



Factsheet

# Handlungsmuster der Pflege- und Betreuungskräfte

August 2021

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Pflege-

Netzwerk

Deutschland

Bei der Frage nach Selbstbestimmung im Heim kann unterschieden werden zwischen der Entscheidungsautonomie der Bewohnerin oder des Bewohners, also selbst entscheiden zu können, was sie bzw. er möchte bzw. nicht möchte, und der Handlungsautonomie, also der Möglichkeit und Motivation, selbst das zu tun, was sie bzw. er möchte. Diese Unterscheidung dient dazu, genauer zu differenzieren, wo, wie und in welchem Grad Selbstbestimmung durch das Handeln der Pflege- und Betreuungskräfte unterstützt werden kann.

Grundsätzlich zeigt sich, dass aufgrund der heterogenen Bewohnerschaft und den zum Teil vielfältigen Bedürfnissen, Interessen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner auch die Unterstützung, Begleitung und Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner im Allgemeinen sowie die Herstellung und Förderung von Selbstbestimmung und Würde im Heimalltag durch das Personal und die Organisation ebenso bedürfnisgerecht und vielfältig ausfallen muss. Dabei sind es vor allem die Pflegekräfte, die im alltäglichen Miteinander durch spezifische Handlungsstrategien jene (Rahmen-) Bedingungen schaffen, die es den Bewohnerinnen und Bewohnern ermöglichen, trotz bestehender kognitiver, psychischer und physischer Einschränkungen Selbstbestimmung und Würde zu erfahren. Wie die qualitativen Fallstudien in SeLeP zeigen, verfügen die Pflegekräfte hierfür über drei verschiedene typische Handlungsstrategien, die sowohl bei der Entscheidungsautonomie als auch bei der Handlungsautonomie ansetzen.

## 1) Strategien der Ermöglichung

Kommunizieren die Bewohnerinnen und Bewohner einen Willen, formulieren sie, was sie gern tun möchten, versuchen Pflegekräfte, diesen (ggf. auch nonverbal) kommunizierten Willen gezielt zu unterstützen und ihnen zur Umsetzung zu verhelfen. Das kann individuelle Hilfe bei der Fortbewegung, beim selbstständigen Ankleiden oder beim Essen sein. Auch das Einbinden der Bewohnerinnen und Bewohner in alltägliche Aufgaben kann hier genannt werden. Vor allem wenn sie an frühere Tätigkeiten erinnern, können Kleinigkeiten wie Wäsche zusammenlegen oder bei der Essenzubereitung zu helfen sinnstiftende Bedeutung für das Leben im Pflegeheim haben. Eine weitere Form der Ermöglichung von Selbstbestimmung und Würde ist zudem die Gestaltung des eigenen Zimmers, soweit es die Vorgaben des Heims zulassen. Das Aufstellen eines Sessels, das Aufhängen eines Bildes oder das Auslegen eines Teppichs können den Raum zum „eigenen“ Zimmer machen.

Als wesentliche Voraussetzung für ein Ermöglichungshandeln des Personals lässt sich verfügbare Zeit nennen. Zum einen wird das, was die Bewohnerinnen und Bewohner jeweils wünschen, welche Bedürfnisse sie haben, was sie gern mögen, mal mehr, mal weniger klar und offen formuliert. Daher ist es wichtig, dass das Personal eine Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern aufbaut, etwas über ihre jeweilige Person und Biographie, ihre Gewohnheiten und Interessen erfährt. Das geht nur mit ausreichend Zeit für und mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Zum anderen erfordern die Unterstützungshandlungen selbst Zeit, z. B. die Hilfe zur Selbsttätigkeit bei Alltäglichem (Waschen, Ankleiden, Essen). Gerade bei diversen Einschränkungen braucht selbstbestimmtes Handeln der Bewohnerinnen und Bewohner mit Unterstützung mitunter deutlich mehr Zeit. Auch das kann nicht ohne Weiteres in einen eng getakteten Zeitplan integriert werden.

Außerdem bedarf es einer Fähigkeit zur kompetenten Folgenabschätzung und Abwägung von Möglichkeiten und Grenzen. Auch wenn die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner an erster Stelle steht, muss immer abgeschätzt werden, ob und wie sich diese mit den organisationalen bzw. professionellen Vorgaben vereinbaren lassen und ggf. ein Kompromiss gefunden werden kann. So kann der eigene Teppich im Zimmer bleiben, bis er eine zu vermeidende Sturzgefahr wird, um den Schutzauftrag zu gewährleisten. Oder das Sitzen über längere Zeit im Rollstuhl und damit eine gewisse Mobilität kann der Bewohnerin oder dem Bewohner ermöglicht werden, bis gesundheitliche Gefahren, z. B. das Wundwerden der Haut, nicht mehr abgewandt werden können. Dabei gilt es, permanent zwischen Selbstbestimmung der Bewohnerin oder des Bewohners und Fürsorgeauftrag des Personals abzuwägen, wobei die Priorität auf der Ermöglichung von Selbstbestimmung liegt. Bisweilen sind aber auch Grenzen der Selbstbestimmung zu markieren, wenn sie aus dem professionellen Selbstverständnis heraus begründbar nicht umsetzbar ist.

## 2) Strategien der Aktivierung

Als zweite Strategie der Förderung von Selbstbestimmung und Würde lassen sich jene Handlungen nennen, die die Bewohnerin oder den Bewohner explizit zur Willensbildung animieren. Hier geht es also nicht in erster Linie darum, einem bestehenden Willen zur Umsetzung zu verhelfen, sondern zunächst einmal darum, einen Willen zu bilden und diesen zu kommunizieren, der dann in einem zweiten Schritt gemeinsam umgesetzt werden kann. Für solche Aktivierungsstrategien sind vor allem die Haltungen der Pflegekräfte relevant, die aufmerksam sind, erkennen, wenn Bewohnerinnen und Bewohner entsprechende Unterstützung brauchen, und dabei entscheiden, in welcher Form sie die Bewohnerin oder den Bewohner am besten unterstützen können. Je nach Situation, Gesundheitszustand, Bedürfnissen und Einstellungen der Bewohnerinnen und Bewohner kann die eigene Rolle der Pflegekraft dann die des sanften „Motivators“ oder des wohlwollenden „Instruktors“ sein. Ein Bereich, in dem Bewohnerinnen und Bewohner animiert werden, ist z. B. der Erhalt körperlicher

Ressourcen, indem darauf geachtet wird, bestimmte Tätigkeiten weiterhin als attraktiv und machbar darzustellen und der Bewohnerin oder dem Bewohner anzutragen (z. B. im Bereich der Mobilität oder der Selbstversorgung). Auch das Aufbrechen von Tendenzen des sozialen Rückzugs ist ein möglicher Aktivierungsbereich. Immer wieder zu versuchen, die Bewohnerin oder den Bewohner zu Beschäftigungen, Kontakten, gemeinsamen Spaziergängen oder Ähnlichem zu motivieren, kann das Gefühl von Anerkennung, Zugehörigkeit und Selbstwirksamkeit fördern.

Aktivierungsstrategien werden also dann eingesetzt, wenn Bewohnerinnen und Bewohner keinen klaren Willen formulieren können oder wollen, es wird aber nicht gegen den Willen der Bewohnerin oder des Bewohners gearbeitet. Da in diesem Punkt die Grenze zur Überforderung oder zum Bedrängen manchmal schmal sein kann, ist auch ein genaues Kennen der Bewohnerinnen und Bewohner wichtig. Zu wissen, was sie eigentlich gern mögen und machen, was sie schon immer nicht gern wollten, was sie noch tun können und was nicht etc., ist der entscheidende Schlüssel für ein bedürfnisgerechtes Handeln des Personals. Und daher gilt das Gleiche wie bei den Ermöglichungsstrategien: Es braucht genügend Zeit, um im Alltag motivieren oder anleiten zu können und um eine vertrauensvolle persönliche Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern aufzubauen, die solches Wissen über die Bewohnerinnen und Bewohner als Personen und ihre Biographien zugänglich macht.

### **3) Strategisches Zulassen**

Während die erste Strategie der Ermöglichung davon ausgeht, dass es einen Willen der Bewohnerin oder des Bewohners gibt, der lediglich bei der Umsetzung unterstützt werden muss, setzt das „strategische Zulassen“ ebenfalls an kommunizierten Willensbekundungen der Bewohnerin oder des Bewohners an, die jedoch nicht oder nicht so einfach mit den Zielen und Aufgaben des Heims als Organisation in Einklang zu bringen sind. Hier wird dann versucht, die Ansprüche auf Selbstbestimmung auf Seite der Bewohnerin bzw. des Bewohners vor dem Hintergrund der Vorgaben des Heims zu managen. Beispiele wären hier bei Bewohnerinnen und Bewohnern verschiedene Formen der Verweigerungshaltung bezüglich Hygiene, Nahrungsaufnahme oder der Anpassung an die Zeit- und Tätigkeitspläne des Heims. Auch die Fortsetzung von früheren Gewohnheiten wie z. B. übermäßigem Alkoholkonsum (insbesondere bei Suchterkrankten) kann eine Hürde für alltägliche Abläufe und das Pflegehandeln darstellen, weil sich solche Willensbekundungen nicht mit dem eigenen Versorgungs- und Fürsorgeauftrag decken oder weil sie Routinen durchkreuzen.

Nach Möglichkeit wird hier versucht, die Umsetzung der Handlungsziele der Bewohnerinnen und Bewohner so zu realisieren, dass sie sich möglichst ohne größere Störungen und Gefährdungen in das organisationale Gefüge des Pflegeheims einfügen lassen. Soweit realisier- und vereinbar werden die Bewohnerinnen und Bewohner dabei als autonome Subjekte in die eigene Selbstverantwortung entlassen und mitunter von organisationsbedingten „Zwängen“ befreit.

**Zusammengefasst:** Die unter dem Schlagwort der Bewohnerorientierung zu verortenden Strategien zur Förderung von Selbstbestimmung und Würde erfordern in jeder Form eine auf die individuelle Bewohnerin bzw. den individuellen Bewohner gerichtete Aufmerksamkeit und Sensibilität sowie eine gewisse Flexibilität – auf der Seite der Pflegekräfte genauso wie auf der Seite der organisationalen Abläufe, die solche angepassten Strategien des Personals erst ermöglichen, weil genug Handlungs-/ Gestaltungsspielraum und Zeit zur Verfügung stehen. Routinen, Regeln und Standards sind notwendig, sie sind aber kein Selbstzweck. Sie dienen dazu, die organisationalen Ziele zu erfüllen, Abläufe zu strukturieren etc. Sobald aber die Maxime der Orientierung von Bewohnerinnen und Bewohnern gilt, müssen Routinen, Regeln und Standards auf ihre praktische Passung zu Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner geprüft und ggf. angepasst werden. Unbestimmbarkeiten und Unwägbarkeiten, Flexibilität und Freiheit gehören dann genauso zum Heimalltag wie klare Strukturen und Vorgaben sowie eine entsprechend angepasste Fehlerkultur.