

Volker Hielscher, Sabine Kirchen-Peters, Christine Sowinski

Technologisierung der Pflegearbeit?

Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege

Increasing use of technology in nursing practice? Scientific discourse and practical applications in long-term care

This article focuses on the use of technology in nursing practice. It recaps the discussion about the difficult relationship between nursing and technology. Up to now this discourse was affected by the situation and the development in the hospital sector. In contrast, the paper stresses the question, which types of technologies emerge in the field of long-term care and currently shape professional care work in this area. On the basis of two case examples (digital nursing documentation and telecare) it asks for the effects for care work, work tasks and the role of nurses, induced by an intensified use of technology. In this perspective it shows a variety of open questions and research deficits that are related to a further boosted adoption of technology. In result, the paper demands an active role of nursing science and labour studies to formulate criteria of quality of care and quality of work, which can play a crucial role for the development and implementation of technology in nursing.

Keywords

Nursing and technology, Geriatric care and technology, Telecare, Care work and technology

Der Beitrag geht zum einen der Frage nach, in welchen Anwendungsfeldern ein forcierter Technikeinsatz in der Praxis der Pflege zum Tragen kommt. Er fokussiert dabei auf die stationäre und ambulante Langzeitpflege und skizziert exemplarisch die Praxisfelder der EDV-gestützten Pflegedokumentation sowie des Monitorings und der Betreuung von pflegebedürftigen Personen über Distanzen hinweg. Zum anderen thematisiert der Artikel die Effekte des Technikeinsatzes für die Prozesse der Pflegearbeit und die Arbeitsanforderungen der Beschäftigten. Es wird herausgearbeitet, dass zu den Wirkungen auf die Pflegeinteraktion, zu den Anforderungen an Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegekräfte und zu den Möglichkeiten der Kontrolle der Pflegearbeit noch Leerstellen in der Forschung bestehen. Der Technikeinsatz sollte daher nicht allein nach den Kriterien der technologischen Machbarkeit oder der Effizienzsteigerung in der Pflegearbeit erfolgen. Vielmehr sind Pflegewissenschaft und Arbeitsforschung gefordert, die Arbeits- und Pflegequalität gleichermaßen zum Ausgangspunkt der Technikgestaltung zu machen.

Schlüsselwörter

Technikeinsatz in der Pflege, Pflege und Technik, Pflegearbeit

ingereicht 19.04.2014
akzeptiert 09.07.2014

1. Aktueller Hintergrund

Über den Technikeinsatz in der Pflege wird in Deutschland in den letzten Jahren zunehmend diskutiert. Das gewachsene Interesse an dem Thema „Pflege und Technik“ ist vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und technologischer, vor allem aber angesichts der gegenwärtigen Entwicklungen des Pflegesektors zu betrachten. So besteht eine der großen sozialpolitischen Herausforderungen darin, dass im Zuge des demografischen Wandels der Pflegebedarf in der Bevölkerung steigt und zugleich in der Pflege bereits jetzt ein erheblicher Fachkräftemangel existiert. Prognosen gehen davon aus, dass sich diese Lücke in den nächsten Jahren erheblich vergrößern wird (vbw 2012). Zudem sind die Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege seit der Liberalisierung des Pflegemarktes und durch die Mechanismen der Pflegeversicherung einem erheblichen ökonomischen Wettbewerb unter finanziellen Knappheitsbedingungen ausgesetzt. Es besteht also eine unbestrittene Kluft zwischen den finanziellen bzw. personellen Ressourcen und den gesellschaftlichen Bedarfen an Pflege. Diese Situation wirft die Frage auf, ob und inwieweit die Produktivität der Pflegearbeit gesteigert werden könnte.

Parallel dazu wachsen die qualitativen Anforderungen an die Pflege. Diese beziehen sich zum einen auf die gestiegenen individuellen Ansprüche an ein selbstbestimmtes Leben im Alter – auch im Falle von Pflegebedürftigkeit. Zum anderen haben die – unter anderem pflegewissenschaftlich vorangetriebene – „Wissensexpllosion“ in der Pflege (Gruber et al. 2005) und die Strukturierung des Pflegeprozesses, gepaart mit den in den vergangenen zwei Dekaden eingeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z. B. MDK-Prüfungen, Expertenstandards, Dokumentationspflichten etc.) zu einem enormen Qualitäts- und Professionalisierungsschub geführt. Damit entsteht aber auch eine Flut an Informationen und Daten, die einer effizienten Verarbeitung zugeführt werden müssen. Neue Anforderungen an die Pflege resultieren schließlich aus den „Nebenfolgen“ der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts, etwa was die steigende Zahl älterer Menschen mit dementiellen Erkrankungen angeht.

Letztendlich haben vor allem die Möglichkeiten der Technikentwicklung selbst in den letzten Jahren dazu beigetragen, den Technikeinsatz in der Pflege neu zu reflektieren. Das betrifft zum einen die Potenziale der Informations- und Kommunikationstechnik, die es erlauben, immense Mengen an Daten zu speichern und zu übertragen. Sie bilden z. B. die Grundlage für die digitalisierte Dokumentation der Pflege oder für telemedizinische Leistungen. Zum anderen haben sie zusammen mit moderner Sensortechnik die Entwicklung alltagsunterstützender und assistierender Technikanwendungen (AAL) ermöglicht, die in privaten Wohnräumen, aber auch in stationären Pflegeeinrichtungen implementiert werden können und häufig mit haushaltsnahen oder pflegerischen Dienstleistungen verknüpft sind. Roboterentwicklungen stellen weitere technische Innovationen dar, die aus Sicht der Entwickler zukünftige Fortschritte in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen versprechen.

Diese Entwicklungen fördern die Debatte zu der Frage, inwiefern ein forcierter Technikeinsatz dazu genutzt werden kann, Zeit- und damit Personalressourcen zu gewinnen und so den sich abzeichnenden „Pflegetotstand“ abzufedern bzw. die Bedingungen der Pflegearbeit zu verbessern¹. Technik soll im besten Falle zugleich die Lebensqualität der Pflegebedürftigen verbessern und die Arbeit der Pflegekräfte erleichtern.

2. Im Rückspiegel: Der Diskurs um Pflege und Technik

Der Technikeinsatz in der Pflege ist keinesfalls ein erst im 21. Jahrhundert registriertes und diskutiertes Phänomen. Der pflegewissenschaftliche Diskurs um Pflege und Technik hat vor allem im angloamerikanischen Sprachraum eine jahrzehntelange Tradition (Hülksen-Giesler 2007). Im Zentrum stand dabei immer wieder die Frage, wie die „eigentliche“ Pflegetätigkeit, die lebendige, unmittelbare Interaktion (Goffman 1971) zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigen mit wissenschaftlich-technischen Aspekten und der Standardisierung von Prozessen vereinbar ist. Dabei wurde der Diskurs über Jahrzehnte hinweg zwischen den klassischen Polen der „Technikoptimisten“ und der „Technikpessimisten“ geführt: Die technikoptimistische Position sieht die Technik als sozial, kulturell und moralisch neutrales Instrument, das quasi in einer Win-Win-Situation zum Wohle der zu Pflegenden wie auch als Chance zur Professionalisierung der Pflege (zum Beispiel durch eine pflegerische Spezialisierung um bestimmte Geräte herum) genutzt werden könne. Insbesondere in den 1950er und -60er Jahren wurde der technische Fortschritt zum Teil euphorisch begrüßt (vgl. in kritischer Reflektion Barnard et al. 2001). Bis heute überwiegt eine die Potentiale der Technik akzentuierende Sichtweise – nicht nur bei den Technikanbietern.

In der technikpessimistischen Position artikuliert sich die Skepsis, dass originär pflegerische Tätigkeiten durch technische Gerätschaften übernommen bzw. durch diese dominiert werden könnten. Rinard (2001) verweist auf kritische Einwände aus dem *American Journal of Nursing* gegen eine durch Technik geprägte Arbeitsteilung und den Verlust von Zuwendung und Qualität in der Pflegeinteraktion in einer zunehmend maschinisierten Umgebung, die bereits in den frühen 1950er Jahren formuliert wurden.

Motor der Entwicklung war vor allem der medizinisch-technische Fortschritt in den Krankenhäusern. Im Zuge der Bürokratisierung und Technisierung des Krankenhauses hat die Pflege in zunehmendem Maße Aufgaben, Verantwortlichkeiten und

1 Ein aktuell laufendes, von der Hans Böckler Stiftung gefördertes Projekt „Technologisierung der Pflegearbeit? Bestandsaufnahme und Perspektiven einer neuen Schlüsselbranche“ geht u. a. dieser Frage nach. Es richtet den Blick auf die professionelle Pflegearbeit in der stationären Langzeitpflege und auf die Chancen, aber auch die Voraussetzungen und Risiken, die in einer künftig deutlich verstärkten Rolle der Technik in diesem Bereich liegen. Die Studie wird vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) in Kooperation mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) durchgeführt. Die Ausführungen in diesem Beitrag beruhen auf einer Praxisfeldanalyse des KDA zu den Einsatzbereichen von Technikanwendungen (Sowinski et al. 2014) sowie auf einer Expertenbefragung und einer internationalen Literaturrecherche des iso-Instituts (Hielscher 2014).

Rollenzuschreibungen aus der Administration und Medizin übernommen (Barnard et al. 2001; Hülsken-Giesler 2007). Durch diesen Prozess der „Deputization“ habe sich das professionelle Selbstverständnis der Pflege in den letzten Jahrzehnten stark an biomedizinischen Paradigmen orientiert, mit der Folge, „*dass Pflegenden, ebenso wie technische Artefakte, effektiv als Verlängerung des ärztlichen Handelns eingesetzt werden können*“ (Hülsken-Giesler 2007: 107). Dass die Pflege in der hochtechnisierten Umgebung des Klinikalltags zu einer Restgröße eines medizinisch-technischen Funktionalismus verkümmern könnte, ist im wissenschaftlichen Diskurs durch technikkritische Strömungen (vgl. im Überblick Hülsken-Giesler 2007; Friesacher 2010) thematisiert worden.

Mit Blick auf die Entwicklung der Pflegearbeit ist nun die Frage von Bedeutung, inwiefern sich die zunehmende Technisierung der Pflege quasi „von selbst“ als notwendige und unvermeidliche Entwicklung der Modernisierung durchsetzt und welche Rolle das arbeitsbezogene Expertenwissen der Pflegekräfte und deren Aneignungsprozesse von Technik für einen erfolgreichen Einsatz ebendieser Technik spielen. Bis heute bleibt die Anforderung aktuell, Pflegekräfte als Nutzer in die Entwicklungs- und Implementationsprozesse von Technik zu integrieren, gerade auch mit Blick auf moderne alltagsunterstützende Assistenzsysteme (Haubner et al. 2012). Daneben ist die Frage zu stellen, inwiefern der stärkere Einsatz von Technik zu einer Weiterentwicklung bzw. Aufwertung der Pflege und zur Abfederung des Fachkräftemangels beitragen könnte – auch wenn dieser Diskurs keineswegs neu ist: So wird seit den frühen 1970er Jahren argumentiert, dass der technische Fortschritt zu einer gesellschaftlichen Aufwertung der Pflegearbeit führen würde (Windsor 2007). Die Bilanz der Autorin fällt skeptisch aus: Der zunehmende Technikeinsatz habe keineswegs automatisch zu einem Upgrading der Pflege geführt, sondern eher im Gegenteil zu einer verschärften Arbeitsteilung mit der Folge von parallelen Spezialisierungs- und De-Qualifizierungsprozessen.

3. Praxisfelder des Technikeinsatzes in der ambulanten und stationären Langzeitpflege

Der Diskurs um „Pflege und Technik“ ist über einen langen Zeitraum mit einem verengten Blick auf die Situation in den Krankenhäusern geführt worden. Der von den Beschäftigtenzahlen her deutlich größere Sektor² der ambulanten und stationären Altenpflege rückt erst allmählich in den Fokus. In der Langzeitpflege besitzen komplexe medizintechnische Gerätschaften in der Regel eine deutlich nachrangigere Rolle als in der klinischen Versorgung. Dafür steht „*das Ansetzen an der Leiblichkeit (und nicht nur am Körper) und eine die Existenz umfassende, heilende, Anteil nehmende und fürsorgende Hilfe und Unterstützung*“ (Darmann-Finck et al. 2009: 1) als professioneller Anspruch und Domäne der Pflege deutlich stärker im Vordergrund. Zudem unterscheiden sich

2 So waren im Jahr 2007 in der stationären und ambulanten Altenpflege mehr als 800.000 Personen tätig (Statistisches Bundesamt 2011a), während die Beschäftigtenzahl im Pflegedienst der Krankenhäuser mit rund 400.000 nur etwa halb so groß war (Statistisches Bundesamt 2011b).

die Einrichtungen der Altenpflege von den Kliniken dadurch, dass sie in der Regel kleine bis mittelgroße Organisationen sind, die über eher geringe Ressourcen für technische Investitionen verfügen. Es ist also eine offene Frage, in welchen Einsatzfeldern und in welcher Reichweite die Anwendung neuer Technologien auch in der Altenpflege an Bedeutung gewinnen. Notwendig ist dabei eine Betrachtungsweise, die nach verschiedenen Technologietypen differenziert. Insbesondere ist dabei von Interesse, welche Auswirkungen diese Technologien auf die Pflegearbeit und die Anforderungen im alltäglichen Arbeitsprozess mit sich bringen. In der folgenden Darstellung werden exemplarische Einsatzbereiche von Technik in der Langzeitpflege aufgezeigt, die

- Anwendungsrelevanz besitzen, also bereits heute einen hohen Stellenwert im Arbeitsalltag professionell Pflegenden einnehmen oder welche an der Schwelle zu einer breiteren Anwendung stehen;
- technische Relevanz besitzen, also auf komplexer Technologie beruhen, die für die künftige Pflege und Versorgung eine wachsende Bedeutung erwarten lässt;
- arbeitsbezogene Relevanz besitzen, also erheblich auf die Arbeits- und Qualifikationsanforderungen an die Pflegekräfte einwirken.

Anhand dieser Kriterien werden nachfolgend die Praxisfelder der EDV-gestützten Dokumentation und Pflegeprozessplanung und des Monitorings von biomedizinischen Daten und von Ortsveränderungen exemplarisch näher betrachtet.

3.1 EDV-gestützte Dokumentation und Pflegeprozessplanung

Die Dokumentation der Leistungen ist in der Kranken- und Altenpflege, aber auch in anderen Feldern sozialer Dienstleistungsarbeit eine wichtige, zum Teil gesetzlich definierte Anforderung. Sie gewinnt zudem wachsende Relevanz durch die zunehmenden Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen sowie zur Leistungserfassung und Absicherung von Haftungsrisiken (Zieme 2010). Dokumentation ist mithin ein prägender Teil des Arbeitsalltages in der Pflege (Hielscher et al. 2013). Über Jahrzehnte hinweg wurde diese Dokumentation mit einem erheblichen Arbeitsaufwand in Form einer „händischen“ Aufschreibung auf papierne Bögen oder Kladden geleistet (Sowinski et al. 2014). Mit der Einführung systematischer Pflegemodelle und Prozessbeschreibungen der Pflegehandlungen ist die Komplexität der erforderlichen Dokumentation allerdings erheblich gewachsen. Vor allem die lückenlose Abbildung des Pflegeprozesses von der Pflegediagnose, der Pflegeplanung, der Interventionen bis hin zur Evaluation der Pflegemaßnahmen ist eine in den vergangenen 15 Jahren neu entstandene und komplexe Anforderung an die Einrichtungen und Dienste, die von den Prüfbehörden besonders nachgehalten wird (MDS 2005). Hinzu kommt, dass seit dem Jahr 2000 pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in Expertenstandards gebündelt werden, die in der Pflegepraxis verbindlich zu berücksichtigen sind und regelmäßig aktualisiert werden.³ Es sind also über die Dokumentationssysteme nicht nur die konkrete Leistung

³ Die Expertenstandards werden vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege veröffentlicht (www.dnqp.de [Stand: 27.5.2014]).

und die Aktivitäten der Pflegearbeit zu erfassen, sondern ebenso soll die Qualität der Pflegepraxis über fein differenzierte Abfragen sichergestellt werden⁴. Dies erfordert, dass die Pflegehandlungen zeitnah, umfassend und präzise dokumentiert werden. Die papierne Dokumentation mit einer Vielzahl an unübersichtlichen und langen Pflegeplanungsblättern stößt dabei zunehmend an ihre Grenzen.

Die Entwicklung der Informationstechnik ermöglicht es nun, die Dokumentationsarbeit in computergestützte Arbeitsvollzüge zu überführen. Das Computerprogramm gibt dabei für jeden einzelnen Pflegeschritt die entsprechenden Datenabfragen vor, welche zwingend auszufüllen sind. Die Dokumentation kann dabei über PC-Arbeitsplätze im Dienstzimmer, über Touchscreens auf den Fluren der Wohnbereiche oder über mobile Endgeräte (Tablet-PC oder Smartphone) erfolgen. Ziel ist, den Pflegeprozess informatorisch möglichst präzise abzubilden, eine bessere Vollständigkeit und Qualität der Dokumentation zu erzielen sowie Zeit- und damit Effizienzgewinne zu realisieren.

Im Bereich des Krankenhauses haben sich elektronisch gestützte Informationssysteme in den vergangenen gut 30 Jahren national und international weitgehend durchgesetzt. Krankenhausinformationssysteme fußen auf der Generierung und Bereitstellung von Daten für die Unterstützung des Krankenhausmanagements sowie von klinischen Daten für die medizinische Leistungserbringung. Spezialisierte Systeme zur Pflegedokumentation haben erst in der jüngeren Zeit eine größere Verbreitung erfahren (Selleman et al. 2010). Für den Bereich der stationären und ambulanten Altenpflege kann ein gewisser „time-lag“ vermutet werden, so dass hier der Prozess der Umstellung auf digitale Dokumentation noch voll im Gange ist (Althammer et al. 2012). Dennoch existiert auf dem Markt mittlerweile eine Vielzahl spezialisierter Anbieter von Software (Sowinski et al. 2014). Die Schulung der Anwender wird in der Regel von den Anbieterfirmen übernommen; einheitliche Standards für die Software wie für die Qualifizierung der Pflegekräfte liegen nicht vor.

Eines der wesentlichen Versprechen der computergestützten Dokumentation ist die Erhöhung der Arbeitsproduktivität in der Pflege durch eine im Vergleich zur papiernen Pflegedokumentation schnellere und präzisere Erfassung der Daten. Zugleich soll die Pflegequalität verbessert und die Professionalisierung der Pflegekräfte unterstützt werden. Wie sind nun die Effekte der digitalisierten Dokumentation für die Praxis der Pflegearbeit zu beurteilen?

Belegen lässt sich offenbar, dass mit der EDV-Dokumentation eine vollständigere Abbildung der Datenerfassung erzielt wird. Die Einträge können in der Regel eindeutig den Verfassern zugewiesen und unvollständige Eingaben durch Erinnerungsmechanismen vervollständigt werden. Zudem werden die Nutzer durch Leistungskataloge und Textbausteine bei der Erstellung der Pflegeplanung unterstützt (Ammenwerth et

4 Wobei die Dichte der Dokumentation mittlerweile in Frage gestellt wird und unter dem Schlagwort der „Entbürokratisierung“ Modellversuche durchgeführt werden, die Komplexität der Pflegedokumentation zu reduzieren (<http://www.bmg.bund.de/pflege/vereinfachung-in-der-pflegedokumentation.html> [Stand: 27.5.2014])

al. 2003; Bär 2002). Als weiteren Effekt scheint die digitale Pflegedokumentation eine zeitnahe Aufnahme der Daten zu unterstützen, und sie ist mit einer größeren Zahl und einer engeren Anpassung der geplanten Pflegeinterventionen verknüpft (Meyer et al. 2012). Insofern könnte die Pflegequalität durch die Verbesserung der Lesbarkeit und Vollständigkeit der Dokumentation profitieren. Für stationäre Einrichtungen hat die höhere Transparenz der erbrachten pflegerischen Leistungen unter Umständen auch positive finanzielle Effekte, wenn ein pflegerischer Mehraufwand leichter bei den Begutachtungen des MDK zur Pflegeeinstufung der Bewohner geltend gemacht werden kann. Schließlich profitiert auch die intra- und interprofessionelle Kommunikation von der EDV-gestützten Dokumentation, etwa wenn die Pflegedokumentation durch Ärzte besser zur Kenntnis genommen wird (Zieme 2010; Mahler et al. 2003). Einen Trugschluss hingegen könnte die Annahme darstellen, dass die persönlich geführten Übergabegespräche zwischen den Arbeitsschichten durch eine digitale Pflegedokumentation entfallen können (Engesmo et al. 2006). So stellt eine standardisierte Dokumentation, die von verschiedenen Akteuren unabhängig von Ort und Zeit eingesehen und verstanden werden muss, offenbar immer einen Kompromiss mit einem Verlust von unter Umständen wichtigen Informationen dar; zudem bleibt ohne eine face-to-face Kommunikation bei der Übergabe ein erheblicher Spielraum für Fehlinterpretationen der dokumentierten Informationen (ebenda).

Das Argument der Zeitersparnis durch die digitale Dokumentation dürfte in Frage zu stellen sein. Einerseits zeigen auch hier Auswertungen von Implementationsstudien positive Effekte durch eine beschleunigte Datenerfassung (Poissant 2005; Zieme 2010). Interessant ist dabei der Hinweis, dass sich die Zeitersparnis bei der IT-Einführung nach einer längeren Zeitspanne in einen zusätzlichen Aufwand umkehren kann. Dieser Effekt könnte daraus resultieren, dass mit zunehmender Vertrautheit die EDV auch für komplexere (und zeitaufwändigere) Funktionalitäten genutzt werde; andererseits ist auch denkbar, dass mit der Zeit die Supportleistungen abgebaut und sich in Folge dessen der individuelle Zeitaufwand zur Bedienung erhöht (Poissant 2005). Es liegen auch Befunde vor, die einen insgesamt höheren Zeitaufwand indizieren: So hat die Einführung einer rechnergestützten Pflegedokumentation im Universitätsklinikum Heidelberg gezeigt, dass nach drei bzw. neun Monaten Anwendungspraxis der zeitliche Dokumentationsaufwand eher gestiegen als gesunken ist (Ammenwerth et al. 2002; Mahler et al. 2003). In einer weiteren Untersuchung zum Vergleich des Zeiteinsatzes für papierne und EDV-gestützte Dokumentation in Einrichtungen der Altenpflege lagen die Mittelwerte der Dokumentationszeit bei den Papier-Nutzern um rund 10% niedriger als bei den EDV-Nutzern (Albrecht et al 2010). Auch hier wurde offenbar durch die technischen Möglichkeiten die Tendenz bestärkt, Daten in größerem Umfang zu dokumentieren. In der Bilanzierung kann also keineswegs davon ausgegangen werden, dass die Einführung IT-gestützter Pflegedokumentationssysteme automatisch einen Effizienzgewinn generiert, welcher der Pflege als zusätzliche Zeit für Patienten bzw. Bewohnern zur Verfügung steht.

Wie sehen nun die Pflegekräfte selbst die digitale Dokumentation? Erste Befragungen aus den 1990er Jahren akzentuierten die Kritik der Anwender an der technischen

Funktionalität der Systeme, insbesondere an den Instabilitäten und der Arbeitsgeschwindigkeit von Hard- und Software (Adaskin et al. 1994; Murphy et al. 1994). Ebenso verfügten zum damaligen Zeitpunkt viele der Nutzer kaum über eigene Alltagserfahrungen in der Handhabung von Computern. Diese Kritikpunkte dürften beim heutigen Stand der Technik und durch die Verbreitung von Computern und Mobiltelefonen an Relevanz verloren haben. Aktuellere Studien zeigen beim Pflegepersonal eine insgesamt hohe Bereitschaft, IT-Systeme für die Dokumentation zu nutzen – grundlegende Ängste vor „dem Computer“ sind von eher nachrangiger Bedeutung (Yu et al. 2006; Steffan et al. 2007; Albrecht et al. 2010). Wichtige Faktoren für eine positive Einstellung zur IT-gestützten Dokumentation sind offenbar das individuelle Selbstvertrauen im Umgang mit Computern sowie die Akzeptanz des im Dokumentationssystem abgebildeten Pflegeprozesses (Ammenwerth et al. 2002, 2003; Mahler et al. 2003). Darüber hinaus scheint der soziale Kontext des Kollegenkreises die Technikakzeptanz erheblich zu prägen: Die Pflegekräfte üben innerhalb von Arbeitsteams oder Schichtbesetzungen untereinander einen wesentlichen Einfluss auf die Nutzungsbereitschaft der Technologie aus, während z. B. bei Ärzten eher das individuelle Nützlichkeitskalkül für die Akzeptanz ausschlaggebend ist (Holtz et al. 2011). Gegenüber diesen Faktoren findet sich wenig Übereinstimmung zu der Position, das Alter per se als Prädiktor für die Technikakzeptanz zu betrachten (Fleischmann 2010). Zudem sind Technikeinstellungen nicht als statische Größen zu betrachten, sondern sie können sich während der Einführung von IT-Systemen und mit zunehmender Nutzungsdauer wandeln. So kann insbesondere in der Einführungsphase der Stress durch zusätzlichen Arbeits- und Zeitaufwand steigen, während der Nutzen der neuen Technik noch nicht unmittelbar erfahrbar ist (Ammenwerth 2006).

Bisher kaum thematisiert ist die Frage, inwiefern durch EDV-gestützte Dokumentationssysteme die Möglichkeiten der betrieblichen Kontrolle ausgeweitet werden. In der Regel ist es für die Leitungskräfte der Einrichtungen möglich, den Stand der pflegerischen Handlungen quasi in Echtzeit für jeden einzelnen Bewohner bzw. Patienten zu überprüfen. Zudem ist eine Auswertung von Leistungen, Zeitverzögerungen oder Fehlern der einzelnen Pflegekräfte möglich. Insofern wird die eigentliche Pflegearbeit „am Bett“ unmittelbar transparent gemacht. Eine Regulierung der Nutzung dieser Daten, etwa durch Betriebsvereinbarungen, unterbleibt häufig schon allein deshalb, weil in der Branche nur schwache Strukturen der betrieblichen Interessenvertretung bestehen. In einer britischen Studie kritisierten Pflegekräfte aus stationären Einrichtungen eine mittels EDV-basierter Dokumentationssysteme erhöhte Kontrolle ihrer Arbeitsleistungen und reklamierten in Abgrenzung zur Kontrolle durch Technik und Management die Pflegebeziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigen als Kern „guter Pflege“, welcher sich nicht in standardisierten Datensätzen abbilden lasse (Brown et al. 2010).

Die Digitalisierung der Dokumentation und die damit verknüpfte datentechnische Unterlegung des Pflegeprozesses sind diejenigen technischen Innovationen, die sich im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege derzeit am deutlichsten durchsetzen. Die Definition und Steuerung des Pflegeprozesses wird dadurch von den Lei-

tungs- und Fachkräften weg „in das System“ hinein verlagert. Es verringern sich damit tendenziell die Spielräume für Abwägungs- und Aushandlungsprozesse über die Richtigkeit oder über Ausführungsvarianten der einzelnen Pflegeschritte. Situative Abweichungen werden zwar nicht unmöglich, aber meist begründungspflichtig und unmittelbar für die Leitungskräfte transparent. Neben dem oben angedeuteten Aspekt der betrieblichen Kontrolle bleibt offen, ob die EDV-Dokumentation im Arbeitsalltag als sinnvolle Unterstützung oder möglicherweise auch als Parzellierung und Fremdleitung der originären Pflegearbeit wahrgenommen wird. Zu den Folgewirkungen der Informatisierung der Dienstleistungsarbeit in der Pflege besteht insofern noch ein erheblicher Bedarf an empirischer Arbeitsforschung.

3.2 Monitoring und Personenortung

Der aus dem Englischen stammende Begriff des Monitoring steht für die Dauerbeobachtung eines bestimmten Systems. Im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen steht er als Überbegriff für die Beobachtung und Überwachung von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Das Monitoring von Daten ermöglicht die technisch gestützte Erbringung medizinischer und pflegerischer Leistungen, bei denen zwischen dem Leistungserbringer und -empfänger eine räumliche Distanz besteht (Telecare bzw. Telemedizin). Dazu werden Daten (wie z. B. Blutdruck, Puls, Gewicht oder Blutzucker) beim Patienten gemessen oder – etwa bei der Nutzung „intelligenter“ Haustechnik – über Sensoren (Sturzmatten, Temperatur-, Wasser- und Gassensoren) erfasst und übertragen. Eine Rückkoppelung erfolgt über ein telefonisches oder videotelefonisches Gespräch zwischen Arzt bzw. Pflegekraft und Patient, in dem die Diagnosestellung und/oder das Versorgungsproblem und etwaige (therapeutische) Maßnahmen besprochen werden. Die Pflegeleistungen werden schließlich unter Anleitung durch pflegende Angehörige und/oder die Pflegebedürftigen selbst erbracht (Schlachta-Fairchild et al. 2008). Diese Art und Weise, medizinische und pflegerische Leistungen über Distanzen hinweg zu organisieren, hat in den letzten drei Jahrzehnten – beflügelt unter anderem durch die Fortschritte in der Breitbandtechnologie (Telefonnetze, Übertragungstechnik), in der Sensortechnik sowie durch die gesteigerten Rechnerkapazitäten – international erheblich an Bedeutung gewonnen. Als ein spezieller Teilbereich des Monitorings kann darüber hinaus der Einsatz von Personenortungssystemen für räumlich desorientierte Personen (zum Beispiel Menschen mit Demenz) betrachtet werden, welcher in der stationären Pflege zunehmend diskutiert wird. Die Nutzer tragen dabei einen Sender z. B. als Halskette, Armband, Uhr oder als kleines, Handy-ähnliches Gerät. Auf Anforderung oder kontinuierlich wird über GPS die Position der Person an einen Rechner gesendet, welcher die exakte Position bis auf circa 5 Meter genau ermitteln und darstellen kann (Müller 2010). In stationären Wohnformen kann ein Personenortungsgerät so eingestellt werden, dass ein Signal ertönt oder eine Pflegekraft über ein mobiles Endgerät informiert wird, wenn die entsprechende Person einen definierten Bereich verlässt.

Für den Aufbau von Systemen, die es erlauben, Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen „ferngesteuert“ zu erbringen, findet sich eine Reihe von Argumenten:

- Menschen können länger zu Hause wohnen und versorgt, Heim- und Krankenhauseinweisungen verhindert oder zumindest verzögert werden (Ray 2013; Proctor 2007; Beale et al. 2010). Es wird darin quasi eine „win-win“ Situation gesehen, wenn die Lebensqualität der Menschen erhalten werden kann und gleichzeitig Kosten für das Gesundheitssystem gespart werden können.
- Durch die technisch mögliche räumliche und zum Teil auch zeitliche Trennung zwischen Arzt bzw. Pflegekraft und Pflegebedürftigem bzw. Patient ist es leichter bzw. wird es erst möglich, Menschen auch in dünn besiedelten Regionen in die pflegerische Versorgung einzubeziehen. Längere Reisen zum nächsten Arzt können unter Umständen substituiert werden. Dies ist etwa in den USA, aber auch in einigen Regionen Nord- und Südeuropas ein wichtiger Aspekt (Väyrynen et al. 2006; Johansson et al. 2014; López et al. 2010; Gibson 2013).
- Die Beaufsichtigung von Personen mit kognitiven Einschränkungen und räumlicher Desorientierung könnte über Personenortungssysteme deutlich erleichtert werden, ohne deren Bewegungsfreiheit direkt einschränken zu müssen (Marshall 2011).

In Großbritannien konnte mit der Einrichtung eines Telecare-Angebots eine Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und Heimaufnahmen sowie eine verbesserte Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt erreicht werden. Ebenso wurden positive Effekte für die Lebensqualität und die Gesundheit der Teilnehmer sowie für die Situation pflegender Angehöriger konstatiert (Beale et al. 2010).

Wie ist nun die Rolle der professionell Pflegenden in Systemen von Telemedizin oder Telecare zu betrachten? Wie sehen die Pflegekräfte diese neuen Technikanwendungen? Generell können Pflegekräfte sehr unterschiedlich in solche Systeme eingebunden sein: So können sie bei der medizinischen Behandlungspflege am Patienten per Videotelefonie von Ärzten in der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Aktivitäten beraten und begleitet werden. Sie sind in diesem Falle zwar die Anbieter von Pflege am Patienten zu Hause, aber zugleich auch die Adressaten des videogestützten Beratungsangebots. In einem anderen Setting übernehmen die Pflegekräfte selbst die Intervention per Videotechnologie, ohne beim Patienten vor Ort zu sein. Hier wandelt sich die direkte Pflegearbeit in eine Beratungsfunktion für Kranke, Pflegebedürftige und deren pflegende Angehörige. Schließlich gibt es Modelle, bei denen Pflegekräfte in multidisziplinäre Teams eingebunden sind, die die Beratung und Unterstützung von Patienten per Videotelefonie wahrnehmen. Dort sind sie gefordert, die pflegerische Perspektive nicht nur gegenüber den Patienten und ihren Angehörigen zu vermitteln, sondern auch innerhalb des Teams zur Geltung zu bringen (Wright et al. 2001). Insgesamt wurden – jenseits der Reklamation technischer Insuffizienzen – eher positive Rückmeldungen der Pflegekräfte zu dieser Technikanwendung verzeichnet. Gerade in ländlichen Bereichen scheinen die Patienten per Videotelefonie leichter erreicht und lange Anfahrtswege, persönliche Arzttermine und Krankenhauseinweisungen vermie-

den werden zu können. Allerdings wurde der fehlende persönliche Kontakt zum Patienten als Nachteil gewertet; vertrauliche Gespräche über sensible Themen scheinen erschwert mit Risiken von Informationsverlusten und mit einer möglichen Vernachlässigung entsprechender Bedarfe der Patienten und ihrer Angehörigen (ebenda; Johannsson et al. 2014). Das Problem der Distanz wirft die Frage auf, wie ein emphatisches Verständnis der Person noch möglich ist. Gerade dieses substanzielle Wissen um den Patienten und das „Kennen“ der Person als Grundlagen für eine ganzheitliche Pflege waren bisher immer an die physische Präsenz der Pflegekräfte und eine Face-to-Face-Kommunikation gebunden gewesen. Durch telemedizinische Anwendungen wird ebendiese physische Nähe aufgehoben und die dadurch geprägten Sichtweisen möglicherweise verschoben (Nagel et al. 2012). Nonverbale Ausdrucksformen wie Mimik, Gestik und Berührungen können nur noch eingeschränkt registriert werden. Diese Lücken in der Wahrnehmung und im Wissen um den Patienten in einer technisch gestützten Beziehung über Distanz zu bearbeiten, wird als eine wichtige künftige Herausforderung an die Pflegekräfte gesehen (ebenda). Erste Erfahrungen zur Arbeitssituation von professionellen Pflegekräften in einem Call-Center zeigen zudem, dass die Realität der komplexen Beratungsanforderungen nur sehr bedingt in die standardisierten Prozeduren überführbar ist (Russel 2012). Ein kritischer Punkt liegt unter anderem auch darin, dass die Pflegekräfte an Entwicklung und Auswahl der technischen Systeme nicht hinreichend beteiligt waren und ihre arbeitsprozessbezogenen Erfahrungen nicht einbringen konnten (ebenda; Väyrynen et al. 2006).

Die Effekte des Einsatzes von Personenortungssystemen auf die Arbeit der Pflegekräfte sind bisher kaum diskutiert worden. Die Versorgung, Betreuung und Beaufsichtigung dementiell erkrankter Menschen prägt jedoch den Alltag in der stationären Pflege – rund zwei Drittel der Bewohner leiden an psychischen Erkrankungen, darunter am häufigsten an einer Demenz (Höft 2009). In vielen Fällen zeigen die Bewohner „herausforderndes Verhalten“ mit einer erhöhten Unruhe und Mobilität („Hinlaufendenzen“), die zu unübersichtlichen und riskanten Situationen führen können. Für die Pflegekräfte resultieren daraus erhebliche Stressbelastungen. Noch immer kommt es vor, dass Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen sediert und fixiert werden (Weyerer et al. 2005). Eine unübersichtliche architektonische Situation kann die Belastung der Pflegekräfte noch erhöhen, weil sie die Bewohner nicht permanent im Blick haben können und fürchten, dass Menschen mit Demenz das Haus oder die Wohneinheit verlassen und sich selbst oder andere z. B. durch unangemessenes Verhalten im Straßenverkehr gefährden könnten (Sowinski et al. 2014). Durch Personenortungssysteme könnte somit die Stressbelastung des Personals reduziert werden, die aus der Aufsichtsverantwortung für sehr unruhige und mobile Bewohner resultiert. Auf der anderen Seite stehen Befürchtungen, dass durch den Einsatz dieser Technik sich die Beziehungsarbeit in der Pflege zur „Überwachungsarbeit“ am Terminal wandeln könnte und Pflegekräfte sich weniger auf professionelle Menschenkenntnis, Erfahrung und Intuition abstützen als auf eine Aufenthaltskontrolle durch ein technisches System.

Telemetrische Anwendungen im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung dürften in Zukunft – vor dem Hintergrund des nicht nur in Deutschland be-

stehenden Kostendrucks im Gesundheitswesen und angesichts des Fortschritts in der Verfügbarkeit entsprechender Technologien – insbesondere in großflächigen, dünn besiedelten Regionen weiter an Bedeutung gewinnen. Sie bringen eine Reihe von Fragen mit sich, die bisher in der Forschungsliteratur zwar angerissen, aber noch nicht erschöpfend beantwortet sind: Wie weit lassen sich die Bedarfe an Pflege, Unterstützung und Beratung tatsächlich über Distanzen hinweg zufriedenstellend bearbeiten? Wie weit kann „Pflege am Überwachungsstand“ bzw. vom Telefon aus ko-präsente Pflegearbeit und Betreuung ersetzen? Wie verändert sich das professionelle Handeln von Pflegekräften, wenn sie vor Ort unter ärztlichem Monitoring erweiterte medizinische Handlungen ausführen (also partiell ärztliche Präsenz ersetzen)? Wie sehen Arbeitszuschnitte und Kompetenzanforderungen für Pflegekräfte aus, die aus einem Call-Center heraus Telecare anbieten? Zu diesen Fragen besteht am Beispiel konkreter Anwendungen noch weiterer Forschungsbedarf.

4. Resümee: Technikeinsatz in der Pflege als Herausforderung für Pflegewissenschaft und empirische Arbeitsforschung

Die hier skizzierten Praxisfelder des Technikeinsatzes verweisen auf weit reichende Veränderungen der Pflegearbeit. Spezialisierte hochtechnisierte Pflegedienstleistungen, etwa die außerklinische Intensivpflege, gewinnen zudem an Bedeutung. Weitere Innovationen, etwa assistierende oder emotionale Roboter, rücken bereits in den Horizont, auch wenn ihre Chancen auf einen breiteren Einsatz im Pflegealltag bisher noch schwer abzuschätzen sind. Wichtige Treiber der Entwicklung sind zum einen die in den vergangenen Jahren enorm gewachsenen Potenziale der Informations- und Kommunikationstechnik. Zum anderen steht die Langzeitpflege unter enormem Finanzierungsdruck und zugleich vor großen Herausforderungen durch den demografischen Wandel und den damit einhergehenden wachsenden gesellschaftlichen Bedarfen. Die Anbieter von Pflegedienstleistungen stehen also vor der Frage, ob und wie sie durch den Einsatz von Technik qualitativ hochwertige Pflege mit einer höheren Effizienz anbieten können. Wie sich die Pflegearbeit und die Situation der Beschäftigten durch einen forcierten Technikeinsatz in der Pflege wandeln, ist im politischen und wissenschaftlichen Diskurs bisher eher ein Randthema. Ebenso ist die Frage zu beantworten, welche Technologietypen unter dem Aspekt der Pflegequalität und der Arbeitsqualität professionell Pflegenden tatsächlich wünschenswert sind. Hier sind vor allem die Pflegenden selbst und ihre berufspolitischen Verbände gefordert, die Arbeitsgestaltung in der Pflege auch mit Blick auf den Technikeinsatz zu thematisieren und zu politisieren.

In der wissenschaftlichen Betrachtung der Pflegearbeit bündeln sich die Perspektiven der Pflegewissenschaft wie auch der empirischen sozialwissenschaftlichen Arbeitsforschung. Erstere kann die Basis liefern für einen Grundkonsens „guter Pflege“ und „guter Arbeit“, welcher technisch-funktionalistischen Reduzierungen der Pflegearbeit und ökonomischen Sachzwängen entgegengesetzt werden könnte. Letztere kann mit einer differenzierten Betrachtung der gesellschaftlichen und politischen Rahmenbe-

dingungen, der betrieblichen Strategien der Träger und Einrichtungen sowie des individuellen Arbeitshandelns der Pflegekräfte wertvolle Beiträge zum Verständnis der Handlungsrationalitäten und Interessen des Technikeinsatzes sowie für arbeitspolitische Gestaltungsansätze in diesem Feld liefern.

Literatur

- Adaskin, E./Hughes, L./McMullan, P./McLean, M./McMorris, D. (1994): The Impact of Computerization on Nursing: An Interview Study of Users and Facilitators. *Computers in Nursing* 3, 141-148
- Albrecht, M./Wolf-Ostermann, K./Friesacher, H. (2010): Pflege und Technik – konventionelle oder IT-gestützte Pflegedokumentation – spiegelt die Praxis den theoretischen Diskurs wider? *Pflegewissenschaft* 1, 34-46
- Althammer, T./Sehlbach, O. (2012): Mehr schlecht als Recht. Zum aktuellen Stand von Datenschutz und Datensicherheit in der Pflege und im Sozialwesen 2012. Ergebnisse einer Befragung von 295 Leitungskräften in stationären Einrichtungen in Deutschland. Burgwedel
- Ammenwerth, E./Iller, C./Mahler, C./Kandert, M./Luther, G./Hoppe, B./Eichstädter, R. (2002): Einflussfaktoren auf die Akzeptanz und Adoption eines Pflegedokumentationssystems. PIK-Studie 2002 – Universitätsklinikum Heidelberg. Innsbruck
- Ammenwerth E./Eichstädter R./Schrader U. (2003): EDV in der Pflegedokumentation. Ein Leitfaden für Praktiker. Hannover: Schlütersche
- Ammenwerth, E. (2006): The Nursing Process and Information Technology. In: Habermann, M./Uys, L. (Eds): *The Nursing Process. A Global Concept*, Edinburgh: Elsevier, 61-75
- Bär, T. (2002): Schnell, sicher, übersichtlich. Eine EDV-gestützte Pflegedokumentation bietet zahlreiche Vorteile. In: *Altenheim* 12, 42-45
- Barnard, A./Cushing, A. (2001): Technological and Historical Inquiry in Nursing. In: Locsin, R. (Ed.): *Advancing Technology, Caring, and Nursing*. Westport, London: Auburn House, 12-21
- Beale, S./Truman, P./Sanderson, D./Kruger, J. (2010): The Initial Evaluation of the Scottish Telecare Development Program. *Journal of Technology in Human Services* 28, 60-73
- Brown, K./Korczynski, M. (2010): When Caring and Surveillance Technology Meet. *Organizational Commitment and Discretionary Effort in Home Care Work*. In: *Work and Occupations* 3, 404-432
- Darmann-Finck, I./Friesacher, H. (2009): Professionalisierung muss am Kern des Pflegerischen ansetzen. Editorial. *IPP-Info* 7, 1-2
- Engesmo, J./Tjora, A. (2006): Documenting for whom? A symbolic interactionist analysis of technologically induced changes of nursing handovers. *New Technology, Work and Employment* 2, 176-189
- Fleischmann, N. (2010): Die Einstellung von Pflegenden zu IT-gestützter Dokumentation. In: Güttler, K./Schoska, M./Görres, S. (Hrsg.): *Pflegedokumentation mit IT-Systemen. Eine Symbiose von Wissenschaft, Technik und Praxis*. Bern: Huber, S. 101 – 111
- Friesacher, H. (2010): Pflege und Technik – eine kritische Analyse. In: *Pflege und Gesellschaft* 4, 293-313
- Gibson, H. (2013): *Medicine+ Technology+ Telecommunications = Telemedicine*. www.caregiver.com [Stand: 2013-03-01]
- Gruber, E./Kastner M. (2005) : *Gesundheit und Pflege an der Fachhochschule ?* In: Schriftenreihe des Fachhochschulrates 11, Wien
- Goffman, Erving (1971): *Verhalten in sozialen Situationen. Strukturen und Regeln der Interaktion im öffentlichen Raum*. Gütersloh: Bertelsmann Fachverlag
- Haubner, D./Nöst, S. (2012): Pflegekräfte - die Leerstelle bei der Nutzerintegration von Assistenztechnologien. In: Shire, Karen A.; Leimeister, Jan Marco (Hrsg.): *Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft*. Wiesbaden: Springer-Gabler, 3-30
- Hielscher, V./Nock, L./Kirchen-Peters, S./Blass, K. (2013): *Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit*. Wiesbaden: Springer VS

- Hielscher, V. (2014): Technikeinsatz und Arbeit in der Altenpflege. Ergebnisse einer internationalen Literaturrecherche. iso-Report Nr. 1. www.iso-institut.de
- Höft, B. (2009): Die Versorgung von demenzkranken Heimbewohnern durch eine gerontopsychiatrische Institutsambulanz. In: Adler et al. (Hrsg.): Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Stuttgart: Kohlhammer: 223-226
- Holtz, B./Krein, S. (2011): Understanding Nurse Perceptions of a Newly Implemented Electronic Medical Record System. In: *Journal of Technology in Human Services* 4, 247-262
- Hülsken-Giesler, M. (2007): Pflege und Technik – Annäherung an ein spannungsreiches Verhältnis. Zum gegenwärtigen Stand der internationalen Diskussion. In: *Pflege* 20, 103-112 (Teil 1) und 164-169 (Teil 2)
- Johansson, A./Lindberg, I./Söderberg, S. (2014): The Views of health-care personnel about video consultation prior to implementation in primary health care in rural areas. In: *Primary Health Care Research & Development* 2, 170-179
- López, D./Callén, B./Tirado, F./Domènech, M. (2010): How to become a guardian angel. Providing safety in a home telecare service. In: Mol, A./Moser, I./Pols, J. (Eds.): *Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Bielefeld: Transcript, 73-92
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2005): Grundsatzstellungnahme: Pflegeprozess und Dokumentation. Essen
- Mahler, C./Renz, A./Kandert, M./Spies, P./Hoppe, B./Eichstädter, R./Ammenwerth, E. (2003): Die Einführung rechnergestützter Pflegedokumentation am Beispiel von PIK – Grenzen und Möglichkeiten. Erfahrungen aus einem Pilotprojekt. *Pflegeinformatik* 11, 68-74
- Marshall M. (2011): „Wandering“ unterschiedliche Blickwinkel, in: Marshall M./Allan K. (Hrsg.): „Ich muss nach Hause – Ruhelos umhergehende Menschen mit einer Demenz verstehen. Bern: Huber, 19-26
- Meyer, J./Fleischmann, N. (2012): Der Einfluss von IT auf die Qualität der Pflegedokumentation. In: *Pflegewissenschaft* 5, 299-302
- Müller, C. (2010): Mit GPS Demenzkranke orten können. In: *AVG bewegt*, S. 3
- Murphy, C./Maynard, M./Morgan, G. (1994): Pretest and Post-test Attitudes of Nursing Personnel toward a Patient Care Information System. *Computers in Nursing* 5, 239-244
- Nagel, D./Pomerleau, S./Penner, J. (2012): Knowing, Caring, and Tele-health Technology: „Going the Distance“ in Nursing Practice. In: *Journal of Holistic Nursing* 2, 104-112
- Poissant, L./Pereira, J./Tamblyn, R./Kawasumi, Y. (2005): The Impact of Electronic Health Records on Time Efficiency of Physicians and Nurses: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Informatics Association* 5, 505-516
- Proctor, P. (2007): Telematics in Health and Nursing: The United Kingdom NHS Experience. In: Barnard, A./Locsin R. (Eds.): *Technology and Nursing. Practice, Concepts and Issues*. Houndmills, New York: Palgrave Macmillan, 91-107
- Ray, S. (2013): Telehealth Moves from the Doctor's Office to the home. www.caregiver.com (Stand: 2013-03-01]
- Rinard, R. (2001): Technology, De-skilling, and Nurses: The Impact of the Technologically Changing Environment. In: Locsin, R. (Ed.): *Advancing Technology, Caring, and Nursing*. Westport, London: Auburn House, S. 68-75
- Russell, B. (2012): Professional call centres, professional workers and the paradox of the algorithm: the case of telenursing. In: *Work, Employment and Society* 2, 195-210
- Schlachta-Fairchild, L./Elfrink, V./Deickman, A. (2008): Chapter 48 - Patient Safety, Telenursing, and Telehealth. In: Hughes, R. (Ed.): *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2687/> [Stand: 2014-04-02]
- Sellemann, B./Flemming, D./Hübner, U. (2010): Verbreitung von Informationssystemen in der Pflege. In: Gütler, K./Schoska, M./ Görres, S. (Hrsg.): *Pflegedokumentation mit IT-Systemen. Eine Symbiose von Wissenschaft, Technik und Praxis*. Bern: Huber, S. 71 – 86

- Sowinski, C./Kirchen-Peters, S./Hielscher, V. (2014): Praxiserfahrungen zum Technikeinsatz in der Altenpflege. Köln, Saarbrücken. (Unveröffentlichter Bericht)
- Statistisches Bundesamt (2011a): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2011b): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden
- Steffan, S./Laux, H./Wolf-Ostermann, K. (2007): Einstellungssache IT-gestützte Pflegedokumentation? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Printernet* 2, 94-101
- Väyrynen, S./Röning, J./Alakärppä, I. (2006): User-Centered Development of Video Telephony for Servicing Mainly Older Users: Review and Evaluation of an approach applied for 10 Years. *Human Technology. An Interdisciplinary Journal on Humans in ICT Environments* 2, 8- 37
- Vbw-Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (Hrsg.): *Pflegelandschaft 2030. Eine Studie der Prognos AG. München*
- Weyerer, S.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I. (2005): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen: Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. In: *ZGerontolGeriat*; 38: 85-94
- Windsor, C. (2007): Technological Change and Nursing: A Labour Process Theory Approach to the Shaping of Nursing Work. In: Barnard, A./Locsin R. (Eds.): *Technology and Nursing. Practice, Concepts and Issues*. Houndsmills, New York: Palgrave Macmillan, 147-157
- Wright, L./Pursley-Crotteau, S./Schlachta-Fairchild, L. (2001): Telehealth Nursing: Challenging Caring in Nursing. In: Locsin, R. (Ed.): *Advancing Technology, Caring, and Nursing*. Westport, London: Auburn House, 208-224
- Yu, P./Yiyu; C./Crookes, P. (2006): Computer-Based Nursing Documentation in Nursing Homes: A Feasibility Study. In: Park, H./Murray, P./Delaney, C. (Eds.) (2006): *Consumer-Centered Computer-Supported Care for Healthy People*. Amsterdam, Berlin, Oxford, Tokyo, Washington, DC.: IOS Press, 570-574
- Zieme, S. (2010): Auswirkungen IT-gestützter Pflegedokumentation auf die Pflegepraxis – eine Übersichtsarbeit. In: Güttler, K./Schoska, M./ Görres, S. (Hrsg.): *Pflegedokumentation mit IT-Systemen. Eine Symbiose von Wissenschaft, Technik und Praxis*. Bern: Huber, 87-99

Dr. rer. pol. Volker Hielscher (Korrespondenzadresse)

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso), Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken
hielscher@iso-institut.de

Dipl. Soz. Sabine Kirchen-Peters

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso), Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken
kirchen-peters@iso-institut.de

Dipl. Psych. Christine Sowinski

Kuratorium Deutsche Altershilfe, Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V., An der Pauluskirche 3
50677 Köln, christine.sowinski@kda.de

Thomas Beer, Helma Bleses, Sven Ziegler

Personen mit Demenz und robotische Assistenzsysteme

Ethnographische Erkundungen zu Randakteuren der Pflege

People with dementia and robotic assistance systems. Ethnographic explorations on the margins of nursing

Caring for people with dementia has gained enormous importance in social and scientific discussions. Nevertheless, a complex marginalization of the dementia phenomenon is observable. So far, robotic systems have rarely received attention in nursing research concerning dementia care.

The EmoRobot Project investigates robotic assistance systems as a supporting function for people with dementia in different disease states. It seeks to determine if and how robotic assistance systems that can also stimulate emotions are perceived by people with dementia. The multidisciplinary project is designed as an "interpretative study" and refers to multimethods ethnography.

By this article first heuristic assumptions of a ongoing study are presented, introducing a brief description of its unconventional methodological design in the field of nursing science.

Keywords

Dementia, marginalization, assistive robotics, multimethods ethnography

Obwohl die Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz einen enormen Stellenwert in der gesellschaftlichen und (pflege-)wissenschaftlichen Diskussion einnimmt, haben wir es dennoch mit einer vielschichtigen Marginalisierung des Demenzphänomens zu tun. Robotische Akteure sind in pflegewissenschaftlichen Untersuchungen zur Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz noch kaum präsent. Das Projekt EmoRobot beschäftigt sich mit der Erkundung des Einsatzes robotischer Assistenzsysteme als Unterstützung in der emotionsorientierten Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz in unterschiedlichen Demenzphasen. Ziel ist zu eruieren, ob und wie Personen mit Demenz robotische Assistenzsysteme, die (auch) Emotionen s(t)imulieren, wahrnehmen. Das multidisziplinäre Projekt ist als „interpretative Studie“ angelegt und rekurriert auf eine methodenplural arbeitende Ethnografie. Ziel der vorliegenden Schrift ist es, das in der pflegewissenschaftlichen Forschung noch wenig beschriebene, unkonventionelle methodische Vorgehen anwendungsbezogen vorzustellen und erste heuristische Annahmen der noch laufenden Studie zu präsentieren.

Schlüsselwörter

Demenz, Marginalisierung, robotische Assistenzsysteme, methodenplurale Ethnographie

eingereicht 14.4.2014

akzeptiert 15.12.2014

1. Personen mit Demenz am Rande der Gesellschaft

Demenz ist inzwischen ein viel diskutiertes Thema. Die scheinbar hinlänglich bekannten Phänomene des steigenden Gesamtalters und die Erkenntnis, dass sich mit zunehmendem Alter das Demenzrisiko erhöht, weisen zunächst auf eine quantitative Entwicklung des Demenzphänomens hin (Alzheimer Disease International 2013, Bickel 2012). Dies führte auch dazu, dass das Thema „einen enormen Stellenwert in der politischen, gesellschaftlichen und (pflege-)wissenschaftlichen Diskussion eingenommen hat“ (Ziegler et al. 2014). Gleichzeitig ist jedoch eine Marginalisierung des Demenzphänomens auf verschiedenen Ebenen zu erkennen. Die Pathologisierung von Personen mit Demenz als Demenzkranke führt dazu, dass sie zu Randakteuren werden. Mit, trotz und wegen ihres unterschiedlich starken Verlustes an kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten werden sie immer weniger in das gesellschaftliche Leben im Sinne einer sozialen Teilhabe eingebunden. Ihre Betreuung erfolgt zunehmend in einem „sozialen Schutzbereich“ (Schockenhoff 2005: 263), beispielsweise in einer Pflegeeinrichtung. Dies ist teilweise begründet in der durchaus hohen Belastung von Angehörigen und Betreuungspersonen.

Im SILQUA-Projekt¹ „Emotionen stimulierende Assistenzroboter in der Pflege und Betreuung dementiell erkrankter Menschen in der stationären Langzeitpflege“ (Emo-Robot) konzentriert sich eine interdisziplinäre Gruppe aus Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern der Hochschulen Fulda und St. Gallen, Informatikern der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg und Soziologen der Technischen Universität Dortmund insbesondere auf solche robotischen Assistenzsysteme, die bei Personen mit Demenz in verschiedenen Phasen (auch) Emotionen stimulieren (sollen). Die Studie wird in einem Lebenszentrum für Menschen mit Demenz durchgeführt.

Dabei verbindet sich die pflegewissenschaftliche Expertise mit dem spezifischen Fachwissen zur Robotik, womit sowohl die Anwendungsnähe als auch die wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Erfolgsaussichten gesichert werden sollen. Die Studie soll Erkenntnisse darüber generieren, ob und wie sich Akzeptanz von Assistenzsystemen in verschiedenen Demenzphasen² herstellen lässt, wenn das robotische Assistenzsystem in der Lage ist, neben rein technischen Verrichtungen auch Emotionen zu simulieren. Dabei spielen die Phänomene Wohlbefinden, Selbständigkeit, Selbstbestimmtheit und Sicherheit von Personen mit Demenz eine zentrale Rolle.

Damit lassen sich erstmals pflegewissenschaftlich fundierte Aussagen über Anforderungen an robotische Assistenzsysteme treffen, die für die Weiterentwicklung der rehabilitativen und sozial unterstützenden Robotik von erheblicher Bedeutung sein dürfen. Mittel- und langfristig wird es möglich, auf dieser Grundlage Assistenzsysteme zu entwickeln, die für den Einsatz sowohl in häuslichen wie auch stationär-pflegerischen

1 Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Ausschreibung SILQUA-FH (Förderkennzeichen: 03FH006SA3).

2 Zur Phaseneinteilung bzw. Identifikation orientiert sich die Forschergruppe am Phasenmodell nach Tessa Perrin (2008, 117ff). Sie unterscheidet in ihrem Modell zwischen der reflektierten, der symbolischen, der senso-motorischen und der Reflexphase.

Settings geeignet sind. Zu klären ist dabei, welche besonderen Schwerpunkte bei der Weiterentwicklung der Assistenzrobotik aus pflegewissenschaftlicher Sicht erfolgversprechend und aus technischer Sicht realisierbar sind.

1.1 Robotische Assistenzsysteme am Rande der Pflegewissenschaft

Der Einsatz von Assistenzrobotern als Unterstützung für die Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz ist spätestens seit dem Einsatz der Pflegerobbe „Paro“ Gegenstand der pflegewissenschaftlichen Diskussion (Klein et al. 2013, Moyle et al. 2013, Robinson et al. 2013). Ist jedoch von Robotern in der Pflege die Rede, geht es vorzugsweise um Service-Roboter, die das Pflegepersonal (zukünftig vielleicht auch Angehörige im häuslichen Setting) bei der Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten unterstützen, indem sie Routineverrichtungen oder Überwachungsaufgaben jenseits der direkten „Arbeit am Menschen“ übernehmen. In aller Regel weisen Beschreibungen eher am Rande darauf hin, dass Roboter auch „Unterhaltungsfunktionen“ übernehmen können bzw. sollen (vgl. Becker 2013, Graf et al. 2012; Compagna 2011; Graf et al. 2004; Bahadori et al. 2003; Pollack et al. 2005). Eine Vermittlung und Stimulation von persönlicher „Ansprache“ und emotionaler Zuwendung durch virtuelle oder körperliche Avatare, war bislang so gut wie kein Diskussionsthema. Robotische Assistenzsysteme lassen sich in zwei Anwendungsgruppen einteilen.

- Anwendungsgruppe 1: Assistenz wird in Form von physischer Arbeit geleistet – entweder autonom oder in Interaktion bzw. Kooperation mit Menschen.
- Anwendungsgruppe 2: Angebote beziehen sich auf eine psychische bzw. kognitive Assistenz.

Erstmals werden beide Anwendungsgruppen im BMBF-geförderten Forschungsprojekt EmoRobot in einem Lebenszentrum für Personen mit Demenz pflegewissenschaftlich untersucht, wobei das Interesse besonders der Anwendungsgruppe 2 gilt. Assistenzsysteme dieser Gruppe lassen sich auch als „Begleiter“ bezeichnen und dienen überwiegend als Forschungsvehikel, um Fragen der Interaktion zwischen Mensch und Maschine zu erkunden. Forschungsaktivitäten im Bereich der Mensch-Maschine-Interaktion haben häufig zum Ziel, Roboter über menschliche Kommunikationsmodalitäten wie Sprache, Mimik oder Gestik für Aufgaben anzulernen und zu programmieren („Mensch an Roboter“). Zumindest ebenso und insbesondere pflegewissenschaftlich von Interesse ist jedoch die andere Richtung des Kommunikationswegs: „Roboter an Mensch“.

Hier steht die Interaktion mit Menschen im Vordergrund und damit die soziale Komponente mit allen sozialen wie gesellschaftlichen Implikationen im Mittelpunkt, da die Systeme den Menschen als „Begleiter“, „Gefährten“ oder „Ansprechpartner“ dienen sollen (Becker et al. 2013: 21). Zu berücksichtigen ist auch die kontroverse Diskussion, ob überhaupt von einer (sozialen) Interaktion die Rede sein kann (vgl. als Überblick Becker et al. 2013: 59–62) oder ob eher von „parasozialer Interaktion“ (Gutmann 2011: 11) bzw. von „hybridem Austausch“ (Krummheuer 2011: 35), oder gar ei-

ner „halbsozialen Kommunikation“ gesprochen werden muss, um einer Vermenschlichung und damit einhergehenden Erwartungen vorzubeugen, die gegebenenfalls nicht erfüllbar sind (Krummheuer 2011: 38).

Auch der „Status“ eines robotischen Assistenzsystems als „Akteur“ oder „künstlicher sozialer Akteur“ (Becker et al. 2013: 57) bzw. als „Agent“, „Aktant“ (vgl. z.B. Fink et al. 2011; siehe auch Latour 2006) oder mit den Worten von Pfadenhauer et al. auch „[...] *integrales und interpretationsbedürftiges Moment sozialen und kommunikativen Handelns*“ (Pfadenhauer et al. 2014: 206) kann bei einem ersten Überblick noch keineswegs als geklärt gelten.

Weyer und Fink betonen, dass die entscheidende Frage nicht darauf abzielt, „[...] *ob Menschen und Maschinen miteinander interagieren, sondern wie diese Interaktion konkret funktioniert*“ (Weyer et al. 2011: 40). Der Schwerpunktsetzung auf das Wie schließen wir uns grundsätzlich an, obgleich die Frage nach dem Ob als bedingende Voraussetzung sich nicht gänzlich ausklammern lässt.

Das multidisziplinäre Forschungsprojekt untersucht noch bis Mitte 2016 folgende robotische Assistenzsysteme mit unterschiedlichen Verkörperungen bzw. körperlichen Ausgestaltungen:

1. Service-Roboter (Anwendungsgruppe 1: System Care O Robot „Jenny“ und „Jonny“), die z.B. Essen oder Gegenstände verbringen können.
2. „Edutainment“ oder „Social Robots“ (sog. humanoide Roboter) (Anwendungsgruppe 2: System „Zeno“ mit ausgeprägter Mimik und Sprachfunktion in Form eines Roboterjungen.
3. Telepräsenzsysteme. (Anwendungsgruppe 2: System „Double“).³

In der englischsprachigen Literatur hat sich für Verkörperungen der Begriff *embodiment* etabliert. Am einen Ende der Bandbreite von *embodiments* steht der Einsatz eines virtuellen Avatars in einer virtuellen Welt, die der realen Welt gegebenenfalls nachempfunden ist. Am anderen Ende stehen die realen Verkörperungen in Form von Robotern in unterschiedlichen Ausprägungen, beispielsweise in Form von Humanoiden, Roboterköpfen mit aktuierbarer Mimik oder sogenannten Roboterhaustieren (*robot pets*). Dazwischen stehen die sogenannten Telepräsenzsysteme, die bisher im Wesentlichen Videokonferenzen auf einer (fern-)steuerbaren Roboterplattform mit Bildschirm ermöglichen. Diese Systeme wecken aufgrund ihrer Gestaltung in der Regel ein positives emotionales Echo (Moyle et al. 2013), sind aber in ihrer technischen Leistungsfähigkeit und Bewegungsfähigkeit eher eingeschränkt. Als essentielle Anforderung gilt für alle genannten Systeme, dass sie auf die eine oder andere Art Emotionen visualisieren bzw. demonstrieren und in der Interaktion eine breite Palette menschlicher Gefühlsregungen auslösen können. Dies lässt sich u. a. mithilfe von sprachlichen Äußerungen, Geräuschen (z. B. Lachen), Bewegungen und künstlichen, aktuieren Gesichtern der Assistenzroboter realisieren. Besonders wichtig für den Aufbau einer

³ Alle Systeme werden vorgestellt auf der Projekt-Homepage: <http://emorobot.inf.h-brs.de/roboter/> (abgerufen 04.12.2014)

emotionalen Verbundenheit ist die Fähigkeit, Augenkontakt mit dem Benutzer zu halten (vgl. bereits Kleinke 1986). Zudem verfügen einige der genannten Systeme über Sensoren, die Berührungen registrieren und je nach Art und Stärke der Berührung „menschliche“ Reaktionen zeigen. Positive Ergebnisse lassen sich beispielsweise bei autistischen Kindern berichten, die sich gegenüber Robotern offensichtlich bereitwilliger öffnen als bei einer Kommunikation mit einem menschlichen Gegenüber (Robins et al. 2005).

Für Personen mit Demenz gibt es erste Ergebnisse mit dem Roboter-Seehund Paro. Diese dokumentieren, dass anscheinend auf Stimulation von Emotionen ausgerichtete Interaktionen mit robotischen Systemen bei Personen mit Demenz einen stimmungsaufhellenden, stressreduzierenden sowie aktivierenden Effekt erzeugen und sich somit auch positiv auf den Demenzverlauf auswirken (vgl. Klein et al. 2013, Moyle et al. 2014, Bemelmans et al. 2012, Wada et al. 2008; Broekens et al. 2009). Auch Wada et al. (2008) vermuten, dass der Einsatz von Paro einen präventiven Effekt evoziert und sich somit eine positive Wirkung auf den Verlauf der Demenz zeigt. Bezüglich robotischer Systeme mit Servicefunktion ist anzunehmen, dass auch Personen mit einer beginnenden kognitiven Einschränkung (mild cognitive impairment) von diesen profitieren können. Sie erhalten Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens und können somit ihre Unabhängigkeit länger bewahren, wozu Erinnerungs- und Alarmfunktionen der Service-Roboter zusätzlich beitragen können (Moyle et al. 2014, Mordoch et al. 2013, Tiberio et al. 2011, Pollack 2005). Zusammenfassend ist jedoch zu konstatieren, dass die Studien in ihrer methodologischen sowie methodischen Verortung sehr indifferent sind und daher von einer gesicherten Erkenntnis nicht auszugehen ist (Mordoch et al. 2013).

1.2 Ziele und Inhalte des EmoRobot-Projektes

Bereits kommerziell verfügbare wie auch künftige Assistenzsysteme sollen Menschen in ihren jeweiligen Demenzphasen unterstützen. Es ist daher konfirmativ zu untersuchen, ob die genannten Systeme über „Kompetenzen“ verfügen, die notwendig sind, um sie als beschützende „Begleiter“ einzusetzen und / oder um biographiebezogene Erinnerungsangebote zur Verfügung zu stellen. Die „Kompetenz“ zur Setzung und Erzeugung sensomotorischer Reize halten wir für eine spezifische Anforderung an die Robotik, um – wenn überhaupt – den Bedürfnissen von Personen mit Demenz in der fortgeschrittenen Phase zu entsprechen. Die aus Sicht der Ingenieurwissenschaften wesentliche offene Fragestellung betrifft die Situationseinschätzung, d. h. insbesondere die Bewertung des emotionalen Zustandes des mit dem robotischen Assistenzsystem interagierenden Menschen, die Selbstadaption des Systems und die situationsangemessene Ansprache des Menschen.

Die Studie will demnach Aussagen zur (potenziellen) Eignung derartiger Systeme zur Förderung von Wohlbefinden, Selbstständigkeit, Selbstbestimmtheit und Sicherheitsempfinden von Personen mit Demenz generieren und daraus (auch) Anforderungsprofile für die technische Weiterentwicklung der Robotik ableiten.

Bei der Studie nähern wir uns der Thematik im Rahmen eines Modellversuchs weniger von der „Entwicklungslogik“ (der Erkrankung) noch von der technischen Entwicklung, sondern vielmehr von der „Pflege- bzw. Betreuungslogik“. Dabei lassen wir uns (in den ersten Feldphasen) von folgenden Fragen leiten:

1. Wofür halten Personen mit Demenz emotionsstimulierende Assistenzsysteme (unterschiedlicher Art)?
2. Wie reagieren Menschen in verschiedenen Phasen der Demenz in unterschiedlichen Situationen ihres Alltags auf emotionsstimulierende Assistenzsysteme (unterschiedlicher Art)?
3. Welche ethischen Fragen ergeben sich aus dem Einsatz von emotionsstimulierenden Assistenzsystemen bzw. Avataren mit Blick auf Personen mit Demenz?

1.3 Die Vulnerabilität von Personen mit Demenz

Die Forschergruppe ist sich der Problematik von Interventionsforschung mit Personen mit Demenz und insbesondere ihrer (im Verlauf zunehmend eingeschränkten) Zustimmungsfähigkeit bewusst. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema geht sehr viel weiter als in einem kurzen Abschnitt dieses Beitrages darstellbar ist. Daher verzichten wir an dieser Stelle auf weitere Ausführungen und verweisen auf den Beitrag „Entsprechend dem (mutmaßlichen) Willen!“ im vorliegenden Heft. Er widmet sich dieser Thematik grundsätzlich und rekuriert dabei auf dasselbe Projekt.

2. Methodische Vorgehensweise

2.1 Der ethnographische „Randgänger“

Demenzassoziierte Phänomene sind in der Mitte unserer Gesellschaft angekommen. Dabei werden aber gerade jene Personen, bei denen sich diese zeigen, zunehmend marginalisiert und – unter den Blickwinkel des „Versorgungsfalles“ – zu Akteuren am gesellschaftlichen Rand. Um diese Randständigkeit aus pflegewissenschaftlicher Perspektive zu erkunden, bedarf es einer phänomenologisch-hermeneutischen Methodologie, in der sich auch die lebensweltanalytische Ethnographie verortet. Diese verbindet phänomenologische und ethnographische Methoden, bei der Forschende die Nähe des Forschungsobjektes (auf)suchen, um hier das Fremde und Unbekannte zu entdecken (Honer 1989, Honer 1993, Honer 2000). Jedoch fristet die lebensweltanalytische Ethnographie in der nach Evidenzbasierung eifernden und theoriefernen Pflegewissenschaft gleichfalls ein randständiges Dasein.

Aus dieser wechselseitigen Perspektive ergibt sich die Frage, ob sich belastbare Erkenntnisse zur Lebenswelt von randständigen Akteuren am ehesten mit ausgesuchten Methoden gewinnen lassen, die – gerade weil sie über das Übliche in der Pflegewissenschaft hinaus gehen – eben jenes Fremde und Unbekannte zu Tage bringen als ggf. nur das schon Bekannte zu bestätigen. Denn gerade die lebensweltanalytische Ethnographie interessiert sich dafür, wie es jenen ergeht und was jenen wichtig ist, für die man

sich – warum auch immer – interessiert, um deren lebensweltliche Wirklichkeit kontrolliert zu rekonstruieren (vgl. Honer 2011, Beer et al. 2012). Wir interessieren uns für Personen mit Demenz und – unter dem Blickwinkel eines verantwortlichen Einsatzes von robotischen Assistenzsystemen – dafür, ob, wie, wann und warum sie mit einem solchen System kommunizieren, respektive interagieren, und welche Zuschreibungen diese Systeme von Personen mit Demenz erhalten. Um diesen Fragen nachzugehen, begeben wir uns in die Lebenswelt der Betroffenen und betreten ihr „Terrain“, um von ihnen und mit ihnen zu erfahren, was wir bisher nicht wissen und verstehen. Wir möchten also die Sinngehalte des Verhaltens und der Kommunikation von Menschen mit ihrer ‚ausgewählten‘ Assistenzrobotik ergründen.

Die Lebenswelt anderer Personen ethnographisch erkunden zu wollen, setzt an das Forschungsfeld und an den Forschenden bestimmte Standards und Anforderungen. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass die Erkundungen im rhythmischen Pendel zwischen Fremdheit und Vertrautheit stattfinden, was bis zur beabsichtigten zeitweiligen „Verkafferung“ (Hitzler 2007: 213), d. h. der Übernahme von Wert- und Lebenshaltungen der beobachteten Gruppe, führen kann. Dies impliziert, dass die/der Forschende selbst gleichfalls zum Forschungssubjekt wird. Sie/er entwickelt sich im Forschungsfeld zum Insider mit einer unverzichtbaren existenziellen Innensicht, indem sie/er wesentlich mit tut und nicht einfach so tut (Honer 1998) – ist damit mittendrin statt nur dabei. Dieses verfahrenstechnische Element des Mit-Erlebens bezeichnet die Protagonistin der lebensweltanalytischen Ethnographie, Anne Honer, als beobachtende Teilnahme (Honer 1998, Honer 2010), die neben der ernsthaften und authentischen Teilnahme auch die genaue Beobachtung der eigenen Teilnahme beinhaltet. *„Der teilnehmende Forscher ist auch immer sein eigener Informant, d. h., dass er auch immer mitzudenken hat, in welcher idealtypischen Rolle er gerade agiert: als Augenzeuge, als Insider, als Analytiker oder als Kommentator“* (Honer 1998: 301). Die besondere methodische Kompetenz des ethnographisch Forschenden besteht nun genau darin, dass er in der Lage ist, *„[...] erkenntnisoptimierend zwischen existentieller Nähe und analytischer Distanz zu changieren [...]“* (Hitzler 2007: 213).

Gerade die noch weitestgehend unerforschten Phänomene der „dementiellen Welt-erfahrungen“ erkunden und entdecken zu wollen, scheint eine mitunter unlösbare methodische Herausforderung zu sein, weil der oder die Forschende auf nicht unerhebliche Validationsprobleme stößt. Dies ist dadurch bedingt, dass Personen mit Demenz vermeintlich selbst den Bezug zu ihrer konfus wahrgenommenen Lebenswelt verloren haben und in ihrer, für Außenstehende gleichfalls konfus wirkenden, „je eigenen Lebenswelt“ (Honer 2011: 138) leben. Die Lebensbedingungen zwischen den Forschenden und den Personen mit Demenz scheinen sich mit der Zunahme der kognitiven Retardierung auf zeitlicher, räumlicher wie auch sozialer Ebene weit voneinander zu entfernen. Daher ist nicht per se von einer intersubjektiv geteilten lebensweltlichen Wirklichkeit auszugehen. Im ethnographischen Forschungsprozess können wir diese „konfuse“ Lebenswelt (wenn überhaupt) nur partiell „teilen“. Die Übernahme der Perspektive einer Person mit Demenz ist nicht möglich. Deshalb explorieren Forschende als „Randgänger“, um u. a. die lebensweltlichen „Wissensvorräte“ (Honer 2011a: 17)

zu erkunden, die nach Honer (2011c: 138) zu einer pseudo-phänomenologischen Beschreibung des Erlebens von Personen mit Demenz und ihren robotischen Assistenzsystemen führen. Nur indem Pflegeforscher als „Randständige“ das Forschungsfeld und die im Forschungsfeld lebenden und agierenden Akteure über einen längeren Zeitraum kennenlernen und begleiten, lassen sich interessierende Situationen und Prozesse adäquat beobachten, dokumentieren und damit die Voraussetzung schaffen, im Sinne einer fokussierten Ethnographie (vgl. hierzu Tuma et al 2013) gezielt videographieren.

2.2 Die Technik des ethnographischen Arbeitens in der Pflegewissenschaft: Unkonventionallität und Methodenpluralität

Honer (1999, 1993) bezeichnet die Ethnographie als „hemdsärmelige Praxis“, die sich bei der unkonventionellen Felderschließung (und nicht nur dort) am Diktum der „Grounded Theory“ „all is data“ (Glaser 2001: 145; Glaser et al. 1967) orientiert. Dieser offene, unstrukturiert erscheinende Einstieg der/des ethnographisch arbeitenden Pflegewissenschaftlerin/Pflegewissenschaftlers setzt voraus, nicht als Pflegeexpertin/Pflegeexperte und mit einer akademisch distanzierten, wissenden Haltung aufzutreten, sondern wissenssuchend, ihr/sein eigenes Alltags- und pflegerisches Fachwissen möglichst zurückzustellen und sich „absichtsvoll dumm“ zu verhalten (Honer 2011: 37). Auf diese Art und Weise kann sie/er vorsichtig, umsichtig und nachsichtig zu erkunden versuchen, was den anderen, für den sie/er sich interessiert, wichtig ist. Dieses Vorgehen geht über in einen fokussierten und strukturierten Prozess und ist kennzeichnend für das „Trichterprinzip“ der ethnographischen Forschungspraxis. Diese Praxis wird nachfolgend an unserer pflegewissenschaftlich ausgerichteten Ethnographie (Honer 1989) vorgestellt.

Der ethnographische Zugang zum Forschungsfeld in der Studie EmoRobot erfolgt methodenplural durch die Kombination und Integration mehrerer Verfahren der Datenerhebung (Hitzler et al. 2011; Hitzler 2007; Hitzler et al. 2003; Honer 2000; Honer 1989). Eingesetzt werden methodische Verfahren der teilnehmenden Beobachtung, der beobachtenden Teilnahme (vgl. hierzu Kapitel 2.1), der Videographie sowie der situativen Gespräche bzw. Interviews. Durch die Videographie sind zielgenaue, „mikroskopische“ Analysen vielfältiger Details möglich, die sich mit herkömmlichen rekonstruktiven Erhebungsmethoden nicht zum Datum machen lassen. Videodaten transportieren mehr und komplexere Wahrnehmungsaspekte (Bild, Ton, Bewegung etc.) als dies bei rekonstruktiven Aufzeichnungsmethoden (wie etwa Feldnotizen, Interviews, Tagebüchern) der Fall ist. Außerdem bietet das so gewonnene Material den Vorzug größerer Intersubjektivität, da es eine detaillierte gemeinsame Analyse in der Forschergruppe erlaubt. Besonders bedeutend sind die Vorteile der zeitlichen Struktur von Videodaten: In den Aufzeichnungen bleibt der Ablaufcharakter sozialer Handlungen erhalten. Diese lassen sich aufgrund der technischen Manipulierbarkeit (Slow Motion, Standbild, Rücklauf etc.) sehr genau in ihrer synchronen Struktur analysieren. Außer-

dem sind diachrone Vergleiche zwischen verschiedenen Sequenzen möglich (vgl. Knoblauch et al. 2009).

Zudem lassen sich die Deutungs- und Sichtweisen der Pflegeexpertin⁴, der professionell Pflegenden, der Betreuungspersonen sowie der teilnehmenden Personen mit Demenz mithilfe jeweils geeigneter, rezeptiver wie auch explorierender Interviews und situativer Gespräche erfassen (vgl. Honer 2011b; Honer 2003). Dabei soll aus deren Sicht deutlich werden, wie Personen mit Demenz auf emotionsorientierte Interventionen mit und ohne Unterstützung der assistierenden Robotik reagieren und – ebenso wichtig – wie sie selbst die Intervention erleben.

2.3 Zur Struktur der „formlosen“ Feldarbeit

Eingeschlossen in das interdisziplinäre Forschungsvorhaben sind Personen mit Demenz, die in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege leben sowie ihre betreuenden professionellen Pflegepersonen.

Während des dreijährigen Projektes werden in insgesamt vier Feldphasen Daten erhoben. Die Feldphasen gliedern sich in (1) eine Samplingphase, (2) eine Phase der Interventionsplanung und der robotischen „Verkörperung“, (3) eine Interventionsphase ohne robotische Assistenz, die als Kontrastfolie dient, sowie (4) eine Interventionsphase mit robotischer Assistenz. Die Forschenden der Pflegewissenschaft und der Informatik (Schwerpunkt: Autonome Systeme und Ambient Assistend Living) führen die Feldphasen interdisziplinär reflektierend durch. Im Folgenden sind die Inhalte der einzelnen Feldphasen grob beschrieben.

Samplingphase

Die Erkundungen im Forschungsfeld der stationären Langzeitpflegeeinrichtung beginnen mit unstrukturierten, beobachtenden Teilnahmen, um zunächst Vertrautheit mit dem Feld zu erreichen und das Sampling festzulegen. Hierzu arbeiten die Forschenden im Pflegealltag mit und gelangen damit direkt von der Randständigkeit in die Mitte des Forschungsfeldes. Das theoretische Sampling dient hier als Maxime mit Berücksichtigung des Prinzips der maximalen und minimalen Kontrastierung (vgl. Glaser et al. 1967; Kelle et al. 1999: 45). Ferner eruieren wir, welche Art von robotischen Assistenzsystemen wann und wie zum Einsatz kommen können. Aus Sicht der Informatik stehen hier insbesondere Erkenntnisse zur Sicherheit der Personen mit Demenz, der Pflegefachpersonen und der Assistenzsysteme selbst im Vordergrund. Ein weiterer wesentlicher Untersuchungsgegenstand sind Nutzerfreundlichkeit und die zukünftige (einfache) Bedienbarkeit der Systeme für die Pflegefachpersonen.

⁴ Es handelt sich um eine ausgewiesene Pflegeexpertin, die über eine abgeschlossene Krankenpflegeausbildung und über mehrere, einschlägige Zusatzqualifikationen verfügt und beim Praxispartner bedient ist.

Für die erste von vier Feldphasen konnten vier Personen gesampelt werden, die aufgrund von beobachtbaren Handlungs- und Verhaltensweisen in der reflektorischen, symbolischen und sensomotorischen Demenzphase zu verorten sind.

Phase der Interventionsplanung und der robotischen „Verkörperung“

In der Phase der Interventionsplanung erstellen wir individuelle Studienskripte für die Personen im Sample. Diese Skripte rekurrieren auf die Daten der analysierten Feldbeobachtungen, auf Gespräche mit den betreuenden professionellen Pflegepersonen und auf Dokumente. Während die Studienskripte kasuistische Angaben und daraus abgeleitete emotionsorientierte Interventionen beinhalten, werden die Interventionen selbst in ein Szenario mit und ohne robotische Assistenz (das für die Person aus dem Sample positiv besetzt ist) integriert.

Das Szenarium orientiert sich an einer bedeutsamen Alltagsaktivität (Berendonk et al. 2010), die einen lebensweltlichen Bezug erkennen lässt. Als Voraussetzung des kontrastierenden Vergleichs besteht zwischen den beiden entwickelten szenischen Interventionen ein übereinstimmendes inhaltliches Muster. Die entwickelten und umgesetzten robotischen Szenarien setzten sich mit Kognition und reminiszenzfördernden sowie assistiven Angeboten auseinander.

Auf Basis der beschriebenen Anforderungsanalyse findet die Entwicklung der robotischen „Verkörperung“ statt. Hierbei werden jene Verkörperungen schrittweise automatisiert, die eine positive Resonanz erzeugt haben. Dies geschieht jeweils für aufeinander aufbauende Feldphasen. Wir entwickeln die technischen Skripte für den zunächst durch den forschenden Informatiker ferngesteuerten Avatar und gestalten sie immer komplexer. Dadurch werden aufwändigere Interaktionen und Dialoge möglich. Ähnliches gilt für Telepräsenzsysteme und Edutainment-Roboter. Diese Verkörperungen sind quasi als vertiefende Arbeitshypothesen zu betrachten, die es zu validieren gilt. Erweist sich eine Verkörperung als vielversprechend, das heißt, reagieren die involvierten Personen mit Demenz positiv, erstellen wir für die jeweilige Verkörperung eine detaillierte und systematische Anforderungsanalyse für den späteren „(teil-)automatischen“ Einsatz. Das Ziel besteht darin, künftig Assistenzroboter bzw. Avatare ohne „Fernsteuerung“ eines forschenden Informatikers im Einsatz zu haben. Die Anforderungsanalyse betrifft sowohl die Bewegung als auch die Mimik und die sprachliche Kommunikation, zu der das künftige Assistenzsystem befähigt werden soll.

Interventionsphase ohne/mit robotischer Assistenz

Die interventionelle Phase beginnt mit den nicht-roboterunterstützten Interventionen. Diese individuellen, phasenspezifischen (emotionsorientierten) Interventionen bieten wir für die involvierten Personen an drei aufeinander folgenden Tagen an. Dabei findet vor, während und nach der Interventionssequenz eine teilnehmende Beobachtung statt. Nach einer analytischen Einheit des gewonnenen Materials führen wir die

interventionelle Phase bei den gleichen Personen mit der roboterunterstützten pflegerischen Betreuungsleistungen fort.

Im Fokus unserer Videographie steht die Aufzeichnung der Mimik, der Mikro- und Makrobewegungen sowie verbaler und parasprachlicher Äußerungen. Unseren heuristischen Annahmen zufolge (a)präsentieren besonders der mimische Ausdruck sowie Bewegungen und Körpertonus die emotionalen Zustände einer Person (vgl. Ekman 2010). Hierzu sind Kameras unter Berücksichtigung des Interventionsortes mit unterschiedlichen Blickrichtungen ausgerichtet: Zum einen auf die Personen mit Demenz, zum anderen auf das robotische Assistenzsystem sowie auf das Interaktionsgeschehen insgesamt. Die Videoaufzeichnungen werten wir im Rekurs auf die Analysemethode von Tuma et al. (2013) aus.

Flankierend führen wir Interviews – möglichst mit den „Probanden“ selbst, mit professionell Pflegenden, Betreuungspersonen und Angehörigen. Dadurch lässt sich rekonstruieren, ob, wie, unter welchen Umständen und in welchen Situationen Personen mit Demenz auf roboterunterstützte Intervention reagieren und das subjektive Sichtweisen sowie das explizierbare Hintergrundwissen der Interviewpartner mit Blick auf die Fragestellungen erschließen (Honer 2011b).

Dateninterpretation

Im Anschluss an die Feldphasen beziehen wir die Beobachtungssituationen, die Interviewaussagen und die Videoanalysen aufeinander und vergleichen sie. Die Grounded Theory-Methodologie (vgl. Strauss 1991) dient hier durch die Verbindung von Sampling, Erhebung der Daten und deren Interpretation als „korrespondierender“ (vgl. Honer 1989: 307) Forschungsansatz, mit dem sich das komplexe Feld der Kommunikation von Personen mit Demenz mit robotischen Assistenzsystemen aus pflegewissenschaftlicher Perspektive erschließen lässt. Zunächst erfolgt nach jeder Feldphase eine (sukzessive) Gesamtdurchsicht des Datenmaterials, um anschließend eine begründete Auswahl von Passagen vorzunehmen, die wir einer hermeneutischen Sequenzanalyse unterziehen. Die auf diese Weise gewonnenen Interpretationen bestimmen die Auswahl der nunmehr zu analysierenden Sequenzen. Die Beobachtungsprotokolle und Felddokumente unterliegen demselben Auswertungsverfahren. Im Zuge der Interpretationen ist es erforderlich, die verschiedenen Datensorten auf ihren sinnhaften Verweisungszusammenhang hin zu „triangulieren“ (vgl. Flick 2004), d. h. daraufhin zu befragen, wie sie sich entsprechen, ergänzen oder widersprechen.

3. Vom Rand in die Mitte – Erste Erkenntnissplitter aus dem Forschungsfeld

Im Fokus der Studie stehen u. a. die zwei Fragestellungen, wofür Personen mit Demenz robotische Assistenzsysteme halten und ob die eingesetzten robotischen Assistenzsysteme Emotionen bei den Personen mit Demenz stimulieren können. Nachfol-

gend möchten wir erste heuristische Annahmen vorstellen und diskutieren. Noch können gewiss keine verlässlichen Muster daraus abgeleitet, sondern lediglich erste Ideen formuliert werden, die im weiteren Studienverlauf eine konfirmative Exploration erfahren.

Aus der bisherigen Analyse ergibt sich die – vorläufige – Annahme, dass allen vier Personen zumindest zeit-/teilweise bewusst zu sein scheint, dass es sich bei den eingesetzten Systemen um technische Artefakte handelt. Gleichzeitig fallen die Zuschreibungen, Identifikationsmuster respektive Bezeichnungen der Systeme und der Umgang damit höchst unterschiedlich aus. Die robotischen Assistenzsysteme wurden als (1) (irritierendes) unterhaltsames Moment (Entertainment), (2) als (nutzbringendes) Instrumentarium/ Kommunikationsmedium, sowie (3) als Funktionsträger beschrieben und wahrgenommen.

Das robotische System als irritierendes unterhaltsames Moment

Diese Systemzuschreibung ist mit einer ambiguitiven wie auch ambivalenten Identifikation verbunden. Gerade in Begegnungen mit dem humanoiden Roboter „Zeno“ scheint den Personen mit Demenz, die der symbolischen Phase zuzuordnen sind, keine eindeutige Zuordnung respektive Identifikation möglich zu sein, wenngleich sie den Humanoiden Zeno zumindest teilweise mit „Kindchen“ bezeichneten. Im vergewissernden bzw. rückversichernden Gespräch über und nicht mit dem humanoiden Roboter ist ein kontinuierliches Changieren zwischen Subjektivierung und Objektivierung des Roboters erkennbar. Bei einer Person zeigt sich eine teilweise schnell wechselnde Zuschreibung des Systems als technisches Artefakt und als (humaner/kindlicher) Gesprächspartner. Die (enttarnende) Identifikation als technisches System wird von ihr präzise verbalisiert („*da läuft so eine Platte drin*“, „*was die heute alles machen*“ IT 2014_01_13_Pfleiderer_1 S. 5 / Z. 11-12)⁵. Der Humanoide Zeno wird zum Gegenstand ihrer Ausführungen. Immer wieder verlässt sie jedoch diesen (offenbar) rationalen Standpunkt und spricht mit Zeno wie mit einer Person (mit kindlicher Konnotation).

„[...] *Ja das darfst du denken. Hm, wo ist denn dein kleines Näschen? Kleine Händchen. Hm? Ja ist alles ... ist ja alles Attrappe, gell? Aber sieht doch süß aus, gell?*“ (IT 2014_01_12_Pfleiderer_1 S. 3 / Z. 20-23)

Unserer Annahme zur Folge wird der Humanoide Zeno als Unterhaltungsmedium (an)erkennt und entsprechend instrumentalisiert. Dies unterstreichen beispielsweise Aufforderungen zum Singen oder Sprechen oder der Vergleich mit Puppen, die durch technische Vorrichtungen sprechen können (und zur Unterhaltung/zum Spiel von Kindern dienen).

„*Ach wie süß. Was für ein goldiger Kerl. Den könnte ich direkt mitnehmen, wenn es den zu kaufen gäbe. JA wirklich. (???) Ja. nicht. Er guckt als wenn er das alles verstehen würde.*

⁵ Namen der Personen im Sample sind pseudonymisiert.

Und er hat die AUGECHEEN so schön auf. J a du bist ein feiner (Bursche).“ (IT 2014_01_12_Pfleiderer_1_Auszug_0212-0430, S. 1 / Z. 8-13)

Auffallend ist auch, dass der Humanoide Zeno, bei Inaktivität oder wenn Aufforderungen nicht umgesetzt werden können an Attraktivität verliert und erst durch „Aktion“ das Interesse (zurück) gewinnen muss.

Das robotische System als nutzbringendes Instrumentarium/ Kommunikationsmedium

Eine andere Person mit Demenz im Sample, deren Demenzverlauf sich in der reflektierenden Phase verortet, identifiziert das robotische Telepräsenzsystem „Double“ als *„[...] die gehende Kamera [...]“* (IT 2013_12_10_Hufnagel_1 S. 3 / Z. 21). Diese eindeutig erscheinende Zuschreibung und die beobachtbare (angemessen erscheinende) Performanz lässt vermuten, dass ein Verständnis über den technischen Zwecks des Systems vorhanden ist. Schwächen des Systems benennt sie klar, wie etwa, wenn sie das Gegenüber schlecht versteht (Artefakte / zu leise). Trotz dieses fast selbstverständlichen Umgangs zeigt sie sich erstaunt, was es heutzutage alles gebe: *„Also was eine ErFINDUNG – ein Wunder der Natur!“* (IT 2013_12_05_Hufnagel_Auszug_0441-0829, S.5 / Z.4).

Das robotische System als Funktionsträger

Der im Szenario eingebundene Assistenzroboter „Johnny“ erhält im Vergleich zum kontrastierenden nicht-robotischen, menschlichen, Szenario ausschließlich eine funktionale Zuschreibung. Auffallend ist der sehr unterschiedliche Umgang mit dem System an den verschiedenen Interventionstagen. So zeigt die Person mit Demenz eine zurückhaltende Akzeptanz am ersten Tag, ein völliges (bewusstes) Ignorieren am zweiten Tag und eine (wohlwollende?) Akzeptanz am dritten Tag. Im Kontrast dazu sind bei den Interventionen ohne Robotik keine solchen „Schwankungen“ zu erkennen.

Erster Versuch einer theoretischen Einordnung

Nach unserem jetzigen Kenntnisstand scheinen die involvierten Personen ein Modell bzw. eine Idee über die robotischen Systeme zu konstruieren. Von besonderer Bedeutung dürfte hier Goffmans Konzept der Rahmenanalyse (Goffman 1980) sein. Dabei geht es in den Worten Goffmans insbesondere um folgendes: *„Ich gehe davon aus, daß Menschen, die sich gerade in einer Situation befinden, vor der Frage stehen: Was geht hier eigentlich vor? Ob sie nun ausdrücklich gestellt wird, wenn Verwirrung oder Zweifel herrschen, oder stillschweigend, wenn normale Gewissheit besteht – die Frage wird gestellt und die Antwort ergibt sich daraus, wie die Menschen weiter in der Sache vorgehen“* (Goffman 1980: 16). Dieser Ansatz erscheint für die Frage, wofür Personen mit Demenz (in der jeweiligen Situation) robotische Assistenzsysteme halten (welche Rahmung sie der Si-

tuation geben) sehr brauchbar, denn auf dieser Grundlage können wir möglicherweise aus dem Datenmaterial die Frage „schließend“ beantworten. Eng damit verbunden ist das sogenannte Thomas-Theorem: „*If men define situations as real, they are real in their consequences*“ (Thomas et al. 1928: 572). Goffman merkt dazu zwar an, dass die in der Situation befindlichen Personen keine Definitionen schaffen, sondern feststellen, „[...] *was für sie die Situation sein sollte und verhalten sich entsprechend*“ (Goffman 1980: 9). Dies widerspricht allerdings nicht unserem Ansatz.

Wenn also beispielsweise der Humanoide Zeno für ein Kind gehalten wird, erfolgt ein apräsentiertes Handeln und Verhalten, indem er beispielsweise als Kind angesprochen wird. Wenn diese Rahmung erschüttert wird, ist die Person anscheinend gezwungen, ihre Definition zu verändern: Beispielsweise die Zuschreibung als ein bemerkenswertes/erstaunliches technisches Artefakt. Diese Zuschreibung zeigt dann wiederum einen anderen Umgang mit dem Humanoiden Zeno, nämlich z. B. die genaue Beobachtung, das Teilen/Beschreiben des Beobachteten oder die Nutzung als Unterhaltungssystem. Diese fragile Rahmung – so unsere vorläufige Annahme – geht mit einer Ambiguitätstoleranz einher, da jede Zuschreibung eine positive Akzeptanz erfährt und positive Emotionen evoziert. So konnten wir in der ersten Feldphase ein breites Spektrum überwiegend positiver emotionaler Reaktionen beobachten. Nicht beobachtet wurden dagegen Verhaltensweisen, die auf eine durch das robotische System erzeugte Angst schließen könnten.

„Sie [die Betreuungskraft] hätte es [den Humanoiden Zeno] AUCH M I R geben können. Bei mir ist es IMMER r u h i g.“ (IT 2014_01_12_Schön_S.8 /Z.13)

Zum jetzigen Zeitpunkt können wir feststellen, dass die gefundenen Reaktions- und Verhaltensweisen der Personen mit Demenz aus unserer Sicht situativ adäquat erscheinen – wir also keine Reaktionen sehen, die wir spezifisch mit einer Demenz in Verbindung bringen würden. Dies wirft die Frage auf, warum wir den Personen mit Demenz offenbar genau dieses nicht zutrauen. Können wir umgekehrt auf den Fortschritt der Demenz schließen, wenn dieser souveräne Umgang eben nicht mehr gegeben ist?

Nicht nur aus pflegewissenschaftlicher Perspektive sind solche Fragestellungen von hoher Relevanz: Weder ist die Gesellschaft auf das hohe Betreuungsfordernis von Personen mit Demenz eingestellt, noch Gesundheits- oder Pflegepolitik sind hinreichend auf diese Personengruppe vorbereitet. Erkenntnisse des Forschungsvorhabens können sowohl der Gesundheits- und Pflegepolitik, den pflegerischen Interessensverbänden als auch der organisatorischen Ausrichtung stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen dienen und darüber hinaus Einsatzmöglichkeiten und den Nutzen von emotionsstimulierenden Assistenzrobotern fundieren. Das Forschungsvorhaben kann so einen Beitrag dazu leisten, eine Personengruppe, die eher marginalisiert wird und am Rande der Gesellschaft steht, vom Rand in die Mitte zu rücken.

Literatur

- Alzheimer's Disease International (2013): World Alzheimer Report 2013. Journey of Caring. An analysis of longterm care for dementia. Stand: 2014-01-20, www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf
- Bahadori, S./Cesta, A./Grisetti, G./Iocchi, L./Leone, R./Nardi, D./Oddi, A./Pecora, F./Rasconi, R. (2003): RoboCare: an integrated robotic system for the domestic care of the elderly. In: Proceedings of Workshop on Ambient Intelligence AI*IA-03, Pisa
- Becker, H. (2013): Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung (Bd. 58). Zürich: VDF Hochschulverlag
- Becker, H./Scheermesser, M./Früh, M./Treich, Y./Auerbach, H./Hüppi, A./Meier, F. (2013): Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung. Zürich: vdf (TA-Swiss, 58)
- Beer, T./Keller, C. (2012): Hallo, hallo, wo bin ich? Emotionsorientierte Kommunikationsansätze im Umgang mit Menschen mit Demenz. In: Schröer, N. (Hrsg.) Lebenswelt und Ethnographie: Essen: Oldib, 345 – 355
- Bemelmans, R./Gelderblom, G. J./Jonker, P./Witte, L. de. (2012): Socially Assistive Robots in Elderly Care: A Systematic Review into Effects and Effectiveness. Journal of the American Medical Directors Association, 13(2), 114–120
- Berendonk, C./Stanek, S. (2010): Positive Emotionen von Menschen mit Demenz fördern – Die Gestaltung individuell bedeutsamer Alltagssituationen durch Pflegefachpersonen und pflegende Angehörige. In: Kruse, A. (Hrsg.): Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft. S. 157-176
- Bickel, H. (2012): Das Wichtigste 1: Die Epidemiologie der Demenz. Hrsg. Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Online verfügbar unter http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_2012_01.pdf, zuletzt geprüft am 19.02.2014
- Broekens, J./Heerink, M./Rosendal, H. (2009): Assistive social robots in elderly care: a review. Gerontechnology, 8 (2), 94-103
- Compagna, D. (2011): WiMi-Care - Supporting the knowledge transfer for a participative design of the care work sector. In: CDTM magazine. Special on E-Health, Ausgabe 01/2011
- Ekman, P. (2010): Gefühle lesen: Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren (2. Aufl.). Heidelberg: Spektrum
- Fink, Robin D./Weyer, Johannes (2011): Autonome Technik als Herausforderung der soziologischen Handlungstheorie. In: Zeitschrift für Soziologie 40 (2), S. 91–111.
- Flick, U. (2004): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Glaser, B./Strauss, A. (1967): The Discovery of Grounded Theory, Chicago: Weidenfeld
- Glaser, B.G. (2001). The grounded theory perspective: conceptualization contrasted with description, Mill Valley: Sociology Press
- Graf, B./Hans, M./Schraft, R.D. (2004): Care-O-bot II – development of a next generation robotics home assistant. Auton. Robots 16, 193–205
- Graf, B./Jacobs, T./Luz, J./Compagna, D./Derpmann, S./Shire, K. (2012): Einsatz und Pilotierung mobiler Serviceroboter zur Unterstützung von Dienstleistungen in der stationären Altenpflege. In: Shire, K./Leimeister, J.M. (Hg.). Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden: Springer Gabler
- Gutmann, M. (2011): Sozialität durch technische Systeme?. In: Technikfolgenabschätzung? Theorie und Praxis. Schwerpunkt: Parasoziale Beziehungen mit pseudointelligenten Softwareagenten und Robotern. 20, 1, 11-16
- Goffman, Erving (1980): Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 329)
- Hitzler, R. (2007): Ethnographie. In: Buber, R./Holzmüller, H. H. (Hrsg.). Qualitative Marktforschung. Wiesbaden: Gabler, 207-218

- Hitzler, R./Honer, A. (2003): Kleine soziale Lebens-Welten/Lebensweltliche Ethnografie. In: Bohnsack, R./Marotzki, W./Meuser, M. (Hrsg.). Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich, 99-100, 112-114
- Hitzler, R./Pfadenhauer, M. (2011): Ethnographie. Methodenatelier beim Schweizer Methodenfestival am 16./17.9.2011. <http://www.sagw.ch/sagw/veranstaltungen/follow-up-2011/methodenfestival/mf-ma.html>
- Honer, A. (1989): Einige Probleme lebensweltlicher Ethnographie. Zur Methodologie und Methodik einer interpretativen Sozialforschung. In: Zeitschrift für Soziologie (ZfS), 18, 4, 297-312
- Honer, A. (1993): Lebensweltliche Ethnografie. Ein explorativ-interpretativer Forschungsansatz am Beispiel von Heimwerker-Wissen. Wiesbaden: DUV
- Honer, A. (2000): Lebensweltanalyse in der Ethnographie. In: Flick, Uwe u.a. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt, 194-204
- Honer, A. (2003): Interview. In: Bohnsack, Ralf/ Meuser, Michael (Hrsg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Opladen: Leske+Budrich, 94-99
- Honer, A. (2011a): Bausteine zu einer lebensweltorientierten Wissenssoziologie. In: Honer, A.: Kleine Leiblichkeiten. Wiesbaden: VS, 11-26
- Honer, A. (2011b): Das explorative Interview. In: Honer, A.: Kleine Leiblichkeiten. Wiesbaden: VS, 41-58
- Honer, A. (2011c). Zeitkonfusionen. Zur intersubjektiven Rekonstruktion des temporalen Erlebens Demenzkranker. In: Honer, A.: Kleine Leiblichkeiten. Wiesbaden: VS, 131-140
- Kelle, U./Kluge, S. (1999). Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich
- Klein, B./Gaedt, L./Cook, G. (2013). Emotional Robots. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 26(2), 89-99
- Klinke, C.L. (1986): Gaze and eye contact: A research review. *Psychological Bulletin*, 100, 78-100
- Knoblauch, H./Schnettler, B. (2009). Videographie. Erhebung und Analyse qualitativer Videodaten. In: Buber, R./Holzmüller, H. (2009). *Qualitative Marktforschung: Konzepte - Methoden – Analysen*. Wiesbaden: Gabler, 583-599
- Krummheuer, A. (2011): Künstliche Interaktion mit Embodied Conversational Agents. Eine Betrachtung aus Sicht der interpretativen Soziologie. In: *Technikfolgenabschätzung? Theorie und Praxis*. Schwerpunkt: Parasoziale Beziehungen mit pseudointelligenten Softwareagenten und Robotern. 20, 1, 32-39
- Latour, B. (2006): Über technische Vermittlung: Philosophie, Soziologie und Genealogie. In: Andréa Belliger und David J. Krieger (Hg.): *ANThology*. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie. Bielefeld: Transcript (Science studies), S. 482-528
- Mordoch, E./Osterreicher, A./Guse, L./Roger, K./Thompson, G. (2013): Use of social commitment robots in the care of elderly people with dementia: A literature review. *Maturitas*, 74(1), 14-20
- Moyle, W./Cooke, M./Beattie, E./Jones, C./Klein, B./Cook, G./Gray, C. (2013): Exploring the Effect of Companion Robots on Emotional Expression in Older Adults with Dementia: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(5), 46-53
- Moyle, W./Jones, C./Cooke, M./O'Dwyer, S./Sung, B./Drummond, S. (2014): Connecting the person with dementia and family: a feasibility study of a telepresence robot. *BMC Geriatrics*, 14(1), 7
- Perrin, T./May, H./Anderson, E. (2008): *Wellbeing in dementia: An occupational approach for therapists and carers* (2. Aufl.). Edinburgh. New York: Elsevier
- Pfadenhauer, M./Dukat, C. (2014): Künstlich begleitet. Der Roboter als neuer bester Freund des Menschen? In: Grenz, T./Möll, G. (Hrsg.): *Unter Mediatisierungsdruck*. Wiesbaden: Springer VS, 189-210
- Pollack, M. E. (2005). Intelligent technology for an aging population: the use of AI to assist elders with cognitive impairment. In: *AI Mag*. 26, 9-24
- Robins, B./Dautenhahn, K./Boekhorst, R./Billard, A. (2005): Robotic assistants in therapy and education of children with autism: Can a small humanoid robot help encourage social interaction skills? In *Journal of Universal Access in the Information Society*, Vol. 4, 105-120

- Robinson, H./MacDonald, B./Kerse, N./Broadbent, E. (2013): The Psychosocial Effects of a Companion Robot: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 661–667
- Schockenhoff, E./Wetzstein, V. (2005): Relationale Anthropologie—Ethische Herausforderungen bei der Betreuung von dementen Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(4), 262–267
- Strauss, A. L. (1991): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Fink
- Thomas, W. I./Thomas, D. S. (1928): *The Child in America. Behavior Problems and Programs*. New York: Alfred A. Knopf, zuletzt geprüft am 20.09.2014
- Tiberio L./Padua L./Pellegrino AR./Aprile I./Cortellessa G/ Cesta A. (2011): Assessing the tolerance of a telepresence robot in users with mild cognitive impairment. In *Proceedings of HRI 2011 Workshop on Social Robotic Telepresence: 6 March 2011; Lausanne*. Edited by Coradeschi S./Cortellessa G./Kristoffersson A./Loutfi A./Severinson-Eklundh K. Rome: Institute of Cognitive Science and Technologies:23–28
- Tuma, R./Schnettler, B./Knoblauch, H. (2013): *Videographie: Einführung in die Video-Analyse sozialer Situationen* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Wada, K./Shibata, T./Musha, T./Kimura, S. (2008): Robot therapy for elders affected by dementia. *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*, 27(4), 53–60
- Weyer, J./Fink, R. (2011): Die Interaktion von Mensch und autonomer Technik in soziologischer Perspektive. In: *Technikfolgenabschätzung - Theorie und Praxis* 20 (1): 39-45
- Ziegler, S./Bleses, H./Beer, T. (2014): Menschen mit Demenz und robotische Assistenzsysteme als Akteure am Rande des Sozialen? Robotische Assistenzsysteme in der emotionsorientierten Pflege und Betreuung. Frühjahrstagung der Sektion Wissenssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Die Neuentdeckung der Ränder: Theorieinteressierte Exkursionen in Randgebiete des Sozialen. Berlin. Vortragsskript (unveröffentlicht)

Dr. rer. medic. Thomas Beer

Dozent für Pflege und Pflegewissenschaft, FHS St. Gallen, Fachbereich Gesundheit
Rosenbergstrasse 59, Tellstrasse 2, CH-9001 St. Gallen, Thomas.Beer@fhsg.ch

Prof. Dr. rer. cur. Helma Bleses

Professur für Pflegewissenschaften und klinische Pflege, Hochschule Fulda, Marquardstraße 35, 36037 Fulda, Helma.Bleses@hs-fulda.de (Korrespondenzadresse)

Sven Ziegler M.Sc. Public Health

Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt EmoRobot, Hochschule Fulda - University of Applied Sciences, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Marquardstr. 35, 36039 Fulda, sven.ziegler@pg.hs-fulda.de

Sven Ziegler, Tanja Treffurth, Helma M. Bleses

Entsprechend dem (mutmaßlichen) Willen?

Ethische Anforderungen bei der Einbindung von vulnerablen Personen (am Beispiel von Personen mit Demenz) in wissenschaftlichen Projekten zur Beforschung emotionsorientierter Pflege und Betreuung mit robotischen Assistenzsystemen

Complying with the (alleged) will? Ethical requirements involving vulnerable persons (using the example of persons with dementia) in scientific projects for the research of emotion-oriented care and support with robotic assistance systems

This paper is dedicated to ethical issues (using the example of the EmoRobot project) that may arise if research is carried out with persons with dementia who are considered to be vulnerable by the loss of skills and, additionally, robotic assistance systems are to be used. This is particularly relevant if this person is not (fully) able to decide about a participation. The alleged will as auxiliary construct is outlined. It is discussed how the alleged will can be determined in the light of ethical principles and with the help of multidisciplinary ethical case discussions to reach a mutually acceptable decision on the involvement of the persons concerned.

Keywords

dementia, vulnerability, alleged will, robotic assistance systems, assistive robotics, ethical case discussion, emotion-oriented care

Der Beitrag widmet sich (am Beispiel des Projekts EmoRobot) ethischen Fragestellungen, die sich ergeben, wenn Forschung mit Personen mit Demenz durchgeführt wird, welche durch den Verlust von Fähigkeiten als vulnerabel einzuschätzen sind und zudem robotische Assistenzsysteme eingesetzt werden sollen. Dies gilt vor allem dann, wenn die betreffende Person nicht mehr (vollständig) in der Lage ist, über eine Teilnahme zu entscheiden. Der mutmaßliche Wille als Hilfskonstrukt wird dargestellt. Es wird diskutiert, wie dieser vor dem Hintergrund ethischer Prinzipien und mit Hilfe multidisziplinärer ethischer Fallbesprechungen ermittelt werden kann, um zu einer gemeinsam vertretbaren Entscheidung über die Einbindung der betreffenden Personen zu gelangen.

Schlüsselwörter

Demenz, Vulnerabilität, mutmaßlicher Wille, robotische Assistenzsysteme, ethische Fallbesprechung, emotionsorientierte Pflege

1. Hintergrund

Technik spielt in der Pflege – wie auch in unserem Alltag – eine immer bedeutendere Rolle (Hülken-Giesler 2007: 103). Zum einen sollen innovative Technologien wie elektronische Patientendokumentationen oder Überwachungsapparaturen eine effizientere und arbeitserleichternde Versorgung und Betreuung durch professionell Pflegenden ermöglichen. Zum anderen zielen Ambient Assisted Living Technologien (AAL) auf die Förderung einer möglichst langfristigen Versorgung im häuslichen Umfeld, die Vermittlung von Sicherheit sowie die Aufrechterhaltung der Lebensqualität älterer Menschen ab (Manzeschke et al. 2013: 8 f.; Weber et al. 2012: 2; Friesacher 2010: 294; Hülken-Giesler 2010: 334). Die Bedeutung von AAL wird etwa dadurch unterstrichen, dass für ihre Entwicklung erhebliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden (Büscher et al. 2010: 271 f.). Eine Aussage zu Effektivität und Effizienz (gerade in Bezug auf Personen mit Demenz) kann hieraus freilich noch nicht abgeleitet werden.

Aber auch die Diskussion um den (potenziellen) Einsatz robotischer Assistenzsysteme in der Pflege gewinnt zunehmend an Bedeutung: Vor allem im Rahmen von Unterstützungsleistungen, Kommunikations- und Überwachungsaufgaben, aber teilweise ebenso zu sozial-interaktiven, logistischen oder kommunikativen Zwecken (für einen Überblick über robotische Assistenzsysteme in der Gesundheitsversorgung siehe z. B. Becker et al. 2013). Damit verbunden ist auch die Fragestellung, inwiefern solche robotischen Assistenzsysteme gezielt im Rahmen einer emotionsorientierten Pflege und Betreuung von Personen¹ mit Demenz Anwendung finden können. Dieser widmet sich das multidisziplinäre Projekt EmoRobot (Emotionen stimulierende Assistenzroboter in der Pflege und Betreuung dementiell erkrankter Menschen in der stationären Langzeitpflege)², bei dem Erkenntnisse zur (potenziellen) Eignung von (robotischen) Assistenzsystemen gewonnen werden sollen. Auf eine ausführliche Beschreibung der auf einen methodenplural-qualitativen Ansatz rekurrierenden Studie wird aus Gründen des Umfangs an dieser Stelle verzichtet (weitere Informationen siehe Projekthomepage unter <http://www.fh-fulda.de/index.php?id=11785>).

Fokus dieses Beitrags sind vielmehr die erheblichen ethischen Herausforderungen, die sich ergeben, wenn Forschung mit Personen mit Demenz durchgeführt werden soll (vgl. Higgins 2013; McKeown et al. 2010) und sich durch jene potenzieren, die den Einsatz technischer (robotischer) Assistenzsysteme betreffen (vgl. Manzeschke et al. 2013: 10 ff.; Weber et al. 2012: 1; Rauhala et al. 2011: 143 ff.; Jonas 2013: 42 ff.). Nachfolgend werden Ansatzpunkte zum Umgang mit diesen Herausforderungen dargestellt und am Beispiel des Vorgehens im Projekt EmoRobot konkretisiert.

1 Der Begriff „Person“ wird bewusst gewählt, den wir im Anschluss an Kitwood (2013: 32) nicht als Synonym für Mensch erachten, sondern um den Respekt vor der Einzigartigkeit eines/einer jeden zu unterstreichen und einer Ausgrenzung („De-Personalisierung“) zu widersprechen (vgl. ausführlicher Kitwood 2013: 29 ff.).

2 Das Projekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Ausschreibung SILQUA-FH (Förderkennzeichen: 03FH006SA3) gefördert. Beteiligt sind Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen aus der Pflegewissenschaft, der Robotik und der Soziologie sowie Experten/Expertinnen aus der Pflegepraxis.

2. Vulnerabilität und der mutmaßliche Wille

Personen mit Demenz sind von einer Vielzahl neurologischer und sozialpsychologischer Veränderungen betroffen (Kitwood 2013: 49) – nach Perrin et al. (2008: 1) ein Syndrom im Sinne eines Symptombündels. Sie gehören damit einem höchst vulnerablen Personenkreis an (Schnell et al. 2006: 62) und bedürfen eines besonderen Schutzes (Schnell 2008: 113). Die deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) definiert Vulnerabilität in Bezug auf Pflegeforschungsprojekte wie folgt: *„Das Kriterium der Vulnerabilität bezieht sich auf Menschen, die aufgrund ihrer besonderen Lebensumstände, ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation, ihres Alters oder ihrer kognitiven Möglichkeiten in der Selbstbestimmung eingeschränkt sind oder sehr schnell eingeschränkt werden können. Auf den Schutz ihrer Rechte ist besonders zu achten.“* (DGP 2009: 1) Vulnerabilität ist jedoch nach Resch et al. (2011: 130) nicht als *„[...] statisches Konstrukt [...] sondern als Kontinuum zwischen „totaler Vulnerabilität“ und „Invulnerabilität“ [...]“* anzusehen³. Zudem hat jeder Mensch eine so genannte Baseline-Vulnerabilität, die sich aus einer Kombination aus externen Belastungen und (unzureichenden) Fähigkeiten zur Bewältigung zusammensetzt (ebd.).

Darauf basierend muss eine Abschätzung erfolgen, ob und in welchem Maß eine Teilnahme vulnerabler Personen an einem Forschungsprojekt mit dem Schutz ihrer Rechte vereinbar ist. Schnell et al. (2006: 44 f.) schlagen vor, für die in Frage kommenden Personen ein Vulnerabilitätsprofil (Typik) zu erstellen, das als Entscheidungsgrundlage dienen kann, aber – zur Minimierung der Gefahr einer Stigmatisierung – vor dem Hintergrund der Individualität der einzelnen Person zu betrachten ist. Stigmatisierung in diesem Zusammenhang kann bedeuten, dass Personen Schutz oder Hilfe angeboten wird, die sie nicht brauchen oder möchten (Goffman 2012: 27; Beauchamp et al. 2013: 91). Also möglicherweise auch, dass ihnen durch einen (gut gemeinten) Ausschluss aus einer Studie Möglichkeiten zur Teilhabe vorenthalten werden könnten.

Neben zu beachtenden juristischen Aspekten ergeben sich daraus vor allem ethisch bedeutsame Fragestellungen. Zentral ist die Problemstellung, die sich offenbart, wenn eine Person mit Demenz durch kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen nicht mehr (vollständig) in der Lage ist ihren Willen zu bekunden bzw. zu reflektieren.⁴ Dann sind Forscherteam und Entscheidungsträger gezwungen, auf andere Weise sicherzustellen, dass eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt dem Willen der betroffenen Person entspricht – oder zumindest nicht gegen ihren Willen ist. Durch die eingeschränkten Möglichkeiten einer direkten Erfassung spielt ein Hilfskonstrukt eine zentrale Rolle: Der mutmaßliche Wille. Die Diskussion diesbezüglich wird vor allem im Zusammenhang mit (klinischen) Therapieentscheidungen geführt (vgl. hierzu z. B. Schaidter et al. 2013). Der Rückgriff auf das Konzept kann auch in Entscheidungen be-

³ Siehe bezüglich Personen mit Demenz auch Wunder (2008).

⁴ Der aktuell erklärte Wille und (falls festgelegt und auf die Situation zutreffend) auch der vorausverfügte Wille (etwa als Patientenverfügung) sind grundsätzlich höher zu bewerten als der mutmaßliche Wille (Klinkhammer 2012: 1229).

züglich einer Teilnahme an einem Forschungsprojekt hilfreich sein und gewinnt in dem Maß an Bedeutung, je weniger die Personen in der Lage sind, ihre Meinung selbst zu vertreten. Anhaltspunkte zur Erfassung liefert das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) in § 1901a Abs. 2: *„Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.“*

Angehörige nehmen als Bezugspersonen eine Schlüsselrolle ein. Sie können Auskunft über frühere Willensbekundungen oder auch über Vorlieben/Abneigungen geben und verfügen gerade in Bezug auf mündliche Äußerungen über potenziell exklusive Wissensvorräte. Auf dieser Basis tragen sie zur Rekonstruktion des mutmaßlichen Willens bei, indem sie einen Zugang zu den Betroffenen ermöglichen, deren Identität reflektieren und deren Individualität schützen (Woods et al. 2009: 25 f.). Daneben spielen professionell Pflegende und möglicherweise andere Personen eine Rolle, wenn sie einen Bezug zu den Personen haben und dadurch wertvolle Informationen liefern können.

Für das Projekt EmoRobot bedeutet dies, Angehörige und professionell Pflegende aktiv in die Entscheidungsfindung zu integrieren. Erschwerend ist jedoch davon auszugehen, dass zum Einsatz robotischer Assistenzsysteme kaum oder keine Erfahrungswerte, Willensbekundungen und Informationen vorliegen, so dass kaum auf einen früher spezifisch hierzu erklärten Willen zugegriffen werden kann. Doch auch wenn der mutmaßliche Wille als zentrales Konzept für die Entscheidungsfindung gesehen werden kann, stellt sich die Frage, vor welchem Hintergrund (möglicherweise unterschiedliche) Informationen bewertet und eingeordnet werden können, um dann für alle Beteiligten zu einer vertretbaren „Mutmaßung“ zu gelangen. Dies bedarf jedoch einer ethischen Bewertungsgrundlage.

3. Von ethischen Prinzipien zu projektspezifischen Grundsätzen

Nach Schnell (2008: 15) *„[...] umfasst [Ethik] die Arten und Weisen, wie Menschen einander Achtung und Schutz gewähren“*. Als eine philosophische sowie theologische Disziplin, befasst sie sich mit der kritischen Reflexion moralischen Handelns, wobei der Begriff Moral sowohl individuelle, organisatorische als auch gesellschaftliche Verhaltensnormen beinhaltet (Arn 2009: 572; Beauchamp 2005: 52; Körtner 2004: 18; Großklaus-Seidel 2002: 107). Ziel ist es, implizit geäußerte Normen und Werte im Interesse stehender Personen explizit zur Bewusstheit zu bringen und zu verstehen, um entsprechend agieren zu können (Arn 2009: 571). Für das Projekt EmoRobot gilt dies, wenn eben jene Werte und Normen (zumindest anteilig) stellvertretend für die Personen mit Demenz erfasst werden (müssen). Allerdings ist die Kenntnis über individuelle Normen- und Wertvorstellungen nicht ausreichend, sondern bedarf eines konzeptuellen Rahmens. Hierzu ist es notwendig –als Bewertungsfolie – ethische Grundlagen festzulegen, anhand derer Informationen, Normen und Wertvorstellungen eingeordnet und – falls notwendig – gegeneinander abgewogen werden können. Einen solchen

Rahmen bieten die vier bioethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress (Beauchamp et al. 2013).

3.1 Prinzipien ethischen Handelns

Das von Beauchamp et al. (2013) vorgeschlagene Modell mit den vier Prinzipien Respektierung der Autonomie (Respect for Autonomy), Wohltun (Beneficence), Nichtschaden (Nonmaleficence) und Gerechtigkeit (Justice) lässt sich in der Medizinethik verorten, ist aber auch auf pflegeethische Problemstellungen übertragbar (Körtner 2004: 117). Es bildet die Grundlage für einen prinzipienorientierten Zugang zu relevanten ethischen Fragestellungen, ohne den Entscheidenden ihr Ermessen (ab)zunehmen (Beauchamp et al. 2013: 13, ausführlich 101 ff.; Hahne 2011: 273; Beauchamp 2005: 51; Großklaus-Seidel 2002: 148). Die Prinzipien stehen grundsätzlich gleichwertig nebeneinander, sind jedoch im Rahmen der ethischen Entscheidungsfindung gegeneinander abzuwägen (Beauchamp et al. 2013: 15 ff.).

Das Prinzip der Respektierung der Autonomie bezieht sich auf die Fähigkeit und Möglichkeit einer Person autonome Entscheidungen zu treffen, welche zu respektieren ist (Beauchamp et al. 2013: 101; Lay 2012: 63). Zudem geht es darum, Personen grundsätzlich (z. B. durch Information) in die Lage zu versetzen, autonome Entscheidungen treffen zu können (Beauchamp et al. 2013: 107; Rauprich 2005a: 19 f.). Kritisch anzumerken ist, dass Beauchamp et al. (2013: 108) verschiedenen Personen (-gruppen) die Fähigkeit autonomen Handelns nicht zuerkennen: *„Obligations to respect autonomy do not extend to persons, who cannot act in a sufficiently autonomous manner – and who cannot be rendered autonomous – because, for instance they are immature, incapacitated, ignorant, coerced, or exploited.“* Sie betonen, dass solche Personen eher von den Prinzipien des Nichtschadens, Wohltuns und der Gerechtigkeit erfasst werden (ebd.). Dieser – aus unserer Sicht – paternalistischen Haltung schließen wir uns nicht an, zumal Personen mit Demenz auch in fortgeschrittenen Phasen ohnehin kaum gänzlich von den genannten Eigenschaften charakterisiert werden können. Folglich ist individuell zu differenzieren, in welchem Maß und in welcher Situation autonomes Handeln möglich und damit zu respektieren ist – was Beauchamp et al. an anderer Stelle (2013: 102) auch einräumen. Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen der Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Gesundheit (BMFSFJ/BMG) (2010) greift das Autonomieprinzip auf und schreibt die Beachtung des Willens von pflege- sowie hilfebedürftigen Personen fest. Dies gilt auch für Personen, die *„[...] sich sprachlich nicht artikulieren können und ihren Willen beispielsweise durch ihr Verhalten zum Ausdruck bringen. Menschen, deren geistige Fähigkeiten eingeschränkt sind, müssen ihrem Verständnis entsprechend in Entscheidungsprozesse, die ihre Person betreffen, einbezogen werden“* (BMFSFJ/BMG 2010: 8). Personen mit Demenz mit ihren Wertvorstellungen und Lebenseinstellungen (Christen et al. 2010: 93 ff.), sind folglich entsprechend ihrer geistigen Fähigkeiten in Entscheidungen mit einzubeziehen, was eine Basis für die Achtung und den Schutz der Maximen der Menschen-

würde und -rechte sowie der Selbstbestimmung darstellt (Deutscher Ethikrat 2012: 46 ff.; Schnell et al. 2006: 19)⁵.

Das Prinzip Wohltun umfasst das aktive Handeln zum Wohl eines Menschen und die Fürsorge (Lay 2012: 193 f.; Körtner 2004: 117). Es ist wesentlich durch die Verpflichtung gekennzeichnet, der Person, auf welche die Handlung abzielt, „*Gutes zu tun*“; indem die Tätigkeit für sie einen Nutzen beinhaltet (Beauchamp et al. 2013: 202 ff.). Zudem sind Handlungsabsichten gemeint, welche die Rechte anderer schützen oder verteidigen. Das Prinzip umfasst darüber hinaus Präventionsmaßnahmen, um das Auftreten von Schaden zu vermeiden und schadensbegünstigende Bedingungen zu beseitigen (Beauchamp et al. 2013: 204). Die Ausprägung und Übernahme von Handlungen zum Wohl einer Person hängt dabei auch von individuellen Kontextbedingungen und dem Grad von Selbstfürsorgefähigkeiten ab (Lay 2012: 194; Fölsch 2008: 89).

Das Prinzip Nichtschaden verweist nach Beauchamp et al. (2013: 152) auf die Formel: „*One ought not to inflict evil or harm.*“ Wenngleich es erhebliche Überschneidungen, Abhängigkeiten und Bezüge zwischen den Prinzipien des Nichtschadens und des Wohltuns gibt, so liegt der wesentliche Unterschied darin, dass Wohltun aktives Tun erfordert, während Nichtschaden grundsätzlich darauf abzielt, etwas (das schadet) nicht zu tun (Beauchamp et al. 2013: 151 f.). Zudem wird diesem Prinzip eine universelle Anwendbarkeit zugesprochen, da es zwar grundsätzlich möglich sei „[...] *niemandem zu schaden, aber unmöglich, allen Menschen Gutes zu tun*“ (Rauprich 2005a: 20).

Generell ist vor der Durchführung einer Intervention zwischen Nichtschaden und Wohltun im Allgemeinen, aber im Speziellen – in unserem Fall bezüglich des gezielten Einsatzes robotischer Assistenzsysteme – abzuwägen, um zu identifizieren, wie beteiligte Personen Nutzen bzw. Schaden individuell definieren (Fölsch 2008: 132).

Das Prinzip Gerechtigkeit beinhaltet eine Maxime der prinzipiellen Gleichbehandlung individuell ungleicher Personen und den fairen Umgang miteinander. Es stellt z. B. Fragen nach dem Zugang und der gerechten Verteilung von Leistungen (Beauchamp et al. 2013: 293) sowie der pflegerischen Versorgung von Personen mit Demenz sowohl im Gesundheitssystem als auch in pflegewissenschaftlichen Projekten (Lay 2012: 63; Körtner 2004: 117).

Die Prinzipienethik hat den Vorteil, auf relativ allgemein formulierten Wertannahmen und pluralen Moralvorstellungen in der Gesellschaft zu beruhen. Sie bietet sich daher als Ausgangspunkt und Basis für die konkrete Erarbeitung ethisch begründeter Entscheidungen in schwierigen Situationen an (Beauchamp 2005: 57; Holm 2005: 223 f.; Rauprich 2005b: 240 f.). Bemängelt wird teilweise jedoch eine ungenügende Konkretetheit der Prinzipien. Damit verbunden sei die Gefahr, dass im Konfliktfall nur schwer eine Entscheidung für oder gegen einzelne oder mehrere Prinzipien getroffen werden kann, da sowohl Handlungsanleitungen als auch Kompromiss- bzw. Lösungs-

5 Siehe z. B. Artikel 1, Abs. 1 und Artikel 2, Abs. 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland, Artikel 1 der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (United Nations 1948), § 2, Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) und die Präambel des Ethik-Kodex des International Council of Nurses (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2010: 1).

möglichkeiten jeweils fehlen (Beauchamp 2005: 60; Wiesing 2005: 78; Holm 2005: 223). Weiter wird kritisiert, dass die Prinzipien – „[...] *im besten Fall [...] als Checklisten [...]*“ (Clouser et al. 2005: 89) für relevante Aspekte dienen können, jedoch (beispielhaft bezogen auf das Prinzip Gerechtigkeit) „[...] *eindeutig nicht handlungsleitend [...]*“ (ebd. 2005: 97) sind. Vertreter anderer Ansätze sind teilweise bemüht, Prinzipien, Normen und Werte „[...] *in eine allgemeingültige normative Ordnung zu bringen*“ (Rauprich 2005b: 230 f.). Beauchamp et al. (2013: 15 f.) nehmen davon bewusst Abstand. Nach ihnen beinhalten die Prinzipien, wie Rauprich (2005b: 233) im Rekurs auf Beauchamp (1996) formuliert „[...] (1) *allgemeine, (2) normative, (3) inhaltliche Grundsätze [...] welche, (4) Ausnahmen zulassen und (5) nicht-fundierend sind*“. Beauchamp (2005: 49) stellt dabei fest, dass jedes Prinzip „[...] *eine regulative Richtlinie, welche die Bedingungen des Erlaubten, des Verpflichtenden, des Richtigen oder der erstrebten Qualität von Handlungen angibt, die in die Zuständigkeit dieses Prinzips fallen*“.

Die Forschergruppe im Projekt EmoRobot orientiert sich im Bewusstsein der genannten kritischen Punkte (die jedoch Teil reflektierender Diskussionen sind), in seinen ethischen Einschätzungen am Ansatz der vier Prinzipien ethischen Handelns von Beauchamp et al. (2013). Gerade die Kritik, dass sie eine Art von Checklisten darstellen (Clouser et al. 2005: 89; 97), kann auch positiv gewertet werden. Hierdurch werden sie zu einer Orientierung gebenden Instrumentarium (im Sinne von Leitlinien) im Entscheidungsprozess, in welchem individuelle Handlungsregeln zu entwickeln sind. Wie sich dieser Prozess im Projekt EmoRobot gestaltet, wird im Folgenden dargestellt.

3.2 Ethische Grundsätze im Forschungsprojekt EmoRobot

Nach Schnell et al. (2006: 20) impliziert Forschung, dass seitens der Forschenden von den Teilnehmenden in gewissem Maße Teilhabe an bzw. Einlass in deren Leben erbeten wird. Personen mit Demenz in Projekte und Interventionen einzubeziehen bedarf in besonderem Maße der Aufmerksamkeit und Achtsamkeit zu deren Schutz. Dies gilt besonders auch für das Projekt EmoRobot mit seinem ethnographisch angelegten Design. Die Personen mit Demenz werden in ihrer alltäglichen Lebenswelt aufgesucht, beobachtet – ja die Begegnungssituation wird sogar per Videoaufnahme aufgezeichnet. Die „Bitte“, die an die Teilnehmenden gestellt wird, geht noch einen Schritt weiter: Es soll nicht nur ein (gewohnter) Austausch zwischen Personen untersucht werden, sondern auch eine Interaktion zwischen robotischen Assistenzsystemen und Personen mit Demenz. Es werden ganz bewusst Veränderungen der alltäglichen Lebenswelt vor- und damit mögliche Irritationen in Kauf genommen. Dies vor dem Hintergrund, dass Forschung aufgrund potenziell nur durch sie hervorgerufener Veränderungen ethisch nicht neutral ist (DGP 2009: 1; Schnell et al. 2006: 19) – wovon beim Einsatz von Assistenzrobotern bei der Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz zweifelsohne auszugehen ist. Zu berücksichtigen sind dabei die Individualität der Personen, deren „Tagesform“, die unterschiedlichen Phasen der Demenz sowie (sich möglicherweise ändernde Rahmenbedingungen), welche eine fortwährende Anpassung der Handlungen erfordert (Kotsch et al. 2013: 30; Christen et al. 2010: 65).

Bereits im Vorfeld des Projektes wurde ein ethisches Clearing bei der Ethikkommission der DGP eingeholt. Um grundlegende ethische Fragen zu klären, wurde ein internes Ethikkomitee gegründet, dem alle Projektmitglieder und Vertreter/Vertreterinnen der Praxis angehören und das von einer externen Ethikberaterin mit entsprechender Expertise beraten wird.

Grundsätzlich geht das Forscherteam davon aus, dass sich ethisches Handeln auf die Realisierung individueller (und gesellschaftlicher) Wertvorstellungen bezieht: gleich ob in Rede stehende Personen von einer Demenz betroffen sind oder nicht. Folglich steht eine nach individuellen Werten fragende Sichtweise im Vordergrund. Die ethischen Prinzipien werden projekt- und personenbezogen spezifiziert, ergänzt und gewichtet (vgl. Beauchamp 2005). Dabei wird die konkrete Darstellung ethischer Fragestellungen mit Blick auf die einzelnen Personen, (gesellschaftlich) relevante Moralvorstellungen sowie die Abwägung von alternativen Handlungsoptionen in der jeweiligen (schwierigen) Entscheidungssituation ermöglicht. Der Vorzug der ethischen Prinzipien, keine Entscheidungen vorzugeben, sondern einen Orientierungsrahmen zu bilden (Beauchamp et al. 2013: 13, 17 ff.) wird hierdurch deutlich. Sie fördern damit die Diskursfähigkeit, Urteilskraft sowie Wirksamkeit der Beteiligten.

Kritisch erörtert wird teamintern auch, inwieweit die Prinzipien der Autonomie und des Nichtschaden-Wollens bei der Projektdurchführung Gegenpole oder Ergänzungen darstellen. Dabei ist auch die Frage zu stellen, ob Nichtschaden zu wollen gleichbedeutend damit ist, „negative“ Gefühle bei den Beteiligten im Rahmen von Interventionen grundsätzlich zu vermeiden oder ob der Ausdruck dieser Emotionen nicht auch eine Form von Selbstbestimmung und Willensäußerung darstellt. Darauf gründet sich eine These des Forscherteams, dass das grundsätzliche (gut gemeinte) Bestreben, alle „negativen“ Gefühle von Personen mit Demenz fernzuhalten ethisch ebenfalls bedenklich ist. Beispielsweise stellen aus unserer Sicht Ablehnung, Skepsis oder „von etwas genervt sein“ Emotionen des alltäglichen Erlebens dar, deren Akzeptanz einem lebensweltlichen Ansatz (vgl. zum lebensweltorientierten Ansatz z. B. Honer 1999, 2011) folgt. Personen mit Demenz darf folglich ein freies und „natürliches“ Gefühlserleben und -äußern nicht vorenthalten werden, das auch im alltäglichen Leben zu einer jeden Person gehört bzw. zum Ausdruck gebracht wird. Es wäre geradezu anmaßend, versuchten Forschende alltägliche Emotionen nicht zuzulassen (wenn das überhaupt möglich ist). Diese Akzeptanz erstreckt sich aber keineswegs auf Gefühle, die auch im Rahmen des alltäglichen Erlebens die Ausnahme darstellen (sollten), wie z. B. Panik oder große Wut. Es gilt, eine Differenzierung „negativer“ Emotionen vorzunehmen und auf deren für die jeweilige Person potenziellen destruktiven wie auch konstruktiven Charakter zu prüfen. Für jede Person ist in Erfahrung zu bringen, in welchem Rahmen sich „natürliche“ Gefühlsäußerungen bewegen und vor dem Hintergrund des erklärten oder mutmaßlichen Willens sowie der ethischen Prinzipien abzuwägen, was im Rahmen von Interventionen/Forschungsaktivitäten akzeptabel ist.

Darüber hinaus gilt es, weiteren grundlegenden forschungsethischen Anforderungen gerecht zu werden. Diese umfassen im Allgemeinen ethische Prinzipien und Re-

geln zur Bestimmung und Gestaltung der „[...] Beziehungen zwischen den Forschenden auf der einen Seite und den [...] einbezogenen Personen auf der anderen Seite [...]“ (Hopf 2009: 590). Die informierte Zustimmung (informed consent) ist hierbei ein zentrales Element und in § 4 und § 4a des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) verankert.⁶ Beauchamp et al. (2013: 110) ordnen sie unter das Prinzip der Respektierung der Autonomie. Diesen Verpflichtungen wird im Projekt EmoRobot nachgekommen, indem die Teilnehmenden sowie deren Angehörige über das Forschungsvorhaben mit Hilfe von Informationsveranstaltungen, eines Informationsschreibens sowie mehreren persönlichen Gesprächen informiert, ausreichend Bedenkzeit eingeräumt und Ansprechpartner/Ansprechpartnerinnen für den gesamten Projektverlauf benannt werden. Liegt eine gesetzliche Betreuung vor, erfolgt die formale Einverständniserklärung durch die gesetzlichen Betreuer/Betreuerinnen. Nichtsdestotrotz findet die Aufklärung der Personen mit Demenz entsprechend ihrer kognitiven Fähigkeiten durch ihnen vertraute Personen und das Forscherteam statt. Ein Austritt aus dem Projekt ist für die Teilnehmenden jederzeit und ohne Nachteile möglich. Zudem wird – insbesondere in Bezug auf die weitere Verwendung von Videodaten, aber auch bezüglich der Einbindung der Personen mit Demenz selbst– die informierte Zustimmung durch eine „fortlaufende Zustimmung“ (ongoing consent) im Forschungsprozess erweitert (vgl. z.B. McKeown et al. 2010, Smith et al. 2011; bezogen auf die Versorgung auch Butterworth 2005).

Vor der ersten Intervention kam das Ethikkomitee zusammen, um in einem Forum ethische Grundsätze festzulegen. Bezüglich der ethischen Prinzipien wurde eine Fokussierung der Prinzipien Autonomie, Wohltun sowie Nichtschaden⁷ festgelegt, die für jede einzelne Person im Sample zu konkretisieren sind. Beispielsweise bedeutet zwar das „Aufsuchen“ respektive „Hineingehen“ in die Lebenswelt der vulnerablen Personen während der Forschung eine Veränderung des Alltags, einen potenziellen Eingriff in die Privatheit oder auch eine Irritation durch (unbekannte) robotische Assistenzsysteme. Gleichwohl ist dies aber nicht zwangsläufig negativ zu bewerten, da die Personen im Sample grundsätzlich auch von einer erhöhten Aufmerksamkeit und Zuwendung im Rahmen der Projektteilnahme oder positiven Impulsen durch die Assistenzsysteme profitieren könnten. Um den komplexen Zusammenhängen und den dadurch notwendigen Abwägungsprozessen gerecht zu werden, wurde festgelegt, zu jeder involvierten Person vor jeder Interventionsphase (unter Einbindung der jeweiligen Angehörigen oder Bezugspersonen) eine ethische Fallbesprechung durchzuführen.

Im Folgenden wird skizziert, wie das Instrument der ethischen Fallbesprechungen unter Berücksichtigung von Anforderungen an die Forschung mit Personen mit Demenz, des konzeptuellen Rahmes der Prinzipienethik und den daraus resultierenden Grundsätzen für das Forschungsprojekt EmoRobot eingesetzt werden kann.

6 Die Grundsätze des Datenschutzes werden eingehalten und ein sensibler, forschungsethischen Grundsätzen entsprechender, Umgang mit personenbezogenen Daten gewährleistet (BDSG § 13, § 14; vgl. dazu Hopf 2009: 594 ff.; Schnell et al. 2006: 54 ff.; Küsters 2006: 75 f.).

7 Dennoch erfolgt auch eine Auseinandersetzung mit dem Prinzip Gerechtigkeit, z. B. über die gerechte Verteilung sowie den Zugang zu emotionsorientierter Pflege und Betreuung mit robotischen Assistenzsystemen bei Personen mit Demenz. Diese Fragen stellen sich jedoch eher auf der Meta- sowie Makroebene und werden auch in diesem Zusammenhang diskutiert.

4. Ethische Fallbesprechungen

Ethische Fallbesprechungen werden eingesetzt, um für die jeweils betreffende Person und Situation grundlegende, fallspezifische Fragestellungen zu erörtern und damit die ethische Vertretbarkeit des in Frage stehenden Handelns kritisch zu hinterfragen und zu überprüfen. Ziel für die Beteiligten ist es, ein tiefgreifendes Verständnis über die jeweilige (konfliktreiche) Entscheidungssituation und einen Überblick über verschiedenen Handlungsoptionen zu erlangen, um gemeinsam eine ethisch begründete Entscheidung treffen und das weitere Vorgehen planen zu können (Monteverde 2013: 273; Scheule 2009: 299). Zudem findet eine Entlastung für alle Beteiligten (Arn 2009: 573; Heinemann 2005: 8) statt, wenn ethische Konflikte oder schwierige Entscheidungssituationen gemeinsam besprochen und bewältigt werden. All dies dient gewiss dazu, ein möglichst genaues Bild einer in ein Forschungsvorhaben eingebundenen Person und deren Situation zu erhalten. Gleichwohl ist sich das Forscherteam auch seiner Grenzen bewusst: Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass z. B. die Erhebung des psychischen und/oder physischen Gesundheitszustands nur im Zuge von Erhebungen mit ausgewiesener Expertise der betreuenden Personen – nie aber durch ein externes Forscherteam – stattfinden kann. Letztendlich kann allenfalls eine Annäherung an die Wertvorstellungen einer Person gelingen. Umso mehr ist es fraglos notwendig, gerade den Anspruch des höchst möglichen Annäherungsgrads an die Wertvorstellungen der involvierten Personen zu haben.

4.1 Typen ethischer Fallbesprechungen

Die vier (Ideal-)Typen ethischer Fallbesprechungen lassen sich nach Heinemann (2005: 4) in externe versus interne sowie retrospektive versus prospektive Fallbesprechungsformen unterteilen.

Bei einer externen retrospektiven Fallbesprechung werden bereits abgeschlossene Situationen und Handlungen durch unabhängige externe Experten besprochen, die nicht an den Ereignissen beteiligt waren. Sie konnten und können demnach keinen Einfluss auf den Entscheidungsprozess nehmen und werden eingeladen, um die Ereignisse zu besprechen und/oder Empfehlungen für zukünftige, ähnliche Situationen auszusprechen (Heinemann 2005: 4).

Im Gegensatz dazu wird bei der internen retrospektiven Fallbesprechung innerhalb der Mitwirkenden ein Sachverhalt rückwirkend erörtert. Diese Fallbesprechung dient zum ethischen Erfahrungs- und Meinungs austausch darüber, wie getroffene Entscheidungen im Nachhinein eingeschätzt werden. Sollte festgestellt werden, dass eine Fehlentscheidung getroffen wurde, ist eine offene Fehlerkultur, bei der nicht nach Schuldigen sondern nach Verbesserungspotenzialen gesucht wird, wichtig. Dies ermöglicht einen Lernprozess für alle Mitwirkenden (Neitzke 2008: 60; Heinemann 2005: 4).

Der Fokus der externen prospektiven Fallbesprechung richtet sich auf eine Entscheidung, bei der beteiligte Personen nicht einschätzen und wissen, ob ein Entschluss oder eine Handlung sich anschließend als „stimmig herausstellt“ (Heinemann 2005:

4). Daher wird z. B. ein Ethikberater/eine Ethikberaterin oder eine ethische Experten-Gruppe um eine unabhängige Stellungnahme gebeten. Externe Personen stehen den Gegebenheiten in der Regel neutral gegenüber. Dies eröffnet differenzierte Betrachtungsmöglichkeiten und ermöglicht die Bearbeitung der Fragestellung unter Einbeziehung zusätzlicher ethischer Kompetenzen (Heinemann 2005: 4). Jedoch haben externe Personen ausschließlich selektive und interpretierte Erfahrungen sowie Situations-schilderungen von den Mitwirkenden erhalten. Dementsprechend kann der Sachverhalt verzerrt dargestellt sein. Darüber hinaus besteht die Gefahr einer „Quasi-Auslagerung“ ethischer Fragestellungen (Heinemann 2005: 5) – und damit der Verantwortung.

Bei der internen prospektiven Fallbesprechung bilden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, welche aktive Akteure der zu „besprechenden Situation“ darstellen, ein multidisziplinäres Team, das ethische Entscheidungen trifft. Die Leitung erfolgt durch einen externen, neutralen Moderator/eine externe neutrale Moderatorin (Heinemann 2005: 5). Ziel ist es unter dieser Leitung die Situation gemeinsam einzuschätzen und wahrzunehmen, um anschließend im Team mögliche Handlungsempfehlungen zu definieren (ebd.). Der Moderator/die Moderatorin unterstützt mithilfe seiner/ihrer Kompetenzen diesen Prozess, jedoch nicht in der Rolle eines Entscheidungsträgers/einer Entscheidungsträgerin (Scheule 2009: 288; Neitzke 2008: 60).

4.2 Fallbesprechungen im Projekt EmoRobot

Die Fallbesprechungen im Projekt EmoRobot lehnen sich primär an die interne retro- und prospektive Fallbesprechung an. Ein grundlegendes Ziel stellt die nachhaltige und eigenverantwortliche Bearbeitung ethischer Fragestellungen im multidisziplinären Team dar. Teilnehmerinnen/Teilnehmer sind Forschende, eine Pflegeexpertin des Praxispartners⁸, Bezugspfleger, Angehörige/Betreuende und/oder die Person aus dem Sample sowie ein neutraler Ethikexperte/eine neutrale Ethikexpertin. Mit Unterstützung dieser Ethikberater/Ethikberaterin wird für jede Person im Sample eine ethische Fallbesprechung durchgeführt. Inhaltlich leitend ist, den mutmaßlichen Willen der jeweiligen Person so genau wie möglich herauszuarbeiten, eine potenzielle Teilnahme an der Studie entlang der vier Prinzipien zu bewerten, sowie darauf basierend Kriterien festzulegen, nach denen auch während der Studie beurteilt werden kann, ob eine Teilnahme ethisch (noch) vertretbar ist. Ein inhaltlicher Schwerpunkt liegt auch auf der Diskussion der Auswahl des für die jeweilige Person einzusetzenden robotischen Assistenzsystems sowie auf potenziellen Einsatzszenarien. Hierbei spielen Aspekte wie Vorlieben der Personen, Affinität zu (bestimmten Arten von) Technik oder bestimmten Verkörperungen eine Rolle, die mit den Eigenschaften der vorhandenen Systeme abgeglichen werden. So kann eine weitere Annäherung an den erklärten oder mutmaßlichen Willen der jeweiligen Person erreicht werden.

⁸ Die Pflegeexpertin ist mit den individuellen Verhaltensweisen sowie -gewohnheiten der einbezogenen Personen vertraut und während allen Interventionen anwesend. Im Einzelfall und ggf. im Zweifel entscheidet sie auch darüber, ob und wann eine Intervention unter- oder gar abgebrochen werden muss.

Zu Beginn der Feldphasen werden interne prospektive Fallbesprechungen zur Darstellung der momentanen Lebenssituation jeder Person im Sample durchgeführt. Sie werden mit Informationen zum Ablauf, zu (Kommunikations-)Regeln und zur Dokumentation durch einen Moderator/einer Moderatorin und eine Vorstellungsrunde eröffnet. Danach wird die personen- und interventionsbezogene Fragestellung vorgestellt (vgl. Scheule 2009: 288; Heinemann 2005: 10 f.). Wesentliche medizinische, pflegerische, organisatorische, wissenschaftliche, ökonomische, psychische und weltanschauliche Informationen werden zusammengetragen (siehe hierzu auch: Scheule 2009: 286; Vollmann 2008: 89; Heinemann 2005: 6). Nach der Erörterung legen die Mitwirkenden einzeln die jeweils eigenen Sichtweisen zum Sachverhalt dar, die anschließend in der Gruppe diskutiert werden. Dabei versucht das Team z. B. zu ergründen, auf welche Art und Weise (verbal oder nonverbal) die jeweilige Person im Sample ihre Emotionen zum Ausdruck bringt. Speziell interessiert auch, welche Zeichen Unwillen oder Ablehnung signalisieren. Daraus können individuell Sicherheitsmaßnahmen und personenbezogene Abbruchkriterien zum Schutz der Beteiligten definiert werden (vgl. DGP 2009: 2; Schnell et al. 2006: 61). Es folgt eine Bewertung und Generierung von Argumenten aus einer ethischen Perspektive, um final zu einer Gesamteinschätzung und Beantwortung der Ausgangsfrage zu kommen. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, Unsicherheiten und Unklarheiten auszuräumen und eine begründete Entscheidung für bzw. gegen eine Teilnahme der in Rede stehenden Person sowie den Einsatz eines (bestimmten) Assistenzsystems treffen zu können. Im Ergebnis liegen eine kollektive Einschätzung des erklärten, respektive mutmaßlichen Willens, der in Rede stehenden Person sowie die daraus abgeleitete Handlungsempfehlung für das Forschungsvorhaben vor. Zur Dokumentation der Inhalte und Ergebnissicherung der Fallbesprechungen wird ein an den MEFES-Protokollbogen (Scheule 2009: 318 f.) sowie den Malteser Fragebogen (Heinemann 2005: 14 f.) angelehnter sowie projektspezifisch modifizierter Protokollbogen eingesetzt. Durch Verlesen sowie unterzeichnen wird sichergestellt, dass alle Mitwirkenden die Entscheidungen mittragen.

Interne retrospektive Fallbesprechungen sind innerhalb des Forschungsprozesses geplant, um die getroffenen Entscheidungen noch einmal zu reflektieren.

5. Schlussfolgerungen

Bei der Einbindung von vulnerablen Personen (hier Personen mit Demenz) in wissenschaftliche Projekte zur Beforschung emotionsorientierter Pflege und Betreuung mit robotischen Assistenzsystemen ist eine Vielzahl ethischer Anforderungen zu beachten. Je nach Art des Forschungsvorhabens ist festzulegen, welche ethischen Ansätze die Grundlage für die Einbindung vulnerabler Personen darstellen können. Eine gemeinsame Bestimmung ethischer Anknüpfungspunkte im (multidisziplinären) Forschungsteam ist unerlässlich, um eine einvernehmliche Basis zu schaffen, Verständnis über ethische Sachverhalte zu entwickeln sowie die Sensibilität und Achtsamkeit (für die individuelle Situation) zu stärken. Hierfür können die vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp et al. (2013) einen Orientierungsrahmen bieten und die Diskursfä-

higkeit sowie Urteilskraft fördern. Allerdings bleibt eine Spezifizierung und Gewichtung unerlässlich, um einen konkreten Bezug zur je spezifischen Situation herzustellen.

Dies ist vor allem dann von Bedeutung, wenn Personen mit Demenz, die in der Willensbildung sowie -äußerung (teilweise) eingeschränkt sind und deshalb auf deren mutmaßlichen Willen zurückgegriffen werden muss, im Fokus der Forschungsarbeit stehen. Besonders bedeutend wird dies durch den Einsatz von Technik (hier robotischen Assistenzsystemen), wozu möglicherweise keine früheren Willensbekundungen vorliegen.

Ethische Fallbesprechungen können als Instrument dienen, in einem multidisziplinären Team – erweitert durch gesetzliche Betreuer/Betreuerinnen, Angehörige und Bezugspersonen – die jeweilige Situation aus unterschiedlichen Perspektiven zu erfassen, den erklärten oder mutmaßlichen Willen zu rekonstruieren und gemeinsam getragene Handlungsoptionen zu entwickeln.

Orientierungspunkte zur Evaluation der Forschungstätigkeit sind die Reaktionen der Personen mit Demenz sowie die Einschätzungen von Pflegenden, Angehörigen und anderen Bezugspersonen. Im Projekt EmoRobot erfolgt hierfür im Rahmen einer Qualifikationsarbeit parallel die Erfassung der Angehörigenperspektive, um eine Rückmeldung über deren Einschätzung zur Zusammenarbeit und Integration – auch im Rahmen ethischer Überlegungen – zu erhalten. Dies kann als Basis einer fortlaufenden Verbesserung der Forschungstätigkeit bezüglich der Aufarbeitung ethischer Fragen dienen. Allerdings ist weiterer Forschungsbedarf besonders bezüglich der Entwicklung von Evaluationskonzepten zur Überprüfung der Angemessenheit ethischer Maßnahmen bei vulnerablen Personen erkennbar.

Literatur

- Arn, C. (2009): Definition grundlegender ethischer Fachbegriffe. In: *Therapeutische Umschau* 66 (8), 569-574
- Beauchamp, T.L. (1996): *The Role of Principles in Practical Ethics*. In: Summer, L.W./Boyle J. (Hrsg.): *Philosophical Perspectives in Bioethics*. Toronto, Buffalo, London: University of Toronto Press, 79-95
- Beauchamp, T.L. (2005): Prinzipien und andere aufkommende Paradigmen in der Bioethik. In: Rauprich, O./Steger, F. (Hrsg.): *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*, Bd. 14. Frankfurt am Main: Campus, 48-73
- Beauchamp, T.L./Childress, J.F. (2013): *Principles of biomedical ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press
- Becker, H./Scheermesser, M./Früh, M./Treusch, Y./Auerbach, H./Hüppi, A./Meier, F. (2013): *Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung*. Zürich: vdf Hochschulverlag
- Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Januar 2003 (BGBl. I S. 66), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 14. August 2009 (BGBl. I S. 2814) geändert worden ist
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (BMFSFJ)/Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2010): *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. 10. Aufl., <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed_C3_BCrfziger-Menschen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand 2014-04-12]

- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 5 des Gesetzes vom 1. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3719) geändert worden ist
- Büscher, A./Rumm, P. (2010): Ambient Assisted Living und Pflegebedürftigkeit: Wie finden Anspruch und Realität zueinander? In: *Pflegezeitschrift* 63 (5), 271-275
- Butterworth, C. (2005): Ongoing consent to care for older people in care homes. In: *Nursing Standard* 19 (20), 40-45
- Christen, M./Osman, C./Baumann-Hölzle, R. (2010): Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen. Bern, New York: P. Lang
- Clouser, K.D./Gert, B. (2005): Eine Kritik der Prinzipienethik. In: Rauprich, O./Steger, F. (Hrsg.): *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Frankfurt am Main: Campus, 88-108
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) (2009): Ethikkodex zum Verhältnis zwischen Forschenden und Probanden. <<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/EthikkodexDGP.pdf>> [Stand 2014-04-12]
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2010): ICN-Ethikkodex für Pflegende. Deutsche Übersetzung von: International Council of Nurses (ICN) (2006): ICN Code of Ethics for Nurses, herausgegeben durch den Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und dem DBfK. Berlin. <<http://www.dbfk.de/download/download/10091DBfK-ICN-Ethik-E04kl-web.pdf>> [Stand 2014-04-12]
- Deutscher Ethikrat (2012): Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme. <<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf>> [Stand 2014-04-12]
- EmoRobot (2014): Projekthomepage. <<http://www.fh-fulda.de/index.php?id=11785>> [Stand 2014-04-12]
- Fölsch, D. (2008): *Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien auf den Pflegealltag*. Wien: Facultas
- Friesacher, H. (2010): Pflege und Technik - eine kritische Analyse. In: *Pflege & Gesellschaft* 15, 293-313
- Goffman, E. (2012): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. 21. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Großklaus-Seidel, M. (2002): *Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegende ihr Handeln reflektieren und begründen können*. Stuttgart: Kohlhammer
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2012 (BGBl. I S. 1478) geändert worden ist
- Hahne, B. (2011): *Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden, Implementierungshilfen*. Düsseldorf: Symposium Publ.
- Heinemann, W. (2005): *Ethische Fallbesprechungen. Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatungen*. Herausgegeben von der Malteser Trägergesellschaft (MTG). Köln: MTG <http://www.malteser-krankenhaus-stcarolus.de/06.Das_Krankenhaus/06.02.Ethik/ethischeFallbesprechung.pdf> [Stand 2014-04-12]
- Higgins, P. (2013): Involving people with dementia in research. In: *Nursing Times* 109 (28), 20-23
- Holm, S. (2005): Nicht nur Autonomie - die Prinzipien der amerikanischen biomedizinischen Ethik. In: Rauprich, O./Steger, F. (Hrsg.): *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Frankfurt am Main: Campus, 210-225
- Honer, A. (1999): Bausteine zu einer lebensweltorientierten Wissenssoziologie. In: Hitzler R./Reichertz, J./Schröer, N. (Hrsg.): *Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation*. Konstanz: UVK, 51-67
- Honer, A. (2011): *Kleine Leiblichkeiten. Erkundungen in Lebenswelten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

- Hopf, C. (2009): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 7. Aufl., Hamburg: Rowohlt Taschenbuch, 589-600
- Hülsken-Giesler, M. (2007): Pflege und Technik – Annäherung an ein spannungsreiches Verhältnis zum gegenwärtigen Stand der internationalen Diskussion – 1. Teil. In: *Pflege* 20 (2), 103-112
- Hülsken-Giesler, M. (2010): Technikkompetenzen in der Pflege – Anforderungen im Kontext der Etablierung neuer Technologien in der Gesundheitsversorgung. In: *Pflege & Gesellschaft* 4, 330-352
- Jonas, H. (2013): *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*. 8. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Kitwood, T.M. (2013): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Müller-Hergl, C., 6., ergänzte Aufl., Bern: Huber
- Klinkhammer, G. (2012): Mutmasslicher Wille. Eine Entscheidung im Miteinander. In: *Deutsches Ärzteblatt* 109 (24), 1228-1229
- Körtner, U.H.J. (2004): *Grundkurs Pflegeethik*. Wien: Facultas
- Kotsch, L./Hitzler, R. (2013): *Selbstbestimmung trotz Demenz?: ein Gebot und seine praktische Relevanz im Pflegealltag*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Küstners, I. (2006): *Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Lay, R. (2012): *Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. 2., aktualisierte Aufl., Hannover: Schlütersche
- Manzeschke, A./Weber, K./Rother, E./Fangerau, H. (2013): *Ergebnisse der Studie »Ethische Fragen im Bereich Altersgerechter Assistenzsysteme«*. Berlin: VDI
- McKeown, J./Clarke, A./Ingleton, C./Repper, J. (2010): Actively involving people with dementia in qualitative research. In: *Journal of Clinical Nursing*, 19 (13-14), 1935-1943
- Monteverde, S. (2013): Pflegeethik und die Sorge um den Zugang zu Pflege. In: *Pflege* 26 (4), 271-280
- Neitzke, G. (2008): Aufgaben und Modelle von Klinischer Ethikberatung. In: Dörries, A./Neitzke, G./Simon, A./Vollmann, J. (Hrsg.): *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. Stuttgart: Kohlhammer, 58-75
- Perrin, T./May, H./Anderson, E. (2008): *Wellbeing in Dementia: An Occupational Approach for Therapists and Carers*: Elsevier Health Sciences UK. Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier
- Rauhala, M./Bechthold, U. (2011): Ethische Aspekte bei der Forschung und Entwicklung von assistiven Technologien. In: Moser-Siegmeth, V./Aumayr, G. (Hrsg.): *Alter und Technik. Theorie und Praxis*. Wien: Facultas, 143-155
- Rauprich, O. (2005a): Prinzipienethik in der Biomedizin - Zur Einführung. In: Rauprich, O./Steger, F. (Hrsg.): *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Frankfurt am Main: Campus, 11-45
- Rauprich, O. (2005b): Was ist und wozu dient Prinzipienethik? Versuch einer Konturenschärfung. In: Rauprich, O./Steger, F. (Hrsg.): *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Frankfurt am Main: Campus, 226-250
- Resch, K./Aumayr, G. (2011): Methodische Herausforderungen bei Befragungen und Testungen mit vulnerablen, älteren Menschen ab 60. In: Moser-Siegmeth, V./Aumayr, G. (Hrsg.): *Alter und Technik. Theorie und Praxis*. Wien: Facultas, 129-142
- Schaider, A./Borasio, G.D./Marckmann, G./Jox, R.J. (2013): Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens: eine Interviewstudie mit Klinikern. In: *Ethik in der Medizin*, Online First Publikation, Dezember 2013, 1-15. <http://download.springer.com/static/pdf/197/art%253A10.1007%252Fs00481-013-0285.1.pdf?auth66=1397472986_30dafd0e78f845d7995f1a76a182c166&ext=.pdf> [Stand 2014-04-12]
- Scheule, R.M. (2009): *Gut entscheiden. Eine Werterwartungstheorie theologischer Ethik*. Freiburg, Schweiz: Academic Press Fribourg
- Schnell, M.W. (2008): *Ethik als Schutzbereich. Kurzlehrbuch für Pflege, Medizin und Philosophie*. Bern: Huber
- Schnell, M.W./Heinritz, C. (2006): *Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Bern: Huber

- Smith, W./Grady, C./Krohmal, B./Lazovski, J./Wendler, D. (2011): Empirical evaluation of the need for 'on-going consent' in clinical research. In: AIDS 25 (1), 107-114
- Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist
- United Nations (UN) (1948): Resolution der Generalversammlung 217 A (III). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. <<http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>> [Stand 2014-04-12]
- Vollmann, J. (2008): Methoden der ethischen Falldiskussion. In: Dörries, A./Neitzke, G./Simon, A./Vollmann, J. (Hrsg.): Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege. Stuttgart: Kohlhammer, 87-101
- Weber, K./Manzeschke, A./Rother, E. (2012): „Ernste Moralische Fragen“. Zur Bewertung technischer Assistenzsysteme für den demografischen Wandel. In: Dr. med. Mabuse 199 <http://www.mabuse-verlag.de/Downloads/2068/199_Bewertung_technischer_Assistenzsysteme.pdf> [Stand 2014-04-12]
- Wiesing, U. (2005): Vom Nutzen und Nachteil der Prinzipienethik für die Medizin. In: Rauprich, O./Steger, F. (Hrsg.): Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis. Frankfurt am Main: Campus, 74–86
- Woods, B./Keady, J./Seddon, D. (2009): Angehörigenintegration. Beziehungszentrierte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Bern: Huber
- Wunder, M. (2008): Demenz und Selbstbestimmung. In: Ethik in der Medizin 20 (1), 17-25

Sven Ziegler, M.Sc. Public Health (Kontaktperson)

Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt EmoRobot

Hochschule Fulda – University of Applied Sciences, Fachbereich Pflege und Gesundheit

Marquardstr. 35, 36039 Fulda, sven.ziegler@pg.hs-fulda.de

Tanja Treffurth, B.Sc. Pflegemanagement

Wissenschaftliche Hilfskraft im Projekt EmoRobot

Hochschule Fulda – University of Applied Sciences, Fachbereich Pflege und Gesundheit

Marquardstr. 35, 36039 Fulda, tanja.treffurth@pg.hs-fulda.de

Prof. Dr. rer. cur. Helma M. Bleses

Projektleitung im Projekt EmoRobot

Hochschule Fulda – University of Applied Sciences, Fachbereich Pflege und Gesundheit

Marquardstr. 35, 36039 Fulda, helma.bleses@pg.hs-fulda.de

Beiträge

Kerstin Hämel, Janina Kutzner

Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Anregungen aus Finnland

The further development of home care concepts for dependent people. Insights from Finland

Adequate needs-based care concepts servicing older people with often quite complex home-based care needs are in great demand. They must be able to satisfy the often quite complex needs of the elder, and at the same time, be feasible in both rural and economically underdeveloped regions. Germany is not the only country facing this challenge today. Hence, it is advisable to look more closely at successful concepts used by other states. This paper aims to highlight noteworthy home care developments in Finland. It is based on a literature analysis and semi-structured interviews with experts on the care and nursing services in Finland. In Finland, the enhancement of home care has been augmented by the profile raising and professionalizing of nursing profession. Further auspicious features include team-based and multi-professional collaboration as well as a case management approach to nursing. The regional-municipal care model combines a small-scale, community-oriented practice with the central pooling of resources and specialized skills. The paper closes with a discussion of implications and suggestions for the further development of home care models in Germany.

Keywords

home care, nursing, Finland, deinstitutionalization, team-based, multiprofessional, municipality, rural

Für eine bedarfsgerechte häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen werden Versorgungskonzepte benötigt, die dem oft komplexen Bedarf der Nutzer/innen gerecht werden; zugleich sollten sie auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen funktional sein. Mit dieser Herausforderung steht Deutschland nicht alleine da. Daher ist es sinnvoll, international nach bereits etablierten Konzepten Ausschau zu halten. Der Beitrag zielt darauf, interessante Entwicklungen der häuslichen Versorgung in Finnland aufzuzeigen. Er basiert auf einer Literaturanalyse und leitfadengestützten Interviews mit Expert/inn/en der Versorgung und Pflege in Finnland. Aufgezeigt wird, dass in Finnland die Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung mit einer Profilschärfung und Professionalisierung der Pflege einhergeht. Vielversprechende Elemente stellen zudem die teambasierte und multiprofessionelle Zusammenarbeit und ein am Case Management orientier-

eingereicht 11.11.2014
akzeptiert 15.12.2014

tes Vorgehen in der Pflege dar. Die regional-kommunale Versorgungsgestaltung, die eine kleinräumige, gemeindeorientierte Arbeitsweise mit der zentralen Bündelung von Ressourcen und spezialisierter Kompetenz verbindet, bietet ebenso interessante Perspektiven. Anregungen die sich daraus für die Modellentwicklung der häuslichen Versorgung in Deutschland ergeben, werden abschließend diskutiert.

Schlüsselwörter

Häusliche Versorgung, ambulante Pflege, Finnland, Deinstitutionalisierung, teambasiert, multiprofessionell, Kommune, ländlich

1. Hintergrund und Ziel des Beitrags

Die Förderung der häuslichen Pflege ist international ein wichtiges Anliegen (Colombo et al. 2011: 296ff.; Genet et al. 2011; Gibson et al. 2003). Auf diese Weise soll dem Wunsch der Bevölkerung entsprochen werden, auch im hohen Alter und bei steigendem Unterstützungsbedarf im eigenen Haushalt und vertrauten Umfeld leben zu können (exempl. Spangenberg et al. 2013; Wiles et al. 2013). Zugleich wird dies für die Pflegesysteme zunehmend zur Kraftanstrengung: Angesichts der voranschreitenden demografischen Alterung, in deren Folge auch familiäre Pflege schwerer zu organisieren ist, ist eine Stärkung der Ressourcen und der Professionalität der häuslichen Pflege erforderlich. Flankierend sind neue Versorgungsansätze und -modelle gefordert, die dem komplexer werdenden Bedarf und den Bedürfnissen ihrer Nutzer/innen Rechnung tragen.

Das gilt auch für Deutschland. Denn obschon der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bereits seit 30 Jahren gesetzlich verankert ist¹ und die Pflegeversicherung schließlich einen flächendeckenden Ausbau der ambulanten Pflege einleitete, besteht Nachholbedarf bei der Ausdifferenzierung der pflegerischen Versorgung. Um den meist mehrdimensionalen Problemlagen hilfe- und pflegebedürftiger Menschen entsprechen und eine auf Autonomieerhalt im angestammten Umfeld und Ressourcenerhalt zielende Pflege ermöglichen zu können (Schaeffer et al. 2008), werden umfassende und multiprofessionelle Versorgungskonzepte benötigt. Neben pflegerischen Leistungen, sollten sie hauswirtschaftliche, soziale, assistierende, medizinische und rehabilitative Dienstleistungen enthalten und auf ein abgestimmtes Handeln aller an der Versorgung beteiligten Akteure ausgerichtet sein.

Diese Anforderungen gelten für alle Regionen Deutschlands gleichermaßen, doch werden in den letzten Jahren in ländlichen und strukturschwachen Regionen besondere Herausforderungen deutlich. Schon heute treten dort vermehrt Versorgungslücken und ein Fachkräftemangel zutage, die sich längst nicht mehr allein auf die medizinische Versorgung beschränken. Daher ist auch die Pflege gut beraten, diesen Regionen besondere Aufmerksamkeit zu widmen (SVR 2014).

Damit steht Deutschland nicht allein, denn der demografische Wandel schreitet weltweit voran und auch in anderen Ländern sind ländliche, strukturschwache Regio-

¹ Der Vorrang offener Hilfen wurde mit § 3a des Bundessozialhilfegesetzes 1984 eingeführt.

nen besonders betroffen. Es empfiehlt sich daher, die Entwicklungen und Erfahrungen in anderen Ländern anzusehen, und zu prüfen, ob wir aus ihnen lernen und Anregungen für die Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung in Deutschland gewinnen können. Im Rahmen eines von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekts² hatten wir Gelegenheit, Ansätze und Versorgungskonzepte in zwei Ländern – Kanada und Finnland – zu betrachten. Beide Länder sind aufgrund ihrer geografischen und siedlungsstrukturellen Bedingungen besonders gefordert, auf die Herausforderungen der ländlichen Versorgungsgestaltung im demografischen Wandel zu reagieren. Hinzu ließ die ausgeprägte regional-kommunale Verantwortung für Versorgungsgestaltung in Kanada und Finnland erwarten, dort auf regional abgestimmte, integrierte Versorgungsansätze zu stoßen.

In diesem Beitrag konzentrieren wir uns auf Finnland und die häusliche Versorgung. Ziel ist es, vor dem Hintergrund des finnischen Gesundheitssystems, interessante Entwicklungen der häuslichen Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Finnland aufzuzeigen, und Perspektiven, die sich daraus für die Modellentwicklung der häuslichen Versorgung in Deutschland ergeben, zu diskutieren. Dazu werden zunächst die Struktur und Entwicklung der häuslichen Versorgung und Pflege im Kontext des finnischen Gesundheitssystems nachgezeichnet. Anschließend werden die Organisation und die teamorientierte Arbeitsweise der häuslichen Pflege dargestellt. Der Beitrag schließt mit Überlegungen dazu, welche Anregungen für die Entwicklung in Deutschland gewonnen werden können.

2. Methodisches Vorgehen

Der Beitrag basiert auf einer Literaturanalyse und zwei qualitativ-explorativen Untersuchungsschritten. Die integrative Literaturanalyse diente dazu, wichtige Entwicklungslinien der häuslichen Versorgung in Finnland herauszuarbeiten. Die sich anschließenden leitfadengestützten telefonischen Interviews mit Expert/inn/en der Versorgung und Pflege in Finnland (Wissenschaftler/innen, Verbandsvertreter/innen, Projektentwickler/innen)³ dienten der Eruierung aktueller Herausforderungen und Ansatzpunkte der ländlichen Versorgungsgestaltung. Die Interviews zielten zudem darauf, interessante Regionen und Umsetzungsbeispiele für eine vertiefende explorative Untersuchung zu identifizieren. Die Expert/inn/en wurden gebeten, Regionen und Modelle zu empfehlen. Auf dieser Grundlage erfolgte eine Ansprache regionaler Versorgungsakteure. Mit ihrer Unterstützung wurden weitere interessante regionale Einrichtungen identifiziert. Schließlich erfolgten zwei Forschungsreisen in insgesamt sechs finnische Kommunen (Reise 1: August 2012; Reise 2: März 2013).

2 Projekt „Regional differenzierte Versorgung. Eine international vergleichende Analyse ländlicher Versorgungsmodelle“ (Laufzeit 2012-2014). Projektbeteiligte: Doris Schaeffer, Michael Ewers, Janina Kutzner und Kerstin Hämel (zu den Ergebnissen: siehe Schaeffer et al. 2015)

3 Als Expert/inn/en wurden im ersten Schritt Wissenschaftler/innen, die zu Fragen der (ländlichen) Versorgungsgestaltung in Finnland publizieren, sowie Vertreter/inn/en zentraler Verbände (Kommunalverbände, Berufsverbände) identifiziert. Anschließend wurden auf Basis ihrer Empfehlungen weitere Expert/inn/en angefragt.

Während der Aufenthalte wurden leitfadengestützte Interviews mit Manager/inne/n und Mitarbeiter/inne/n kommunaler Home Care Units durchgeführt.⁴ Der Interviewleitfaden enthielt Fragen zur Entstehung, strategischen Ausrichtung und Konzeption einer Einrichtung, ihrer Struktur und Arbeitsweise, zentralen Kooperationspartner/inne/n sowie Erfahrungen in multiprofessioneller Zusammenarbeit. Die Interviewpartner/innen wurden gebeten, jeweils Chancen, Probleme und Herausforderungen in der Versorgungspraxis zu beleuchten. Um vertiefende Einblicke in die Arbeitsweise der Home Care Units gewinnen zu können, wurden Pflegende bei Hausbesuchen begleitet. Hinzu kamen Interviews mit Verantwortlichen der übergreifenden, regionalen Versorgungsplanung und anderer regionaler Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheitszentren, Krankenhäuser), denen der gleiche Interviewleitfaden zugrunde lag. Wenn dort die Bedeutung und Kooperationserfahrungen mit der häuslichen Pflege zur Sprache kamen, wurden die entsprechenden Sequenzen in die weitere Auswertung einbezogen. Die Interviews erfolgten überwiegend in englischer, teils in deutscher Sprache. Alle Exkursionen und Interviews wurden protokolliert, die Interviews teilweise transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse wurden in verdichteten Modellportraits zusammengefasst (Schaeffer et al. 2015)

3. Kontext, Struktur und Entwicklung der häuslichen Versorgung in Finnland

Finnland steht in der Tradition nordischer Wohlfahrtsstaaten. Für sie ist typisch, dass sie ihren Bürger/inne/n einen universellen Zugang zu einem recht breiten Angebot an gesundheitlichen und sozialen Diensten eröffnen, deren Leistungen primär steuerfinanziert sind. Im Unterschied zu Deutschland, das bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen traditionell und bis heute auf das Primat der Angehörigenpflege setzt, zeichnen sich die skandinavischen Staaten und auch Finnland durch eine starke Dienstleistungsorientierung aus („social service states“) (Colombo et al. 2011: 216ff.; Kröger 2011; Wahlbeck et al. 2008: 35ff.). Allerdings gilt auch in diesen Ländern mit der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen die Förderung der Pflege durch Angehörige als wichtiges Anliegen und sind die professionellen Dienste aufgefordert, in Koproduktion mit den Klient/inn/en und ihren Angehörigen die häusliche Versorgung auszugestalten (Triantafillou et al. 2010: 28ff.; Waldhausen 2013: 28).

Typisch ist außerdem die hohe Bedeutung der regionalen Ebene für die Ausgestaltung der Versorgung in den nordischen Wohlfahrtsstaaten, weshalb diese auch als „local welfare states“ bezeichnet werden (Kröger 2011; Vabo 2011). So sind in Finnland die Kommunen (und hier zunehmend regionale Verbünde) für die Planung, Organisation und Erbringung gesundheitlicher und sozialer Dienste, und damit auch der häuslichen Pflege, verantwortlich. Die staatliche Gesetzgebung schafft dafür den Rahmen,

⁴ Interviewt wurden für das operative und strategische Management von ambulanter Pflege zuständige Führungskräfte in den Regionen und in den Home Care Units tätige Mitarbeiter/innen unterschiedlicher Qualifikationsstufen (Head Nurse, Practical Nurse, Pflegende mit akademischer Ausbildung, Public Health Nurses).

innerhalb dessen die regionalen Akteure ihre Leistungen und Dienste recht autonom ausgestalten können. Zwei Gesetze sind für die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen grundlegend. Der Health Care Act (2010) regelt die Primär- und Sekundärversorgung und schließt hier auch „home nursing“-Leistungen (Kotisaaranhoito), also die häusliche pflegerische Versorgung ein. Soziale Dienstleistungen, zu denen auch „home help services“ (Kotipalvelut), also eher alltagsunterstützende und haushaltsnahe Dienste, zählen, sind im Social Welfare Act (1982) geregelt (AFLRA/Sutton 2011; Vuorenkoski 2008). Da die Trennung gesundheitlicher und sozialer Dienste ein kontinuierliches, abgestimmtes Versorgungshandeln der beteiligten Akteure behindert, haben viele Kommunen Anstrengungen zur integrierten Versorgungsgestaltung in den verschiedenen Versorgungsbereichen unternommen. Besonders in der häuslichen Versorgung war dies ein wichtiges Anliegen, um Schnittstellenprobleme und Versorgungsbrüche zwischen sozialen, pflegerischen und medizinischen Leistungen zu verhindern (Kokko 2009: 5f.; Niskanen 2002; Salonen et al. 2003). Heute bündeln viele Kommunen die benötigten Leistungen in einem „Home Care Sektor“ (Kotihoito) (Kröger et al. 2011).

Infolge der kommunalen Autonomie variiert die Organisation und Ausgestaltung der Versorgung zwischen den Kommunen und Regionen (Wahlbeck et al. 2008: 81). So sind auch Servicegarantien, Gebühren, Zugangskriterien und Leistungsspektrum der häuslichen Versorgung regional unterschiedlich entwickelt (Karsio et al. 2013: 91, 100). Um dennoch eine kohärente Ausgestaltung zu befördern und unerwünschte regionale Varianzen zu vermeiden, gibt das finnische Sozial- und Gesundheitsministerium den Kommunen Standards und Rahmenempfehlungen an die Hand, z. B. zum Assessment von Pflegebedürftigkeit und zur Personalausstattung (Johansson 2010: 2; Vuorenkoski 2008: 117f.). Bemerkenswert ist außerdem, dass der Vorrang der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen, der in Deutschland lediglich den Status einer Leitmaxime hat, in Finnland erklärtes nationales Ziel darstellt, dessen Umsetzung mit klaren Maßgaben versehen wurde: Danach sollen 13-14% der über 75-Jährigen regelmäßig Home Care Leistungen erhalten, nur 3% in stationären Einrichtungen leben, weitere 5-6% im Betreuten Wohnen mit 24-h-Service versorgt werden (MSAH 2008: 30). Obwohl nicht bindend, sind diese Zielgrößen wichtige Orientierungsmarken für die Kommunen, anhand derer sie, so der Eindruck von unseren Aufenthalten, eigene Fortschritte messen und interkommunal vergleichen (weiterführend: Kröger 2011: 153f.).

Die Bedeutung der häuslichen Versorgung zeigt sich, wenn ihre zurückliegende Entwicklung betrachtet wird. Auf den ersten Blick scheint es, als sei sie seit Langem gut aufgestellt, denn bereits in den 1960- und 1970er Jahren wurden Prävention und Rehabilitation als Aufgaben der Altenhilfe und -pflege definiert und kommunale Dienste institutionalisiert (Häikiö et al. 2011: 187). In den 1980er Jahren galt die häusliche Versorgung in Finnland international sogar als wegweisend. Die Bürger/innen konnten schon bei leichter Hilfe- und Pflegebedürftigkeit öffentlich finanzierte häusliche Unterstützung in Anspruch nehmen (Kröger et al. 2011; Wahlbeck et al. 2008: 76). Allerdings hatten die Kommunen den Schwerpunkt auf haushaltsnahe und sporadisch

erbrachte Dienstleistungen gelegt, sodass Pflegebedürftige mit höherem und kontinuierlichem Pflegebedarf auf stationäre Einrichtungen angewiesen waren. Eine intensive professionelle pflegerische Versorgung sollte institutionell erfolgen (Einiö 2010: 27; Hutten 1996; Johansson 2010: 3; Wahlbeck et al. 2008).

Dies änderte sich in den 1990er Jahren, als im Zuge von mehreren Reformen (Autonomiegewinn für die Kommunen, flexibler Budgeteinsatz), die Deinstitutionalisierung der pflegerischen Versorgung propagiert und vorangetrieben wurde – dies nicht zuletzt aus Kostengründen (Einiö 2010: 29; Kröger et al. 2012). Wie rasch sie umgesetzt wurde, zeigen folgende Zahlen: Lebten 1990 noch 11,2% der über 75-Jährigen in Pflegeheimen oder Langzeitpflegeabteilungen der Gesundheitszentren, war der Anteil im Jahr 2011 auf 4,3% gesunken. Anzumerken ist, dass dieser massive Rückgang primär auf einer Expansion des Betreuten Wohnens mit 24-h-Service basiert (THL 2013: 100). Der komplementäre Auf- und Ausbau der ambulanten pflegerischen Versorgung kam zunächst nicht so rasch voran (Laamanen et al. 1999). Eher gegenteilig: Während der finnischen Rezession, von den 1990er Jahren bis in die 2000er Jahre hinein, haben die Kommunen ihre Home Care Leistungen (wiederum aus Kostengründen) sogar massiv abgebaut (Kröger et al. 2012: 320). Doch lohnt auch hier ein näherer Blick. Er zeigt, dass der Abbau keineswegs gleichförmig geschah: Besonders haushaltsnahe und eher punktuelle Hilfen für die jüngeren Alten (< 75-Jährige) wurden reduziert, weniger von Kürzungen betroffen waren pflegerische Leistungen für hochaltrige Nutzer/innen, sodass sich in der Summe eine Gewichtsverlagerung der Leistungen vollzogen hat.⁵

Parallel haben die Kommunen begonnen, ihr Leistungsangebot auf Pflegebedürftige mit (meist mehrfachen) chronischen Krankheiten und Funktionseinschränkungen auszurichten (Kröger et al. 2011: 129ff.), jene Gruppe also, die erst infolge der Deinstitutionalisierung der Pflege zu Nutzer/inne/n der häuslichen Versorgung wurde und die finnische ambulante Pflege mit anderen, meist anspruchsvollen Bedarfslagen und Aufgaben konfrontierte. Rückblickend spricht einiges dafür, dass die Pflege diese Herausforderung angenommen hat. Dabei war von Vorteil, dass die Pflege in Finnland im Unterschied zu Deutschland nicht auf körperbezogene Verrichtungen fokussiert wurde. Die Leistungsgewährung und Hilfepläne basieren heute in Finnland üblicherweise auf einem multiprofessionell durchgeführten Assessment, das physische ebenso wie psychische, kognitive, soziale und umweltbezogene Einschränkungen umfasst (Hammar et al. 2010: 19; Johansson 2010: 2f.; Act on Care Services). Zugleich wird die Pflege durch Angehörige gefördert, die heute bei Übernahme einer – verbindlich im Hilfeplan geregelten – informellen Pflege finanzielle Unterstützung durch die Kommunen erhalten und ebenso zu Adressat/inn/en unterstützender kommunaler Dienste ernannt wurden (Beratung, Anleitung, Entlastung) (Häikiö et al. 2011).

Im Ergebnis umfasst die häusliche Versorgung in Finnland heute eine umfassende Pflege und Versorgung (Kröger et al. 2012: 321; Vaarama et al. 2006: 144), die neben

⁵ Mit dieser Gewichtsverlagerung verbunden war auch, dass sich viele Kommunen aus der Erbringung und Finanzierung haushaltsnaher Hilfen, wie Einkaufen, Reinigen und Essen auf Rädern zurückgezogen haben. An ihre Stelle ist ein privater Anbietermarkt getreten.

pflegerischer Grundversorgung und Assistenz bei den Aktivitäten des täglichen Lebens präventive und edukative Maßnahmen, Ressourcenerhalt und Monitoring des Gesundheitszustands ihrer Klient/inn/en, Rehabilitation, Medikamenten- und Schmerzmanagement, aber auch eine (Intensiv-)Pflege in Akutphasen chronischer Krankheit bis hin zur palliativen Pflege beinhaltet. Ebenso wird auf eine koordinierte und auf die individuelle Situation abgestimmte Versorgung mit anderen Beteiligten der häuslichen Versorgung hingewirkt (Haataja et al 2003: 27; Hammar et al. 2008: 148; Hutten 1996: 106; Väyrynen et al. 2011: 15). Wie dies organisiert werden kann, illustriert das folgende Beispiel.

4. Ein Blick in die Praxis der häuslichen Pflege in Finnland

Der Social and Health Care District Südkarelien hat sich die Stärkung der häuslichen Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der strukturschwachen, ländlichen Region zur Aufgabe gestellt. Die Ausgestaltung der ambulanten Pflege spiegelt traditionelle Elemente und typische Neuerungen der häuslichen Pflege in Finnland wieder. Am Beispiel der südkarelichen Kommune Lappeenranta (72.000 EW) werden diese näher betrachtet: Wie in vielen anderen größeren Kommunen, ist auch in Lappeenranta die Gesundheits- und Sozialversorgung in Bezirken gegliedert, um eine möglichst wohnortnahe und gemeindeorientierte Versorgung auszugestalten. Die Home Care Unit des Bezirks Sammonlahti versorgt 120 pflegebedürftige Menschen, von denen über ein Drittel auf dem Land wohnen (Stand Sommer 2012). Die pflegerische Versorgung ist in Teams organisiert. In den drei Pflegeteams der Unit sind je sieben bis acht Practical Nurses und eine akademisch qualifizierte Pflegekraft tätig. Die Teams sind wiederum an unterschiedlichen Orten situiert, um die Wegstrecken zu den Klient/inn/en kürzer zu halten. Wöchentlich treffen sich die Mitglieder der Unit zur gemeinsamen Besprechung mit der Leiterin der Home Care Unit. Seit einigen Monaten erweitert eine Memory Nurse⁶ die Expertise in der Unit, die, ebenfalls akademisch ausgebildet, den drei Teams konsiliarisch zur Seite steht und spezialisierte Pflegeleistungen für Klient/inn/en mit kognitiven Einschränkungen vorhält.

Die Practical Nurses sind die größte Beschäftigtengruppe in der häuslichen Versorgung in Finnland (Kröger et al. 2011: 123). Sie haben eine dreijährige Berufsausbildung absolviert, die sie für sozial-pflegerische Aufgaben qualifiziert. Practical Nurses spezialisieren sich beispielsweise in der gerontologischen Pflege, rehabilitativen Pflege oder der Pflege von Menschen mit Behinderung (FNBOE 2011; Haataja 2003). Sie leisten auch in Sammonlahti den Großteil der pflegerischen Versorgung der Klient/inn/en, unterstützen sie bei der Körperhygiene, beim An- und Auskleiden, beim Essen und der Medikamentengabe und führen Blutdruckmessungen, einfache Bluttests oder kleinere Wundversorgungen etc. durch. Sie arbeiten in zwei Tagschichten, wobei ihre Einsatzplanung den Klient/inn/en personelle Kontinuität bei der Ver-

6 Die Memory Nurse ist auf die Diagnose von Gedächtnisstörungen und Versorgung von Menschen mit Demenz spezialisiert.

sorgung sichert. Hingegen wird die Versorgung in der Nacht und am Wochenende zentral für die Gesamtkommune von Nacht- bzw. Wochenendteams organisiert, um flexibler und wirtschaftlicher agieren zu können.

Bis vor wenigen Jahren haben die Pflegeteams noch hauswirtschaftliche Leistungen wie Einkauf, Wäsche- und Wohnungsreinigung durchgeführt, heute konzentrieren sie sich auf die pflegerische Versorgung. Das entbindet sie jedoch nicht von ihrer Aufgabe, die gesamte häusliche Situation und die Teilhabemöglichkeiten der Klient/inn/en im Blick zu haben, denn diese sind ebenso grundlegend für Gesundheit und Wohlbefinden der Klient/inn/en. Wenn sie Bedarf an zusätzlichen Diensten erkennen, wirken sie auf die Einbindung zusätzlicher Dienstleister im Hilfearrangement hin. Teilweise gilt es auch hier, zuerst neue Angebote in der Gemeinde auf den Weg zu bringen oder zu erschließen: So hat die Unit beispielsweise Kooperationsverträge über Hol- und Bringdienste (Lebensmittellieferservice, Saunabesuche) für ihre Klient/inn/en abgeschlossen.

Die akademisch qualifizierten Pflegenden leisten in Sammonlahti wie generell in Finnland erweiterte anspruchsvolle Pflegeaufgaben. Die Akademisierung der Pflege hat in Finnland bereits Ende der 1970er Jahre begonnen und seit Anfang der 1990er Jahre ist ein Bachelorabschluss für die volle Berufsausübung (registered nurses) bindend (Råholm et al. 2010). Akademisch qualifizierte Pflegenden übernehmen ihnen vorbehalten diagnostische und therapeutische Aufgaben (z. B. Blut abnehmen, komplexere Wundversorgung etc.). Während ihrer etwa wöchentlichen Hausbesuche erhalten sie einen umfassenden Einblick in die Versorgungssituation der Klient/inn/en und nehmen dann auch Aufgaben wahr, die sonst die Practical Nurses im Team verantworten, um einen doppelten Personaleinsatz zu verhindern. Für die Klient/inn/en der häuslichen Versorgung sind sie überdies persönliche/r Ansprechpartner/in (personal nurse), der/die eine bedarfsgerechte und an ihren Wünschen ausgerichtete häusliche Versorgung verantwortet. Denn die häusliche Pflege ist am Konzept des Primary Nursing ausgerichtet, um eine nutzerorientierte, kontinuierliche Versorgung sicherstellen zu können. Den akademisch qualifizierten Pflegenden obliegt daher das Monitoring der Gesundheits- und Versorgungssituation der Klient/inn/en sowie die Definition von pflegerischen Versorgungszielen und Überprüfung ihrer Umsetzung – auch dies möglichst in Abstimmung mit den Klient/inn/en und ihren Angehörigen. Eine wichtige Aufgabe ist zudem die Organisation und Koordination der häuslichen Versorgung, sowohl der Leistungen, die innerhalb des Teams erbracht werden, als auch um ein abgestimmtes Vorgehen mit anderen Professionen (z. B. Physiotherapie, Soziale Arbeit) und Einrichtungen (z. B. Krankenhaus, Gesundheitszentrum) sicherzustellen. Hier wird sichtbar, dass die Arbeitsweise am Case Management orientiert ist, wie dies auch seit Langem für die ambulante Pflege in Deutschland als wünschenswert erachtet wird (Schaeffer et al. 2002).

Der Kooperation mit der Medizin kommt ein hoher und infolge der veränderten Nutzer/innen/struktur der häuslichen Pflege gewachsener Stellenwert zu. Auch hier ist personelle Kontinuität grundlegendes Prinzip. Jede der drei akademisch qualifizierten Pflegenden hat eine/n A(e)rzt/in als feste/n Ansprechpartner/in, der/die zugleich

Hausa(e)rzt/in der Klient/inn/en ist. Wöchentlich haben die Ärzt/inn/e drei Stunden reserviert, um mit den Pflegenden die Gesundheits- und Versorgungssituation der häuslich versorgten Klient/inn/en abzustimmen. Informationen werden über die regionale elektronische Patientenakte und im persönlichen Gespräch ausgetauscht, möglich sind auch Hausbesuche von Ärzt/inn/en und Pflegenden, um einen vertiefenden Eindruck von den Klient/inn/en gewinnen zu können. Allerdings sind die gemeinsamen Besuche selten geworden, nicht zuletzt auch, weil die Pflegenden verstärkt Versorgungsverantwortung übernehmen und dabei zunehmend auch früher den Ärzt/inn/en zugeordnete Aufgaben, beispielsweise das Monitoring chronischer Krankheiten, übernehmen. Hervorzuheben ist, dass es auch hier die Pflegenden sind, die initiativ werden und die Ärzt/inn/e/n in die Versorgung einbinden – nicht umgekehrt.

Infolge der Ambulantisierung sollen künftig zunehmend auch Menschen in akuten Krisenphasen zu Hause versorgt werden. Doch stoßen die Pflgeteams der Home Care Unit hier an ihre Grenzen, wenn Klient/inn/en spezielle Pflegeleistungen benötigen, etwa nach einem Krankenhausaufenthalt, bei Tumorerkrankungen oder am Lebensende. Daher wurde in Lappeenranta ein Acute Home Care Team etabliert, das für einen Zeitraum von wenigen Tagen bis hin zu mehreren Monaten tätig wird und für die Gesamtkommune und einen Teil der Nachbargemeinden seine Leistungen anbietet. Teil des multiprofessionellen Teams sind acht Pflegende (darunter die Teamleitung), ein Arzt und eine Physiotherapeutin. Das Team lotet seine Aufgabenbereiche noch aus und erprobt verschiedene Ansätze in Kooperation mit den angestammten Versorgungsakteuren. Ein Beispiel ist die intensive Begleitung von pflegebedürftigen Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in ihrem häuslichen Umfeld. Dort steht die frühzeitige Mobilisierung der Nutzer/innen im Fokus, ebenso, den Angehörigen beratend und unterstützend zur Seite zu stehen, damit diese die Versorgung zu Hause sicherstellen können.

5. Geteilte Verantwortung, abgestimmtes Vorgehen

Auch wenn die Ansätze und Erfahrungen in Lappeenranta als Beispiel guter Praxis zugänglich gemacht wurden und nicht verallgemeinert werden können, spiegeln sie interessante Entwicklungen in Finnland. Hervorzuheben sind:

- **Kleinräumige Basisteams/Home Care Units.** Die Home Care Units in Finnland richten ihre Leistungen auf ein definiertes Gebiet aus, übernehmen dort vielerorts kleinräumig die Versorgung der Klient/inn/en in einer Gemeinde oder einem Stadtteil, sind dort auch ansässig und arbeiten durch Einbezug vor Ort zugänglicher Ressourcen gemeindeorientiert. Die Gebietszuschnitte gleichen in der Regel denen der regionalen Gesundheitszentren (Hämel et al. 2014), mit denen die Pflgeteams in enger Kooperation stehen. Vorteil der Organisation in kleinen Teams ist zudem, dass sie die personelle Kontinuität in der häuslichen Versorgung befördern.
- **Populationsorientierte Arbeitsweise.** Die Home Care Units wie auch die Gesundheitszentren sollen in Finnland am Bedarf der Bevölkerung in der Region aus-

gerichtet sein. Um ein entsprechendes Aufgabenprofil entwickeln zu können, werden daher regionale/kommunale Community Health Assessments durchgeführt und Versorgungsverläufe analysiert, die als Grundlage für eine vergleichende und systematische kommunale pflegerische Versorgungsplanung genutzt werden (Johansson 2010: 2f). Von Vorteil ist hier, dass die Versorgung in Finnland trotz der wachsenden Bedeutung privater Anbieter stark „in einer Hand“ gebündelt erfolgt und daher umfassende Daten zugänglich sind, aber auch, dass in den Kommunen ein entsprechendes know how der Versorgungsplanung und -analyse aufgebaut wurde.

- **Zentralisierte, unterstützende Ressourcen.** Kleinräumig nicht kontinuierlich benötigte Kompetenzen, werden zentral vorgehalten und bei Bedarf zur Verfügung gestellt – hier illustriert am Beispiel der Memory Nurse, der Wochenend- und Nachtteams und des Acute Home Care Teams. Sie sind wichtige Garanten einer nachhaltigen Versorgungsgestaltung im häuslichen Umfeld und tragen zur Entlastung der Basisteams bei. Auch die Konzept- und Personalentwicklung in der häuslichen Pflege wird durch die gemeinsame Dachorganisation der Home Care Units in der Kommune unterstützt, sodass hier die Vorteile einer kleinräumigen Arbeitsweise und einer leistungskräftigen Großorganisation verbunden werden.
- **Kooperation und Koordination.** Dennoch gilt auch für Finnland, dass die Trägervielfalt und das Angebotsspektrum in der häuslichen Versorgung zugenommen haben und mit ihnen auch Desintegration und Schnittstellenprobleme. Von wachsender Bedeutung ist daher die Koordination und Kooperation. Die häusliche Pflege ist zunehmend gefordert, mit anderen Akteuren zu kooperieren, beispielsweise um den Nutzer/inn/e/n Zugang zu hauswirtschaftlichen und Assistenzdiensten zu schaffen (Genet et al. 2012: 35; Wahlbeck et al. 2008: 77), die medizinische Versorgung abzustimmen oder Transitionen im Versorgungs- und Pflegeverlauf zu begleiten (ex. Aaltonen et al 2013: 607ff.). Sie sind dabei zentrale Koordinationsinstanz einer multiprofessionellen häuslichen Versorgung.
- **Aufgabenzuwachs und Profilschärfung der Pflege.** Mit dem zunehmend komplexen Bedarf ihrer Klientel haben sich die an die häusliche Pflege gestellten qualifikatorischen Anforderungen verändert. Entsprechend ihrer anspruchsvollen Aufgaben ist daher auch in der häuslichen Versorgung der Bedarf an akademisch qualifizierten Pflegenden unbestritten. Hervorzuheben ist, dass neben klinischer Expertise auch Public Health Expertise wichtige Grundlage zur Fundierung der häuslichen Pflege und Etablierung bedarfsgerechter kommunaler Strukturen ist.

6. Anregungen für die Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung in Deutschland

Der Ausbau und die Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ist eine Herausforderung vor die Finnland und Deutschland gleichermaßen gestellt sind. Auch in Finnland zeigte sich, obwohl zu den dienstleis-

tungsorientierten Wohlfahrtsstaaten mit recht hohem Leistungsniveau zählend, ein Nachholbedarf, um den gestiegenen Anforderungen an die pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld gerecht zu werden. Im Zuge dessen wurde eine Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung und Pflege angestoßen, die auch für die Diskussion und Konzeptentwicklung in Deutschland wichtige Impulse beinhaltet:

Voraussetzung für eine nutzerorientierte Ausgestaltung der häuslichen Versorgung ist der Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zwischen Klient/inn/en und Pflegenden. Die kleinräumigen Basisteams und eine Ausrichtung am Primary Care Prinzip ermöglichen eine auf die individuellen Problemlagen abgestimmte häusliche Versorgung, zugleich sind die Basisteams Garanten einer kontinuierlichen Versorgung. Die Vorteile kleinräumig im Quartier angesiedelter Stützpunkte der ambulanten Pflege werden auch hierzulande diskutiert, doch sind bisher nur wenige systematisch entwickelte Konzepte⁷ etabliert (Hämel et al. 2012). Hier bietet das finnische Beispiel zahlreiche Anregungen, auch, dass vernetzte Strukturen kleinräumig angesiedelter Teams in ländlichen Regionen wichtige Strukturbildner sein können und zugleich lange Wegezeiten vermieden werden.

Die umfassende, bedarfsgerechte Ausgestaltung der häuslichen Versorgung ist eine zentrale Aufgabe der Pflege in Finnland. Das heißt jedoch nicht, dass sie alle Leistungen selbst erbringt. Vielmehr gehört zu ihren Aufgaben, benötigte Dienste zugänglich zu machen und auf eine koordinierte Versorgung hinzuwirken. Ein am Case Management orientiertes Vorgehen und Kompetenz in multiprofessioneller Kooperation sind dabei wichtige Grundlagen. Auch in Deutschland wäre es wünschenswert und ein wichtiger Schritt, dass die Pflege einen entsprechenden (erweiterten) Versorgungsauftrag erhält (Schaeffer 2005; SVR 2012).

Anliegen ist es in Finnland wie in Deutschland, die häusliche Versorgung so aufzustellen, dass sie sich auch bei intensiver Pflegebedürftigkeit und multiplen Funktionseinschränkungen der Nutzer/innen als tragfähig erweist. Um dem entsprechen zu können, hat die Pflege in Finnland ein erweitertes Leistungsspektrum der häuslichen Versorgung entwickelt. Im Zuge dessen hat sie auch Aufgaben übernommen, die vormals Ärzt/inn/en vorbehalten waren, besonders in der Versorgung chronischer Krankheiten (Hämel et al. 2014; Kokko 2009). Die gewandelten Problemlagen der Nutzer/innen haben somit einen neuen Professionenmix in der Versorgung nach sich gezogen. Dabei haben sich aufgabenorientierte anstelle hierarchischer Formen der Kooperation durchgesetzt, die eine geteilte Verantwortung und die Rückversicherung im multiprofessionellen Gefüge ermöglichen. Diese Entwicklungen sind für Deutschland vorbildhaft, das weiterhin in einer primär professionspolitisch geführten Debatte um Delegation oder Substitution ärztlicher Leistungen verhaftet bleibt, die jedoch wenig zur sachorientierten Weiterentwicklung professioneller Kompetenz beiträgt.

Erweiterte Aufgaben in der Pflege und ein neuer Professionenmix sind voraussetzungsvoll: Finnland hat (wie viele andere Länder) mit der Anhebung des Qualifika-

⁷ Beispiele sind das Bielefelder Modell (<http://www.bgw-bielefeld.de/bielefelder-modell.html>) und Johanneswerk im Stadtteil (<http://johanneswerk.de/de/fachthemen/quartiersnahe-versorgung.html>)

tionsniveaus und der akademischen Qualifizierung der Pflege eine wesentliche Grundlage dafür geschaffen. Das finnische Beispiel zeigt, dass akademische Qualifikation gerade auch in der häuslichen Versorgung wichtig ist. Die Akademisierung der Pflege stärker voranzubringen wird in Deutschland seit vielen Jahren gefordert und sie gewinnt erst allmählich an Zugkraft (Bartholomeyczik 2002; Behrens et al. 2012; Ewers et al. 2012; SVR 2014; Wissenschaftsrat 2012). Dennoch ist es auch hierzulande an der Zeit, dass parallel Einsatzfelder für eine erweiterte Pflegepraxis geschaffen werden, um das Potenzial der akademisierten Pflege für die Versorgungspraxis zu erschließen und den Absolvent/inn/en attraktive und ihrer Kompetenz angemessene Beschäftigungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Schließlich bietet das Modell von dezentral-zentraler Arbeitsorganisation in einer Kommune/Region interessante Möglichkeiten. Gerade für ländliche, dünn besiedelte Regionen ist es sinnvoll, neben wohnortnahen Basisteams flankierend spezialisierte pflegerische Leistungen für die Sicherung häuslicher Pflegearrangements auf regionaler Ebene bereitzustellen, um bei krisenhaften Krankheitsphasen stabilisierend einzugreifen, die Basisteams zu entlasten und eine Krankenhauseinweisung oder die Übersiedlung ins Pflegeheim zu verhindern. Solche eigenständig organisierten, regional verankerten Teams könnten auch in Deutschland eine wichtige Ergänzung darstellen und vorhandene Versorgungslücken schließen.

Literatur

- Aaltonen, M./Forma, L./Rissanen, P./Raitanen, J./Jylhä, M. (2013): Effects of municipality factors on care transitions. In: *Scandinavian Journal of Public Health* 41 (6), 604-615
- AFLRA – Association of Finnish Local and Regional Authorities; Sutton, T. (2011). Restructuring Local Government in Finland. Verfügbar unter: <http://www.publicsectordigest.com/articles/view/843> [Stand: 2014-08-06]
- Bartholomeyczik, S. (2002): Zum Stand der Akademisierung der Pflegeausbildung in Deutschland. In: *Pflege* 15 (6): 281-283
- Behrens, J./Görres, S./Schaeffer, D./Bartholomeyczik, S./Stemmer, R. (2012): *Agenda Pflegeforschung für Deutschland*. Halle: Geschäftsstelle Agenda Pflegeforschung
- Colombo, F./Llena-Nozal, A./Mercier, J./Tjadens, F. (2011): Help Wanted? Providing and paying for long-term care. *OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing. doi: [org/10.1787/9789264097759-en](https://doi.org/10.1787/9789264097759-en)
- Einiö, E.K. (2010): Determinants of Institutional Care at Older Ages in Finland. *Finnish Yearbook of Population Research XLV 2010 Supplement*. Helsinki: The Population Research Institute Finland & Finnish Demographic Society
- Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H./Huber, W./Sayn-Wittgenstein, F./Stemmer, R./Voigt-Radloff, S./Walkenhorst, U. (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsge-rechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137, Suppl 2: 29-76
- FNBOE – Finnish National Board of Education (2011): *Vocational Qualification in Social and Health Care, Practical Nurse 2010*. Publications 2011: 21: o.O.: FNBOE. Verfügbar unter: http://www.oph.fi/download/140436_vocational_qualification_in_social_and_healthcare_2010.pdf [Stand: 2011-11-10]
- Genet, N./Boerma, W.G./Kringos, D.S./Bouman, A./Francke, A./Fagerström, C./Melchiorre, M.G./Greco, C./Devillé, W. (2011): Home care in Europe: a systematic literature review. In: *BMC Health Service Research* 11 (207), 1-14

- Genet, N./Kroneman, M./Chiatti, C./Gulacsi, L./Boerma, W. (2012): The policy perspective. In: Genet, N./Boerma, W./Kroneman, M./Hutchinson, A./Saltman, R.B. (Hrsg.): Home Care across Europe. Current structure and future challenges. Observatory Studies Series Nr. 27. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 25-54
- Gibson, M.J./Gregory, S.R./Pandya, S.M. (2003): Long-term care in developed nations: a brief overview Washington: AARP
- Haataja, K./Lindroos, S./Blomberg, L./Snellman, U./Remsu, M. (2003): Finland – Care Work with Older People. Helsinki: Helsinki City College of Social and Health Care/Helsinki City Health Department
- Häikiö, L./Anttonen, A. (2011): Local welfare governance structuring informal carers' dual position. In: International Journal of Sociology and Social Policy 31 (3/4), 185-196
- Hämel, K./Olbermann, E./Barth, C./Düllmann, D./Vogt, D. (2012): Altersgerechte Quartiersentwicklung und quartiersnahe Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger: Eine Bestandsaufnahme von Quartiersprojekten und Unterstützungsangeboten zur Quartiersentwicklung in NRW. Bielefeld und Dortmund
- Hämel, K./Schaeffer, D. (2014): Kommunale Gesundheitszentren in Finnland – Entwicklung und aktuelle Herausforderungen in der ländlichen Primärversorgung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 50, 11-29
- Hammar, T./Rissanen, P./Perälä, M.-L. (2008): Home-care clients' need for help, and use and cost of services. In: European Journal of Ageing 5 (2), 147-160
- Hammar, T./Finne-Soveri, H./Mikkola, H-M./Noro, A./Hujanen, T. (2010): Quality assurance and quality management in long-term care. Helsinki: National Report Finland
- Hutten, J.B.F. (1996): Home Care in Finland. In: Hutten, J.B.F./Kerkstra, A. (Hrsg.): Home Care in Europe. A country-specific guide to its organization and financing. Aldershot, England: Arena, 97-115
- Johanson, E. (2010): Long-Term Care in Finland. EEPRI Research Report Nr. 76. Verfügbar unter: <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27> [Stand: 2014-08-06]
- Karsio, O./Anttonen, A. (2013): Marketisation of eldercare in Finland: legal frames, outsourcing practices and the rapid growth of for-profit services. In: Meagher, G./Szebehely, M. (Hrsg.): Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences. Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm: US-AB, 85-125
- Kokko, S. (2009): Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. International Journal of Integrated Care, e86
- Kröger, T. (2011): Retuning the Nordic welfare municipality. Central regulation of social care under change in Finland. In: International Journal of Sociology and Social Policy 31 (3/4), 148-159
- Kröger, T./Leinonen, A. (2011): Home Care in Finland. In: Rostgaard, T./Glendinning, C./Gori, C./Kroger, T./Osterle, A./Szebehely, M./Thoebald, H./Timonen, V./Vabo, M. (Hrsg.): Living independently at Home: Reforms in home care in 9 European countries. SFI – Danish National Centre for Social Research. Copenhagen, 117-138
- Kröger, T./Leinonen, A. (2012): Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. In: Health and Social Care in the Community 20 (3), 319-327
- Laamanen, R./Broms, U./Happola, A./Brommels, M. (1999): Changes in the work and motivation of staff delivering home care services in Finland. In: Public Health Nursing 16 (1), 60-71
- MSAH – Ministry of Social Affairs and Health (2008): National Framework for High-Quality Services for Older People. Helsinki: MSAH
- Niskanen, J.J. (2002): Finnish care integrated? International Journal of Integrated Care 2 (1)
- Råholm, M.-B./Larsen Hedegaard, B./Löfmark, A./Slettebø, A. (2010): Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. In: Journal of Advanced Nursing 66 (9), 2126-2137
- Salonen, P./Haverinen, R. (2003): Providing integrated health and social care for older persons in Finland. Tampere and Helsinki. Verfügbar unter: http://www.euro.centre.org/procare/body_reports_natreps/procare_Finland_NR.pdf [Stand: 2014-08-06]
- Schaeffer, D. (2005): Case Management in der US-amerikanischen ambulanten Pflege: Arbeitsorganisatorische Konsequenzen. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2., ergänzte Auflage. Bern: Huber, 117-144

- Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M. (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 352-369
- Schaeffer, D./Ewers, M. (Hrsg.) (2002): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Hämel, K./Ewers, M. (2015): *Versorgungsmodelle für strukturschwache und ländliche Regionen. Erfahrungen aus Finnland und Kanada*. Weinheim: Juventa
- Spangenberg, L./Glaesmer, H./Brähler, E./Kersting, A./Strauß, B. (2013): *Nachdenken über das Wohnen im Alter. Einflussfaktoren auf wohnbezogene Zukunftspläne und Wohnpräferenzen in einer repräsentativen Stichprobe ab 45-Jähriger*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (3), 251-259
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten*. Bern: Huber
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bonn: SVR
- THL – The National Institute for Health and Welfare (2013): *Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2012*. Tampere: Juvenes
- Triantafyllou, J./Naiditch, M./Repkova, K./Stiehr, K./Carretero, S./Emilsson, T./Di Santo, P./Bednarik, R./Brichtova, L./Ceruzzi, F./Cordero, L./Mastroiannakis, T./Ferrando, M./Mingot, K./Ritter, J./Vlanton, D. (2010): *Informal care in the long-term care system*. European Overview Paper. Athens/Vienna. Verfügbar unter: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_Overview_FINAL_04_11.pdf [Stand: 2012-06-19]
- Vaarama, M./Noro, A. (2006): *Care of older persons*. In: Koskinen, S./Aromaa, A./Huttunen, J./Teperi, J. (Hrsg.): *Health in Finland*. Helsinki: National Public Health Institute, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Ministry of Social Affairs and Health, 144-145
- Vabo, S.I./Burau, V. (2011): *Universalism and the local organisation of elderly care*. In: *International Journal of Sociology and Social Policy* 31 (3/4), 173-184
- Väyrynen, R./Kuronen, R. (2011): *Count of Regular Home-Care Clients on 30 November of 2010*. Statistical Report 22/2011. Official Statistics of Finland. THL
- Vuorenkoski, L. (2008): *Finland: Health System Review*. *Health Systems in Transition*, 10 (4)
- Wahlbeck, K./Manderbacka, K./Vuorenkoski, L./Kuusio, H./Luoma, M.-L./Widström, E. (2008): *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Country Report for Finland*. Helsinki: STAKES – National Research and Development Centre for Welfare and Health
- Waldhausen, A. (2013): *Pflege in der Krise? Leistungen der Langzeitpflege in Zeiten von Wirtschafts- und Finanzkrise in Europa*. Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa, Arbeitspapier Nr. 8. Frankfurt. Verfügbar unter: http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgpublications/AP_Entwicklg_Seniorenpolitik_FINAL.pdf [Stand: 2014-05-05]
- Wiles, J.L./Leibing, A./Guberman, N./Reeve, J./Allen, R.E.S. (2013): *The Meaning of "Ageing in Place" to Older People*. In: *The Gerontologist* 52 (3), 357-366
- Wissenschaftsrat (2012): *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Drs. 2411-12)*. Berlin: WR Eigenverlag

Prof. Dr. Kerstin Hämel

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

Janina Kutzner, MSc. Public Health

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, janina.kutzner@uni-bielefeld.de