



HALLESCHER BEITRÄGE ZU DEN
GESUNDHEITS- UND
PFLEGEWISSENSCHAFTEN



»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«

Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

Erfahrungen von betagten alten Menschen beim Einzug in ein Alten- oder Pflegeheim

von Andrea Koppitz

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG
ISSN 1610-7268

24

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 5. Juli 2009

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610–7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Einblicke in den Stand der Literatur	7
3	Methode	8
4	Samplebeschreibung	9
5	Ergebnisse	13
6	Diskussion	16
	Literatur	19

Zusammenfassung

Das Leben im Pflegeheim ist eine nicht mehr wegzudenkende Realität in unserer Gesellschaft (Schneekloth, 2006). Die betagten, gebrechlichen Menschen leiden häufig an körperlichen Einbußen, wie Mobilitätseinschränkungen (Wingenfeld & Schnabel, 2002), und gerontopsychiatrischen Erkrankungen, wie demenzielle Erkrankungen (Schneekloth & Wahl, 2007). Auch ist eine immer kürzere Lebensdauer nach dem Einzug, 22% der Bewohner versterben in den ersten sechs Monaten im Heim (Schneekloth, 2006), zu beobachten. Mit der zentralen Forschungsfrage nach dem Erleben der Bewohner während des Einzugs in ein Heim sollte herausgefunden werden, mit welchen Sorgen und Nöten diese Menschen konfrontiert sind. Das Ziel bestand darin, die Bedeutung dieser Erfahrungen zu explorieren. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels interpretierender Phänomenologie (Benner, 1994). Es wurden insgesamt 55 Interviews mit Bewohnern und von ihnen benannten Angehörigen geführt. Die Studie brachte zum Ausdruck, dass erstens die Bewohner Einsicht dafür zeigten, dass die Versorgung im Pflegeheim notwendig wurde. Die Bewohner suchten einen Platz im Pflegeheim, damit ihre körperliche Versorgung gewährleistet war. An ihrem Person-Sein änderte ihr Abhängig-Sein nichts. Zweitens zeigte der Alltag im Heim den Bewohnern, dass ihr Abhängig-Sein viel weiter ging, als sie vor dem Einzug dachten. Das Warten auf Hilfe und das Zurechtkommen mit den zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln waren belastend. Drittens waren für die Bewohner Personen aus ihrem persönlichen Umfeld zum Erleben von sozialer Integration relevant. Ob Schwester, Ehemann oder Kinder, die Beziehung zu diesen Familienmitgliedern war für das Wohlbefinden der Bewohner ein zentrales Kriterium. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der sozialen Pflegeversicherung. Sie zeigen aber auch, dass die Art, der Umfang und der Inhalt der Befunderhebung durch die Pflegenden nicht ausreichen, um den Bewohner ressourcengerecht in seinem Alltagsgeschehen im Heim zu unterstützen.

Experience of aged persons in moving to an elder's home or nursing home

Abstract

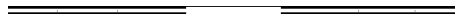
Life in a nursing home is a reality that can not be denied in our society (Schneekloth, 2006). Aged, fragile persons often suffer from physical impairments, such as loss of mobility (Wingenfeld & Schnabel, 2002) and geronto-psychiatric illnesses such as dementia (Schneekloth & Wahl, 2007). Decreasing life-expectancy after moving into the facility can be documented; 22% of the residents die within the first six months after moving into the home (Schneekloth, 2006). This study's central question was to determine what the residents experience in this transition and to find out what their worries and difficulties are. The goal was to explore the meaning of these experiences for them. The analysis of the data was carried out using the methodology of interpretive phenomenology (Benner, 1994). Fifty-five (55) interviews with residents and a relative of their choice were conducted. Firstly, the research revealed that the residents showed understanding for the necessity of care in the home. The residents came to the home so that their physical needs could be met. Their sense of personal identity was not altered by being dependent on help. Secondly, the daily routine of the home revealed to the residents that they were much more dependant than they had thought before moving in. Waiting for assistance and coping with the available health aids was a strain. Thirdly, maintaining contact with family (or friends) was important to the residents' social integration in the new environment. Whether the person was a sister, husband, or children, the relationship to these family members was a central factor in their sense of well-being. These results underscore the necessity of broadening the definition of nursing care dependency in long-term nursing care insurance. The results also show that the manner and scope of nursing assessment in the homes is not adequate for supporting the residents appropriately in the daily routine of life in the home.

Schlagworte

- Bewohner
 - Pflegeheim
 - Heimübersiedlung
 - Transition
 - Lebensführung in Einrichtungen
 - resident
 - nursing home
 - admission
 - transition
 - independent living
-
-

Über die Autorin

Andrea Koppitz, geb. 09.01.1967 – Gesundheits- und Krankenpflegerin, Dipl. Pflegewirtin (FH), Vertretungsprofessur Pflegewissenschaft FH Bielefeld, Promovendin Pflegewissenschaft Universität Witten/Herdecke, Palliative Care Fachkraft, TQM-Beauftragte. Arbeitsschwerpunkte: Pflege betagter und hochbetagter Menschen, Pflege behinderter Menschen, Projektmanagement in Bezug auf die Versorgung betagter und hochbetagter Menschen.



1 Einleitung

Das Leben im Heim¹ ist eine nicht mehr wegzudenkende Realität in unserer Gesellschaft (Schneekloth, 2006). Das auf Basis der demographischen Entwicklung und des sozialen Wandels abnehmende »Pflegepotenzial« zur Pflege durch eigene Kinder und deren Lebenspartner, die voraussichtlich weiter steigenden Erwerbsquoten bei Frauen, die allgemeinen Anforderungen des Arbeitsmarktes, eine durch das Schlagwort der »Singularisierung« gekennzeichnete Haushaltsstrukturentwicklung sowie kulturelle Veränderungen, die zu einer abnehmenden Pflegebereitschaft (bzw. einer abnehmenden Relevanz der bisherigen Norm der »Verpflichtung zur Pflege«) führen, lässt die Bedeutung der Pflegeheimversorgung nicht weniger werden (Tesch-Römer, 2006).

Die Strukturmerkmale von Bewohnern² im Heim unterscheiden sich deutlich von der durchschnittlichen Wohnbevölkerung (Gutzmann, 2007):

Erstens: Der Gesamtgesundheitszustand der stationär versorgten pflegebedürftigen Menschen ist im Vergleich zu den pflegebedürftigen Menschen die Zuhause leben schlechter (Klein, 1998, Statisches Bundesamt, 2007).

Zweitens: Pflegeheimbewohner sind in der Regel schwerstpflegebedürftig, multipel chronisch krank, alt bis hochaltrig mit einem intensiven pflegerischen und ärztlichen Versorgungsbedarf. Schwerstpflegebedürftige Menschen werden eher im Heim versorgt: Das Durchschnittsalter der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen lag im Jahr 2005 bei 87 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2007). Schneekloth (2006) stellte fest, dass die Lebensdauer der pflegebedürftigen Menschen im Pflegeheim stark differiert. 22% der Pflegebedürftigen versterben innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Einzug, weitere 7% innerhalb des ersten Jahres. Es leben aber auch 16% der pflegebedürftigen Menschen zwischen fünf und zehn Jahren sowie 7% mehr als zehn Jahre im Heim.

Drittens: Hallauer (2005) stellte in einer Studie mit 65 000 Heimbewohnern fest, dass 93,5% von ihnen Leistungen aus der Pflegeversicherungen bezogen haben, während mehr als 80% der achtzig bis 85jährigen der Gesamtbevölkerung in Deutschland im Sinne der Pflegeversicherung nicht pflegebedürftig sind.

Viertens: Auch die materielle Situation der pflegebedürftigen Menschen, die im Pflegeheim leben, ist oft schlechter und die gesellschaftliche Schicht ist oft sozialschwächer als bei den pflegebedürftigen Menschen, die Zuhause leben (Klein, 1998). Die finanzielle Situation kann durch die Belastung der Heimkosten deshalb angespannter sein als bei häuslich Versorgten, weil sich die Sachleistungen der Pflegeversicherung ausschließlich auf die Pflegeleistungen abhängig von der leistungsrechtlich zuerkannten Pflegestufe beziehen.

¹Die Ausführungen auf Heime beziehen sich im Wesentlichen auf Pflegeheime und pflegebedürftige Menschen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung, da der Fokus dieser Arbeit im Kern auf diese Zielgruppe gerichtet war. Zwei interviewte Bewohner waren Sinne des Pflegeversicherungsrechts, § 14 SGB XI, nicht pflegebedürftig.

²Erläuternde Hinweise: In der hier vorliegenden Studie wird der Begriff Bewohner für diejenigen verwendet, die ins Alten- oder Pflegeheim eingezogen sind und dort dauerhaft leben. Eine Reduzierung auf diesen Status ist damit weder implizit noch explizit intendiert. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form der Ansprache verwendet. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

Die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung und für die Investitionskosten muss der Bewohner aus seinen Renteneinkünften oder sonstigem Vermögen bestreiten.

Für die Pflegeheimversorgung bedeuten diese Daten eine zunehmende Inanspruchnahme durch pflegebedürftige Menschen mit erheblichem Pflegebedarf unter Berücksichtigung des körperbezogenen Pflegebegriffs der Pflegeversicherung mit ihren Foki auf Ernährung, Körperpflege und Mobilität.

In Pflegeheimen kommt es zu einer Kumulation von vielfältigen Pflegeproblemen, insbesondere durch körperliche Einbußen wie Mobilitätseinschränkungen (Wingefeld & Schnabel, 2002), gerontopsychiatrischen Erkrankungen wie demenzielle Erkrankungen (Schneekloth, 2006), und einer immer kürzeren Lebensdauer nach dem Einzug (Schneekloth, 2006). Kruse (2006) betont in Zusammenhang mit Hochaltrigkeit und dem damit einhergehenden zunehmenden Pflegebedürftigkeitsrisiko das Erleben von Grenzsituationen in körperlicher, geistiger und seelischer Hinsicht. Die zunehmende Verletzlichkeit und Fragilität dieser Menschen steht im Fokus der Pflege. Die Problemkumulation in Pflegeheimen stellt eine besondere Grenzsituation dar.

Der Einzug kann ähnlich wie die Krankenhausaufnahme einen Schlüsselprozess darstellen, um den Pflegebedarf adäquat einzuschätzen und die sozial-räumlichen Änderungen, die der pflegebedürftige Mensch bewältigen muss, zu begleiten. Wacker (1998) stellte beispielsweise fest, dass dem »Aufnahmeverfahren« in der Behindertenhilfe eine besondere Bedeutung beizumessen ist, um den Übergang in die neue Lebenssituation zu erleichtern. Die Aufgabe der Pflegenden nach dem Einzug des Bewohners stellt sich im Kennlernen der Bedürfnisse und Gewohnheiten und in der Entwicklung einer Beziehung dar (Gross, 1998). Doch was bedeutet dies? Dies kann durch die Untersuchung über die Erfahrungen der betagten, alten Menschen beim Einzug ins Heim herausgefunden werden.

2 Einblicke in den Stand der Literatur

Die Komplexität des Pflegeheimeinzugs im konkreten Alltagsgeschehen für die Pflege unter dem Blickwinkel des Erlebens der Bewohner aufzuzeigen und für die Pflege nutzbar zu machen, war bisher nicht Gegenstand von empirischen Studien. Vielfach empirisch belegt sind Anpassungsformen an institutionelle Gegebenheiten (Lee, 2002; Ebner, 2000; Hager, 1999; Baltes, 1996; Kahana, Kahana & Young, 1987; Staudinger, 1996; Saup, 1984; Lehr, 1991; Thomae, 1968; Goffman, 1972). Dabei wird davon ausgegangen, dass der Erfolg des Anpassungsprozesses von der Einstellung des Bewohners zu seiner Lebensbilanz, von der Beziehung zu den Angehörigen und Freunden, von der Beziehung zu den Pflegenden und vom Gesundheitszustand abhängt. Diesen Faktoren, mit Ausnahme des Gesundheitszustands, ist das Ausmaß an sozialer Unterstützung gemeinsam und die Fähigkeit des Bewohners sein Selbstkonzept auf die neuen Lebensvollzüge einzustellen.

Die Lebenswelt Pflegeheim kann laut Dux (1997) als gruppenübergreifende homogenisierte Lebensweltstruktur in einer ansonsten heterogen zusammengesetzten Gesellschaft charakterisiert werden. Diese Homogenisierung ist begründet in der Dominanz des weiblichen Geschlechts unter den Bewohnern und einem Klientel, welches in der Regel hochaltrig und pflegebedürftig ist (Statisches Bundesamt, 2007; Schneekloth & Wahl, 2007).

Hager (1999) spricht beim Einzug ins Heim vom Beginn einer Traumatisierung, Thiele (2000) von einem kritischen Lebensereignis. Der Heimeinzug bedeutet einen Wechsel eines oft langjährigen, gewohnten Lebensumfeldes (Saup, 1993).

Filipp (1990) setzt den Einzug ins Heim mit einem kritischen Lebensereignis gleich. Sie (1990, Seite 24) konzeptionalisiert die Kennzeichen kritischer Lebensereignisse als eine raumzeitliche und punktuelle Verdichtung eines Geschehensablaufes innerhalb und außerhalb der Person, des Weiteren als Stadien des relativen Ungleichgewichts in dem bisherigen Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt. Abschließend zählt Philipp das Ungleichgewicht in der Person-Umwelt-Beziehung dazu. Es ist für die Person unmittelbar erlebbar und wird von unmittelbaren affektiven Reaktionen der Person begleitet.

Lebensereignisse stellen nach Philipp (1990) nichts anderes als Stressoren dar, die vornehmlich in der Umwelt lokalisiert sind und mit denen sich die Personen in der ihnen eigenen Weise auseinandersetzen müssen. Doch erst durch die individuellen Prozesse der Wahrnehmung und Bewertung von Situationen wird die Qualität eines Stressors deutlich. Lebensereignisse erhalten ihre subjektive Qualität und damit ihren Wirkungsgrad für Veränderungen in der Person durch die Formen der subjektiven Ereigniswahrnehmung. Die Person selbst formt und gestaltet das Ereignis mit. Dies bedeutet auf die Bewohner selbst kommt es entscheidend an, wie mit dem Ereignis Einzug umgegangen wird. Der Einzug ins Heim kann durch das Verlassen des gewohnten Lebensumfeldes und den Wechsel zu dem gewohnten Alltagsrhythmus eine Quelle der Besorgnis sein. Der Einzug bedeutet Instabilität in vielfacher Hinsicht, ohne Orte der Geborgenheit zu erleben, an dem Rückzug möglich ist und Vertrautheit herrscht.

3 Methode

Mit der zentralen Forschungsfrage nach dem Erleben der Bewohner während des Einzugs in ein Heim sollte herausgefunden werden, mit welchen Sorgen und Nöten betagte, alte Menschen konfrontiert sind. Das Ziel bestand darin, die Bedeutung dieser Erfahrungen zu explorieren. Durch den Zugang über die Alltagserlebnisse wurde es möglich, das Person-Sein dieser Menschen im Kontext von Leiden, Verlusten, Emotionen und Motivationen, aber auch Entwicklungen und persönlichem Wachstum darzustellen.

Um Alltagserleben zu verstehen ist die interpretierende Phänomenologie eine Methode, mit der es möglich ist, gewohnte Routinen und Praktiken zu ergründen (Spichiger & Prakke, 2003). Das Alltagsverstehen von Betroffenen kann damit exploriert werden. Mir erschien die interpretierende Phänomenologie als Methode der Wahl, um von den Alltagserfahrungen der betagten, alten Menschen zu lernen. Interpretierende Phänomenologie hilft selbstverständlich betrachtete Praktiken bzw. tägliche Routinen zu entdecken, deren Bedeutung herauszufinden und Störungen des vertrauten Umgangs mit diesen Praktiken wahrzunehmen (Spichiger & Prakke, 2003). Sie geht darüber hinaus auf die Ebene des unreflektierten Handelns (Benner 1994). Es geht nicht um das Finden einer richtigen Interpretation, sondern darum, mehrere Möglichkeiten zu generieren und darzulegen, warum die eine Interpretation plausibler ist als die andere (Spichiger & Prakke, 2003). Der Prozess des Abwägens verschiedener Möglichkeiten verhilft zum Aufdecken von Widersprüchen, klärt Situationen und führt zu einem tieferen und breiteren Verständnis

(Benner, Hooper-Kyriakidis, Stannard, 1999). Das Ziel dieser Forschungsmethode ist es, Phänomene zu beschreiben, wie sie erlebt und interpretiert werden und damit, wie bedeutend diese für den Betroffenen sind (van Manen, 1990). Sie führt zur Interpretation und zum Ausdruck von Bedeutungen und des Selbstverständnisses durch narrative Interviews, Beobachtungen oder andere Arten von Text und Sprache (Benner, 1994). Benner und ihre Kollegen (Benner, 1994) haben diese Methode für die Pflegewissenschaft beschrieben und angewandt.

4 Samplebeschreibung

Die Daten wurden in der Zeit von November 2004 bis November 2005 in Alten- und Pflegeheimen in der Landeshauptstadt München bei insgesamt 12 betagten, alten Menschen und von ihnen benannten Angehörigen gesammelt. Es wurden 55 Interviews mit Bewohnern und von ihnen benannten Angehörigen geführt. Jeder Bewohner wurde soweit möglich innerhalb der ersten drei Monate viermal und der vom Bewohner benannte Angehörige zweimal interviewt. Abbildung 1 gibt einen grafischen Überblick.

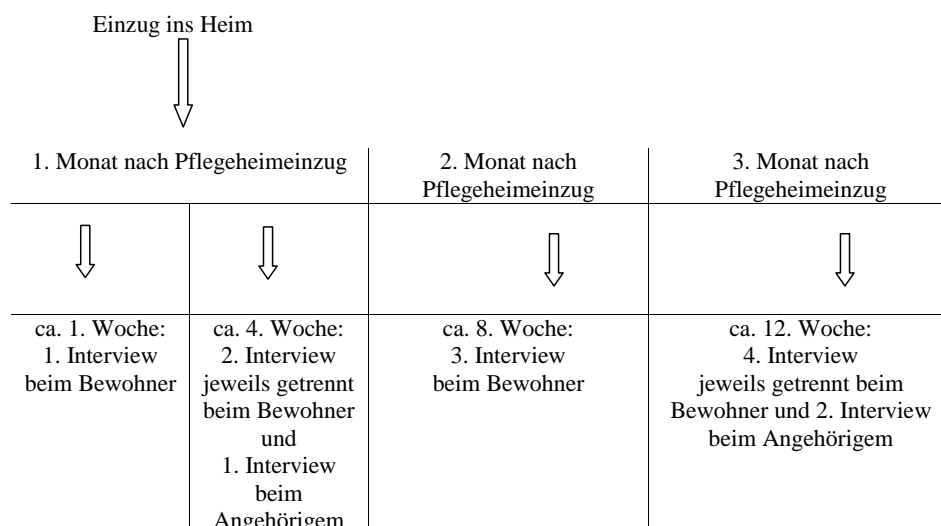


Abbildung 1: Interviewabfolge

Alle Studienteilnehmer mussten im Heim leben bzw. maximal eine Woche vor dem Einzug ins Pflegeheim stehen und 65 Jahre alt oder älter sein. Eine Kommunikation in Deutsch musste möglich sein. Das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung, welche im Heim häufig nicht oder nur unzureichend diagnostiziert wird, war grundsätzlich kein Ausschlusskriterium.

Es galten folgende Auswahlkriterien (Einschlusskriterien) für das Sample:

- Menschen, die 65 Jahre und älter sind und seit maximal drei Tagen im Heim lebten bzw. die maximal eine Woche vor dem Einzug ins Heim standen;
- diese mussten ihr Einverständnis zur Studie erklären;

- zusätzlich je ein fester persönlicher Ansprechpartner des Bewohners, zu dem der Bewohner sein Einverständnis gegeben hat;
- der persönliche Ansprechpartner musste ebenfalls sein Einverständnis zur Studie erklären;
- alle Teilnehmer an der Studie mussten sich in der deutschen Sprache verständigen können;
- eine dementierende Krankheit an sich war kein Ausschlusskriterium; maßgeblich war, dass der betagte, alte Mensch relevante Aussagen machen konnte und wollte.

Es wurden folgende Determinanten zum Ausschluss aus der Studie festgelegt:

- Stimmt der betagte, alte Mensch der Studienteilnahme zu, aber der Angehörige nicht, kam es nicht zur Aufnahme in das Sample;
- ebenfalls kam es nicht zur Studienteilnahme, wenn der Angehörige zustimmte, aber der betagte, alte Mensch nicht;
- massive gesundheitliche Einschränkungen, die eine verbale Kommunikation nicht möglich machten.
- Die Auswahl der Informanten als potentielle Studienteilnehmer erfolgte mit einem Gelegenheits-sample.

Die Universität Witten/Herdecke, Ethikkommission des Instituts für Pflegewissenschaft, EKIP, prüfte den Forschungsentwurf vor Aufnahme der Studie und sprach ein ethisches Clearing aus (EKIP 2004).

Tabelle 1: Studienpopulation

Code	Name ¹	Geschlecht des Bewohners	Alter des Bewohners	Familienstand des Bewohners	Interviewpartner Angehörige	Zahl Angehörigen in Bezug auf Ehepartner, Kinder und Geschwister
001	Frau Ammer	Weiblich	86	Ledig	Schwester	1
002	Frau Christiansen	Weiblich	83	Verwitwet	Schwester	1
003	Herr Engel	Männlich	88	Verheiratet	Ehefrau	2
004	Herr Otto	Männlich	88	Verwitwet	Stieftochter	1
005	Herr Hansen	Männlich	68	Ledig	Schwester	1
006	Herr Jonathan	Männlich	74	Verwitwet	Sohn	2
007	Frau Lange	Weiblich	88	Verheiratet	Tochter	2
008	Frau Israel	Weiblich	85	Ledig	Tochter	1
009	Frau Joas	Weiblich	82	Geschieden	Schwiegertochter	1
010	Frau Kluge	Weiblich	93	Verwitwet	Tochter	1
011	Herr Leidner	Männlich	79	Verheiratet	Getrennt lebende Ehefrau	6
012	Frau Mahler	Weiblich	82	Verwitwet	Tochter	3

Tabelle 1 gibt einen Überblick zur Studienpopulation. Der Altersdurchschnitt der Bewohner betrug 83 Jahre. Die Altersspannbreite erstreckte sich zum Zeitpunkt der

Tabelle 2: Darstellung der Studienpopulation in Bezug auf die Interviewanzahl

Code	Name	Interviewanzahl Bewohner	Interviewanzahl Angehörige	Gründe für Interviewabbruch	Bemerkung
001	Frau Ammer	4	2	-	-
002	Frau Christiansen	2	2	Verstorben	Bewohnerinterview in Anwesenheit des Angehörigen
003	Herr Engel	2	1	Verstorben	Bewohnerinterview in Anwesenheit des Angehörigen
004	Herr Otto	1	0	Teilnahme auf Wunsch des Angehörigen abgebrochen	-
005	Herr Hansen	4	2	-	Interviews nach erster Interpretation nicht weiter verwendet
006	Herr Jonathan	4	2	-	-
007	Frau Lange	4	2	-	Bewohnerinterview in Anwesenheit des Angehörigen
008	Frau Israel	4	2	-	-
009	Frau Joas	4	2	-	-
010	Frau Kluge	1	0	Verstorben	-
011	Herr Leidner	4	2	-	-
012	Frau Mahler	3	1	Verstorben	Bewohnerinterview in Anwesenheit des Angehörigen
GESAMT-INTERVIEWS		37	18		

Interviews von 68 Jahren bis 93 Jahren. Aufgrund des Familienstandes lässt sich zusammenfassen, dass neun von 12 Bewohnern als allein stehend bezeichnet werden können.

Tabelle 2 fasst die Anzahl der individuell interviewten Bewohner und deren Angehörige zusammen. Aus der Tabelle zwei kann entnommen werden, dass vier Bewohner während der Studie verstorben sind und ein Bewohner bzw. Angehöriger die Teilnahme nach dem ersten Interview abgebrochen hatte.

Herr Hansen, code 005, wurde nicht in die Auswertungen miteinbezogen. Der Ausschluss erfolgte nach der Transkription der Interviews und der Darstellung in einer Fallgeschichte.

Vollständige Datensätze, d. h. ein Datensatz umfasst je vier Interviews mit dem pflegebedürftigen Menschen und zwei Angehörigeninterviews, liegen bei sieben von insgesamt zwölf interviewten pflegebedürftigen Menschen vor. In der Summe wurden 37 Interviews mit betagten, alten Menschen und 18 Angehörigeninterviews durchgeführt.

Tabelle 3 vermittelt einen Eindruck zur leistungsrechtlichen Abbildung von Pflegebedürftigkeit der betroffenen Menschen, zum Krankheitspanorama und den privaten Rückzugsmöglichkeiten in Form eines Einzel- oder Doppelzimmers. Aus dieser Zusammenstellung wird deutlich, dass der überwiegende Teil der Bewohner aufgrund eines Akutgeschehens im Krankenhaus behandelt wurde. Die Erkrankungen bzw. deren Folgen waren dabei meist so schwerwiegend, dass nach Aussage der Bewohner eine Pflegeheimversorgung durch die Krankenhausärzte empfohlen wurde. Die Mehrheit der Bewohner zog im Heim in ein Einzelzimmer.

In der Studienpopulation hatten zwei Personen keine Pflegestufe, drei die Pflegestufe I und sieben die Pflegestufe II im Sinne des § 15 SGB XI. Die Pflegestufe III war im Studiensample nicht vertreten.

Tabelle 3: Strukturaspekte des Einzugs

Code	Name	Pflegestufe	Erkrankung/en	Grund für den Einzug	Einzug ins EZ oder DZ ²
001	Frau Ammer	Keine	Herzinsuffizienz	Krisenvorsorge	EZ
002	Frau Christiansen	II	zweimaliger Apoplex mit Hemiparese links und Aphasie	Empfehlung des Krankenhauses und der Rehabilitationseinrichtung	DZ
003	Herr Engel	II	Herzinsuffizienz, Harninkontinenz, Anzeichen eines demenziellen Syndroms	Empfehlung des Krankenhauses	EZ
004	Herr Otto	I	Herzinsuffizienz	Wunsch der Angehörigen	EZ
005	Herr Hansen	Keine	Schizophrenie	Verlegung aus therapeutischen Wohngemeinschaft für psychisch Kranke aufgrund des Alters	EZ
006	Herr Jonathan	II	beidseitige Oberschenkelamputation, Diabetes mellitus Typ 2, chronisch obstruktive Atemwegserkrankung, Adipositas, Nikotinabusus	Empfehlung des Krankenhauses	EZ
007	Frau Lange	II	Herzinsuffizienz	Empfehlung des MDK	EZ
008	Frau Israel	II	Morbus Parkinson, Herzinsuffizienz	Eigener Wunsch, da häusliche Versorgungskontinuität schwankend	EZ
009	Frau Joas	I	Coronarbypass, Apoplex, Herzinsuffizienz, Anzeichen eines demenziellen Syndroms	Empfehlung des Krankenhauses und der Rehabilitationseinrichtung	EZ
010	Frau Kluge	II	Darmcarzinom mit Metastasen bei rezidivierenden Pleuraergüssen	Empfehlung des Krankenhauses	DZ
011	Herr Leidner	II	Dialysepflichtige Niereninsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Gangunsicherheit, Anzeichen eines demenziellen Syndroms	Empfehlung des Krankenhauses	DZ
012	Frau Mahler	II	Herzinsuffizienz, Anzeichen eines demenziellen Syndroms	Empfehlung des Krankenhauses	EZ

Bezogen auf die Verteilung der Pflegestufen in Bayern bzw. im Bundesgebiet ergibt sich folgendes Bild: Die Verzerrungen der Pflegestufenverteilung im Sample, die aus Tabelle 4 ersichtlich sind, lassen sich durch die Einschlusskriterien der Studie erklären. Die leistungsrechtliche Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung hängt von körperlichen Kompetenzeinbußen ab. Pflegebedürftige Menschen in Pflegestufe III sind in ihrem körperlichen Gesundheitszustand oftmals so reduziert, dass eine verbale Kommunikation über einen längeren Zeitraum als wenige Minuten nur eingeschränkt möglich ist. Da die verbale Kommunikationsfähigkeit über einen längeren

Zeitraum Voraussetzung für die Studienteilnahme war, kann dies erklären, warum im Studiensample keine pflegebedürftigen Menschen mit Pflegestufe III vertreten waren.

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Pflegestufen in Pflegeheimen

Pflegestufe nach § 15 SGB XI	Studiensample ³	Bayern	Deutschland
I	ca. 25 %	ca. 33 %	ca. 35 %
II	ca. 58 %	ca. 41 %	ca. 44 %
III	0 %	ca. 26 %	ca. 21 %

5 Ergebnisse

Über den Zugang der Bedeutung des Alltagserlebens war es möglich, die Bewohner selbst sprechen zu lassen, um herauszufinden, was für diese Menschen den Alltag im Heim beschwerlich und schwierig machte und was sie als unproblematisch erlebten. Dieser Weg eröffnete die Möglichkeit, nicht nur Probleme und Leiden zu erfahren, sondern die Ressourcen dieser Menschen, ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und ihre Fertigkeiten zu erkunden. Für die Pflege mit ihrem Fokus auf dem Alltag des pflegebedürftigen Menschen (Schröck 1998) ist das Kennen der Bedeutung für den Betroffenen entscheidend, um die Notwendigkeit, die Art und das Maß pflegerischer Interventionen zu eruieren, festzulegen, auszuführen und zu evaluieren.

Die Studie brachte zum Ausdruck, dass *erstens* die Bewohner Einsicht dafür zeigten, dass die Versorgung im Heim notwendig wurde, auch wenn die Gründe hierfür unterschiedlich waren. Die Bewohner entschieden sich für ein Heim, weil sie Hilfe brauchten. Sie akzeptierten diesen Hilfebedarf. An ihrem Person-Sein änderte ihr Abhängig-Sein nichts, obwohl sie auf andere angewiesen waren.

Die Geschichte von Herrn Jonathan zeigt, wie sich Abhängig-Sein im Alltag äußern kann. Herr Jonathan war zum Zeitpunkt des Einzugs 84 Jahre alt. Seine Ehefrau war vor fünf Jahren an Hautkrebs gestorben. Aus der Ehe gingen zwei Söhne hervor, die beide verheiratet waren und jeweils ein Kind hatten. In einem fast ununterbrochenen 13monatigen Krankenhausaufenthalt, vor dem Einzug ins Pflegeheim, wurden Herrn Jonathan kurz nacheinander beide Beine an den jeweiligen Oberschenkeln amputiert, so dass er seither auf einen Rollstuhl angewiesen war.

Herr Jonathan leidet unter Diabetes mellitus Typ II, Durchblutungsstörungen und Herzinsuffizienz. Er erzählt, wie es ihm geht.

BW³: (...) am 8. Januar haben sie mich eingeliefert. (...) Ich habe beide Beine gehabt bis letztes Jahr im August. Der eine ist zwar, war nicht mehr viel wert, der Rechte, der war offen, aber ich habe gehen können, der war halt noch da. Noch nichts abgenommen ... und wie sie mir natürlich dann das Zweite weg geschnitten haben, habe ich gewusst, dass ich fertig bin mit, ... mit Allem.

³BW = Bewohner, I = Interviewer, A = Angehöriger

I: Was wollen Sie damit sagen?

BW: Ich kann nicht mehr in meinem Haus alleine leben. (1, BW, 006: 210-224)

BW: (...) Ich war immer der Mensch, dem das wichtig ist. Nicht abhängig, sondern immer selbstständig. ... Was die Sachen angeht, nicht abhängig sein. Ich bin ein Krüppel. Ja, ja, freilich und es ist ja auch so: nicht bloß dings, man ist es ja auch. Nicht dass man sich so fühlt. (...) (2, BW, 006: 372-421)

BW: (...) Was ich natürlich auch vermisse, ist, dass ich nicht mehr Auto fahren kann, was ich mit einem Fuß noch gekonnt hätte. (2, BW, 006: 313-340)

BW: (...) Die Kontakte in dem Heim sind sehr begrenzt, weil die Leute ja zum großen Teil kränker sind als ich ... man kann's halt nicht aussuchen. ... Ja, es ist schwierig. Das sind ja fast, ich war im Bierstüberl unten, das ist um einen Tisch, da sind unten vier, die sitzen beieinander, die kennen sich ... Aber es schaut nicht so aus, als wenn man dazu könnte. (...) (2, BW, 006: 502-569)

Nach der zweiten Beinamputation wurde die Pflegebedürftigkeit von Herrn Jonathan chronisch. Frei zu sein und eigenständig sein Leben zu gestalten kann Herr Jonathan nicht mehr so wie früher. Das neue Leben führt ihm vor Augen, dass er abhängig geworden ist. Doch sein Streben nach Selbständigkeit hat er nicht verloren. Das Pflegeheim wurde für Herrn Jonathan durch die Pflegebedürftigkeit unabwendbar, aber es hat lange gedauert, 13 Monate, bis dies klar war. Herr Jonathan wurde dennoch nur in der Versorgung abhängig. Sein Leben umfasst mehr, als versorgt zu werden. Er kämpft um sozialen Anschluss inner- und außerhalb des Heims. Herr Jonathan sucht den Kontakt mit anderen Menschen, er braucht diesen, um seinem Leben wieder das gewisse Extra zu geben. Es geht ihm nicht darum, in das Familienleben seiner Söhne integriert zu sein. Er unterscheidet sein Leben und das seiner Söhne. Doch seine Söhne sind ein Teil seines Lebens. Sich gegenseitig Zeit schenken und *da-zu-sein* würde Herrn Jonathan etwas von dem geben, was er früher eigenständig erreichen konnte, die Akzeptanz, Anerkennung und Respektierung seines Person-Seins durch andere. Mit dem Einzug ins Heim sieht Herr Jonathan nicht das nahe Ende seines Lebens gekommen. Herr Jonathan sieht für sich eine Lebensperspektive und eine Zukunft. Doch das gewisse Extra, das fehlt ihm im Heim einfach.

Zweitens der Alltag im Heim den Bewohnern vermittelte, dass ihr *abhängig-sein* viel weiter ging, als sie vor dem Einzug dachten. Erst der Alltag im Heim brachte zum Vorschein, wie früher selbstverständliche und selbst durchgeführte Aktivitäten des täglichen Lebens zu kritischen Faktoren im neuen Leben wurden. Diese Faktoren wurden durch das Warten auf Hilfe und das Zurechtkommen mit den zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln zu einer kritischen Masse während des Einzugsprozesses. Die Art und Weise der erlebten Veränderungen beim Abgeben von Aktivitäten wurden von den Bewohnern als existentiell herausfordernd und für ihr Person-Sein bedrohlich erlebt.

Die Geschichte von Herrn Engel ist ein Beispiel hierfür. Er war zum Zeitpunkt der Interviews 89 Jahre alt und seit 64 Jahren verheiratet. Er hielt sich den Tag über im Rollstuhl an einem kleinen Tisch mit Blick auf eine Wand in seinem Zimmer im Pflegeheim auf. Schräg gegenüber stand der Fernseher, der immer lief, als ich ins Zimmer kam. In den Aktivitäten des Lebens brauchte Herr Engel verstärkt Hilfe. Symptome einer demenziellen

Erkrankung waren für mich unübersehbar. Herr Engel saß bei meinen Besuchen im Rollstuhl, weil er auch im Zimmer kaum mehr als zwei Schritte mit Unterstützung gehen konnte. Häufig hatte Herr Engel in meiner Gegenwart den Kopf auf die Tischplatte gestützt. Die Frau von Herrn Engel lebte noch im gemeinsamen Haus. Sie besuchte ihren Mann jeden Nachmittag für mehrere Stunden. Der folgende Dialog zwischen dem Ehepaar thematisiert das Wasser lassen bei Herrn Engel.

BW: Und jeden Tag kommt eine andere Schwester.

A: A geh, des ist doch nicht wahr.

BW: Doch, doch!

A: Aber nicht jeden Tag.

BW: Ja, mein Gott ...

I: Es kommen immer andere?

BW: Ja, und ich muss natürlich verstehen, dass die nicht jeden Tag für einen da sind.

I: Wie merken Sie das, dass die nicht jeden Tag für Sie da sind?

*BW: Vor allem muss ich aufpassen, weil fast jeden Tag ist eine andere Schwester da. Aber daran muss ich mich gewöhnen, dass einmal die da ist und einmal eine andere. Und jede macht es anders. (...) die haben keine Zeit. Manche sind ganz nett, andere weniger, aber das muss man ja verstehen, mit der Zeit.
(2, BW, 003: 132-151)*

Herrn Engel stört, dass mit ihm nicht über seine Pflege gesprochen. Er vermisst etwas, das ihm sicher werden lässt, dass die Pflegenden die notwendige Hilfe so ausführen, wie er es braucht und er es sich wünscht. Herr Engel erlebt seine Pflege als diskontinuierlich und nicht auf seine Bedürfnisse adaptiert. Ihm ist durchaus bewusst, dass die Pflegenden kommen, aber das immerwährende und tägliche Aushandeln ist belastend. Diese Form von *Abhängig-Sein* frustriert Herrn Engel. Er arrangiert sich mit den Umständen, so gut wie er es zulassen kann. Herr Engel zeigt sogar Verständnis. Er sieht keine andere Möglichkeit.

Drittens waren für die Bewohner Personen aus ihrem persönlichen Umfeld zum Erleben von sozialer Integration relevant. Ob Schwester, Ehemann oder Kinder, die Beziehung zu diesen Familienmitgliedern war für das Wohlbefinden der Bewohner ein zentrales Kriterium.

Die Geschichte von Frau Joas ist ein Beispiel dafür. Frau Joas lebte in Mitteldeutschland und ist in die Nähe ihres Sohnes gezogen. Sie war zum Zeitpunkt der Interviews 82 Jahre alt und seit vielen Jahren geschieden. Ungefähr ein Jahr vor dem Pflegeheimzug wurde Frau Joas krank. Sie erlitt einen Apoplex in Folge von Herzrhythmusstörungen und war für vier Monate in stationärer Behandlung, erholte sich aber davon wieder sehr gut. Sie brauchte nach der Rehabilitation nur noch begrenzte Unterstützung bei der persönlichen Hygiene, beispielsweise beim Rücken waschen. Einen Haushalt alleine zu versorgen, das wäre für Frau Joas schon schwierig geworden, aber ihren Aktivitäten des Lebens konnte Frau Joas überwiegend selbständig nachkommen. Frau Joas selbst klagte über Erinnerungslücken, im persönlichen Gespräch waren für mich Anzeichen eines demenziellen Syndroms erkennbar.

BW: Dann wollte ich zuerst nicht. Ich kann's nicht ändern.

I: Warum wollten Sie nicht?

BW: Weil ich hier niemand kenne. Bei mir kenne ich ganz viele Leute und meine Schwester ist da. Die ist ein paar Jahre älter. Die ist immer sonntags zu mir gekommen, dann hat nur einer gekocht. Ich bin auch zu ihr gefahren. (3, BW, 009: 84-89)

(...) Ja, mit der [meiner Schwester] konnte ich alles besprechen. Die ist drei Jahre älter. Die ist am Knie geschädigt. (...) (3, BW, 009: 165-169)

Auch Frau Joas merkt erst in ihrem neuen Alltag im Heim, was für sie in ihrem Leben wichtig ist. Für Frau Joas ist ihre ältere Schwester eine wichtige Bezugsperson, sie ist ihr nahe. Ihre Beziehung zu ihrer Schwester hat sie als selbstverständlich angesehen. Jetzt, nach dem Einzug ins Heim, merkt Frau Joas, was das *Zusammen-Sein* mit ihrer Schwester eigentlich für sie bedeutet. Ihre emotionale Stabilität ist durch ihren Wegzug von ihrer Schwester verloren gegangen. Sie vermisst ihre Schwester. Die Versorgung im Heim bietet keinen Ersatz für das, was Frau Joas alles verloren gegangen ist. Früher war Frau Joas auf niemanden angewiesen, im Gegenteil sie half ihrer Schwester. Der Einzug veränderte ihre soziale Situation. Jetzt ist die Schwester weit weg. Frau Joas wurde mit dem Umzug sozial abhängig. Ihre soziale Einsamkeit verstärkt ihr *Abhängig-Sein*.

6 Diskussion

Diese Studie stellte das Alltagserleben in den Mittelpunkt. Gewohnheiten, Abläufe und Routinen fanden zuwenig Berücksichtigung damit Bewohner *ihr* Leben so wie bisher weiterführen zu konnten. Die Erfahrungen der interviewten Bewohner dokumentieren die besondere Herausforderung bei der Bewältigung des Einzugs in ein Heim durch die Art und Weise des Verlustes der früheren Lebensvollzüge.

Allen interviewten Bewohnern gemeinsam war, dass diese ihren Gewohnheiten treu bleiben wollten und sie mit dem Einzug ihr bisheriges Sein verloren hatten (Charmaz, 1983). Sie suchten im Heim nach Möglichkeiten, ihren Weg weiterzugehen bzw. auf einen Weg zu kommen, der es ihnen ermöglichte, ihr bisheriges Sein wiederzugewinnen bzw. zu erhalten. Ihre individuellen Möglichkeiten waren unterschiedlich.

Die Geschichten der Bewohner beschrieben Einflüsse, die Saup (1993) unter sozial-räumlicher Umwelt subsumierte und Häussler, Wacker und Wetzler (1996, Seite 58: in Wacker, 1996, Seite 15) als Bereiche für ein selbstbestimmtes Leben bezeichneten. Wacker *et al* definierten Lebensbereiche, die eine Person für ein selbstbestimmtes Leben benötigt mit unter Kontrolle bringen, Befriedigung von Grundbedürfnissen, Unabhängigkeit im Fühlen und Denken, Selbstakzeptanz und Selbstvertretung, Gleichwertigkeit in den Begegnungen und Kontrolle über das eigene Leben.

Ausgehend von Thiele (2000), die den Einzug als Orientierungs-, Emotions-, Beziehungs- und Integritätskrise bezeichnet hat, resultieren für Pflegende in Pflegeheimen auf der *Mikroebene* folgende primäre Aufgabenbereiche:

Erstens: Den sozialen und räumlichen Lebensraum der Bewohner im Sinne der unmittelbaren Unterstützung bei der Bewältigung des Einzugs und der Anpassung der materiellen

Umgebung zu gestalten. Die Pflegenden müssen lernen, das Wesen der Bewohner, ihr Person-Sein, als Grundlage für pflegerischer Interventionen anzuerkennen und in ihr tägliches Handeln zu integrieren.

Zweitens: Die Fähigkeiten des Bewohners analysieren und gemeinsam mit ihm Interventionen festlegen. Die Kontrolle über Entscheidungen zu behalten und das auszuführen, was gemeinsam festgelegt wurde, ist ein weiterer elementarer Punkt, um Wohlbefinden zu fördern. Bewohner müssen pflegerische Interventionen nach der Bedeutung, die sie für sie haben, auswählen können und sie müssen sich an deren Alltag orientieren. Pflegende müssen den Blick für die individuelle Situation des Menschen schärfen und in Assistenzstrukturen lernen zu denken und zu handeln, ohne jedoch die Angehörigenperspektive zu vernachlässigen. Die Organisation des Alltags nimmt mit dem Einzug eine andere Bedeutung ein. Ausgehend von der Frage, wie weit der Bewohner in der aktuellen Situation seine momentane Lebenssituation begreifen kann, muss eruiert werden, inwieweit der Betroffene seine Lebensperspektive neu entwerfen kann, die für ihn und seine Angehörigen motivierend genug ist, sich in der neuen Situation zu Recht zu finden. Zurecht-Finden meint eine neue Einstellung zu sich selbst, zum Verlorenen und zur neuen Umwelt zu finden.

Drittens: Das Verhalten der Pflegenden kann wesentlich sein. Die stärkere individuelle Alltagsorientierung muss sich vor allem darauf beziehen, dass den Pflegenden bewusster wird, dass sie primäre und täglich wiederkehrende Kontaktpersonen für die Bewohner sind und in deren Alltagsgewohnheiten eingreifen. Die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Pflegenden und Bewohnern, die emotionale Stabilität zum Ziel hat, muss als Leitorientierung dienen.

Die Ergebnisse weisen auf der *Mesoebene* für die Pflege auf eine notwendige Kompetenzerweiterung in der Diagnostik bzw. Befunderhebung bei den Pflegenden hin. Pflegephänomene zu diagnostizieren, mit Bedingungen und Einflussfaktoren in Beziehung zu setzen, Arbeitshypothesen und Parameter zu entwickeln, um Veränderungsprozesse festzustellen und wirksame Interventionen abzustimmen, sind die zentrale Handlungsgrundlagen für eine ausreichende, notwendige und zweckmäßige Pflege im Sinne des Pflegeversicherungsrechts. Pflegediagnostik auf der Grundlage von klinischem Expertenwissen ist hierzu die Voraussetzung. Pflegeprozessinstrumente können dabei helfen, analysierend und strukturierend mit allen an der Pflege Beteiligten die für den Bewohner notwendigen Maßnahmen einzuleiten und durchzuführen. Für die Praxis in den Pflegeheimen kann dies bedeuten:

Erstens: Eine Förderung von Beteiligungsmöglichkeiten der betagten, alten Menschen, deren Angehörige und ehrenamtlichen Helfern, die über Mitwirkung hin zur Mitbestimmung weiterentwickelt werden muss. Heim-, Angehörigen- und Ehrenamtlichenbeiräte, die z. B. an Vorstandssitzungen von Altenhilfeträgern anwesend sein können und Stimmrecht haben oder ständige Sitze in Aufsichtsgremien von Altenhilfeträgern mit Stimmrechten besitzen oder Vertretungen von Verbraucherschutzorganisationen, die in Qualitätsmanagementmaßnahmen des Trägers eingebunden werden.

Zweitens: Eine kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegenden hinsichtlich der Handlungsgrundlagen der Pflege. Isoliertes personales Lernen in Form von Fort- und Weiterbildungen im Rahmen der Personalentwicklung reichen dabei nicht aus. Das

zeigen die Erfahrungen der Vergangenheit, ansonsten würden die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nicht in diesem Ausmaß Qualitätsmängel feststellen (MDS 2004 und 2007). Den Pflegeheimen kann nicht vorgeworfen werden, dass sie nicht in die Qualifizierung ihrer Mitarbeiter investieren würden. Dieses Defizit beklagt kein bisheriger Bericht des MDS. Es müssen aufgrund der vom MDS zusammenfassend festgestellten Mängel die Systeme des personalen und sozialen Lernens nicht nur verbunden, sondern in einem kontinuierlichen Organisationsentwicklungsprozess durch das Management begleitet werden (Heller & Wegleitner, in Schaeffer, 2006, Senge & Klostermann, 2006).

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse dieser Arbeit muss auf der *Makroebene* die Frage gestellt werden, wie und in welcher Form Veränderungen in der Versorgung alter, betagter Menschen auf sozialpolitischer Ebene angestrebt werden müssen. Die sozialrechtlichen Möglichkeiten hoch betagter, gebrechlicher Menschen dürfen durch das Sozialleistungsrecht nicht anders oder beschränkter sein, als bei behinderten Menschen. Die gesellschaftliche und politische Diskussion um Festlegung von Versorgungsstandards im Rahmen der Sozialgesetzgebung ist nicht nur ungeklärt, sondern auch inkongruent, wenn der Vergleich zwischen der in der Sozialhilfe geregelten Eingliederungshilfe nach SGB XII und der Pflege nach SGB XI gezogen wird. Im Sozialleistungsrecht behinderter Menschen sind durch §§ 53 ff. SGB XII, der Eingliederungshilfe, und §§ 55 ff. SGB IX, der Teilhabe am Leben der Gesellschaft, bereits Leistungsansprüche verankert, die für hochbetagte, gebrechliche Menschen derzeit nicht oder kaum zugänglich sind.

Für die Praxis in den Pflegeheimen kann dies bedeuten:

Erstens: Altenhilfeträger müssen Entgeltverhandlungen so gestalten und führen, dass gesetzliche Anforderungen an die Pflegequalität mit den zu verhandelnden Ressourcen in Einklang gebracht werden können. Damit verbunden ist selbstverständlich das Eingestehen, dass gestiegene fachliche Anforderungen (Schiemann, 2007) nicht mehr nur durch organisatorische Rationalisierungsprozesse ausgeglichen werden können, sondern dass dies unvermeidlich mit einer Erhöhung der Gesamtheimkosten in Verbindung stehen muss. Dabei müssen Möglichkeiten für Angehörige geschaffen werden, durch Eigenleistungen die Gesamtheimkosten individuell zu minimieren. Die Finanzierungsbausteine müssen flexibler gestaltet werden und eine Reduktion durch Eigenleistungen, beispielsweise durch Angehörige, gesetzlich ermöglicht werden.

Zweitens: Die Bezugsgröße für die Personalwirtschaft in Pflegeheimen, die derzeit gültigen Pflegebedürftigkeitskriterien, deren Grundlage die Befriedigung körperlich orientierter Pflegebedürfnisse sind, reicht bei den Anforderungen und Herausforderungen, die hochbetagte, gebrechliche Menschen erfordern, nicht mehr aus. Auch unter Ausnutzung von Rationalisierungspotentialen und bei Einsatz ehrenamtlicher Helfer kann die Steuerung der Pflegeprozesse durch Fachpersonal nicht kontinuierlich aufrechterhalten werden. Das System von »mehr helfenden Händen« stößt im Heim unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen an seine pflegfachlichen Grenzen und muss geändert werden.

Drittens: Soziale und gesellschaftliche Teilhabe, orientiert am individuellen Alltag der Bewohner, muss in der sozialleistungsrechtlichen Definition von Pflegebedürftigkeit des SGB XI ergänzt werden oder Ansprüche aus dem SGB IX und SGB XII dürfen auch für betagte, alte Menschen in Alten- und Pflegeheimen abgeleitet werden. Unabhängig davon, ob die Zuordnung zu den für die Bemessung von Pflegesachleistungen maßgeblichen

Pflegestufen (§ 15 SGB XI) vom Zeitaufwand oder vom Grad an Abhängigkeit eines Menschen von der Hilfe durch Dritte abhängt, scheint es mir für die Bewältigung des Lebensalltags hoch betagter, gebrechlicher Menschen notwendig zu sein, einen Hilfebedarf im Rahmen sozialer und gesellschaftlicher Teilhabe anzuerkennen. Überschneidungen mit der Eingliederungshilfe wären nur dann ausgeschlossen, wenn Leistungen der Pflege nach SGB XI auf die Eingliederungshilfe nach SGB XII angerechnet werden könnten. Personenzentrierte Hilfe, die sich am Alltag des Betroffenen orientiert, unabhängig davon, wo diese Person lebt, muss in das Pflegeversicherungsrecht aufgenommen werden.

Mein außerordentlicher Dank gilt Ruth Schröck, Heleen Prakke und Romy Mahrer Imhof. Sie hatten erheblichen Anteil daran, dass diese Arbeit gelingen konnte.

Literatur

- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge New York: Cambridge University Press.
- Benner, P. (Ed.) (1994). *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring and Ethics in Health and Illness*. Thousand Oaks California: Sage Publications.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (1999). *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*. Philadelphia: Saunders.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronical ill. *Sociology of Health und Illness*, 5(2), 168–195.
- Düx, H. (1997). *Lebenswelten von Menschen in einem Alten- und Pflegeheim*. 125. Köln: Kuratorium Dt. Altershilfe.
- Ebner, V. (2000). *Abschied von der Eigenständigkeit?: Strategien zur Verarbeitung des Eintritts in eine Institution der Alterspflege*. Bern: Ed. Soziothek.
- Ethik-Kommission des Instituts für Pflegewissenschaft (EKIP) der Universität Witten/Herdecke (2004, August 09). *Ethisches Clearing des Forschungsentwurfs (Brief)*.
- Filipp, S.-H. (Ed.) (1990). *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Goffman, E. (1973). *Asyle - über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gross, C. (1998). *Sterben und Tod im Altersheim*. Bern: Selbstverlag.
- Gutzmann, H. (2007). Gerontopsychiatrische Versorgung von Heimbewohnern. In *Aktion Psychisch Kranke (Ed.), Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz (pp. 281–293)*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hager, I. (1999). *"Wo ist hier der Ausgang?": Soziologische Untersuchung zum Wohlbefinden der HeimbewohnerInnen des GZW - Auswirkungen von strukturellen Veränderungen seit 1994*. Wien: Edition Praesens.

- Hallauer, J., Bienstein, C., Lehr, U., & Rönsch, H. (2005). SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz.
- Häussler, M., Wacker, E., & Wetzler, R. (1996). Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten (Vol. 65). Baden-Baden: Nomos.
- Kahana, E.F., Kahana, B., Young, R. (1987). Strategies of coping and postinstitutional outcomes. *Research on Aging*, 9 (2), 182-199.
- Klie, T. (2001). *Gesetze für Pflegeberufe: Gesetze, Verordnungen, Richtlinien* (6. Aufl.). Frankfurt a. M.: Fachhochschul-Verlag.
- Klein, T. (1998). Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung: Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31(6), 407-416.
- Kruse, A. (2006). Alter zwischen Verletzlichkeit und Wachstum. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 37(2), 4-18.
- Lee, D., Woo, J., & Mackenzie, A. (2002). A review of older people experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 19-27.
- Lehr, U. (1991). *Psychologie des Alterns*. Heidelberg: Quelle und Meyer.
- Manen, M., van (1990). *Researching Lived Experience: human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State university of New York.
- Saup, W. (1984). *Übersiedlung ins Altenheim*. Weinheim: Beltz.
- Saup, W. (1993). *Alter und Umwelt: Eine Einführung in die ökologische Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, U. (2006). Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005: Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt »Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen« (MuG IV). Retrieved September, 23, 2007, from www.bmfsfj.de.
- Schneekloth, U., & Wahl, H.-W. (2007). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV): Befunde und Empfehlungen. Retrieved April, 30, 2008, from www.bmfsfj.de.
- Schröck, R., & Drerup, E. (Eds.) (1998). *Schmerz: Perspektiven der Pflegeforschung* (Vol. 2). Materialien zur Pflegewissenschaft, 2. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Spichiger, E., & Prakke, H. (2003). Interpretierende Phänomenologie: eine qualitative Forschungsmethode für die Pflege. *Pflege*, 16(3), 128-134.
- Statistisches Bundesamt (2007). *Pflegestatistik 2005: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse*. Retrieved January, 30, 2008, from www.destatis.de.

- Staudinger, U. M. (1996). Psychologische Widerstandsfähigkeit im Alter. In K. Mayer & P. B. Baltes (Eds.), Die Berliner Altersstudie. Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter . Berlin: Akademie.
- Tesch-Römer, C., Engstler, H., & Wurm, S. (Eds.) (2006). Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte: Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte (1. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thiele, C. (2000). Ausgewählte Gerontopsychologische Modelle zum Übergang ins Seniorenheim. Retrieved July, 15, 2006, from www.sbg.ac.at/erz/salzbürger_beitraege/herbst2000/ct_2000_2.pdf.
- Thomae, H. (1968). Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie. Göttingen.
- Wacker, E. (1998). Leben im Heim (Vol. 102). Baden-Baden: Nomos.
- Wingefeld, K., & Schnabel Eckart (2002). Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Retrieved February, 02, 2005, from www.mags.nrw.de.

Promotionskomitee: Frau Prof. Dr. Dr. Ruth Schröck, Frau Dr. Heleen Prakke, Frau Prof. Krohwinkel