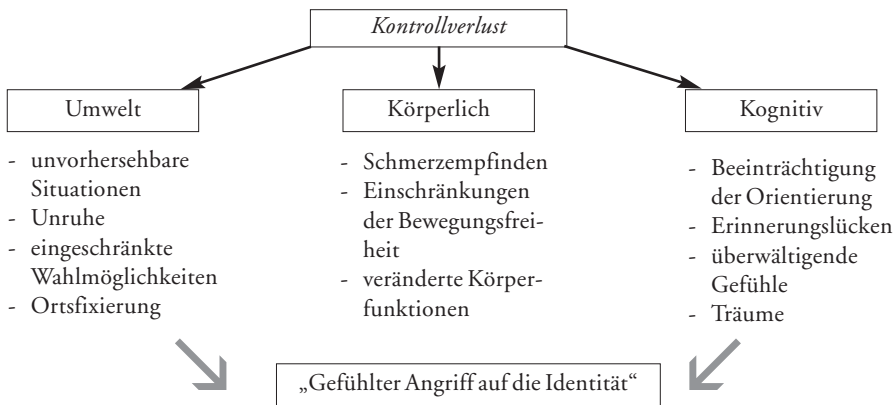


Abb. 1: Kontrollverlust- Ausprägungen und Dimensionen

#### *Verlust der Umweltkontrolle*

Die fehlende Kontrolle auf der Intensivstation über das, was um die Patientinnen und Patienten herum passiert, nehmen die Interviewten unterschiedlich stark als Verlust der Umweltkontrolle wahr. Dabei beschreiben die Befragten eine bestehende Ortsfixierung sowie Unruhe und das sich ständig in einer unvorhersehbaren Situation zu befinden, als wesentliche Charakteristika dieses Settings. *„Da war es sehr unruhig. Weil da, da liefen Leute rum und Ärzte. Alle und der eine kam und der andere kam. Ich wusste schon gar nicht mehr, was los war“* (Frau E, Abs. 17).

#### *Körperlicher Kontrollverlust*

Die Befragten beschreiben auf der Intensivstation einen körperlichen Kontrollverlust. Dieser tritt beispielsweise in Form veränderter Körperfunktionen, Einschränkungen der Bewegungsfreiheit sowie durch Schmerzen auf. Die Erinnerungen an Schmerzen auf der Intensivstation werden von den Befragten unterschiedlich beschrieben. Einige erinnern sich nicht daran, Schmerzen gehabt zu haben, andere meinen wiederum sich

noch genau daran zu erinnern. „Und da auf Intensivstation hatte ich auch die Schmerzen. Konnte mich nicht drehen und gar nichts“ (Frau E, Abs. 11).

### *Kognitiver Kontrollverlust*

Alle Interviewpartner\_innen schildern kognitive Veränderungen mit verschiedenen Ausprägungen. Sie beschreiben zudem überwältigende Gefühle, Orientierungsbeeinträchtigungen, bis hin zu ausgeprägten Erinnerungslücken. „Naja und wie ich dann wach wurde, dass weiß ich gar nicht. Das weiß ich gar nicht. Aber zuerst habe ich immer Angstgefühl gehabt. ... Ich war richtig verwirrt. Ich denke, oh jetzt wirst du wohl verrückt, aber ich habe mir erzählen lassen, dass es Vielen so geht und einige spucken sogar die Schwestern an. Es war, als wenn ich ganz verwirrt war“ (Frau G, Abs. 4). Des Weiteren sind auf der Intensivstation belastende Träume ein bedeutendes Thema für die Interviewten. Das Geträumte hat eine besondere Bedeutung für sie, da sie retrospektiv oft nicht zwischen Wirklichkeit und Traum unterscheiden können. „Also zuerst sah ich, ich weiß nicht, so kleinere, kleinere Gestalten. Ich weiß nicht, aber ich sah Leute im Schlaf, aber wenn ich jetzt denke, dann sind das die Leute gewesen, die ich irgendwo gesehen hab. Kann das nicht angehen? Da habe ich schon so oft drüber nachgedacht“ (Frau C, Abs. 2).

Der beschriebene Kontrollverlust ist belastend und bedeutsam für das Erleben und wird als ein gefühlter Angriff auf die Identität interpretiert. Aus diesem Angriff resultiert eine Verunsicherung, welche ursächlich für die Entstehung des Wunsches nicht Auffallen zu wollen sein kann.

### 4.2.3 Nicht auffallen wollen

Nach der Verlegung von der Intensivstation auf die periphere Station bleiben körperliche und kognitive Veränderungen nach TAVI bestehen. Die Befragten versuchen, diese zu verbergen und wollen nicht auffallen. Die Konsequenz, diese Veränderungen zu verbergen, kann sich darin zeigen, dass die Befragten ihren Unterstützungsbedarf nicht äußern. „Und da habe ich gedacht, von diesem Kram erzählst du erst mal gar nichts. Irgendwann wird ja einer kommen und sagen, was war da los bei dir“ (Herr F, Abs. 26). Dadurch, dass die Befragten ihren Unterstützungsbedarf nicht äußern bzw. verheimlichen, kann es dazu kommen, dass Komplikationen oder Verschlechterungen spät oder gar nicht erkannt werden. Aus Angst, nicht mehr in ihre Häuslichkeit zurückkehren zu können, wollen sie nicht in den Fokus des Behandlungsteams geraten. Das „nicht auffallen wollen“ ist dabei keine passive Kompensation, sondern ein aktiver Prozess. Dies zeigt sich insbesondere durch die unternommenen Anstrengungen, wie beispielsweise wie der Versuch einer Selbstkontrolle. Dabei entwickeln Betroffene Strategien und Taktiken um ihre Gedächtnisleistung selbst zu überprüfen. „Dann hab ich das ABC aufgesagt, Gedichte aufgesagt, die mir dann so in Sinn kamen. Und dann habe ich gedacht, Mensch das scheint ja doch, als wenn alles nicht so schlimm ist“ (Frau G, Abs. 8).

#### 4.2.4 Zukunftssorgen

Einige der Befragten erleben nach der Operation eine schnelle Erholung, während andere sich stark eingeschränkt fühlen. Mehrere Interviewteilnehmer\_innen sind enttäuscht, dass sie nicht das Gefühl haben, dass es ihnen fühlbar besser geht, obwohl eine Verbesserung der Aortenklappenstenose medizinisch messbar ist. *„Und wie gesagt, die Operation hat vielleicht was mit dem Herz gemacht, aber ich bin so schwach“* (Frau B, Abs. 72). Nicht alle Interviewten waren darauf vorbereitet, dass ihre jeweilige Genesung einen größeren Zeitraum andauern kann. *„Und ich dachte, ich würde mich besser erholen“* (Frau E, Abs. 56).

Spätestens kurz vor ihrer Entlassung müssen sich die Patient\_innen mit der bevorstehenden Bewältigung ihres Alltags auseinandersetzen. *„Aber wie das nachher zu Hause sein soll, würde mich interessieren. Ich wohne im 3. Stock und muss als erstes, wenn ich hoffentlich, wenn ich Montag raus komme, meine Wäsche waschen und dann muss ich noch Kleinigkeiten für die Reha besorgen“* (Herr H, Abs. 39). Je nach den kontextuellen Bedingungen beeinflussen auch mögliche schwerwiegende Komplikationen und/oder bestehende Vorerkrankungen der älteren Menschen das Erleben. Die Befragten haben das Gefühl, nicht angemessen auf das zukünftige Leben und auf ihre Rückkehr in die eigene Häuslichkeit vorbereitet zu sein. *„Ich denke jetzt immer dran, wenn ich dann zuhause bin, dass ich das alles nicht mehr schaffe und auch wenn ich jetzt zur Reha komm, die drei Wochen sind ja überhaupt nichts und dann hinterher ist es immer ganz schön. Wie das überhaupt weiter geht dann“* (Frau E, Abs. 31). Sie empfinden ein Ungleichgewicht zwischen ihrem gesundheitlichen Zustand und dem Versorgungsangebot, was dazu führt, dass sie Zukunftssorgen haben, nach der TAVI den Anforderungen ihrer Alltagsbewältigung nicht mehr gerecht werden zu können.

#### 4.2.5 Professionelle Beziehungen

Die Befragten erleben einen häufigen Wechsel des Versorgungsteams. *„Nein, die [Pflegerinnen] sind alle verschieden. Die kenne ich ja nicht. Da sind jeden Tag drei Neue“* (Herr F, Abs. 41). Dies löst bei den Befragten häufig ein Gefühl der Orientierungslosigkeit aus. *„Ich weiß gar nicht, wo ich dahin muss oder zu wem ich muss“* (Frau E, Abs. 77). Im Zusammenhang mit dieser Diskontinuität der pflegerischen Versorgung, insbesondere durch den daraus resultierenden schlechten Kontakt zu den Pflegenden, zeigen sich starke Informationsdefizite bei den Betroffenen. *„Was ich nicht machen darf? Nee, darüber hat mich noch keiner aufgeklärt. Gibt es da was zu sagen? Hat noch keiner mit mir gesprochen“* (Herr H, Abs. 45). Dieses Informationsdefizit ist eng mit den Kategorien Zukunftssorgen und nicht auffallen wollen verbunden.

Die Befragten wünschen sich eine positive professionelle Beziehung zum Versorgungsteam, die bei der Bewältigung ihrer Situation durch fürsorglichen Beistand und eine Mut machende Anteilnahme hilft. *„Das mich eine Schwester, meinetwegen an die Hand genommen hätte und gesagt hätte, es ist alles vorbei und sie sind hoch und trocken und alles ist schön, das hätte ich da gebrauchen können“* (Herr D, Abs. 16). Nicht alle erleben

diese, woraus ein Gefühl des Alleingelassenseins entstehen kann. „*Ja, ich hab mich allein gelassen gefühlt*“ (Frau E, Abs. 44). Ein frühzeitiger Einbezug bestehender sozialer Netzwerke kann hier bedeutend für das Erleben und für die Bewältigung sein. Allerdings ist zu erwähnen, dass durch das fortgeschrittene Alter der Interviewteilnehmer\_innen Freunde und Lebenspartner teilweise bereits verstorben sind. Hierdurch gewinnt eine positive Beziehungsgestaltung zwischen den Befragten und dem Versorgungsteam an Bedeutung.

#### 4.2.6 Unterstützungsbedarfe

Zusätzlich zu den bisher dargestellten Ergebnissen zum Erleben der Befragten sowie den damit im Zusammenhang stehenden Erfahrungen werden die in den Kategorien inhärenten Unterstützungsbedarfe nachfolgend expliziert und mit Zitaten zusammenfassend dargestellt.

Vor der Operation zeigt sich, dass die Entscheidungsfindung, sich operieren zu lassen, beispielsweise durch beeinflussende Faktoren, wie lebensbedrohliche Erfahrungen und dem Wissen über die Bedeutung der Operation beeinflusst wird. Daraus ist abzuleiten, dass die Befragten individuelle Beratung und Informationen benötigen, um eine partizipative und individuell an ihre Lebenssituation angepasste Entscheidung treffen zu können. „[Operation] *Weil die Ärzte das gesagt haben, wusste ja nix besser*“ (Frau E, Abs. 4). Auffällig ist, dass sich die Befragten als sehr empfänglich für den ärztlichen Rat zeigen und ihre eigene Verantwortung während der Entscheidung zur Intervention eher nicht sehen. Hier kann die gemeinsame Erhebung der Beweggründe und Motivationen für eine Operation sowie das Aufzeigen von Alternativen eine wichtige Unterstützung für die Betroffenen zur eigenen Entscheidungsfindung darstellen. Auch können diese Beweggründe und Motivatoren im weiteren Verlauf der Behandlung als Ressource zur Bewältigung des Erlebten genutzt werden. „*Mein Mann wird 90, wir sind 63 Jahre verheiratet, daran denk ich immer, das ist gut*“ (Frau G, Abs. 36).

Welche Unterstützung die Befragten auf der Intensivstation benötigen, hängt jeweils vom Gesundheitszustand und dem erlebten Kontrollverlust ab. Davon unabhängig scheint ein angepasstes Schmerzmanagement unbedingt erforderlich zu sein. „*Dass sie mir das Schmerzmittel, mir Schmerzmittel gegeben hätten und dass ich mich besser bewegen könnte oder so*“ (Frau E, Abs. 26). Diese Schmerzbehandlung sollte auch auf Schmerzen abzielen, die durch Komorbiditäten ausgelöst sind. Außerdem ist neben einem angepassten Delirmanagement die Unterstützung einer positiven Selbstkonzeption unabdingbar. „*Fühlte mich verloren, aber ist ja klar, wenn man verrückt wird, so verrückt. Wer ich da war*“ (Frau G, Abs. 32). Diese Unterstützungsmöglichkeiten benötigen die Befragten auch über ihren Intensivaufenthalt hinaus. Nach der Verlegung auf die periphere Station wollen die Befragten nicht auffallen. Hier zeigt sich ein Unterstützungsbedarf im Selbstmanagement. Die Auswertungen der Interviews zeigen zudem, dass eine vertrauensvolle Beziehungsbildung und eine Unterstützung des Bewältigungsprozesses im Vordergrund stehen. Die Befragten wünschen sich vom Versorgungsteam eine professionelle und individuelle Unterstützung. Dabei sollte das

Versorgungsteam Sensibilität dafür besitzen, welche Unterstützung die Befragten in den verschiedenen Settings ihrer Versorgung benötigen, ohne dass diese von den Befragten explizit angesprochen werden müssen. „*Warum ist nix gekommen? Kann doch mal einer kommen und fragen, was los ist*“ (Herr F, Abs. 27). Hier ist eine Kontinuität in der Versorgung eine wesentliche Voraussetzung für eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Befragten. Außerdem ist dies für die Befragten eine wichtige Voraussetzung, ihre eigenen Bedürfnisse mitzuteilen. Pflegende sollen den sozialen Rückhalt einschätzen, um so wiederum Ressourcen zu mobilisieren und einbeziehen zu können. Gleichzeitig ist festzustellen, dass die Befragten emotionale Unterstützung und fürsorglichen Beistand benötigen, um Mut und Hoffnung aufrecht zu erhalten und ihre Ängste abzubauen. Darüber hinaus berichten die Interviewten, dass es einer gezielt auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichteten Versorgung bedarf. „*Alte wollen, verstehen sie hier nicht*“ (Frau G, Abs. 28). Zudem haben die Befragten Zukunftssorgen: „*Ich meine, ich hatte zuhause schon die Pflegestufe und jetzt brauch ich vielleicht die zwei, wie ich die krieg und so könnten sie doch mal kommen und auch mal helfen*“ (Frau E, Abs. 74). Diese Zukunftssorgen machen eine frühzeitige Vermittlung von Unterstützungssystemen und die Sicherstellung einer angemessenen Weiterversorgung bedeutsam.

## 5. Diskussion

Die Ergebnisse der Studie weisen fünf Kategorien zum Erleben vor und nach TAVI sowie komplexe Unterstützungsbedarfe aus Sicht der Betroffenen auf. Die Entscheidung zur Operation wird durch existenziell bedrohliche Erfahrungen und dem ärztlichen Rat beeinflusst. Dies bestätigen die Erkenntnisse von Brocks et al. (2011), die zeigen, dass ältere Menschen vor TAVI empfänglich für ärztliche Empfehlungen sind und ihre eigene Motivation, sich operieren zu lassen, prüfen müssen. Zudem stellen die Autoren fest, dass emotionale Motive eine bedeutende Rolle bei der Entscheidung zur Durchführung einer Operation spielen können.

Nach TAVI beschreiben die Befragten das Erleben eines Kontrollverlustes auf der Intensivstation. Hierzu finden sich vergleichbare Ergebnisse in der Literatur. So zeigt Besendorfer (2002) in einer qualitativen Studie mit Patient\_innen nach Intensivaufenthalt, dass das Erleben dieser Betroffenen von Orientierungsstörungen, Erinnerungslücken, Träumen und dem Versuch, die Geschehnisse zu rekonstruieren geprägt ist. Auch nach der Verlegung von der Intensivstation bleiben gemäß den Aussagen der Interviewteilnehmer\_innen diese Erlebnisse bedeutsam. Diese können Anzeichen eines Delirs sein, welches Symptome wie Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen oder Desorientiertheit auslösen kann (Schwarz et al. 2011). Ein Delir wird häufig nach herzchirurgischen Eingriffen beobachtet (Rudolph et al. 2006) und kann laut MacLulich et al. (2009) Ursache für eine dauerhafte kognitive Beeinträchtigung sein. Die Aussagen der Befragten in dieser Studie können durch die vorab benannte Literatur sowie durch das hohe Alter der Befragten, was laut van Rompaye et al. (2009) einen zusätzlichen Risikofaktor für ein Delir darstellt, begründet werden. Des Weiteren zeigt eine

retrospektive Studie von Tse et al. (2014) eine Delirrate von 53% nach transapikaler und 12% nach transfemorale TAVI auf. Ein Delir ist mit längeren Krankenhausaufenthalten, einer erhöhten Mortalität sowie einem höheren Pflegebedarf verbunden (Sieber 2009). Angesichts dieser Erkenntnisse wird die hohe Bedeutung der kognitiven Veränderungen und der Kategorie Kontrollverlust verdeutlicht. Allerdings stehen diesem Ansatz weitere Studienergebnisse gegenüber, die eine Verschlechterung der kognitiven Funktion nach TAVI ausschließen (Kahlert et al. 2010; Rodes-Cabau et al. 2011). Andere Studien hingegen zeigen, dass transfemorale Aortenklappenimplantationen häufig mit zerebralen Mikroembolien (mit einer Inzidenz zwischen 60% und 80%) einhergehen, die neurologische Ausfälle hervorrufen können (Ghanem et al. 2010; Kahlert et al. 2010; Rodes-Cabau et al. 2011). Im Zusammenhang mit dieser Studie, kann dies neben einem Delir, eine weitere mögliche Ursache des von den Befragten beschriebenen kognitiven Kontrollverlustes aufzeigen.

Den Beziehungen im professionellen und familiären Bereich wird durch die Befragten eine hohe Bedeutung zugesprochen. Auch Corbin und Strauss (2010) beschreiben, dass die Interaktionen mit Angehörigen und auch mit dem professionellen Versorgungsteam entscheidend ist, damit Krankheit wirksam bewältigt werden kann.

Zudem beschreiben die Befragten, dass ihre Versorgung nicht immer auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet ist. Hahmann (2014) bestätigt diese Ergebnisse und erläutert beispielsweise, dass sich die generelle kardiologische Versorgung und Rehabilitation auf die Bedürfnisse älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten einstellen muss. Grundsätzlich müssen, so Nikolaus (2000), bei der Versorgung grundlegende Erkenntnisse der Gerontologie, wie z. B. der Erhalt der selbständigen Lebensführung und die Gleichstellung psychischer und körperlicher Rehabilitation, berücksichtigt werden. Kikkenborg Berg et al. (2013) nehmen sogar an, dass neben der körperlichen auch die psychische Nachsorge von Patient\_innen nach Herzklappenoperationen wichtig ist, um Wiederaufnahmen zu vermeiden. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang, dass Menschen über 75 Jahre eine Prävalenz für Depression von 7% aufweisen, dies zeigen Luppä et al. (2012) anhand einer Metaanalyse. Komorbidityen dazu, kann die Prävalenz sogar deutlich höher sein (AWMF 2012). Auch Brocks et al. (2011) haben in ihrer Studie mit Patient\_innen vor TAVI erhöhte Depressionswerte ermittelt. Die Kategorie „nicht auffallen wollen“ könnte somit auch ein Hinweis auf Anzeichen einer Depression sein.

Anhand der Ergebnisse können mögliche Veränderungen und Anpassungen der Versorgung im Sinne der Patientenorientierung initiiert bzw. gestaltet werden. Dabei steht die Wichtigkeit für ein verantwortliches pflegerisches Handeln und das Erweitern von Handlungsspielräumen orientiert an den Bedürfnissen der Patientengruppe im Mittelpunkt.

## 6. Limitationen der Studie

Aufgrund der zeitlichen Begrenzung der Studie kam es zu methodischen Einschränkungen hinsichtlich der Anzahl von Teilnehmenden sowie im Umfang der Datenanalyse (dem selektiven Kodieren) und somit konnte die Theorieentwicklung nicht vollständig erreicht werden. Doch Strauss und Corbin (1996) sehen auch bei einer Studie, welche in Anlehnung an die GT erfolgt, die Möglichkeit empirisch gestützte und relevante Forschungsergebnisse mit vorläufigen Interpretationen zu erhalten.

In dieser Studie können keine Aussagen über das Erleben während des Aufenthalts in einer Rehabilitationsklinik gemacht werden, da sich die Befragten beim Interview kaum an ihre Rehabilitation erinnerten bzw. sich noch zur Behandlung im Krankenhaus aufhielten. Dies könnte Gegenstand einer weiteren Studie sein.

## 7. Schlussfolgerungen für die Praxis

Die Studie erlaubt ein vertieftes Verstehen der Situation von Menschen vor und nach TAVI. Die Wahrnehmung und das Bewusstmachen der Bedeutung des Erlebens und der Erfahrungen dieser Patient\_innengruppe sind wichtige erste Schritte, um ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen.

Die Entscheidungsfindung sich operieren zu lassen, bis hin zur professionellen Begleitung eines beschriebenen Kontrollverlustes zeigen Unterstützungsbedarfe der Patient\_innen auf. Anhand der Ergebnisse kann eine gezielte Auseinandersetzung und Verbesserung der pflegerischen Versorgung, beispielsweise hinsichtlich der Entscheidungsfindung, dem Delirmanagement, fachübergreifende Überprüfung, (Weiter-)Entwicklung und Implementierung von Assessment- bzw. Screeninginstrumenten sowie eine Entwicklung von pflegerischen Interventionsmöglichkeiten erfolgen.

Außerdem kann dargelegt werden, dass die Befragten nicht auffallen möchten. Hier müssen patientengerechte Beziehungsgestaltungen sowie Kommunikations- und Interaktionsstrategien für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung implementiert werden.

## Literatur

- Arastéh, K./Baenkler, H./Bieber, C. et al. (2012): *Duale Reihe Innere Medizin*. 3. Auflage. Thieme, Stuttgart
- AWMF (2012): *Unipolare Depression Langfassung*. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Online verfügbar: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-0051\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2012-01\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_S3_Unipolare_Depression_2012-01_01.pdf) (Zugriff: 27.11.2014)
- AQUA (2014): *Qualitätsreport 2013*. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Online verfügbar: <https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2013/AQUA-Qualitaetsreport-2013.pdf> (Zugriff: 28.11.2014)
- Besendorfer, A. (2002): Das Erleben von Patienten auf Intensivstationen. *Pflege*, 2002;6, 301-308.

- Bolanz, H./Oßwald, P./Ritsert, H. (2008): Pflege in der Kardiologie/Kardiochirurgie. Urban & Fischer, München, 253-256
- Breuer, F./Muckel, P./Dieris, B. (2019): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis., 4. durchgesehene und aktualisierte Auflage, Springer Fachmedien GmbH, Wiesbaden
- Brocks, Y./Börgermann, J./Wiemer, M./Kleikamp, G./Scholz, W./Petri, A./Gummert, J./Tigges-Limmer, K. (2011): Transkatheter-Aortenklappenimplantation Operationsmotivation von Hochrisikopatienten. Herz-,Thorax- Gefäßchirurgie (25), 43-48
- Corbin J. M./Strauss, A. L. (2010): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheiten (3. überarbeitete Aufl.). Verlag Hans Huber. Bern
- Cribier, A./Elchaninoff, H./Bash, A./Borenstein, N./Tron, C./Bauer, F./Derumeaux, G./Anselme, F./Laborde, F./Leon, M.B. (2002): Percutaneous transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis for calcific aortic stenosis: first human case description. Circulation by the American Heart Association (106), 3006-3008
- Faggiano, P./Antonini-Canterin, F./Baldessin, F./Lorusso, R./D'Aloia, A./Dei Cas, L. (2006): Epidemiology and cardiovascular risk factors of aortic stenosis. Cardiovascular Ultrasound 2006, 4-27
- Flesch, M. (2011): Erworbene Herzklappenfehler. In: Erdmann E. (Hrsg.) Klinische Kardiologie. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 436-440
- Ghanem, A./Muller, A./Nahle, C.P./Kocurek, J./Werner, N./Hammerstingl, C./Schild, H.H./Schwab, J.O./Mellert, F./Fimmers, R./Nickenig, G./Thomas, D. (2010): Risk and fate of cerebral embolism after transfemoral aortic valve implantation: a prospective pilot study with diffusionweighted magnetic resonance imaging. Journal Am Coll Cardiology 2010 (55), 1427-1432
- Glaser, B./Strauss, A. (2005): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung (Vol. 2. korrigierten Aufl.). Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. Bern, 43-49
- Hahmann, H. W. (2014): Kardiologische Rehabilitation im Alter. internist. prax. (54), 5-14
- Hopf, Ch. (2012): Qualitative Interviews. In: Flick U., Kardorff v.E., Steinke I. (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Verlag: Reinbek bei Hamburg, 349-360
- Kahlert, P./Knipp, S.C./Schlamann, M./Thielmann, M./Al Rashid, F./Weber, M./Johansson, U./Wendt, D./Jakob, H.G./Forsting, M./Sack, S./Erbel, R./Eggebrecht, H. (2010): Silent and apparent cerebral ischemia after percutaneous transfemoral aortic valve implantation: a diffusionweighted magnetic resonance imaging study. Circulation (121), 870-878
- Kikkenborg Berg, S./Zwisler, A.D./Pedersen, B.D./Haase, K./Lærum Sibilitz, K. (2013): Patient experiences of recovery after heart valve replacement: suffering weakness, struggling to resume normality. BMC Nursing (13), 12-23
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung (Vol. 4., vollständig u?berarbeitete Aufl.). Beltz Verlag, Weinheim.
- Lincoln, Y./Guba, E. (1985): Naturalistic Inquiry. Thousand Oaks
- Lubkin I.M. (2002): Chronisch Kranksein: Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe, Hans Huber. Bern.
- Luppa, M./Sikorski, C./Luck, T. (2012): Age and gender specific prevalence of depression in latest life: systematic review and metaanalysis. J Affect Disord (136), 212-221
- MacLullich, A.M.; Beaglehole, A.; Hall, R.J.; Meagher, D.J. (2009). Delirium and longterm cognitive impairment. Int. Rev Psychiatry (21), 30-42
- Matolyzc, E (2016): Pflege von alten Menschen, 2. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 99-101.
- Morse, J.M./Field, P.A. (1998): Qualitative Pflegeforschung Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft GmbH&Co., Wiesbaden, 150-151
- Nikolaus, T. (2000): Lehr u. Erkenntnisse gerontologischer Grundlagenforschung für Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Klinische Geriatrie (2000), 73-79
- Rompaye van, B./Elseviers, M.M./Schuurmann, M.J./Shortridge-Baggett, L.M./Bossart. L. (2009): Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. crit care 13(3)



- Rodes-Cabau, J./Dumont, E./Boone, R.H./Larose, E./Bagur, R./Gurvitch, R./Bedard, F./Doyle, D./De Larochelliere, R./Jayasuria, C./Villeneuve, J./Marrero A./Cote, M./Pibarot, P./Webb, J.G. (2011): Cerebral embolism following transcatheter aortic valve implantation: comparison of Transfemoral and transapical approaches. *Journal Am Coll Cardiology* (57), 18-28
- Rudolph, J.L./Jones, R.N./Grande, L.J./Milberg, W.P./King, E.G./Lipsitz, L.A./Levkoff, S.E./Marcantonio, E.R. (2006): Impaired executive function is associated with delirium after coronary artery bypass graft surgery. *Journal Am Geriatric Soc.* (54), 937-941
- Schwarz N./Burg, M./Kastaun, S./Gerriets T./Kaps, M. (2011): Kognitive Störungen nach kardiochirurgischen Eingriffen. *Nervenarzt* (82), 190-197
- Seiffert, M./Schnabel, R./Conradi, L./Diemert, D./Schrimmer, J./Koschyk, D./Linder, M./Kersten, J.F./Grosser, A./Wilde, S./Blanckenberg, St./Reichenspurner, H./Baldus, St./Treede, H. (2012): Predictors and Outcome After Transcatheter Aortic Valve Implantation Using Different Approaches According to the Valve Academic Research Consortium Definitions. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 2013 (82), 640-652
- Sieber, F.E. (2009): Postoperative delirium in the elderly surgical patient. *Anesthesiology Clin.* 27(3), 451-64
- Siegenthaler, W./Kaufmann, W./Hornbostel, H./Waller, H.D. (1992): *Lehrbuch der inneren Medizin.* Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Strauss A./Corbin J. (1996): *Grounded Theorie: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung.* Beltz Psychologie Verlags Version. Weinheim
- Strübing, J. (2014): *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung* (Vol. 3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden
- Tse, L./Bowering, J.B./Schwarz, S.K./Moore, R.L./Burns, K.D./Barr, A.M. (2014): Postoperative delirium following transcatheter aortic valve implantation: a historical cohort study. *Can Journal Anaesthesia* (10) 22
- Treede H. (2011): TAVI- Evaluation einer neuen Therapie zur minimal invasiven kathetergestützten Aortenklappenimplantation bei Patienten mit hohem OP- Risiko oder Kontraindikationen zur chirurgischen Therapie. *Med. Habil*, 4-7

*Anke Begerow M.Sc. APN, RN*

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, Steindamm 105, 20099 Hamburg,  
 anke.begerow@haw-hamburg.de (Korrespondenz)

*Prof. Dr. phil. Uta Gaidys*

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, Alexanderstrasse 1, 20099 Hamburg,  
 uta.gaidys@haw-hamburg.de

---

Die Studie wurde im Rahmen der Masterthesis im Studium Pflege an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Department Pflege und Management durchgeführt. Diese Studie wurde nicht finanziell gefördert.