

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Soziale Arbeit und Pflege
Studiendepartment Pflege und Management
Diplomstudiengang Pflege

**PFLEGEKOMPETENZ IN WOHNGEMEINSCHAFTEN FÜR
MENSCHEN MIT DEMENZ
- EINE EMPIRISCHE ERHEBUNG -**

Diplomarbeit zur Erlangung des Studienabschlusses
als Diplom-Pflegewirtin

Hamburg, den 15. Mai 2007

Vorgelegt von:

Carolin Goedeke

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuende Prüfende: Prof. Petra Weber

Zweite Prüfende: Prof. Dr. Susanne Busch

INHALT

DANKSAGUNG	4
EINLEITUNG.....	5
1. THEORETISCHER HINTERGRUND	9
1.1 Demenz	9
1.1.1 Definition und Verlauf.....	10
1.1.2 Veränderungen im Verhalten	13
1.1.3 Demenz - Ein Thema für Pflegende	14
1.2 Wohngemeinschaften für Menschen mit einer Demenz	15
1.2.1 Grundidee.....	17
1.2.2 Akteure	18
1.3 Pflegekompetenz.....	21
1.3.1 Der Kompetenzbegriff.....	21
1.3.2 Stufen zur Pflegekompetenz – Ein Modell nach P. Benner.....	23
1.3.2.1 „From Novice to Expert“ – Fünf Stufen der Pflegekompetenz	23
1.3.2.2 Zum Verhältnis von Theorie und Praxis.....	27
1.3.2.3 Bedeutung des Kontextes.....	29
1.3.3 Pflegekompetenz im Umgang mit Demenz.....	30
1.3.3.1 Aus dem IV. Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland..	31
1.3.3.2 Beispiele aus der Literatur der Pflegepraxis	32
1.3.3.3 Der person-zentrierte Ansatz nach T.Kitwood.....	34
1.3.4 Pflegekompetenz im Kontext Wohngemeinschaft.....	35
1.4 Zusammenfassung.....	39
2. EMPIRISCHE ERHEBUNG.....	41
2.1 Fragestellung und Zielsetzung.....	41
2.2 Methode der Datenerhebung.....	42
2.2.1 Gruppendiskussion	42
2.2.2 Begründung für die Methodenwahl.....	44

2.2.3 Leitfaden	45
2.2.4 Durchführung der Gruppendiskussionen	46
2.2.5 Aufzeichnung der Gruppendiskussionen	47
2.3 Methode der Datenanalyse.....	47
2.3.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials	48
2.3.2 Entwicklung eines Kategorienrasters	49
2.3.3 Paraphrasenbildung und Zuordnung	50
2.3.4 Überarbeitung des Kategorienrasters	50
2.4 Ergebnisse.....	51
2.4.1 Beschreibung der Kategorien.....	51
2.4.1.1 Haltungen, Einstellungen und Eigenschaften der Person	52
2.4.1.2 Alltagsgestaltung	52
2.4.1.3 Arbeiten in einem Team.....	53
2.4.1.4 Bewältigung von herausfordernden Situationen	54
2.4.1.5 Rahmenbedingungen	56
2.4.2 Interpretation der Kategorien.....	58
3. RESÜMEE	62
3.1 Kritische Diskussion der Ergebnisse	62
3.2 Ausblick.....	65
LITERATURVERZEICHNIS	67
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	72
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	73

DANKSAGUNG

Die vorliegende Arbeit hätte nicht entstehen können, wären nicht Pflegende bereit gewesen aus ihrer täglichen Arbeit zu berichten und miteinander in den Austausch zu treten. Daher gilt mein Dank insbesondere den beteiligten Pflegenden der in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften tätigen Pflegedienste, die offen über ihre tägliche Arbeit mit den dort lebenden demenziell erkrankten Menschen berichteten.

Zudem danke ich denen, die maßgeblich an der Entwicklung der Fragestellung und der Durchführung der Gruppendiskussionen beteiligt waren und darüber hinaus meine Arbeit kritisch beäugt und bereichert haben: Anke, Andrea, Britta, Nicole und Ulrike, habt Dank für inspirierende fachliche Auseinandersetzung und für alles andere auch.

Schließlich gilt ein besonderer Dank meiner Familie, die es mir durch Ihre Großzügigkeit, Ihr großes Verständnis und Ihre Unterstützung möglich gemacht hat, mich voll und ganz auf mein Studium konzentrieren zu können.

Außerdem ein großer Dank an einen kritischen Leser für Anregung, Durchhaltevermögen und viel Verständnis.

Diese Arbeit ist meinem Vater gewidmet, der mir gezeigt hat, an mich zu glauben, meinen eigenen Entscheidungen zu vertrauen und meinen Weg zu gehen. So sehr habe ich ihm gewünscht, dass er diese Arbeit hätte lesen und ihre Fertigstellung hätte miterleben dürfen.

Carolin Goedeke im Mai 2007

EINLEITUNG

Das Thema Demenz ist aus der aktuellen Diskussion um die immer älter werdende Gesellschaft und die in diesem Zusammenhang stehenden Fragen nach Kosten und notwendigen Veränderungen des bestehenden Gesundheitssystems nicht mehr wegzudenken. Aus unterschiedlichen Perspektiven wird dieses Thema diskutiert und betrachtet. So werden Maßnahmen der Prävention, die das Auftreten einer demenziellen Erkrankung verhindern können, diskutiert. Auch wird über mögliche medikamentöse Therapien, die ein Fortschreiten der Erkrankung aufhalten können, gesprochen und geforscht. Die ökonomische Belastung wird aufgegriffen und durch Zahlen manifestiert. Das Risiko der Demenzerkrankung im hohen Alter wird im vierten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 2002 als „große Herausforderung an Politik, Wissenschaft und Gesellschaft“¹ bezeichnet. In einer aktuellen Publikation des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden aktuelle Forschungen zum Thema Demenz vorgestellt² und es wird von einer Gesellschaft der Zukunft als einer Gesellschaft mit Demenz³ gesprochen. Auch hier ist von Herausforderungen die Rede, vor die eine Gesellschaft gestellt wird, in der die Menschen immer älter werden und somit das Risiko einer Zunahme von Pflegebedürftigkeit und demenziellen Erkrankungen steigt.

Menschen mit einer demenziellen Erkrankung verhalten sich anders. Als Folge der Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten nehmen sie die Umwelt offenbar anders wahr. Es ist nicht immer möglich, dieses Verhalten zu verstehen. Zu wenig ist bekannt über das Erleben der Betroffenen und darüber, was tatsächlich passiert, wenn jemand zuvor gehabte Fähigkeiten verliert und sich nicht mehr so verhält, wie es dem, was als normal und angemessen betrachtet wird, entspricht. Umso wichtiger ist es, anzuerkennen, dass die betroffenen Menschen trotz ihrer Erkrankung Bedürfnisse haben und auch weiterhin die Person sind, die sie bis zur Feststellung ihrer Erkrankung waren. Weiterhin haben sie ein Recht darauf, nicht ausschließlich auf ihre Erkrankung reduziert zu werden und ein Leben zu führen, das ihnen entspricht. Offenbar spielt die Gestaltung des Umfeldes

¹ vgl. BMFSFJ 2002, S. 44

² vgl. BMFSFJ 2006

³ ebenda, S. 6

eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, ob sich ein Mensch mit einer Demenz angenommen fühlt und ein ihm entsprechendes Maß an Lebensqualität erfährt. Viele Menschen mit einer demenziellen Erkrankung leben über einen langen Zeitraum in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung und werden von Mitgliedern ihrer Familien betreut.⁴

Wenn im Zusammenhang mit der Thematik Demenz und den Folgen dieser Erkrankung von einer Herausforderung die Rede ist, so kann in diesem Zusammenhang auch die Frage danach gestellt werden, wie eine Gesellschaft mit der Herausforderung umgeht, dass familiäre Unterstützung ausbleibt, entweder, weil die Belastung der Familie zu hoch wird oder weil ein familiäres Umfeld gar nicht erst zur Verfügung steht. Die Frage, wie Menschen im Alter wohnen möchten und können, um trotz des Risikos von Pflegebedürftigkeit und Krankheit ein möglichst selbständiges und ihnen entsprechendes Leben zu führen, steht ebenfalls in diesem Zusammenhang. Ein Leben in einer Institution, wie die eines Pflegeheimes, sieht nicht jeder als optimale Alternative. Wenn aber die private Häuslichkeit nicht mehr infrage kommt, wie muss dann ein entsprechendes Umfeld gestaltet sein und welche Alternativen zu institutionellen Einrichtungen stehen zur Verfügung?

Es hat sich ein Markt aufgetan, der versucht neue Ideen zu verwirklichen und Alternativen zu einem Leben im Pflegeheim zu entwickeln. Alternativen, die es möglich machen, trotz einer Erkrankung wie die der Demenz ein Leben in Würde, einem hohen Maß an Autonomie und in einem vertrauten und von Normalität geprägten Umfeld führen zu können.

Aus dieser Idee heraus sind Wohngemeinschaften für Menschen mit einer Demenz entstanden. Hier sollen Betroffene eine alternative Wohnform finden, wenn ein Leben allein in der gewohnten Umgebung nicht mehr möglich ist und die Betroffenen oder auch deren Angehörige sich gegen das Leben in einer institutionellen Pflegeeinrichtung entschieden haben. Es sind dann neben vorhandenen Angehörigen oder anderen vertrauten Personen, zu einem großen Teil professionell Pflegende, die in direkter Beziehung zu den dort lebenden Betroffenen stehen und deren Aufgabe es ist, das Leben mit ihnen gemeinsam zu gestalten und dieses zu begleiten.

⁴ vgl. Weyerer 2005, S. 25

So sind Wohngemeinschaften für Menschen mit einer Demenz mittlerweile, neben anderen Orten an denen Pflege stattfindet, zu einem Ort geworden, welcher an Bedeutung für die Pflege gewinnt.

Was macht Pflegende an diesem Ort und in diesem Zusammenhang handlungsfähig und wie gelingt es ihnen, Beziehungen zu den demenziell erkrankten Menschen aufzunehmen, um ihnen Wohlbefinden und Zufriedenheit zu ermöglichen? Spielen die Besonderheiten der Wohnform eine Rolle? Unter welchen Voraussetzungen findet hier nach Meinung der pflegerisch Tätigen gute und zufrieden stellende Pflege statt und welche Kompetenzen sehen sie als wichtige Voraussetzung an, um diese Art Pflege leisten zu können?

Mögliche Antworten auf diese Fragen zu finden, ist Ziel der vorliegenden Arbeit. Zu diesem Zweck soll zunächst eine Auseinandersetzung mit dem theoretischen Hintergrund dieser zur Beantwortung stehenden Fragen geführt werden.

Eingangs wird das Thema Demenz und die Bedeutung dieser Erkrankung für die Pflege beschrieben. Daran anschließend wird die Wohnform *Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz* erläutert und deren spezifischen Merkmale dargestellt. Schließlich findet eine Annäherung an den Begriff und die Bedeutung von „Pflegekompetenz“ statt. Dieser Annäherung liegt das von Patricia Benner im Jahr 1984 beschriebene Stufenmodell zur Pflegekompetenz⁵ zugrunde. Davon ausgehend wird ein Bezug zu Pflegekompetenz im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen hergestellt, um diesen schließlich in einen Zusammenhang mit der Wohnform *Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz* zu bringen.

Im zweiten Teil dieser Arbeit schließt sich eine empirische Erhebung zu der Frage an, was Pflegekompetenz aus Sicht von Pflegenden, die in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz tätig sind, ausmacht. Dieser Erhebung liegen Daten zugrunde, die im Rahmen eines studentischen Fachprojektes erhoben wurden.⁶ Innerhalb dieses Projektes sind Gruppendiskussionen mit Pflegeteams aus ambulant betreuten Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen geführt worden. Ziel dieser Gespräche war es, die für sie notwendigen Kompetenzen im Umgang mit den dort lebenden Menschen zu erfassen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen die Auswertung und die daraus resultierenden Ergebnisse dieser Erhebung vorgestellt werden und der Auswertungspro-

⁵ siehe Benner, Patricia *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, 1984

⁶ siehe Fachprojekt 2006

zess, sowie die der Datenerhebung zugrunde liegende Methodik erläutert werden. Abschließend werden die Ergebnisse kritisch diskutiert und in einen Zusammenhang zu den vorherigen theoretischen Überlegungen zu der Frage nach Pflegekompetenz gebracht.

1. THEORETISCHER HINTERGRUND

1.1 Demenz

Die Zahl derjenigen, die direkt von einer Demenz betroffen sind, steigt. Derzeit sind es Schätzungen zufolge etwa eine Million Menschen in Deutschland, bei denen eine demenzielle Erkrankung diagnostiziert wurde. Es gibt aktuell keine Hinweise dahingehend, dass sich im Rahmen der Entwicklung präventiver oder therapeutischer Maßnahmen ein Durchbruch abzeichnet, der den Ausbruch der Krankheit Demenz beeinflussen könnte, so dass voraussichtlich im Jahr 2020 die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen auf über 1,4 Millionen ansteigen wird.⁷ Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko einer demenziellen Erkrankung rasant an. Sind es in der Gruppe der 65 bis 69-Jährigen noch 2%, die von der Erkrankung betroffen sind, so steigt der Anteil in der Gruppe der über 90jährigen auf über 30%.⁸ In einer Bevölkerung, deren Lebenserwartung steigt, sind diese Zahlen alarmierend.

Diese Zahlen und Prognosen werden des Öfteren zitiert, um das Ausmaß der Problematik Demenz, die damit einhergeht, deutlich zu machen. Hinzukommt, dass nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch deren Angehörige und das dazugehörige Umfeld zu den Betroffenen zu zählen sind, die mit den Konsequenzen, die eine demenzielle Erkrankung nach sich zieht, leben und zurechtkommen müssen. Bezieht man diesen indirekt von einer Demenz betroffenen Personenkreis mit ein, so erhöhen sich die oben genannten Zahlen um ein Vielfaches.

Ist von Demenz die Rede, so werden häufig unterschiedliche Begrifflichkeiten gebraucht, die nicht immer eindeutig sind. So wird mal von Alzheimer gesprochen, mal von Altersdemenz oder einem demenziellen Syndrom oder auch im populären Jargon von Altersverwirrtheit, von Senilität bzw. seniler Altersdemenz.

Die Demenz ist eine psychische Erkrankung, die von den normalen kognitiven Veränderungen des Alters zu unterscheiden ist.⁹ Im Folgenden soll der Begriff Demenz näher bestimmt werden. Der Verlauf der Erkrankung und die damit verbundenen Veränderun-

⁷ vgl. Weyerer 2005, S. 25

⁸ ebenda, S. 7

⁹ ebenda, S. 8

gen im Verhalten der Betroffenen werden dargestellt. Zudem soll deutlich gemacht werden, dass Demenz ein Thema ist, welches insbesondere auch die Pflege betrifft.

1.1.1 Definition und Verlauf

Der Begriff Demenz wird als Oberbegriff für eine Vielzahl von Krankheitsbildern verwendet, die auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sind, deren Symptomatik und Auswirkung sich aber ähnelt oder gleicht. So werden mittlerweile mehr als 70 Demenzformen unterschieden¹⁰, wobei die häufigste Form die Demenz vom Typ Alzheimer ist, die auch zu den degenerativen Demenzen gezählt wird. Etwa 70% aller Demenzen lassen sich zu diesem Typ zählen. Eine weitere Demenzform ist die der vaskulären Demenz, die auf Durchblutungsstörungen des Gehirns zurückzuführen ist und etwa 15% aller Demenzen ausmacht. Auf die übrigen Formen der Demenz fallen demnach etwa 15%.¹¹ Es wird zudem unterschieden zwischen primären Demenzen, die auf eine direkte Hirnschädigung zurückgeführt werden können und sekundären Demenzen, die als Folge anderer Erkrankungen hervorgerufen werden. Die Demenz vom Typ Alzheimer und die vaskuläre Demenz werden zu den primären Demenzen gezählt.

Allgemein lässt sich eine Demenz als ein Syndrom definieren, welches als „Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen“¹² zu betrachten ist. Auch wirkt sich eine Demenz auf Stimmung- und Verhaltensmuster einer Person aus. Die Frage, ob sich im Laufe einer Demenzerkrankung die Persönlichkeit des Betroffenen verändert oder gar von einem Verlust dieser gesprochen werden kann, ist kritisch zu betrachten.¹³ Die Veränderungen in Bezug auf die Stimmung und das Verhalten eines demenziell erkrankten Menschen, sind immer auch vor dem Hintergrund des veränderten Verhaltens seiner Umgebung auf die Erkrankung zu betrachten und können nicht losgelöst von diesen gesehen werden. Es ist daher nicht eindeutig zu identifizieren, ob es sich um Veränderungen aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen handelt oder ob die Veränderungen in

¹⁰ vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 21

¹¹ vgl. Weyerer 2005, S. 9

¹² vgl. ebenda, S. 7

¹³ vgl. Kitwood 2005, S. 55

Stimmung und Verhalten als eine Reaktion, auf das veränderte Verhalten der Umwelt des demenziell erkrankten Menschen zu betrachten ist.

Um die Auswirkungen und das Fortschreiten einer demenziellen Erkrankung zu beschreiben wird auf die Einteilung in Stadien oder Schweregrade zurückgegriffen. Neben einer möglichen Differenzierung in sieben Stadien einer Demenz¹⁴, wird häufig eine Einteilung in drei Stadien vorgenommen.¹⁵ Hier wird unterschieden zwischen einer *leichten*, *mittelschweren* und *schweren Demenz*. Kitwood sieht diese Möglichkeit der Beschreibung einerseits als hilfreich an, wenn es darum geht, die Einschränkungen der Person, die von einer Demenz betroffen ist, zu beschreiben. Er merkt aber andererseits an, dass die Gefahr besteht, durch dieses eher „technische Niveau“,¹⁶ die „Einzigartigkeit von Personen zu verschleiern.“¹⁷

Ohne Zweifel sind das Erleben einer Erkrankung, sowie der Umgang mit damit einhergehenden Veränderungen und Einschränkungen ein individuelles Geschehen, welches sich von Außenstehenden nur schwer erfassen lässt. Geht eine Erkrankung noch dazu mit kognitiven Veränderungen einher, die es ab einem gewissen Zeitpunkt unmöglich machen, das unmittelbare Erleben aus der direkten Perspektive der Betroffenen durch Erzählungen zu erfahren, wird es ungleich schwerer.

Um aber einen ausschnitthaften Überblick in Bezug auf die mit einer demenziellen Erkrankung einhergehenden Beeinträchtigungen geben zu können, soll hier dennoch auf die 3-Stadien-Einteilung zurückgegriffen werden, damit die wichtigsten Auswirkungen der Demenz skizziert werden können. Diese Darstellung ist keineswegs vollständig und dient lediglich dazu, die Krankheitsauswirkungen zu verdeutlichen.

I. Stadium der leichten Demenz

Eine Demenz gilt als leicht, wenn die betroffene Person immer noch die Fähigkeit besitzt, allein zurechtzukommen. Erste Symptome wie eine beginnende Vergesslichkeit, Störungen der Konzentration, die Schwierigkeit längeren Gesprächen zu folgen oder Einbußen in Bezug auf zeitliche und räumliche Orientierung werden von den Betroffenen sehr bewusst wahrgenommen. Durch Kompensationsmechanismen wird seitens der

¹⁴ vgl. Falk 2004, S. 51

¹⁵ vgl. Schwerdt/Tschainer 2006, S. 196 ff

¹⁶ vgl. Kitwood 2005, S. 43

¹⁷ vgl. ebenda

Erkrankten versucht, diese Defizite vor ihrer Umgebung zu verbergen. Sie schränken ihren Bewegungsradius auf die vertraute Umgebung ein und vermeiden eventuell soziale Kontakte, in denen ihre Defizite deutlich werden könnten.¹⁸

II. Stadium der mittelschweren Demenz

Die demenziell Erkrankten spüren zunehmend die Unfähigkeit, den Alltag allein zu bewältigen und bedürfen der Hilfe in der täglichen Lebensführung. Die Vergesslichkeit nimmt zu und ebenso die Schwierigkeiten der Orientierung. Zeitweise werden vertraute Menschen oder Umgebungen nicht mehr erkannt und alltägliche Tätigkeiten, wie das Anziehen oder Kochen, werden vergessen. Häufig befinden sich die Betroffenen in Erinnerungen an ihre Vergangenheit und nehmen diese als für sie aktuell erlebte Realität wahr.¹⁹

Hinzu kommt eine Veränderung des Sprachvermögens, welches sich zum Teil in der Schwierigkeit äußert, Worte zu finden oder durch verlangsamtes und floskelhaftes Sprechen. In diesem Stadium wird das Bewusstsein für die eigene Erkrankung zunehmend weniger.

III. Stadium der schweren Demenz

Der demenziell Erkrankte ist dauerhaft auf Hilfe und Unterstützung in der Bewältigung seines alltäglichen Lebens angewiesen. Insbesondere die verbalen Kommunikationsmöglichkeiten sind nun stark beeinträchtigt, wohingegen emotionale Fähigkeiten und die Fähigkeit, auf äußere Reize zu reagieren, noch vorhanden sind.²⁰ In diesem Stadium kann es zusätzlich zu Einschränkungen der Motorik kommen, die auch mit einer Harn- und Stuhlinkontinenz einhergehen können.

Hinzuzufügen ist, dass sich nicht alle hier beschriebenen Auswirkungen und Symptome der Erkrankung eindeutig dem einen oder dem anderen Stadium zuordnen lassen und nicht immer treten alle Symptome gleichermaßen auf.

¹⁸ vgl. Weyerer 2005, S. 16

¹⁹ vgl. Gutzmann/Zank 2005, S. 64

²⁰ vgl. Weyerer 2005, S. 16

1.1.2 Veränderungen im Verhalten

Neben den bereits beschriebenen kognitiven Auswirkungen einer Demenz, äußert sich eine Demenz darüber hinaus in einem veränderten Verhalten. Meist ist es dieses veränderte Verhalten, welches den Umgang mit demenziell Erkrankten erschwert, da es für Dritte nicht immer nachvollziehbar ist.

Schreien, Herumwandern, Aggressivität oder ein apathischer Rückzug seitens des demenziell erkrankten Menschen, ist für Angehörige, Pflegende oder andere ihnen nahe stehende Personen nicht leicht auszuhalten. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass demenziell erkrankte Menschen oft keine andere Möglichkeit haben, als sich auf diese Art und Weise auszudrücken. Reagiert das Umfeld abweisend, so kann dies noch zu einer negativen Verstärkung des Verhaltens führen.²¹

Das veränderte Verhalten von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung wird zum Teil auch als störendes oder auffälliges Verhalten²² beschrieben. Diese Form, das Verhalten der Betroffenen zu klassifizieren ist jedoch kritisch zu betrachten, da hier unterstellt wird, es gäbe ein der Norm entsprechendes und somit *nicht störendes* oder *unauffälliges* Verhalten und ein davon abweichendes, also auffälliges oder störendes Verhalten, welches als nicht normal zu betrachten wäre.²³

Es kann aber davon ausgegangen werden, dass auch ein Mensch mit einer demenziellen Erkrankung durchaus Gründe hat für sein Verhalten und es aus seiner Perspektive, sehr wohl als normal zu betrachten ist. Bartholomeyczik und Halek schlagen daher den aus dem englischen entnommenen Begriff des „herausfordernden Verhaltens“ (*challenging behaviour*) vor.²⁴ Dieser stammt aus dem Bereich der Lernbehinderung und bezeichnet ein Verhalten dann als herausfordernd, wenn es aufgrund von „Intensität, Dauer und Häufigkeit die körperliche Sicherheit der Person selbst, aber auch anderer bedroht; oder aufgrund dessen den Betroffenen der Zugang zu üblichen kommunalen Einrichtungen eingeschränkt oder sogar verweigert wird.“²⁵ Die Autorinnen sehen diesen Begriff als sinnvoll im Zusammenhang mit der Beschreibung veränderten Verhaltens an, da er die Reaktion der Umgebung auf das Verhalten eines Menschen mit Demenz in den Mittel-

²¹ vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 9

²² vgl. ebenda

²³ vgl. ebenda

²⁴ vgl. ebenda 2006, S. 22

²⁵ vgl. ebenda

punkt stellt und das Verhalten erst dann zu einem herausfordernden wird, wenn andere darauf reagieren.

Verschiedene Verhaltensweisen demenziell erkrankter Menschen können zu herausforderndem Verhalten in oben beschriebenem Sinne werden. Die aufgeführten Verhaltensweisen sind nicht zwangsläufig als Symptome einer Demenz zu betrachten, sondern können zum Teil als Reaktion des demenziell erkrankten Menschen auf seine Umwelt gesehen werden. Da sie aber in Zusammenhang mit der Demenz stehen und aufgrund dieser Verhaltensveränderungen häufig Probleme im Umgang mit Betroffenen entstehen, sollen hier beispielhaft einige der am häufigsten mit einer Demenz in Verbindung gebrachten Veränderungen im Verhalten erwähnt werden.

Es wird zum einen von aggressiven Verhaltensweisen berichtet, die sich sowohl verbal als auch körperlich ausdrücken können.²⁶ Des Weiteren zählen Herumgehen, Herumläufeln und Wandern²⁷ zu häufig wahrgenommenen Verhaltensweisen, was zum Teil auch zur Folge hat, dass die demenziell Erkrankten die Wohnung oder das Pflegeheim verlassen oder verlassen wollen. Ebenso häufig in Verbindung mit einer demenziellen Erkrankung scheinen vokale Störungen zu sein, die sich unter anderem in „anhaltendem Schreien, wiederholten Vokalisierung, kontinuierlichem Gequassel, Gemurmel, Singen, Brummen, sowie Fluchen, Grunzen und bizarren Geräuschen“²⁸ ausdrücken können. Eine weitere Verhaltensweise, die mit einer Demenz in Zusammenhang gebracht werden kann, ist die der Passivität und des Rückzuges bis hin zu Anzeichen, die denen einer Depression gleichkommen.²⁹

1.1.3 Demenz - Ein Thema für Pflegende

Einer der wichtigsten Gründe für einen Umzug aus der privaten Häuslichkeit in ein stationäres Pflegeheim ist das Auftreten einer demenziellen Erkrankung.³⁰ Schätzungsweise sind etwa 60% der Bewohner in stationären Einrichtungen der Altenpflege von einer

²⁶ vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 38 und Domdey 1996, S. 101

²⁷ vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 33

²⁸ vgl. ebenda, S. 41

²⁹ vgl. Gutzmann/Zank 2005, S. 32

³⁰ vgl. Weyerer 2005, S. 21

Demenz betroffen.³¹ Auch wenn es für den ambulanten Sektor der Pflege keine gesicherten Zahlen gibt, kann man davon ausgehen, dass auch hier Pflegende zunehmend mit Patienten konfrontiert sind, die Anzeichen demenzieller Erkrankungen aufweisen. Das Thema Demenz ist demnach zwangsläufig ein Thema für die Pflege.

Es sind Pflegende, die hier Beziehungen gestalten, Kontakte zu betroffenen Angehörigen halten und mit den Veränderungen im Verhalten demenziell erkrankter Menschen umgehen. Pflegende wenden Methoden an oder setzen Konzepte um, die für den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen entwickelt wurden. Pflegende sind es, die darüber berichten können, ob es gelingt einen Zugang zu einem Menschen mit einer Demenz zu finden, da sie diejenigen sind, die in Pflegeeinrichtungen oder bei ambulanten Diensten die Aufgaben der pflegerischen Versorgung übernehmen.

Geht man darüber hinaus davon aus, dass auch umgebende Faktoren, also der Umgang mit den Betroffenen, sowie die Gestaltung des Umfeldes einen Einfluss auf das Wohlbefinden und den Zustand der demenziell erkrankten Menschen haben, so können Pflegende hier einen entscheidenden Beitrag leisten, wenn es um einen entsprechenden Umgang mit demenziell erkrankten Menschen geht.

In der Frage welche möglichen Alternativen es neben stationären Einrichtungen der Pflege in der Betreuung und Pflege demenziell erkrankter Menschen geben kann und wie die Gestaltung der Pflege vor Ort möglicherweise aussehen kann, könnten Pflegende aufgrund ihrer Erfahrungen und ihres Wissens einen wichtigen Beitrag leisten.

Die aufgeführten Aspekte machen deutlich, dass das Thema Demenz neben der einleitend erwähnten „Herausforderung an Politik, Wissenschaft und Gesellschaft“³² eben auch eine Herausforderung an die Pflege, deren Praxis und Kompetenz darstellt.

1.2 Wohngemeinschaften für Menschen mit einer Demenz

Es existieren verschiedene Wohnformen, in denen versucht wird den Bedürfnissen demenziell erkrankter Menschen entgegen zu kommen. Das Prinzip von Vertrautheit, Normalität und einer möglichst selbständigen Alltagsgestaltung in kleinen überschauba-

³¹ vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 21

³² vgl. BMFSFJ 2002, S. 44

ren Gruppen mit familienähnlichem Charakter liegt diesen Wohnformen zugrunde. So gehen große Pflegeeinrichtungen dazu über, kleine Wohneinheiten zu bilden, um dem Einrichtungscharakter entgegenzuwirken und eine für demente Menschen vertrautere Atmosphäre zu schaffen. Es existieren so genannte Hausgemeinschaften³³, die ebenfalls das Prinzip von Vertrautheit und Normalität für die betroffenen Bewohner als zentrale Faktoren des alltäglichen Lebens anerkennen. Des Weiteren werden Wohngemeinschaften auch im stationären Kontext unter den Bedingungen des Heimgesetzes umgesetzt.³⁴

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind eine weitere Alternative im Rahmen der möglichen Wohn- und Betreuungsformen von Menschen mit einer Demenz. Die ersten Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen in Deutschland entstanden zu Beginn der 90er Jahre in Berlin. Der *Verein Freunde alter Menschen*³⁵ hat die Idee, die auch im europäischen Ausland anzutreffen ist, so z.B. in Frankreich, Schweden oder den Niederlanden³⁶ und den Berliner Initiatoren zum Teil als Vorbild bzw. Inspiration für die Umsetzung hierzulande diente, als einer der ersten aufgegriffen und umgesetzt. Angaben des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) zufolge existierten im Jahr 2004 in Berlin die meisten Wohngemeinschaften ambulanten Charakters, gefolgt von Nordrhein-Westfalen und Bielefeld in Niedersachsen.³⁷ Zunehmend breitet sich das Modell der ambulant betreuten WG aber auch auf alle anderen Bundesländer aus. Zum Teil werden Koordinierungsstellen eingesetzt, wie etwa in Hamburg³⁸, die als Anlaufstelle für Interessenten und Initiatoren dienen sollen. Das Interesse an dieser Art Wohnform ist groß und gewinnt immer mehr an Bedeutung.

Da die dieser Arbeit zugrunde liegende Frage nach Pflegekompetenz auf den Bereich solch ambulanter Wohngemeinschaften bezogen ist, sollen die Grundzüge und wesentlichen Merkmale, sowie die beteiligten Akteure und deren Verhältnis zueinander im Folgenden erläutert werden.

³³ vgl. Crößmann/Börner 2005, S. 15

³⁴ vgl. Pawletko 2004, S. 15

³⁵ näheres hierzu siehe: <http://www.freunde-alter-menschen.de/-demenzwgs.html>

³⁶ vgl. Klie 2002

³⁷ vgl. KDA 2004, S. 16

³⁸ hier existiert seit 2006 die *Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften* bei der Statbau Hamburg GmbH

1.2.1 Grundidee

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen werden als eine Alternative zu institutionellen Einrichtungen der Betreuung und Pflege gesehen. Vermieter des Wohnraumes und Anbieter der Pflegeleistungen unterscheiden sich, so dass eine solche Wohngemeinschaft nicht unter den heimrechtlichen Kontext gestellt wird.³⁹

Grundsätzliche Idee dieser Art Wohngemeinschaft ist es, den betroffenen Menschen außerhalb institutioneller Strukturen ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes Leben, in einer familienähnlichen Gemeinschaft zu ermöglichen.⁴⁰ Es wird versucht, auf diese Art den Erkenntnissen um die Bedeutung von „Umweltbedingungen und [...] spezifischem Milieu in der Versorgung von Menschen mit Demenz [...] und der Bedeutung der Gemeinschaft“⁴¹, die offenbar auch auf die Veränderungen im Verhalten demenziell erkrankter Menschen Wirkung hat, entgegenzukommen.

In der Regel leben etwa sechs bis zwölf Menschen in einem gemeinsamen Haushalt zusammen, in dem jeder sein eigenes Zimmer bewohnt. Alle anderen Räumlichkeiten, wie Küche, Bad und Esszimmer werden, wie in einer Wohngemeinschaft üblich, gemeinsam genutzt. Die Räumlichkeiten sind ausgestattet mit eigenen Möbeln und Gegenständen der dort lebenden Menschen. Die Gestaltung der Umgebung mit bekannten Dingen, soll den Betroffenen Orientierungshilfe sein und Vertrauen vermitteln. Im Mittelpunkt steht die Alltagsgestaltung, die sich an den bisherigen Gewohnheiten und Interessen der in der Wohngemeinschaft lebenden Menschen orientiert. Die Gestaltung des Alltags wird gemeinsam zwischen Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und Pflegenden ausgehandelt. Sie ist also weder vorgegeben, noch an bestehende Strukturen gebunden. So ist es zum Beispiel möglich, dass diejenigen, die es gewohnt waren bereits sehr früh zu Bett zu gehen, dies ebenso tun können wie diejenigen, die erst zu späterer Stunde schlafen möchten. Ein gewohntes frühes Frühstück ist ebenso möglich, wie ein Frühstück, dass erst am Vormittag eingenommen wird.

Die Wohngemeinschaft soll den dort lebenden demenziell erkrankten Menschen ein Zuhause sein, in dem ihnen ein Leben bis zu ihrem Tod möglich ist.

³⁹ vgl. Pawletko 2004, S. 34

⁴⁰ vgl. Klie 2002, S. 119

⁴¹ vgl. ebenda, S. 29

1.2.2 Akteure

Verschiedene Akteure sind an einer Wohngemeinschaft des oben beschriebenen Typs beteiligt: Vermieter, Pflegedienst, Angehörige oder gesetzliche Betreuer, sowie die Pflegebedürftigen selbst. Diese einzelnen Akteure stehen miteinander in Kontakt und nehmen unterschiedliche Rollen und Aufgaben wahr, die miteinander im Wechselspiel stehen. (Abb.1 zeigt die einzelnen Akteure und deren Verhältnis zueinander)

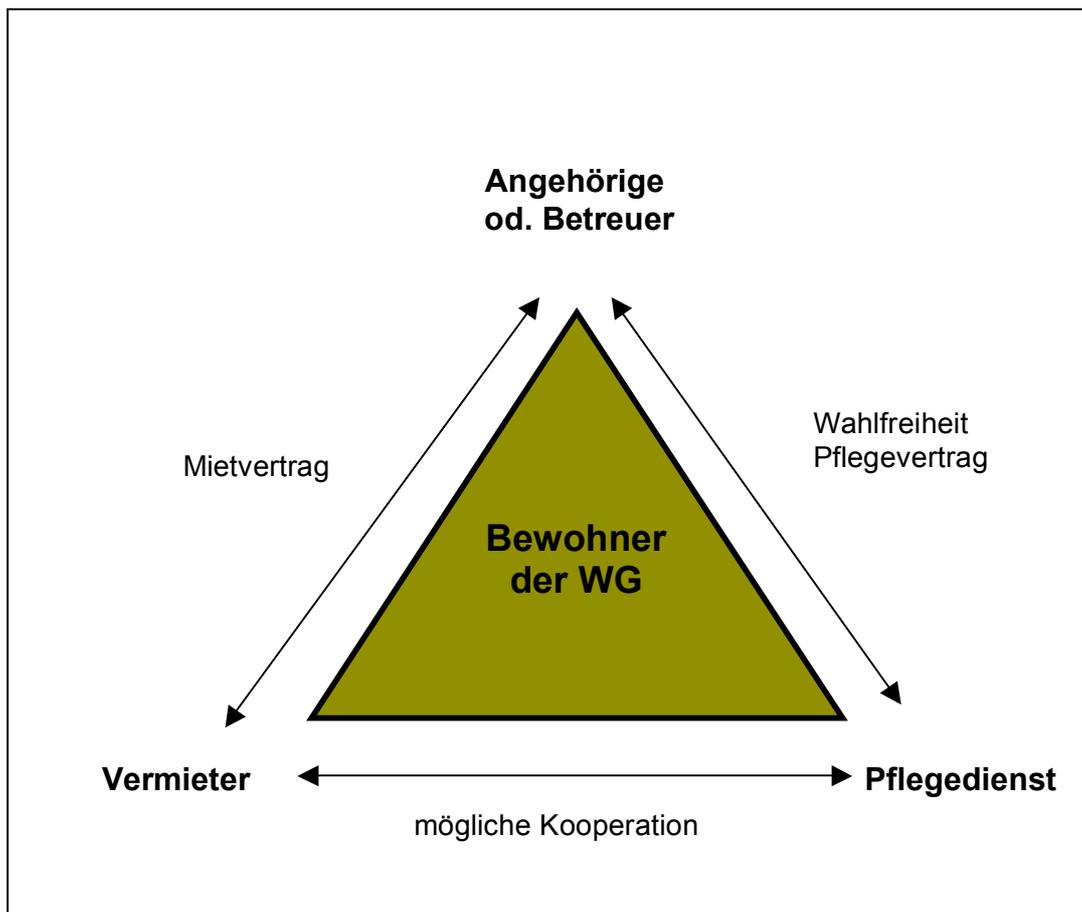


Abbildung 1: Akteure ambulant betreute Wohngemeinschaft

Wie bereits erwähnt, ist eines der entscheidenden Kriterien ambulant betreuter Wohngemeinschaften, die Trennung von Anbieter der Pflegeleistung und demjenigen der Wohnraum zur Verfügung stellt. Der Vermieter übernimmt hier die Rolle eines herkömmlichen Vermieters und schließt mit den einzelnen in der Wohngemeinschaft lebenden Menschen bzw. mit deren Angehörigen oder den entsprechenden gesetzlichen Vertretern Mietverträge nach privaten mietrechtlichen Bestimmungen ab. Demnach

handelt es sich um die private Häuslichkeit der dort lebenden Menschen. Sie sind Mieter der Wohnräume. Durch diesen Status des Mieters soll ihnen ein „hohes Maß an Freiheit und Rechten“⁴² zuteil werden.

Pflegeleistungen werden von ambulanten Pflegediensten vollbracht, die somit die Rolle eines Gastes in der privaten Häuslichkeit der pflegebedürftigen Menschen einnehmen. Allerdings ist es üblich, dass eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung⁴³ geleistet wird, so dass über 24 Stunden und sieben Tage die Woche eine Betreuungsperson vor Ort ist. Die Leistungen der Pflegedienste umfassen Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Betreuung, in die die Mieter weitestgehend und nach den noch vorhandenen Möglichkeiten miteinbezogen werden. Die Wahl des Pflegedienstes obliegt den Mietern, also den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern. Damit ist gewährleistet, dass jederzeit die Möglichkeit besteht, den Pflegedienst zu wechseln. Es gelten die Regelungen für häusliche Pflege gemäß dem Sozialgesetzbuch⁴⁴ sowie die allgemeinen Bestimmungen des Verbraucherschutzes.⁴⁵

Wie bereits angedeutet handeln Angehörige oder, falls diese nicht zur Verfügung stehen, zuständige gesetzliche Betreuer im Interesse der in der Wohngemeinschaft lebenden Pflegebedürftigen, d.h. sie treten stellvertretend als Mieter auf und sind für sämtliche Belange die Wohnung betreffend zuständig. Darüber hinaus vertreten sie die Interessen des Pflegebedürftigen ebenso gegenüber den Pflegediensten.

Gewünscht ist, dass sich aus den hier beschriebenen Rollen eine gegenseitige Kontrolle entwickelt, so dass die Qualität der Pflege und Betreuung, sowie eine dem Wohlbefinden der demenziell erkrankten in der Wohngemeinschaft lebenden Menschen entsprechende Umgebung nach oben genannten Prinzipien gewährleistet ist.

Allerdings wird die Frage der Qualitätskontrolle derzeit diskutiert, da z.B. die Rolle der Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer nach dem oben gewünschten Modell der Qualitätskontrolle in jedem Fall eine aktive Rolle sein müsste. Dies kann aus verschiedenen Gründen nicht immer gewährleistet werden, zum einen, weil Angehörige sich aus ihrer aktiven Rolle zurückziehen oder zum anderen, weil sie aus Zeitgründen gar nicht dazu in der Lage wären. Hinzukommt, dass aufgrund der fehlenden äußeren Kontrollinstanz

⁴² vgl. Klie 2002, S. 120

⁴³ vgl. KDA 2006, S. 12

⁴⁴ siehe SGB 2006: Soziale Pflegeversicherung

⁴⁵ vgl. KDA 2006, S. 11

die Gefahr besteht, dass hier auch Angebote gemacht werden könnten, die nicht dem Bedarf der betroffenen demenziell erkrankten Menschen entsprechen.⁴⁶ So werden verschiedene Möglichkeiten betrachtet, dem entgegen kommen zu können und dennoch den Charakter der ambulant betreuten Wohngemeinschaft zu erhalten. Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg hat beispielsweise Empfehlungen für die Qualität dieser Art Wohngemeinschaft formuliert.⁴⁷ Anderenorts sind ähnliche Maßnahmen entstanden, die hier zur Wahrung der Grundidee von ambulant betreuten Wohngemeinschaften geschaffen werden.⁴⁸

Initiatoren solcher Art Wohngemeinschaften können sowohl Angehörige, ambulante Pflegedienste als auch Vermieter von Wohnraum sein. Möglich ist auch, dass z.B. Pflegedienste geeignete Anbieter von Wohnraum als Kooperationspartner gewinnen, um eine ambulant betreute Wohngemeinschaft umzusetzen (*siehe Abb. I*). Auch andere Formen der Kooperation sind denkbar. Um den Status des ambulanten Charakters zu gewährleisten, ist jedoch grundsätzlich die Trennung von Pflegeanbieter und Wohnraumanbieter, sowie die freie Wahl des Pflegedienstes erforderlich.

Die Rolle der Pflegenden in einer ambulanten Wohngemeinschaft ist, wie bereits beschrieben, die eines Gastes in der privaten Häuslichkeit der zu versorgenden demenziell erkrankten Menschen. Die Pflegenden sind üblicherweise angestellte Mitarbeiter des ausgewählten Pflegedienstes. Da aber häufig eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung praktiziert wird, sind Pflegende und andere an der Versorgung beteiligte Mitarbeiter des Pflegedienstes (z.B. Hauswirtschafterinnen oder ungelernete Kräfte) permanent im Schichtsystem vor Ort, was das Einhalten der Gastrolle zum Teil erschwert. Zudem geht mit der Idee der Wohngemeinschaft das Prinzip der Kontinuität pflegerischer Beziehungen einher, so dass ein festes Team von Mitarbeitern für die Wohngemeinschaft ausgewählt wird und über einen langen Zeitraum dort tätig ist.

⁴⁶ vgl. KDA 2006, S. 135

⁴⁷ vgl. siehe BSG Hamburg 2006

⁴⁸ vgl. KDA 2006, S. 136 ff

1.3 Pflegekompetenz

Bevor der Begriff der Pflegekompetenz an dieser Stelle thematisiert wird, sollen zunächst einige allgemeine Überlegungen zu der Frage, was Kompetenz ausmacht, vorangestellt werden. Aus unterschiedlichen Perspektiven lässt sich der Begriff der Kompetenz betrachten. Hier soll zum einen eine allgemeine Beschreibung vorgestellt werden, um daran anschließend zu einer Beschreibung überzugehen, die den Kompetenzbegriff aus der Perspektive beruflichen Handelns betrachtet. Schließlich wird der Begriff der Pflegekompetenz aufgegriffen, der dann anhand des Modells von Patricia Benner erläutert wird.

1.3.1 Der Kompetenzbegriff

Eine allgemeine Beschreibung von Kompetenzen findet sich z.B. bei Olbrich. Er sieht Kompetenz nicht als ein „stabiles Konstrukt, Kompetenzen sind vielmehr zeitlich variabel. Kompetenz darf aber auch nicht als ein generelles (übersituatives) oder universelles (überindividuelles) Konstrukt aufgefasst werden. Kompetenzen werden vielmehr in jeder Entwicklungsperiode für jeden Menschen – und zwar spezifisch nach Maßgabe der Anforderungen seiner Lebenssituation ebenso wie nach Maßgabe seiner individuellen Ressourcen beschreibbar.“⁴⁹ Olbrich sieht Kompetenz demnach als individuellen, dynamischen und veränderbaren Prozess, der von den jeweiligen Anforderungen abhängig ist, die an Menschen gestellt werden.

Unter dem Begriff der Kompetenz lässt sich weiterhin all das zusammenfassen, was Menschen handlungsfähig macht.⁵⁰ So gesehen ist der Kompetenzbegriff anwendbar auf sämtliche Bereiche menschlichen Handelns unabhängig davon, ob es um alltägliches Handeln, Handeln in Bezug auf spezifische Situationen oder um berufliches Handeln geht. Der Kompetenzbegriff lässt sich also einschränken und auf verschiedene Handlungsfelder anwenden.

Bezogen auf berufliches Handeln kann hier das herangezogen werden, was unter dem Begriff *berufliche Handlungskompetenz* zusammengefasst wird, nämlich „die Fähigkeit und Bereitschaft des Menschen, in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, per-

⁴⁹ vgl. Olbrich, E. in Piechotta 2000, S. 43

⁵⁰ vgl. Olbrich, C. 1999, S. 28

sönlich durchdacht und in gesellschaftlicher Verantwortung zu handeln sowie seine Handlungsmöglichkeiten ständig weiterzuentwickeln“⁵¹ Üblicherweise wird die berufliche Handlungskompetenz in vier Kompetenzbereiche differenziert: *Fachkompetenz*, *Methodenkompetenz*, *Sozialkompetenz* und *personale Kompetenz*.⁵²

Unter *Fachkompetenz* werden „die Breite und Aktualität des Wissens innerhalb einer Disziplin und an den Schnittstellen zu anderen Disziplinen sowie das fachübergreifende Wissen und das Allgemeinwissen gefasst.“⁵³

Methodenkompetenz „zeichnet sich dadurch aus, dass der Mensch instrumentell selbst organisiert handelt und damit auch bestimmte Aufgaben- und Problemstellungen durch ‚geistiges Vorwegdenken‘ lösen kann.“⁵⁴ Des Weiteren werden hier die Fähigkeit, sich Informationen zu beschaffen und diese umzusetzen, sowie „Organisationsgeschick und schriftliches wie mündliches Ausdrucksvermögen“⁵⁵ zusammengefasst.

Unter *Sozialkompetenz* werden diejenigen Fähigkeiten verstanden, die als Voraussetzung für soziale Interaktion und soziales Handeln betrachtet werden. Dies sind im weitesten Sinne sprachliche, kognitive und interaktive Fähigkeiten, die differenziert als Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, sowie Team- und Konfliktfähigkeit beschrieben werden.⁵⁶

Die *personale Kompetenz* bezieht sich auf Faktoren der Persönlichkeit, wie z.B. „Werthaltungen, Selbstbilder und Motive“.⁵⁷

Auch in der Pflege ist es üblich⁵⁸, diese vier Komponenten beruflicher Kompetenz heranzuziehen, wenn erforderliche Kompetenzen von Pflegekräften beschrieben werden sollen. Demnach lässt sich also die Frage danach, was *Pflegekompetenz* und demzufolge das, was Pflegenden in ihrem beruflichen Feld handlungsfähig macht, anhand dieser Komponenten beschreiben.

⁵¹ vgl. Schneider et al. 2003, S. 88

⁵² vgl. Poser et al. 2004, S. 71-73 und Schneider et al 2003, S.90/91

⁵³ vgl. Poser et al. 2004, S. 71

⁵⁴ vgl. Schneider et al. 2003, S. 90

⁵⁵ vgl. Poser et al. 2004, S. 71/72

⁵⁶ vgl. ebenda, S. 72/73

⁵⁷ vgl. Schneider et al. 2003, S. 91

⁵⁸ vgl. Poser et al. 2003, S. 70 ff

Da sich berufliche Kompetenzen, in diesem Falle also pflegerische Kompetenzen, jedoch nicht unabhängig von beruflicher Erfahrung und dem Kontext, in den sie in der Praxis eingebettet sind, betrachten lassen, bietet sich ein Modell an, welches versucht diesen Bedingungen gerecht zu werden. Dieses Modell und die damit verbundene Sicht auf Inhalt und Bedeutung dessen, was unter dem Begriff der Pflegekompetenz zu verstehen ist, soll im Folgenden beschrieben und erläutert werden. Es kommt auch dem entgegen, was in der zu Beginn zitierten Auffassung Olbrichs zum Ausdruck kommt, dass es sich in der Frage um Kompetenz um ein dynamisches veränderbares Geschehen handelt, welches nicht unabhängig von Zeit und Anforderungen betrachtet werden kann.

1.3.2 Stufen zur Pflegekompetenz – Ein Modell nach P. Benner

Patricia Benners Modell entstand im Rahmen einer Forschungsarbeit, die anhand von Interviews und Beobachtungen von Pflegenden in beruflichen Situationen und mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund, praktisches klinisches Wissen beschreiben und sichtbar machen sollte.⁵⁹ Sie ging in ihrem Forschungsvorhaben der Frage nach, worin sich pflegerische Praxis und damit verbundene Kompetenz zeigt und wie Kompetenzen und darüber hinausgehendes Expertenwissen erworben werden. In ihrem Modell wird der Erwerb von Kompetenzen anhand von fünf Stufen beschrieben.

Dieses Modell entstammt ursprünglich der Ausbildung von Piloten und deren Fähigkeit, in Notfallsituationen zu reagieren. Patricia Benner hat dieses Modell auf die klinische Krankenpflege angewandt.

Im Folgenden sollen zunächst die Inhalte dieses Modells des Kompetenzerwerbs in Bezug auf die Pflege beschrieben werden. Im Anschluss daran werden einige für die Frage nach Pflegekompetenz relevante Aspekte ausgeführt. Dabei wird es um das Verhältnis von Theorie und Praxis gehen und die Bedeutung des Kontextes in dem sich Kompetenz zeigt und erworben wird.

1.3.2.1 „From Novice to Expert“ – Fünf Stufen der Pflegekompetenz

Dem Modell des Mathematikers und Systemanalytikers Stuart Dreyfus und des Philosophen Hubert Dreyfus zufolge, „durchläuft ein Lernender beim Erwerb und Vertiefen

⁵⁹ siehe Benner 1994

einer Fähigkeit fünf verschiedene Leistungsstufen: Neuling, Fortgeschrittener Anfänger, Kompetent, Erfahren, Expertenstufe.⁶⁰ Die beiden Wissenschaftler haben dieses Modell des Kompetenzerwerbs aus Untersuchungen an Piloten entwickelt.

Es handelt sich um ein situatives Modell, welches immer auf das Handeln in spezifischen Situationen bezogen ist. Während des Durchlaufens dieser fünf Stufen verändern sich drei grundlegende Aspekte der Leistungsfähigkeit:

1. Es vollzieht sich eine Veränderung weg vom Befolgen abstrakter Grundsätze hin zum Rückgriff auf konkrete Erfahrungen. Das vormals analytische an Regeln und Verfahrensweisen ausgerichtete Denken, wandelt sich zunehmend in intuitives, auf vorhandenen Erfahrungen beruhendes Denken.⁶¹
2. Die Wahrnehmung situativer Erfordernisse verändert sich, indem der Lernende Situationen zunehmend als Ganzes wahrnimmt und nicht als Summe wichtiger Einzelheiten und er lernt, aus dem Ganzen für die Situation wichtige und bedeutungsvolle Teile zu erkennen.⁶²
3. Der Lernende entwickelt sich vom außerhalb der Situation stehenden Beobachter zum in die Situation involvierten engagiert Handelnden, also direkt Beteiligten.⁶³

Nachfolgend werden die wesentlichen Kennzeichen der fünf Stufen des Modells in Bezug auf pflegerisches Urteilen und Handeln in realen Praxissituationen als Ergebnis von Benners Untersuchungen skizziert.

Stufe 1: Neuling – Novice

Der Neuling verfügt noch nicht über persönliche Erfahrungen im Umgang mit Situationen, in denen er handeln soll. Er verhält sich regelgeleitet, das heißt er greift auf abstrakte Regeln zurück, die er versucht auf für ihn neue Situationen anzuwenden. Ein fle-

⁶⁰ vgl. Benner 1994, S. 35

⁶¹ vgl. ebenda

⁶² vgl. ebenda

⁶³ vgl. ebenda

xibles Reagieren auf situative Anforderungen fällt dem Neuling schwer, da ihm ein Abweichen von jenen Regeln, an denen er sein Verhalten ausrichtet, nicht möglich ist. Die einzelnen Situationen können noch nicht in einen übergeordneten Zusammenhang gebracht werden. Er orientiert sich an messbaren Parametern, so z.B. Blutdruck, Herzfrequenz oder dem Flüssigkeitshaushalt, um den Zustand eines Patienten zu beurteilen. Sowohl Pflegekräfte während der Ausbildung, als auch diejenigen Pflegekräfte, die mit für sie neuen Situationen in Berührung kommen, befinden sich auf der Stufe des Neulings.

Stufe 2: Fortgeschrittener Anfänger – Advanced Beginner

Der fortgeschrittene Anfänger hat bereits persönliche Erfahrungen mit der spezifischen Aufgabe gemacht. „Wiederkehrende bedeutungsvolle situative Bestandteile“⁶⁴ sind ihm bewusst geworden, er kann sein Erfahrungswissen auf ähnliche Situationen anwenden und die wiederkehrenden Aspekte einer Situation identifizieren. So ist es dem fortgeschrittenen Anfänger z.B. möglich, einem von normalen Werten abweichenden Blutdruck Bedeutung beizumessen.

Dem *Neuling* und dem *fortgeschrittenen Anfänger* gemein ist, dass sie nur „einen kleinen Teil der Situation aufnehmen können“⁶⁵ und sich zunächst auf die von ihnen gelernen Regeln konzentrieren müssen, ohne in der Lage zu sein, größere Gesamtzusammenhänge, in die sich spezifische Situationen einordnen lassen, zu erkennen. Zum Teil verspüren sie das Gefühl der Überforderung, wenn es darum geht, ein komplexes Geschehen zu erfassen.

Stufe 3: Kompetenter Pfleger - Competent

Pflegende, die die Stufe des kompetent Pflegenden erreicht haben, sind in der Lage, „ihre Handlungen auf längerfristige Ziele oder Pläne auszurichten, über deren Bedeutung sie sich bewusst sind.“⁶⁶ Sie verfügen bereits über einen Blick für die Situation und erkennen welche Aspekte einer Situation bedeutsam sind und welchen sie keine oder weniger Beachtung schenken müssen. Sie haben das Gefühl, dass sie diesen Situationen

⁶⁴ vgl. Benner 1994, S. 42

⁶⁵ ebenda, S. 44

⁶⁶ ebenda, S. 45

und allen damit zusammenhängenden Anforderungen gewachsen sind. Pflegende auf dieser Stufe reagieren nicht mehr nur auf Reize, sondern planen ihr Handeln bewusst und längerfristig. Sie erfassen Probleme aus einer abstrakten und analytischen Sicht. Eine kompetente Pflegekraft wäre beispielsweise in der Lage, bereits im Vorfeld Maßnahmen zu ergreifen, die das Ansteigen des Blutdrucks eines Patienten verhindern könnten oder sie wären in der Lage, zu entscheiden, wann ein erhöhter Blutdruck von Bedeutung ist und wann er zu vernachlässigen ist.

Pflegende, die bereits zwei oder drei Jahre in ihrem Beruf und dem gleichen Umfeld tätig sind befinden sich auf dieser Stufe.

Stufe 4: Erfahrener Pflegender – Proficient

Erfahrene Pflegende sind fähig, Situationen als Ganzes und nicht mehr in ihren einzelnen Bestandteilen wahrzunehmen. Aufgrund ihres reichen Erfahrungswissens erkennen sie unmittelbar Abweichungen vom Normalen und können darauf reagieren, ohne die Situation zuvor analysieren zu müssen. So nehmen sie beispielsweise direkt wahr, wenn sich der Blutdruck eines Patienten bedeutsam verändert, ohne notwendigerweise die Parameter hierfür erhoben zu haben. Sie sind in der Lage, sich vom Handeln nach Regeln, Theorien oder Plänen zu lösen und dieses an ihrer Wahrnehmung auszurichten, da sie die bedeutsamen Aspekte von Situationen erkennen.

Diejenigen Pflegenden, die sich etwa drei bis fünf Jahre in dem gleichen Berufsfeld bewegt haben, können diese Stufe des erfahrenen Pflegenden erreichen. Allerdings ist hier nicht die verbrachte Zeit entscheidend, ob diese Stufe erreicht wird, sondern das ausreichende Maß an Erfahrungen.

Stufe 5: Pflegeexperte – Expert

Pflegeexperten sind aufgrund ihrer reichhaltigen Erfahrung in der Lage, „jede Situation intuitiv zu erfassen und direkt auf den Kern des Problems vorzustoßen, ohne viel Zeit mit der Betrachtung unfruchtbarer Alternativdiagnosen und -lösungen zu verlieren.“⁶⁷ Sie richten ihr Handeln nicht mehr an Regeln und Richtlinien aus, sondern können intuitiv entscheiden, was zu tun ist und weichen zudem von Regeln ab, wenn es die Situation erfordert. Gerade hierin zeigt sich ihr Expertenwissen. Problematisch für Pflegende

⁶⁷ vgl. Benner 1994, S. 50

auf der Stufe des Experten ist, dass sie ihr Wissen nur schwer in Worte fassen und beschreiben können, da sich ihr Wissen in ihren Handlungen zeigt und diese für sie selbstverständlich erscheinen.

So ist eine Pflegeexpertin beispielsweise in der Lage, bei Betreten des Zimmers eines von ihr zu betreuenden Patienten, dessen Befinden und, um das Beispiel des Blutdrucks beizubehalten, einen eventuell erhöhten Blutdruck wahrzunehmen, ohne hierfür Hilfsmittel zu benötigen. Sie wird vermutlich im Anschluss an die Situation nicht erklären können, was sie tatsächlich gemacht bzw. wie sie in der Lage gewesen ist, die Situation zu erfassen. Vielleicht wird sie antworten, sie hätte beim Betreten des Zimmers ein Gefühl gehabt, welches die Lage des Patienten widerspiegelte und sie schließlich dazu veranlasste, die für die Situation angemessenen Maßnahmen zu ergreifen.

Die Stufe des Experten wird nicht zwangsläufig von jedem Pflegenden erreicht.

Ein entscheidender qualitativer Sprung lässt sich zwischen der Stufe drei und vier ausmachen.⁶⁸ Pflegende auf der Stufe des Erfahrenen sind in der Lage, Situationen als Ganzes zu erfassen und auf damit einhergehende Anforderungen zu reagieren. Sie erkennen das Spezifische in ihnen vertrauten Situationen und richten ihr Handeln danach aus. Es sind nicht mehr Pläne und Regeln, die sie leiten, sondern es ist ihr umfangreiches Erfahrungswissen auf das sie zurückgreifen.

1.3.2.2 Zum Verhältnis von Theorie und Praxis

Pflege ist eine angewandte Disziplin, die sich in praktischen Situationen zeigt. Dieser Praxis liegen Theorien zugrunde, die versuchen Erklärungsansätze zu bieten, welche dann in der Praxis überprüft werden. Theorie und Praxis beziehen sich demnach aufeinander.⁶⁹ Dieses Verhältnis von Theorie und Praxis spielt auch in der Frage um den Erwerb von Kompetenzen eine Rolle. Der Neuling, wie in dem beschriebenen Modell gezeigt, verfügt noch nicht über Erfahrungen und braucht daher Regeln und Verfahrensanweisungen, an denen er sein Handeln orientieren kann. Er beginnt, sich mit dem Praxisfeld vertraut zu machen und überprüft die ihm zur Verfügung stehende Theorie in der konkreten Situation. Eine Erfahrung, die er im Laufe seines Kompetenzerwerbs ma-

⁶⁸ vgl. Benner et al. 2000, S. 149

⁶⁹ vgl. Benner 1994, S. 26

chen wird, ist die, dass eine bestimmte Situation sich in der Praxis immer komplexer zeigt, als eine diese Situation verallgemeinernd beschreibende Theorie.⁷⁰ Benner sieht Theorie und Praxis in einem Dialog miteinander, der den Pflegenden die Möglichkeit eröffnet ihre Sichtweisen zu verfeinern.⁷¹ Die Theorie hat ihrer Ansicht nach das „zum Inhalt, was explizit gemacht und in Formeln gefasst werden kann.“⁷² Darüber hinaus dienen die Theorien dazu, um in Situationen „die richtigen Fragen zu stellen“⁷³ und helfen zu erkennen, welche Probleme zu beachten sind und „mit welchen pflegerischen Erfordernissen zu rechnen ist.“⁷⁴ Die Theorie dient also der Praxis als hilfreicher Leitfaden. Die Praxis sieht sie „jedoch immer vielschichtiger und durch eine vielgestaltigere Wirklichkeit geprägt, als sie durch Theorien allein erfasst werden kann.“⁷⁵ Im Laufe des Kompetenzerwerbs und mit der Erweiterung des Erfahrungswissens einer Pflegekraft, nehmen die Bedeutung von Theorien als leitende Regeln ab. Sie handelt nun zunehmend, zwar weiterhin auf der Basis ihres theoretischen Wissens, aber orientiert an ihr bekannten Situationen und damit zusammenhängenden bedeutungsvollen Aspekten. Auf der Stufe des Experten schließlich, zeigt sich das Expertenwissen gerade darin, von Regeln und Verfahrensanweisungen, also allgemeinen theoretischen Grundlagen, abweichen zu können, wenn es die spezifische Situation erfordert. Der Experte erkennt die besonderen Merkmale einer Situation und ist in der Lage, angemessen darauf zu reagieren.

Nach den Überlegungen Benners sind Theorien, sowie Regeln und Leitlinien für den Erwerb von Kompetenzen wichtig, allerdings in dem Bewusstsein, dass die Praxis weit darüber hinaus geht und sich Expertenwissen nicht durch Theorie allein abbilden und erfassen lässt. Auch für das der Pflege zugrunde liegende Modell des Krankenpflegeprozesses⁷⁶, der pflegerisches Handeln in aufeinander folgenden Schritten abbilden soll, hat diese Auffassung des Verhältnisses von Theorie und Praxis Konsequenzen. Für den-

⁷⁰ vgl. Benner 1994, S. 54

⁷¹ vgl. ebenda, S. 55

⁷² vgl. ebenda, S. 54

⁷³ vgl. ebenda, S. 176

⁷⁴ vgl. ebenda

⁷⁵ vgl. ebenda, S. 54

⁷⁶ in der Regel richtet sich dieses Modell nach dem von Fiechter/Meier vorgeschlagenen Regelkreis, der sechs Schritte beinhaltet an denen sich pflegerisches Handeln orientiert: (1) Informationssammlung, (2) Erkennen von Problemen und Ressourcen, (3) Festlegung der Ziele, (4) Planung der Maßnahmen, (5) Durchführung der Maßnahmen, (6) Beurteilung der durchgeführten Pflege, siehe Fiechter/Meier 1998

jenigen, der auf der Stufe des Neulings oder fortgeschrittenen Anfängers steht, ist das Prozessmodell durchaus hilfreich und er kann sich an den einzelnen Schritten orientieren. Im weiteren Verlauf des Kompetenzerwerbs nimmt jedoch die Fähigkeit zu, Situationen als Ganzes wahrzunehmen und das Besondere in ihnen zu erkennen. Ein Modell, wie der Krankenpflegeprozess, der pflegerisches Handeln und Situationen in einzelne Schritte zerlegt, verhindert dann diese Fähigkeit des Experten, da er „die Dinge zu stark vereinfacht und notwendigerweise Zusammenhang und Inhalt pflegerischen Handelns unberücksichtigt lässt.“⁷⁷ Dem Neuling ist diese Vereinfachung hilfreich. Einer erfahrenen Pflegekraft jedoch, die ihre Entschlüsse nicht Schritt für Schritt erarbeitet, sondern diese auf der Erfassung des Ganzen gründet⁷⁸, kann sie eher an der Ausübung ihrer Kompetenz hindern.

1.3.2.3 Bedeutung des Kontextes

Pflegerisches Handeln ist „eingebettet in zahlreiche Bezüge“⁷⁹ und lässt sich nicht unabhängig von diesen Bezügen betrachten. Eine handelnde Pflegekraft übt ihre Tätigkeit in Beziehung zu einem Patienten aus und tut dies in einem bestimmten Umfeld unter spezifischen Rahmenbedingungen. Der Kontext in einem Krankenhaus ist ein anderer, als etwa in der Privatwohnung eines zu betreuenden Patienten. Die gleiche pflegerische Tätigkeit, wie etwa die Unterstützung beim morgendlichen Aufstehen aus dem Bett, findet in einem Krankenhaus unter anderen Bedingungen und Zusammenhängen statt, als dies in der Privatwohnung des Patienten der Fall wäre.

Der Kontext einer Situation beinhaltet zum einen ihren zeitlichen Bezugsrahmen und zum anderen „subjektive Bewertungen und Absichten, die in ihr [der Situation; Anm. der Verf.] eine Rolle spielen.“⁸⁰

Das beschriebene Modell des Kompetenzerwerbs ist ein situatives Modell. Demnach bezieht sich Kompetenz immer auf bestimmte Situationen und den Kontext, in dem sie stattfindet. Sie kann nicht unabhängig und losgelöst von diesem gesehen werden. Eine Pflegekraft, die sich auf einem speziellen Praxisfeld ihre Kompetenz erworben hat,

⁷⁷ vgl. Benner 1994, S. 60

⁷⁸ vgl. ebenda, S. 61

⁷⁹ vgl. ebenda, S. 60

⁸⁰ vgl. ebenda, S. 58

kann in anderen Kontexten, als den ihr bekannten, wieder auf der Stufe des Neulings stehen. Zwar ist sie zum Beispiel in der Lage, oben aufgeführte Unterstützung beim Aufstehen aus dem Bett zu geben, doch die Zusammenhänge der Situation sind ihr fremd und sie muss wieder beginnen, Schritt für Schritt innerhalb des neuen Kontextes, in dem sie nun ihre Tätigkeit ausübt, ihre Kompetenz zu erwerben.

Da das Wissen der Experten sich dahingehend auszeichnet, dass sie Situationen im Ganzen erfassen und deren besonderen bedeutungsvollen Aspekte wahrnehmen und identifizieren können, lässt sich dies auch auf die Frage nach dem Kontext beziehen. Ein Experte wäre somit in der Lage, das spezifische der Situation Krankenhaus als auch der häuslichen Pflege zu erkennen und wüsste dementsprechend zu handeln.

1.3.3 Pflegekompetenz im Umgang mit Demenz

Wie in *Punkt 1.1.2* dieser Arbeit beschrieben, ist eine demenzielle Erkrankung verbunden mit einem veränderten Verhalten seitens der Betroffenen. Zum einen aufgrund kognitiver Einschränkungen und zum anderen, als Reaktion auf das veränderte Verhalten der Umgebung eines demenziell erkrankten Menschen.

Pflegende, die in ihrer Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen konfrontiert werden, benötigen Fähigkeiten, um auf das veränderte Verhalten der Betroffenen zu reagieren und dieses verstehen zu lernen. Sie müssen in der Lage sein, trotz kognitiver Einschränkungen der betroffenen Menschen, Kontakt zu ihnen aufzubauen, um pflegerische Beziehungen gestalten zu können, mit dem Ziel den Bedürfnissen der demenziell erkrankten Menschen zu entsprechen und ihnen, ein hohes Maß an Lebensqualität zu ermöglichen.

Im Folgenden soll zusammenfassend dargestellt werden, welche Kompetenzen mit der Pflege von demenziell erkrankten Menschen in Verbindung gebracht werden und welche Anforderungen an die Kompetenz Pflegender in diesem Zusammenhang gestellt werden. Zu diesem Zweck ist eine ausschnitthafte und keineswegs vollständige Auswahl vorhandener Literatur vorgenommen worden, in der notwendige Pflegekompetenzen für den Umgang mit demenziellen Erkrankungen beschrieben und dargestellt wird. Es soll zunächst noch einmal der bereits erwähnte vierte Bericht der Bundesregierung

zur Lage der älteren Generation in Deutschland herangezogen werden. Anschließend wird aus der Literatur für in der Praxis tätige Pflegekräfte zitiert und schließlich soll auf einen für den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen entwickelten Ansatz der Pflege eingegangen werden. Es werden jeweils die beschriebenen Kompetenzen zusammenfassend dargestellt und erläutert.

1.3.3.1 Aus dem IV. Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland

Der einleitend zitierte *Vierte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*,⁸¹ den die Bundesregierung vorgelegt hat und in dem von der Demenz als „Herausforderung an Politik, Wissenschaft und Gesellschaft“⁸² die Rede ist, gibt auch Empfehlungen dahingehend ab, welche Anforderungen und Kompetenzen an professionell Pflegenden im Zusammenhang mit der Pflege demenziell erkrankter Menschen zu stellen sind. So wird grundsätzlich als wichtig gesehen, dass Pflegenden, die in diesem Bereich der Pflege tätig sind über eine entsprechende Qualifikation verfügen, die sie für diese Tätigkeit befähigt.⁸³ Damit verbunden werden verschiedene Kompetenzen, die als „Grundlage für eine fundierte Pflege und einen personenfördernden Umgang mit Hochaltrigen und Demenzzkranken“⁸⁴ gesehen werden. Demnach sollten Pflegenden über eine „Soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung“⁸⁵ verfügen, die es ihnen ermöglicht, sich in den Menschen mit seiner demenziellen Erkrankung einzufühlen, seinen biographischen Hintergrund anzuerkennen und sie offen sein lässt für die Bedürfnisse und Vorlieben der Betroffenen.⁸⁶ Durch die Fähigkeit zur Selbstreflexion soll gewährleistet sein, dass Pflegenden ihre Arbeit hinterfragen und nicht der Gefahr unterlaufen in unangebrachte Routinen zu verfallen, die den Bedürfnissen demenziell Erkrankter nicht entsprechen.⁸⁷ Durch eine „Klinische Beurteilungskompetenz“⁸⁸ und die damit in Zusammenhang gesehene „Kompetenz zu ethischen Urteilen“⁸⁹ sollen Pflegenden dazu in der Lage sein, die individuelle Situation des Pflegebedürftigen zu erfassen

⁸¹ vgl. BMFSFJ 2002

⁸² vgl. ebenda, S. 44

⁸³ vgl. ebenda

⁸⁴ vgl. ebenda; siehe hierzu auch Schwerdt/Tschainer 2002, S. 250-260

⁸⁵ vgl. BMFSFJ 2002, S. 282

⁸⁶ vgl. Gutzmann/Zank 2005, S. 177

⁸⁷ vgl. BMFSFJ 2002, S. 283

⁸⁸ vgl. ebenda

⁸⁹ vgl. ebenda

sen und daraus entsprechende Maßnahmen abzuleiten. Diese Maßnahmen sollen auch von ethischen Einschätzungen geprägt sein, wenn es beispielsweise um die Abwägung zwischen dem Autonomiebedürfnis des Patienten einerseits und möglicherweise damit einhergehenden negativen Folgen andererseits geht. Weiterhin wird als wichtig erachtet, dass Pflegende über „Kenntnisse und Handlungskompetenz hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen verfügen“⁹⁰, sowie über „Managementkompetenzen“⁹¹, die dazu dienen, Arbeitsabläufe und Zeitplanungen effektiv zu gestalten. Darüber hinaus werden personengebundene Kompetenzen als wichtig erachtet, worunter Motivation, die Fähigkeit zur Beziehung, eine moralische Haltung, Flexibilität, eine hohe Chaos- und Frustrationstoleranz, sowie die Fähigkeit, mit eigenem Stress umzugehen verstanden werden.⁹²

1.3.3.2 Beispiele aus der Literatur der Pflegepraxis

Im Folgenden werden einige Beispiele aus der Literatur für die Pflegepraxis herangezogen, um die darin beschriebenen Kompetenzen in Bezug auf den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen vorzustellen.

Falk und Müller greifen in ihren Darstellungen auf die bereits erläuterten vier Komponenten beruflicher Handlungskompetenz (*siehe Kapitel 1.3*) zurück, um als notwendig befundene Kompetenzen Pflegender darzustellen.⁹³

So werden hier unter *Fachkompetenz*, das Wissen um das Krankheitsbild Demenz, damit verbundene Symptome, sowie medizinische Interventionsmöglichkeiten als auch Kenntnisse über gesetzliche Rahmenbedingung und Qualitätskriterien in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen zusammengefasst.⁹⁴ Zudem gilt die Bereitschaft an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen als fachliche Kompetenz.⁹⁵

Mit dem Hinweis auf notwendige *Methodenkompetenz* wird die Kenntnis verschiedener für die Kommunikation und Betreuung demenziell erkrankter Menschen entwickelter

⁹⁰ vgl. BMFSFJ 2002, S. 283

⁹¹ vgl. ebenda, S. 284

⁹² vgl. Gutzmann/Zank 2005, S. 177

⁹³ siehe Falk 2004 und Müller 1999

⁹⁴ vgl. Falk 2004, S. 11 und Müller 1999, S. 39

⁹⁵ vgl. Müller 1999, S. 39

Konzepte⁹⁶ verbunden, sowie die Fähigkeit, auf der Grundlage des Pflegeprozessmodells die Pflege zu planen, durchzuführen und deren Erfolg zu beurteilen.⁹⁷

Unter *sozialer Kompetenz* werden in den herangezogenen Darstellungen kommunikative Fähigkeiten zusammengefasst, sowie die Fähigkeit, in einem Team zu arbeiten und in der Lage zu sein, Kritik anzunehmen.⁹⁸

Persönliche Kompetenzen werden darin gesehen, eine würde- und respektvolle Haltung einnehmen zu können, sowie Offenheit und Akzeptanz gegenüber Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und den eigenen Kollegen gegenüber zu zeigen. Zudem wird die Fähigkeit, eigene Belastungen und Grenzen erkennen zu können, in diesem Zusammenhang genannt.⁹⁹

Grond¹⁰⁰ verweist auf pflegerische Fähigkeiten im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, indem er diese anhand des AEDL-Modells nach M. Krohwinkel¹⁰¹ den einzelnen Kategorien zuordnet und beschreibt welche Fähigkeiten Pflegende jeweils beherrschen sollten, um die einzelnen AEDLs zu gestalten. Er beschreibt zum einen kommunikative Fähigkeiten, als auch die Fähigkeit der Pflegenden, die Selbständigkeit der Betroffenen zu fördern und zu erhalten und ihnen mit Respekt und Würde zu begegnen. Weiterhin sieht er die Fähigkeit Pflegender mit Angehörigen Kontakt zu halten und diese zu entlasten, als wichtig an. Zudem sollten Pflegende in der Lage sein, den demenziell Erkrankten, Orientierung zu geben und ihre Wünsche und Bedürfnisse auch unter Einbeziehung des Wissens um die Vergangenheit der Betroffenen zu erkennen und ihnen nachzukommen.¹⁰²

Schützendorf sieht im Umgang mit „altersverwirrten“¹⁰³ Menschen die Fähigkeit, eigene Wertvorstellungen in den Hintergrund zu stellen, sowie in der Lage zu sein, souverän mit eigenen Gefühlen, wie Wut, Ekel, Widerwillen und Hass seitens der Pflegenden

⁹⁶ vgl. Müller 1999, S. 19

⁹⁷ vgl. Falk 2004, S. 11/12

⁹⁸ vgl. Müller 1999, S. 39

⁹⁹ vgl. ebenda und Falk 2004, S. 12

¹⁰⁰ vgl. Grond 1996, S. 140 ff

¹⁰¹ das Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) geht auf eine von M. Krohwinkel 1991 abgeschlossene Studie zurück, in der 13 Kategorien von Bedürfnissen des Menschen identifiziert wurden, an denen sich Pflege orientiert; dieses Modell ist insbesondere in der ambulanten Pflege weit verbreitet

¹⁰² vgl. Grond 1996, S. 140 ff

¹⁰³ vgl. Schützendorf/Wallrafen-Dreisow 2007

gegenüber den Pflegebedürftigen umgehen zu können, als wichtige Voraussetzung an. Weiterhin wird die Fähigkeit der genauen Beobachtung und der Wille, das Erleben und Verhalten des betroffenen alten Menschen zu verstehen, als wichtig im Umgang mit ihnen betrachtet. Pflegende sollten darüber hinaus fähig sein, Kompromisse mit den Pflegebedürftigen aushandeln zu können. Die Pflegenden werden als Fürsprecher für die Bedürfnisse und Anliegen der betroffenen Menschen gesehen. Schließlich wird den Pflegenden die Fähigkeit des „geragogischen Handelns“¹⁰⁴ abverlangt. Demnach müssen Pflegende in der Lage sein, den alten Menschen das notwendige Maß an Anleitung und Führung zu geben, ohne sie jedoch in ihrer Selbständigkeit einzuschränken.¹⁰⁵

1.3.3.3 Der person-zentrierte Ansatz nach T.Kitwood

In seinem „person-zentrierten Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen“¹⁰⁶ bezieht Kitwood neben Anforderungen an Betreuungspersonen auch Faktoren der Umwelt als wichtige Voraussetzung für einen kompetenten Umgang mit demenziell erkrankten Menschen mit ein.

Der Kitwoodsche Ansatz stellt die individuelle Anerkennung der Persönlichkeit in den Mittelpunkt und geht davon aus, dass Menschen mit einer Demenz das Bedürfnis nach Bindung, Trost, Identität, Beschäftigung und Einbeziehung haben.¹⁰⁷ Durch Interaktion zwischen Pflegepersonen und betroffenen demenziell erkrankten Menschen lassen sich diese psychischen Bedürfnisse befriedigen. Um die Interaktion entsprechend gestalten zu können, müssen die Pflegenden in der Lage sein, dem Menschen mit Demenz gegenüber „präsent zu sein“¹⁰⁸, womit die Fähigkeit gemeint ist, sich möglichst unabhängig von Vorannahmen und vorurteilsfrei auf das Gegenüber einlassen zu können und sich auf die Begegnung zu konzentrieren. Verschiedene Formen der Interaktion, wie z.B.

¹⁰⁴ siehe Schützendorf/Wallrafen-Dreisow 2007, S. 93

¹⁰⁵ Der Begriff der *Geragogik* lehnt sich an den Begriff Pädagogik an, der sich auf die Bildung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen bezieht. *Geragogik* (auch Alterspädagogik) entstammt der Gerontologie und wird im Zusammenhang mit Inhalten und Methoden des Lernens alter Menschen verwandt. Der Begriff geht auf Hilarion Petzold zurück, der diesen Begriff in den 1960er Jahren geprägt hat.

¹⁰⁶ siehe Kitwood 2005

¹⁰⁷ vgl. ebenda, S. 121 ff

¹⁰⁸ vgl. ebenda, S. 172

Anerkennen, Zusammenarbeiten oder *Schöpferisch sein*¹⁰⁹ erfordern Kitwood zufolge „hochentwickelte Personen“, die „offen, flexibel, kreativ, mitfühlend und reaktionsbereit“ sind und über eine innere Zufriedenheit verfügen.¹¹⁰ So sind es im Wesentlichen persönliche Haltungen und Einstellungen, die hier als Voraussetzung für eine kompetente Pflege demenziell erkrankter Menschen gesehen werden.

Zudem werden organisatorischen Strukturen Bedeutung beigemessen in der Frage, ob es Pflegenden möglich ist, eine dem person-zentrierten Ansatz entgegenkommende Pflege umzusetzen. So haben Hierarchiestrukturen und Arbeitsbedingungen einen entscheidenden Einfluss darauf, ob Pflegende in der Lage sind den Pflegebedürftigen mit oben beschriebener Haltung gegenüberzutreten.¹¹¹ Kitwood sieht in einem Zusammenspiel beider Faktoren, Eigenschaften und Verhalten der Pflegekraft als auch die äußeren Bedingungen, die Möglichkeit positiv auf die Person mit Demenz einzuwirken, um ihren Bedürfnissen entgegen kommen zu können.

Pflegekompetenz wird, wie diese Zusammenfassung zeigen konnte, auf unterschiedliche Weise dargestellt. Zum einen werden allgemeine Fähigkeiten beschrieben, ohne darauf einzugehen unter welchen Rahmenbedingungen diese ausgeübt werden. Zum anderen wird den Rahmenbedingungen, also dem Kontext, ebenso Bedeutung beigemessen, wie den Fähigkeiten und Voraussetzungen, über die Pflegende im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen verfügen sollten.

1.3.4 Pflegekompetenz im Kontext Wohngemeinschaft

Nachdem zuvor ein Einblick in die Anforderung an die Pflegekompetenz in Bezug auf den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen unabhängig vom Ort, an dem die Pflege stattfindet gegeben wurde, sollen nun einige Beispiele aufgeführt werden, die dem Ort der ambulant betreuten Wohngemeinschaft Bedeutung beimessen bzw. Pflegekompetenz in diesem Zusammenhang beschreiben. Zu diesem Zweck wurden beispielhaft einige Quellen ausgewählt. Die Darstellungen diesbezüglich sind sehr unterschied-

¹⁰⁹ vgl. Kitwood 2005, S. 173/174; insgesamt werden 12 verschiedene Interaktionsarten beschrieben, die hier jedoch nicht alle aufgeführt werden sollen, da es in dieser Arbeit lediglich darum geht, einen Einblick in die mit diesem Ansatz verbundenen Anforderungen an die Kompetenz Pflegender zu geben.

¹¹⁰ vgl. ebenda, S. 174

¹¹¹ vgl. ebenda S. 159 ff

lich. Zum Teil existieren Vorschläge seitens der entsprechenden Landesbehörden, die Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften verfasst haben.¹¹² Darüber hinaus existieren Empfehlungen anderer Initiativen, wie beispielsweise in Berlin durch den SWA (Verein für Selbstbestimmtes Wohnen im Alter e.V.) oder die Alzheimergesellschaften.¹¹³ Auch das KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) hat im Rahmen des Projektes *Leben und Wohnen im Alter*, entsprechende Empfehlungen zusammengestellt.¹¹⁴

Die hier vorgenommene Darstellung kann nur einen exemplarischen Ausschnitt liefern, welche Pflegekompetenzen im speziellen Kontext der Wohngemeinschaft als wichtige Voraussetzung von Pflegenden gefordert werden. Zum Teil wird in den genannten Darstellungen differenziert zwischen Betreuung und Pflege. Da die Diskussion um das, was Pflege umfasst und wie diese abzugrenzen wäre zu dem, was Betreuung umfasst, an dieser Stelle nicht geführt werden soll und da diese Differenzierung zum Teil aufgrund unterschiedlicher Finanzierung der einzelnen Leistungen vorgenommen wird¹¹⁵, soll im Folgenden Pflegekompetenz sowohl auf die Pflege als auch auf die Betreuung bezogen sein.

Anforderungen an die Kompetenzen der in einer Wohngemeinschaft tätigen Pflegenden werden sehr unterschiedlich dargestellt. Zum einen beschränken sich die Verfasser auf Angaben zu notwendigen Qualifikationen und geben die damit verbundenen Kompetenzen sehr allgemein wieder, so wird beispielsweise darauf hingewiesen, dass die in Wohngemeinschaft Tätigen in Bezug auf den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen besonders geschult sein sollten,¹¹⁶ ohne allerdings damit verbundene Inhalte genauer auszuführen. Andere Darstellungen beschreiben sehr detailliert, welche Anforderungen an die Pflegekompetenz gestellt werden, so z.B. das KDA in seiner Arbeitshilfe für Initiatoren. Demnach werden an die Pflegenden „soziale Anforderungen“¹¹⁷ gestellt, die ihnen kommunikative Kompetenzen abverlangen, sowie die Fähigkeit innerhalb eines Teams zu arbeiten. Pflegende müssen in der Lage sein, die Wünsche der WG-

¹¹² siehe BSG Hamburg 2006 u. Brümmer/Hodler 2006

¹¹³ siehe SWA 2006³ u. Alzheimer Gesellschaft Brandenburg 2006

¹¹⁴ siehe KDA 2006

¹¹⁵ siehe ebenda, S. 113-120

¹¹⁶ vgl. Alzheimer Gesellschaft Brandenburg 2006, S. 13

¹¹⁷ vgl. KDA 2006, S. 63

Bewohner zu erkennen und diesen nachzukommen, sowie Konflikte zu bewältigen. Sie sollten fähig sein, die Menschen in der WG ihren Möglichkeiten entsprechend zu motivieren und Teil der Gemeinschaft zu sein. Darüber hinaus sollten sie in der Lage sein, Angehörigen beratend zur Seite zu stehen. Es werden „organisatorische und hauswirtschaftliche Anforderungen“¹¹⁸ an die Pflegenden gestellt. Unter „pflegerischen Anforderungen“¹¹⁹ werden so genannte „pflegerische Kernkompetenzen“¹²⁰ aufgeführt, die sich insbesondere auf examiniertes Pflegepersonal beziehen. Hier werden die Fähigkeit, die Pflege nach dem Pflegeprozessmodell auszurichten, sowie die Auffassung anzunehmen, sich als Begleitende der Pflegebedürftigen zu sehen. Des Weiteren gilt es über „Gerontologische Kenntnisse“¹²¹ als auch über „Gerontopsychiatrische Kompetenzen“¹²² zu verfügen. Damit sind die Kenntnis spezieller auf die Arbeit mit älteren Menschen bezogener Konzepte, sowie Kenntnisse und Wissen um das Krankheitsbild Demenz und damit einhergehenden Auswirkungen gemeint.

Zu den notwendigen kommunikativen Kompetenzen werden anderenorts auch Fähigkeiten dahingehend aufgeführt, auf der „nichtsprachlichen Sinnesebene“¹²³ kommunizieren zu können, um auch im fortgeschrittenen Verlauf der Demenz, einen Zugang zu den Betroffenen Menschen herstellen zu können. Pflegende müssen in der Lage sein eine Sprache zu finden, die den Menschen in seiner Demenz erreicht und darüber hinaus müssen sie die Fähigkeit entwickeln, die Äußerungsformen, die die Betroffenen gewählt haben, zu verstehen.¹²⁴ In diesem Zusammenhang werden auch die Fähigkeit zu Empathie als auch eine gut ausgeprägte Beobachtungsfähigkeit genannt.¹²⁵

Weiterhin wird die Fähigkeit, Gruppen zu gestalten und zu betreuen als wichtige Anforderung betrachtet.¹²⁶

Pflegende sollten zudem in der Lage sein, flexibel und spontan auf jeweilige Situationen zu reagieren und in diesem Zusammenhang Wünsche oder Bedürfnisse seitens der

¹¹⁸ vgl. KDA 2006, S. 64

¹¹⁹ vgl. ebenda

¹²⁰ vgl. ebenda

¹²¹ vgl. ebenda

¹²² vgl. ebenda, S. 65

¹²³ vgl. BSG Hamburg 2006, S. 24

¹²⁴ vgl. Brinker-Meyendriesch, S.243/244

¹²⁵ vgl. BSG Hamburg 2006, S. 25

¹²⁶ vgl. ebenda und SWA 2006, S. 21

WG-Bewohner zu berücksichtigen. Dies wird als so genannte „situative Kompetenz“¹²⁷ beschrieben.

Auch persönliche Eigenschaften wie Kreativität und Phantasie,¹²⁸ als auch ein humorvoller Umgang mit zum Teil schwierigen Situationen und das Ausstrahlen von Ruhe und Geduld¹²⁹ werden als wichtige Kompetenzen gesehen.

Zudem wird dem Umgang mit Nähe und Distanz eine besondere Bedeutung beigemessen. Da es eines der Prinzipien von ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist, eine Kontinuität in der pflegerischen Beziehung herstellen und gewährleisten zu können, sollten Pflegende in der Lage sein, die Nähe zu den in der WG lebenden Menschen zuzulassen¹³⁰ und auszuhalten. Ebenso sollten sie sich aber ihrer professionellen Rolle bewusst sein und somit die Fähigkeit besitzen, das notwendige Maß an professioneller Distanz zu wahren.¹³¹

Schließlich wird als wichtige Anforderung an Pflegende im Kontext der ambulant betreuten Wohngemeinschaft gesehen, die Rolle des Gastes in der privaten Häuslichkeit des Pflegebedürftigen zu akzeptieren und sich dementsprechend zu verhalten.¹³²

Die hier vorgenommen Zusammenfassung pflegerischer Kompetenzen in Bezug auf die Arbeit in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft zeigt, wie vielfältig und umfangreich diese beschrieben werden. Die Frage indes, wodurch die genannten Kompetenzen erworben werden, lässt sich aus der herangezogenen Literatur nur recht ungenau entnehmen. Zwar wird auf notwendige Fortbildungen verwiesen, deren Inhalt und Umfang bleibt jedoch offen.¹³³ Verschiedene Berufsgruppen werden für die Ausübung der Tätigkeit in den Wohngemeinschaften als geeignet betrachtet, so z.B. Kranken- und Altenpflegekräfte, Hauswirtschafterinnen, Sozialpädagogen, Erzieher oder Familienpflegekräfte.¹³⁴

¹²⁷ vgl. BSG Hamburg 2006, S. 24

¹²⁸ vgl. ebenda

¹²⁹ vgl. SWA 2006, S. 21

¹³⁰ vgl. Brümmer/Hodler 2006, S. 48

¹³¹ vgl. Alzheimer Gesellschaft Brandenburg 2006, S. 12

¹³² vgl. KDA 2006, S. 66

¹³³ siehe KDA 2006 u. BSG Hamburg 2006, S. 25/26

¹³⁴ siehe KDA 2006, S. 68 u. Brümmer/Hodler 2006, S. 47 ff

Auffallend ist, dass sich die beschriebenen Pflegekompetenzen, die sich auf den speziellen Kontext der Wohngemeinschaft beziehen, nicht wesentlich von denen unterscheiden, die zuvor in den Ausführungen zu Pflegekompetenz im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen unabhängig vom Ort, an dem die Pflege ausgeübt wird, dargestellt wurden. Lediglich in dem letzten aufgeführten Punkt, in dem der Gastrolle der Pflegenden in der Wohngemeinschaft eine Bedeutung beigemessen wird, kommt das spezifische des Kontextes Wohngemeinschaft zum Ausdruck.

1.4 Zusammenfassung

Pflegende sind in ihrem praktischen Tätigkeitsfeld unter anderem mit Menschen konfrontiert, die demenziell erkrankt sind. Die genannten Zahlen sprechen dafür, dass die Zahl derer, die von einer Demenz betroffen sein werden in den kommenden Jahren zunehmen wird.

Menschen mit einer demenziellen Erkrankung verlieren kognitive Fähigkeiten. Sie reagieren nicht mehr so, wie sie es vor ihrer Erkrankung getan haben. Zum Teil verändert sich ihr Verhalten, zum einen infolge ihrer kognitiven Verluste, zum anderen aufgrund der veränderten Reaktionen der sie umgebenden Umwelt, die sie nicht mehr uneingeschränkt verstehen und wahrnehmen können. Offenbar spielen die Gestaltung der Umgebung und das Verhalten gegenüber dem demenziell Erkrankten eine Rolle dahingehend, ob er sich in der ihn umgebenden Welt wohl fühlt und ein, seinen Bedürfnissen entsprechendes, Leben führen kann.

Als eine alternative Wohnform zu institutionellen Pflegeeinrichtungen sind ambulant betreute Wohngemeinschaften entstanden, in denen Menschen mit einer Demenz in einer ihnen vertrauten Umgebung leben können, wenn dies im bisherigen Haushalt oder durch die Betreuung von Angehörigen nicht mehr möglich ist. Diese Art Wohngemeinschaft ist nicht unter den heimrechtlichen Kontext gestellt und gilt als private Häuslichkeit der dort lebenden Menschen. Pflegende sind auch an diesem Ort tätig. Sie übernehmen pflegerische Aufgaben und begleiten die demenziell Erkrankten in ihren täglichen Abläufen und unterstützen sie in der Erfüllung ihrer Bedürfnisse. Sie sind in der Regel Angestellte eines Pflegedienstes, der für die Pflege in der Wohngemeinschaft ausgewählt wurde und haben somit die Rolle eines Gastes in der privaten Häuslichkeit

der Pflegebedürftigen inne. Verschiedene Anforderungen werden an Pflegende gestellt, die sie erfüllen müssen, um die Arbeit und den täglichen Umgang mit den betroffenen dort lebenden Menschen leisten zu können. Pflegende benötigen demnach vielfältige Kompetenzen, die diesen Anforderungen entsprechen und sie im Umgang mit den in der Wohngemeinschaft lebenden Menschen handlungsfähig machen.

Die Frage nach dem, was Pflegekompetenz ausmacht, lässt sich, wie das vorgestellte Modell von P. Benner zeigen konnte, nicht unabhängig von dem Kontext sehen, in dem Pflege ausgeübt wird. Erst durch einen reichen Erfahrungsschatz ist es möglich, Situationen als Ganzes wahrzunehmen und das Besondere in ihnen zu erkennen.

Die beispielhaften Darstellungen in Bezug auf die Frage nach Pflegekompetenzen im Zusammenhang mit dem Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, ließen erkennen, dass zwar viele Kompetenzen beschrieben werden und eine Fülle von Anforderungen an Pflegende gestellt werden, der spezielle Kontext der ambulant betreuten Wohngemeinschaft und die Rahmenbedingungen unter denen Kompetenz ausgeübt werden kann, blieben jedoch weitestgehend offen.

Lediglich der vorgestellte Ansatz der person-zentrierten Pflege bezog schließlich, neben notwendigen Voraussetzungen Pflegender, auch den äußeren Rahmen mit ein.

Wie sehen Pflegende diese Situation selbst? Welche Kompetenzen sind aus ihrer Sicht an einem Ort wie dem der Wohngemeinschaft und im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen erforderlich?

Diese Fragen und die Perspektive der Pflegenden, die in der bisherigen Auseinandersetzung mit der Frage nach Pflegekompetenz noch keine Rolle gespielt hat, sollen durch die im zweiten Teil dieser Arbeit vorgestellte empirische Erhebung das bisherige Bild ergänzen.

2. EMPIRISCHE ERHEBUNG

2.1 Fragestellung und Zielsetzung

In der Auseinandersetzung mit der Frage nach Pflegekompetenz und insbesondere nach Pflegekompetenz im Zusammenhang mit dem Umgang demenziell erkrankter Menschen in einer Wohnform wie die der ambulant betreuten Wohngemeinschaft (vgl. Kapitel 1.3.3 u. 1.3.4), konnte deutlich werden, dass eine Vielzahl an Anforderungen an Pflegende und deren Kompetenzen gestellt werden.

Um das Bild in der Frage nach dem, was Pflegekompetenz ausmacht zu vervollständigen soll nun die Perspektive der Pflegenden selbst betrachtet werden. Zu diesem Zweck wurde die im Folgenden beschriebene empirische Erhebung unter der Fragestellung „*Welche Kompetenzen sind aus Sicht des Personals für die Arbeit in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz erforderlich?*“ durchgeführt.

Ziel der Erhebung war es, die Sichtweise der Pflegenden zu ermitteln und Aussagen treffen zu können, wie Pflegende aus ihrer Sicht kompetente Pflege beschreiben. Zu diesem Zweck wurden Gruppendiskussionen geführt mit in ambulant betreuten Wohngemeinschaften tätigen Pflegekräften.¹³⁵

Die nachfolgend beschriebene Auswertung der erhobenen Daten war insbesondere von drei wesentlichen Aspekten geleitet. Zum einen ging es darum, ganz konkrete Situationen identifizieren zu können, in denen sich die Kompetenz der Pflegenden äußert und ermitteln zu können, was ihnen in diesen Situationen hilfreich ist und sie handlungsfähig macht. Zum anderen war von Interessen, wie Pflegende aus ihrer Sicht Beziehungen zu den demenziell erkrankten Menschen aufbauen, um ihnen ein Gefühl des Wohlbefindens und der Zufriedenheit vermitteln zu können. Und Schließlich war von Interesse, inwieweit der Ort der ambulant betreuten Wohngemeinschaft von Belang ist und die damit einhergehende Rolle des Gastes in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen.

In der Formulierung der Fragestellung ist bewusst der Begriff „Personal“ gewählt für diejenigen, die in einer Wohngemeinschaft tätig sind. Die mit der Pflege und Betreuung beauftragten ambulanten Pflegedienste in einer Wohngemeinschaft setzen nicht ausschließlich examiniertes Kranken- und Altenpflegepersonal für die Arbeit vor Ort ein.

¹³⁵ diese Gruppendiskussionen sind im Rahmen einer Projektarbeit geführt und aufgezeichnet worden, das aufgezeichnete Material liegt der hier vorgestellten Auswertung zugrunde; siehe hierzu: Fachprojekt 2006

Es werden auch Personen mit anderen Qualifikationen, wie z.B. Hauswirtschafterinnen oder ausgebildete Erzieher oder Familienpfleger beschäftigt, sowie Personen die über keinerlei berufliche Qualifikationen verfügen. Zwar werden nicht alle Aufgaben gleichermaßen von allen durchgeführt¹³⁶, jedoch sind alle als Team an der Betreuung und Pflege und somit an der alltäglichen Begleitung der in der Wohngemeinschaft lebenden Menschen beteiligt. Aus diesem Grund erschien es sinnvoll hier keine Unterschiede zu machen und sämtliches Personal an der Erhebung zu beteiligen, um ein möglichst vollständiges Bild welches alle Beteiligten einschließt zu erhalten. Im Folgenden soll aber der Begriff „Pfleger“ beibehalten werden, da alle in der Wohngemeinschaft Tätigen unabhängig von ihrer Qualifikation, pflegerische Arbeit leisten.

2.2 Methode der Datenerhebung

Die der empirischen Erhebung zugrunde liegenden Daten sind mittels des Verfahrens der Gruppendiskussion erhoben worden. Diese Methode erschien aus verschiedenen Gründen sinnvoll. Im Folgenden wird die Methode näher erläutert, sowie die Begründung für diese Methode und deren Durchführung im Rahmen dieser Erhebung dargestellt.

2.2.1 Gruppendiskussion

Die Gruppendiskussion ist eine Methode der empirischen Sozialforschung, die erstmals in den USA und in Großbritannien aufkam und dort zunächst zu Zwecken der Untersuchung gruppenspezifischer Prozesse eingesetzt wurde. Schließlich fand sie ihre Verbreitung in der Markt- und Meinungsforschung, wo sie auch heute noch verstärkt angewandt wird.¹³⁷ In Deutschland findet das Verfahren der Gruppendiskussion seit Mitte der 1950er Jahre Anwendung. Die Gruppendiskussion lässt sich innerhalb der qualitativen Forschungsmethoden, als eine spezielle Form der Befragung einordnen, die

¹³⁶ so werden insbesondere die so genannten „SGB V-Leistungen“ nur von examiniertem Krankenpflegepersonal durchgeführt, so wie es vom Gesetzgeber und Leitungsträger vorgesehen und vorgeschrieben ist

¹³⁷ vgl. Loos/Schäffer, S. 15 ff

sowohl der Ermittlung von Inhalten, als auch der Analyse gruppendynamischen Geschehens dienen kann.¹³⁸

Im Gegensatz zum Einzelinterview ist die Gruppendiskussion eine Methode, in der eine Fragestellung von mehreren Teilnehmern zugleich beantwortet und diskutiert wird. Eine mögliche Definition dieser Methode liefert Morgan, der die Gruppendiskussion als eine Erhebungsmethode beschreibt, „die Daten durch die Interaktion der Gruppenmitglieder gewinnt, wobei die Thematik durch das Interesse des Forschers bestimmt wird.“¹³⁹

Demnach wird eine zuvor formulierte Fragestellung an eine ausgewählte Gruppe hergetragen, um diese innerhalb der Gruppe zu diskutieren. Der Forscher oder ein anderer Diskussionsleiter initiiert den Kommunikationsprozess der Gruppe¹⁴⁰ und nutzt den Austausch und die Diskussion der Teilnehmer untereinander, um der Beantwortung seiner Fragestellung nahe zu kommen. Im Gegensatz zum Interview, in dem es vornehmlich um die bloße Beantwortung zuvor gestellter Fragen geht, treten die Teilnehmenden in einer Gruppendiskussion in einen Austausch miteinander, der eher einem natürlichen Gespräch ähnelt.¹⁴¹ So sind hier auch nicht so sehr die direkten Antworten auf spezifische Fragen von Interesse, sondern vielmehr liegt das, sich aus der Diskussion, den Erzählungen und Ergänzungen der Gruppenteilnehmer untereinander heraus entwickelnde Meinungsbild, im Interesse des Forschers.

Die Gruppendiskussion ist abzugrenzen von anderen Erhebungsmethoden, die in Gruppen durchgeführt werden. So ist eine *Gruppenbefragung* oder ein *Gruppeninterview* als eine Methode zu betrachten, in der einer Gruppe von Personen ein standardisierter Fragebogen vorgelegt wird, den es zu beantworten gilt, ohne in diesem Zusammenhang eine Diskussion zu intendieren.¹⁴² Auch bei *Gruppengesprächen* handelt es sich um etwas anderes, als eine Gruppendiskussion, da diese in der Regel nicht von außen veranlasst, sondern zufällig zustande kommen und das Erkenntnisinteresse hier eher in der Gesprächsanalyse liegt, die nicht die Gesprächsinhalte, sondern deren Verlauf im Blick haben.¹⁴³

¹³⁸ vgl. Lamnek 1998, S. 25

¹³⁹ vgl. Lamnek 1998, S. 27

¹⁴⁰ vgl. Loss/Schäfer, S. 13

¹⁴¹ vgl. ebenda

¹⁴² vgl. ebenda, S. 12

¹⁴³ vgl. ebenda, S. 13

Grundsätzlich wird vorgeschlagen, die Teilnehmer einer Gruppendiskussion aufgrund von Gemeinsamkeiten auszuwählen, also auf die Homogenität einer Gruppe zu achten, so kann z.B. der gemeinsame berufliche Hintergrund oder eine gemeinsame Erfahrung die im Zusammenhang mit der Fragestellung stehen, die Teilnehmer eher dazu animieren miteinander in den Austausch zu treten.¹⁴⁴ Es besteht dann ein gemeinsames „Relevanzsystem“¹⁴⁵ aller Diskussionsteilnehmer auf das sie im Rahmen ihrer Erzählungen und Meinungsäußerungen Bezug nehmen können.

Die Angaben bezüglich der Höhe der Teilnehmerzahl differieren, so ist von 3 bis 20 Teilnehmern die Rede, wobei eine Gruppengröße von neun bis zwölf Teilnehmern nach Lamnek zu empfehlen ist.¹⁴⁶

Die Anzahl der insgesamt durchzuführenden Gruppendiskussionen, ist in Abhängigkeit von dem damit einhergehenden zusätzlichen Erkenntnisgewinn zu betrachten. Die Durchführung von etwa drei bis fünf Gruppendiskussionen kann als sinnvoll betrachtet werden, ohne dass sich Inhalte darin permanent wiederholen.¹⁴⁷

2.2.2 Begründung für die Methodenwahl

Die vorgenommene Erhebung hatte zum Ziel, die Perspektive der in den Wohngemeinschaften tätigen Pflegekräfte in Bezug auf ihre Kompetenzen zu ermitteln. Die bereits aufgeführte Fragestellung sollte aus Sicht der Pflegenden beantwortet werden. Die Initiierung einer Gruppendiskussion bot daher die Möglichkeit, durch den Austausch der Beteiligten untereinander, etwas über deren Meinung und Sicht auf diese Fragestellung zu ermitteln. Zudem war durch die Wahl dieser Methode die Möglichkeit gegeben, möglichst viele inhaltliche Aussagen innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes zu ermitteln.

Der offene Diskussionsrahmen diente zudem dazu, den Teilnehmern die Schwerpunkte selbst zu überlassen, um ermitteln zu können, welche Themen ihnen in der Frage nach erforderlichen Kompetenzen hinsichtlich ihrer Arbeit bedeutungsvoll und relevant erschienen. So war die Gruppendiskussion zwar geleitet von der zugrunde liegenden Forschungsfrage, die Themen konnten sich aber innerhalb des Austausches der Diskussi-

¹⁴⁴ vgl. Morse/Field 1998, S. 31

¹⁴⁵ vgl. Schäffer 2001

¹⁴⁶ vgl. Lamnek 1998, S. 101

¹⁴⁷ vgl. ebenda, S. 109

onsteilnehmer entwickeln. Diesem Vorgehen lag die Idee zugrunde, sich dem Feld explorativ¹⁴⁸ nähern zu können, um so einen Wissenszuwachs zu erfahren und nicht die bloße Überprüfung von vorab aufgestellten Annahmen aufgrund theoretischer Überlegungen durchzuführen.

Die Homogenität der ausgewählten Gruppen ist gewährleistet gewesen, durch deren gemeinsames Bezugssystem: die Arbeit in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft.

2.2.3 Leitfaden

Für die Durchführung der Gruppendiskussionen wurde ein Leitfaden erstellt, der sich an der zugrunde liegenden Forschungsfrage orientiert. Der Leitfaden für die Gruppendiskussionen ist im Rahmen der erwähnten Fachprojektarbeit entstanden.¹⁴⁹ Er diente der Initiierung des Kommunikationsprozesses zwischen den Teilnehmern einerseits und andererseits sollte so gewährleistet sein, die Forschungsfrage und das Erkenntnisinteresse der Forschenden, nicht aus dem Blick zu verlieren. Der Leitfaden diente außerdem dazu, den Diskussionsverlauf in Gang zu halten und bot dem Diskussionsleiter eine Auswahl an Fragen, die ihn darin unterstützen sollten. So stand diesem ein Bezugsrahmen zur Verfügung, der ihn darin unterstützte, dass Gespräch in seinem Ermessen zu strukturieren.

Durch eine Einstiegsfrage sollte das Gespräch zunächst eingeleitet und die Diskussions Teilnehmer zur Rede animiert werden. Weitere Fragen waren so formuliert, dass sie dem Leiter der Diskussion die Möglichkeit gaben, auf verschiedene Bereiche, die womöglich von Interesse in Bezug auf die Fragestellung sein konnten, Bezug zu nehmen, um so neue Aspekte in die Diskussion mit aufzunehmen. Zum einen wurden durch diese Fragen konkrete Situationen aufgegriffen, in denen sich eventuelle Kompetenzen der Diskutanten zeigten, zum anderen wurden die Kompetenzen oder Fähigkeiten direkt angesprochen und sollten die Teilnehmer der Diskussion dazu animieren, diese zu benennen und aus ihrer Sicht zu formulieren.

¹⁴⁸ vgl. Lamnek 1998, S. 41

¹⁴⁹ siehe Fachprojekt 2006; der Leitfaden ist dem Anhang dieser Arbeit beigefügt

2.2.4 Durchführung der Gruppendiskussionen

Im Rahmen der empirischen Erhebung sind drei Gruppendiskussionen durchgeführt worden. Die Diskussionsteilnehmer waren jeweils Mitarbeiter eines Pflegedienstes, der die Pflege in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz übernommen hatte. Es handelte sich um drei unterschiedliche Wohngemeinschaften und Pflegedienste im norddeutschen Raum.

Die Leiter der Pflegedienste wurden vorab telefonisch über das Vorhaben informiert und um ihre Mitarbeit gebeten. Sie haben zudem auch eine schriftliche Information über das Forschungsprojekt erhalten. Nachdem die entsprechenden Leitungen informiert waren, sind die Mitarbeiter schriftlich zur Teilnahme an der Gruppendiskussion eingeladen worden. Die Teilnahme an den Diskussionen war freiwillig und fand unter der Zusicherung der Anonymität statt.

Die Gruppendiskussionen fanden in den von den Pflegediensten vorgeschlagen Räumlichkeiten statt, so konnte auch dem Gebot, eine möglichst natürliche Gesprächsatmosphäre herzustellen, nachgekommen werden.¹⁵⁰ Für jede Gruppendiskussion war eine Zeit von höchstens zwei Stunden vorgesehen.

Die Teilnehmer gehörten jeweils zu dem in der Wohngemeinschaft tätigen Team, so dass sich die Diskutanten bereits kannten und miteinander vertraut waren. Unter den Teilnehmern waren sowohl examinierte Pflegekräfte, als auch Personen mit anderen oder gar keiner Berufsqualifikation vertreten.

Durchgeführt wurden die Diskussionen immer von einer Moderatorin und einer Protokollantin. Diese stellten sich den Diskussionsteilnehmern zunächst vor und erläuterten das Vorhaben und den Ablauf der Gruppendiskussion.

Insgesamt nahmen an den durchgeführten Diskussionen 18 Personen teil. Die erste Gruppendiskussion wurde von fünf Teilnehmern geführt, die zweite von 11 Teilnehmern und die dritte Diskussion von zwei Teilnehmern. Aufgrund kurzfristiger Absagen, kam es zu der geringen Teilnehmerzahl der letzten Gruppendiskussion. Diese wurde aber dennoch durchgeführt, da es aus zeitlichen Gründen keine Möglichkeit gab, noch eine weitere Diskussion anzuberaumen.

¹⁵⁰ vgl. Loos/Schäffer 2001, S. 49

2.2.5 Aufzeichnung der Gruppendiskussionen

Die durchgeführten Gruppendiskussionen wurden vollständig und mit dem Einverständnis der Teilnehmer durch ein Tonband aufgezeichnet.

Im Anschluss daran ist der gesamte Gesprächsverlauf per Computer und durch abhören der Aufzeichnung transkribiert worden.

Nur das gesprochene Wort wurde aufgezeichnet. Auf Angaben zu Tonfall, Mimik oder Gestik während der Redebeiträge wurde weitestgehend verzichtet und nur wenn diese als für den Inhalt bedeutsam schienen, wurde ein Vermerk dahingehend gemacht. Pausen sind mit (...) gekennzeichnet und Passagen, die unverständlich blieben, sind ausgelassen und im Text kenntlich gemacht worden.

Die jeweiligen Redebeiträge sind den Teilnehmern durch eine Nummerierung (T1, T2 usw.) zugeordnet, um die Beiträge voneinander unterscheiden zu können.

2.3 Methode der Datenanalyse

Für die Auswertung von Gruppendiskussionen wird kein einheitliches Vorgehen vorgeschlagen. Lamnek bezeichnet die Auswertungsphase bei der Gruppendiskussion als „dasjenige Stadium des Forschungsprozesses, das die meisten Schwierigkeiten aufwirft. Denn es gibt kein allgemein bevorzugtes oder gar normativ-methodologisch vorgegebenes Auswertungsverfahren für die Analyse von Gruppendiskussionen.“¹⁵¹

Da die Erhebungsmethode der Gruppendiskussion in der vorliegenden Forschungsarbeit ausgewählt wurde, um möglichst viele Informationen in Bezug auf die Fragestellung zu erhalten und sich das Erkenntnisinteresse daher im Wesentlichen auf die thematischen Inhalte der Diskussion und weniger auf den Gesprächsverlauf bezog, erschien die Methode einer qualitativen Inhaltsanalyse sinnvoll. Der vorgenommene Prozess der Datenanalyse orientiert sich hierbei an der qualitativen Inhaltsanalyse, wie sie Mayring beschreibt.¹⁵² Das vorliegende Datenmaterial lässt sich nach diesem Verfahren derart zusammenfassen und reduzieren, „dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben [und]

¹⁵¹ vgl. Lamnek 1998, S.162

¹⁵² siehe Mayring 2003

durch Abstraktion ein überschaubarer Corpus geschaffen wird, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“¹⁵³ Die wesentlichen Aussagen in Bezug auf die vorausgegangene Fragestellung lassen sich nach diesem Verfahren aus dem Material entnehmen und zusammenfassend wiedergeben.

Im Rahmen dieses Verfahrens beschreibt Mayring im Wesentlichen folgende Schritte nach denen die Datenanalyse vorzunehmen ist:¹⁵⁴

- (1) das Ausgangsmaterial auf das sich die Analyse bezieht muss festgelegt und beschrieben werden
- (2) diejenigen Textstellen, die inhaltlich bedeutsam sind werden paraphrasiert
- (3) die Paraphrasen werden auf ein einheitliches Abstraktionsniveau gehoben
- (4) das Material wird durch das Streichen inhaltsgleicher Paraphrasen reduziert
- (5) weitere Reduzierung des Materials durch Zusammenfassung und Neuformulierung sich ähnelnder Paraphrasen
- (6) Aufstellung eines Kategoriensystems aus den Paraphrasen
- (7) Überprüfung der zusammengefassten Aussagen am Ausgangsmaterial

An diesem Vorgehen orientiert sich die Datenanalyse der vorliegenden Forschungsarbeit. Im Folgenden werden die vorgenommenen Analyseschritte noch einmal im Einzelnen beschrieben und erläutert.

2.3.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials

Für die vorgenommene Datenanalyse wurden sämtliche Aufzeichnungen der Gruppendiskussionen als Ausgangsmaterial genutzt. Alle drei durchgeführten Gruppendiskussionen lagen in schriftlicher Form als Transkript vor und umfassten insgesamt 54 Seiten Text. *(Die Transkripte sind dem Anhang zu entnehmen.)*

Die Aufzeichnungen sind per Computer und nach denen in *Kapitel 2.2.4* dieser Arbeit beschriebenen Regeln vorgenommen worden.

¹⁵³ vgl. Mayring 2003, S. 58

¹⁵⁴ vgl. ebenda, S. 60-62

2.3.2 Entwicklung eines Kategorienrasters

Nach Mayring stellt das Kategoriensystem das „zentrale Instrument der (inhaltlichen) Analyse“¹⁵⁵ dar.

In der vorliegenden Erhebung wurde während der Durchsicht des ersten Transkripts aus den darin enthaltenen Aussagen ein Kategorienraster entwickelt. Dieses Vorgehen lehnt sich an die von Mayring beschriebene „induktive Kategorienbildung“¹⁵⁶ an, wonach die das Ausgangsmaterial beschreibenden Kategorien direkt aus dem Material abzuleiten sind, ohne vorab durch theoretische Überlegungen definiert zu werden. Dies ist auch der Versuch dem Gebot der Offenheit nachzukommen, welches als kennzeichnend für qualitative Forschung betrachtet wird.¹⁵⁷ Zudem wird so dem Vorhaben Rechnung getragen, die Perspektive der Diskussionsteilnehmer zu erfassen und sich von deren Aussagen leiten zu lassen. Die abgeleiteten Kategorien sind als Merkmale zu sehen, die den Text beschreiben können.¹⁵⁸

Die der Erhebung zugrunde liegende Fragestellung nach notwendigen Kompetenzen aus Sicht der Diskussionsteilnehmer stellte den Bezugsrahmen für die Formulierung der Kategorien dar, womit das Thema der Kategorienbildung bestimmt war.¹⁵⁹ So wurde das erste Transkript geleitet von diesem Bezugsrahmen durchgearbeitet. War der erste Hinweis auf die Beschreibung einer Kompetenz gegeben, konnte daraus eine Kategorie abgeleitet werden. Während der weiteren Durchsicht des ersten Transkripts wurde jeweils entschieden, ob eine weitere Kategorie zu eröffnen sei oder ob sich die entsprechenden Textstellen, den bereits vorhandenen Kategorien zuordnen ließen.

Zunächst wurde versucht, die Kategorien möglichst allgemein zu formulieren, um eine zu starke Differenzierung zu vermeiden und die Zahl der Kategorien, in einem überschaubaren Maß halten zu können.

Als Ergebnis dieses ersten Auswertungsschrittes, konnte ein vorläufiges Kategorienraster von neun Kategorien gebildet werden.

Diese Kategorien lauteten:

¹⁵⁵ vgl. Mayring 2003, S. 43

¹⁵⁶ vgl. ebenda, S. 74

¹⁵⁷ vgl. Lamnek 1995, S. 199

¹⁵⁸ vgl. Lamnek 1998, S. 182

¹⁵⁹ vgl. Mayring 2003, S. 76

- Haltungen und Einstellungen
- Vertrauen auf die eigene Intuition
- Umgang mit konkreten (besonderen) Situationen
- Beurteilungsvermögen und Fähigkeit der Einschätzung
- Zurückgreifen können auf theoretisches Wissen
- mit Kollegen zurechtkommen können
- Angehörigenkontakt
- Dasein und Begleitung
- eigene Wert- und Normvorstellungen in den Hintergrund stellen

2.3.3 Paraphrasenbildung und Zuordnung

Nachdem nun ein vorläufiges Kategorienraster aus dem Material abgeleitet werden konnte, folgte die weitere Durchsicht des übrigen Materials. Es wurden sämtliche Textpassagen, Teilsätze oder auch Worte identifiziert, die sich den einzelnen Kategorien zuordnen ließen. Zu diesem Zweck wurden die entsprechenden Textstellen als Paraphrasen knapp und dem Inhalt entsprechend wiedergegeben.¹⁶⁰ Konnten Paraphrasen nicht zugeordnet werden, die jedoch als inhaltlich bedeutsam identifiziert wurden, so erfolgte die Eröffnung einer neuen Kategorie und das Kategorienraster wurde erweitert.

2.3.4 Überarbeitung des Kategorienrasters

Nach Abschluss der Durcharbeitung des gesamten Materials und der vollständigen Zuordnung der Paraphrasen zu dem aus dem Material abgeleiteten Kategorienraster, wurde dieses noch einmal überarbeitet. Doppelungen von Paraphrasen wurden nach dem von Mayring vorgeschlagenen Vorgehen gestrichen.¹⁶¹ Die einzelnen Kategorien und die darunter geordneten Paraphrasen wurden dahingehend überprüft ob sie inhaltlich übereinstimmen und sinnvoll zugeordnet wurden. Das Abstraktionsniveau, welches zum Teil noch unterschiedlich war wurde angeglichen. Einige Kategorien konnten aufgelöst und anderen als inhaltsgleich befundenen Kategorien zugeordnet werden.

¹⁶⁰ vgl. Mayring 2003, S. 61

¹⁶¹ vgl. ebenda, S. 74

Nach einer weiteren Überprüfung der Kategorien, konnten diese schließlich in fünf übergeordnete Metakategorien zusammengeführt werden. Diese übergeordnete Kategorien und die dazugehörigen Unterkategorien bildeten schließlich das endgültige Kategorienraster, welches die dem vorliegenden Ausgangsmaterial entnommen Aussagen widerspiegelt und zusammenfasst. (Abb.2 zeigt das Vorgehen der Datenanalyse an einem Beispiel)

	Ausgangsmaterial	Paraphrase	Kategorie	Metakategorie
Beispiel I	„...das planen wir schon, aber man kann es eigentlich nicht planen, weil man fragt nen Tag vorher haben sie Lust, das und das zu machen, aber das nützt eigentlich nichts, wenn man es erst einen Tag später macht, weil dann kann man wieder von Neuem fragen und dann muss man individuell entscheiden ob man es so macht oder nicht.“	In der Lage zu sein, damit umzugehen, dass aufgestellte Pläne nicht umsetzbar sind.	<i>Kategorie 11:</i> nicht alles planen können	<i>Metakategorie IV:</i> Bewältigung herausfordernder Situationen
Beispiel II	„Du kannst einfach viel so im Alltag gar nicht planen, was so passiert, wann jemand bei uns z.B. aufsteht	Den Alltag nicht planen können.		

Abbildung 2: Vorgehen der Datenanalyse

2.4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die aus der Datenanalyse hervorgegangenen Kategorien beschrieben und charakterisiert. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse in einen Zusammenhang gebracht und interpretiert.

2.4.1 Beschreibung der Kategorien

Aus der Datenanalyse ließen sich vier übergeordnete Kategorien ableiten, die Pflegekompetenz aus Sicht der Pflegenden in Bezug auf ihre Arbeit wiedergeben können: (1) *Haltungen, Einstellungen und Eigenschaften der Person*, (2) *Alltagsgestaltung*, (3) *Arbeit in einem Team* und (4) *Bewältigung herausfordernder Situationen*.

Darüber hinaus ergab die Analyse der Gruppendiskussionen eine weitere Kategorie, die offenbar als notwendige (5) *Rahmenbedingung* für kompetentes Handeln innerhalb der Wohngemeinschaft zu betrachten ist. Die einzelnen Kategorien werden nachfolgend beschrieben.

2.4.1.1 Haltungen, Einstellungen und Eigenschaften der Person

Eine Vielzahl von Haltungen und Einstellungen, sowie damit in Zusammenhang stehende Eigenschaften werden von den Pflegenden als für die Arbeit innerhalb der Wohngemeinschaft und der Fähigkeit Beziehungen und Kontakt zu den demenziell erkrankten Menschen herzustellen, wichtig erachtet. So werden Geduld, Kreativität, Ehrlichkeit, Authentizität, Gelassenheit, Flexibilität und Sensibilität genannt. Weiterhin wird eine offene Haltung, den in der Wohngemeinschaft lebenden Menschen gegenüber, sowie Neugier in Bezug auf deren individuelle Geschichte, als auch die Fähigkeit der Empathie als wichtig betrachtet. Die Fähigkeit, Kritik annehmen zu können und sich selbst zu beherrschen, wird hervorgehoben. Zudem ist ein respektvoller Umgang, sowohl den Bewohnern der Wohngemeinschaft als auch den Kollegen gegenüber, wichtige Voraussetzung für kompetentes Arbeiten. Darüber hinaus sehen Pflegende Motivation und Einsatzbereitschaft als Voraussetzung für die Arbeit in der Wohngemeinschaft an. Auch Humor und in der Lage zu sein, körperliche Nähe zulassen zu können werden genannt.

Pflegende befinden sich immer wieder in Situationen, in denen sie ihre eigenen Wert- und Normvorstellungen in den Hintergrund stellen sollten und auch für sie unangenehme Situationen aushalten müssen.

Sie sollten in der Lage sein, ihre eigenen Grenzen zu erkennen und sich nicht für alle Situationen, in denen sie keinen Einfluss nehmen können, verantwortlich zu fühlen. Sie müssen fähig sein zu akzeptieren, dass Pflege ihre Grenzen hat.

2.4.1.2 Alltagsgestaltung

Unter dieser Kategorie lassen sich all jene Fähigkeiten zusammenfassen, die damit im Zusammenhang stehen, gemeinsam mit den WG-Bewohnern den Alltag zu gestalten. Prinzip einer Wohngemeinschaft ist es, die Selbständigkeit der Menschen die dort leben

zuzulassen, zu fördern und anzuerkennen. So sehen es Pflegende als wichtige Fähigkeit an, dieses Prinzip umsetzen zu können und in der Lage zu sein, zu erkennen, über welche Fähigkeiten die Menschen noch verfügen und wo sie eventuell Unterstützung benötigen. Der Alltag in einer Wohngemeinschaft sollte sich an den Gewohnheiten der Bewohner ausrichten, die es seitens der Pflegenden zu erkennen gilt. Dazu gehört aus der Perspektive der Pflegenden, gemeinsam mit den Menschen in der WG Rituale zu gestalten, die sich an deren früheren Leben orientieren. Auch die Schaffung einer Atmosphäre der Geborgenheit, des Verstandenseins und eines Zuhauses für die WG-Bewohner betrachten die Pflegenden als ihre Aufgabe. Außerdem muss es ihnen gelingen manchmal einfach da sein zu können, ohne immer etwas tun zu müssen.

Es ist ebenfalls Teil des Alltages aus der Sicht der Pflegenden, die Angehörigen der in der WG lebenden Menschen als Teil der pflegerischen Beziehung und Teil des Lebens der Menschen anzuerkennen. Dies impliziert sowohl die Fähigkeit, mit deren Kritik umgehen zu können, als auch in der Lage zu sein, deren Wissen um den Pflegebedürftigen als wichtige Informationsquelle zu nutzen.

Zudem halten Pflegende praktische Fähigkeiten, wie kochen, backen, den Haushalt organisieren und auch singen können für wichtig, um den Alltag den demenziell erkrankten Menschen angemessen gestalten zu können.

2.4.1.3 Arbeiten in einem Team

Die Fähigkeit, in einem Team zu arbeiten sehen die Pflegenden als wesentliche Voraussetzung an, um den Anforderungen, die die Arbeit in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft an sie stellt, gerecht werden zu können. Sie sehen es in diesem Zusammenhang als wichtig an, in der Lage sein zu können, untereinander Absprachen zu treffen und sich innerhalb des Teams auszutauschen. Dies setzt Ehrlichkeit und Vertrauen im Umgang miteinander voraus. Ein Team sollte sich gegenseitig ergänzen und auch andere mit der Wohngemeinschaft in Kontakt stehende Berufsgruppen, wie Ärzte oder Physiotherapeuten als Teil des Teams anerkennen. Die Fähigkeit zur Kommunikation, d.h. sich entsprechend ausdrücken zu können, sehen die Pflegenden in diesem Zusammenhang als relevant an.

Die Arbeit und Kommunikation innerhalb eines Teams ist zudem eine wichtige Ressource für die pflegerische Tätigkeit, da es den Teammitgliedern Sicherheit gibt und sie

darüber hinaus voneinander profitieren, indem sie aus den Erfahrungen der anderen lernen.

2.4.1.4 Bewältigung von herausfordernden Situationen

Die Pflegenden haben verschiedene Situationen geschildert, in denen sie sich herausgefordert sahen, sowohl aufgrund mit einer Situation verbundener Probleme als auch aufgrund positiver Aspekte einer Situation, auf die sie sich einlassen mussten. Die geschilderten Situationen bezogen sich auf den direkten Kontakt zu den demenziell erkrankten WG-Bewohnern und die Pflegenden haben dargestellt, was ihnen hilfreich ist, diese Situationen zu gestalten und falls nötig Lösungen zu finden. Die genannten Situationen bezogen sich auf aggressives Verhalten seitens der Bewohner, welches sich sowohl verbal als auch in Tätlichkeiten äußerte und sich entweder auf die Pflegenden selbst oder andere WG-Bewohner bezog. Weiterhin berichteten sie über Situationen, in denen WG-Bewohner die Wohnung verlassen wollten und sich nicht daran hindern ließen. Andere Situationen bezogen sich darauf, dass bestimmte, von ärztlicher Seite für richtig befundene, Maßnahmen (wie das Tragen von Kompressionsstrümpfen oder eines Zahnersatzes) von den Betroffenen nicht akzeptiert wurden. Auch schilderten die Pflegenden Situationen in denen sie das Verhalten von WG-Bewohnern aushalten mussten, obwohl sie es selbst als unangenehm oder gar peinlich empfanden. Schließlich äußerten sich die Pflegenden zu Situationen, in denen sie sich von den WG-Bewohnern mitreißen ließen und sich auf deren Stimmung einlassen konnten.

Unterschiedliche Fähigkeiten und Kenntnisse scheinen den Pflegenden hilfreich und wichtig, um die genannten Situationen zu bewältigen.

So sehen sie es als wichtig an, sich darauf einlassen zu können verschiedene Maßnahmen in den entsprechenden Situationen auszuprobieren, ohne bereits im Vorhinein zu wissen, ob diese zu einem Erfolg führen. Sie betrachten es als notwendig nicht an Maßnahmen festzuhalten, die zwar in der Vergangenheit zu einer Lösung führten, dies aber in einer anderen Situation nicht mehr tun. Ihnen ist es hilfreich, aus dem Moment heraus handeln zu können und zu akzeptieren, dass Pflege nicht immer planbar ist und gemachte Pläne nicht zwangsläufig umgesetzt werden können.

Die Pflegenden sehen theoretisches Wissen, über das sie verfügen, als wichtige Stütze an, um mit den geschilderten Situationen umgehen zu können. So betrachten sie zum einen fachliches Wissen über die Erkrankung Demenz und zum anderen das Wissen um Methoden, die den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen und die Kontaktaufnahme zu ihnen erleichtern können, als für sie hilfreich. Auf folgende Methoden bezogen sich die Pflegenden: Validation nach N. Feil¹⁶², der Gesprächsansatz nach C. Rogers¹⁶³ und die Anerkennung der Person nach T. Kitwood.¹⁶⁴

Neben dem theoretischen Wissen sehen sie auch das Vertrauen auf ihre eigene Intuition und das Zurückgreifen können auf Erfahrungen als hilfreiche Fähigkeit an, um herausfordernde Situationen bewältigen zu können. Darüber hinaus sehen die Pflegenden es als wichtig an, in der Lage zu sein ein Gefühl für die Bewohner zu haben und deren Stimmung einschätzen zu können. Dabei hilft ihnen das Wissen um die einzelnen Bewohner über das sie verfügen, um davon ausgehend bestimmte Verhaltensweisen zu verstehen und einordnen zu können (z.B. das Wissen um prägende Erfahrungen aus der Kriegszeit).

Dieses Wissen nimmt im Laufe der Zeit zu, wird zunehmend bedeutsamer und trägt dazu bei, die Beziehung zu den WG-Bewohnern zu intensivieren. Die Pflegenden sprechen in diesem Zusammenhang auch von „biografischem Wissen“ in Bezug auf die jeweiligen Bewohner. *(In Abb.3 sind die beschriebenen Kompetenzen noch einmal zusammenfassend dargestellt)*

¹⁶² die *Validation nach N. Feil* ist eine Methode der Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen, die darauf basiert, das Erleben des Betroffenen als Wirklichkeit anzuerkennen, um so Vertrauen zu schaffen; der demenziell erkrankte Mensch wird weder korrigiert, noch wird versucht ihn an die Realität anzupassen; die Wirksamkeit der Methode ist zwar nicht belegt, dennoch findet sie häufig Anwendung in der praktischen Altenpflege (siehe Feil 1999)

¹⁶³ C. Rogers sieht in seinem Ansatz der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie drei grundsätzliche Voraussetzungen seitens des Therapeuten als wichtig an: 1. einführendes Verständnis, 2. positive Wertschätzung und 3. Echtheit und Kongruenz (in: Dörner et al. 2002)

¹⁶⁴ siehe Kitwood 2005; der Ansatz wurde im theoretischen Teil dieser Arbeit beschrieben (vgl. Kapitel 1.3.3.3)

Haltungen, Einstellungen und Eigenschaften der Person

- Geduld, Kreativität, Ehrlichkeit, Authentizität, Gelassenheit, Flexibilität und Sensibilität
- eine offene und zugewandte Haltung den in der WG lebenden Menschen gegenüber
- Neugier
- Empathie
- Selbstbeherrschung und Fähigkeit Kritik anzunehmen
- respektvoller Umgang mit den Bewohnern der WG und den Kollegen
- Motivation und Einsatzbereitschaft
- Humor
- körperliche Nähe zulassen können
- eigene Wert- und Normvorstellungen in den Hintergrund stellen
- unangenehme Situationen aushalten können
- eigene Grenzen erkennen
- sich nicht für alles verantwortlich fühlen
- akzeptieren, dass Pflege Grenzen hat

Alltagsgestaltung

- vorhandene Fähigkeiten der WG-Bewohner erkennen
- Selbständigkeit der WG-Bewohner zulassen und unterstützen
- die Gewohnheiten der WG-Bewohner ermitteln und den Alltag danach ausrichten
- gemeinsame Rituale gestalten
- eine Atmosphäre der Geborgenheit und des Verständnisses schaffen
- das Gefühl des Zuhause-Seins vermitteln
- Dasein
- Angehörige als Teil der Pflegebeziehung akzeptieren
- praktische Fähigkeiten: kochen, backen, den Haushalt organisieren, singen

Arbeiten in einem Team

- Absprachen treffen untereinander
- Austausch miteinander
- Ehrlichkeit und Vertrauen im Umgang miteinander
- sich gegenseitig ergänzen
- andere Berufsgruppen als Teil des Teams anerkennen
- sich verbal ausdrücken können
- das Team als sichere Stütze sehen
- voneinander lernen

Bewältigung von herausfordernden Situationen

- ausprobieren
- nicht an dem festhalten, was in der Vergangenheit immer zu einem Erfolg geführt hat
- aus dem Moment heraus Entscheidungen treffen
- nicht alles planen können
- aufgestellte Pläne nicht zwangsläufig umsetzen
- Zurückgreifen können auf theoretisches Wissen
- Vertrauen auf die eigene Intuition und Erfahrung
- die Stimmung der Bewohner einschätzen können/ein Gefühl für sie haben
- biografisches Wissen über die WG-Bewohner haben

Abbildung 3: Zusammenfassung der vier Kategorien von Kompetenzen

2.4.1.5 Rahmenbedingungen

Neben den vier Bereichen, in denen sich die von den Pflegenden beschriebenen Kompetenzen ansiedeln und erfassen lassen, ließ sich aus dem vorhandenen Material darüber hinaus entnehmen, dass es offenbar Rahmenbedingungen gibt, die eine aus der Perspektive der Diskussionsteilnehmer entscheidende Rolle spielen, wenn es darum geht, ob kompetente Pflege durchzuführen ist. Entscheidend sind hierbei zwei Faktoren, die unter dieser Kategorie zusammengefasst werden sollen.

I Kontext Wohngemeinschaft

Aus den Aussagen der Pflegenden ließ sich entnehmen, dass der Ort der ambulant betreuten Wohngemeinschaft und die damit verbundenen Rahmenbedingungen als Voraussetzung für kompetente pflegerische Arbeit betrachtet werden. Die Pflegenden grenzen den Ort Wohngemeinschaft ab von einem stationären, d.h. institutionellen Rahmen, der Pflegende daran hindert, das zu tun, was sie für kompetent und richtig halten. Sie differenzieren aber auch zwischen Wohngemeinschaft und herkömmlicher ambulanter Pflege. Der Kontext Wohngemeinschaft gibt Pflegenden die Möglichkeit, ihr Handeln nicht an Vorgaben auszurichten, sondern Pflege in Zusammenarbeit mit dem Pflegebedürftigen zu gestalten und zu entwickeln. Die Prinzipien, die mit einer Wohnform wie die der ambulant betreuten Wohngemeinschaft verbunden sind entsprechen denen, die Pflegende mit einer ihrem Empfinden nach kompetenten Pflege in Verbindung bringen.

II Zeit und Ruhe haben

Die notwendige Zeit, für die zu betreuenden und zu pflegenden Menschen in der Wohngemeinschaft zu haben und nicht hektisch und unter zeitlichem Druck Anforderungen erfüllen zu müssen, werden als wichtige Bedingung für das Ausüben von Pflegekompetenz betrachtet.

2.4.2 Interpretation der Kategorien

Die Aussagen der Gruppendiskussionen konnten, wie beschrieben, in vier übergeordnete Kategorien zusammengefasst werden, die im weiteren Verlauf als Kompetenzfelder bezeichnet werden. Die Abgrenzung war dabei nicht immer ganz eindeutig, da verschiedene Aussagen auch anderen Bereichen hätten zugeordnet werden können. So sind beispielsweise Fähigkeiten wie „vorhandene Selbständigkeit der WG-Bewohner unterstützen“ oder „eine Atmosphäre der Geborgenheit und des Verständnisses vermitteln“ sowohl in der Alltagsgestaltung von Bedeutung, als auch in der Bewältigung von herausfordernden Situationen.

Auch überschneiden sich die vier Kompetenzfelder untereinander, so sind z.B. *Haltungen oder Einstellungen* als Kompetenzen zu sehen, die sich sowohl auf die *Alltagsgestaltung*, die *Arbeit im Team*, als auch die *Bewältigung herausfordernder Situationen* beziehen können. Die Alltagsgestaltung kann ebenso von herausfordernden Situationen geprägt sein. So dass auch hier eine Abgrenzung nicht unbedingt eindeutig ist. Die einzelnen Kompetenzfelder überschneiden sich und sind nicht unabhängig voneinander zu sehen.

In den beschriebenen Kompetenzen, die den vier Bereichen zugeordnet werden konnten, lassen sich Parallelen finden zu der im ersten Teil dieser Arbeit geführten Auseinandersetzung in Bezug auf Pflegekompetenz im Umgang mit Demenz und in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (*siehe Kapitel 1.3.3 und 1.3.4*).

So enthalten auch die Aussagen der Pflegenden Hinweise auf vielfältige Haltungen und Einstellungen, sowie persönliche Eigenschaften, die sie als Voraussetzung ansehen, um die pflegerische Arbeit in der Wohngemeinschaft bewältigen zu können und einen Zugang zu den dort lebenden demenziell erkrankten Menschen zu finden. Dies steht zum Teil in Übereinstimmung zu dem, was als persönliche Kompetenz in den ausgewählten Beispielen beschrieben wurde.

Die Fähigkeit in einem Team zu arbeiten, sowie mit der Gestaltung des Alltages in der Wohngemeinschaft verbundene Fähigkeiten, finden sich sowohl in den Aussagen der Pflegenden als auch in den beschriebenen Ausführungen zu Pflegekompetenz.

Auf herausfordernde Situationen entsprechend reagieren zu können, sowie letztlich immer im Interesse des demenziell erkrankten Menschen zu handeln, wird seitens der

Pflegenden als wichtiges Handlungsrepertoire gesehen, um ihre pflegerische Tätigkeit gestalten zu können. Auch hier lassen sich die entsprechenden Parallelen zu den vorausgegangenen Beschreibungen ziehen. Die beschriebenen Kompetenzen aus Sicht der Pflegenden unterscheiden sich demnach nur geringfügig von denen, die in der theoretischen Auseinandersetzung bereits benannt wurden.

Aus den Aussagen der Pflegenden ließen sich jedoch über die Beschreibung von Kompetenzen hinaus Hinweise dahingehend finden, dass offenbar ein entscheidender Faktor für das Ausüben dieser Kompetenzen in den Rahmenbedingungen besteht, unter denen sie tätig sind. Der Ort der ambulant betreuten Wohngemeinschaft bietet ihnen demnach einen entsprechenden Rahmen, in dem sie in der Lage sind, aus ihrer Sicht kompetente Pflege durchzuführen. Ein weiterer Faktor, den sie in der Wohngemeinschaft vorfinden ist derjenige, die nötige Zeit und Ruhe zu haben, um das tun zu können, was sie als kompetente Pflege beschreiben.

Diese Rahmenbedingungen (*siehe Kapitel 2.4.1.5*) sind eine wichtige Voraussetzung, um all jene Fähigkeiten, die von den Pflegenden beschrieben wurden, ausüben zu können. Erst der Kontext, den sie in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft vorfinden, macht es den Pflegekräften möglich, das zu tun, was sie als Pflegekompetenz beschreiben und was in den vier Kompetenzfeldern zusammengefasst ist.

Die Pflegenden fühlen sich kompetent, weil die Rahmenbedingungen ihnen dies aus ihrer Sicht ermöglichen. So können sie auch damit umgehen, dass es Situationen gibt, in denen sie nicht von Beginn an wissen, welche Maßnahme die richtige ist oder welche Lösung für ein Problem angebracht scheint. Sie finden innerhalb der Wohngemeinschaft und den dortigen Bedingungen ein Umfeld vor, welches sie befähigt kompetent zu handeln, sie also, um die eingangs gewählte Definition von Kompetenz als Handlungsfähigkeit aufzugreifen, handlungsfähig macht.

In der Wohngemeinschaft finden die Pflegenden keine festen Strukturen, sondern müssen diese gemeinsam mit den dort lebenden Menschen und deren Umfeld aushandeln und gestalten. So haben sie einen Spielraum, der ihnen verschiedene Möglichkeiten offeriert und sie nicht festlegt auf ein bestimmtes Vorgehen. Sie handeln nach ihrem Empfinden nicht unter zeitlichem Druck, der sie einschränkt und ihnen das Gefühl ver-

mittelt, nicht alles tun zu können, was unter anderen zeitlichen Bedingungen möglich wäre.

(Abb.4 veranschaulicht das Verhältnis der vier Kompetenzfelder zu den Rahmenbedingungen)

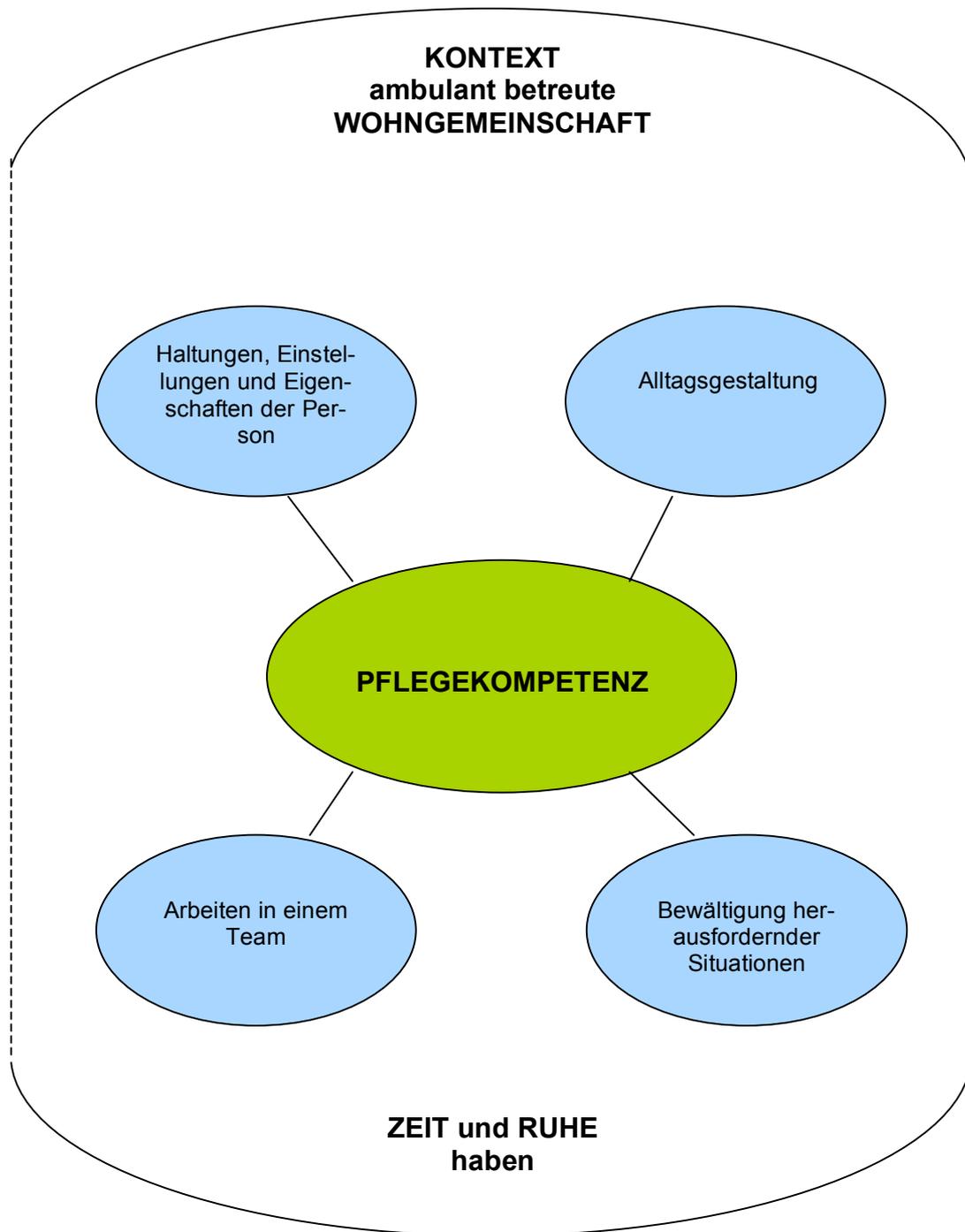


Abbildung 4: Vier Kompetenzfelder im Kontext Wohngemeinschaft

Die durch die empirische Erhebung ermittelten Beschreibungen von Pflegekompetenz aus der Sicht der in der Wohngemeinschaft tätigen Pflegekräfte müssen also mit den Aussagen zu den Rahmenbedingungen miteinander in Verbindung gebracht werden, um sie entsprechend interpretieren zu können. So mögen sich die Beschreibungen und Aussagen bezüglich der Pflegekompetenz nicht wesentlich von denen unterscheiden, die bereits durch die theoretische Auseinandersetzung vorgestellt wurden. Entscheidend in diesem Zusammenhang sind die Aussagen, die den Kontext deutlich machen der durch die ambulant betreute Wohngemeinschaft gegeben ist und offenbar dazu beiträgt, dass Pflegenden, sich als kompetent betrachten.

3. RESÜMEE

3.1 Kritische Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden empirischen Erhebung sind weder repräsentativ noch beanspruchen sie allgemeine Gültigkeit. Sie liefern einen Eindruck, wie Pflegekompetenz aus Sicht professionell Pflegenden an einem Ort wie dem der ambulant betreuten Wohngemeinschaft gesehen werden kann und vervollständigen im Rahmen dieser Arbeit das Bild der Auseinandersetzung mit Pflegekompetenz, Pflegekompetenz im Umgang mit Demenz und im Zusammenhang mit Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. So konnten die unterschiedlichen Perspektiven bezüglich dieser Thematik dargestellt werden.

Das Ergebnis der vorliegenden empirischen Erhebung mit der Fragestellung, nach Kompetenzen aus Sicht Pflegenden, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit einer Demenz tätig sind, konnte anhand der vorgestellten vier Kompetenzfelder beschrieben werden. In diesen vier Feldern zu Pflegekompetenz ließen sich die Aussagen der Pflegenden zusammenfassen. Die Beschreibungen seitens der Pflegenden waren jedoch recht allgemein, so dass eine differenziertere Betrachtung, sowie Hinweise in Bezug auf die mit der Fragestellung verbundenen Fragen nach konkreten Situationen, in denen sich Kompetenz zeigt oder wie der Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und in der Wohngemeinschaft lebenden Menschen gestaltet wird nur vage beantwortet werden konnte.

Vielmehr ließ sich aus den Aussagen das entnehmen, was unter Rahmenbedingungen beschrieben wurde und als offenbar notwendige Bedingung, für Pflegekompetenz aus Sicht der Pflegenden zu betrachten ist. So sind es nicht so sehr die beschriebenen Kompetenzen, die das Ergebnis der durchgeführten Erhebung interessant machen. Es sind vielmehr die Aussagen, die den Ort der Wohngemeinschaft als ein für das Ausüben von kompetenter Pflege geeignetes Umfeld beschreiben, die eine wichtige Perspektive auf die Auseinandersetzung mit dem Thema Pflegekompetenz und Demenz eröffnen.

Aus den Aussagen der Pflegenden konnte deutlich werden, dass sie sich im Umgang mit den demenziell erkrankten Menschen nicht handlungsunfähig sehen. Auch dann nicht, wenn Pflege einmal nicht planbar ist, wenn sie von Plänen abweichen oder von gemach-

ten Plänen Abstand nehmen müssen, weil der betroffene pflegebedürftige Mensch eine Umsetzung nicht zuließ. Auch stellen Situationen, in denen die betroffenen Menschen das erwähnte „herausfordernde Verhalten“ (vgl. *Kapitel 1.1.2*) zeigen, zwar schwierige Situationen dar, die von den Pflegenden bewältigt werden müssen und in denen sie nicht immer, wie sie sagen, eine Lösung parat haben. Doch sie können mit diesen Situationen umgehen und fühlen sich kompetent, Lösungen für derartige Situationen zu finden. Sie haben die aus ihrer Sicht notwendige Zeit und können in Ruhe ausprobieren, was in der entsprechenden Situation hilfreich ist. Sie lernen die in der WG lebenden Menschen im Laufe der Zeit immer besser kennen und können so einschätzen, was in verschiedenen Situationen angemessen ist.

So ist es offenbar nicht so sehr das Umgehen können mit den Auswirkungen einer demenziellen Erkrankung und den damit einhergehenden Veränderungen im Verhalten der betroffenen Menschen, die für Pflegende problematisch sind. Finden sie die entsprechenden Bedingungen vor und können sie mit den demenziell erkrankten Menschen, deren Angehörigen und auch den Kollegen im Team Lösungen suchen, ohne diese vorab festlegen zu müssen oder unter zeitlichem Druck zu agieren, dann ist die demenzielle Erkrankung der pflegebedürftigen Menschen zwar eine Herausforderung, aber eine, die zu bewältigen ist.

Dies bestätigt z.B. auch Gröning in ihren Aussagen zu institutionellen Mindestanforderungen in der Pflege demenziell erkrankter Menschen, wenn sie sich zu Rahmenbedingungen in Pflegeheimen äußert, wonach die Konflikte, die Pflegende „verzweifeln lassen“ eher in den Rahmenbedingungen liegen als an dem problematischen Umgang mit demenziell erkrankten Menschen.¹⁶⁵

Wenn das Thema Demenz, wie eingangs aus dem vierten Altenbericht der Bundesregierung zitiert wurde, eine Herausforderung darstellt, so besteht eine Herausforderung in diesem Zusammenhang darin, die entsprechenden Bedingungen zu schaffen unter denen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung diejenige Pflege und Betreuung erfahren, die ihren Bedürfnissen entspricht. Pflegende, die diese Aufgabe übernehmen, müssen Bedingungen vorfinden, die ihnen kompetentes Handeln ermöglichen und sie in die Lage versetzen, mit der Herausforderung *Demenz* umgehen zu können.

¹⁶⁵ vgl. Gröning 2003, S. 84

So reicht es nicht aus, Pflegekompetenz und damit verbundene Fähigkeiten und Kenntnisse zu beschreiben und in Anforderungsprofilen zu formulieren. Auch das Umfeld muss derart gestaltet sein, dass es möglich ist, Kompetenz auszuüben. Weiterhin müssen die Bedingungen derart sein - hier kann nun auf das Zurückgegriffen werden, was das beschriebene Modell zum Kompetenzerwerb von Patricia Benner impliziert (vgl. *Kapitel 1.3.2*) - dass es Pflegenden überhaupt erst möglich ist, Pflegekompetenz zu erwerben oder diese zu erweitern.

Die Aussagen der Pflegenden in der durchgeführten Erhebung enthielten auch dahingehend Hinweise. So betrachten sie es als eine wichtige Voraussetzung kompetenter Pflege, in einem Team arbeiten zu können und so von dem gegenseitigen Austausch untereinander zu profitieren, indem sie von anderen lernen. Im Sinne Benners heißt dies, die kompetenten und erfahrenen Pflegekräfte, sowie diejenigen, die zu Experten geworden sind, können ihr Wissen und ihre Erfahrungen weitergeben und sind wichtige Wissensquelle für andere Kollegen. Auch das, was die Pflegenden als „ausprobieren“ beschreiben oder „auf die eigene Intuition und Erfahrung vertrauen“ findet sich bei Benner wieder: Pflegende werden zu Experten, wenn sie auf der Basis ihres Wissens einen großen Schatz an Erfahrungen sammeln, um schließlich Situationen und das Besondere an ihnen erfassen können, um davon ausgehend angemessene Lösungen zu finden. Auch Benner weist auf die Bedeutung des Kontextes, also die Rahmenbedingungen unter denen Pflege stattfindet, hin und verweist darauf, dass die Praxis nicht unabhängig von diesem betrachtet werden kann.

So gilt es, die Auseinandersetzung um Pflegekompetenz im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen immer vor dem entsprechenden Hintergrund zu führen. Dies bezieht sich nicht nur auf einen Ort wie den der ambulant betreuten Wohngemeinschaft, sondern kann auf alle anderen Orte bezogen werden, an denen Pflege tätig ist und mit demenziell erkrankten Menschen konfrontiert wird, sei es nun eine stationäre Pflegeeinrichtung oder die ambulante Pflege zuhause. Immer sind es auch die Rahmenbedingungen, die einen Einfluss darauf haben, ob kompetente Pflege möglich ist. Haben Pflegenden einen entsprechenden Rahmen, der ihnen Gestaltungsspielräume lässt und sie gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen entwickeln lässt, in welcher Form Unterstützung, Betreuung, Begleitung oder Übernahme bestimmter Tätigkeiten notwendig sind, sind sie handlungsfähig ob nun im ambulanten oder stationären Rahmen.

3.2 Ausblick

Aus der vorgenommenen Auseinandersetzung und der damit in Zusammenhang stehenden empirischen Erhebung in der Frage um Pflegekompetenz eröffnen sich verschiedene Themen, auf die die beschriebenen Ergebnisse Auswirkungen haben könnten. Auf drei Themen soll an dieser Stelle noch einmal hingewiesen werden.

So können aus den vorliegenden Ergebnissen Konsequenzen abgeleitet werden, wenn es um die Frage von Arbeitszufriedenheit und der Verweildauer am Arbeitsplatz geht, die unmittelbar mit der Zufriedenheit im Zusammenhang steht. So weiß man aus der Burnout-Forschung¹⁶⁶, dass offenbar ein Zusammenhang besteht zwischen dem Gefühl autonom handeln zu können und eigene Entscheidungen zu treffen und der Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit. Die Aussagen, die sich aus der empirischen Erhebung entnehmen ließen und die insbesondere in den Rahmenbedingungen, die Handlungsspielräume für die Pflegenden zulassen, deuten an, dass sich der Rahmen der Wohngemeinschaft offenbar positiv auf die Zufriedenheit der Pflegenden auswirkt.

Ein weiteres Thema in diesem Zusammenhang kann die Auseinandersetzung mit der Bedeutung des Pflegeprozessmodells für die Pflegpraxis sein. So haben sowohl die theoretische Auseinandersetzung mit dem Modell des Kompetenzerwerbs von Benner, als auch die Aussagen der empirischen Erhebung gezeigt, dass ein regelgeleitetes, an Modellen oder Plänen ausgerichtetes Handeln in der Praxis nicht immer umzusetzen und zudem nicht immer wünschenswert ist. Erfahrene Pflegekräfte sind nach einiger Zeit in der Lage, sich von Regeln zu lösen und anhand ihres Erfahrungswissens zu handeln. Sie betrachten Situationen als Ganzes und können darauf reagieren und gerade darin zeigt sich ihre Kompetenz. So ist ein Modell wie der Pflegeprozess sinnvoll, wenn es darum geht, dass sich Pflegenden in der Ausbildung oder in einem neuen Betätigungsfeld orientieren müssen, der Bildung von Expertenwissen ist dieses Modell jedoch nicht zuträglich, da diese sich ja zunehmend von solch modellhaftem Denken lösen.

Schließlich können Konsequenzen in Bezug auf die Vermittlung sämtlicher geforderter Kompetenzen und Anforderungen, die die Pflege demenziell erkrankter Menschen mit

¹⁶⁶ vgl. Burisch 2005, S. 117 ff

sich bringt gezogen werden. Es muss hier die Frage danach gestellt werden, ob die Bedingungen der Ausbildung dem entsprechen, was von Pflegenden gefordert wird und ob sie auch hier die entsprechenden Rahmenbedingungen vorfinden, die den Erwerb von Kompetenzen, der sich, wie das Bennersche Modell zeigen konnte, nicht im Erwerb von theoretischem Wissen erschöpft. Aber ebenso wenig im bloßen Sammeln von praktischen Erfahrungen. Hier muss beides im Einklang stehen, sowohl die Vermittlung von theoretischem als auch praktischem Wissen.

Das Thema Demenz wird sowohl die Pflege weiterhin vor Herausforderungen stellen als auch die eingangs zitierte „Politik, Wissenschaft und die Gesellschaft,“¹⁶⁷ wenn es um die zukünftige Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen in diesem Zusammenhang gehen wird.

¹⁶⁷ vgl. BMFSFJ 2002, S. 44

LITERATURVERZEICHNIS

Alzheimer Gesellschaft Brandenburg 2006

Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. (Hg.): *Ambulante Betreuung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften. Leitfaden zur Struktur- und Prozessqualität*, Potsdam 2006

Bartholomeyczik/Halek 2006

Bartholomeyczik, Sabine u. Halek, Margareta: *Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*, Schlüterscher Verlag, Hannover 2006

Benner 1994

Benner, Patricia: *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*, Hans Huber Verlag, Bern 1994

Benner et al. 2000

Benner, P., Tanner, C.A., Chesla, C.A.: *Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik*, Hans Huber Verlag, Bern 2000

BMFSFJ 2002

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*, Berlin 2002

BMFSFJ 2006

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): *Aktuelle Forschung und Projekte zum Thema Demenz*, Berlin 2006

Brinker-Meyendriesch 2006

Brinker-Meyendriesch, Dr. Elfriede: *Ausgewählte Inhalts- und Strukturelemente von Wohngemeinschaften, in denen Menschen mit Demenz leben* in: PR-INTERNET/Pflegemanagement Ausgabe 04/2006, S. 240-246

Brümmer/Hodler 2006

Brümmer, Annette und Hodler, Katrin im Auftrag der Niedersächsischen Fachstelle für Wohnberatung: *Qualitätskriterien und Empfehlungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften in Niedersachsen*, Hannover 2006

BSG Hamburg 2006

Runder Tisch zur Förderung von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz: *Qualitätsempfehlungen für ambulante Wohngemeinschaften in Hamburg*, unveröffentlichter Entwurf, Hamburg 2006

Burisch 2005

Burisch, Matthias: *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung*, Springer Verlag, Berlin 2005, 3. Auflage

Crößmann/Börner 2005

Crößmann, Gunter und Börner, Karlheinz im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Neue Wohn- und Betreuungsformen im heimrechtlichen Kontext*, Berlin 2005

Domdey 1996

Domdey, Cornelia: *Der dementiell erkrankte Mensch in der Familie. Anregungen zum verstehenden Umgang und Aspekte der Betreuung* erschienen in der Reihe „thema“ herausgegeben vom Kuratorium Deutsche Altenhilfe, Köln 1996

Dörner et al. 2002

Dörner, Klaus et al.: *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2002, 3. Auflage

Falk 2004

Falk, Juliane: *Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität*, Juventa Verlag, Weinheim und München 2004

Fachprojekt 2006

Bericht zum Fachprojekt im SoSe 2006, unveröffentlichter Bericht, Hamburg 2006

Fiechter/Meier 1998

Fiechter, Verena und Meier, Martha: *Pflegeplanung*, Recom Verlag, Basel 1998, 10. Auflage

Gröning 2003

Gröning, Katharina Prof. Dr.: *Institutionelle Mindestanforderungen bei der Pflege von Dementen*, in: Tackenberg, Peter und Abt-Zegelin, Angelika (Hg.) *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main 2003, 3. Auflage, S. 83-96

Grond 1996

Grond, Erich: *Die Pflege verwirrter alter Menschen: Psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander*, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau 1996, 8. Auflage

Gutzmann/Zank 2005

Gutzmann, Hans und Zank, Susanne: *Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2005

KDA 2004

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und Bertelsmann Stiftung (Hg.): *Betreute Wohngruppen. Pilotstudie*, Leben und Wohnen im Alter Band 4, Köln 2004

KDA 2006

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und Bertelsmann Stiftung (Hg.): *Ambulant betreute Wohngruppen. Arbeitshilfe für Initiatoren*, Leben und Wohnen im Alter Band 6, Köln 2006

Kitwood 2005

Kitwood, Tom: *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*, Hans Huber Verlag, Bern 2005, 4. Auflage

Klie 2002

Klie, Thomas (Hg.): *Wohngruppen für Menschen mit Demenz*, Vincentz Verlag, Hannover 2002

Lamnek 1995

Lamnek, Siegfried: *Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken*, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1995, 3. Auflage

Lamnek 1998

Lamnek, Siegfried: *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1998

Loos/Schäffer 2001

Loos, Peter und Schäffer, Burkhard: *Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung*, Verlag Leske und Budrich, Opladen 2001

Mayring 2003

Mayring, Philipp: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2003, 8. Auflage

Morse/Field 1998

Morse, Janice M. und Field, Peggy Anne: *Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege*, Ullstein Medical Verlag, Wiesbaden 1998

Müller 1999

Müller, Dagmar: *Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen*, erschienen in der Reihe „thema“ herausgegeben vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1999

Olbrich, C. 1999

Olbrich, Christa: *Pflegekompetenz*, Verlag Hans Huber, Bern 1999

Pawletko 2004

Pawletko, Klaus-W. im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen*, Berlin 2004

Piechotta 2000

Piechotta, Gudrun: *Weiblich oder kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung*, Hans Huber Verlag, Bern 2000

Poser et al. 2004

Poser, M., Ortmann, M. und Pilz, T.: *Personalmarketing in der Pflege. Kompetente MitarbeiterInnen anwerben, auswählen, einarbeiten*, Hans Huber Verlag, Bern 2004

Schäffer 2003

Schäffer, Burkhard: *Gruppendiskussion*, in: Ralf Bohnsack et al. (Hg.): *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch*, Verlag Leske und Budrich, Opladen 2003

Schneider et al. 2003

Schneider, Prof. Dr. K., Brinker-Meyendriesch, Dr. E. und Schneider, Dr. A.: *Pflegepädagogik für Studium und Praxis*, Springer Verlag, Berlin 2003

Schützendorf/Wallrafen-Dreisow 2007

Schützendorf, Erich und Wallrafen-Dreisow, Helmut: *In Ruhe verrückt werden dürfen. Für ein anderes Denken in der Altenpflege*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 2007, 13. Auflage

SGB 2006

Sozialgesetzbuch, Beck-Texte, Deutscher Taschenbuch Verlag, München 2006, 33. Auflage

SWA 2006

Verein für Selbstbestimmtes Wohnen im Alter SWA e.V. (Hg.): *Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe*, Berlin 2006, 3. Auflage

Schwerdt/Tschainer 2002

Schwerdt, Ruth und Tschainer, Sabine: *Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen*, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen – DZA (Hg.): *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung Band III, Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung*, Vincentz Verlag, Hannover 2002, S. 181-287

Weyerer 2005

Weyerer, Sigfried: *Altersdemenz*, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 28, Robert Koch Institut (Hg.), Berlin 2005

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: Akteure ambulant betreuter Wohngemeinschaften.....	S. 18
ABBILDUNG 2: Vorgehen der Datenanalyse.....	S. 51
ABBILDUNG 3: Zusammenfassung der vier Kategorien von Kompetenzen....	S. 56
ABBILDUNG 4: Vier Kompetenzfelder im Kontext Wohngemeinschaft.....	S. 60

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Carolin Goedeke, versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 15.05.2007

Carolin Goedeke