

# **Die Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus Mühlacker**

(Trägerin: Paul Wilhelm von Keppeler-Stiftung)

## **Evaluationsbericht**

Von

Prof. Dr. Annette Riedel  
Prof. Dr. Sabine Schneider

**Hochschule Esslingen  
Fakultät  
Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege**

im Auftrag der

**Paul Wilhelm von Keppeler-Stiftung  
Sindelfingen**

Jadranka Milkovic  
Markus Schellinger  
Harry Schmidt



# **Konzeptevaluation Pflegeoase**

**Ergebnisse einer qualitativen Evaluation der  
Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus  
in Mühlacker  
der  
Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung**

„Das Herz ist mein Auge“  
(Ferdinand Hodler)

Prof. Dr. Annette Riedel & Prof. Dr. Sabine Schneider

Esslingen, den 31. März 2010

## Inhalt Evaluationsbericht:

<b>1. Zum Hintergrund der Evaluation .....</b>	<b>3</b>
1.1 ANLASS, AUFTRAG UND FRAGESTELLUNG.....	3
1.2 AUFBAU DES BERICHTES.....	5
<b>2. Pflegeoasen in der stationären Altenhilfe – Stand der Diskussion, Konzeption und Evaluation.....</b>	<b>6</b>
2.1 PFLEGEOASEN IN DEUTSCHLAND – AKTUELLE DISKUSSIONEN.....	6
2.2 AUSGEWÄHLTE EVALUATIONSERGEBNISSE .....	10
2.3 DIE PFLEGEOASE IM ALTENZENTRUM ST. FRANZISKUS IN MÜHLACKER – DAS AKTUELLE KONZEPT .....	13
<b>3. Design und methodisches Vorgehen der Evaluation .....</b>	<b>15</b>
3.1 ZUM DESIGN DER „RESPONSIVEN“ EVALUATION .....	15
3.2 ERHEBUNG UND AUSWERTUNG DER INTERVIEWS .....	18
3.3 DOKUMENTENANALYSE .....	20
<b>4. Zentrale Ergebnisse: Umsetzung des Konzeptes der Pflegeoase .....</b>	<b>22</b>
4.1 ENTSTEHUNGSZUSAMMENHANG UND VERSTÄNDNIS DER OASE AUS SICHT DER PFLEGEKRÄFTE .....	22
<i>Entstehungszusammenhang</i> .....	22
<i>Beschreibungen und Verständnis der Pflegeoase</i> .....	27
4.2 BEDEUTSAMER ZUR PFLEGE- UND BETREUUNGSSITUATION DER BEWOHNERINNEN.....	29
<i>Frau U</i> .....	30
<i>Frau A</i> .....	34
<i>Frau E</i> .....	37
<i>Frau O</i> .....	40
<i>Fazit</i> .....	42
4.3 ZENTRALES ZUR REALISIERUNG DER IN DER KONZEPTION BENANNTEN ZIELE UND AUFGABEN .....	44
<i>Die „wichtigsten“ Ziele</i> .....	45
<i>Realisierung einer hohen Lebensqualität</i> .....	46
<i>Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen</i> .....	50
<i>Vermittlung von Sicherheit bzw. Geborgenheit</i> .....	53
<i>Teilnahme an der Gemeinschaft</i> .....	55
<i>Zur Bedeutung von Rückzugsmöglichkeiten und Privatheit</i> .....	57
<i>Ermöglichung eines menschenwürdigen Lebens</i> .....	59
4.4 ZUSAMMENFASSENDE BEWERTUNGEN DER PFLEGEOASE AUS SICHT DER PFLEGEKRÄFTE .....	61
<i>„Positives“ – Verbesserungen und Veränderungen</i> .....	62
<i>„Ambivalentes“ – Schwierigkeiten und Belastungen</i> .....	63

## **5. Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Konzeptes ..... 65**

5.1	BÜNDELUNG ZENTRALER ERGEBNISSE.....	65
5.2	EMPFEHLUNGEN ZUR INHALTLICHEN PRÄZISIERUNG UND PFLEGEPROFESSIONELLEN FUNDIERUNG DES KONZEPTES .....	67
	<i>Lebensqualität</i> .....	67
	<i>Würde</i> .....	70
	<i>Privatheit</i> .....	72
	<i>Begleitung der Bewohnerinnen der Pflegeoase im Sterben/Palliative Pflege</i> .....	75
5.3	EMPFEHLUNGEN ZUM STRUKTURELLEN AUFBAU UND ZUR INHALTLICHEN GLIEDERUNG DES KONZEPTES .....	77

## **Schlussbemerkung und Dank..... 81**

## **Literaturliste..... 83**

# 1. Zum Hintergrund der Evaluation

## 1.1 Anlass, Auftrag und Fragestellung

Im August 2008 eröffnete das Altenzentrum St. Franziskus in Mühlacker, in der Trägerschaft der Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung, auf dem Wohnbereich Arche eine Pflegeoase. Die Pflegeoase wird derzeit von vier Bewohnerinnen<sup>1</sup> bewohnt. Es liegt ein eigens dafür erstelltes Konzept vor mit Stand Dezember 2008 (vgl. Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung 2008). Aufgrund der aktuell in Baden-Württemberg – angeregt durch die „Verordnung des Ministeriums für Arbeit und Soziales zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs (LHeimBauVO) vom 12. August 2009 (vgl. GBl. vom 27. August 2009, 467-469) – geführten Diskussion um den Einzelzimmeranteil in stationären Altenhilfeeinrichtungen (vgl. § 3 Abs. 1; § 6 Abs. 6 LHeimBauVO; vgl. GBl. vom 27. August 2009, 468, 469; vgl. Lüdtkke 2009, 44), ist eine wissenschaftliche Evaluation von Pflegeoasen von besonderer Bedeutung. Zugleich verpflichtet das Heimgesetz für Baden-Württemberg die Träger (in § 25 Abs. 3) die Erprobungen von Betreuungs- und Wohnformen wissenschaftlich evaluieren zu lassen (Heimgesetz für Baden-Württemberg 2008).

Nach einem intensiven Vorgespräch über den gewünschten Evaluationsauftrag seitens des Trägers, der Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung und den wissenschaftlichen Umsetzungsmöglichkeiten (angesichts eines begrenzten zeitlichen und finanziellen Rahmens) wurde den Evaluatorinnen (Prof. Dr. Annette Riedel/Prof. Dr. Sabine Schneider) im März 2009 der Auftrag erteilt, die Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus in Mühlacker unter einer eingegrenzten und gemeinsam vereinbarten Fragestellung zu evaluieren. Angesichts des exemplarischen Charakters sowie der geringen Anzahl der Bewohnerinnen der Pflegeoase, ist eine qualitative Evaluation unter einer spezifischen Fragestellung zu bevorzugen. Für die vorliegende Evaluation wurde der Fokus auf die Realisierung der im Konzept angestrebten Ziele aus Sicht der verantwortlichen Pflegekräfte gelegt. Die **Haupt-Fragestellung** lautet:

→ Werden die im Konzept für die Pflegeoase des Altenzentrums St. Franziskus in Mühlacker formulierten Ziele aus der Perspektive der dort pflegenden Mitarbeiterinnen<sup>2</sup> realisiert? Und wenn ja, inwiefern?

Der Wahl dieser Fragestellung, die zum einen die „Konzeptqualität“ (Heiner 2001, 43) ins Zentrum stellt und zum anderen die Perspektiven der Pflegekräfte als empirischen Ausgangspunkt nimmt, liegt folgende Überlegung zu Grunde: Die Pflegeoase in Mühlacker wird als neue „Wohnform“ beschrieben, mit der aber auch neue „Formen der Betreuung und Versorgung“ angestrebt werden. Die Umsetzung dieser neuen

---

<sup>1</sup> Da zum Zeitpunkt der Evaluation in der Pflegeoase vier Bewohnerinnen leben, wird im Folgenden im Kontext der dortigen Pflegeoase jeweils ausschließlich die weibliche Form genutzt.

<sup>2</sup> Da im Rahmen der Evaluation in Mühlacker ausschließlich Mitarbeiterinnen befragt wurden, wird, wenn im Folgenden von den interviewten Mitarbeiterinnen die Rede ist, ausschließlich die weibliche Form verwendet.

Betreuungs- und Versorgungsformen liegt in der Verantwortung der Pflegekräfte. Daher sind ihre Deutungen (als Grundlage des jeweiligen Handelns) darüber entscheidend, wie sie diese neue Wohnform beschreiben, was sie als deren Ziele, als neue Formen der „Betreuung und Versorgung“ verstehen, wie sie vorgehen und ob sie die angestrebten Veränderungen realisiert sehen oder nicht<sup>3</sup>. Unsere – der Fragestellung zu Grunde liegende – **These** lautet also, dass die Realisierung dessen, was mit der Oase angestrebt wird, entscheidend davon abhängt, wie die pflegenden Mitarbeiterinnen selbst das Konzept der Oase, insbesondere die jeweiligen Ziele, deuten und umsetzen. Auf der Basis qualitativer Interviews wird daher die Deutung und Umsetzung des Konzeptes „Pflegeoase“ rekonstruiert. Aus der Perspektive der Pflegekräfte können unsere (auf die Konzeptqualität) bezogenen Evaluationsfragen so umformuliert werden (vgl. Heiner 2001): Wissen wir, was wir wollen? Wollen wir das Gleiche? Erreichen wir, was wir wollen? Und wenn ja, wie? Wenn nicht, warum?

Der Schwerpunkt der Evaluation liegt also nicht darauf zu erfassen, ob die Pflegeoase für die definierte Zielgruppe der Bewohnerinnen und Bewohner *die* angemessene Versorgungsform – im Sinne einer Alternative zur bisherigen Versorgungsform – darstellt. Es handelt sich folglich nicht um eine Wirkungsanalyse, die bspw. Aussagen zur Ergebnisqualität anstrebt. Gegenstand der vorliegenden Evaluation ist auch nicht, Pflegeoasen als Versorgungskonzept per se zu bewerten, sondern das spezifische Konzept in Mühlacker, dessen Umsetzung und die damit verbundenen Einstellungen und Grundhaltungen seitens der dort tätigen Mitarbeiterinnen zu rekonstruieren. Als **Ziele der Evaluation** sollen ausgehend von den empirischen Rekonstruktionen folgende Rückschlüsse möglich sein:

- Die subjektiven Erfahrungen der in der Pflegeoase tätigen Mitarbeiterinnen ermöglichen Rückschlüsse darauf, inwieweit sich die Pflege und Betreuung der vier Bewohnerinnen in der Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus von dem zuvor praktizierten Pflege- und Betreuungsansatz unterscheiden.
- Die Evaluation gibt Hinweise darauf, wie seitens der befragten Mitarbeiterinnen die in dem vorliegenden Konzept formulierten Ziele und Aufgaben erfasst, internalisiert und realisiert werden.
- Die Evaluation bietet die Grundlage für konkrete Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Präzisierung/Ausdifferenzierung des vorliegenden Konzeptes.
- Diese Perspektive ermöglicht es ferner, Rückschlüsse dahingehend zu ziehen, welche Chancen und Grenzen in der konzeptionellen Ausrichtung liegen, also im Hinblick auf welche Aspekte sich Widersprüche oder Spannungsfelder beschreiben lassen bzw. sich neue Handlungsansätze herauskristallisieren.

---

<sup>3</sup> Die ohne Zweifel wichtigen Perspektiven der Bewohnerinnen, die allerdings bei dieser Gruppe äußerst schwierig zu rekonstruieren sind, sowie die Perspektiven der Angehörigen im Hinblick auf dieses Konzept und seine Umsetzung, mussten auf Grund des begrenzten Evaluationsrahmens ebenso ausgeschlossen werden wie die Perspektiven anderer Kooperationspartner/innen innerhalb und außerhalb der Einrichtung.

Im Sinne einer „responsiven Evaluation“ (Flick 2006a, 19; Beywl 2009, 91; Beywl 2006, 103) werden dem Auftraggeber die Ergebnisse und Erkenntnisse in Form des vorliegenden Berichtes präsentiert.

## 1.2 Aufbau des Berichtes

Der vorliegende Bericht repräsentiert zentrale Ergebnisse der qualitativen Evaluation. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung und Ausrichtung wurde mit dem Auftraggeber abgestimmt.

*Kapitel zwei* geht zunächst auf die aktuelle Diskussion zur Realisierung (Kap. 2.1) und Evaluation (Kap. 2.2) von Pflegeoasen in der stationären Altenhilfe in Deutschland ein (dabei wurden wesentliche Publikationen und Diskussionen bis März 2010 aufgenommen). Im Unterkapitel 2.3 wird die Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus in Mühlacker und die gegenwärtig gültige Konzeption vorgestellt.

*Kapitel drei* expliziert die Methodik, die der qualitativen Evaluation zugrunde liegt. Entscheidend war dabei, die jeweilige Sicht der Mitarbeiterinnen erheben zu können und die Auswertung des Materials so anzulegen, dass Unterschiede und Übereinstimmungen der Mitarbeiterinnen im Hinblick auf die Evaluationsfrage deutlich werden.

In *Kapitel vier* werden die Ergebnisse der empirischen Rekonstruktionen entfaltet. Ausgewählte Ausschnitte aus den Interviews sollen dazu beitragen, die jeweiligen Interpretationen und Evaluationsergebnisse nachvollziehen zu können. Dabei werden die jeweiligen Ergebnisse im Hinblick auf die einzelnen Teilaspekte der Evaluation (z. B. die Frage, wie die im Konzept angestrebte hohe Lebensqualität realisiert wird) zu Beginn der Kapitel zusammengefasst und daran anschließend mit Zitaten aus den Interviews belegt. Namen der interviewten Mitarbeiterinnen oder in den Interviews verwendete Namen anderer Kollegen/innen, der Bewohnerinnen oder ihren Angehörigen wurden dabei anonymisiert.

In *Kapitel fünf* wird zunächst die Antwort auf die Ausgangsfrage gebündelt (Kap. 5.1). Daran schließen sich, entsprechend der oben formulierten Zielsetzungen, Empfehlungen und Anregungen im Hinblick auf inhaltliche (Kap. 5.2) und auf die Gliederung bezogene, strukturelle Präzisierungen (Kap. 5.3) des vorliegenden Konzeptes an.

Somit verfolgt der vorliegende Bericht zwei Ziele:

- Die Explizierung dahingehend, wie das Konzept gegenwärtig in der Pflegeoase umgesetzt wird und die Sensibilisierung dafür, welche Potenziale das Konzept birgt, aber auch, wo sich möglicherweise Schwierigkeiten und Spannungsfelder verbergen.
- Die Formulierung von zentralen Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung des Konzeptes der Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus in Mühlacker.

## 2. Pflegeoasen in der stationären Altenhilfe – Stand der Diskussion, Konzeption und Evaluation

### 2.1 Pflegeoasen in Deutschland – aktuelle Diskussionen

Die Bedeutung und Aktualität der Thematik, die angemessene, professionelle und qualitätvolle Pflege von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe betreffend, zeigt sich einerseits in der Vielfalt an Fachliteratur, die seit Jahren zu dieser Thematik publiziert wird sowie in der Variationsbreite der Projekte und Forschungsberichte zu der Thematik. Allein in den Monaten Januar 2010 bis März 2010 erschienen in der Wochenzeitschrift CAREkonkret sieben Beiträge zu der Thematik Pflegeoasen, die sich auf die Ergebnisse der Studie des AGP-Instituts beziehen (CAREkonkret 2010a, 2010e, 2010f), auf eine weitere wissenschaftliche Untersuchung der Fachhochschule Osnabrück verweisen (CAREkonkret 2010b) sowie zu Neueröffnungen von Pflegeoasen in Wiesbaden und Solingen informieren, deren wissenschaftliche Begleitung durch das Dialog- und Transferzentrum Demenz an der Universität Witten/Herdecke erfolgt (CAREkonkret 2010c, 2010g). Des Weiteren wurde auf die Expertengruppe „Pflegeoase“ verwiesen, die sich im Januar 2010 im Rahmen einer Fachveranstaltung zusammenschloss und für Juni 2010 ihr zweites Treffen plant (CAREkonkret 2010d). Im Folgenden werden die aus unserer Sicht zentralen Aspekte der Diskussion, ausgehend von wesentlichen Dokumenten und Veröffentlichungen, knapp zusammengefasst.

Hinzuweisen ist zunächst auf die im November 2009 erschienene Grundsatzstellungnahme des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen: „Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2009). Auf diese Publikation weisen wir an dieser Stelle nicht aufgrund der neuen Erkenntnisse hin, die diese im Detail nicht bietet, sondern vielmehr vor dem Hintergrund, dass die Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in der Qualitätsdiskussion stets einen prioritären Stellenwert einnehmen und andernorts gar als „neue Richtlinie“ bezeichnet werden (Lötzerich 2009, 456). Die Relevanz erhält die Publikation somit nicht aufgrund der (pflege-)wissenschaftlichen Fundierung, sondern vornehmlich vor dem Hintergrund der Verbindung zwischen Prüfinstanz und Herausgeberschaft. Kapitel 9.9 der Grundsatzstellungnahme widmet sich dem „OASE-Modell“. Im einführenden Absatz ist zu lesen:

„Ob das Modell für Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung geeignet ist, muss erst noch evaluiert werden. Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Implementierung einer ‚Pflegeoase‘ in Bezug auf fördernde oder hemmende Faktoren liegen derzeit nicht vor“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2009, 157).



Im Weiteren geht die Publikation auf die zentralen Ergebnisse des Abschlussberichts von Rutenkröger und Kuhn (2008b) ein sowie auf das Pflegeoasenkonzept des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2009, 159). In der abschließenden Schlussfolgerung des Kapitels wird kein Betreuungsansatz explizit favorisiert. Dies mit der Begründung: „Die Vor- und Nachteile der einzelnen Betreuungsformen sind noch nicht ausreichend wissenschaftlich evaluiert“ (ebd., 160-161). In den abschließenden Empfehlungen in Kapitel 14 wird ein Wohngruppenkonzept mit „8-12 Personen“ nahe gelegt sowie die Orientierung an dem „Normalisierungsprinzip“ (ebd., 206-207).

Die allgemeine Diskussion um die Pflegeoasen in Deutschland wurde – angeregt durch die Positionierung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) – erstmals im Jahr 2002 entfacht (vgl. Sowinski 2002, 28-33). Damals formulierte das KDA nach einem Besuch im „Krankenhaus Sonnweid“ in Wetzikon im Jahr 2001 und der Besichtigung des dortigen Pflege- und Betreuungskonzeptes „Wetzikoner Modell zur Betreuung Demenzkranker“ sowie der „Oase“ eine ausführliche Beschreibung und Stellungnahme (vgl. Sowinski 2002, 28-33). So wird die „Drei Welten-Theorie“ von Held<sup>4</sup> als „starre Stadieneinteilung“ beschrieben (vgl. Sowinski 2002, 30), die zudem aus der Perspektive des KDA's Begrifflichkeiten nutzt, die ethisch nicht vertretbar sind – so zum Beispiel den Begriff „menschliche Hüllen“, der die Menschen in der fortgeschrittenen Phase der Demenz – in der so genannten „Welt der kognitiven Reizlosigkeit“ – umschreibt (vgl. Sowinski 2002, 29-30). Zugleich befürchtet das KDA eine „Stigmatisierung durch das Drei-Welten-Modell“, eine „Etikettierung“ und eine einseitig defizitorientierte Sichtweise (vgl. Sowinski 2002, 31-32). Besonders beanstandet wird der Aspekt der „mangelnden Privatsphäre und Intimität“ (Sowinski 2002, 32). Der damalige Geschäftsführer Großjohann sieht die Würde der Menschen mit Demenz gefährdet:

„Eine würdevolle Behandlung scheint uns in den Räumen der Oase nicht gewährleistet, denn wir sind davon überzeugt, dass die Individualität des Bewohners – wie stark demenzkrank er auch ist – erhalten bleiben muss“ (Großjohann in Sowinski 2002, 32).

Eine weitere Befürchtung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe bezieht sich auf die Rückkehr zu Mehrbettzimmern aufgrund ökonomischer Überlegungen.

„Das Kuratorium Deutsche Altershilfe beobachtet mit großer Sorge die kritiklose Übernahme des Schweizer ‚Drei-Welten-Konzepts‘ – Unserer Meinung nach soll durch die beschönigende Forderung ‚keine Einsamkeit in Einzelzimmern für Menschen mit Demenz‘ die Rückkehr der Mehrbettzimmer unter Kostengesichtspunkten angestrebt werden. Das KDA befürchtet, dass Einrichtungen für ältere Menschen wieder zu Altenheimen der 1. Generation werden, die anstaltsähnliche Strukturen, also auch Mehrbettzimmer aufweisen“ (Großjohann 2006; vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2009a; vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2009c, 46; vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2007b, 47; vgl. Teigeler 2009, 954).

---

<sup>4</sup> Das Oase-Modell als Teilkonzept lehnt sich an das „Drei-Welten-Modell“ von Held an (vgl. Lima, Held 2009; vgl. Lima, Held 2007, 13-18; vgl. Held, Ermini-Fünfschilling 2006, 109-117).

In einem weiteren Pressestatement aus dem Jahr 2007 spricht das KDA von einer „gefährlichen Entwicklung“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2007a). Für das KDA gibt es auch im Jahr 2007 „keinen nachvollziehbaren Grund, Pflegeoasen einzurichten“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2007b, 46):

„Für uns hat das Oase-Konzept viel Ähnlichkeit mit den Anstaltselementen der ersten Pflegeheimgeneration. All das, für was wir mühsam jahrzehntelang gekämpft haben, würde damit wider zunichte gemacht. Es wäre ein Dammbuch und Rückschritt in Richtung Minimierung der Qualitätsstandards“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2007b, 47).

Im Jahr 2009 stellt das KDA ein „Neues Konzept zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase“ vor – die „**Qualitätsgeleitete Pflegeoase**“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2009a; vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2009b).

„Mit so genannten qualitätsgeleiteten Pflegeoasen will das KDA einen neuen Weg beschreiten, bei dem Erkenntnisse aus der Pflegeforschung und schon bestehender Pflegeoasen unter der Wahrung höchstmöglicher ethischer Grundsätze vereint sind“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2009a).

Qualitätsgeleitete Pflegeoasen verzichten auf Mehrbettzimmer. Für die Oase werden die Einzelzimmer mit Flügeltüren ausgestattet, die geöffnet vom zentral gelegenen Küchen- und Aufenthaltsraum einsehbar sind. So ist eine passive Teilnahme am sozialen Leben für Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz möglich. Das heißt: „In der Qualitätsgeleiteten Pflegeoase des KDA sind die Nähe zu anderen Personen und der eigene Raum *gleichzeitig* möglich“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2009c, 47; Hervorhebung im Original). Das Klientel der KDA-Pflegeoase sind Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz, die in ihrer verbalen Kommunikationsfähigkeit stark eingeschränkt sind und zunehmend ortsfixiert sind (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2009b, 47; vgl. Teigeler 2009, 946). Deutlich wird bei dem Konzept der qualitätsgeleiteten KDA-Pflegeoase, dass einerseits das Einzelzimmer konsequent verfolgt und andererseits der Aspekt der sozialen Teilhabe angestrebt wird.

Gegenwärtig werden in Deutschland an mehreren Standorten Pflegeoasen eingerichtet und konzeptionell realisiert. So zum Beispiel:

- die Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle (vgl. Rutenkröger, Kuhn 2008a, 18-21; vgl. Rutenkröger, Kuhn 2008c, 22-25; vgl. Rutenkröger, Kuhn 2008d, 26-28; vgl. Rutenkröger, Kuhn 2008b; vgl. Schrader 2007, 27-28),
- im Evangelischen Altenhilfezentrum Haus Salem in Witzenhausen (vgl. Hüther 2007),
- im Simeonstift des Evangelischen Johanneswerkes (vgl. Lüttig 2005, 42-43),
- im Seniorzentrum Idar Oberstein,
- in einer Wohn- und Pflegeeinrichtung in Adenau und schließlich hat
- das Münchenstift im Dezember 2009 seine vierte Pflegeoase eröffnet (vgl. CAREkonkret 2009, 7).
- Weitere Pflegeoase stehen kurz vor der Eröffnung oder sind geplant (vgl. CAREkonkret 2010c, 2010g).

Betrachtet man anhand der vorliegenden Informationen und Publikationen die **konzeptionelle Ausrichtung** der gegenwärtig diskutierten Pflegeoasen, so wird deutlich, dass sich diese weitestgehend an vergleichbaren Kriterien, Prämissen und Rahmenbedingungen orientieren. Diese wiederum lehnen sich mehr oder weniger an das ursprüngliche Konzept des Kompetenzzentrums Sonnweid an, das folgende konzeptionelle Schwerpunkte ausweist (vgl. Kompetenzzentrum Sonnweid 2009; vgl. Schmieder 2007, 17-30):

- Oase mit 7 Plätzen für Menschen mit schwerer Demenz;
- ein Milieu gestalten, das wenig Stress erzeugt;
- Sinne aktivieren;
- Allein sein verhindern;
- Haltung: „Ja, ich bin da, jetzt, ganz, nur hier“;
- Bedürfnisse auf basaler Ebene wahrnehmen;
- Basale Stimulation, Kinästhetik, Validation, Aktivierung.

Folgende **konzeptionellen Grundlagen** sind seitens der in Deutschland umgesetzten und publizierten Studien zu Pflegeoasen übergreifend zu erfassen (vgl. Lüttig 2005, 42-43; vgl. Rutenkröger, Kuhn 2008a, 18-21; vgl. Rutenkröger, Kuhn 2008b, 24-28; vgl. Rutenkröger, Kuhn 2008c, 22-25; vgl. Rutenkröger, Kuhn 2008d, 26-28; vgl. Waldmann 2008, 430-432; vgl. CAREkonkret 2010a, 2010e):

- Förderung des Erlebens von Gemeinschaft, Geborgenheit und Sicherheit in einem überschaubaren Raum (versus Vereinsamung, Einsamkeit) => spezifisches Raumprogramm; „optimierte Mensch-Umwelt-Passung“ (CAREkonkret 2010a);
- Gezielte Anregung der Sinne/Basale Stimulation;
- Gezielte, sinnbetonte Umgebungsgestaltung (versus Reizüberflutung und Überforderung);
- Angepasste Nahrungsaufnahme;
- Erhöhung der Präsenzzeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter/kontinuierliche Präsenz/Förderung positiver Bindungserfahrungen;
- Integration der Angehörigen.

Als **Zielgruppe** werden benannt (vgl. Rutenkröger, Kuhn 2008a, 18; vgl. Rutenkröger, Kuhn 2008b, 184; vgl. Lima, Held 2008):

- Bewohnerinnen und Bewohner, die auf vollständige Unterstützung durch Pflegende angewiesen sind/schwerste Pflegebedürftigkeit;
- Bewohnerinnen und Bewohner, die in ihrer sprachlichen Ausdrucksfähigkeit stark eingeschränkt sind;
- Bewohnerinnen und Bewohner im weit fortgeschrittenem Stadium der Demenz;
- Bewohnerinnen und Bewohner, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind/fortgeschrittene Immobilität/überwiegende Bettlägerigkeit.

## 2.2 Ausgewählte Evaluationsergebnisse

Einige der oben benannten Pflegeoasen werden bzw. wurden bereits wissenschaftlich evaluiert. So zum Beispiel:

- die Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle durch das Demenz Support Stuttgart. Die Evaluation aus dem Jahr 2008 (Rutenkröger, Kuhn 2008b) liegt vor und ist frei zugänglich.
- Ebenfalls liegen Evaluationsergebnisse unterschiedlicher Oase-Konzepte des ISGOS-Instituts in Berlin vor (vgl. Dettbarn-Reggentin 2008a; 2008b).
- Der Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege im Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg e.V. evaluiert die Pflegeoase in einer Wohn- und Pflegeeinrichtung in Adenau, dies im Rahmen der Leuchtturmprojekte Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Abschlussbericht ist für Sommer 2010 angekündigt (vgl. Evangelische Fachhochschule Freiburg 2009). Erste Ergebnisse wurden bereits auf einem Fachtag präsentiert (vgl. CAREkonkret 2010a, 2010e, 2010f).
- Die Pflegeoase des Seniorenzentrums Idar Oberstein (AWO) wird von Prof. Dr. Hermann Brandenburg von der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) evaluiert (vgl. Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar 2009).

Neben den Vorgehensweisen variieren die Ziele der Studien. Die Projektevaluation der Pflegeoase des Seniorenzentrums Idar-Oberstein – unter der Leitung von Prof. Dr. Hermann Brandenburg – soll z. B. wissenschaftliche Erkenntnisse zu den „Einflüssen auf die Lebensqualität der Bewohner und zu den Arbeitsbedingungen der Pflegenden“ gewinnen (Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar 2009). Im Folgenden werden einige zentrale Aspekte und Ergebnisse der Evaluationsstudien aufgezeigt, die zum aktuellen Zeitpunkt vorliegen (März 2010).

Zur Evaluationsstudie des Demenz Support Stuttgart: Die Studie legt zunächst folgende Ziele zu Grunde (Rutenkröger, Kuhn 2008b):

„... die subjektiven Erfahrungen und Bewertungen der Pflegeoase aus unterschiedlichen Perspektiven (Angehörigen, Mitarbeiterinnen, Bewohnerinnen) zu evaluieren, um empirische Erkenntnisse zu dieser neuen Versorgungsform zu generieren. Darüber hinaus war das Erkenntnisinteresse darauf gerichtet, basierend auf den Forschungserkenntnissen, Qualitätskriterien für das Versorgungskonzept Pflegeoase abzuleiten“ (Rutenkröger, Kuhn 2008b, 29, 185).

Für die Evaluation wurde ein „deskriptiver Forschungsansatz mit qualitativen und quantitativen Methodenrepertoire“ (Rutenkröger, Kuhn 2008b, 29, 185) ausgewählt. Folgende **Motive** für die Umsetzung/Realisierung der Pflegeoasen sind in der abgeschlossenen Evaluation des Demenz Support Stuttgart nachzulesen (vgl. Rutenkröger, Kuhn 2008b, 184):

- Unzufriedenheit mit der Versorgungssituation der Zielgruppe;
- die Zielgruppe verbringt viel Zeit im Bett, überwiegend alleine im Zimmer, wenig Möglichkeit zur sozialen Teilhabe, Gefahr der Vereinsamung;
- Kontakte finden vornehmlich tätigkeitsbezogen statt.

Die Evaluationsstudie des Demenz Support in Stuttgart liefert folgende Erkenntnisse:

- „Für die Bewohnerinnen lassen sich Veränderungen beschreiben und positive Entwicklungen konstatieren.“
- Die Angehörigen sind mit der Pflegeoase „sehr zufrieden“.
- „Für die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase lässt sich ein Spannungsfeld beschreiben, das sich zwischen den Polen Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit aufbaut. Das Allein-Arbeiten ist für das Team ein prägendes Merkmal der Pflegeoase.“ (Rutenkröger, Kuhn 2008, 187-193)

Als Fazit ihrer Studie formulieren Rutenkröger und Kuhn (2008a):

„[...] die Versorgungsform Pflegeoase (ist) ein möglicher Ansatz zur Betreuung eines gezielten Personenkreises und demzufolge als Nischenangebot zu verstehen [...] Die Umsetzung einer Pflegeoase ist als Modellprojekt und damit mit einer wissenschaftlichen Begleitung und eines gut ausgearbeiteten Konzeptes zu empfehlen“ (Rutenkröger, Kuhn 2008a, 28).

Evaluation des ISGOS-Instituts in Berlin: Dettbarn-Reggentin vom ISGOS-Institut beschreibt als Motiv die Neuorganisation des Lebensraums – gegen die Isolation des Einzelzimmers (vgl. Dettbarn-Reggentin 2008a, 7). Er konnte nachweisen, dass „die Bewohner durch die ständige Nähe einer Bezugsperson gegenüber Einzelzimmerbewohner ruhiger werden“ (Dettbarn-Reggentin 2008a, 7). Zudem konnte die Studie erfassen, dass sich im Zeitverlauf „Reizbarkeit, Agitiertheit und abweichendes motorisches Verhalten ebenso wie Schlafstörungen bei den Bewohnern der Oase [...] abnehmen“ (Dettbarn-Reggentin 2008b, 8). Zusammenfassend konstatiert der Leiter der ISGOS Studie, Dettbarn-Reggentin:

„die Oase auf Dauer wie auch die Oase auf Zeit lassen sich jetzt schon als positive Bereicherung der Versorgungskonzepte bei Schwerstpflegebedürftigkeit einschätzen. Es sind jedoch einige Mindeststandards im Hinblick auf Wohnervoraussetzungen, Personalausstattung und -qualifizierung, Präsenz und Einbeziehung der Angehörigen sowie auf die Raumgestaltung, Ausstattung und Größe [...] einzuhalten, wenn das Wohlbefinden und somit die Lebensqualität der Bewohner positiv beeinflusst werden soll“ (Dettbarn-Reggentin 2008b, 8).

Evaluation durch die Evangelische Fachhochschule in Freiburg: Unter der Projektleitung von Prof. Dr. Thomas Klie und Birgit Schumacher untersucht diese Evaluation die „Lebensqualität von Bewohner/innen in einer Pflegeoase im Vergleich zu Bewohner/innen im Einzel- oder Doppelzimmer“. Sie umfasst Beobachtungen zum Milieu, Gruppendiskussionen und ein Screening zur Belastungssituation der Pflegenden sowie qualitative Interviews bezogen auf die Zufriedenheit der Angehörigen (vgl. Evangelische Fachhochschule Freiburg 2009, vgl. AGP 2010; vgl. CAREkonkret 2010a, 2010e, 2010f). Die Studie mit dem Titel „Innovative und herkömmliche Versorgungsstrukturen für Menschen mit schwerer Demenz im Vergleich“ des AGPs (Instituts für angewandte Sozialforschung in Freiburg) legt den Schwerpunkt auf die Fragestellung: „Welche Vorteile bietet die Pflegeoase gegenüber den herkömmlichen Betreuungsansätzen für Demenzkranke?“ (CAREkonkret 2010a). Die Wissenschaftler/innen untersuchten die Situation von acht Bewohnerinnen in Pflegeoasen (Programmgruppe) und einer Vergleichsgruppe von fünf Bewohnerinnen,

die in Einzel- und Doppelzimmer leben (vgl. CAREkonkret 2010a). Erste Ergebnisse wurden in der Wochenzeitschrift CAREkonkret veröffentlicht:

- Die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeoasen (Programmgruppe) sind bezogen auf angeleitete Aktivitäten „deutlich aktiver“ (CAREkonkret 2010a).
- Die „positiven Alltagssituationen“ der Programmgruppe übertreffen den Referenzwert sowohl „mit Blick auf die Anzahl der Situationen als auch mit Blick auf die Häufigkeit pro Woche“ (ebd.).
- Die „Sichtkontrollen“ sind in der Programmgruppe höher (CAREkonkret 2010e).
- Ebenso ist die direkt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern verbrachte (Arbeits-)Zeit/die „Bewohner-nahe Zeit an der Gesamtarbeitszeit“ in der Programmgruppe höher (ebd.).
- Der Anteil der „Nahrungsanreicherung“ an der Pflegezeit ist höher: „Mit 40,4 Prozent hat die Nahrungsversorgung in der Pflegeoase einen höheren Anteil als in der Vergleichsgruppe mit 28,6 Prozent“ (ebd.).
- „Die Hypothese der geringeren Belastung der Pflegenden in der OASE hat sich hingegen nicht bestätigt“ (CAREkonkret 2010f).

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass sich die **Kontra-Argumentationen** gegen die Versorgungsform Pflegeoase vornehmlich auf die Grundrechte der Privatsphäre beziehen. Diskrepanzen zwischen der angestrebten Förderung der Gemeinschaft bzw. der sozialen Teilhabe entgegen der *Einsamkeit und Isolation* im Bett/im eigenen Zimmer versus dem *Schutz der individuellen Privat- und Intimsphäre*, prägen die Auseinandersetzungen und sind zentraler Gegenstand der Ergebnisdiskussionen in den Evaluationen. Ein weiteres Kontra-Argument bezieht sich auf die Befürchtung der Reduktion zwischenzeitlich erreichter Standards in der stationären Altenhilfe – konkret der *Rückschritt in die Ära der Mehrbettzimmer*, aus unterschiedlichen Motiven heraus (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2007b, 47).

Die Varianzen der konkreten Umsetzung an den unterschiedlichen Standorten unter dem Begriff „Pflegeoase“ machen zugleich deutlich, dass der ungeschützte Begriff eine Vielzahl an definitorischen Spielräumen und Umsetzungsvarianten eröffnet. Parallel verfolgten die vorliegenden Evaluationen unterschiedliche Ziele, nutzten unterschiedliche Vorgehensweisen und arbeiteten mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Angebote, deren Strukturen und Spezifika sowie die Übertragbarkeit der Evaluationsergebnisse auf Pflegeoasen in anderen Einrichtungen. Vor diesem Hintergrund und auch vor dem Hintergrund der offenen Fragestellungen und kritischen Stimmen ist es angemessen und angezeigt, dass weitere Evaluationen mit unterschiedlichen Ausrichtungen und Schwerpunkten durchgeführt werden, die sich ergänzend in die wichtige Gesamtdiskussion einfügen. Die vorliegenden Evaluationen legen den Fokus insbesondere auf die „Lebensqualität von Bewohner/innen in einer Pflegeoase im Vergleich zu Bewohner/innen im Einzel- oder Doppelzimmer“ (Evangelische Fachhochschule Freiburg 2009) sowie auf „die subjektiven Erfahrungen und Bewertungen der Pflegeoase aus unterschiedlichen Perspektiven (Angehörige, Mitarbeiterinnen, Bewohnerinnen)“ (Rutenkröger, Kuhn 2008b 29, 185).

Die Evaluation für die Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus in Mühlacker hat die Chance, die bisherigen Erkenntnisse der vorliegenden Evaluationsstudien um die qualitative Perspektive aus den Interviews mit den Pflegekräften zu ergänzen.

### **2.3 Die Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus in Mühlacker – das aktuelle Konzept**

Der Umsetzung der Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus in Mühlacker seit August 2008, liegt ein Pflegekonzept zugrunde (Paul Wilhelm von Keppeler-Stiftung 2008, 1-2). Dieses umfasst die folgenden Komponenten: Ausgangssituation, Zielsetzung, Realisierung, Raumprogramm, pflegerische Versorgung, Angehörige und Personalentwicklung.

Die „*Ausgangssituation*“ beschreibt die Zielgruppe der gepflegten Bewohnerinnen und Bewohner auf dem Wohnbereich Arche sowie die gegenwärtige Situation der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz, die den überwiegenden Anteil des Tages im Bett verbringen. Diesbezüglich ist zu lesen: „Kontakte die sie erleben sind überwiegend tätigkeitsorientiert [...]. Sie haben wenig Gelegenheit zur sozialen Teilnahme auf dem Wohnbereich und drohen in ihren Zimmern zu vereinsamen“ (ebd., 1). Die „*Zielsetzung*“ lautet angesichts dessen wie folgt:

„Mit diesem neuen Angebot [der Oase] sollte daher eine Wohnform geschaffen werden, die einen Lebensraum mit hoher Lebensqualität für schwerstpflegebedürftige, nicht mobile und überwiegend bettlägerige Bewohner, die an Demenz erkrankt sind, bietet“ (ebd., 1).

Das Ziel beinhaltet die Komponente der Lebensqualität und expliziert zugleich die Zielgruppe für die Pflegeoase. Der Punkt „*Realisierung*“ beschreibt die bauliche Gegebenheiten der eingerichteten Pflegeoase und präzisiert die Zielgruppe der aktuell dort lebenden Bewohnerinnen:

„Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien mit schwerer körperlicher Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe III), stark eingeschränkter verbaler Kommunikationsfähigkeit und starker Einschränkung der selbstständigen Bewegungsfähigkeit. [...] Grundsätzlich leben in der Oase nur Bewohnerinnen, die gruppenfähig sind, vorher über einen längeren Zeitraum in unserem Wohnbereich ‚Arche‘ betreut wurden und somit miteinander vertraut und bekannt sind. Ein Einzug direkt von außerhalb ist ausgeschlossen“ (ebd., 1).

Das heißt, die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeoase müssen einen spezifischen Allgemein- und Pflegezustand aufweisen, sie sind den Pflegenden bekannt und lebten bereits vor dem Umzug in die Pflegeoase längere Zeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeoase gemeinsam auf dem Wohnbereich Arche. Als Grundidee wird formuliert:

„vier schwerstpflegebedürftigen, an einer Demenz erkrankten Bewohnerinnen ein neues Zuhause, das ihren Bedürfnissen in besonderer Form gerecht werden soll, zu bieten. Diese Wohnform soll die Teilnahme an der Gemeinschaft ermöglichen und der sozialen Isolation entgegenwirken“ (ebd., 1).

In der Beschreibung des „*Raumprogramms*“ wird betont, dass durch die Raumeinteilung „geschützte Privatbereiche“ geschaffen werden und die Möglichkeit der individuellen Gestaltung dieser Bereiche zu einer gemütlichen Atmosphäre beiträgt.

Die *pflegerische Versorgung* intendiert „die Möglichkeit Gemeinschaft zu erleben, das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit“ spürbar werden zu lassen (Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung 2008, 2). Die Angehörigen spielen im Gesamtkonzept eine zentrale Rolle: „Ihre Präsenz und Mitarbeit ist jederzeit willkommen“ (ebd., 2). Unter dem Punkt „*Angehörige*“ wird darüber hinaus als „Aufgabe“ formuliert:

„den Bewohnerinnen hier in der Pflegeoase ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, bis hin zum Tod. Die Bewohnerinnen dürfen hier, an dem ihnen vertrauten Ort, auch sterben“ (ebd., 2).

Dass es zur Umsetzung eines solchen Konzeptes „qualifizierter und motivierter Mitarbeiterinnen“ bedarf, wird im entsprechenden Abschnitt zur „*Personalentwicklung*“ explizit betont. „Fachliche Begleitung“ und „fachpsychiatrische Beratung“ werden als notwendige Begleitmaßnahmen benannt. Schließlich wird deutlich, dass sich das Konzept und dessen Ausrichtungen an den Prämissen und Zielen der bereits umgesetzten Pflegeoasen in Deutschland und der Schweiz orientieren. Dies wird in dem Konzept explizit ausgewiesen:

„Wir haben intensiv die neuesten Entwicklungen in der Schweiz und Deutschland durch Weiterbildung, Internet, Literatur und Erfahrungsaustausch verfolgt und unsere eigenen langjährigen Erfahrungen eingebracht und weiter entwickelt“ (ebd., 1).

An verschiedenen Stellen im Konzept werden also Zielformulierungen deutlich (in den vorausgehenden Zitaten jeweils unterstrichen). Folgende, an den verschiedenen Stellen im Konzept formulierten Ziele, wurden der Evaluation zu Grunde gelegt: Mit und in der Oase wird angestrebt,

- eine Wohnform/Lebensraum mit hoher Lebensqualität zu schaffen,
- den Bedürfnissen der Bewohnerinnen gerecht zu werden,
- Teilnahme an der Gemeinschaft zu ermöglichen und einer sozialen Isolation entgegenzuwirken,
- Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln, dennoch
- geschützte Privatbereiche zu gewährleisten und schließlich
- ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, das auch die Phase des Sterbens mit einbezieht.

Die zentralen Aussagen, Ausrichtungen, Ziele und formulierten Aufgaben in dem vorliegenden Konzept, sind Grundlage für den Gegenstand der qualitativen Evaluation der Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus.



### 3. Design und methodisches Vorgehen der Evaluation

#### 3.1 Zum Design der „responsiven“ Evaluation

Für Evaluationen (lat. Bewertung) existieren mittlerweile eine Vielzahl von Modellen und Verfahren, die sich verschiedenen Phasen der Entwicklung von Evaluationen zuordnen lassen (die Phase der „Messungen“, der „genauen Beschreibungen“, der „Beurteilung“ und der „Responsivität“; Flick 2006, 11-12). Als wichtige Unterscheidung von Evaluationen gilt zu berücksichtigen, ob eine Evaluation das Ergebnis von Maßnahmen („outcome-orientierte“ oder summative Evaluation) oder den Prozess, Aspekte des Verlaufs eines Projektes bzw. einer Maßnahme (formative Evaluation) bewertet (von Kardorff 2006, 71).

Wir haben uns in der vorliegenden, **formativen Evaluation** an ein Modell angelehnt, das auf einer Unterscheidung unterschiedlicher „Bewertungsformen“ basiert (Beywl 2006). Dabei scheint uns folgender Hinweis von Beywl wesentlich: „Neben der systematischen Informationsgewinnung, basierend auf empirischen Methoden, ist das Bewerten konstitutiv für Evaluation“ – der Aspekt des Bewertens wird allerdings in verschiedenen Definitionen unterschiedlich „explizit benannt“ (Beywl 2006, 94). So lautet die Definition der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval): „Evaluation ist die systematische Untersuchung des Nutzens oder Wertes eines Gegenstandes“ (DeGEval 2003, 23 zitiert nach Beywl 2006, 95). Dabei können die Art und Weise der Bewertung im Rahmen einer Evaluation unterschiedlich ausfallen – so unterscheidet Beywl (2006) vier Evaluationsmodelle, die jeweils unterschiedlich mit Werten bzw. Bewertungen umgehen:

- wertedistanziert: in wertedistanzierten Verfahren geht es um die Klärung unklarer oder strittiger Tatsachenfragestellungen;
- werterelativistisch: „Werte“ bzw. Wertkonflikte werden herausgearbeitet, „ohne dass die Evaluierenden Partei ergreifen“;
- wertepriorisierend: Hier geht es um „systematische Prioritätensetzung“ der Evaluierenden;
- wertepositioniert: Neben Untersuchungen schließt Evaluation hier „Veränderungshandlungen“ mit ein und ähnelt von daher Qualitätsentwicklungsprozessen.

Wie bereits deutlich wurde (vgl. Kap. 2) ist die Diskussion um die Einführung von Pflegeoasen geprägt von äußerst unterschiedlichen Bewertungen. Eine Evaluation agiert daher in einem stark bewertenden Umfeld und es stellt sich zunächst die Frage, wie sich die Evaluierenden hinsichtlich der zentralen Wertfragen positionieren. Angesichts der begrenzten Ressourcen (die keine längerfristigen Feld- und Beobachtungsphasen zuließen) und angesichts der noch offenen forschungsmethodischen Grundsatzfragen zur Rekonstruktion der Perspektiven von Menschen mit Demenz (um die es in der Oase geht), haben wir uns für ein **wertrelativistisches Verfahren** entschieden: wir bewerten also nicht das „Ergebnis“ des neuen Versorgungsangebotes

(den „outcome“) sondern fokussieren wesentliche und für den Auftraggeber interessante Elemente des Prozesses: Zurückgemeldet, „gespiegelt“ werden Bewertungen der Pflegekräfte. Ein methodisch kontrollierter Erhebungs- und Auswertungsprozess ermöglicht dabei Zusammenhänge und Begründungsmuster in den Argumentationen der verschiedenen Mitarbeiterinnen zu erkennen, die in (methodisch unkontrollierten) Alltagsgesprächen nicht rekonstruierbar sind. Entschieden haben wir uns daher für eine „**responsive**“ bzw. „Spannungsthemengesteuerte **Evaluation**“:

„Spannungsthemengesteuerte Evaluation“ (responsive evaluation) ‚antwortet‘ (responds) auf Informations- und Bewertungsanliegen der Stakeholder. Die evaluierende Person fungiert als ein ‚Resonanzkörper‘ für den Handlungszusammenhang des Programms. Sie agiert als primäres Erhebungsinstrument, erstellt eine vertiefte Beschreibung des Programms bzw. seiner lokalen Umsetzung („Fall“) samt seines spezifischen Kontextes und Prozesses. Diese Beschreibung liefert den Stakeholdern relevante Informationen, welche diese vor dem Hintergrund ihrer Werte und Interessen autonom beurteilen. Sie allein, nicht die Evaluierenden, sollen Schlussfolgerungen für die künftige Programmplanung und -umsetzung ziehen. Informationsgewinnung und Ergebnisvermittlung werden durch wertgeladene ‚Spannungsthemen‘ (issues) ausgerichtet. [...] die responsive Evaluation eignet sich besonders zur Vorbereitung und Begleitung neuer Programme, da sie ihren Betrachtungsfokus flexibel und zeitnah an schnelle Veränderungen der Programmdurchführung anpassen kann“ (Beywl 2006, 103-104).

Das Konzept der Responsivität hat die Anwendungsorientierung der Evaluation im Blick, das heißt, die im Rahmen einer responsiven Evaluation gewonnenen Erkenntnisse werden an den Auftraggeber und die Stakeholder zurückgemeldet (vgl. Flick 2006a, 12, 19). Dies erfolgt im Rahmen des Berichtes, der einerseits das methodische Vorgehen expliziert und andererseits die Ergebnisse und Erkenntnisse der qualitativen Evaluationsforschung praxistauglich und nachvollziehbar präsentiert. Der Auftraggeber kann auf dieser Basis seine eigenen Rückschlüsse ziehen; die von uns formulierten Empfehlungen (Kap. 5.2 und 5.3) verstehen wir als erste Anregungen für die trägerinterne Diskussion. Folgende wesentliche Elemente prägen unser **forschungs-methodisches Design** (Flick 2009, 177):

Theoretischer Rahmen: Responsive, qualitative Evaluation

- Fragestellung: Werden die im Konzept für die Pflegeoase des Altenzentrums St. Franziskus in Mühlacker formulierten Ziele aus der Perspektive der dort pflegenden Mitarbeiterinnen realisiert? Und wenn ja, inwiefern?
- Zielsetzungen: Beschreibungen und Rekonstruktionen subjektiver Sichtweisen und Erfahrungen mit dem neuen Konzept sowie davon, wie zentrale Ziele gedeutet, verstanden und umgesetzt werden; Explikationen von Spannungsfeldern, die bei der Umsetzung des Konzepts deutlich werden.
- Methoden: Zugänglich machen der subjektiven Sichtweisen der Mitarbeiterinnen durch die Erhebung und Auswertung qualitativer Leitfaden-Interviews; Analyse der Pflegedokumentation der Bewohnerinnen zu zwei Zeitpunkten (vor und nach dem Umzug in die Oase) als Validierungsstrategie, bei der Daten aus verschiedenen Quellen zu

unterschiedlichen Zeitpunkten („Daten-Triangulation“) berücksichtigt werden (Flick 2000, 310).

Generalisierungsziel: Die Evaluationsergebnisse sind nicht auf andere Kontexte übertragbar, bleiben auf die Umsetzung des Oase-Konzeptes in Mühlacker begrenzt, sie können dem dortigen Team als Ausgangspunkt für Selbstreflexion und Konzeptentwicklungen dienen. Sie dienen der Reflexion darüber, ob die pflegerischen Orientierungen, Haltungen, Umgangsformen und Interventionen dem Pflegeverständnis entsprechen, das mit dem Angebot der Pflegeoase vom Träger angestrebt wurde und zugleich, ob diese mit den formulierten Zielen kongruent sind. Ob sich die rekonstruierten Chancen, Grenzen und Spannungsfelder auch in anderen Einrichtungen zeigen, bedarf einer jeweils eigenen Evaluation.

Das Vorgehen eröffnet die Möglichkeit, Rückschlüsse dahingehend zu ziehen, welche Chancen und Grenzen, welche begrenzenden und fördernden Wirkungen in der konzeptionellen Ausrichtung liegen (in diesem Sinne rekonstruiert die vorliegende Evaluation auch „Wirkmechanismen“; vgl. Kardorff 2006, 81). Der Evaluationsprozess umfasste den Zeitraum März 2009 bis März 2010 und verlief in folgenden Schritten:

- Ausführliche Literaturrecherche und Auswertung – theoretische Fundierung;
- Organisation der Datenerhebung und Erstellung des Interviewleitfadens;
- Durchführung von 9 leitfadengestützten Interviews in der Einrichtung;
- Vollständige Transkription der Interviews;
- Kodierung und Auswertung der Interviews;
- Dokumentenanalyse vor Ort;
- Auswertung der Dokumentenanalyse;
- Vorstellung erster Ergebnisse innerhalb und außerhalb der Einrichtung;
- Erstellung des Berichts.

Im Fokus der Evaluation standen die qualitativen Leitfaden-Interviews mit den Mitarbeiterinnen der Pflegeoase (6 Pflegekräfte) bzw. der Arche (3 Pflegekräfte, davon eine Wohnbereichs-übergreifende Nachtwache) sowie die Dokumentenanalyse der Pflegedokumentationen und Pflegeprozessplanungen der vier Bewohnerinnen. Diese zwei wesentlichen Forschungszugänge werden im Folgenden genauer erläutert.

Die Evaluation verfolgte konsequent das Ziel, den zentralen Qualitätskriterien gerecht zu werden: der Vertrauenswürdigkeit, der Berücksichtigung ethischer Aspekte, der Angemessenheit, der Nutzenorientierung, der Genauigkeit, der Wissenschaftlichkeit, der Offenheit gegenüber dem Handlungsfeld, der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit (vgl. von Kardorff 2006, 87; vgl. Flick 2006b, 425).

### 3.2 Erhebung und Auswertung der Interviews

Als angewandte empirische Sozialforschung bedient sich qualitative Evaluationsforschung der Methoden der qualitativen Sozialforschung (von Kardorff 2006, 69).

Die „eigenständige und besondere Qualität der Evaluationsforschung (liegt darin, dass) die subjektive[n] Sichtweisen der Beteiligten sichtbar und Interessen somit transparenter und nachvollziehbarer gemacht werden“ (ebd., 83).

In der qualitativen Sozialforschung wird daher *nicht-standardisierten* Befragungsverfahren, die Antwortmöglichkeiten *nicht* vorgeben (wie bspw. bei Fragebögen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten), der Vorzug gegeben. Offenheit für Relevanzen der befragten Personen entsteht vor allem dadurch, dass im Rahmen von Interviews zu Erzählungen bisheriger Erfahrungen und zu individuellen Beschreibungen aufgefordert wird. Qualitative Interviews ähneln daher eher einem Gespräch als einer Befragung. In der Auswertung muss es daher zunächst um ein „Verstehen“ gehen, das sich „auf den Nachvollzug der Perspektive des anderen“ richtet (Flick, Kardorff, Steinke 2000, 23). Im Gegensatz zur quantitativen Sozialforschung geht es dabei nicht um statistische Repräsentativität, sondern um die Rekonstruktion subjektiver Bedeutungszuschreibungen fachlichen Wissens und entsprechender Begründungsstrukturen, beabsichtigt ist, die Variationsbreite subjektiver Deutungen sichtbar zu machen. Für die **Erhebung der Interviews** waren folgende Schritte zentral:

- Auswahl der Interviewpartnerinnen/Festlegung des **Samples**: In den Vorgesprächen zur Evaluation ist bereits eine große Kooperationsbereitschaft der Beteiligten deutlich geworden, so dass alle verantwortlichen Mitarbeiterinnen der Oase für ein Interview gewonnen werden konnten. Wir haben diese Personen mit den Konsonanten X, Z, D, V, F und S maskiert, wobei diese Buchstaben nicht auf die entsprechenden Nachnamen verweisen. Darüber hinaus wurden 3 Interviews geführt mit Fachkräften, die nur stundenweise in der Spät- bzw. Nachtschicht in der Oase arbeiten (Frau Y, C, N). Das Sample besteht daher aus 9 Personen.
- Erstellung der **Interviewleitfäden**: Im Interviewleitfaden werden bestimmte Fragen festgelegt, die die Interviews thematisch strukturieren. Dieser Leitfaden darf nicht als Fragebogen missverstanden werden, der von oben nach unten „durchgearbeitet“ wird. Angesichts der Fülle der interessanten Themen in solchen Gesprächen dient er dazu, in den als Gesprächen gestalteten Interviews Themen festzulegen, die für einen Vergleich aufschlussreich erscheinen. Dabei waren für uns Fragen zum Konzept, zu den beobachteten Veränderungen der Bewohnerinnen nach ihrem Umzug in die Oase sowie zu Oase-spezifischen Kontextbedingungen relevant. Der zunächst erstellte Leitfaden für die Interviews mit den Oase-Mitarbeiterinnen wurde für die Interviews mit den Arche-Mitarbeiterinnen entsprechend angepasst.
- **Durchführung** der Interviews: Die Interviews wurden an 3 Tagen in der Einrichtung (in einem zum damaligen Zeitpunkt freien Kurzzeitpflegezimmer)

durchgeführt und dauerten zwischen einer und zwei Stunde/n. Der unproblematische Verlauf der Gespräche unterstreicht die Kooperationsbereitschaft der Mitarbeiterinnen und gibt einen Hinweis auf die Angemessenheit der ausgewählten Gesprächsthemen, bei denen die Mitarbeiterinnen ihre je individuellen Sichtweisen entfalten konnten.

- **Transkription** der Interviews: Die abschließende Phase der Datenerhebung bestand in der vollständigen, wörtlichen Transkription der Tonbandaufzeichnungen durch unsere studentische Mitarbeiterin Daniela Weber (insgesamt ca. 165 Seiten Interviewmaterial). Dialektformen wurden bei der Transkription überwiegend angeglichen (es sei denn, der Inhalt einer Aussage hätte sich durch die Streichung bestimmter Ausdrücke verändert, diese wurden dann verschriftlicht, bspw. „gell“). Alle verwendeten Namen und Ortsbezeichnungen wurden durch Pseudonyme ersetzt (siehe oben) – im folgenden einige Hinweise zu verwendeten Abkürzungen in der Transkription:

I	= Interviewerin (Schneider)
Frau E, U, O, U	= Pseudonyme für die Bewohnerinnen der Oase
X, Z, D, V, F, S	= Oase Mitarbeiterinnen
Y, C, N	= Arche Mitarbeiterinnen bzw. Nachtwache
-,	= ein angeschlossener Bindestrich steht für einen Satzabbruch
[...]	= Auslassungen einiger Wörter/Sätze im zitierten Abschnitt
...	= Auslassung einzelner Worte oder Wiederholungen um die Lesbarkeit der Zitate zu erleichtern
( <i>lacht</i> )	= Hinweise in runden Klammern sind protokollierte Kommentare zum Interviewverlauf
[Hinweis...]	= Erläuterungen in eckigen Klammern sollen den Interviewkontext nachvollziehbar machen

Für die **Auswertung des Interviewmaterials** haben wir ein kodierendes Verfahren gewählt, das an das Verfahren des thematischen Kodierens von Flick (2009, 402) angelehnt ist: Im Rahmen der ersten Interviewauswertungen wurde ein Kodierleitfaden erstellt, in dem jene Themen festgelegt wurden, anhand derer das vollständige Interviewmaterial einem Vergleich unterzogen wurde. Folgende Erfahrungsberichte und Beschreibungen wurden in den Interviews „kodiert“ und im Hinblick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysiert:

- Begründungsmuster/Entstehungszusammenhang der Oase
- Bewertungen der Oase (Positives, Negatives, Metaphern)
- Wichtigstes Ziel der Oase sowie Aussagen zur Realisierung von
  - hoher Lebensqualität,
  - Gemeinschaft,
  - Sicherheit/Geborgenheit,
  - einem menschenwürdigen Leben,
  - Rückzugsmöglichkeiten,
  - Bedürfnisorientierung

- Implizite Hinweise auf das individuelle Verständnis von Lebensqualität
- Erzählungen zu und Erfahrungen mit den Bewohnerinnen Frau A, Frau O, Frau U, Frau E.

In den Interviews kommen eine Fülle an Sichtweisen, Deutungs- und Begründungsmuster der Pflegekräfte im Hinblick auf die Oase zur Sprache, die im Rahmen der Auswertung und schließlich im Bericht (als schriftliche Zusammenfassung der Auswertung) gebündelt werden müssen. Insofern stellt die folgende Zusammenfassung eine Reduktion der vielfältigen Aspekte dar, die im Kontext der Diskussion über Pflegeoasen (auch noch) interessant wären. Im Rahmen dieser notwendigen Reduktion haben wir den Schwerpunkt – entsprechend der Evaluationsfrage – auf die Deutungsmuster der Pflegekräfte bezogen auf die Ziele der Oase gelegt (Kap. 4.3).

### 3.3 Dokumentenanalyse

Die Dokumentenanalyse wird als eine ergänzende Methode der Datenerhebung beschrieben, um Material, das nicht eigens zu Forschungszwecken geschaffen wurde (akzidentale Dokumente), wissenschaftlich auszuwerten (vgl. Mayer 2007, 351; vgl. Flick u. a. 2007, 503). Als Vorteil der Dokumentenanalyse ist zu konstatieren, dass die „Produktion des Rohmaterials“ nicht durch die Interviewerin/den Interviewer bzw. die Forscherin/den Forscher beeinflusst ist (Diekmann 2008, 586). Zu den akzidentalen Dokumenten gehören zum Beispiel die Pflegedokumentationen als Teil des Pflegeprozesses. Der Pflegeprozess stellt ein professionelles Verfahren, eine Methode (vgl. Roper 1997, 14) bzw. ein wichtiges pflegespezifisches Konzept (vgl. Meleis 1999, 190-192) dar, das die konsequente Dokumentation anhand spezifischer Kriterien indiziert, dies mit dem übergreifenden Ziel die Qualität der erbrachten Leistungen zu sichern. Der Pflegeprozess, als zentrales Denk- und Arbeitsinstrument für eine systematische Vorgehensweise in der professionellen Pflege (vgl. Fiechter, Meier 1998, 17), repräsentiert sich in der Pflegedokumentation. Vor diesem Hintergrund sind die vier Pflegedokumentationen der Bewohnerinnen für eine ergänzende Dokumentenanalyse besonders geeignet. Das heißt, diese spezifischen akzidentalen Dokumente des Pflegealltags, repräsentieren das Ziel sowie den Gegenstand der zu erbringenden professionellen Pflegeleistungen und stellen vor diesem Hintergrund eine sinnvolle Ergänzung zu den Interviews dar. Die Analyse der Pflegedokumentationen der vier Bewohnerinnen der Oase verfolgte folgende Ziele:

- Erfassung zentraler pflegebezogener Interventionen und Interaktionen, dies vornehmlich seit dem Umzug der Bewohnerinnen in die Pflegeoase.
- Erfassung zentraler, dokumentierter Veränderungen des Allgemeinzustandes (physisch, psychisch und emotional) sowie der Verhaltens- und Interaktionsformen der Bewohnerinnen in der Pflegeoase.
- Erfassung der Kongruenz zwischen den in den Interviews artikulierten pflege- und betreuungsrelevanten Ausführungen und den in der Pflegedokumentation formulierten pflege- und betreuungsrelevanten Aspekten.

Seitens der Forscherinnen lagen der Analyse der Pflegedokumentation drei Hypothesen zugrunde:

- In den Pflegedokumentationen der vier Bewohnerinnen der Pflegeoase spiegeln sich die **konzeptionellen Ziele** der Pflegeoase wieder, bezogen auf die geplanten und durchgeführten Pflegeinterventionen und die Formen der Interaktion.
- Die vier Pflegedokumentationen repräsentieren die durch die Pflegekräfte beobachteten **Veränderungen des Allgemeinzustandes** der Bewohnerinnen (physisch, psychisch und emotional) vor und nach dem Umzug in die Pflegeoase.
- Die vier Pflegedokumentationen repräsentieren die **Veränderungen** bezogen auf die geplanten und durchgeführten **Pflegeinterventionen** und die Formen der Interaktion mit den Bewohnerinnen vor und nach dem Umzug in die Pflegeoase.

Zwei Fragestellungen sollten beantwortet werden:

- Welche **Komponenten des Konzeptes** der Pflegeoase spiegeln sich in der Pflegedokumentation wieder?
- Können in der Pflegedokumentation seit dem Umzug in die Pflegeoase **zentrale Veränderungen** erfasst werden, die auf die Ziele des Konzeptes zurückzuführen sind?

Für die Dokumentenanalyse wurde eigens ein Analyse-Raster entwickelt, das die Inhaltsanalyse strukturiert und den Fokus bestimmt. Das Instrument orientierte sich wiederum an dem Konzept der Pflegeoase in Mühlacker und ermöglichte so eine inhaltlich spezifisch ausgerichtete und weitgehend standardisierte Analyse der vier Pflegedokumentationen (vgl. Flick u. a. 2007, 512). Die relevanten Vorentscheidungen im Rahmen einer Dokumentenanalyse beziehen sich auf die Bestimmung der Stichprobe, die Festlegung der Analyseeinheit, die Festlegung der Analysedimension, die Festlegung der Analysekatoren und bei Bedarf die Anlegung eines Kodebuches (vgl. Lamnek 2005, 495-496; vgl. Mayer 2007, 205-208).

- Als Stichprobe wurden die vier Pflegedokumentation der Bewohnerinnen der Pflegeoase ausgewählt.
- Der zugrunde liegende Zeitraum umfasste das Jahr vor dem Umzug in die Pflegeoase und den gesamten Zeitraum seit dem Umzug in die Pflegeoase.
- Hierbei wurden die folgenden Teildokumente der Pflegedokumentationen analysiert: Biografieblatt/Anamnesebogen, Pflegeplanungen, Verlaufsdokumentationen, Medikamentenverordnungsblatt, Gewichtskontrollen.

Die Analyse aller genannten Dokumente wurde von zwei Personen durchgeführt (Daniela Weber/Prof. Dr. Annette Riedel) und nahm ca. einen Arbeitstag in Anspruch. Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse sind in die folgende Auswertung mit aufgenommen (vgl. Kap. 4.2)

## 4. Zentrale Ergebnisse: Umsetzung des Konzeptes der Pflegeoase

Die subjektiven Deutungsmuster der interviewten Fachkräfte werden im Folgenden unter vier Themen gebündelt:

Kapitel 4.1: Welche Gründe geben die Pflegekräfte für die Entstehung der Oase an, wurde dieser Prozess von den unterschiedlichen Beteiligten ähnlich erlebt? (Übereinstimmungen/Unterschiede?)

Kapitel 4.2: Welche Veränderungen nehmen die Pflegekräfte bei den Bewohnerinnen durch ihren Umzug in die Oase wahr? (Übereinstimmungen/Unterschiede?)

Kapitel 4.3: Wie verstehen die Fachkräfte die zentralen Ziele des Konzeptes? Durch welcher Indikatoren sehen sie diese realisiert? (Übereinstimmungen/Unterschiede?)

Kapitel 4.4: Wie bewerten die Fachkräfte dieses Angebot insgesamt? (Übereinstimmungen/Unterschiede?)

Die einzelnen Kapitel sind jeweils so aufgebaut, dass nach einer einleitenden Zusammenfassung der jeweiligen Ergebnisse so viel Interviewmaterial präsentiert wird, dass die Sichtweisen und Begründungsmuster der Pflegekräfte auch für die Leser und Leserinnen des Berichtes nachvollziehbar werden.

### 4.1 Entstehungszusammenhang und Verständnis der Oase aus Sicht der Pflegekräfte

#### Entstehungszusammenhang

Für Evaluationen von Projekten empfiehlt Lenzen den jeweiligen „Entstehungszusammenhang“ ebenso wie die jeweiligen „Kriterien“ der „Bewertung“ zu rekonstruieren (Lenzen 2001, 571). In diesen Rekonstruktionen wird deutlich, was die Mitarbeiter/innen und Verantwortlichen mit einem Projekt anstreben bzw. angestrebt haben, also an welchen Zielorientierungen sie sich beim Start eines neuen Projektes bzw. Konzeptes orientiert haben. Interessant ist dabei auch, inwiefern sich die individuellen Entstehungsgeschichten mit den im Konzept dargelegten Begründungen verbinden lassen. In den Schilderungen der Mitarbeiterinnen zur Entstehung der Pflegeoase lassen sich zwei zentrale inhaltliche Dimensionen differenzieren:

- Die Wahrnehmung besonderer **Schwierigkeiten und Bedarfe** von immobilen Bewohnerinnen und Bewohnern, denen man im bisherigen Stationsablauf der Arche nicht ausreichend gerecht werden konnte, veranlasste die Pflegekräfte nach neuen Konzepten der Versorgung dieser Personengruppe zu suchen. Als problematisch wurden dabei insbesondere folgende Aspekte beschrieben: Körperliche und psychosoziale Folgeprobleme zunehmender Immobilität und



Bettlägerigkeit/Ortsfixierung, insbesondere die zunehmende Isolation der Bewohnerinnen im Zimmer, mit der Folge, dass sich der Kontakt zum Pflegepersonal überwiegend auf die Zeit pflegerischer Tätigkeiten reduzierte, aber auch die Unzufriedenheit und Sorge der Angehörigen im Hinblick auf die Situation der immobilen alten Menschen. Dieser Fokus entspricht der im Konzept beschriebenen Ausgangssituation. In den Gesprächen mit den Mitarbeiterinnen wird aber deutlich, dass folgender weiterer Faktor eine entscheidende Rolle in der Entwicklung spielte:

- Das **besondere Engagement** einzelner Pflegekräfte, die sich einerseits die notwendigen fachlichen Grundlagen zu neuen Versorgungskonzepten angeeignet haben sowie diese Überlegungen kontinuierlich mit Angehörigen, Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen kommuniziert haben und sich – auf Grund ihrer persönlichen Überzeugung – über einen erwartbaren Einsatz hinaus (auch persönlich) für die Entstehung der Oase engagiert und dabei viel Rückhalt aus dem direkten Team erfahren haben. Als wichtige Faktoren dieses Engagements, das letztlich die Entstehung der Oase auf den Weg gebracht hat, können hier fachliche Expertise, eigene Überzeugung, Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung, der Zusammenhalt und kollegiale Rückhalt verschiedener Pflegekräfte in dieser Sache sowie schließlich die Hartnäckigkeit im Hinblick auf notwendige Überzeugungsarbeit innerhalb der Einrichtung und des Trägers genannt werden.

Die folgenden Interviewauszüge stellen exemplarische Einblicke in die Darstellungen der Entstehungsgeschichte aus der Perspektive zweier Mitarbeiterinnen dar:

X: Also ich habe diese Entwicklung von dem Wohnbereich [Arche] ganz intensiv in den letzten 14 Jahren sage ich mal, so verfolgt. Seit wir ein gerontopsychiatrischer Wohnbereich, vielleicht sollte ich eher sagen ein Bereich für demente Menschen geworden sind. Und von Anfang an gab es diese sehr ... aktiven unruhigen Bewohner, die mobil waren. Die immer auf der Suche waren, hinter uns herliefen, ganz viele solcher Bewohner. Und dann mit der Zeit, ich würde sagen in den letzten vier Jahren, hat sich diese Bewohnerstruktur im demenzen Bereich verändert. Das haben wir ganz stark zu spüren (bekommen), immer mitbekommen, dass die Bewohner immer weniger mobil sind und dass sie immer mehr immobil werden, immer mehr desorientiert werden, bis (zur) Bettlägerigkeit mit Problematiken (wie) Dekubitus, Schluckreflexstörungen, mit Ängsten. Ja, das wir jeden Tag damit immer mehr konfrontiert wurden. Irgendwann haben wir festgestellt, dass unsere Bewohner, die nicht mehr mobil sind und die entweder ganz bettlägerig sind oder teilweise bettlägerig sind, eigentlich in ihrem Zimmer isoliert werden. Dass sie ganz alleine sind und dass wir einfach nur zu Erledigungen von Tätigkeiten in diese Räume kommen. Das heißt ich komme, um zu pflegen, waschen, dann komme ich später, um Essen zu geben. Dann kann es sein, wenn ich im Zimmer noch etwas zu erledigen habe, dass ich dazwischen mal reinkomme. Das ist eigentlich alles, was man diesen Bewohnern an Kontakten bieten kann. Und sie sind den ganzen Tag alleine, verbringen den Tag alleine, dass sie dann ganz stur an die Decke schauen oder irgendwie an die Wände schauen und manche Bewohner Schreie von sich lassen, um einfach nicht alleine zu sein und dass wir sie immer ängstlicher, desorientierter erleben und dass die Leute, die Bewohner möchten, nach unserer Wahrnehmung, nicht so alleine sein.

Z: Also ich habe mich hier stark in die Gerontopsychiatrie, mich damit auseinander gesetzt. Ich finde das ein sehr interessantes Thema und wir haben dann [...] also

diese Leute stark realisiert, in wie weit können wir auf sie eingehen. Es ist ja eine fremde Welt. Ich meine, man muss sich zuerst einmal klar machen, dass diese Leute in einer anderen Welt leben, also nicht für unsere Welt quasi zugänglich sind. Und man hat sich dann versucht auf diese Welt oder auf diese Phase oder dieses Niveau, nicht negativ gemeint, zu begeben, um die Leute zu verstehen. Und wir haben dann aber auch immer wieder gemerkt, dass wir an Grenzen gestoßen sind, ja? Dass wir auch gemerkt haben, dass diese Leute, je stärker sie sich jetzt in die Demenz hinein entwickeln, dass sie sich einfach auch so verloren vorkommen und dass auch solche Ängste aufkommen. Weil sie einfach nicht wissen, wo bin ich eigentlich, was passiert mit mir. Sie können überhaupt nichts mehr steuern. Das löst natürlich Ängste aus bei den Leuten und man fragt sich, wie weit kann ich ihnen entgegenkommen. Wir haben hier eine Struktur, die wir einhalten müssen in der Pflege. Das macht manche Sachen natürlich auch schwierig. Nach außen hin muss man sich, steht man oft in der Verteidigungshaltung, weil man einfach auch dieses Verständnis nicht hat, wenn man sich nicht in die Situation hineinbegibt. [...] Wenn die Leute jetzt so alleine in ihrem Zimmer sind, ja. Sie vereinsamen, das ist bekannt, ja. Und auch wenn man sich nicht intensiv so, also, wie soll ich das jetzt sagen, die liegen da und jedes Geräusch, jede Veränderung macht ihnen Angst. Erschreckt sie, ja? Wenn sie aber so ein gewisses Umfeld haben, der Ruhe, der Friedlichkeit auch die Personen bekannt sind, man kann sich auf die Leute einlassen, was macht ihnen Angst, was nicht, dann werden sie ruhiger, ja? Ich kann dann auch ab und zu mal, ich merke dann wie gesagt, dass ich an die Leute herankomme ich merke dann, dass sie auch entspannter sind und wir haben dann gemerkt und teilweise haben dann auch die Angehörigen gesagt, sie möchten ihre Eltern im Einzelzimmer haben. I: Also die vorher im Doppelzimmer waren?  
Z: Ja richtig, das war die vorherige Situation und dann haben wir auch gemerkt, dass die Leute gar nicht glücklich sind da drin, ja? Das ihnen das teilweise noch mehr Angst macht, wenn sie bettlägerig sind und wenn man dann eine zweite Person da dazu gegeben haben, haben wir auch bemerkt, ok, es ist irgend etwas da, die gewöhnen sich dann dran, dass hier Geräusche da sind, dass hier jemand anderes ist, dass hier jemand atmet, dass hier einfach noch eine Person da ist. Und die Leute sind dann auch ruhiger geworden, ja? Das kann man jetzt nicht verallgemeinern, es gibt immer wieder Ausnahmen, ja? (I: Ja.) So wie die Persönlichkeiten unterschiedlich sind, so hat man dann hier auch gemerkt, das passt oder das passt nicht. Und dann haben wir uns einfach überlegt, das wäre sinnvoller für diese Menschen, wenn man die jetzt nicht ein paar, so zwei drei Stunden alleine lässt, sondern dass immer jemand anwesend ist. Und dass diese bekannten Geräusche sich immer wieder, sich wiederholen.

Als entscheidend in diesem Prozess beschreibt eine weitere Mitarbeiterin, dass Überzeugungsarbeit eben nicht „Überreden“ sondern fundiertes „Erläutern“ bedeutet habe. Im **Kontakt mit den Angehörigen** – darauf verweist die zweite Sequenz – ist vor allem auch wichtig, deren Sorgen stehen zu lassen und ihnen zuzusichern, dass sie, die Angehörigen, ihre dementen Verwandten auch wieder zurückverlegen könnten, sofern sie dies möchten.

D: Es war eine Überzeugungsarbeit. Es war ja nicht dieses Überreden, sondern: schauen Sie mal, so und so und so und so - Erklären, Erläutern, Begreiflich machen.

X: Und das hat sich alles so verwirklicht und ergeben, dass die Angehörigen (es) eigentlich sehr schnell verstanden haben. Eine Frau hat mich gefragt, von einer Bewohnerin, ... wie sieht es aus, wenn es nicht mehr-, also wenn wir denken, dass es doch nicht das ist, was wir uns wünschen. Ich habe dann gesagt, wissen Sie, kein Problem, dann wird Ihre Mutter zurückkehren wieder in ein Einzel- oder Zweibettzimmer, so wie immer und es wird ihr nichts passieren. Das ist ja in Ordnung, weil diese Möglichkeit zu verlegen im Wohnbereich, die haben wir ja immer.

Im folgenden Zitat werden weitere Aspekte neben einer guten Überzeugungsarbeit deutlich, die die Entwicklung der Oase befördert haben. Diese Aspekte würde die Fachkraft auch anderen Kolleg/innen empfehlen, die sich überlegen eine Oase aufzubauen:

I: Was würden Sie denn anderen Einrichtungen empfehlen, die über so ein Angebot nachdenken? Also was wäre-, würden Sie sagen: Das ist das Wichtigste, wenn ihr das vorhabt, bedenkt dies und das.

X: Ja. Also dass, das Bauen ist klar. Es muss schon Komfort sozusagen geben, was die Wünsche, Bedürfnisse und Gewohnheiten betrifft und ermöglicht. Das ist schon wichtig. Was sehr, sehr wichtig ist, ist im Vorfeld mit den Angehörigen zu reden, die Angehörigen mit einzubeziehen, ganz viele Leute drum herum zu informieren. Informieren darüber, das heißt auch die Hausärzte und auch alle möglichen Vertreter, die da ins Haus rein kommen. Alle die, die mit den Bewohnern zu tun haben. Aber Angehörige und die Mitarbeiter. Sie müssen sich nah sein, also sie sollen miteinander planen können. Das halt, dieser Austausch ist sehr wichtig. Der muss stattfinden. Der Austausch zwischen den Mitarbeitern, das heißt die Übergabe. Das ist auch sehr, sehr wichtig. Ja. Also ich denke, das sind ganz, ganz wichtige Sachen und man darf dabei den Bewohner gar nicht vergessen. Weil das ist das Erste und das Wichtigste, dass der Bewohner im Mittelpunkt steht.

Interessant ist also, dass die Herstellung einer gemeinsamen Ausgangsbasis, die **Verständigung über Bedarfe** sowie darüber, was eine **gute Versorgung** der immobilen Menschen ausmacht, eine wichtige Voraussetzung bei der Entwicklung der Oase darstellte – und nicht zuletzt, das **gemeinsame Interesse** an Veränderungen:

X: Wir haben hier im Wohnbereich auch ganz tolle Mitarbeiter, die auch ganz toll mitgemacht haben, die auch hier drin sind. Wir sitzen alle im gleichen Boot. Wir sehen alle die gleiche Problematik. Und es ist einfach so, man denkt, man überlegt, wie können wir es verbessern, wie können wir es besser machen, dass man auch zufriedener ist.

In den Schilderungen der Mitarbeiterinnen wird nun eine Schwierigkeit deutlich, dass nämlich einerseits die Gründung der Oase unterstützt wird, mit dem Argument eine Verbesserung für immobile BewohnerInnen der Arche zu erreichen, gleichzeitig aber die bisherige Arbeit auf der Arche nicht abqualifiziert werden soll. Dies führt zu Widersprüchen in der Argumentation der Pflegekräfte, die ihnen möglicherweise nicht bewusst sind oder aber die aufgrund von Loyalitätskonflikten entstehen: einerseits wird die Oase begrüßt, gleichzeitig soll damit aber nicht die bisherige Arbeit auf der Arche abgewertet werden. Damit entsteht ein **Spannungsverhältnis**, das nicht alle Mitarbeiterinnen argumentativ auflösen können: Einerseits wird die Besonderheit der hohen Präsenz in der Oase als positiv hervorgehoben und als Beitrag zu einer Verbesserung der Lebensqualität. Andererseits wird darauf verwiesen, dass die Pflege bzw. Versorgung der gleichen Personengruppe auf der Arche – die Pflege- und Betreuungsqualität betreffend – nicht schlechter ist. Im Folgenden wurden 3 Stellen aus dem Material ausgewählt, in denen diese Spannung deutlich wird:

D: [Auf die Frage, wie es den immobilen Bewohnern außerhalb der Oase gehe]: Denen geht es genauso, denen geht es genauso, also das Pflegerische ist gegeben. Nur die Beobachtung, die ich in der Oase mache, die ist ganz anders, Weil ich diesen Raum nicht verlasse. Ich verlasse ihn natürlich, wenn ich irgendwelche Bedürfnisse erfüllen muss, aber sonst nicht. Ich bin da. Ich bin

ständig präsent. Und die anderen Bewohner, die erfahren mich, wenn ich eine Handlung habe, ob es pflegerisch oder handlungspflegerisch ist, wie z. B. Fieber messen, Essen reichen. Ich bin weg. Ich sehe ihn dann wieder zwei Stunden nicht, bis zur nächsten Lagerung. Und ich weiß nicht, was er in diesen zwei Stunden gemacht hat. Es kann vieles in diesen zwei Stunden passieren. Er kann erbrechen, er kann am Erbrochenen ersticken und ich weiß es nicht. Und so weiß ich es. In der Oase bin ich da, ich höre die, dieses Hüsteln, ich höre dieses Lachen, ich höre dieses Stöhnen. Ich kann sofort agieren, ich bin da. Also ich bin immer, wie sagt man, handlungsbereit. Ich bin immer da. Und das ist, das macht den Unterschied. Es macht den Unterschied. Ich muss auch nicht immer diese ellenlangen Meter laufen. Obwohl, es ist kein Thema. Aber ich sehe den Menschen nicht mehr als Ganzes.

C [Zusammenhang war die Versorgung der Menschen auf der Arche]: Also z. B. da gehen wir rein, um unsere Aufgabe zu erledigen. So gehen wir zu unseren Bettlägerigen rein. Und (in der) Oase ist immer jemand da. Das ist wie, zu Hause, wenn Kleinkinder oder so zu Hause sind. Da haben die Geborgenheit, die Sicherheit und alles. Und wenn in der Arche Bettlägerige, jemand da liegt, wenn jemand z. B. erbrochen hat oder etwas anderes, das bemerken wir nicht so sofort. [...] Es gibt schon große Unterschiede. Also das heißt ja nur, (dass) wir unsere Aufgaben erledigen gehen. Oder, ja mobilisieren oder ja was noch. [...]

I: Was macht die Oase darüber raus noch aus?

C: Also in der Oase die Leute, die sind wie Kinder, wie Kleinkinder zu Hause. (Sie brauchen) immer Sicherheit, Geborgenheit und für sie ist immer jemand da. Aber in der Arche (ist es) das Gegenteil.

I: Würden Sie dann sagen, dass die Bewohner auf der Arche schlechter versorgt sind?

C: Das kann ich nicht sagen, schlechter versorgt nicht. Ich meine nur, dass wir nicht immer da sind. Das nur. Schlechter versorgt bestimmt nicht. Also, die Versorgung ist (die) Gleiche. Also Pflege ist die Gleiche, Essen geben ist das Gleiche, alles ist das Gleiche. Aber wir sind nicht immer da. Nur das sind die Unterschiede. Die Pflege ist nicht anders.

I: Aber würden Sie sagen, es also ist dann besser, wenn immer jemand da ist? Oder den Leuten in der Oase geht es besser als den anderen?

C: Ja, einerseits kann man, kann ich sagen, ja, weil immer jemand da ist. Die wissen nicht, wer da ist und wer drin ist. Aber die hören unsere Stimme vielleicht. Und dann, dann merken sie (das) schon.

Der folgenden Antwort ging die Frage voraus, wer, wenn ein Bett frei würde, von der Arche in die Oase „passen“ würde, worauf Frau Y auf zwei Personen verweist, daran schloss sich folgende die Nachfrage an:

I: Und wenn Sie jetzt aber an die Zwei denken, jetzt aktuell, warum kommen Ihnen dann gerade die Zwei in den Sinn. Könnten Sie das ein bisschen beschreiben ..., warum die jetzt gerade für die Oase geeignet wären?

Y: Also die sind auch schwerst dement und ich denke mal, wenn die in der Oase wären, dass die Lebensqualität, dass die dann wieder steigt. [...] Wie soll ich das erklären? (*Lacht*) So wie die Bewohner, die jetzt in der Oase sind, die haben sich ja auch zum Positiven verändert. Die haben an Gewicht zugenommen. Manche, die sprechen wieder. ... [...]

Und etwas später:

I: Und könnte man dann nicht sagen, dass das eigentlich für alle bettlägerigen dementen Menschen besser wäre? Also sind dann die in der Arche alle viel schlechter versorgt?

Y: Nein, das würde ich nicht sagen. Die Versorgung ist gleich. Ich würde nur sagen, es ist, wie soll ich sagen, das liegt halt an der Zeit. Was heißt Zeit? Wir haben die Arbeitsabläufe auch schon verbessert, aber trotzdem, trotzdem kann man nicht ständig anwesend sein, so wie in der Oase.

Es scheint, als versuche man dieses Spannungsverhältnis damit aufzulösen, dass man die Oase als andere „Wohnform“ unterscheidet (im Gegensatz zu einem neuen Versorgungsangebot für eine spezifische Zielgruppe), die Qualität der Pflege aber in beiden Bereichen als identisch bezeichnet. Die Beispiele in den Interviews illustrieren allerdings, dass die hohe Präsenz des Personals in der Oase auch die Pflege allein schon dadurch verändert, dass die Anzahl der Kontakte bzw. Kontaktmöglichkeiten und damit auch der Umfang der pflegerischen Tätigkeiten erhöht sind. Gerade darauf führen die Mitarbeiterinnen dann ja auch die Verbesserung der Lebensqualität und der Pflegesituation (zum Beispiel Gewichtszunahme) der Bewohnerinnen zurück. Daraus lässt sich unseres Erachtens als erster wichtiger Punkt für eine weitere Konzeptentwicklung ableiten, dass dieses Spannungsverhältnis konzeptionell thematisiert und aufgelöst werden sollte.

Wie wird die Oase also verstanden? Wie deuten die Pflegekräfte diese neue „Wohnform“, wie sie im Konzept genannt wird, wie beschreiben sie diese? Die Antworten auf diese Fragen sind Gegenstand des nächsten Kapitels.

## **Beschreibungen und Verständnis der Pflegeoase**

In den folgenden Beschreibungen der Pflegekräfte ziehen sich folgende Aspekte als entscheidende Beschreibungen durch:

- Die Oase als **schöner Ort**, als gutes Nest: Die Oase wird – durchgängig positiv – als besonderer Raum, als anderes Raumkonzept beschrieben, wobei sich immer wieder auch Verweise auf die besondere Form der Pflege finden.
- Die Oase ist **kein Vierbettzimmer**: Es findet explizit eine Abgrenzung zum Vierbettzimmer statt.
- In der Oase ist **immer jemand da**: Die hohe Präsenz der Pflegekräfte wird als zentrales Merkmal in den Vordergrund gestellt (wobei mit „immer“ eine ca. 14-stündige Präsenz gemeint ist).
- Oase heißt Leben und versorgt werden **wie in der Familie**: In den Beschreibungen ziehen sich einheitlich die Vergleiche zu einem Leben bzw. zur Pflege in der Familie, also die Familienmetapher durch.

Die folgenden Interviewsequenzen sollen diese zentralen Punkte wiederum nachvollziehbar machen. Den folgenden Antworten ging überwiegend die Frage voraus, wie die Pflegekräfte die Oase beschreiben würden, z. B. auch einer außenstehenden Person, die keine Vorstellungen von einer Pflegeoase und der Pflege und Betreuung in der Pflegeoase hätte:

F: Pflegeoase? Kann man so sagen, wie ein Nest, das gut ist (*lacht*).

C: Und (in der) Oase ist immer jemand da. Das ist wie zu Hause, wenn Kleinkinder oder so zu Hause sind. Da haben die Geborgenheit, die Sicherheit und alles.

Y: [Folgender Antwort ging die Frage voraus, was die Fachkraft an der Oase gut findet]: Was ich gut finde an der Oase? Also, dass immer jemand da ist bei den Bewohnern, dass man viel, dass man mehr Zeit hat für die Bewohner, auf die Bewohner einzugehen. Dass man halt individuell auf jeden Bewohner speziell Pflege oder sonst irgendwas, Aktivierung (ausrichten kann). Man ist immer da, man sieht auch, wenn sich was verändert. Man hat sie immer im Auge, kann man sagen. Man ist ja immer da. Immer für sie da. Wie so eine kleine Familie kann man sagen.

V: Ich würde sagen, ein großer Raum, in diesem Raum gibt es mehrere Bewohner oder Leute, alte Leute, vier oder fünf Personen, egal wie viele, in einem Raum. Und dass es alle alte Leute (sind), (die darin) wohnen wie in einer Familie. Also so richtig wie in einer Familie und es gibt auch Bezugspersonen und Angehörige. Und ich würde wirklich erzählen, was wir gemacht (haben) und dass es wirklich von der Lebensqualität auch und von der Entwicklung (her) sich die Bewohner entwickeln und naja, alles was es gibt so. Wirklich. Es gibt nur gute Seiten. Keine negativen Seiten. Ich glaube, wenn ich alles erzählen würde, [...], da würde schon jeder überzeugt und begeistert (sein).

S: Ja das ist halt eine verbesserte Lebensform, also die bessere Lebensqualität für die Bewohner, die da drin sitzen. Die sind irgendwo abgeschirmt. Sie sind-, ja sie sind-, man hat mehr Zeit für sie speziell für die vier Bewohner. Die wohnen ja in einem, also das wird in einem Raum, jeder hat eigentlich seine kleine Nische und sein kleiner Bereich und sie werden dann optimal versorgt da drin. Und sie sind halt auch nie alleine. Man ist immer da und es ist, ich denke mal, die haben nie das Gefühl, dass sie alleine sind, dass also, Angst, dass sie jetzt verlassen werden oder so. Und man kann sie auch viel besser beobachten die Menschen da drinnen. Ja.

Z: Die Pflegeoase würde ich also insofern beschreiben, Pflegeoase ist ein warmer, ein heller, ein vertrauter Ort mit, das ist schwer zu beschreiben jetzt. Ich muss mir hier jetzt jemanden Fremden vorstellen. (I: Ja genau. ...) Wie gesagt, da müsste man halt im Vorfeld trotzdem Aufklärung betreiben bzw. warum braucht man das, bzw. welche Menschengruppe in die Pflegeoase (kommt) und warum, ja? Und dann muss man dann auch dieses 3-Welten-System also würde ich jetzt einfach mal grob dann erklären. Also es ist die Welt in der man eigentlich dann auch hilflos ausgeliefert ist, als Bewohner und einfach darauf angewiesen ist auf eine, auf eine, ja, dass meine Wünsche bzw. dass ich wahrgenommen werde als Mensch. Dass ich wahrgenommen werde nicht nur als Bewohner, als Kranker, sondern als Mensch und dass ich mich wohl fühlen darf. Also das hat auch so ein bisschen was mit Wellness zu tun und-, weil meine kognitiven Möglichkeiten sind ja reduziert. Ich habe quasi, ich nehme einen Körper wahr, ich nehme vielleicht auch noch visuell was wahr, ich nehme nur gehörmäßig was wahr. Und darum muss ich versuchen diese Möglichkeiten zu stärken, also verstärkt zu erhalten oder bzw. den Menschen da einfach Sicherheit zu geben. Und darum habe ich, gebe ich auch Farben rein, gebe ich Gerüche rein. Da habe ich noch eine Möglichkeit und auch Musik, ja? [...] ich mache ab und zu auch mal gerne so eine Volksmusik rein, die vertraut ist, weil jetzt gerade auch den Bewohnern entsprechend, die haben da früher mal in irgendwelchen Chören gesungen und ich merke einfach, da ist noch was. Darum auch dieses Ambiente.

D: Es ist jetzt schwierig für einen Außenstehenden diese Pflege, diese spezielle Pflege zu verstehen. Diese spezielle Lebensform zu verstehen, weil es heißt ja gleich oh, Vierbettzimmer. Und dann geht man wieder zurück, das ist ein Rückgang. Aber wenn man die Demenz verstanden hat, als solches, als Krankheit, wie viele Stadien sie hat, welche Formen sie hat und wie sie sich entwickelt, dass es ein Entwickeln nach hinten ist und nicht nach vorne-, es gibt keine Verbesserung, nur Verschlechterung. Und in der letzten Phase der Demenz ist es ja so, dass der Mensch Hilfe braucht, Schutz braucht, ja, und diese Arbeit haben wir gemacht.

I: [An etwas späterer Stelle im Interview:]... wenn Sie gefragt werden, Pflegeoase, was ist das? Wie würden Sie das zusammenfassend beschreiben?

D: Kurzfassung? Also für mich wäre, wie würde ich das sagen? Das ist (eine) kleine Menschengruppe, denen ich mich den ganzen Tag widme, wo ich (den) ganzen Tag anwesend bin, wo für ihr leibliches Wohl gesorgt wird. Ja, ich bin da. Für ihr seelische Wohlbefinden gesorgt wird, wo ich der Ansprechpartner bin, wo ich, wo sie dieses Alleinsein nicht haben. Wo sie dieses Alleinsein nicht haben und dieses dahinvegetieren nicht haben. Dieses, ich bin da. Ich kann nur sagen, ich bin da. Sie werden pflegerisch versorgt, wie wenn sie auch alleine zu Hause wären, also diese ganzen Rituale. Ich würde sagen, es gibt Rituale, wie aufstehen, wie waschen, wie essen, wie singen, wie mit Düften arbeiten, wie, einfach ihnen das Gefühl geben, ich lebe.

X: Und ich sage es ist kein Vierbettzimmer, ich möchte davon weggehen. Es ist eine Pflegeoase. Es ist eine intensive Pflege. Es ist ein anderer Raum, der soll auch andere Angebote bieten und es soll eine kleine Familie entstehen zwischen Angehörigen, zwischen Bewohnern und zwischen uns. Einfach alle Augen offen haben und mehr sehen, ... besser werten können.

An anderer Stelle:

X: Also wir haben vier Bewohnerinnen. Es gibt es auch, aber es riecht nicht bei uns, weil man es gleich beseitigt. Das heißt auch für die Bewohner, die alleine sind, sie müssen länger darauf liegen. Also so ist uns das bewusst geworden. Es riecht nicht, wir arbeiten mit ätherischen Ölen. Man kommt morgens, macht es an, es riecht schön angenehm und wechseln dann diese ätherischen Öle. Das entspannt. Es riecht gut. Wir haben eine leise Musik drin. Es ist immer jemand da. Ja. (I: Wie im Wellnessbereich.) (Beide lachen.) Wie im Wellnessbereich. Es ist was für die, ich würde sagen, es ist was für die Nerven. Es ist für die Seele und für den Geist. Ja. Gut, wie zu Hause. Ich fühle mich wie Daheim. (I: Würden die Bewohnerinnen sagen?) Ja. Ich denke so würden sie sagen: Ich fühle mich wie Daheim.

Zusammenfassend: Für die Entstehung der Oase war der Wunsch zentral, die Versorgung immobiler Bewohnerinnen und Bewohner der Arche zu verbessern. Die Initiative entstand aus dem Team heraus („bottom up“), wobei den Leitungskräften, die diese Entwicklung vorangetrieben haben, ein großer bzw. uneingeschränkter Vertrauensvorschuss des Teams entgegengebracht wurde bzw. wird. Auch die Unterstützung durch die Verantwortlichen der Einrichtung bzw. des Trägers konnten sie sich erwerben. Wie sich nun die Situation für die Bewohnerinnen entwickelt hat ist Gegenstand des nächsten Kapitels.

## 4.2 Bedeutsames zur Pflege- und Betreuungssituation der Bewohnerinnen

Bei der Auswahl der Bewohnerinnen für die Oase war für die Verantwortlichen ausschlaggebend, dass es sich um immobile Bewohnerinnen mit einer fortgeschrittenen Demenz (und in der Folge „vielen Schwierigkeiten“) handelt und dass diese Bewohnerinnen sich nicht durch dauerhaftes Rufen oder andere Verhaltensweisen, die für Mitbewohner/innen belastend sein können, auszeichnen – und: die Bewohnerinnen kommen nicht von außen, sondern haben bereits auf der Arche gelebt.

X: Wir haben die Bewohner in der Oase ausgewählt, die wirklich sehr viele Schwierigkeiten gehabt haben mit der Orientierung, mit der Ernährung. Bewohner, die man nur über die basale Ebene erreichen kann. Also wir haben wirklich nur

solche Bewohner für die Oase ausgewählt und auch mit den Angehörigen zusammen ausgewählt und geschaut, wer könnte das sein? Was muss er mitbringen? Welche Bedürfnisse-, er muss halt schon bestimmte Bedürfnisse haben, ja, denen man nicht so gerecht wird außerhalb der Oase. Und alle, die es hier geworden sind, sind ähnlich in ihrer Problematik, das heißt, es sind starke Probleme dabei: Schluckreflexstörungen sind dabei, was Dekubitus betrifft, Empfindlichkeiten von der Haut, sie sind immobil, Immobilität, es ist diese Wahrnehmungsstörung, die Kommunikation ist total begrenzt [...]. Es hat sich eine schöne Bewohnergruppe zusammengebildet und auch gefunden und auch die Angehörigen, die auch sehr schön miteinander funktionieren. Also es ist wirklich so wie eine Familie.

Die folgenden Portraits fassen zusammen, welche Änderungen die Pflegekräfte bei den Bewohnerinnen nach ihrem Umzug in die Pflegeoase beobachtet haben.

## Frau U

Frau U, 82 Jahre alt, ist eine Bewohnerin, die vor ihrem Umzug in die Oase zwar trotz kontinuierlicher Verschlechterungen ihrer Beweglichkeit noch mobilisiert und täglich zum Essen in den Speisesaal gebracht wurde, dann aber dadurch auffiel, dass sie zunehmend stummer und schläfriger wurde und sich kaum noch in ihrem Rollstuhl wach halten konnte. Vor dem Oase-Umzug lebte sie zunächst in einem Einzelzimmer, wurde dann aber, als sie immobiler und weniger ‚umtriebig‘ wurde, in ein Doppelzimmer mit Frau A verlegt (mit Frau A teilt sie auch heute noch eine Raumhälfte der Oase). In den Interviews wurde auf das zeitweilige Abwehrverhalten von Frau U gegenüber dem Pflegepersonal hingewiesen, wenn diese an ihr Bett kamen. Insbesondere die Tochter von Frau U habe unter der Verschlechterung ihrer Mutter „gelitten“. Der Umzug von Frau U in die Pflegeoase habe zu einer Verbesserung ihrer Gesamtsituation geführt, die für alle Pflegekräfte, das wird an vielen Stellen der Interviews zum Ausdruck gebracht, kaum für möglich gehalten wurde und sich in folgenden wieder erlangten Verhaltensweisen deutlich beobachten und beschreiben lässt: Frau U beginnt mit Unterstützung wieder zu gehen, sie nutzt nicht nur ihre eigene „Sprache“ wieder, auch ihre Musikalität kehrt zurück, sie beginnt zu singen bzw. Melodien zu summen (nur ihr „nesteln“ habe sie beibehalten). Die folgenden zwei Aussagen stehen stellvertretend für die Beobachtungen des Pflegepersonals:

X: [Die Ausgangssituation von Frau U beschreibend]: Sie war jemand, sie saß im Speisesaal am Tisch und hat zunehmend ihre Mobilität verloren, so dass sie immobil geworden ist. Wir haben sie dann nur noch mit dem Rollstuhl oder mit dem Stehlifter mobilisieren können. Sie hat sich-, man kann nicht mehr sagen, sie saß, sondern sie hing irgendwie im Stuhl im Speisesaal und hat die Umwelt gar nicht mehr wahrgenommen. Sie war ständig am Schlafen, ihr Kopf lag auf dem Tisch und sie war einfach weg. Und Essen geben war auch sehr schwierig, sie wusste nicht mehr, wie sie den Löffel halten sollte, zu kauen, den Mund aufmachen und überhaupt, weil sie in der Situation, was das Essen betraf, nicht mehr orientiert war. Die Tochter besuchte sie regelmäßig und sie hat auch gelitten, dass die Mutter so ist.

V [über Frau U]: Früher war sie auch im Speisesaal total am Ende. Sie war schüchtern, hatte Angst gehabt, sie war die meiste Zeit überhaupt nicht gesprächig, nicht mobil. Sie konnte nicht laufen. Sie war einfach so, so wie, ich



weiß nicht, so wie in sich zurückgezogen, einfach so, ja? Aber jetzt-, ich habe es nicht geglaubt. Ich komme und ich spreche mit Frau U und manchmal gibt sie irgendwie Antwort und sie freut sich und ich glaube, sie kennt jede Stimme. Wenn ich drei oder ein paar Tage in der Oase bin, kennt sie mich, ja? Sie kennt meine Stimme und wenn ich Musik laufen lasse, dann singt sie mit. Und sie ist ganz anders geworden. Und ich habe es nicht geglaubt: Plötzlich ist sie vom Sessel aufgestanden und gelaufen. Ich bin schnell raus und habe meine Arbeitskollegen geholt und gesagt: „Leute kommt, so was habe ich noch nicht gesehen“. Sie hat sich total verbessert. Weil-, ich glaube im Speisesaal ist zuviel los: Einer spricht irgendwo da und der Andere da, der Dritte schreit, der Vierte singt und von lauter solchen Geräuschen, glaube ich, hat sie richtig so-, Angst gehabt. Aber jetzt fühlt sie sich richtig wie zu Hause, sie sitzt und singt und schwätzt und spricht.

Interessant ist, dass diese Veränderungen zwar langsam beginnen, aber sich direkt nach dem Umzug von Frau U in die Oase bereits ankündigen. So beschreibt eine andere Pflegekraft, wie das „gewisse Magengemurmel“, eine Nervosität am Beginn der Oase, von den Bewohnerinnen beantwortet wurde. In der folgenden Aussage wird darüber hinaus eine weitere Veränderung – (nicht nur) von Frau U – beschrieben, die sich auf den emotionalen Ausdruck der Bewohnerinnen bezieht:

Z: Frau U, die ich vorher kaum noch aus dem Bett heraus bekommen habe, die habe ich auf einmal wieder ein bisschen mobilisiert bekommen. Es war klein. Man freut sich über Kleinigkeiten, man darf auch nicht riesengroße Erwartungen haben, aber diese Emotionen, man hat das Gefühl gehabt, sie sind emotional ganz anders drauf. Die haben einfach wieder reagiert, ja? Wenn ich die Frau U anschau, wenn ich vorher gemerkt habe, wie sie so in die Abwehrhaltung gegangen ist und eine ganze Weile gebraucht hat, bis sie sich wieder an mich gewöhnt hat, an mein Sprechen, dass ich sie wasche oder alles, also dass sie einfach gespürt hat, ich tue ihr nichts Böses. Und dass sie dann auf einmal wieder ganz locker war oder was heißt, ganz locker, in Anführungszeichen, ja? Wir nehmen das wahr, jemand anderes würde trotzdem sagen „oh jemineh“, ja? Und dass sie dann wieder mit mir läuft und auch die Ruhe dann in diesem Zimmer. Ich mache bewusst auch die Musik nicht über einem gewissen Level. Sie soll einfach ein bisschen emotional ansprechen und beruhigen. Das merkt man ganz stark.

In den Interviews wurden die Pflegekräfte auch danach gefragt, was sie denken, wie die Bewohnerinnen selbst ihre Situation in der Oase beschreiben würden. Darauf antwortet dieselbe Pflegekraft:

Z: Als Frau U wäre ich eigentlich mit meiner Welt zufrieden: ich habe meine Ruhe, ich bin nicht unter Stress, man akzeptiert mich so, wie ich bin und ich darf auch mal raus. Und wenn ich laufen möchte, dann ist jemand da und hilft mir. [...] Wenn ich mir vorstelle, ich wäre sie, ich wäre jetzt eigentlich zufrieden. Ich würde sagen: „ok, jetzt ist der Stress vorbei, jetzt ist gut“.

Und schließlich ist es auch Frau U, die für eine weitere Pflegekraft zu einem besonders schönen Moment bzw. zu einem „persönlichen Highlight“ in der Oase beiträgt:

S [auf die Frage nach einem persönlichen Highlight]: Ja, also da fällt mir gerade eins ein von der Frau U. Sie saß da und da kamen ihr Bruder und die Schwägerin zu Besuch. Die waren schon ewig nicht mehr da. Und dann hat er sie begrüßt und die Frau U hat auf einmal so gestrahlt, also ich hab das, ich hab so richtig Gänsehaut bekommen, weil ich das Gefühl gehabt habe, sie hat ihren Bruder erkannt. Und er war auch-, er hat gesagt: „Gibt es denn so was auch“? Gell, mir sind also echt-, wir waren überwältigt von dem kleinen Erlebnis, gell, dass die Frau U, „Haaaaaaa...“ hat sie gesagt so: „Haaaaaaa.....“. Also sie muss ihn erkannt

haben, obwohl er wirklich schon lange Zeit nicht mehr da war. Er war krank. Er war sehr krank. Und dann hat er sie da das erste Mal an dem Tag besucht, wo ich da war und dann hat er sie besucht und sie hat ihn anscheinend erkannt. Und das war ein schönes Gefühl, finde ich. Das war eigentlich eines von den Highlights (*lacht*).

Interessant ist im Fortgang dieser Sequenz, dass auf die Nachfrage, ob das Besondere dieser Situation darin lag, dass man eine solche Reaktion von Frau U vorher nicht erlebt hatte bzw. sich nicht hätte vorstellen können, die Pflegekraft darauf verweist, dass man „in dem Umtrieb“ der Arbeit früher nicht mitbekomme habe, „was da jetzt gerade ist“<sup>5</sup>. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund, also der begrenzten Zeit intensiver Beobachtungen auf der Arche, ist es daher aufschlussreich, wie der Zustand von Frau U sich vor und nach dem Umzug in die Oase in der **Pflegedokumentation** gezeigt hat:

Ein Jahr vor dem Umzug in die Pflegeoase wird bei Frau U eine Orientierungslosigkeit bzw. eine Orientierungsstörung beschrieben. Bezogen auf ihr Verhalten ist in den übergreifenden Informationen der Pflegedokumentation Folgendes zu lesen: Frau U leidet unter stereotypen Bewegungsmustern, starker motorischer Unruhe, zeigt aggressives Verhalten, spricht viel undefinierbar, extrem ängstlich, macht sich sehr steif, hat viel gelacht.

- Bezogen auf die *Mobilität* ist ein Jahr vor dem Umzug in die Pflegeoase zu lesen: kann mit Hilfe gehen, kann nicht alleine Aufstehen und Zu-Bett-Gehen.
- Die *Aktivierung* betreffend, werden tägliche Bewegungsübungen und individuelle Mobilisation beschrieben.
- Die *Kommunikation* mit der Bewohnerin betreffend wird vor dem Umzug auf die Validation verwiesen, auf eindeutige Informationen, kurze, laut und langsam gesprochene Sätze.
- Ein Jahr vor dem Umzug sind folgende *Emotionen*, Gefühlsäußerungen/ Stimmungen dokumentiert: sehr ängstlich, hat viel gelacht, sehr unruhig.
- In der Verlaufsdokumentation werden u. a. folgende *Verhaltensbeobachtungen*, Verhaltensmuster und Ausdrucksverhalten beschrieben: ist sehr unruhig, keine Kommunikation mehr möglich, verwirrt und durcheinander, hält sich überall fest, unkontrollierte Bewegungen, macht sich steif, wirft die Decke aus dem Bett, ist fröhlich, berührt immer wieder ihr Gesicht, war sehr durcheinander, hat Bettdecke andauernd runter geschmissen, reagiert erfreut auf meine Begrüßung, hat im Bett alles abgezogen.

Deutlich wird, bezogen auf die Pflegedokumentation, das fortgeschrittene Stadium der demenziellen Erkrankung der Bewohnerin mit den krankheitsspezifischen Auswirkungen und Verhaltensreaktionen. Das fortgeschrittene Stadium der Demenz repräsentiert auch der mit der Reisberg-Skala erfasste Wert. In dem Zeitraum von August 2008 bis Juli 2009 – also nach dem Umzug in die Pflegeoase – sind in der Pflegedokumentation folgende Einträge zu lesen:

---

<sup>5</sup> S: „Nein, das geht irgendwie in dem Umtrieb verloren oder halt einfach unter oder man bekommt es nicht richtig mit, weil man sich jetzt gerade um den kümmert oder man setzt die Leute ab. Man hat Betreuungen und setzt die Leute ab, dann ist man immer so fünf oder zehn Minuten unterwegs und bekommt dann in dem Moment auch nicht mit, was da jetzt gerade ist“.

- Bezogen auf die *Mobilität*: läuft mit Hilfe und Unterstützung ein paar Schritte.
- Die *Aktivierung* betreffend wird die Mobilisation „Gehen“ aufgeführt, der tägliche Rundgang in der Oase, Spaziergänge nach draußen. Des Weiteren wird auf das Hören von Musik und „Kontakte“ verwiesen.
- Bezogen auf die *Kommunikation* wird formuliert, dass Frau U auf Ansprache reagiert, dass laut und langsam gesprochen werden soll, öfters wiederholen. Im Rahmen der nonverbalen Kommunikation wird auf den Körperkontakt verwiesen, das Umarmen und Drücken der Bewohnerin.
- Nach dem Umzug in die Pflegeoase werden die folgenden *Emotionen*, Gefühlsäußerungen und Stimmungen dokumentiert: ist sehr gesprächig, viel geredet, reisengroßes Lächeln, hat über das gesamte Gesicht gestrahlt, hat viel gelacht und geredet, schimpfte, freut sich sichtlich, manchmal lächelt sie zurück, scheint die Musik zu genießen, war neugierig und doch verängstigt, ist sehr erregt, hat wortlos genossen.
- In der Verlaufsdocumentation werden u. a. folgende *Verhaltensbeobachtungen*, Verhaltensmuster und Ausdrucksverhalten beschrieben: sehr steif und ängstlich, klammert sich überall fest, munter und aktiv, hat sich im Bett mit ihrer Decke beschäftigt, nestelt an der Decke, versucht Gegenstände vom Tisch zu ziehen, spricht viel vor sich hin, kommuniziert auf eigene Art, hat während der pflegerischen Versorgung gesungen bzw. eine Melodie gesummt, bewegt Arme und Beine, hält die Hand sehr fest, fokussiert die Pflegekräfte, zupft an den Kleidern, zieht sich immer wieder aus, bei Abendpflege steif, starke motorische Unruhe, schiebt ständig meine Hände weg.

Am 16. Februar 2009 wird dokumentiert: „Seit Frau U in der Oase lebt, ist sie wach, aktiv, redet wieder, Mobilität hat sich deutlich verbessert (sie läuft wieder)“. Abgesehen von dem Eintrag vom Februar 2009, repräsentiert sich Frau U gemäß der Pflegedokumentation nach dem Umzug in der Pflegeoase als eine Bewohnerin, die Interesse an ihrem Umfeld und ihrer Umwelt zeigt und dieses in unterschiedlicher Form ausdrückt. Nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ überwiegen die positiven Konnotationen sowohl im Verhalten wie auch in den emotionalen Reaktionen. Diese decken sich mit den Beschreibungen der Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase. Einem Aspekt sollte nochmals ein besonderes Augenmerk geschenkt werden: die Mobilität von Frau U betreffend. Gemäß der Dokumentation ist die Bewohnerin auch bereits vor dem Umzug in die Pflegeoase „mit Hilfe“ gelaufen. Die Mobilisationsangebote waren allerdings vor dem Umzug weniger umfassend, so dass sich durch ein verstärktes Mobilisationsangebot die Ressourcen erhalten bzw. diese sogar verbessert oder stabilisiert werden konnten. Von diesen Beschreibungen ausgehend ist zusammenfassend festzustellen: Frau U profitiert von der Pflegeoase.

## Frau A

Für die Bewohnerin Frau A, 84 Jahre alt, wird eine ähnliche Ausgangssituation beschrieben, wie für Frau U: Sie lag überwiegend in einem Liegesessel im Speisesaal und hatte „immer geschlossene Augen“, in den Worten einer Pflegekraft: „sie war in ihrer eigenen, in ihrer inneren Welt irgendwo, aber nicht hier“. Im Hinblick auf den Zustand von Frau A vor dem Umzug in die Oase verweisen die Pflegekräfte auf ihre stark ausgeprägten Kontrakturen und Probleme mit häufigem Erbrechen.

V: Früher war Frau A total alleine im Zimmer, sie war in der letzten Zeit auch immer schwach und hat erbrochen und konnte sich gar nicht unterhalten. Aber jetzt ist es irgendwie-, sie unterhält sich mehr, ich meine ab und zu erbricht sie auch. Da ist auch gut, dass ich oder jemand anderes ist immer da. Wir können sie gleich versorgen, wenn wir das sehen, ja? [...] Wenn sie alleine im Zimmer war, ich habe gerade Grundpflege gemacht, gelagert und gehe weg und sie erbricht, dann muss sie liegen und warten bis halt jemand anderes kommt oder ich komme später, also das ist auch schon ein großer Vorteil.

Frau A wird als ehemals sehr kommunikative Frau beschrieben, die auch im Doppelzimmer auf die Anwesenheit von Frau U im Vorfeld der Oase positiv reagiert habe. Im Hinblick auf heutige Verhaltensweisen wird bei Frau A ihr Lachen aber auch das Schimpfen als typisch beschrieben. Ihr vermehrtes Lachen wird als Zeichen gewertet, dass es ihr gut bzw. besser geht. Veränderungen bzw. Verbesserungen des Zustandes von Frau A werden im Hinblick auf die Zunahme dieser Ausdrucksformen und auf eine erhöhte Teilnahme am Geschehen beschreiben:

D: Die Frau A, sie saß im Sessel, sie kam raus, saß im Sessel draußen im Speisesaal so was von verkrampt, so was von abgetreten. Ich weiß nicht, wie ich das sagen soll. Sie ist verschwunden in ihre Welt. Sie hat das abgeschaltet. Sie hat sich in sich zurückgezogen. Das war ganz komisch. Auch wenn man sie berührt hat, hat sie, ja so: „na na na“ geschimpft. Jetzt lacht sie. Heute lacht sie. Früher hat sie geschimpft. Dieser Lärm hat sie unendlich gestört. Das ist unser Eindruck.

X: Also die Frau A hat immer, wenn es ihr gut ging, also wenn sie gut drauf war, hat sie so gemacht (*klatscht in die Hände*) und gesagt „Scheißdreck“. Man sagt: „Grüß Gott, mir geht es gut“. Und nach dem: „Scheißdreck“, dann lacht sie. Also dann kommt es „ha, ha, ha, ha, ha“. Also es ist so toll. ... [Und an späterer Stelle im Hinblick auf das Wohlbefinden der Bewohner in der Oase:] Wenn unsere Frau A plötzlich schreit „Scheißdreck“, dann denke ich, es geht ihr perfekt. Wenn sie so was sagt. So lange Zeit hat sie gar nichts gesagt.

F: Frau A war auch draußen (im Speisesaal), hat schlecht gegessen und hat auch ganz viel geschlafen in ihrem Schaukelstuhl. Und jetzt wenn man früh reinkommt, dann redet sie und lacht und wenn der Dienst ankommt um halb sieben und wir reingehen, um sie zu lagern, dann lacht sie und redet und bis zum Frühstück. Dann frühstückt sie, dann bekommt sie Frühstück und dann schläft sie ein. Dann ist ihre Ruhepause. Aber früher haben wir das nicht gemerkt, ob sie redet oder lacht oder was.

Frau A hat eine große Familie und eine Tochter, die sie nicht nur regelmäßig besucht, sondern auch Tagebuch schreibt und sämtliche Verhaltensweisen der Mutter „protokolliert“. Für die Pflegekräfte ist daher die Einschätzung der Tochter darüber, wie sich der Zustand der Mutter in der Oase verändert hat, besonders interessant. Darüber

hinaus hilft den Pflegekräften die enge Kommunikation mit ihr bzw. Angehörigen im Allgemeinen auch dabei, pflegerelevante Vorlieben und Abneigungen der Bewohnerinnen kennen und berücksichtigen zu lernen, dazu zwei Aussagen zweier Pflegekräfte:

X: Es sind die Angehörigen sehr oft hier gewesen und haben diesen, diesen ich möchte nicht sagen diesen Verfall, sondern diesen Abbau von ihrer Mutter, Angehörigen mitbekommen und haben auch mitgelitten, obwohl sie das verstanden haben, haben sie schon mitgelitten. Die Tochter von Frau A hat immer alles protokolliert und Tagebücher geschrieben, so wie die Mutter sich verhält und hat sich für jede Regung, jede Sekunde, wo sie die Augen offen gehabt hat, gefreut. In der Regel hat sie ihre Augen immer so zu gehabt, ja.

Z [im Hinblick auf Frau A]: Wir haben immer wieder dann auch zurückgefragt [bei den Angehörigen], „wie war das oder hat sie da irgendwelche Abneigungen gehabt, Vorlieben?“ Wir konnten einfach mit der Tochter-, die kam immer wieder, hat dann auch die Arbeit wirklich respektiert, die wir gemacht haben. Wir haben dann auch immer wieder gesagt, „das tut uns auch gut“. Sie hat dann gesagt: „ok, der Mutter, die Mutter ist anders jetzt in der Oase“.

Der Kontakt mit den Angehörigen ermöglicht den Pflegekräften auch, bei Bewohnerinnen mit Demenz, soweit erwünscht, Einblicke in die Biografie zu erhalten, was die Grundlage dafür darstellt, Biografisches in der Pflege zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der Biografie von Frau A schätzt eine Pflegekraft die Perspektive von Frau A auf die Oase folgendermaßen ein:

Z [auf die Frage, was Frau A zur Oase sagen würde]: Wenn ich mir das so vorstelle: sie war immer sehr kommunikativ, sie saß so mit den Nachbarn auf der Bank draußen, hat so gewusst, wer so im Dorf, was getan hat und was nicht getan hat. Und sie war sehr kinderlieb, hat also immer die Familie, also die große Familie um sich herumgeschart. Wenn ich mir jetzt vorstelle, ich bin als solcher Mensch jetzt in einem Bett oder ich bin darauf angewiesen, nur stundenweise herauszukommen und ich habe aber immer jemand, der mit mir spricht, entweder kommt meine Tochter oder da ist jemand da - weil sie lacht ja auch immer, so, manchmal auch ohne Grund so, einfach so, es ist so ein fröhlicher Mensch eigentlich - und ich lieg dann da drin und es ist immer jemand da und redet mit mir, da drüben sitzt jemand, da bewegt sich die Frau U und da ist da oben der Sternenhimmel und da die Gardinen, da sind überall so Sachen, die ich mir anschauen kann und es kommt immer jemand rein und dann klappert dann das Geschirr und alles, also: es ist vertraut irgendwo, von ihrer Biografie her gesehen, ist es vertraut.

Bezogen auf die Analyse der **Pflegedokumentation** wird Folgendes deutlich: In den *übergreifenden Informationen* der Pflegedokumentation ist bei Frau A zu lesen, dass sie desorientiert ist, teilnahmslos ist, rastlos auf und ab geht, Selbstgefährdung nicht erkennt und dass die Gefahr einer Isolation besteht.

- Bezogen auf die *Mobilität* sind ein Jahr vor dem Umzug in die Pflegeoase vor allem die Hinweise auf die Sturzgefährdung hervorzuheben und die Mobilisation in den Sessel.
- Die *Aktivierung* betreffend, werden u. a. Bewegungsübungen benannt, Singen, Radio hören und Einzelgespräche.
- Die *Kommunikation* mit der Bewohnerin betreffend wird vor dem Umzug in die Pflegeoase beschrieben, dass Frau A viel schimpft, schreit, immer die gleichen

Geschichten erzählt, Gespräche schwierig sind. Bezogen auf die Pflegenden und die Begegnungen mit Frau A wird auf die Validation verwiesen, auf lautes und langsames Sprechen und die nonverbale Kommunikation.

- Ein Jahr vor dem Umzug sind folgende *Emotionen*, Gefühlsäußerungen/ Stimmungen dokumentiert: gut gelaunt, schlecht gelaunt, schimpft, spricht viel, ängstlich, lacht, wirkt munter und freundlich.
- In der Dokumentation werden u. a. folgende *Verhaltensbeobachtungen*, Verhaltensmuster und Ausdrucksverhalten von Frau A beschrieben: ist sehr unruhig, zeigt Abwehrverhalten gegenüber den pflegerischen Handlungen, geht rastlos auf und ab, beißt, kratzt, kneift, Nervosität, Teilnahmslosigkeit, macht sich steif bei Grundpflege, klammert sich überall fest. Deutlich wird, bezogen auf die Pflegedokumentation, auch bei Frau A das fortgeschrittene Stadium der demenziellen Erkrankung. Frau A zeigt ein Jahr vor dem Umzug ein breites Spektrum an emotionalen Äußerungen und Ausdrucksformen. Es werden auch negative Emotionen beschrieben und erfasst.

Nach dem Umzug in die Pflegeoase, im Zeitraum zwischen August 2008 und Juli 2009 sind in der Pflegedokumentation

- bezogen auf die *Mobilität* folgende Einträge zu lesen: ist immobil, kann mit Hilfsmittel sitzen und die Lage im Bett nicht selbst verändern.
- Die *Aktivierung* betreffend wird die tägliche Mobilisation in den Sessel beschrieben, die Einzelbetreuung und Orientierungshilfe sowie Spaziergang, Basale Stimulation, singen und Ball spielen.
- Bezogen auf die *Kommunikation* wird Folgendes formuliert: Frau A führt Selbstgespräche, schreit und schimpft, kann kurze klare Sätze sprechen. Die nonverbale Kommunikation betreffend wird der Blickkontakt aufgeführt, der Körperkontakt, das in die Hände nehmen, fest drücken und streicheln, Zuneigung/Nähe.
- Nach dem Umzug in die Pflegeoase werden die folgenden *Emotionen*, Gefühlsäußerungen und Stimmungen dokumentiert: Frau A durchlebt wechselnde Gefühlsreaktionen, lächelt ständig, lacht, wenn sie von Mitarbeitern/ Angehörigen angesprochen wird, freut sich über Körperkontakt, schreit, schimpft, gut gelaunt, lebensfreudig, wacher Ausdruck, redet vor sich hin und lacht dabei.
- In der Verlaufsdokumentation werden u. a. folgende *Verhaltensbeobachtungen*, Verhaltensmuster und Ausdrucksverhalten beschrieben: zeigt Abwehrverhalten, ist antriebsarm, bewegt sich viel, reagiert auf Massage und Berührung.

Auch nach dem Umzug in die Pflegeoase zeigt Frau A ein breites Spektrum an Emotionen und Ausdrucksverhalten. Deutlich wird jedoch, dass vor allem bezogen auf das dokumentierte Verhalten, seit dem Umzug in die Pflegeoase überwiegend positive Beobachtungen und Entwicklungen dokumentiert werden. Ein „Schimpfen“ wird in den verbalen Schilderungen positiv dargestellt: Frau A reagiert, sucht Kontakt und nimmt teil. Die Beschreibungen der Gefühlsäußerungen und der Verhaltensmuster erfolgt in der Pflegedokumentation sehr viel differenzierter als dies in den Interviews zum Ausdruck kommt (im Sinne von einer ausgewogenen Darstellung, die Beobachtungen nicht vornehmlich bzw. ausschließlich positiv deutet).

## Frau E

Frau E, 97 Jahre alt, ist eine Bewohnerin, für die das Pflegepersonal nach ihrem Umzug in die Oase, ähnlich wie bei Frau U, ganz deutliche Verbesserungen im Allgemeinzustand und im emotionalen Zustand wahrnimmt. Ausgangssituation war, dass Frau E, bettlägerig, ein Zweibettzimmer bewohnte, in dem sie ca. 2 Jahre lang die Tage allein, überwiegend schlafend im Bett lag, während ihre Nachbarin die Zeit im Speisesaal verbrachte. Neben dieser „Einsamkeit“ wird von den Pflegekräften eine zunehmende Essproblematik thematisiert. Frau E hat Angehörige, von denen sie sporadisch besucht wird. Auf diese Bereiche bezogen thematisieren die Pflegekräfte folgende Verbesserungen: Frau E kann besser essen, nimmt zu, wird mobilisiert und kann wieder im Sessel sitzen, erhält mehr Besuch durch ihre Angehörige und verblüfft das Personal insbesondere durch ihre Aufmerksamkeit und ihr verlässliches „Strahlen“ und dadurch, dass sie wieder „spricht“:

S: Frau E war bettlägerig, schon längere Zeit und also bei ihr ist mir aufgefallen, sie war sehr einsam. Sie hat immer gewartet bis jemand reinkommt. Und wenn man dann rein gekommen ist, dann hat sie-, wie wenn sie Beifall klatschen würde, halt so oder: „bleib bitte da oder bitte, bitte“ oder so irgendwie.

Z [Kontext war die Entstehungsgeschichte der Oase]: Und dann haben wir es ausprobiert [gemeint ist die Oase] und auch mit einem gewissen Magengemurmel und ich habe dann auch gedacht: „hoffentlich wird das jetzt dann so, wie wir uns das vorgestellt haben“. Denn wir haben ja noch keine Erfahrungswerte gehabt, so wie in Sonnweid. Und ich muss ihnen eines sagen, als ich dann den ersten Tag reinkam und habe dann die erste Frau, die Frau E [gesehen], die sonst im Einzelzimmer war – [...] also eigentlich war sie im Doppelzimmer, aber die zweite Person war immer draußen, und wir haben wohl immer Musik angemacht und alles, aber es war einfach, sie hat so groß auch nicht mehr reagiert – sie lag da drin und hat gestrahlt, wie so ein Honigkuchenmännchen.

X: [Zusammenhang war, Bewohnerinnen in der Oase besser kennen zu lernen]: Gerade bei Frau E, die bettlägerig war: Wir haben nicht gewusst-, also wir haben immer, wenn wir bei Frau E waren, gesehen, dass sie am schlafen ist oder, dass sie wach ist. Jetzt, wie lange hat sie geschlafen oder wie lange war sie wach? Das konnten wir nicht sagen. Was ich heute sagen kann, ich denke, sie hat viel mehr geschlafen. Weil immer wenn man reingekommen ist, waren die Augen zu und sie hat geschlafen. Und wenn man sie jetzt in der Oase sieht: Frau E schläft so gut wie nie. Es ist selten, dass sie am Tag schläft, aber dann ganz kurz und es kommt sehr selten vor, und dann ist es einmal am Tag oder so was. Sie ist jemand, sie hat die Augen offen, jemand die schaut, wenn ich mich da bewege hinter ihr und immer, wenn man zu ihrem Bett kommt und immer wenn man sie an der Hand anfasst, dann lacht sie. Und dann lacht sie mit offenem Mund. Und es gibt viele Bilder von Frau E: Sie lacht auf jedem Bild, das ist unwahrscheinlich. Also das ist was ganz Schönes, ja?

V: Sie kennt jeden [Besucher]. Da sieht man Schritt für Schritt, wie sie sich verbessert. Und sie isst jetzt, ok, da braucht man viel Zeit, um Essen zu geben, aber wenn sie will, dann isst sie wirklich. Und von der Lebensqualität ist sie besser geworden. Sie hat zugenommen und sie bekommt viel mit und sie kennt diese, wie sagt man so, eigene Familie jetzt. Jeder kennt sie und sie lacht und sie reagiert, wenn irgendwo weiter weg Frau U sitzt und sie spricht immer so etwas und versucht zu singen und Frau E gibt auch Antwort. Sie will mitsprechen. Aber früher im Zimmer lag sie nur und schlief und hat nur auf die vier Wände geschaut, weil sie alleine war. Es kann sein, dass sie Angst gehabt hat, es kann sein nicht.

X [Kontext waren Beschreibungen von Lebensqualität): Und der Besuch, das heißt der Besuch, also der Besuch von den Bewohnern in der Oase von den Angehörigen, ist im Vergleich zu früher auch mehr geworden. Wir haben eine Bewohnerin, die wurde sehr selten besucht im Einzelzimmer, die Frau E, die bettlägerig war. Es gab in diesem Zimmer gar nichts. Es wurde gesagt, die Mutter braucht nichts, sieht ja nichts und sie merkt ja nichts. Seit die Mutter in der Oase ist, seit Frau E in der Oase ist, 14 Tage nachdem sie in der Oase war, kam die Schwiegertochter und hat Schmetterlinge gebracht. Also ich war für die Frau E super glücklich, ja? Das ist über Jahre hinweg keine Möglichkeit gewesen, dass die Schwiegertochter kommt und dass sie gerne kommt und dass sie jetzt immer häufiger kommt und dass sie Schmetterlinge gebracht hat und dass sie später ... ein Plüschpüppchen gebracht hat. Und dass sie eine Vase mit einem Blumenstrauß bringt und ihr hinstellt und dass sie ihre Ecke einfach schön macht. Ich habe es nicht für möglich gehalten, ja? Aber ihre Welt, ihre kleine Welt um ihr Bett, ist einfach schön. Es ist bunt und es sind so viele kleine-, wo sie schaut und so, ja, es sieht nett aus.

Auf der Basis dieser Beobachtungen gibt es für die Pflegekräfte viele Hinweise, dass sich Frau E wohler fühlt, als zu Zeiten, als sie alleine in ihrem Einzelzimmer war, vielleicht sogar wohler als zu dem Zeitpunkt, als sie von einem ambulanten Pflegedienst zu Hause versorgt wurde und ebenfalls als sehr einsam wahrgenommen wurde. Eine Pflegekraft, die sie zum damaligen Zeitpunkt bereits kannte, lässt sie Folgendes im Hinblick auf die Oase formulieren:

Z: Also ich würde sagen, da hat man richtig gesehen, so vom Gesichtsausdruck auch, wenn man hereinkommt: „Ich liege da drin in meinem Bett, ich bin sogar mittendrin, ja, ich bin so richtig der Mittelpunkt in dem Zimmer und alle kommen herein und sagen Hallo zu mir, das ist doch toll, ja, also ich bin da nicht mehr alleine in meinem Haus und dann kommt dann abends irgendwann der ambulante Dienst vorbei, ich bin jetzt wer, ja und jetzt akzeptieren sie mich auch“. Könnte ich mir vorstellen, dass sie das sagen würde, wenn ich mich jetzt in sie hineinversetze.

Aus der **Pflegedokumentation** konnte im Rahmen der Dokumentenanalyse Folgendes erfasst werden: In den übergreifenden Informationen der Pflegedokumentation ist bei Frau E zu lesen, dass sie sich in vertrauter Umgebung nicht zurecht findet, Wahrnehmungsstörungen hat und desorientiert ist. Im Zeitraum vor dem Umzug in die Pflegeoase wird die Isolationsgefahr aufgeführt, die Teilnahmslosigkeit von Frau E und ihre stereotypen Bewegungsabläufe.

- Bezogen auf *die Mobilität* wird Frau E ein Jahr vor dem Umzug in die Pflegeoase als fast bettlägerig beschrieben.
- Die *Aktivierung* betreffend, werden Einzelgespräche, Kochen am Bett und Basale Stimulation aufgeführt.
- Bezüglich der *Kommunikation* der Bewohnerin wird beschrieben, dass Frau E ein offener Mensch ist und kommunizieren kann, dass sie allerdings unter einer Sprachstörung leidet. Bezogen auf die Pflegenden und die Begegnungen mit Frau E wird auf die Validation verwiesen, das aktive Zuhören, das Sprechen von kurzen, klaren Sätzen, klare Informationen und die nonverbale Kommunikation.
- Ein Jahr vor dem Umzug sind bei Frau E die folgenden *Emotionen*, Gefühlsäußerungen/Stimmungen zu lesen: reagiert mit Wut, lächelt ständig, macht einen sehr zufriedenen Eindruck.



- In der Dokumentation werden u. a. folgende *Verhaltensbeobachtungen*, Verhaltensmuster und Ausdrucksverhalten von Frau E aufgeführt: Teilnahmslosigkeit, versucht sich ständig verbal auszudrücken, macht sich steif bei der Versorgung, lehnt Aktivitäten ab, reagiert auf Ansprache.

Deutlich wird in der Darstellung, dass das „ständige Lächeln“ bei Frau E bereits vor dem Umzug in die Pflegeoase beobachtet und dokumentiert wurde. Im Zeitraum zwischen August 2008 und Juli 2009, das heißt nach dem Umzug in die Pflegeoase, sind in der Pflegedokumentation

- bezogen auf die *Mobilität* folgende Einträge verfasst: Weglauftendenz, nachts unterwegs, bleibt nicht im Bett liegen, immobil, eigene Körperwahrnehmung gestört.
- Die *Aktivierung* betreffend wird die tägliche Mobilisation mit dem Lifter von Frau E in den Sessel beschrieben, spazieren, Basale Stimulation, Kommunikation, Kochen am Bett und die Massage.
- Bezogen auf die verbale und nonverbale *Kommunikation* ist bei Frau E Folgendes zu lesen: freut sich über Ansprache und Berührung, artikuliert laut, kommuniziert mit Mimik, Gestik, Laute. Bezogen auf die Kommunikation seitens der Pflegenden wird auf die nonverbale Kommunikation und die Validation verwiesen, auf das laute, langsame Sprechen und das Wiederholen.
- Nach dem Umzug in die Pflegeoase werden die folgenden *Emotionen*, Gefühlsäußerungen und Stimmungen dokumentiert: Frau E ist freundlich, lacht sehr viel, freut sich, ist schläfrig und müde, munter, gut gelaunt.
- In der *Verlaufsdokumentation* werden u. a. folgende Verhaltensbeobachtungen, Verhaltensmuster und Ausdrucksverhalten beschrieben: ist steif, ist verkrampft, zieht Beine nach oben, klemmt bei Pflege Beine fest zusammen, geht mit den Händen permanent in den Intimbereich, spielt mit Plüschtier, presst den Mund beim Essen zusammen, lehnt mit Kopfbewegungen das Essen ab, folgt mit den Augen, wenn Person im Raum ist.

Übergreifend ist zu lesen: „Seit Frau E in der Oase lebt, lacht sie jeden Tag, freut sich, ist interessiert, kann wieder sitzen, nimmt am gesellschaftlichen Leben teil, kommuniziert mit Mimik und Gestik, kann empfinden und eine Reaktion auf Erlebtes wiedergeben“. Die Zufriedenheit, das freundliche Wesen und das Lachen von Frau E – Charakteristika der Bewohnerin, die in den Interviews einen hohen Stellenwert erfahren – werden bereits vor dem Umzug in die Pflegeoase beschrieben. Hervorzuheben ist bei Frau E, dass sie trotz dem mehrfach beschriebenen ablehnenden Verhalten gegenüber den angebotenen Mahlzeiten, in der Zeit von Januar 2009 bis Juli 2009 ihren BMI von 20 auf 20,6 erhöhen konnte. Das heißt, die konsequenten Mahlzeitenangebote wurden ihrerseits in der Pflegeoase vermehrt angenommen. Als widersprüchlich in der Pflegedokumentation erweisen sich die Aussagen zur Mobilität von Frau E: es besteht die Diskrepanz zwischen „Weglauftendenz“ und „Immobilität“. Im Interview wird die Mobilisation in den Sessel beschrieben, die ebenfalls dokumentiert ist.

## Frau O

Frau O, 82 Jahre, ist für die Pflegekräfte in mehrfacher Hinsicht eine Herausforderung: zum einen durch ihre starken Kontrakturen, zum anderen durch einen rapiden körperlichen Abbau, der sich bereits vor dem Umzug in die Oase gezeigt hat, sich dort aber fortsetzt. Bezogen auf Frau O fällt es den Pflegekräften schwer, Verbesserungen durch ihren Umzug in die Oase zu benennen. Aufgrund ihrer starken Schluckreflexstörungen und entsprechender Folgeprobleme (Lungenentzündungen) haben sich die Angehörigen, insbesondere ihr Mann und ihre Schwester, die sie, wenn möglich, täglich besuchen, für eine Magensonde bei Frau O entschieden. In folgenden Aussagen wird die Verschlechterung bei Frau O – bereits vor dem Umzug in die Oase – thematisiert:

S: Frau O habe ich halt erlebt, wo sie noch fit war. Sie war eine ganz, ganz lustige Frau und die hat halt da draußen total abgebaut und ja, das ist halt von der Krankheit her auch, hat so nach und nach halt alles nachgelassen, gell, alles. Sie spricht ja jetzt nichts mehr und ja, zum Schluss war sie dann auch im Rollstuhl und es kam eigentlich auch nicht mehr viel.

Z: Frau O, da habe ich eigentlich, ich muss sagen, so richtig diesen Verfall auch miterlebt, in diese dritte Welt hinein. Als die Frau O kam und sie war auch so sehr aktiv, eine sehr liebe Frau, also man konnte mit ihr kommunizieren [...] und dann hat man gemerkt, wie sich alles reduziert. Und der andere Punkt war aber der auch, was für mich immer sehr wichtig ist, wenn man sich die Zeit nimmt für die Leute und sie reagieren dann drauf, damit weiß ich auch, ich tu denen auch einen Gefallen. Sie werden ruhig, man kann mit ihnen händeln. Und das war bei ihr also ganz gravierend, weil sie hat sich ja auch, gut sie hat es immer noch, sie hat sich total versteift. Wir konnten sie nachher kaum noch bewegen im Bett und wenn dann morgens jemand kam, „oh, wir schaffen es nicht mehr, ja, wir bekommen sie gar nicht mehr in den Rollstuhl raus“. Sie hat immer noch die Versteifungen oder die Kontrakturen, aber ich merke, es ist irgendwo doch was da. Und dann vor allem, was halt auch wichtig ist, das ist die Mitarbeit von den Angehörigen, richtig auch das Dahinterstehen der Angehörigen, wo man dann wirklich gemerkt hat, gerade bei der Frau O, da kommt ja ihr Ehemann immer wieder. Also wir wissen, alle zwei Tage kommt er oder kommt die Schwester und da wird einfach mit ihr auch kommuniziert, versucht ihr Essen zu geben, soweit es geht.

Dennoch werden auch im Hinblick auf Frau O von einer Pflegekraft Veränderungen thematisiert, im Folgenden bezogen auf die Aufmerksamkeit von Frau O. Einzelne Pflegekräfte beschreiben Frau O seit dem Umzug in die Pflegeoase als ruhiger. An späteren Stellen wird deutlich (vgl. Kapitel 4.3), dass allerdings insbesondere Herr O von dem Umzug seiner Frau in die Oase profitiert und sich in vielen Dingen für die Oase und die Pflegekräfte einbringt.

V: Und die Frau O sie ist auch-, obwohl sie ja, allgemein sich in der letzten Zeit verschlechtert hat, ... aber trotzdem gibt es auch Vorteile: Sie hat immer auch im Rollstuhl gesessen, und irgendwo an die Wand geschaut und nichts. Und jetzt kommen fast jeden Tag alle Angehörigen zur Frau O und sie hört und bekommt es auch mit, jemand ist immer da, jemand spricht und sie beobachtet dich richtig, ja? Wenn du gehst, aha, sie schaut immer. Mit den Augen, mit der Mimik auch so. Obwohl sie es jetzt nicht zeigt. Aber früher, da hat sie gelacht. [...] Ich meine sie hat auch so reagiert und ist so positiv von ihrem Ausdruck her, so voller Liebe in ihrem Gesicht. Das ist schon ein großer Unterschied.

Aus der Sicht von Frau O die Oase zu beschreiben, fällt den Pflegekräften vor diesem Hintergrund schwer. In der folgenden Aussage nähert sich eine Fachkraft dem, wie Frau O, wenn sie könnte, ihre Situation möglicherweise deuten würde:

Z: Bei der Frau O bin ich mir unsicher, weil ich glaube, so arg glücklich ist sie nicht. Denn ich weiß nicht, wie weit sie das jetzt oder wie-, kann keiner nachvollziehen, weil das ist-, wenn man so quasi in Anführungszeichen seinen Verstand verliert. Ich finde das furchtbar. Also ich persönlich denke mir immer, es darf mir alles passieren aber das nicht. Weiß man nicht, ja, was kommt. Aber sie war halt eine sehr intelligente Frau. Sie hat Bilder gemalt, die Bilder, die bei ihr am Bett hängen sind ihre eigenen Bilder. Und sie sieht auch immer ihren Mann und [...] und das ist schon schön, dass er kommt und man merkt sie reagiert darauf, aber ich weiß nicht, ob ich mich als Frau O wohlfühlen würde. Ja, wenn ich noch wahrnehmen würde, was mir alles-, (...) geworden ist.

In der **Pflegedokumentation** werden die einzelnen in der Dokumentenanalyse erfassten Aspekte vor und nach dem Umzug in die Pflegeoase wie folgt dokumentiert: In den *übergreifenden Informationen* der Pflegedokumentation ist bei Frau O zu lesen, dass sie sich in vertrauter Umgebung nicht zurecht findet und desorientiert ist.

- Bezogen auf die *Mobilität* wird bei Frau O festgehalten, dass sie jeden zweiten Tag in den Rollstuhl mobilisiert wird.
- Die *Aktivierung* vor dem Umzug in die Pflegeoase betreffend, werden Ausfahrten im Rollstuhl, Einzelgespräche, Basale Stimulation, Kochen am Bett und die Kontakte zu den Angehörigen aufgeführt. Als Ziele werden die Vermeidung der Isolation und die Integration in den Wohnbereich sowie die soziale Sicherheit und die Reduktion von Ängsten formuliert.
- Die Kommunikation betreffend wird gegenüber Frau O auf die Validation verwiesen.
- Ein Jahr vor dem Umzug wurde bei Frau O die folgende *Emotion*, Gefühlsäußerung/Stimmung beschrieben: lacht viel.
- In der Dokumentation sind folgende *Verhaltensbeobachtungen*, Verhaltensmuster und Ausdrucksverhalten von Frau O zu lesen: müde und teilnahmslos, sehr ruhig, wirkt munter, reagiert auf Zuspruch.

Nach dem Umzug in die Pflegeoase, das heißt im Zeitraum zwischen August 2008 und Juli 2009 sind in der Pflegedokumentation

- bezogen auf die *Mobilität* von Frau O die Transfers in den Sessel – 4 bis 6 Mal am Tag – aufgeführt. Des Weiteren wird beschrieben, dass sie ihren Kopf wieder halten und bewegen kann, dass sie sich immer wieder eigenständig und aus eigener Initiative heraus bewegt.
- Die *Aktivierung* betreffend werden Massagen, Basale Stimulation, aktivierende Einreibungen, passive individuelle Bewegungsübungen sowie die Aktivierung und Förderung der körpereigenen Ressourcen, das Kochen am Bett und Einzelgespräche aufgeführt. Ferner wird auf die Herstellung der Kontakte zu den Angehörigen als Aufgabe beschrieben.
- Bezogen auf die verbale und *nonverbale Kommunikation* wird bei Frau O auf die Validation verwiesen. Durch Berührung und Streicheln, allgemein durch Körperkontakt soll bei Frau O Sicherheit vermittelt werden.

- Nach dem Umzug in die Pflegeoase werden die folgenden *Emotionen*, Gefühlsäußerungen und Stimmungen dokumentiert: Frau O zeigt keine Gefühle, macht einen zornigen Gesichtsausdruck, hat keine Angst.
- In der *Verlaufsdokumentation* werden u. a. folgende Verhaltensbeobachtungen, Verhaltensmuster und Ausdrucksverhalten beschrieben: ist wach, schaut sich um, reagiert mit den Augen, beobachtet, schaut die Bilder an, dem Personal zu, ist aktiv, schaut mit offenen Augen ihren Ehemann an, lutscht an ihrem rechten Zeigefinger, spielt mit ihren Händen, reagiert auf Berührung oft schreckhaft, geht bei Berührung in Abwehrhaltung.

Übergreifend ist zu lesen: „mehr Lebensqualität“ – und an anderer Stelle: „kann wieder Joghurt essen, mit Geduld und Zeitaufwand isst sie bis zu 150 mg Joghurt, es scheint ihr zu schmecken“. Die Gewichtsschwankungen und damit die Veränderungen des BMI-Wertes werden vor allem nach dem Umzug in die Pflegeoase dokumentiert. Explizit wird bei Frau O in der Pflegedokumentation auf die Förderung des Kontaktes zu den Angehörigen verwiesen, der Einbezug der Angehörigen wird als bedeutsam beschrieben und ist seitens der Pflegenden zu unterstützen. Die Rolle des Ehemannes spielt auch in den Interviews eine zentrale Rolle.

## **Fazit**

Die Pflegekräfte bringen in den Interviews unmissverständlich zum Ausdruck, dass sich aus ihrer Sicht die Gesamtsituation der einzelnen Bewohnerinnen durch deren Umzug in die Oase verbessert hat (mit Ausnahme von Frau O – auf sie bezogen fallen die Aussagen unterschiedlich aus). Kontrastiert man diese Schilderungen mit den Aufzeichnungen in der Pflegedokumentation zeigt sich allerdings auch, dass im Kontext des Umzugs und der Pflege in der Oase in den Interviews vereinzelt Verbesserungen hervorgehoben werden, die bereits vor dem Umzug in die Pflegeoase aus der Dokumentation zu erfassen sind. Dies betrifft einzelne Verhaltensformen, verschiedene Formen des emotionalen Ausdrucksverhaltens wie auch die Mobilität. Einige der in den Interviews formulierten positiven Veränderungen sind erst seit dem Umzug in die Pflegeoase zu benennen und zu dokumentieren, so zum Beispiel die Zunahme des BMI bei einer Bewohnerin, Verbesserungen der Mobilitätsressourcen oder auch verbale und nonverbale Reaktions- und Verhaltensformen einzelner Bewohnerinnen. Auf der Basis des Materials (sowohl der Interviews als auch der Dokumentation) wird deutlich, dass sich die Gesamtsituation und der Allgemeinzustand der vier Bewohnerinnen verändert hat. Hierbei bleibt offen, ob diese Veränderungen der neuen Wohnform oder anderen Dimensionen zuzuschreiben sind. Folgende **Fragen** treten in den Vordergrund:

- Nehmen die Pflegekräfte auf Grund der konzeptionellen Grundlage die Bewohnerinnen anders, also differenzierter und bewusster wahr? Dies im Sinne eines positiveren Betrachtungswinkels, orientiert an den Zielen und Prämissen des Konzeptes: den Bewohnerinnen in der Pflegeoase soll es besser gehen.

- Nehmen die Pflegekräfte auf Grund ihrer höheren Präsenz „mehr“ wahr, also auch bisher nicht vertraute Verhaltensformen der Bewohnerinnen? Denn allein der verstärkte Blickkontakt durch die wesentlich erhöhte Präsenz, kann die Beobachtung bislang nicht vertrauter Verhaltensformen und Ressourcen der Bewohnerinnen ermöglichen.
- Ermöglicht die höhere Frequenz an Pflege-, Aktivierungs- und Mobilisationsangeboten den Erhalt bzw. die Reaktivierung vorhandener Ressourcen? Hierunter fallen zum Beispiel die vermehrten Angebote zu Körperkontakt und Ansprache, die kontinuierlichen Angebote zur Förderung der Mobilisation bzw. Aktivierung und die Möglichkeit zu unterschiedlichsten Zeitpunkten – zum Beispiel den beobachteten Wachphasen der Bewohnerinnen – Mahlzeiten anzubieten.

Um auf diese Fragestellungen eine Annäherung an mögliche Erklärungen und Zusammenhänge zu erlangen, ist es im Rahmen der Pflegeprozessplanung erforderlich, Bewohnerinnen-orientierte Pflegeziele zu generieren und diese auf der Basis der geplanten Interventionen konsequent zu evaluieren. Um Veränderungen also im Kontext der Pflegeoase und pflegfachlich differenzierter darstellen zu können, ist seitens der Pflegenden Folgendes zu reflektieren und in der Pflegeprozessdokumentation zu beschreiben:

- Was soll für die einzelnen Bewohnerinnen erreicht werden (Pflegeziele)?
- Durch welche professionelle Pflegetätigkeiten können diese Ziele in der Pflegeoase (im Unterschied zur Arche) erreicht werden?
- Welche bewohnerorientierte Formen der Betreuung und Aktivierung sind in der Pflegeoase geplant?
- Auf welche körperlichen Symptome und auf welche psychosozialen Verhaltensformen soll besonderes Augenmerk gerichtet werden?

Hierbei soll es nicht um eine Abgrenzung der beiden Pflegeangebote – der Pflegeoase und der Arche – gehen, sondern um eine bewusste pflegfachliche Reflexion, die im besten Fall im Kontext der Weiterentwicklung des Konzeptes in eine Instrumentenentwicklung mündet. Ziel müsste es unseres Erachtens sein, dass der gesamte Wohnbereich Arche von den Erkenntnissen der Pflegeoase profitiert und somit konzeptionell und pflegfachlich in eine wohnbereichsübergreifende Weiterentwicklung integriert bleibt.

### **4.3 Zentrales zur Realisierung der in der Konzeption benannten Ziele und Aufgaben**

Als Ausgangspunkt der (Konzept-) Evaluation wurde auf folgende zu klärende Fragen verwiesen: Wissen wir was wir wollen? Wollen wir das Gleiche? In den vorausgehenden Kapiteln sollte deutlich werden, was die Pflegekräfte durch die Oase wollen, nämlich eine Verbesserung der Situation der Bewohnerinnen. In diesem Punkt besteht ebenso Einigkeit wie darin, dass diese (je unterschiedlich zu konkretisierende) Verbesserung auch für alle Bewohnerinnen (bzw. deren Angehörige) in der Oase erreicht werden konnte. Im Konzept der Oase wird dieses allgemeine Ziel in verschiedene Aspekte differenziert (vgl. Kap. 2.3). Dabei werden Begriffe als Ziel- und Handlungsorientierungen genannt, die schwer zu definieren sind bzw. unterschiedlich verstanden werden können: was z. B. „hohe Lebensqualität“ für immobile, von Demenz betroffene Menschen bedeutet, versteht sich nicht von selbst, kann also ganz unterschiedlich konkretisiert werden.

Wie die Pflegekräfte nun diese im Konzept vorgegebenen Zielorientierungen für sich deuten, wurde in den Interviews ausführlich thematisiert. Auf dieser Basis können im Rahmen der Auswertung die impliziten Konzepte rekonstruiert werden, die die Pflegekräfte von diesen Begriffen haben. In der kodierenden Auswertung wurde insbesondere fokussiert, welche Überschneidungen oder Unterschiede sich in den Interviews zeigen. Nochmals die allgemeine Evaluationsfrage aufnehmend, ließe sich dies so konkretisieren: Wenn durch die Oase bspw. eine „hohe Lebensqualität“ realisiert werden soll, wissen die Pflegekräfte dann, was sie damit meinen? Und meinen bzw. wollen sie das Gleiche? Und schließlich, wie erreichen sie das, was sie wollen? Die vergleichende Perspektive auf das Material ermöglicht Aussagen darüber, in welchen Punkten das fachliche Verständnis übereinstimmt und an welchen Punkten Widersprüche, Spannungen oder verschiedene Deutungen vorliegen, also Unterschiedliches gemeint und damit auch Unterschiedliches „gewollt“ wird. Gerade in unterschiedlichen Deutungen kommt zum Ausdruck, an welchen Stellen die Pflegekräfte selbst (noch) um Konkretisierungen und Operationen ringen. Die Rückmeldung dieser Aspekte (wie in einer responsiven Evaluation vorgesehen) kann für den Auftraggeber Anhaltspunkte für die weitere Konzeptentwicklung liefern.

Im Folgenden werden die so verstandenen Rekonstruktionen – der subjektiven Deutungen der zentralen Konzeptbegriffe (Lebensqualität, Bedürfnisorientierung, Sicherheit, Gemeinschaft, Rückzugsmöglichkeiten, menschenwürdiges Leben) entfaltet. In der Auswertung haben wir dabei 3 Ebenen in den Blick genommen, die sich im Aufbau der folgenden Kapitel widerspiegeln:

- Subjektive Deutungen der Ziele/Zielorientierungen: Wie beschreiben/deuten die Mitarbeiterinnen die jeweiligen Ziele? Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede lassen sich differenzieren?

- Indikatoren zur Überprüfung der Ziele/Zielorientierungen: Welche Indikatoren oder Kriterien nennen die Pflegekräfte, an denen sie erkennen, ob die angestrebten Ziele erreicht sind?
- Methoden der Umsetzung: Welche Methoden und Strategien der Umsetzung werden dabei beschrieben?

Bevor allerdings Aussagen darüber möglich sind, wie die Pflegekräfte die Ziele der Oase verstehen, muss zunächst die Frage geklärt werden, ob sie sich die Ziele des Konzeptes überhaupt zu eigen machen. Daher werden die Antworten der Pflegekräfte auf die Frage nach dem für sie wichtigsten Ziel der Oase im nächsten Kapitel voran gestellt.

## Die „wichtigsten“ Ziele

Das, was die Mitarbeiterinnen in den Interviews als wichtigstes Ziel der Oase benennen (für sich als das wichtigste Ziel ansehen), unterscheidet sich zwar zwischen den einzelnen Personen, greift aber in jedem Fall auf die zentralen Zielnennungen im Konzept zurück. Das heißt zunächst, dass sich die Mitarbeiterinnen die offiziellen Ziele – Lebensqualität, Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen, Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit etc. – zu eigen machen. Folgende Antworten – auf die Frage nach dem wichtigsten Ziel der Oase – illustrieren dieses Ergebnis:

Y: Also, hohe Lebensqualität würde ich mal sagen.

N: Ja, das alles rund läuft, dass ich das auch schaffen kann und dass die Bewohner auch zufrieden sind, ja, das ist einfach wichtig. Im Großen und Ganzen schafft man das auch.

D: Oh je. Das ist das non plus Ultra in der Pflege: Einem Menschen das zukommen zu lassen im Alter, was er braucht. Was er braucht. Und das wünscht man sich für alle Bewohner nicht nur in der Oase.

An späterer Stelle:

D: Der Bewohner, es soll dem Bewohner wirklich gut gehen. (Die) Bewohner sollen wirklich zufrieden (sein) und das ist so, sagt man auch ganz grob, das ist (der) letzte Ort, wo sie wohnen können. Sie sollen sich wirklich wie zu Hause fühlen und nicht alleine, für mich ist es das größte Ziel: ich möchte mich auch nicht alleine fühlen. In einem Zimmer, oder egal wo, ich glaube jeder Mensch braucht Unterstützung. Und für mich ist dieses Ziel, (dass) sie sich nicht alleine fühlen.

S: Das Wichtigste ist halt einfach, dass die Menschen sich da drinnen wohl fühlen. Und das habe ich, das Gefühl, dass sie sich wohl fühlen und dass ich sie beschützen kann und gleich reagieren kann, wenn irgendetwas ist. Also einfach das Gefühl (der) Gemeinschaft und das gemeinschaftliche Gefühl und die Geborgenheit, denen das Gefühl geben. Ich glaube, das ist das Allerwichtigste für die Menschen da drin. Und ich ja, ich mach das gerne.

Z: Das wichtigste Ziel ist für mich persönlich, dass die Leute in der Situation in der sie sich befinden, also in der Welt in der sie sich bewegen, dass sie angstfrei leben können, dass sie eine gewisse Geborgenheit fühlen. Und dass es für sie einfach noch lebenswert, dass Lebensqualität da ist. Das finde ich also ganz wichtig und auch so das Gefühl zu haben, sich wohl zu fühlen, also einfach wohlfühlen.

X: ... ich wünsche mir einfach, dass diese Oase das Ziel (hat), dass die Menschen menschenwürdig gepflegt werden. Menschenwürdig. Dass sie entsprechend ihrem Krankheitsbild, jetzt bei den dementen Bewohnern, kann man nicht einen dementen wie einen normalen Mensch wahrnehmen, betreuen, pflegen. Dass sie einfach entsprechend ihrem Krankheitsbild, ihrer Fähigkeiten, ihrer Wünsche, Bedürfnisse, es ist schwer in der dementen Welt darüber zu sprechen. Dass sie so wahrgenommen werden und gepflegt werden, ja? Dass sie auch in ihrer Demenz als gleichwertige, ..., gleiche Menschen, wie alle anderen Menschen geschätzt werden. Dass sie sich geborgen fühlen können und dass sie ein solches familiäres Leben, das sie mal gehabt haben auch weiter haben können.

Was diese Begriffe (Lebensqualität, Gemeinschaft, Geborgenheit etc.) konkret für die Pflegekräfte bedeuten, schließt sich als Gesprächsthema in den Interviews jeweils an diese allgemeine Frage (nach dem wichtigsten Ziel) an. Im Folgenden werden diese subjektiven Bedeutungen (Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Deutungen der Fachkräfte) rekonstruiert.

### Realisierung einer hohen Lebensqualität

„Hohe Lebensqualität“ für demente Menschen in der letzten Lebensphase zu ermöglichen, ist ein zentraler Begriff im Konzept der Oase. In den Interviews wurden die Pflegekräfte daher gebeten zu beschreiben, was Lebensqualität bzw. hohe Lebensqualität für sie bedeutet. In diesen Beschreibungen zeigt sich zunächst, dass **Lebensqualität als Überbegriff** dient, unter den weitere Aspekte oder Ziele des Konzeptes subsumiert werden (Isolation zu vermeiden, nicht alleine zu sein, die Bedürfnisse der Menschen wahrzunehmen). Die Pflegekräfte betonen dabei, dass eine gute Lebensqualität insbesondere von folgenden **Faktoren** abhängt:

- einer guten (pflegerischen) Versorgung,
- dem Bewusstsein, nicht alleine zu sein bzw. sich in der Oase wie zu Hause zu fühlen und schließlich
- möglichst so leben zu können wie früher.

Damit so verstandene Lebensqualität als Orientierung im beruflichen Alltag dienen kann, ist darüber hinaus von Interesse, an welchen **Indikatoren** die Pflegekräfte erkennen, dass sie eine hohe Lebensqualität für die Bewohnerinnen erreicht haben, anders formuliert, an was machen die Pflegekräfte fest, ob es einer Bewohnerin „gut“ geht? Auf diese Frage lassen sich in den Interviews folgende Aspekte rekonstruieren:

- Eine Grundlage zur Einschätzung von Lebensqualität sind „*messbare*“ Indikatoren wie Gewichtszunahme (bzw. Verbesserung der Nahrungsaufnahme), Verbesserungen im Bereich der Mobilität (bspw. wenn Bewohnerinnen wieder gehen) sowie eine Intensivierung der (auch nonverbalen) Kommunikation und Interaktion sowie schließlich die Zunahme der Besuche von Angehörigen.
- Als ein weiterer Indikator für Lebensqualität wird der *Erhalt bisheriger Fähigkeiten* deutlich, also soviel wie möglich von dem realisieren zu können, was früher wichtig war, in einem Zitat hinsichtlich der Ernährung ausgedrückt: wieder „Brot statt Brei essen zu können“.



- Indikatoren für Lebensqualität basieren auch auf eigenen, *individuellen Wertmaßstäben* der Pflegekräfte, das heißt, dass sich die Pflegekräfte zur Einschätzung der Situation der Bewohnerinnen überlegen, was ihnen selbst in einer solchen Situation wichtig wäre, also was Lebensqualität in dieser Situation für sie bedeuten würde.

Die folgenden Zitate stehen exemplarisch für diese Aspekte und stellen Antworten auf die Frage in den Interviews dar, was Lebensqualität bedeutet bzw. wie man diesen Begriff konkretisieren könnte:

V: Lebensqualität ist für mich, sagen wir so, wie der Tag anfängt: Wer kommt zu mir oder wer begrüßt mich? Mit wem habe ich Körperkontakt, Augenkontakt? Seelisch wahrscheinlich auch, Grundpflege, Essen, Versorgung und einfach der ganze Tagesablauf, das ist Lebensqualität. Für mich ist das, dass immer jemand da ist, dass immer etwas für mich getan wird. Das ist Lebensqualität.

S: Also ich finde halt, dass sie [die Bewohnerinnen der Oase] rundum versorgt, gut, sehr gut versorgt werden. Fast eigentlich besser als draußen. Sie werden ja-, man kann ja sofort dann auch reagieren, wenn jetzt z. B. die Windel voll ist und man riecht das dann. Sie müssen nicht eine oder eineinhalb Stunden da drin liegen. Man riecht es, man macht es dann sofort weg. Man kann sie öfters lagern dann noch. Die anderen werden auch oft gelagert, aber man kann zwischendurch doch mal geschwind am Kissen so rum, verrücken oder so, dass sie sich richtig wohl fühlen. [...] Ja die Ruhe da drin ist halt auch-, [...] das hat auch was mit der Qualität zu tun, dass sie mit dem Lärm hier drin einfach und die Hektik ist nicht mehr da. Sie haben mehr von ihren Angehörigen. Sie können sich besser mit denen befassen. Es ist einfach familiärer. Ja, ich finde das ist schon mehr Lebensqualität, ja.

D: [Auf die Frage, was zu einer hohen Lebensqualität gehört]: Die bestmögliche Versorgung, die in meiner Macht steht zu geben. Ich kann nur davon ausgehen, wie würde ich es haben wollen, wenn ich da läge, ja? Würde ich das so wollen? Ich glaube das Beste vom Besten würde ich wollen. Würde ich wollen. In dieser Unbeholfenheit würde ich auch wollen, dass man sich um mich Gedanken macht. Und Sorgen macht. Das würde ich wollen. [...] Allerbeste Versorgung. Ob das jetzt körperlich ist, seelisch ist, ob das jetzt ein Essen ist, ob das räumlich ist, ob das sozial ist. Was versteht man unter der besten Pflege oder der besten Versorgung, allerbesten Versorgung? Also ich denke, das Allerbeste was ich geben kann.

Z: Das ist schwierig, der Begriff ist wirklich abstrakt. Weil wie gesagt, man schlecht nachvollziehen kann, was denken die Menschen, bzw. inwieweit nehmen sie was wahr? Also sie nehmen wahr, ja? Sie nehmen auf jeden Fall wahr. Aber inwieweit nehmen sie es wahr? Und Lebensqualität ist einfach-, was ist Lebensqualität? Was ist Lebensqualität für mich? Was ist Lebensqualität für die Leute, ja? Lebensqualität ist für mich, dass ich mich als Persönlichkeit mag, dass ich mich also, dass ich mein Dasein befürworte, dass ich einfach sage, ok, schön. Es ist schön zu leben. Und ich glaube einfach, dass es auch wichtig ist für die Leute, dass sie einfach aufwachen und nicht in Angst versinken, sondern einfach, ja sich wohl fühlen. Ich darf leben, ja. Mir schmeckt mein Essen. Ich fühle mich wohl. Ich friere nicht. Es ist angenehm. Ich habe keine Angst.

X: Also die Lebensqualität ist schon dadurch (gegeben), dass sie nicht isoliert sind. ... dass sie ... an diesem Gruppenleben, Gruppenleben, Gemeinschaftsleben teilnehmen können und auch wieder für sich sein können, wenn sie das wünschen, wenn sie diese Äußerungen, wenn sie (durch) ihre Mimik sagen, ich möchte jetzt für mich sein. Da kommt keiner und stört keiner, ja? Und trotzdem im Hintergrund vielleicht eine leise Stimme zu hören und zu wissen, ich bin nicht alleine. Es ist

jemand da. Klar, dass diese Grundbedürfnisse-, man geht darauf ein, dass auch, das ist normal, das Körperliche gemacht wird, dass die Ernährung stimmt.

Wir versuchen auch, wenn jemand schläft, z. B. die Frau U schläft an manchen Tagen bis um zehn. Wir lassen sie bis um zehn schlafen. Ich habe genug-, die anderen sind wach und die wollen mich jetzt haben und dann können sie mich (auch) haben. Und die Frau U will mich nicht haben, dann schläft sie halt und ich komme nicht. Und das Essen steht trotzdem warm. [...] Also dann haben wir diesen Wärmebehälter gekauft und den stecken wir in der Oase ein und wenn sie eine Stunde später dann frühstückt, dann frühstückt sie eben eine Stunde später. Aber dann gehen wir wieder von dem Gefühl aus, ah ha, das hat sie selbst entschieden. Wenn sie schlafen möchte und später essen möchte, das ist auch Lebensqualität, selbst entscheiden zu dürfen, auch mit Demenz, ja? Selbst, also lange schlafen zu dürfen und spät aufstehen zu dürfen oder auf die Toilette gehen zu dürfen oder irgendwie, dass diese Selbstbestimmung auch da ist. [...]

Und zum Schluss wiegen wir auch, es sind wenige Parameter, die greifbar sind. Das Einzige, was greifbar ist, wo man sagen kann, ok, im Vergleich vor der Oase haben unsere Oase-Bewohnerinnen fünf bis sechs Kilogramm zugenommen, also an Körpergewicht und wenn man dann die Periode oder den Zeitraum vor der Oase anschaut, wo das Körpergewicht ständig nach unten ging, denke ich, das ist auch ein Stückchen Lebensqualität, dass der Körper sich gut fühlt, dass der Körper sich aufbaut, dass das Körpergewicht steigt, dass sie in ihrer letzten Lebensphase auch leben und sich auch körperlich gut fühlen.

Ja, also gepflegt zu werden-, wir arbeiten nach Bedürfnissen, das heißt, wenn ich in die Oase komme, kann ich entscheiden, ich kann entscheiden nach dem, ... wie die Bewohnerin aussieht, ob sie mich mit ihrem Blick ruft oder nicht. Und sagt „komm, ich bin ganz fit und wach“. Und der Andere ist noch so am pennen, am schlafen und dann sage ich, „ok, du bist jetzt am schlafen, ich lasse Dich schlafen, ich fange hier an.“ Und dann so langsam werden sie wach und so langsam, ohne-, im Einzelzimmer wenn ich reinkomme und eine Tätigkeit vorliegt, kann ich zwar rausgehen und wiederkommen, aber irgendwann muss ich anfangen. Und das heißt halt wecken und, und-

I: Ja, man passt halt den Zeitpunkt nicht so ab.

X: Nein man kann das nicht so intensiv, so intensiv anpassen. Und dem Bewohner auch ein Stück, teilweise seine Würde, Würde wieder zu geben. So diese Selbstentscheidung, die Möglichkeit zu geben: Wenn ich schlafen gehe, dann schlafe ich eben. Das ist ja in Ordnung. Und der Besuch, das heißt der Besuch, also der Besuch von den Bewohnern in der Oase von den Angehörigen, ist im Vergleich zu früher auch mehr geworden.

An späterer Stelle:

X: [...] Zu Lebensqualität, was ich vorhin vergessen habe, was ich denke, das ist auch wichtig, wo ich sagte [mit Bezug auf die Arche], man bietet Essen (an) und man bietet (es) vielleicht noch mal (an) und ein drittes Mal kann man nicht mehr bitten, weil man dann weitergehen muss. In der Oase kann ich mir dann Zeit lassen. Und in der Oase ist das dann auch tatsächlich so, dass die Bewohner, die früher Brei gegessen haben, jetzt Brot essen. Weil ich nämlich, das muss nicht flutschen und da dürfen auch Pausen dazwischen sein, weil ich dann einfach kauen lassen kann. Und weil ich dann auch, wenn er plötzlich den Blick auf-, oder immer wenn plötzlich dieser Sekundenschlaf oder so Abwesenheit kommt und dann plötzlich kaut Frau A nicht mehr, weil sie gerade ganz weg ist, dann ist es in Ordnung, dann komme ich ein bisschen später, dann kaut sie wieder, dann kommt das nächste Stückchen Brot, ja? Also, ja und auch das Selbstgebackene wird dann auch gegessen. Es gab früher auch weniger Auswahl am Essen, weil es nicht möglich war. Das heißt es gab Suppe und es gab Brei und es gab Passiertes. Und jetzt gibt es ein Stückchen Fleisch, ja? Und man hat alles da und schaut so, ah ja, wenn das Fleisch zu hart ist, dann kann man was Anderes geben. [...] Das ist Lebensqualität, das auch zu entscheiden, was ich esse. Und ich kann es essen, ja? Ich kann wieder essen. Das ist wichtig.

X: Es tut mir gut, das zu sehen, dass es den Bewohnern gut geht. Also das ist etwas, man muss kein Lob aussprechen, kein Wort sagen, aber wenn ich dann

sehe, dass die alle strahlen und ganz toll aussehen und dass plötzlich jemand der halt ewig lange nichts geredet und stumm war, plötzlich anfängt zu reden mit der eigenen Sprache, egal was da geredet wird, aber es kommt was. Wenn unsere Frau A plötzlich schreit „Scheißdreck“, dann denke ich, es geht ihr perfekt. Wenn sie so was sagt. So lange Zeit hat sie gar nichts gesagt. Wenn unsere Frau U, die da draußen am Tisch lag und stumm war und ohne Melodie anfängt zu singen und wenn sie da halt versucht aufzustehen und wenn sie halt mit mir läuft, weil Frau U läuft ja wieder. Es hat sich von Monat zu Monat immer gebessert. Sie ist mobil, sie geht auf die Toilette mit Hilfe, mit Unterstützung. Sie läuft ein paar Schritte, wir gehen außerhalb der Oase und drehen auch eine Runde. Und das konnte sie ja gar nicht mehr.

Trotz dieser differenzierten Beschreibungen wird in den Interviews auch deutlich, dass es nicht allen Pflegekräften gelingt, diesen abstrakten Begriff zu konkretisieren, dieser dann eher formelhaft zur Beschreibung der Oase Verwendung findet.

Neben diesen Konkretisierungsschwierigkeiten werden allerdings auch grundlegendere **Zweifel** im Hinblick auf die oben genannten Aspekte zur Beschreibung von Lebensqualität angesprochen. Folgende Frage wird dabei implizit deutlich: Wenn das bisher gelebte Leben Orientierung für Lebensqualität darstellt (siehe oben), was bedeutet das dann für Menschen, konkret zum Beispiel für Frau O, die das, was ihr wichtig war, nicht mehr machen kann? Diese Frage wirft zumindest eine Fachkraft auf und lässt ihre Beantwortung offen:

Z [auf die explizite Frage, was Qualität für Frau O bedeuten können]: Für die Frau O, ich glaube für die Frau O wäre Qualität, wenn Frau O-, wenn ich es so überlege, die hat Qualität auch mit ihrer, mit Leistung verbunden, mit ihrer eigenen Leistung, also mit ihren Bildern, irgend etwas schaffen zu können, etwas tun zu können, ihre Familie zu versorgen. Das war für sie wichtig. Und das ist schon abstrakt, also es ist schon schwierig, wenn man so darüber nachdenkt. Aber ich weiß nicht, ob für sie Lebensqualität ist, wenn sie nur daliegt und Wellness empfindet, ja? Da war, da ist einfach mehr da, da steckt mehr dahinter.

Diese Überlegung deutet einen u. E. wichtigen Aspekt an: Die Konkretisierung von Lebensqualität für Menschen, die sich nicht mehr wörtlich dazu äußern können, bleibt immer eine **Annäherung**, bisweilen auch eine offene Frage. Dies zu betonen scheint uns ebenso wichtig zu sein, wie die Tatsache, dass solche Annäherungen dann umso präziser sein können, je mehr Perspektiven dabei Berücksichtigung finden. In den Interviews zeigt sich, dass die Pflegekräfte gerade um diese „**Multiperspektivität**“ besonders bemüht sind und darin auch ein besonderes Qualitätsmerkmal der Arbeit gesehen werden kann. In ihre Einschätzungen darüber, ob es einer Person gut geht, beziehen sie folgende Sichtweisen mit ein:

- ihre eigene Perspektive,
- die Perspektiven der anderen Kolleg/innen (auch der Hausärzte),
- die Perspektive der Angehörigen sowie
- die nonverbalen Äußerungen der Bewohnerinnen selbst.

Vor diesem Hintergrund stellt sich insbesondere die Frage, wie die Pflegekräfte die Perspektive der Bewohnerinnen erfassen und integrieren können, wie sie also deren Bedürfnisse erkennen und sich daran orientieren können. In den dargestellten Ausführungen zu Lebensqualität spielt ja gerade dieser Aspekt eine wichtige Rolle. Wie das im Pflegealltag konkretisiert wird, ist Thema des nächsten Kapitels.

## Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen

„Wie sehen Sie das, was der Andere braucht?“ – sich an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen orientieren zu können, setzt die Beantwortung dieser Frage voraus. Im Interview macht eine Fachkraft darauf aufmerksam, welche Schwierigkeit virulent wird, wenn man diese Frage versucht zu beantworten:

I: [...] wie sehen Sie das, was der Andere braucht? [...]

M: Das ist gut (*lacht*). Wir tun so vieles unterbewusst. Wir tun so vieles unterbewusst und das dann verbal wiederzugeben, das ist schon schwierig.

Die Chance qualitativer Forschung liegt nun gerade darin, diese „unbewussten“ bzw. impliziten Begründungen zu rekonstruieren: Im Hinblick auf das Ziel der Bedürfnisorientierung taucht – wie bereits beim Begriff Lebensqualität – die Bedeutung der **biografischen Perspektive** auf, also jene Bemühungen der Pflegekräfte herauszufinden, was einer Bewohnerin in ihrem bisherigen Leben wichtig war. Das ist zum einen von Bedeutung, weil damit bewusste Reaktionen der Bewohnerinnen erreicht werden können („man findet eine Reaktion“). Zum anderen liegt der biografischen Perspektive die Annahme zu Grunde, dass bisherige Prioritäten, Bewertungen, Bedürfnisse auch in der letzten Lebensphase bedeutsam bleiben, dass also am bisherigen Leben auch die Bedürfnisse der schwerst pflegebedürftigen Bewohnerinnen abgeleitet werden können („das hat sie gemocht, das hat sie nicht gemocht“):

Z: ....Und wir haben dann halt einfach wie gesagt bemerkt, dass Menschen, mit denen man sich sehr intensiv beschäftigt und wo man sich auch also-, wir arbeiten hier biografisch [...]. Ich mag mich gerne mit den Biografien der Leute auseinander setzen und auch mit der Zeit, in der sie gelebt haben [...]. Habe mich dann also auch versucht so gedanklich und auch mit der Literatur einfach auch in die Zeit zurückzusetzen und habe die Leute auch angesprochen. Ich habe mit ihnen diese Lieder gesungen, ich habe mit ihnen Dinge angesprochen, die für sie bekannt waren, ja, auch vom ihrem Umfeld und habe gemerkt, dass, manches Mal habe ich so den Eindruck gehabt, es ist, wie wenn man ein Lämpchen anknipst. Da ist momentan so ein bisschen Licht und man findet eine Reaktion. Und dann ist es wohl wieder aus, aber schon alleine dieser Moment, diese Momente zu sehen, fand ich eigentlich ganz wichtig. Das man sich auf die Leute stärker einlässt.

D [Zusammenhang war die Frage nach schwierigen Situationen]: Und die Frau O baut einfach ab, [...] Und das ist dann so die letzte Phase. So lange sie keine Schmerzen hat und das wissen wir auch. Sie hat Schmerzen, sie hat keine Schmerzen. Was will sie, was will sie nicht. Also das heißt für uns biografische Arbeit. Das hat sie gerne gemocht, das hat sie gerne gegessen, das hat sie gar nicht gemocht. Also diese Dinge. Es muss sehr viel Wissen vorhanden sein über den Menschen. Unendlich viel Wissen. Aber, was auch gut ist, sind die Angehörigen. Die sind so was von toll. Also es ist auch eine ganz besondere Beziehung entstanden. Persönlicher. ... Man gibt sich mittlerweile auch die Hand und sagt, „ha Schwester wie schön, dass Sie da sind, wie schön, Sie wieder zu sehen“. Also diese Gespräche, die man vorher nicht so im Speisesaal erlebt hat. Vielleicht ja, nur nicht so richtig wahrgenommen hat. Und die Angehörigen, durch (die) Unterhaltung entsteht so eine Biografie, da erfahre ich unendlich viel über die Bewohner, wo ich sage, „ah, das könnte ich ja mal machen“. „Haben Sie das schon gemacht?“ „Jetzt weiß ich auch, warum sie nicht schluckt, oder warum sie es ausspuckt“ oder-, also, so entsteht dann auch Wissen.

Darüber hinaus werden zwei weitere Dimensionen deutlich, anhand derer die Pflegekräfte Bedürfnisse der Oase-Bewohnerinnen bestimmen:

- Bestimmte **Bedürfnisse werden generalisiert** und damit deren Gültigkeit für alle Bewohnerinnen unterstellt (z.B. nicht alleine zu sein, „das brauchen sie einfach“).
- Nonverbale Kommunikation und Körpersprache, insbesondere verschiedene Arten des Schauens, erhalten als spezifische „**Sprache der Bewohnerinnen**“ eine besondere Bedeutung – in den Interviews kristallisiert sich ein „nonverbales Vokabular“ heraus, das eine hohe Übereinstimmung zwischen den Pflegekräften aufweist und die Verständigung zwischen Pflegekräften und Bewohnerinnen ermöglicht („ihr Blick ruft mich“).

In folgenden Interviewzitatens werden diese zwei Dimensionen und einzelne Elemente der „Sprache der Bewohnerinnen“ nachvollziehbar:

D: [Auf die der obigen Frage vorausgehende Frage, an was man erkennt, was die Menschen brauchen]: Ja, was sie brauchen: Nähe. Erst mal nur Nähe. Da sein. Ich muss ja nicht bei ihr neun Stunden am Bett sitzen. Es reicht, dass sie mich hört. Es reicht, dass sie mich riecht. ... Es reicht, dass sie mich hört. Weil dieses, ich bin nicht alleine. Ich kann, ich kann mich zurückziehen in meine Nische, ich kann mich zurückziehen in mein Bett. Ihre 2 m<sup>2</sup> wie ich das so nenne. Ich werde auch in Ruhe gelassen. Sie werden in Ruhe gelassen. Sie melden sich. Jede meldet sich auf ihre Art und Weise und wenn dann eine Meldung kommt, die ich wahrnehme, dann gehe ich ans Bett, aber dass sie sagen, „na, aufwachen ich bin da“. Das gibt es nicht.

→ Elemente der Sprache der Bewohnerinnen: Schlafen als Zeichen, Ruhe zu wollen

V: [auf die Frage, ob sie sich Bewohnerinnen vorstellen kann, die auch gerne mal alleine wären]: Da gibt es solche Bewohner, z. B. Frau U, wenn sie, wenn mit ihr keiner Kontakt hat, dann sitzt sie irgendwie ganz ruhig (da) und schläft. Dann lasse ich sie in Ruhe. Dann akzeptiere ich das, ja? Wenn sie ein bisschen schläfrig ist und ich sehe (das), das heißt für mich, sie will ihre Ruhe (haben). Ob das am Schlaf (liegt) oder einfach nur am sitzen, dann akzeptiere ich (das) und lasse sie in Ruhe und sie sitzt und bekommt ihre Ruhe. Und wenn sie richtig wach ist und anfängt, dann heißt das, sie möchte etwas machen.

→ Elemente der Sprache der Bewohnerinnen: Tränen als Zeichen der Angst

X: Wenn ich Angst habe, jemand ist da und der hält mich, hebt mich fest. Und ich kann in der Oase sehen, wenn jemand Angst (hat) und einfach die Tränen laufen. Dann denke ich, mein Gott, wo ist er jetzt? Was ist jetzt los? Ja? So.

→ Elemente der Sprache der Bewohnerinnen: Abwehr als Zeichen von Skepsis, von etwas „nicht-wollen“

Z: Man freut sich über Kleinigkeiten. Man darf auch nicht riesengroße Erwartungen haben. Aber, diese Emotionen, man hat das Gefühl gehabt, sie sind emotional ganz anders drauf. Die haben einfach wieder reagiert, ja? Wenn ich die Frau anschau, wenn ich vorher gemerkt habe, wie sie so in die Abwehrhaltung gegangen ist und eine ganze Weile gebraucht hat, bis sie sich wieder an mich gewöhnt hat, an mein Sprechen, dass ich sie wasche oder alles. Also, dass sie einfach gespürt hat, ich tue ihr nichts Böses. Und dass sie dann auf einmal wieder ganz locker war oder was heißt ganz locker, in Anführungszeichen, ja? Wir nehmen das wahr, jemand anderes würde trotzdem sagen „oh jemineh“, ja?

→ Elemente der Sprache der Bewohnerinnen: Ablegen von Abwehr als Zeichen von Vertrauen

Z: Also wenn er sich total verkapselt, also ich würde jetzt gerade das eine Beispiel, wo ich Ihnen gesagt habe von der Frau U (nehmen). Die ging schon in die Abwehrhaltung rein, wenn man dann als zu ihr ans Bett kam, ja? Ich quasi, was passiert jetzt, ja? Und wenn man dann nach einer Weile merkt, ok man ist da, man ist die ganze Zeit präsent. Erstens mal kennt man die Leute dann anders, man weiß, warum sie so reagieren und wieso und zweitens einmal sind die Leute dann wieder lockerer. Sie werden schon alleine, wenn ich sie pflege lockerer, weil sie irgendwo Vertrauen haben. Und weil es auch die Art ist, wie ich an sie herantrete. Ich meine es hat jeder Pfleger wieder so ein bisschen einen anderen Weg, aber ich finde also ich rede gerne mit den Menschen und sage ihnen „ich mache das jetzt“, ja? Ich tue das, bevor ich jetzt jemand, gut, dass soll man auch in der normalen Pflege nicht, aber hier in besonderer Weise. Also hier muss man ganz sensibel sein.

→ Elemente der Sprache der Bewohnerinnen: Strahlen, Lachen und „Schimpfen wie früher“ als Zeichen, es geht mir gut

X: Ja, ich habe gesagt, dass die Bewohner, dass sie sich verbal und nonverbal schlecht äußern können. Sie können nicht sagen, das möchte ich oder das möchte ich nicht. Das können unsere Bewohner nicht. Aber sie können auf einer anderen Ebene das doch machen. Das ist das, was ich sage, wenn man die Gesichter betrachtet, wenn man die Augen, die Augen bei den Bewohnern mit Demenz sagen sehr, sehr viel aus, ja? Deshalb gibt es bei Bewohnern ein Abwehrverhalten oder auch nicht. Weil wenn jemand ein Abwehrverhalten zeigt, dann weiß ich, dass er das nicht möchte, oder dass er das unangenehm empfindet, oder dass er das nicht kennt. [...] Und mir auf diese Art und Weise sagt, das tut mir gut oder das tut mir nicht gut. Und wenn sie lachen, wenn sie ihre Schimpfwörter, die sie im Alltag benutzt haben, wieder benutzen können, dann denke ich mir, dass es den Bewohnern gut geht, ja? Wenn sie das können, was sie schon lange vergessen haben, ja? Dieses, man sieht das Strahlen im Gesicht, man sieht die Augen, die etwas sagen möchten.

→ Elemente der Sprache der Bewohnerinnen: Gesicht verziehen als Zeichen, ich habe Schmerzen, ich brauche etwas

V: Und von der Lebensqualität ist sie [Frau E] besser geworden. Sie hat zugenommen und sie bekommt viel mit und sie kennt diese, wie sagt man so, eigene Familie jetzt. Jeder kennt sie und sie lacht und sie reagiert, wenn irgendwo weiter (weg) Frau U sitzt und sie spricht immer so etwas und versucht zu singen und Frau E gibt auch Antwort. Sie will mitsprechen. Aber früher im Zimmer, lag sie nur und schlief und hat nur auf die vier Wände geschaut, weil sie alleine war. Es kann sein, dass sie Angst gehabt hat, es kann sein nicht. Ich habe früher nicht darüber nachgedacht. Jetzt schaue ich, momentan schaue ich persönlich ganz anders (auch) auf die anderen Bewohner durch diese Oase. Früher habe ich nicht überlegt. Na, ja. Ich habe gemacht was ich konnte, ich gehe fertig aus. (I: Ja.) Aber jetzt manchmal denke ich, ach Gott, sie liegt da ganz alleine, wirklich. Vielleicht hat sie Schmerzen oder noch etwas und ich weiß von nichts. Ich komme, ich mache was, ich weiß nicht, wie der Ausdruck auf dem Gesicht, ob das durch Schmerzen ist, oder Zufriedenheit oder noch etwas. Aber jetzt weiß ich (es). Wenn sie das Gesicht verzieht, ob sie Schmerzen hat oder ob sie noch etwas anderes möchte.

Die Sprache der Bewohnerinnen ist mit der Zeit erlernbar – dennoch: Das Verstehen dieser Sprache bleibt (wie die Bestimmung von Lebensqualität) ein „Ahnen“, eine Annäherung:

X: Mir geht es gut. Also es fällt mir schwer darüber zu berichten, weil es mir die Bewohner nicht sagen können, nicht aufschreiben können und worüber sie sich nicht äußern können. Aber ich kann es nur ahnen, durch das, was wir bekommen, was wir zurück bekommen. Also was der Bewohner mir zurück gibt.

## Vermittlung von Sicherheit bzw. Geborgenheit

Ausgangspunkt dafür, dass die Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit ein wichtiges Ziel darstellt, ist zunächst die Deutung der Pflegekräfte, dass Menschen in dieser Lebensphase **Angst** haben, zumindest verängstigt wirken etc.

- Daher heißt Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit für die Mitarbeiterinnen zunächst „*Reduzierung von Angst*“. Bei der Wahrnehmung von Angst spielt die „Sprache der Bewohnerinnen“ wiederum eine wichtige Rolle.
- Zur Behebung von Angst ist *Körperkontakt* als Mittel der Wahl besonders wichtig.
- Zwei Bedingungen scheinen in diesem Zusammenhang zentral zu sein: Erstens „*Zeit*“ für die Menschen zu haben bzw. sich Zeit für die Bewohnerinnen nehmen zu können und zweitens *mitzubekommen*, wann sie „Angst“ bzw. „Schutzbedürfnisse“ äußern.
- Neben dem Aspekt der Angst ist es aber auch die *Abhängigkeit* der Bewohnerinnen, die der Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit einen wichtigen Stellenwert zukommen lässt. In diesem Zusammenhang wird die Situation der Bewohnerinnen (in manchen Interviews auch die Bewohnerinnen selbst) mit der Situation von Kleinkindern oder Säuglingen verglichen, die ja auch der permanenten Aufsicht und Versorgung bedürfen.

In der folgenden Antwort, mit der eine Fachkraft auf die Frage antwortet, wie sie merkt, ob sich die Bewohnerinnen „geborgen“ oder „sicher“ fühlen, werden diese Aspekte nachvollziehbar:

X: Das sind so Begriffe, die ganz wichtig sind. Die sind jedem Menschen wichtig, die sind mir auch wichtig und auch unseren Bewohnern. Das ist etwas, was einen Menschen auch ausmacht und was jeder Mensch braucht und wieder etwas, was der Bewohner mir nicht sagen kann. Also es kann keiner der Bewohner mir sagen, „ich fühle mich hier sicher“. Sicherheit ist sehr wichtig. [...] Und bei den Bewohnerinnen in der Oase oder auch bei den bettlägerigen Bewohnern, egal wo sie sind: Sicherheit, das ist etwas, was von ... den Pflegemitarbeiter oder Angehörigen übertragen werden soll. Wenn ich mich zu jemandem hinsetze, wenn ich den in die Arme nehme - und das machen wir sehr oft, um diesen Körperkontakt und diese Sicherheit zu vermitteln: „Ich bin ja da, hab bitte keine Angst“. Manchmal wird das übertragen auf uns, „ich habe jetzt **Angst**“, also, wenn die Bewohner, sie weinen manchmal, ja? Sie weinen manchmal und die Gründe, wie auch immer, was es für einen Grund haben kann. Und man setzt sich dann, man nimmt sich Zeit. Eine sehr große Ressource in der Oase ist es, sich Zeit zu nehmen. Also ich kann mir diese Zeit außerhalb der Oase nicht so nehmen, nicht so nehmen, wie in der Oase. Dann setze ich mich - also wenn ich mich zu den Bewohnern setze, wenn ich den in die Arme nehmen und wenn ich den ganz fest

drücke und wenn er mich gleichzeitig drückt, ja? Also mich auch so anfasst und ich den Druck spüre, und ich ihn drücke und die Wärme entsteht und man spürt, wie dieser Körper so entspannt, ja - dann denke ich, das ist ein Stück Sicherheit. Wenn ich Angst habe, jemand ist da und der hält mich, hebt mich fest. Und ich kann in der Oase sehen, wenn jemand Angst (hat) und einfach die Tränen laufen. Dann denke ich, mein Gott, wo ist er jetzt? Was ist jetzt los? Ja? So. Und wenn er alleine im Zimmer ist, sehe ich das nicht. Dann kann ich diese Sicherheit so, obwohl ich das möchte, nicht geben. Das muss passen, dass ich gerade in dem Moment, in dem ich da bin dann so was passiert. Dass diese Sicherheit-, unsere Bewohner sind unselbständig. Sie sind von anderen abhängig, sie sind schutzlos, ja? Sie sind wie so, ... ich sage immer wieder, es sind erwachsene Menschen, aber ich vergleiche sie aber jetzt so mit Kindern, mit kleinen Babys mit Säuglingen, die auch hilflos sind und die auch 24 Stunden Betreuung brauchen. Also sie brauchen jemand, der kommt, der ihnen Essen gibt, Trinken gibt, Windel wechselt, der (sie) in die Hände nimmt, diese Sicherheit, diese Geborgenheit, diese Wärme gibt, Schutz gibt und in die Arme nimmt und dann so wiegt, dass sie sich beruhigen. Wir wissen nur, dass das bei Kindern richtig ist. Und bei jedem, der Kinder gehabt hat, ist das Gefühl da in der Brust in den Händen, überall im ganzen Körper. Und dann will man dieses Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit in dem Moment, wo ich jemand in die Arme nehme und den ganz fest an mich drücke, möchte ich das an ihn übertragen. Und wenn ich dann spüre, er hebt sich ebenso und er weint nicht mehr und sein Körper wirkt einfach so entspannt, dann denke ich, so jetzt hast du das erreicht. Und das ist schön. ... Es muss nicht mehr sein. Es ist schön.

Der **Stellenwert des Berührens** wird sowohl in den Interviews als auch in den Dokumenten explizit. Berührungen als Form von grenzüberschreitender Nähe, diese Gefahr wird allerdings nur zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern, nicht zwischen Personal und Bewohnerinnen gesehen. Das hohe Maß an Berührung und Nähe, mit dem Ziel, den Bewohnerinnen Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln, verweist allerdings auf eine weitere Komponente, die auch im Zusammenhang mit dem Begriff der Privatsphäre besondere Relevanz erhält: der Begriff der Intimität (vgl. Bauer 1996).

D: Auch diesen Körperkontakt, man darf ja auch diesen Körperkontakt als Pflege-, ... auch jemanden in den Arm nehmen. Soll man, es heißt es ja immer, ja, das ist zu intim für andere, normale Menschen in den Pflegeheimen. Aber die in der Oase sind so schutzbedürftig, so, wie soll ich sagen, so liebesbedürftig“.

In folgendem Zitat wird die Bedeutung von Berührungen ebenfalls unterstrichen, die Pflegekraft bringt aber auch zum Ausdruck, dass nicht jede Berührung gut tun muss, es bei Berührungen immer zu überlegen gilt, ob die Bewohnerinnen selbst, etwas „damit anfangen können“. Der Antwort ging die Frage voraus, an was man erkennt, ob sich die Frauen geborgen fühlen:

S: Sie sind einfach ruhiger. Und sie sehen glücklich aus. Also man sieht es an den Augen manchmal nur, wie sie so zufrieden schauen. Sie lächeln, sie lächeln eigentlich schon mehr als früher. Weil, wo sie draußen waren im großen Saal, da haben sie doch öfter mal so ängstlich geschaut oder ja, also die Haltung sagt ja schon viel aus, gell? (I: Aha.) Oder sie haben sich zurückgezogen oder so und hier können sie einfach bleiben und brauchen keine Angst zu haben, dass Sie jetzt belästigt werden von irgendeinem anderen Bewohner, der jetzt vielleicht hergeht und die nur anfasst und wo sie auch nichts damit anfangen können. Manche schreien ja dann schon, wenn sie nur berührt werden von anderen oder herumgezogen werden, oder es gibt ja auch Bewohner, die mit Stöcken herumlaufen, also, wir haben einen, also da muss man (*lacht*) (I: Aufpassen, *lacht*) halt aufpassen, gell, (I: Was der mit seinem Stock macht), ja.



Gerade angesichts der Abhängigkeit der Bewohnerinnen scheint uns eine verbindliche Reflexion darüber wichtig zu sein, was das Team unter angemessener und grenzüberschreitender Intimität versteht. Auch in diesem Punkt sind die Pflegekräfte auf ihre eigenen Einschätzungen verwiesen – mit allen Risiken an Grenzüberschreitungen, die individuelle Einschätzungen bergen können.

## Teilnahme an der Gemeinschaft

Auch der Begriff „Gemeinschaft“ ist zunächst im Kontext der Zielgruppe abstrakt und es versteht sich keineswegs „von selbst“, welche Formen des Zusammenseins „Gemeinschaft“ in der Pflegeoase bedeuten. Im Unterschied zu den vorausgehenden Kapiteln, ist bei der Konkretisierung dieses Begriffes interessant, dass ganz **unterschiedliche Aspekte** zur Konkretisierung von den Pflegekräften benannt werden. Hier zeigt sich also eine große Spanne dessen, was unter Gemeinschaft verstanden wird. Die im Material auftauchenden Aspekte werden im folgenden differenziert und mit Zitaten illustriert:

→ Erstens: Gemeinschaft bedeutet Beziehung: wenn jemand da ist

X: Also, diese Gemeinschaft, soziales Leben-, Es ist kein soziales Leben, wenn ein Mensch alleine ist, ja? Also wenn er in seinem Zimmer alleine ist, dann findet er keine Beziehung. Diese Beziehung. Bindung. Er kann sich an nichts binden. Sobald eine Person da ist. Wenn ich mich bewege, wenn ich da bin, dann hat der Bewohner, wenn ich zu ihm komme, wenn ich ihn an die Hand nehme, (dann) hat er schon eine soziale Beziehung zu mir. Und ich habe (sie) zu ihm. Und dann sind die anderen Bewohner auch da. Auch wenn er mich nicht sieht, aber er hört mich, dass ich mit einem anderen rede, dann weiß er, dass ich da bin und er ist ein Teil davon. Er ist ein Teil von dem Geschehen, von der Pflegekraft und anderen Bewohnern und den Bewohnerin. Also, wie soll ich das beschreiben? Wenn man in dem Raum ist und wenn mehrere, zwei, drei oder vier da sind, dann ist jeder Einzelne auch ein Teil der Gruppe und von der Gemeinschaft.

→ Zweitens: Gemeinschaft kann bewusst gestaltet werden

Z: Es ist so, es hat so ein heimeliges Gefühl da drin. Und was mir auch sehr gut gefällt, oder was ich immer wieder ausprobieren will, wenn ich bringe Frühstück oder Abendbrot verteile: Ich nehme mir immer die Frau U in einen extra Stuhl. Die hole ich zu mir her und setze sie neben mich zu der Frau A. Ich habe die Frau A im Bett drin, die wird schön hochgestellt, dann unterhalten wir uns und dann hole ich meinen Wagen, und dann machen wir eine Tischdecke darauf und dann hole ich mir meine Frau U und dann essen wir gemeinsam, ja? Da bekommt die Frau A was, die braucht eh zu kauen, da kann sie sich Zeit lassen. Dann bekommt die Frau U was und dann habe ich immer das Gefühl, ich habe so eine Art, so eine kleine intime Tischgemeinschaft. Und es ist auch ein Stückchen Normalität und auch dieses Gefühl, ok, wir sitzen zusammen am Tisch. Das ist einfach angenehm. Dass sie auch was von mir haben. Das gefällt mir auch sehr gut.

→ Drittens: Gemeinschaft in der Oase bedeutet auch Gemeinschaft von Pflegekräften und Angehörigen sowie Gemeinschaft zwischen den Angehörigen

D: Gemeinschaft, Gemeinschaft ist, dass die Angehörigen dabei sind. Gemeinschaft ist, dass die Angehörigen unendlich mitgeholfen haben, diese Oase

zu gestalten. Und wir haben übrigens sehr viel Spenden von ihnen erfahren. Das war auch etwas Schönes. Und sie kommen gerne. Es ist eine Gemeinschaft. Es ist, ich will das nicht überbewerten, aber es ist eine Familie. Wir kennen uns. Ich bin in der Arbeit nie privat. Man kennt mich als Schwester und das war es. In der Oase bin ich privat. Ich werde privat. So, „ja, was lernen ihre Kinder“? Das hätte ich nie im Speisesaal erzählt. Also das sind, also das ist doch irgendwo eine große Lebensgemeinschaft.

V: Ich habe z. B. irgendwie eine Beziehung zu diesem Bewohner, ja? Wenn sich etwas verschlechtert, dann nehme ich das auch (wahr), so wie meine Familie, ja? Ich leide auch mit. Und mit den Angehörigen auch, (es) ist ganz anders geworden, ja? Wenn ich komme, z. B. (die) Tochter von Frau A rennt sofort und (sagt), „na, V, Guten Morgen“ und gibt mir (die) Hand. Obwohl ich irgendwo in der Arche bin, ja? Nicht an diesem Tag, wenn ich in der Oase bin. Oder (die) Tochter von Frau U oder (der) Mann von Frau O, er sagt immer zu mir, „ich sehe Dich immer V, Du rennst immer weg von mir. (*I lacht*) Ich möchte Dich begrüßen“. Dann sage ich, „Herr O, ich bin heute nicht in der Oase, ich mache verantwortlichen Dienst. Ich habe keine Zeit, ich habe Sie nicht gesehen, tut mir leid“. Aber er rennt immer (nach) hinten und sagt, „ich möchte Dich begrüßen“. Dann sage ich, „ok freut mich, Entschuldigung“ und irgendwie (besteht) richtig eine Beziehung zwischen uns. (I: Schön.) Schön.

X: Bei uns im Tagesbuch, auf dem Tisch steht, Frau, unsere Frau O hat ganz starke Schluckreflexstörungen, die Familie hat sich für eine Sonde entschieden, damit sie halt Flüssigkeit über die Sonde bekommt. (I: Magensonde.) Magensonde. Sie kann Festes noch gut essen, aber sie hat jetzt drei Lungenentzündungen gehabt, weil sie sich einfach ständig verschluckt. Und dann, das wissen alle in der Oase und dann steht im Tagebuch: „Die Frau O hat zunehmend Schluckreflexstörungen, sie kann nicht mehr so gut schlucken. Frau O geht morgen ins Krankenhaus, sie bekommt eine Magensonde“. Und das wissen alle. Und das ist für die und auch für die Familie von Frau O, wichtig, dass die anderen das wissen, ja? Und das hat sich so, ich sage, es haben sich unwahrscheinliche Sachen entwickelt. Also es ist, ich habe 50% davon gar nicht geahnt. Ich habe gewusst, dass es gut sein könnte, aber dass es so, so weit, so tief halt in Privatsachen auch geht, wo halt alle so mitwirken, wo es wirklich um diese Bewohner geht, dass man nichts verstecken soll, dass es was normales ist, worüber man nicht tratscht oder sonst was. Es ist ganz normal. Und dass die Tochter ins Buch schreibt, „braucht meine Mutter Socken“? Und dann schreiben wir wieder, „bitte kaufen Sie drei Paar“. Oder so was, also es ist, ja

→ Viertens: Gemeinschaft setzt Wahrnehmung des Anderen voraus – Gemeinschaft ist nicht für alle Bewohnerinnen der Oase erlebbar

I: Und Sie haben ja vorher bei der Frau O gesagt, da weiß man gar nicht, was sie noch so wahrnimmt, aber haben Sie den Eindruck, die realisieren dann diese Gemeinschaft überhaupt?

S: Frau O, denke ich mal nicht. Die Frau E, ja. Die Frau E, die merkt das schon, wenn mehrere Menschen da sind, aber, die genießt das. Die sitzt da drin und je mehr Menschen eigentlich so mit ihr so reden und halt so. Das mag die ganz arg. Also sie ist sehr kontaktfreudig. Sie kann es zwar auch nicht mehr sagen, aber man merkt es einfach, wie sie sich freut und schaut und was machen die jetzt da hinten und z. B. und Frau U hat eigentlich auch immer, die mag das auch sehr gerne. Wenn da jetzt-, ja, es wird ja nie ganz voll die Oase. Also wenn, dann ist mal ein Angehöriger von der Frau A da oder es sind. So voll wird es ja nicht. Und die kennen sich ja auch schon. Das ist ja eine bekannte Person für sie, vertraute Person.

→ Fünftens: Teilnahme an der Gemeinschaft ist in diesem Krankheitsstadium nicht bzw. nur begrenzt möglich

N [auf die Frage, ob man Gemeinschaft nachts wahrnehmen kann]: Also Gemeinschaft, soweit ich sehe, sind sie schon, nein, waren sie schon im Krankheitsstadium zu weit fortgeschritten als dass sie den anderen, ich glaube, sie nehmen das gar nicht wahr. Sie nehmen nur wahr, wenn man mit ihnen spricht. Das nehmen sie wahr. Oder wenn man sie berührt, aber dass sie die anderen Bewohner so wahrnehmen, also nachts nicht. ... Nachts bekomme ich da nichts mit, dass sie da so aufeinander reagieren.

Interessant ist dabei, dass der Begriff der Gemeinschaft sehr unterschiedlich verstanden und gedeutet wird. Hier sind also konzeptionelle Klärungen hilfreich, insbesondere auch, weil zu diesem Aspekt folgender **Widerspruch** im Material sichtbar wird: Einerseits wird argumentiert, dass die Bewohnerinnen die anderen Bewohnerinnen „mitbekommen“ und von dieser „Gemeinschaft“ profitieren. Andererseits wird in Situationen, in denen eher der Wunsch nach Intimität unterstellt wird, z. B. angesichts des Sterbens in der Oase, darauf verwiesen, dass das die Bewohnerinnen nicht merken würden. Der folgenden Äußerung ging die Frage nach der Gestaltung der Sterbesituation in der Oase voraus:

C: ... Wir lassen sie dort sterben. Und wir wollen auch dabei sein ... und in der Sterbestunde begleiten. Das wollen wir schon. Da haben wir schon darüber gesprochen.

I: Und denken Sie, das ist für die anderen Bewohnerinnen, denken Sie das ist schwierig?

C: Mm, das wird nicht schwierig sein, weil die Bewohnerinnen, die dann da drin sind, die merken es erstens nicht. Nur für uns wird es vielleicht schwierig sein, weil wir immer da drin sind und ... dann vermissen wir (sie) vielleicht, so.

## Zur Bedeutung von Rückzugsmöglichkeiten und Privatheit

Ein zentraler Kritikpunkt im Kontext der Pflegeoasen ist die Befürchtung, dass das Grundrecht der bzw. das Grundbedürfnis nach Privatsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner nicht ausreichend geschützt sind. Denn räumlich begrenzte/beengte Situationen bergen die Gefahr, die Privatsphäre zu verletzen (vgl. Bauer 1996, 56). Im Konzept der Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus ist zu diesem Aspekt zu lesen: „Geschützte Privatbereiche werden durch die Raumeinteilung geschaffen“. Möglichkeiten des Rückzugs und Möglichkeiten der Privatheit der Bewohnerinnen waren auch Themen, die in den Interviews eine Rolle spielten. Hierbei verwiesen die Mitarbeiterinnen auf die „Nische“, auf die eigene „Ecke“.

X: Die Möglichkeiten von Rückzug sind auch da. Wir haben in dem Raum, also wir haben, sie haben es gesehen, zwei große Räume so gemacht, dass jeder Bewohner für sich selbst eine Nische hat, das heißt ein Platz für sein Bett und für seine privaten Sachen und für seine kleine Welt. So. Mehr braucht er nicht, also das was er um sein Bett herum hat und in seiner unmittelbaren Nähe. Das ist seine Welt.

V: Aber es ist auch so, ... es gibt auch Privatsphäre. ... In diesem großen Raum hat jeder seine Ecke. ... Das ist, jeder hat seine Ecke, das ist Privatsphäre, zum Beispiel Frau U hat ihre Ecke, sie hat ihre Lieblingsplüschtierchen darin verstaut, ihre eigenen Bilder.

N: Jeder hat ja so seine Nische. Es ist ja so, sie liegen ja nicht nebeneinander. So. Jeder hat seine Nische. Das ist, finde ich auch, jeder hat so seinen Bereich und der ist ja auch so dekoriert und jeder hat so seine Nische.

Privatsphäre wird seitens der Mitarbeiterinnen zugleich assoziiert mit der Möglichkeit, eigene persönliche Gegenstände zu dekorieren und zu besitzen.

Z: Rückzugs- und Privatsphäre, also ich meine die haben hier ihren Raum, der ist ja beschränkt aufs Bett, ja? Und das ist also die Welt, in denen ihnen quasi keiner was anhaben kann. Sie haben dann auch die Privatsphäre da anhand der Bilder. ... diese Bilder und manchmal ist für manche Privatsphäre auch irgendwie so ein Tier, das sie da so in der Hand herumdrücken oder ein Kissen. Das ist schon Privatsphäre für die Leute. Und dann hört es eigentlich auch auf, weil sie das gar nicht richtig einordnen können. ... Also ich habe wirklich den Eindruck, das brauchen die nicht.

D: Die (Privatsphäre) liegt in den Bildern, die sie an der Wand haben. Die liegt in den Tierchen, die sie haben, Plüschtiere haben sie. Die haben auf ihren Nachtkästchen, die sind irgendwie immer alle gleich ausgeschmückt, aber es ist immer noch so ein privates Ding am Nachtkästchen. Privatheit. Wollen wir wissen, dass sie so viel Privatheit haben wollen? Ich weiß es nicht. ... Weil hätte man viel Privatheit eingefordert, wäre eine Oase nie entstanden in dieser Form.

Zusammenfassend ist aus den Interviews zu erfassen, dass die Mitarbeiterinnen das Ziel ihres Konzeptes: „Geschützte Privatbereiche werden durch die Raumeinteilung geschaffen“ als realisiert betrachten. Deutlich wird allerdings in den Aussagen auch, dass sich Privatheit auf den persönlichen Besitz und das situative Umfeld begrenzt, dass sie Rückzug und Privatheit durch die räumliche Gegebenheit einer „Nische“, „Ecke“ als realisiert und gesichert bewerten. Das heißt, Privatheit und Rückzug begrenzt sich vornehmlich auf den Aspekt der Territorialität. Eine Fachkraft ergänzt, dass Gewährleistung von Privatheit auch bedeutet, dass sie sich nicht einmischt, wenn Angehörige da sind und mit den Bewohnerinnen sprechen:

D: Die haben auch Privatheit. Das haben sie, trotz dass ich da bin haben sie Privatheit. Auch wenn die Familie da ist. Die Familie, die redet mit dem Angehörigen, aber ich bin außen vor und ich mische mich auch nicht ins Gespräch ein, wenn ich nicht angesprochen werde. Das ist so dieses, sie meldet sich, ob es nun der Angehörige ist, oder der Bewohner, wenn die sich melden, bin ich da. Es ist die Meldfunktion. Privatheit hat sie, Intimsphäre haben sie auch.

In der Begrenzung auf die Nischen ist den Mitarbeiterinnen allerdings klar, dass die Möglichkeiten des Rückzugs für die Bewohnerinnen der Oase begrenzt sind. Legitimiert wird dies dadurch, dass das Bedürfnis nach Kontakt, nach Gemeinschaft aus Sicht der Pflegekräfte über dem Bedürfnis nach Rückzug angesiedelt ist. So antwortet eine Pflegekraft auf die Frage, ob die Bewohnerinnen Privatsphäre oder Rückzugsmöglichkeiten haben wie folgt:

S: Ja, also so komplette Rückzugsmöglichkeiten haben sie eigentlich auch nicht, aber jeder hat seine, ihre Nische und man kann, sie können sich schon zurückziehen, so dass sie nicht unbedingt den anderen, also die drei anderen nicht so direkt sehen, aber so komplett für sich alleine sind sie nicht. Aber es ist ja auch was anderes, weil bei den schwer kranken Menschen, weil denen macht das vielleicht auch, die mögen das vielleicht auch, wenn sie dann spüren, es ist noch jemand da. Er ist ruhig, aber es ist jemand da. Ob die dann die Einsamkeit so

lieben, ja gut. Zurückziehen möchte sich eigentlich auch niemand so direkt. Ich habe immer das Gefühl, dass sie eher das mögen, Die Gemeinschaft halt, Miteinander reden, auch die Angehörigen.

Die Grenzen der „Privatsphäre“ in einer Oase zeigen sich allerdings darin, dass die Pflegekräfte Oasen, in denen Männer und Frauen gemeinsam leben, aus folgendem Grund ausschließen bzw. an bestimmte Bedingungen knüpfen, die eben mehr räumliche Distanz erfordern würden:

X: Es ist im Moment so, dass die Angehörigen, die hier bei uns ihren Vater, also die männlichen Personen haben, oder eine Tochter von einem Herrn L. hier, ja, wie soll ich das beschreiben. Ich sage neidisch, (*lacht*) sondern sie ist jemand, der sich äußert, „ja was ist wenn mein Papa nicht mehr kann“. Also sie-, das Bedürfnis für die Männer-, in der Oase ist da. Das merkt man ganz arg, dass sie auch zu diesem Thema auch in der Männerwelt sehr empfindlich sind. Ich habe mich selbst mit dieser Idee beschäftigt. Männer und Frauen, weiß ich nicht. Es müsste, ich glaube fast, es könnte gehen, wenn der Raum, also vom baulichen her etwas anders wäre. Wenn man diese Männerwelt so irgendwie, das muss so ein (I: Extra) L-Buchstabe geben. Ich weiß nicht, ob Sie mich verstehen. (I. Ja, ja und dann in der Mitte praktisch.) dass sie sich in der Mitte, dass sie sich treffen dürfen und miteinander leben dürfen, aber, dass diese Intimität halt Männer und Frauen (bleibt). Jetzt kommt es wieder von der, ja das ist, die Wahrnehmung, dass sie doch ein bisschen getrennt sein können. Obwohl, obwohl dieses-, Männer, Mann, Frau und Intimität, muss ich sagen, spielt in dieser Welt eine geringere Rolle. Es ist sehr wenig, ja, darüber könnte man viel diskutieren.

## Ermöglichung eines menschenwürdigen Lebens

Im Konzept der Oase wird die Ermöglichung eines menschenwürdigen Lebens als Aufgabe formuliert: „Unsere Aufgabe ist es, den Bewohnerinnen hier in der Oase ein menschenwürdiges **Leben** zu ermöglichen, bis hin zum Tod“. Der sehr allgemeine Begriff der „Würde“ wird allerdings kaum von den Pflegekräften selbst eingebracht oder nur auf explizite Nachfrage konkretisiert. In einem Interview bringt eine Fachkraft den Begriff der Würde zwar als Ziel ein, spricht allerdings nicht vom Ziel des menschenwürdigen Lebens sondern von einer „menschenwürdigen **Pflege**“, in der insbesondere eine ganzheitliche Orientierung an den Bewohnerinnen, an ihren speziellen Bedürfnissen, entsprechend ihrem Krankheitsbild, in den Mittelpunkt gestellt werden:

X: [...] ich wünsche mir einfach, dass diese Oase das Ziel hat, dass die Menschen menschenwürdig gepflegt werden. Menschenwürdig. Dass sie entsprechend ihrem Krankheitsbild, jetzt bei den dementen Bewohnern, kann man nicht einen dementen wie einen normalen Mensch wahrnehmen, betreuen, pflegen. Dass sie einfach entsprechend ihrem Krankheitsbild, ihrer Fähigkeiten, ihrer Wünsche, Bedürfnisse - es ist schwer in der dementen Welt darüber zu sprechen - dass sie so wahrgenommen werden und gepflegt werden, ja? Dass sie auch in ihrer Demenz als gleichwertige, gleiche Menschen, wie alle anderen Menschen geschätzt werden. Dass sie sich geborgen fühlen können und dass sie ein solches familiäres Leben, das sie mal gehabt haben, auch weiter haben können. Und ich wünsche mir, dass auch andere Bewohner, die nicht in der Oase leben, mal die Möglichkeit haben, so gepflegt zu werden, ja? Weil die Pflege, das heißt nicht, Pflege, manche verstehen darunter: waschen. Es ist nicht nur Körperpflege, sondern es ist eine Seelenpflege, eine Geistespflege, eine Menschenpflege. [...] Mit Würde gepflegt werden.

In dieser Antwort taucht ein Aspekt von Würde als Haltung auf, der auch in einer weiteren Antwort im Mittelpunkt steht: Die Bewohnerinnen als gleichwertige Menschen zu schätzen, sie als Menschen mit ihrem so weit als möglich rekonstruierbaren Willen, mit ihrer Biografie zu achten:

Z: Die Würde des Menschen ist unantastbar. Respekt (I: Respekt, mhm.), Respekt - das Wissen, wie gesagt über die Biografie, diese Biografie wahrnehmen, diesen Menschen gesamt wahrnehmen, mit all seinen Problemen und auch mit seinen Defiziten, ohne ihn zu bewerten. Ihn einfach so stehen lassen, wie er ist. Ihn so respektieren, wie er ist. Und auf das eingehen, wo ich denke, dass er nicht will, das zu vermeiden. Und wo ich ihm entgegenkommen kann, dass ich ihm da entgegenkomme.

In zwei weiteren Antworten auf die Frage, was für die Pflegekräfte mit dem Begriff menschenwürdiges Leben für die Bewohnerinnen der Oase verbunden ist, werden „nicht allein sein“ und die Möglichkeit selbst „entscheiden“ zu können, als wesentliche Aspekte ergänzt:

V: Ich glaube, ich habe es Ihnen schon gesagt, es ist wichtig, nicht alleine zu sein.

X: [Kontext waren Beschreibungen von Lebensqualität]: Und dem Bewohner auch ein Stück, teilweise seine Würde, Würde wieder zu geben, so diese Selbstentscheidung, diese Möglichkeit zu geben: wenn ich schlafen möchte, dann schlafe ich eben. Das ist in Ordnung.

Im Konzept der Oase wird der Begriff des menschenwürdigen Lebens auch in Zusammenhang mit dem **Sterben** gestellt: menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, bis hin zum Tod. Das Thema des Sterbens wird in den Interviews allerdings als ambivalentes Thema deutlich. In den folgenden Zitaten wird nachvollziehbar, dass sich das Team über die Bedeutung des Sterbens, auch mit den Angehörigen, verständigt hat. In verschiedenen Interviews zeigt sich allerdings dennoch, dass das Thema des Sterbens von Oase-Bewohnerinnen mit viel Unsicherheit und Angst verbunden ist (vgl. dazu das nächste Kapitel).

X: Also es besteht eine ganz feste Bindung zu diesen Bewohnern in der Oase. Ich habe vor der Bindung Angst muss ich sagen. (I: Sie haben vor dem Sterben Angst.) Richtig, richtig. Wir haben darüber, wir haben dieses Thema gehabt in unserer Teambesprechung. Wir haben darüber gesprochen: „Leute was (ist), wenn jemand stirbt in der Oase“? Das wird für uns eine ganz neue Erfahrung. Es wird genauso, wie die Oase selbst eine ganz neue, ein ganz schöne, würde ich sagen, Erfahrung, ja? Jemand begleiten zu dürfen auf seinem Weg, ohne ihn wieder zu isolieren, dass er alleine stirbt. Er darf da sterben, wo er ist und er darf wieder-, nicht alleine sterben. Das heißt es ist wieder jemand da, auch wenn der Mensch am Sterben ist. Und ich habe mal gelesen, dass halt die Bewohner auch, wenn jemand am Sterben ist, dass sie das auch fühlen, dass sie das auch ahnen, dass sie das intuitiv irgendwie halt in sich haben. Und ich möchte das nicht als Angst bezeichnen. Angst vor dem Tod, gar nicht, sondern [...] demjenigen, der auf dem Weg ist, sich zu verabschieden ... auch stückweise helfen können. Und auch sich selbst helfen können. Das das schön ist. [...] Es ist was ganz Normales und die Leute verabschieden sich ganz in Ruhe und ganz leise. Und man sieht nichts und man merkt nichts und das ist für denjenigen schön, der geht, der (wird) in der letzten Sekunde menschenwürdig, als Mensch, auch im Sterben als Mensch betrachtet. Und wenn er plötzlich in einem Raum zum Sterben (liegt), das finde ich irgendwie-, heute gibt es die moderne Welt und alles ist so schnell geworden und angeboren, aber ich denke, dieser Tod gehört zum Leben. Das ist einfach so.

An anderer Stelle im Interview antwortet die Fachkraft auf die Frage, ob sich manche Angehörige nicht wünschen würden, in der Sterbesituation mit ihren pflegebedürftigen Müttern bzw. Partnerinnen alleine zu sein, wie folgt:

X: Also was ich, wir haben sogar mit den Angehörigen darüber geredet. Ich hatte gesagt, beim Einzug von Bewohnern haben wir mit den Angehörigen gesprochen und wir haben über eine lange Zeit (hinweg) gesucht, eigentlich, wer in die Oase einzieht. Und also gesagt, dass die Bewohner passen müssen, die Angehörigen müssen passen. Es muss tatsächlich eine Familie geben. ... Und die Familie, die ist bereit auch alles zu teilen, auch wenn jemand am Sterben ist. Das heißt, wenn bei uns ein Angehöriger in die Oase kommt, von Frau A die Tochter, wenn sie kommt, dann schaut sie auch, dass sie der Frau U Essen gibt, und das sie einfach, wir sind so wie zu Hause im Wohnzimmer und in der Wohnung und wie immer. Und wenn es jemandem schlecht geht, ist (er) trotzdem da. Und wenn er auch da stirbt, da darf er sterben. Die Familie ist auch da.

I: Und die Angehörigen tragen das mit?

X: Und die Angehörigen, die tragen das mit. Und sie sind bereit, das mitzutragen. Sie sind diejenigen, die sagen, „Schwester X, das finden wir ganz toll, dass die Mutter hier in dem Bett sterben darf“. Und alle haben das, niemand hat bis jetzt gesagt, „au, meine Mutter nicht“ oder so.

#### 4.4 Zusammenfassende Bewertungen der Pflegeoase aus Sicht der Pflegekräfte

Im Eingangskapitel (Kap. 4.1) wurden bereits die positiven Konnotationen der Oase in den Beschreibungen der Pflegekräfte deutlich. Dennoch werden in den Interviews auch explizit Bewertungen der Oase thematisiert, die wir abschließend darstellen möchten. In diesen Bewertungen werden zwei Einschätzungen in den Vordergrund gestellt: zum einen haben sich die **Erwartungen** an diese Wohnform für die Pflegekräfte mehr als erfüllt, zum anderen handelt es sich bei der Arbeit in der Oase um „schwere“ Arbeit, die spezifische **Belastungen** mit sich bringt. Beide Aspekte, „Positives“ und „Ambivalentes“, werden in zwei Abschnitten beleuchtet und in folgendem Zitat zusammenfassend deutlich:

X: Zum Schluss möchte ich noch sagen, meine Meinung ist, dass die Oase für die Bewohner was ganz Tolles ist, die Pflegeoase. Es ist kein Vierbettzimmer in keinem Sinne. Es ist ein Lebensraum, es ist was sehr Schönes, was man so bieten kann. Jeder soll sich selbst fragen, will er alleine leben, das ganze Leben, will er alleine sterben. Ohne diese Sicherheit und Geborgenheit zu sein. Ist dieser Einzelraum, dieses Einzelzimmerbett, ist es die Sicherheit und Geborgenheit? Das denke ich soll sich jeder so ein bisschen (selbst) fragen. Wünscht sich jeder so was, ja? Ich würde ganz vielen Menschen wünschen, dass sie die Möglichkeit haben zu wählen. Ja, dass diese Möglichkeit besteht und dass es gewährt werden kann und ... dass unsere Bewohner, auch die, die warten - es gibt hier Bewohner, die am warten sind - dass sie (das) auch erleben dürfen, noch mal in die Oase zu kommen. Dass es nicht so lange dauert (*lacht*). Und für die Mitarbeiter auch, ich würde mir wünschen, also ich wünsche mir, dass in der Oase tatsächlich Mitarbeiter arbeiten, die sich das wünschen, die das auch verstehen können, ja? Die dann auch mit der Oase wachsen können, sich entwickeln können. Weil man unwahrscheinlich viele Ideen, man kann unwahrscheinlich kreativ sein, wenn man es so wahrnimmt und so diese Möglichkeit nutzt. (Das) würde ich mir wünschen. Und es ist alles schön, aber für die Mitarbeiter, ist diese Arbeit in der Oase anstrengend, ist schwer. Es ist für den Körper sehr schwer. Und die Arbeit ist alleine, das ist schon belastend, ja.

## „Positives“ – Verbesserungen und Veränderungen

Die folgenden Zitate geben noch einmal einen abschließenden Überblick, dass und was sich für die Pflegekräfte durch die Oase verbessert und verändert hat. Thematisiert werden:

- die Oase als schöner Ort, in dem man sich wohlfühlen kann;
- die Arbeit in der Oase, die zufrieden bzw. zufriedener macht;
- die Pflege in der Oase, die man sich auch für sich selbst oder seine Angehörigen vorstellen könnte und wünschen würde und schließlich
- die Oase als Projekt, für das man „alles“ bzw. „das Bestmögliche“ gegeben hat.

V: Ich sage es offen und ehrlich. [...] ich konnte mir (das) nicht vorstellen und habe gedacht, „oh mein Gott, (es) kommt schon wieder so viel Arbeit“ und-, offen und ehrlich, so viel Arbeit und was weiß ich so. Aber so, wie schön es jetzt ist, das habe ich nicht erwartet. [...] Und irgendwie glaube ich, haben wir (es) erreicht, etwas Gutes erreicht, etwas Besseres. Wie ich (das) noch verbessern kann, kann ich mir nicht vorstellen, weil es ist irgendwie schon-, alles, was wir können haben wir gegeben. Vielleicht gibt es noch etwas. Das kann ich mir nicht vorstellen, so. Aber das ist gute Arbeit finde ich. Und Zufriedenheit und alles. Ich weiß nicht, was die Bewohner wirklich (dazu) sagen würden, aber ich glaube, (ist) schön.

D: Also ich finde, die Oase ist eine unendlich wunderschöne Lebensform, Menschen wirklich im letzten Abschnitt des Lebens (zu begleiten). Wir begleiten nur. Und geben das, was wir geben können. Das Bestmögliche von uns. Also das ist mein Resümee für diese Pflegeoase. Und ich bin leidenschaftlich dabei. Also das ist mmh, nicht ganz normal, aber ich finde es auch schön, wie die Kollegen sich auch engagieren. Wie sich die Angehörigen engagieren. [...] Ich bin froh, dass wir so weit sind und ich sage es Ihnen, wir haben manchmal Blut geschwitzt. Aber es ist, ja, es ist schön. Es ist echt schön. Also, jetzt warten wir noch auf unsere Geranien und dann wird es noch schöner. (I: Super) Ja. (*lacht*).

N: [...] viele Angehörigen ... fragen jetzt schon nach, habe ich mitbekommen, in der Oase, dass sie gerne ihre Mutter oder Vater auch in die Oase (bringen möchten). Ja. Wenn man sich das Bild vorstellt, das finde ich auch schon optimal, also wirklich. Ich habe ja auch Bezug dazu. Mein Vater hat auch Alzheimer und ich versorge ihn oder wir versorgen ihn zu Hause und so was wie eine Oase, so was könnte ich mir für ihn auch vorstellen, genauso. Das wäre auch, da könnte ich ihn auch weggeben, da könnten wir ihn auch weggeben. Wenn er in so was, wie die Oase kommt. Weil das finde ich optimal. Da ist einfach immer jemand da. Die sind nicht alleine, es ist immer jemand da. Und man merkt es auch an diesen Bewohnern.

V: Und irgendwie, das ist so wie eine Familie. Dieser Mensch, dieser alte Mensch bekommt auch viel Liebe von uns. Und ich finde das schön und ich versuche so mit diesem Bewohner umzugehen, so wie ich selbst irgendwann möchte, dass ich alles zurückbekomme.

X: Und es ist einfach so, man denkt, man überlegt, wie können wir es verbessern, wie können wir es besser machen, dass man auch zufriedener ist. Das ist so, dass das Gefühl, wenn man manchmal nach Hause geht, nicht so gut ist. Man hat doch nicht das erreicht, was man sich erwünscht hatte. Und das haben wir in dieser Oase, dieses Gefühl, wo die Mitarbeiter sagen, das Gefühl ist gut. Also das Gefühl ist gut, ich bin mit mir zufrieden. Ich bin mit mir zufrieden und ich bin mit dem zufrieden, was ich gemacht habe. Und ich bin müde. Für mich kann ich sagen, wenn ich, also was mich persönlich betrifft, wenn ich in der Oase arbeite, das erfüllt mich so mit Zufriedenheit, ja, es motiviert mich einfach und ich arbeite sehr gerne (da).



Das Projekt, die Veränderungen durch die Oase, hat auch die eigene **Fachlichkeit** der Pflegekräfte verändert. Bereits bei den Ausführungen zur „Sprache der Bewohnerinnen“ ist deutlich geworden, dass den Pflegekräfte eine differenzierte Wahrnehmung der Bewohnerinnen bewusster und auch selbstverständlicher geworden ist. In den folgenden zwei Zitaten wird diese Veränderung noch mal auf den Punkt gebracht:

V: Es kann sein, dass sie [Frau E] Angst gehabt hat, es kann sein nicht. Ich habe früher nicht darüber nachgedacht. Jetzt schaue ich, momentan schaue ich persönlich ganz anders auf die anderen Bewohner durch diese Oase. Früher habe ich nicht überlegt.

X: Und in der Anfangszeit der Oase, da sind ganz viele Fragezeichen offengestanden. So, wie gehen wir jetzt weiter? [...] Und auch mit den Angehörigen war alles neu und jeden Tag sind wir mit der Oase zusammengewachsen. Also wir sind immer-, wir haben gesagt, wir werden immer besser. Weil wir uns dann plötzlich viele Sache haben merken können und wir haben plötzlich festgestellt, ich sehe hier etwas, was ich sonst nicht sehen kann. Und ich sehe das, was ich (sonst) nicht sehe. Ich sehe, was jede Minute, was jede Stunde passiert. Und ich lerne plötzlich eine Bewohnerin das erste Mal so richtig kennen und weiß, was sie macht, auch von Stunde, zu Stunde. Und das war früher nicht möglich.

Im Hinblick auf die konkreten Fragen zu den Rahmenbedingungen der Oase dominiert Zufriedenheit. Die Anzahl von vier Bewohnerinnen ist für die Pflegekräfte ideal, Vorschläge zu Veränderungen der Rahmenbedingungen und der Organisationsstruktur werden nicht in die Interviews eingebracht, nur ein Wunsch scheint noch offen zu sein:

X: Eine größere Oase würde ich mir wünschen. Ich würde mir einfach noch mal andere Bewohner wünschen oder noch eine Oase. Das habe ich auch [dem Heimleiter] gesagt, wir können noch mal eine Oase haben. Weil ich finde einfach, man redet über diese Lebensqualität, dass diese Qualität, dass das Leben einfach in der Oase deutlich besser ist. Auch außerhalb der Oase würde ich mir das für die Bewohner wünschen.

## „Ambivalentes“ – Schwierigkeiten und Belastungen

Trotz dieser eindeutig positiven Einschätzungen thematisieren die Pflegekräfte auch **Schwierigkeiten**, die uns als Hinweise für konzeptionelle Weiterentwicklungen besonders aufschlussreich erscheinen:

- Die besondere **Belastung der Arbeit**, die die Pflegekräfte auf Verschiedenes zurückführen: das Krankheitsbild der Bewohnerinnen, die Tatsache, überwiegend alleine arbeiten zu müssen, die andere „Realität“ in der Oase, auch durch die höhere Emotionalität;
- Unsicherheiten, was die **Begleitung von sterbenden Bewohnerinnen** in der Oase angeht bzw. die Tatsache, dass die Hälfte der Pflegekräfte äußert, in einer solchen Situation nicht arbeiten zu wollen.

Z: Also ich gehe gerne in die Oase rein. Ich habe jetzt nächste Woche wieder Oase nach einiger Zeit mal. Ich muss aber eines dazu sagen: nach 3 Tagen ist gut. Nach 3 Tagen habe ich das Gefühl, ok, ich muss wieder raus, ich muss wieder in

eine andere Realität rein. Denn man geht emotional sehr stark mit. Man kann, also man ist sich wohl, also ich persönlich bin mir immer bewusst, dass ich mich auch abgrenzen möchte. Dass es sehr wichtig ist für mich, mich abzugrenzen, aber ich merke nach 3 Tagen, ich muss wieder in eine andere Realität rein.

S: Ich bin irgendwo so ein bisschen mütterlicher Typ, also ich mach das einfach gerne, Helfen und Beschützen. Das sieht man mir vielleicht nicht an, aber es ist wirklich so, dass ich da, ich gehe da auf, da drin, in der Aufgabe. Also das ist schon, obwohl wirklich: das ist schwer. Es ist eine schwere Arbeit.

V: ...Pflege an diesen Bewohnern, das sind schwere Bewohner, alle sind steif ...es ist wirklich schwere Pflege. Es ist sehr schwere Pflege. Ich kann meinen Arbeitskollegen anbieten, immer da zu helfen. Wir leisten da in der Oase wirklich schwere Arbeit.

D: [auf die Frage nach schwierigen Momenten] Schwierige Momente sind, wenn sie krank sind. Die schwerste Situation wird noch kommen, die Erfahrung haben wir noch nicht in der Oase, ... wenn jemand stirbt, wenn jemand geht. Und ich begrüße diese Oase, auch diese Sterbebegleitung. Wenn ich da bin. Ich habe Angst davor, kein Thema. Nicht Angst, sondern Erfurcht, ja Erfurcht, das ist das richtige Wort. Es hängt so viel Herz an diesen Menschen. Also ich weine auch bei jedem, der gegangen ist. Es sind mehr die Angehörigen, die kommen und sagen „danke Schwester“. Man nimmt sie halt in den Arm. [...] In der Oase wird das die Hölle sein. Und ich habe der Schwester X gesagt, „ich hoffe, ich bin nicht da, wenn jemand geht.“ Ich bin ehrlich genug, so etwas zu sagen. [...]

F: Wenn jemand stirbt? (I: Ja.) Ich möchte nicht arbeiten, wenn jemand stirbt.

I: Sie möchten nicht arbeiten wenn jemand stirbt?

F: Weil das ist für mich nicht so-, (atmet tief durch) ich weiß nicht, (das) ist nicht so angenehm. (Das) kann ich nicht. Das kann nicht jeder [...] oder dabei sein, wenn jemand stirbt, ich kann das nicht.

V: Ja ich glaube, wenn jemand weggehen muss, dann soll er in der Oase bleiben, bis zum Ende. Und wir müssen dabei sein bis zum Ende. Aber das ist, wird schwierig. Ich weiß es nicht. I: Da ist es Ihnen nicht wohl dabei, oder?

V: Ich würde dabei sein, aber ich könnte jetzt schon weinen (*lacht*) das ist schon schwierig. Ich habe richtig diese Nähe gewonnen zu den Bewohnern.

C: ... Wir lassen sie dort sterben. Und wir wollen auch dabei sein. ... und in der Sterbestunde begleiten. Das wollen wir schon. Da haben wir schon darüber gesprochen.

I: Und denken Sie, das ist für die anderen Bewohnerinnen-, denken Sie das ist schwierig?

C: Mm, es wird nicht schwierig sein, weil die Bewohnerinnen, (die) dann da drin sind, die merken es ... nicht. Nur für uns (wird es) vielleicht schwierig sein, weil wir immer da drin sind und ... dann vermissen wir (sie) vielleicht, so.

Im Hinblick auf diese Punkte scheinen uns also konzeptionelle Überlegungen zur Gestaltung der Palliativphase ebenso hilfreich zu sein, wie zu Möglichkeiten der Entlastungen für die Mitarbeiterinnen.

## 5. Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Konzeptes

### 5.1 Bündelung zentraler Ergebnisse

Ausgangspunkt der Evaluation war die Frage: Werden die im Konzept für die Pflegeoase des Altenzentrums St. Franziskus in Mühlacker formulierten Ziele aus der Perspektive der dort pflegenden Mitarbeiterinnen realisiert? Und wenn ja, inwiefern? Wir wollen unsere Antworten auf diese Frage nochmals knapp zusammenfassen:

- Das Team bzw. jede der befragten Pflegekräfte, ist von der **Realisierung der im Konzept benannten Ziele** der Oase überzeugt, denn sie sehen in der Gesamtsituation der Bewohnerinnen eine Verbesserung zur Situation vorher und machen tagtäglich die Erfahrung, dass sich die Bewohnerinnen in der Oase wohl fühlen. Darin sehen sie eine Verbesserung der Lebensqualität realisiert.
- Der Begriff der **Lebensqualität fungiert als Überbegriff** für die Realisierung einer bestmöglichen Versorgung, für mehr Bedürfnisorientierung in der Pflege, für Vermittlung von Geborgenheit, Verhinderung von Isolation etc.<sup>6</sup>
- **Begründungen** für das, was die Bewohnerinnen brauchen, was Lebensqualität ausmacht, sind überwiegend erfahrungsbasiert, werden als prinzipiell verallgemeinerbar vorausgesetzt oder von eigenen Wertmaßstäben der Pflegekräfte her begründet. Hier wären Verknüpfungen zu pflegewissenschaftlichen Überlegungen hilfreich, insbesondere um ein einheitliches Verständnis in der Pflege herstellen zu können.
- **Indikatoren** dafür, wann die jeweiligen (Teil-) Ziele erreicht sind, werden im Konzept nicht erläutert, so dass die Pflegekräfte hier sehr stark auf ihre eigenen Einschätzungen zurückgreifen müssen. Hier wären konzeptionelle Ausdifferenzierungen hilfreich, weil sie eine gemeinsame Bewertungsgrundlage erst ermöglichen.

Die folgenden Ausführungen (Kap. 5.2 und 5.3) können als Beitrag gelesen werden, die pflegefachliche Diskussion in diesem Sinne anzuregen.

Wie in den forschungsmethodischen Überlegungen zur Responsivität angestrebt, haben wir in der Evaluation berücksichtigt, ob in den Interviews mit den Pflegekräften „Spannungsthemen“ bzw. „Spannungsfelder“ rekonstruierbar werden. „Spannungsfelder“ markieren Themen, die zwischen zwei Polen entfaltet werden können und von der Pflegekraft verlangen, ihre Position in diesem Spannungsfeld zu bestimmen. Für eine Weiterentwicklung des Konzeptes scheint uns hilfreich zu sein im Team zu klären, ob es bezogen auf die folgenden Themen gemeinsame Positionen in diesen Spannungsfeldern gibt bzw. geben sollte. Die folgenden, u. E. zentralen Spannungsfelder beziehen sich entweder stärker auf Fragen des Konzeptes oder auf Fragen des konkreten Handelns:

---

<sup>6</sup> Selbst bei Frau O, deren gesundheitlicher Zustand sich seit dem Umzug in die Oase verschlechtert hat, sieht der sie betreuende Mann eine Verbesserung der Versorgungssituation.

#### Spannungsfelder auf der Ebene des **Konzeptes** der Oase:

- Das Spannungsfeld zwischen „**Gegebenem**“ (Arche) und „**Neuem**“ (Oase), zwischen bisherigen und neuen Ansprüchen an Pflege- und Versorgung: Es gilt zu klären, was ist für wen (welche Bewohner) auf der Arche gut (bzw. besser), an was wollen wir festhalten, was gilt es für wen zu verbessern (z. B. durch einen Umzug in die Oase)?
- Das Spannungsfeld zwischen **Wohn- und Pflegekonzept**, das heißt, es gilt zu reflektieren, welche Anforderungen an ein Wohn- und welche Anforderungen an ein Pflegekonzept gestellt werden und welche Ausrichtung bei der Pflegeoase im Vordergrund steht.
- Das Spannungsverhältnis zwischen „guter **Versorgung**“ der Oase-Bewohnerinnen und einer „guten **Sorge**“ für die Oase-Mitarbeiterinnen: Hier gilt es zu klären, ob die Mitarbeiterinnen eine gute Balance zwischen Zufriedenheit und Belastung gefunden haben, die die Arbeit in der Oase über einen längeren Zeitraum sichern kann (bzw. ob hier Angebote der Entlastung, der Distanzierung hilfreich wären).

#### Spannungsfelder auf der Ebene des **konkreten Handelns** der Pflegekräfte:

- Das Spannungsverhältnis zwischen (mütterlicher) **Nähe** und (professioneller) **Distanz**, zwischen den Anforderungen an ein häusliches/familiäres Milieu und an ein pflegeintegrierendes Milieu: Hier gilt zu klären, welche Qualität der Beziehungen in der Oase angestrebt werden sollte, welche Grenzziehungen zum Schutz aller Beteiligten hilfreich sein könnten.
- Das Spannungsverhältnis zwischen „**hermeneutischem Fallverstehen**“ und „**theoriegeleitetem Handeln**“. Hierbei gilt es zu klären, was eine „gute Balance“ darstellt zwischen:
  - Individuellem Erfahrungswissen & pflegfachlich fundiertem Wissen;
  - situativem, intuitivem, gefühlsgelitetem Pflegehandeln & professionellem Pflegehandeln;
  - persönlicher/individueller Perspektive/Argumentation/Bewertung & professioneller Perspektive/Argumentation/Bewertung;
  - individuellen Präferenzen & pflegfachlichen Anforderungen;
  - zwischen Bedürfnis- & Bedarfsorientierung.
- Und schließlich das Spannungsverhältnis zwischen dem Wunsch, Zustands-**Verbesserungen** für die Bewohnerinnen zu erzielen und der Anforderung, sie in ihrer letzten Lebensphase und ihrem **Sterben** zu begleiten, also auch zwischen den konzeptionellen (zum Teil auch impliziten) Zielen der Situationsverbesserung und den individuellen Gesundheitszuständen der Bewohnerinnen.

Vor dem Hintergrund dieser Reflexion können neben den pflegeberuflichen Aspekten zugleich potenzielle Belastungsfaktoren in den Blick rücken: Belastungsfaktoren die zum einen aus einer noch ausstehenden pflegfachlichen Orientierung und möglicherweise fehlenden Standardisierung (im Sinne von Praxisstandards) herrühren können, zum anderen aus einem (zu) hohen Maß an persönlicher Identifikation mit der

Situation der Bewohnerinnen und den konzeptionellen Anforderungen. Das Ziel der folgenden Ausführungen ist, eine unterstützende theoretische Untermauerung zur inhaltlichen Präzisierung und pflegfachlichen Fundierung des Konzeptes, also ergänzende Reflexions- und Orientierungshilfe für den Pflegealltag in der Pflegeoase aufzuzeigen.

## **5.2 Empfehlungen zur inhaltlichen Präzisierung und pflegprofessionellen Fundierung des Konzeptes**

Mit Blick auf pflegewissenschaftliche Fundierung haben wir die drei Begrifflichkeiten „Lebensqualität“, „Würde“ und „Privatheit“ bewusst gewählt: diese erscheinen im Kontext des gegenwärtigen Konzepts bedeutsam, im Rahmen der Interviews war für die Mitarbeiterinnen die definitorische Klarheit nicht immer präsent und zugleich handelt es sich um drei Gesichtspunkte, die in den Diskussionen um die Pflegeoasen immer wieder aufgegriffen werden. Das heißt, sie repräsentieren ein hohes Maß an Brisanz und indizieren entsprechende Sensibilität und Professionalität in der alltagsbezogenen Integration und konzeptionellen Verankerung. Ein weiteres Thema, das im Rahmen der Interviews einen besonderen und sensiblen Stellenwert einnahm, war die Begleitung der Bewohnerinnen der Oase im Sterben und die Auseinandersetzung mit ihrer Endlichkeit. Vor diesem Hintergrund wird dieses Thema hier ebenfalls aufgegriffen. In einem ersten Schritt der Darstellung erfolgt der zusammenfassende Bezug zu den Interviews, diese repräsentieren die aktuelle Perspektive und das gegenwärtige Verständnis der Pflegenden sowie der konkrete Bezug zu den Begrifflichkeiten im Konzept. Im zweiten Schritt erfolgt eine theoretische Fundierung der Begriffe, um dann zu einem dritten Schritt überzuleiten: den Empfehlungen für die pflegfachlichen Konsequenzen und die inhaltliche Konkretion bzw. Ergänzung des Konzeptes für die Pflegeoase.

### **Lebensqualität**

Unter dem Punkt „Zielsetzung“ im Konzept geht es unter anderem darum, „die Lebensqualität dieser Menschen zu verbessern“ (Seite 1). Folgende Kriterien für die Lebensqualität der Bewohnerinnen in der Pflegeoase werden von den Mitarbeiterinnen in den Interviews ausgeführt: die Bewohnerinnen sind nicht isoliert, können an der Gemeinschaft teilnehmen, es ist immer jemand da, die Pflege und Versorgung orientiert sich am Rhythmus der Bewohnerinnen, Zunahme an Körpergewicht, sehr gute Pflege und Versorgung, weniger Lärm und Hektik, das Leben gleicht dem in einer Familie. Die Pflegenden berufen sich hierbei auf ihre persönliche Wahrnehmung, auf ihr Gefühl, auf ihr Erfahrungswissen bezogen auf die Zielgruppe wie auch auf die Aussagen der Angehörigen (die in die Oase öfter und gern zu Besuch kommen) und verbinden Lebensqualität mit Versorgungsqualität. Interessant ist, dass sich auch in der Forschung Parallelen zu diesen Aussagen finden lassen:

Cohn und Suger (1991) befragten 75 Bewohnerinnen und 40 Familienangehörige sowie 78 Beschäftigte aus fünf Heimen in halbstandardisierten Interviews danach, was für sie Lebensqualität in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe ausmacht. Hierbei erfassten die Autoren sechs Kategorien: Qualität der Pflege und Betreuung, die physische Umgebung, die sozialen Beziehungen, die wahrgenommene Verhaltenskompetenz, Autonomie und allgemeine Lebenszufriedenheit (Cohn, Sugar 1991 in Wahl, Schneekloth 2009, 32).

Kane und Kane (2003 und 2005) führten in ihren Studien folgende Dimensionen aus: körperliches Wohlbefinden, Sicherheit, Unterstützung bei Einschränkungen, Essen und Trinken, Anregung und sinnvolle Beschäftigung, soziale Kontakte und Beziehungen, Würde, Privatheit, Religiosität und Sinnggebung, Selbstbestimmung (Kane, Kane 2003, 2005 in Wahl, Schneekloth 2009, 33). Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass die Befragungen sich nicht an eine spezifische Gruppe von Bewohnerinnen und Bewohnern richten.

Doch trotz einiger empirischer Untersuchungen ist anzumerken, dass der vielfach strapazierte Begriff der Lebensqualität auch in der *Fachdiskussion* relativ unbestimmt bleibt (vgl. Riedel 2007, 459-465; vgl. Peintinger 2008, 147-148). Folgende begriffliche Klärungen bestimmen die Diskussion: der Begriff der Lebensqualität ist komplex und multidimensional (vgl. Holzhausen, 2009, 21, 29). Lebensqualität ist stets im Kontext des subjektiven Erlebens und der Bewertung des Individuums zu definieren. Lebensqualität ist ein individuelles Konstrukt. Es handelt sich hierbei um einen multiplen und hochindividuellen Aspekt. Lebensqualität kann so verstanden, letztlich nicht von anderen erlebt, beschrieben und bewertet werden. Lebensqualität ist in erster Linie **erfahrene, subjektive Lebensqualität**. Das heißt, es wird der Auftrag formuliert zu erfassen, was für die gepflegte und begleitete Bewohnerin mit Demenz individuell und aktuell Lebensqualität bedeutet bzw. bedeuten kann. Es geht um die Werteanamnese, die jeweils den individuumsbezogenen körperlichen, spirituellen, seelischen, sozialen und kulturellen Bereich erfasst.

Das vorliegende *Konzept* der Pflegeoase beansprucht die Verbesserung der Lebensqualität und erhebt somit die Lebensqualität zur Bewertungsgröße. Das heißt, es ist unerlässlich Lebensqualität für jede Bewohnerin verbindlich zu konkretisieren bzw. zu kontextualisieren. Denn: Lebensqualität ist nicht gleichzusetzen mit der Qualität der Pflege und Betreuung. Bezogen auf die Bewohnerinnen der Pflegeoase stellt die Erfassung der subjektiven Lebensqualität eine besondere Herausforderung dar, da eine differenzierte Interaktion und ein zielorientierter Aushandlungsprozess dahingehend verbal oftmals nicht möglich ist. Die Lebensqualität der Bewohnerinnen in der Pflegeoase hängt somit von der Beobachtungs- und Analysekompetenz der Mitarbeiterinnen ab. Es gilt nonverbale Signale zu erkennen, Empfindungen wahrzunehmen, Verhaltensbeobachtungen vorzunehmen und diese kontextbezogen zu analysieren. Für die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase werden in unterschiedlichen Situationen und (Pflege-)Kontexten Gefühlsäußerungen und individuelle Affekte/Reaktionen explizierbar. Diese häufiger auftretenden Korrelationen können zu individuellen Kriterien der Lebensqualität werden, werden diese konsequent und kontextbezogen aufmerksam wahrgenommen und nachvollziehbar und möglichst

differenziert dokumentiert. Dies könnte ein erster Schritt dahingehend sein, eine (Fremd-)Bewertung von Lebensqualität zu ermöglichen, die sich konsequent auf das subjektive Erleben des Gegenübers stützt, dies im Bewusstsein aller damit verbundenen (ethischen) Grenzen einer Fremdeinschätzung. Folgende Frage steht diesbezüglich im Vordergrund: Wie erleben die Bewohnerinnen der Pflegeoase verschiedene Pflegeinterventionen, Formen der Kontakt- und Beziehungsarbeit (positive und negative Affekte)? Im Rahmen der Interviews wurde explizit, dass die Mitarbeiterinnen auf der Pflegeoase veränderte/s verbale/s und nonverbale/s Ausdrucksformen/-verhalten sehr bewusst und differenziert darstellen und die entsprechenden Emotionen in Worte fassen können. In diesen Äußerungen wird das subjektive Erleben der Bewohnerinnen in den Vordergrund gerückt. An dieser Stelle kommen die Mitarbeiterinnen der Erfassung von Lebensqualität bereits sehr nahe. Diese erfolgt allerdings bislang noch weitgehend unstrukturiert.

Eine Orientierung zur Strukturierung der eigenen Beobachtungen gibt bspw. das Projekt bzw. die Faktorenanalyse im Projekt H.I.L.D.E. (Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe). Es erbrachte fünf zentrale Dimensionen, die für die Güte der Lebensqualität von Menschen mit Demenz bedeutsam sind: das Erleben bzw. Ausleben von Kommunikation (hierunter fällt zum Beispiel inwieweit auf Botschaften reagiert wird, die Suche nach Kontakt erkannt wird), von negativen Affekten (Wut, Angst, Furcht; als Ausdruck emotionaler Befindlichkeit), von Körperkontakt, Aggression (abwehrende Gesten) und Mobilität (vgl. Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, Sektion Gerontopsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg 2006, 18). Für eine differenzierte Erfassung des Ausdrucksverhaltens unterscheidet das Institut die Kategorien Mimik (Lächeln, strahlender Blick, entspannter Gesichtsausdruck, Augenkontakt etc.), Körperhaltung (berühren/streicheln, abwehrende Gesten, Unruhe etc.) und Lautäußerung (singen, laut/hörbar Lachen, fluchen, schimpfen, rufen etc., ebd., 132-133). Das strukturierte und kriterienorientierte Erfassen des Ausdruckverhaltens, verbaler/nonverbaler Reaktionen, deren bewusste objektive Dokumentation kann ein zentraler Schritt zu Erfassung der subjektiven Lebensqualität der Bewohnerinnen in der Pflegeoase darstellen. Diesbezüglich empfiehlt es sich, ein entsprechendes Instrument für die Pflegeoase zu entwickeln, das inhaltlich in der Konzeption theoretisch eingebettet wird.

**Zusammenfassend:** Es gilt also zunächst zu explizieren und zu definieren, welches die Kriterien und Kategorien sind, die die Lebensqualität in der Pflegeoase im Pflegezentrum St. Franziskus repräsentieren, um die Lebensqualität der Bewohnerinnen dort erfassen und die Pflege im Sinne der Erhaltung der Lebensqualität ausrichten zu können. Diese Erkenntnisse können in einem zweiten Schritt zugleich im Rahmen der Planung und Evaluation der Pflegeinterventionen unterstützend wirken. Diese strukturierte und an definierten Kriterien orientierte Beurteilung ermöglicht parallel dazu, zu reflektieren: Wie kann man die Pflegeinterventionen sowie die Kontakt- und Beziehungsarbeit individuell abstimmen und am Gegenüber orientiert ausrichten. Müller-Hergel spricht in diesem Kontext von

einer „subjektiven Wende“ in der Pflege von Menschen mit Demenz (Müller-Hergel 2005, 115). Es geht also nicht mehr alleine darum, die Abwesenheit von gesundheitsbeeinträchtigenden Aspekten zu erfassen, verbesserte Rahmenbedingungen zu benennen oder situative Entwicklungen und Veränderungen zu beschreiben, sondern darum, Kriterien für die subjektiv erlebte Lebensqualität der Bewohnerinnen zu identifizieren und in der Konsequenz die Umweltbedingungen möglichst optimal an die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen anzupassen. Es geht demzufolge nicht vornehmlich um die Qualität der Bedingungen (diese findet sich zum Beispiel unter den Aspekten der Sicherheit und Privatheit) und die Quantität der positiven Veränderungen, sondern um die Qualität des Erlebens seitens der Bewohnerinnen.

An dieser Stelle wird ergänzend der Bogen zu dem im Folgenden aufzugreifenden Aspekt der „Würde“ gespannt, denn – zwischen Lebensqualität und menschlicher Würde besteht inhaltlich ein enger Zusammenhang: Die Dimensionen der Lebensqualität mit all ihren Voraussetzungen ermöglicht erst ein menschenwürdiges Leben (vgl. Rügger 2007). Wie auch die Menschenwürde, gerade bei der vulnerablen Gruppe der Bewohnerinnen mit Demenz besonders gefährdet ist, so stellt auch der Verlust von Lebensqualität gerade bei dieser Gruppe ein sensibles und (pflege-)ethisch brisantes Thema dar. Somit ist es folgerichtig, beide Themen bei einer konzeptionellen Neuausrichtung in Verbindung zu bringen, zu thematisieren, zu konkretisieren und konzeptionell zu verorten. Während der Begriff der Lebensqualität allerdings die Rekonstruktion individueller und subjektiver Werte nahe liegt, fordert der Begriff der Würde, als ethischer Grundbegriff dazu auf, Wertfragen, ganz unabhängig von einem subjektiven, individuellen Verständnis von Lebensqualität zu klären.

## **Würde**

Im Konzept zur Pflegeoase ist zu lesen: „Unsere Aufgabe ist es, den Bewohnerinnen hier in der Pflegeoase ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, bis zum Tod“ (Seite 2). Auch in den Interviews wird der Begriff der „Würde“ verwendet, vornehmlich bezogen auf eine „würdevolle Pflege“. Menschenwürdige Pflege heißt für die Mitarbeiterinnen die Fähigkeiten, Wünsche und Bedürfnisse wie auch die Erkenntnisse aus der Biografie der Bewohnerinnen zu berücksichtigen und die Menschen mit Demenz als „gleichwertig“ zu schätzen. Die Mitarbeiterinnen haben in den Interviews ansatzweise das geleistet, was in der Konzeption bislang fehlt: den Begriff von seiner hohen Abstraktion zu lösen und in den Kontext des Pflegealltags zu integrieren.

Für das Konzept ist eine definitorische Abgrenzung vor dem Hintergrund unerlässlich, dass sowohl in der Gesellschaft insgesamt wie auch in der *Literatur* der Würdebegriff vielfach unreflektiert, schlagwortartig und zugleich inflationär verwendet wird. Zudem indiziert das Bemühen um eine Annäherung und zunehmende Klarheit hinsichtlich des Begriffs der Würde angesichts der Zielgruppe der Menschen mit Demenz, der erweiterten und differenzierten Reflexion. Es geht um die Reflexion eines ethischen Grundbegriffs, der in enger Verbindung mit den Begriffen der Person, der Autonomie



und der Fürsorge zu betrachten ist. Menschenwürde gilt hierbei als höchster ethischer Wert, ist zugleich grundlegend für jede (pflege-)ethische Reflexion. Folgende Aspekte sind unseres Erachtens bedeutsam:

- Die Achtung der Würde ist immer dann in Gefahr, wenn das Gegenüber als bloßes Objekt der Willkür oder als bloße Sache betrachtet wird (vgl. Rehbock 2005, 303, 324).
- Bezogen auf die Zielgruppe der Bewohnerinnen und Bewohner in der Pflegeoase gilt es sich immer wieder zu verinnerlichen, dass die Abwesenheit von Bewusstsein – auch im Sinne eines bewussten Daseins – nicht mit der Abwesenheit der Person gleich zu setzen ist. Der Personstatus geht auch dann nicht verloren, wenn Gehirnfunktionen und kognitive Funktionen immer mehr abbauen. „Eine Ethik der Demenz, die demente Menschen vor der Erosion in die Aberkennung des Personstatus bewahrt, kann vernünftig nur an der Grundlage ansetzen, dass allen Menschen die Gesamtheit ihres Lebens über die gleiche Würde zukommt“ (Wetzstein 2005, 182).
- Da Würde als Wert „weder erworben ist noch verspielt werden kann, nennt man ihn die Menschenwürde, angeboren, unveräußerlich und unantastbar“ (Höffe 2009, 85), „unverlierbar“ (Rüegger 2007, 137). Sie ist vor diesem Hintergrund unbedingt zu achten. Würde gründet nicht auf besondere Leistungen oder Eigenschaften wie Vernunft oder Autonomie, so dass sie uneingeschränkt auch den Menschen mit Demenz zuzuordnen ist, einer Personengruppe deren Würde am verletzbarsten ist (vgl. Rehbock 2005, 299, 324).
- (Menschen-)Würde ist somit als vorhanden anzuerkennen, ihre Bedeutung muss im Pflegealltag der Oase konkretisiert werden. Bezogen auf die pflegerischen Verhaltensweisen gilt es dabei auch den Aspekt der „paternalistischen Fürsorge“ zu betrachten. Denn wer, „wenngleich in bester Fürsorgeabsicht, alles tut, um einem Menschen zu helfen, kann ihn doch sehr leicht unfrei und abhängig machen, und, auch auf sehr subtile Weise, seine Autonomie und Fürsorge verletzen“ (Rehbock 2005, 118). Die potenzielle Verletzlichkeit der Würde ist gerade bei schwerst pflegebedürftigen Menschen, wie den Bewohnerinnen der Pflegeoase, immer wieder in Betracht zu ziehen. Dies auch in Pflegesituationen und Pflegekonstellationen die eine altruistische Selbstaufopferung provozieren können. Auch in Situationen der Ungleichheit und Asymmetrie wird die Würde verletzbar (vgl. Rüegger 2007, 143). Da jedoch gerade die Menschen mit Demenz auf unsere Fürsorge angewiesen sind, impliziert Rehbock (2005) folgend die „unbedingte Achtung der Würde ... sowohl die Achtung der Autonomie als auch der Fürsorge“ (Rehbock 2005, 326).

Deutlich wird, das Prinzip der (Menschen-)Würde beansprucht universelle Gültigkeit, das heißt es kann keine Situation oder Konstellation geben (ist diese noch so komplex und in ihren Perspektiven reduziert) vor deren Hintergrund man berechtigt ist, das Prinzip der (Menschen-)Würde nicht zu berücksichtigen. Das heißt auch, ein an einer Demenz erkrankter Mensch kann seine (Menschen-)Würde nicht verlieren. Das Prinzip Menschenwürde als ein Prinzip der „grundsätzlichen Gleichheit“ (Knoepffler 2010, 66-67) kommt allen Bewohnerinnen zugute.

Für die *Konzeption der Pflegeoase* ist zu empfehlen, den Begriff zunächst zu definieren und dann pflegebezogen zu konkretisieren. Das heißt, zu explizieren, was Würde, menschen-würdiges Leben bzw. eine würdevolle Pflege in der Pflegeoase jeweils heißen und implizieren soll. Das heißt auch, Kriterien zu generieren, die es ermöglichen zu erfassen, ob eine würdevolle Pflege erfolgt, der Wert der Würde Berücksichtigung findet und ein menschenwürdiger Umgang in der Pflegeoase gesichert ist. Bezogen auf das (Pflege-)Konzept der Pflegeoase, das ein Würdeverständnis transportiert, kann eine Beschreibung dessen sinnvoll und hilfreich sein, was unter würdevollem Verhalten und/oder einer würdevollen Pflege bezogen auf die Zielgruppe und deren spezifische Situation verstanden wird, nach Möglichkeit im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Praxisstandards. Darauf aufbauend können dann Indikatoren abgeleitet werden, wie sich Würde in spezifischen Situationen und pflegebezogenen Kontexten zeigt und repräsentiert. Vor diesem Hintergrund wiederum können Pflegenden analysieren, wann die Würde in Gefahr ist. Diese Klärung und Konkretion des Würdebegriffs und Würdeverständnisses ermöglicht es, mit dem Begriff bewusster und reflektierter umzugehen. Menschliche Würde und menschenwürdige Pflege kann dann zur Grundlage professioneller Pflegeentscheidungen und pflegeethischer Reflexionen werden, sie wird für die Pflegenden „greifbar“ und Teil ihres professionellen Handelns und Argumentierens.

## **Privatheit**

Eine vielfach geäußerte Kritik zum Konzept der Pflegeoasen bezieht sich auf die potenzielle Gefahr, durch das Mehrbettzimmer den Schutz der Privatsphäre nicht sichern zu können (vgl. Richter 2008, 4; vgl. KDA 2002, 2009). Das vorliegende Konzept der Pflegeoase legt einen besonderen Schwerpunkt darauf, „die Teilnahme an der Gemeinschaft (zu) ermöglichen und der sozialen Isolation entgegenzuwirken“ (Seite 1). Es gilt den Bewohnerinnen in der Pflegeoase ein neues „Zuhause“ zu geben (Seite 1), „das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit“ (Seite 2) zu vermitteln. Dass diese Ziele auch bei den Mitarbeiterinnen präsent sind, wird in den Interviews deutlich: nicht selten wird in diesem Zusammenhang die Metapher der „Familie“ genutzt. In den Interviews spielt der Körperkontakt, die Nähe, in den Arm nehmen der Bewohnerinnen, im Kontext der Konzeptziele eine wichtige Rolle, vornehmlich mit der Intention, Sicherheit und Geborgenheit spürbar werden zu lassen. Vor dem Hintergrund der Familienmetapher und der häufigen Vergleiche der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und denen von Kleinkindern, gilt es ein besonderes Augenmerk auf den Schutz der Privatheit und der Privatsphäre der Bewohnerinnen zu lenken, sensibel zu bleiben für mögliche Grenzüberschreitungen in der per se asymmetrischen Pflegesituation.

Auch in der *Fachliteratur* wird auf die Tendenz hingewiesen, dass die Betreuung von Menschen mit Demenz „die frühkindliche Versorgungssituation“ spiegelt und „auf magische Weise die erlebte Qualität der ursprünglichen Bindung (auf beiden Seiten, aber hauptsächlich auf der Seite der Pflegenden) zurück“ holt (Müller-Hergel 2005,

109). Die Relevanz der Sensibilität für diese Gesamthematik und ihre spezifischen Facetten – gerade bei konzeptionellen Ansätzen, die ein hohes Maß an Vertrautheit und Nähe provozieren – wird bereits in diesen Ausführungen explizit.

Im Pflegekonzept ist zu lesen: „geschützte Privatbereiche werden durch die Raumeinteilung geschaffen“ (Seite 2). Parallel dazu wird in den Interviewaussagen deutlich, dass sich die Privatheit der Bewohnerinnen aus der Perspektive der Mitarbeiterinnen vornehmlich auf den persönlichen Besitz und das situative Umfeld begrenzt, dass sie Rückzug und Privatheit durch die räumliche Gegebenheit einer „Nische“, „Ecke“ als realisiert und gesichert bewerten. Das heißt, Privatheit und Rückzug begrenzt sich so verstanden, vornehmlich auf den Aspekt der Territorialität. Obgleich die Privatsphäre eng mit dem Konzept der Territorialität verknüpft ist (vgl. Bauer 1996, 32-33), kommt in der Folge die **Komplexität der Privatsphäre** nicht gänzlich und umfassend zum Tragen. Neben der Dimension des persönlichen *Raums*, der die Bewohnerinnen umgibt und dem *Territorium* (wie zum Beispiel dem Bett), die bei den Mitarbeiterinnen der Pflegeoase im Vordergrund stehen, sind weitere Aspekte der Privatsphäre bedeutend: die *soziale* und die *psychische Dimension* sowie die *Vertrautheit* (vgl. Huss 2008). Vertrautheit definiert Bosch (1998, 113) als „ein wesentliches Element im Erleben der Wirklichkeit“. Deutlich wird in dieser Komponente zugleich die Relevanz für die Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz und deren individuelle Wirklichkeit.

Vor diesem Hintergrund steht nach Bosch (1998, 123) die Vertrautheit in einem engen Zusammenhang mit Geborgenheit und dem Gefühl der Sicherheit. Geborgenheit und Sicherheit wiederum versuchen die Pflegenden der Oase vor allem durch Berührungen zu vermitteln. Die Pflege eines Menschen fordert per se ein hohes Maß an Berührung. Das gezielte Berühren kann die Wahrnehmung fördern sowie zur Stressreduktion und Schmerzlinderung beitragen (vgl. Hembold 2007) und bei Menschen mit Demenz auch das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit vermitteln (vgl. Brooker 2008, 94-95). Berührung ist dann zentraler Gegenstand der nonverbalen Kommunikation und der Interaktion. Zugleich stellt Berührung ein „verblüffend machtvolles Instrument“ dar (Bowlby Sifton 2008, 177), das ein hohes Maß an Sensibilität einfordert. Desgleichen sind im Kontext von Berührungen stets auch die Faktoren Intimität und Scham von Bedeutung (vgl. Hembold 2007, 20). Intimität wiederum ist zugleich eine Komponente der Privatheit (vgl. Bauer 1996). „Intimität betrifft den Körper, die Sexualität, private Räume, vertrauensvolle Beziehungen“ (Tesch-Römer 1992, 16). Die hohe Präsenz der Mitarbeiterinnen, das „da sein“ und die räumlich nahe Situation in der Oase unterstützen, provozieren und verstärken möglicherweise die vielfältigen Formen und Intentionen der Nähe und der Berührung. Distanz und Nähe – als zwei Komponenten in professionellen Beziehungen – bedürfen der professionellen **Reflexion**. Das heißt zusammenfassend: da Berührungen stets sehr nah zugleich oftmals sehr wirkungsvoll sind (im Positiven wie auch im Negativen) und jeweils parallel einen emotionalen Anteil haben, ist darauf zu achten, dass sie seitens der professionell Pflegenden sehr bewusst eingesetzt werden.

Für das professionelle Pflegehandeln gilt, vorsichtig vorzugehen und dabei fortlaufend die Reaktionen des Gegenübers zu beobachten. Es gilt im Pflegealltag zu erkennen und zu erfassen, welches die Kriterien für eine positive Form der Berührung bei der jeweiligen Bewohnerin sind. Um die Intimität, den persönlichen Raum und somit die Privatsphäre der Bewohnerinnen zu schützen, gilt es situativ und konsequent über die gezielten Formen der Berührung nachzudenken (Berührung als physische Intimität) und diese aus der Perspektive der professionellen Pflege zu beschreiben und zu vereinbaren. Hierbei geht es stets um gezielte Berührungen, im Sinne von helfenden Berührungen, die den individuellen Bedarf des Gegenübers entsprechen und individuumsbezogen angepasst sind. Demgemäß erhalten die Komponenten Sicherheit, Geborgenheit, Steigerung des Wohlbefindens oder Aktivierung wiederum einen zentralen Stellenwert im Pflegealltag. Berührung wird dann als pflegerisches Element eingesetzt, sie erfolgt intendiert, respektvoll, reflektiert und bewusst. Die Konsequenz ist ein professioneller, der jeweiligen Bewohnerin, dem jeweiligen Bewohner und der Situation angemessener und abgestimmter Umgang mit Berührungen. Dies schützt zugleich die Identität, Integrität, Intimität und die Würde der Bewohnerinnen der Pflegeoase und auch das Grundbedürfnis nach Privatheit. Es wird explizit: auch im Kontext dieser Thematik sind wiederum Kriterien zu erfassen und zu definieren, woran die Mitarbeiterinnen bei den einzelnen Bewohnerinnen zukünftig eine angemessene und positiv wirkende Form der Berührung erkennen, die zugleich die Privatsphäre berücksichtigt und schützt.

## **Exkurs**

Auch beim Lesen des Landesheimgesetzes für Baden-Württemberg (2008) wird deutlich, dass die vulnerable Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner im institutionellen Pflege- und Versorgungskontext der besonderen Sensibilität und des besonderen Schutzes bedürfen. Das Gesetz greift hierbei Begrifflichkeiten auf, die sich auch im Konzept der Pflegeoase finden. Das Gesetz stellt in § 2 den „Zweck des Gesetzes“ voran. Darin ist in Absatz 1 zu lesen, dass es gilt, die Würde der Bewohner zu schützen, die Selbstständigkeit, die Selbstverantwortung und die Selbstbestimmung zu wahren und zu fördern und „eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern“ (Heimgesetz für Baden-Württemberg vom 10. Juni 2008). Die Verordnung des Ministeriums für Arbeit und Soziales zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs (LHeimBauVO) stellt in § 1 Abs. 1 „allgemeine Grundsätze“ voran. So heißt es in § 1 Abs. 1 der LHeimBauVO:

„Die Gestaltung der Bau- und Raumkonzepte von Heimen im Sinne von § 1 Abs. 1 LHeimG muss sich vorrangig an den Zielen der Erhaltung von Würde, Selbstbestimmung und Lebensqualität orientieren. Das schließt das Recht auf eine geschützte Privat- und Intimsphäre der Bewohner von Heimen ein“ (GBl. vom 27. August 2009, 467).

Die Begriffe der Würde, Privatheit und der Lebensqualität repräsentieren somit zentrale Anforderungen an Wohn- und Pflegekonzepte in der stationären Altenhilfe in Baden-Württemberg.

## **Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeoase im Sterben/Palliative Pflege**

In dem vorliegenden Konzept der Pflegeoase ist zu lesen: „Unsere Aufgabe ist es, den Bewohnerinnen hier in der Oase ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, bis hin zum Tod. Die Bewohnerinnen dürfen hier, an dem ihnen vertrauten Ort auch sterben“ (Seite 2). Das Thema Sterben und Tod wird in dem Konzept ausgeführt, ist aber eventuell vor dem Hintergrund der konzeptionellen Ausrichtung der Pflegeoase, an den Prämissen der Gemeinschaft und Teilhabe und dem impliziten Ziel, dass es den Bewohnerinnen nach dem Umzug in die Pflegeoase „besser“ gehen soll, im Pflegealltag in den Hintergrund gerückt. Dies kann eine Erklärung dafür sein, dass in den Interviews gegenüber diesem hohen konzeptionellen Anspruch vernehmbar wurde, dass das Thema der Begleitung der Bewohnerinnen in ihrer letzten Lebensphase und im Sterben für die Mitarbeiterinnen ein belastendes Thema darstellt. Es wird Bezug genommen auf die „feste Bindung“, die im Kontext der Thematik Angst auslöst, „die schwerste Situation“, die „Angst macht“, denn es „hängt so viel Herz an diesen Menschen“. Zugleich sind sich die Mitarbeiterinnen unsicher dahingehend, ob es die Bewohnerinnen „merken“ und wie sie in der konkreten Situation umgehen sollen, dies sowohl die sterbende Bewohnerin betreffend als auch die Mitbewohnerinnen in der Pflegeoase betreffend.

Gerade bei Menschen mit Demenz ist es für die Pflegenden schwierig zu erkennen, wann das Sterben beginnt. Die Begleitung in der letzten Lebensphase eines Menschen mit Demenz ist vor dem Hintergrund der Schwierigkeit der Prognostizierbarkeit der Terminalphase, auch als Lebensbegleitung zu verstehen. Das Thema ist aus der pflegfachlichen Perspektive komplex und kann vor diesem Hintergrund – gemäß den Interviewaussagen – auch belastend sein. Aufgrund der Bedeutsamkeit der Thematik in der Pflegeoase, auch im Sinne eines professionellen Pflegehandelns versus einem situativen, intuitiven und somit häufig auch individualisierten Agieren und Reagieren – das zudem im Vorfeld zu Verunsicherungen führen kann – gilt es diesbezüglich konzeptionell und pflegfachlich nochmals genauer hin zu schauen. Gerade Situationen, die für die Mitarbeiterinnen potenziell emotional belastend und/oder schwer einschätzbar bzw. antizipierbar sind, ist es hilfreich, diese bereits im Vorfeld fachlich differenzierter zu erfassen und gemeinsam situativ anpassbare Handlungsoptionen abzustimmen und zu vereinbaren. Eine konzeptionelle Fundierung – im Sinne einer Handlungskonzeption oder eines Praxisstandards – kann diesbezüglich Sicherheit vermitteln und den auf der komplexen Situation lastenden personenbezogenen Druck reduzieren.

Hilfreich im Kontext der *konzeptionellen Fundierung* kann der **Palliative Care Ansatz** sein (vgl. Kostrzewa 2008, 93ff.). Dieser Ansatz könnte dahingehend unterstützend wirken, ergänzend zu den Prämissen der Sicherheit, Geborgenheit und Teilhabe an der Gemeinschaft in der Oase, eine Palliative Kultur zu entwickeln. Der Palliative Care Ansatz bietet für die pflegerischen Erfordernisse in der Oase wertvolle Impulse und kann dazu beitragen, die pflegerischen Intentionen und Anforderungen fachlich zu stützen und zu untermauern. Der Ansatz bietet neben seinen Angeboten zur konzeptionellen Fundierung zugleich Optionen zum Perspektivenwechsel und zur pflegefachlichen und pflegeethischen Reflexion. Dies auch vor dem Hintergrund, dass sich Palliative Care nicht nur an Sterbende richtet, sondern an Menschen mit einer begrenzten Lebenserwartung und somit auch an Menschen mit fortschreitenden Krankheiten, wie die demenziellen Erkrankungen bei den Bewohnerinnen der Pflegeoase. Mehrfach wird in der Literatur explizit auf die Relevanz des Ansatzes für Menschen mit Demenz hingewiesen (vgl. Lamp 2010; vgl. Alzheimer Europe 2010; vgl. Grond 2009; vgl. Kojer 2009; vgl. Kostrzewa 2008; vgl. Weissenberger-Leduc 2009).

Der Palliative Care Ansatz, der zugleich die Lebensqualität als zentrales Ziel im Blick hat (vgl. Steffen-Bürgi 2007, 32), ist mit diesem Ziel des vorliegenden Konzeptes bereits kompatibel. Die dem Palliative Care Ansatz zugrunde liegenden weiteren Ziele (vgl. Steffen-Bürgi 2007, 31) sind dem Wohlbefinden und der qualitätvollen Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen uneingeschränkt zuträglich und stellen eine konsequente Ergänzung zu den weiteren konzeptionellen Ausrichtungen der Pflegeoase dar. Es geht um die psychische, soziale und spirituelle Begleitung und um die existenziellen Fragestellungen in der letzten Lebensphase der Bewohnerinnen in der Pflegeoase. Palliative Care indiziert ein holistisches Pflegeverständnis, das sich auch an anderen Stellen des Konzeptes bereits abzeichnet. Lebensqualität gilt es vor dem Hintergrund der letzten Lebensphase ergänzend zu definieren. Dies auch mit dem Ziel, in dieser Lebensphase eine angemessene Begleitung und Pflege zu sichern, die sich von dem, der primären Ausrichtung an einer Verbesserung des Allgemeinzustandes nach dem Umzug in die Pflegeoase, abhebt.

Abschließend und zusammenfassend ist zu empfehlen, zu einzelnen zentralen pflegerelevanten Themen einen *Praxisstandard* zu entwickeln (zum Beispiel zum Thema der „Begleitung der Bewohnerinnen in der letzten Lebensphase“, zum Thema „Professionelle Berührung, Aktivierung und Interaktion“ oder zu den pflegeethisch relevanten Themen des Schutzes der Privatheit, Würde und Lebensqualität). Im Rahmen dieser Entwicklung bringen „die mitwirkenden Pflegenden ihre Perspektive, ihr Fachwissen und ihre Erfahrungen“ (Elsbernd, Allgeier, Lauffer-Spindler 2010, 426) mit ein, ergänzt durch die pflegefachlichen Erkenntnisse. Die Integration der Erfahrungen und der Expertise der Mitarbeiterinnen trägt dazu bei, dass ein angepasstes Niveau definiert werden kann, das sich sowohl an der spezifischen Situation der Bewohnerinnen der Pflegeoase orientiert wie auch am Praxisalltag. Die Erarbeitung von Praxisstandards für die Pflegeoase stellt einen wichtigen Schritt im Qualitätsentwicklungsprozess dar und ermöglicht das Ableiten von (Qualitäts-) Indikatoren (vgl. Elsbernd, Allgeier, Lauffer-Spindler 2010). Auf deren Relevanz wurde mehrfach im Rahmen des Evaluationsberichtes verwiesen.

### 5.3 Empfehlungen zum strukturellen Aufbau und zur inhaltlichen Gliederung des Konzeptes

Bereits in den vorausgehenden Kapiteln wurden inhaltliche Aspekte für die Weiterentwicklung des Konzeptes ausgeführt und theoretisch fundiert. Bezug nehmend auf die erfassten Erkenntnisse in den Kapiteln vier und fünf, werden im Folgenden zentrale Gegenstände sowie eine mögliche Struktur bzw. ein möglicher Aufbau angesichts der Weiterentwicklung des vorliegenden Konzeptes aufgezeigt. Da bereits erste Gedanken sowie fundierte Kenntnisse zum Ansatz Pflegeoase sowie zur qualitätvollen Pflege und Betreuung von Menschen mit schwerster Demenz vorhanden sind, kann auf diese im Folgenden zurückgegriffen werden. Aktuell liegt ein zweiseitiges Konzept für die Pflegeoase vor, das zugleich die Grundlage für die Evaluation darstellte. Es umfasst die folgenden Unterpunkte: Ausgangssituation, Zielsetzung, Realisierung, Raumprogramm, pflegerische Versorgung, Angehörige und Personalentwicklung (vgl. Kap. 2.3). Diese erste Zusammenfassung war bislang für die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase grundlegend und ermöglichte zu erfassen, welche Aspekte für die Verfasserinnen und Verfasser in der Realisierung der Pflegeoase wichtig sind. Die folgenden Strukturierungsvorschläge und Anregungen zur inhaltlichen Fundierung stellen das bereits Formulierte nicht in Frage, vielmehr können einige Aspekte und Komponenten in die vorgeschlagene Struktur integriert werden.

Einführend werden zunächst die allgemeinen Ziele und Komponenten eines Konzeptes beschrieben, hierbei wird jeweils direkt der Bezug zur Pflegeoase hergestellt. Wünschenswert wäre es, wenn

1. das spezifische Konzept für die Oase in die Einrichtungskonzeption integriert wird – und
2. die im Rahmen der Konzeptionserstellung erfolgenden Reflexions- und Auseinandersetzungsprozesse, bezogen auf eine bestmögliche Pflege und Versorgung der Bewohnerinnen, auch – wo angemessen – zugleich in der Konzeption der Arche wie auch in der Einrichtungskonzeption Berücksichtigung und Eingang finden.

Übergreifend werden mit einem Konzept (für die Pflegeoase) die folgenden **Ziele** angestrebt (vgl. Diakonisches Werk Württemberg 2010, 36; vgl. Elsbernd 2008; vgl. von Spiegel 2008):

- Es stellt die *Handlungsgrundlage* für die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase dar.
- Es bildet den *Begründungsrahmen* für die professionelle, pflegefachliche und werteorientierte Arbeit in der Pflegeoase.
- Es bildet die *Basis für methodisches Handeln* in der Pflegeoase.
- Es klärt *Prioritäten*, ermöglicht eine pflegefachliche Fundierung und fördert somit die Professionalität.

- Es schafft *Klarheit und Transparenz*:
  - Es dient der Information für Angehörige, Bezugspersonen, der Öffentlichkeit und Interessierten, es verdeutlicht die Spezifika und Besonderheiten der Pflegeoase.
  - Es enthält realitätsnahe pflegerische Ziele, es schafft somit Zielbezug und beschreibt Leistungen (Arbeits- und Angebotsformen) und Aufgaben.
  - Es sichert eine aufgaben- und zielorientierte professionelle Vorgehensweise der Pflegenden.
  - Es macht Aussagen zum Qualitätsniveau.
- Es integriert die aktuellen *pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse* und stellt diese in den Kontext zur Arbeit in der Pflegeoase und zum persönlichen Erfahrungswissen der Mitarbeiter/innen.
- Es expliziert die zugrunde liegenden *Wissensbestände* und ethischen Orientierungen.
- Es sichert die Einbindung *ausgewählter Instrumente*.
- Es ermöglicht Evaluation/bildet die Grundlage für *Evaluation*.

Eine für die Pflege anerkannte Definition für Konzepte beschreibt die Inhalte und Anforderungen wie folgt:

„In Pflegekonzepten werden gedanklich theoretische Begriffe, Zusammenhänge, Erklärungen und Annahmen zusammengeführt und Handlungspläne entwickelt, um sich gedankliche und theoretische Klarheit zu einem Themenkomplex zu verschaffen und darauf aufbauend das Handeln in der Praxis sinnvoll zu strukturieren. Neben Zielen und Inhalten enthalten Pflegekonzepte auch Aussagen zu geeigneten methodischen Vorgehensweisen. Im Zentrum von Pflegekonzepten stehen Handlungspläne, die einen Entwurf zukünftigen Handelns darstellen. Pflegekonzepte sind daher Handlungskonzepte ...“ (Elsbernd 2003 in Elsbernd 2008, 56).

Gerade bei einem Ansatz, der in aktuellen Fachdiskussionen sich als nicht unumstritten repräsentiert, ist eine „gedankliche und theoretische Klarheit“ (Elsbernd 2003 in Elsbernd 2008, 56) unerlässlich. Diese untermauert das Vorhaben und ermöglicht den Mitarbeiterinnen fachlich zu argumentieren. Diese pflegefachliche und konzeptionelle Klarheit sichert zugleich eine gemeinsame Handlungsgrundlage und ein abgestimmtes Pflegehandeln. Das Konzept bietet „Koordinaten für einen fachlich-strukturierten Rahmen“ (von Spiegel 2008, 202) sowie für ein fachlich-fundiertes Reagieren und Agieren. Diese Grundlage kann zugleich entlastend für die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase wirken, da sie in den komplexen pflegerischen Situationen nicht mehr überwiegend auf ihr Erfahrungswissen und intuitives Handeln angewiesen sind, sondern ihnen eine teamübergreifende pflegefachliche Fundierung und Orientierung zur Verfügung steht. Zugleich stellt das Konzept die Grundlage für die kritische Reflexion des eigenen Handelns und des Handelns im Team dar, zumal wenn die im Konzept formulierten Ziele praxisnah und realistisch sind.



Das Konzept der Pflegeoase sollte demgemäß die folgenden **Inhalte** ausweisen (vgl. Elsbernd 2008, 58-64):

1. Einen **Begründungsrahmen** für die Umsetzung der Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus

In Punkt 1 können unter anderem die Inhalte aus den bisherigen Punkten „Ausgangssituation“ und „Zielsetzung“ einfließen. Ein weiterer zentraler Inhalt wäre, das Spannungsverhältnis von „bisheriger“ und „neuer“ Versorgung (als der Legitimation einer Oase auf dem Bereich Arche) zu klären.

2. Eine **theoretische** Verankerung

Auf diese beiden Komponenten – im Sinne einer Analyse (Welche Defizite sehen wir bei der Pflege- und Betreuung der Bewohnerinnen? Welche Verbesserungspotenziale bietet eine Pflegeoase etc.) und theoretischen Verortung – ist vor dem Hintergrund der Diskussion um die Einführung von Pflegeoase ein besonderes Augenmerk zu lenken. Zugleich stellen die erfassten Probleme, Erkenntnisse und erfassten Ausrichtungen die Grundlage für die Ziele und die Reichweite des Konzeptes dar. Gegenstand der theoretischen Verankerung ist auch die Klärung zentraler Begriffe (z. B. Gemeinschaft, Privatheit etc.) des Konzeptes, unter Rückgriff auf fachliche Positionen. Für die inhaltliche Fundierung von Punkt 2 können unter anderem die Ausführungen in Kapitel 5.2 des Berichtes grundlegend und richtungweisend sein.

3. Praxisnahe, realistische, **evaluierbare** Ziele für die Pflegeoase

Die Ziele sind die zentralen Elemente des Konzeptes. Von Spiegel differenziert zwischen Wirkungszielen (Was wollen wir mit der Pflegeoase erreichen? => hierbei handelt es sich um *langfristige Ziele*) und konkreten Handlungszielen (im Sinne von *Nahzielen*, die den Pflegealltag in der Oase sofort tangieren) (von Spiegel 2008, 213). Diese Differenzierung kann entlasten und die Konkretion der Handlungsziele fördern. In Punkt drei können also die im bisherigen Konzept beschriebenen Ziele einfließen, müssten allerdings in Wirkungsziele und Handlungsziele differenziert werden, bzw. konkretisiert werden.

- Ein Wirkungsziel könnte zum Beispiel lauten: Die Pflegeoase ermöglicht den Bewohnerinnen und Bewohnern Gemeinschaft zu erleben und reduziert die Gefahr der sozialen Isolation.
- Ein dazugehöriges Handlungsziel könnte sein (aus einem Wirkungsziel können sich mehrere Handlungsziele ergeben): Die Gestaltung der Tagesstruktur und Raumgestaltung sichert die Möglichkeit zu unterschiedlichen Formen der Interaktion.

Liegen zukünftig zu ausgewählten pflegerelevanten Themen der Oase Praxisstandards vor, können sodann Qualitätskriterien formuliert werden, die eine Bewertung der erbrachten pflegerischen Leistungen ermöglichen (vgl. Elsbernd, Allgeier, Lauffer-Spindler 2010). Auch diese könnten an dieser Stelle in das Konzept einfließen.

#### 4. Methoden und Verfahren im Umgang und der **Umsetzung** (Wie werden die Ziele realisiert? Wie werden die damit geforderten Handlungen umgesetzt?)

Ziel dieser Inhalte gilt der Steuerung und Gestaltung der in der Pflegeoase gewünschten Prozesse. Sie ermöglichen ein Handeln, das nicht ausschließlich auf subjektive und situative Entscheidungen basiert, sie geben pflegfachliche Orientierung und unterstützen somit das professionelle Pflegehandeln.

In diesen Punkt können Ausführungen aus den im bisherigen Konzept formulierten Inhalten zur „pflegerischen Versorgung“ integriert werden. Allerdings sollte jeweils das „wie“ konkretisiert werden. So heißt es in dem Konzept zum Beispiel: „Krankheitsveränderungsprozesse werden ... erfasst“. Ergänzt werden sollte, wie diese, mit welchen Instrumenten und Methoden, erfasst werden. Unter dem Punkt „Angehörige“ ist zu lesen, dass diese eingebunden werden sollten. Bezüglich diesem wichtigen Punkt sollte wiederum ein Wirkungsziel und die dazugehörigen Handlungsziele formuliert werden. Unter Punkt 4 werden also die Verfahren beschrieben und konkretisiert, wie die Integration im Pflegealltag verbindlich gesichert und realisiert wird.

#### 5. **Rahmenbedingungen** zur Umsetzung des Konzeptes

In diesem Teil des Gesamtkonzeptes werden die Rahmenbedingungen expliziert, die grundlegend sind um das Konzept qualitativ und an den Bewohnerinnen orientiert umzusetzen. Hier geht es um Aspekte, die zugleich den Erfolg des Konzeptes sichern. Hierunter sind zum Beispiel Verfahren der Evaluation, Praxisstandards zu subsumieren, aber auch die personellen Voraussetzungen, die räumliche Gestaltung, die Beschreibung der Arbeits- und Ablauforganisation sowie die Ausstattung mit Hilfsmitteln oder therapeutischen Materialien in der Pflegeoase. In diesen Punkt können unter anderem die Ausführungen zur „Realisierung“, zum Raumprogramm und zur „Personalentwicklung“ aus dem bisherigen Konzept mit einfließen.

#### Übergreifende Anregungen und Aspekte zur Konzeptentwicklung:

Innerhalb des Konzeptes für die Pflegeoase kann man auf verschiedene Zielgruppen Bezug nehmen (zum Beispiel auf die Bewohnerinnen, die Angehörigen/Zugehörigen, die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Arche etc.) bzw. verschiedene Aspekte konkretisieren. Was an Leistungen in dem Konzept der Pflegeoase „versprochen“ wird, muss fachlich begründet und im Pflegealltag realisierbar sein. Hervorheben möchten wir an dieser Stelle, dass es grundlegend ist, sich vor der Konzeptentwicklung auf eine „gemeinsame Sprache“ zu verständigen, zentrale Werte zu reflektieren (vgl. hierzu Kapitel 5.2) und in die theoretische Verankerung zu integrieren. Diese sollten sich dann im gesamten Konzept wieder finden. Um in den diskursiven Prozess zur Weiterentwicklung des Konzeptes einzusteigen, können die unsererseits im Rahmen der Evaluation generierten Erkenntnisse als empirische Ausgangsbasis die pflegfachliche Diskussion anregen und den Einstieg erleichtern.

## Schlussbemerkung und Dank

Lebensqualität, gute Begleitung von Menschen die sich nur begrenzt artikulieren können, bleibt eine Annäherung. Diese Annäherung an ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität wie auch an die best mögliche Pflegequalität gelingt am ehesten durch den Einbezug verschiedener Perspektiven: die wichtigste Perspektive ist hierbei die Perspektive der Menschen mit Demenz, also der Bewohnerinnen in der Pflegeoase (insbesondere ihre nonverbalen Äußerungen), ergänzend hierzu sind die Einschätzungen von Angehörigen oder Bezugs- bzw. Vertrauenspersonen bedeutsam (z. B. auch Hausärzten), wie auch die situative eigene Perspektive und in besonderer Weise die professionelle Perspektive und Beurteilung der Pflegenden (dabei haben interdisziplinäre Teams oder teamübergreifende Reflexionen gute Chancen, die jeweils eigene Perspektive zu prüfen und zu relativieren).

„Das Herz ist mein Auge“ (Ferdinand Hodler, 1853-1918) – dieser Buch- und Ausstellungstitel eines der bekanntesten Schweizer Maler – begleitete uns über die gesamte Evaluation und bringt für uns zwei zentrale Aspekte der vorliegenden Evaluation auf den Punkt:

- Die Wahrnehmung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz erfordert besondere Sensibilität, eine besondere Art des Hinschauens (das Herz als Auge);
- Die Fachkräfte nehmen allerdings nicht nur intensiver wahr, sie sind auch persönlicher involviert, man kann ohne Zweifel sagen: mit dem Herzen dabei.

Dass dabei notwendige Grenzen nicht aus dem Blick geraten sollen, zeigt die Bereitschaft und auch die Intention der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Leitung des Altenzentrums St. Franziskus und des Trägers, sich einer hausinternen „Untersuchung“ zu stellen und offen zu sein für die möglichen Ergebnisse und die damit verbundenen potenziellen Konsequenzen und Reflexionsbedarfe.

Unabhängig davon, wie man nun Pflegeoasen als Versorgungsangebot bewertet: Das Team hat sich hier überlegt und verantwortungsvoll auf den Weg gemacht, ausgehend von dem Ziel, eine bestmögliche Pflege und Begleitung ihrer Bewohnerinnen im schwersten Stadium der Demenz zu gewährleisten. Die qualitativen Interviews haben Einblick gewährt in das authentische Anliegen des Teams, „hohe Lebensqualität“ für die Bewohnerinnen zu erreichen. Dieses Engagement verdient ein besonderes Maß an Respekt und Anerkennung. Die Mitarbeiterinnen haben seit der Einführung der Pflegeoase wesentliche Erfahrungen gesammelt, die auch für andere Teams im Altenzentrum St. Franziskus wie auch für andere Einrichtungen (des Trägers) hilfreich und anregend sein können. Diese vielfältigen Erfahrungen zugänglich zu machen, war auch ein Anliegen dieses Berichts.

## Dank

An dieser Stelle möchten wir uns sehr herzlich für die äußerst gute und konstruktive Kooperation im Rahmen der Evaluation, das entgegengebrachte Vertrauen und die Offenheit im Rahmen der Interviews und der Dokumentenanalyse bedanken.

- Wir danken dem Träger, uns mit diesem Auftrag sein Vertrauen entgegengebracht zu haben sowie der Einrichtungsleitung und der Pflegedienstleitung für ihr hohes Maß an Kooperation, Offenheit und die zur Verfügung gestellten zeitlichen Ressourcen, die ein derartiges Vorhaben einfordert.
- Unser besonderer Dank gilt den Leitungen und den Mitarbeiterinnen der Pflegeoase, die uns bei jedem Besuch in umfassendem Maß für die Belange der Evaluation zur Verfügung standen. Besonders hervorzuheben ist ihre Bereitschaft sich auf die Interviews einzulassen und mitzuwirken. Ihre Erfahrungen haben für uns vielfältige und interessante Einblicke in die Welt der Pflegeoase ermöglicht.
- Unserer studentischen Mitarbeiterin Frau Weber (damals im Studiengang Pflege/Pflegemanagement im Bachelor, derzeit im Masterstudiengang der Hochschule Esslingen) gilt an dieser Stelle ebenfalls ein ganz besonderer Dank. Unermüdlich hat sie für uns gewissenhaft und gründlich aktuelle Literatur recherchiert und das gesamte Interviewmaterial transkribiert. Sie unterstützte uns bei der Dokumentenanalyse und es war für uns eine besondere Freude mitzuerleben, wie sie sich – auch im Rahmen ihrer Bachelorarbeit – immer intensiver in die pflegebezogenen Besonderheiten der Betreuung von Menschen mit einer Demenz einarbeitete und einzelne Themen gemeinsam mit uns reflektierte.

Wir freuen uns, den Bericht nach dieser intensiven und konstruktiven gemeinsamen Zeit dem Träger und der Einrichtung übergeben zu dürfen, verbunden mit der Hoffnung, dass dieser viele Diskussionen anregt – im Sinne der Mitarbeiterinnen und der Bewohnerinnen der Pflegeoase, die auch uns im Verlauf der Evaluationsstudie sehr am Herzen lagen.

Esslingen und Tübingen im März 2010

## Literaturliste

- Adler, Georg u. a. (Hrsg.). Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2009.
- AGP (Alter, Gesellschaft, Partizipation – Institut für angewandte Sozialforschung Freiburg i. Br.). Vorträge vom 29.01.2010; Fachtag zum Leuchtturmprojekt Demenz Pflegeoase. [www.efh-freiburg.de/agp/leuchtturm.htm](http://www.efh-freiburg.de/agp/leuchtturm.htm); vom 14.02.2010
- Alzheimer Europe. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz am Lebensende. Eigenverlag, 2010.
- Badura, Bernhard; Siegrist, Johannes (Hrsg.). Evaluationen im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. 2. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2002.
- Bauer, Irmgard. Die Privatsphäre der Patienten. Bern: Verlag Hans Huber, 1996.
- Beywl, Wolfgang; Niestroj, Melanie. Das A-B-C der wirkungsorientierten Evaluation. 2., vollständig bearbeitete und ergänzte Auflage. Univation Köln, 2009.
- Beywl, Wolfgang. Evaluationsmodelle und qualitative Methoden. In: Flick, Uwe (Hrsg.). Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2006, 92-116
- Blonski, Harald (Hrsg.). Die Vielfalt des Wohnens im Alter. Modelle, Erfahrungen, Entscheidungshilfen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2009.
- Bögemann, Marlies u. a.. Positive Erlebnisräume für Menschen mit Demenz – Förderung der Lebensqualität im Rahmen individuenzentrierter Pflege. In: Schaeffer, Doris; Behrens, Johann; Görres, Stefan (Hrsg.). Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2008.
- Bosch, Corry F. M.. Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender Menschen. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1998.
- Bowlby Sifton, Carol. Das Demenz-Buch. Bern u. a.: Verlag Hans Huber, 2008.
- Brooker, Dawn. Person-zentriert pflegen. Das VIPS-Modell zur Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz. Bern u. a.: Verlag Hans Huber, 2008.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Eigenverlag, 2007.
- Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). Demenz: Neue Ansätze für Betreuung und in der Forschung. Symposium zum Weltalzheimertag am 21.09.2007. Stand: September 2007.
- CAREkonkret (2010a). Bewohner in einer Pflegeoase sind aktiver als normal Betreute. CAREkonkret (2010) 8: 8.
- CAREkonkret (2010b). Gemeinschaft erleben ohne Gruppenzwang. Beschütztes Wohnen als Alternative zur Pflegeoase. CAREkonkret (2010) 7: 8.
- CAREkonkret (2010c). Oase in Wiesbaden favorisiert Tag- und Nachttrennung. Neue Pflegeoase setzt auf mehr Individualität. CAREkonkret (2010) 2: 8.
- CAREkonkret (2010d). Expertengruppe „Pflegeoase“ gegründet. Forscher wollen die fachliche Diskussion zum Thema bündeln. CAREkonkret (2010) 1: 9.

- CAREkonkret (2010e). Ressourcen der Pflegekräfte werden in die Nähe der Bewohner gerückt. Fachtagung „Pflegeoase eine Alternative?“ CAREkonkret (2010) 10: 6.
- CAREkonkret (2010f). Arbeit in der Pflegeoase: Nicht weniger belastend, aber besser? CAREkonkret (2010) 11: 5.
- CAREkonkret (2010g). Universität Witten/Herdecke prüft Auswirkungen einer Pflegeoase. Neueröffnung in Solingen. CAREkonkret (2010) 10: 7.
- CAREkonkret. Münchenstift eröffnet die vierte Pflegeoase. CAREkonkret (2009) 51/52: 7.
- Dech, Heike. Sterbebegleitung von demenzkranken Menschen. Wege zum Menschen (2009) 61: 4: 311- 325.
- Demenz Support Stuttgart. Im Brennpunkt: Lebensqualität/Pflegequalität. Eigenverlag, 2005.
- Denzin, Jochen (Hrsg.). Intimität und Identität im Alter. Freie Universität Berlin, 1992.
- Dettbarn-Reggentin, Jürgen (2008a) Pflegeoase – ein geeigneter Lebensraum bei schweren Erkrankungen? (Teil I). CAREkonkret (2008) 38: 19.9.2008: 7.
- Dettbarn-Reggentin, Jürgen (2008b) Pflegeoase – ein geeigneter Lebensraum bei schweren Erkrankungen? (Teil II). CAREkonkret (2008) 39: 26.9.2008: 8.
- Diakonisches Werk Württemberg (Hrsg.). Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten. Arbeitshilfe für die Entwicklung von Pflege- und Betreuungskonzepten. 3., aktualisierte Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft 2010.
- Diekmann, Andreas. Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 19. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag, 2008.
- Elsbernd, Astrid; Allgeier, Christine; Lauffer-Spindler, Barbara. Praxisstandards und Qualitätsindikatoren in der Pflege. Lage: Jacob Verlag, 2010.
- Elsbernd, Astrid. Konzeptentwicklung in der Pflege. In: Stolz, Konrad u. a.. Betreuungsrecht und Pflegemanagement. Konzepte – Beratung – Unterstützung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2008.
- Evangelische Fachhochschule Freiburg. Innovative herkömmliche Versorgungsstrukturen für Menschen mit schwerer Demenz im Vergleich: PflegeOASE. [www.efh-freiburg.de/agp/leuchtturm.htm](http://www.efh-freiburg.de/agp/leuchtturm.htm); vom 10.05.2009.
- Falk, Juliane. Basiswissen Demenz. 2., völlig überarbeitete Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2009.
- Fiechter, Verena; Meier, Martha. Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis. 10., überarbeitete Auflage. Fritzlär: Recom Verlag, 1999.
- Fix, Elisabeth; Kurzke-Maasmeier, Stefan (Hrsg.). Das Menschenrecht auf gute Pflege – Selbstbestimmung und Teilhabe verwirklichen. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, 2009.
- Flick, Uwe: Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, Uwe, von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines. (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2000. 309-318.
- Flick, Uwe (Hrsg.). Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2006.

- Flick, Uwe (2006a). Qualitative Evaluationsforschung zwischen Methodik und Pragmatik – Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe (Hrsg.). Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2006.
- Flick, Uwe (2006b). Qualität in der Qualitativen Evaluationsforschung. In: Flick, Uwe (Hrsg.). Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2006.
- Flick, Uwe, von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2000.
- Flick, Uwe. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2006 (2. Aufl., 2009)
- Frewer, Andreas; Kolb, Stephan; Krasa, Kerstin (Hrsg.). Medizin, Ethik und Menschenrechte. Göttingen: V&R unipress, 2009.
- Geißler, Karlhein A.; Hege, Marianne. Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Ein Leitfaden für soziale Berufe. 11. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2007.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009.
- Grond, Erich. Palliativpflege bei Menschen mit Demenz. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2009.
- Großjohann, Klaus. Statement des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln vom 25. Oktober 2006. [www.cvstuttgart.caritas.de/31205html](http://www.cvstuttgart.caritas.de/31205html); vom 6.9.2009.
- Held, Christoph; Ermini-Fünfschilling, Doris. Das demenzgerechte Heim. 2., vollständig erneuerte und erweiterte Auflage. Basel: Karger Verlag, 2006.
- Heiner, Maja 2001: Planung und Durchführung von Evaluationen – Anregungen, Empfehlungen, Warnungen. In: Heil, Karolus/Heiner, Maja/Feldmann, Ursula (Hrsg.). Evaluation Sozialer Arbeit. Frankfurt: Eigenverlag des deutschen Vereins. 2001. 35-58.
- Hembold, Anke. Berühren in der Pflegesituation. Intentionen, Botschaften und Bedeutung. Bern: Verlag Hans Huber, 2007.
- Höffe, Ottfried. Ein Weg zur Menschenwürde. In: Frewer, Andreas; Kolb, Stephan; Krasa, Kerstin (Hrsg.). Medizin, Ethik und Menschenrechte. Göttingen: V&R unipress, 2009.
- Holzhausen, Martin. Lebensqualität multimorbider älterer Menschen. Bern: Hans Huber, 2009.
- Holzhausen, Martin u. a. Die Patientenperspektive in der Erfassung von Lebensqualität im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (2009) 5: 355- 359.
- Huss, Norma May. Schutz vor fremden Blicken. Bern: Verlag Hans Huber, 2008.
- Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, Sektion Gerontopsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. Projekt „Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ H.I.L.D.E.. Abschlussbericht Juni, 2006.
- Kelle, Udo. Qualitative Evaluationsforschung und das Kausalitätsparadigma. In: Flick, Uwe (Hrsg.). Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2006.

- Kelle, Udo; Erzberger, Christian. Stärken und Probleme qualitativer Evaluationsstudien – ein empirisches Beispiel aus der Jugendhilfeforschung. In: Flick, Uwe (Hrsg.). Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2006.
- Kitwood, Tom. Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 4., unveränderte Auflage. Bern u. a.: Verlag Hans Huber, 2005.
- Knipping, Cornelia (Hrsg.). Lehrbuch Palliative Care. 2., durchgesehene und korrigierte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 2007.
- Knoepffler, Nikolaus. Angewandte Ethik. Köln u. a.: Böhlau Verlag, 2010.
- Kojer, Marina (Hrsg.). Alt, krank und verwirrt. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, 2009.
- Kostrzewa, Stephan. Palliative Pflege von Menschen mit Demenz. Bern: Verlag Hans Huber, 2008.
- Kuckartz, Udo; Dresing, Thorsten; Rädiker, Stefan; Stefer, Claus. Qualitative Evaluation. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2009a): Qualitätsgeleitete Pflegeoasen verzichten auf Mehrbettzimmer. Pressemitteilung vom 24. April 2009. [www.kda.de/news-detail/items/qualitaetsgeleitete-pflegeoase.de](http://www.kda.de/news-detail/items/qualitaetsgeleitete-pflegeoase.de); vom 6.5.2009.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2009b). Ein neuer Weg zur Begleitung von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase. Die qualitätsgeleitete Pflegeoase. PROAlter (2009) 2: 46-51.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2007a). Wohnkonzepte für Menschen mit Demenz – Aktuelle Länderumfrage zeigt: Großes Interesse an der umstrittenen Pflegeoase. Pressemitteilung vom 21. Dezember 2007. [www.kda.de/suche.html?q=pflegeoase](http://www.kda.de/suche.html?q=pflegeoase); vom 6.9.2009.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2007b). An Pflegeoasen scheiden sich die Geister. PROAlter (2007) 4: 41-47.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2007c). KDA-Umfrage bei den Landesministerien. Pflegeoasen: Ja, Nein oder doch Jein? PROAlter (2007) 4: 48-51.
- Lamnek, Siegfried. Qualitative Sozialforschung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 2004.
- Lamp, Ida (Hrsg.). Umsorgt sterben. Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase begleiten. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2010.
- Landeshauptstadt München, Sozialreferat. Dokumentation zum Fachtag „Pflegeheime der 4. Generation – auch für Demenzkranke. Architektur, Konzepte, Kosten“ am 11.07.2007 in München.
- Lima, Silvia Silva; Held, Christoph. Das „Drei Welten“ Konzept und das Konzept der „Pflegeoase“ für Menschen mit schwerer, fortgeschrittener Demenz. [www.urbanes-wohnen.de/fachtag-wla/doku/ft4/pdf/lima-held.pdf](http://www.urbanes-wohnen.de/fachtag-wla/doku/ft4/pdf/lima-held.pdf). vom 6.9.2009.
- Lima, Silvia Silva; Held, Christoph. Das Drei-Welten-Modell als phasengerechte Lebensraumgestaltung für Demenzkranke und das Konzept der Pflegeoase für Menschen mit schwerer fortgeschrittener Demenz. In: Landeshauptstadt München, Sozialreferat. Dokumentation zum Fachtag „Pflegeheime der 4. Generation – auch für Demenzkranke. Architektur, Konzepte, Kosten“ am 11.07.2007 in München.



- Lüdtke, Insa. Ist das Einzelzimmer bald Standard? *Altenheim* 6: 2009: 44-48.
- Lüttig, Andreas. Die Pflegeoase vermeidet Isolation. *Altenheim* (2005) 11: 42-43.
- Mayer, Hanna. *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage.* Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2007.
- MDK-Forum. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Pflegeoase: Neues Betreuungsmodell für Menschen mit Demenz (2008) Heft 4, 4-5.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. November 2009.
- Meleis, Afaf Ibrahim. *Pflegetheorien: Gegenstand, Entwicklung und Perspektive des theoretischen Denkens in der Pflege.* Bern: Verlag Hans Huber, 1999.
- Müller-Hergel. Aus der Sicht des Subjektiven. In: *Demenz Support Stuttgart. Im Brennpunkt: Lebensqualität/Pflegequalität.* Eigenverlag, 2005.
- Lötzerich, Uwe. MDS veröffentlicht neue Richtlinie. *Pflegezeitschrift* (2009) 62: 8: 456-457.
- Lenzen, Dieter. Evaluation. In: ders. (Hrsg.) *Pädagogische Grundbegriffe, 6. Aufl.* Reinbek: Rowohlt Taschenbuchverlag, 2001. 568-577
- Paul Wilhelm von Keppeler-Stiftung 2008: *Die Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus, unveröff. Konzept, Mühlacker.*
- Paul Wilhelm von Keppeler-Stiftung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Hrsg.). *Instrument zur praxisnahen Erfassung von Lebensqualität in Altenzentren (INSEL). Stand Februar 2008.*
- Peintinger, Michael. *Ethische Grundfragen in der Medizin.* Wien: Facultas Verlag, 2008.
- Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV) Newsletter 1/2009.
- Reggentin, Heike; Dettbarn-Reggentin, Jürgen. *Demenzkranken in Wohngruppen betreuen und fördern.* Stuttgart: W. Kohlhammer, 2006.
- Rehbock, Theda. *Personsein in Grenzsituationen.* Paderborn: mentis Verlag, 2005.
- Richter, Eva. Pflegeoase: Neues Betreuungsmodell für Menschen mit Demenz. *MDK-Forum* (2008) 12: 4: 4-6.
- Riedel, Annette. *Professionelle Pflege alter Menschen.* Marburg: Tectum Verlag, 2007.
- Roper, Nancy. *Prinzipien im Pflegeprozess.* Bern: Verlag Hans Huber, 1999.
- Rüegger, Heinz. *Würde im Alter. Eine kritische Besinnung auf das Verständnis menschlicher Würde. Wege zum Menschen* (2007) 59: 137-154.
- Rutenkröger, Anja; Kuhn, Christina (2008a). *Das Konzept tut den Bewohnern gut. Studie in der Pflegeoase Holle.* *Altenheim* (2008) 10: 18-21.
- Rutenkröger, Anja; Kuhn, Christina (2008b). „Im Blick haben“. *Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle.* *Demenz Support Stuttgart und Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, 2008.*
- Rutenkröger, Anja; Kuhn, Christina (2008c). „Mutter ist nicht mehr isoliert“. *Die Pflegeoase aus Sicht der Angehörigen.* *Altenheim* (2008) 10: 22-25.

- Rutenkröger, Anja; Kuhn, Christina (2008d). Arbeitszufriedenheit kontra Arbeitsbelastung. Die Pflegeoase aus Sicht der Mitarbeiter. *Altenheim* (2008) 10: 26-28.
- Schäufele, Martina; Lode, Sandra; Hendlmeier, Ingrid; Köhler, Leonore; Weyerer, Siegfried. Demenzkranke in der stationären Altenhilfe. Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2008.
- Schaeffer, Doris; Behrens, Johann; Görres, Stefan (Hrsg.). Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2008.
- Schmieder, Michael. „Jedem Menschen sein Modell“. Das Konzept der Sonnweid in Wetzikon – Spielraum und Grenzen. In: Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). Demenz: Neue Ansätze für Betreuung und in der Forschung. Symposium zum Weltalzheimertag am 21.09.2007. Stand: September 2007.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hrsg.). Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für „Good Practice“. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2009.
- Schrader, Steve. „Wir brauchen den Mut zu neuen Strukturen“. Pflegeoasen: die Sicht der Pflegekassen. *Altenheim* (2007) 8: 27-28.
- Sowinski, Christine. Rückkehr der Mehrbettzimmer. KDA-Kritik am Schweizer „Drei-Welten-Pflegekonzept“. *Pro Alter* (2002) 3: 28-33.
- Steffen-Bürgi, Barbara. Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, Cornelia (Hrsg.). Lehrbuch Palliative Care. Bern: Verlag Hans Huber, 2007
- Stolz, Konrad u. a.. Betreuungsrecht und Pflegemanagement. Konzepte – Beratung – Unterstützung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2008.
- Teigeler, Brigitte: Interview mit Chr. Sowinski, G. Strunk-Richter und P. Michell-Auli. „Die qualitätsgeleitete KDA-Pflegeoase verzichtet auf Mehrbettzimmer.“ *Die Schwester Der Pfleger* (2009) 10: 944-947.
- Tesch-Römer, Clemens. Identität und Intimität im Alter. In: Denzin, Jochen (Hrsg.). Intimität und Identität im Alter. Freie Universität Berlin, 1992.
- von Kardorff, Ernst. Zur gesellschaftlichen Bedeutung und Entwicklung (qualitativer) Evaluationsforschung. In: Flick, Uwe (Hrsg.). Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2006, 63-91.
- von Spiegel, Hiltrud. Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. 3., durchgesehene Auflage. München: Ernst Reinhardt, 2008.
- Waldmann, Britta. Eine Oase im Heimaltag. *Die Schwester Der Pfleger* (2008) 5: 430-432.
- Wahl, Hans-Werner, Schneekloth, Ulrich. Der Hintergrund: Forschungen zur Lebensführung in stationären Einrichtungen. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner. Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für „Good Practice“. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2009.

Weissenberger-Leduc, Monique. Palliativpflege bei Demenz. Wien, New York: Springer Verlag, 2009.

Wetzstein, Verena. Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2005.

Woods, Bob; Keady, John; Seddon, Diane. Angehörigenintegration. Beziehungszentrierte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Bern u. a.: Verlag Hans Huber, 2009.

Zimmermann, Jennifer. Leben mit Demenz. Spezielle Wohnformen für demenziell erkrankte Menschen. Hamburg: Diplomica-Verlag, 2009.

**Gesetzestexte/Verordnungen:**

Heimgesetz für Baden-Württemberg (Landesheimgesetz –LHeimG) vom 10. Juli 2008. GBl. vom 10. Juni 2008, 196.

Verordnung des Ministeriums für Arbeit und Soziales zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs (LHeimBauVO) vom 12. August 2009. GBL. vom 27. August 2009, 467-469.