

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen beschrieben. Hierzu zählen die Ergebnisse aus den im Rahmen der STAP-Studie durchgeführten Interviews mit Bewohner*innen, Angehörigen sowie Leitungs- und Fachkräften sowie den teilnehmenden Beobachtungen in den vier Projekteinrichtungen und Ergebnisse aus den trägerübergreifenden Fokusgruppendifkussionen. Hinzu kommen ausgewählte Ergebnisse aus der „Good-Practice“-Analyse, die projektergänzend im Rahmen eines Forschungsfreiemesters der wissenschaftlichen Leitung durchgeführt wurde.

Im Zentrum der qualitativen Analyse standen die beiden Forschungsfragen:

1. Wie können Wünsche und Bedürfnisse von Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe innerhalb und außerhalb der Einrichtung festgestellt und berücksichtigt werden?
2. Wie kann auf dieser Basis das Recht auf selbstbestimmte Teilhabe dieser Bewohner*innen praktisch verwirklicht und dessen Umsetzung überprüft werden?

Von diesen untersuchungsleitenden Fragen ausgehend sowie unter Berücksichtigung der theoretischen Vorüberlegungen wurden in einem iterativen Prozess die relevanten Themenkomplexe in dem qualitativen Datenmaterial ausgewählt. Als relevant wurden Themen identifiziert, die in den Interviews und Fokusgruppen multiperspektivisch bekräftigt und mehrfach benannt, in den Beobachtungen bestätigt und im Rahmen von Projekttreffen durch die Projekteinrichtungen (z. B. Projektrat, Lernworkshops) als gültig und relevant erachtet sowie im Rahmen der „Good-Practice“-Analyse ergänzend gestützt oder vertieft wurden.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Analyse zunächst in Bezug auf den Themenkomplex der 1.) *Wunschäußerung und -erfassung* vorgestellt, der in STAP als *Ausgangspunkt der Teilhabeförderung* betrachtet wird. Anschließend werden 2.) Ergebnisse in den Blick genommen, welche die *Angebots- und Alltagsgestaltung als Kontexte der Teilhabeförderung* näher beschreiben. Vor diesem Hintergrund werden dann 3.) *fördernde und hemmende Faktoren* der Teilhabeförderung erläutert, die auf *Ebene der Bewohner*innen, den Mitarbeitenden und der Einrichtung als Organisation* identi-

4.1. *Wunschäußerung und -erfassung als Ausgangspunkt der Teilhabeförderung*

ziert werden konnten. Abschließend werden 4.) zentrale *Ressourcen der Teilhabeförderung* beschrieben.

4.1. *Wunschäußerung und -erfassung als Ausgangspunkt der Teilhabeförderung*

Die individuellen Wünsche zur Teilhabe von Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen werden im Rahmen von STAP als Ausgangspunkt und daher die Wunschäußerung und -erfassung als die wesentlichen Ausgangsprozesse zur Förderung der selbstbestimmten Teilhabe erachtet. Wie in Kapitel 1.2 erläutert, fokussiert die erste untersuchungsleitende Fragestellung dementsprechend darauf, wie Wünsche von Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe innerhalb und außerhalb der Einrichtung festgestellt und berücksichtigt werden können. In diesem Kapitel werden daher die wesentlichen Ergebnisse der qualitativen Erhebungen dargestellt, die Antworten auf diese erste Forschungsfrage geben.

4.1.1. Zum Begriff Wunsch

Im Rahmen der empirischen Erhebungen sowie der vorliegenden Berichterlegung wurde der Begriff des *Wunsches* – in Bezug auf Teilhabe – aus Gründen der Anschlussfähigkeit und des Verständnisses bei verschiedenen Akteur*innengruppen in Altenpflegeeinrichtungen gewählt, da dieser Begriff in der beruflichen Praxis und im Alltag der Einrichtungen maßgeblich verwendet wird und sowohl für Mitarbeitende als auch für Bewohner*innen und Angehörige als Terminus nachvollziehbar bzw. zugänglich ist. Allerdings gehen wir im STAP-Projekt ausdrücklich von einem weit gefassten Verständnis des Wunschbegriffs aus. So werden darunter selbstbestimmtes Wollen ebenso wie selbstbestimmte Bedürfnisse (die in der Untersuchungsfrage zunächst separat formuliert wurden), Interessen und Gewohnheiten von Bewohner*innen verstanden. Direkt und indirekt geäußerte präferierte Vorstellungen von Teilhabe gehören daher wesentlich dazu.

Jedoch bleibt die Wunschsicht im Rahmen von STAP immer auf Teilhabe gerichtet, deren Förderung erst dann nach dem Prinzip der Selbstbestimmung funktioniert, wenn die so verstandenen Wünsche der Bewohner*innen eruiert werden. Im Rahmen der Teilhabeförderung liegt der Fokus auf der dem Menschen zuerkannten Würde und dem damit einhergehenden Menschenrecht. In der Argumentation von Fuchs (2009,

S. 19ff), entspricht die Menschenwürde einer Norm, die sich in Grundrechten und Freiheitsrechten der Menschenrechte verankert findet. Die Norm der Würde begründet zum einen systematisch den Abbau von Ungleichheit durch Teilhaberechte, die durch die Lebenssituation – hier Pflegebedürftigkeit und das Leben in einer stationären Altenhilfeeinrichtung – entsteht (Fuchs, 2009, S. 20). Zum anderen findet sie sich in der Gewährung von Wunsch- und Wahlrechten der Anspruchsberechtigten bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Sozialgesetzbuches wieder. Ein im beruflichen Alltag der stationären Altenhilfe ins Zentrum gesetzter Wunschbegriff mit einem in dieser Weise gefassten Verständnis kann für relevante Kontexte und Prozesse der Äußerung, Erfassung, Berücksichtigung und Verwirklichung von Wünschen der einzelnen Bewohner*innen sensibilisieren. Vor diesem Hintergrund verwenden wir daher den Begriff des Wunsches prioritär in der folgenden Darstellung der Ergebnisse.

4.1.2. Phasen der Wunschéußerung, -erfassung, -berücksichtigung und -verwirklichung

Damit Wünsche zur Teilhabe von Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen verwirklicht werden können, müssen diese zunächst von ihnen geäußert werden. Dies kann in unterschiedlicher Art und Weise sowie in verschiedenen Kontexten im Alltag einer Altenpflegeeinrichtung geschehen, wie später Beispiele aus der Empirie zeigen. Hier kann etwa auch eine „Weckung“ von Wünschen seitens der Mitarbeitenden eine Rolle spielen, ohne dass damit das Prinzip der Selbstbestimmung unterlaufen würde. Geäußerte Wünsche von Bewohner*innen sollten anschließend erfasst und unter den Mitarbeiter*innen kommuniziert werden, damit die Wünsche daraufhin in der Planung und Organisation berücksichtigt und praktisch verwirklicht werden (können).

Hierbei handelt es sich also um eine *prototypische Abfolge* von drei Prozessphasen – 1. Wunschéußerung, 2. Wunscherfassung, 3. Wunschberücksichtigung und -verwirklichung –, die in der beruflichen Praxis jedoch nicht immer trennscharf und als Aufeinanderfolge wiederzufinden sind. So kann es etwa auch sein, dass der zweite Prozessschritt (Erfassung) in bestimmten Fällen (beispielsweise bei kleinen, alltagsnahen Wünschen) nicht stattfindet, weil der Bewohner*innenwunsch direkt verwirklicht wird.



Abbildung 3: Prototypische Abfolge von Wunschäußerung, -erfassung, -berücksichtigung und -verwirklichung

Quelle: eigene Darstellung

4.1.3. Wunschäußerung

Im Rahmen der Interviews wurden verschiedene Themenbereiche der Wunschäußerung von Bewohner*innen, Mitarbeitenden und Angehörigen – teilweise eher indirekt – benannt, die in *teilhaberelevante Wünsche von Bewohner*innen innerhalb und außerhalb der Einrichtung* unterschieden werden können. So gehören hierzu zum einen kleinere, alltagsnahe Wünsche innerhalb der Einrichtung (z. B. Wünsche in Bezug auf die Mahlzeiten, die Pflege und Versorgung, die Kleidung, das Zimmer), die sich oft auf die unmittelbare Alltagsgestaltung oder auf Voraussetzungen für Teilhabe im Alltag der Einrichtung beziehen. Spezifische Wünsche in Bezug auf Teilhabeangebote innerhalb der Einrichtung werden hier im Kontext der Wunschäußerung nicht direkt benannt oder hervorgehoben. Zum anderen werden aber Wünsche von Bewohner*innen zur Teilhabe genannt, die außerhalb der Einrichtung stattfindet (z. B. Einkaufen, Stadtbesuche, Ausflüge, Ferien).

Darüber hinaus wird aber auch der selbstbestimmte *Wunsch der Nichtteilnahme* an Teilhabeangeboten ausdrücklich zum Thema der Wunschäußerung erwähnt: „Manchmal hat sie auch keine Lust, [...] dann sitzt sie in ihrem Sessel. Also das ist eben so, [...] das ist ja jetzt ihr Wunsch, und da gehen die auch drauf ein, ne? Das gehört so vielleicht jetzt dazu, ne?“ (ANG).

Ferner wird die *Nichtäußerung von Wünschen* im Rahmen der Interviews mehrfach – sowohl von Mitarbeitenden als auch von Angehörigen – beschrieben und hervorgehoben. Dazu wird benannt, dass häufig gar keine Wunschäußerungen von Seiten der Bewohner*innen erfolgen bzw. keine konkreten Teilhabewünsche genannt werden, dass eine gewisse Zurückhaltung und Bescheidenheit bei manchen Bewohner*innen existiert sowie

dass aufgrund physischer oder psychischer Einschränkungen Voraussetzungen zur Äußerung fehlen.

Auch von den *interviewten Bewohner*innen* werden auf die Frage nach ihren Wünschen oder Ideen dazu, was sie gerne machen möchten, entweder *keine* Wünsche („Ich bin mit dem zufrieden, was man mir anbietet hier“, BW) oder *eher kleine alltagsnahe Wünsche* benannt, wie auch von den Mitarbeitenden beschrieben: „Oder wenn was ist [...] den Wunsch können sie äußern, ne? Können sie sagen – oder wenn sie es mit dem Magen haben oder abends kommen sie auch fragen, ob man Brei haben will, ne?“ (BW). Eine andere Bewohnerin beschreibt, dass sie „kleine bescheidene Wünsche“ (BW) äußere, aber gar nicht sagen könne, um welche es sich handle. Zum Ausdruck kommt dies auch in der folgenden Gesprächssituation mit einer Bewohnerin, als nach einem Interview über ihre Schwierigkeit, Wünsche zu äußern, gesprochen wurde, da sie vorher sagte, dass sie „wunschlos glücklich ist“ (BW). Auf die spontane Nachfrage der Interviewerin „Ich schlage vor, es gäbe eine gute Fee, und sie hätte drei Wünsche frei“, äußerte die Bewohnerin, dass „Gesundheit das Wichtigste“ sei und „ein Tisch für ihr Zimmer“ und nach einer Weile des Überlegens noch „eigenes frisches Obst“ (BW).

Es lassen sich insgesamt verschiedene fördernde und hemmende Faktoren im Rahmen der Interviews identifizieren, welche sich auf die Äußerung von Wünschen beziehen.

Fördernd:

- Eine *vertrauensvolle Beziehung* zwischen Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen erleichtert die Wunschkäußerung.
- In allen vier Einrichtungen werden aber auch *konkrete Anlässe und Settings zur Wunschkäußerung* geschaffen, die Wunschkäußerungen unterstützen (können); hierzu gehören etwa die Mahlzeitenplanung sowie die Jahresangebotsplanung. Sie erfolgen etwa im Rahmen von unterschiedlichen Mitbestimmungsgremien, zum Teil im Bewohner*innenbeirat⁵⁹ (wenngleich ebenfalls geschildert wird, dass die Partizipation von Be-

59 Die Aufgabe des Bewohner*innenbeirats wird im Rahmen des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) NRW wie folgt beschrieben: „Der Beirat vertritt die Interessen der Nutzerinnen und Nutzer ohne Unterscheidung nach sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität, Herkunft, religiöser Weltanschauung oder anderen persönlichen Merkmalen. Seiner Mitwirkung unterliegen Fragen der Unterkunft, Betreuung und der Aufenthaltsbedingungen. Der Mitbestimmung unterliegen die Grundsätze der Verpflegungsplanung, die Freizeitgestaltung und die Hausordnung in der Einrichtung“ (WTG NRW § 22 Abs. 2). Das heißt, es

wohner*innen im Rahmen des Bewohner*innenbeirates in der Praxis aufgrund der veränderten Bewohner*innenstruktur zunehmend eine Herausforderung darstellt) oder in Form von niedrigschwelligen Angeboten, die für alle Bewohner*innen zugänglich sind (beispielsweise die sogenannte „Wunschrunde“,⁶⁰ Kapitel 4.1.4).

- Aufgrund der Erfahrung, dass Bewohner*innen eher selten konkrete Wünsche in Bezug auf Teilhabeangebote äußern, haben die Einrichtungen auch ein „Angebote-machen-System“ entwickelt. Das heißt, damit Angebote entstehen, werden *Vorschläge gemacht, die mit den Bewohner*innen besprochen und abgestimmt werden*: „Meistens gehe ich in Vorleistung, ne, das heißt, ich biete an und bitte darum, ja oder nein“ (SD).
- Durch das „*Trial-and-Error*“-*Verfahren* (Versuch und Irrtum) werden zudem Bewohner*innen in Einzel- oder Gruppenangebote einbezogen, die sich nicht mehr äußern können, denen aber Teilhabe ermöglicht werden soll. Dabei sind jedoch Beobachtungskompetenz sowie das Lesen und Interpretieren der jeweiligen Reaktionen von besonderer Bedeutung: „Die keine Wünsche äußern, die werden dann mit hinzugenommen und dann wird beobachtet, einfach an der Gestik und Mimik, ob demjenigen das gefällt oder nicht“ (PDL). Zündel (2012) beschreibt hierzu, dass die nichtsprachliche Kommunikation zu einer wichtigen Interaktion gehört, die situativ zustande kommt. Dabei sei es signifikant, dass das Gegenüber (Pflegerkräfte und andere Mitarbeitende) auf das reagiert, „was der Interaktionspartner [Bewohner*in] ihm gezeigt hat und dieser wiederum darauf eingeht“ (Zündel, 2012, S. 183). Für die Mitarbeitenden in einer Altenpflegeeinrichtung bedeutet dies also, dass sie sich selbst und die Situation reflektieren müssen, um die Zeichen der Bewohner*innen wahrzunehmen und interaktiv darauf zu reagieren (ebd., S. 184).
- Ein häufig genanntes Thema (im Rahmen der Interviews und der trägerübergreifenden Fokusgruppendifkussion) ist das Wissen um die und die *Orientierung an der Biografie der Bewohner*innen*. Biografisches Wissen bietet in diesem Zusammenhang auch Ansatzpunkte für ein „*Trial-and-Error*“-Vorgehen und unterstützt dabei, Wunschäußerungen we-

handelt sich um ein gewähltes Gremium, welches die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner*innen vertritt (Kempchen, 2017, S. 78).

- 60 Die „Wunschrunde“ ist ein niedrigschwelliges Angebot in einer der vier Projekteinrichtungen: Einmal im Quartal lädt der Soziale Dienst alle Bewohner*innen der Altenpflegeeinrichtung zur „Wunschrunde“ ein. Im Rahmen dessen können die Bewohner*innen ihre Wünsche, Anliegen und Verbesserungsvorschläge einbringen.

cken oder angemessen interpretieren zu können. Allerdings konnten hierzu unterschiedliche, teils in Konflikt stehende Perspektiven identifiziert werden:

Zunächst ist festzuhalten, dass mehrfach die Bedeutung der Biografieorientierung hervorgehoben wird, um eine Begleitung und Förderung der Bewohner*innen anbieten zu können, die sich an den individuellen Interessen, Vorlieben und Fähigkeiten orientiert. Als Voraussetzung – und bei Bewohner*innen mit einer Demenz auch als Herausforderung – wird hierbei aber auch beschrieben, die Informationen der individuellen Biografie zu erhalten bzw. zu kennen, die gegenwärtig für die Bewohner*innen von Relevanz sind. Dazu wird in den Interviews häufiger erwähnt, dass insbesondere (nahen) Angehörigen die Orientierung an der Biografie von ihnen, oft lange bekannten Angehörigen in der Einrichtung sehr wichtig ist, um ihre Persönlichkeit und Identität zu würdigen. So äußert etwa eine Angehörige deutlich dahingehend Kritik, dass ihrer Mutter Kleidung angezogen wird, die sie früher, vor ihrer Erkrankung, nicht getragen hätte, wenngleich sie dies auch mit Personalmangel begründet („die [Mitarbeiter] sind ja auch begrenzt“, ANG). Allerdings wird demgegenüber auch von Mitarbeitenden benannt, dass sich Wünsche der Bewohner*innen ändern können und daher wichtig sei, die aktuellen Wünsche, Interessen und Vorlieben zu erkennen und zu berücksichtigen (siehe auch das folgende Kapitel). Dennoch kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass ein guter Kontakt zwischen Mitarbeitenden und den Angehörigen förderlich sein kann, um relevante Aspekte aus der Biografie der Bewohner*innen zu erhalten, die zur Weckung und Interpretation von Wunschkäußerungen genutzt werden können (Kapitel 4.4.3).

Hemmend:

- Als hemmender Faktor bei der Wunschkäußerung wird von der Mitarbeiter*innen-Seite häufig das Thema der „*Dankbarkeit*“ (EL) von Bewohner*innen beschrieben. So konnten Fachkräfte etwa beobachten, dass Bewohner*innen zu höflich sind, ein Freizeitangebot abzulehnen, da sich die Einrichtung so viel „Mühe“ (PDL) gibt.
- Noch weiter mit Blick auf das Verhältnis der Bewohner*innen zur Institution und zu ihren Mitarbeitenden gehen in den Interviews Äußerungen, die auf ein gewisses „*Abhängigkeitsverhältnis*“ (EL) der Bewohner*innen zu den Mitarbeitenden hinweisen. So wollen die Bewohner*innen die Abläufe nicht „stören“ (EL) und sind daher bei der Wunschkäußerung gehemmt. Auch in der Literatur wird beschrieben, dass

Bewohner*innen in einem Abhängigkeitsverhältnis (insbesondere in Kontexten der Pflege) stehen und sich die Betroffenen daher aus „Angst vor Repressalien nicht trauen, z. B. Beschwerden vorzutragen“ (Kempchen, 2017, S. 78) oder Kritik zu äußern (vgl. Jenull-Schiefer, 2005).

- Es gibt ferner *zurückhaltende oder bescheidene Bewohner*innen*, welche sich aufgrund ihrer Persönlichkeit oder relativierenden Lebenserfahrungen bezüglich ihrer Wünsche nicht äußern, weil sie keine Ansprüche stellen (möchten): „[...] ist deshalb nicht unzufrieden, weil sie keine Ansprüche stellt in dieser Weise“ (ANG). Gemutmaßt wird, dass es sich bei den jetzigen Bewohner*innen auch um eine zurückhaltende „Kriegsgeneration“ handelt, die aufgrund des erlebten Mangels in ihrem Leben selten(er) Ansprüche stellt („[eine] Kriegsgeneration [...], die sich] mit vielem [...] bescheiden geben“, SD). Hier besteht die Gefahr, dass diese Personengruppe mit ihren Wünschen übergangen bzw. übersehen wird, denn diese zurückhaltenden Bewohner*innen werden von den Mitarbeiter*innen als besonders positiv wahrgenommen, da von ihnen keine Anforderungen gestellt werden und somit kein zu bearbeitender Mehraufwand entsteht. Allerdings wird auch beschrieben, dass der Anteil der Kriegsgeneration in den kommenden Jahren abnehmen werde und dann „anspruchsvollere“ Bewohner*innen in die Einrichtungen einziehen würden.
- Ferner wird auch ein *verändertes Verhalten von Bewohner*innen im Laufe des Eingewöhnungsprozesses* in eine Altenpflegeeinrichtung beobachtet und benannt. Demnach passen sich Bewohner*innen an die Gegebenheiten und Tagesabläufe in der Einrichtung an: „Das ist – das ist einfach – diese Eingewöhnungsphase ist eigentlich für mich ein Aufgeben dessen, wofür man sein Leben lang gearbeitet hat, wo man sich sein Leben lang drum bemüht hat, wo man sich versucht hat, es so schön wie möglich zu machen. Und das ist alles weg. Und das wird auch nicht mehr wiederkommen. Also irgendwie ist das eher ein Aufgeben und Sich-Anpassen auch an diese bestimmten Abläufe, die einfach sind, ne, die Essenszeiten sind einfach dann gegeben“ (SD). Auch im Rahmen der Fokusgruppendifkussion werden das Anpassungsverhalten und die Nichtäußerung von Wünschen konkret miteinander in Verbindung gesetzt: „Ja aber der Bewohner ordnet sich da unseren Strukturen schon so unter, dass er diesen Wunsch gar nicht äußert“ (EL/PDL). Dies scheint ebenfalls (indirekt) in den Bewohner*inneninterviews zum Ausdruck zu kommen: „Ich bin mit dem zufrieden, was man mir hier anbietet“ (Bewohner*in). Gleichermäßen wird bereits in der Literatur beschrieben, dass sich die Mehrheit der in einer Altenpflegeeinrichtung

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

lebenden Personen in kurzer Zeit an das Leben in einer Einrichtung anpasst. Eine für das Individuum gelingende Anpassung sei jedoch von vielen Faktoren abhängig, so Hahn (2011): die Erwartungshaltung, die eigene Lebensgeschichte, Zufriedenheit mit der neuen Situation und verschiedene Persönlichkeitsvariablen wie soziale Kontakte, frühere Aktivitäten und der Gesundheitszustand (Hahn, 2011, S. 112).

- Als Grund für die Nichtäußerung von Wünschen werden des Weiteren mehrfach *gesundheitliche Einschränkungen* von und über Bewohner*innen genannt. So können sich manche Bewohner*innen aufgrund von physischen oder psychischen Einschränkungen nicht mehr äußern, was die verbale und nonverbale Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und Bewohner*innen beeinträchtigt, denn es gebe „viele, die [...] ihre Wünsche so gar nicht mehr artikulieren können“ (ZBK). Andere Bewohner*innen nennen einzelne Wünsche bewusst nicht, da sie aufgrund ihrer jeweiligen körperlichen Verfassung nicht in der Lage sind bzw. sich nicht mehr in der Lage fühlen, früheren Interessen und Hobbys nachzugehen: „Ich möchte das nicht mehr [...] ist mir zu anstrengend“ (BW). Wenngleich es sich hier bei Letzterem um eine selbstbestimmte Entscheidung der Bewohner*innen der Nichtteilhabe handelt, ist damit auch eine Restriktion der Wunschéußerung verbunden, so dass dieser Aspekt auch als hemmender Faktor an dieser Stelle angeführt wird.

4.1.4. Wunscherfassung

In den Einzel- und Gruppeninterviews werden – direkt oder indirekt – verschiedene Formen der Wunscherfassung benannt, die sich in formelle und informelle Erfassungsformen unterscheiden lassen. Mit formellen Formen der Wunscherfassung sind hier Vorgehensweisen gemeint, die mit spezifischen Vorgaben, Regelungen oder Konzepten verbunden sind, welche demgegenüber bei informellen Erfassungsformen fehlen. Beide werden im Folgenden – wiederum mit Bezug auf fördernde und hemmende Faktoren – erläutert.

4.1.4.1. Erfassung formeller Art

Eine Erfassung von Wünschen formeller Art geschieht einerseits im Rahmen von individuellen Gesprächen und der dazugehörigen Dokumentati-

on. Mehrfach ausdrücklich benannt wurden hier die *Gespräche in der Einzugs- und Eingewöhnungsphase* zwischen Bewohner*innen und Mitarbeitenden („Eingewöhnungsgespräche oder Einzugsgespräche und [...] Aussagen, was war da mal? Wie ist das Leben so abgelaufen?“, PDL) oder durch eine Informationsweitergabe durch Angehörige an Mitarbeitende, wenn sich der/die Bewohner*in nicht mehr äußern kann („Also da halt wirklich eher über Angehörige“, EL). Im Rahmen der Einzugsphase wird häufig auch eine biografische Datenaufnahme bzw. ein Biografiegespräch zwischen den Mitarbeitenden des Sozialen Dienstes und Bewohner*innen/Angehörigen geführt (Kapitel 4.4.3). Eine Leitungskraft beschreibt in der trägerübergreifenden Fokusgruppendifkussion hierzu ergänzend und als besonderes Beispiel, dass es in ihrer Einrichtung Reflexionsgespräche im Rahmen der Einzugsphase von Bewohner*innen gebe, die von einer externen Beraterin durchgeführt werden. Diese Beraterin komme „feinfühlig“ ins Gespräch mit Bewohner*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden der Einrichtung, um „dann wirklich in allen Bereichen mit uns aufzuarbeiten, wo wir noch nachjustieren müssen“ (EL/PDL).

Auch die *Dokumentation im Rahmen der Pflegeprozessplanung*, einschließlich des Pflegeberichtes, gehört hier weitergehend zur formellen Form der Wunscherfassung, auch wenn dieses Instrument im Rahmen der Interviews eher eine indirekte Erwähnung findet. Das heißt, sie wurde auf die Frage nach der Wunscherfassung nicht offensiv erwähnt und als reguläres Instrument für die Wunscherfassung konkret benannt, sondern eher in dem Sinne erwähnt, dass Teilhabewünsche dort auch einfließen könnten oder sollten („Also die Dokumentation lässt oft zu wünschen übrig. Und wichtige – wichtige Aussagen der Bewohner gehen oft so im Alltag dann auch verloren, wo wir das dann auch in der Tat oft nicht mitbekommen, wenn Wünsche und Bedürfnisse dann doch mal artikuliert werden“, EL).

Zum anderen erfolgt eine formelle Erfassung von Wünschen durch *Gremien und Angebote der Mitbestimmung und des Verbesserungsmanagements*, die überindividuell existieren und allen Bewohner*innen eine Äußerung von Wünschen und Beschwerden in Bezug auf die Einrichtung ermöglichen. Hierzu zählen zuvorderst der Bewohner*innenbeirat, der als Mitwirkungs-gremien originär den Auftrag hat, die Interessen der Bewohner*innen zu vertreten. Eine Wunscherfassung findet hier etwa im Rahmen von Sprechstunden des Bewohner*innenbeirats statt. Teils auch vom Bewohner*innenbeirat (mit)geführt, teils davon unabhängig gehören auch Verfahren des Verbesserungs- bzw. Beschwerdemanagements zu formellen Erfassungsformen: „Wir haben unten so einen Kummerkasten im Eingangsbereich“ (SD). Weitere Angebote der Mitbestimmung werden in Bezug auf

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

die Mahlzeiten genannt, indem etwa regelmäßig „Menübesprechungen“ (HW) von Seiten der Hauswirtschaft durchgeführt werden. Darüber hinaus wird in einer Einrichtung explizit auf die bereits erwähnte „Wunschrunde“ (SD) hingewiesen (Kapitel 4.1.3), bei der Wünsche in Bezug auf Angebote des Sozialen Dienstes erfasst werden. Sie wird auch von einer Bewohnerin auf die Nachfrage, wie Angebote entstehen und ob dazu Wünsche geäußert werden können, erwähnt: „Ja, dafür gibt es ja die Wunschrunde, ne? Die ist alle drei Monate. Und dann werden – ich glaube, da können so Wünsche geäußert werden und dann wird das notiert und wird dann in den Reihen der Sozialarbeiter diskutiert und wenn das machbar ist, wird das gemacht, ne“ (BW).

Es lassen sich wiederum verschiedene fördernde und hemmende Faktoren identifizieren, welche sich auf die formelle Erfassung von Wünschen beziehen.

Fördernd:

- Als förderlich wurde benannt, wenn *Leitungskräfte* ihre Mitarbeiter*innen für den Nutzen der (auch) für die Wunscherfassung vorgesehenen und hilfreichen Instrumente, Verfahren und Methoden *sensibilisieren*: „Und die Mitarbeiter immer wieder auch zu sensibilisieren, wie wichtig das ist, dass Wünsche und Bedürfnisse, die artikuliert werden, Ressourcen, die vorhanden sind, dass sie auch mit in der Pflegeprozessplanung, in den sogenannten AEDLs verschriftet werden“ (SD).
- So wird die Wunscherfassung dann auch durch eine *systematische Nutzung der formell vorhandenen Verfahren und Instrumente* unterstützt.
- Als ein zentraler methodischer Ansatz, der die – formelle wie informelle – Erfassung von Wünschen unterstützt, wird auch in diesem Zusammenhang die *Biografieorientierung bzw. -arbeit* mehrmals herausgestellt.
- Um Wünsche von Bewohner*innen zu erfassen, die sich nicht mehr äußern können, wird auch im Kontext von formellen Erfassungsformen der *Kontakt zu Angehörigen* wahrgenommen. So können – z. B. im Rahmen von Einzugsgesprächen – über die Angehörigen zumindest potenzielle Wünsche dieser Bewohner*innen erfasst und später anhand der Reaktionen von Bewohner*innen überprüft werden.

Hemmend:

- Es wurde benannt, dass *fehlende oder veraltete biografische Angaben* und alleinige Informationen von Angehörigen hemmend für eine gegenwärtig adäquate Wunscherfassung sein können. So werden beispielsweise „Gewohnheiten beschrieben [...], die schon 20 Jahre alt sind“

4.1. Wunschäußerung und -erfassung als Ausgangspunkt der Teilhabeförderung

(SD). Die Fähigkeiten, Interessen und Vorlieben von Bewohner*innen können sich aber im Laufe der Zeit verändern, so dass frühere Aspekte aus der Biografie in der Gegenwart an Bedeutung verlieren (Kapitel 4.4.3).

- Eine *mangelnde Weiterleitung* und eine *fehlende Dokumentation* von Wünschen wurden hier als ein wesentlicher hemmender Faktor genannt. Eine Einrichtungsleitung beschreibt: „In den meisten Fällen werden sie [die Wünsche] nicht dokumentiert. Das passiert so im alltäglichen Gespräch“ (EL).
- Aber auch eine *mangelnde Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst* kann die Weitergabe und Erfassung von Informationen erschweren. Einzelne Mitarbeitende äußerten auch die Sorge, dass in der strukturierten Informationssammlung (SIS) die Biografie weniger „präsent“ ist, zumindest dann, wenn separat kein „Biografieblatt“ mehr existiert.

4.1.4.2. Erfassung informeller Art

Eine Wunscherfassung informeller Art geschieht ohne spezifische Regelungen und ergibt sich häufig im Rahmen *alltäglicher Gespräche oder Beobachtungen in der jeweiligen Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungssituation* („Wichtige Quelle ist natürlich der Bewohner selber, der dann vielleicht auch stolz von Dingen erzählt“, SD). Wenn daran eine Weitergabe der erfassten Wünsche anschließt, erfolgt diese – in informeller Art – etwa über eine anschließende mündliche Weitergabe an einzelne Kolleg*innen oder – in formeller(er) Art – in Gremien (z. B. Übergabeteam, Leitungsrunde). Der informelle Charakter bleibt bei der Weitergabe aber insbesondere dann bestehen, wenn hierzu keine weitergehende Dokumentation geschieht: „Die dokumentieren das nicht. Höchstens, dass sie mal das sagen, ne? Hör mal, die möchte gerne – und so“ (ZBK). Allerdings ist es auch möglich, dass eine informelle Wunscherfassung nicht formell dokumentiert wird, wenn eine Realisierung des Wunsches unmittelbar erfolgt: „Also oftmals ist es ja auch so, man kriegt was mit und kann ja dann direkt reagieren, ne, ohne dass man das jetzt formell festhält“ (SD). So lassen sich wiederum fördernde und hemmende Faktoren bezogen auf die informelle Erfassung von Wünschen identifizieren.

Fördernd:

- Fördernd ist es, wenn die Wunscherfassung als ein *Teil der wahrgenommenen Aufgabe der Mitarbeiter*innen* verstanden wird und die Mitarbei-

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

ter*innen auch spontan in Pflege-, Versorgungs- und Betreuungssituationen Wünsche wahrnehmen und erfassen.

- Es findet eine *Überführung in eine Formalisierung* statt, indem die informell erfassten Wünsche *dokumentiert* und in die vorhandenen Instrumente (z. B. Pflegeprozessplanung und -berichte) übertragen werden oder andere Verfahren existieren, die erfassten Wünsche zu dokumentieren (als Beispiel wurde ein Verfahren an der Rezeption genannt, mit dem, Bewohner*innenwünsche festgehalten werden).
- Die enge bzw. regelmäßige *Abstimmung zwischen den Mitarbeitenden* verschiedener Schichten und Einrichtungsbereiche ist förderlich. Insbesondere der Informationsfluss zwischen der Pflege und dem Sozialen Dienst wird als relevant markiert (siehe hierzu auch das Kapitel „Schnittstellen der Arbeitsbereiche“).
- Förderlich ist dementsprechend auch, wenn der Aspekt der Wunscherfassung bzw. die vorhandenen Wünsche der Bewohner*innen *integral zum Besprechungswesen* gehören (z. B. in Übergeben, Fallbesprechungen).

Hemmend:

- Was an Teilhabewünschen erfasst und weitergegeben wird, wird oft als „*personenabhängig*“ (EL) beschrieben, weil es unterschiedlich gehandhabt wird, im Ermessen der Mitarbeitenden liegt oder auch vom individuellen Arbeitsengagement abhängig ist. So kann es eine hemmende Auswirkung haben, wenn es keine Vorgaben gibt, wie das zu erfolgen hat: „Und da kannst du dich ja drum kümmern“ (EL).
- Teilhabewünsche sind zudem *nicht prioritärer Zweck der Aufgabenerfüllung* oder eben nicht integraler Teil der Besprechung. Sie kommen on top und unsystematisch dazu, müssen nicht miterfasst und umgesetzt werden.
- Zudem führt das *kollektive Besprechen* von Wünschen bzw. der informelle Austausch darüber *oft nicht* zu einer *mit personeller Verantwortung versehenen* Berücksichtigung und Verwirklichung.

4.1.5. Wunschberücksichtigung

Aussagen, die in den Interviews die Wunschberücksichtigung und -verwirklichung thematisieren, beziehen sich inhaltlich einerseits auf die *Angebotsgestaltung innerhalb und außerhalb der Einrichtung* (z. B. Angebotsinhalte, Ausflugsziele) und andererseits auf die *individuelle Alltagsgestaltung und*

Tagestrukturierung (z. B. Aufstehzeiten, Mahlzeiten innerhalb eines Rahmens), auf *Essenswünsche* (innerhalb einer Essensauswahl) sowie die *Zimmergestaltung* (z. B. Bilder, Mobiliar). Des Weiteren beziehen sich die thematisierten Bereiche auf die *Privatheit und Intimität* der jeweiligen Bewohner*innen (z. B. geschlossene Zimmertüre, Alleinsein mit Partner*in). Die fördernden und hemmenden Faktoren werden hier zunächst – im unmittelbaren Anschluss an die Dimensionen der Wunschäußerung und -erfassung – auf die Wunschberücksichtigung bezogen. Während die Berücksichtigung der Wünsche an dieser Stelle bedeutet, dass die erfassten Wünsche in der Planung und Vorbereitung von Teilhabeangeboten beachtet werden, bezieht sich die Verwirklichung auf die Realisierung des gewünschten Teilhabeangebotes in der Alltags- und Angebotsgestaltung, wofür später eingegangen wird.

Fördernd:

- Als förderlich wurde benannt, wenn die Wunschberücksichtigung (und -verwirklichung) *in der jeweiligen Situation* der Wunscherfassung mit dem/der angesprochenen Mitarbeiter*in und den situativ *vorhandenen Ressourcen* möglich ist. Insbesondere Wünsche, die an die Versorgung geknüpft sind (vor allem an Mahlzeiten), können gut berücksichtigt werden: „Individuelle Wünsche, die sowieso in den Alltagstätigkeiten drinnen sind, das ist das geringste Problem“ (EL).
- Förderlich für die Wunschberücksichtigung scheint aus Sicht der Mitarbeitenden auch zu sein, wenn Teilhabewünsche von Bewohner*innen eher *klein und alltagsnah* sowie *auf individueller Ebene* verortet sind. Diese wären im Einrichtungsalltag mit einem geringeren Aufwand platzierbar, präsent und gut an die bzw. unter den Mitarbeiter*innen weiterzugeben und umzusetzen (z. B. Einkauf im nahegelegenen Supermarkt).
- Ein Wunsch wird darüber hinaus als *besonders legitim und berücksichtigungswert beurteilt*, so dass sich der/die Mitarbeiter*in dafür engagiert, bei
 - einem für den/die Mitarbeiter/in *nachvollziehbaren Wunsch*: „Also ein Buch, ne, etwas vom höheren Niveau zum Beispiel, ne? Dass diese Wünsche, finde ich ganz wichtig, würde ich auch sofort versuchen umzu[setzen]“ (SD).
 - einer *seltenen Wunschäußerung* der jeweiligen Person, die dann als positiv wahrgenommen wird: „Wenn das jetzt irgendwas Besonderes wäre, wo man wüsste, okay, das ist jetzt nicht jede Woche, [...], dann versuchen wir das natürlich auch möglich zu machen, ne?“ (SD).

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

- Im Rahmen der Interviews wurde zudem mehrfach das *Arbeitsengagement der einzelnen Mitarbeitenden* (siehe Kapitel 4.3.2) als Faktor benannt, der zu einer Wunschberücksichtigung beiträgt.

Hemmend:

- Hemmend, bezogen auf die Mitarbeiter*innenebene, ist an dieser Stelle im Wesentlichen der *prognostizierte Aufwand*, wenn ein Wunsch nicht in der Situation mit dem/der angesprochenen Mitarbeiter*in und den vorhandenen Ressourcen unmittelbar berücksichtigt werden kann.

4.2. Alltags- und Angebotsgestaltung als Kontexte und Elemente der Teilhabeförderung

Im Sinne des § 5 WTG NRW sind die stationären Einrichtungen dazu aufgefordert, „die gleichberechtigte Teilhabe der Nutzerinnen und Nutzer am Leben in der Gesellschaft zu unterstützen und zu fördern“ und hierfür Angebote – in Zusammenarbeit mit u. a. Angehörigen, bürgerschaftlich Engagierten und Institutionen der Gemeinde – zu gestalten. Um die „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Nutzerinnen und Nutzer am Leben in der Gesellschaft“ zu gewährleisten, sollen etwa zielgruppenbezogene Betätigungen in alltagsnahen und gewohnten Handlungskontexten angeboten werden, die die Fertigkeiten der Nutzer*innen fördern. Gemeinsam mit anderen Einrichtungen oder Organisationen soll zudem regelmäßig über Veranstaltungen oder Aktivitäten im Quartier informiert werden und eine Teilnahme der Bewohner*innen daran unterstützt werden. Zudem soll die Wahrnehmung auswärtiger Termine der Bewohner*innen unterstützt und gefördert werden.

Angesichts dieser landesrechtlichen Bestimmungen in § 5 WTG ist die Förderung und Verwirklichung der gewünschten Teilhabe von Bewohner*innen im Rahmen der Alltags- und Angebotsgestaltung innerhalb und außerhalb der Einrichtung nicht als besondere Dienstleistung, sondern als reguläre Aufgabe einer Altenpflegeeinrichtung und als Rechtsanspruch der Bewohner*innen zu betrachten. Daher soll in diesem Kapitel näher und exemplarisch auf die Formen und Inhalte der Alltags- und Angebotsgestaltung eingegangen werden, die in den untersuchten Einrichtungen benannt oder beobachtet wurden. Damit werden wesentliche Kontexte beschrieben, in denen Teilhabeförderung stattfindet und die zur Teilhabeförderung beitragen. Zugleich sind damit auch wesentliche Elemente der ak-

tuell gelebten Praxis von Teilhabeverwirklichung in stationären Altenpflegeeinrichtungen beschrieben.

Um die zweite Forschungsfrage (Wie kann auf dieser Basis das Recht auf selbstbestimmte Teilhabe dieser Bewohner*innen praktisch verwirklicht und dessen Umsetzung überprüft werden?) beantworten zu können, werden im Folgenden zunächst die Ergebnisse zur Alltags- und Angebotsgestaltung innerhalb und außerhalb der Einrichtung auf Grundlage der Einzel- und Gruppeninterviews – wie bisher – wiedergegeben. Im Anschluss daran werden in diesem Kapitel ausdrücklich auch die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtungen aufgenommen, da diese auf die Beobachtung der Alltags- und Angebotsgestaltung fokussieren und hier die Perspektiven aus den Interviews ergänzen.

4.2.1. Alltags- und Angebotsgestaltung innerhalb und außerhalb der Einrichtung

Die Trennung zwischen der Alltags- und Angebotsgestaltung *innerhalb* und *außerhalb* der Einrichtung bezieht sich zunächst auf den *Ort* der Teilhabeförderung. Bezogen auf die *Sozialform* der Alltags- und Angebotsgestaltung ist ferner zwischen *Gruppen- und Einzelangeboten* zu unterscheiden, die ebenfalls innerhalb und außerhalb der Einrichtung stattfinden können. Darüber hinaus lässt sich eine Unterteilung in Bezug auf den Grad der *Planung* vornehmen und zwischen *geplanten* und zeitlich terminierten sowie *ungeplanten* und spontanen Angeboten unterscheiden.

4.2.1.1. Alltags- und Angebotsgestaltung innerhalb der Einrichtung

Im Rahmen der Interviews werden verschiedenste *geplante Gruppen- und Einzelangebote* von Seiten der Interviewpartner*innen beschrieben, für die der Umfang und das Spektrum des Angebotes mehrfach positiv hervorgehoben werden. Diese geplante Alltags- und Angebotsgestaltung findet vorwiegend während der Zeiten zwischen den Mahlzeiten – zwischen Frühstück und Mittagessen sowie zwischen Nachmittagskaffee und Abendessen – statt und scheint auch der Alltagsgestaltung zwischen den Prozessen der Pflege und Versorgung zu dienen: „Hauptaufgaben sind natürlich die Organisation des Alltages rund um Pflege und Essen mit – ja, Beschäftigungsangeboten, also im breitesten Sinne Großgruppenangebote, von denen wir

in der Regel zwei am Tag haben“ (SD). Folgende Inhalte von Gruppen- und Einzelangeboten können hier exemplarisch aufgeführt werden:

- Die wohnbereichsübergreifend offerierten *Gruppenangebote* sind breit gefächert und lassen sich inhaltlich grob in sport- und gesundheitsbezogene Angebote (z. B. Gymnastik, Sitztanz, Qigong, Rollatortraining, Kegeln), Musikangebote (z. B. Singen, Tanztee), Kreativ- und Werkangebote (z. B. Basteln, Werken), hauswirtschaftliche Angebote (z. B. Koch- und Backangebote), Gesellschaftsspiele (z. B. Bingo, „Mensch ärgere Dich nicht“), Informations- und Bildungsangebote (z. B. Zeitungsrunde, Vorträge), Entertainmentangebote (Filmnachmittage, Angebote über Spielkonsolen wie Bowling) sowie religiöse Angebote (z. B. evangelische und katholische Gottesdienste, Rosenkranzgebet) differenzieren.

„Bewährte“ Gruppenangebote wurden zum Teil von den jeweiligen Vorgänger*innen des Sozialen Dienstes übernommen („Also ich habe sie geerbt“, SD) und aufgrund der Zufriedenheit von Bewohner*innen beibehalten. Gruppenangebote finden unter der Woche mehrmals täglich und bislang noch seltener am Wochenende statt.

Neben den wöchentlich oder monatlich wiederkehrenden Gruppenangeboten werden auch *Highlight- bzw. Sonderveranstaltungen* benannt, die als etwas Besonderes wahrgenommen werden, weil sie selten und oft in einem größeren Rahmen stattfinden. Dazu gehören v. a. jahresbezogene Feierlichkeiten (z. B. Karnevals-, Sommer- und Herbstfeste, Oster- und Weihnachtsfeiern, Erntedankfest), aber auch themenbezogene Sonderveranstaltungen (z. B. Konzerte).

Darüber hinaus kann bei den Gruppenangeboten innerhalb der Einrichtung zwischen Angeboten entschieden werden, die in der Regel für eine größere Gruppe in zentral gelegenen Mehrzweckräumen stattfinden und Angeboten, die eher in *kleineren Gruppen in den Wohnbereichen* stattfinden, die sich auch auf die oben genannten Inhalte beziehen können. Hierzu wird benannt, dass in den letzten Jahren – auch durch eine veränderte Bewohner*innenschaft (Kapitel 4.3.1) und die Unterstützung der zusätzlichen Betreuungskräfte (Kapitel 4.4.1) – eine Verlagerung von Angeboten auf die Wohnbereiche stattfindet: „Aber wir gehen immer mehr zum Beispiel von – von der Organisation her mehr in – in die Wohnbereiche selber, bieten da etwas an“ (SD).

- Unter *Einzelangeboten* werden Aktivitäten verstanden, die Bewohner*innen individuell angeboten und vorwiegend von zusätzlichen Betreuungskräften oder Ehrenamtler*innen zu bestimmten bzw. vorab abgestimmten Zeiten durchgeführt werden (Kapitel 4.4.1 und 4.4.2). In

den Interviews werden inhaltlich etwa Einzelangebote der Beschäftigung, der (basalen) Stimulation oder des Gesprächs benannt: „Der Einzelkontakt kann auch sehr schön sein. Und ich denke, da sind unsere Betreuungsassistenten durch unsere Ergotherapeutin auch sehr gut angeleitet, haben da auch viele basale stimulierende Angebote. Wir haben auch eine ehrenamtliche Mitarbeiterin, die ein Klangschalenangebot macht. Da sind auch einige Mitarbeiter vom Sozialdienst geschult worden“ (PDL). Eine andere Pflegedienstleitung bemängelt demgegenüber, dass Einzelangebote zu Lasten von Gruppenangeboten gehen und in diesem Moment nur einzelne Bewohner*innen ansprechen, während andere Bewohner*innen zur gleichen Zeit nicht betreut werden können: „[Das ist] für den Einzelnen sehr schön, aber dann fällt die Gruppe [...] aus. Und insofern – ja, ist einfach die personelle Ressource das Problem für Einzelangebote“ (PDL). Hervorgehoben wird aber auch die Ressource der Ehrenamtler*innen für Einzelangebote: „Und was nicht zu unterschätzen ist, sind diese – diese Einzelkontakte. Also wenn Ehrenamtlerinnen Bewohner, die nicht mehr so mobil sind, im Haus aufsuchen, das sagte ich eben, auch wenn Menschen reinkommen ins Haus und dann erzählen von der Stadt, was passiert ist“ (PDL).

Neben den geplanten Gruppen- und Einzelangeboten werden *ungeplante bzw. spontane Aktivitäten und Angebote* innerhalb der Einrichtung erwähnt, bei denen der Alltag insbesondere in individuellen Kontakten mit folgenden Personengruppen gestaltet wird:

- *Mitarbeiter*innen*: Hier werden etwa Kurzkontakte und -gespräche mit Mitarbeitenden genannt, wie hier mit einer Pflegekraft: „[der] Nachtschwester [...] dann werden mal so zwei, drei Worte gequatscht und dann gehe ich dann schlafen“ (BW). Hinzu kommen spontane Einzelbegleitungen, die insbesondere durch zusätzliche Betreuungskräfte erfolgen, wenn etwa akuter Bedarf der Begleitung besteht: „Gerade wenn unruhige Bewohner da sind, ist das sehr belastend für die Mitarbeiter der Pflege und das ist dann schön, eine Unterstützung durch die Alltagsbegleitung“ (PDL). Da häufig vom Wetter abhängig, kann hier die Begleitung von Bewohner*innen durch Mitarbeitende in den Garten der Einrichtung auch als spontane Aktivität hinzugezählt werden: „Betreuungsassistenzen mehr zuständig [...] in Sommerzeit rausgefahren in Garten“ (HT).
- *Andere Bewohner*innen*: Im Rahmen von einzelnen Interviews wird beschrieben, wie die Bewohner*innen Kontakte zueinander pflegen und etwa miteinander Gespräche führen, gemeinsam fernsehen oder in Spielerunden miteinander spielen: „Ja, wir spielen Rummy Cup [...]

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

Das machen wir jeden Tag“ (BW). Auch alte Freundschaften haben sich, nach Aussagen einzelner Interviewpartner*innen, in den Einrichtungen wiedergefunden. Benannt werden auch Begegnungsorte innerhalb der Einrichtung, an denen die Bewohner*innen spontan in Kontakt kommen können, wie z. B. in der Cafeteria.

- *Angehörige und Bekannte*: Die Besuche von Angehörigen oder auch Bekannten können teils auch zu ungeplanten bzw. für die Bewohner*innen spontanen und in der Regel aber zu den individuellen Kontakten und Aktivitäten in der Einrichtung gezählt werden. Neben der Gesprächsführung mit den Angehörigen und dem gemeinsamen Kaffeetrinken in der Einrichtung oder im Zimmer werden auch alte bzw. gewohnte Hobbys und Interessen der Bewohner*innen unterstützt. Die Inhalte der Aktivitäten sind auch bei den Angehörigen oft spontan – vor dem Hintergrund, dass die Tagesform der Bewohner*innen zu berücksichtigen ist: „Ja, ich setze mich dann ans Bett und gucke. Also wenn ich – wenn sie wach ist, rede ich mit ihr, aber vielfach lese ich auch“ (ANG). Ein Angehöriger beschreibt etwa, dass er für seine Mutter einen digitalen Bilderrahmen mit Fotos aus der Vergangenheit und Gegenwart zur Verfügung gestellt hat und dann damit das Gespräch mit seiner Mutter spontan anregt: „Dass sie sich [...] aus der Erinnerung raus vielleicht an irgendeine oder die andere Sache erinnert“ (ANG).

Der Alltag innerhalb der Einrichtung wird darüber hinaus auch durch die *Bewohner*innen selbst (für sich) gestaltet*. So wird im Rahmen der Interviews von Bewohner*innen benannt, dass sie zwar gerne an den Angeboten des Sozialen Dienstes teilnehmen, aber ebenso gerne alleine Zeit verbringen, wobei vorwiegend Aktivitäten im eigenen Zimmer benannt werden.

- *Im Zimmer*: Verschiedenste Aktivitäten im Zimmer werden benannt, wie etwa fernsehen, lesen, Musik und Hörbücher hören oder Handarbeit: „Ich mache ja auch viel Handarbeit. Auch für andere. Und da habe ich immer einige Aufträge, [so] dass ich immer beschäftigt bin. Ich kenne keine Langeweile in dem Sinn“ (BW). Eine Bewohnerin, die aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen nicht mehr so aktiv an Angeboten teilnehmen kann, beschreibt etwa, dass sie gerne am Fenster sitzt und ihr Umfeld beobachtet. Einzelne setzen auch alte Rituale oder Gewohnheiten fort und trinken z. B. ihr allabendliches Bier: „Sie hat zu Hause immer abends eine kleine Flasche Bier getrunken [...] auch jetzt“ (ANG).

4.2.1.2. Alltags- und Angebotsgestaltung außerhalb der Einrichtung

Im Rahmen der Interviews wurden ferner *Gruppenangebote außerhalb der Einrichtung* beschrieben, welche im Folgenden zudem in Ausflüge innerhalb und außerhalb des Ortes der Einrichtung unterschieden werden können. Der Grad der Planung ist hier unterschiedlich.

Während Ausflüge außerhalb des Ortes eine längere Planung benötigen, können Ausflüge innerhalb des Ortes sowohl zuvor festgelegt als auch in selteneren Fällen spontan stattfinden, z. B. bei gutem Wetter und dann vorhandenen personalen Ressourcen: „[...] Sie] gehen mal hinten zum Markt, mit ein paar Leuten, aber das ist natürlich auch je nachdem, wie das Personal vorhanden ist, abhängig davon“ (HT). Folgende Angebotsinhalte von Ausflügen in der Gruppe lassen sich exemplarisch für Ausflüge innerhalb und außerhalb des Ortes nennen:

- *Ausflüge innerhalb des Ortes*: Im Rahmen der Interviews werden etwa der Besuch von besonderen Highlight-Veranstaltungen vor Ort benannt, die an bestimmte Termine gebunden sind, wie der Besuch von Schützenfesten, Karnevalszügen, Weihnachtsmärkten und die Beteiligung am Seniorentag. Ferner werden Ausflüge in den Ort beschrieben, die alltäglicher und weniger an bestimmte Termine im Jahr gebunden sind, wie der Besuch von Eiscafé, Wochenmärkten, Geschäften oder einem Einkaufszentrum. Der Ausflug in ein nahegelegenes Einkaufszentrum findet in einer Einrichtung in einem Turnus von drei Monaten statt. In einem anderen Interview werden bewusst Ausflüge in „Lokalitäten im Umkreis“ (PDL) erwähnt, um die Kontakte im aktuellen und früheren Wohnumfeld zu fördern: „[Dorthin,] wo die Menschen auch herkommen, da mal zum Kaffeetrinken, und wenn man dann den Wirt kennt oder so“ (PDL).
- *Ausflüge außerhalb des Ortes*: Hierzu zählen Ausflüge, die über einen ganzen oder halben Tag gehen und einen anderen Ort zum Ziel haben. Inhaltlich wurden etwa Ausflüge in umliegende Orte mit Kaffeetrinken ebenso wie Tierpark- und Zoobesuche, Besuche von Konzerten, Kinovorstellungen und Museen sowie Schifffahrten genannt. Die Ausflüge finden in einzelnen Einrichtungen einmal im Monat statt, in anderen bewusst ausschließlich während der wärmeren Jahreszeit: „Donnerstags haben wir zum Beispiel nachmittags immer jetzt in der schönen Jahreszeit, so von März bis Oktober, unsere Ausflüge“ (SD).
Damit Ausflüge stattfinden können, müssen zum Teil lange Anfahrtswege in Kauf genommen werden. Gerade eine „ländlicher“ gelegene Einrichtung beklagt die langen Fahrten, die aber weiter in Kauf genom-

men werden, da es positive Rückmeldungen von den Bewohner*innen zu diesen Ausflügen gäbe. Ausflüge außerhalb des Ortes werden vorher in Bezug auf die Teilnehmer*innenplätze normiert und einerseits für eine bestimmte Anzahl an Bewohner*innen organisiert, damit mehr Bewohner*innen „was davon haben“, und andererseits entsprechend den Platzkapazitäten in Bezug auf das Transportmittel (z. B. Bus) und personelle Ressourcen für die Begleitung begrenzt.

- *Urlaubsreisen*: Als weiteres, besonderes und selteneres Gruppenangebot außerhalb der Einrichtung werden Urlaubsfahrten beschrieben, die zumindest in einzelnen Einrichtungen mit einer Auswahl an Bewohner*innen in größeren Abständen vorgenommen werden: „[...] dass hier welche gemeinschaftlich in den Urlaub fahren“ (ANG). Diese Urlaubsreisen werden teils durch Spenden finanziert, wenn die Kosten einer solchen Reise die regulären finanziellen Mittel der Bewohner*innen und der Einrichtung übersteigen: „Dann ist der – der Förderverein fördert zum Beispiel auch unsere Urlaubsfahrt, -fahrten, die wir mehrfach gemacht haben“ (EL).

Wiederum werden in den Interviews auch geplante wie ungeplante *Einzelangebote und -begleitungen außerhalb der Einrichtung* benannt, die von folgenden Personengruppen durchgeführt werden:

- *Mitarbeiter*innen und Ehrenamtler*innen*: Benannt werden vor allem Ausflüge oder Erledigungen in der näheren Umgebung, die oft von zusätzlichen Betreuungskräften und teils auch von Ehrenamtler*innen begleitet werden: „Wie wir zum REWE gelaufen sind, oder – ja, oder eben das Eis auch mal essen können, was man nicht alleine kann dann“ (ZBK); „[Wir] hatten [...] eine Bewohnerin, die ist regelmäßig nach Gummersbach mit einer Ehrenamtlerin gefahren. Im Moment haben wir eben eine, die regelmäßig zum Friedhof fährt und zum – zum Aldi einkaufen“ (PDL). Hinzu kommt häufiger auch die Begleitung von einzelnen Bewohner*innen bei Arztbesuchen, die von unterschiedlichen Mitarbeiter*innengruppen durchgeführt werden kann (z. B. Pflegekräfte, Betreuungskräfte oder aber auch Kräfte, die einen Freiwilligendienst oder eine Beschäftigungsförderungsmaßnahme absolvieren, je nach Voraussetzungen, die die Bewohner*innen mitbringen). In einer Einrichtung werden diese Begleitungen vom Sozialen Dienst koordiniert (Kapitel 4.4.5).
- *Angehörige und Bekannte*: Manche Bewohner*innen gehen mit ihren Angehörigen oder Bekannten im Ort z. B. etwas einkaufen, zur Bank oder ein Eis essen. Eine Bewohnerin berichtet auch davon, wie sie ihren Geburtstag im nahegelegenen Restaurant mit einer Freundin ver-

4.2. Alltags- und Angebotsgestaltung als Kontexte und Elemente der Teilhabeförderung

bracht hat: „ [Da] hatte ich Geburtstag [...] habe ich meine Freundin zum Essen eingeladen, sind wir hier vorne an der Ecke [...] zum Essen gewesen“ (BW).

Darüber hinaus werden auch individuelle und *selbstständige Alltagsgestaltungen außerhalb der Einrichtung* benannt, die sich vor allem auf die nähere Umgebung beziehen, oft mit Mobilitätshilfen erfolgen und nur noch von einer kleineren Minderheit der Bewohner*innen alleine wahrgenommen werden können:

- *Selbstständige Ausflüge in der Umgebung*: So wird im Rahmen der Interviews berichtet, dass einzelne orientierte Bewohner*innen durchaus ihren Alltag außerhalb der Einrichtung gestalten und zwar mithilfe von verschiedensten Hilfsmitteln. Eine Bewohnerin geht etwa – unterstützt durch ihren Rollator – einkaufen: „[Sie ist eine] Bewohnerin, die noch – noch mit Rollator eigentlich gut mobil zu Fuß ist, [sie] geht einkaufen hier schräg gegenüber“ (PDL). Andere Bewohner*innen gehen selbstständig spazieren oder fahren auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln alleine in einen nahegelegenen Ort. Ein Bewohner erzählt, wie er mithilfe seines Elektrorollstuhls in der Umgebung durchaus längere Entfernungen wahrnehmen kann: „Ja, und dann wird das Ding wieder oben in die Ecke gestellt und aufgeladen. Ne, ungefähr 10 Kilometer kann ich damit fahren“ (BW). Zu einem anderen Bewohner wird berichtet, wie er einem allabendlichen Ritual in der Umgebung nachgeht: „Der geht jeden Abend in die Kneipe und trinkt da sein Klärchen, also seinen – seinen klaren Schnaps und kommt dann abends dann nach Hause“ (PDL).

Im Folgenden werden die fördernden und hemmenden Faktoren beschrieben, welche sich auf die Alltags- und Angebotsgestaltung innerhalb und außerhalb der Einrichtung beziehen.

Fördernd:

- Es existiert eine *Vielfalt an Gruppen- und Einzelangeboten* in den verschiedenen Einrichtungen, um die Teilhabe von den Bewohner*innen zu unterstützen. Insbesondere montags bis freitags finden *täglich mehrere Gruppenangebote* statt, um den Alltag der Bewohner*innen zu gestalten und zu strukturieren, wobei laut den Interviews eine Stärkung von Angeboten der Alltags- und Angebotsgestaltungen an den Wochenenden gewünscht wird.
- *Unterstützung* bei der Durchführung der Angebote erhält der Soziale Dienst (bestehend aus Mitarbeiter*innen unterschiedlicher Professionen, z. B. Sozialarbeiter*innen/-pädagog*innen, Pädagog*innen, Ergo-

therapeut*innen und zusätzlichen Betreuungskräften) von *Ehrenamtler*innen*, vereinzelt auch von Angehörigen, die mit an Angeboten teilnehmen.

- Je nach Rückmeldung nach den Angeboten, den jeweiligen Teilnehmer*innenzahlen und dem von Bewohner*innen mitgeteilten thematischen Interesse finden Angebote häufiger statt oder werden reduziert. Wichtig ist, dass die *Akzeptanz der Angebote regelmäßig reflektiert* bzw. evaluiert und der jeweiligen Bewohner*innenschaft angepasst wird. Ob und inwiefern Bewohner*innen zufrieden waren und ob sie erneut an einem Angebot teilnehmen möchten, wird in einer Einrichtung explizit in den Berichtsblättern dokumentiert: „[Das] ist unterschiedlich. Also sagen wir mal so, eigentlich, wenn was fest eingeplant ist, zum Beispiel Bingo,[...]. Es sei denn, sie [eine Bewohnerin; Anm. d. Verf.] wollte da mal an dem Tag nicht. Aber was Neues, oder wenn da was neu zugekommen oder was auffällt, dann schreibe ich dann. Manchmal ein-, zweimal in der Woche und manchmal auch alle zwei – alle zwei Wochen, dass ich dann mal [...]wirklich individuell“ (ZBK).
- In den Einrichtungen wird unterschiedlich damit verfahren, wie die *Informationsweitergabe* bzgl. der zukünftig stattfindenden Angebote erfolgt. In zwei der Einrichtungen wird explizit genannt, dass es Wochenpläne für Freizeitangebote gibt, die in ihrem Angebot pro Woche mal mehr, mal weniger variieren. Dies steigert die Übersichtlichkeit für die „orientierten“ Bewohner*innen, sie können selbstständig den Wochenplan einsehen und im Vorfeld selbst bestimmen und entscheiden, an welchen Angeboten sie teilnehmen möchten. Benannt wird auch eine monatliche Hauszeitung, in der die jeweiligen wöchentlichen Aktivitäten dargestellt werden. Hinzukommen aushängende Ankündigungen für spezielle Angebote, die außerhalb des Hauses stattfinden und für die man sich anmelden muss.
- Mitarbeitende sprechen Bewohner*innen gezielt an, um diese auf eine Aktivität hinzuweisen und sie zu *motivieren*, an dieser teilzunehmen, respektieren aber auch Signale oder Aussagen in Bezug auf Wünsche der Nichtteilhabe (Kapitel 4.1.3).
- In Bezug auf die Organisation der Angebote ist die *Information der Mitarbeitenden über die Angebote* sowie die diesbezügliche Kommunikation und Abstimmung unter den Mitarbeitenden von großer Bedeutung (Kapitel 4.3.3.3). Es wird jedoch auch beschrieben, dass es personenabhängig sei, inwieweit Mitarbeitende das im Blick haben: „Meistens ist das ja mitarbeiterabhängig. Der eine hat das auf dem Schirm, der andere nicht. Und dann gehe ich einfach noch mal hin und sage: Bitte,

denkt dran, die ist bei der Gruppe dabei, das ist das einzige Angebot, was sie bei mir hat. Ist das nicht möglich, dass die später zum Friseur kommt, ne?“ (SD). Förderlich wäre demnach, wenn es weniger von den einzelnen Mitarbeiter*innen abhängig ist und die Information über die Angebote nicht nur für alle Mitarbeitende transparent, sondern auch die *Informationsverwertung geregelt* wäre.

- Wie bereits beschrieben, werden *Angebotsinteressen* auch von Seiten der Mitarbeitenden *erfragt* (Kapitel 4.1.4). Das heißt, sie gehen etwa in „Vorleistung“, entwickeln Ideen und stellen diese den Bewohner*innen vor, so dass die Teilhabe der Bewohner*innen trotz allem ermöglicht werden kann. Gerade der Bewohner*innenbeirat wird bei der Angebotsentwicklung mit einbezogen. Das heißt, dass durch die eigene Interessenvertretung Teilhabe potenziell ermöglicht wird. Andere Angebote wiederum kommen durch das Wissen um die jeweilige Biografie der Bewohner*innen zustande.
- In jede Einrichtung kommen regelmäßig oder zu bestimmten Anlässen *Externe*. Dabei stehen mögliche Angebotsplanungen und -inhalte im Zusammenhang mit den Kontakten, die eine Einrichtung *nach außen* pflegt (z. B. Karnevalsvereine, Kirchengemeinde, Kindergärten, Schulen; Kapitel 4.4.7). Auch Verbindungen zum Einzelhandel spielen eine Rolle, so wird beschrieben, dass beispielsweise Modegeschäfte in die Einrichtung kommen, ein Dorfladen und ein Schuhgeschäft. Friseur*innen, Podolog*innen und Physiotherapeut*innen kommen ebenfalls in die Einrichtungen und können auch zur Teilhabe im Alltag innerhalb der Einrichtung beitragen.

Hemmend:

- In den Einrichtungen gibt es bisher nur *eingeschränkt Angebote an den Wochenenden oder in der Abendzeit*. Zurückzuführen ist dies auf die knappere personelle Besetzung an den Wochenenden und entsprechende Restriktionen in der Dienstplangestaltung. Dass eingeschränkte personelle Ressourcen im Abend- und Wochenendbereich auch Einschränkungen der Teilhabeförderung mit sich bringen können, wird auch bereits in der Literatur thematisiert, wie im Folgenden von Schumacher (2018) beispielhaft für die Abendzeit festgestellt wird: „Interne Regelsysteme wie die Dienstplanorganisation machen abendlichen Ausgang oder andere Aktivitäten unmöglich, und Standardversorgungsleistungen (Leistungstypen) erfüllen nur teilweise den individuellen Bedarf [...]. Dies führt dazu, dass grundlegende Kompetenzen nicht mehr ausgeübt werden können und Zugänge zu selbstgewählten Aktivitäten

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

nicht ermöglicht werden [...]. Probleme werden nur insoweit gesehen und bearbeitet, als in der Organisation Lösungen zur Verfügung stehen oder generiert werden können“ (Schuhmacher, 2018, S. 99).

- Die *Angebots-Zufriedenheit* der Bewohner*innen wird teilweise *anhand der Teilnehmer*innenanzahl gemessen*. Wenn sich die Angebotsplanung und -gestaltung primär an hohen Teilnahmequoten orientiert, kann dies für individuelle Teilhabeperspektiven und -wünsche einschränkend sein und sollte – nicht nur – in Perspektive selbstbestimmter Teilhabe als *Erfolgsindikator* kritisch betrachtet werden.
- *Angebotsdifferenzierung nach bestimmten Bewohner*innengruppen* – z. B. zwischen Menschen mit und ohne Demenz (Kapitel 4.3.1) – können in der Angebotsgestaltung unterstützend sein, aber auch exkludierend für einzelne Bewohner*innen wirken und zu Verfestigungen von Ungleichheiten unter den Bewohner*innen in der Einrichtung führen.
- Im Rahmen der Interviews werden verschiedene *Ressourcen als fehlend* oder begrenzt hervorgehoben, die bereits von Bedeutung für die Angebotsplanung sind: Neben fehlenden *personellen Ressourcen*, insbesondere für Aktivitäten außerhalb der Einrichtung, sind dies v. a. auch begrenzte Räumlichkeiten (Kapitel 4.4.6) und Budgets, welche dem Sozialen Dienst für Angebote zur Verfügung stehen (Kapitel 4.4.4).

4.2.2. Alltagsstrukturierende Schlüsselprozesse aus dem Blickwinkel der Beobachtung

Dieses Kapitel ist den Ergebnissen der teilnehmenden Beobachtung (und den in diesem Kontext geführten Kurzgesprächen) gewidmet. Da im Zentrum dieser Erhebungsmethode die Beobachtung der sozialen Praxis der Alltags- und Angebotsgestaltung in den Einrichtungen lag, werden die Ergebnisse ausschließlich in dieses Kapitel integriert.

Die Ziele und methodische Vorgehensweise im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung wurden bereits erläutert (Kapitel 3). An dieser Stelle soll nur wiederholend erwähnt werden, dass für die Auswertung ein Kodierungsschema entwickelt wurde, das nach Sichtung des Beobachtungsmaterials auf den Bewohner*innenalltag strukturierende Schlüsselprozesse im Material fokussierte. Unter strukturierenden Schlüsselprozessen im Bewohner*innenalltag werden alle überindividuellen, den Tagesablauf der Bewohner*innen zeitlich und inhaltlich in seinen Üblichkeiten strukturierenden Sequenzen verstanden, die von Seiten der Organisation auch als Arbeitsprozesse definiert sind. Im Vordergrund steht jedoch der Alltag der

Bewohner*innen und nicht der Arbeitsalltag der Mitarbeitenden. In den Blick genommen wurde im Rahmen der Auswertung daher auch die Aufrechterhaltung der Normalität im Rahmen dieser Schlüsselprozesse im Bewohner*innenalltag.

4.2.2.1. Alltags- und Angebotsgestaltung

Im Zuge der Beobachtungen wurden verschiedene (Gruppen- und Einzel-)Angebote betrachtet. Diese finden in der Regel im Vormittags- und Nachmittagsbereich unter der Woche statt. Auch die individuelle Alltagsgestaltung der Bewohner*innen wurde zu verschiedenen Tageszeiten, insbesondere in den Wohnbereichen, beobachtet. Die Beobachtungen fanden in (Allzweck-)Räumen und den Wohnbereichen, auf den Bewohner*innenzimmern sowie außerhalb der Einrichtung statt. In diesem Zusammenhang wurden ferner verschiedene Dienstleistungsangebote in die Beobachtung integriert (z. B. Frisör, Schuhverkauf in der Einrichtung).

*Fördernd:*⁶¹

- Die *Gruppenangebote innerhalb der Einrichtungen* wurden von einer größeren Anzahl von Bewohner*innen besucht, wobei in dieser Gruppensituation eine *sehr positive Grundstimmung* herrschte – es wurde miteinander gelacht, geredet und sehr aktiv an den Inhalten des Angebotes teilgenommen.
- Bei den meisten beobachteten Angeboten war der *zeitliche Rahmen* stets *angemessen*, so dass dieser zu keiner Erschöpfung oder gegebenenfalls Überlastung auf Seiten der Bewohner*innen führte.
- In zwei Einrichtungen wurden *Handlungserfolge* der Bewohner*innen durch schnelles Erfassen der Aufgaben und Mitmachen beobachtet (z. B. Tanztee, Kegeln).
- Die Bewohner*innen konnten ohne An-/Einleitung teilnehmen, egal, welche körperlichen oder kognitiven Einschränkungen sie hatten. Das heißt, dass einzelne Angebote in besonderer Weise *barrierefrei und inklusiv* ausgelegt waren (Kapitel 4.2.1.2). So wurden etwa Freizeitangebote für Menschen mit und ohne physische und/oder psychische Einschränkungen angeboten. Damit auch Personen mit größeren Ein-

61 Beobachtungen, die auf die Aufrechterhaltung von Normalität, eine Orientierung an Lebensgewohnheiten und Interessen im Rahmen der Alltags- und Angebotsgestaltung hinweisen.

schränkungen unterstützt werden konnten, halfen zusätzliche Betreuungskräfte im Rahmen der Angebote mit.

- In den Einrichtungen gestalten auch *externe Personen* verschiedenste (Dienstleistungs-)Angebote für die Bewohner*innen. Im Rahmen der Beobachtung kamen etwa eine Puppenspielerin, ein Hundebesuchsdienst und ein Schuhgeschäft (der sogenannte Pfennigmarkt) in die verschiedenen Einrichtungen, die den Alltag „belebten“. So brachte etwa der Hundebesuchsdienst positive Erinnerungen an früher hervor, wie einzelne Reaktionen der Bewohner*innen zeigten. Durch den Besuch des Schuhgeschäftes wird innerhalb der Einrichtung auch ein Kauf von Konsumgütern ermöglicht, wodurch Situationen entstanden, in denen Bewohner*innen – etwa durch die Auswahl von Produkten – auch ein Käuferlebnis hatten und ein Gefühl, aktive Kund*innen zu sein. Des Weiteren wurde auch der Besuch eines Friseurs beobachtet, bei dem ebenfalls das die Selbstbestimmung fördernde Gefühl, *Kund*in* zu sein, beobachtet werden konnte, wenn die Vorlieben der Bewohner*innen erfragt wurden.
- Die *Einzelbetreuung*, mit der vor allem auch die Teilhabeförderung der stärker eingeschränkten Bewohner*innen gesichert wird, findet sowohl in den Zimmern der jeweiligen Bewohner*innen als auch außerhalb der Einrichtung statt (Kapitel 4.2.1.2). Es handelte sich hierbei hauptsächlich um Bewohner*innen, die bettlägerig oder schwer zu mobilisieren sind. Es wird etwa basale Stimulation durchgeführt oder, bei „fittieren“ Bewohner*innen, die sich noch äußern können, etwa Gedächtnistraining.
- Das „*Trial-and-Error*“-Verfahren wird bei *Bewohner*innen* angewendet, die sich nicht mehr äußern können. Hier wird sehr auf die Mimik und Gestik der Bewohner*innen geachtet, um Vorlieben und Abneigungen erkennen zu können.
- In zwei Einrichtungen gibt es aktuell regelmäßig stattfindende *Gesellschaftsspielrunden*, die auf *eigene Initiative von Bewohner*innen* zustande gekommen sind.
- Der Wohnbereich, das Foyer (zumindest in einzelnen Einrichtungen) und das eigene Zimmer werden von den Bewohner*innen rege genutzt und stellen beliebte *Aufenthaltsorte zur individuellen Alltagsgestaltung* dar. Die Raucher*innenecken/-Terrassen werden in beinahe jeder Einrichtung von den Bewohner*innen genutzt – auch von Personen, die nicht rauchen. Es handelt sich anscheinend um einen geselligen Ort, an dem sich einige Bewohner*innen gerne aufhalten, um andere zu treffen.

4.2. Alltags- und Angebotsgestaltung als Kontexte und Elemente der Teilhabeförderung

- In zwei Einrichtungen versammelten sich im Beobachtungszeitraum *am Abend* Bewohner*innen *im Wohnbereich*, um gemeinsam fernzusehen (Nachrichten, Fernsehsendungen). Während sich die Runde in einer der Einrichtungen schnell nach den Nachrichten auflöste, hatte die Fernschrunde in der anderen Einrichtung mehr Ausdauer und entwickelte eine Dynamik, so dass zur „Stammrunde“ (drei bis fünf Personen) auch zwischenzeitig andere Bewohner*innen hinzukamen.
- Im Rahmen eines *Gruppenangebotes außerhalb der Einrichtung* (Ausflug) wurde mit Unterstützung von Mitarbeitenden der Besuch in einer Gaststätte ermöglicht. Es konnten auch mehrfach eingeschränkte Bewohner*innen daran teilnehmen. Unabdingbar waren ein Kleinbus mit der Möglichkeit zum Transport von Rollstühlen sowie die entsprechende Fahrerlaubnis von Seiten der Mitarbeitenden.
- Durch die *individuelle Betreuung* über Ehrenamtler*innen, zusätzliche Betreuungskräfte oder Angehörige im Rahmen von *Einzelangeboten außerhalb der Einrichtung* wurde es Bewohner*innen ermöglicht, in das Wohnumfeld (z. B. zum Supermarkt) begleitet zu werden, um alte Routinen aufrechterhalten zu können (z. B. Kauf von Zeitschriften oder Schokolade). Gerade in einer Einrichtung wurden Bewohner*innen beobachtet, die das direkte Quartier mit nahegelegenen Infrastrukturen (z. B. Einkaufsmöglichkeiten und Restaurants) mit Begleitung von zusätzlichen Betreuungskräften, Angehörigen oder auch selbstständig nutzten.

*Hemmend:*⁶²

- *Gruppenangebote*, die nur für *bestimmte Bewohner*innengruppen* vorgesehen sind, können von den Bewohner*innen als exkludierend wahrgenommen werden. So konnten vereinzelt Menschen mit Demenz beispielsweise nicht an Ausflügen teilnehmen, die für Menschen ohne Demenz geplant und vorbereitet wurden – umgekehrt galt das gleiche. Dies kann zum Gefühl der Ungleichbehandlung führen, was im Kontext der teilnehmenden Beobachtung von einer Mitarbeiterin des Sozialen Dienstes erwähnt wurde. Dass Angebotsdifferenzierungen für den Prozess der Angebotsteilnahme jedoch auch von Vorteil und etwa entlastend für die Bewohner*innen sein können, zeigt auch die kontroverse Diskussion zu den Vor- und Nachteilen integrativer und segregativer

62 Beobachtungen, die auf eine geringe Aufrechterhaltung von Normalität und Orientierung an Lebensgewohnheiten und Interessen im Rahmen der Alltags- und Angebotsgestaltung hinweisen.

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

Betreuungsformen für Menschen mit Demenz (z. B. Schuhmacher, 2017, S. 101).

- Ferner konnte auch beobachtet werden, dass vereinzelt *nicht genügend Betreuungspersonen* im Rahmen von Angeboten vorgehalten werden konnten, *um den verschiedenen Bewohner*innenvoraussetzungen und -ansprüchen gerecht zu werden*.
- Als hemmender Faktor konnte vereinzelt auch die nichtoptimale *methodisch-didaktische Umsetzung von Gruppenangeboten* identifiziert werden, die möglicherweise mit fehlenden Grundlagen im Bereich des Fach- und Methodenwissen oder auch unterschiedlichen Voraussetzungen in der Sozialkompetenz der Angebotsdurchführenden verbunden sein kann. So entstand beispielsweise im Rahmen eines Angebots ein sehr schulischer Charakter, indem keine Seitengespräche zugelassen wurden und ausschließlich frontal gesprochen wurde. In einem anderen Fall wurde am festen Repertoire von Inhalten konsequent festgehalten, ohne Abweichungen zuzulassen – auch bei Unruhe. Reaktions- und Teilnahmslosigkeit von Bewohner*innen führten in einer anderen Beobachtungssituation in einem Gruppenangebot dazu, dass die zusätzlichen Betreuungskräfte sich miteinander unterhielten und nicht versuchten, das Angebot zu ändern, um die Bewohner*innen zu aktivieren. So kam es auch vor, dass über den Kopf einer Bewohnerin hinweg entschieden wurde – ohne sie nach ihrer Meinung zu fragen.
- Zeiten, in denen keine Ansprache oder Angebote erfolgten – gerade vor und nach den Mahlzeiten- wurden als *Wartezeiten* erlebt und stellen daher für viele Bewohner*innen (insbesondere für jene mit kognitiven Einschränkungen) eine große Herausforderung dar. Typische, längere und für die Bewohner*innen problematische Wartesituationen waren einerseits das Warten nach dem Frühstück, wo manche Bewohner*innen – teils ohne Anregung, Ansprache oder Angebote der Selbstbeschäftigung – an ihren Tischen verblieben. Andererseits beziehen sich Wartesituationen auf das Warten nach dem Abendessen auf die Begleitung in das eigene Zimmer, wo Bewohner*innen auch Unmut über das Warten und Orientierungsfragen äußerten (z. B. wann und von wem sie abgeholt würden).
- Am *Abend* (teils bereits nach 19:00 Uhr und teils erst nach 20:00 Uhr) waren sowohl in den Wohnbereichen als auch in den wohnbereichsübergreifenden Räumen *selten Bewohner*innen* aufzufinden (eine Ausnahme siehe oben) und Gruppen- oder Einzelangebote fanden dort zu dieser Zeit – zumindest im Beobachtungszeitraum – nicht statt. Hier stellt sich jedoch die Frage, inwieweit diese Situation auch auf Wunsch

4.2. Alltags- und Angebotsgestaltung als Kontexte und Elemente der Teilhabeförderung

der Bewohner*innen (z. B. physische Erschöpfung, Rückzug in das eigene Zimmer) oder aufgrund von Routinen und fehlenden Ressourcen in den Einrichtungen (z. B. Arbeitszeiten und -aufkommen im Spätdienst) zustande kommt.

- Die *Auswahl der Leistung* innerhalb einer beobachteten Friseurdienstleistung bemaß sich nur an der vorhandenen Kundenkarte. So wurde nicht abgefragt, ob es etwas grundsätzlich anderes als das übliche Angebot geben sollte. Es war zudem nicht möglich, Trinkgeld zu geben, so dass durch das bargeldlose Zahlen (Betrag wurde über Bewohner*innenkonto abgerechnet) am Ende des Friseurbesuchs ein entscheidendes Moment der Kundensouveränität fehlte.
- Spezifische *Konsumangebote* innerhalb der Einrichtungen, wie ein (anderer) an bestimmten Terminen stattfindender Schuhverkauf und ein durchgängig verfügbarer Einrichtungskiosk, wurden in dem Beobachtungszeitraum nicht genutzt, wozu der hemmende Faktor jedoch nur interpretiert werden kann. Es könnte etwa daran liegen, dass die Preise über denen von günstigeren Angeboten außerhalb der Einrichtung gelegen haben.
- Teils wurden *Gärten* nicht aufgesucht, obwohl das Wetter während der Beobachtungen schön war. Eine Erklärung könnte beispielsweise die *schlechte Erreichbarkeit innerhalb* einer Einrichtung sein, da man das Gebäude durch den Haupteingang verlassen musste, um den Garten durch ein Tor betreten zu können. Dies könnte ein Hemmnis für Bewohner*innen (mit einer Gehbehinderung) darstellen.

4.2.2.2. Mahlzeiten

Die Beobachtungen fanden zu verschiedenen Tageszeiten und an unterschiedlichen Orten in den Einrichtungen statt. So wurden auch das Frühstück, Mittagessen, Kaffeetrinken und Abendessen beobachtet – sowohl in einzelnen Wohnbereichen als auch in der Cafeteria. Da die Mahlzeiten damit nicht nur viermal täglich, sondern auch zu festgelegten Uhrzeiten bzw. in bestimmten Zeitkorridoren stattfinden, gehören sie eindeutig zu zentralen alltagsstrukturierenden Schlüsselprozessen für die Bewohner*innen, die ihnen aber auch Teilhabe ermöglichen.

Fördernd:⁶³

- Unter „orientierten“ Bewohner*innen war in einzelnen Einrichtungen eine *selbstständige Tischkommunikation* zu beobachten, die auch während der Mahlzeit fortgesetzt wurde. Die „orientierten“ Bewohner*innen wurden während der Mahlzeiten in der Cafeteria von Mitarbeitenden nicht begleitet. Sie nahmen die Mahlzeiten selbstständig ein und wurden nicht „aktiviert“. Lediglich die hauswirtschaftlichen Mitarbeiter*innen nahmen währenddessen Kontakt zu den Bewohner*innen auf. Dabei verhielten sie sich freundlich und den Bewohner*innen zugewandt.
- *Kognitiv eingeschränkte Bewohner*innen* wurden während der Mahlzeiten in den Wohnbereichen von zusätzlichen Betreuungskräften oder Pflegekräften *begleitet und unterstützt*. Dabei gestalteten oder förderten (in zwei Einrichtungen) die zusätzlichen Betreuungskräfte die Kommunikation – hierbei boten sie den Bewohner*innen eine gute Orientierung, stellten eine gesellige und dennoch ruhige Tischsituation her und motivierten die Bewohner*innen, das Essen zu sich zu nehmen.
- In einer Einrichtung wurde im Beobachtungszeitraum zum Frühstück und Abendessen von Tablett- auf *Buffetform* umgestellt. Das spontane Zusammenstellen von Mahlzeiten wurde von den Bewohner*innen und den Mitarbeiter*innen als positiv wahrgenommen. So ermöglicht das Buffet insofern eine Orientierung an der Normalität und Selbstbestimmung der Bewohner*innen, indem die Bewohner*innen zum Zeitpunkt der Mahlzeit wählen können, was sie essen möchten. In einer anderen Einrichtung gab es ein sogenanntes rollendes Buffet in der Cafeteria. Mitarbeiter*innen hielten mit einem Servierwagen an den jeweiligen Tischgruppen und die Bewohner*innen konnten sich auf ihrem Platz sitzend aussuchen, was sie zum Frühstück oder Abendessen zu sich nehmen wollten.
- Auch wenn die Mahlzeiten zu bestimmten Zeiten eingenommen wurden, herrschte dabei zumindest für die Bewohner*innen *kein Zeitdruck*. Jedenfalls konnte innerhalb der Beobachtungszeiträume in keiner Einrichtung beobachtet werden, dass zeitlicher Druck auf die Bewohner*innen ausgeübt wurde, die Mahlzeiten schnell einzunehmen oder frühzeitig zu beenden.

63 Beobachtungen, die auf die Aufrechterhaltung von Normalität, eine Orientierung an Lebensgewohnheiten und Interessen im Rahmen der Mahlzeiten hinweisen.

*Hemmend:*⁶⁴

- Insbesondere in der Cafeteria gibt es *feste Sitzplätze*, die – aufgrund „gewachsener“ bzw. vorhandener Sitzplatzstrukturen – nicht von den Bewohner*innen gewählt werden können, sondern von den Mitarbeitenden festgelegt werden. Dies kann dazu führen, dass Bewohner*innen ohne Bezug zueinander zusammensitzen, zumindest konnten Tischformationen beobachtet werden, bei denen keinerlei Beziehung bzw. Gesprächskontakt zwischen Bewohner*innen zu erkennen war.
- Im Rahmen einer sogenannten *Verteilerküche* ist es oft notwendig, dass Bewohner*innen mehrere Tage im Voraus ihre Mahlzeiten festlegen müssen. Das heißt im konkreten Fall, dass Bewohner*innen mitunter eine Woche im Voraus ihren Mahlzeitenwunsch angeben mussten und es nicht möglich war, sich spontan für ein anderes Essen zu entscheiden, da die Mengen für die jeweilige Mahlzeit (durch die Bestellung und Lieferung) jeweils festgelegt waren.

4.2.2.3. Pflegeprozesse

Des Weiteren wurden verschiedene Beobachtungen im Rahmen der morgendlichen, nachmittäglichen und abendlichen Pflege durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden vorgestellt werden. Hier ist zu betonen, dass nicht die Pflegequalität, sondern viel mehr die Pflegeprozesse in ihrer Relevanz für Fragen der Selbstbestimmung und Teilhabe in den Blick genommen wurden.

*Fördernd:*⁶⁵

- Die *aktivierende Pflege* wurde im Rahmen der Beobachtungen in allen Einrichtungen angewendet. Die Bewohner*innen wurden dabei motiviert, die Tätigkeitsschritte, die sie selbst noch ausführen können, selbstständig umzusetzen. Dabei kommunizierten die jeweiligen Pflegefachkräfte mit den Bewohner*innen und stellten so eine angenehme Pflegesituation her. Die Gesprächsthemen beinhalteten die jeweiligen

64 Beobachtungen, die auf eine geringe Aufrechterhaltung von Normalität und Orientierung an Lebensgewohnheiten und Interessen im Rahmen der Mahlzeiten hinweisen.

65 Beobachtungen, die auf die Aufrechterhaltung von Normalität, eine Orientierung an Lebensgewohnheiten und Interessen im Rahmen von Pflege bzw. Pflegeroutinen hinweisen.

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

Tagespläne der Bewohner*innen, ihre körperlichen Beschwerden und in einem Fall auch einen speziellen Wunsch. Kleine alltagsnahe Wünsche (z. B. selbstständig die Vorhänge aufziehen) konnten im Rahmen der Pflege direkt umgesetzt werden.

- In einer Einrichtung wurde eine sogenannte „*Tourenplanung*“ angewendet: Bei dem Rundgang der Pflegefachkraft erklärt diese, es gäbe Frühaufersteher und Langschläfer und sie würde das in ihrer Tourenplanung mit berücksichtigen. So gehe sie in die Zimmer, in denen teilweise schon Türen geöffnet sind oder Bewohner*innen auf dem Gang zu sehen sind. Das Wissen über Vorlieben von Bewohner*innen findet demnach Berücksichtigung. Somit entsteht eine geschickte Zusammenführung von Prozessen und Synergien.
- Eine andere Pflegekraft richtete sich im Rahmen der morgendlichen Pflege nach den *Belangen der Bewohner*innen* und orientierte sich daran, wer bereits wach war. So entstanden sehr spontane Pflegesituationen, welche positiv von den Bewohner*innen wahrgenommen wurden.

Hemmend,⁶⁶

- Da ein *begrenzter Zeitkorridor für das Frühstück* existiert, wurden Bewohner*innen teilweise auch geweckt – obwohl sie unter Umständen gerne länger geschlafen hätten. Dies führte manchmal zu Unmut auf Seiten der Bewohner*innen, auch wenn gleichermaßen Verständnis für die eingeschränkten personellen Ressourcen vorhanden ist.
- Bewohner*innen wurden *am frühen Abend* (19:00 oder 20:00 Uhr) „bettfertig“ gemacht. Eine Vermutung ist hierzu, dass auch daher von den Bewohner*innen als Aufenthaltsort das eigene Zimmer bevorzugt wird, weil sie sich ungern im Pyjama/Nachthemd außerhalb ihres Zimmers aufhalten möchten. Pfleger*innen versuchten im Rahmen der Beobachtung auch nicht, Bewohner*innen dazu zu motivieren, im Aufenthaltsraum zu verbleiben. Sie versuchten vielmehr, verbliebene Bewohner*innen für die abendliche Pflege in ihre Zimmer zu bewegen.
- Ein *Wunsch, der außerhalb der geplanten Routine* der Pflegemitarbeitenden lag, konnte nicht umgesetzt werden. Der Bewohner musste auf einen späteren Zeitpunkt getröstet werden: „Über die Anlage wird um 6:30 Uhr ein Anruf aus einem Bewohnerzimmer zugestellt. Der Bewoh-

66 Beobachtungen, die auf eine geringe Aufrechterhaltung von Normalität und Orientierung an Lebensgewohnheiten und Interessen im Rahmen der Pflege bzw. Pflegeroutinen hinweisen.

ner aus der 1. Etage möchte jetzt Unterstützung beim Anziehen bekommen: ‚Kann jemand kommen? Ich kann das nicht alleine.‘ Mitarbeiterin: ‚Herr F., es ist noch zu früh. Wir kommen um 7:00 Uhr zu ihnen.‘ Herr F. antwortet, er könne das nicht alleine. Mitarbeiterin: ‚Wir wissen das. Wir kommen um 7:00 Uhr und helfen Ihnen dabei.‘ Herr F. klingt beruhigt und sagt, dann sei es ja gut“ (Beobachtung in einer Einrichtung).

4.2.2.4. Informelle Gespräche mit Bewohner*innen im Kontext der Beobachtung

Die informellen Gespräche dienten als ergänzender Zugang zu den Interviews und der teilnehmenden Beobachtung dazu, den subjektiv erfahrenen Sinn der Alltags- und Angebotsgestaltung aus Sicht der Bewohner*innen im Beobachtungskontext situativ zu eruieren. Im Rahmen dieser Kurzgespräche konnten auch Bewohner*innen mit Demenz berücksichtigt werden, wobei sich die Forscherinnen stets an der von STAP verfassten „Selbstverpflichtung – Beobachtung und Gespräche mit vulnerablen Personen“ (Kapitel 3) orientierten.

Im Vordergrund stand der Alltag der Bewohner*innen (Aussagen zur individuellen Alltagsgestaltung wie Hobbys, Freundschaften zwischen Bewohner*innen und Kontakt zu Angehörigen; geplante Alltagsgestaltung durch Angebote der Einrichtung; Mahlzeiten; Zimmer). Zentral waren aber auch hier Aussagen zur (Nicht-)Aufrechterhaltung der subjektiv bedeutsamen Normalität, so dass etwa geäußerte (Un-)Zufriedenheit und Wünsche zur teilhabebezogenen Alltags- und Angebotsgestaltung in den Blick genommen werden konnten. Insgesamt ist aber festzuhalten, dass sich die Bewohner*innen primär positiv über die Einrichtungen geäußert und kaum kritische Aspekte benannt haben. Nicht auszuschließen sind hierbei Effekte sozialer Erwünschtheit, indem die Bewohner*innen, als sie im jeweiligen Beobachtungssetting angesprochen wurden, die Einrichtung positiv darstellen wollten. Menschen, die in Einrichtungen leben, neigen dazu, „in der Beurteilung von Dienstleistungsangeboten sozial erwünschte Antworten zu geben“ (Jenull-Schiefer, 2005, S. 149). Gerade dann, wenn es um „heikle“ Themen geht oder die Bewohner*innen einen Zusammenhang zwischen der Institution und dem/der Interviewer*in wahrnehmen, steigt die Tendenz der sozialen Erwünschtheit (ebd.).

Fördernd:⁶⁷

- Einzelne Bewohner*innen berichteten im Rahmen der informellen Gespräche, dass sie *frühere Hobbys* in der Einrichtung fortführen (z. B. Kegeln, Sammeln von Puppen), aber auch *neue Freizeitbeschäftigungen* gefunden haben (z. B. Malen, Singen). Der Soziale Dienst bzw. die Einrichtung, so zwei Bewohnerinnen, unterstütze sie bei der Besorgung von Materialien, die sie zum Ausleben ihrer Hobbys benötigen.
- Verschiedene Bewohner*innen äußerten, dass sie sehr *zufrieden mit den Freizeitangeboten* der Einrichtungen seien und diese auch gerne nutzten (innerhalb und außerhalb der Einrichtung, z.B. Gottesdienste).
- Es sei immer eine *selbstbestimmte Entscheidung*, ob man an *Angeboten* der Einrichtung teilnehmen möchte oder nicht.
- Bewohner*innen erhielten *durch zusätzliche Betreuungskräfte und/oder Angehörige spezifische Möglichkeiten und Unterstützung, selbstbestimmt teilzuhaben*. So konnten sie dadurch alte Gewohnheiten auch außerhalb der Einrichtung weiter fortführen (z. B. der wöchentliche Einkauf von Zeitschriften, Geld abheben am nahegelegenen Geldautomaten, essen gehen im Restaurant etc.).
- Eine Bewohnerin bezog sich auch auf die *nahegelegene Infrastruktur* und betonte, dass sie selbstständig in den Ort gehen und einkaufen könne.
- Gerade bevor Freizeitangebote oder Mahlzeiten in den Einrichtungen stattfanden, wurden die *öffentlichen Räume und Aufenthaltsbereiche* (z. B. Foyer, Wohnbereiche) von den Bewohner*innen genutzt. So beschrieb eine Bewohnerin, dass sie vor den Mahlzeiten immer mit ihren Freundinnen zusammensitze und sich mit ihnen unterhalte. Eine andere Bewohnerin hob hervor, dass sie die Interaktion, das Beisammensein vor den Angeboten genieße.
- Im Foyer entwickelten sich Gespräche mit Bewohner*innen, die *Zeitungen* lasen. Sie fanden es wichtig, sich *lokal auf dem Laufenden zu halten*, um zu erfahren, was aktuell im Ort passiere oder wer gestorben sei.
- Aber auch der Rückzug, die *Privatheit des eigenen Zimmers*, wurde von den befragten Bewohner*innen als wichtig erachtet. Hier zogen sie sich gerne zum Fernsehen oder Lesen zurück (Kapitel 4.2.1).
- Die *Mahlzeiten* wurden mehrfach allgemein für „gut“ befunden, im Rahmen der informellen Gespräche gab es keine Beschwerden darüber.

67 Aussagen im Rahmen von informellen Gesprächen, die auf die Aufrechterhaltung von Normalität, eine Orientierung an Lebensgewohnheiten und Interessen von Bewohner*innen hinweisen.

*Hemmend:*⁶⁸

- Im Rahmen der informellen Gespräche wurde von verschiedenen Bewohner*innen berichtet, dass sie einzelne *ehemalige Hobbys aufgegeben* haben (z. B. „shoppen“, malen, lesen, Besuch des Schützenvereins), aber nicht, weil die Einrichtung sie daran hindern würde, sondern vielmehr aufgrund von persönlichen, zum Teil aus gesundheitlichen Gründen („Traurigkeit“ und Antriebslosigkeit oder bei einer Bewohnerin aufgrund ihrer Demenz).
- Eine *blinde Bewohnerin* merkte in einem Gespräch an, dass es *keine adäquaten Angebote* für sie gebe. Sie höre gerne Hörbücher, leider stelle die Einrichtung aber keine für sie bereit. Dies werde alles privat durch ihre Familie organisiert.
- Einige Bewohner*innen berichteten, dass ihnen der *Einzug* in die Einrichtung *schwergefallen* und es ein großer Schritt gewesen sei, sich mit dem neuen Leben dort abzufinden. Gerade die Einzugsphase ist eine sehr emotionale Phase, in denen die neuzugezogenen Bewohner*innen von der Einrichtung sehr eng begleitet werden (sollten) (Kapitel 4.1).
- Im Zuge der informellen Gespräche wurde auch über die *Räumlichkeiten* der jeweiligen Einrichtung gesprochen. In einer Einrichtung wurde von einem Bewohner betont, dass es keine Ausweichmöglichkeiten in andere Räume gebe, da nur ein großer Mehrzweckraum für Angebote existiere. Dies wurde auch von Mitarbeitenden im Rahmen der Interviews bestätigt und bei der Beobachtung wahrgenommen. In einer anderen Einrichtung wurde berichtet, dass der Wohnbereich zum freizeithlichen Aufenthalt nicht genutzt werde und sich die Bewohner*innen lieber auf ihren jeweiligen Zimmern aufhalten würden. Woran das lag, wurde nicht weiter benannt.
- Die *Sprechstunde*, ein regelmäßig stattfindendes Angebot des Bewohner*innenbeirates, werde zum Bedauern eines Mitglieds des Bewohner*innenbeirates von den anderen Bewohner*innen nicht angenommen. Selten erscheine jemand mit einem bestimmten Anliegen. Dies stimmt mit den Aussagen der Mitarbeitenden im Rahmen der Interviews überein. Hier wurde als Grund genannt, dass es sich bei der jetzigen Bewohner*innenschaft um die „dankbare“ (EL) Kriegsgeneration handle, die selten Anliegen oder Wünsche äußere (Kapitel 4.1).

68 Aussagen im Rahmen von informellen Gesprächen, die auf eine geringe Aufrechterhaltung von Normalität und Orientierung an Lebensgewohnheiten und Interessen von Bewohner*innen hinweisen.

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

4.3. Fördernde und hemmende Faktoren der Teilhabeförderung auf Ebene der Bewohner*innen, Mitarbeiter*innen sowie der Einrichtung und Organisation

Nachdem in den vorausgegangenen Kapiteln mit den Themen Wunschäußerung und -erfassung zentrale Ausgangsprozesse sowie mit dem Thema Alltags- und Angebotsgestaltung wesentliche Kontexte und Elemente zur Förderung und Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe in stationären Altenpflegeeinrichtungen angesprochen wurden, sollen im Folgenden fördernde und hemmende Faktoren der Teilhabeförderung wiederum auf Basis der verschiedenen qualitativen Interviewzugänge beschrieben werden, die nun noch einmal spezifisch auf die Ebenen der Bewohner*innen, der Mitarbeiter*innen sowie der Einrichtung und Organisation fokussieren. Dies gestaltet sich insofern nicht trennscharf von den Inhalten der vorausgegangenen Kapitel, da auch dort bereits verschiedene fördernde und hemmende Faktoren in Bezug auf die Bewohner*innen, Mitarbeiter*innen, Einrichtung und Organisation benannt wurden. Hier werden sie jedoch nochmals ausgehend von den Aussagen beleuchtet, die speziell in Bezug auf die Bewohner*innen, Mitarbeiter*innen und Einrichtung sowie deren Organisationsprozesse als fördernd und hemmend benannt wurden, denn die Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen sind zunächst die beiden zentralen Akteur*innengruppen der Teilhabeförderung, deren Handeln im Kontext von Rahmenbedingungen und Prozessen in einer Einrichtung stattfindet, so dass auf diesen Ebenen jeweils die in den Interviews benannten fördernden und hemmenden Faktoren der Teilhabeförderung von Interesse sind.

4.3.1. Bewohner*innen

Die Voraussetzungen zur selbstbestimmten Teilhabe und für ihre Förderung durch die Mitarbeitenden sind auf Seiten der Bewohner*innen äußerst heterogen, wie die folgenden in den Interviews identifizierbaren Differenzierungen der Bewohner*innenschaft verdeutlichen. Besonders deutlich kommen Differenzsetzungen in Bezug auf unterschiedliche physische und psychische Voraussetzungen der Bewohner*innen zum Ausdruck. Darüber hinaus finden sich auch mehrfach Hinweise auf weitere für die Teilhabeförderung relevante Differenzmerkmale wie das Geschlecht, die finanzielle Lage und die Herkunft.

Betrachtet man theoriegeleitete Differenzierungen zu Bewohner*innenmerkmalen in der Literatur, so wird auch dort eine vergleichbare Unterteilung zwischen der „Gesundheit“ der Bewohner*innen vorgenommen (die in STAP auf Basis des Interviewmaterials noch ausdifferenziert wurde) sowie auf weitere Unterscheidungskriterien, wie die „soziale und finanzielle Situation“, „Geschlecht“ und „ethnische Differenzen“ der Bewohner*innen (vgl. Bode, 2014), die sich empirisch auch in der STAP-Studie herausgebildet haben, eingegangen.

4.3.1.1. Physische und psychische Voraussetzungen

Die physischen und psychischen Voraussetzungen der einzelnen Bewohner*innen beeinflussen sowohl die Möglichkeiten der Wunschäußerung und -weckung als auch die Wahrnehmung bzw. Nutzung von teilhabebezogenen Alltagsaktivitäten und Angeboten.

In den Interviews erfolgten dabei direkte oder indirekte Differenzierungen von Bewohner*innen in verschiedene Gruppen – sowohl durch Mitarbeitende als auch durch Bewohner*innen. Auf Seiten der Mitarbeitenden scheint hier eine Unterteilung pragmatisch zu erfolgen, um entweder Unterteilungen in Fördergruppen vorzunehmen oder aber aus Sicht der vorhandenen Angebote zu prüfen, wer an welchen Angeboten teilnehmen kann oder nicht. Eine grobe Unterscheidung bezieht sich hierbei auf Bewohner*innen, die an *großen* Gruppenangeboten des Sozialen Dienstes teilnehmen können und „die, die es nicht mehr können“ (BW), wobei hier v. a. zwischen Bewohner*innen mit und ohne einer (fortgeschrittenen) Demenz unterschieden wird (siehe auch Alltags- und Angebotsgestaltung): „[Wir] strukturieren das allerdings, [...] gerade was die kognitiven Fähigkeiten angeht, auch in Angebote für Bewohner mit und ohne Demenz“ (EL). Betrachtet man jedoch die Gesamtheit der bewohner*innenbezogenen Aussagen, lässt sich darüber hinaus die folgende differenziertere Einteilung in vier Bewohner*innengruppen erkennen.

Tabelle 14: Vier Bewohner*innengruppen auf Basis der Interviewaussagen

	Bewohner*innengruppen
1.	„Orientierte“ Bewohner*innen (Unterteilung in zwei Untergruppen): – aktive Bewohner*innen – sich zurückziehende Bewohner*innen
2.	Kognitiv eingeschränkte und psychisch veränderte Bewohner*innen
3.	Physisch stark eingeschränkte Bewohner*innen
4.	Bewohner*innen in der Sterbephase

1. „Orientierte“ Bewohner*innen: Eine Bewohner*innengruppe wird häufig mit der Umschreibung „orientierte“ Bewohner*innen versehen. Damit werden Bewohner*innen verbunden, bei denen keine oder nur geringe kognitive Einschränkungen und psychische Erkrankungen vorliegen, welche die Orientierung beeinflussen. Diese Bewohner*innenschaft kann sich außerdem „frei“ bewegen (zu Fuß oder mithilfe eines Rollators oder Elektrorollstuhls) und selbstständig den Tagesablauf bestimmen und gestalten (z. B. auch Besuche in der Stadt, Einkäufe, Treffen mit Freund*innen innerhalb und außerhalb der Einrichtung). Für diese Gruppe wird allerdings auch ausgesagt, dass ihr Anteil innerhalb der Bewohner*innenschaft relativ klein ist und in den letzten Jahren abgenommen hat. Innerhalb dieser Gruppe lassen sich in den Aussagen zudem zwei Untergruppen identifizieren: Es gibt zum einen Bewohner*innen, die als „orientiert“ oder „fit“ bezeichnet werden und sich aktiv an dem Geschehen in der Einrichtung beteiligen, und zum anderen „orientierte“ Bewohner*innen, die sich mehrheitlich zurückziehen:

- a) *Aktive Bewohner*innen*: Sie nehmen sowohl aktiv an Angeboten in der Einrichtung als auch außerhalb der Einrichtung teil. Wobei dazu nochmals betont wird, dass es sich hierbei um eine kleine Teilgruppe von Bewohner*innen handelt: „Das ist dann aber auch halt eben ein ganz spezieller kleiner Kreis, ne, die da total begeistert sind und zuhören und das auch wirklich noch umsetzen können“ (ZBK).
- b) *Sich zurückziehende Bewohner*innen*: Hierbei handelt es sich um eine Personengruppe, die zwar „orientiert“ ist, sich aber zurückzieht und es bevorzugt, alleine zu bleiben. Das heißt, sie nehmen nicht gerne an Einrichtungsangeboten teil, weder innerhalb noch außerhalb des Hauses und lehnen dann auch entsprechende Anfragen und Motivation zur Teilnahme an Gruppenangeboten ab: „Er möchte in Ruhe gelassen werden, dann muss man es vielleicht auch akzeptieren“ (PFK).

2. *Kognitiv eingeschränkte und psychisch veränderte Bewohner*innen*: Hierzu zählen insbesondere Bewohner*innen mit demenziellen Erkrankungen, die als große Gruppe und oft im fortgeschrittenen Stadium beschrieben werden. Für einen Teil dieser Bewohner*innengruppe werden auch Verhaltensweisen benannt, die herausfordernd und mit einem besonderen Unterstützungsbedarf im Einrichtungsalltag verbunden sind (z. B. Rufen, Aggressivität, Hinlauftendenz). In einzelnen Interviews werden zudem Bewohner*innen mit psychischen Veränderungen und Erkrankungen (z. B. Depression) erwähnt, die nicht auf einer Demenz basieren. Diese Bewohner*innen werden ebenfalls dieser Gruppe zugeordnet, weil hier vergleichbare Herausforderungen für die Mitarbeitenden, auch in Bezug auf Möglichkeiten und Grenzen der Teilhabeförderung, beschrieben werden, wobei bei dieser Gruppe häufig Grenzen benannt werden, wie es z. B. in der folgenden Aussage zum Ausdruck kommt: „[Wir] versuchen, ein bisschen zu aktivieren. Also das ist schwierig, wenn Bewohner, insbesondere wenn sie ein psychisches Krankheitsbild entwickeln, wenn eine Depression im Vordergrund steht, sie zu erreichen und sie auch zu motivieren, an der Gesellschaft, an der Gemeinschaft teilzunehmen“ (EL).

3. *Physisch stark eingeschränkte Bewohner*innen*: Zu dieser Gruppe zählen vor allem Bewohner*innen, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind, wozu dann auch Bewohner*innen gehören, die von den Mitarbeitenden oft als „bettlägerig“ bezeichnet werden. Die in den Interviews benannten physisch bedingten Einschränkungen beziehen sich aber nicht nur auf die Mobilität, sondern auch auf Sinneseinschränkungen und Einschränkungen in der Kommunikation. Hier ist keineswegs eine Trennschärfe zur zweiten Gruppe „kognitiv eingeschränkte und psychisch veränderte Bewohner*innen“ gegeben, weil auch etwa bei Menschen mit Demenz physische Einschränkungen im Krankheitsverlauf zunehmen und das späte bzw. letzte Stadium oft durch eine „Bettlägerigkeit“ gekennzeichnet ist. Die Trennung dieser beiden Bewohner*innengruppen erfolgt hier aber ausdrücklich mit der Perspektive, dass die hier beschriebenen Merkmale jeweils im Vordergrund der Betrachtungen durch die Interviewpersonen standen und zu einer Differenzierung in diese Bewohner*innengruppen führen, die in der Berufspraxis offenbar als Differenzsetzung von Relevanz ist.

4. *Bewohner*innen in der Sterbephase*: Zu einer vierten, spezifisch benannten Gruppe zählen in den Interviews Bewohner*innen in der Sterbephase. Die Anzahl dieser Bewohner*innen hat nach Aussagen der Interviewpersonen in den letzten Jahren zugenommen, womit auch verbunden ist, dass die Bewohner*innen teilweise mit einer vergleichsweise kürzeren Lebens-

zeit in den Einrichtungen wohnen und bei einer palliativen Begleitung auch vorwiegend in ihren Zimmern leben: „[Wir haben] viel[e] palliativ versorgte Bewohner. Also die absehbar, sagen wir mal, auf keinen Fall länger als drei oder sechs Monate noch bei uns sind“ (PFK).

4.3.1.2. Weitere Differenzmerkmale der Bewohner*innenschaft

Quer liegend zu den oben erläuterten Differenzierungen in Bezug auf physische und psychische Voraussetzungen werden weitere Differenzmerkmale benannt, die sich in den Interviews primär auf das Geschlecht und die finanzielle Lage der Bewohner*innen beziehen. Ferner ist die Herkunft als weiteres Differenzmerkmal erkennbar, das aber nur in der trägerübergreifenden Gruppendiskussion und nicht in den Interviews in den vier Projekteinrichtungen angesprochen wurde (der Anteil von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte war in den untersuchten Einrichtungen – im Erhebungszeitraum – gering).

- *Geschlecht*: Die Aussagen, die Differenzierungen in Bezug auf das Geschlecht vornehmen, beziehen sich vorwiegend auf männliche Bewohner und dabei teils auch auf entsprechend geschlechterdifferenzierte Angebote mit unterscheidbaren Teilhabeinteressen.
- *Finanzielle Lage*: Es wird auf eine große Heterogenität unter den Bewohner*innen hinsichtlich der finanziellen Lage und auf die für viele Bewohner*innen hohen Heimkosten hingewiesen sowie darauf, dass einige Bewohner*innen wenig Geld zur freien Verfügung haben.
- *Herkunft*: Es wird benannt, dass es nicht immer einfach ist, auf die kulturellen Unterschiede verschiedener Bewohner*innen einzugehen. Gerade unterschiedliche sprachliche Voraussetzungen auf Seiten der Bewohner*innen und Mitarbeitenden könnten eine Herausforderung in der Teilhabeförderung darstellen.

Insgesamt werden in Bezug auf die Bewohner*innenschaft zwei *Entwicklungen* festgestellt bzw. *für die Zukunft* prognostiziert. Wie bereits erwähnt, wird einerseits mehrfach hervorgehoben, dass der *Anteil der Bewohner*innen mit gravierenden physischen und/oder psychischen Einschränkungen* in den letzten Jahren deutlich zugenommen habe (exemplarisch für die einbezogenen Einrichtungen siehe Kapitel 3.2.1.2). Es wird erwartet, dass sich diese Veränderungstendenz in Zukunft fortsetzen bzw. noch verstärken wird, da es die Konsequenz der zunehmend verwirklichten altenpolitischen Leitlinie „ambulant vor stationär“ sei. Dabei wird im Zuge der Interviews etwa beschrieben, dass die Bewohner*innen in Zukunft zunehmend im hohen

Alter, mit multimorbiden Krankheitsbildern und schwerer Pflegebedürftigkeit einziehen werden, sich ihre Aufenthaltszeit weiter verkürzt und selbstbestimmte Teilhabe dann schwieriger umzusetzen sein wird: „Aber die Altersgrenze wird immer höher. Und immer immobiler. Und da kann es natürlich auch sein, dass in 20 Jahren nur noch die Leute ins Altenheim gehen, die wirklich kaum noch in der Lage sind, auch hier, was Selbstbestimmung angeht, da sich überhaupt zu äußern. Aber das bleibt ja“ (PDL).

Andererseits wird von Leitungskräften im Rahmen der trägerübergreifenden Fokusgruppendifkussion beschrieben, dass die Kriegsgeneration „aussterbe“ und *anspruchsvollere Bewohner*innen* in die Einrichtungen einziehen würden: „Die Bewohner, die jetzt einfach kommen, die haben viel mehr Ansprüche und ganz andere Ansprüche, da müssen wir sowieso verändern und anpassen. Da wird jetzt nach WLAN gefragt und nicht nach irgendwelchen Bingogruppen“ (EL/PDL).

Im Folgenden werden fördernde und hemmende Faktoren der Teilhabeförderung in Bezug auf verschiedene Bewohner*innengruppen aufgeführt.

Fördernd:

- Manche Bewohner*innengruppen können besser oder ausschließlich mit *Einzelangeboten bzw. -betreuung* erreicht werden, die inzwischen vor allem durch zusätzliche Betreuungskräfte durchgeführt werden. Dazu zählen etwa Bewohner*innen, die dazu neigen, sich zurückzuziehen, sowie Bewohner*innen, die physisch oder psychisch in besonderem Maße eingeschränkt sind. Diese Angebote sind individuell teilhabeförderlich und können unter Umständen Prinzipien der Selbstbestimmung und Normalität besser entsprechen als Gruppenangebote.
- Andere Bewohner*innen erhalten nicht nur Einzelbetreuung, sondern nehmen auch an Gruppenangeboten des Sozialen Dienstes teil. Individuelle *Differenzierungen der Bewohner*innen in Bezug auf die Teilnahme an Einzel- und/oder Gruppenangeboten* können jeweils unterschiedlichen Wünschen nach Zugängen zu Umweltbeziehungen gerechter werden.
- Das *Beobachten des Bewohner*innenverhaltens* in Verbindung mit einem sensibel eingesetzten „Trial-and-Error“-Verfahren wird als eine bewährte Vorgehensweise betrachtet, um auch Bewohner*innen, die sich nicht mehr äußern können (ob aus physischen oder psychischen Gründen), in ihrer Teilhabe fördern zu können (Kapitel 4.1).

Hemmend:

- Differenzierungen nach spezifischen Bewohner*innengruppen können *Stigmatisierungen und defizitorientierte Betrachtungen von Bewohner*innen*

zur Folge haben, was etwa deutlich in der oben erwähnten Unterteilung zwischen Bewohner*innen, die noch an Angeboten teilnehmen können, und jenen, die es nicht mehr können, zum Ausdruck kommt.

- Die *Veränderung der Bewohner*innenschaft*, bei der die Gruppe der „fiten“ und „orientierten“ Bewohner*innen in Relation zu den Bewohner*innen mit gravierenden physischen und psychischen Einschränkungen deutlich kleiner geworden ist, führt dazu, dass die Herausforderungen, selbstbestimmte Teilhabe zu fördern und zu gestalten, zunehmen (z. B. in Bezug auf Wunschäußerung und -erfassung, Gestaltung von Gruppenangeboten).
- In einzelnen Interviews wird demgegenüber auch beschrieben, dass *manche Bewohner*innen von anderen Bewohner*innen als störend wahrgenommen* werden, so dass sie in bestimmten Teilhabekontexten nicht oder nur schwer in eine Gruppe integriert werden können, was insbesondere auf Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz bezogen wird. In diesen Situationen stellt es für die Mitarbeiter*innen eine besondere Herausforderung dar, beiden Bewohner*innengruppen „gerecht“ zu werden. Schuhmacher (2018) bestätigt diese Beschreibungen und spricht von einem erhöhten Exklusionsrisiko, indem sich diese Personengruppe nicht an die „Spielregeln“ halten könne und somit das geregelte Zusammenleben verhindere, „gelten sie auch innerhalb der Heimbewohnerschaft als Außenseiter“ (Pleschberger, 2005, S. 132, zit. in Schuhmacher, 2017, S. 99).
- Die Bewohner*innen werden von den Mitarbeitenden in mehreren Interviews sowie im Rahmen der trägerübergreifenden Fokusgruppendifkussion als „dankbar“ und „zufrieden“ (EL) mit dem Vorhandenen beschrieben, so dass sie gegebenenfalls ihre *Wünsche zurückhalten* (Kapitel 4.1). Das betrifft vor allem die Gruppe der „orientierten“ Bewohner*innen.

In mehreren Einrichtungen werden Differenzierungen für Menschen mit und ohne (fortgeschrittene) Demenz auch strukturell in Hinsicht auf *spezielle Wohnbereiche und Angebote für Menschen mit Demenz* vorgehalten, die sowohl mit fördernden als auch mit hemmenden Faktoren der Teilhabeförderung verbunden werden können. So ist etwa die Rede von einem „Demenzhaus“ (SD; wohl im Sinne eines segregativen Einrichtungs- oder Wohnbereichs) und einer „Demenzgruppe“ (SD; im Sinne eines teilsegregativen Angebots). Wie bereits benannt, werden solche Angebotsdifferenzierungen kontrovers diskutiert und jeweils mit Vor- und Nachteilen verbunden. So erklärt etwa Schuhmacher (2018), dass spezifische Wohnbereiche für Menschen mit Demenz zwar deutlich besser auf die Zielgruppe

eingehen können (durch die regelmäßige Erhebung von biografischen Daten), die Bewohner*innen öfter gerontopsychiatrisch behandelt werden und daher Antidementiva erhalten. „Demgegenüber ist in der integrierten Betreuung, also in Wohnbereichen, in denen demenziell erkrankte Menschen mit kognitiv orientierten pflegebedürftigen Menschen zusammenleben, aber die Besuchshäufigkeit höher, die Einbindung von Angehörigen stärker, und die Bewohnerinnen und Bewohner nehmen häufiger an kompetenzfördernden Aktivitäten teil“ (Schuhmacher, 2018, S. 101). Insgesamt, so Schuhmacher, gebe es bisher aber keine einheitliche Bewertung der Wirkungen von integrativer und segregativer Betreuung von Menschen mit Demenz (ebd.).

4.3.2. Mitarbeiter*innen

Sowohl Angehörige, Bewohner*innen als auch Mitarbeitende (verschiedener Bereiche und Ebenen) teilen in den Interviews die Überzeugung bzw. Vorstellung, dass Umfang und Qualität der Teilhabeförderung maßgeblich von individuellen Kompetenzen und persönlichen Eigenschaften der jeweiligen Mitarbeiter*innen abhängig sind, was auch in der trägerübergreifenden Gruppendiskussion deutlich bestätigt wurde. Die Aussagen in den Interviews zu personenbezogenen Eigenschaften werden hier einerseits verschiedenen Kompetenzdimensionen sowie andererseits nochmals separat und speziell den Bereichen der Arbeitseinstellung und des Arbeitsengagements zugeordnet.

4.3.2.1. Kompetenzen

In den Einzel- und Gruppeninterviews bezog sich eine Vielzahl von Aussagen auf verschiedene Kompetenzen, die Mitarbeiter*innen für die Förderung selbstbestimmter Teilhabe benötigen oder haben (sollten). In der Auswertung wurde auf die häufig verwendete Unterscheidung zwischen Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz (vgl. z. B. Enggruber & Bleck, 2005) zurückgegriffen.

Fachkompetenz

Hierunter wurde in der Auswertung das Wissen in Bezug auf fachliche Inhalte verstanden, wie etwa das Fachwissen über medizinisch-pflegerische Grundlagen (z. B. Krankheiten oder Medikamente). Diese und andere hierzu benannte Themen werden im Folgenden als fördernde und hemmende Faktoren der – aus Sicht der Interviewpersonen für die Teilhabeförderung erforderlichen – Fachkompetenz erläutert.

Fördernd:

- Ein angemessenes medizinisches Fachwissen über *Krankheitsbilder* (z. B. über Demenz bzw. ein demenzielles Syndrom) sowie über *medizinische Versorgung* (z. B. Wirkungen einer Medikation) ist wichtig, um Voraussetzungen und Verhaltensweisen von Bewohner*innen in Teilhabekontexten angemessen berücksichtigen und einschätzen zu können.
- Auch das – unter Umständen physiotherapeutische – Wissen zur Förderung der *Mobilisation* wird benannt, ebenso wie jenes zur Unterstützung der *Körperwahrnehmung* der Bewohner*innen. Beide Aspekte beziehen sich auf die Berücksichtigung von physischen Voraussetzungen sowie die entsprechenden Möglichkeiten und Grenzen in der Teilhabeförderung.
- Das Fachwissen um unterschiedliche *Voraussetzungen der Wunschkäußerung* auf Seiten der Bewohner*innen ist ebenso von Bedeutung wie das Wissen um *Wahrnehmungstechniken*, mit denen Signale der Wunschkäußerung sensibel erkannt und interpretiert werden können.
- Als fachliches Wissen im weiteren Sinne lässt sich auch das *Wissen um Rahmenbedingungen* fassen, damit sich Bewohner*innen in der Einrichtung und in ihrem Zimmer wohl und „zuhause“ (BW) fühlen können. Benannt werden dabei etwa die Achtung der Privatsphäre oder die Unterstützung der Angehörigen bei einer biografienahen Zimmergestaltung der Umgebung bzw. des Zimmers (z. B. durch Gegenstände aus der früheren Wohnung) und die Rücksicht, den Einzug der Bewohner*innen den jeweiligen Voraussetzungen der Bewohner*innen angemessen und sensibel zu gestalten.

Hemmend:

- Die *geringe fachliche Qualifikation der zusätzlichen Betreuungskräfte* wird als hemmend angesehen, sofern diese über keine notwendige Verbindung zwischen fachlichen und sozialen Kompetenzen verfügen: „160-Stunden-Ausbildung [...] das kann nur klappen, wenn diese Menschen

sowieso von – von Haus aus eine hohe soziale Kompetenz haben“ (PDL; Kapitel 4.4.1).

- *Unwissenheit* oder Unvorsichtigkeit beim Umgang mit *unterschiedlichen Erkrankungen* der Bewohner*innen kann die Teilhabe einschränken. Auch Pflegepersonal fehle es manchmal an Wissen darum, so eine Einrichtungsleitung: „Und auch, ich erschrecke mich manchmal, wie gering die Vorstellung von Krankheiten bei Pflegefachkräften tatsächlich ist“ (EL)

Methodische Kompetenz

Unter der methodischen Kompetenz wurden insbesondere die Fähigkeiten im Umgang mit Vorgehensweisen, Techniken und Instrumenten des beruflichen Handelns verstanden, wie beispielsweise aktivierende Vorgehensweisen in der Pflege oder Kommunikation. Im Folgenden werden die fördernden und hemmenden Faktoren im Bereich der Methodenkompetenz benannt.

Fördernd:

- Hier ist noch einmal die Anwendung des „Trial-and-Error“-Verfahren zu nennen, die hier als eine wichtige methodische Kompetenz in der Arbeit mit Menschen zu sehen ist, die sich nicht mehr äußern können (Kapitel 4.1). So ist es hier Fähigkeit, *kreativ und sensibel* sowie ressourcenorientiert Neues zu entdecken, aufzuzeigen, um mit den Bewohner*innen auszuprobieren, um verschiedene und – davon ausgewählt – geeignete Zugänge zur Teilhabe zu ermöglichen. Hierbei ist auch die Fähigkeit der *Beobachtung und Interpretation* von Reaktionen der Bewohner*innen von Relevanz (z. B. Mimik, Gestik, Körperhaltung): „[Es passiert] immer wieder, dass Wünsche von – von Bewohnern, ja, die er nicht selber äußern kann, der Bewohner, unterschiedlich interpretiert oder wahrgenommen werden“ (SD). Mitarbeiter*innen müssen auch im Rahmen von Angeboten in der Lage sein, spontan auf die Reaktionen von Bewohner*innen einzugehen.
- *Aktivierende Vorgehensweisen* werden als förderlich beschrieben, wozu etwa Varianten der motivierenden Gesprächsführung und aktivierenden Pflege gehören. So wird versucht, Bewohner*innen zur Mitwirkung in der Pflege und Teilnahme an Angeboten zu motivieren. Auch hierzu wird betont, dass Signale der Ablehnung und Grenzen auf Seiten der Bewohner*innen wahrzunehmen und zu berücksichtigen sind.

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

So ist es relevant, sich Zeit für den/die Einzelne**n* zu nehmen und auch mit möglichen Konsequenzen einer anschließenden Mehrarbeit zu leben: „Einen nach dem anderen. So, und das gibt ihnen die Routine und die Erfahrung, zu sagen, so, dem und dem kann ich das zutrauen. Oder – und wenn ich dann später dieses ganze Badezimmer wischen muss, aber derjenige hat sich doch selber seine Zähne gemacht“ (PFK).

Hemmend:

- Betont wird etwa, dass *fehlende Beobachtungskompetenz und Sensibilität* dazu führen können, dass aktuelle Wünsche und Veränderungen in den Wünschen übersehen werden, was sich teilhabehemmend auswirken könnte: „Und ich denke, da müsste man noch mal hinschauen, auch noch mal sensibilisieren, dass man da das auch aufnimmt, wenn sich das verändert. Wenn jemand immer gerne Fisch gegessen hat und es eben, weil er sich vielleicht auch nicht mehr äußern kann, aber über den Tellerrand spuckt, dann sollte man das schon da auch verändern“ (HW).

Sozialkompetenz

Die Sozialkompetenz beschreibt hier die Fähigkeiten, Beziehungen und Interaktionen zu gestalten. Zum Beispiel ist hier ein ausgeprägtes Einfühlungsvermögen von Vorteil, um Wünsche von Bewohner*innen zu erkennen und richtig einzuschätzen. Diese und weitere fördernde und hemmenden Faktoren werden untenstehend weitergehend erläutert.

Fördernd:

- Der Kontakt zwischen Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen wird auch als Teilhabesituation beschrieben und dazu als förderliche Sozialkompetenz benannt, *Kontakt zu den Bewohner*innen aufbauen zu können* (z. B. durch kurze Gespräche, sich Zeit nehmen, mit Namen ansprechen, mit freundlichem Umgangston).
- *Einfühlungsvermögen* bzw. Empathie der Mitarbeitenden gegenüber Bewohner*innen ist eine zentrale Voraussetzung, um die Teilhabewünsche erkennen und in Teilhabesituationen angemessen fördern zu können.
- Die jeweilige *Sozialkompetenz* wird oft mit dem *persönlichen Arbeitsengagement* in Verbindung gebracht: „Wenn man die Angst nicht zeigt, sondern wirklich mit – mit Herzen da – da dran geht und mit Liebe und

sagt: ‚Ach, das haben Sie so toll gemacht‘, und dieses – dieses noch – dieses Gutes zuzusprechen, dann sind sie stolz, dann – dann – dann blüht das Leben wieder in denen auf.“ (PFK)

Hemmend:

- Im Zusammenhang mit einer motivierenden Gesprächsführung kommt allerdings auch in besonderer Weise die *Herausforderung* zum Ausdruck, Teilhabeförderung tatsächlich nach dem *Prinzip der Selbstbestimmung* vorzunehmen und ein Nein der Bewohner*innen zu akzeptieren.

Subjektkompetenz

Der Begriff Subjektkompetenz – auch personale Kompetenz – wurde in der Auswertung als die Fähigkeit der Selbstregulation in Wahrnehmung und Handlung definiert. Hierzu zählt beispielsweise die Flexibilität in Bezug auf (Pflege-)Handlungen oder das Zulassen und die Akzeptanz der Mitarbeitenden bezüglich der selbstbestimmten Entscheidung der Bewohner*innen. Fördernde und hemmende Faktoren werden im Folgenden erläutert.

Fördernd:

- Mehrfach wird in den Interviews die *Reflexion der Beziehung* und der jeweiligen *Kontaktqualität* zwischen Bewohner*innen und Mitarbeitenden als förderlich benannt (z. B. bezogen auf Konflikte und Frustrationserfahrungen, „Helfer*innenfalle“, Beziehungsaufbau mit Pflegebedürftigen), um persönliche und professionelle Möglichkeiten und Grenzen der Teilhabeförderung zu erkennen und zu berücksichtigen.
- Auch die *Flexibilität in Arbeitshandlungen und -abläufen* sowie das situative Erkennen und Nutzen von Handlungsspielräumen weisen Interviewpersonen den persönlichen Eigenschaften der Mitarbeitenden zu und können hier als wichtiges Kriterium der Selbstkompetenz verstanden werden (Kapitel 4.3.3.4).
- Ferner werden bewohner*innenbezogen das *Zulassen von Abweichungen* (z. B. Umgang von Mitarbeitenden mit herausfordernden Verhaltens-

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

weisen⁶⁹) sowie die *Akzeptanz der Entscheidungen* von Bewohner*innen (z. B. Wunsch der Nichtteilhabe) als wichtige Aspekte der Selbstkompetenz in Teilhabekontexten erachtet.

Hemmend:

- Als Problematik wird beschrieben, dass sich Mitarbeiter*innen zurückhalten müssen, aufgrund der (vermeintlich) bekannten Vorlieben und Abneigungen *vorschnell Entscheidungen* für Bewohner*innen zu übernehmen. Sofern Entscheidungen übernommen werden, widerspricht dies dem Grundsatz der Selbstbestimmung.
- Als hemmend wird auch ausdrücklich eine *geringe Flexibilität im Umgang mit der Zeit* (und möglicherweise der gewählten Reihenfolge von Handlungen) benannt.
- Wenn die Hektik und Arbeitsdichte im *Arbeitsalltag als Belastung* wahrgenommen und davon nicht die individuelle Situation der Bewohner*innen getrennt betrachtet wird, kann es teilhabehemmende Auswirkungen haben: „Also die meisten erleben es als total stressig, den Pflegealltag. Und nehmen sich leider Gottes auch nicht mehr so die Zeit, wie ich mir das oft wünschen würde, da mal mehr hinzuspüren und hinzuhören“ (EL).
- Die „*Fürsorgepflicht*“ der Mitarbeitenden *und die Selbstbestimmung* der Bewohner*innen können miteinander „*kollidieren*“ und somit teilhabehemmend sein: „Und da ist immer so dieser Schutz und Selbstbestimmung. Und das kollidiert komischerweise“ (EL).

4.3.2.2. Arbeitskultur und Arbeitsengagement

In den Interviews wurde vielfach angesprochen und betont, dass die individuellen Motivationen, Orientierungen und Selbstverständnisse im beruflichen Handeln der Mitarbeitenden von großer Bedeutung dafür sind, inwieweit die einzelne Person teilhabeorientiert arbeitet und sich entsprechend einsetzt. Diese Interviewaussagen wurden den Bereichen der Ar-

69 Der Begriff „herausforderndes Verhalten“ wird hier in dem Sinne verstanden, dass er „Verhaltensweisen kennzeichnet, die die Umgebung herausfordern, die also auch bestimmte Anforderungen an das Verhalten der Pflegenden stellen“ (Bartholomeyczik et al., 2006). Damit enthält der Begriff eine psychosoziale Perspektive, die von intrinsischen und extrinsischen Faktoren als Ursache des Verhaltens ausgeht und es besteht hierbei die Auffassung, dass das Verhalten für diejenigen, die sich verhalten, immer einen Sinn hat (ebd.).

beitskultur und des Arbeitsengagements zugeordnet. Auch wenn diese alternativ verschiedenen oben bereits aufgeführten Kompetenzdimensionen zugeordnet werden könnten (z. B. Selbstkompetenz), werden sie hier aufgrund der besonderen Bedeutungszuschreibung in den Interviews separat aufgeführt.

Arbeitskultur

Der Begriff der Arbeitskultur steht im engen Zusammenhang mit der später auf Einrichtungsebene beschriebenen Organisationskultur: Während sich die Organisations- bzw. Unternehmenskultur auf in der Organisation geteilte Annahmen und Überzeugungen sowie organisationale Werte und Normen bezieht, fokussiert demgegenüber die Arbeitskultur auf das Arbeitshandeln bzw. die Arbeitsergebnisse und deren Bedeutung für das Individuum, das Unternehmen wie auch für die Gesellschaft und damit auf einen übergreifenden, nicht nur unternehmensspezifischen Entwicklungsprozess der Arbeit (Widuckel, 2015, S. 30). Unter dem Begriff der Arbeitskultur werden hier „die Arbeit und das Arbeitshandeln als individuelle und gesellschaftliche Tätigkeit prägenden Werte und Normen sowie die ihr unterliegenden sozialen Beziehungen verstanden“ (ebd., S. 30).

In der arbeitskulturellen Perspektive wurden in den Interviewaussagen also die individuellen Annahmen, Überzeugungen und Werte sowie das individuelle Arbeitshandeln in den Blick genommen. Hierzu zählten zum Beispiel Leitorientierungen und Ziele in der eigenen Arbeit, der Umgang mit Fehlern und Abweichungen oder auch ein gewisses „Säulendenken“ in Bezug auf „wir“ und „die“ innerhalb der einzelnen Einrichtungsbereiche. Im Rahmen der Interviews wurden folgende förderliche und hemmende Faktoren benannt.

Fördernd:

- Als förderliche arbeitskulturelle Orientierung wird betrachtet, dass die *Bewohner*innen den Ausgangspunkt im beruflichen Handeln* bilden und ihre Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen. Als Beispiele für ein an Bewohner*innen orientiertes Handeln wurden genannt:
 - Übernahme von Aufgaben, die dem/der Bewohner*in aktuell dienen, auch wenn sie nicht in der formellen Zuständigkeit liegen (das Mitnehmen im Rollstuhl innerhalb der Einrichtung, für jeden „zuständig zu sein“),

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

- Nichtbeharren auf Pflegeroutinen (z. B. bei der „Ganzkörperwäsche“),
- kleine Dinge des Alltags aufwerten.

Hierbei steht das Einbinden von Bedürfnissen der Bewohner*innen im Vordergrund. Die Einbindung ist verbunden mit einem individualisierten und flexiblen Vorgehen.

- Ferner ist als Wertvorstellung für ein teilhabeorientiertes Handeln förderlich, wenn auch alte, pflegebedürftige Menschen, die in einer Altenpflegeeinrichtung leben, *als entwicklungsfähig betrachtet* werden: „Aber jeder Mensch ist ja individuell für sich. Und das ist wirklich diese Entdeckungsreise, zu wissen, so, wo will dieser Bewohner hin? Wo sind unsere Ziele noch? Was können wir therapeutisch noch erreichen? Weil es ist ja – heißt ja nicht, ein Altenheim ist Endstation, wir lassen die Leute in Ruhe, sondern wir wollen da noch irgendetwas rausholen. Und denen noch was zeigen“ (PFK).
- *Höflichkeit und Zugewandtheit* werden als ein wichtiger Bestandteil der „guten Betreuung“ angesehen und werden insbesondere von den Angehörigen als erkennbares Kriterium einer positiven Arbeitseinstellung gesehen. Aber auch von den Mitarbeitenden wird in den Interviews betont, dass Vorgesetzte – insbesondere bei der Einarbeitung – vermitteln sollten, dass Höflichkeit und Respekt im Auftreten wesentlich sind: „[...] und dass es ganz wichtig ist, den Leuten eigentlich mitzuteilen, dass das – ja, ich will jetzt nicht sagen, dass es jetzt das neue Zuhause ist, aber zumindest so Leute ein bisschen darauf – ja, man muss – die Mitarbeiter muss man da ein bisschen einstellen, also, dass sie nicht direkt so ohne zu klopfen ins Zimmer rein, also man muss – den Respekt muss man schon vor dem Bewohner haben“ (HT).
- Ein positives Verständnis von Kollegialität wird im Zusammenhang mit Unterstützungsleistungen und gegenseitiger Hilfe beschrieben. So wird das *kooperative Handeln* unter Kolleg*innen als notwendig für die Unterstützung der Teilhabe von Bewohner*innen erachtet, aber auch grundlegend dafür, das Arbeitspensum erfüllen zu können: „Da, wo Not am Mann ist, wird miteinander gearbeitet und untereinander ausgeholfen, ne? Und auch, wenn ich hier fertig bin, dann gehe ich rüber und helfe da weiter“ (PDL). Häufig wird im Zuge dieser Sichtweise auch betont, dass die Leitung diese Arbeitsweise unterstützen muss, damit auch kooperativ gehandelt wird (Kapitel 4.3.3.1).

Hemmend:

- Einzelne Mitarbeitende orientieren sich primär an *Strukturen, Regeln und Routinen*, von denen sie *nicht abweichen* wollen – dies bietet ihnen Orientierung und Sicherheit. Gerade in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen wird ein vorgegebener Rahmen gebraucht, so die Annahme einzelner Interviewpartner*innen, aber dieser ist auch hemmend für die individuelle, situative und kreative Förderung von Teilhabe: „[Teilhabe] ist, denke ich, immer mehr Thema in der letzten Zeit, aber sicherlich noch nicht so wirklich verinnerlicht. Schon mal gar nicht, sage ich mal, im täglichen Tun der Pflegenden, die ja doch sehr eingebunden sind in ihre Tätigkeiten, ja, mit einem hohen Arbeitsanfall, der bewältigt werden muss. Und wo sicherlich so routiniertes Arbeiten erst mal im Vordergrund steht und dann auch nicht immer so im täglichen Tun die Zeit da ist, Dinge zu reflektieren oder sich mit neuen Dingen auseinanderzusetzen“ (PDL).
- Hemmend ist auch eine grundsätzliche *Orientierung an der Sicherheit* der Bewohner*innen, die mit der *Angst vor negativen, persönlichen Konsequenzen* verbunden ist, die mit der Verantwortungsübernahme einhergeht: „Aber ich sage mal, auf der Seite, das ist, glaube ich, das Schlimmste. Die haben immer Angst, es passiert was [...] Und die sind verantwortlich und kriegen dann nachher Stress“ (PDL).

Arbeitsengagement

Das Arbeitsengagement wird auch auf der Ebene der/des individuellen Mitarbeiter*in betrachtet und knüpft an die Arbeitskultur an. Darunter versteht das Projekt STAP die jeweilige Einstellung zum Arbeiten (Arbeitsorientierung, Stellenwert der Tätigkeit) und die damit verbundenen Erwartungen an die Arbeit, wie beispielsweise Wachstumsbedürfnisse (Sinn vs. Erwerb). Aber auch die Arbeitsorientierung (instrumentell vs. inhaltlich) und die Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeitszeit und Entlohnung) spielen hier mit eine Rolle (angelehnt an Heeg, 1991, S. 58). Hierzu konnte in den Interviews mehrfach die Vorstellung identifiziert werden, dass Teilhabeförderung in Altenpflegeeinrichtungen nur durch ein überdurchschnittliches Arbeitsengagement unter Beteiligung persönlicher Ressourcen (z. B. Überstunden, private Einkäufe von Material) hinreichend umgesetzt werden kann. So wird das jeweilige Engagement der Mitarbeiter*innen auch als personenabhängig eingestuft: „Aber ich glaube, dass es da – dass es da Mitarbeiter gibt, die gucken, von wegen, was ist das für ein Mensch, und

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

was kann ich dem denn mal Gutes tun?“ (EL). Auch im Rahmen der trägerübergreifenden Fokusgruppendifkussion wurde die Personenabhängigkeit betont: „Also ich glaub, dass man gar nichts verallgemeinern kann, weil es abhängig ist von Charakteren und Persönlichkeiten“ (SD).

Fördernd:

- In Bezug auf verschiedene *Motivationen* in der und *Einstellungen* zur Arbeit wird mehrfach die Unterscheidung zwischen 1.) der Freude im Umgang mit Menschen und 2.) der Sachorientierung bzw. dem Geldverdienen aufgestellt: „Auch in der – in der Pflege, das merkt man. Kommt da einer, weil ihm das Spaß macht, in der Pflege zu arbeiten, oder kommt da einer, weil er nur Geld verdienen will? Und das merkt man am Umgang“ (HW). Insbesondere von Angehörigen werden für die Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen nichtfachliche persönliche Eigenschaften als besonders bedeutsam erachtet, die sich als besondere Befähigungen für den Beruf sowie den Umgang mit Menschen („Berufung“, „Herzblut“) und dazu passenden, stabilen Lektorientierungen und Prinzipien im beruflichen Handeln (oft als „Haltung“ thematisiert) zusammenfassen lassen und hier die Nähe zur Arbeitskultur zeigen.
- Als förderlich wurde erachtet, wenn Mitarbeitende sich auch *außerhalb ihrer Regelaufgaben* für Bewohner*innen einsetzen – häufig werden eben diese Mitarbeiter*innen als besonders engagiert wahrgenommen (z. B. Einrichtungsleitung begleitet Bewohner*innen zu Ausflügen).
- Gerade der *überdurchschnittliche Einsatz*, der über das Arbeitsverhältnis hinausgeht, wird auch von den Mitarbeitenden – untereinander – als besonders positiv wahrgenommen. Einzelne Mitarbeiter*innen beginnen beispielsweise früher mit ihrer Arbeit, damit Bewohner*innen zu der gewünschten Zeit Kaffee zu sich nehmen können, andere finanzieren ihre Fortbildungen selber oder schaffen Material aus eigenen finanziellen Mitteln an. Auch wenn ein solches Engagement als teilhabeförderlich beschrieben wurde, sei an dieser Stelle allerdings ausdrücklich anzumerken, dass dies gleichzeitig – durch die Überschreitung der Arbeitszeit und den deutlichen Rückgriff auf private Ressourcen – nicht als Maßstab für gute, teilhabefördernde Arbeit genommen werden kann.

Hemmend:

- Der sogenannte „*Dienst nach Vorschrift*“ (ANG) wird von den Interviewpersonen als teilhabehemmend wahrgenommen – gerade auch, wenn

Bewohner*innen, Angehörige oder Kolleg*innen ein anderes Engagement in der gleichen Einrichtung und Funktion zum Vergleich haben, z. B. durch einen Wechsel von Mitarbeiter*innen.

- Ferner wird als hemmend betrachtet, wenn in der Altenpflege Menschen tätig sind, die diesen Beruf *nur als* „Job“ bzw. „Broterwerb“ betrachten: „[...] Dann ist ja immer das Problem, wer möchte den Job noch machen? Da kommt ja – und wenn mal welche Leute kommen, dann denkst du, hm [...] passt nicht so, ne? Weil die kommen dann nur zum Arbeiten oder nur, um Geld zu verdienen. Und ich sage mal, in einem Altenheim zu arbeiten, ist nicht nur Geld verdienen. Man muss das auch – man muss das mögen“ (HW).
- Für Mitarbeitende kann es eine Herausforderung darstellen, alle Bewohner*innen gleich(berechtigt) zu behandeln und mit dem gleichen Arbeitsengagement zu begegnen, denn *Sympathie und Antipathie* gegenüber Bewohner*innen können das Engagement und die Teilhabeförderung beeinflussen. Eine Einrichtungsleitung beschreibt, dass eine „professionelle Distanz“ (EL) bei der Arbeit in einer Altenpflegeeinrichtung besonders wichtig sei.

4.3.3. Einrichtung und organisatorische Abläufe

Die Rahmenbedingungen und Strukturen sowie organisatorischen Abläufe in der Einrichtung spielen eine wesentliche Rolle für den Blick auf und die Berücksichtigung sowie Gestaltung von selbstbestimmter Teilhabe in Altenpflegeeinrichtungen. Als bedeutsam hervorgehoben werden im Folgenden einerseits – mit den Themen der *Organisationskultur* und *Verankerung in Konzepten* – Rahmenbedingungen, die zur Bewusstseinsbildung bei den Mitarbeitenden beitragen. Andererseits werden verschiedene organisationale Strukturen und (Arbeits-)Abläufe beschrieben, die sich in den Interviews insbesondere auf die Schnittstellen und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungsbereichen sowie auf Handlungsspielräume innerhalb von Arbeitsprozessen bezogen haben.

4.3.3.1. Organisationskultur

Der bereits im Zusammenhang mit der Arbeitskultur erwähnte Begriff der Organisationskultur kann hier mit Schmitt (2015, S. 75) noch konkreter verstanden werden als die von den Mitgliedern einer Organisation bzw.

Einrichtung geteilten Annahmen und Überzeugungen; die geteilten expliziten und impliziten Werte; die Mittel der Organisation, Entscheidungen und Handlungen ihrer Mitglieder im Sinne dieser Annahmen, Überzeugungen und Werte zu prägen; sowie schließlich auch die für Außenstehende erkennbaren, kulturbedingten Merkmale.

Die Bedeutsamkeit der Organisationskultur zur Förderung von selbstbestimmter Teilhabe kam insbesondere im Rahmen der „Good-Practice“-Analyse sehr deutlich zum Ausdruck, wenn von den Interviewpersonen rückblickend überlegt wurde, was dazu geführt hat, dass die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe in ihrer Einrichtung erfolgreich „umgesetzt“ wird. Hinweise dazu finden sich aber ebenfalls in den Interviews in den vier Projekteinrichtungen von STAP sowie in den trägerübergreifenden Fokusgruppen. Darüber hinaus wurde die Relevanz der Organisationskultur im Sinne geteilter Überzeugungen und Werte in den Rückmeldungen des Projektrates und im Rahmen der Lernworkshops⁷⁰ vielfach deutlich bestätigt.

Fördernd:

- So wurde mehrfach betont, dass vor allem die *Einrichtungsleitung* und mit ihr das *Leitungsteam* aus den verschiedenen Einrichtungsbereichen wesentlich dafür verantwortlich sind, dass in der Einrichtung bei den hauptamtlichen Mitarbeiter*innen und ehrenamtlichen Kräften eine entsprechende Organisationskultur, aber auch bei Bewohner*innen und Angehörigen das (Selbst-)Verständnis aufgebaut und gefördert wird, dass die Gewährleistung und Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe der Bewohner*innen von zentraler Bedeutung im Handeln aller Beteiligten ist. Die Leitungskräfte erfüllen hier wesentlich die Funktion, grundlegend und stetig für die Themen Selbstbestimmung und Teilhabe zu sensibilisieren und zu motivieren sowie die Bedeutung dieser Themen in ihrem Verhalten und ihrer Führung *vorzuleben*, wobei hierzu als Voraussetzung gesehen wird, dass das Leitungsteam ein gemeinsames Verständnis hat und gemeinsame Ziele verfolgt. Im Rahmen der trägerübergreifenden Fokusgruppendifkussion wurde die Einstellung und Vorbildfunktion der Leitungskräfte ebenfalls thematisiert und als relevant erachtet: „Wenn man neue Mitarbeiter schult, neue

70 Die Lernworkshops wurden auf Nachfrage des Projektrates initiiert. Hier wurden vorläufige Ergebnisse des Projektes STAP in den vier Projekteinrichtungen vorgestellt und mit den Einrichtungsleitungen, den Pflegedienstleitungen und Vertreter*innen der Sozialen Dienste diskutiert.

Mitarbeiter hat. Wenn man mit den Kollegen ins Gespräch geht. Das ist mir total wichtig. Ich will nicht, dass die Kollegen das Gefühl haben, die machen es nicht gut. Nein, sondern dass die wissen, was ist unsere Kultur, unser Ziel hier im Haus? Was braucht der Mensch? So, also, dass wir Situationen erkennen und sie gemeinsam lösen. Weil die Menschen, die das tun – ich bin davon entfernt, früher habe ich immer gedacht: ‚Sind die denn bescheuert?‘ –, also ich bin davon entfernt, also ich kann mit dieser Haltung meinen Leuten ja nicht begegnen. Ich hab’ was, was die nicht können, und die, also die sind ja nicht alle grundsätzlich so, aber es schleicht sich manchmal so was ein. Und da sind wir gefordert“ (SD).

- Von den „Good-Practice“-Einrichtungen wurden ferner *Mitarbeiter*innenfortbildungen* oder *Coachings bzw. Beratungen der Leitungsteams* als bedeutsamer Faktor benannt, um das Wissen zu relevanten Inhalten fundieren sowie die Arbeits- und Unternehmenskultur fördern zu können. Die benannten Fortbildungsinhalte waren durchaus heterogen (z. B. mit Bezug auf „Personzentrierung“, den „Umgang mit Menschen mit Demenz“, „Sozialraumorientierung“, „Lebensstilkonzept“, „Sterbebegleitung“), wurden aber jeweils als bedeutsam beschrieben, um eine „Initialzündung“ zu geben, das Wissen der Mitarbeitenden – teils auch bereichsübergreifend – zu fundieren und die Arbeits- und Unternehmenskultur entsprechend zu fördern.
- Betont wurde in den Interviews einerseits, dass Fortbildungen einen Einstieg und ersten Ausgangspunkt zur Bewusstseinsbildung bieten, und andererseits, dass es danach die große Herausforderung sei, die „Theorie“ in die „Praxis“ zu überführen. So wird die *stete im Arbeitsalltag verankerte Förderung der Organisationskultur* als eine zentrale Gelingensbedingung in allen „Good-Practice“-Einrichtungen beschrieben. Es sei ein langfristiger und fortlaufender Prozess, der immer wieder neues Engagement für die Sache erfordere: „Es gehört jeden Tag erkämpft und man steckt sehr viel Energie rein [...] Man muss am Ball bleiben“ (GP Int. 4). Wenn die gewünschte Organisationskultur hinreichend spürbar ist, kann es dazu führen, dass neue Mitarbeitende sich dieser automatisch anpassen: „Neue Mitarbeiter [...] die sich dann halt dem Team anpassen müssen [...], die beginnen dann halt auch diesen Gedanken zu leben, aber das passiert erst dann, wenn das tatsächlich integriert ist und gepflegt wird“ (GP Int. 3). Dennoch gibt es keinen finalen Zeitpunkt, an dem die Organisationskultur immerwährend verankert ist: „Also man kann nicht sagen, so jetzt haben wir es geschafft, jetzt ist gut, jetzt denken alle so“ (GP Int. 3).

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

- Als zentrale *Orientierungen und geteilte Werte* im Rahmen der Organisationskultur können in den Interviews einerseits die Orientierung an dem Prinzip der Selbstbestimmung sowie andererseits an dem Normalitätsprinzip wiedergefunden werden:

Das *Selbstbestimmungsprinzip* wird in den Interviews mehrfach als grundlegende Orientierung hervorgehoben, die den Umgang mit den Bewohner*innen sowie die Alltagsgestaltung bestimmen sollte. Als Erfahrung wird dazu dann auch geschildert, dass eine den Bewohner*innen gegenüber offen kommunizierte Orientierung an dem Selbstbestimmungsprinzip dazu führe, dass sich die Bewohner*innen selbst aktiver und offener in Hinsicht auf eigene Wünsche zur Alltagsgestaltung und sozialen Teilhabe, aber auch zur Ablehnung von Teilhabeangeboten äußern würden.

Auch zum *Normalitätsprinzip* als wichtige Leitorientierung finden sich viele Hinweise im Rahmen der Interviews in den „Good-Practice“-Einrichtungen ebenso wie in den Projekteinrichtungen und in den Fokusgruppen. So wird die Relevanz des Normalitätsprinzips mit vielen Beispielen und unterschiedlichen Bezügen verdeutlicht: zum Beispiel in Bezug auf Normalität in den alltäglichen Gewohnheiten, wie die Reihenfolge und Dauer von Alltagsaktivitäten, Gewährleistung von Privatsphäre, ein „normaler“ Umgang mit Bewohner*innen, eine der individuellen Normalität entsprechende Möblierung und Gestaltung des Zimmers.

Hemmend:

- In den Interviews mit den Führungskräften der „Good-Practice“-Einrichtungen werden allerdings auch *Grenzen der Orientierung an Prinzipien der Selbstbestimmung und Normalität* benannt, die sich auf verschiedene Umsetzungsebenen und -bereiche im Alltag beziehen, wie etwa in Bezug auf Abstimmungsbedarfe in einer Gemeinschaft („Natürlich hat man immer, wenn man in Gruppen oder in Nachbarschaften oder sehr wohl auch in Abhängigkeiten zusammen ist, hat man da Abklärungsbedürfnisse, ja“, GP Int. 4) oder bei Gesundheitsgefahren („Also man muss dann eben schon gucken, wie weit geht jetzt Selbstbestimmung, also wenn es jetzt in Richtung gesundheitsschädigend geht, dann muss man eben intervenieren“, GP Int. 5).
- Auch gibt es häufig das explizite Verständnis, dass Umfang und Qualität der Teilhabeförderung *personenabhängig* bzw. mitarbeiter*innenabhängig sind. Das individuelle Arbeitsengagement sei demnach nur begrenzt oder wenig von einer geteilten Organisationskultur beeinflusst.

Teilhabe werde besonders von den Mitarbeitenden umgesetzt, die dazu eine gewisse verinnerlichte Haltung und Befähigung haben: „Sicherlich ist das auch personenabhängig, ja? Also es kann nicht jeder, der eine Betreuungskraft ist, das gleich so machen wie – wie – wie der andere. Also wie auch ein Pflegemitarbeiter nicht – nicht einer ist wie der andere, ja? Und jeder hat da einen eigenen – eigenen Ansatz und ein anderes Verständnis. Ja?“ (PDL). Selbst wenn ein/e Mitarbeiter*in eine gute Qualifikation mitbringt, heißt dies nicht, dass sie dieses Teilhabeverständnis tatsächlich innehat: „Also personelle Größen sind unheimlich wichtig, gutes Personal zu haben, engagiertes, motiviertes Personal zu haben. Das heißt nicht, dass jeder Examierte und gut Bezahlte auch gleichzeitig eine qualitativ hochwertige Arbeit leistet“ (EL).

- So wurden im Rahmen der Interviews auch Kritik an einem gewissen „Versorgungsprimat“ geäußert, womit gemeint ist, dass die Versorgung der Bewohner*innen – insbesondere im Sinne medizinisch-pflegerischen Versorgung – im Vordergrund des Einrichtungsalltags steht und vorrangig gegenüber anderen Zielen und Leistungen betrachtet wird: „Also eine Pflegeeinrichtung heißt ja nicht umsonst Pflege. Und Pflege ist der wichtigste Punkt, und alles andere ist untergeordnet“ (EL). Das Selbstverständnis einer Altenpflegeeinrichtung sei demnach auf die Pflege konzentriert, so dass ein Teilhabeverständnis eher nebensächlich ist: „Also Pflege ist gerne pflegelastig. Ich glaube nicht, dass die sich um Teilhabe jetzt so die großen Gedanken machen. Vielleicht wird das dann auch eher als Anstrengung empfunden“ (PDL). „Bei den Mitarbeitern der Pflege ist Teilhabe glaube ich kein Thema“ (PDL). Gleichermaßen wird als Ideal geäußert, dass bereichsübergreifend viel deutlicher eine ganzheitliche und subjektorientierte Betrachtung der Bewohner*innen als Orientierung dienen sollte (mit dem kritischen Blick auf die oft vorhandene Existenz unterschiedlicher Orientierungen: Primat der medizinisch-pflegerischen Versorgung „in der Pflege“ versus Primat der sozialen Betreuung „im Sozialen Dienst“), ohne dass dabei die jeweiligen Kompetenzschwerpunkte negiert werden (Kapitel 4.3.3.3): „Aber es gibt ja Bewohner, die können das nicht so äußern. Und da guckt man dann. Und dann gibt es auch da Rangeleien, sage ich jetzt mal, zwischen Mitarbeitern und auch zwischen Arbeitsbereichen. Dann weiß die Pflege das besser als der Soziale Dienst“ (EL).
- Eine Überzeugung, die zu Einschränkungen der Selbstbestimmung und individuellen Normalität im Rahmen der Teilhabeförderung führen kann, bezieht sich auf *Normierungen und einheitliche Handhabungen*, z. B. im Kontext von Gruppenangeboten. Diese dienen aus Sicht man-

cher Mitarbeitenden der Fairness und scheinen für eine Gemeinschaftsunterkunft angemessen. Auch werden sie zum Teil auf den Personal-mangel zurückgeführt: „Aber so muss man einfach gucken, also der hat immer so – versucht schon mit neuen Ideen, aber wie lässt sich das eben mit der Gleichberechtigung, wie lässt sich das vereinbaren? Das ist ja gar nicht so leicht“ (SD). So werden etwa auch neue Ideen, die möglicherweise nur für einzelne Bewohner*innen von Bedeutung sein könnten, nicht umgesetzt, weil Teilhabeangebote möglichst viele erreichen sollen. Dadurch erfolgen implizit, aber zwangsläufig Normierungen in der Teilhabeförderung, die individuellen Teilhabewünschen entgegenstehen können.

- Ferner gibt es – an den vorangegangenen Aspekt anschließend – auch Hinweise auf *Effizienzorientierungen*, in dem Sinne, dass Interessen und Ressourcen zu bündeln sind, um ressourcensparend Angebote umzusetzen: „Und da kann ich natürlich schlecht sagen, auch wenn – auch wenn das super ist, wenn – wenn der Mensch dann übergücklich ist, aber ich kann halt nicht irgendwie nur sieben Leute glücklich machen und die anderen 64 – das, ne, kann ich mal punktuell, klar. Ich werde nie immer alle erreichen“ (EL).

4.3.3.2. Formelle Verankerung in Konzepten

Die Frage danach, wo Teilhabeziele im Rahmen von Konzepten formell verankert bzw. konkret festgehalten sind, fällt vielen Interviewpersonen schwer zu beantworten. Die meisten Befragten deuten eher vage auf „das Konzept“ hin – es wird nicht näher bezeichnet, welches damit gemeint ist; zu vermuten ist, dass es sich um das Leitbild oder Einrichtungskonzept handeln könnte. Einzelne Mitarbeitende nennen aber als Orte der Verankerung konkret das (Rahmen-)Konzept des Sozialen Dienstes, das Pflegeleitbild bzw. Pflegekonzept und das Leitbild und Einrichtungskonzept. Eine Einrichtungsleitung bringt hier auch das „Einzugskonzept“ (EL) ein. Es wird aber in mehreren Interviews auch offen gesagt, dass sie davon ausgehen, dass in diesen Konzepten etwas dazu festgehalten ist, ohne es genauer zu wissen.

Ferner geben einzelne Interviewpersonen ausdrücklich an, dass es kein konkretes „TeilhabeKonzept“ gebe, auch wenn Bezüge auf den TeilhabeBegriff direkt und indirekt in anderen Konzepten enthalten seien: „Nein, bis jetzt sage ich ja nicht. Müssen wir ja machen. Hatten wir schon mal kurz drüber gesprochen. Außer in den – in den – in den anderen Konzepten,

die vielleicht in die Richtung gehen, ja? Ein – ein Einzugskonzept, was wir haben, wo auch die Integrationsgespräche drin sind, das ist natürlich – hat was mit – mit – mit – mit Teilhabe zu tun. Ich glaube aber, dass das Wort, vielleicht steht es sogar noch ein-, zweimal da drin, aber es steht definitiv nicht oben drüber Teilhabekonzept. Das Einzugskonzept soll aber die Teilhabe fördern. Und das – die Gewaltprävention soll Teilhabe fördern und die freiheitsent-, die Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen soll auch Teilhabe fördern. Und unser Sozialdienstkonzept soll auch Teilhabe fördern“ (EL).

Vor diesem Hintergrund werden zu diesem Themenbereich keine fördernden oder hemmenden Faktoren aufgeführt, wenngleich in STAP die Annahme besteht, dass eine konzeptionelle Verankerung förderlich ist, damit die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe als Organisationsziel festgehalten wird und eine gemeinsame Orientierung daran erfolgt. Bestätigt wurde dies durch die „Good-Practice“-Analyse, in deren Interviews mehrfach hervorgehoben wurde, dass es grundsätzlich wichtig sei, die Unterstützung von Selbstbestimmung und Teilhabe als Ziele der Einrichtung auch konzeptionell zu verankern: „Ich glaube das Konzept ist ja das, überhaupt das Wesentliche“ (GP Int. 5). Vor diesem Hintergrund und ebenso angesichts dessen, dass die Interviewpersonen der Projekteinrichtungen mehrheitlich eben keine konkreten Aussagen über Bezugnahmen auf selbstbestimmte Teilhabe in den Konzepten tätigen konnten, wurde das Thema näher aufgegriffen. So war es auch im Hinblick auf die Erstellung des Musterrahmenkonzeptes im Rahmen von STAP von Interesse, ob und inwieweit bislang Bezüge zu Selbstbestimmung und Teilhabe in den Konzepten der Projekteinrichtungen als Anknüpfungspunkte vorhanden sind. Daher erfolgte eine ergänzende Analyse der Konzepte, die an dieser Stelle als „methodischer Exkurs“ integriert wird.

Der nächste Abschnitt bezieht sich auf diese *Analyse zur Verankerung von Teilhabe in den Konzepten der Einrichtungen*. Dazu stellten alle Projekteinrichtungen ihre Konzepte zur Verfügung. Die Datenbasis umfasste folgende Konzepte:

- das Einrichtungsleitbild,
- das Einrichtungskonzept,
- das Konzept des Sozialen Dienstes,
- das Pflegekonzept,
- das Konzept der zusätzlichen Betreuung,
- das Konzept der Gewaltprävention,

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

- das Konzept der freiheitsentziehenden/freiheitseinschränkenden Maßnahmen,
- das Inhaltsverzeichnis des Qualitätsmanagementhandbuchs.

Die betrachteten Einrichtungen besitzen *unterschiedliche Systeme und Formen von Konzepten*. Das Spektrum reicht von (a) einem gesamten, einrichtungsumfassenden Konzept über (b) die Fusion von zwei größeren Einrichtungsbereichen in einem Konzept nebst Teilkonzepten bis hin zu (c) mehreren größeren Teilkonzepten.

Nicht alle Einrichtungen nutzen ein gesondertes Pflegekonzept oder ein gesondertes Konzept für den Sozialen Dienst, da sie Inhalte innerhalb eines gesamten Konzeptes für die Einrichtung oder innerhalb des Einrichtungskonzeptes⁷¹ integriert haben. Auch ein gesondertes Konzept der zusätzlichen Betreuung findet sich bei zwei Einrichtungen nicht. Bei einer Einrichtung ist dies Bestandteil des Konzeptes Sozialer Dienst, bei der anderen besteht ein Konzept, welches sich spezifisch auf die Nachmittagsbetreuung durch zusätzliche Betreuungskräfte bezieht. Im Folgenden werden Bezugnahmen auf die Begriffe und Themen der Teilhabe und Selbstbestimmung in den Konzepten der Projekteinrichtungen erläutert und exemplarisch zitiert.

Teilhabe

Allgemein variieren die Formulierungen der Teilhabeziele und Teilhabedimensionen zwischen den Konzepten vor allem hinsichtlich ihrer Konkretheit und ihrer Gegenstandsbenennung. So finden sich als allgemeine Formulierungen „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben innerhalb und außerhalb der Einrichtung“ oder als „Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben innerhalb und außerhalb der Einrichtung“. Innerhalb eines Konzeptes bezieht sich Teilhabe auf die Betreuung mit dem Ziel der „Teilnahme am gemeinschaftlichen Leben“. Im Kontext von „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ werden zur Umsetzung vor allem die Förderung des sozialen Austausches von Bewohner*innen durch Einzel- und Gruppenangebote mit Freizeitcharakter genannt.

Blickt man nun konkret auf das explizit formulierte Vorkommen von „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ in den übergeordneten Konzepten, also den *Einrichtungskonzepten* und innerhalb des *Einrichtungsleitbildes*, so

71 Das Einrichtungskonzept ist nicht sinnleich mit einem umfassenden Konzept, was alle Einrichtungsbereiche und Themen einbezieht.

zeigt sich, dass ein solcher Bezug selten existiert: So wird Teilhabe einmal innerhalb eines Einrichtungskonzeptes und einmal innerhalb eines Einrichtungsleitbildes aufgeführt.

Teilhabe findet sich begrifflich und als Ziel jedoch *in beiden Konzepten der zusätzlichen Betreuung*, etwa wenn im Rahmen der Einzel- und Gruppenangebote „Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben“ erfahrbar ist. Der Teilhabebegriff findet sich darüber hinaus aber nicht als direkt formulierte Zieldimension in den *Konzepten des Sozialen Dienstes* wieder, sondern es sind eher indirekte Bezüge zu finden, wenn zum Beispiel als Ziel, „Geselligkeit und Teilnahme am sozialen Gruppengeschehen“ formuliert wird. Weist man dem Sozialen Dienst eine besondere Rolle in der Förderung und Verwirklichung des Rechts auf Teilhabe zu, so ist dabei zum Zeitpunkt der Erhebung aber auch zu berücksichtigen, dass in der Hälfte der untersuchten Einrichtungen das Konzept des Sozialen Dienstes aktuell oder zeitnah überarbeitet wird und bei der anderen Hälfte kein Einzelkonzept des Sozialen Dienstes existiert.

Selbstbestimmung

Im Vergleich zum Aspekt der Teilhabe werden in den *verschiedenen Konzepttypen* (z. B. Einrichtungsleitbild, Pflegekonzept und Konzept Sozialer Dienst) häufiger und vielfältig Aussagen getroffen, die sich auf die *Förderung von Selbstbestimmung* und auf die Orientierung an individuellen Bedürfnissen beziehen sowie – auf der Ebene von Aufgaben – auf die Durchführung von Einzel- und Gruppenangeboten. So findet sich der Begriff Selbstbestimmung vielfach konkret sowie in verschiedenen alternativen Formulierungen und oft – wie bei STAP – im Verständnis eines Arbeitsprinzips wieder. Dabei geht es etwa um

- das Bestehen auf ein Recht der Selbstbestimmung, der Anerkennung von Einzigartigkeit der Bewohner*innenschaft,
- den Erhalt oder die Stärkung von Eigenständigkeit, Eigen- oder Selbstverantwortung und Individualität,
- den Respekt vor und die Berücksichtigung von persönlichen Bedürfnissen und Mitsprache.

Insbesondere wird Selbstbestimmung als Maßstab erwähnt, an dem sich Maßnahmenplanung, Betreuung und Pflege orientieren. Der Grad der Konkretheit von Aussagen variiert auch hier zwischen den Konzepten der Einrichtung. In den *Einrichtungskonzepten*, in denen Selbstbestimmung überwiegend benannt wird, finden sich allgemeinere Aussagen mit und

ohne konkrete Zuordnungen auf Mitarbeiter*innen- oder Bewohner*innengruppen. Die Aussagen zur Selbstbestimmung als Zieldimension, bei der Mitarbeiter*innen- oder Bewohner*innengruppen adressiert werden, zeichnen sich durch die Nennung einer Arbeitsmethodik aus (Biografiearbeit, Integration in Alltagsverrichtungen, Einbezug von Wünschen aus der Gremienarbeit, Gemeinwesenarbeit). Währenddessen stellt das Führen eines möglichst selbstbestimmten und selbstständigen Lebens in der Einrichtung eine allgemeine, übergeordnete Zieldimension dar.

Innerhalb der *Konzepte für die zusätzliche Betreuung* findet Selbstbestimmung einmal als ein bei Bewohner*innen zu förderndes Ziel neben dem der Individualität Erwähnung. Liegt ein gesondertes oder einrichtungsübergreifendes *Pflegekonzept* vor, so wird Selbstbestimmung auch dort explizit aufgeführt und bezieht sich etwa auf die Unterstützung für ein „möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben“.

Angeführt werden können zudem *indirekte und direkte Aussagen* zur Selbstbestimmung innerhalb *verschiedener Konzepttypen*, die einen *spezifischen normativen Gesichtspunkt* hervorheben. Beispielsweise dann, wenn Bewohner*innenbedürfnisse „im Mittelpunkt stehen“, bis hin zur umsetzungsorientierten Nennung von Instrumenten, etwa „der Pflege- und Betreuungsplan berücksichtigt das Selbstbestimmungsrecht“.

Betrachtet man nun die zugeschriebene Wirkung des Einbezugs von Teilhabe in Leitbildern und Konzepten hinsichtlich der Teilhabeförderung aus Sicht der Leitungen und Mitarbeitenden, so finden sich dazu – wie bereits erwähnt – vor allem Aussagen in den Interviews der „Good-Practice“-Analyse. So wurde es im Rahmen der „Good-Practice“-Analyse als wichtig erachtet, dass die Zielsetzungen der Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe konkret und zentral in der *Konzeption* und dabei insbesondere im *Leitbild der Einrichtung verankert* sind: „Und ich glaube zunächst mal, um überhaupt Selbstbestimmung und Teilhabe zu generieren, ist es zunächst erstmal Aufgabe des Trägers, dies auch in einem Leitbild zu verankern. Das ist also von meiner Seite aus eine ganz klare Sache, die top-down vom Management vorgegeben sein muss, dass Selbstbestimmung eigentlich im Grunde das höchste Gut und der Anspruch einer solchen Einrichtung sein muss“ (GP Int. 2).

Eine andere Interviewperson betont die Orientierungsfunktion von Konzepten, die erkennbare Prioritäten setzen: „Die Autonomie als solche absolute Priorität in unserem Leitbild, im Unternehmensleitbild. Das ist das Erste, was genannt wird, und wir hatten immer den Anspruch und gepaart mit der Normalität, also zu sagen, ne [...] eben nicht institutionell zu

generieren, sondern einfach sich an der Häuslichkeit zu orientieren“ (GP Int. 3).

4.3.3.3. Schnittstellen und Zusammenarbeit innerhalb der Arbeitsprozesse

Im Rahmen einer Vielzahl von Arbeitsprozessen in einer Altenpflegeeinrichtung existieren *Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Einrichtungsbereichen*. Betont wird in den Interviews, dass es für die Versorgung, Betreuung und Begleitung der Bewohner*innen unabdingbar sei, dass verschiedene Funktions-, Aufgaben- und damit auch Dienstleistungsbereiche vorhanden sind und die jeweiligen Mitarbeitenden miteinander kooperieren. Allein dadurch bestehe eine *Qualität der Zusammenarbeit*, in der sich *verschiedene Berufsgruppen mit ihren Qualifikationen und Kompetenzschwerpunkten* einbringen: „Also wir machen reine Pflege, das macht der Sozialdienst nicht. Der macht keine Wunden, dies, jenes. Aber ansonsten, die Alltagsbegleiter, die – die Pfarrer, die Ehrenamtlichen, der Sozialdienst, wir müssen alle zusammen – Physiotherapie, der Logopäde, der Ohrenarzt, gehört alles dazu“ (PFK). Auch Bode (2014) nimmt eine Unterteilung der verschiedenen Mitarbeitendengruppen vor (Pflege, Betreuung, Sozialer Dienst), konzentriert sich hier aber weniger auf die Schnittstellenproblematik als vielmehr auf die jeweiligen Aufgabenbereiche, die klar voneinander getrennt sind. Er spricht von einer Akteurslandschaft, die er als „außerordentlich komplex“ (Bode, 2014, S. 111) beschreibt. Für die Akteur*innen gilt es allerdings, zusammenzuarbeiten, um ein teilhabeförderliches Vorgehen der verschiedenen Berufsgruppen zu erzielen.

Konkrete Schnittstellen in der Zusammenarbeit werden von den Interviewpersonen aus unterschiedlichen Einrichtungsbereichen, aber vor allem immer wieder zu folgenden drei Themenkomplexen beschrieben:

1. Der erste Themenkomplex bezieht sich auf die *Zusammenarbeit bei größeren Veranstaltungen, Gruppenangeboten und Ausflügen*, die über das „alltägliche“ Regelangebot hinausgehen. So sind geplante, zentral gesteuerte Schnittstellen im Rahmen von großen Veranstaltungen (z. B. Festen) über die verschiedenen Funktionsbereiche wiederkehrend gegeben: „Wenn wir zum Beispiel eine große hauseigene Veranstaltung – jetzt haben wir bald unser Sommerfest, dann ist da die Hauswirtschaft, der Soziale Dienst, die Haustechnik, der Pflegedienst und – und ich bin halt dabei“ (EL). Diese Schnittstellen zeichnen sich durch eine große Routine aus. Die Größe der Veranstaltung und damit verbundene bereichsübergreifende Aufgabenstellungen bedingen, dass Veranstaltun-

gen von mehreren Schnittstellen und einem im Voraus geplanten Zusammenwirken geprägt sind, das sich eingespielt zu haben scheint: „Auch die Haustechniker müssen uns diesen Grill aufbauen und wieder – also wie auch hier mit Musik, also das machen alles Haustechniker. Oder stellen die Tische schon mal auf, also das ist Hand-in-Hand-Arbeiten. Also das ist wirklich dann schon – ja, mhm, alles organisiert. Also das klappt wunderbar“ (PFK). Eine Zusammenarbeit über verschiedene Funktionsbereiche ergibt sich auch bei größeren besonderen Gruppenangeboten, so dass sich zwischen den beteiligten Mitarbeiter*innen ein Team für die Durchführung des Angebots bildet und entsprechend Personal aus den unterschiedlichen Einrichtungsbereichen eingeplant wird: „[Da] gibt es Tage, wo man weiß, da muss ich mehr Personal haben, weil da das Tanzcafé stattfindet, ja? Okay, obwohl das über Betreuungsassistenten, Sozialdienstmitarbeiter, es wird über die alles organisiert in Zusammenarbeit mit der Pflege, das ist bei uns hier gut geregelt“ (SD). Auch bei Ausflügen ergibt sich diese Zusammenarbeit, etwa in der Form, dass die beteiligten Bewohner*innen rechtzeitig von Seiten der Pflege „vorbereitet“ werden oder dass Mitarbeitende aus der Pflege den Ausflug begleiten: „Und zu den großen [Ausflügen] wie Zoo oder hier die Ausflüge, mal kommt [...] ein Kollege [...] mit [...]“ (ZBK).

2. *Alltäglich* und damit regelmäßig entstehen aber vor allem *Schnittstellen im Zusammenhang mit den verschiedenen, „regulären“ Gruppen- und Einzelangeboten* der sozialen Betreuung, die hier als zweiter, vielfach benannter Themenbereich aufgeführt werden sollen und insbesondere in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialer Dienst angesprochen wurden.

Hierzu wird einerseits auf die Notwendigkeit der (*Ein-*)*Planung von Angeboten* der sozialen Betreuung im Rahmen der von der Pflege geplanten *Termine von Bewohner*innen* (z. B. Frisör- und Arzttermine) hingewiesen und darauf, dass hierfür die Relevanz der sozialen Angebote für die Bewohner*innen vom Pfllegeteam nachvollzogen werden müsse.

Andererseits ergibt sich mehrmals täglich die Zusammenarbeit *im unmittelbaren Vorfeld oder nach Abschluss von Einzel- und Gruppenangeboten* der sozialen Betreuung. Hier entsteht als besondere Herausforderung, dass Arbeitsprozesse inhaltlich und zeitlich unmittelbar aufeinanderfolgen, etwa wenn Bewohner*innen im Anschluss an eine pflegerische Versorgung an einem Angebot teilnehmen. Die Pflege muss also beendet sein, damit eine Teilnahme möglich ist: „Weil wir – wir brauchen den und den und der muss dann und dann aus dem Bett sein, weil der

möchte da gerne dran teilnehmen. Da kann man ja schon ein bisschen unangenehm werden, in der Pflegerealität ist das ja manchmal nicht ganz einfach. Das hat sich aber jetzt auch gerade, weil wir selber so viele Helfer haben und wir dadurch auch Entlastung bieten können, also gerade in diesem Frühstücks- und Mittagessen und auch Abendsituation deutlich verbessert“ (SD). Dabei ist eine pflegerische Aufgabe und Unterstützungsleistung häufig die Voraussetzung dafür, dass Bewohner*innen an einem Einzel- oder Gruppenangebot teilnehmen können, was auch von den Teilnehmenden der trägerübergreifenden Fokusgruppendifkussion ausdrücklich bestätigt wird. Typischerweise gehören hierzu Unterstützungen bei Toilettengängen, der Mobilisation bzw. dem Transfer und dem Anziehen. Auch das Hinbringen zu oder Abholen von den Angeboten wird hierbei als wichtiger Prozess der Zusammenarbeit angesprochen, die unterschiedlich organisiert sein können: „Ja, kommen auch ab und zu zu uns. Und also die holen auch dann die Bewohner nach unten, wenn jetzt unten was stattfindet hier in der Beschäftigungstherapie, holen sie die auch ab und – oder es – es findet unten eine Zeitungsrunde an bestimmten Tagen statt, dann kommen auch die Bewohner. Also das ist so – quasi so eine Organisation, wie soll ich das jetzt sagen? [...] Und dann sind auch die Ehrenamtler dabei und entweder werden die durch die hier runtergebracht oder unten betreut und wir bringen sie runter“ (PFK).

Umgekehrt nutzen Pflegemitarbeiter*innen ebenfalls die Expertise des Sozialen Dienstes, um die Betreuungsmöglichkeiten für ihre Bewohner*innen des Wohnbereiches individuell auszuloten. Die gegenseitige Unterstützung kann hier auch ungeplant zu Situationen des Zusammenwirkens führen, indem Kolleg*innen spontan fachlich konsultiert werden: „Oder dann auch mal meine Kollegin anrufen. ‚Du, kannst du mal gucken? Vielleicht kannst du ihn locken oder so, ne?‘ Da muss man zusammenarbeiten. Und auch mal – ja, wie will ich es sagen? Aber es ist im Leben ja auch so, dass man so schon mal laviereen muss, ne?“ (SD). Neben diesen Aussagen zu Schnittstellen, die sich unmittelbar auf die Zusammenarbeit in Bezug auf Einzel- und Gruppenangebote des Sozialen Dienstes beziehen, wurde mehrfach grundsätzlich auf die entlastende Arbeit der zusätzlichen Betreuungskräfte hingewiesen (Kapitel 4.4.1).

3. Der dritte, in den Interviews identifizierbare Themenkomplex bezieht sich auf die *Zusammenarbeit innerhalb von bewohner*innenbezogenen Besprechungen*. Eine Zusammenarbeit entsteht etwa, wenn aus den Bereichen Pflege und Soziale Betreuung unterschiedliche, auf *Einzelfallebene*

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

relevante Informationen zusammengetragen werden sollen, um zum Beispiel anlassbezogen einen gezielten Informationsaustausch (z. B. im Rahmen einer Fallbesprechung) vorzunehmen: „Die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften und auch Hauswirtschaft hat sich eigentlich auch ganz gut entwickelt. Wir sind jetzt im Moment noch mal dabei, unsere Fallbesprechungsstrategie neu aufzulegen“ (SD). Im Zuge der „Good-Practice“-Analyse wurde bestätigt, dass Bewohner*innen- und Fallbesprechungen wichtig sind, um die individuelle Perspektive der Bewohner*innen (z. B. in Bezug auf aktuelle Wünsche, Bedarfe und Ressourcen) auch einrichtungsbereichsübergreifend abzustimmen, damit in deren Rahmen auch Fragen der Selbstbestimmung und Teilhabe auf Ebene der einzelnen Bewohner*innen besprochen und abgestimmt werden: „Es gibt regelmäßige Besprechungen, wo Fallbesprechungen gemacht werden zwischen Sozialer Dienst, gesetzlicher Betreuung und Pflege. Da werden genau diese Dinge thematisiert, was tut dem Bewohner gut, was braucht er, was müssen wir bei ihm fördern, welche Angebote machen wir ihm?“ (GP Int. 4).

Im Folgenden sollen wiederum fördernde und hemmende Faktoren, bezogen auf die Schnittstellen innerhalb von für die Teilhabeförderung relevanten Arbeitsprozessen beschrieben werden.

Fördernd:

- Prinzipiell als förderlich wird betrachtet, wenn *bereichsübergreifend gemeinsame Ziele und Leitorientierungen* in Bezug auf die Bewohner*innen existieren (Kapitel 4.3.3.1).
- Auch wird das *gegenseitige Verständnis* für die jeweiligen Aufgaben und die Relevanz der Einrichtungsbereiche als wichtig angesehen.
- Wenn Schnittstellen zwischen den Mitarbeitenden verschiedener Einrichtungsbereiche gut funktionieren und eingespielt sind, kann Teilhabe auch gut umgesetzt werden. Eine *routinierte Kooperation* besteht insbesondere bei den *zentral geplanten Großveranstaltungen* zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen in den Einrichtungen.
- So funktioniert die *Zusammenarbeit* an relevanten Schnittstellen auch besser, wenn diese grundsätzlich *(ein)geplant, organisiert und gut kommuniziert* ist.
- Förderlich scheint auch zu sein, wenn die *Wirkungen der Unterstützung aus anderen Einrichtungsbereichen sichtbar* und spürbar sind. So äußern sich Mitarbeitende aus Pflege und Sozialem Dienst hier auch mehrfach wertschätzend hinsichtlich der Unterstützung durch die Einrichtungsbereiche Hauswirtschaft und Haustechnik für das eigene Arbeiten so-

wie über die im Vergleich zu früher zusätzlichen personellen Ressourcen nach Einführung der zusätzlichen Betreuungskräfte (Kapitel 4.4.1).

Hemmend:

- In Bezug auf das gegenseitige Verständnis der Einrichtungsbereiche – insbesondere zwischen Pflege und Sozialem Dienst – und ihrer jeweiligen Zuständigkeitsbereiche (hier auch die „Sicht“ des Wohnbereiches als Einheit gegenüber dem Sozialen Dienst als wohnbereichsübergreifende Organisationseinheit) wird ein „Säulendenken“ als hemmender Faktor beschrieben (auch Kapitel 4.3.3.3). Damit ist gemeint, dass etwa 1.) zu wenig Kenntnis in Bezug auf die jeweiligen Abläufe besteht („Aber wieder so, dass wir wieder nicht wissen, wie genau das abläuft, ne? Die sind für sich. Wir sind für uns“, PFK), dass 2.) unterschiedliche Ziele und Leitorientierungen existieren und zu wenig die Funktionen der anderen Bereiche in der eigenen Planung berücksichtigt werden: „Wir haben schon eine ganz andere Vorstellung, ganz andere Ziele bezüglich des – also Teilhabe am persönlichen – also jetzt nicht pflegerisch, sondern wie geht es dem, was mag er, was hat er für Vorstellungen, Geschmäcker und all so was. Da wird manchmal von einigen Schwestern gar nicht – kein Wert drauf gelegt. Satt, sauber und gut gepflegt, kein Dekubitus und so was, ne?“ (ZBK) und dass 3.) eine Hierarchie der Aufgaben und Konflikte zwischen den Einrichtungsbereichen in Bezug auf die Relevanz der jeweiligen Aufgaben wahrgenommen wird: „Wir waren so ein bisschen die lästigen Bespaßer“ (SD); „Der typische Konflikt zwischen Pflege und Betreuung [...] die reden und die machen schönen Sachen und die anderen arbeiten“ (GP Int. 3); „Aber wie gesagt, man muss sehr, sehr dickes Fell haben. Man muss selbstbewusst sein, um dann auch wirklich zu bestehen gegenüber der Pflege, ne? [...] Was will der schon wieder? Der – der nervt mich jetzt nur“ (ZBK).
- In Bezug auf die Informationsweitergabe und Zusammenarbeit zwischen den Arbeitsbereichen wird als hemmend benannt, wenn Mitarbeitende des Sozialen Dienstes nicht an der Pflegeprozessplanung bzw. an der Dokumentation im Rahmen des Pflegeprozesses beteiligt werden. Auch ein fehlender Zugriff auf Instrumente der Pflegeanamnese und -planung (hier in Bezug auf die SIS) durch den Sozialen Dienst wird vereinzelt als Problem gesehen.
- Die Weitergabe von Informationen im Besprechungssystem der Pflege (im Wesentlichen in Bezug auf die täglichen Übergaben zwischen den „Schichten“) orientiert sich primär an der medizinisch-pflegerischen Versorgung. Teilhabebezogenen Wünschen und Maßnahmen kommt da-

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

bei – nach Aussagen der Interviewpersonen – *eine geringere Bedeutung* zu. Eine Beteiligung und Teilnahme von Mitarbeitenden des Sozialen Dienstes an den Übergaben erfolgt in den Einrichtungen unterschiedlich, aber nicht regulär.

- *Multiprofessionell zusammengesetzte Gruppen* finden innerhalb des *Besprechungswesens* selten statt. Dazu gehören etwa Teambesprechungen der Wohnbereiche (z. B. einmal im Monat oder Quartal) oder anlassbezogene Fallbesprechungen (etwa veranlasst durch die den Pflegeprozess steuernde Pflegefachkraft) oder auch kurze Tagesrunden von den Leitungen der jeweiligen Arbeitsbereiche (in einer Einrichtung einmal am Tag, morgens). Nach Aussagen einiger Interviewpersonen besteht Bedarf nach mehr bzw. strukturierterem Austausch zwischen den Arbeitsbereichen, so dass Teilhabewünsche besser weitergegeben werden können.
- Es besteht selten eine zugeordnete, personelle *Verantwortung für den Gesamtprozess der Wunscherfassung*, Berücksichtigung und Kontrolle über Bereiche und Professionsgruppen der Beteiligten hinweg. Daher kommt es vor, dass Wünsche von Bewohner*innen nicht weitergegeben werden oder ihre Umsetzung im Alltag „untergeht“.
- Wie oben bereits skizziert, ist ein wesentlicher hemmender Faktor auch, wenn die unmittelbare Zusammenarbeit im Kontext von *Gruppen- und Einzelangeboten* an der Schnittstelle zwischen Pflege und Sozialen Dienst nicht funktioniert, insbesondere wenn es an *gegenseitiger Information mangelt* (z. B. zu Angeboten des Sozialen Dienstes und pflegerlevanten Terminen) und *rechtzeitige Unterstützung fehlt* (z. B. bei Toilettengängen).

4.3.3.4. Handlungsspielräume innerhalb von Arbeitsprozessen

Handlungsspielräume innerhalb von Arbeitsprozessen wurden in den Interviews als ein relevantes Thema markiert, da sich nur über grundsätzlich vorhandene Handlungsspielräume – auch situativ entstehende – individuelle Wünsche und Bedürfnisse von Bewohner*innen berücksichtigen lassen. Das Erkennen und Nutzen von Handlungsspielräumen ist einerseits auf der Ebene der individuellen Mitarbeiter*innen als Subjektkompetenz einzuordnen und wurde dort im Zusammenhang mit Flexibilität bereits benannt. Andererseits wurden in den Interviews *Handlungsspielräume* aber auch mit strukturellen und organisationskulturellen Rahmenbedingungen *auf Ebene der Einrichtung* verbunden. So ist hier zu fragen, inwieweit Struk-

turen der Einrichtung sowie vorhandene Werte und Normen der Vorgesetzten und Kolleg*innen Handlungsspielräume ermöglichen und tolerieren. Im Rahmen der Interviews wurden verschiedene fördernde und hemmende Faktoren genannt, welche sich auf Handlungsspielräume innerhalb von Arbeitsprozessen beziehen:

Fördernd:

- Es besteht offenbar bereichsübergreifend das Bewusstsein, dass in der Arbeit mit Menschen nicht alle Tätigkeiten (z. B. in Bezug auf Zeiten und Abläufe) festgelegt bzw. standardisiert werden können: „Also da kann man sich nicht so festlegen, also das – das wäre dann unmenschlich“ (PFK). Daher dienen *Vorgaben* für Arbeitsaufgaben und -abläufe als Rahmenplan der Orientierung, haben aber *nicht die oberste Priorität*: „Und also diesen Rahmenplan, sagen wir mal, der – den hat – haben wir relativ großzügig, ne? Also ich versuche, wenn ich da fünf Leute mit Einzelbetreuung morgens auf dem Plan stehen habe, dann versuche ich die fünf Leute also auch zu betreuen. Aber nicht so nach dem Zeitplan, ich bin jetzt um halb zehn bei dem und um viertel nach zehn bei dem, das mache ich nicht“ (ZBK); „Also so, dass man irgendwie einen Plan aufstellt und nach diesem Plan hat man dann da zu arbeiten. Ich finde, das funktioniert einfach nicht so“ (ZBK).
- Besondere, temporär vorhandene *Bedarfe von Bewohner*innen werden berücksichtigt*, auch wenn sie (noch) nicht den Zeitvorgaben entsprechen: „Wo wir wissen, dass er dann nachts sehr unruhig ist, dann gehen wir auch öfters hin, unabhängig davon, dass man diese festen Zeiten hat, wie man sagt, dieses drei Mal, dann geht man trotzdem hin, guckt dann leise um die Ecke, ob dann alles in Ordnung ist“ (PFK). Auch für die Mahlzeiten werden die Zeitkorridore großzügig gehalten, wenn es den Wünschen der Bewohner*innen entspricht: „Also letztlich bestimmt der Bewohner, wann er aufsteht oder wann er schlafen möchte. Letztlich bestimmt er wann er und wo er hier ist, weil es gibt verschiedenste Orte. Natürlich haben auch wir bestimmte Zeitkorridore für die verschiedenen Mahlzeiten, die aus dem Haus angeboten werden, aber wenn sie die zusammen, wenn sie zusammenpacken, dann können sie Tag und Nacht essen“ (GP Int. 4).
- *Vorgesetzte legitimieren* und unterstützen Handlungsspielräume bei den Mitarbeitenden und auch die *Mitarbeitenden untereinander tolerieren* Abweichungen von Routinen und Vorgaben (z. B. zwischen den Schichten), wenn diese situativ erforderlich sind. Abweichungen werden nach Aussagen der Interviewpersonen dann akzeptiert, wenn Veränderun-

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

gen etwa im Ablauf, im Zeitpunkt oder im Umfang noch innerhalb eines grundsätzlichen Rahmens erfolgen und das Arbeitsergebnis „stimmt“: „Und es gibt halt eben auch Mitarbeiter, die hier noch ein Schwätzchen, und da wissen sie, der hat das noch gern, und gehen so auf persönliche Sachen [ein]. [...] Sie schaffen auch vieles dann eben anders“ (HW). Allerdings kann es auch sein, dass besondere Situationen größere „Abweichungen“ verlangen, die auch akzeptiert werden sollten.

- In der *Personaleinsatzplanung* wird in arbeitsintensiven Zeiten mehr Personal eingesetzt: „Also ich habe im Schnitt von sieben bis elf das meiste, also von 7 Uhr morgens bis 11 Uhr vormittags habe ich im Schnitt das allermeiste Personal im Haus“ (EL).

Hemmend:

- Das Handeln der Mitarbeitenden wird – insbesondere in der Pflege – mit unzureichenden Rahmenbedingungen in Bezug auf personelle Ressourcen verbunden, die den Arbeitsalltag oft zu dominieren scheinen. So werden immer wieder *Personalmangel* und *Arbeitsdichte* („Wegen dem Personalmangel, ja, das ist ja überall, ne? Aber das sagen sie dann. Dann sagen sie, ach ja, wir haben wieder – es ist viel zu tun und wir müssen jetzt – ja den anderen helfen“, ANG) sowie *gestiegene Anforderungen* durch veränderte Bewohner*innenvoraussetzungen als wesentliche Faktoren innerhalb der Arbeitsprozesse benannt, die Handlungsspielräume einschränken.
- Auch das *Denken und Handeln innerhalb von „Schichten“* (Früh-, Spät-, Nachtdienst) kann die Spielräume im Handeln der Mitarbeitenden wesentlich einschränken, wenn primär die Arbeiten und Aufgaben aus der jeweiligen Schicht und nicht die aktuellen Bedarfe der Bewohner*innen im Vordergrund stehen: „[Dass in] einer Dienstschicht alle Bewohner ordnungsgemäß versorgt sind und am besten so, dass der Nachtdienst [...] halt alle Leute gut übergeben bekommt“ (EL).
- Im Rahmen der trägerübergreifenden Fokusgruppendifkussion wird das „Schichtdenken“ ebenfalls thematisiert und zudem mit der *individuellen Arbeitskultur* und -einstellung sowie der *Organisationskultur der Einrichtung* in Verbindung gebracht: „Das hat aber auch wirklich was zu tun mit, ich sag das mal ganz brutal, ich muss meine Bewohner fertig machen. Das ist die Haltung, die dahintersteht. Wenn ich gehe und die Schicht nach mir kommt. ‚Wieso muss ich den jetzt noch waschen – hast du das heute morgen nicht gepackt?‘ Dann muss ich da auch noch Arbeit wegmachen. Das ist eine Frage der Kultur, aber da setzt für

mich auch die Frage der Führung ein, Führung und Leitung“ (EL/PDL).

- Auch die *Orientierung an Sicherheit* ist ein besonderer Aspekt, der die Auswahl, aber auch die Durchführung von Handlungen bestimmt und Handlungsspielräume für die Teilhabeförderung nach dem Prinzip der Selbstbestimmung einschränken kann. Dies kann selbst dann Einfluss nehmen, wenn die eigentliche fachliche Leitorientierung „Hilfe zur Selbsthilfe“ lautet: „Eigentlich ist ja auch gerade jetzt bei Sozialpädagogik so ein Ansatz Hilfe zur Selbsthilfe“ (SD); „Wie ein Bewohner jetzt – der will sich nicht waschen lassen, ne? Ja, das ist ein Recht auf Selbstbestimmung [...] Und irgendwann, dann schwindet das, ne, mit dem Verständnis dafür, ja? Und dann sieht man das anders, ne? Ich würde sagen, wenn da so [lachend:] drei oder vier Wochen ins Land gehen, ne, dann sieht man das dann schon – schon anders“ (PDL). Der Konflikt zwischen Freiheit und Sicherheit – hier im Sinne des Konfliktes von Selbstbestimmung und Selbstgefährdung – kann also auch Handlungsspielräume auf Seiten der Mitarbeitenden einschränken.
- Als Einschränkung der Handlungsspielräume werden in dieser Hinsicht dann auch spezifische *rechtliche Vorgaben und Vorschriften* (z. B. Brandschutz, Hygienevorschriften) wahrgenommen: „Und wir müssen bei so was wie Backen, wie Waffeln und so [...] müssen wir extra aus dem Keller Hütchen nehmen und die Brand-, diesen Brandschutz abdecken“ (ZBK); „Sobald das Eis in der Verpackung zu ist, ist es kein Thema, ne? Aber alles andere, [damit] müssen die hier scheinbar sehr vorsichtig sein. Oder mit Eiern, ne, da wird also kein frisches Ei genommen, sondern zum Backen, da muss das irgend so was – gibt es was anderes“ (ANG).

4.4. Besondere und zusätzliche Ressourcen

In diesem Kapitel werden Ressourcen in stationären Altenpflegeeinrichtungen beschrieben, die eine Teilhabeförderung nach dem Prinzip der Selbstbestimmung besonders unterstützen und von den Interviewpersonen als wichtige Ressourcen hervorgehoben wurden. Auffällig ist, dass die meisten der benannten Ressourcen – direkt oder indirekt – personalen Ressourcen zuzuordnen sind. Insgesamt wurden zum Beispiel direkt zusätzliche Betreuungskräfte, Ehrenamtler*innen und Angehörige sowie indirekt zusätzliche finanzielle Mittel, Mobilitätsunterstützung und Verbindungen zum Quartier als Ressource benannt. Allein Räumlichkeiten und

(technische) Mobilitätshilfen kommen hier primär als sachliche Ressource vor.

4.4.1. Zusätzliche Betreuungskräfte

Zusätzliche Betreuungskräfte (im Folgenden ZBK) nach § 43b SGB XI stellen keine zusätzliche Ressource dar, da sie reguläre Mitarbeitende der Einrichtung sind (für die einbezogenen Einrichtungen siehe exemplarisch Kapitel 3.2.1.2). ZBK werden aber insgesamt mehrfach als *unterstützend sowie entlastend* und damit als besondere Ressource wahrgenommen – sowohl von Angehörigen als auch von Führungskräften und Mitarbeiter*innen (und hierbei von der Pflege wie auch vom Sozialen Dienst). Sie werden aktuell auch deswegen als besondere Ressourcen wahrgenommen, weil einige Mitarbeitende noch die Zeit vor Einführung der ZBK kennen: „[Sie bedeuteten] auch eine Entlastung für uns, weil man natürlich die ganzen vielen Jahre vorher, wo wir alleine waren, auch immer gesehen hat, wo die Grenzen sind, ne? Wo – wo man weiß, jetzt hättest du eigentlich da noch mal hingehen müssen, aber irgendwann willst du auch mal nach Hause“ (SD). Auch Bode (2014) verbindet die ZBK mit hinzugekommenen Ressourcen, indem der Einsatz von ZBK einerseits „Zeit für die eigentliche Pflegearbeit freigesetzt“ (Bode, 2014, S. 98) habe. Andererseits erhielten Bewohner*innen durch die ZBK vermehrte Zugänge zu Teilhabe, durch Teilnahme an Gruppenaktivitäten oder durch individuell geführte Gespräche (ebd.).

Grundsätzlich fällt in Bezug auf die ZBK auf, dass ihre Aufgabenbereiche mehrfach in Verbindung mit den *gesetzlichen Vorgaben* thematisiert und in Abgrenzung zu den Aufgaben der Fachkräfte des Sozialen Dienstes (zumeist mit einem Studienabschluss) betrachtet werden: „Aber alle Angebote, die sie unterbreiten, stehen unter dem Fokus oder dem – der Vorgabe, dass es niederschwellige Angebote sind. Und keinen oder kaum therapeutischen Charakter hat. So sieht es der Gesetzgeber. Mehr darf auch nicht sein, weil letztendlich der Rahmen ihrer Qualifikation zu knapp gehalten ist mit 160 Stunden“ (EL). An anderer Stelle wird demgegenüber beklagt, dass die Vorgaben zu eng seien und es weitere Möglichkeiten der Teilhabeförderung gäbe, die von den Betreuungskräften aber nicht wahrgenommen werden dürfen: „Bei den Betreuungskräften: Die könnten – die könnten Teilhabe noch an einer Stelle viel mehr unterstützen, dürfen sie aber aus – aus der Politik heraus nicht. Sie wissen ja, da gibt es ja diese ganz klare Regelung, von wegen, was die machen dürfen, was die nicht –

und sie dürfen auf keinen Fall in pflegerische – [...] Handlungen eingebunden werden“ (EL).

Der primäre Aufgabenbereich der ZBK in den Einrichtungen ist die *Einzelbetreuung*. Hierzu zählen beispielsweise Einkaufsbegleitungen und Spaziergänge, die auf Anfrage und je nach zeitlichen Ressourcen von den ZBK übernommen werden ebenso wie etwa individuelle Angebote der Gesprächsführung, des Gedächtnistrainings, der basalen Stimulation, des Vorlesens etc. Des Weiteren erfolgt eine individuelle Betreuung von bettlägerigen Menschen durch die ZBK: „Ja, natürlich auch Einzelbetreuung, weil ja auch viele bettlägerig sind“ (BW).

Ein weiterer wichtiger Aufgabenbereich der ZBK ist die *Begleitung und Durchführung von Gruppenangeboten*. Hierzu zählen zunächst die Ansprache und Motivation zu Angeboten, das Abholen zu und Zurückbringen von wohnbereichsübergreifenden Angeboten des Sozialen Dienstes. Ferner wirken sie auch als zusätzliche Begleitung in diesen Gruppenangeboten des Sozialen Dienstes mit, als Beispiel wurde hier die Assistenz bei einzelnen Bewohner*innen im Rahmen von Bingo genannt. Daneben führen die ZBK aber auch selbst Gruppenangebote durch, wobei es sich hierbei gemäß den gesetzlichen Vorgaben nur um kleinere Gruppen und „niederschwellige Angebote“ (EL) handeln sollte. Zu den genannten Gruppen gehören dann aber ganz unterschiedliche Angebote wie beispielsweise Kegeln, Kochen und Backen sowie Spiel- und Bewegungsangebote etc. Im Rahmen dieser Angebote werden mehrere Personen gleichzeitig erreicht, was gerade auch von den ZBK hervorgehoben wird. Hier findet aus Zeitgründen inzwischen auch bei den ZBK eine „Bündelung“ von einzelnen Betreuungen statt.

ZBK werden auch bei der *Begleitung von Mahlzeiten* eingesetzt (in Form einer Assistenz oder eines Trainings). Hierbei unterstützen sie besonders Mitarbeitende aus der Pflege und Hauswirtschaft. Es wird berichtet, dass durch ihre Unterstützung an den jeweiligen Tischen mehr Ruhe während der Mahlzeiten entsteht: „Ich glaube schon, dass viele aufgeatmet haben, weil die Betreuungsassistenten ja schon viel auch in den Mahlzeiten vorhanden sind, ne, und das auch entspannen, durch ein Mit-am-Tisch-Sitzen“ (HW).

ZBK übernehmen zudem *Begleitungen von Bewohner*innen außerhalb der Einrichtung* und auch *Fahrdienste und Kurierfahrten*. So wird etwa beschrieben, dass sie Bewohner*innen bei Arztbesuchen begleiten. Im Zuge der trägerübergreifenden Fokusgruppendifkussion wird dies bestätigt und gerade auch die Organisation und Begleitung von Arztbesuchen als *Zeitfresser* in den Einrichtungen identifiziert.

Die Vorgesetztenregelung und die Anbindung der zusätzlichen Betreuungskräfte an Wohnbereiche und/oder den Sozialen Dienst sind unterschiedlich geregelt und offerieren teilweise Klärungsbedarf. Für zwei Einrichtungen wird konkret benannt, dass ZBK explizit auf den *Wohnbereichen bzw. -etagen eingesetzt* werden: „Oder wir haben auch die Betreuungsassistenten hier im Haus auf jeder Etage. Wir sind ja dann eher für die Dementen [da]“ (PFK).

Mehrfach wird aber benannt, dass die ZBK-Stellen *organisatorisch an den Sozialen Dienst angebinden* sind bzw. durch die Leitung des Sozialen Dienstes koordiniert werden (sollten). Neben der organisatorischen Steuerung wird dabei in einzelnen Interviews aber auch die Notwendigkeit einer *fachlichen Leitung und Kontrolle* durch Fachkräfte des Sozialen Dienstes zum Ausdruck gebracht, auch wenn die Vorgesetztenfunktion rechtlich durch die Pflege(dienstleitung) erfolgt.

Um Bewohner*innen ausreichend im Alltag begleiten zu können, stellen *Ehrenamtler*innen und Praktikant*innen wiederum eine wichtige Unterstützung für die ZBK* dar, da ihr Tätigkeitspektrum bzw. -umfang offenbar mit der Zeit immer weiter gewachsen ist. So wird von den ZBK selbst beschrieben, dass sie auch unter Zeitmangel leiden: „Ja, auf jeden Fall der Begleitdienst durch Ehrenamtliche, weil wir es halt einfach auch nicht mehr stemmen können, ne?“ (ZBK).

Besonders eine Pflegedienstleitung betont ausdrucksstark, dass ein *weiterer Ausbau von ZBK* die Pflege noch mehr entlasten und die Teilhabeförderung der Bewohner*innen verbessern könnte, wenn diese ausdrücklich und kontinuierlich im Wohnbereich für die soziale Betreuung der Bewohner*innen präsent wären und ausschließlich hierfür mehr Zeit zur Verfügung stünde.

Faktoren, die darüber hinaus als teilhabeförderlich und -hemmend zu den ZBK als besondere Ressource benannt wurden, werden im Folgenden beschrieben.

Fördernd:

- *Einzelbetreuung* kann in dem derzeit bestehenden Umfang nur durch das Vorhandensein von ZBK angeboten werden. Dabei können sie für die Umsetzung von individuellen Wünschen eingesetzt werden, was als förderlich angesehen wird, da dadurch auch bettlägerige Menschen erreicht werden.
- Durch die ZBK kann gerade auch zu *Randzeiten* ein Einzelangebot innerhalb oder außerhalb der Einrichtung stattfinden, was in diesen sonst weniger durch Angebote belegten Zeiten teilhabeförderlich sein kann.

- Die *Anwesenheit von ZBK bei Mahlzeiten* ist unterschiedlich geregelt, wird aber vielfach als förderlich für den Teilhabeaspekt der Mahlzeiten-einnahme (soziale Situation des Essens) wahrgenommen.
- Es wird beschrieben, dass die ZBK eine *besondere Nähe* zu den Bewohner*innen haben, gerade auch wenn sie in den Wohnbereichen vor Ort präsent sind bzw. eingesetzt werden und so mit einem größeren Verständnis auf individuelle Wünsche der Bewohner*innen eingehen können.

Hemmend:

- Die Möglichkeiten zur Teilhabeförderung durch die ZBK werden im besonderen Maße als *personenabhängig* beschrieben, auch weil ihre *Qualifikation* im Rahmen ihrer Ausbildung als zu gering erachtet wird.
- Um individuelle Teilhabe in Zukunft noch besser gestalten zu können, wäre es wünschenswert, wenn über einen weiteren *Ausbau der ZBK-Stellen* nachgedacht wird.
- ZBK übernehmen Tätigkeiten, die *nicht in ihren Aufgabenbereich* fallen (sollten). Dadurch fehlt Zeit für die einzelnen Bewohner*innen und ihre Teilhabeförderung.

4.4.2. Ehrenamtler*innen

Ehrenamtler*innen werden neben den Professionellen und den Familienangehörigen als die sogenannte dritte Säule in der Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen gesehen. „Diese Hilfsleistungen sind unverzichtbar, wenn es um die Betreuung jener Zielgruppe von Hilfsbedürftigen und dort besonders von demenzkranken Menschen geht“ (Fischbach & Veer, 2008, S. 235). Durch die drei Säulen soll, so das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2005), die Betreuung für Menschen mit Hilfebedarf verbessert und ihre Lebensqualität gesteigert werden (BMFSFJ, 2005, S. 349). Auch in § 5 Abs. 1 WTG NRW wird die Einbeziehung von bürgerschaftlich Engagierten ausdrücklich genannt, um die Teilhabe der Nutzer*innen am Leben in der Gesellschaft zu sichern. Die Relevanz von ehrenamtlichem Engagement in der Altenhilfe scheint unbestritten, gleichwohl ist aus professionspolitischer Perspektive stets auch kritisch zu hinterfragen, wo die Grenzen zwischen hauptamtlichen und ehrenamtlichen Aufgaben und Tätigkeiten liegen, was in den Interviews ebenfalls zum Ausdruck kommt.

So finden sich in den Interviews einige Hinweise auf die große Bedeutung von Ehrenamtler*innen für die – insbesondere individuelle – Teilhabeförderung, aber auch auf die Notwendigkeit ihrer Anbindung an die hauptamtlichen Kräfte. Die *Koordination der Ehrenamtler*innen erfolgt in den Altenpflegeeinrichtungen über den Sozialen Dienst*. Es wird zwischen den „aktiven“ (EL) oder „regelmäßigen“ (EL) Ehrenamtler*innen und denen, die nur „monatlich“ (EL) oder bei Festen und Feierlichkeiten anwesend sind, unterschieden: „Und das haben wir aufgebaut. Wir haben insgesamt zurzeit um die 30, die wirklich ganz aktiv täglich, wöchentlich oder monatlich ein Ehrenamt bekleiden [...]“ (EL).

Es wird beschrieben, dass das Ehrenamt nicht ausgenutzt werden sollte und *Ehrenamtler*innen nicht als kostenlose Mitarbeiter*innen* betrachtet werden dürften. Eine Gefahr sei es, dass durch Ehrenamtliche die Stellen von Hauptamtlichen eingespart werden könnten und es daher wichtig sei, Ehrenamtler*innen stets als zusätzliche Ressource zu betrachten: „Immer mit der Zielsetzung, niemals irgendeinem Mitarbeiter eine Stelle wegzunehmen, die man darüber einsparen kann. Es gibt ja auch Häuser, die geben sogar einem Ehrenamtler eine Gruppenleitung für ein Beschäftigungsangebot, das kann und darf nicht Sinn und Zweck von Ehrenamt sein. Ehrenamt soll das Haus bereichern, soll das – soll den Bewohner unterstützen, soll das Haus beleben, soll dem Bewohner Teilhabe ermöglichen. Und wenn der Ehrenamtler dann dafür sorgt zum Beispiel, auch regelmäßige Fahrten zum Friedhof zu ermöglichen, den versicherungstechnischen und finanziellen Rahmen aber von uns bekommt, dann ist das eine tolle Sache, die wir so eigentlich nicht leisten könnten. Die auch nicht refinanziert werden“ (EL). Auch in der Literatur wird das Verhältnis von Haupt- und Ehrenamt durchaus kritisch beleuchtet und davor gewarnt, dass das freiwillige Engagement auch als Kostensenkung herangezogen wird, um hauptamtliche Mitarbeitende zu ersetzen. Darüber hinaus werden, gerade in Bezug auf die Betreuung von Menschen mit Demenz, Gefahren der Unfachlichkeit (falsche Balance zwischen Nähe und Distanz) durch Ehrenamtler*innen kritisch angeführt (Fischbach & Veer, 2008, S. 236).

Ehrenamtler*innen werden nach den Schilderungen der Interviewpersonen in den Projekteinrichtungen aber primär für die *individuelle Betreuung und Unterstützung* von Bewohner*innen eingesetzt. Darüber hinaus werden sie als ergänzende *Unterstützung in Gruppenangeboten* innerhalb und außerhalb der Einrichtung (z. B. bei Ausflügen) genutzt.

Die meisten Ehrenamtler*innen haben selbst bereits das *Rentenalter* erreicht und sind mehrheitlich *weiblich*. Das Ehrenamt wird teilweise auch von Angehörigen mit übernommen, manchmal wird dieses nach dem Tod

der Eltern weiter fortgesetzt (Kapitel 4.4.3). Fischbach und Veer (2008) sprechen bei diesen Ehrenamtlichen von den „dankbaren früheren Angehörigen“. Diese engagieren sich aus einer gewissen Verbundenheit mit der Einrichtung aufgrund der guten Pflege der Familienangehörigen und „der Begleitung der eigenen Person“ (Fischbach & Veer, 2008, S. 247).

Im Folgenden werden die als förderlich und hemmend beschriebenen Faktoren in Bezug auf das Ehrenamt wiedergegeben.

Fördernd:

- Ehrenamtler*innen werden als *Unterstützung* angesehen – sie stützen die „dünne Personaldecke“ (ANG) und ermöglichen die Teilhabe für Bewohner*innen: „Ja, wie gesagt, wir haben ja viele Ehrenamtliche auch, die – die sind auch immer parat, also das finde ich faszinierend. Wenn irgendwas ist, sind sie alle da und das ist einfach toll, ne?“ (ZBK).
- Ehrenamtler*innen unterstützen die Hauptamtler*innen bei verschiedenen teilhabefördernde *Gruppenangeboten* und Veranstaltungen innerhalb und außerhalb der Einrichtung.
- Sie werden oft eingesetzt, um *individuelle Wünsche* von Bewohner*innen zu erfüllen und werden hierbei gerade in Bezug auf die Einzelbetreuungen als „Joker“ wahrgenommen.

Hemmend:

- Die Rekrutierung von Ehrenamtler*innen fällt den Einrichtungen schwer und teils wird eine *Abnahme des Interesses* am Ehrenamt benannt, so dass die individuelle Betreuung durch Ehrenamtliche nicht immer sichergestellt werden kann.
- Ehrenamtler*innen sind selbst im Rentenalter sowie meist weiblich und können daher *körperlich anstrengende* Tätigkeiten (z. B. Rollstuhlschieben) oft nur eingeschränkt leisten.

4.4.3. Angehörige

Angehörige⁷² der Bewohner*innen spielen im Alltag von Altenpflegeeinrichtungen eine wichtige Rolle und sind eine besondere Ressource für die Förderung und Ermöglichung von Teilhabe, denn einerseits haben sie einen biografischen Bezug zu den ihnen nahestehenden Bewohner*innen und verfügen daher über spezifische persönliche Kenntnisse und emotio-

72 Angehörige sind hier auch Zugehörige oder entfernte Verwandte.

nale Zugänge zu den Bewohner*innen. Andererseits unterstützen sie die Arbeit der Mitarbeitenden in verschiedenen Aufgaben, die sie mit den oder für die Bewohner*innen übernehmen. Auch im WTG NRW (§ 5 Abs. 1) werden Angehörige als wichtige Ressource zur Ermöglichung der selbstbestimmten Teilhabe genannt. In den Interviews finden sich sowohl Hinweise auf teilhabeförderliche als auch teilhabehemmende Faktoren.

Fördernd:

- Mit Angehörigen werden von den Mitarbeitenden der Pflege und des Sozialen Dienstes Gespräche geführt, um *Informationen über die Biografie* der Bewohner*innen (und somit teilhaberelevante Informationen) zu erhalten – gerade dann, wenn sich die Bewohner*innen nicht mehr äußern können, welche Interessen und Vorlieben sie haben (z. B. im Rahmen von Einzugs- und Biografiegesprächen). Das Bewohner*innenwissen, das Angehörige haben, ist damit ein wichtiger ergänzender Zugang zu biografischen Hintergründen der Bewohner*innen: „Wir brauchen die Angehörigen. Und die Angehörigen wissen Dinge, die wir nicht wissen“ (PFK).
- Angehörige haben darüber hinaus oft eine *intensivere emotionale Bindung* zu den verwandten Bewohner*innen, die einerseits an sich das Erleben einer besonderen sozialen Beziehung ausmacht und andererseits in eventuell schwierigen Situationen vermittelnd oder motivierend wirken kann: „Wir kommen nicht an den Angehörigen vorbei. Die haben eine ganz andere Beziehung zu denen. Die gehen auch über – von ihren – von ihren Emotionen ganz anders an die Bewohner ran“ (PFK). „Die brauchte wirklich den letzten Kick von ihrer Tochter, die gesagt hat: ‚Mama, du hast doch früher immer gemalt.‘ Und sie [hatte] sich, glaube ich, am Anfang gar nicht zu[ge]traut[e], dass sie wieder malen kann [...]“ (PFK).
- Angehörige übernehmen *spezifische Aufgaben in der individuellen Begleitung und Unterstützung der Bewohner*innen*, indem sie beispielsweise Taxifahrten planen, Arzttermine begleiten oder auch Friseurbesuche organisieren: „Das regeln wir dann so, ja. Ansonsten hole ich sie – ja, die Arztbesuche mache ich mit ihr. Da hole ich sie ab. Und was ihr wichtig ist, [...] zum Friseur zu fahren“ (ANG).
- Darüber hinaus unternehmen Angehörige mit den Bewohner*innen oftmals freizeitbezogene *Ausflüge außerhalb der Einrichtung*, wobei das Engagement von Angehörigen unterschiedlich intensiv ist: „Ne? Also wir haben ja eine Gruppe von – von Bewohnern, die auch von Angehörigen noch abgeholt wird, ne? Die also so mobil sind, dass sich das An-

- gehörige zutrauen und das auch machen und dann mit ihren Eltern etwas unternehmen. Da ist allerdings das Engagement von Kindern ja auch unterschiedlich, aus welchen Gründen auch immer, ne?“ (PDL).
- In den Begleitungen ihrer verwandten Bewohner*innen *integrieren* manche Angehörige auch *weitere Bewohner*innen* und fördern ihre Teilhabe, indem sie sich etwa mit mehreren Bewohner*innen unterhalten, etwas Vorlesen oder auch einen Spaziergang unternehmen: „Wir haben sehr viele Angehörige, die sich sehr um ihre eigenen Angehörigen kümmern, die aber auch andere mitnehmen.“ (HW)
 - Viele Angehörige unternehmen nicht nur Einzelbegleitungen mit ihren Verwandten, sondern *unterstützen* auch den Sozialen Dienst bei *Gruppenangeboten* und -aktivitäten innerhalb und außerhalb des Hauses: „Ressourcen über Angehörige, zum Teil. Wie gesagt, ich denke jetzt gerade an diese Singrunde, wo dann die Angehörigen da sich um diese Mappen gekümmert haben, die auch ganz toll gemacht“ (SD). „Hatte mich auch angeboten, wie gesagt, bei Ausflügen mitzufahren“ (ANG).
 - Es gibt Hinweise über verschiedene Arten von *Spenden*, die von Angehörigen übernommen werden. So wird etwa von monetären Spenden und von Sachspenden aus dem Kreis der Angehörigen berichtet. Mit monetären Spenden könnten beispielsweise Ausflüge oder besondere Veranstaltungen finanziert werden – dies trägt somit auch unmittelbar zur Finanzierung von Angeboten der Teilhabeförderung bei. In einzelnen Einrichtungen sind auch Sachspenden in Zusammenhang mit besonderen Veranstaltungen und Aktivitäten möglich; es ist etwa üblich, dass zu Feierlichkeiten Kuchen und Salate gespendet werden.
 - Verschiedene Mitarbeiter*innen beschreiben, dass sich gerade Angehörige *als ehrenamtliche Kräfte* beteiligen – auch, wenn ihre Verwandten bereits verstorben sind, bleiben sie in der Einrichtung aktiv: „Ehrenamt sind aber ganz oft Angehörige, das muss ich auch sagen. Also Angehörige spielen ganz, ganz oft eine große Rolle“ (EL). Durch das ehrenamtliche Engagement kann Teilhabe unterstützt werden (Kapitel 4.4.2).
 - Angehörige stellen schließlich auch dann eine Ressource dar, wenn sie als *Gäste an Veranstaltungen* im Haus teilnehmen, wenn sie Interesse am Leben in der Einrichtung zeigen und auch einfach als Besucher*innen daran teilhaben: „Also für mich ist eine Ressource auch, wenn ich zum Beispiel ein Konzert mache zum Mitmachen, Mitmachkonzert, und sie bitte zu kommen, weil ich weiß, die Bewohner finden das ganz toll, ne, und die helfen dann auch mit. Manche wollen auch nur genießen. Aber es ist auch eine Art Ressource, wenn man die Ressource mal so

ein bisschen weiter sieht. Ne? Die alle ins Boot zu nehmen, das ist schon auch eine Ressource“ (SD).

Hemmend:

- Hemmend für die Teilhabeförderung kann sein, wenn Angehörige zwar *Informationen über Vorlieben und Interessen* der mit ihnen verwandten Bewohner*innen weitergeben, diese aber nicht mehr aktuell sind: „Da ist auch ein bisschen halt [die] Biografie überbewertet, ne? Ich mache jetzt mal ein ganz krasses Beispiel. Wenn jemand früher unheimlich gerne Motorrad gefahren ist, ja, und ganz, ganz viel – das ist er vielleicht in den letzten zehn Jahren zu Hause, wo er in Rente ist, wo vielleicht auch die – eigentlich Augenlicht und so was nachgelassen hat, da gar nicht mehr so gerne gemacht, ja? Dafür hat er vielleicht eine andere Kompensation gefunden“ (EL).
- *Spezifische Ansichten und Ansprüche* von Angehörigen in Bezug auf das Leben ihrer verwandten Bewohner*innen, die sich von jenen der Bewohner*innen und Mitarbeitenden unterscheiden, werden aber auch als teilhabehemmend bzw. Einschränkungen der Teilhabeförderung durch die Mitarbeitenden beschrieben: „Die sich in allem einmischen, immer was zu kritisieren haben. Da stehen also erst mal die Angehörigen. Wieso läuft meine Mutter alleine zu Edeka rüber?“ (PDL); „Der Wunsch der Angehörigen ist, dass die Frau in ihrem Zimmer alleine isst, wobei die Frau oft sagt: ‚Warum muss ich denn auf mein Zimmer? Warum darf ich denn nicht hier mit essen?‘“ (EL).
- Hemmend für die Teilhabeförderung kann dann auch sein, wenn weniger die Wünsche der Bewohner*innen als die *Wünsche der Angehörigen im Mittelpunkt* stehen: „Ich finde, als Einrichtungsleitung ist es eher, dass man die Angehörigen zufrieden stellt als die Bewohner“ (EL).
- Angehörige werden im Einzelfall nicht als Ressource wahrgenommen, weil sie sich nicht engagieren bzw. zu wenig präsent sind. Als Gründe nennen die Mitarbeitenden vor allem das *Alter, die Wohnortdistanz und das berufliche Eingebundensein*: „Ich sage jetzt mal, die faulen Angehörigen. Aber auf der anderen Seite, Angehörige sind vielleicht dann auch schon 70 Jahre oder um den Dreh, oder drüber, haben ihre eigenen Gebrechen oder [stehen] so wie ich am Ende ihrer Berufstätigkeit. Da guckst du auch schon hier, wo kannst du mal eine kleine Pause einlegen? Da sind die auch satt, ne? Die sind einfach schon selbst sehr erschöpft. Und denken, okay, jetzt haben wir das im Pflegeheim [...] entschieden, wir waren die letzten zehn Jahre schon zu Hause da, ne? Wir haben uns dafür jetzt entschieden, ich bringe dir ein Blümchen zu

Muttertag und guten Tag und guten Weg, ne?“ (PFK). Aber auch aus der Angehörigensicht wird eingebracht bzw. bedauert, dass man beruflich zu sehr eingespannt sei und daher leider keine Zeit finde, sich in der Einrichtung zu engagieren: „Weil ich beruflich zu sehr eingespannt und eingebunden bin [...] und deshalb habe ich da gar nicht die Zeit für“ (ANG).

4.4.4. Zusätzliche finanzielle Mittel

Auch zusätzliche finanzielle Mittel der Einrichtungen, welche die Regelfinanzierung ergänzen, fanden im Rahmen der Interviews als relevante Ressourcen Erwähnung. Zum einen werden finanzielle Ressourcen benannt, die die *Einrichtung* betreffen und sich auf zusätzliche Mittel für Personal (z. B. Projektstellen) und – noch häufiger – auf Mittel für besondere Aktivitäten und Sachmittel beziehen. Zum anderen werden finanzielle Ressourcen erwähnt, die individuell für *Bewohner*innen* eingesetzt werden, wenn ihnen finanzielle Mittel für Teilhabeangebote fehlen. Es lassen sich einzelne fördernde und hemmende Faktoren im Rahmen der Interviews identifizieren, welche sich auf zusätzliche finanzielle Ressourcen beziehen.

Fördernd:

- Aus allen vier Projekteinrichtungen gibt es Hinweise, dass *Spenden*, etwa über Sponsoring, Stiftungen oder (eigene) Fördervereine („Wir haben einen eigenen Förderverein, der schon sehr aktiv ist. Und der uns schon einfach Sachen ermöglicht.“, EL), vorhanden sind und genutzt werden, um besondere Teilhabeangebote oder hierfür erforderliche Voraussetzungen zu finanzieren.
- Über Spenden – ausgewählt oder ergänzend -werden auf *Einrichtungsebene* zum Beispiel finanziert:
 - *Gebrauchsgegenstände und Ausstattung*: „Wir haben oben zum Beispiel eine fahrbare Küche, die man also auch durch die Zimmer fahren kann, um da mal was zu machen und ja, die ist über – auch über einen Fonds irgendwie gestiftet worden“ (ZBK); „Viele Busse, ich sage mal so, verteilt worden an – an Altenheime als Spende“ (PDL); „Ja, wir haben jetzt vor kurzem eine [Nintendo] Wii bekommen als Spende“ (HT).
 - *Ausflüge*: „und an Spenden ist auch manchmal – jetzt wie wir wieder – wo Anfang des Jahres wieder so viel Spenden, da können wir

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

- die Ausflüge auch finanzieren. Das kostet ja letztendlich auch. So haben sie das dann finanziert“ (ZBK).
- *Urlaubsfahrten*: „Thema Urlaub, Urlaubsreise [...] Und es ist auch eine sehr kostenintensive Angelegenheit. Da müssen wir noch einen Sponsor finden“ (EL).
 - Spenden werden darüber hinaus auch auf *Bewohner*innenebene* genutzt, um einzelnen Bewohner*innen, die nicht über die finanziellen Mittel verfügen, die *Teilnahme an besonderen Aktivitäten* zu ermöglichen (z. B. über die Finanzierung von Eintrittsgeldern): „Aber die Eintrittskarten und so was“ (BW).
 - Im Rahmen der Interviews mit den „Good-Practice“-Einrichtungen wurden zudem *Projektmittel* benannt, die dann auch für *zusätzliches Personal in befristeten Projekten* genutzt werden können: „Auch immer wieder neue Projektanträge zu bekommen und dadurch auch personelle Ressourcen refinanziert zu bekommen und auch immer weiter innovativ zu denken und das hört auch nicht auf“ (GP Int. 1); „[auf] zwei Jahre, das war eine Projektstelle“ (GP Int. 3).
 - Betont wird, dass das gesamte zur Verfügung stehende Budget ausgenutzt werde, um Teilhabe für die Bewohner*innen zu ermöglichen („Wir schöpfen unsere finanziellen Ressourcen komplett aus“, EL). Dazu sei aber eine *Jahresplanung* notwendig, um alle Kosten im Vorfeld absehen zu können. Diese Jahresplanung wird von den Sozialen Diensten als koordinierende Stelle für die sozialen Angebote übernommen, auch wenn die Einrichtungsleitungen ein „Letztentscheidungsrecht“ über die Finanzen haben: „Genau, also diese Organisation, diese Vorabplanung, ein Jahr vorher oder im Herbst des Jahres vorher, plane ich mit diesen ganzen auch Honorarkräften, die dahinter stehen teilweise. Mit der Berücksichtigung des Budgets, natürlich hat da die Hausleitung den Hauptblick drauf, aber so grob weiß ich ja auch, was wer bekommt“ (SD).
 - Als förderlich wird zudem benannt, wenn eine *Personalstelle* – etwa auf Ebene des Trägers und nicht nur auf Ebene der Einrichtung – *für die Akquise von Spenden und Projektmitteln* zuständig ist: „Es gibt auch eine Stelle, [...] wer sich um – um Spendengelder kümmert“ (PFK).

Hemmend:

- Prinzipiell wird mehrfach erwähnt, dass die *finanzielle Situation in Altenpflegeeinrichtungen* – insbesondere mit Bezug auf die personellen Ressourcen – *grundsätzlich unzureichend* ist: „Finanzielle Mittel, finanzi-

ell ist immer alles zu wenig im Altenheim. Das ganze Gesundheitswesen ist aus meiner Sicht unterbezahlt“ (PDL).

- Als spezifischer hemmender Faktor in Bezug auf zusätzliche finanzielle Mittel wird konkret aber nur der zusätzliche *administrative Aufwand* für ihre Akquise und Verwaltung benannt: „Trotzdem ist da auch irgendwie sehr viel Sachbearbeitung mit verbunden, und Mails schreiben und dergleichen“ (EL).

4.4.5. Mobilitätshilfen und -unterstützung

Mobilitätshilfen und eine personelle Unterstützung der Mobilität von Menschen mit Handicaps stellen zentrale Ressourcen für die Ermöglichung von selbstbestimmter Teilhabe dar, was nicht nur für Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen gilt: „Lediglich in eingeschränktem Maße mobil sein zu können oder gänzlich auf Mobilität verzichten zu müssen, grenzt daher nicht nur die allgemeine Partizipations-, sondern auch die Möglichkeiten gesteigerter Lebensqualität im Alter merklich ein“ (Böhmer, 2015, S. 132). Die Mobilität in den Altenpflegeeinrichtungen wird – nach Aussagen der Interviewpersonen – vor allem über personelle Ressourcen hergestellt, die in Begleitungen durch Mitarbeitende (v. a. Pfleger*innen, Sozialdienstmitarbeiter*innen und ZBK) sowie Helfer*innen (Ehrenamtler*innen, Praktikant*innen) liegen. Darüber hinaus werden auch sachliche Ressourcen benannt, die als Mobilitätshilfen für die Ermöglichung von Teilhabe eingesetzt werden (z. B. Fahrzeuge).

Mobilität innerhalb der Einrichtung

Als Anlässe zur individuellen Mobilität innerhalb der Einrichtung für Bewohner*innen, die auf Mobilitätsunterstützung angewiesen sind, werden die *Mahlzeiten, Veranstaltungen und Angebote im Haus* benannt. Die Mobilitätsunterstützung bezieht sich hier auf die Bewohner*innen, die sich aufgrund von physischen und/oder psychischen Einschränkungen nicht selbstständig zu diesen Aktivitäten bewegen können. Diese *personelle Unterstützung* ist innerhalb der Einrichtung täglich mit einem nicht unerheblichen Aufwand verbunden, aber inzwischen vor allem auch durch Mitwirkung der zusätzlichen Betreuungskräfte regulär gewährleistet. Bei den Angeboten des Sozialen Dienstes ist die Schnittstelle zwischen Pflege und Sozialem Dienst von Bedeutung und mit hier wesentlichen fördernden sowie

hemmenden Faktoren verbunden (Kapitel 4.3.3.3), damit – nach Prozessen der Pflege (z. B. Toilettengang) – eine rechtzeitige Mobilitätsunterstützung vor den Angeboten bzw. ein rechtzeitiger Transfer zu den Angeboten gewährleistet werden kann. Für die anderen Bewohner*innen, die sich selbstständig bewegen, sind in diesem Zusammenhang vor allem *Mobilitätshilfen* wie Gehstöcke, Rollatoren und Rollstühle von Bedeutung.

Mobilität außerhalb der Einrichtung

Einzelne Bewohner*innen, die mobil und „orientiert“ sind, bewegen sich auch selbstständig außerhalb der Einrichtung (Kapitel 4.2.1 und 4.3.1). Hier dienen wiederum *Hilfsmittel* wie Rollatoren und Rollstühle der Mobilitätsunterstützung, wobei hier auch Elektrorollstühle eine besondere Rolle einnehmen: „Elektrorollstuhl: Spielt hier aber dann wieder eine ganz große Rolle. Das gibt es schon Bewohner, die sich dann eigenständig bewegen“ (EL). Auch nutzen einzelne Bewohner*innen den *öffentlichen Nahverkehr*, sofern sie selbstständig in die Umgebung fahren möchten (und sich die dadurch entstehenden finanziellen Kosten leisten können).

Für Einzelausflüge von Bewohner*innen werden auch *Taxifahrten* genutzt, die insbesondere bei Kosten für ein behindertengerecht ausgestattetes Taxi als hoch eingeschätzt werden: „Und Taxifahrten für Behinderte sind sehr teuer, also wenn man jetzt so ein Behindertentaxi bestellt“ (PDL). Aber auch insgesamt ist zu erkennen, dass Einzelausflüge, die nicht durch ein Angebot der Einrichtung berücksichtigt werden, oft nur über die Eigenmittel von Bewohner*innen finanzierbar sind: „Vielfach wird das ja dann hier mit dem Taxi geregelt. Die, die sich das finanziell dann leisten können“ (HW).

Drei der vier Projekteinrichtungen verfügen über ein *eigenes Fahrzeug* (z. B. Kleinbus), um damit auch die Mobilität der Bewohner*innen, etwa im Rahmen von Ausflügen, zu gewährleisten. Die Anschaffung der einrichtungseigenen Fahrzeuge wird oft über Spenden (mit)finanziert. Für besondere Ausflüge wird auch schon mal ein *Reisebus gemietet*: „[...] einen Reisebus, in den tatsächlich alle Rollstühle [der Personen], die dann mitmöchten, auch rein passen. Weil Ausflüge mit Rollstuhlfahrern [sind] immer unheimlich schwierig“ (EL).

Die Unterstützung der Mobilität außerhalb der Einrichtung ist in den Einrichtungen *unterschiedlich organisiert*. Während Fahrzeuge in beinahe jeder Einrichtung vorhanden sind, so variiert die Organisation der Begleitedienste, gleichwohl Begleitedienste als bedeutsamer teilhabefördernder Fak-

tor beschrieben werden: „Also oberstes Thema [sind] eigentlich Begleitedienste, um überhaupt mal außerhalb des Altenheims am Leben teilnehmen zu können“ (ZBK). Hol- und Bringdienste werden selten zentral gesteuert, sondern scheinen dem jeweiligen Arbeitsprozess zugehörig: „Es gibt aber keinen Hol- und Bringdienst, wo wir Termine machen, die muss jetzt da in die Kirche, da musst du die abholen, du musst die abholen, so organisiert ist es nicht. Aber wenn im Pflegeplan steht, Bewohner Frau XY geht sonntags in die Kirche, muss hingebacht werden, dann reicht das. Dann ist das der Auftrag an – an – an die Pflege, ja?“ (PDL).

Fördernd:

- Als förderlich (hinsichtlich der Teilhabe außerhalb der Einrichtung) wird gesehen, wenn der Einsatz von Fahr-, Hol- und Bringdiensten zur Begleitung von Bewohner*innen außerhalb der Einrichtung von einer *Funktionsstelle* (hier z. B. dem Sozialen Dienst) *koordiniert* wird.
- Gleichmaßen ist fördernd, wenn überhaupt hinreichend *personale Ressourcen zur Begleitung* in der Mobilität außerhalb des Hauses vorhanden sind – Erwähnung finden hier insbesondere zusätzliche Betreuungskräfte, Ehrenamtler*innen und Maßnahmeteilnehmer*innen.
- Vereinzelt wird davon berichtet, dass die jeweilige *Kommune die Finanzierung von Taxifahrten* in einem begrenzten Umfang übernimmt: „Scheinbar ist da der Kreis recht großzügig. Die können dann so zwei, drei, manchmal auch vier Taxifahrten im Monat kostenlos haben“ (PDL); „Das gibt es ja, glaube ich, in anderen Städten nicht, (hm-hm) dass diese Fahrmarken ermöglichen, dass man wirklich auch teilhaben kann an Sachen außerhalb“ (SD).

Hemmend:

- *Regulär installierte Fahr-, Hol- und Bringdienste* für die Unterstützung der Mobilität von Bewohnern*innen außerhalb der Einrichtung *fehlen*. Zwar ist dies nach SGB IX und nach dem Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI bezogen auf Fahrdienste außerhalb der Einrichtung nicht geregelt, d. h., dies ist keine Aufgabe der Einrichtung. Dennoch könnten regulär installierte Fahrdienste die selbstbestimmte Teilhabe unterstützen und wären daher aus der Teilhabeperspektive förderlich.
- Ausflüge von Bewohner*innen, die nicht im Rahmen eines Angebotes der Einrichtung erfolgen, können nur über die *Eigenmittel* der Bewohner*innen finanziert werden. Die finanziellen Ressourcen von vielen Bewohner*innen sind aber aufgrund der hohen Kosten in einem Altenpflegeheim bereits gering. Die zusätzliche finanzielle Belastung kann

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

dazu führen, dass individuelle Einzelausflüge aus diesem Grund nicht stattfinden.

- Die *Anzahl der Rollstühle*, die in einrichtungseigenen Fahrzeugen transportiert werden können, ist häufig geringer, als die Nachfrage bei Ausflügen.
- Die Nutzung der Einrichtungsfahrzeuge, so eine Interviewperson, ist gekoppelt an einen *Personenbeförderungsschein*, wenn Fahrten geschäftsmäßig⁷³ durchgeführt werden. Wenn dieser nicht vorliegt, darf das Fahrzeug in diesen Fällen nicht von Personen gefahren werden, die auch individuelle Begleitungen ermöglichen könnten (z. B. von Ehrenamtlichen, freiwilligen Diensten, Praktikant*innen).

4.4.6. Räume

Räume sind insofern wichtige Ressourcen für die Teilhabeförderung, als dass sie das Setting der Alltags- und Angebotsgestaltung innerhalb der Einrichtung ausmachen und mitbestimmen. In den Interviews haben sich die Aussagen zu Räumen sowohl auf Einzel- als auch auf Gruppenangeboten bezogen.

Einzelangebote innerhalb einer Einrichtung können an unterschiedlichen Orten in einer Einrichtung stattfinden (z. B. im Bewohner*innenzimmer, Aufenthaltsraum, in Multifunktionsräumen). Hierzu wird oft der Wunsch beschrieben, einen Ort zu haben, an dem man mit den Bewohner*innen auch ungestört sein kann. Gruppenangebote finden oft in Aufenthaltsräumen in den Wohnbereichen oder in zentralen Räumlichkeiten statt, die für größere Gruppen ausgelegt sind. Bei Letzteren handelt es sich oft um Multifunktionsräume, die beispielsweise mit mobilen Möbeln und Trennwänden vielseitig genutzt werden. Zwei Einrichtungen verfügen über sogenannte Gymnastikräume, welche aber auch für andere Angebote genutzt werden.

Fördernd:

- Trotz räumlichen Mangels wird versucht, *kreativ* mit der Situation umzugehen. Es wurden *mobile Möbel und Trennwände* angeschafft, um An-

73 Geschäftsmäßig bedeutet in diesem Zusammenhang nicht unbedingt entgeltlich, aber regelmäßig und auf die Aufgaben der Einrichtung bezogen. Wenn jedoch ein/e Ehrenamtler*in eine/n Bewohner*in in seinem PKW mitnimmt, braucht er dafür keinen Personenbeförderungsschein.

gebote vielseitig gestalten zu können. Somit wird der Raummangel kompensiert.

Hemmend:

- Die Mehrzahl der Mitarbeitenden gibt im Rahmen der Interviews an, dass die *räumlichen Ressourcen* zu gering sind. Gerade durch die – mit den zusätzlichen Betreuungskräften – gewachsene Anzahl der Mitarbeitenden in der sozialen Betreuung sei es eine Herausforderung, für die breite Anzahl von Einzel- oder Gruppenangeboten angemessene Räumlichkeiten zu finden. Die Raumbelegung ist dadurch teils schwer zu gestalten. Eins-zu-eins-Betreuungen werden v. a. in den jeweiligen Bewohner*innenzimmern durchgeführt, obwohl hier häufig der Wunsch genannt wird, Einzelbetreuungen in anderen Räumen anbieten zu können: „Wäre schön, wenn da noch einer da wäre, wo sich vielleicht auch ein Betreuungsassistent mal mit jemandem einzeln zurückziehen kann“ (HW).
- In einer Einrichtung wird beklagt, dass *zu viele kleine Räumlichkeiten* vorhanden sind, so dass größere Gruppenangebote schlecht realisiert werden können: „Weil also das, was uns manchmal mangelt an geschlossenen Räumen für Großgruppen, haben wir ja ganz, ganz viel für kleine [Gruppen]. Überall steht ein Tisch mit ein paar Stühlchen“ (EL).
- Da mehrheitlich Multifunktionsräume genutzt werden müssen, besteht ein hoher zeitlicher *Aufwand* durch das anschließende Aufräumen und *Umgestalten* der Räume: „Also zum einen ist es natürlich – viel Arbeit entsteht dadurch, dass wir die Räume immer für verschiedene Anlässe wieder umgestalten müssen. Dieser Pavillon, den man abtrennen kann, für einen Filmnachmittag,[da] muss ich die ganzen Tische wegräumen, nachher wieder alle hinräumen“ (SD). Diese Zeit, die in das Auf- und Umräumen investiert wird, könnte auch in die Ermöglichung von Teilhabeangeboten investiert werden.
- In einem Haus wird bemängelt, dass die Räumlichkeiten aufgrund des „*Krankenhauscharakters*“ nicht zeitgemäß und wenig ansprechend gestaltet sind.

4.4.7. Vernetzung mit dem Quartier

Das Quartier als *Wohnumfeld* der Einrichtungen in ihrer Kommune wird von den Interviewten nicht nur als Ort der Teilhabe (siehe Kapitel 4.2.1), sondern auch *als besondere Ressource* für die Teilhabeförderung betrachtet,

wenn die Einrichtung mit diesem hinreichend vernetzt ist. Insbesondere im Rahmen der „Good-Practice“-Analyse wurden Prinzipien und Vorgehensweisen der Quartiers- bzw. Sozialraumorientierung benannt und bei der Frage nach „Ansätzen der Teilhabeförderung“ ausdrücklich hervorgehoben oder sogar primär aufgeführt. Aber auch in den Interviews in den Projekteinrichtungen sowie im Rahmen der trägerübergreifenden Gruppendiskussion finden sich einige Hinweise auf Verbindungen mit dem Quartier und deren Notwendigkeit für die Teilhabeförderung. Insgesamt wird einerseits die Relevanz der Vernetzung und Kooperation mit anderen Institutionen im Quartier und andererseits die Notwendigkeit von *Öffnungen* der stationären Altenhilfe *für und in das Quartier* benannt.

Die *Kooperation und Vernetzung mit anderen Institutionen und Gruppen* aus unterschiedlichen professionellen und bürgerschaftlichen Sektoren im Quartier wird als wichtige Voraussetzung oder sogar als das „A und O“ (GP Int. 2) für eine quartiersorientierte Arbeit betrachtet, welche damit auch erst *Öffnungen* der Einrichtungen für und in das Quartier ermöglicht.

Eine *Öffnung für das Quartier* impliziert prinzipiell eine erweiterte Nutzung von Angeboten und Räumen einer Pflegeeinrichtung durch Bürger*innen oder Netzwerke – etwa Vereine und Gremien – aus dem Quartier. Die Teilhabe der Bewohner*innen der Einrichtung kann hier gefördert werden, weil dadurch das Quartier quasi „ins Haus kommt“ und Kontakte entstehen können. Eine *Öffnung für das Quartier* kann aber auch implizieren, dass Bürger*innen oder Institutionen aus dem Quartier in die Einrichtung bewusst eingeladen werden, um Angebote für und mit den Bewohner*innen durchzuführen (z. B. die Kita oder der Karnevalsverein). Weitergehend kann eine *Öffnung für das Quartier* auch auf eine Ausdifferenzierung des bisherigen Angebotsspektrums sowie auf veränderte Angebotsstrukturen der stationären Altenhilfe bezogen werden, indem sich etwa ambulante Hilfen mit stationären Angeboten bedarfsgerecht ergänzen (Bleck et al., 2018, S. 5). Beide hierzu zählenden *Öffnungsperspektiven* für das Quartier werden von den Einrichtungen geschildert – hier zum Beispiel das Stadtteilfrühstück, der geöffnete Gottesdienst, das Sommerfest, der „REHA-Sport“, die Kita und der Musiklehrer in der Einrichtung sowie ein differenziertes Angebotsspektrum, das neben der vollstationären Pflege auch etwa eine Beratung, Begegnungsstätte und Tagespflege beinhaltet.

Für die Verwirklichung der Teilhabe von Bewohner*innen am Leben in der Gesellschaft außerhalb der Einrichtung sind *Öffnungen in das Quartier* zentral. Diese beziehen sich dann auf Nutzungen des Quartiers durch die Bewohner*innen der Pflegeeinrichtungen und soll ihre soziale Teilhabe

vor Ort im Wohnumfeld fördern (Bleck et al., 2018, S. 5), Auch diese Öffnungsperspektive wurde in den Interviews mehrfach aufgegriffen- hier etwa das Generationenkonzert oder der traditionelle Kirmesbesuch.

Das Quartier nimmt eine relevante Stellung in der Ermöglichung von Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ein. Dazu sollen im Folgenden die förderlichen und hemmenden Faktoren dargestellt werden.

Fördernd:

- Mehrere Interviewpartner*innen geben im Rahmen der durchgeführten Interviews an, dass es *Kooperationen und Vernetzungen* mit (evangelischen und katholischen) Kirchengemeinden, Kitas, Schulen und Vereinen (beispielsweise Schützen-, Hospiz-, Gesangs-, Musik- und Hundeverein sowie Altenhilfeverein) gibt. Eine Einrichtung erwähnt auch die Beteiligung an einem „kommunalen Aktionsbündnis Senioren“ (PDL). Über diese Verbindungen entstehen zur Nutzung von Teilhabeangeboten für die Bewohner*innen innerhalb und außerhalb der Einrichtungen Zugänge, die über politische Mitwirkung verbessert werden können.
- Es gibt verschiedene *Aktivitäten*, die außerhalb von der Einrichtung geplant und gezielt *im Quartier* stattfinden (Theater, Aktivitäten in einer Veranstaltungshalle, Quartiersfeste; Kapitel 4.2.1.2). Die Teilhabe der Bewohner*innen vor Ort – als Bürger*innen des Quartiers – wird so von Einrichtungsseite aktiv unterstützt: „Ja, wir verknüpfen ja im Moment mit der Teilhabe die Teilhabe am Gemeinwesen, das heißt, teilnehmen an den Festen und Angeboten der Stadt“ (PDL).
- Des Weiteren wird von verschiedenen Einrichtungen beschrieben, dass es auch Veranstaltungen gibt, die innerhalb des Hauses stattfinden – indem das *Quartier „ins Haus geholt“* wird (Modenschau/Modegeschäft, Supermarkt; Kapitel 4.2.1.1). Diese Kontakte zum Einzelhandel stellen gerade für ländlich gelegene Einrichtungen eine relevante teilhabeförderliche Methode dar, um einen „normalen“ Alltag durch ein „Kund*innengefühl“ aufrechtzuerhalten.
- Fördernd für die Vernetzung ist eine im Quartier wahrnehmbare *Öffentlichkeitsarbeit* von Seiten der Einrichtungen.
- Einrichtungen, die städtisch liegen, haben *kurze Wege* zu Einrichtungen des täglichen Bedarfs. Dies wird von den meisten Befragten als sehr vorteilhaft angesehen, um Zugänge zur Teilhabe an Infrastrukturen zu haben.

4. Ergebnisse der qualitativen Analyse

Hemmend:

- Kritisch beleuchtet wird, *inwieweit Bewohner*innen mit zunehmenden Beeinträchtigungen* von Öffnungen der Altenpflegeeinrichtungen für und zum Quartier *adäquat profitieren* können. Im Zuge der „Good-Practice“-Analyse wurde dies bestätigt: „Die demenziell veränderten Menschen sind, was die klassische Quartiersarbeit im engeren Sinne angeht, nicht so integriert. Das ist sehr, sehr schwierig bei der Angebotsstruktur [...] es gibt möglicherweise Ansätze, wie man das noch verbessern kann“ (GP Int. 2).
- Als hemmender Faktor wird auch eine *ungünstige geografische Lage* von Einrichtungen erachtet. Eine Projekteinrichtung liegt etwa auf einer Anhöhe. Diese Lage wird als teilhabehemmend für die Bewohner*innen angesehen, da die in ihrer Mobilität eingeschränkten Bewohner*innen die Einrichtung nicht ohne Hilfe verlassen können, um beispielsweise einen Supermarkt aufzusuchen oder in die Stadt zu gehen. Auch für Helfer*innen stellt dies ein Hindernis dar, da es viel Kraft erfordere, um eine im Rollstuhl sitzende Person hinaufzuschieben. Um diese Hemmnis abzubauen, gibt es einen Bus, der von der Einrichtung zur Verfügung gestellt wird. Darüber hinaus kann auch ein Bürger*innenbus genutzt werden, welcher direkt vor der Einrichtung hält.

4.5. Zwischenfazit zur qualitativen Analyse

In Anbetracht der in diesem Kapitel vorgestellten Untersuchungsergebnisse ist zunächst als Zwischenfazit zur qualitativen Analyse festzuhalten, dass die praktische Verwirklichung des Rechts auf selbstbestimmte Teilhabe von Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst ist. Damit schließen die Ergebnisse der qualitativen Analyse an die in den Kapiteln 2.2 und 2.3 erläuterten Erkenntnisse und Vorüberlegungen aus dem Forschungsstand und der konzeptionellen Rahmung an, bestätigen diese aber nicht nur, sondern differenzieren sie auf empirischer Grundlage maßgeblich aus, indem ein umfassendes Raster zentraler Themenkategorien mit fördernden und hemmenden Faktoren auf unterschiedlichen Analyseebenen herausgearbeitet werden konnte. So hat sich in den Einzel- und Gruppeninterviews im Rahmen von STAP ebenso wie in der projektergänzenden „Good-Practice“-Analyse deutlich bestätigt, dass die *Förderung von selbstbestimmter Teilhabe kein monoliner, auf wenige Faktoren begrenzter Prozess* ist, sondern dass diese stets eine „Wechselwirkung von mehreren Komponenten“ (Garms-Homolová &

Theiss, 2009a, S. 190) darstellt, deren Bedeutung somit auch je Bewohner*in und Situation variieren kann. Angeregt durch die konzeptionellen Vorüberlegungen, orientiert an den Forschungsfragen sowie dann insbesondere geprägt durch das empirische Material im Rahmen von STAP wurden die in der qualitativen Analyse identifizierten fördernden und hemmenden Faktoren auf den Ebenen der Bewohner*innen, der Mitarbeitenden und der Einrichtung unterschieden. Davon getrennt wurden die Wünschäußerung und -erfassung als zentraler Ausgangsprozess der Teilhabeförderung festgehalten, auf den die Berücksichtigung und Verwirklichung gewünschter Teilhabe im Kontext der Alltags- und Angebotsgestaltung innerhalb und außerhalb von Altenpflegeeinrichtungen folgt bzw. folgen sollte. Darüber hinaus wurden besondere Ressourcen für die Teilhabeförderung identifiziert und erläutert.

Aus der Vielfalt der vorgestellten fördernden und hemmenden Faktoren sollen im Folgenden noch einmal wesentliche Ergebnisbereiche resümierend hervorgehoben werden, die in besonderer Weise in ihrer Relevanz bestätigt wurden: durch die vielfache Betonung aus unterschiedlichen Perspektiven (z. B. durch Mitarbeiter*innen verschiedener Ebenen und Einrichtungsbereiche, Angehörige und Bewohner*innen), in unterschiedlichen Themenbereichen (z. B. Faktoren, die auf verschiedenen Ebenen wiederholend vorkommen) und verschiedenen Erhebungszugängen (Einzelninterviews, Beobachtungen, Gruppeninterviews, „Good-Practice“-Analyse) sowie Validierungszugängen (z. B. Lernworkshops mit den Projekteinrichtungen, Projektratssitzungen, Tagung der Bewohner*innenbeiräte).

Der Themenkomplex „*Wünsche der Bewohner*innen*“ bzw. der Umgang mit ihren Wünschen wurde in STAP in der ersten der beiden übergeordneten Untersuchungsfragen berücksichtigt und somit bereits im Vorfeld der empirischen Erhebungen als zentral erachtet. Im Rahmen der qualitativen Analysezugänge – insbesondere der Expert*inneninterviews und Fokusgruppen – wurde der Themenkomplex „Wünsche“ – und damit die Annahme, dass Teilhabeförderung entsprechend den individuellen Wünschen der Bewohner*innen differenziert erfolgen muss – nicht nur vielfach thematisiert, sondern auch in seiner Relevanz als Ausgangsprozess zur Förderung und Realisierung von selbstbestimmter Teilhabe deutlich bestätigt. Zur Feststellung und Berücksichtigung von Wünschen sind die Voraussetzungen zur *Wünschäußerung* bei den Bewohner*innen sehr heterogen. Daher sind die Einbeziehungsformen durch Mitarbeitende individuell an den oder die Bewohner*in anzupassen, aber auch Wünsche der Nichtteilhabe einzelner Bewohner*innen sensibel zu berücksichtigen und zu akzeptieren. Gerade *institutionellen Reglementierungen* sowie dem Anpassungsver-

halten von Bewohner*innen an empfundene oder existierende institutionelle Vorgaben oder Abläufe sollte von Seiten der Mitarbeitenden bewusst entgegengewirkt werden. Vielmehr sollten die Bewohner*innen bereits im Rahmen der Einzugsphase motiviert werden, ihre Wünsche zu äußern, damit hier kein Anpassungs- und Rückzugsprozess seitens der Bewohner*innen erfolgt.

Festzuhalten ist auch, dass bereits ausreichend *formelle und informelle Erfassungs- und Kommunikationsformen* existieren, bei denen aber teilhabebezogene Wünsche grundsätzlich mehr Gewicht erhalten sollten. Doch nicht nur in der für das Einleben der Bewohner*innen wichtigen Einzugsphase sollten Wunscherfassungen im Rahmen der vorhandenen Instrumente (wie Einzugsgespräch, Pflegeanamnese) stattfinden, sondern auch im weiteren Verlauf, nach der Eingewöhnungsphase, sollten Wünsche in regelmäßigen Abständen erfragt oder geweckt und erfasst werden (z. B. im Rahmen der weiteren Pflegeprozessplanung). Um die Wünsche von Bewohner*innen für die Angebotsgestaltung zu berücksichtigen, hat beispielsweise eine Einrichtung eine sogenannte „Wunschrunde“ implementiert, die als ein niedrigschwelliges Angebot für alle Bewohner*innen entwickelt wurde. Neben dem Bewohner*innenbeirat, der auch verschiedene Zugänge der Wunscherfassung anbietet (z. B. über Sprechstunden), bietet dieses Format eine Möglichkeit, sich individuell zu beteiligen und Wünsche gegenüber dem Sozialen Dienst in Bezug auf die Angebote zu äußern. Zu benennen ist aber auch, dass aus Sicht der Bewohner*innen nur wenige konkrete Teilhabewünsche genannt wurden, was möglicherweise mit der Interviewsituation zusammenhängt, aber wohl auch darauf zurückzuführen ist, dass die jetzige Bewohner*innenschaft, die der (Nach-)Kriegsgeneration angehört, seltener Anforderungen stellt. Gleichwohl konnten in den anderen Interviewzugängen Teilhabewünsche sowie fördernde und hemmende Faktoren zu ihrer Berücksichtigung identifiziert werden. Die Erfassung und Berücksichtigung von Wünschen der Teilhabe sollte professions- bzw. bereichsübergreifend im Selbst- und Aufgabenverständnis intensiver verankert werden. Dabei sind auch Zugänge zu und die Zusammenarbeit im Rahmen von bestehenden Kommunikations- und Dokumentationsformen (z. B. Übergaben, Instrumente des Pflegeprozesses) stärker für das „gesamte Team“ zu berücksichtigen. Wenn danach gefragt wird, wird Teilhabeförderung zwar ausdrücklich als bereichsübergreifende Aufgabe verstanden, bislang wirkt aber immer noch ein gewisses „Säulendenken“ zwischen den verschiedenen Bereichen ebenso hemmend wie nicht hinreichend transparente oder gestaltete Schnittstellen zwischen den Einrichtungsbereichen. Auch wenn bisher typischerweise und im Wesentlichen

der Soziale Dienst eine koordinierende Funktion in der Förderung selbstbestimmter Teilhabe übernimmt, so ist dieser abhängig von der Kooperation mit den anderen Bereichen. Zudem ist die Förderung selbstbestimmter Teilhabe eben ausdrücklich nicht nur Aufgabe des Sozialen Dienstes, sondern eine bereichsübergreifende Aufgabe, die sowohl im gemeinsamen, kooperativen Handeln unterschiedlicher Bereiche zum Ausdruck kommen sollte als auch unmittelbar in Alltagssituationen der jeweiligen Bereiche stattfinden kann – etwa im Rahmen der pflegerischen Versorgung ebenso wie bei den Mahlzeiten oder in der Zimmergestaltung.

Neben der unmittelbaren Berücksichtigung von Wünschen der Teilhabe in verschiedenen Alltagssituationen findet Teilhabeförderung über die Planung und Gestaltung von Einzel- und Gruppenangeboten innerhalb und außerhalb der Einrichtungen statt. Hier sollte leitend sein, die *Teilhabeförderung und -verwirklichung in den verschiedenen Kontexten der Alltags- und Angebotsgestaltung* stets an den Prinzipien der Selbstbestimmung und Normalität auszurichten. Um angesichts – auch im Sozialen Dienst – begrenzter personeller Ressourcen möglichst vielen Bewohner*innen zeitgleich Teilhabe zu ermöglichen, sind Angebote innerhalb und außerhalb der Einrichtung in Gruppenform ein wesentliches Setting der Teilhabeförderung. Daneben finden Kleingruppenangebote und Einzelbetreuungen – seit Einführung der zusätzlichen Betreuungskräfte in einem größeren Umfang als davor – statt. Gerade die von zusätzlichen Betreuungskräften und teils auch Ehrenamtler*innen durchgeführte Einzelbetreuung ermöglicht die Verwirklichung individueller Wünsche der Teilhabe innerhalb sowie außerhalb der Einrichtung und dabei etwa auch die individuelle Betreuung von bettlägerigen Bewohner*innen, die selten an Gruppenangeboten teilnehmen. Demgegenüber bieten Gruppenangebote aber eben auch den Zugang zu einer Gemeinschaft in der Gruppe des Angebotes. Allerdings ist zu beachten, dass in der Planung und Gestaltung von Gruppenangeboten keine „Normierungen“ vorgenommen werden, die der Teilhabe nach dem Prinzip der Selbstbestimmung widersprechen. Normierungstendenzen entwachsen – nach Darstellungen in den Interviews – etwa aus den Gedanken, keine/n im Sinne der Gemeinschaft zu bevorzugen, oder der Effizienz, mit einer/m Mitarbeitenden möglichst viele Bewohner*innen zu erreichen. So werden Angebote bevorzugt für mehrere Personen bereitgestellt und möglicherweise vor allem dann als erfolgreich erachtet, wenn viele Bewohner*innen daran teilnehmen – der aus Sicht von STAP primäre Gedanke einer Teilhabeförderung, die auch den individuellen Wünschen entspricht, gerät dadurch aber unter Umständen in den Hintergrund.

Ferner wurden in der qualitativen Analyse (weitere) fördernde und hemmende Faktoren zur selbstbestimmten Teilhabe auf Ebene der Bewohner*innen, Mitarbeiter*innen und Einrichtung ermittelt. So konnte zunächst auf Ebene der Bewohner*innen ausdifferenziert werden, dass die Voraussetzungen der Bewohner*innen zur selbstbestimmten Teilhabe und ihrer Förderung äußerst heterogen sind. Auf Basis der Einzel- und Gruppeninterviews wurden *verschiedene Bewohner*innengruppen* identifiziert, die sich vor allem auf physische und psychische Voraussetzungen bezogen haben: (1) „Orientierte“ Bewohner*innen (unterteilt in „aktive“ und „sich zurückziehende“ Bewohner*innen), (2) kognitiv eingeschränkte und psychisch veränderte Bewohner*innen, (3) physisch stark eingeschränkte Bewohner*innen sowie (4) Bewohner*innen in der Sterbephase. Darüber hinaus wurden weitere Differenzmerkmale benannt und festgehalten, die sich querliegend zu den oben benannten Unterscheidungen auf das Geschlecht, die Herkunft und die finanzielle Situation der Bewohner*innen beziehen. Die Unterteilung der Bewohner*innenschaft zeigt nicht nur auf, dass die Voraussetzungen zur Teilhabeförderung der Bewohner*innen heterogen sind, sondern sie verweist auch auf mögliche Unterscheidungen in Teilgruppen innerhalb der Bewohner*innenschaft, die teilweise auch unter den Mitarbeitenden pragmatisch einer Zuordnung von in Frage kommenden Bewohner*innen für spezifische Gruppenangebote oder Einzelbetreuungen dient. Hierbei wird offenbar im Vorfeld überlegt, wer an welchem Angebot teilnehmen kann.

In Bezug auf Voraussetzungen auf Seiten der Mitarbeiter*innen war die Annahme verbreitet, dass die persönlichen „Eigenschaften“ und *Kompetenzen der Mitarbeitenden* (oft wurde ausgesagt, dies sei „personenabhängig“) maßgeblich für die Qualität und Intensität der Teilhabeförderung von Bewohner*innen verantwortlich seien. Sofern diese flexibel in ihrer Arbeitsweise sind und mit hohem Arbeitsengagement agieren sowie hinreichend über soziale Kompetenzen verfügen, gilt dies für Mitarbeitende als teilhabeorientiert bzw. -förderlich. Darüber hinaus konnten aber auch weitere Inhalte in anderen Kompetenzdimensionen erfasst werden, die auf Seiten der Mitarbeiter*innen Zugänge zur Teilhabeförderung unterstützen und teilweise auch über Fortbildungen vermittelbar wären (z. B. in Bezug auf spezifische Fach- und Methodenkompetenzen).

Damit die Teilhabeförderung aber nicht abhängig von persönlichen Eigenschaften der einzelnen Mitarbeitenden bleibt, ist von zentraler Bedeutung, dass das Thema der selbstbestimmten Teilhabe von Bewohner*innen auf Ebene der Organisation bzw. Einrichtung verankert und gefördert wird. So hat sich in der qualitativen Analyse eine entsprechende *Organisati-*

onskultur als wesentlicher Faktor zur Unterstützung der selbstbestimmten Teilhabe in stationären Altenpflegeeinrichtungen herausgestellt. Um eine solche Organisationskultur zu entwickeln und dauerhaft zu begünstigen, ist es von Bedeutung, dass das Leitungsteam aus unterschiedlichen Bereichen einer Einrichtung ein gemeinsames Verständnis – mit geteilten Orientierungen und Werten – der Förderung von selbstbestimmter Teilhabe in dieser Einrichtung hat und dass dieses Verständnis immer wieder im Arbeitsalltag geplant oder spontan situativ thematisiert wird. Einem „Säulendenken“ zwischen den Bereichen und Tendenzen zu einem gewissen „Versorgungsprimat“ (Primat der „medizinisch-pflegerischen Versorgung“ gegenüber der „sozialen Betreuung“ der Bewohner*innen) sind hier zugunsten einer gemeinsamen, bereichsübergreifenden Idee und Praxis selbstbestimmter Teilhabe entgegenzuwirken.

Um gemeinsame Bezugspunkte und Grundlagen zur Förderung selbstbestimmter Teilhabe zu haben, scheint auch dessen *Verankerung in Konzepten* der Einrichtung hilfreich. Bislang finden sich zwar einzelne Bezugnahmen auf die Begriffe Selbstbestimmung und/oder Teilhabe in einzelnen Konzepten der Einrichtungen (z. B. Einrichtungskonzept, Konzept Sozialer Dienst, Pflegekonzept), es liegen aber weder eigene „Teilhabe Konzepte“ vor noch wird die Förderung der Teilhabe dort differenzierter aufgegriffen bzw. erläutert.

Spezifische *organisatorische Abläufe* – und Rahmenbedingungen für diese – haben sich in der qualitativen Analyse ebenfalls als relevant für eine gelingende Teilhabeförderung herausgestellt, wovon die Wunscherfassung bereits separat als zentraler Ausgangsprozess benannt wurde. Aber auch ein gewisser von Leitungsseite legitimierter Handlungsspielraum innerhalb von Arbeitsprozessen, beispielsweise beim Verteilen der Aufgaben über verschiedene Schichten, ist ein wichtiger teilhabeförderlicher Aspekt, da damit durch Mitarbeitende flexibler auf situativ vorhandene Wünsche reagiert werden kann. Wie bereits angesprochen, sind auch die Kooperation und Schnittstellen zwischen den Bereichen – insbesondere diejenigen zwischen Pflege und Sozialem Dienst – von besonderer Bedeutung für die Teilhabeförderung. Der direkte und regelmäßige Austausch zwischen den Einrichtungsbereichen wird zwar als relevant erachtet, findet aber eher seltener bereichsübergreifend und mit konkretem Fokus auf Teilhabe in dem vorhandenen Besprechungswesen statt. Absprachen zu aktuellen Teilhabewünschen erfolgen oft eher „zwischen Tür und Angel“. Dies birgt die Gefahr, dass teilhaberelevante Informationen über Bewohner*innen nicht weitergegeben werden.

Die Förderung der Teilhabe benötigt insbesondere *personale Ressourcen*, die in den Interviews immer wieder als fehlend benannt wurden. Gerade die zusätzlichen Betreuungskräfte⁷⁴ und auch die ehrenamtlichen Helfer*innen werden als besondere Ressourcen für die Teilhabeförderung benannt und bilden – neben den Fachkräften des Sozialen Dienstes – eine wesentliche personale Basis, um Teilhabe zu verwirklichen. Zusätzliche personelle Ressourcen können Auszubildende und Praktikant*innen oder auch Projektstellen über ergänzende finanzielle Mittel im Rahmen von beantragten Projekten sein.

Ein wichtiger Ressourcenbereich bezieht sich hier auf die *Unterstützung der Mobilität* der Bewohner*innen innerhalb und außerhalb der Einrichtung, die mehrheitlich über die zusätzlichen Betreuungskräfte und Ehrenamtler*innen sowie darüber hinaus die Angehörigen erfolgt. Als förderlich hat sich hier herausgestellt, wenn die Kräfte, Termine und Aufgaben der Mobilitätsunterstützung koordiniert werden, so wie es teilweise in den Einrichtungen über den Sozialen Dienst erfolgt.

Eine gute *Vernetzung im Quartier* stellt ebenfalls eine zentrale Ressource dar, da sie dem Aufrechterhalten oder der Weckung von unterschiedlichen Teilhabezugängen innerhalb und außerhalb der Einrichtung dienen kann. Ressource ist die Vernetzung mit Akteur*innen im Quartier, etwa einerseits für Angebote, die von Externen in der Einrichtung offeriert werden und somit besondere Angebote für die Bewohner*innen darstellen, deren Teilhabepotenzial noch erweitert werden kann, wenn auch Bürger*innen des Quartiers daran teilnehmen können (im Sinne einer Öffnung für das Quartier). Andererseits bieten Kooperationen mit Institutionen, Geschäften, Unternehmen und Schlüsselpersonen aus dem Quartier auch Ressourcen, damit die Bewohner*innen Angebote im Quartier und damit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben außerhalb der Einrichtung stärker – mit oder ohne Begleitung – wahrnehmen können, etwa indem Gruppenausflüge ermöglicht oder individuelle Teilnahmen der Bewohner*innen an spezifischen Veranstaltungen oder regelmäßigen Aktivitäten vermittelt werden können (im Sinne einer Öffnung in das Quartier).

74 Im engeren Sinne stellen zusätzliche Betreuungskräfte keine „Ressource“ dar, da sie als reguläre Mitarbeitende der Einrichtung angestellt sind. Dennoch wurden sie in den Interviews als besondere personelle Ressource gedeutet und in diesem Sinne so häufig benannt, so dass sie hier aufgeführt wurden.