

# pg papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 01/2015

März 2015

## **„Wir machen den Tag zu einem schönen Tag“**

**Eine ethnographische Untersuchung zur ehrenamtlichen  
Betreuung von Demenzerkrankten in Gastfamilien der  
häuslichen Tagespflege SOWieDAheim**

Andrea Leipold





Andrea Leipold

## **„Wir machen den Tag zu einem schönen Tag“**

**Eine ethnographische Untersuchung zur ehrenamtlichen Betreuung von Demenzerkrankten in  
Gastfamilien der häuslichen Tagespflege SOWieDAheim**

pg-papers 01/2015

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.d-nb.de> abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax:+49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-11-7

Copyright © pg-papers, März 2015

# Inhalt

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Forschungsinteresse und Fragestellung</b> .....	<b>7</b>
<b>2 Hintergrund und Bezugsrahmen der häuslichen Tagespflege für Demenzerkrankte</b> .....	<b>10</b>
2.1 Demenzielle Erkrankungen .....	10
2.2 Professionelle Tagespflege .....	13
2.3 Bürgerschaftliches Engagement.....	14
<b>3 Häusliche Tagespflege für Demenzerkrankte</b> .....	<b>17</b>
3.1 Internationale Modelle der häuslichen Tagespflege .....	17
3.2 Modellprojekt Häusliche Tagespflege SOWieDAheim .....	20
<b>4 Methodisches Vorgehen der qualitativen Untersuchung</b> .....	<b>24</b>
4.1 Konzipierung der teilnehmenden Beobachtung und der Datenanalyse.....	24
4.2 Konzipierung des Interviews mit einer Expertin .....	30
<b>5 Ambivalenzen in einer Lebenswelt mit besonderen Gästen und besonderen Gastgeberinnen</b> .....	<b>31</b>
5.1 Philosophie des Projektes SOWieDAheim.....	31
5.2 Alltäglichkeit herstellen unter besonderen Bedingungen .....	33
5.3 Bedürfnisse erfüllen mit professionellen Kompetenzen .....	44
5.4 Ambivalenz von Sicherheit, Kontrolle und Autonomie .....	49
5.5 Einen schönen Tag erleben.....	54
<b>6 Diskussion der Ergebnisse zur häuslichen Tagespflege von Demenzerkrankten</b> .....	<b>57</b>
6.1 Ehrenamtliche Betreuungspersonen zwischen Alltäglichkeit und Professionalität .....	57
6.2 Reflexion der Methodik, Limitationen und weiterer Forschungsbedarf .....	63
<b>7 Schlussfolgerungen für die Praxis</b> .....	<b>65</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>67</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>67</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>68</b>
<b>Literatur</b> .....	<b>70</b>

## Zusammenfassung

Mit dem Modellprojekt SOWieDAheim wird im hessischen Main-Kinzig-Kreis seit dem Jahr 2006 das innovative Konzept der häuslichen Tagespflege erprobt. Im Gegensatz zur professionellen Tagespflege werden ältere hilfsbedürftige Menschen nicht in einer Einrichtung, sondern in Privathaushalten betreut. Ehrenamtlich Engagierte sind als Betreuungspersonen eingesetzt. Sie werden von hauptamtlichen Fachkräften punktuell unterstützt. Besonders geeignet ist das Angebot für Demenzerkrankte, die von der Betreuung in kleinen Gruppen mit vier bis fünf Gästen in der alltagsorientierten Atmosphäre der Gastfamilien profitieren. Das Projekt begegnet einer bestehenden Unterversorgung von Tagespflegeangeboten und hat das Ziel, pflegende Angehörige bei der häuslichen Betreuung demenzerkrankter Menschen zu entlasten.

Ziel der ethnographischen Untersuchung war es, aus Perspektive der Ehrenamtlichen Strategien und Kompetenzen zu analysieren, die sie zur Betreuung der demenziell veränderten Gäste einsetzen. Die Methodik der teilnehmenden Beobachtung ermöglichte einen Einblick in die Lebenswelt von vier Gasthaushalten. Die Datenanalyse erfolgte angelehnt an die Grounded Theory. Die zentrale Kategorie „Alltäglichkeit herstellen“ spiegelt dabei eine Ambivalenz des Projektes wider. Das Ziel eines alltagsorientierten Gast-Gastgeber-Kontextes ist durch die zum Teil erheblichen körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen der Gäste nur eingeschränkt gegeben. Um deren besondere Bedürfnisse zu erfüllen, setzen die ehrenamtlichen Betreuungspersonen professionelle Kompetenzen ein. Motiviert für ihre anspruchsvolle Tätigkeit werden sie insbesondere durch die positiven Rückmeldungen der Gäste.

In der Reflexion der Ergebnisse wird betrachtet, dass subjektiv belastende Aspekte der ehrenamtlichen Tätigkeit vom Anspruch der Betreuungspersonen an die Professionalität ihrer Betreuung beeinflusst sein können. Als bedeutend ist daher die unterstützende Begleitung der Fachkräfte einzuschätzen. Die eingesetzten sozialen und personalen Kompetenzen der Ehrenamtlichen scheinen eher im Lebensverlauf erworben zu sein und weniger durch Schulungen vermittelbar, was auf die Relevanz des Auswahlprozesses angehender Betreuungspersonen verweist. In den untersuchten Gasthaushalten gelingt es, durch die Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen demenzerkrankte Menschen bedürfnisorientiert zu betreuen, so dass aus gesundheitspolitischer Perspektive im Modellprojekt SOWieDAheim Empfehlungen nach innovativen Betreuungsangeboten verwirklicht werden.

# 1 Forschungsinteresse und Fragestellung

Das Forschungsinteresse der vorliegenden qualitativen Untersuchung ist auf die Betreuung von demenziell veränderten Menschen durch Ehrenamtliche im innovativen Setting der häuslichen Tagespflege ausgerichtet. Kontext und Bezugsrahmen dieser Untersuchung sind Aspekte der Demenzerkrankung, der Tagespflege und des bürgerschaftliches Engagements. In diesem Kapitel werden zentrale Problemstellungen zu diesen drei Themenfeldern skizziert und die Fragestellung abgeleitet.

Demenzielle Erkrankungen zählen zu den häufigsten psychiatrischen Krankheiten im höheren Lebensalter. Neben dem Abbau geistiger Fähigkeiten können nicht-kognitive Symptome wie Unruhe und Aggressivität zu starken Beeinträchtigungen der Erkrankten und zu großen Belastungen der Angehörigen führen (Weyerer 2005: 5 ff.). Um belastende Aspekte durch die Betreuung von Demenzerkrankten in der häuslichen Versorgung zu reduzieren, benötigen pflegende Angehörige eine bedürfnisgerechte Unterstützung. Tagespflege, die, wie der Name sagt, tagsüber eine Betreuung und Pflege für mehrere Stunden ermöglicht, kann die häusliche Pflegesituationen erleichtern (Rieckmann et al. 2009: 27). Im Vergleich zur ambulanten oder stationären Pflege spielen jedoch in Deutschland tagespflegerische Versorgungsangebote eine untergeordnete Rolle, auch wenn aufgrund der Mitte 2008 in Kraft getretenen Änderungen im Sozialen Pflegeversicherungsgesetz ein Anreiz zur Finanzierung und damit stärkeren Inanspruchnahme der Tagespflege gesetzt wurde (siehe Abschnitt 2.2 zum Gesetz der strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz - PFWG) vom 28. Mai 2008).

Wird der Bedarf an demenzspezifischen Unterstützungsmöglichkeiten betrachtet, gewinnt bürgerschaftliches Engagement zunehmend an Aufmerksamkeit. Vor fast zehn Jahren wies die Sachverständigenkommission des Fünften Berichts zur Lage der älteren Generation darauf hin, dass die Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen zukünftig einen bedeutenden Engagementbereich darstellen könnte (Sachverständigenkommission 2005: 362). Das hieraus abgeleitete Forschungsinteresse, wie Ehrenamtliche die Betreuung von Demenzerkrankten sicherstellen können, wird in der Fragestellung aufgegriffen.

Mit dem Modellprojekt der häuslichen Tagespflege SOWieDAheim wird seit dem Projektstart am 01.07.2006 eine neue Betreuungsform erprobt. Als Setting dienen nicht institutionelle Einrichtungen wie Tagesstätten oder Pflegeheime sondern Privathaushalte. Das Angebot richtet sich in besonderem Maße an Demenzerkrankte, die von der häuslichen Atmosphäre und den kleinen Gruppen mit vier bis fünf Gästen pro Haushalt profitieren. Ehrenamtliche sind als Betreuende tätig. Sie werden von Fachkräften punktuell begleitet und unterstützt (Main-Kinzig-Kreis, iso 2010).

Der Umgang mit demenziell veränderten Menschen stellt nicht nur im Ehrenamt, sondern auch für professionelle Gesundheitsberufe eine Herausforderung dar. Die Interaktionsmöglichkeiten der Erkrankten sind häufig eingeschränkt. Herausfordernde Verhaltensweisen können die Betreuung erschweren (Bartholomeyczik et al. 2006: 5). Es bedarf auch in qualifizierten pflegerischen oder therapeutischen Berufsgruppen hoher Kompetenzen, um eine vertrauensvolle Beziehung zu Demenzerkrankten aufzubauen zu können (Sachverständigenkommission 2002: 276 f.). Hieraus abzuleiten ist die Frage nach den

fachlichen Anforderungen an Ehrenamtliche, um demenziell veränderte Menschen bedürfnisorientiert zu betreuen.

Wird der Stand wissenschaftlicher Untersuchungen zum Thema betrachtet, zeigt sich, dass die Perspektiven von Demenzerkrankten und Angehörigen häufig Forschungsziele darstellen. Ehrenamtlich engagierte Menschen, die in der Betreuung von Demenzerkrankten tätig sind, stehen allerdings in geringem Maße im Fokus wissenschaftlicher Studien. Im Projekt SOWieDAheim ist die gelingende Betreuung von den ehrenamtlichen Betreuungspersonen abhängig, da sie überwiegend selbständig die Versorgung ihrer Tagesgäste sicherstellen. Daher werden sie in der vorliegenden Untersuchung in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gestellt. Ziel war es, durch die qualitative Methodik der offenen teilnehmenden Beobachtung Einblicke in die Lebenswelt der SOWieDAheim-Haushalte zu gewinnen. Wie die Betreuung gestaltet wird und welche Kompetenzen die Ehrenamtlichen dabei einsetzen, wurde anhand folgender Forschungsfragen untersucht:

- Wie gestalten Ehrenamtliche des Projektes SOWieDAheim die tagespflegerische Betreuung von Demenzerkrankten und wie werden individuelle sowie krankheitsspezifische Bedürfnisse der demenziell veränderten Personen berücksichtigt?
- Welche Kompetenzen setzen die Ehrenamtlichen bei der Betreuung der Demenzerkrankten ein?
- Welche Bedeutung haben die in Schulungen und durch fachliche Begleitung erworbene Fachkompetenz aber auch die personalen und sozialen Kompetenzen bei der Gestaltung der Betreuung durch die Ehrenamtlichen?

Um die Problemstellung und den Bezugsrahmen zum Forschungskontext darzulegen, werden in Kapitel 2 relevante Aspekte zu Demenzerkrankungen, professioneller Tagespflege und dem bürgerschaftlichen Engagement skizziert. Kapitel 3 beinhaltet die Vorstellung des Projektes SOWieDAheim und weiterer internationaler Modelle der häuslichen Tagespflege. Die folgenden Kapitel beziehen sich auf die empirische Untersuchung. Kapitel 4 beschreibt das methodische Vorgehen der Datenerhebung durch offene teilnehmende Beobachtung und mit einem Experteninterview sowie die Datenauswertung nach der Grounded Theory (Strauss 1998). Die Analyseergebnisse werden in Kapitel 5 anhand der entwickelten Kategorien und Charakteristika der Gasthaushalte und ihrer Akteure betrachtet. In Kapitel 6 werden die zentralen Ergebnisse diskutiert, limitierende Faktoren der Untersuchung benannt und auf weiteren Forschungsbedarf verwiesen. Die Publikation schließt in Kapitel 7 mit den Schlussfolgerungen für die Praxis des Modellprojektes, die aus den Erkenntnissen der Untersuchung gewonnen wurden.

Folgende Hinweise dienen dazu, das Verständnis der verwendeten Begrifflichkeiten zu klären. Der Bezeichnung Pflegebedürftige wird im Sinne der Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI genutzt.<sup>1</sup> Der Begriff Alltagsaktivitäten bezieht sich auf das ABEDL-Modell (Aktivitäten, Beziehungen

---

<sup>1</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hg.) 2015: Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung liegt vor, wenn in den Bereichen Ernährung, Mobilität, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße ein Unterstützungsbedarf besteht. Demenzerkrankte mit erheblich eingeschränkten Alltagskompetenzen, deren Hilfebedarf sich weniger wegen körperlicher Einschränkungen, sondern eher durch einen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf ergibt, haben Anspruch auf Betreuungsleistungen der Pflegeversicherung, auch wenn sie die Kriterien der Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI und § 15 SGB XI nicht erfüllen.



und existenzielle Erfahrungen des Lebens) nach Monika Krohwinkel (vgl. Krohwinkel 2008).<sup>2</sup> Pflge-theoretische Grundlagen des Konzeptes werden nicht näher betrachtet. Neben der Bezeichnung „bürger-schaftliches Engagement“ werden die Begriffe „ehrenamtliches Engagement“ oder „freiwilliges Enga-gement“ synonym verwendet. Das Verständnis der Begriffe Kompetenz und Bedürfnis wird anhand der eigenen Analyseergebnisse in Kapitel 5 erläutert. Auf Definitionen und theoretische Bezugsrahmen die-ser Konzepte wird in Kapitel 6 eingegangen. Die Bezeichnung „ältere Menschen“ wird auf ein Alter ab 65 Jahren bezogen, auch wenn sich Personen in dieser Altersgruppe möglicherweise noch nicht als „älter“ wahrnehmen. Dennoch wurde diese Altersgrenze gewählt, da sie für viele Menschen mit dem Wechsel vom Berufsleben in den Ruhestand den Beginn eines neuen Lebensabschnittes darstellt. Im Modellpro-jekt SOWieDAheim sind in der großen Mehrheit Frauen als ehrenamtliche Betreuungspersonen tätig.<sup>3</sup> Daher wird für die Funktionsbezeichnung der Gastgeberin die weibliche Form gewählt. Selbstverständ-lich ist in die Bedeutung dieser wie auch anderer Personenbezeichnungen immer das jeweils andere Geschlecht mit eingeschlossen.

---

<sup>2</sup> Monika Krohwinkel entwickelte Modelle der Pflge-theoretikerinnen Roper, Henderson und Juchlie zu den alltäglichen Le-bensaktivitäten weiter und bezieht folgende 13 Lebensbereiche ein: kommunizieren, sich bewegen, vitale Funktionen auf-recht erhalten, sich pflegen, essen und trinken, ausscheiden, sich kleiden, ruhen und schlafen, sich beschäftigen, sich als Mann/Frau fühlen, für sichere Umgebung sorgen, soziale Bereiche sichern, mit existenziellen Erfahrungen umgehen (Kroh-winkel 2008).

<sup>3</sup> An der Stelle gilt mein herzlicher Dank zum Gelingen der qualitativen Untersuchung allen Personen des Modellprojektes SOWieDAheim. Zunächst ist die Projektleiterin Bärbel Gregor zu nennen. Sie stand dem Vorhaben von Beginn an wohlwollend gegenüber und unterstützte es tatkräftig. Die hauptamtlichen Fachkräfte des Modellprojektes förderten die Untersuchung, indem sie die Kontakte zu den Gasthaushalten herstellten und für Fragen zur Verfügung standen. In besonderer Weise soll gewürdigt werden, dass die Gastgeberinnen und Betreuungspersonen sowie die anwesenden Gäste bereit waren, einen Einblick in die Lebenswelten der vier Gasthaushalten zu gewähren. Ohne ihre Offenheit und Unterstüt-zung wäre die Untersuchung in der vorliegenden Form nicht möglich gewesen.

## **2 Hintergrund und Bezugsrahmen der häuslichen Tagespflege für Demenzerkrankte**

In den folgenden Abschnitten wird die Relevanz der Thematik Demenz anhand epidemiologischer Daten und der Darstellung von Krankheitsfolgen für Betroffene und ihre betreuenden Angehörigen verdeutlicht (Abschnitt 2.1). Als Bezugsrahmen des Versorgungssettings der häuslichen Tagespflege folgt eine Beschreibung der professionellen Tagespflege als eine Möglichkeit, die häusliche Versorgung demenziell erkrankter Menschen zu unterstützen (Abschnitt 2.2). Da die Zielgruppe der ehrenamtlich engagierten Betreuungspersonen des Projektes SOWieDAheim im Mittelpunkt der Untersuchung steht, werden zum Abschluss dieses Kapitels Entwicklungen im Feld des bürgerschaftlichen Engagements dargestellt (Abschnitt 2.3).

### **2.1 Demenzielle Erkrankungen**

Aus medizinischer Sicht wird unter Demenz ein Syndrom verstanden, das durch die Störung von Gehirnfunktionen gekennzeichnet ist, die nicht dem physiologischen Alterungsprozess entspricht. Die kognitiven Beeinträchtigungen betreffen Gedächtnis, Denkvermögen, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Begleitend können nicht-kognitive Symptome auftreten, die Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation betreffen (DIMDI 2009: 163). Hauptformen der demenziellen Erkrankungen stellen mit 70 % die Alzheimer-Demenz und mit etwa 20 % die vaskuläre Demenz dar, 10 % der Demenzen entfallen auf weitere Formen (DEGAM 2008: 13). Eine kausale Behandlung ist bei den beiden Hauptdemenzformen nicht möglich. Medikamentöse Therapien haben das Ziel, den fortschreitenden Verlauf zu verzögern und die Versorgungssituation für Erkrankte und Angehörige zu erleichtern (DEGAM 2008: 41).

Die gesellschaftliche und gesundheitspolitische Bedeutung der Demenz wird mit einem Blick auf Prävalenz und Inzidenz sichtbar. Demenzen stellen in industrialisierten Gesellschaften eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter dar. Rund 1,5 Millionen Menschen sind in Deutschland von einer demenziellen Erkrankung betroffen. Das Risiko zu erkranken, steigt mit zunehmendem Lebensalter an. In der Gruppe der 65- bis 69-Jährigen leiden 1,6 % an einer Demenz, die Quote erhöht sich bei den 75- bis 79-Jährigen bereits auf 7,31 % und liegt bei Menschen ab 90 Jahren bei 40,95 %. Für die deutsche Bevölkerung ab 65 Jahren wird von einer jährlichen Neuerkrankungsrate von 304.800 Personen ausgegangen. Im Zuge des demographischen Wandels und der damit einhergehenden Zunahme hochbetagter Menschen prognostizieren Vorausberechnungen, dass bei gleichbleibenden Prävalenz- und Inzidenzraten im Jahr 2050 etwa drei Millionen Menschen in Deutschland von einer Demenzerkrankung betroffen sein werden (DALzG 2014: 2 f.).

Kognitive sowie nicht-kognitive Symptome und ein fortschreitender Krankheitsverlauf wirken sich entscheidend auf das Leben der demenzerkrankten Menschen aus. Im Anfangsstadium werden Vergesslichkeit oder Beeinträchtigungen in der alltäglichen Handlungskompetenz meist noch selbst wahrgenommen und als belastend empfunden. Die Erkrankten versuchen, Defizite auszugleichen und vor ihrer

Umwelt zu verbergen. Mit zunehmendem Krankheitsverlauf nehmen Krankheitseinsicht und Kompensationsmöglichkeiten ab (Weyerer 2005: 16). Unterschieden werden deshalb die Schweregrade einer leichten, mittelschweren und schweren Demenz (siehe Tabelle 1). Durch die zunehmende Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten und Handlungsfunktionalitäten kann die selbständige Lebensführung bereits im leichten Stadium eingeschränkt sein und ist ab einem mittleren Schweregrad nicht mehr möglich. Schon bei einer leichten Demenz können Antriebs- und Affektstörungen auftreten, die von Reizbarkeit, plötzlichen Stimmungsschwankungen, Aggressivität und Umherwandern (siehe untenstehend zum sog. herausfordernden Verhalten) bis zur depressiven Stimmung und starker Antriebslosigkeit reichen. Im mittleren Stadium ist das Langzeitgedächtnis gestört und damit bauen sich das abstrakte Denk- und Urteilsvermögen, aber auch Organisations- und Planungsvermögen in einem mehr oder weniger schnellen Tempo ab; es entwickelt sich oft eine Inkontinenz (Kurz 2010: 11 f.). Im schweren Stadium sind die Demenzerkrankten vollständig auf Pflege angewiesen; die sprachlichen Kommunikationsfähigkeiten sind verloren. In Tabelle 1 sind die wesentlichen Auswirkungen der Demenz auf Alltagsaktivitäten nach dem Erkrankungsschweregrad zusammenfassend dargestellt (DEGAM 2008: 16 f.).

**Tabelle 1      Effekte der Demenz auf Alltagsaktivitäten nach Krankheitsschweregrad**

<b>Schweregrad</b>	<b>Kognition und Handlungsfunktionalität</b>	<b>Lebensführung</b>	<b>Antriebs- und Affektstörungen</b>
<b>Leicht</b>	Komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht mehr ausgeführt werden	Selbständigkeit ist eingeschränkt Unabhängige Lebensführung ist noch möglich	Fehlende Spontanität Depression Reizbarkeit Stimmungs labilität
<b>Mittel</b>	Nur einfache Tätigkeiten können selbständig durchgeführt werden Andere Tätigkeiten werden nicht vollständig oder unangemessen ausgeführt	Unabhängige Lebensführung ist nicht möglich Unterstützungsbedarf durch andere Personen ist erforderlich	Unruhe Wutausbrüche Aggressivität
<b>Schwer</b>	Gedankengänge können nicht mehr nachvollziehbar kommuniziert werden	Keine selbständige Lebensführung mehr möglich Vollständige Abhängigkeit von anderen Personen	Unruhe, Nesteln, Schreien Störung des Tag-Nacht-Rhythmus

Quelle: Eigene Darstellung nach DEGAM 2008: 17.

In Deutschland werden von insgesamt 2,6 Mio. mehr als zwei Drittel (1,86 Mio.) der Pflegebedürftigen in Privathaushalten versorgt, davon 1,25 Mio. von Angehörigen und weitere 616.000 zusammen mit oder durch ambulante Pflegedienste (Statistisches Bundesamt 2015: 7 ff.). Für etwa 60 % der demenzerkrankten Menschen stellen Familienangehörige zum größten Teil die häusliche Versorgung sicher und leisten oft sehr zeitintensive Betreuungsaufgaben (Weyerer 2005: 25).<sup>4</sup>

Die Folgen einer demenziellen Erkrankung wirken sich erheblich auf das soziale Umfeld und vor allem auf nahestehende Angehörige aus. In der bevölkerungsrepräsentativen Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten“ (MuG III) (Schneekloth 2005) wurde er-

<sup>4</sup> Die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft geht schon seit Jahren davon aus, dass zwei Drittel der Demenzerkrankten in häuslicher Pflege durch die Angehörigen betreut und gepflegt werden (<https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns.html>). Nicht bekannt ist die Anzahl derjenigen Demenzerkrankten, die nicht diagnostiziert wurden, aber im häuslichen Umfeld von ihren Angehörigen gepflegt werden wie beispielsweise bei Personen mit Migrationshintergrund.

mittelt, dass private Hauptpflegepersonen durchschnittlich 39,7 Stunden pro Woche für die Betreuung von kognitiv eingeschränkten Angehörigen aufwenden (Schneekloth 2005: 78 ff.). In einer Teilstudie von MuG III (n=306) zeigten Schäufele et al. auf, dass insbesondere nicht-kognitive Symptome die Angehörigen weitaus stärker belasten als körperliche Beeinträchtigungen. 93,6 % der untersuchten Erkrankten litten unter Depressionen, Angstzuständen, Agitiertheit, Aggressivität oder Wahnvorstellungen (Schäufele et al. 2005: 107 ff.). Trotz hoher Belastung beurteilten 83,4 % der privaten Pflegepersonen von mittelschwer und schwer Demenzerkrankten ihre Pflege als lohnend (Schäufele et al. 2005: 127 f.).

Anhand einer Querschnittstichprobe (n=888) der LEANDER-Studie „Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten“ (Zank, Schacke 2007) wird erkennbar, dass der Beziehungsverlust zu den Erkrankten und die persönlichen Einschränkungen der Angehörigen starke Belastungsfaktoren darstellen (Zank, Schacke 2007: 34 ff.). In einer Längsschnittbetrachtung (n=226) über drei Jahre zeigte sich, dass die Belastungen unverändert hoch erhalten blieben und sich negativ auf die Gesundheit der Angehörigen auswirken können. Bei 35 % der Hauptpflegepersonen bestanden Anzeichen von Depressivität im Vergleich zu 17 % in der Allgemeinbevölkerung (Zank, Schacke 2007: 77 ff.).

Aus pflegerischer Perspektive ist ein wesentliches Ziel der Versorgung demenzerkrankter Menschen, deren Wohlbefinden zu fördern. Auch bei umfassenden kognitiven Beeinträchtigungen bleibt bei den Erkrankten die Fähigkeit erhalten, Emotionen zu empfinden (Weyerer 2005: 16). Die Kommunikation mit demenzerkrankten Menschen stellt nicht nur für die betreuenden Angehörigen, sondern auch für die professionell Pflegenden eine hohe Anforderung dar. Besonders die krankheitsbedingten Verhaltensänderungen können Pflege und Betreuung erschweren. Mit dem Begriff des „herausfordernden Verhaltens“ wird versucht, die Handlungsweisen der Erkrankten nicht zu problematisieren, sondern als Herausforderung zu verstehen, der mit professionellen Strategien begegnet werden kann (Bartholomeyczik et al. 2006: 5). Beim herausfordernden Verhalten werden Agitation und passives Verhalten unterschieden. Ein agitiertes Verhalten kann sich beispielsweise durch verbale Aggressivität oder durch wiederholtes Fragen und Erzählen ausdrücken. Es können körperliche Aggressionen oder motorische Unruhe auftreten. Passives Verhalten zeigt sich unter anderem durch einen verminderten Antrieb, durch sozialen Rückzug oder eine depressive Symptomatik (Bartholomeyczik et al. 2006: 22).

Um dem herausfordernden Verhalten zu begegnen, ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen demenziell veränderten Menschen und den Pflegenden erforderlich. Der Beziehungsaufbau bzw. die stabile Interaktion zu demenzerkrankten Personen wird jedoch durch deren nachlassenden kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten beeinträchtigt. Bedürfnisse und Befinden können von den Erkrankten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium nicht mehr verbal mitgeteilt werden. Kitwood (2004) entwickelte mit dem Ansatz des „personenzentrierten Umgangs mit verwirrten Menschen“ ein Konzept zur Interaktion mit demenziell veränderten Menschen. Im Mittelpunkt steht das Personsein des bzw. der Erkrankten. Kitwood (2004: 9 f.) geht davon aus, dass der wahrgenommene Verlust der Persönlichkeit zu Angst, Verzweiflung oder Abwehr führt. Er betrachtet das Wahrnehmen wesentlicher emotionaler Bedürfnisse, zu denen er Liebe, Bindung, Trost, Identität, Beschäftigung und Einbeziehung zählt, als entscheidende Grundlage für eine gelungene Interaktion (Kitwood 2004: 121 ff.).

## 2.2 Professionelle Tagespflege

Professionelle Pflegeangebote können die häuslichen Versorgungsarrangements unterstützen. Neben den ambulanten Pflegediensten und der stationären Pflege ergänzen teilstationäre Leistungen wie die Tagespflege das Angebot (Rieckmann et al. 2009: 15). Die professionelle Tagespflege ist auf die Betreuung älterer, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet. Ziele sind, durch Aktivierung ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten zu erhalten bzw. zu fördern und soziale Kontakte zu ermöglichen. Der mehrstündige Aufenthalt soll pflegende Angehörigen entlasten und einen Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung verhindern oder verzögern (Weyerer et al. 2004: 340). Mit dem vorrangigen Ziel der Angehörigenentlastung wird die Nutzung tagespflegerischer Angebote vor allem für Demenzerkrankte empfohlen (Rieckmann et al. 2009: 15, DEGAM 2008: 53). Nur wenige professionelle Tagespflegeeinrichtungen bieten jedoch demenzspezifische Angebote an. Herausforderndes Verhalten oder Weglaufgefährdung können Ausschlusskriterien für eine Aufnahme darstellen (Weyerer 2005: 20 f.).

Die Tagespflege wird über sogenannte „eingestreute Plätze“ in vollstationären Pflegeheimen und in eigenständigen Einrichtungen angeboten. Im Jahr 1973 wurde in Deutschland die erste professionelle Tagespflege eröffnet (Weyerer et al. 2004: 340). Lange Jahre stand die Tagespflege nicht im Fokus der gesundheitspolitischer Gesetzesinitiativen. Seit dem Jahr 1995 ist diese Leistung in § 41 SGB XI hinterlegt, um häusliche Pflege zu ergänzen, zu stärken oder grundsätzlich sicherzustellen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hg.) 2015). Im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes wurden im Jahr 2008 die Leistungen für die teilstationäre Pflege analog den Sachleistungsbeträgen in den Pflegestufen erhöht und der Leistungsanspruch bei einer Kombination von Leistungen der teilstationären Pflege (beispielsweise die Kombination von Leistungen der Tages- (und Nachtpflege) mit Sachleistungen der häuslichen Pflege angehoben. Bundesweit wurden gegenüber 2011 im Jahr 2013 die Plätze der Tagespflege um 29,8 % ausgebaut (rund 10 000 Plätze). Tagespflege erhielten demnach 57.000 Pflegebedürftige (Bundesamt für Statistik 2015: 18 ff.). Dieser Ausbau der Tagespflege ist jedoch noch weit von einer dritten Säule im Pflegesektor entfernt und die Nutzung dieses Angebots ist verglichen mit weiteren Leistungen der Pflegeversicherung immer noch zu gering.

Weitere Problemstellungen zeigen sich in den Versorgungsstrukturen dieser teilstationären Leistung. Einerseits wird durch eine geringe Auslastung der vorgehaltenen Plätze die Problematik erhöht, Tagespflegeeinrichtungen wirtschaftlich betreiben zu können. Andererseits sind bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen nicht flächendeckend in allen Regionen vorhanden. Daten aus dem Jahr 2010 zeigen, dass in Hessen 173 Einrichtungen der teilstationären Pflege bestanden, während mit 672 vollstationären Pflegeeinrichtungen Angebote der Dauerpflege wesentlich weiter verbreitet sind (BMG 2011: 158).

Wissenschaftliche Nachweise, inwieweit die angestrebten Ziele der professionellen Tagespflege – Fähigkeiten der Tagespflegegäste zu aktivieren bzw. zu erhalten, pflegende Angehörige zu entlasten und eine vollstationäre Pflege zu verzögern bzw. zu verhindern – erreicht werden, liegen bislang kaum vor. Eine deutsche Längsschnittstudie (Zank, Schacke 2001) untersuchte diese Fragestellung erstmals in Deutschland. Für Gäste der professionellen Tagespflege (n=43) ließ sich im Vergleich zur Gruppe ohne tagespflegerische Betreuung (n=40) ein positiver Effekt beim Wohlbefinden nachweisen. Nach neun Monaten wurde anhand der Merkmale Lebenszufriedenheit, Depression, Selbstwert und wahrgenommene soziale Unterstützung ein statistisch signifikanter positiver Effekt ( $p < 0,001$ ) festgestellt. Bei nicht-

kognitiven Symptomen zeigte sich, dass agitierte Symptome innerhalb von neun Monaten in der Gruppe der Tagesstättengäste rückläufig waren, sich aber in der Vergleichsgruppe erhöht hatten ( $p < 0,05$ ). Zu Unterschieden zwischen Gruppen bei Gedächtnisleistungen, der Alltagskompetenz und allgemeinen Gesundheit ließen sich keine Effekte nachweisen (Zank, Schacke 2001: 57 ff.). Da keine konkreten Daten über die Erkrankungen der Studienteilnehmenden vorlagen, stellt die Interpretation, die positiven Effekte auf den Tagesstättenbesuch zurückzuführen, nach Meinung der Autorinnen nur eine mögliche Erklärung der Ergebnisse dar (Zank, Schacke 2001: 67 ff.).

Aus Sicht der Angehörigen zeigten sich widersprüchliche Ergebnisse. Analysen der Interviews ergaben eindeutig positive Effekte zum Wohlbefinden (80 % der Angehörigen), zur vermehrten Freizeit (65 % der Angehörigen) und zur Reduktion des herausfordernden Verhaltens der Demenzerkrankten (53 % der Angehörigen). Durch standardisierte, schriftliche Erhebungsinstrumente ließen sich in beiden Gruppen positive Wirkungen auf subjektive und objektive Belastungen oder Gesundheitszustand der Angehörigen durch die Inanspruchnahme von Tagespflege nicht mehr nachweisen (Zank, Schacke 2001: 70 ff.). Zum weiteren Ziel der professionellen Tagespflege, stationäre Pflege zu verhindern oder hinauszuzögern, konnten Weyerer et al. (2004: 354) keinen Nachweis erbringen, dass Tagespflege eine stationäre Pflege verzögern kann.

In einer systematischen Übersichtsarbeit von Mason et al. (2007) mit internationalem Studieneinschluss wurden die Effekte verschiedener Angebote der Entlastungspflege<sup>5</sup> für ältere Pflegebedürftige und Angehörige analysiert. Die Untersuchung war nicht auf Demenzerkrankte beschränkt, jedoch war bei einem Großteil der Studienpopulationen eine kognitive Störung als Einschlusskriterium beschrieben (Mason et al. 2007: 8 ff.). Aus den Ergebnissen der kontrollierten Studien zur professionellen Tagespflege konnten weder Nutzen noch Schaden zu patienten- und angehörigenbezogenen Endpunkten des Besuchs einer Tagespflegeeinrichtung nachgewiesen werden. Wird das Angebot jedoch frühzeitig im Pflegeverlauf in Anspruch genommen, kann sich die psychische Belastung von Angehörigen reduzieren. Zum Angebot der häuslichen Tagespflege in Gasthaushalten wurden zwei unkontrollierte Studien eingeschlossen, darunter die deutsche Studie von Zank, Schacke 2001. Die methodische Qualität bzw. interne Validität der Studiendesigns ließen keine Aussagen zur Wirksamkeit der häuslichen Tagespflege zu, dennoch sollte aus den Ergebnissen nicht die Unwirksamkeit solcher Angebote geschlossen werden (Mason et al. 2007: 41, 77).

### **2.3 Bürgerschaftliches Engagement**

Geprägt wurde der Begriff des bürgerschaftlichen Engagements durch den Bericht der Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ (2002). Demnach werden unter dieser Bezeichnung freiwillige, am Gemeinwohl orientierte Aktivitäten gefasst, die nicht auf einen materiellen Gewinn abzielen. Die Enquete-Kommission benennt die Bürgergesellschaft als „[...] ein Gemeinwesen, in dem sich die Bürgerinnen und Bürger nach demokratischen Regeln selbst organisieren und auf die Geschichte des Gemeinwesens einwirken können“ (Enquete-Kommission 2002: 6). In den Begriff sind weitere Bezeichnungen wie Ehrenamt, freiwillige soziale Tätigkeit oder Selbsthilfe integriert (Sachverständigen-

---

<sup>5</sup> In englischsprachigen Ländern wird unter dem Sammelbegriff „respite care“ eine Palette unterschiedlicher, zeitlich befristeter Pflegeangebote verstanden, die der Entlastung pflegender Angehöriger dienen. Der Begriff wird mit Angeboten der Entlastungspflege übersetzt.

kommission 2005:341). Bürgerschaftliches Engagement wird häufig in Politik und Öffentlichkeit als Möglichkeit angeführt, den steigenden Betreuungsbedarf älterer Menschen sicherzustellen. Schon im Vierten Bericht zur Lage der älteren Generation (Sachverständigenkommission 2002: 24) wird spezifisch auf das zukünftige Potenzial bürgerschaftlich Engagierter in der Demenzbetreuung hingewiesen und eine Weiterentwicklung dieses Engagementfeldes empfohlen.

Nach dem Freiwilligensurvey (Gensicke, Geiss 2010), einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, waren im Jahr 2009 36 % der in Deutschland lebenden Personen ab 14 Jahren in einem freiwilligen Engagement eingebunden. Im Vergleich mit der letzten Erhebung im Jahr 2004 (Gensicke et al. 2005) blieb die Engagementquote auf dem gleichen Niveau. Mit einem Anteil von 10 % sind die Engagierten am häufigsten im Bereich „Sport und Bewegung“ aktiv. Im Gesundheitsbereich, das als relativ kleines Engagementfeld gilt, sind 2,2 % der Freiwilligen engagiert (Gensicke, Geiss 2010: 5 ff.). Zu beobachten ist, dass sich zunehmend ältere Menschen ab 60 Jahren engagieren. Es sind insbesondere ältere Frauen, die in sozialen oder gesundheitsbezogenen Feldern tätig sind (Gensicke, Geiss 2010: 156 f.)

Hauptmotive für ein Engagement waren der Wunsch, die Gesellschaft mitzugestalten und Kontakte mit anderen Menschen zu haben. Die Engagierten verbanden mit ihren Aktivitäten die Erwartung, dass die Tätigkeit Spaß macht, andere Menschen unterstützt werden können und sie etwas für das Gemeinwohl tun. Im Zeitverlauf wird ein Wandel der Motive festgestellt. Für Menschen ab 60 Jahren stand im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen in den vorausgehenden Erhebungen das Motiv des sozialen Pflichtgefühls stärker im Vordergrund. Es zeichnet sich aber ab, dass auch bei älteren Menschen persönliche Interessen an Bedeutung gewinnen (Gensicke, Geiss 2010: 16).

Durch eine verlängerte Lebenserwartung und einen verbesserten Gesundheitszustand wachsen die Möglichkeiten älterer Menschen, auch in dieser Lebensphase aktiv zu sein und sich persönlich weiterzuentwickeln. Vor diesem Hintergrund wird der demografische Wandel nicht nur als zunehmende „Alterslast“ betrachtet, sondern vom Konzept des „produktiven Alterns“ gesprochen (Hank, Erlinghagen 2008: 9). Betont wird dabei die Verantwortung der älteren Generation, produktiv mit der gesunden Lebenszeit im Alter umzugehen und durch bürgerschaftliches Engagement zur Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen beizutragen. Hank und Erlinghagen (2008: 20) sehen es jedoch als erforderlich an, diese Überlegungen differenziert zu betrachten und die Voraussetzungen für ein Engagement älterer Menschen zu bedenken: Individuelle Ressourcen, finanzielle Möglichkeiten, Bildung und nicht zuletzt eine ausreichende Gesundheit sind wesentliche Einflussfaktoren, um im Alter ein Engagement auszuführen. Daneben betonen sie die Verantwortung auf politischer Ebene, durch gezielte Aktivitäten das Engagement älterer Menschen zu unterstützen (Hank, Erlinghagen 2008: 13 ff.).

Die Kombination aus Unterstützungsmaßnahmen von Familie, Professionellen und bürgerschaftlich Engagierten gilt als zielführendes Mittel, um die verstärkt zu bewältigenden Pflege- und Betreuungsaufgaben leisten zu können (vgl. Schäufele et al. 2005: 115).<sup>6</sup> Der Vorstellung, Lücken in der Versorgung Pflegebedürftiger durch die Aktivierung des Engagementpotenzials älterer Menschen zum Teil schließen

---

<sup>6</sup> Durch das im Jahr 2008 in Kraft getretene Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde mit § 45c Abs. 3 SGB XI die Förderung bürgerschaftlichen Engagements in der Demenzbetreuung unterstützt. Die Neu- und Weiterentwicklung niedrigschwelliger Angebote für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und erheblichem Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf wird seither finanziell gefördert. Die Betreuung kann auch durch Ehrenamtliche erfolgen. Ihre Qualifikation durch eine Schulung und die Begleitung von Fachkräften müssen gesichert sein (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hg.) 2015).

zu können, stehen auch kritische Anmerkungen gegenüber. Die Sachverständigenkommission des Fünften Berichts zur Lage der älteren Generation weist darauf hin, dass bei diesen Überlegungen nicht nur Sach- und Kostenzwänge eine Rolle spielen dürfen (Sachverständigenkommission 2005: 349). Neben dem gesellschaftlichen Nutzen des Engagements sollte der individuelle Nutzen des älteren Engagierten wie das Ausüben sinnvoller Tätigkeiten und/oder der Erwerb neuer Kompetenzen betrachtet werden. Freiwilliges Engagement kann sich darüber hinaus positiv auf die Gesundheit auswirken (Sachverständigenkommission 2005: 374 ff.).



## 3 Häusliche Tagespflege für Demenzerkrankte

In diesem Kapitel wird die häusliche Tagespflege SOWieDAheim als Forschungsgegenstand der empirischen Untersuchung vorgestellt. Abschnitt 3.1 beschreibt drei internationale Modelle der häuslichen Tagespflege in Schottland und Australien. Die Idee aus Schottland wurde mit dem Modellprojekt SOWieDAheim nach Deutschland in den Main-Kinzig-Kreis und in Australien auf zwei weitere Projekte übertragen. In Abschnitt 3.2 wird das Modellprojekt SOWieDAheim vorgestellt.

### 3.1 Internationale Modelle der häuslichen Tagespflege

Entwickelt wurde das Konzept der häuslichen Tagespflege in Schottland. Im Jahr 1992 startete hier weltweit das erste Modell mit dem Namen „Home from Home“ (Mitchell 1999: 78). Die Joint Dementia Initiative hatte das Ziel, anstelle der institutionellen und zentralisierten Betreuung ein gemeindenahes, bedürfnisorientiertes Angebot für Demenzerkrankte zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen Fachkräften und Freiwilligen zu fördern. Im Jahr 1997 wurde im Rahmen des „Commonwealth Government’s National Respite for Carers Program“ das „Host Family Respite Program“ in West-Australien aufgebaut, das neben der häuslichen Tagespflege auch Kurzzeitpflege in Gasthaushalten anbietet (Holm, Ziguras 2001: 12 f.). Ebenfalls mithilfe staatlicher Förderung startete im Jahr 2000 in Melbourne das „Banksia Host-home Respite Program“ mit der häuslichen Tagespflege (Holm, Ziguras 2001: 11).

Aufgrund des gemeinsamen Ausgangspunktes in Schottland weisen die Angebote grundsätzlich ähnliche Strukturen auf. Erhebliche Unterschiede bestehen jedoch in der Größe der Programme. In die Betrachtung der Modelle wurde eine Studie zur Kurzzeitpflege in Gasthaushalten als Teilangebot des „Host Family Respite Program“ in West-Australien eingeschlossen (Boldy et al. 2005). Das verbindende Element zur häuslichen Tagespflege stellt die Betreuung der Pflegebedürftigen in Gasthaushalten durch Ehrenamtliche dar. Unterschiede zur tagespflegerischen Betreuung wie bspw. eine Übernachtungsmöglichkeit schränken jedoch die Vergleichbarkeit der Angebote ein.

Das schottische Modell „Home from Home“ startete im Jahr 1992 mit drei Haushalten und ist spezifisch auf die Betreuung von Demenzerkrankten ausgerichtet. Es arbeiten jeweils zwei Betreuungspersonen pro Haushalt zusammen und versorgen an einem oder zwei Tagen pro Woche drei bis fünf Gäste (Mitchell 1999: 78 ff.). Im Jahr 2010 wurden sechs Haushalte von 48 Gästen genutzt. Nach Angaben des Programmleiters war eine Erweiterung des Angebotes aufgrund eingeschränkter finanzieller Mittel nicht möglich (Kilgour 2010).

Die häusliche Tagespflege des „Host Family Respite Program“ in West-Australien ist auf Demenzerkrankte ausgerichtet und kann geplant und notfallmäßig genutzt werden (Boldy et al. 2005: 94). Im Jahr 2001 waren fünf Haushalte aktiv, vier Haushalte hatten an zwei Tagen und ein Haushalt an drei Tagen pro Woche geöffnet. Maximal wurden vier Gäste pro Haushalt betreut (Holm, Ziguras 2001: 12 f.). Nähere Informationen zur häuslichen Tagespflege in diesem Projekt liegen nicht vor.

Neben dieser Betreuungsform wird im „Host Family Respite Program“ häusliche Kurzzeitpflege mit Übernachtungsmöglichkeit der pflegebedürftigen Gäste in Privathaushalten für bis zu drei Tagen ange-

boten. Ergebnisse der Projektevaluation zeigen, dass zwischen 1998 bis 2002 97 Gäste betreut wurden, davon waren 93 % an einer Demenz erkrankt. Das durchschnittliche Alter betrug für die männlichen Gäste 76 Jahre und für die weiblichen 74 Jahre. Die Pflegebedürftigkeit variierte erheblich, zum Teil lagen völlige Abhängigkeiten in den Alltagsaktivitäten, der Urin- und Stuhlinkontinenz oder eine Weglaufgefährdung vor. Zwischen den Jahren 1998 bis 2002 waren 33 Gasthaushalte für die häusliche Kurzzeitpflege tätig; Ende 2002 waren noch 13 Haushalte aktiv. 82 % der Betreuungspersonen waren weiblich, 42 % wiesen ein Alter zwischen 50 bis 59 Jahren auf (Boldy et al. 2005: 95 f.).

Das „Host-home Respite Program“ in Melbourne verfügte im Juni 2001 über zwei Haushalte, die häusliche Tagespflege anboten. Als Zielgruppe wurden neben älteren, hilfsbedürftigen Menschen und Demenzerkrankten auch Menschen mit psychiatrischen Störungen oder Hirnschädigungen genannt. Im Unterschied zu den anderen Modellen hatten die Haushalte nur an einem Tag pro Woche geöffnet und es wurden maximal sechs Gäste pro Haushalt betreut. Bis zu vier Gäste wurden von einer Betreuungsperson versorgt, ab fünf Gästen kam eine zweite Betreuungsperson hinzu. Das Angebot konnte auch ungeplant in Anspruch genommen werden (Holm, Ziguris 2001: 11 ff.). Zwischen September 2000 und Juni 2001 wurden 25 Personen in den beiden Haushalten betreut. Daten von 18 Gästen flossen in die Evaluation ein, davon waren 15 weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 80,5 Jahre. Die Demenz der Gäste wurde als mittel- bis schwergradig eingeschätzt; viele Gäste wiesen einen erheblichen körperlichen Unterstützungsbedarf auf (Holm, Ziguris 2001: 16 ff.). Die Tagespflege wurde im Mittel 17 Wochen in Anspruch genommen. Hauptausscheidungsgrund war der Eintritt in ein Pflegeheim. Eine vergleichende Darstellung einzelner Strukturelemente der internationalen Modelle und des deutschen Modells SOWieDAheim ist in Tabelle 2 dargestellt.

**Tabelle 2 Modellstrukturen der häuslichen Tagespflege im internationalen Vergleich**

	<b>SOWieDAheim</b>	<b>Home from Home</b>	<b>Host Family Respite Program</b>	<b>Banksia Host-home Respite Program</b>
<b>Land (Region)</b>	Deutschland (Main-Kinzig-Kreis)	Schottland (Falkirk)	Australien (West-Australien)	Australien (Melbourne)
<b>Projektstart</b>	2006	1999	1997/1998	2000
<b>Zahl Gasthaushalte</b>	19 (Stand Dez. 2009)	6 (Stand Mai 2010)	5/13 (Stand Okt. 2002)	2 (Stand Juni 2001)
<b>Zahl Gäste pro Gruppe</b>	4-5	3-5	4/k.A.	6
<b>Zielgruppe Gäste</b>	Hilfs- u. pflegebedürftige Menschen	Demenzerkrankte	Demenzerkrankte	Hilfs- u. pflegebedürftige Menschen
<b>Betreuungszeit</b>	1-2 Tage/Woche 5,5 Std./Tag	1-2 Tage/Woche 5 Std./Tag	2-3 Tage/Woche max. 66 Stunden	1 Tag/Woche 6 Std./Tag
<b>Betreuerinnen pro Haushalt</b>	2	2	> 4 Gäste	1 (4 Gäste) 2 (< 4 Gäste)
<b>Besonderheiten</b>			Tages- und Kurzzeitpflege geplante oder ungeplante Inanspruchnahme	geplante oder ungeplante Inanspruchnahme

Quelle: Eigene Darstellung nach Boldy et al. 2005; Holm/Ziguris 2001; Mitchell 1999; Main-Kinzig-Kreis, iso 2010.

Die Perspektive der Zufriedenheit von Gästen, Angehörigen und Betreuungspersonen werden in den Publikationen in unterschiedlichem Maße und mithilfe differierender Erhebungsmethoden betrachtet. Mitchell (1999) stellt als positive Merkmale der häuslichen Tagespflege „Home from Home“ die regionale Nähe, die Betreuung in kleinen Gruppen mit familiärer, häuslicher Atmosphäre und die besondere Eignung für Demenzerkrankte heraus (Mitchell 1999: 79). Neben diesen Aspekten benennen Boldy et al. (2005: 96) und Holm, Ziguras (2001: 18) den Nutzen für die Angehörigen, das Angebot auch ungeplant in Anspruch nehmen zu können. Holm, Ziguras (2001: 25) vertreten die Auffassung, dass die häusliche Atmosphäre und das Wohlbefinden der Gäste dazu beitragen, dass Angehörige diese Form der Entlastungspflege eher nutzen als institutionelle Angebote. Weiterhin böten die Haushalte die Möglichkeit, kulturelle und sprachliche Bedürfnisse der Gäste besser zu berücksichtigen (Holm, Ziguras 2001: 28).

Eine Befragung von Angehörigen (n=31) zur Kurzzeitpflege „Host Family Respite Program“ ergab, dass sie sich durch die Nutzung des Angebotes entlastet fühlten. Zwei Drittel der Befragten gaben an, dass sich ihre Angehörigen sehr wohl im Haushalt fühlten. Einzelne Befragte berichteten allerdings von Verwirrtheit nach Rückkehr ihrer Angehörigen (Boldy et al. 2005: 96). Zur Evaluation der häuslichen Tagespflege „Host-home Respite Program“ wurde jeweils eine teilnehmende Beobachtung in den beiden Haushalten durchgeführt. Das Ergebnis war, dass die Atmosphäre in den Haushalten entspannt und harmonisch erlebt wurde und die Gäste sich wohl fühlten (Holm, Ziguras 2001: 19). Entlang von offenen Telefoninterviews mit Angehörigen (n=7) zur Zufriedenheit, gaben auch diese an, sich durch das Angebot entlastet zu fühlen (Holm, Ziguras 2001: 24).

Qualitätssichernde Maßnahmen und der Beschäftigungsstatus der Betreuungspersonen sind in unterschiedlicher Form etabliert. Im schottischen Modell durchliefen die Bewerberinnen für die Gasthaushalte einen Auswahlprozess und wurden durch eine Schulung qualifiziert. Zu Beginn waren die Betreuungspersonen ehrenamtlich tätig. Mit zunehmender Etablierung des Programms wurden sie im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit entlohnt. Neben einer hohen Zufriedenheit mit ihrer Tätigkeit wurden die Vorteile für die Gäste, eine bedürfnisgerechte Betreuung zu erhalten und der persönliche Nutzen aus den wertvollen, positiven Erfahrungen angegeben (Mitchell 1999: 78 ff.).

Im „Host Family Respite Program“ durchliefen die Betreuungspersonen eine viertätige Schulung zum Thema Demenz. Sie sollten vor ihrer Tätigkeit Erfahrung im Umgang mit Demenzerkrankten gesammelt haben. Eine telefonische Unterstützung war über 24 Stunden verfügbar (Boldy et al. 2005: 95).<sup>7</sup> Die beiden Betreuerinnen im zweiten australischen Modell „Host-home Respite Program“ in Melbourne wurden als Mitarbeiterinnen bezeichnet. Sie erhielten Verpflegungsgeld und eine Aufwandsentschädigung. Sie verfügten über eine umfangreiche pflegerische Erfahrung in Altenpflege- bzw. Tagespflegeeinrichtungen, die dem gleichen Träger angehören. Ansprechpartner für Fragen und Probleme war der Manager der Trägereinrichtung. In einem Interview äußerte er, dass er den Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen vertraue und ihre Qualifikationen seiner Meinung nach durch die Tätigkeit in den Pflegeeinrichtungen erworben hätten (Holm, Ziguras 2001: 20 f.). Für alle Modelle wurden die Eignung der Betreuungspersonen und ihre Qualifikation als entscheidendes Qualitätskriterium hervorgehoben (Boldy et al. 2005; Holm, Ziguras 2001; Mitchell 1999).

---

<sup>7</sup> Angaben zur Entlohnung oder zu einer Aufwandsentschädigung sind in der Publikation nicht enthalten und auch die subjektiven Einschätzungen der Betreuungspersonen werden nicht näher dargestellt.

### 3.2 Modellprojekt Häusliche Tagespflege SOWieDAheim

Im hessischen Main-Kinzig-Kreis wurde im Rahmen des Modellprojektes SOWieDAheim erprobt, ob das in Schottland entwickelte Konzept der häuslichen Tagespflege auf Deutschland übertragbar ist. Das Projekt startete am 01.07.2006 und endete am 30.06.2011. Es wurde vom GKV-Spitzenverband als Modellprojekt nach § 8 Absatz 3 SGB XI zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gefördert. Als entscheidende Ausgangssituation für die Entwicklung des neuen Angebotes betrachteten die Projektverantwortlichen die Unterversorgung mit Tagespflegeplätzen in Deutschland, die sich auch im Main-Kinzig-Kreis widerspiegelte. So standen in dieser Region vor dem Projektstart im Jahr 2005 für 10.603 pflegebedürftige Menschen 66 Tagepflegeplätze (0,62 %) zur Verfügung (Gregor et al. 2011: 3). Im Jahr 2009 existierten für 11.354 pflegebedürftige Menschen 93 Tagepflegeplätze (0,82 %) (Main-Kinzig-Kreis, iso 2010: 3).

Träger des Modellprojektes ist der Main-Kinzig-Kreis. Die Projektorganisation verantwortete die damalige Leiterin der Leitstelle für ältere Bürger. Zum Projektteam gehörten drei Fachkräfte, eine Pflegefachkraft und zwei Diplom-Sozialpädagoginnen, sowie zwei weitere Mitarbeitende der Leitstelle für ältere Bürger. Das Modellprojekt wurde vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) in Saarbrücken wissenschaftlich evaluiert (Gregor et al. 2011).

Im Unterschied zur professionellen Tagespflege mit ihrem institutionellen Setting findet in der häuslichen Tagespflege die Betreuung in privaten Haushalten statt. Es sind Ehrenamtliche, die in sogenannten Gasthaushalten an einem Tag bis zwei Tagen in der Woche für fünfeinhalb Stunden ihre Türen öffnen, um vier bis fünf ältere, hilfebedürftige Menschen zu betreuen. Hauptamtliche Fachkräfte begleiten sie punktuell und sind bei Problemen ansprechbar. Durch die Anwesenheit von zwei ehrenamtlichen Betreuungspersonen wird ein hoher Betreuungsschlüssel erreicht (Diry et al. 2010: 16). In der Terminologie des Projektes wird die Wohnungseigentümerin als Gastgeberin und die zweite ehrenamtliche Helferin als Betreuungsperson bezeichnet, beide haben aber die Funktion der Betreuungsperson übernommen.

Da eine private Wohnung zunächst ein ungewöhnliches Setting für die Pflege und Betreuung älterer, nicht zur Familie gehörenden Menschen ist, stellt sich die Frage, wie aus einem Privathaushalt ein SOWieDAheim-Haushalt wird? Um Tagesgäste aufnehmen zu können, müssen unterschiedliche Kriterien erfüllt werden. Dies betrifft das Raumangebot und eine seniorengerechte Ausstattung der Wohnung. Die Erreichbarkeit muss für die oft körperlich beeinträchtigten älteren Gäste sichergestellt sein (Diry et al. 2010: 26). Die Eignung der Haushalte wird von den Fachkräften überprüft (Main-Kinzig-Kreis, iso 2010: 20).

Die Projektkonzeption sieht vor, dass die Wohnungseigentümerin als Gastgeberin fungiert und von einer weiteren Betreuungsperson unterstützt wird. Im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements erhalten beide Betreuungspersonen eine Aufwandsentschädigung von 30 € pro Tag für die Betreuung der Gäste. Gastgeberinnen werden darüber hinaus 20 € pro Tag für die Öffnung des Haushaltes und 4,50 € pro Gast und Tag für die Verpflegung gezahlt (Gregor et al. 2011: 14).

Die Anforderungen an die Betreuungspersonen sind in einem Handbuch dargestellt (Diry et al. 2010: 15). Unter anderem werden Belastbarkeit, Freude und Erfahrung im Umgang mit älteren Menschen, Verantwortungsbereitschaft und soziale Kompetenz erwartet. Ihre Aufgaben sind vielfältig. Sie unter-

stützen die Gäste in Alltagsaktivitäten, beispielsweise bei der Nahrungsaufnahme, bei der Mobilität und beim Toilettengang. Bedürfnisorientiert sollen Gruppenaktivitäten gestaltet werden. Während des Aufenthaltes in den Gasthaushalten werden die Gäste mit zwei Mahlzeiten (Mittagessen und Nachmittagsimbiss) versorgt. Der kompetente Umgang mit Notfallsituationen wie Unfälle, mit aggressivem Verhalten oder mit dem Vermissten eines Gastes gehören ebenfalls zu den Aufgabenfeldern (Diry et al. 2010: 16).

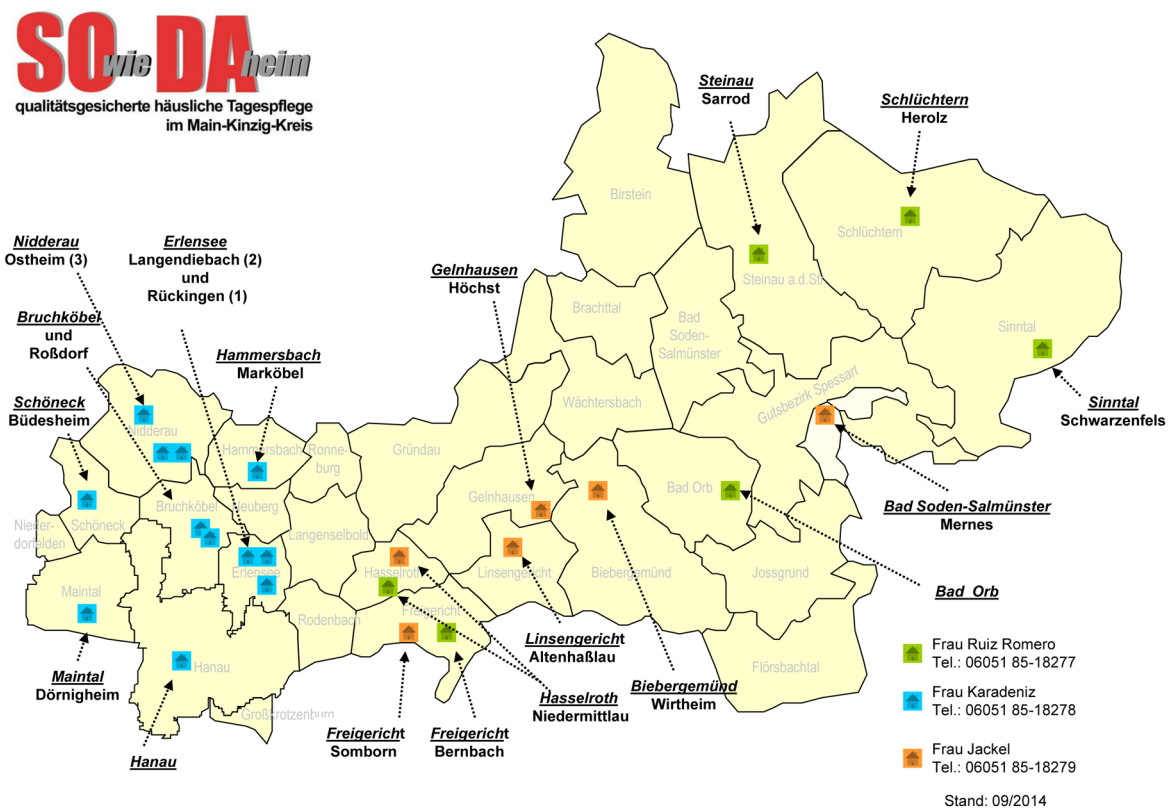
Das Tätigkeitsspektrum macht den Qualifizierungsbedarf der Betreuungspersonen deutlich. Sie absolvieren eine Basisschulung, die in einem Zeitraum von sechs Wochen zehn Schulungstage umfasst. Hauptziele der Qualifizierung sind, den angehenden Betreuungspersonen eine wertschätzende Haltung gegenüber den Gästen, einen sensiblen Umgang mit deren Bedürfnissen und Aspekte der Sicherheit zu vermitteln. Ein Schwerpunkt im Schulungscurriculum bildet das Thema Demenz. Auch pflegerische Fachkenntnisse beispielsweise zu Hebetekniken, Körperpflege und zum Umgang mit Inkontinenz werden vermittelt. Ein fünftägiges Praktikum, das in SOWieDAheim-Gasthaushalte oder in professionellen Tagespflegeeinrichtungen absolviert werden kann, ist Bestandteil der Qualifizierungsmaßnahme (Main-Kinzig-Kreis o.J.: 2 ff.).

Die Betreuungsqualität sicherzustellen und das Projekt konzeptionell weiterzuentwickeln stellen die Hauptaufgaben der drei Fachkräfte dar. Sie besuchen regelmäßig die Gasthaushalte, um fachlich beratend tätig zu sein. Neu eröffnete Haushalte und die Aufnahme neuer Gäste werden von ihnen engmaschig begleitet (Main-Kinzig-Kreis, iso 2010: 18 ff.).

Insgesamt wurden im Projektverlauf 84 Ehrenamtliche in Basisschulungen qualifiziert. 33 Personen waren in der Funktion als Gastgeberin aktiv und 49 als Betreuungspersonen tätig. Zwei Personen erhielten wegen fehlender Eignung keine Anerkennung. Zum Ende des Projektes waren noch 46 Ehrenamtliche kontinuierlich und 13 Personen intermittierend in den Gasthaushalten tätig. 23 Betreuungspersonen gaben im Projektverlauf ihre Tätigkeit auf (Gregor et al. 2011: 21).

Die Anzahl der Haushalte steigerte sich seit Projektbeginn kontinuierlich. Im ersten Jahr nach Start des Angebotes waren fünf Haushalte in Betrieb, im gesamten Projektverlauf gab es 31 aktive Gasthaushalte, von denen fünf wieder ausschieden (Gregor et al. 2011: 22). Im Projektverlauf konnte das Angebot der häuslichen Tagespflege in zahlreichen Regionen des Kreisgebietes etabliert werden. Im mittleren und östlichen Main-Kinzig-Kreis stehen jedoch nur noch wenige Gasthaushalte zur Verfügung. Aktuell sind 23 Haushalte verfügbar. Ihre Lage im Kreisgebiet ist in der folgenden Abbildung 1 dargestellt (Main-Kinzig-Kreis 2014).

Abbildung 1 Lage der SOwieDAheim-Haushalte im Main-Kinzig-Kreis



Quelle: Main-Kinzig-Kreis 2014 [Stand September 2014].

Welche Menschen engagieren sich im Projekt SOwieDAheim? Drei Viertel der Betreuungspersonen sind älter als 50 Jahre, 92 % von ihnen sind Frauen. Knapp zwei Drittel sind als Hausfrauen tätig oder befinden sich im Ruhestand. Ein Hauptmotiv, diese Tätigkeit zu beginnen, ist der Wunsch, etwas Sinnvolles zu tun. Ein weiteres relevantes Motiv stellt der Verdienst durch die Aufwandsentschädigung dar (Gregor et al. 2011: 19 ff.). Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung wurden anhand von Leitfaden-Interviews folgende Typen von Betreuungspersonen entwickelt (Main-Kinzig-Kreis, iso 2010: 33):

- Personen, die neu in die Region gezogen und noch nicht ehrenamtlich engagiert sind und die mit der Tätigkeit neue Kontakte knüpfen möchten,
- Menschen im Ruhestand, die erstmals ehrenamtlich tätig sind,
- sozial bereits engagierte Menschen, die ihr Engagement erweitern möchten und
- ehemalige Pflegekräfte, die die individuelle Betreuung der Gäste schätzen.

Das Konzept ist auf hilfsbedürftige Menschen mit Unterstützungsbedarf in Alltagsaktivitäten und auf Menschen mit demenziellen Veränderungen oder psychischen Störungen ausgerichtet. Es ist aber eine Voraussetzung, dass die Gäste die erforderliche Mobilität besitzen, um die Haushalte aufsuchen zu können (Diry et al. 2010: 14). Als Ausschlusskriterien werden unter anderem schwere psychische oder körperliche Erkrankungen, Stuhlinkontinenz, Schluckstörungen und permanente Weglaufgefährdung im

Handbuch formuliert. Ein sich verschlechternder Gesundheitszustand, Urininkontinenz, Agitiertheit und ausgeprägter Bewegungsdrang sind als Kann-Kriterien benannt, bei denen die Fachkraft in Abstimmung mit den Betreuungspersonen Aufnahme oder Verbleib im Haushalt überprüft (Main-Kinzig-Kreis, iso 2010: 46).

Wird die Zahl der Gäste betrachtet, ist im Projektverlauf eine kontinuierliche Aufwärtsentwicklung festzustellen. Anfang 2008 wurden zunächst 15 Personen in den Haushalten betreut, die Zahl erhöhte sich bis zum Projektende Mitte 2011 auf 106 Gäste. Im Laufe der vierjährigen Projektzeit nutzten insgesamt 238 Personen die häusliche Tagespflege. Mit 76 % lebt die Mehrheit von ihnen mit Familie oder Ehepartner bzw. -partnerin zusammen, 23 % sind alleinlebend. Zwei Drittel der betreuten Personen sind weiblich und 51 % älter als 80 Jahre. Die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit eines hohen Anteils der Gäste spiegelt sich in der Einstufung in eine Pflegestufe wider: 45,7 % sind der Pflegestufe I, 39,6 % der Stufe II und 3,9 % der Stufe III zugeordnet. Lediglich 10,9 % beziehen keine Leistungen der Pflegeversicherung. Bei 75 % der Betreuten liegt eine demenzielle Erkrankung vor. Entsprechend hoch ist mit 84 % der Anteil der Gäste, die zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI erhalten, die bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bedingt durch eine Demenzerkrankung oder eine psychische Störungen von der Pflegeversicherung finanziert werden. Neben der häuslichen Tagespflege nutzen die Angehörigen weitere Angebote wie ambulante Pflege, professionelle Tagespflege oder Betreuungsgruppen, um die Versorgung zu unterstützen. Ein zu hoher Pflegebedarf, die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder das Versterben des Gastes stellen Hauptgründe dar, dass Betreute aus der häuslichen Tagespflege ausscheiden (Gregor et al. 2011: 27 ff.).

Steigende Gästezahlen lassen den Schluss zu, dass das Angebot von pflegenden Angehörigen angenommen und akzeptiert wird. Bestätigt wird diese Interpretation durch Ergebnisse einer standardisierten, schriftlichen Befragung von Angehörige der SOWieDAheim-Gäste (n= 28) im Jahr 2008. Eine 100 %ige Zustimmung ergab sich bei der Frage, ob Vertrauen zu den Betreuungspersonen besteht. 96,4 % der Befragten fühlten sich durch das Angebot entlastet. 25 der 28 Befragten waren mit den Betreuungszeiten zufrieden. Als wichtige Eigenschaft von SOWieDAheim wurden Abwechslung im Alltag der Gäste, geschulte Betreuungspersonen, familiäre Atmosphäre und gemeinsame Aktivitäten genannt. Einzelne, negative Äußerungen bezogen sich auf einen Haushalt, dem wegen Unzuverlässigkeit die Anerkennung entzogen wurde (Main-Kinzig-Kreis 2009: 12 ff.). Neben der Zufriedenheit wurden im Projektverlauf allerdings keine weiteren Outcomes untersucht, die Aussagen zu den Effekten der häuslichen Tagespflege SOWieDAheim ermöglichen.

## 4 Methodisches Vorgehen der qualitativen Untersuchung

Zur Beantwortung der Forschungsfragen nach der Betreuung von Demenzerkrankten durch Ehrenamtliche im Modellprojekt SOWieDAheim wurde ein qualitatives Design gewählt. Die qualitative Sozialforschung dient dazu, Einblicke und Erkenntnisse über bisher kaum erforschte Phänomene und Lebenswelten zu erhalten (Rosenthal 2008: 13). Im Sinne der Gütekriterien qualitativer Forschung (vgl. Steinke 2009: 324 ff.) dienen die Darstellungen in diesem Kapitel dazu, das methodische Vorgehen nachvollziehbar zu beschreiben. Planung und Durchführung der Datenerhebung durch die offene teilnehmende Beobachtung sowie die Methodik des Experteninterviews werden erläutert. Die Grounded Theory (Strauss 1998) ermöglicht es, die Datenauswertung transparent darzustellen. Analyseprozess und Kategorienbildung werden im vorliegenden Kapitel beschrieben.

### 4.1 Konzipierung der teilnehmenden Beobachtung und der Datenanalyse

Mit der Betreuung von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen durch ehrenamtliche Betreuungspersonen in privaten Haushalten wird mit dem Projekt SOWieDAheim Neuland betreten. Die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung analysiert, wie die Betreuungspersonen das Betreuungssetting spezifisch für Demenzerkrankte gestalten und welche Kompetenzen sie dabei einsetzen. Das Ziel dieser Arbeit überschneidet sich nicht mit der wissenschaftlichen Begleitforschung des Projektes (vgl. Gregor et al. 2011). Im Vordergrund steht die Analyse der Alltagswelt in einzelnen SOWieDAheim-Haushalten.

Qualitative Verfahren orientieren sich am Alltagshandeln, Daten werden im natürlichen Kontext erhoben und die Perspektiven der beteiligten Akteure können berücksichtigt werden (Flick et al. 2009: 22 f.). Übertragen auf Ziel und Fragestellung der Untersuchung eignete sich die teilnehmende Beobachtung als Methodik der Datenerhebung, um im Feld der Gasthaushalte die Perspektive der Betreuungspersonen zu betrachten. In jüngerer Zeit wird diese Methode als „flexible, methodenplurale kontextbezogene Strategie“ (Lüder 2009: 389) verstanden und mit dem Begriff der Ethnographie bezeichnet. Ethnographie hat das Ziel, kleine Lebenswelten zu erkunden. Im Vergleich zu Interviews bietet die Ethnographie den Vorteil, am Alltagsleben teilzunehmen und Handlungen, Stimmungen, Interaktionen und Lebenskontexte wahrzunehmen (Lüder 2009: 390 f.). Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Akteure des Forschungsfeldes durch die Anwesenheit einer Beobachterin beeinflusst werden.

Aufgrund der verfügbaren Zeitressourcen und dem Ziel, einen Einblick in die Lebenswelt mehrerer Gasthaushalte zu gewinnen, wurden in vier Gasthaushalten jeweils zwei Beobachtungen durchgeführt. Der erste Beobachtungstag diente dazu, einen umfassenden Gesamteindruck vom Haushalt und den anwesenden Akteuren zu erhalten. Der zweite Tag ermöglichte es, ausgewählte Situationen vertiefender zu beobachten und eventuell bestehende unklare Themen zu klären. Ziel der Beobachtung war es, Routinen und selbstverständliche Handlungsabläufe zu erfassen. Sie bilden Praktiken ab, die den Handelnden nicht bewusst, jedoch für das Gestalten des Betreuungssettings relevant sind. Die gezielte Beobachtung von Krisen oder Handlungen außerhalb der gängigen sozialen Ordnung diente dazu, einen Einblick in spezifische Praktiken, Strategien und Haltungen der beteiligten Personen zu gewinnen (Rosenthal 2008: 106).



Für den Feldzugang war die Projektleiterin von SOWieDAheim eine Schlüsselperson. Sie wurde über das Forschungsvorhaben informiert, förderte es von Beginn an und stellte die projektinterne Kommunikation zu Haushalten und Fachkräften sicher. Über die Fachkräfte wurde die Auswahl der Fälle organisiert. Die Handlungseinheit eines Haushaltes mit allen darin anwesenden Personen wurde als Fall definiert. Die drei Fachkräfte wählten autonom jeweils zwei Haushalte aus, die für eine Beobachtung zur Verfügung standen. Ihre Kriterien wurden im Nachhinein erfragt. Sie nannten eine Mindestanzahl von vier Gästen, eine für die Beobachtung geeignete Wohnungsgröße sowie die Darstellung unterschiedlicher Haushaltsumilieus und Erfahrungen der Betreuungspersonen als Aspekte, die sie zur Auswahl herangezogen hatten. Das Einverständnis der beobachtenden Personen war durch den Vertrag mit SOWieDAheim gegeben, in dem die aktive Mitwirkung an wissenschaftlichen Forschungen beinhaltet ist.

Anfang März 2010 erfolgte die erste Kontaktaufnahme mit den Gastgeberinnen, um die Beobachtungstermine abzustimmen. Mit einem Telefonat wurde eine kurze persönliche Vorstellung verbunden sowie über Ziel und Durchführung der Beobachtung informiert. Mögliche Bedenken, dass die Beobachtung eine Kontrolle darstellen könnte, sollten hierdurch reduziert werden. Die Auswahl von vier der sechs verfügbaren Haushalte ergab sich aus ihrer Erreichbarkeit und verlief reibungslos. Im telefonischen Kontakt konnten erste Eindrücke über die Gastgeberinnen gewonnen werden, die in einem Memo festgehalten wurden.

Der Feldaufenthalt begann am 30.03.2010 mit der Durchführung der ersten Beobachtung. Bis zum 21.04.2010 wurden von der Autorin acht Beobachtungen durchgeführt. Die Beobachtungsdauer am zweiten Tag wurde vom Sättigungsgrad der erhobenen Daten abhängig gemacht. Am ersten Tag begann die Beobachtung morgens vor Eintreffen der Gäste gegen 9.30 Uhr und endete nach deren Weggang gegen 16.00 Uhr. Am zweiten Beobachtungstag wurde die Beobachtung zwischen 13.00 Uhr und 14.30 Uhr abgeschlossen. Insgesamt wurden in vier Haushalten neun Betreuungspersonen, zwei Praktikantinnen, zwei Fachkräfte und 20 Gäste beobachtet. Alle anwesenden Personen waren der Autorin vor den Haushaltsaufenthalten nicht bekannt. Die Beobachtungstermine und die Anzahl der beobachteten Personen pro Haushalt sind in Tabelle 3 dargestellt.

**Tabelle 3 Beobachtungsdauer und anwesende Akteure der SOWieDAheim-Haushalte**

Haushalt	Beobachtungsreihenfolge	Dauer	Anwesende und Anzahl
<b>A</b>	1	9.30 – 16.00 Uhr	Betreuungspersonen: 2 Gäste: 4
	3	9.15 – 14.30 Uhr	Praktikantin: 1 Fachkraft: 1
<b>B</b>	2	9.45 – 16.00 Uhr	Betreuungspersonen: 3 Gäste: 4
	6	9.45 – 13.15 Uhr	
<b>C</b>	4	9.30 – 16.00 Uhr	Betreuungspersonen: 2 Gäste: 8
	5	9.45 – 13.00 Uhr	Fachkraft: 1
<b>D</b>	7	9.45 – 16.35 Uhr	Betreuungspersonen: 2 Gäste: 4
	8	9.45 – 13.30 Uhr	Praktikantin: 1

Mit dem Eintauchen in das Feld und der längeren Teilnahme während der Beobachtung wird die Forscherin selbst zur Beteiligten. Es entwickeln sich Beziehungen und Vertrauen zwischen den Akteuren, was ein Ausbalancieren von Nähe und Distanz erforderlich macht (Lüder 2009: 392). Das klassische Modell eines unsichtbaren Forschenden im Feld wird nicht mehr als ideale Form der Feldforschung betrachtet. Vielmehr gilt es, die Reaktion des Feldes und die Rolle der Forscherin als Teil des Forschungsprozesses zu reflektieren (Wolff 2009: 339). Dies beinhaltet auch, bestehendes Kontextwissen darzustellen. Es bestand pflgefachliches Vorwissen aufgrund der Ausbildung und langjährigen Berufserfahrung der Autorin als Krankenschwester. Zu den Themen Demenz, Tagespflege, bürgerschaftliches Engagement sowie zum Projekt SOWieDAheim lag aufgrund der Literaturrecherche theoretisches Kontextwissen vor. Die beruflichen Vorkenntnisse als Pflegefachkraft führten zu einem Vergleich der Kompetenzen der ehrenamtlichen Betreuungspersonen mit den Kompetenzen von ausgebildeten Pflegekräften im klinischen Bereich. Es wurde nicht erwartet, dass die Betreuungspersonen diesen Maßstab erreichten, jedoch entstand der Eindruck, dass sie in unterschiedlichen Bereichen und Umfängen professionelle Kompetenzen anwendeten (siehe auch Abschnitt 5.3 zur Kategorie „*Professionalität im Ehrenamt*“).

Um eine Balance zwischen dem Grad von Teilnahme und Distanz zu finden, wurde die Feldphase gezielt geplant. Mit dem Ziel, die Natürlichkeit des Betreuungssettings möglichst zu bewahren, war die Feldrolle teilnehmend angelegt. Eine stark zurückgenommene passive Beobachtung erschien im Sinne eines Vertrauens- und Beziehungsaufbaus zu den Betreuungspersonen und aufgrund der Anwesenheit kognitiv beeinträchtigter Menschen als kontraproduktiv. Eine zu aktive Teilnahme sollte ebenso vermieden werden, um das Handeln der Anwesenden nicht zu stark zu beeinflussen. Der Grad der Teilnahme stellte eine Mischung beider Variationen dar und wurde situationsspezifisch angepasst. Dies beinhaltete einerseits eine aktive Teilnahme an allen Tagesaktivitäten. Gleichzeitig wurde vermieden, die Aktionen zu steuern oder in den Verlauf einzugreifen. Die Beteiligung an Gesprächsrunden mit den Gästen wurde vom Gesprächsverlauf abhängig gemacht. Eine vermehrte Beteiligung wurde bei zwanglos und selbstständig verlaufenden Gesprächen umgesetzt. In Gesprächen, die stärker von den Betreuungspersonen angestoßen und gelenkt werden mussten, wurde die eigene Aktivität reduziert. Vermieden wurde ein aktives Eingreifen in Krisen, Konflikten oder unvorhersehbaren Situationen, um die Reaktionen der Betreuungspersonen möglichst unbeeinflusst zu erleben.

Die Beobachtung erfolgte offen. Betreuungspersonen und Gäste wurden über den beruflichen Hintergrund sowie über das Ziel der Untersuchung und die angewendete Methode informiert. Bei kognitiv stark eingeschränkten Gästen wurde die Anwesenheit der Forscherin durch die Vorstellung als „weiterer Gast“ erklärt.

Neben dem Grad der Teilnahme wurde für die Beobachtung der Grad der Fokussierung festgelegt und dem Forschungsverlauf angepasst. Es werden verschiedene Beobachtungsphasen unterschieden: Von der sehr offen ausgerichteten, beschreibenden Phase zu Beginn konzentriert sich der Blick zunehmend auf den Forschungsgegenstand. Dieser Phase der fokussierten Beobachtung folgt die Phase der selektiven Beobachtung, in der differenziert ausgewählte Phänomene betrachtet werden (Lüder 2009: 387). Entsprechend diesem methodologischen Ansatz wurden die ersten Beobachtungen sehr generalisiert und unfokussiert durchgeführt. In der weiteren Feldphase kristallisierten sich zunehmend relevant erscheinende Themenfelder heraus, die in den folgenden Beobachtungen gezielter betrachtet wurden. Die

Beobachtung fokussierte sich zunehmend auf spezifische Phänomene. Gleichzeitig wurde versucht, neben dieser Selektion offen für neue Phänomene zu bleiben.

Die teilnehmende Beobachtung ermöglicht es, weitere Methoden der Datenerhebung anzuwenden. Ein Kennzeichen der Ethnographie ist, dass Forschungsmethoden flexibel eingesetzt und neben der Beobachtung Gruppengespräche, Interviews oder Daten aus Dokumenten einbezogen werden können (Rosenthal 2008: 106). Die Methodenpluralität stellt ein Qualitätskriterium qualitativer Forschung dar und trägt dazu bei, die Validität der Ergebnisse zu erhöhen (Köttig 2005: 67). In die teilnehmende Beobachtung wurden offene Gespräche eingebettet. Ziel war es, weitere Daten zu Motiven, Einstellungen und Erfahrungen der Betreuungspersonen zu gewinnen. Hierfür waren im Vorfeld, abgeleitet vom Forschungsziel, Fragenkategorien entwickelt worden. Sie ermöglichten es, in allen Haushalten die gleichen Themen zu besprechen und bezogen sich auf die Bereiche „Motivation“, „Veranlassung zur Tätigkeit“, „Einschätzungen zur Schulung und zu den benötigten Fähigkeiten einer Betreuungsperson“ sowie „Probleme und positive Erlebnisse im Rahmen der Tätigkeit als Betreuungsperson“. Die Kategorien wurden durch das Auftreten neuer Aspekte während der Beobachtungen um die Themen „Grenzsituation in der häuslichen Tagespflege“ und „Privatsphäre der Gastgeberinnen“ ergänzt. Offene Gespräche mit den Betreuungspersonen ergaben sich meist spontan und wurden selten aktiv von der Beobachterin angestoßen. Die Fragenkategorien wurden im Gespräch frei formuliert erfragt, falls sie nicht aus Eigeninitiative der Betreuungspersonen angesprochen wurden, um einen möglichst alltäglichen Gesprächsverlauf zu erhalten. Es wurde vermieden, eine Interviewsituation entstehen zu lassen.

Neben offenen Gesprächen wurden Daten von Projektdokumenten in die Analyse einbezogen. Informationen aus Biografiebogen, Stammbblatt und Betreuungsplan dienten dazu, den Unterstützungs- und Pflegebedarf der Gäste einzuschätzen. Tagesprotokolle, in denen die Gastgeberinnen Aktivitäten, Mahlzeiten und Besonderheiten zu den Gästen dokumentieren, wurden zum Abgleich der entwickelten Beziehungsstile der Gastgeberinnen genutzt. Erfragte soziodemografische Daten der Betreuungspersonen flossen in die Darstellung der Charakteristika von Haushalten und Gastgeberinnen ein.

Dass nicht nur Daten und Fälle, sondern Menschen und ihre Geschichten im Mittelpunkt der Beobachtung standen, wurde insbesondere beim Feldausstieg ersichtlich. Eine Aussage von Rosenthal (2008) macht dies deutlich: „*Teilnehmen bedeutet vor allem, die emotionale Distanz vorübergehend aufzugeben [...]*“ (Rosenthal 2008: 107). Der Feldausstieg bedeutete, Abschied zu nehmen von einer zwischenzeitlich vertraut gewordenen Lebenswelt und von Personen, zu denen an zwei Beobachtungstagen zum Teil vertrauensvolle Kontakte entstanden waren. Die Bereitschaft, einer fremden Beobachterin Einblick in die Haushalte und in Gedanken und Gefühle zu gewähren, wurde nicht als selbstverständlich angesehen.

Mit dem Ausstieg aus dem Feld war ein Teilbereich der Datenerhebung abgeschlossen. Ein weiterer Bereich stellte die Datendokumentation dar. Hierbei ist der Begriff der „dichten Beschreibung“ (Geertz 1994: 15) eng mit der Ethnographie verbunden. Die Ethnographin hat die Aufgabe, komplexe Phänomene im Feld wahrzunehmen und mikroskopisch darzustellen. Diese besondere Art des Schreibens, das ethnographische Schreiben, wird als eines der Kennzeichen dieser Methodik betrachtet. Die nachträgliche Dokumentation des Beobachteten in einem Beobachtungsprotokoll stellt dabei keine Wiedergabe

der Wirklichkeit dar. Vielmehr werden Protokolle als Texte betrachtet, die das Erinnernte sinnhaft nachvollziehen, verdichten und Wirklichkeit rekonstruieren (Lüder 2009: 396).

Zur „Datensicherung“ des Beobachteten wurden Feldnotizen und überwiegend das Gedächtnis eingesetzt. Das Schreiben von Memos am Ende jedes Beobachtungstages diente dazu, den Tag im Feld zu reflektieren und die Auswahl relevanter Themen zu unterstützen. Es wurde versucht, Situationen konzentriert aufzunehmen und sich diese in Verbindung mit Schlagworten einzuprägen. Die Schlagworte wurden während der Beobachtung in kurzen Phasen als Feldnotizen festgehalten. In Gesprächen mit Betreuungspersonen konnten vermehrt Notizen gemacht und möglichst in deren Sprache abgebildet werden. Feldnotizen und das Erinnernte waren Grundlage der Beobachtungsprotokolle, die am Tag nach der Beobachtung erstellt wurden. Darin wurde ein Überblick über den Tagesablauf gegeben und als relevant eingeschätzte Ereignisse dicht beschrieben. Die Darstellung in den Protokollen war deskriptiv, Interpretationen wurden gekennzeichnet, erste analytische Ideen dokumentiert. Die Memos dienten auch dazu, die Form der Beobachtung zu reflektieren und gegebenenfalls anzupassen.

Durch die Beobachtung wurden zum Teil sehr persönliche Einblicke in die Lebenswelt der beteiligten Akteure gewonnen. Zu ihrem Persönlichkeitsschutz wurden die Daten maskiert. Die Namen der Betreuungspersonen und Praktikantinnen wurden pseudonymisiert. Gäste wurden mit dem Buchstaben G und einer fortlaufenden Nummerierung und die Haushalte mit den Buchstaben A bis D gekennzeichnet.

War mit der Dokumentation der Daten ein Schritt innerhalb des Forschungsprozesses abgeschlossen, begann mit der Datenanalyse ein weiterer. Die Analyse der Beobachtungsdaten erfolgte angelehnt an die Grounded Theory (Strauss 1998) und mit der Auswertung wurde nach Abschluss der sechsten Beobachtung begonnen. Die Grounded Theory wurde als Methode zur Datenauswertung gewählt, weil deren interpretative Verfahren es ermöglichen, empirische Daten systematisch und intensiv zu analysieren, vielfältige Daten zu strukturieren und die Gedanken der Forscherin zu ordnen (Strauss 1998: 51). Die induktive Vorgehensweise hatte das Ziel, Hypothesen aus den empirischen Daten zu entwickeln.

Ein grundlegendes Verfahren der Datenanalyse stellt das Kodieren dar, das ein Ableiten von Konzepten aus den Daten ermöglicht (Strauss 1998: 50 ff.). Durch offenes Kodieren zu Beginn der Analyse werden die Daten anhand ausgewählter Textabschnitte geöffnet und mikroskopisch fein betrachtet (Strauss 1998: 61). Als Datengrundlage wurden die Beobachtungsprotokolle verwendet. Bereits während der Beobachtungen ergaben sich Schwerpunktthemen, die sich in unterschiedlicher Intensität in allen Haushalten wiederfanden. Es wurden vier relevant erscheinende Themen herausgearbeitet und jeweils einem Haushalt zugeordnet, in dem das Phänomen als besonders prägend und charakteristisch erlebt wurde. Aus den Beobachtungsprotokollen wurde pro Haushalt eine Textpassage ausgewählt, die das Schwerpunktthema dicht beschrieb. Die Themen waren:

- Privat- und Intimsphäre: Haushalt A
- Interaktion mit Demenzerkrankten: Haushalt B
- Sicherheit: Haushalt C
- Zusammenarbeit Gastgeberin und Betreuungspersonen: Haushalt D

Das offene Kodieren wurde zunächst nicht gezielt auf die Fragestellung ausgerichtet. Die ausgewählten Texteinheiten wurden in Form einer Feinanalyse anhand kleiner Abschnitte von Zeilen oder einzelnen

Satzteilen analysiert. Die Daten wurden dekontextualisiert betrachtet, um eine nötige Distanz zu den selbst erhobenen Dokumenten zu schaffen und eine Offenheit in der Interpretation zu fördern. Kontextwissen durch die beruflichen Erfahrungen, aus Fachliteratur und wissenschaftlichen Publikationen wurde eingebunden. Das offene Kodieren diente dazu, Bedingungen, Folgen, Zusammenhänge und Strategien aus dem Datenmaterial herauszuarbeiten und in Begriffe zu fassen, die entweder direkt aus den Daten entnommen wurden oder nahe an der Sprache der Haushalte lagen. Kodiervorgang, Erkenntnisse aus dem Prozess des Kodierens und erste Interpretationen wurden jeweils in einem Memo dargestellt. Beispielsweise wurden zum Schwerpunktthema Sicherheit durch die Analyse des Textabschnittes „*Sie bewegt sich leise und sagt nichts. Ich gehe davon aus, dass Frau Neumann dies wahrgenommen hat.*“ (C1: 104/14-15) die Codes „Unsicherheit“ und „Beobachtung“ gewonnen. Diese Codes deuteten auf eine erwartete Gefahr und auf die Strategie hin, durch Beobachtung die Situation kontrollieren zu können. Die später entwickelte zentrale Kategorie „Alltäglichkeit herstellen“ wurde in dieser Auswertungsphase noch als wenig relevant wahrgenommen. Durch die Analyse des Satzes „*Während wir noch beim Domino sitzen, sehe ich, dass Frau G9 vom Stuhl aufsteht.*“ (C1: 104/13) und der daraus abgeleiteten Codes „Normalität, gewöhnlich, ungewöhnlich, außergewöhnlich“ und „Ereignis mit Bedeutung“ wurde das Thema Sicherheit um die Perspektive der nicht vorhandenen Alltäglichkeit in den Gasthaushalten erweitert.

Das offene Kodieren erfolgte zunächst fallspezifisch. In einem weiterführenden Analyseschritt wurden die Codes der Haushalte zusammengeführt, verglichen und auf Zusammenhänge und Unterschiede untersucht. Als weitere Datenbasis wurde Kodier- und Beobachtungsmemos einbezogen und anhand der darin formulierten Hypothesen die entwickelten Erkenntnisse überprüft. Die Codes wurden zusammengefasst, neue Kategorien gebildet oder auf Basis der bestehenden Schwerpunktthemen weiterentwickelt. Dieser Analyseschritt des axialen Kodierens dient dazu, eine zentrale Kategorie herauszuarbeiten (Strauss 1998: 101). Bereits während des offenen Kodierens fielen Ähnlichkeiten zwischen den Codes verschiedener Haushalte auf. Es rückten einzelne Codes wie beispielsweise „Bedürfnisse erfüllen“ oder „Professionalität“ in den Mittelpunkt. Unabhängig der unterschiedlichen, in die Analyse einbezogenen Themen fanden sich unter den Codes haushaltsübergreifend gleiche oder sinnverwandte Begrifflichkeiten. Diese Parallelen wiesen auf eine hohe Bedeutung der Codes hin und betrafen beispielsweise Begriffe zum Thema Alltäglichkeit wie „Normalität“ und „Alltag“ sowie Codes mit gegenteiliger Dimension wie „abweichendes Handeln“, „außerhalb der Norm“ oder „nicht-adäquates Handeln“. Daraus entwickelte sich die Kategorie „Alltäglichkeit, Normalität“.

Die Analyse der Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Codes führte zur Weiterentwicklung der vier bisher bestehenden Schwerpunktthemen. Begriffe der Kategorien entfernten sich vom empirischen Material, wurden abstrakter und Interpretationen waren gezielt auf die Fragestellung ausgerichtet. Als Ergebnis kristallisierte sich die zentrale Kategorie „Alltäglichkeit herstellen“ heraus, die aus der Kategorie „Alltäglichkeit, Normalität“ und der Verbindung den Dimensionen „vorhandene oder nicht vorhandene Alltäglichkeit“ hervorging. Die Analyse wurde durch grafische Darstellungen der Kategorien und ihrer Zusammenhänge unterstützt. Alle Analyseschritte, Überlegungen zu den Zusammenhängen zwischen den Kategorien und zur Verbindung mit der zentralen Kategorie wurden in analytischen Memos dargestellt und relevante Erkenntnisse in Hypothesen formuliert.

Ergänzt wurde der Analyseprozess des Kodierens durch die Beschreibung von Charakteristiken der Fälle. Den Fall als eigenständige Einheit zu betrachten, ist ein Merkmal der Grounded Theory (Hildenbrand

1998: 12). Auf Grundlage der Beobachtungsprotokolle wurden Parallelen und Unterschiedlichkeiten zu den Haushalten, den Merkmalen der Gastgeberinnen und den Betreuungssettings herausgearbeitet und zusammenfassend in Tabellen abgebildet. In analytischen Memos wurden die Spezifika der Haushalte verdichtet und interpretiert. Als zentrales Auswertungsergebnis entstand die Rekonstruktion der vier haushaltstypischen Beziehungsstile der Gastgeberinnen in den Settings therapeutisch, bedürfniserfüllend, autonom und professionell.

#### **4.2 Konzipierung des Interviews mit einer Expertin**

Unter dem Begriff Experte oder Expertin wird eine Person verstanden, von der angenommen wird, dass sie gegenüber anderen Personen über einen Wissensvorsprung zu Themen der Forschungsfragen verfügt. Als Interviewmethode wird das offene Leitfaden-Interview als geeignete Form angesehen (Meuser, Nagel 2009: 37 ff.). Ein Experteninterview erschien geeignet, um Informationen zur Projektentstehung und -entwicklung des Projektes SOWieDAheim zu erhalten. Als Interviewpartnerin wurde die Projektleiterin ausgewählt, da sie das Projekt initiierte und verantwortlich für seine Umsetzung war. Es wurde ein Leitfaden mit den vier Kategorien „Projektverlauf SowieDAheim“, „Gäste, Angehörige und Demenz“, „Betreuungspersonen“ sowie „Finanzierung und zukünftige Entwicklung des Projektes“ entwickelt. Zu jeder Kategorie wurden eine Einzelfrage sowie Stichworte für Nachfragen formuliert.

Die Terminierung des Interviews erfolgte gezielt in einer frühen Phase der Untersuchung und vor Durchführung der teilnehmenden Beobachtung, um mit der Konzeption des Projektes vertrauter zu werden. Das Interview fand im dienstlichen Büro der Projektleiterin statt, dauerte 90 Minuten und verlief in einer entspannten Gesprächsatmosphäre. Der Leitfaden wurde vor Durchführung des Interviews der Expertin vorgestellt. Das Gespräch wurde mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Die entwickelten Fragen wurden frei formuliert wiedergegeben, da nur ein Interview geführt wurde und somit eine Vergleichbarkeit zwischen mehreren Gesprächen nicht notwendig war. Wenn es sich im Gesprächsverlauf ergab, wurde vom Leitfaden abgewichen.

Das Interview wurde wortgetreu transkribiert. Es wurden Standardorthografie und Standardzeichensetzung genutzt, parasprachliche Merkmale wurden eingeschränkt dargestellt. Die Datenauswertung erfolgte durch eine zusammenfassende Darstellung der kategorisierten Interviewinhalte. Dazu wurden die Gesprächsinhalte thematisch geordnet und die Gesprächssequenzialität aufgehoben. Darauf aufbauend diente eine Synopse dazu, verdichtete Kernaussagen des Interviews anhand der Kategorien darzustellen. Kernergebnisse des Interviews sind in Kapitel 5 integriert.

## 5 Ambivalenzen in einer Lebenswelt mit besonderen Gästen und besonderen Gastgeberinnen

In der Ergebnisdarstellung wird zunächst in Abschnitt 5.1 ein Blick auf die Projektphilosophie von SOWieDAheim geworfen. Als Kernergebnis der Datenanalyse der teilnehmenden Beobachtung wurden Ambivalenzen zwischen Projektkonzeption und Lebenswelt der Haushalte identifiziert. Die zentrale Kategorie „*Alltäglichkeit herstellen*“, beschrieben in Abschnitt 5.2, nimmt diese Aspekte auf und stellt sie in Zusammenhang mit den weiteren Kategorien „*Besondere Gastgeberinnen*“ und „*Besondere Gäste*“. Abschnitt 5.3 verdeutlicht die Kategorien „*Bedürfnisse erfüllen*“ und die dafür eingesetzte „*Professionalität im Ehrenamt*“ aus allgemeiner Perspektive sowie in Abschnitt 5.4 mit Fokus auf die Ambivalenz zwischen „*Sicherheit*“ und „*Autonomie*“ der Gäste. Abschnitt 5.5 bezieht sich auf das Ziel der Betreuung, abgebildet in der Kategorie „*Einen schönen Tag erleben*“.

Die Ergebnisse des Expertinneninterviews werden integriert. Direktzitate sind aus Beobachtungsprotokollen (B) und Interviewtranskript (I) entnommen und über Seiten- und Zeilennummern rückverfolgbar dokumentiert. Kategorien und Subkategorien werden durch Kursivformatierungen kenntlich gemacht.

### 5.1 Philosophie des Projektes SOWieDAheim

Die Philosophie des Projektes SOWieDAheim wird über Ziele und Grundsätze, formuliert als normative Vorgabe, im Schulungskonzept und im Handbuch für Betreuungspersonen ersichtlich. Sie scheint von den Qualitätsvorstellungen und der Haltung der Projektleiterin geprägt zu sein. Durch eine langjährige berufliche Tätigkeit in der Leitstelle für ältere Bürger des Main-Kinzig-Kreises sind ihr Sorgen und Nöte von älteren Menschen und pflegenden Angehörigen vertraut. Daneben engagiert sie sich in der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft. Durch diese Erfahrungen wurde ihr bereits vor der Projektplanung der zunehmende Hilfebedarf in der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen deutlich vor Augen geführt. Die Projektleiterin formulierte dies aus Perspektive der Angehörigen:

*„Die Leute, die brauchen Hilfe. Für die kommt Heim überhaupt nicht in Frage, aber die halten’s zu Hause auch nicht aus.“ (I 314/9-11).*

Um die häusliche Versorgung zu erleichtern, bietet sich die Tagespflege als Entlastungsmöglichkeit an. Jedoch stehen im Main-Kinzig-Kreis mit zahlreichen ländlich geprägten Kommunen keine bedarfsgerechten Angebote zur Verfügung. Die bestehende Unterversorgung und der wahrgenommene subjektive Bedarf nach Unterstützung stellten wichtige Motive für die Projektleiterin dar, die häusliche Tagespflege zu erproben:

*„Und dann denke ich immer, meine Güte, Tagespflege, wir bräuchten sie hier und da und überall. Und da habe ich gedacht, wir versuchen das.“ (I 314/15-16).*

Eine Besonderheit des Projektes ist, dass die Tagespflege im familiären, alltagsbezogenen Setting von Privathaushalten angeboten wird. Für die pflegebedürftigen Gäste ähnelt der Aufenthalt im Gasthaushalt an ein bis zwei Tagen in der Woche einem Besuch bei Bekannten oder Freunden. Der Name des

Projektes kann als Programm betrachtet werden: Die Gäste sollen sich in den Haushalten „so wie Daheim“ fühlen.

Die Alltäglichkeit eines privaten Besuchs ist jedoch in den Haushalten aufgrund der alters- und pflegebezogenen Einschränkungen der Gäste nicht gegeben. Sie soll durch das Erfüllen der Gästebedürfnisse erreicht werden. Die Bedürfnisorientierung als ein Grundsatz des Projektes wird im Qualitätsanspruch an die Betreuung deutlich. Wesentlich sind hierbei eine wertschätzende, empathische Haltung gegenüber den Gästen und deren Rechte auf Würde und Akzeptanz unabhängig von ihren Defiziten. In der Interaktion mit Demenzerkrankten wird die Anwendung des personenzentrierten Ansatzes nach Kitwood<sup>8</sup> angestrebt. Diese Grundsätze des Projektes sind Lehrinhalte der Basisschulung für die angehenden Betreuungspersonen zum Thema Demenz. Lernziele sind (Main-Kinzig-Kreis o.J.: 6): „Wahrnehmungsschulung, Empathie, Einfühlungsvermögen in die Lebenswelt von Demenzerkrankten, Grundlagenthemen für einen bewussten Umgang, Entwicklung einer suchenden Haltung, Handlungssicherheit auch in schwierigen Situationen, Raum für positive Emotionen schaffen [...]“

Die Sicherheit der Gäste hat aufgrund ihrer körperlichen und kognitiven Einschränkungen einen hohen Stellenwert in der Projektphilosophie. Dies macht ein Ausbalancieren zwischen der gleichfalls als Recht formulierten Autonomie erforderlich. Im Handbuch für Betreuungspersonen werden beide Perspektiven dargestellt (Diry et al. 2010: 11): „Die Gäste haben das Recht, [...]“

- auf ihre Autonomie im Rahmen eines „akzeptablen Risikos“. In sie sollte so wenig wie möglich eingegriffen werden. [...]
- sich in allen Aspekten ihres Lebens sicher und geschützt zu fühlen, das betrifft auch Gesundheit und Wohlbefinden [...].“

Die beschriebenen Kernelemente der Projektphilosophie – eine personenzentrierte, empathische Interaktion, das Erfüllen der Bedürfnisse der Gäste, die Gewährleistung ihrer Sicherheit und Autonomie – werden in den Kategorien „Bedürfnisse erfüllen“ und „Professionalität im Ehrenamt“ aufgegriffen. Die Kategorien spiegeln in ihrer Komplexität den Qualitätsanspruch des Projektes wider. Aus dieser Perspektive fällt der Blick auf ein weiteres Merkmal von SOWIE DAHEIM: Ehrenamtliche Laien sind für die Betreuung der Gäste verantwortlich und haben die Aufgabe, diese Qualitätsansprüche umzusetzen. Fachkräfte stehen ihnen unterstützend und beratend zur Seite. Die Anforderungen an die Persönlichkeit der Betreuungspersonen werden im Schulungskonzept verdeutlicht. Unter anderem sehen die Projektverantwortlichen eine Betreuungsperson als „[...] eine selbständige, autonome Persönlichkeit, die zwar in einem bekannten Umfeld agiert (möglicherweise in ihrem eigenen Haushalt), jedoch nicht eingebunden ist in eine sichere Struktur wie z.B. in eine professionelle Tagespflege oder in einen ganzen Pflegekomplex“ (Main-Kinzig-Kreis o.J.: 1).

Die Betreuung der Gäste durch Ehrenamtliche führt zu einem weiteren Grundsatz des Projektes. In seiner Bezeichnung als „qualitätsgesicherte häusliche Tagespflege“ wird der Stellenwert eines hohen Qualitätsanspruchs deutlich. Eine gesicherte Betreuungsqualität ist der Projektleiterin wichtig. Sie stellt als

---

<sup>8</sup> Siehe auch die zusammenfassende Darstellung des Konzeptes des personenzentrierten Umgangs mit Demenzerkrankten in Abschnitt 2.2 und weiterführend Kitwood 2004.



ein entscheidendes Strukturmerkmal die Zusammenarbeit von zwei Betreuungspersonen pro Haushalt heraus und macht dies auf die Frage, ob die Besetzung der Haushalte immer zu zweit erfolgt, deutlich:

*„Ja, anders geht es nicht. Das ist so ein Konzept, allein wird kein Haushalt geführt. Also, es gibt so Grundthemen, Eckpunkte, da geht kein Weg dran vorbei, das sind immer [...] die Gastgeberin und eine zusätzliche Betreuungsperson. Alleine, das gibt's nicht.“ (I 316/19-22).*

Die Sicherstellung der Qualität ist aus Sicht der Projektleiterin ein wichtiges Kriterium, um eine Akzeptanz des Modellprojektes in Institutionen der Altenhilfe zu erreichen. Das Vorstellen von SOWieDAheim in der Region durch die Fachkräfte und die skeptischen Reaktionen der professionellen Einrichtungen wurden von ihr im Interview wie folgt beschrieben:

*„Wir haben versucht [...] überall das zu vernetzen und so, und das war anfangs, da sind wir auf sehr große Ablehnung gestoßen. [...]. Das konnte sich niemand vorstellen, die Tagespflegen haben Konkurrenz befürchtet. Die ambulanten Dienste haben zum Teil sehr hochnäsiger geguckt. [...] Die dachten, was kann, soll denn das sein. Ja, das kann nicht funktionieren.“ (I 317/35-36,318/1-7).*

Als weiteres spezifisches Kennzeichen des Projektes kann seine Besonderheit betrachtet werden. Zum einen ist das Projekt deutschlandweit das einzige Angebot der häuslichen Tagespflege. Zum anderen erfüllen die Projektbeteiligten ihre Aufgaben im Bewusstsein, den Gästen eine besondere Betreuung zu bieten, die in Einrichtungen der Altenhilfe aufgrund der differierenden Rahmenbedingungen häufig nicht ermöglicht werden kann. Eine wiederkehrende Aussage der Betreuungspersonen war, den Gästen einen schönen Tag bereiten zu wollen. Die Gastgeberin Frau Burger drückte dies folgendermaßen aus:

*„Sie (Frau Burger) meint, dass die Gäste bei SOWieDAheim etwas erhielten, was ihnen in keiner sonstigen Einrichtung geboten würde. Deshalb sei es so wichtig, das Projekt zu unterstützen. „Wir machen den Tag zu einem schönen Tag“, sagt sie.“ (B3 82/10-13).*

Die Projektphilosophie aus konzeptioneller Sicht zu betrachten, stellt nur eine Sichtweise dar. Von den Akteuren in den Gasthaushalten ist es abhängig, ob die Philosophie mit Leben erfüllt wird. Diese Perspektive wird in den folgenden Abschnitten dargestellt.

## **5.2 Alltäglichkeit herstellen unter besonderen Bedingungen**

An der Ausgestaltung der Projektphilosophie in den Gasthaushalten haben die Betreuungspersonen einen entscheidenden Anteil. Ihre Persönlichkeit, Motive und Einstellungen beeinflussen die haushaltspezifische Umsetzung der Projektgrundsätze. In den Ergebnissen der Datenanalyse wurden Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den untersuchten Haushalten ersichtlich. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst der Blick auf diese Haushalte gerichtet und ihre Akteure und Betreuungssettings beschrieben.

Vier Haushalte wurden als Fälle in die Untersuchung eingeschlossen. Pro Haushalt bilden die hier lebende Gastgeberin und eine Betreuungsperson ein Team. In den Haushalten A und B war zur Zeit der Beobachtung anstelle der angestammten Betreuungsperson eine weitere SOWieDAheim-Helferin als Ersatz-Betreuungsperson eingesetzt. Eine Besonderheit im Haushalt C ist, dass hier ein Ehepaar in der

Betreuung tätig ist. Von den acht untersuchten Betreuungspersonen stellte der Ehemann die einzige männliche Betreuungskraft dar. Im Rahmen ihres Praktikums als angehende Betreuerinnen war in Haushalt A und Haushalt D zusätzlich zu den beiden Betreuungspersonen jeweils eine Praktikantin eingesetzt. Drei bis fünf Gäste wurden in den Haushalten pro Tag betreut. Ihr Unterstützungsbedarf differierte stark und bezog sich sowohl auf Defizite in den Alltagsaktivitäten wie auch auf kognitive Einschränkungen. Einen Überblick über die vier untersuchten Haushalte und die anwesenden Personen gibt Tabelle 4.

**Tabelle 4 SowieDAheim-Haushalte und deren Akteure im Überblick**

	Akteure <sup>9</sup>	Alter	Geschlecht	Funktion	Demenzgrad <sup>10</sup> /Unterstützungsgrad in Alltagsaktivitäten (U) <sup>11</sup> – Anzahl der Gäste
<b>Fall 1: Haushalt A</b>	Burger	51	weiblich	Gastgeberin	
	Herold	62	weiblich	Ersatz-Betreuungs-person	
	Sturm	47	weiblich	Praktikantin	
	4 Gäste	76 - 84	2 weiblich 2 männlich		Demenz: 1 keine, 2 mittel, 1 schwer U: 1 gering, 2 mittel, 1 umfangreich
<b>Fall 2: Haushalt B</b>	Schneider	57	weiblich	Gastgeberin	
	Schäfer	50	weiblich	Ersatz-Betreuungs-person	
	Küster	58	weiblich	Stamm-Betreuungs-person	
	4 Gäste	75 -88	3 weiblich 1 männlich		Demenz: 1 keine, 1 leicht, 1 mittel, 1 schwer U: 1 keine, 2 gering, 1 umfangreich
<b>Fall 3: Haushalt C</b>	Neumann	70	weiblich	Gastgeberin	
	Neumann	75	männlich	Stamm-Betreuungs-person	
	8 Gäste	69- 90	4 weiblich	Gast	Demenz: 2 keine, 2 leicht, 4 mittel U: 1 keine, 3 gering, 3 mittel, 1 vermehrt
<b>Fall 4: Haushalt D</b>	Lohmann	51	weiblich	Gastgeberin	
	Herold	62	weiblich	Stamm-Betreuungs-person	
	Erhart	57	weiblich	Praktikantin	
	4 Gäste	71 - 86	3 weiblich 1 männlich		Demenz: 1 keine, 3 mittel U: 2 gering, 2 mittel

<sup>9</sup> Die Namen der Betreuungspersonen sind geändert; Gäste werden durch den Buchstabe G mit fortlaufender Nummerierung maskiert.

<sup>10</sup> Die Demenzschwere wurde subjektiv durch die Autorin angelehnt an die Schweregradeinteilung nach DEGAM 2008 (vgl. Kapitel 2) eingeschätzt.

<sup>11</sup> Die Unterstützung in Alltagsaktivitäten (U) wird wie folgt definiert: gering = einfache Handreichungen, z.B. bei Mobilisieren; mittel = Hilfe beim Aufstehen, Toilettengang, Zubereitung Nahrung; vermehrt = ein Bereich mit größerem U-Bedarf, z.B. Mobilisation, Nahrungsaufnahme; umfangreich = mehrere Alltagsbereiche mit vermehrter Unterstützung.

Beim näheren Blick auf die untersuchten Haushalte sollen zunächst Eindrücke zum äußeren Erscheinungsbild der Wohnungen und ihrer Umgebung geschildert werden. Alle Haushalte können einem unteren bis gehobenen Mittelstand zugeordnet werden. Bis auf eine Wohnung waren die Haushalte im Eigentum der Gastgeberfamilie. Sie repräsentierten unterschiedliche Milieus vom akademisch geprägten, villenähnlichen Ambiente bis zur weniger geräumigen und eher zweckmäßig eingerichteten Mietwohnung. Diese Heterogenität ermöglicht es den Fachkräften, Herkunftsmilieus der Gäste und die Milieus der Haushalte aufeinander abzustimmen und so den Gästen das „Sich-wie-Daheim-Fühlen“ zu erleichtern.

Die untersuchten Haushalte spiegelten die Normalität eines privaten Wohnmilieus wider. Vor Ankunft der Gäste waren auf den ersten Blick kaum Anzeichen erkennbar, dass in den Räumen über fünfeinhalb Stunden pflegebedürftige Menschen versorgt werden. Dies entspricht der Zielsetzung des Projektes, eine Betreuung in alltäglicher Atmosphäre zu ermöglichen. Die Alltäglichkeit eines privaten Kontextes von „Gäste haben“ und „zu Gast sein“ wird angestrebt.

In der Realität der Gasthaushalte ist diese Alltäglichkeit eines privaten Gast-Gastgeber-Kontextes allerdings eingeschränkt. In der Datenanalyse entwickelte sich aus dieser Ambivalenz die zentrale Kategorie „*Alltäglichkeit herstellen*“. Von Seiten der Betreuungspersonen sind Anstrengungen erforderlich, um die Alltäglichkeit zu erreichen und zu erhalten. Symbolisiert wurde die Nicht-Alltäglichkeit in den untersuchten Haushalten durch eine in allen vier Wohnungen beobachtete Besonderheit, deren Bedeutung erst nach Ankunft der Gäste erkannt wurde. Inmitten der sorgfältig vorbereiteten und dekorierten Ess- oder Wohnzimmer standen zum Teil zwischen geschmackvollen Stil- oder Vollholzmöbeln ein oder mehrere Kunststoff-Gartenstühle mit bunten Polstern. Sie stellten eine ideale Sitzmöglichkeit für schwerer betroffene Gäste dar und ersetzten im Vergleich zu einem institutionellen Setting einen professionellen Pflegestuhl. Aus der Beobachtung in Haushalt B ist folgender Eindruck entnommen:

*„Im Esszimmerbereich steht ein ovaler Esstisch mit einer blauen Stofftischdecke. Darum herum gruppieren sich sechs Holzstühle und ein Gartenstuhl mit hoher Rückenlehne und Sitzpolster, der sofort auffällt, weil er nicht zur sonst sorgfältig aufeinander abgestimmten Einrichtung passt.“ (B2 45/22-25).*

Als eine der Ursachen für die kaum vorhandene Alltäglichkeit können die Betreuungsaufgaben betrachtet werden, die nur in Teilbereichen einer privaten Gastgeberin entsprechen. Die Kategorie „*Besondere Gastgeberinnen*“ beinhaltet, dass „besondere“ Menschen mit „besonderen“ Aufgaben in der Betreuung eingesetzt sind. Sie versorgen ältere Menschen ehrenamtlich und werden nur durch eine Aufwandsentschädigung entlohnt. Sie öffnen ihren Privathaushalt für pflegebedürftige, ihnen unbekannte Gäste.

Weshalb führen sie diese „besondere“ Tätigkeit durch? Als Hauptmotiv nannten die Betreuungspersonen mit großer Übereinstimmung, dass sie etwas Sinnvolles tun möchten und Freude am Umgang mit Menschen haben. Die Aufwandsentschädigung war für manche von ihnen ein Teilaspekt, jedoch nicht das Hauptmotiv. Daneben beeinflussten Erfahrungen im Lebensverlauf die Aufnahme des Engagements. Häufig wurde die freiwillige Tätigkeit in einer neuen Lebensphase aufgenommen, beispielsweise als die Kinder erwachsen waren oder der Ausstieg aus dem Berufsleben erfolgte. Überwiegend bestand Pflegeerfahrung im familiären Umfeld. In einem Gespräch mit der Praktikantin Frau Sturm wurde das Zusammentreffen mehrerer Motive deutlich. Bereits vor einiger Zeit wurde sie auf SOWieDAheim aufmerksam.

Nach Beruf, Familienphase und dem Erwachsenwerden ihrer Kinder veränderte sich ihre Lebenssituation erneut. Sie suchte eine Aufgabe und möchte nach ihrem Praktikum einen Gasthaushalt eröffnen.

*„Nun ist ihr Mann [...] arbeitslos geworden. Deshalb ist sie auf der Suche nach einer Arbeit und einem Dazuverdienst, ins Büro möchte sie jedoch nicht mehr. Beim Überlegen, was sie tun könnte, fiel ihr wieder SOWieDAheim ein. Sie möchte gerne etwas Sinnvolles machen und sie hat das Gefühl, dass man von den älteren Menschen viel zurückbekommt.“ (B1 29/8-12).*

Vor allem für die Gastgeberin ergeben sich im Vergleich zu einem privaten Kontext weitere Besonderheiten. Im Unterschied zur alltagsbezogenen Rolle kann eine SOWieDAheim-Gastgeberin weniger selbstbestimmt agieren. Die Öffnungszeiten der Haushalte sind festgelegt. Kann ein Haushalt nicht öffnen, weil die Gastgeberin erkrankt ist, muss die Betreuung der Gäste anderweitig organisiert werden. Es besteht nur bedingt Einfluss darauf, welche Gäste den Haushalt besuchen. Frau Burger beschrieb im Zusammenhang mit der Gästeaufnahme eine Situation, die den Zwiespalt zwischen den eigenen Bedürfnissen als Gastgeberin und der Verpflichtung gegenüber dem Projekt und den Gästen verdeutlicht.

*„Man müsse aufpassen, wo die Grenze sei. Der Punkt, ab dem es für einen zu viel würde, wäre nicht so leicht erkennbar. Sie habe immer fünf Gäste gehabt. Als ein Gast verstarb, hätte sie mit ihrer Betreuungsperson vereinbart, es bei vier Gästen zu belassen. Dann sei Frau Holzer gekommen und habe gesagt, sie hätte einen neuen Gast für sie. Sie habe es nicht geschafft, nein zu sagen.“ (B3 81/22-26).*

Die „besonderen Gastgeberinnen“ und Betreuungspersonen geben den Haushalten ein individuelles Gesicht. Vor allem die Gastgeberin beeinflusst den Stil des Haushaltes weitaus stärker als die Betreuungsperson. Als „Hausherrin“ nimmt sie eine führende Rolle ein und hat für die Vor-, Nachbereitung und Koordination des Betreuungstages den größeren Anteil an Verantwortung und Aufgaben zu leisten. Daher wird die Perspektive der Gastgeberin in den folgenden Ausführungen stärker betrachtet als die der Betreuungsperson. Dies bedeutet nicht, dass Betreuungspersonen nicht gleichfalls einen wichtigen Beitrag für die qualifizierte Betreuung der Gäste leisten.

Anhand einiger biografischer Daten der vier Gastgeberinnen ergeben sich Parallelen hinsichtlich ihres Alters, das über 50 Jahre liegt, und ihrer familiären Situation. Alle Gastgeberinnen haben Kinder und waren, mit Ausnahme von Frau Neumann (Haushalt C), während der Familienphase nicht berufstätig. Zwei Gastgeberinnen verfügen über private Pflegeerfahrungen bei älteren Familienangehörigen, zwei haben darüber hinaus im familiären Kontext Erfahrungen mit medizinisch-pflegerischer und therapeutischer Betreuung sammeln können. Frau Burger, Gastgeberin in Haushalt A und Frau Herold, Betreuungsperson in den Haushalten A und C, verfügen über länger zurückliegende berufliche Pflegeerfahrung. Die weiteren Gastgeberinnen waren nach einer Berufsausbildung angestellt oder selbständig tätig. Ihren unterschiedlichen Berufsfeldern ist der Kontakt mit Menschen gemeinsam. Während Frau Burger und Frau Schneider aus Haushalt B sowie Frau Lohmann aus Haushalt D bereits auf eine mehrjährige Erfahrung in der SOWieDAheim-Betreuung zurückblicken können, war Frau Neumann aus Haushalt C zum Zeitpunkt der Beobachtung erst seit wenigen Monaten als Gastgeberin tätig.

Während der Beobachtungen konnten durch den persönlichen Kontakt, Gespräche und beobachtete Interaktionen vielfältige Eindrücke von den Gastgeberinnen gewonnen werden. Alle vier Frauen wiesen

bei sozialen Persönlichkeitsmerkmalen Ähnlichkeiten auf. Sie zeichneten sich durch die Kompetenzen aus, offen und freundlich auf Menschen zuzugehen und ihnen das Gefühl des Willkommenseins zu vermitteln. Der Betreuungstag wurde von ihnen umfassend vorbereitet und strukturiert durchgeführt. Den Kontakt mit den Gästen gestalteten sie herzlich, zugewandt und wertschätzend. Sie waren aufmerksam, empathisch und sehr geduldig im Umgang mit den Gästen und gingen auf deren individuellen Bedürfnisse ein.

Spezifische Persönlichkeitsmerkmale wie Temperament oder Neigungen, Erfahrungen im Lebensverlauf und in der Tätigkeit als Gastgeberin scheinen Einfluss darauf zu haben, wie die Gastgeberinnen den Betreuungstag gestalten und ihre Tätigkeit erleben. Werden die Gastgeberinnen näher betrachtet, ergeben sich differenzierte Eindrücke.

Frau Burger zeichnet sich durch einen sehr professionellen Umgang mit den Gästen aus. Sie zeigt deutlich ihre Freude im Kontakt mit den älteren Menschen und geht sehr einfühlsam auf ihre Bedürfnisse ein. Die durchgeführten Aktivitäten erfolgen strukturiert. Ihre zielgerichtete Förderung individueller Fähigkeiten der Gäste kann als therapeutischer Ansatz bezeichnet werden. Sie wirkt belastbar, da sie am zweiten Beobachtungstag trotz leichter Erkrankung ihren Haushalt öffnet. Sie hatte beim telefonischen Erstkontakt kein Problem, für die erste Beobachtung eine Zusage zu geben, obwohl an diesem Tag auch eine Praktikantin anwesend war. Gleichzeitig erzählt sie von belastenden Momenten als Gastgeberin und berichtet von Überforderungen. Eigene Grenzen zu erkennen, stellt nach ihrer Ansicht eine wichtige Kompetenz dar. Ihre Erfahrungen im Umgang mit diesen Grenzen beschreibt sie bereits zu Beginn der ersten Beobachtung.

*„Frau Burger und ich unterhalten uns über die Gäste. Sie erzählt schon bald von einem schwierigen Gast, einer Frau, die sie gleich nach Eröffnung ihres Haushaltes betreute und die heute nicht mehr in dieser Gruppe ist. Die Frau litt an einer schweren Demenz. Sie war von Angstzuständen geplagt und sehr agitiert mit großem Bewegungsdrang. Frau Burger macht deutlich, dass sie sich mit der Betreuung dieser Frau gleich zu Beginn ihrer Tätigkeit als Gastgeberin überfordert fühlte und sie Zweifel hatte, ob diese Aufgabe richtig für sie sei. Sie habe zu diesem Zeitpunkt bereits daran gedacht, wieder aufzuhören.“ (B1 18/21-27).*

Frau Schneider zeichnet sich in erster Linie als fürsorgliche Gastgeberin aus. Sie ist sehr um das Wohl ihrer Gäste bemüht und kennt ihre Vorlieben sehr genau. Sie beachtet alltägliche Bedürfnisse der Gäste bei Speisen und Getränken und kümmert sich um ihr Wohlbefinden mit hoher Aufmerksamkeit. Sie ist fortwährend aktiv und versucht, die Bedürfnisse der Gäste umgehend zu erfüllen. Der Betreuungstag wird von ihr sehr strukturiert vorbereitet und durchgeführt. In pflegerische Tätigkeiten ist sie weniger eingebunden. Die Betreuung der schwer demenziell veränderten Frau G8 wird vermehrt von der Betreuungsperson übernommen. Berührungängste mit pflegerischen Aufgaben zeigt sie nicht. Beispielsweise wird die Inkontinenzversorgung der stark unterstützungsbedürftigen Frau G8 von ihr als unproblematisch erlebt.

*„Meine Frage, ob der Unterstützungsbedarf von Frau G8 beim Toilettengang für sie (die Gastgeberin) schwierig sei, verneint sie ohne Zögern. Sie sagt, das würde sie so nebenbei machen.“ (B6 148/35-36).*

Frau Neumann ist noch nicht lange als Gastgeberin tätig. Trotz geringer Erfahrung gestaltet sie den Betreuungstag routiniert und souverän. Als kennzeichnend erscheinen besonders ihre kreativen Aktivitäten mit den Gästen, die sich von den sich ähnelnden Angeboten in den anderen Haushalten unterscheiden. Sie wirkt belastbar und selbstsicher. Ihr gelingt es, geduldig und einfühlsam konflikträchtige Situationen in der Gästegruppe zu deeskalieren. Frau Neumann pflegte mit ihrem Mann über Jahre einen aktiven Lebensstil mit zahlreichen Reisen und Hobbys. Mit ihrer Tätigkeit als SOWieDAheim-Gastgeberin sucht sie in ihrer aktuellen Lebensphase im Ruhestand nach einer neuen, sinnstiftenden Aufgabe. Ihre sozialen Motive werden in einer Erzählung über ihr Praktikum in einer Tagesstätte deutlich. Die gelungene Kontaktaufnahme mit einer schwer demenziell veränderten Frau scheint für sie ein emotional bedeutendes Schlüsselerebnis darzustellen.

*„Sie (Frau Neumann) beginnt von einer Frau mit einer weit fortgeschrittenen Demenz zu erzählen. [...] Sie erzählt, dass diese Frau aufgrund ihrer Demenz nichts mehr konnte, sie habe weder sprechen noch lachen können. Sie betont dabei das Nicht-Lachen-Können, als würde dies für sie die Schwere der Demenz besonders deutlich machen. Frau Neumann sagt, sie hätte sich neben diese Frau gesetzt und immer mal ihre Hand gehalten. Im Laufe der Woche habe sie gemerkt, dass diese Frau nach ihr gesucht habe und den Eindruck erweckte, sich in ihrer Nähe wohl zu fühlen. Frau Neumann lächelt. Die Pflegerinnen hätten gesagt, das hätten sie noch nicht erlebt und dass sie sich nicht hätten vorstellen können, dass diese Frau zu solch einer Kontaktaufnahme fähig gewesen wäre. Frau Neumann sagt, dieses Erlebnis hätte sie tief beeindruckt. Auch ohne dass sie dies sprachlich ausdrückt, ist ihre emotionale Ergriffenheit deutlich spürbar.“ (B5 120/20-34).*

Frau Lohmann ist als Gastgeberin in ihrem eigenen Haushalt und in einem weiteren Haushalt als Betreuungsperson tätig. Ihr Umgang mit den Gästen ist von einer fröhlichen Natürlichkeit und Lockerheit geprägt. Frau Lohmann scheint ihren Einfluss auf den Tagesablauf sehr bewusst zu gestalten. Sie ist phasenweise aktiv und temperamentvoll beteiligt und nimmt sich dann situationsbezogen zurück, um Gestaltungsraum für Gäste und Betreuungsperson zu lassen. Das „Helfersyndrom“ benennt sie selbst als Motiv ihrer Tätigkeit. Sie betont mehrfach, wie wichtig ihr ein professioneller Umgang mit Nähe und Distanz gegenüber den Gästen sei. Gleichzeitig empfindet sie die Entscheidung, ab wann ein Gast nicht mehr versorgt werden kann, als problematisch. Am Beispiel eines Gastes, der große Konflikte innerhalb der Gästegruppe auslöste, wird dieser Zwiespalt von ihr wie folgt beschrieben:

*„Sie (Frau Lohmann) sagt, dass sie nicht verpflichtet wären, jeden Gast zu betreuen und auf Dauer eine problematische Belastung zu tragen. Im Falle des vierten Gastes hätten sie und Frau Herold schon lange überlegt, ob die Frau im Haushalt bleiben könne. Sie hätten dann überlegt, es weiter zu versuchen und zu schauen, wie es sich entwickelt. Frau Herold betont erneut, dass sie es eigentlich nicht sein möchte, die sagen muss, dass der Gast im Haushalt nicht mehr tragbar ist.“ (B7 170/15-20).*

Wie die Gastgeberinnen und ihre Einstellung zur Tätigkeit bei SOWieDAheim in der Beobachtung wirken, ist in folgender Tabelle 5 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 5 Zusammenfassende Charakterisierung der SOWieDAheim-Gastgeberinnen

	<b>Fall 1 Haushalt A – Frau Burger</b>	<b>Fall 2 Haushalt B – Frau Schneider</b>
<b>Eindruck über die Gastgeberin</b>	Wirkt ruhig, sicher, souverän; strahlt Herzlichkeit aus, erscheint situativ belastet	Wirkt aktiv und umtriebig; strahlt Ausgeglichenheit aus; Freude an Gartenarbeit
<b>Öffnungstage</b>	Einmal pro Woche	Zweimal pro Woche
<b>Gestaltung des Betreuungstages</b>	Umfassende Biografiekenntnisse der Gäste werden aktiv eingesetzt Aktivierung auf therapeutischem Niveau Sensibler Umgang mit Intimsphäre der Gäste; nicht-kompensierte Inkontinenz wird problematisch erlebt	Umfangreiche Kenntnisse über Vorlieben der Gäste werden eingesetzt Alltägliche Bedürfnisse der Gäste stehen im Vergleich zu pflegerischen und therapeutischen eher im Vordergrund Problemloser Umgang mit kompensierter Inkontinenz
<b>Wesentliche Motive</b>	Freude am Umgang mit Menschen, Interesse an ihren Lebensgeschichten	Freude am Umsorgen von Menschen, Anderen einen schönen Tag bereiten
<b>Einstellung zur ehrenamtlichen Tätigkeit</b>	Differenzierte Betrachtung bereichernder und belastender Aspekte	Uneingeschränkt positiv; es liegen bisher keine negativen Erfahrungen vor
	<b>Fall 3 Haushalt C – Frau Neumann</b>	<b>Fall 4 Haushalt D – Frau Lohmann</b>
<b>Eindruck über die Gastgeberin</b>	Wirkt souverän, selbstsicher, gebildet; belastbar; gewohnt zu organisieren und zu steuern	Wirkt temperamentvoll, fröhlich, strahlt Selbstsicherheit und Autorität aus
<b>Öffnungstage</b>	Zweimal pro Woche	Zweimal pro Woche
<b>Gestaltung des Betreuungstages</b>	Kreative Aktivitäten mit viel Spielfreude Deeskalation von Konflikten gelingt Nicht-kompensierte Inkontinenz wird lösungsorientiert bearbeitet Situativ Sicherheitsaspekte weniger gewichtet als Autonomie der Gäste	Biografiekenntnisse werden genutzt Aktivierung erfolgt professionell; Rituale werden eingesetzt Betreuungsperson wirkt sehr aktiv mit Gesundheitsveränderungen der Gäste werden beachtet
<b>Wesentliche Motive</b>	Neue Herausforderung Freude im Umgang mit Menschen	Freude am Umgang mit Menschen „Helfersyndrom“ (eigene Angabe)
<b>Einstellung zur ehrenamtlichen Tätigkeit</b>	Befürchtungen vor Tätigkeitsbeginn waren größer als die erlebte Realität, bisher alles gut bewältigbar	Professioneller Umgang mit Nähe und Distanz wird betont und Grenzen des sozialen Engagements benannt

Nach der Vorstellung der Gastgeberinnen werden nun die Gäste näher betrachtet. Ihre körperlichen und kognitiven Einschränkungen führen dazu, dass sie die Alltäglichkeit des „Zu-Gast-Seins“ nur eingeschränkt selbständig erreichen können. Die Kategorie „*Besondere Gäste*“ wird daher als weitere Ursache für die zentrale Kategorie „*Alltäglichkeit herstellen*“ betrachtet. Die Betreuungspersonen sind gefordert, ihre Gäste beim Erfüllen der Bedürfnisse zu unterstützen. Die „*besonderen Gäste*“ haben neben alltäglichen auch „*besondere*“ Bedürfnisse in pflegerischer oder therapeutischer Hinsicht. Pflegerische Bedürfnisse sind beispielsweise, eine Medikamenteneinnahme sicherzustellen, bei Inkontinenz und bei der Mobilität zu unterstützen oder schluckgestörten Gästen das Essen anzureichen. Ein therapeutischer Anspruch kann auf die Aktivierung der Gäste, die Förderung ihrer Ressourcen sowie auf den Umgang mit Kommunikationsproblemen und herausfordernden Verhaltensweisen demenzerkrankter Gäste bezogen werden. Das Eingehen auf diese besonderen Bedürfnisse wird an einem Beispiel aus Haushalt A deutlich.

*„Frau Burger hat vor der Ankunft der Gäste bereits die Platzverteilung geplant und mit Frau Herold besprochen. Ihr war wichtig, links neben Frau G1 zu sitzen, da diese sehr schwer hört und links ihr „besseres Ohr“ ist. Gleichzeitig platziert sie Herrn G4 rechts neben sich, er hat den größten Unterstützungsbedarf in den Alltagsaktivitäten wegen seiner Hemiparese. [...] Frau Burger und Frau Herold versuchen, jedem Gast das Ankommen zu erleichtern und eine ruhige Atmosphäre zu schaffen. Sie gehen von Gast zu Gast, sprechen jeden kurz an und versichern sich, dass alle gut sitzen. [...] Sie und Frau Herold gehen um den Tisch herum und sorgen dafür, dass jeder das Getränk seiner Wahl erhält.“ (B1 20/10-20).*

Grundsätzlich steht die häusliche Tagespflege allen hilfs- und pflegebedürftigen Menschen offen. Voraussetzungen sind, dass die Haushalte aufgesucht werden können und eine Gruppenfähigkeit gegeben ist. Die Anzahl der Gäste pro Tag lag in den untersuchten Haushalten zwischen drei und fünf angemeldeten Personen. Nicht immer sind alle Gäste anwesend, so dass sich die Gästegruppe zwischen den Betreuungstagen unterscheiden kann. So dominierten in Haushalt C am ersten Beobachtungstag körperlich und am zweiten Tag kognitiv eingeschränkte Gäste. Eine weitere Besonderheit in Haushalt C war, dass neben den drei regulär angemeldeten Gästen seit mehreren Wochen Gäste aus einem weiteren, aktuell geschlossenen Haushalt aufgenommen wurden.

Die Gäste der untersuchten Haushalte unterschieden sich hinsichtlich Art und Schwere ihrer Einschränkungen. Am häufigsten war eine Unterstützung bei Mobilität, Vorbereitung der Nahrungsaufnahme und Toilettengang erforderlich. Bis auf Haushalt D waren in allen Haushalten Gäste mit Urininkontinenz anwesend. In Haushalt B wurde die schwer demenzerkrankte Frau G8 mit umfassendem Bedarf an Unterstützung in Alltagsaktivitäten versorgt. Sie war nicht mehr in der Lage, sich gezielt verbal mitzuteilen, ihre Sitzstabilität war eingeschränkt, Nahrung musste angereicht werden. Der Großteil der Gäste wies kognitive Beeinträchtigungen auf. Ausgeprägtes herausforderndes Verhalten wurde nicht beobachtet. In den Haushalten A, B und C wurden Gäste betreut, die demenziell stark beeinträchtigte Verhaltensweisen wie Agitiertheit, fortwährendes Wiederholen der gleichen Sätze oder Gereiztheit zeigten. Drei Gäste in Haushalt A und C waren in ihren Kommunikationsfähigkeiten sehr eingeschränkt. Mit folgender Tabelle 6 wird ein Überblick über die Gästestruktur der Haushalte gegeben.



Tabelle 6 Merkmale der SOWieDAheim-Gäste im Überblick

	<b>Fall 1 Gäste des Haushaltes A</b>	<b>Fall 2 Gäste des Haushaltes B</b>
<b>Anzahl Gäste pro Beobachtung</b>	Beobachtung 1: 4 Beobachtung 2: 3	Beobachtung 1: 4 Beobachtung 2: 3
<b>Herkunftsmilieus der Gäste</b>	homogen; ländlich geprägt, Landwirtschaft, Arbeiter, Angestellte	heterogen; ländlich geprägt, Landwirtschaft, akademische Berufe
<b>Einschränkungen Alltagsaktivitäten</b>	relativ homogen von mittleren bis starken Einschränkungen Unterstützung bei Vorbereitung der Nahrungsaufnahme, Mobilität, Toilettengang, An- und Auskleiden Urininkontinenz z.T. kompensiert (zwei Gäste)	große Heterogenität von geringen über mittlere bis starke Einschränkungen Unterstützung bei Mobilität, Vorbereitung der Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden hoher Unterstützungsbedarf einschließlich Essen anreichen und Inkontinenzversorgung bei einem Gast
<b>Demenziell bedingte Einschränkungen</b>	keine bis mittelschwere Demenz redundantes Erzählen bei einem Gast Stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten bei einem Gast	große Heterogenität von keine, leichte, mittlere bis schwere Demenz stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten bei einem Gast Phasenweise Agitiertheit bei einem Gast
	<b>Fall 3 Gäste des Haushaltes C</b>	<b>Fall 4 Gäste des Haushaltes D</b>
<b>Anzahl Gäste pro Beobachtung</b>	Beobachtung 1: 5 Beobachtung 2: 4	Beobachtung 1: 3 Beobachtung 2: 3
<b>Herkunftsmilieus der Gäste</b>	homogen; städtisch, akademische Berufe, Selbstständigkeit	heterogen; Landwirtschaft, Handwerk, höherer Bildungsabschluss
<b>Einschränkungen Alltagsaktivitäten</b>	<b>Beobachtung 1:</b> mittlere bis starke Einschränkungen: Unterstützung Mobilität, Toilettengang Urininkontinenz z.T. kompensiert bei einem Gast <b>Beobachtung 2:</b> geringe Einschränkung; Unterstützung Mobilität bei einem Gast	heterogen von geringen bis mittleren Einschränkungen Unterstützung Mobilität und Toilettengang keine Inkontinenz
<b>Demenziell bedingte Einschränkungen</b>	<b>Beobachtung 1:</b> heterogen von keine, leichte bis mittelschwere Demenz Agitiertheit bei einem Gast <b>Beobachtung 2:</b> stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten bei mehreren Gästen Gereiztheit bei einem Gast, redundantes Erzählen bei einem weiteren Gast	heterogen von leichter bis mittlerer Demenz kognitive Beeinträchtigungen stehen im Vordergrund kein herausforderndes Verhalten

Unabhängig der differierenden Merkmale der Betreuungspersonen und Gäste ergaben sich in allen Haushalten grundsätzliche Parallelen in der Gestaltung der Betreuungssettings, die sich aus der Projektkonzeption ableiten lassen. In der gesamten Gestaltung des Gästetages spiegelte sich in den untersuchten Haushalten die Projektphilosophie wider. Die Gäste und ihre Bedürfnisse wurden in den Mittelpunkt gestellt. Dies war bereits zu Beginn des Gästetages deutlich. Die Betreuungspersonen legten großen Wert darauf, dass der Start des Tages harmonisch und fröhlich gelingt. Festgelegte, wiederkehrende Strukturen und Rituale erleichterten den Gästen das Ankommen. Jeder Gast hatte seinen festen Sitzplatz.

Der typische SOWieDAheim-Tag beginnt mit der Gästeankunft um 10 Uhr. Die Gäste werden herzlich begrüßt. Danach nehmen sie gemeinsam mit den Betreuungspersonen einen kleinen Imbiss in Form von Obst, Gebäck und Getränken zu sich. Die Zeit bis zum Mittagessen ist angefüllt mit unterschiedlichen Aktivitäten wie offene Gespräche, Spiele, gymnastische Übungen, Spaziergänge oder Singen. Die Gastgeberin bereitet im Laufe des Vormittags ein Mittagessen zu, das gegen 12 Uhr von allen Anwesenden gemeinsam eingenommen wird. Anschließend folgt eine Mittagsruhe. Die Gäste verteilen sich in der Wohnung, um auf Sesseln, Couch oder Gartenstühlen auszuruhen. Je nach ihren Bedürfnissen werden in dieser Zeit auch Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten. Am Nachmittag folgen weitere gemeinsame Aktivitäten. Gegen 15 Uhr schließt eine Runde mit Kaffee und Kuchen den Betreuungstag ab. Um 15.30 Uhr verlassen die Gäste den Haushalt.

Die Aktivitäten haben einen großen Einfluss auf die Zufriedenheit der Gäste. Daher wurde in allen Haushalten große Aufmerksamkeit darauf verwendet, sie entsprechend den Fähigkeiten der Gäste auszuwählen oder in der Durchführung anzupassen. Ihre Dauer von etwa dreißig Minuten und ihre Abfolge sind so geplant, dass die Gäste nicht überfordert werden. So folgt beispielsweise auf ein Ratespiel eine entspannte Singrunde. In Haushalt A wurden in besonderem Maße biografische Informationen der Gäste zur Aktivierung eingesetzt. Der folgende Text gibt einen Ausschnitt aus einem offenen Gespräch wieder.

*„Frau Burger ist immer bemüht, Herrn G4 ins Gespräch einzubinden. Sie lenkte die Aufmerksamkeit auf ihn, in dem sie seine Mitgliedschaft im Obst- und Gartenbauverein anspricht. Herr G4 erzählte davon. [...] Im fließenden Übergang kommt einer der Gäste auf Steinfurt zu sprechen und nun sind die Rosenzucht und der Festumzug in Steinfurt mit den blumengeschmückten Wagen das neue Thema. Frau G1 beginnt, angeregt durch das Gespräch über die Rosen, leise zu singen „Rote Rosen, rote Lippen, roter Wein“. Frau Burger stimmt mit ein und alle anderen am Tisch einschließlich der beiden Herren schließen sich an und singen mit.“ (B3 74/9-17).*

Aktivitäten und Gespräche im Fluss zu halten, ist für die Betreuungspersonen ein wichtiges Ziel. Nicht immer gelingt dies ohne weitere Anstrengung. Beeinflusst wird dieses Bemühen von den Fähigkeiten und der Motivation der Gäste, sich zu beteiligen. Diese Faktoren können sich während eines Betreuungstages verändern oder von der Tagesform der Gäste abhängig sein. Im Vergleich zum oben angeführten Beispiel gibt der folgende Beobachtungsausschnitt ebenfalls aus dem Haushalt A in Anwesenheit der gleichen Gäste einen Eindruck von den unterschiedlichen Verläufen eines offenen Gespräches wieder.

*„Die Gesprächsthemen werden von den Gästen jedoch nicht weiterverfolgt. Sie werden zwar immer wieder angesprochen, die Antworten sind jedoch eher einsilbig. Zwischendurch herrscht kurze Stille, wenn niemandem von den Gästen etwas einfällt.“ (B1 25/24-27).*

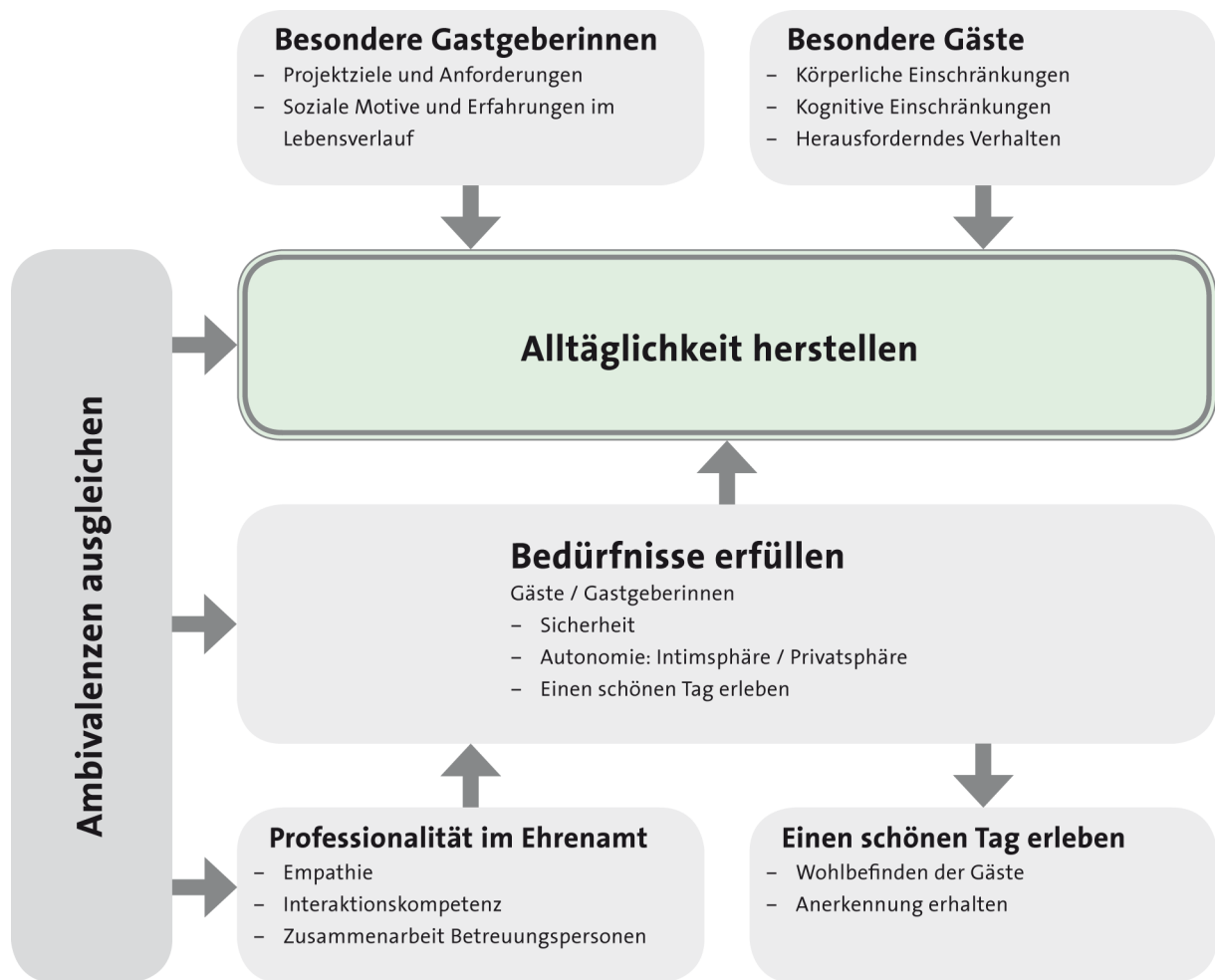
Den Gästen gelingen nicht alle Handlungen wie vorgesehen. Eine kompetente Interaktion ist daran erkennbar, diese Defizite den Gästen gegenüber nicht deutlich zu machen. In allen untersuchten Haushalten wurde diese Strategie angewendet. Ein Beispiel stellt folgende Episode in Haushalt D dar.

*„Frau Herold schenkt allen Anwesenden Getränke ein, der Obstteller wird herumgereicht. Frau G18 gelingt es nicht, die Obststückchen sicher vom Teller auf ihr Glasschälchen zu transportieren, sie fallen ihr daneben. Frau Lohmann hilft ihr, die Stücke ins Schälchen zu befördern und Frau Herold sagt, dass man die Schälchen, da sie aus Glas seien, schlecht sehen könne. Frau G18 bestätigt das und hat kein Problem damit, dass ihr das Obstholen misslungen ist. Die Stimmung ist fröhlich und entspannt.“ (B7 164/11-16).*

Die Einblicke in typisch erscheinende Abläufe und Strategien eines Betreuungstages machen die komplexen Anforderungen an die Betreuungspersonen deutlich.

In einem Kategoriensystem, das in der Datenanalyse entwickelt wurde, werden die Zusammenhänge unterschiedlicher Phänomene rund um die zentrale Kategorie „Alltäglichkeit herstellen“ dargestellt (siehe Abbildung 2) und in folgenden Abschnitten erläutert. Aufgrund der „besonderen Gastgeberinnen“ und der „besonderen Gäste“ unterscheidet sich die Betreuungssituation in den Gasthaushalten vom alltäglichen Kontext des „Zu-Gast-Seins“ und „Gäste haben“. Um die Ambivalenz zwischen der angestrebten Alltagssituation und den realen Gegebenheiten zu reduzieren, ist eine Kompensation der beschriebenen Einschränkungen der Gäste erforderlich. Die Kategorie „Bedürfnisse erfüllen“ stellt die Strategie dar, um die Alltäglichkeit herzustellen. Darin beinhaltet sind die Subkategorien „Sicherheit erhalten“, „Autonomie achten“, „Gastfreundschaft erleben“ und „Gästen einen schönen Tag bereiten“. Diese Kategorie bezieht sowohl die Perspektiven der Gäste als auch die der Gastgeberinnen ein und weist in Teilbereichen wie Sicherheit und Autonomie ebenfalls eine Ambivalenz auf. Als Bedingung für die Kategorie „Bedürfnisse erfüllen“ wurde die Kategorie „Professionalität im Ehrenamt“ entwickelt. Als relevante Kompetenzen wurden „Empathie“, „Interaktionskompetenz“ und „Zusammenarbeit zwischen Gastgeberin und Betreuungsperson“ identifiziert. Eine weitere Ambivalenz wird durch die Bezeichnung dieser Kategorie deutlich. Die ehrenamtlichen „Laien“ benötigen professionelle Kompetenzen, um die angestrebte Alltäglichkeit herzustellen. Das Ergebnis einer gelungenen Bedürfniserfüllung wird aus Sicht der Betreuungspersonen in der Kategorie „Sinn der Tätigkeit wahrnehmen“ abgebildet.

Abbildung 2 Kategorien und ihre Beziehung zur zentralen Kategorie „Alltäglichkeit herstellen“



### 5.3 Bedürfnisse erfüllen mit professionellen Kompetenzen

Als Strategie werden, um die Alltäglichkeit herzustellen, die alltäglichen und besonderen Bedürfnisse der Gäste erfüllt. In den untersuchten Haushalten scheinen aber diese Bedürfnisarten unterschiedlich gewichtet zu werden. In Beziehungsstilen werden neben diesen Unterschieden ebenfalls abgebildet, mit welchen individuellen Strategien und Kompetenzen die Gastgeberinnen der Ambivalenz zwischen gewünschter und eingeschränkt vorhandener Alltäglichkeit begegnen.

Zwischen Frau Burger und Frau Lohmann fallen Ähnlichkeiten in den Beziehungsstilen auf, die sich auf ihre hohe Professionalität in der Betreuung beziehen. Beide Gastgeberinnen verfügen aufgrund familiärer bzw. beruflicher Erfahrungen über pflegerisches Vorwissen; beide scheinen verstärkt die besonderen Bedürfnisse ihrer Gäste wahrzunehmen und pflegerische wie therapeutische Ziele zu verfolgen. Beispielsweise wenden sie pflegfachliche Kompetenzen im Umgang mit Gangstörungen der Gäste an. Frau Burger nimmt die Inkontinenz eines Gastes als pflegerisches Problem wahr und versucht durch gezielte Strategien, eine Kompensation zu erreichen. Beide nutzen einen personenzentrierten Umgang mit Demenzerkrankten mit hoher Interaktionskompetenz und setzen gezielt biografische Informationen der Gäste ein, um sie zu aktivieren und zu fördern. Auch schwer demenzerkrankte Gäste beziehen sie in

Aktivitäten ein und schaffen für sie gezielt positiv emotionale Erlebnisse. Frau Burger verwendet im Vergleich zu Frau Lohmann verstärkt therapeutische Ansätze in den Aktivitäten wie beispielsweise Übungen zur Sinneswahrnehmung. Beide Gastgeberinnen scheinen einen hohen Anspruch an ihre Betreuung zu haben. Durch professionelle Kompetenzen möchten sie ihrem eigenen Anspruch sowie den Vorgaben des Projektes an eine hochwertige Betreuung gerecht werden.

Beide Frauen erleben ihre Tätigkeit als persönlich bereichernd und sinnvoll. Gleichzeitig beschreiben sie belastende Aspekte. Sie benennen persönliche Grenzen sowie die Grenzen des Projektes, schwer beeinträchtigte oder inkontinente Menschen in Gasthaushalten betreuen zu können. Frau Burger und Frau Lohmann könnten im Lebensverlauf durch familiäre Erfahrungen für das Überschreiten eigener Belastungsgrenzen sensibilisiert worden sein. Ihr Handeln als Gastgeberinnen lässt zum Thema der eigenen Belastungsgrenzen zwei Deutungen zu: Einerseits scheinen sie eine hohe Belastbarkeit aufzuweisen, da beide problematische Erfahrungen mit „schwierigen“ Gästen bewältigt haben. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass es ihnen nicht ohne weiteres gelingt, eigene Belastungsgrenzen deutlich zu machen. Frau Burger öffnete den Haushalt trotz Erkrankung. Frau Lohmann empfand in einer zurückliegenden Betreuungsphase das konflikthafte Gruppenklima in ihrem Haushalt, ausgelöst durch herausfordernde Verhaltensweisen eines Gastes, als belastend. Gleichzeitig fällt ihr es sehr schwer, die Entscheidung zu treffen, dass der konfliktauslösende Gast den Haushalt verlässt.

Frau Schneider erscheint als ein anderer Typus Gastgeberin. Auch ihr liegt das Wohlbefinden ihrer Gäste am Herzen, sie bringt sich mit großem Engagement in ihre Tätigkeit ein. Ihr Ziel ist eher auf die Erfüllung alltäglicher Bedürfnisse der Gäste ausgerichtet. Therapeutische oder pflegerische Ziele werden von ihr in geringerem Maße verfolgt. Dies wird beispielsweise in einer stärkeren Zuwendung zu kognitiv weniger eingeschränkten Gästen und dem geringeren Einsatz einer biografieorientierten, personenzentrierten Kommunikation mit Demenzerkrankten deutlich. Sie spricht als einzige von den untersuchten Betreuungspersonen das Thema Inkontinenz nicht aktiv an. Pflegerische Probleme scheinen für sie im Vergleich mit den anderen Haushalten als weniger herausfordernd erlebt zu werden. Diese Haltung könnte sie dabei unterstützen, die Betreuung der schwer demenzerkrankten Frau G8 mit starken kognitiven Einschränkungen und umfassendem Hilfebedarf in den Alltagsaktivitäten in ihrem Haushalt sicherzustellen. Frau Schneider empfindet diese Betreuung als unproblematisch und ist stolz, hierdurch eine Pflegeheimaufnahme dieses Gastes hinauszuzögern. Sie benennt kaum belastende Aspekte ihrer Tätigkeit und berichtet nur von positiven Erfahrungen. Der weniger professionelle und eher alltagsorientierte Anspruch an die Aufgaben als Gastgeberin könnten zu einem geringeren Belastungsempfinden beitragen.

Frau Neumann ist älter als die anderen drei Gastgeberinnen. Sie war während der Familienphase mit hoher Eigenverantwortung beruflich tätig. Diese Lebenserfahrungen scheinen sich in ihrer strukturierten Arbeitsweise und in ihrer Belastbarkeit widerzuspiegeln. Sie koordiniert und steuert den Betreuungstag. Ihr Ehemann, der als Betreuungsperson tätig ist, beteiligt sich unterstützend. In ihrem Beziehungsstil ist erkennbar, dass Autonomie für sie einen hohen Stellenwert besitzt. Sie gestaltet kreativ und innovativ vielfältige Aktivitäten und lässt den Gästen Freiraum, sich unabhängig von der Tagesplanung zu beschäftigen. Die Beobachtung der Gäste führt sie im Vergleich zu den anderen Betreuungspersonen weniger engmaschig durch. Der Eindruck von ihrer Person wird durch ihren einfühlsamen Umgang mit den Gästen geprägt. Mit den Aktivitäten verfolgt Frau Neumann therapeutisch-aktivierende

Ziele und bezieht auch schwer betroffene und zurückhaltende Gäste ein. Ein pflegfachlicher Anspruch scheint weniger im Vordergrund zu stehen. Dieser Eindruck wird durch einen pragmatischen Umgang mit der nicht-kompensierten Inkontinenz eines Gastes bestätigt, die zwar thematisiert, jedoch weniger problematisiert wird. Sie erlebt ihre Tätigkeit als Gastgeberin bereichernd und hat das Gefühl, den Anforderungen gut gerecht zu werden.

Auf Grundlage der Charakterisierung der Gastgeberinnen können zusammenfassend vier unterschiedliche Beziehungsstile in den vier Haushalten identifiziert werden: Haushalt A mit therapeutischem Setting, Haushalt B mit bedürfniserfüllendem Setting, Haushalt C mit autonomem Setting und Haushalt D mit professionellem Setting. Grundsätzlich sind die Beziehungsstile der vier Gastgeberinnen von einer empathischen, wertschätzenden Haltung gegenüber den Gästen geprägt. Die Erfüllung alltäglicher Bedürfnisse ist allen Gastgeberinnen ein wichtiges Anliegen. Unterschiede ergeben sich im Wahrnehmen und Fördern pflegerischer oder therapeutischer Ziele der Gäste. Dies zeigt sich im Grad der Einbeziehung von zurückgezogenen inaktiven Gästen, im Einsatz biografischer Kenntnisse oder in der professionellen Anwendung einer personenzentrierten Interaktion mit Demenzerkrankten. Einen Überblick über die vier Beziehungsstile der Gastgeberinnen gibt die folgende Tabelle 7.

**Tabelle 7      Beziehungsstile der Gastgeberinnen im Überblick**

<b>Fall 1 SOWieDAheim-Haushalt mit therapeutischem Setting</b>	<b>Fall 2 SOWieDAheim-Haushalt mit bedürfniserfüllendem Setting</b>
Aktivierung auf therapeutischem Niveau	Erfüllung alltagsorientierter Bedürfnisse (Speisen, Getränke, Unterhaltung, freundliche Atmosphäre) stehen im Mittelpunkt
Unterschiedliche Funktionen (Kognition, Sensibilität, Beweglichkeit, Gedächtnis) werden gezielt gefördert	Vorlieben der Gäste sind bekannt und werden umfassend berücksichtigt
Aktive Einbeziehung aller Gäste	Aktivitäten sind unterhaltend angelegt
Vielfältiger Einsatz biografischer Kenntnisse	Zurückgezogene Gäste werden zum Teil einbezogen
Positiv emotionale Erlebnisse werden gezielt geschaffen	Biografische Kenntnisse werden vereinzelt eingesetzt
Personenzentrierte Interaktion	Empathische Interaktion
Sensibler Umgang mit Intimsphäre der Gäste	Pflegerische Bedürfnisse werden berücksichtigt
Pflegerische Probleme werden erkannt und pflegerische Ziele verfolgt	
<b>Fall 3 SOWieDAheim-Haushalt mit autonomem Setting</b>	<b>Fall 4 SOWieDAheim-Haushalt mit professionellem Setting</b>
Gäste erhalten Raum für autonome Entscheidungen, sicherheitsrelevante Aspekte stehen punktuell weniger im Vordergrund	Aktivierung auf professionellem Niveau
Haushaltsindividuelle kreative Aktivitäten	Gezielte Förderung von Ressourcen
Aktive Einbeziehung aller Gäste	Aktivierende Einbeziehung aller Gäste
Positiv emotionale Erlebnisse werden gezielt geschaffen	Biografiekenntnisse werden eingesetzt
Personenzentrierte Interaktion	Positiv emotionale Erlebnisse werden gezielt geschaffen
Erfüllung pflegerischer Bedürfnisse erfolgt alltagsorientiert	Personenzentrierte Interaktion
	Hohe Aufmerksamkeit, um alltägliche und pflegerische Bedürfnisse der Gäste zu erfüllen

Bestätigt werden die Ergebnisse der professionelleren bzw. therapeutischen Settings der Haushalte A und D durch die Sichtung der Tagesprotokolle der Beobachtungstage. Auf den Formularen wird das Befinden der Gäste sowie die Aktivitäten und Besonderheiten pro Gast und Betreuungstag dokumentiert. Während in Haushalt A und D die Protokolle detaillierte Informationen zu jedem Gast enthalten, sind in

den Protokollen der Haushalte B und C nur kurze und allgemeine Angaben wie „gut“ oder „teilgenommen“ aufgeführt.

Die Hypothese der unterschiedlichen Bedürfnisgewichtung in den Beziehungsstilen wird durch Frau Schäfer bestätigt, die als Ersatz-Betreuungsperson in Haushalt B tätig war. Sie betreut als Gastgeberin in ihrem eigenen Haushalt nach eigenen Angaben schwer betroffene Gäste. Sie scheint eher einen professionellen Beziehungsstil zu pflegen. Im Unterschied zwischen den beiden Beobachtungstagen in Haushalt B wird an dem Tag, als Frau Schäfer anwesend ist, von ihr die schwer eingeschränkte Frau G8 gezielt in Aktivitäten eingebunden. Sie lässt sie an einer Partie Mensch-ärgere-dich-nicht gemeinsam mit den anderen, deutlich weniger eingeschränkten Gästen teilhaben.

*„Frau Schäfer startet ein Mensch-ärgere-dich-nicht-Spiel mit übergroßem Spielbrett und großen Holzfiguren. Sie spielt mit Frau G8 zusammen und bindet sie beim Würfeln ein, in dem sie ihr den großen Gummwürfel in die Hand gibt und zum Werfen auffordert. Frau G8 hat große Mühe, den Würfel zu halten. Sie scheint nicht zu erfassen, worum es geht. Frau Schäfer erklärt ihr immer wieder, dass es ums Würfeln gehe. [...] Sie biegt geduldig die Finger von Frau G8s Hand um den Würfel herum und führt mit ihr gemeinsam die Armbewegung aus. Wenn Frau G8 der Würfel aus der Hand fällt, lobt sie sie und erzählt, dass sie jetzt eine x gewürfelt hätte. [...] Ab und zu versucht Frau G8, den Würfel an den Mund zu führen, Frau Schäfer passt auf und drückt vorsichtig ihre Hand mit dem Würfel wieder nach unten. Frau G8 ist während des Spiels ruhig, wirkt zufrieden [...].“ (B2 50/30-37, 51/1-7).*

Im Vergleich der Gastgeberinnen und ihrer Beziehungsstile fällt auf, dass im professionellen und therapeutischen Setting die Themen Belastung und persönliche Grenzen häufiger angesprochen wurden. Als Interpretation wäre denkbar, dass die Wahrnehmung der besonderen Bedürfnisse der Gäste dazu führt, diese auch erfüllen zu wollen. Ohne das Wissen um Möglichkeiten, eine Inkontinenz zu kompensieren, ist die Handhabung von Inkontinenzhilfsmitteln eine leicht erlernbare Tätigkeit. Mit dem Ziel, die Selbständigkeit des Gastes zu verbessern, werden kontinenzfördernde Strategien aber zu einer anspruchsvollen pflegerischen Aufgabe. Es wäre denkbar, dass sich durch eine professionelle Haltung der Anspruch an die eigene Tätigkeit erhöht und damit das Belastungsempfinden steigt.

Der Einblick in das Handeln der Gastgeberinnen in Verbindung mit ihrem Beziehungsstil leitet auf die dabei eingesetzten Kompetenzen über. Als Bedingung, um die Bedürfnisse der Gäste erfüllen zu können, wurde die Kategorie „*Professionalität im Ehrenamt*“ entwickelt, die in den folgenden Ausführungen betrachtet werden soll. Obwohl die überwiegende Zahl der Betreuungspersonen keine pflegerische oder therapeutische Berufsqualifikation aufweist, erscheint der Begriff Professionalität angemessen. Als Bezugsrahmen dient die Kompetenz von Pflegefachkräften. Das beobachtete Handeln der Betreuungspersonen wurde aufgrund der beruflichen Erfahrung der Autorin mit praktisch angewendeten pflegefachlichen Kompetenzen im Kliniksetting verglichen.

Die vorausgehend beschriebene Interaktion von Frau Schäfer mit Frau G8 weist auf ein Phänomen hin, das als ein elementarer Bestandteil der Professionalität der Betreuungspersonen angesehen werden kann – die Empathie. Eine empathische Haltung ermöglicht es ihnen, Bedürfnisse ihrer Gäste zu erkennen. Die Fähigkeit, sich in die Gäste hineinzusetzen, stellt eine Voraussetzung für eine empathische Haltung dar. Eine Aussage von Frau Lohmann aus Haushalt D beschreibt diese Strategie.

*„Im Zusammenhang mit den kognitiven Einschränkungen ihrer Gäste sagte sie, dass sie den Teil, den die Gäste nicht mehr denken könnten, übernehmen und für die Gäste mitdenken würde.“ (B7 171/6-7).*

In welchem Maße Empathie eingesetzt wurde, zeigte sich in der Kommunikation der Betreuungspersonen mit den demenzerkrankten Gästen, die in allen Haushalten freundlich und zugewandt war. Unterstützt wurde die Sprache durch gemeinsame Aktivitäten, emotionale Nähe und Berührung. Die Betreuungspersonen passten die Aktivitäten den Fähigkeiten der Gäste an, gaben ihnen Zeit, sich mitzuteilen und sie vermieden es, auf Defizite hinzuweisen. In den kurzen Besuchen der Fachkräfte in Haushalt A und C wurde deutlich, dass auch die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen entsprechend der Projektphilosophie eine empathische Interaktion vorlebten. Sie begrüßten alle Gäste mit Namen und wechselten einige persönliche Worte mit ihnen.

Neben diesen durchgängig kompetenten Anteilen einer gelungenen Interaktion konnten Unterschiede bei diesen Kompetenzen der untersuchten Betreuungspersonen vor allem in der Interaktion mit Demenzerkrankten beobachtet werden. Beispielsweise gelang es Frau Neumann aus Haushalt C mit den redundanten Erzählungen von Frau G14 geduldig umzugehen und sich auf die inhaltlich sehr eingeschränkten Themen ihrer Aussagen einzustellen. Ihr Ehemann kommunizierte eher freundlich-alltagsorientiert. Seine offenen Fragen führten bei Frau G14 zu Ratlosigkeit. Besonders deutlich wurden die unterschiedlichen Kompetenzgrade in der anspruchsvollen Interaktion mit Frau G8 aus Haushalt B. Im folgenden Text wird ein Vergleich zwischen der Gastgeberin Frau Schneider und der Betreuungsperson Frau Schäfer beschrieben:

*„Frau Schäfer spricht Frau G8 mit Namen an, stellt mit einer Handberührung Körperkontakt her und gibt ihr Apfelschnitze und Süßigkeiten in die Hand, die Frau G8 selbständig isst. Sie fragt sie immer wieder, ob es ihr gut gehe. Frau G8 lächelt dann und antwortet nicht. Zwi-schendurch kommt Frau Schneider bei ihren Tee-Rundgängen zu Frau G8 und gibt ihr Tee zu trinken. Sie steht hinter dem Gartenstuhl von Frau G8, nimmt die Teetasse in die Hand und führt sie an den Mund von Frau G8. Sie sagt dabei nichts. Frau G8 trinkt problemlos. Frau Schneider stellt die Tasse wieder hin und geht weiter.“ (B2 49/17-24).*

Diese Interaktionskompetenz ist in besonderem Maße bei herausforderndem Verhalten der Gäste von Bedeutung. Eine einfühlsame Kommunikation und Strategien wie das Ablenken werden eingesetzt, um Krisen abzuwenden. Nicht viele solcher Situationen wurden beobachtet. Am Beispiel des Haushaltes B, in dem im bedürfniserfüllenden Setting nicht konstant ein professioneller Interaktionsstil gepflegt wurde, wird deutlich, dass in solchen Situationen die Kompetenz vorhanden ist, ein Problem professionell zu lösen:

*„Frau G6 sagt, sie wolle nach Hause gehen. Die Betreuerinnen stehen links und rechts von Frau G6, halten sie an den Armen und fragen, was denn los sei. Frau G6 antwortet, dass sie so friere und sich eine Jacke holen müsse. Die Betreuerinnen stehen sehr nahe bei Frau G6 und sind ihr sehr zugewandt. Frau Schneider sagt, dass dies kein Problem sei, sie würde eine Jacke holen. Frau Küster beruhigt Frau G6 und sagt, sie bräuchte deswegen nicht extra nach Hause zu gehen. Frau Schneider kommt gleich darauf mit einer selbst gestrickten Jacke zurück und gibt sie Frau G6. Diese sträubt sich erst ein wenig und möchte sie nicht anziehen. Sie sagt, es passe ihr*



*jetzt gar nicht, die Jacke von Frau Schneider anziehen zu müssen. Frau Schneider sagt, dass sie sich freuen würde, wenn Frau G6 die Jacke trage. Frau G6 zieht die Jacke an und sagt nichts mehr vom Nachhausegehen.“ (B6 146/35-37, 147/1-7).*

An den Beispielen der Kommunikation mit schwer demenzerkrankten Gästen werden die Anforderungen an eine gelungene Interaktion deutlich. Alltagskompetenzen reichen nicht aus, um die Interaktion mit ihnen bedürfnisgerecht zu gestalten. Alle untersuchten Betreuungspersonen wiesen in unterschiedlichen Abstufungen eine darüber hinausgehende Interaktionskompetenz auf. Es stellt sich beim Betrachten von Empathie und Interaktionskompetenz die Frage, in welchem Umfang Schulungen zur Kompetenzentwicklung beitragen können? Die vier Gastgeberinnen wurden in offenen Gesprächen gefragt, ob sie sich durch die Basisschulung gut auf die Tätigkeit vorbereitet fühlten. Frau Burger und Frau Lohmann bewerteten den Qualifizierungskurs positiv, sahen jedoch Unterschiede zwischen Theorie und praktischer Arbeit. Frau Burger fühlte sich auf ihre Tätigkeit als Gastgeberin nicht genügend vorbereitet und durch die Betreuung eines schwierigen Gastes gleich nach der Öffnung ihres Haushaltes überfordert. Eine andere Sichtweise hat Frau Neumann. Sie fühlte sich durch die Schulung gut vorbereitet. Manche Schulungsinhalte empfand sie als weniger relevant und eher selbstverständlich. Aufgrund der Schilderungen in den Schulungen über schwierige Situationen hatte sie sich den Start ihrer Tätigkeit schlimmer vorgestellt. Von Anfang an bestand bei ihr das Gefühl, die Betreuung gut und problemlos bewältigen zu können. Auch Frau Schneider fühlte sich gut durch die Schulung vorbereitet. Sie erlebte außer einer kurzen Phase mit einem inaktiven Gast in ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit keine von ihr als problematisch empfundene Situation.

Die Betreuungspersonen wurden weiterhin gefragt, welche Fähigkeiten jemand haben sollte, um diese Tätigkeit gut ausführen zu können. Sie nannten Empathie, gerne mit alten Menschen umgehen, Geduld, Einfühlungsvermögen und gute Kommunikationsfähigkeiten als wichtige Kriterien. Fachliche Themen oder Inhalte der Schulung wurden nicht erwähnt. Auch die Projektleiterin beschrieb im Interview die erforderlichen Kompetenzen der Betreuungspersonen anhand persönlicher Eigenschaften:

*„[...] also man muss wirklich mit beiden Füßen am Boden stehen und in der Realität stehen, beziehungsfähig sein und zupacken und wirklich den Blick haben, was jetzt dran ist.“ (I 2010: 334/23-25).*

Die Ergebnisse legen nahe, dass ein Teil der benötigten Kompetenzen bereits vor der Schulung vorliegen und ggf. durch die Schulung gefördert oder aktiviert werden. Alle untersuchten Betreuungspersonen haben durch Familie, Kindererziehung und Berufsleben Erfahrungen im Umgang mit Menschen und im Bewältigen alltäglicher Probleme sammeln können. Diese Erfahrungen im Lebensverlauf scheinen prägender für die Kompetenzentwicklung zu sein als die in der Schulung vermittelbaren Kenntnisse.

#### **5.4 Ambivalenz von Sicherheit, Kontrolle und Autonomie**

Die Sicherheit der Gäste hat aufgrund ihrer körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen einen hohen Stellenwert für die Betreuungsqualität. Das Thema wurde bereits während der Feldphase als haushaltsübergreifendes relevantes Schwerpunktthema wahrgenommen. In der Kategorie „Bedürfnisse erfüllen“ stellt „Sicherheit erhalten“ eine Subkategorie dar. Aus Sicht der Gäste spricht die Kategorie das Gefühl an, sich sicher und geborgen zu fühlen. Aus Perspektive der Betreuungspersonen bildet die Katego-

rie ab, sowohl die Sicherheit der Gäste zu gewährleisten als auch für einen sicheren und entspannten Ablauf des Betreuungstages verantwortlich zu sein. Ihr Ziel ist es, Unsicherheit zu beseitigen und Schaden oder Gefahren zu vermeiden.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde als Strategie kontinuierliche Aufmerksamkeit, Beobachtung und Kontrolle der Gäste eingesetzt. Die untersuchten Betreuungspersonen gingen häufig arbeitsteilig vor und klärten ab, wer für welchen Gast und für welche Aktivitäten zuständig ist. Bis auf Haushalt C waren in allen Haushalten durchgängig eine oder beide Betreuungspersonen in der Gästegruppe anwesend. Die Beobachtung diente dazu, potentiell gefährdende Situationen frühzeitig wahrzunehmen und gegebenenfalls einzuschreiten. Dabei wogen die Betreuungspersonen sorgfältig ab, wann ihre Unterstützung erforderlich war und wann sie den Gästen selbständiges Handeln zutrauen konnten. Hierfür ist es erforderlich, Fähigkeiten und Defizite der Gäste gut zu kennen. Im Beobachtungsprotokoll aus Haushalt B ist dies wie folgt beschrieben:

*„Zwischendurch geht Frau G6 zur Toilette. Sie geht unbegleitet. Frau Schäfer schaut ihr nach. Sie scheint zu wissen, dass sie Frau G6 zutrauen kann, alleine zu gehen. Frau Schneider ist in der Küche und hat zudem die Tür zum Flur geöffnet. Sie bemerkt, dass Frau G6 unterwegs ist.“  
(B2 51/14-17).*

Ob ein Gast mit oder ohne Begleitung gehen kann, ist nicht alleine von seiner Mobilität abhängig. Ein Hauptrisiko ergibt sich aus der Sturzgefahr der meisten Gäste, die aufgrund von Bewegungseinschränkungen, Sehstörungen oder einer Demenzerkrankung bestehen kann. So unterliegt vor allen Dingen das Aufstehen und Gehen der Gäste der besonderen Aufmerksamkeit der Betreuungspersonen. Häufig wird von den Gästen nicht angekündigt, dass sie aufstehen und irgendwo hingehen möchten. Die untersuchten Betreuungspersonen besaßen die Kompetenz, frühe Signale oder Anzeichen für ein geplantes Aufstehen wahrzunehmen, wie das folgende Beispiel aus Haushalt C verdeutlicht.

*„Zwischendurch geht Frau G9 auf Toilette. Sobald sie aufsteht, ist Frau Neumann zur Stelle, um den Stuhl beiseite zu schieben. Aufgrund ihrer Sehbehinderung und ihrer Bewegungseinschränkung ist Frau G9 nicht in der Lage, dies selbständig zu tun.“ (B4 98/31-33).*

In allen vier Haushalten wurden diese Strategien eingesetzt, um die Sicherheit der Gäste zu gewährleisten. Auch in Haushalt C war, wie im obigen Beispiel beschrieben, die Aufmerksamkeit gegeben. In einzelnen Situationen wurde jedoch keine durchgängige Beobachtung durchgeführt. Es stellt sich die Frage, ob dies auf die geringere Erfahrung der Betreuungspersonen zurückzuführen ist oder ob durch den autonomen Beziehungsstil dieses Haushaltes den Gästen ein höheres Maß an Selbständigkeit gewährt wird?

Die Ambivalenz, einerseits die Sicherheit der Gäste zu gewährleisten und andererseits eine größtmögliche Autonomie zu erreichen, findet sich in den Subkategorien „Sicherheit erhalten“ und „Autonomie achten“ wieder. Sehr deutlich tritt diese Ambivalenz bei der Begleitung der Gäste auf die Toilette zutage. Je nach Unterstützungsbedarf ist es erforderlich, dass eine Betreuungsperson den Gast bei der Ausscheidung oder beim Wechsel von Inkontinenzeinlagen unterstützt. Dies greift in die Intimsphäre des Gastes ein und erfordert von den Betreuungspersonen eine hohe Sensibilität. Am Beispiel der Praktikantin Frau Sturm wird deutlich, dass das Abwägen zwischen einer autonomen Entscheidung des Gastes

und der Sicherheit, in diesem Fall das Vermeiden eines eingetrampelten Fußbodens in der Toilette, nicht einfach ist. Frau Sturm erhält an ihrem zweiten Einsatztag von Frau Burger den Auftrag, einen Gast, der an einer mittelschweren Demenz und einer Bewegungsstörung leidet, zur Toilette zu begleiten.

*„Frau Burger hatte zu Frau Sturm gesagt, sie solle mit ihm gehen und aufpassen, dass er sich hinsetzt, sonst würde er die Toilette einnässen. Sie hilft ihm beim Aufstehen, gibt ihm seinen Stock und begleitete ihn über den Flur. [...] Sie begleitet den Gast bis zur Toilettentür. Hier fragt sie ihn: „Kommen Sie alleine zurecht?“ Er antwortete: „Ja“, und geht alleine in die Toilette. Frau Sturm steht vor der Tür. [...] Sie weiß nicht, was sie tun soll. [...] Soll sie mit in die Toilette hineingehen? Sie wendet sich schon der Toilettentür zu, zögert dann aber doch. Sie ist deutlich im Konflikt zwischen der Verantwortung, dass der ihr anvertraute Gast nicht die Toilette von Frau Burger beschmutzt, dem Wunsch von ihm, alleine auf Toilette zu gehen und wahrscheinlich ihrer Scheu, einen fremden Mann auf die Toilette zu begleiten.“ (B3 77/23-37).*

Das Beispiel zeigt, dass Erfahrung und Kenntnisse über die Gäste hilfreich sind, um zwischen Sicherheit und Autonomie abwägen zu können. Ohne diese Voraussetzungen fehlt es an Handlungsoptionen, um mit der Situation professionell umgehen zu können.

Durch das Thema Inkontinenz in Verbindung mit der Intimsphäre der Gäste erhöht sich die Ambivalenz zwischen Sicherheit und Autonomie. Ein sensibler Umgang mit der „Intimsphäre der Gäste“ wurde in allen Haushalten beobachtet. Einem weiteren Gast in Haushalt A ist seine Inkontinenz sehr unangenehm. Frau Burger ist bemüht, durch rechtzeitige Toilettengänge ein Einnässen zu verhindern und die Inkontinenz zu kompensieren. Gleichzeitig möchte sie vermeiden, den Toilettengang offen anzusprechen. Beide haben eine Strategie entwickelt, sich über das Thema fast unmerklich zu verständigen:

*„Frau Burger tritt während des Spiels von hinten an den Stuhl von Herrn G4 heran. Sie legt ihm die Hand auf die Schulter, beugte sich etwas zu ihm nach vorne und fragt: „Wie sieht es aus?“ Herr G4 dreht nur ein wenig das Gesicht zu ihr hin, ansehen können sie sich aufgrund der Position nicht, und schüttelt den Kopf. Frau Burger geht um den Tisch herum, um dort etwas wegzunehmen, nimmt jetzt Blickkontakt zu Herrn G4 auf und fragt: „Alles o.k.?“. „Ja“, antwortet er. Kurz vor dem Mittagessen kommt sie erneut zu ihm. Sie sieht ihn an, ohne etwas zu sagen. Er macht Anstalten, vom Stuhl aufzustehen. Sie kommt an seine Seite und hilft ihm beim Hochkommen. Dann begleitet sie ihn zur Toilette.“ (B3 76/18-25).*

Beim Betrachten der gegensätzlichen Bedürfnisse Sicherheit und Autonomie scheint es aus Perspektive der Gäste von ihrer Wahrnehmung abhängig zu sein, ob die Kontrolle als Befriedigung ihres Bedürfnisses nach Sicherheit oder als Missachtung ihrer Autonomie eingeschätzt wird. In allen Haushalten erhielten sie weitestgehend Möglichkeiten für autonome Entscheidungen. Es bestand der Eindruck, dass sie die eingeschränkte Autonomie akzeptierten.

Das Sicherheitsbedürfnis der Betreuungspersonen betrifft neben der Gästesicherheit auch den reibungslosen Ablauf des Betreuungstages. Eine Verbindung zwischen den Kategorien wird deutlich, da zur Deeskalation von Konflikten unter anderem geschickte Interaktionsstrategien und eine vertrauensvolle Beziehung zum Gast erforderlich sind. Ein Beispiel aus dem Haushalt C zeigt, dass die Gastgeberin die

Gereiztheit eines Gastes durch eine Mischung aus Zuwendung, Ablenkung und Ignorieren abmildern konnte.

*„[...] Frau G16 ist unverändert genervt, hat den Kopf häufig gesenkt und schimpft in Abständen halblaut vor sich hin. Sie isst fast alle Plätzchen auf, die Frau Neumann auf den Tisch gestellt hat. [...] Frau Neumann geht auf ihre Gereiztheit verbal nicht ein. Sie versucht, sie ab und zu aktiv ins Spiel einzubinden oder fragt sie zwischendurch, ob sie noch etwas zu trinken möchte. Trotz der schwierigen Bedingungen bringt Frau Neumann das Spiel bis zum Z zu Ende.“ (B5 123/11-23).*

Die Autonomie der Gäste wird nicht nur durch Beobachtung oder Kontrolle eingeschränkt. Ihre Selbstständigkeit ist auch aufgrund körperlicher und geistiger Defizite reduziert. Durch gezielte Unterstützungsmaßnahmen der Betreuungspersonen gelingt es, die Abhängigkeit in Teilbereichen zu kompensieren und die Autonomie zu fördern. Das folgende Beispiel zeigt, dass durch geschickte Unterstützung von zwei kognitiv stark beeinträchtigten Gästen die Teilhabe an einem Kartenspiel ermöglicht und ein Erfolgserlebnis vermittelt wird.

*„Jeder Gast erhält eine Karte mit einem Bild einer Tierfigur darauf, die er sich einprägen soll. Dann werden die Karten eingesammelt und in einer Reihe nebeneinander gelegt. Nun soll jeder seine Karte wieder erkennen. Frau Neumann sortierte die Reihenfolge der Ansprache der Gäste nach deren kognitiven Fähigkeiten. [...] Mit jeder Wegnahme einer Karte wird die Zahl der verbliebenen Karten kleiner und die Auswahl leichter. Es folgen Frau G15 und zum Schluss Frau G14, die von Frau Neumann gefragt wird, ob die letzte verbliebene Karte ihre Karte sei. Frau Neumann kontrolliert, ob jeder Gast seine Karten gefunden hat und verkündet bei jedem Spieldurchgang, dass alle das Spiel richtig gelöst haben. Frau G14 und Frau G15 freuen sich über ihren Erfolg.“ (B5 123/34-37, 124/2-7).*

Neben der Autonomie der Gäste hat die Subkategorie „Autonomie achten“ eine weitere Perspektive – die der Gastgeberinnen. Bereits in der frühen Beobachtungsphase wurde die „Privatsphäre der Gastgeberinnen“ als relevantes Bedürfnis identifiziert. Die Gastgeberinnen stellen Räume ihres privaten Haushaltes für die Gästebetreuung zur Verfügung. In der Beobachtung zeigte sich, dass es ihnen wichtig war, ihr Privatleben von der SOWieDAheim-Tätigkeit abzugrenzen. Die Gästeräume waren festgelegt, meist wurden Essraum und Wohnzimmer für die Mittagsruhe genutzt. Alle Haushalte verfügten über eine Gästetoilette, so dass die Gäste nicht das Familienbad benutzen mussten. Die Trennung zwischen Projektaktivität und Privatleben wurde von Frau Burger wie folgt beschrieben:

*„Sie hätte kein Problem damit, dass die Gäste die Toilette im Erdgeschoss benutzen, dies sei die Gästetoilette. Sie hätte nichts dagegen, wenn wir nach oben in ihr privates Bad gehen würden, aber bei den Gästen wolle sie das nicht. Sie hätte heute wieder unbewusst vergessen, die Toilettensitzerhöhung aufzulegen. Dagegen sträube sie sich eigentlich. Ihr Haus würde so zu einem Pflegehaus, das gefiele ihr nicht. Das Haus müsste schon das Haus der Familie bleiben.“ (B3 82/22-27).*

Wie wichtig eine Integration der Projektstätigkeit ins Familienleben und die räumlichen Voraussetzungen sind, wird am Beispiel von Frau Schäfer, der Ersatz-Betreuungsperson in Haushalt B, dargestellt. Sie führt als Gastgeberin einen eigenen Haushalt.

*„Sie (Frau Schäfer) erzählt weiter, dass die Tätigkeit nicht immer so leicht in das Familienleben zu integrieren sei. Manchmal sei ihr Mann oder ihr Kind zum Mittagessen zu Hause, da müsste sie schauen, dass alles klappt. Einmal wäre ihr Kind im Bad gewesen und ein Gast musste eilig auf Toilette. Sie hatte dann an die Tür geklopft und dem Kind gesagt, es solle sich beeilen. Dieses habe „Ja, ja“ gesagt und dann sei es ihr sehr lange vorgekommen, bis es endlich das Bad freigegeben hat. Sie sagt, es könne das nicht verstehen, aber wenn die Gäste müssen, dann müssen sie und dann muss alles schnell gehen. Sie sei dann ungehalten ihrem Kind gegenüber gewesen und genervt. Das würde ihr danach auch wieder leidtun.“ (B2 54/30-37, 55/1).*

Die Trennung zwischen SOWieDAheim-Tätigkeit und Privatsphäre wird auch durch die Abgrenzung weiterer Familienangehöriger deutlich. Frau Burger berichtete, dass ihr Ehemann während Urlaubsphasen an den Betreuungstagen Aktivitäten außer Haus bevorzugt. Der Ehemann von Frau Sturm plant, sich während der Gästebetreuung ins Büro zurückzuziehen. Die Gastgeberinnen berichteten übereinstimmend, dass ihre Familien die Tätigkeit unterstützten. Dennoch scheint es wenig Berührungspunkte zwischen ihnen und den Gästen zu geben. Eine Besonderheit stellte Haushalt C dar, wo das Ehepaar Neumann gemeinsam für SOWieDAheim tätig ist.

Die Abgrenzung zwischen Projektstätigkeit und Privatsphäre scheint das Ziel zu haben, den privaten Raum zu schützen. Einen besonderen Eingriff in die Privatsphäre der Gastgeberinnen ergibt sich, wenn unangemessenes Handeln der Gäste wie das Einnässen der Toilette den privaten Bereich betrifft. In den Haushalten wurde die Inkontinenz der Gäste mehrfach thematisiert und zum Teil deutlich problematisiert. Eine nicht beherrschbare Inkontinenz wird als klares Ausschlusskriterium für die Betreuung in Gasthaushalten genannt. In den Haushalten wurden unterschiedliche Strategien angewendet, um dem Problem zu begegnen. Es wurden als Polsterschutz leicht waschbare Decken auf Stühle und Sessel ausgelegt oder Ruhesessel und Liegen durch Inkontinenzunterlagen geschützt. Regelmäßige Toilettengänge und die Unterstützung beim Wechsel von Inkontinenzhilfsmitteln wurden in den Haushalten angeboten. Inkontinenz wird als beherrschbar und weniger problematisch erlebt, wenn sie aufgrund dieser Strategien kompensierbar ist. Problematisiert wird das Thema, wenn Gäste die erforderlichen Strategien nicht kooperativ umsetzen. In den Haushalten A und C wurden kognitiv stark beeinträchtigte Gäste von den Betreuungspersonen auf die Toilette begleitet, um ein adäquates Ausscheidungsverhalten zu unterstützen. Den Betreuungspersonen ist bewusst, dass die Begleitung zur Toilette ein Eingriff in die Autonomie und Intimsphäre der Gäste darstellt. Gleichzeitig hat der Schutz ihrer Privatsphäre eine hohe Bedeutung, so dass sie diesem Aspekt eine höhere Priorität beizumessen scheinen.

Eine Bedingung, um die Balance zwischen Sicherheit und Autonomie der Gäste zu erreichen und die erforderliche Beobachtung zu gewährleisten, ist eine eingespielte „Zusammenarbeit zwischen Gastgeberin und Betreuungsperson“. Diese Subkategorie stellt eine weitere Kompetenz in der Kategorie „Professionalität im Ehrenamt“ dar. Die untersuchten Betreuungsteams lernten sich während der Schulung kennen. Sie arbeiten in festen Zweiergruppen zusammen. Eine Grundvoraussetzung hierfür ist, dass „die

Chemie“ zwischen beiden stimmt. Dieser Ausdruck wurde aus einem Gespräch mit Frau Lohmann und Frau Herold in Haushalt D entnommen:

*„Beim Thema Zusammenarbeit zwischen Gastgeberin und Betreuungsperson betonen beide, wie wichtig es ist, dass zwischen diesen die Chemie stimmt. Das sei bei ihnen der Fall. Sie hätten sich während der Schulung kennengelernt und würden sich blind verstehen. Beispielsweise hätten sie sich ihre Plätze am Esszimmertisch so aufgeteilt, dass jede von ihnen bestimmte Gäste besser im Blick habe. Frau Lohmann sagt, dass mit manchen Betreuungspersonen, die Frau Herold im Urlaub vertreten würden, dies nicht so gut klappen würde.“ (B7 168/15-21).*

Die Betreuungspersonen erreichten eine gute Zusammenarbeit durch unterschiedliche Strategien. Eine klare Aufgabenverteilung und ein durch Routinen und Rituale strukturierter Tagesablauf waren in allen Haushalten zu beobachten. Viele Abläufe waren selbstverständlich und bedurften keiner Abstimmung. Das unaufgeforderte Zupacken beherrschten alle untersuchten Betreuungspersonen. Sie unterstützten die Gastgeberin und übernahmen phasenweise die Führung der Gästebetreuung. Das „Sich ohne Worte verstehen können“ stellte eine hohe Stufe der Kooperation dar. Es ermöglicht einen Austausch zwischen Gastgeberin und Betreuungsperson, ohne die Probleme der Gäste oder die Steuerung der Gruppenaktivitäten laut aussprechen zu müssen. Besonders perfektioniert hatten diese Kommunikation durch Blickkontakt die Betreuungspersonen im Haushalt D.

*„Während der Gesprächspausen sucht Frau Herold den Augenkontakt mit Frau Lohmann. [...] Die beiden verständigen sich mit Blicken und stehen beide auf, um die Teller in die Küche zu bringen oder das Dessert zu holen. Als Herr G17 einnickt und Frau Herold es nicht gleich bemerkt, schaut Frau Lohmann Frau Herold an und nickt ihr in Richtung Herr G17 zu. Frau Herold spricht ihn daraufhin an und unterstützt ihn, zur Toilette und dann in den Ruheraum zu gehen.“ (B8 127/31-36, 128/1-2).*

Eine gute Kooperation zwischen Gastgeberin und Betreuungsperson trägt entscheidend zum Gelingen des Betreuungstages bei. Auch das Empfinden, den Gästen und sich selbst einen schönen Tag bereitet zu haben, hat hierbei einen Anteil. Aspekte dieser Kategorie werden im folgenden Abschnitt betrachtet.

## **5.5 Einen schönen Tag erleben**

Betreuungspersonen und Gäste haben gleichermaßen den Wunsch, „einen schönen Tag zu erleben“. Die Betreuungspersonen setzen Strategien und Kompetenzen ein, um dieses Bedürfnis zu erfüllen. Die Gäste haben dabei einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Gelingen des schönen Tages. Eine Aussage von Frau Burger beschreibt dies.

*„Die Gäste sollen einen schönen Tag haben, sie sollen keinen Tag erleben, an dem sie etwas aushalten müssen. Daher wäre es wichtig, für ein gutes Gruppenklima zu sorgen.“ (B3 80/17-19).*

In allen Haushalten wurde das Thema der „schwierigen“ Gäste angesprochen. Die betreffenden Gäste waren während der Beobachtungszeit nicht anwesend. Das Thema konnte daher nicht in die Analyse aufgenommen werden. Aufgrund der Erzählungen wurde jedoch ersichtlich, dass „schwierige Gäste“ entweder sehr stark körperlich beeinträchtigt sind oder herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, die

zu Konflikten in der Gruppe führen. Hierbei stoßen die Betreuungspersonen an Grenzen, den schönen Tag für alle Beteiligten zu erreichen. Beispielhaft wird eine Erzählung von Frau Lohmann über eine kognitiv stark eingeschränkte Frau vorgestellt, deren Verhalten zeitweise zu erheblichen Konflikten in der Gästegruppe führte. In diesem Ausschnitt wird ersichtlich, dass eine konfliktfreie Atmosphäre nicht nur für die Betreuungspersonen, sondern auch für Gäste wichtig ist.

*„Sie bereitet der Gruppe Probleme, die anderen Gäste reagierten auf sie gereizt und mit zum Teil deutlich geäußelter Abneigung, wenn sie redundant immer die gleichen Sätze wiederholt. Sie würde immer von ihrer schweren Kindheit erzählen, worauf von Seiten der Gäste Bemerkungen wie „Halt’s Maul“ zu hören wären. Die Gäste sagten, dass sie sich über schöne Dinge und nicht über schlimme unterhalten wollten.“ (B7 167/20-25).*

Um das Ziel des schönen Tages zu erreichen, spielt die Beziehung zwischen den Bedürfnissen eine Rolle. Gegensätzliche Bedürfnisbeziehungen können zu Bedürfniskonflikten führen. Werden die Themen Inkontinenz und „schwierige“ Gäste unter dem Fokus der Bedürfnisbeziehung betrachtet, zeigt sich, dass beide Phänomene eine gegensätzliche Beziehung zu den weiteren Kategorien aufweisen. Eine nicht beherrschbare Inkontinenz oder herausforderndes Verhalten bedeuten, dass eine unsichere Situation besteht und Sicherheit fehlt. Die Privatsphäre der Gastgeberinnen wird verletzt. Die Betreuungspersonen erleben, dass es ihnen an Professionalität fehlt, um die Situation zu beherrschen. Sie können die Bedürfnisse des unangemessen handelnden Gastes und der weiteren Gäste nicht befriedigen. Das Ziel des schönen Tages ist gefährdet, denn eine Alltäglichkeit kann nicht mehr hergestellt werden. Im Interview mit der Projektleiterin wurden die Problemfelder Inkontinenz und „schwierige“ Gäste nicht deutlich. Sie antwortete auf die Fragen nach herausforderndem Verhaltensweisen der Gäste wie folgt:

*„Also, wenn es im Einzelfall Probleme gibt, dann ist die Fachkraft, die kommt mit und guckt und kann gucken, wie sie damit besser umgehen. Und es war bislang noch nie ein großes Thema, dass es da irgendwelche Probleme geben würde.“ (I 336/21-23).*

Als zentral, um die Bedürfnisse von Betreuungspersonen und Gästen in Einklang zu bringen, erweist sich die Kategorie „Professionalität im Ehrenamt“. Durch professionelles Handeln kann eine komplementäre oder adjuvante, sich unterstützende Beziehung zwischen den betrachteten Kategorien Sicherheit, Autonomie, Privat- und Intimsphäre erreicht und die bestehenden Ambivalenzen ausgeglichen werden.

Der Erfolg des Betreuungstages wird aus Sicht der Betreuungspersonen in der Kategorie „Sinn der Tätigkeit wahrnehmen“ abgebildet. Ausgehend von ihrem Motiv, eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben und ihren Gästen einen schönen Tag zu bereiten, möchten sie den Erfolg ihrer Bemühungen erleben. Eine Aussage von Frau Herold beschreibt dies.

*„Sie empfindet ihre Tätigkeit als sehr sinnvoll. Auch schwer kranke Gäste freuen sich auf die Betreuungstage. Selbst wenn es ihnen nicht gut gehe, wollten sie unbedingt kommen. Das gäbe viel Bestätigung für ihre Arbeit.“ (B1 30/8-10).*

Die Betreuungspersonen machten in vielen Aussagen deutlich, dass ihnen die Betreuung der Gäste trotz Anstrengungen und Anforderungen viel Freude bereitet. Motivationsfördernd für den Verbleib in der ehrenamtlichen Tätigkeit ist für sie, eine positive Rückmeldung über die geleisteten Tätigkeiten zu erhalten, beispielsweise durch Freude oder Lob der Gäste. Ihnen ist es wichtig, von den Gästen etwas zu-

rückzuerhalten. Kognitiv eingeschränkte Gäste haben eingeschränkte Ressourcen, ihre Empfindungen auszudrücken. Die Betreuungspersonen scheinen die Art der Rückmeldung daher von den Rückmeldefähigkeiten der Gäste abhängig zu machen. Sie deuten auch kleine Anzeichen als positives Signal, um sich die Motivation zur Betreuung der schwer betroffenen Gäste zu erhalten. Dies wird durch eine Erzählung von Frau Lohmann deutlich.

*„Sie erzählt von einem ehemaligen Gast, der an einer schweren Demenz litt und sich kaum beteiligen konnte. Bei einem Würfelspiel hätte er plötzlich die Würfelaugen zusammenaddiert. Frau Lohmann wird ganz enthusiastisch, als sie dies erzählte. Sie sagt: „Wow, das war ein tolles Erlebnis.“ und stößt mich dabei am Oberarm an. Ich schwanke ein wenig und freue mich über ihre Begeisterung [...]“ (B7 169/15-18).*

Auch die externe Anerkennung wirkt auf die Betreuungspersonen motivierend. Als das Projekt SOWieDAheim mit dem ConSozial Management-Preis ausgezeichnet wurde, führen zahlreiche Betreuungspersonen gemeinsam mit den hauptamtlichen Projektmitarbeiterinnen zur Preisverleihung. Frau Schneider aus dem Haushalt B zeigte stolz ein Foto ihrer Gästegruppe, das auf einem Informationsflyer von SOWieDAheim veröffentlicht wurde. Herr Neumann organisierte einen Besuch des örtlichen Bürgermeisters im Haushalt C, um für SOWieDAheim zu werben und hat den entsprechenden Zeitungsartikel aufgehoben. Der Wunsch nach externer Anerkennung ist das einzige Bedürfnis der Betreuungspersonen, das nicht durch die direkte Einwirkung der Gäste erfüllt werden kann.



## 6 Diskussion der Ergebnisse zur häuslichen Tagespflege von Demenzerkrankten

In diesem Kapitel werden relevante Ergebnisse der Datenanalyse diskutiert und mit Ergebnissen weiterer theoretischer und empirischer Literatur verglichen (Abschnitt 6.1). Limitationen der Arbeit werden betrachtet und auf weitere Forschungsfelder verwiesen, die sich aus der eigenen Untersuchung ergaben (Abschnitt 6.2).

### 6.1 Ehrenamtliche Betreuungspersonen zwischen Alltäglichkeit und Professionalität

Die Kategorie „*Alltäglichkeit herstellen*“ beinhaltet ein zentrales Analyseergebnis – die Ambivalenzen innerhalb des Projektes SOWieDAheim. Bereits beim Betrachten der Projektkonzeption wird eine Ambivalenz ersichtlich. Terminologie und Konzeption stellen gezielt eine Verbindung zum alltäglichen Kontext einer Besuchssituation „so wie Daheim“ her, „Gastgeberinnen“ empfangen „Gäste“ und sorgen sich um deren Wohlergehen. Eine bewusste Abgrenzung von einem institutionellen und professionellen Setting wird durch die Betreuung in Privathaushalten und dem Einsatz ehrenamtlich engagierter Menschen unterstrichen. Dieser „Alltäglichkeit“ stehen hohe Qualitätsanforderungen gegenüber wie

- auf physische, psychische und emotionale Bedürfnisse der pflege- und betreuungsbedürftigen Gäste einzugehen,
- ihre individuellen Ressourcen zu fördern,
- eine personenzentrierte Interaktion anzuwenden und
- deeskalierend mit herausforderndem Verhalten umzugehen.

Damit entsprechen die Anforderungen nicht denen einer alltäglichen Besuchssituation.

In den entwickelten Kategorien bilden sich mehrere Ambivalenzen des Projektes ab. Aufgaben der „*besonderen Gastgeberinnen*“ und Bedürfnisse der „*besonderen Gäste*“ entsprechen nicht denen eines privaten Gast-Gastgeber-Kontextes, so dass sich die Alltäglichkeit in den Gasthaushalten nicht einfach einstellt, sondern von den Betreuungspersonen gezielt hergestellt werden muss. Strategien aus der Kategorie „*Bedürfnisse erfüllen*“ werden von ihnen eingesetzt, um Einschränkungen der Gäste zu kompensieren. Bedingung hierfür ist, dass die Betreuungspersonen über professionelle Kompetenzen verfügen, um alltägliche wie auch pflegerische und therapeutische Bedürfnisse der „*besonderen Gäste*“ erfüllen zu können. Aufgenommen wird dieser Aspekt in der Kategorie „*Professionalität im Ehrenamt*“, welche auf eine weitere Ambivalenz verweist – die Betreuung wird von Ehrenamtlichen sichergestellt, dennoch ist Professionalität erforderlich, um die Aufgaben gelingend bewältigen zu können.

Der Umgang mit den Ambivalenzen des Projektes findet sich in den Beziehungsstilen der Gastgeberinnen wieder, in denen die ambivalenten Dimensionen Alltagsorientierung und Professionalität in unterschiedlicher Gewichtung abgebildet sind. Im bedürfniserfüllenden Setting in Haushalt B stehen die alltäglichen Bedürfnisse der Gäste im Mittelpunkt. Im therapeutischen bzw. professionellen Setting in den Haushalten A und D werden in stärkerem Maße therapeutische und pflegerische Ziele beachtet. In Haushalt C mit autonomem Setting sind beide Anteile vertreten. Die Betreuungspersonen streben einen

Ausgleich der Ambivalenzen an. Ihre Beziehungsstile scheinen 1. das gestaltende Element dieses Ausgleichs darzustellen und 2. die Balance zwischen den Anforderungen des Projektes und den subjektiven Qualitätsvorstellungen der Betreuungspersonen abzubilden. Aus diesem Blickwinkel betrachtet können Gastgeberin und Betreuungsperson über einen einheitlichen Beziehungsstil haushaltsspezifisch ihren Anspruch und die Ziele der Gästebetreuung definieren. Dies kann ihnen eine einheitliche Vorgehensweise in der Gästebetreuung erleichtern.

Die Untersuchungsergebnisse zu den Beziehungsstilen verweisen darauf, dass sich in professionell-therapeutischen Settings der subjektive Anspruch der Betreuungspersonen an die Ergebnisse ihrer Arbeit erhöht. Als Folge kann ihr Belastungsempfinden steigen. Gastgeberinnen dieses Beziehungsstils wie Frau Burger, Frau Lohmann und auch Frau Schäfer benannten häufiger belastende Aspekte ihrer Tätigkeit im Vergleich zu weiteren Betreuungspersonen. Sie betonten, wie wichtig das Erkennen eigener Grenzen und ein professioneller Umgang mit Nähe und Distanz sind. Gleichzeitig zeigte sich in ihrem Handeln, dass es ihnen nicht leicht fällt, diese Belastungsgrenzen zu artikulieren. Der Aufbau einer engen Beziehung zu den Gästen als Ziel einer professionellen Betreuung könnte es ihnen erschweren, eine Balance zwischen Nähe und Distanz zu erhalten. In den Haushalten mit bedürfniserfüllendem und autonomem Setting wurden Probleme und Grenzen der Tätigkeit weniger thematisiert. Interpretiert werden kann, dass ein eher alltagsorientierter Anspruch an die Aufgaben als Gastgeberin zu einem geringeren Belastungsempfinden beitragen könnte.

Als Ursachen für Belastungssituationen wurde in den Haushalten die Themen Inkontinenz und „schwierige“ Gäste identifiziert. Diese Problemfelder waren vor allem in den Haushalten A, C und D sowie durch Erzählungen von Frau Schäfer, der Ersatz-Betreuungsperson in Haushalt B, präsent. Nach Ergebnissen der Datenanalyse können den Belastungssituationen nicht befriedigte Bedürfnisse der Gastgeberinnen zugrunde liegen. Eine besondere Bedeutung scheint das Bedürfnis der Gastgeberinnen nach Privatsphäre zu haben. Eine mit Ausscheidungen verschmutzte Toilette macht das Eindringen in ihre Privatheit besonders ersichtlich. In der fachlichen Begleitung der ehrenamtlichen Gastgeberinnen erscheint es wichtig, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und auf Möglichkeiten der räumlichen und persönlichen Abgrenzung zwischen Privatsphäre und Projektstätigkeit beratend und unterstützend einzugehen.

Untersuchungen der wissenschaftlichen Begleitforschung des Projektes SOWieDAheim bestätigen die Ergebnisse zu den benannten Problembereichen weniger. In einer Befragung von 32 Betreuungspersonen im Jahr 2009 antworteten 52 % der Befragten auf die Frage, ob es zu schwierigen Situationen mit Gästen käme, mit „eher selten“, 40 % mit „nein“ und nur 8 % mit „ja“ (Zörkler 2009: 3). Die Projektleiterin benannte herausfordernde Verhaltensweisen der Gäste als vereinzelt auftretendes Problem. Es stellt sich die Frage, ob die untersuchten Betreuungspersonen vermehrt Erfahrungen mit den Problemfeldern machten oder ob Befragungen oder formelle Besprechungen weniger genutzt werden, um diese Themen anzusprechen? Vor dem Hintergrund, dass die Artikulation der eigenen Bedürfnisse den Betreuungspersonen nicht immer gelingt, kann es sinnvoll sein, belastende Aspekte seitens der Hauptamtlichen aktiv zu thematisieren und in Gesprächen einen Austausch über persönliche Probleme zu fördern.

Weshalb die Betreuungspersonen ihre ehrenamtliche Tätigkeit ausüben, lässt sich mit ihren sozialen Motiven in Verbindung bringen. In der theoretischen Literatur werden unterschiedliche Konzepte beschrieben, um soziales Handeln zu erklären. Das Konzept der prosozialen Motivation definiert soziales

Engagement als freiwilliges Handeln eines Menschen, um eine hilfsbedürftige Person zu unterstützen. Als eine Komponente stellt das empathische Mitfühlen ein auslösendes Moment der prosozialen Motivation dar. Je stärker die Situation von den Helfenden als unkontrollierbar eingeschätzt wird, um zu größer ist ihre Hilfsbereitschaft (Friedlmeier 2006: 143 f.). Das theoretische Konzept kann auf die eigenen Ergebnisse übertragen werden. Hauptmotive, sich im Projekt SOWieDAheim zu engagieren, waren bei den untersuchten Betreuungspersonen, eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben und gerne mit älteren Menschen umzugehen. Ähnliche Motive finden sich in einer deutschen Studie zu ehrenamtlichen Betreuerinnen eines Besuchsdienstes für Demenzerkrankte wieder, die ebenfalls als Motive angaben, andere Menschen unterstützen zu wollen (Gräßel, Schirmer 2006: 221). Eine empathische Haltung konnte bei allen untersuchten Betreuungspersonen beobachtet werden. Im Sinne des Konzeptes der prosozialen Motivation wird die Hilfsbereitschaft durch nicht immer vorhersehbare Handlungen der kognitiv eingeschränkten Gäste und der damit bestehenden Unsicherheit verstärkt. Strategien der Betreuungspersonen sind darauf ausgerichtet, das Betreuungssetting kontrollierbar zu machen.

Die untersuchten Betreuungspersonen entsprechen hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht, soziale Lebenssituation und pflegerische Vorerfahrung dem Großteil der Betreuungspersonen im Projekt SOWieDAheim (Main-Kinzig-Kreis, iso 2010: 8). Das durchschnittliche Alter der Ehrenamtlichen bei SOWieDAheim von etwa 50 Jahren spiegelt wiederum eine bundesweite Entwicklung bürgerschaftlich engagierter Menschen wider. Im Freiwilligensurvey (Gensicke et al. 2005: 40) befindet sich ein hoher Anteil an Engagierten in der Altersgruppe zwischen 40 und 60 Jahren. Eines der auffälligsten Ergebnisse des Surveys war die deutliche Zunahme der Engagementquote der Menschen ab 60 Jahren. Im Zusammenhang mit sozialen Motiven älterer Menschen belegen Studien (Gensicke et al. 2005: 39 f., Bierhoff et al. 2007: 24), dass soziale Verantwortung als Bestandteil altruistischer Einstellungen mit zunehmendem Alter eine höhere Bedeutung erhält. Selbstdienliche Einstellungen, die den Aspekt des eigenen Nutzens durch die ehrenamtliche Tätigkeit beinhalten, haben für jüngere Freiwillige eine höhere Relevanz. Aus Perspektive der Projektverantwortlichen stellt das zunehmende Engagementpotenzial in der Altersgruppe ab 50 Jahren eine wichtige Ressource dar. Zu bedenken ist jedoch, dass Betreuungspersonen die Chance erhalten müssen, Grenzen ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit wahrzunehmen und Entlastungsmöglichkeiten selbst zu schaffen bzw. diese gefördert werden.

An den Motiven der Betreuungspersonen wird deutlich, dass die Motivation für die Tätigkeit in hohem Maße intrinsisch gesteuert wird. Die Aufwandsentschädigung stellt einen Teilaspekt für die Aufnahme des Ehrenamtes dar und scheint nicht im Vordergrund zu stehen. Aufrechterhalten wird die Motivation insbesondere, indem die Betreuungspersonen Erfolge ihrer Tätigkeit wahrnehmen und Anerkennung erhalten. Diese Aspekte wurden in der Kategorie „*Sinn der Tätigkeit wahrnehmen*“ abgebildet und werden vor allem durch positive Rückmeldungen der Gäste erreicht. Dieses Feedback kann seitens der Projektverantwortlichen in direkter Form nicht beeinflusst werden. Jedoch hat die Gästenauswahl Einfluss auf die Chance, Erfolge in der Betreuung zu erleben. Die Problemfelder „schwierige“ Gäste oder Inkontinenz können das Gelingen der Betreuung erschweren. Die kritische Betrachtung, welche Gäste in welchen Haushalten betreut werden, kann somit nicht nur mit Blick auf die Betreuungsqualität, sondern auch bezogen auf die Motivation der Betreuungspersonen, bedeutsam sein.

Das Forschungsinteresse galt auch der Gestaltung des demenzspezifischen Betreuungssettings. Die Kategorie „*Bedürfnisse erfüllen*“ und darin beinhaltete Strategien, für Sicherheit, Autonomie und Wohl-

befinden der Gäste zu sorgen, bilden die Basis der Betreuung. Eine sozialwissenschaftliche Betrachtung des Begriffs der Bedürfnisse findet sich bei Hondrich (1975). Er beschreibt das Konstrukt als Spannungszustand zwischen einer Ist-Situation mit wahrgenommenem Mangel an befriedigten Bedürfnissen, dem Wissen, dass es Mittel gibt, diese Bedürfnisse zu befriedigen und einer Soll-Situation, in der diese Mittel verfügbar sind und Bedürfnisse erfüllt werden (Hondrich 1975: 27 ff.). Hondrich geht davon aus, dass ein Mensch nach Bedürfnisbefriedigung strebt, weil er das beschriebene Ungleichgewicht zwischen Ist- und Soll-Situation wahrnimmt. Wird dieser Ansatz auf die SOWieDAheim-Gäste übertragen, zeigt sich, dass viele der Gäste nur eingeschränkt in der Lage sind, diesen Spannungszustand selbständig zu erkennen bzw. dass es ihnen an Fähigkeiten fehlt, einen wahrgenommenen Spannungszustand auszugleichen. Diese Aufgabe wird von den Betreuungspersonen übernommen. Da nicht alle Bedürfnisse erfüllt werden können, ist von ihnen eine Auswahl zu treffen. Die Beziehungsstile der Haushalte scheinen diese Selektion zu beeinflussen.

In allen untersuchten Haushalten gingen die Betreuungspersonen auf individuelle Bedürfnisse ihrer Gäste ein. Im Sinne einer gelebten Projektphilosophie wurden neben physischen und sozialen auch emotionale Bedürfnisse und eine empathische Interaktion besonders beachtet. Die Sicherheit der Gäste bei weitgehender Wahrung ihrer Autonomie hatte einen hohen Stellenwert; die Unterstützung in Alltagsaktivitäten erfolgte ressourcenorientiert. Alle ehrenamtlichen Betreuungspersonen erreichten eine qualitativ hochwertige Betreuung ihrer demenzerkrankten Gäste. In den Haushalten mit professionellem bzw. therapeutischem Setting wies das Qualitätsniveau durch gezielte ressourcenfördernde Ansätze verstärkt professionelle Anteile auf.

Es wurden nur einzelne Studien zu ehrenamtlich Engagierten in der Demenzbetreuung ermittelt. In einer qualitativen Studie von Schäfer und Dorschner (2007) wurde der Umgang ehrenamtlicher Hospizhelferinnen mit Demenzerkrankten anhand zehn narrativer Interviews untersucht. Trotz eines anderen Settings weisen die Ergebnisse Ähnlichkeiten mit der eigenen Untersuchung auf. In der Kategorie „Eine gute Atmosphäre schaffen“ wurde Strategien rekonstruiert, um mit Demenzerkrankten kommunizieren oder ihre Bedürfnisse wahrnehmen zu können. Einfühlungsvermögen, Wertschätzung und Empathie, eine gute Beobachtung sowie das Einbeziehen lebensgeschichtlicher Kenntnisse waren wesentliche Elemente für eine gelingende Beziehung zu den Erkrankten. Durch die Kategorie „Den Prozess miterleben“ wurde herausgearbeitet, dass das Erkennen der eigenen Grenzen der Helfenden bei herausfordernden Verhaltensweisen oder beim Einfluss auf den Krankheitsverlauf wesentliche Aspekte zum gelingenden Umgang mit den Demenzerkrankten darstellten (Schäfer, Dorschner 2007: 132 f.). Die beschriebenen Strategien ähneln denen der untersuchten SOWieDAheim-Betreuungspersonen. Das Schaffen einer guten Atmosphäre spiegelt sich in den untersuchten Gasthaushalten in der Subkategorie „Einen schönen Tag erleben“ wider. Die eigenen Grenzen wahrzunehmen, betrachteten die Betreuungspersonen als wichtig, um ihren subjektiven Bedürfnissen gerecht zu werden.

Im Unterschied zum Setting eines stationären Hospizes mit einer direkten Unterstützung der Ehrenamtlichen durch professionelle Hauptamtliche erfüllen die SOWieDAheim-Betreuungspersonen ihre Aufgaben weitgehend selbständig. Die nicht vorhandene Anbindung an eine Institution verdeutlicht den Anspruch an ihre Kompetenzausstattung. Da vermutlich nicht jede Person, die sich für die Tätigkeit als Betreuungskraft bei SOWieDAheim interessiert, über entsprechende Kompetenzen verfügt, wird er-

kennbar, wie bedeutend Auswahlprozess und Eignungsprüfung der angehenden Betreuungspersonen einzuschätzen sind.

Die Anforderungen an die Eignung der Betreuungspersonen werden insbesondere in Bezug zur Demenz ersichtlich. Als Eckpunkte einer kompetenten Beziehung mit Demenzerkrankten werden unter anderem das Einbinden biografischer Kenntnisse, eine einfache verbale und durch körpersprachliche Elemente unterstützte Kommunikation, ein ruhiger, freundlicher Kontakt und das Vermeiden von Hinweisen auf Defizite betrachtet (Bartholomeyczik et al. 2006: 29 ff.). In der Betreuung der SOWieDAheim-Gäste wurden diese Elemente in allen untersuchten Haushalten berücksichtigt. Vor dem Hintergrund, dass sich die Rahmenempfehlung des Bundesministeriums für Gesundheit, aus der diese Eckpunkte stammen, an professionell Pflegende in der stationären Altenhilfe richtet und die Betreuungspersonen in der häuslichen Tagespflege überwiegend Laien ohne pflegerische Berufsausbildung sind, wird deutlich, dass der Begriff Professionalität gerechtfertigt ist. Die Kategorie „*Professionalität im Ehrenamt*“ verweist darauf, dass bei dem Einsatz von Ehrenamtlichen nicht zwangsläufig darauf geschlossen werden kann, dass unprofessionell oder „laienhaft“ gearbeitet wird. Im Setting Privatwohnung und in der alltäglichen Funktion der „Gastgeberin“ wird diese Professionalität jedoch äußerlich wenig sichtbar. Im Vergleich mit professionellen Gesundheitsberufen könnte hierdurch der Beziehungsaufbau zwischen Betreuungspersonen und Gästen erleichtert werden.

Mit Professionalität ist die Frage nach den eingesetzten Kompetenzen eng verbunden. Die Kompetenzen der Betreuungspersonen wurden auf vielfältige Weise deutlich. Kompetentes Handeln ermöglichte ihnen, unterschiedliche Anforderungen zu bewältigen, um das Wohlbefinden der Gäste sicherzustellen. Kompetenzen zeigten sich in Wissen und Fähigkeiten, bekannte und unvorhersehbare Probleme wie herausforderndes Verhalten zu bewältigen. Sie beinhalteten, die Probleme tatkräftig anzugehen und sich für ihre Lösung verantwortlich zu fühlen. Nach der Kompetenz-Definition von Pfadenhauer (2010: 153 ff.) sind – neben den kognitiven Problemlösungsfähigkeiten – die Bereitschaft zur Problembewältigung und die Zuständigkeit für die Problemlösung diejenigen Dimensionen, die es einer Person ermöglichen, Probleme nicht zufällig und einmalig, sondern zielgerichtet, systematisch und wiederholt zu lösen.

In der Literatur werden verschiedene Kompetenzarten unterschieden. Eine Definition betrachtet die Handlungskompetenz als Oberbegriff. Darunter werden die Teilkompetenzen Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und personale Kompetenz unterschieden (Pfadenhauer 2010: 157 ff.). Die komplexen Anforderungen an die Betreuung in einem SOWieDAheim-Haushalt erfordern den gleichzeitigen Einsatz unterschiedlicher Kompetenzarten. Werden die oben genannten Kompetenzarten betrachtet, zeigt sich, dass die Sozialkompetenz im Zusammenhang mit empathischen und kommunikativen Fähigkeiten einen hohen Stellenwert hat. Wissen um Strategien und ihre Anwendung im Sinne einer Methodenkompetenz sind ebenfalls erforderlich, beispielsweise um biografische Kenntnisse der Gäste zu nutzen oder Aktivitäten zu steuern. Pflegefachliche Methoden werden unter anderem eingesetzt, um eine Sturzgefährdung zu erkennen oder Demenzerkrankten das Essen anzureichen. Am Beispiel einer Praktikantin wurde ersichtlich, dass die Reflexion des eigenen Handelns im Sinne der personalen Kompetenz im Umgang mit Inkontinenz und Intimsphäre der Gäste eine wichtige Voraussetzung darstellt, sensibel auf Gästebedürfnisse eingehen und das eigene Handeln hinterfragen zu können.

Soziale Kompetenz kann als wesentlicher Faktor für eine hohe Betreuungsqualität betrachtet werden. Im theoretischen Konstrukt des sozialen Handelns ist aus Perspektive der Helfenden eine hohe Sensibilität erforderlich, um situationsspezifisch Bedürfnisse der Hilfeempfänger einzuschätzen und das Handeln flexibel darauf abzustimmen (Friedlmeier 2006: 148). Dieser theoretische Ansatz konnte in der Lebenswelt der Gasthaushalte beobachtet werden. Am Beispiel des herausfordernden Verhaltens wird ein Ergebnis dieses Handelns deutlich. Obwohl mehrere Gäste eine mittlere bis schwere Demenz aufwiesen, wurden herausfordernde Verhaltensweisen nur in geringem Umfang beobachtet. Die Ergebnisse könnten darauf hinweisen, dass eine kompetente Interaktion und Bedürfnisorientierung in Verbindung mit einer gezielt geschaffenen harmonischen Atmosphäre eine präventive Wirkung haben und zu einem geringen Auftreten von herausforderndem Verhalten führen könnten.

Es wurden nur einzelne Studien ermittelt, die die Kompetenz Ehrenamtlicher im Umgang mit Demenzerkrankten untersuchen. In einem Fallbericht aus Deutschland über die Einzelbetreuung einer demenzerkrankten Frau (Lischka 2007: 3 f.) zeigt sich, dass ähnlich den Ergebnissen der eigenen Untersuchung der Aufbau einer Beziehung, die Akzeptanz der Autonomie der Erkrankten und eine gelungene Interaktion wichtige Kompetenzen der freiwilligen Helferinnen darstellten. Weitere Parallelen ergeben sich durch die Aussage, dass eine vorbereitende Schulung und die kontinuierliche Begleitung durch eine Fachkraft zum Gelingen der Betreuung beitragen. Die untersuchten SOWieDAheim-Betreuungspersonen waren zufrieden mit den Schulungen, in denen das Thema Demenz einen hohen Anteil hat. Sie schätzen Fortbildungen, um ihre Kompetenzen zu erweitern. Sicherheit erhalten sie durch die Gewissheit, bei Problemen jederzeit mit einer Fachkraft Kontakt aufnehmen zu können.

Die Bedeutung von Schulungen für Ehrenamtliche in der Demenzbetreuung wurde in einer US-amerikanischen Studie analysiert. Robinson und Clemons (1999: 31) stellten fest, dass sechs Monate nach Ende einer Schulung von 45 freiwilligen Helferinnen lediglich sieben in der Betreuung tätig waren. Als Hauptgrund, die Tätigkeit nicht aufgenommen zu haben, wurde eine als unzureichend empfundene Qualifizierung sowie Angst und Unsicherheit im Umgang mit Demenzerkrankten ermittelt (Robinson, Clemons 1999: 32 ff.). Dass Ehrenamtliche in Schulungen vor allem die Vermittlung von Kenntnissen zu Demenz erwarten, wird durch eine deutsche Studie (Gräßel, Schirmer 2006) bestätigt. Wissen über Krankheitsbild und Umgang mit Demenzerkrankten wurden ein halbes Jahr nach der Schulung von Ehrenamtlichen eines Besuchsdienstes am häufigsten als hilfreich für die Praxis eingeschätzt. Haupterwartung zur professionellen Begleitung war vor und nach der Schulung, bei Problemen einen Ansprechpartner und Hilfe zu finden (Gräßel, Schirmer 2006: 221 ff.).

Ergebnisse der eigenen Untersuchung und der genannten Studien zeigen, dass die Schulung von Ehrenamtlichen in der Demenzbetreuung eine Bedeutung für die wahrgenommene Qualifizierung hat. Schulungen können den angehenden Betreuungspersonen Kenntnisse und Strategien vermitteln, wie sie den Betreuungstag gestalten können und ihnen Sicherheit geben, sich für die Aufgaben gut gerüstet zu fühlen. Das Schulungswissen dann im Praktikum anzuwenden, scheint aus Sicht der Untersuchungsergebnisse wichtig zu sein, um theoretisches Wissen im Sinne der Methodenkompetenz in praktisches Handeln umzusetzen. Ein Austausch mit erfahrenen Betreuungspersonen ermöglicht es, Probleme und Unsicherheiten anzusprechen und sich erprobte Strategien anzueignen.

Im Vergleich zwischen Schulungsinhalten (Main-Kinzig-Kreis o.J.) und erlebter Umsetzung in die Praxis der untersuchten Gasthaushalte kann für die beobachteten Handlungsfelder von einem gelungenen Theorie-Praxis-Transfer gesprochen werden. Es stellt sich jedoch die Frage, ob und wie relevante Kompetenzen durch die Schulung entwickelt wurden? Ergebnisse der Untersuchung weisen auf die eingeschränkten Möglichkeiten hin, insbesondere soziale und personale Kompetenzen wie Einfühlungsvermögen oder Reflexionsfähigkeit durch Schulungen grundlegend neu zu entwickeln. Es ist davon auszugehen, dass die Betreuungspersonen bereits vor der Schulung über Grundlagen dieser Kompetenzen verfügten. Einen Hinweis auf die eingeschränkten Möglichkeiten der Kompetenzentwicklung alleine durch Schulungen zeigen Ergebnisse einer Studie aus den USA von Robinson et al. (2003: 375 f.). Die Autoren stellten bei Freiwilligen in der Demenzbetreuung fest, dass sich statistisch signifikant das Wissen zur Erkrankung und das Verständnis für die motorische Unruhe der Demenzerkrankten im Vergleich vor und nach der Schulung erhöhten. Weitere Variablen, die unter anderem die Einstellung zu Urin- und Stuhlinkontinenz oder zur kognitiven Beeinträchtigung betrafen, zeigten jedoch keine statistisch signifikanten Veränderungen (Robinson et al. 2003: 379). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Erwartungen an Kompetenzzuwächse durch Schulungen differenziert zu betrachten sind.

Abschließend stellt sich die Frage, inwieweit an Ehrenamtliche, die Demenzerkrankte betreuen, überhaupt Ansprüche an deren Professionalität gestellt werden können? Der Einsatz professioneller Kompetenzen konnte in allen untersuchten Haushalten beobachtet werden. Auch wenn sie in unterschiedlichem Maße eingesetzt wurden, kann für die vier Haushalte von einer hochwertigen Betreuung auch für schwer eingeschränkte Gäste ausgegangen werden. Dies führt zu dem Schluss, dass professionelle Kompetenzen ehrenamtlicher Betreuungspersonen als relevant für eine gelingende Betreuung Demenzerkrankter zu betrachten sind. Jedoch scheinen umfassende professionelle oder therapeutische Betreuungssettings vom Beziehungsstil der Betreuungspersonen beeinflusst zu sein. Sie können daher nicht grundsätzlich erwartet werden.

## **6.2 Reflexion der Methodik, Limitationen und weiterer Forschungsbedarf**

Aufgrund des besseren Feldzugangs wurde die Fallauswahl über Projektmitarbeiterinnen organisiert. Eine Selektion der Fälle durch die Fachkräfte nach qualitativen Gesichtspunkten kann deshalb nicht ausgeschlossen werden. In der Datenerhebungsphase stand die Perspektive der Betreuungspersonen im Mittelpunkt. Ergänzende Erhebungsmethoden wie Interviews oder Gruppendiskussionen mit Fachkräften hätten aus anderer Perspektive eine Prüfung der Analyseergebnisse ermöglicht, insbesondere für die Problemfelder wie beispielsweise Inkontinenz und „schwierige Gäste“, die in den Haushalten relevant waren.

Dass die Beobachtungen von einer Person durchgeführt wurden, erleichterte zwar den Vergleich zwischen den Haushalten und gewährleistete ein einheitliches methodisches Vorgehen. Gleichzeitig konnten hierdurch die Lebenswelten der Haushalte nur selektiv wahrgenommen werden. Der Einsatz mehrerer Beobachterinnen hätte die Perspektiven auf das Forschungsfeld erweitern können. Auch eine größere Anzahl von Beobachtungstagen hätte dazu beitragen können, die Analyseergebnisse zu prüfen und zu verdichten.

Zur Beeinflussung durch das „Beteiligtsein“ im Feld kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Gestaltung des Betreuungstages von den Betreuungspersonen sorgfältiger geplant und durchgeführt wurde als ohne die Anwesenheit einer Forscherin. Sie erweckten jedoch nicht den Eindruck des kontinuierlich kontrollierten Handelns. In Gesprächen wirkten die Betreuungspersonen offen; vereinzelte kritische Äußerungen zum Projekt unterstützten diesen Eindruck. Ihre bereits vorhandenen Erfahrungen mit wissenschaftlicher Begleitung durch Interviews und Befragungen könnten zu einem routinierten Umgang mit der Beobachtung geführt haben. Insgesamt besteht die Einschätzung, dass die Beobachtungstage in einer vertrauensvollen Atmosphäre erfolgten, den „normalen“ Betreuungstagen eher nahe kamen und kaum von einer dauerhaften Inszenierung auszugehen ist.

Der Forschungsstil der Grounded Theory (Strauss 1998) wurde nicht vollständig umgesetzt. Ein zirkulärer Forschungsprozess mit aufeinander folgenden Phasen der Datenerhebung und -analyse sowie ein Theoretical Sampling waren aus zeitlichen Gründen nicht realisierbar. Die Kombination von teilnehmender Beobachtung, offenen Gesprächen und Einsichtnahme in Dokumente erscheint jedoch als geeignet, reichhaltiges Datenmaterial gewinnen zu können. Ein verlängerter, auch zirkulär angelegter Forschungsprozess und der Einsatz eines theoretischen Samplings hätten jedoch die Weiterentwicklung analytischer Überlegungen unterstützen können. Nicht umgesetzt wurde der Schritt des selektiven Kodierens. Eine Theoriebildung war nicht Ziel der Untersuchung.

Aufgrund des modellhaften Charakters der häuslichen Tagespflege und der weltweit sehr geringen Verbreitung dieses Angebotes konnten nur eingeschränkt verwertbare Evaluationsberichte ermittelt werden. Die Feststellungen über eine nicht ausreichend belegte Wirksamkeit und wissenschaftliche Evidenz (Mason et al. 2007; Rieckmann et al. 2009) sollten nicht als grundsätzlicher Nachweis einer Nicht-Wirksamkeit betrachtet werden. Vielmehr liegt dieser Aussage ein Mangel an methodisch hochwertigen Studien zugrunde. In Settings der Altenhilfe und der Demenzbetreuung können experimentelle Forschungsdesigns wie randomisierte kontrollierte Studien nur sehr eingeschränkt durchgeführt werden. Es sollte (auch methodisch) hinterfragt werden, ob quantitative, kontrollierte und hoch standardisierte Verfahren zielführend sind, um Phänomene wie Beziehungsaufbau, Interaktion, Bedürfnisbefriedigung oder Kompetenzanwendung in diesen Kontexten zu erfassen.

Weitere qualitative Studien könnten den wissenschaftlichen Kenntnisstand erweitern. Durch die offene, nicht standardisierte Form der Beobachtung wurden in dieser Untersuchung neben den analysierten Phänomenen weitere, relevante Themenfelder identifiziert, die nicht in die Datenauswertung aufgenommen werden konnten und auf weiteren Forschungsbedarf verweisen wie:

- subjektive Bedeutung der Definition „schwieriger Gast“ aus Perspektive der Betreuungspersonen,
- Strategien der Betreuungspersonen im Umgang mit „schwierigen“ Gästen,
- geschlechtsspezifische Unterschiede im Betreuungssetting,
- Einfluss der Zusammensetzung der Gästegruppe auf das Betreuungssetting und
- Effekte des Settings häusliche Tagespflege auf herausfordernde Verhaltensweisen.



## 7 Schlussfolgerungen für die Praxis

Die häusliche Tagespflege SOWieDAheim kann als ein neues Feld ehrenamtlichen Engagements betrachtet werden. Diese Einschätzung wird mit der durchaus als beachtlich zu betrachtenden Zahl von 84 geschulten Betreuungspersonen untermauert. Aus gesundheitspolitischer Perspektive hat die Förderung bürgerschaftlichen Engagements eine Bedeutung. Insbesondere bezogen auf den demographischen Wandel treten neben der Perspektive der Problematik einer älter werdenden Gesellschaft auch die damit verbundenen Potentiale immer mehr in den Vordergrund. In Anbetracht des zunehmenden Engagements älterer Menschen werden ehrenamtlich Engagierte als wichtige personelle Ressource betrachtet, um beispielsweise auch die Betreuung der wachsenden Zahl von demenzerkrankten Menschen zu unterstützen. Zu beachten ist jedoch, dass bürgerschaftliches Engagement nicht zur Kompensation genutzt werden darf, um die Sicherstellung professioneller Versorgungsstrukturen der Altenhilfe zu vernachlässigen. Anzumerken ist auch, dass die vorliegende Untersuchung auf die Bedeutung der Qualifikation der eingesetzten ehrenamtlichen Betreuungspersonen verweist. Die immer wieder auch medial aufbereiteten Überlegungen (nicht nur politischer Entscheidungsträger), die Altenhilfe als Branche mit großen Arbeitsmarktangeboten für geringfügig qualifizierte Menschen anzupreisen, sind vor diesem Hintergrund kritisch zu reflektieren. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass eine hohe Motivation, mit demenziell veränderten Menschen umzugehen, bereits vorhandene soziale Kompetenzen wie auch fachliche Fähigkeiten wesentliche Aspekte darstellen, um eine qualitativ hochwertige Betreuung zu ermöglichen. So sollte die Frage der individuellen Eignung, unabhängig ob in einer ehrenamtlichen oder hauptamtlichen Beschäftigung, im Vordergrund stehen und nicht das Ziel bestehen, personelle Lücken in der Versorgung demenziell veränderter Menschen ohne den Blick auf die erforderlichen Kompetenzen der Betreuungspersonen zu füllen.

Mit dem innovativen Projekt SOWieDAheim wurde eine neue, wohnortnahe Form der Tagespflege in Privathaushalten entwickelt. Die Entwicklung des Projektes SOWieDAheim kann aus Sicht der formulierten Projektziele als erfolgreich angesehen werden. Eine hochwertige Betreuung demenzerkrankter Menschen konnte in den untersuchten Haushalten beobachtet werden. Dabei ist die häusliche Tagespflege eine Möglichkeit, die teilstationäre Pflege in Deutschland zu fördern und die Angehörigen von Demenzerkrankten zu entlasten. Die nicht-institutionelle Form der häuslichen Tagespflege kann die Akzeptanz des Angebotes erleichtern und die familiäre Atmosphäre wird den Bedürfnissen der demenziell veränderten Menschen gerecht.

Die Erwartungen pflegender Angehöriger wie niederschwellige, Entlastung schaffende Unterstützungsangebote und die Betreuung von demenzerkrankten Menschen in kleinen Gruppen durch qualifizierte, empathische Betreuungspersonen werden mit SOWieDAheim realisiert. Die Struktur der SOWieDAheim-Gäste entspricht hinsichtlich des Anteils demenzerkrankter Personen, Alter und Geschlecht weitgehend der in Publikationen beschriebenen Gästestruktur in professionellen Tagespflegeeinrichtungen. Das Setting der Gasthaushalte, ein günstiger Betreuungsschlüssel und kompetente Betreuungspersonen ermöglichen eine bedürfnisorientierte Versorgung.

Für die Betreuungsqualität erscheint es wesentlich, dass zwei Betreuungspersonen pro Haushalt eingesetzt sind. Ebenso ist die fachliche Unterstützung durch hauptamtliche Mitarbeiterinnen ein Merkmal der Qualitätssicherung. Veränderungen dieser Strukturen, beispielsweise aufgrund ökonomischer Zwänge bzw. Unterfinanzierung, könnten negativen Einfluss auf die Betreuung haben.

Trotz der eingesetzten professionellen Kompetenzen erleben die untersuchten Betreuungspersonen den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen einzelner Gäste als belastend. Deshalb sollte geprüft werden, welche projektinternen Angebote den Umgang mit belastenden Situationen erleichtern können. In Begleitung der Ehrenamtlichen ist zu beachten, dass Belastungen nicht nur von objektivierbaren Merkmalen wie die Anzahl der Gäste oder der Schweregrad ihrer Beeinträchtigung, sondern auch von individuellen Faktoren der Betreuungspersonen beeinflusst werden können. Insbesondere im Umgang mit Inkontinenz und dem Schutz der Privatsphäre der Gastgeberinnen wird deutlich, dass die Anforderungen an die Betreuung in Privathaushalten hoch sind und professionelle Kompetenzen auf Seiten der Ehrenamtlichen erfordern, um die Aufgaben erfüllen zu können.

Das Gleichgewicht zwischen belastenden und erfüllenden Aspekten stellt für die Betreuungspersonen ein entscheidendes Kriterium für ihre Zufriedenheit mit der Tätigkeit und damit für den Verbleib in der ehrenamtlichen Funktion dar. Belastungsgrenzen können jedoch einzelfallbezogen möglicherweise eingeschränkt wahrgenommen bzw. nicht artikuliert werden. Ein offener Umgang mit belastenden Aspekten sowie unterstützende Maßnahmen in der Selbstfürsorge der Ehrenamtlichen können dazu beitragen, engagierte Betreuungspersonen vor einer Überforderung zu schützen und ihre Zufriedenheit mit der Tätigkeit zu erhalten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung verweisen darauf, dass durch ein kooperatives Miteinander von Haupt- und Ehrenamt eine hohe, bedürfnisorientierte Betreuungsqualität erreicht werden kann. Dazu ist es erforderlich, Aufgaben und Grenzen der Betreuung durch Ehrenamtliche zu definieren, um einen Einsatz entsprechend ihrer Kompetenzen zu ermöglichen. Die Unterstützung und Verantwortung durch Fachkräfte kann vor allem bei der Versorgung von älteren, multimorbiden oder demenziell erkrankten Menschen als unabdingbar betrachtet werden.

Die Zukunft der häuslichen Tagespflege als von den Pflegekassen zugelassene Versorgungsform ist allerdings offen. In der Bewertung des GKV-Spitzenverbandes zum Abschlussbericht des Projektes SOWieDAheim wird darauf verwiesen, dass die weitere Ausgestaltung des Angebots als unklar betrachtet wird und Klärungsbedarf beispielsweise bei der Abgrenzung zur professionellen Tagespflege besteht (GKV-Spitzenverband 2011: IV). Die Möglichkeit, die häusliche Tagespflege auch in anderen Regionen Deutschlands aufzubauen, wird hierdurch deutlich geschwächt, da das Angebot nicht im Leistungskatalog der Pflegeversicherungen aufgenommen ist und keine Regelfinanzierung besteht. Für die nun außerhalb des Projektstatus (Förderung niedrigschwelliger Versorgungsleistungen nach §§ 8 Abs. 3 i.V.m. § 45 c SGB XI durch das Land Hessen und die Pflegekassen) bestehende häusliche Tagespflege im Main-Kinzig-Kreis bleibt die Unsicherheit bestehen, innerhalb welchen gesetzlichen Rahmens SOWieDAheim langfristig betrieben werden kann.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Zum 01.01.2015 wurde der Begriff der „Niedrigschwelligen Entlastungsangebote“ neu im § 45c SGB XI eingeführt. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich die Pflegereform 2015 – Pflegestärkungsgesetz Leistungsausweitung für Pflegebedürftige – Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz sich positiv auf die Übernahme solcher Projekte in die Regelversorgung auswirkt.

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Effekte der Demenz auf Alltagsaktivitäten nach Krankheitsschweregrad .....	11
Tabelle 2	Modellstrukturen der häuslichen Tagespflege im internationalen Vergleich .....	18
Tabelle 3	Beobachtungsdauer und anwesende Akteure der SOWieDAheim-Haushalte.....	25
Tabelle 4	SOWieDAheim-Haushalte und deren Akteure im Überblick .....	34
Tabelle 5	Zusammenfassende Charakterisierung der SOWieDAheim-Gastgeberinnen .....	39
Tabelle 6	Merkmale der SOWieDAheim-Gäste im Überblick.....	41
Tabelle 7	Beziehungsstile der Gastgeberinnen im Überblick.....	46

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Lage der SOWieDAheim-Haushalte im Main-Kinzig-Kreis.....	22
Abbildung 2	Kategorien und ihre Beziehung zur zentralen Kategorie „Alltäglichkeit herstellen“ .....	44

## Abkürzungsverzeichnis

ABEDL	Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens
B	Beobachtungsprotokoll
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DAIzG	Deutsche Alzheimer Gesellschaft
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
G	Gast in SOWieDAheim (Kürzel in Beobachtungsprotokollen)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
I	Interviewtranskript
iso	Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft in Saarbrücken
k.A.	keine Angaben
LEANDER	Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten
MuG	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten
o.J.	ohne Jahr
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel

## Literatur

- Bartholomeyczik, S; Halek, M; Sowinski, C; Besselmann, K; Dürrmann, P; Haupt, M; Kuhn, C; Müller-Hergl, C; Perrar, K; Riesner, C; Rüsing, D; Schwerdt, R; van der Kooij, C; Zegelin, A (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Hrsg. von dem Bundesministerium für Gesundheit. Witten.
- BMG (2011): Fünfter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg. von dem Bundesministerium für Gesundheit. URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht\\_der\\_Bundesregierung\\_ueber\\_die\\_Entwicklung\\_der\\_Pflegeversicherung\\_und\\_den\\_Stand\\_der\\_pflegerischen\\_Versorgung\\_in\\_der\\_Bundesrepublik\\_Deutschland.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_der_Bundesregierung_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_und_den_Stand_der_pflegerischen_Versorgung_in_der_Bundesrepublik_Deutschland.pdf) (Zugriff 15.03.2015).
- Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (Hg.) (2015): Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015). Zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) geändert. URL: [http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb\\_11/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf) (Zugriff 15.03.2015).
- Boldy, D.; Davey, M.; Crouchley, K.; Lilly, E. (2005): Host family respite: description and assessment of a program. In: Australasian Journal on Ageing 24; 2: 94-97.
- DAIzG (2014): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Selbsthilfe Demenz. Hrsg. von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin.
- DEGAM (2008): Demenz. DEGAM-Leitlinie Nr. 12. Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Düsseldorf: omikron publishing.
- DIMDI (2009): ICD-10-GM 2010. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision - German Modification. Version 2010 Stand 16. Oktober 2009. Hrsg. von dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Diry, S.; Karadeniz, G.; Stöcker, K. (2010): Handbuch für Betreuungspersonen. SOWIE DAheim - qualitätsgesicherte häusliche Tages- und Kurzzeitpflege im Main-Kinzig-Kreis. Hrsg. von der Leitstelle für ältere Bürger – Der Kreisausschuss Sozialamt – Main-Kinzig-Kreis. Gelnhausen. URL: [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/entwicklung\\_qualitaet/Bericht\\_8\\_Main-Kinzig-Kreis\\_Handbuch\\_BP\\_2010\\_19302.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/entwicklung_qualitaet/Bericht_8_Main-Kinzig-Kreis_Handbuch_BP_2010_19302.pdf) (Zugriff 28.08.2014).
- Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerlichen Engagements“ (2002): Bürgerschaftliches Engagement: Auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft. Bericht der Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerlichen Engagements“. Deutscher Bundestag. 14. Wahlperiode. Drucksache 14/8900. Berlin.

- Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (2009): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U. ; von Kardorff, E. ; Steinke, I. (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. S. 13-29.
- Friedlmeier, W. (2006): Prosoziale Motivation. In: Bierhoff, H-W.; Frey, D. (Hg.): *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie*. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag. S. 143-149.
- Geertz, C. (1994): *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Dritte Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Gensicke, T.; Geiss, S. (2010): Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 – 2009. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und Bürgerschaftlichem Engagement. Hrsg. von dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: TNS Infratest Sozialforschung.
- Gensicke, T.; Picot, S.; Geiss, S. (2005): *Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999–2004. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement*. Hrsg. von dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: TNS Infratest Sozialforschung.
- GKV-Spitzenverband (2011): *Entwicklung qualitätsgesicherter häuslicher Tages- und Kurzzeitpflege im Main-Kinzig-Kreis. Bewertung des GKV-Spitzenverbandes*. Hrsg. von dem GKV-Spitzenverband der Pflegekassen. URL: [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/entwicklung\\_qualitaet/Endbericht\\_Modellprojekt\\_8\\_Main-Kinzig-Kreis\\_19301.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/entwicklung_qualitaet/Endbericht_Modellprojekt_8_Main-Kinzig-Kreis_19301.pdf) (Zugriff 15.03.2015).
- Gräbel, E.; Schirmer, B. (2006): *Freiwillige Helferinnen und Helfer zur Entlastung der Angehörigen demenzkranker Menschen. Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsuntersuchung zu den Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Schulung und professionelle Begleitung*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39; 3: 217-226.
- Gregor, B.; Fieres, H.; Zörkler, M. (2011): *Entwicklung qualitätsgesicherter häuslicher Tages- und Kurzzeitpflege im Main-Kinzig-Kreis 01.07.2006 bis 30.06.2011. Endbericht*. Hrsg. von der Leitstelle für ältere Bürger – Der Kreisausschuss Sozialamt – Main-Kinzig-Kreis, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.: Gelnhausen, Saarbrücken.
- Hank, K.; Erlinghagen, M. (2008): *Produktives Altern und informelle Arbeit. Stand der Forschung und Perspektiven*. In: Erlinghagen, M.; Hank, K. (Hg.): *Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 9-24.
- Hildenbrand, B. (1998): *Vorwort*. In: UTB (Hg.): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 2. Auflage. München: Wilhelm Fink Verlag. S. 11-17.

- Holm, S.; Ziguras, S. (2001): It's the simple things that matter. An evaluation of the Banksia Host-home Respite Program. Ed. by Brotherhood of St Laurence. Fitzroy VIC.
- Hondrich, K. O. (1975): Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung. Grassi, E. (Hg.). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Kilgour, J. (2010): Nicht veröffentlichte E-Mail-Kommunikation vom 14.05.2010. Falkirk.
- Köttig, M. (2005): Triangulation von Fallrekonstruktionen: Biographie- und Interaktionsanalyse. In: Völter, B.; Dausien, B.; Lutz, H.; Rosenthal, G. (Hg.): Biographieforschung im Diskurs. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 65-83.
- Krohwinkel, M. (2008): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexierkrankten. Fördernde Prozesspflege als System. 3., durchgesehene Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kurz, A. (2010): Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen. Ein kompakter Ratgeber. 16. aktualisierte Ausgabe. Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin.
- Lischka, B. (2007): Demenzkranke Menschen begleiten - pflegende Angehörige entlasten: Was freiwillige Helferinnen und Helfer leisten, welche Unterstützung sie brauchen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 20; 4: 265-268.
- Lüder, C. (2009): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. S. 384-401.
- Mason, A.; Weatherly, H.; Spilsbury, K.; Arksey, H.; Golder, S.; Adamson, J.; Drummond, M.; Glendinning, C. (2007): A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. In: Health Technology Assessment 2007. 11; 15: iii-88.
- Meuser, M; Nagel, U (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, A; Littig, B; Menz, W (Hg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 35-60.
- Mitchell, R. (1999): Home from Home: A Model of Daycare for People with Dementia. In: Generations. S. 78-81.
- Main-Kinzig-Kreis (2009): SOWieDAheim. Qualitätsgesicherte häusliche Tagespflege. Kurzbericht zum Projektverlauf 01.01.2008 bis 31.12.2008. Hrsg. von der Leitstelle für ältere Bürger – Der Kreisausschuss Sozialamt – Main-Kinzig-Kreis. Gelnhausen.
- Main-Kinzig-Kreis (2014): SOWieDAheim – Übersicht der Haushalte. Stand 09/2014. Homepage des Main-Kinzig-Kreises – Der Kreisausschuss Sozialamt – Leitstelle für ältere Bürger - SOWieDAheim. URL: [http://www.mkk.de/cms/media/pdf/aemter\\_1/sozialamt\\_1/aeltere\\_buerger\\_1/soda/Karte\\_14-09-02.pdf](http://www.mkk.de/cms/media/pdf/aemter_1/sozialamt_1/aeltere_buerger_1/soda/Karte_14-09-02.pdf) (Zugriff 15.03.2015).
- Main-Kinzig-Kreis (o.J.): Basisschulung für Betreuungspersonen. Schulungen Tagesplanung. Stand 10.04.2007. Hrsg. von der Leitstelle für ältere Bürger – Der Kreisausschuss Sozialamt – Main-Kinzig-Kreis. Nicht publiziertes Dokument.



- Main-Kinzig-Kreis; iso (2010): Entwicklung qualitätsgesicherte häusliche Tages- und Kurzzeitpflege im Main-Kinzig-Kreis. 01.07.2006 bis 30.06.2011. Jahresbericht 2009. Hrsg. von der Leitstelle für ältere Bürger – Der Kreisausschuss Sozialamt – Main-Kinzig-Kreis, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.: Gelnhausen, Saarbrücken.
- Pfadenhauer, M. (2010): Kompetenz als Qualität sozialen Handelns. In: Kurtz, T.; Pfadenhauer, M. (Hg.): Soziologie der Kompetenz. Wissen, Kommunikation und Gesellschaft. 1 Auflage 2010. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 50-172.
- Rieckmann, N; Schwarzbach, C; Nocon, M; Roll, S; Vauth, C; Willich, S N; Greiner, W (2009): Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen. Schriftreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg. von dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Köln.
- Robinson, K M; Clemons, J W (1999): Respite Care – Volunteers as Providers. In: Journal of psychosocial nursing and mental health services 37; 1: 30-35.
- Robinson, K. M.; Kiesler, K. F.; Looney, S. W. (2003): Effect of respite care training on the knowledge, attitude, and self-esteem of volunteer providers. In: American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 18; 6: 375-382.
- Rosenthal, G. (2008): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Hrsg. von Hurrelmann, K. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Sachverständigenkommission (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Hrsg. von dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Sachverständigenkommission (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Hrsg. von dem Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend. Berlin.
- Schäfer, I. L.; Dorschner, S. (2007): „Zu Hospiz gehört doch der ganze Mensch! “ - Ehrenamtliche Hospizbegleiter im Einsatz bei Demenzkranken. In: Pflege 2007; 20: 129-136.
- Schäufele, M.; Köhler, L.; Teufel, S.; Weyerer, S. (2005): Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potentiale und Grenzen. In: Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MugG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: S. 99-144.
- Schneekloth, U. (2005): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten - Ergebnisse des Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde

und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: S. 55-98.

Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Hrsg. von dem Statistischen Bundesamt. Wiesbaden

Steinke, I. (2009): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowolth Taschenbuch Verlag. S. 319-331.

Strauss, A. L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2. Auflage. München: Wilhelm Fink Verlag.

Weyerer, S.; Schäufele, M.; Schrag, A.; Zimmer, A. (2004): Demenzielle Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und Versorgung von Klienten in Einrichtungen der Altentagespflege im Vergleich mit Heimbewohnern: Eine Querschnittstudie in acht badischen Städten. In: Psychiatrische Praxis 2004; 31: 339-345.

Weyerer, S (2005): Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28. Hrsg. von dem Robert Koch-Institut. Berlin.

Wolff, S. (2009): Wege ins Feld und ihre Varianten. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. S. 334-349.

Zank, S, Schacke, C (2001): Evaluation von Effekten gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre Besucher(innen) und deren Angehörige. Schriftreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 210. Hrsg. von dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Verlag W Kohlhammer.

Zank, S.; Schacke, C. (2007): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2: Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie. Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Hrsg. von dem Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität Siegen. Siegen.

Zörkler, M. (2009): Projekt SOWieDAheim. Befragung der Betreuungspersonen Sommer 2009. Präsentation im Rahmen des Projektworkshops am 29. und 30.10.2009. Nicht publiziertes Dokument.



**ISBN 978-3-940713-11-7**

**pg-papers 01/2015**

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda