

DFG-Abschlussbericht

## 1. Allgemeine Angaben

GZ: BR 4816/2-1

Antragsteller: Prof. Dr. Hermann Brandenburg

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)

Pflegewissenschaftliche Fakultät

Lehrstuhl für Gerontologische Pflege

Projekt: Gute Pflege für Menschen mit Demenz – Rekonstruktion von Pflegehabitus in der stationären Langzeitpflege

Förderzeitraum: 1. 11. 2016 – 31. 10. 2019

### *Liste der wichtigsten Publikationen aus dem Projekt (max. 3/Jahr)*

#### a) Artikel; Buchveröffentlichungen

2017

H. Brandenburg, H. Baranzke (2017): Personenzentrierte Langzeitpflege – Herausforderungen und Perspektiven: Themenheft „Personenzentrierte Langzeitpflege“ Zeitschrift für medizinische Ethik (ZfmE) 63 (1), 3–14.

H. Güther (2017). Anerkennung in der partnerschaftlichen Pflege mit (pflegenden) Angehörigen älterer Menschen. ZfmE 63 (1), 25–35.

2018

H. Baranzke, H. Güther, L. Luft, H. Brandenburg (2018): Ethik des Alterns, in: Karsten Hank, Frank Schulz-Nieswandt, Michael Wagner, Susanne Zank: Altersforschung. Handbuch für Wissenschaft und Studium. Nomos-Verlag: Baden-Baden, 635-662. ISBN 978-3-8487-3328-6.

H. Brandenburg (2018). Demenz: Deutungskämpfe, Versorgung, gutes Leben. In: Bockenheimer-Lucius, G. (Hrsg.). Zwischen Akutklinik und Pflegeeinrichtung. Herausforderungen für eine institutionsübergreifende Medizin- und Pflegeethik, 187-198.

2019

H. Baranzke (2019): Von der Suche nach dem Heil in und jenseits der Heilung. Biblisch-theologische Impulse für eine personenzentrierte Gesundheitsfürsorge, in: Ingo Proft, Holger Zaborowsky (Hg.): Gesundheit – das höchste Gut? Herder: Freiburg/Br., 82-103. ISBN 978-3-451-38311-3.

H. Brandenburg (2019): Personenzentrierung. Bausteine für einen heilsamen Umgang bei Menschen mit Demenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit, in: Ingo Proft, Holger Zaborowsky (Hg.): Gesundheit – das höchste Gut? Herder: Freiburg/Br., 65–81. ISBN 978-3-451-38311-3.

H. Brandenburg, H. Baranzke, H. Kautz (2019): Stationäre Altenpflege und hospizlich-palliative Sterbebegleitung in Deutschland. Einander kennenlernen – voneinander lernen – miteinander gestalten. In: Olivia Mitscherlich-Schönherr (Hg.): „Boundary Studies in Philosophical Anthropology / Philosophische Anthropologie der Grenzfragen menschlichen

Lebens“, Bd. 1: Zeitgenössische Theorien über gelingendes Sterben in der Diskussion. Berlin, 275–297.

2020

H. Baranzke, H. Güther, L. Luft, H. Brandenburg (2020): Gute Pflege für Menschen mit Demenz. Zur Rekonstruktion der professionellen Pflegehabitus in der stationären Langzeitpflege. Kohlhammer-Verlag (i.V.).

b) Anderes

2017

H. Brandenburg, H. Baranzke (2017): Standpunkt zur Frage des Einsatzes von Scheinwelten und Lügen in der Pflege von Menschen mit Demenz, in: *Altenheim. Lösungen fürs Management* 3, 56. Jg., S. 30.

Michael DeFrancesco (2017): Demenz: Wie sieht eine optimale Pflege aus? *RheinZeitung* v. 8. Juli 2017 (*Journal Wissenschaft*), S. 6 (Bericht über das DFG-Projekt HALT).

2018

Simone Helck (2018): „Person-zentrierte Pflege – Was steht ihr im Weg?“ *Pro Alter* (1).

2019

H. Brandenburg (2019): Einige Bemerkungen zur Theoriediskussion in der Pflegewissenschaft. *Pflege & Gesellschaft* 24, 2, 43–54.

D. Leopold, H. Brandenburg (2019): „Wir brauchen einen Kulturwandel!“ Wie gelingt gute Pflege trotz Fachkräftemangel? *NOVAcura* 9, 1–4.

c) Beiträge zu Workshops und Kongressen:

H. Baranzke: „Person-zentrierte Pflege – was steht ihr denn im Weg?“, 15. Nov. 2017, St. Galler Demenztage „Personzentriert pflegen – und wie?“ St. Gallen, CH

H. Güther: „Die partnerschaftliche Pflege mit Angehörigen von älteren Menschen (mit Demenz) – eine Frage der Anerkennung?!“ EFI-Projekt „Human Rights in Healthcare“. Konferenz Menschenrechte für Personen mit Demenz am 10.-11.11.2017, Nürnberg

H. Baranzke/H. Güther: Symposium „Das HALT-Projekt als Beispiel für eine Kritische Altenpflegeforschung“ Tagung des Arbeitskreises „Kritische Gerontologie“ Sektion IV der DGGG, 24. Februar 2018 Dortmund

H. Baranzke: Keynote: „Investigator-Triangulation am Beispiel der teilnehmenden Beobachtung in der pflegewissenschaftlichen Habitusforschung des DFG-Projekts HALT“, 19. April 2018, Forschungswelten, St. Gallen, CH

H. Güther/H. Baranzke/L. Luft/H. Brandenburg: Cultural change in dementia care – preliminary results of "HABitus in LongTerm-Care of people with dementia" (HALT) 1st International Conference of German Society of Nursing Science, DGP, 4. Mai 2018, Berlin

H. Brandenburg: Demenz 2030 – Was sollen wir tun? Was können wir tun? Deutungskämpfe für ein gutes Leben für Menschen mit Demenz, 21. November 2018, Jahrestagung Demenz-Service NRW, Wuppertal

## 2. Arbeits- und Ergebnisbericht

### *Ausgangsfragen und Zielsetzung des Projekts:*

Mit der steigenden Lebenserwartung wächst zugleich das Risiko dementieller Erkrankungen. In stationären Pflegeeinrichtungen leiden bereits etwa zwei Drittel der Bewohner/innen<sup>1</sup> an einer Demenz, davon mehr als die Hälfte an einer schweren Demenz (Schäufele et al. 2009). Je nach Prognose wird in Deutschland die Zahl der Erkrankten für das Jahr 2030 auf ca. zwei Millionen geschätzt (Vollmar 2014, 19). Für Europa werden zu diesem Zeitpunkt 16,2 Millionen dementiell erkrankte Personen erwartet, weltweit liegen die Schätzungen zwischen 84 und 107 Millionen Menschen (Doblhammer et al. 2012). Unter Demenz wird ein Syndrom neurodegenerativer Erkrankungen verstanden, die mit fortschreitenden Einbußen kognitiver und Alltagskompetenzen, mit psychischen Belastungen wie Depression sowie mit Persönlichkeits- und Verhaltensveränderungen einhergehen (DGN/DGPPN 2016). Da bislang keine kausale medizinische Therapie möglich ist (Förstl 2011) und auch die psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten begrenzt und mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet sind (DGN/DGPPN 2016), kommt nun v.a. der professionellen Pflege von Menschen mit Demenz eine zentrale Bedeutung zu (zur Veränderung der Demenzdiskurse vgl. Schnabel 2018). Die professionell Pflegenden von Menschen mit Demenz stehen dabei vor der Aufgabe, mit den als „herausforderndes Verhalten“ (Bartholomeyczik et al. 2006; Bartholomeyczik/Halek 2011; Bartholomeyczik/Holle/Halek 2013) bezeichneten Verhaltensveränderungen in einer Weise umzugehen, die den dementiell erkrankten Personen ihre Menschen- resp. Grundrechte auf Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe garantiert. Dazu wurden seit den 1960er Jahren, nicht zuletzt unter dem Einfluss der klienten-zentrierten Therapie von Carl Rogers, eine Reihe von psychosozialen Interventions- und Kommunikationstechniken entwickelt, zu deren bekanntesten u.a. die Validation von Naomi Feil – von Nicole Richard zur Integrativen Validation weiterentwickelt – sowie der Ansatz einer „Person-Centred Care“ (PCC) des britischen Theologen und Sozialpsychologen Tom Kitwood gehören (Morton 2002; Kitwood 2013). Kitwoods Ansatz impliziert, dass eine auf biomedikale Merkmale reduzierte Wahrnehmung von Menschen mit Demenz dazu tendiert, ein depersonalisierendes und exkludierendes Pflegeverhalten zu befördern. Die von Kitwood als „maligne Sozialpsychologie“ bezeichneten Praktiken werden zumindest als Co-Wirkfaktoren für herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz betrachtet, da diese das Gefühl personaler Ich-Identität untergraben statt stützen. Daher forderte Kitwood ein um psychosoziale Dimensionen erweitertes, also ein neurobiopsychosoziales Paradigma der Wahrnehmung von Menschen mit Demenz, das nicht ihre Krankheit, sondern ihr Person-Sein in den Vordergrund rückt (Kitwood 2013). Wiewohl outcome-Studien zur Wirksamkeit der mittlerweile beachtlichen Palette psychosozialer Interventionen kein klares Bild zeichnen, werden die Pflegenden zu deren Anwendung mittlerweile von medizinischer und pflegewissenschaftlicher Seite (Bartholomeyczik et al. 2006; DGN/DGPPN 2016; DNQP 2018) verpflichtet. Der mit einer person-zentrierten Pflege verbundene Anspruch ist immens. Er verfolgt das Ziel des Aufbaus einer „therapeutischen“ Pflegebezie-

---

<sup>1</sup> Um dem Anliegen einer geschlechtersensiblen Sprache und gleichzeitig einer lesbaren und nicht zu langatmigen Schreibweise zu entsprechen werden entweder ein „\*innen“ oder übliche Partizipialformen (z.B. Pflegenden) verwendet, sofern unspezifisch alle Geschlechter betroffen sind oder sein können. Sofern jedoch faktisch nur ein bestimmtes Geschlecht vorliegt, wird auch dies eindeutig kenntlich gemacht.

hung (DNQP 2018), in der „die eigene Person“ der Pflegenden zum „Hauptarbeitsmittel“ in der Pflege erklärt wird (Bartholomeyczik et al. 2006).

Vor diesem Hintergrund fokussiert das Forschungsprojekt „Gute Pflege für Menschen mit Demenz. Rekonstruktion der Pflege**H**Abitus in der stationären **L**angzei**T**pflege“ / „Good care for people with dementia. Reconstruction of nurses' **H**Abitus in **L**ong**T**erm care“ (HALT) auf die intrinsischen, d.h. in der Pflegeperson selbst liegenden Faktoren als auch auf die institutionellen Rahmenbedingungen, die eine die Grundrechte von Menschen mit Demenz nicht nur achtenden, sondern auch fördernden professionellen Langzeitpflege. HALT unterscheidet sich damit von Studien, die auf den outcome von Interventionen für die dementiell erkrankten Menschen gerichtet sind. Das HALT-Projekt nimmt dagegen seinen Ausgangspunkt bei dem überraschenden Ergebnis einer Reihe von Studien, die die Art und Weise der Umsetzung person-zentrierter Pflege untersucht haben und beobachteten, dass sich ein person-zentriertes Pflegeverhalten bei dafür weitergebildeten Pflegepersonen nicht stabilisieren lässt (Kitwood 2013; Doyle & Rubinstein 2013 etc.). Vielmehr fallen Pflegepersonen früher oder später wieder in Praktiken depersonalisierenden Verhaltens gegenüber Menschen mit Demenz zurück. Eine jüngere Studie formuliert sogar die provokante Hypothese, dass Pflegepersonen den person-zentrierten Anspruch in der Pflege von Menschen mit Demenz absichtsvoll unterlaufen (Dammert et al. 2016). Damit steht in Frage, ob es eine person-zentrierte Pflege im Sinne einer empathischen, die Nähe zu Menschen mit Demenz suchenden Pflege, die anstrebt, das Wohlbefinden der Bewohner/innen zu befördern, überhaupt gibt.

Ziel des vorliegenden HALT-Forschungsprojekts war es, mit der Dokumentarischen Methode herauszufinden, welche sinngenetischen Typen von tatsächlichen Handlungsorientierungen sich bei Pflegenden in der individuellen Pflegebeziehung von Menschen mit Demenz tatsächlich zeigen und ob sich darunter auch solche befinden, die als person-zentrierte Pflegehabitus anzusprechen sind. Ferner war in soziogenetischer Hinsicht die Frage von Interesse, ob sich primäre und/oder berufssozialisierende Faktoren bei den Pflegepersonen identifizieren lassen, die eine person-zentrierte Pflege erschweren oder begünstigen. Des Weiteren stellte sich die Frage, inwiefern zu identifizierende institutionelle Rahmenbedingungen eine person-zentrierte Pflege fördern oder entmutigen. Diese Fragestellungen wurden in einem qualitativen rekonstruktiven Forschungsdesign untersucht. Die Datenbasis wurde methodenpluralistisch durch soziodemografische Kurzfragebögen, teilnehmende Beobachtungen, episodische Interviews sowie Gruppendiskussionen gewonnen.

### *Entwicklung der durchgeführten Arbeiten*

*Ethikantrag:* Das Forschungsvorhaben wurde der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) vorgelegt und hat das Clearing erhalten. In vielen Interviews äußerten sich die interviewten Pflegefachkräfte ungefragt anerkennend über das respektvolle und dezente Verhalten der Beobachterinnen und ihre Bereitschaft, sich im Sinne eines ongoing consent aus Beobachtungssituationen zurückzuziehen, sobald der/die betroffene Bewohner\*in diesbezüglich Unwohlsein signalisierte.

*Auswahl der Fälle und Feldzugang:* Die Datenerhebung wurde in zwei stationären Altenpflegeeinrichtungen katholischer Träger durchgeführt, die sich mit einem an der person-zentrierten Pflege ausgerichteten Konzept als Best-Practice Einrichtungen für die Pflege

von Menschen mit Demenz zur Teilnahme an der Studie beworben haben. Sie verfügen beide über integrative und segregative Wohnbereiche.<sup>2</sup> Der initiale Zugang zu den Altenpflegeeinrichtungen wurde über die Heim- sowie Pflegedienstleitungen hergestellt, die im Rahmen einer Auftaktveranstaltung über das Projekt informiert wurden. Ziel der Auftaktveranstaltung war es, ein persönliches Kennenlernen zu ermöglichen und eine Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zu schaffen. Die Projektmitarbeiterinnen sind in beiden Einrichtungen durchweg sowohl von der Leitungsebene als auch von den mitwirkenden Pflegepersonen organisatorisch wie persönlich sehr zuvorkommend unterstützt worden. In beiden Einrichtungen stellte eine Person aus dem Leitungsteam den ersten Zugang zu den Pflegenden her, indem sie die Studieninformationen und Einladungen zu projektbezogenen Informationsveranstaltungen an die Pflegenden ihrer Einrichtung sowie an Bewohner\*innen, deren Angehörige sowie den etwaigen gesetzlichen Betreuungsbevollmächtigten weiterleitete. Da insbesondere die Pflegepersonen sowie die Bewohner\*innen in einem Abhängigkeitsverhältnis zu der Einrichtung stehen, wurden die im Rahmen einer Informationsveranstaltung ausgegebenen Einwilligungserklärungen mit frankierten Rückbriefumschlägen, adressiert an die Projektkoordination, versehen. Die Terminabsprache erfolgte bezüglich der Datenerhebungen diskret ausschließlich über die Projektkoordinatorin. Als weiterer Zugang zum Feld wurde der Datenerhebung eine orientierende, einrichtungsübergreifende drei- bzw. eintägige Beobachtung vorgeschaltet, um einen ersten Überblick über die Wohnbereiche und Arbeitsabläufe zu erhalten, sich den Pflegenden vor Ort vorzustellen, weitere mögliche Fragen zu klären und sich in die Rolle der Beobachterin einzufühlen. Außerhalb dieser vorgeschalteten Beobachtungen wurden Gedächtnisprotokolle angefertigt.

*Stichprobenauswahl:* Vielleicht wegen der anspruchsvollen Ausschreibung, vielleicht auch wegen des unklaren Benefits aus den Mühen der Teilnahme an dem Projekt haben sich lediglich zwei Einrichtungen für die Teilnahme an dem Forschungsprojekt beworben, so dass eine Typenbildung auf der Ebene der Einrichtungen nicht realisierbar war. Die Möglichkeit der Typenbildung beschränkt sich damit in der fallübergreifend fallvergleichenden Studie auf die Ebene der Pflegenden der jeweiligen Einrichtungen, die primär im Fokus des Erkenntnisinteresses standen. Trotzdem ließen sich interessante organisationsbezogene Erkenntnisse ableiten (s.u.).

Im Fokus des Forschungsvorhabens stand die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte mit dreijähriger Alten- oder Krankenpflegeausbildung. Um eine allzu heterogene Probandenbasis zu vermeiden und damit die Vergleichbarkeit bezüglich der Habitustypenbildung sicherzustellen, wurde auf die direkte Einbeziehung von Pflegehelferinnen und Betreuungspersonen des Sozialen Dienstes in die Studie verzichtet. Sie wurden ausschließlich in öffentlichen Räumen sowie in der Zusammenarbeit mit den Pflegenden beobachtet. Einige Pflegehelferinnen wurden jedoch von den teilnehmenden Pflegefachkräften in die Gruppendiskussion involviert (s.u.).

Da aus forschungsethischer Sicht die Freiwilligkeit der Studienteilnahme sichergestellt werden sollte, fiel der Rücklauf an Einwilligungen von Pflegefachkräften zur Projektteilnahme eher gering aus. Demzufolge war es nur bedingt möglich, die Stichprobe im Sinne des Theoretical Samplings der „Grounded Theory“ auf Grundlage von im Forschungsprozess zu entwickelnden Kriterien herauszubilden (Mey & Mruck 2011, 28), sodass der Be-

---

<sup>2</sup> Eine etwas konkretere Charakterisierung der Einrichtungen erfolgt unter dem Abschnitt, in dem Einfluss der organisatorischen Rahmenbedingungen auf die Pflegehabitus thematisiert wird.

griff der „theoretical sufficiency“ („theoretische Hinlänglichkeit“)“ in Anlehnung an Dey (1999) zutreffender erscheint.

Die insgesamt 13 beobachteten Pflegefachpersonen waren bis auf eine Person alle weiblich, so dass aufgrund des Datenmaterials keine Aussagen über genderspezifische Typiken getroffen werden können. Umgekehrt können die Analysen aber auch nicht einfach unbesehen auf männliche Pfleger extrapoliert werden. Das Datenmaterial über den einzig männlichen Pfleger blieb auch aus diesem Grund in der Darstellung unberücksichtigt. Daher werden die Analyseergebnisse konsequent nur für weibliche Pflegekräfte auch sprachlich zum Ausdruck gebracht.

*Datenerhebung:* Wie vorgesehen erfolgte die Datenerhebung in Form von soziodemografischen Kurzfragebögen, teilnehmenden Beobachtungen, episodischen Interviews sowie Gruppendiskussionen. In der ersten Einrichtung wurden hierzu ergänzend zwei wöchentliche Wohnbereichsleitungsbesprechungen und eine monatliche, alle Professionen umfassende Hausbesprechung von je zwei Projektmitarbeiterinnen beobachtet und per doppeltem Gedächtnisprotokoll festgehalten, um sowohl Aufschluss über Betriebswissen als auch über Beziehungsdynamiken zu erhalten. Ferner wurden noch eine Fortbildungsveranstaltung zum Umgang mit Menschen mit Demenz sowie vier ganztägige Demenzpflegekonzept-Implementierungsveranstaltungen im Umfeld der zweiten Einrichtung beobachtet. Für eine systematische Analyse der Pflegedokumentation fehlten die personellen Ressourcen. Aufgrund dessen wurden Dokumentationen von teilnehmenden Pflegefachkräften zu Bewohner\*innen, zu denen besonders dichte Beobachtungen vorlagen, nur exemplarisch eingeholt.

Als primäre Methode der Datengewinnung wurden *teilnehmende Beobachtungen* durchgeführt, die durch soziodemografische Kurzfragebögen, episodische Interviews und Gruppendiskussionen ergänzt wurden (Flick 2008, Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Für die teilnehmenden Beobachtungen wurden die Pflegepersonen bereits in der allgemeinen Informationsveranstaltung ermutigt, im Sinne eines partizipativen Forschungsstils den Forscherinnen in der Pflege zu zeigen, was ihnen in der Pflege wichtig ist – sei es im positiven Sinne, was sie unter guter Pflege verstehen oder aber Pflegesituationen mit für sie besonders herausfordernden Bewohner\*innen auszuwählen. Die Gefahr der Verfälschung der Ergebnisse durch unvermeidliche Inszenierungen ist zu relativieren, weil die dokumentarische Auswertungsmethode wissenschaftlich aufgeklärt sich nicht auf das kommunikative, explizierte Wissen stützt, sondern als praxeologischer Ansatz, die oft unbewusst bleibende, faktische habituelle Handlungsorientierung aus dem konjunktiven Wissen rekonstruiert (Bohnsack 2010).

In der ersten Einrichtung wurde auf Basis der Beobachtungsprotokolle und unter Einbeziehung der Informationen aus den soziodemografischen Kurzfragebögen eine Zwischentypisierung vorgenommen, die wiederum den Hintergrund bildete, auf dem die Leitfragen für das *episodische Interview* (Flick 1995) entwickelt wurden. Infolgedessen bildeten die teilnehmenden Beobachtungen in Verbindung mit den soziodemografischen Hintergrundinformationen die erste Phase der Datenerhebung und die daraus entwickelten Interviews die zweite Phase. In der zweiten Einrichtung wurden, um der Vergleichbarkeit der Daten willen, die leicht modifizierten Interviewleitfäden wiederverwendet. Die Modifizierungen trugen der Besonderheit eines in dieser Pflegeeinrichtung vorhandenen einrichtungsübergreifenden Demenzpflegekonzeptes Rechnung. Die Interviews wurden im Unterschied zur ersten Altenpflegeeinrichtung jeweils direkt nach der teilnehmenden Beobachtung mit den

Pflegefachkräften durchgeführt, um auf relevante, beobachtete Situationen Bezug nehmen zu können.

Als weitere, ergänzende Methode der Datenerhebung wurden Gruppendiskussionen (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014) durchgeführt. Die Gruppendiskussion eignet sich zur Erfassung kollektiv geteilter Handlungsorientierungen. Hierbei war es insbesondere von Interesse, ob bzw. wie sich die Wohnbereiche bzw. Pflegeteams hinsichtlich ihrer Pflegeorientierungen und der vorherrschenden Wohnbereichskultur unterscheiden. Die Pflegefachkräfte gehörten mit Ausnahmen unterschiedlichen Wohnbereichen an. Für die Rekrutierung der Teilnehmenden der Gruppendiskussionen wurden die beobachteten Pflegefachkräfte beauftragt, zwei bis drei weitere Kolleg\*innen aus ihrem Wohnbereich zu akquirieren, mit denen sie über den Charakter ihres Wohnbereichs gerne diskutieren würden. Im Rahmen der Gruppendiskussion wurde ebenfalls eine literaturbasierte Fallvignette als Zwischenstimulus eingesetzt. Dass nicht alle Pflegefachkräfte eine Diskussionsgruppe zu rekrutieren vermochten, ist ebenfalls ein aussagekräftiges Teilergebnis.

Zum Abschluss der Datenerhebung wurden in der jeweiligen Einrichtung episodische Interviews mit den Leitungspersonen geführt, sowohl um deren handlungsleitende Orientierungen als auch um Betriebs- und Kontextwissen zu erheben. Die habituellen Handlungsorientierungen der Leitungen sind im Rahmen der Studie von zentralem Interesse, da sie den organisationalen Orientierungsrahmen bilden, innerhalb dessen die Pflegenden agieren bzw. positioniert werden und innerhalb dessen sich deren Pflegehabitus zeigen.

Die verallgemeinerte sinngenetische Zwischentypisierung wurde im Rahmen einer Abschlussveranstaltung in Form eines Schemas vorgestellt und mithilfe eines Arbeitsauftrages mit den Pflegenden evaluiert und diskutiert.

Die methodischen Vorgaben – insbesondere die Auswertung im Lichte der dokumentarischen Methode – mussten wir auf das Feld und unsere Frage- und Problemstellung adaptieren. Die Erarbeitung von forschungspraktischen Hilfestellungen zur Auswertung von Daten sowie zur Bildung von sinngenetischen Basistypen war notwendig, die wir im Rahmen einer extra dafür angefertigten Masterarbeit sicherstellen konnten (Houdelet-Oertel 2019).

### *Ergebnisse und Diskussion im Hinblick auf den relevanten Forschungsstand, mögliche Anwendungsperspektiven und denkbare Folgeuntersuchungen*

Die Beantwortung der Forschungsfrage des HALT-Projekts zielt auf die Rekonstruktion von Pflegehabustypen.<sup>3</sup> Hierbei ist es von forschungsleitendem Interesse, wie Pflegenden überhaupt mit dementiell erkrankten Bewohner\*innen interagieren, welche Pflegehabustypen identifiziert werden können und ob sich darunter auch beziehungsorientierte Pflege-

---

<sup>3</sup> Als Habitus gelten nach Bourdieu „Systeme dauerhafter und übertragbarer Dispositionen, strukturierte Strukturen, die wie geschaffen sind, als strukturierende Strukturen zu fungieren, d.h. als Erzeugungs- und Ordnungsgrundlagen für Praktiken und Vorstellungen“ (Bourdieu 1987, 98). Als Träger eines Habitus vermag ein vergesellschafteter Akteur in unterschiedlichen Handlungssituationen mit kreativ variierenden Einzelhandlungen unbewusst ein stabiles Praxismuster zu erzeugen, d.h. strukturierend zu wirken. Praxisstabilisierend wirkt also nicht eine quasi-mechanische Verhaltensgewohnheit, sondern die vielmehr im individuellen Akteur inkorporierte herkunftsbedingte Sozialisierung, die sich in wechselnden Handlungssituationen als ein erfinderischer „habitus operativus“ (Krais/Gebauer 2013, 26).

gehabitus finden, die als person-zentrierte Pflegeorientierung ansprechbar sind. Aus der Literatur (Welling 2004; Döttlinger 2018) ergeben sich dafür Bestimmungen, die die persönliche Bereitschaft von Pflegenden charakterisiert, das Wohlbefinden von dementiell erkrankten Bewohner\*innen in einem stationären Pflegesetting aktiv fördern zu wollen. Dazu gehört die erkennbare Bereitschaft, die Nähe von Bewohner\*innen mit Demenz zu suchen, um deren Bedürfnisse wahrzunehmen bzw. herausfinden zu wollen. Es ist somit die habituelle Einstellung einer Pflegeperson, die eine person-zentrierte Pflege von einer nicht person-zentrierten Pflege unterscheidet, und nicht etwa die Anwendung psychosozialer Interventionstechniken. Noch unabhängig von der Frage, inwieweit die verschiedenen psychosozialen Interventionsansätze auf der mittlerweile breit angewachsenen Angebotspalette für die Professionalisierung der Kommunikation mit Menschen mit Demenz prinzipiell geeignet oder in sich widersprüchlich sind, stellt sich somit die grundsätzlichere Frage nach den Sozialisationsfaktoren sowie den organisatorischen Bedingungen, die die Bereitschaft zum Zulassen der von dementiell erkrankten Menschen sehr gesuchten Nähe ihrerseits erlauben oder fördern. Bevor aber plausible soziogenetische und organisatorische Bedingungsfaktoren erörtert werden können, werden zunächst die sinngenetischen Typen pflegerischer Handlungsorientierungen dargestellt, die sich unter den am Forschungsprojekt teilnehmenden Pflegefachkräften in den beiden stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zeigen.

*Bestimmung der Basistypik:* Die bei allen erforschten Pflegefachkräften selbstläufig thematisierte grundsätzliche Spannung besteht in der Altenpflege darin, die Forderungen nach der Herstellung einer fachgerecht durchgeführten Körperpflege mit den individuellen Wünschen, Bedürfnissen und Stimmungslagen meist schwerst pflegebedürftiger alter Menschen zu vereinbaren, und zwar unter den Bedingungen von Fachkräftemangel und einem nicht adäquaten Personalschlüssel. Diese Grundspannung zwischen der Orientierung an definierten Ergebnisstandards professioneller Körperpflege einerseits und an der jeweiligen momentanen Bedürfnislage der Pflegebedürftigen andererseits verschärft sich gegenüber der Altenpflege in der Pflege von Menschen mit Demenz noch durch die gravierende Einschränkung kognitiver und kommunikativer Kompetenzen bei dementiell erkrankten Personen (Newerla 2012; Kotsch/Hitzler 2013). Aufgrund der massiven Einschränkung kognitiver Kommunikationskompetenzen bei Personen mit Demenz sind Pflegende in der Pflegebeziehungsdynamik radikal auf sich selbst zurückgeworfen bei der sich täglich neu stellenden Aufgabe zur Suche nach Lösungsmöglichkeiten dieses Dilemmas. Diese sich allen in der stationären Altenpflege von Menschen mit Demenz tätigen Pflegekräfte stellende Problematik kann somit als Basistypik (vgl. Khan-Zvornicanin 2016, 115f.) fungieren, als jenes grundsätzliche *tertium comparationis* oder gemeinsame Grundproblem, das von jeder in der Pflege von Menschen mit Demenz tätigen Pflegekraft unausweichlich bearbeitet werden muss.

*Pflegehabitus:* Dabei ist zu erwarten, dass jede Pflegekraft bei der Lösung dieses Grundproblems einen für sie charakteristischen Modus entwickelt, der ihrer faktischen Handlungsorientierung im Umgang mit Pflegebedürftigen überhaupt entspricht und sich auch in anderen Pflegesituationen zeigt. Homologe Praxismuster im Umgang einer Pflegeperson mit dementiell erkrankten Pflegebedürftigen in unterschiedlichen Handlungssituationen beschreiben ihren Pflegehabitus, d.h. den faktischen Handlungsorientierungsrahmen oder *modus operandi*, den diese Pflegeperson iteriert.



### *Sinngenetische Pflege Typenbildung:*

Im Fallvergleich der Pflegehabitus mehrerer Pflegepersonen zeigen sich Gemeinsamkeiten und Kontraste zwischen Handlungsorientierungen, die sich auf einer jeweils abstrakteren Ebene zu sinngenetischen Pflege Typen zusammenfassen lassen. Es wurden folgende drei sinngenetische Pflegehabitus-Typen rekonstruiert: der Wohlbefindens-, der Routine und der Richtigkeits-Typus.

Der *Wohlbefindens-Typus* ist primär am psychischen Wohlbefinden der Person mit Demenz orientiert und stellt Pflegestandards auf kreative Weise in den Dienst dieser Grundorientierung.

Die Vertreterinnen dieses Typus sind durch eine empathische Grundhaltung sowie durch eine hohe Bereitschaft zur Beziehungsherstellung zu den Bewohner\*innen durch Gefühlsarbeit geprägt. Damit haben sie gute Voraussetzungen, die adäquate Kommunikationsebene von Menschen mit Demenz zu treffen. Diversifizierungen hin zu Subtypen hängen von der Ich-Stärke der Pflegenden und den davon beeinflussten Fähigkeiten zur Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz ab. Sie weisen eine geradezu detektivische Freude an der Entdeckung des hermeneutischen Schlüssels zum Fremdverstehen auf, das den Bewohnern ein Lächeln auf's Gesicht zaubert oder diese „innerlich glänzen“ lässt. Darin bestehen die intrinsische Motivation und die Quelle der Arbeitszufriedenheit für die Vertreterinnen dieser Pflegeorientierung. Sie zeigen ferner eine hohe Lern- und Fortbildungsbereitschaft und Freude über die Fortentwicklung ihrer an Bewohner\*innen orientierten Interaktions-Kompetenzen.

Von den Teamkolleg\*innen wird eine ebensolche an den Bewohner\*innenbedürfnissen orientierte Einstellung erwartet und eingefordert, mindestens jedoch die Anerkennung der besonderen psychischen Anstrengung bei der Pflege von Menschen mit Demenz. Die Kolleginnen des Routine-Typus bilden den maximalen Kontrast, insofern bei ihnen keine Bewohner\*innen-, sondern eine Sachorientierung vorliegt. Mit dem Richtigkeits-Typus teilt der Wohlbefindens-Typus die Orientierung am Wohl der Pflegebedürftigen, unterscheidet sich aber hinsichtlich der Überzeugung, worin dieses Wohl begründet ist, ob auch in den subjektiven momentanen Bedürfnissen der Bewohner\*innen oder allein in objektiven vernünftigen Standards.

Der *Richtigkeits-Typus* ist primär an der Realisierung von objektiven Pflegestandards bzw. eigenen Richtigkeitsüberzeugungen orientiert, denen die subjektiven Bedürfnisse der Person mit Demenz untergeordnet werden, allerdings um im Interesse der Pflegebedürftigen deren objektives Wohl zu realisieren.

Die Vertreterinnen dieses Typus zeichnen sich durch das Streben nach Korrektheit und Authentizität aus. Konfliktpotential besteht, wenn die spontanen Bedürfnisäußerungen der Menschen mit Demenz nicht mit den Richtigkeitsüberzeugungen der Pflegepersonen übereinstimmen. Die Pflegenden fühlen sich dann persönlich in Frage gestellt, so dass die Gefahr eines Machtkampfes in der Pflegedyade gegeben ist, in dem die Pflegenden um die Anerkennung ihres guten Willens durch die Pflegebedürftigen (und der Angehörigen) kämpfen. Sie weisen entweder ein mehr oder weniger ausgeprägtes Sendungsbewusstsein und einen erzieherischen Habitus auf oder aber einen resignativen, der sie zur pharmazeutischen Intervention greifen lässt. Aufgrund ihrer persönlichen Richtigkeitsüberzeugung sehen die Pflegenden dieses Typus keine Notwendigkeit zu spezifischen Fort- und

Weiterbildungen, um ihre Überzeugungen bzw. die Art ihrer Umsetzung zu reflektieren. Sie gehen im Beziehungsaufbau weniger experimentell, sondern eher prinzipienorientiert vor.

Von den Teamkolleg\*innen erwarten die Vertreterinnen des Richtigkeits-Typus im Falle eines Konflikts mit einer pflegebedürftigen Person Loyalität und Zustimmung zu ihren Richtigkeitsvorstellungen. Dadurch kommt es leicht zu einem exkludierenden Verhältnis zu Bewohner\*innen, die als „die“ Anderen einem Team-Wir gegenübergestellt werden („othering“ / exkludierendes, stigmatisierendes Pflegeverhalten). – Im Gegensatz dazu gehen Vertreterinnen des Wohlbefindens-Typus eher in die problemzentrierte professionelle Beratung mit Teamkolleg\*innen, wenn ihnen eigene Ideen ausgehen. Von den Vertreterinnen des Routine-Typus unterscheiden sie sich durch ihr tatsächliches Interesse am Wohlergehen der Bewohner\*innen mit und ohne Demenz. Durch ihr Authentizitätsversprechen und ihre Anerkennungs- und Loyalitätserwartungen konfigurieren Pflegende des Richtigkeits-Typs ihre Beziehungen zum Pflegeteam wie zu den Bewohner\*innen im Modus von Familienbeziehungen, die ein professionelles Nähe-Distanz-Management gefährden und die Pflegenden leicht zu den tatsächlichen familiären An- und Zugehörigen der Bewohner in Konkurrenz geraten lässt.

Der *Routine-Typus* ist primär an professionellen Pflegeroutinen und reibungslosen Organisationsprozessen orientiert, denen die subjektiven Bedürfnisse der Bewohner\*innen radikal untergeordnet werden.

Vertreterinnen dieses Typs sehen in der Altenpflege nicht einen sozialen Hilfeberuf, in dem man Beziehungen zu alten Menschen gestalten kann, sondern wählen den Beruf aus anderen Gründen. Sie haben gerne pünktlich Feierabend und verlässliche Strukturen, die erlauben, die Alltagsaufgaben vorhersehbar managen zu können. Die Beziehung zu den Bewohner\*innen ist entsprechend funktional verrichtungsorientiert, asymmetrisch konfiguriert und wenig empathisch. Spontane subjektive Bewohner\*innenbedürfnisse werden entweder mit professionellen Interventionstechniken gemanagt oder machtvoll unterdrückt. Situationen, für die keine Bewältigungs- oder Dominanzinstrumente zur Verfügung stehen, werden als beschämend erlebt. Fort- und Weiterbildungen werden insofern als Möglichkeiten weiterer Kompetenzerwerbung für die Gestaltung eines routinierten und störungsarmen Tagesablaufs genutzt.

Von den Teamkolleg\*innen erwarten Vertreterinnen des Routine-Typus die Aufrechterhaltung von Alltagsroutinen und die organisierte Abfederung etwaiger Störquellen einer berechenbaren Organisation. Dazu gehören ganz besonders Menschen mit Demenz, die sich keiner Organisation unterzuordnen vermögen. Sie sind ‚die Anderen‘ („othering“), die durch geschickte Teamabsprachen zu managen sind. Der Bezug zum Team dient jenen Routine-Typus-Vertreterinnen zur Selbststabilisierung bzw. zur Erfüllung ihrer Routine-Erwartungen. Der alle Routinen in Frage stellende Umgang mit dementiell erkrankten Personen ist für Pflegende des Routine-Typus eine besonders belastende Herausforderung und Quelle beständiger Provokation.

### *Soziogenetische Typenbildung:*

„Während im Zuge der sinngenetischen Typenbildung das ‚generative Prinzip‘ der Praxisformen – also der Orientierungsrahmen oder Habitus als ‚strukturierende Struktur‘ – rekonstruiert wird, fokussiert die soziogenetische Typenbildung auf die Genese dieses Habitus, also auf jene Struktur, ‚durch die der Habitus seinerseits strukturiert ist‘ (vgl. Bohnsack 2010a, S. 151; vgl. auch Bourdieu 1982, S. 279)“ (Khan-Zvornicanin 2016, 228). Gesucht werden nun nicht mehr die jeweiligen *modi operandi*, die als generative Prinzipien jeweils ähnliche Pflegepraxen professionell Pflegenden hervorbringen, sondern gleichartige prägende Lebenserfahrungen, die die Entstehung solcher habituellen Praxisorientierungen durch konjunktive Wissensbestände plausibilisieren. Dazu werden biografische Informationen über die Probandinnen sowie weiteres Kontextwissen hinzugezogen.

*(Des-)Interesse an sozialen Beziehungen:* Der Impuls zur Erzählung der Berufsbiografie zu Beginn des Interviews förderte zu Tage, dass eine vehemente Abneigung gegen das meist väterlicherseits vorgebrachte Ansinnen, eine den Töchtern den Lebensunterhalt sichernde Bürotätigkeit zu ergreifen, in allen drei professionellen sinngenetischen Altenpflegeotypen anzutreffen ist. Dieser Befund mag in der Tatsache gründen, dass der Altenpflegeberuf sich bislang vielfach aus eher bildungsfernen Schichten mit Schulmüdigkeitserfahrungen rekrutiert – ein Faktum, dass sich erst langsam mit der Akademisierung der Pflege verändert. Der Grad der Schulbildung, der sich mit der Verjüngung der Pflegenden sukzessive erhöht, ist allerdings kein relevanter Faktor für die soziale Aufgeschlossenheit, entscheidet also nicht darüber, ob man „ein Herz“ für (alte) Menschen hat. Ihre Freude an der Altenpflege entdeckten einige der älteren Seiteneinsteigerinnen vielfach während ihrer Zeit als Aushilfe auf der Suche nach einer neuen Berufstätigkeit z.B. nach der Familienphase, während die jüngeren Pflegekräfte diese Erfahrung oft im Rahmen einer Praktikumstätigkeit während ihres Freiwilligen Sozialen Jahres machten.

Während im Routine-Typus auch Personen vorkommen, die eine Vorliebe für Büro- und Verwaltungstätigkeiten zeigen, ist das bei den beiden bewohnerorientierten Typen nicht der Fall. Letztere verbindet eher die Gemeinsamkeit eines mehr oder weniger deutlich ausgeprägten Interesses an sozialen Dienstleistungsberufen. Für Vertreterinnen des Routine-Typus ist der (Alten-)Pflegeberuf hingegen nicht wegen der Möglichkeit sozialer Interaktion, sondern eher als Anker für eine soziale Distinktion durch eine sichere und trotzdem familienfreundliche Berufstätigkeit von Frauen attraktiv.

*Soziale Dienstleistungseinstellung:* Die außerpflegerischen Serviceberufserfahrungen der Altenpflegerischen Seiteneinsteigerinnen stellen eine sich auffallend positiv auswirkende Ressource für die professionelle Pflegebeziehungsgestaltung dar. Diese Pflegepersonen suchten während der teilnehmenden Beobachtungen aus eigenem Antrieb die Nähe zu den pflegebedürftigen Personen und zeigten sich als kommunikative Managerinnen im Kontaktaufbau wie der Kontaktvermittlung zwischen den Bewohner\*innen und darüber hinaus auch zu deren Angehörigen etc. (vgl. dazu auch Eylmann 2015).

*Familiäre Beziehungserfahrungen:* Im Wohlbefindens-Typ finden sich Vertreterinnen, die ausgesprochen positive familiäre Bindungserfahrungen insbesondere zu ihren Großmüttern aufweisen. Im Richtigeits- und im Routine-Typus erscheinen die familiären Primärbeziehungserfahrungen hingegen oftmals ambivalent, überfordernd und wenig wertschätzend – ein Sachverhalt, der insbesondere in der Pflege von Menschen, die der eigenen

Eltern- oder Großelterngeneration angehören, also vor allem in der Altenpflege, Beachtung verdient und die Notwendigkeit von institutionell verankerten professionellen Supervisionsangeboten deutlich macht.

*Professionelle pflegerische Sozialisierung:* Verglichen mit der Krankenpflege, die am gesellschaftlichen Ansehen der Medizin partizipiert, beklagen die erforschten Pflegerinnen, dass das soziale Ansehen der Altenpflege sowohl innerhalb der Pflege- und Gesundheitsberufe als auch in der Gesellschaft gering sei. Dabei gilt der Altenpflegeberuf ganz zu Unrecht als Reservoir für Ungebildete, in der keine Professionalisierung erforderlich ist. Obwohl der Wechsel von der Krankenpflegeoption zur Altenpflegetätigkeit von außen als sozialer Abstieg gewertet wird, haben einige Pflegerinnen die Option zur Krankenpflege auf die ein oder andere Weise ausgeschlagen. Als ein allen drei Pflegehabitustypen gemeinsamer zentraler Grund wurde die gegenüber dem Krankenhaus viel längere Verweildauer der Pflegebedürftigen im Altenpflegeheim angegeben, wobei der Vorteil der längeren Verweildauer gegenüber dem schnellen Patientenwechsel im Krankenhaus von den beiden bewohnerorientierten Typen als Chance zum Beziehungsaufbau, gedeutet wurde, während eine an Routinen orientierte Vertreterin die Chance zur Entwicklung von Pflegeroutine in der Altenpflege betonte. Eine Krankenpflegesozialisierung im Krankenhaus stellt eindeutig keine Ressource im Hinblick auf eine bedürfnisorientierte und personenzentrierte Pflege dar, sondern verunsichert den Wunsch einer empathischen Hinwendung eher, wie sich bei den Pflegerinnen des Richtigkeitstyps zeigt.

Im Rückblick auf zentrale Erfahrungsdimensionen der Altenpflegerinnen in den beiden stationären Pflegeeinrichtungen zeigt sich, dass der entscheidende Faktor für den Wohlbefindens-Typus die intrinsische Beziehungsbereitschaft der Pflegenden ist. Dieser scheint durch wertschätzende familiäre Bindungserfahrungen, nicht zuletzt mit den Großeltern, befördert zu werden. Die hier oder anderweitig erworbene Ich-Stärke unterstützt die Frustrationstoleranz der Altenpflegerinnen des Wohlbefindens-Typus, die gegenüber dem oft barsch zurückweisenden Verhalten von Menschen mit Demenz einen langen Atem beweisen und sich von diesem eher kreativ herausfordern als persönlich entmutigen lassen. Sie sind mit einem Maß an Selbstwertschätzungsvermögen ausgestattet, das es ihnen ermöglicht, sich nicht persönlich angegriffen zu fühlen, sondern den Misserfolg sportlich zu nehmen. Trotz des geringen Ansehens der Altenpflege im Feld der Gesundheitsberufe sowie in der Gesellschaft weisen die Altenpflegerinnen des Wohlbefindens-Typus eine hohe intrinsische Motivation und Berufszufriedenheit auf in dem nicht nur fachlich und physisch, sondern vor allem psychisch sehr anspruchsvollen Feld der Pflege von Menschen mit Demenz. Sie leisten eine kaum zu überschätzende Gefühlsarbeit, die weder in der Pflege noch in der Gesellschaft wertgeschätzt wird. Dieser Mangel an gesellschaftlicher und kollegialer Wertschätzung erzeugt bei den Wohlbefindens-Vertreterinnen eine enorme Frustration, die aber durch ihre Freude an der Beziehung mit den Bewohner\*innen mehr als kompensiert wird. Herauszufinden, wie man anderen Menschen ein Lächeln auf's Gesicht zaubern kann, ist für den Wohlbefindens-Typus eine emotionale Kraftquelle, die nicht versiegt und einen hohen Schutz vor Burnout-Erscheinungen darstellt. Aus der intrinsischen Freude an der Förderung fremden Wohlbefindens heraus haben einige Pflegerinnen bereits vor ihrer Altenpflegetätigkeit in Dienstleistungsberufen gearbeitet. Diese positive, am Wohlbefinden orientierte Service-Mentalität inspiriert vielfach auch ihre Altenpflegetätigkeit.

Burnout-Gefährdungen bestehen eher bei Vertreterinnen des Richtigkeits-Typus infolge aussichtsloser Anerkennungskämpfe. Zwar sind auch sie daran interessiert, den Bewohner\*innen Gutes zu tun. Sie bringen aber Belastungsfaktoren mit, die einer erfüllenden Beziehung insbesondere zu jenen Bewohner\*innen entgegenstehen, die ihr Bemühen nicht dankbar oder durch einen ersichtlichen Erfolg honorieren. Als ein großer Risikofaktor muss wohl das Fehlen einer wertschätzenden, Ich-stärkenden Kindheitsbeziehung betrachtet werden, eine Mangelerfahrung, die durch erneute Zurückweisungserfahrungen insbesondere durch Angehörige der Eltern- und Großelterngeneration schmerzlich reaktiviert wird.

Die Altenpflegerinnen des Richtigkeits-Typus weisen eine hohe Leistungsbereitschaft auf, die sie durch Anerkennung bei den Pflegebedürftigen oder im Team belohnt sehen wollen. Das Feld der Altenpflege wird u.U. mit Erwartungen einer Ersatzfamilie befrachtet und entsprechend disziplinierend bearbeitet. Bleibt die verdiente Anerkennung aus, drohen Beziehungsverstrickungen, Machtkämpfe und Gewaltspiralen, die nicht durch interventio-nistische Pflege-techniken, sondern nur durch professionelle Supervisions- und Professionalisierungsangebote auflösbar sind. – Des Weiteren ist die Krankenpflegeausbildung im Krankenhaussetting nicht nur nicht unterstützend für eine Professionalisierung einer person-zentrierten Pflegebeziehung, sie verunsichert Beziehungsorientierungen sogar durch ihre medikale, funktionale und defizitorientierte Interventionsperspektive.

### *Auswirkung von Organisationsbedingungen auf die Pflegehabitus-typen*

Die enorm herausfordernde Beziehungs- und Kommunikationsarbeit, die Pflegepersonen in der Pflege von Menschen mit Demenz leisten, vollzieht sich unter den Bedingungen der Pflegekultur einer Pflegeeinrichtung. Diese Pflegekultur wird ganz wesentlich davon bestimmt, welches Bild die Einrichtungsleitung von der Pflege von Menschen mit Demenz hat und wie sie daher die Pflegeeinrichtung strukturiert und die Pflege von Menschen mit Demenz konzipiert (Rokstad et al. 2015). Diesbezüglich weisen die zwei untersuchten Einrichtungen, die sich beide als Best-Practice-Einrichtungen für die Pflege von Menschen mit Demenz zur Teilnahme an dem Forschungsprojekt beworben haben, aufschlussreiche Unterschiede auf (s. Fallbeschreibungen), die sich auf die unterschiedlichen Pflegehabitus der Pflegenden unterschiedlich auswirken.

#### *Fallbeschreibung der Einrichtung 1 (F1):*

Die Einrichtung F1 ist von der Spannung gekennzeichnet, die das Selbstverständnis einer traditionellen Altenpflegeeinrichtung, die ihr Klientel in mehr oder weniger rüstige Senior\*innen konstruiert hatte und sich nun zunehmend durch die seit den 1990er Jahren in der stationären Altenpflege unübersehbaren Entwicklungen hin zu einer von Multimorbidität und dementiellen Erkrankungen gezeichneten hochaltrigen Bewohnerschaft herausgefordert sieht. Dieses Selbstverständnis traditionaler Altenpflegephilosophie wurde von mehreren, seit den 1990er Jahren in F1 tätigen Pflegepersonen in Erzählungen präsentiert, in denen sie ihrer Trauer über den Verlust dieser „guten alten Zeit“ Ausdruck gaben. Diese Erzählungen werden auch in den Teams miteinander kultiviert (s. Gruppendiskussionen). In F2 fehlen Erzählungen dieser Art vollständig.

Die beiden von dem Träger eingesetzten aufeinanderfolgenden Leitungen haben auf diese gesellschaftlichen Entwicklungen mit der Einrichtung je eines segregativen kleinen Wohnbereichs mit einer Kapazität von zehn bis zwölf Bewohnern reagiert, die wie Inseln

in die traditionelle Altenpflegekonzeption eingegliedert wurden. Für die beiden segregativen Wohnbereiche gilt ein höherer Personalschlüssel, zu dem außerdem ein bis zwei gerontopsychiatrisch weitergebildete Altenpflegefachkräfte zählen. Die neue Leitung schärfte kurz nach ihrem Antritt die Aufnahmekriterien für die begrenzte Anzahl der überdurchschnittlich gut betreuten Plätze. Bedingung war das Vorliegen einer „Hinlauffendenz“, also das Phänomen des „Wandering“, das als ein hervorstechendes Phänomen aus der Palette des sog. „herausfordernden Verhaltens“ gilt (DGN/DGPPN 2016). Die Altenpflegeheime fordert dieses Verhalten in Bezug auf die Wahrnehmung ihrer vermeintlichen „Aufsichtspflicht“ besonders heraus (vgl. dazu kritisch Klie 2015, 71f.). Diesem Umstand wurde von der F1-Leitung organisatorisch effektiv durch das Einholen eines richterlichen Unterbringungsbeschlusses für die Legitimierung der Unterbringung in einem geschlossenen Wohnbereich Rechnung getragen. Dieses Kriterium fungiert zugleich aber auch als strategisches Argument gegenüber Angehörigen, diejenigen dementiell erkrankten Bewohner\*innen aus dem gerontopsychiatrischen Versorgungsbereich auf die offenen großen Wohnbereiche zu verlegen, sobald sie diese herausfordernde Verhaltensweise nicht mehr zeigen. In den offenen Wohnbereichen stehen jedoch bislang keine gerontopsychiatrisch weitergebildeten Pflegefachkräfte zur Verfügung, die darin geschult wären, mit andersartigen herausfordernden Verhaltensweisen wie Aggression, Depression oder Ablehnung der Basispflege umzugehen. Auch wurde der Mangel an gerontopsychiatrischer Professionalität auf den offenen Wohnbereichen auf Leitungsebene nicht thematisiert. Vorprogrammierte und daraus entstehende Pflegekonflikte wurden sowohl beobachtet als auch in den Interviews von den Pflegenden als Belastung thematisiert.

#### *Fallbeschreibung der Einrichtung 2 (F2):*

Als der Träger vor ca. zwei Jahrzehnten an F2 herantrat, sich stärker den Herausforderungen steigender Pflegebedarfe von Menschen mit dementiellen Erkrankungen zu widmen, kamen Sozialdienstleitung (SDL) und Pflegedienstleitung (PDL) zu dem Schluss, dass eine solche Schwerpunktverlagerung nicht ohne ein institutionsübergreifendes Demenzpflegekonzept möglich sei. Sie begaben sich auf die Suche nach einem geeigneten Ansatz und entschieden sich für die Adaptierung eines Konzepts, das ursprünglich für die Kommunikation von Bezugspersonen von Menschen mit Demenz im Krankenhaussetting entwickelt worden war. Zusammen mit der Urheberin des Konzepts erarbeiteten sie eine Adaptation an das Setting der stationären Altenpflege, mit der seit 2006 gearbeitet wird. Das Konzept enthält Empfehlungen für die Alltagsgestaltung für und Kommunikation mit Menschen mit Demenz, um deren Ressourcen und Selbstgefühl zu stärken und Defiziterfahrungen möglichst zu vermeiden. Zum Konzept gehört auch, dass nicht nur die Pflegekräfte, sondern alle Mitarbeitenden – vom Empfang über Hauswirtschaft, Betreuungskräfte, bis hin zu allen Leitungsebenen – in F2 mindestens eine Basisschulung in Demenzkommunikation erhalten. Aus den Fallbeschreibungen sticht ins Auge, dass die hausübergreifende Demenzpflegephilosophie sich bereits in der Konzipierung der Wohnbereiche niederschlägt. Die Einrichtung arbeitet ohne Unterbringungsbeschluss und spricht statt von „herausforderndem Verhalten“ von „belastend agitierendem Verhalten“. Bei „belastend agitierendem Verhalten“ wird in einer eigens entwickelten Dokumentation systematisch differenziert, wen das Verhalten belastet, ob den/die Bewohner\*in selbst und/oder andere Mitbewohner\*innen und/oder das Pflege- und Betreuungspersonal. Die Wohnbereiche sind nach dem Prinzip strukturiert, die Belegung so zu organisieren, dass die Bewohner\*innen voneinander stärker profitieren als einander beeinträchtigen. Ein 2017 neu eröffneter vierter kleiner Wohnbereich ist darauf angelegt, jener Personengruppe mit

schwerer Demenz, aber ohne belastend agitierendem Verhalten, die in der Regel wenig pflegerische Aufmerksamkeit genießt, eine besondere, eher rehabilitativ ausgerichtete Pflege und Betreuung zukommen zu lassen.

Im Folgenden soll skizziert werden, welche Effekte auf die Pflegefachkräfte und auf die Bewohner\*innen, differenziert nach den rekonstruierten sinngenetischen Pflegehabitus, unter den unterschiedlichen Demenzpflegekonzeptionen der beiden Einrichtungen zu beobachten waren.

*Wohlbefindens-Typus:* In beiden Einrichtungen werden die Pflegekräfte, die besondere Talente hinsichtlich Gefühls- und Beziehungsarbeit aufweisen, bevorzugt bei jener Gruppe dementiell erkrankter Bewohner eingesetzt, die durch besonders belastende Verhaltensweisen in Bezug auf ihre Umwelt charakterisiert sind. Ein fundamentaler Unterschied zeigt sich jedoch in der Wertschätzung dieser Pflege Talente. Während ihnen in F2 die selbstverständliche Anerkennung im Kollegium sicher ist, geraten die Pflegekräfte auf den gerontopsychiatrischen Inseln in F1 regelmäßig unter Rechtfertigungsdruck aufgrund des höheren Personalschlüssels und der z.T. mehr als halbierten Bewohnerzahl. Ihre gerontopsychiatrisch nicht weitergebildeten Kolleg\*innen zeigen keinerlei Verständnis für die v.a. psychisch herausfordernde Emotions-, Betreuungs- und Beziehungsarbeit ihrer Kolleginnen. Sie gilt den klassischen Pflegekräften als „Spielerei“, eine Einschätzung, die sich auch in der Heimleitung, einer ehemaligen Anästhesiepflegeleitung, spiegelt. Hier zeigt sich eine Kluft zwischen einem eher medikal und organisationslogisch orientierten Verrichtungspflegeverständnis und einem serviceorientierten, auf die Förderung von Wohlbefinden ausgerichteten Beziehungspflegeverständnis, zwischen denen eine kommunikative Vermittlung kaum möglich zu sein scheint. Insofern haben die gerontopsychiatrischen Wohnbereiche in F1 einen prekären Sonderstatus, der nicht so sehr durch eine hausinterne Wertschätzung der besonderen Arbeitsleistung in der Pflege von Menschen mit Demenz getragen wird als vielmehr durch die gesellschaftliche Nachfrage, die die Einrichtung mit den dafür eingerichteten Wohnbereichen schlicht bedient. Nicht untersucht werden konnten die unterschiedlichen Konzeptionen der interprofessionellen Zusammenarbeit mit den sozialen Betreuungskräften. Die pflegerische Nichtanerkennung ihrer Arbeitsleistung ist für die in F1 beschäftigten Vertreterinnen des Wohlbefindens-Typus eine stete Quelle der Verärgerung und Frustration, die sie nur ertragen durch die intrinsische Freude und tiefe Befriedigung, die sie in ihrer Arbeit mit den Bewohner\*innen erfahren. Diese Frustrationsquelle bleibt den Pflegenden in F2 erspart. Dafür besteht hier für die Pflegenden die Gefahr einer emotionalen Auslaugung durch Überbeanspruchung, da die Belastung durch die Emotionsarbeit in der Pflege eklatant unterschätzt wird.

*Richtigkeits-Typus:* Die Vertreterinnen des Richtigkeits-Typus, die zwar durchaus an einer guten pflegerischen Versorgung von dementiell erkrankten Bewohnern interessiert, aber von ihrer emotionalen Ausstattung her nicht so unerschütterlich in die Beziehung mit dementiell erkrankten Bewohnern hineingehen können, finden in F2 sowohl durch das einrichtungsübergreifende Kommunikationskonzept als auch durch ein durchweg darin geschultes Team substantielle Entlastungen. Diese wäre in der fortbildungsfreundlichen Einrichtung in F1 zwar vielleicht durchaus zu bekommen, müsste aber von den Pflegenden entsprechend eingefordert werden. Gerade Pflegenden des Richtigkeits-Typs scheinen jedoch oftmals für derartige Fortbildungen gar nicht aufgeschlossen, da sie der Meinung sind, dass ihre fachlich guten und auch persönlich gutgemeinten Pflegeangebote einfach nur von den Pflegebedürftigen angenommen werden müssten. Da die beobachteten Vertreterinnen des Richtigkeits-Typs in F1 zudem meist auf den offenen Wohnbereichen ar-

beiteten, auf denen keinerlei gerontopsychiatrische Fachkompetenz im Kollegium zur Verfügung steht, stellen dementiell erkrankte Bewohner\*innen potentiell stetige Überforderungs- und Frustrationsquellen für die Pflegenden dar, die mit disziplinierenden oder pharmakologischen Methoden normalisiert werden. Es zeigte sich aber in beiden Einrichtungen auch, dass die Absolvierung einer gerontopsychiatrischen Weiterbildung noch keine person-zentrierte Einstellung hervorzubringen vermag. Effektiver als vereinzelte gerontopsychiatrische Weiterbildungen scheint sowohl für die Förderung des Wohlbefindens dementiell erkrankter Bewohner als auch für die psychische Entlastung der Pflegekräfte eine hausübergreifende Demenzpflegekultur, die auch die weniger empathiefähigen und beziehungskompetenten Pflegekräfte in einem durchweg geschulten Team aufzufangen versteht. Individuelle gerontopsychiatrische Weiterbildungen scheinen aber eine starke zusätzliche Ressource für jene Pflegekräfte zu sein, die sich auf eine intensive Beziehung zu Menschen mit Demenz einzulassen bereit sind.

*Routine-Typus:* Auch für die Vertreterinnen des Routine-Typus sowie der von diesen gepflegten Personen wirkt sich ein einrichtungsübergreifendes Demenzpflege-Kommunikationskonzept förderlich aus. Es kann zwar nicht erwartet werden, auf diesem Wege Empathie oder eine person-zentrierte Haltung hervorzubringen. Eine gelebte haus-eigene Demenzpflegephilosophie stellt aber immerhin deeskalierende Interventionstechniken zur Verfügung. Eine für die Bedürfnisse und Besonderheiten der Pflege von Menschen mit Demenz sensibilisierte Pflegeleitung weiß ihre unterschiedlichen Pfl egetalente entsprechend zu platzieren.

Im Rückblick zeigt sich, dass die Pflege von Menschen mit Demenz nicht einfach als eine Fortschreibung der traditionellen Altenpflege zu betrachten ist, sondern sehr spezifische Herausforderungen mit sich bringt. Diese Herausforderungen bestehen in der Notwendigkeit einer besonderen psychosozialen Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz, die auch integraler Bestandteil von Pflege sein muss, da sich ohne eine gelingende Kommunikation mit Menschen mit Demenz auch keine alltäglichen Grundpfl egetätigkeiten durchführen lässt. Dazu bedarf es besonderer Professionalisierungsbemühungen, um sowohl die Pflegenden als auch die pflegebedürftigen Personen mit Demenz vor eskalierenden Frustrationserfahrungen zu schützen und die Pflegenden zu einer gelingenden Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu befähigen.

Anders als die Studie von Dammert et al. (2016) nahelegt, gibt es vermutlich nicht wenige Personen, die sich mit Freude auf die Betreuung auch von Menschen mit Demenz einzulassen bereit sind (vgl. Eylmann 2015), die aber nichtsdestotrotz ebenfalls schützender Qualifizierungs- und Professionalisierungsbemühungen bedürfen, u.z. mit Blick auf eine professionelles Nähe-Distanz-Management sowie einer wissensbasierten adäquaten Ansprache von Menschen mit Demenz. Dazu bedarf es aber eines kulturellen Wandels sowohl in der Pflege als auch in der Gesellschaft, die eine psychosoziale professionelle Betreuung und Beziehungsbereitschaft für Menschen mit Demenz als eine Notwendigkeit erkennt und als sehr herausfordernde Arbeit anzuerkennen und zu honorieren bereit ist. Im Kern bedarf es einer neuen Anerkennungskultur im Umgang mit der Demenz, auf den praxeologische Studien verweisen (z.B. Mol et al. 2010, Pols 2012, de Lait 2017). In ihrem Essay „On recognition, caring and dementia“ hat Janelle Taylor deutlich gemacht, dass zu beachten ist, „how ‚selfhood‘ is distributed among networks, sustained by supporting environments, emergent with practices of care (Taylor 2010, 43).



## Literatur Abschlussbericht HALT

- Bartholomeyczik, S. et al. (2006): Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei MmD in der stationären Altenhilfe. Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit
- Bartholomeyczik, S./Halek, M. (2011): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz: Offene Fragen für die Forschung. In: Dibelius, O./Maier, W. (Hg.): Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 32–39
- Bartholomeyczik, S./Holle, D./Halek, M. (2013): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen. Die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker durch Qualitätsinstrumente. Von der Arbeit beim Leuchtturmprojekt Demenz des Bundesgesundheitsministeriums. Weinheim: Beltz Juventa
- Blaser, R./Becker, S./Wittwer, D./Berset, J. (2015): Kitwood reconsidered. Personenzentrierung und die Haltung Pfleger im Umgang mit Menschen mit Demenz. Journal für Psychologie Jg. 23, Ausg. 1, 151-167
- Böhle, F./Glaser, J. (Hg.) (2006): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Bohnsack, R./Nentwig-Gesemann, I./Nohl, A.-M. (2013): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Bohnsack, R. (2010): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen & Farnington Hills: Verlag Barbara Budrich
- Bourdieu, P. (1987): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] und Bundesministerium für Gesundheit [BMG] (2005) Charta der Rechte der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen
- Dammert, M./Keller, C./Beer, T./Bleses, H. (2016): Person-Sein zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Untersuchung zur Anwendung der Integrativen Validation und der Basalen Stimulation in der Begleitung von Personen mit Demenz. Weinheim/Basel: Beltz Juventa
- de Lait, M. (2017): Personal Metrics: Methodological Considerations of a Praxiographical Approach. In: Jonas, M./Littig, B./Wroblewski, A. (Eds.): Methodological Reflections on Practice Oriented Theories. Dordrecht: Springer, 107-126
- DGN/DGPPN (Hg.) (2016): Demenzen. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Entwicklungsstufe S3. Aktualisierung 2016
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2018): Expertenstandard. Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Sonderdruck. Osnabrück
- Doblhammer, G./Schulz, A./Steinberg, J./Ziegler, U. (2012): Demografie Demenz. Bern: Huber
- Döttlinger, B. (2018): Gestisch-kommunikatives Handeln als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz. Beziehungs- und Interaktionsgestaltung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Doyle, P.J./Rubinstein, R.L. (2014): Person-Centred Dementia Care the cultural matrix of othering. The Gerontologist 54 (6), 952-963
- Eylmann, C. (2015): Es reicht ein Lächeln als Dankeschön. Habitus in der Altenpflege. Göttingen: V&R
- Flick, U (2008): Triangulation. Eine Einführung. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Flick, U. (1995): Psychologie des technisierten Alltags. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Förstl, H. (Hg.) (2011): Demenzen in Theorie und Praxis. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin, New York: Springer Medizin
- Ganß, M./Margraf, K./Ulmer, E.M./Wißmann, P. (2014): Interaktion mit allen Sinnen „Kompetent bleiben“. Kulturell geprägte Interaktionsformen bleiben erhalten. Explorative Studie in der Begleitung von Menschen mit Demenz. Projektträger Demenz-Support-Stuttgart gGmbH. Stuttgart.  
[http://www.demenz-support.de/Repository/IMAS\\_Endversion.pdf](http://www.demenz-support.de/Repository/IMAS_Endversion.pdf)

- Honer, A. (2011): Kleine Leiblichkeiten. Erkundungen in Lebenswelten. Wiesbaden: VS
- Houdelet-Oertel, A. (2019): Zur Erarbeitung von forschungspraktischen Hilfestellungen zur Auswertung von Daten aus narrativ-fundierte Interviews mit der Dokumentarischen Methode sowie Bildung von sinngenetischen Basistypen im Forschungsprojekt „HALT“. Masterarbeit an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
- Hülken-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Osnabrück: Univ.-Verl. Osnabrück
- Khan-Zvornicanin, M. (2016): Kultursensible Altenhilfe? Neue Perspektiven auf Programmatik und Praxis gesundheitlicher Versorgung im Alter. Bielefeld: Transcript
- Kitwood, T. (2013): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe. Herausgegeben von Müller-Hergl C. Bern: Huber
- Klie, T. (2015): Demenz und Recht. Würde und Teilhabe im Alltag zulassen. Hannover, Vincentz
- Kotsch, L./Hitzler, R. (2013): Selbstbestimmung trotz Demenz? Ein Gebot und seine praktische Relevanz im Pflegealltag. Weinheim/Basel: Beltz Juventa
- Krais, B./Gebauer, G. (2002): Habitus. Bielefeld: transcript.
- Mey, G./Mruck, K. (2011): Grounded Theory Reader. Köln: VS.
- Mol, A./Moser, I./Pols (2010) (Eds): Care in Practice – On Tinkering in Clinics, Homes and Farms. Bielefeld: transcript
- Morton, I. (2002): Die Würde wahren. Personzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Stuttgart: Cotta.
- Newerla, A. (2012): Verwirrte pflegen, verwirrt Pflege? Handlungsprobleme und Handlungsstrategien in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz – eine ethnografische Studie. Berlin: LIT
- Pols, J. (2012): Care as Distance – On the Closeness of Technology. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Przyborski, A./Wohlrab-Sahr, M. (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourgverlag
- Rokstad, A.M.M./Vatne, S./Engedal, K./Selbaek, G. (2015): The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes, in: Journal of Nursing Management 23, 15–26
- Schäufele, M./Köhler, L./Lode, S./Weyerer, S. (2009): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, U./Wahl, H.W./Engels, D. (Hg.): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige. Beispiele für "Good Practice", Forschungsprojekt MuG IV. Stuttgart: Kohlhammer, 159-221
- Schnabel, M. (2018): Macht und Subjektivierung. Eine Diskursanalyse am Beispiel der Demenzdebatte. Wiesbaden: Springer
- Schnabel, M. (2015): Reduktionistischer Blick auf Altern und Demenz: Medikalisierung. In: Brandenburg, H./Güther, H. (Hg.): Lehrbuch Gerontologische Pflege. Bern: Hogrefe, 135-147
- Taylor, J. (2010): On recognition, caring, and dementia. In: Mol et al. (Eds.): Care in Practice – On Tinkering in Clinics, Homes and Farms. Bielefeld: transcript, 27–56
- Vollmar, H.C. (2014): Leben mit Demenz im Jahr 2030. Ein interdisziplinäres Szenario-Projekt zur Zukunftsgestaltung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Welling, K. (2004): Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood – ein bedeutender Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz. Unterricht Pflege, 9. Jg., H. 5

*Stellungnahme, ob Ergebnisse der Vorhaben wirtschaftlich verwertbar sind: Nein*

*Wer hat zu den Ergebnissen des Projekts beigetragen:*

Dr. Heike Baranzke (Stellenumfang 50%; seit 1.10.2018 75%: Koordination, Interviews, Datenaufarbeitung und Auswertung)

Dr. Helen Güther (Stellenumfang 25% bis 31.9.2018: Datenerhebung und Auswertung)

Lisa Luft (Stellenumfang 25% Datenerhebung und Interviewtranskripte)

### 3. Zusammenfassung

Da Medizin und Pharmazie bislang keine befriedigenden therapeutischen Antworten auf die gesellschaftliche Herausforderung zunehmender dementieller Erkrankungen zu geben vermag, rücken Notwendigkeit und Potentiale einer „person-zentrierten“ „therapeutischen“ Pflegebeziehung (DNQP 2018) die Pflege als Beziehungsberuf in den Vordergrund. Damit stellt sich aber die Frage, worin eigentlich das therapeutische Agens in der person-zentrierten Pflegebeziehung besteht. Außer diesem ungeklärten theoretischen Problem wird der von dem britischen Gerontologen und Sozialpsychologen Tom Kitwood so genannte Ansatz einer person-zentrierten Pflege (Person-Centred Care / PCC) von Menschen mit Demenz, die beansprucht die Person und nicht die Krankheit in den Mittelpunkt pflegerischer Bemühungen rücken zu wollen, von Anbeginn an von der Klage begleitet, dass sich eine person-zentrierte Haltung bei Pflegenden nicht stabilisieren lasse.

Das DFG-Forschungsprojekt „Gute Pflege für Menschen mit Demenz. Rekonstruktion der Pflege**H**Abitus in der stationären **L**angzei**T**pflege“ / „Good care for people with dementia. Reconstruction of nurses' **H**Abitus in **L**ong**T**erm care“ (HALT) hat diese Probleme zum Ausgangspunkt genommen und in zwei Altenpflegeheimen, die sich selbst als Best-Practice-Einrichtungen für die Pflege von Menschen mit Demenz verstehen, in einem qualitativen empirischen Forschungsdesign teilnehmende Beobachtungen, episodische Interviews und Gruppendiskussionen durchgeführt und mit Hilfe der Dokumentarischen Analyse nach Bohnsack ausgewertet. Es wurden drei Pflegehabitustypen bei insgesamt zwölf weiblichen Pflegefachkräften rekonstruiert, die zeigen, dass es durchaus Pflegekräfte gibt, die Handlungsorientierungen zeigen, die mit Fug und Recht als person-zentriert angesprochen werden dürfen, allerdings auch solche, deren Talente eindeutig in anderen Bereichen liegen. Zudem konnten soziogenetische Faktoren identifiziert werden, die einen person-zentrierten Pflegehabitus eher befördern oder behindern. Herausgearbeitet wurde auch die besondere psychische Herausforderung, die die Pflege und Kommunikation von Menschen mit Demenz darstellt. Zu den wichtigen Einsichten gehören zum einen die unbedingte Notwendigkeit einer ressourcenerhaltenden Qualifizierung und Professionalisierung der Pflegekräfte für die sich von der allgemeinen Altenpflege deutlich unterscheidenden kommunikativen Anforderungen insbesondere mit dementiell erkrankten Personen mit stark veränderten, belastenden Verhaltensweisen. Zum anderen zeigte sich deutlich, dass die Qualifizierung der Demenzpflege sich nicht darin erschöpfen darf, ein add-on für einzelne Pflegekräfte zu sein, sondern als Demenzpflegekonzepte im Sinne eines pflegeskulturverändernden Prinzips in der stationären Altenpflegeeinrichtung wie auch bei den Trägern der Einrichtungen wirksam werden müssen. Die Frage nach der Anerkennung von Menschen mit Demenz als Personen muss damit neu ins Zentrum von Forschung, Politik und Praxis gerückt werden.