



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Integrierter Abschlussbericht

Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“

**Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

Möglichkeiten
selbständiger
Lebensführung

Integrierter Abschlussbericht

Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) –

Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation
sowie Beispielen für „Good Practice“

**Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

München, November 2007

Herausgeber

Ulrich Schneekloth (TNS Infratest Sozialforschung, München)

Hans Werner Wahl (Abteilung für Psychologische Altersforschung, Universität Heidelberg)

Autorinnen und Autoren

Dietrich Engels (ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln)

Frank Pfeuffer (ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln)

Josefine Heusinger (Institut für gerontologische Forschung, Berlin)

Tina Knoch (Institut für gerontologische Forschung, Berlin)

Leonore Köhler (Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim)

Sandra Lode (Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim)

Ingolf von Törne (TNS Infratest Health)

Martina Schäufele (Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim)

Ulrich Schneekloth (TNS Infratest Sozialforschung, München)

Hans Werner Wahl (Deutsches Zentrum für Altersforschung, Heidelberg)

Siegfried Weyerer (Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim)

Inhalt

Vorwort der Herausgeber	7
Zusammenfassung	9
1. Der Hintergrund: Forschungen zur Lebensführung in stationären Einrichtungen	23
<i>Hans Werner Wahl und Ulrich Schneekloth</i>	
1.1 Ziel des Kapitels	23
1.2 Heime zwischen Potenzialen, Grenzen und Kritik	23
1.3 Trends in der Heimversorgung mit Bedeutung für Forschung in Heimen	27
1.4 Anmerkungen zur Entwicklung der Heimforschung	33
1.5 Themen und Trends der rezenten Forschung in Heimen	36
1.6 Ausgewählte Konzepte und Befunde der Forschung in Heimen	39
1.6.1 Lebensqualität von Heimbewohnern	39
1.6.2 Versorgungskonzepte und Interventionsansätze	45
1.7 Untersuchung MUG IV: Design und Forschungsverbund	47
Literatur	49
2. Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung	53
<i>Ulrich Schneekloth und Ingolf von Törne</i>	
2.1 Einleitung	53
2.2 Untersuchungskonzept und methodische Umsetzung	54
2.2.1 Forschungsfragen	54
2.2.2 Methodik	54
2.3 Institutionelle Merkmale	57
2.3.1 Zahl der Einrichtungen und grundlegende Strukturmerkmale	57
2.3.2 Allgemeines Leistungsprofil und medizinische Versorgung	65
2.3.3 Pflege und Wohnen, Angehörigenarbeit, freiwilliges Engagement	72
2.4 Bewohnerinnen und Bewohner	90
2.4.1 Anzahl und Pflegestufe	90
2.4.2 Soziodemografische Grundmerkmale	94
2.4.3 Herkunft und Heimübergang	97
2.4.4 Chronische Krankheiten und medizinisch-therapeutische Versorgung	100
2.4.5 Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen	112
2.4.6 Pflegerische Versorgung und Betreuung	120
2.4.7 Aufenthalts- und Verweildauer	130

2.5	Wohnliche Gegebenheiten und soziale Kontakte	134
2.5.1	Zimmertyp und Ausstattung	134
2.5.2	Handlungsspielräume	139
2.5.3	Soziale Kontakte und Aktivitäten	142
2.6	Personelle Ausstattung und Höhe der Pflegesätze	147
2.6.1	Personal in Alteneinrichtungen	147
2.6.2	Pflegesätze	154
2.6.3	Auslastung und Erweiterungsperspektiven	157
2.7	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	160
	Literatur	166
3.	Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation	169
	<i>Martina Schäufele, Leonore Köhler, Sandra Lode und Siegfried Weyerer</i>	
3.1	Einleitung	169
3.1.1	Hintergrund	169
3.1.2	Ziele und Fragestellungen	170
3.2	Untersuchungskonzept und methodische Umsetzung	171
3.2.1	Untersuchungsansatz	171
3.2.2	Erhebungsinstrumente und Durchführung der Untersuchung	172
3.3	Stichprobengewinnung, -ausschöpfung, -beschreibung	174
3.4	Befunde	176
3.4.1	Einrichtungsbezogene Befunde	176
3.4.2	Bewohnerbezogene Befunde	182
3.5	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	218
	Literatur	228
4.	Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen	233
	<i>Dietrich Engels und Frank Pfeuffer</i>	
4.1	Einleitung	233
4.1.1	Wohnen und Pflege im Heim – unterschiedliche Perspektiven	233
4.1.2	Zum Stand der Forschung und der aktuellen Diskussion	235
4.2	Untersuchungskonzept und methodische Umsetzung	238
4.2.1	Untersuchungsansatz und Forschungsfragen	238
4.2.2	Methodik und Beteiligung	239
4.3	Die Rolle der Angehörigen bei der Pflege und Betreuung in Einrichtungen	241
4.3.1	Verhältnis der Angehörigen zu den Bewohnerinnen und Bewohnern	241
4.3.2	Die aktuelle Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner aus Sicht ihrer Angehörigen	245

4.3.3	Die Situation der Angehörigen	246
4.3.4	Formen der Mitwirkung von Angehörigen in der Einrichtung	249
4.3.5	Verhältnis der Angehörigen zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	261
4.4	Die Mitwirkung von Freiwilligen	265
4.4.1	Die Vielfalt ehrenamtlicher Mitwirkung	266
4.4.2	Persönlichkeitsprofile der Engagierten	268
4.4.3	Motivation und Belastung	269
4.4.4	Einbindung in die Versorgung	271
4.4.5	Anregungen zur Weiterentwicklung des Engagements	278
4.5	Kooperation der Angehörigen und Freiwilligen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	280
4.5.1	Kontakte zu Angehörigen und Freiwilligen	281
4.5.2	Mitwirkungsmöglichkeiten aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	281
4.5.3	Konflikte mit Angehörigen und Freiwilligen	288
4.5.4	Unterstützung durch die Einrichtung	289
4.6	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	290
	Literatur	297
5.	Fallstudien zur Qualität von Pflege und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	301
	<i>Josefine Heusinger und Tina Knoch</i>	
5.1	Einleitung	301
5.2	Gute Pflege und Versorgung – was heißt das?	301
5.2.1	Menschenwürde und Bewohnerorientierung	303
5.2.2	Zusammenarbeit im Akteursmix von Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern, Pflegebedürftigen, Angehörigen und Freiwilligen	306
5.2.3	Anforderungen an die Verbesserung von Hilfeleistungen	309
5.2.4	Möglichkeiten von Rehabilitation, Aktivierung und Förderung	313
5.2.5	Besondere Belastungssituationen für Pflegekräfte, Bewohnerinnen und Bewohner	314
5.3	Untersuchungskonzept und methodische Umsetzung	317
5.3.1	Auswahl der Häuser für die Fallstudien	317
5.3.2	Untersuchungsmethoden	318
5.3.3	Das ausgewertete Untersuchungsmaterial	324
5.4	Ergebnisse	325
5.4.1	Die Ergebnisse in den einzelnen Untersuchungsbereichen	325
5.4.2	Fallstudie 4 – ein Beispiel für gelingende Umsetzung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen	336
5.5	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	340
	Literatur	345

Vorwort der Herausgeber

Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung – hinter diesem Titel verbirgt sich ein Forschungsprogramm zur Sozialberichterstattung über die Lebenssituation von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Die erste Studie MuG I: „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten“ wurde im Jahr 1991 begonnen. Erhoben wurden damals Repräsentativdaten und vertiefende Befunde zu einem Themenfeld, das im Rahmen der gesellschaftspolitischen Diskussion vor dem Hintergrund der sichtbar werdenden Effekte des demografischen Wandels mehr und mehr an Bedeutung gewonnen hatte. Vom damaligen Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) beauftragt wurde ein Forschungsverbund, in dem TNS Infratest Sozialforschung zusammen mit weiteren fachlich einschlägig ausgewiesenen Forscherteams kooperierte. Ab 1994 folgte dann die Untersuchung MuG II: „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“.

Die MuG-Studien zur Anzahl und Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen in privaten Haushalten und in stationären Einrichtungen schlossen zum damaligen Zeitpunkt eine Lücke. Anhand der Untersuchungen wurde die Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen im unmittelbaren Vorfeld der Einführung der Pflegeversicherung, umfassend ausgeleuchtet und analysiert. Sichtbar wurde die überragende Bedeutung der häuslich-familiären Pflege als auch deren Grenzen und die damit einhergehende Notwendigkeit eines Wechsels eine stationäre Einrichtung. Ein knappes Jahrzehnt später folgte dann, ebenfalls im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), ab dem Jahr 2002 die Folgeuntersuchung MuG III zur Entwicklung der Lebenssituation von Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten. Auch in diesem Fall kooperierte TNS Infratest Sozialforschung mit Forscherinnen und Forschern aus einschlägig ausgewiesenen Fachinstituten, die zum Teil bereits bei den ersten beiden MuG Untersuchungen mitbeteiligt waren. Untersucht wurden die Entwicklungstrends im Bereich der häuslichen Pflege, die Veränderungen bei den Versorgungsformen sowie als weiteres Schwerpunktthema die Situation von häuslich betreuten Demenzkranken.

Der vorliegende Bericht dokumentiert die Ergebnisse der im Jahr 2005 begonnenen und nun ebenfalls abgeschlossenen Folgeuntersuchung MuG IV: „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“: Beteiligt waren auch in diesem Fall wieder (federführend) TNS Infratest Sozialforschung, München (Projektleitung und Gesamtkoordination: Ulrich Schneekloth), sowie das Institut für gerontologische Forschung (IGF), Berlin (Projektleitung: Dr. Josefine Heusinger), das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG), Köln (Projektleitung: Dr. Dietrich Engels) und die Arbeitsgruppe für Psychogeriatric am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Mannheim. (Projektleitung: Dr. Martina Schäufele). Prof. Dr. Hans Werner Wahl (Universität Heidelberg) oblag auch diesmal wieder die Aufgabe, einen Beitrag zur Integration und zur Einordnung der Befunde in den Gesamtzusammenhang zu leisten.

Beim allen MuG-Studien handelt es sich um Forschung im öffentlichen Auftrag. Die Vergabe erfolgt auf Basis einer Ausschreibung, mit der zentrale Gegenstandsbereiche der Untersuchung vorgegeben sind. Die allgemeine Konzeption und Designentwicklung sowie die Umsetzung und Ergebnisanalyse liegt aber in der Verantwortung der beteiligten Institute. MuG steht in diesem Sinne für anwendungsorientierte Forschung. Erwartet werden hochwertige Repräsentativdaten als Referenz für Forschung, Politik und Praxis sowie vertiefende Befunde zu ausgewählten Schwerpunkten. MuG will Grundlagen legen, um dadurch Diskussionsprozesse zu rationalisieren und darüber hinaus Anstöße geben. Unser Dank gilt dem BMFSFJ, dass dieses Forschungsprogramm über die Jahre hinweg ermöglicht und fachlich konstruktiv begleitet hat.

Kapitel 1 des Berichtes gibt eine Einführung in den Untersuchungsbereich der aktuellen Studie und markiert den gegenwärtigen Stand der Forschung.

In *Kapitel 2* werden die Ergebnisse der von TNS Infratest Sozialforschung, München durchgeführten Repräsentativerhebung in vollstationären Alteneinrichtungen vorgelegt. Die Daten werden im Zusammenhang präsentiert und analysiert.

Kapitel 3 befasst sich mit den Ergebnissen der von der Arbeitsgruppe für Psychogeriatric am Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI), Mannheim durchgeführten vertiefenden Zusatzuntersuchung zur Situation und Betreuung von Demenzkranken in stationären Alteneinrichtungen.

Kapitel 4 enthält die Ergebnisse der vom Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG), Köln durchgeführten Zusatzuntersuchung zur „Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in die Pflege und Betreuung“. Auch in diesem Fall werden die Ergebnisse der Teilstudie im Zusammenhang dargestellt.

Kapitel 5 befasst sich anhand von „good practice“-Beispielen mit den Bedingungen für eine qualitativ hochwertige Betreuung, Pflege und Versorgung. Im Unterschied zu den bisher genannten Teilstudien stützt sich diese vom Institut für gerontologische Forschung (IGF), Berlin durchgeführte vertiefende Zusatzuntersuchung auf qualitative Beobachtungen und Analysen in einigen ausgewählten stationären Einrichtungen.

Mit dem vorliegenden Bericht ist ein weiterer Zyklus der Untersuchungen zu den Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung abgeschlossen. In den Studien wird die Dynamik sichtbar, die dieses Lebensfeld und Versorgungssystem kennzeichnet. Wir möchten dies explizit auch auf die Entwicklungen im Bereich der vollstationären Altenhilfe beziehen, die sich, wie die im folgenden vorgelegten Ergebnisse zeigen, ebenfalls in einem laufenden Prozess der Veränderung befindet.

Zusammenfassung

Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Befunde und Empfehlungen

Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Trends in der stationären Pflege

Steigende Anzahl an Pflegebedürftigen in Heimen

Die Zahl der Pflegebedürftigen in (vollstationären) Alteneinrichtungen ist seit 1994 von 420 Tsd. auf knapp 640 Tsd. Bewohnerinnen und Bewohner und damit um 52% gestiegen (Stand von Ende 2005). Die Zahl der häuslich betreuten Pflegebedürftigen hat sich im gleichen Zeitraum um 18% von etwa 1,2 Mio. auf etwas über 1,4 Mio. Personen in einem im Vergleich etwas geringeren Ausmaß erhöht. Insgesamt leben rund 750 Tsd. Menschen in vollstationären Altenheimen.

85% der Bewohnerinnen und Bewohner sind pflegebedürftig und beziehen Leistungen der Pflegeversicherung. Weitere 6% gehören zur sog. Pflegestufe 0. Auch diese Bewohnerinnen und Bewohner benötigen pflegerische Hilfeleistungen, wobei deren (zeitlicher) Bedarf jedoch noch unterhalb der im SGB XI formulierten und im Rahmen der MDK-Begutachtung festgestellten Schwelle eines erheblichen Pflegebedarfs liegt. Im Jahr 1994 betrug der Anteil der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner erst 63%. Ein gutes Drittel war damals vorrangig im hauswirtschaftlichen Bereich hilfebedürftig oder sogar ohne größeren alltäglichen Unterstützungsbedarf.

Demenz als wichtigstes Merkmal im Pflegebedarf

Etwa 69% der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen leiden an einem Demenzsyndrom (Ergebnisse der Vertiefungsstudie). In der Pflegedokumentation war allerdings nur für 56% der Bewohnerinnen und Bewohner, für die im Screening-Verfahren eine Demenzerkrankung festzustellen war und damit für nicht mehr als 39% der Bewohner insgesamt, eine entsprechende Diagnose verzeichnet. Bezogen auf die Einrichtungen liegt der Anteil der Demenzkranken bei rund 80% der Häuser im Bereich zwischen 50% und 70%.

Bezieht man sich auf die beobachtbaren Ausprägungen der Erkrankung (Ergebnisse der Repräsentativerhebung), so lässt sich feststellen, dass rund ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner von den Pflegekräften als zeitlich und/oder räumlich unzureichend orientiert charakterisiert werden und dass die Notwendigkeit für eine dauernde Überwachung besteht. Im Jahr 1994 wurde dies erst für 14% der Bewohnerinnen und

Bewohner berichtet. Eine gesetzliche Betreuung wird für 54% angegeben. Im Jahr 1994 traf dies auf 30% zu.

In 28% der Einrichtungen werden bestimmte Gruppen von Demenzkranken segregativ in eigenen, geschützten Wohngruppen betreut. Weitere 15% der Einrichtungen setzen auf teilsegregative Formen einer speziellen Tagesbetreuung. Mehrheitlich werden Demenzkranke allerdings noch immer integrativ innerhalb der bestehenden Regelversorgungsstrukturen betreut.

Abnehmende Verweildauer

Etwas mehr als ein Fünftel (22%) der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner verstirbt innerhalb der ersten sechs Monate und insgesamt etwa ein Drittel (31%) innerhalb des ersten Jahres nach dem Einzug in das Heim. Ebenfalls ein Fünftel (22%) lebt allerdings auch fünf Jahre oder sogar noch länger im Heim.

Im Vergleich zu 1994 ist die Verweildauer rückläufig (im Durchschnitt 41 Monate zu früher 56 Monaten). Diese Durchschnittswerte sind über die einzelnen Heime sehr unterschiedlich verteilt. Je nach Region und Einzugsgebiet finden sich sowohl Einrichtungen, bei denen innerhalb eines Jahres ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner verstirbt, als auch solche, in denen ein relevanter Teil über viele Jahre verweilt.

Neue Möglichkeiten zur individuelleren Gestaltung der Lebensbedingungen

Im Vergleich zu 54% im Jahr 1994 bewohnen inzwischen mit 64% immerhin zwei von drei Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen ein Einbettzimmer (inkl. Appartementwohnung).

Kleinere Einrichtungen mit weniger als 50 Plätzen verfügen in der Regel häufiger über Einbettzimmer. In 71% dieser Häuser lebt mehr als die Hälfte der Bewohner in einem Einbettzimmer und diese Einrichtungen werden auch eher in Form von Wohngruppenkonzepten statt in Stationsform betrieben (54%). Für große Einrichtungen mit 150 und mehr Plätzen gilt hingegen, dass dort nur in 56% der Häuser mehr als die Hälfte der Bewohner über ein Einbettzimmer verfügt und dass nicht mehr als 37% anhand von Wohngruppenkonzepten betrieben werden.

Vielschichtig sind die ausgeübten Freizeitaktivitäten. Abgesehen von Fernsehen oder Radio hören (87%) oder sich mit anderen Bewohnern beschäftigen (65%), hat sich immerhin die Hälfte der Bewohner im Wochenverlauf an Heimaktivitäten beteiligt (54%) oder ist spazieren gegangen (50%). Gemeinsame Aktivitäten, Kultur oder auch Gymnastik und Sport gehören bei so gut wie allen stationären Einrichtungen genauso zum Angebot, wie auch Seelsorge und Sterbebegleitung (90%).

Pflegerische Versorgung

Die Pflege und Versorgung erfolgt in vollstationären Einrichtungen professionell und in der Regel innerhalb bestimmter routinisierter Abläufe. Die erforderlichen Pflegeleistungen werden vom Personal der Einrichtungen erbracht und auch regelmäßig dokumentiert. Der nach wie vor hohe Anteil von pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern, die zumindest zeitweise unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln fixiert werden (33% durch Bettgitter, 5% körpernah durch Vorsatztische und ähnliches bzw. 34% insgesamt bezogen auf die letzten 4 Wochen), spricht allerdings dafür, dass die pflegerische Versorgung eher konventionell und weniger im Sinne neuer, auf Prävention und Rehabilitation oder Selbstbestimmung und Selbständigkeit ausgerichteter Standards vollzogen wird.

Hierbei lässt sich für den Bereich der Betreuung von Demenzkranken zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit der Anwendung bewegungs- und freiheitseinschränkender Maßnahmen (Bettseitenteil, Stecktisch, Fixiergurt) durch den Einsatz von gerontopsychiatrischen Fachkräften spürbar gesenkt werden kann (Ergebnisse der Vertiefungsstudie). Zum anderen ist der Einsatz von entsprechend qualifiziertem Fachpersonal mit einem höheren Aktivitätsniveau der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner verbunden und wirkt sich darüber förderlich auf die Wahrscheinlichkeit positiver Emotionen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern aus.

Die medizinische Versorgung wird im Bedarfsfall durch niedergelassene Ärzte erbracht. Nicht mehr als 18% der Einrichtungen haben hierzu allerdings feste Vereinbarungen getroffen (1994: 38%). Gewährleistet ist die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln. Heilmittel und Funktionstherapien werden ebenfalls verordnet. An der Spitze steht die Krankengymnastik oder Bewegungstherapie, die 41% der Bewohnerinnen und Bewohner (1994: 35%) in den letzten 12 Monaten erhalten haben. Rückläufig ist hingegen, trotz eines unverminderten Bedarfs, der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit Ergotherapie (21% in den letzten 12 Monaten im Vergleich zu 38% in 1994) sowie die Versorgung mit Massagen, medizinischen Bädern oder Elektrotherapie (9% in den letzten 12 Monaten im Vergleich zu 15% im Jahr 1994).

Lücken beim Personal und bei der Fachkraftquote

Auf den ersten Blick mag es den Anschein haben, dass sich in den letzten Jahren der Personalbestand der vollstationären Einrichtungen erhöht hat. Berechnet man hierfür als Vergleichsmaßstab die Zahl der Vollarbeitskräfte pro 100 Bewohnerinnen und Bewohner, so beschäftigen die Einrichtungen im Durchschnitt 53,6 Kräfte im Vergleich zu 47,6 Kräften im Jahr 1994. Berücksichtigt man hingegen die Strukturveränderungen in Gestalt des inzwischen deutlich gewachsenen Anteils an Pflegebedürftigen (85% der Bewohnerinnen und Bewohner sind im Vergleich zu 63% im Jahr 1994 pflegebedürftig), so relativiert sich diese Aussage. Anhand einer hierzu vorgenommenen Modellrechnung lässt sich zeigen, dass der Personalbestand im letzten Jahrzehnt relativ betrachtet eher konstant auf dem damaligen Niveau verharrt haben dürfte. Bei einer

rechnerischen Berücksichtigung der Pflegestufe, also pflegebedarfsgewichtet, ergibt sich insgesamt eine Zahl von 40,9 Vollarbeitskräften im Vergleich zu 44,4 im Jahr 1994. Bezogen auf das Personal in der Pflege entfielen damals 27,2 im Vergleich zu aktuell etwa 29 Vollarbeitskräfte pflegebedarfsgewichtet auf 100 Bewohner.

Verbessert hat sich die Qualifikationsstruktur des Personals der Einrichtungen. Im Vergleich zu 47% im Jahr 1994 gehören inzwischen 54% der Pflegekräfte (in Vollzeitäquivalenten) zur Gruppe der examinierten Fachkräfte. Die im Heimgesetz festgelegte Fachkraftquote, also der Anteil der Einrichtungen mit mindestens 50% im Bereich der Betreuung tätigen, examinierten Fachkräften wird nach den vorliegenden Ergebnissen, berechnet auf Grundlage von Vollarbeitskräften, von nicht mehr als 73% der Einrichtungen erreicht. 1994 betrug der Anteil allerdings erst 55%.

Verstärkte Einbeziehung von zivilgesellschaftlichen Potentialen

Die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen verfügen ebenfalls über ein Netz von informellen Helferinnen und Helfern aus der Familie oder der Bekanntschaft, die auch bestimmte Versorgungs- und Betreuungsleistungen übernehmen. So gut wie jede/r zweite Bewohner/in (47%) wird im Wochenverlauf von Verwandten besucht. Darüber hinaus erhalten 12% im Wochenverlauf und weitere 13% monatlich Besuche von Freunden oder Bekannten. Es überrascht von daher nicht, dass vor allem die alltägliche soziale Betreuung in Altenheimen von Verwandten und Bekannten sowie von freiwilligen Helfern als externen Akteuren maßgeblich mitgetragen wird.

Die persönliche Einbindung wirkt dabei nicht nur als soziale Betreuung sondern ist auch mit der Erbringung von konkreten Versorgungsleistungen verbunden. 9% erhalten täglich und weitere 27% ab und an in der Woche Hilfe- oder Pflegeleistungen von eigenen Verwandten. 2% erhalten täglich Hilfen von eigenen Freunden und Bekannten und 9% ab und an in der Woche. Hinzu kommen selber engagierte Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, von denen 10% täglich und weitere 8% ab und an in der Woche Hilfeleistungen erhalten. Von freiwilligen Helfern erhalten 2% täglich und weitere 14% ab und an in der Woche Versorgungsleistungen.

Über ein (schriftliches) Konzept zur Angehörigenarbeit verfügen allerdings noch immer nicht mehr als 46% der Einrichtungen. Auf spezielle Beratungsangebote verweisen ebenfalls nicht mehr als 46%. Eine feste Angehörigengruppe gibt es in 36% der Häuser. Bei 78% der Einrichtungen werden inzwischen auch freiwillig Engagierte (Volunteers) systematisch mit einbezogen. Nicht mehr als 38% haben allerdings ein Qualifizierungsangebot für freiwillige Helferinnen und Helfer entweder im Haus oder in Kooperation mit einer entsprechenden Stelle oder Initiative.

Resümee

Die vorrangige Ausrichtung der Wohn- und Betreuungsangebote auf Menschen mit (erheblichem) Pflegebedarf sowie eine deutliche Zunahme in der Nachfrage nach Plätzen für kognitiv beeinträchtigte und in der Regel demenzkranke Personen prägen maßgeblich die Entwicklungen im Bereich der vollstationären Altenhilfe. Bemerkenswert ist, dass die Einrichtungen auf diese Trendentwicklungen sehr differenziert und im Sinne einer individuellen Ausgestaltung der Heimumwelt reagiert haben. Neben den vielfältigen Versorgungs- und Betreuungsangeboten, die die Einrichtungen anbieten, finden sich auch im Bereich der Ablauforganisation inzwischen verstärkt Wohngruppenkonzepte mit Bezugspflege sowie mit spezifischen Betreuungsformen für Demenzkranke als Alternative zur klassischen Stationspflege. Positiv ist ebenfalls zu verzeichnen, dass auch die wohnlichen Gegebenheiten für die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner immer individueller und privater ausgestaltet werden können. Der relativ hohe Anteil von Einbettzimmern bietet Rückzugsräume und ermöglicht es, das Leben im Heim stärker im Sinne der eigenen Bedürfnisse zu führen. Als wirksame neue Potentiale erweisen sich hierbei auch die inzwischen stärker systematisiert angelegte Einbeziehung von Angehörigen sowie das zivilgesellschaftliche Engagement von freiwilligen Helferinnen und Helfern.

Gleichzeitig wirken die allgemeinen Rahmenbedingungen, insbesondere die vielfach schwierige Personalsituation, spürbar einschränkend. Es hat den Anschein, dass sich mit den momentan verfügbaren Personalressourcen in der Breite der pflegerischen Versorgung auf Dauer keine substantiellen Innovationen nachhaltig werden vorantreiben lassen können. Qualitätssicherung wird sich auch daran bemessen lassen müssen, dass es gelingt, den notwendigen Bestand an qualifiziertem Personal rational bemessen und letztendlich auch realisieren zu können. Verbesserungsbedürftig ist insbesondere auch die Organisation der medizinischen Versorgung, sowohl im Hinblick auf eine systematisch organisierte und damit verlässliche Betreuung durch Allgemeinmediziner (Untersuchungen, Medikation und insbesondere Schmerztherapie), als auch bezüglich der notwendigen Einbindung von gerontopsychiatrisch qualifizierten (Fach-)Ärzten.

Insgesamt sprechen die Befunde dafür, dass die Orientierung an dem Erhalt und der Förderung von Selbständigkeit im Zusammenhang mit der Gewährleistung des Primats der individuellen Selbstbestimmung auch in Zukunft die maßgebliche Richtschnur für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sein muss. Sicherheit und eine optimale Versorgungsqualität korrespondieren mit der grundlegenden Anforderung, auch im Falle von Pflegebedürftigkeit und bei einem Wechsel in eine vollstationäre Einrichtung den eigenen Lebensabend gemäß den eigenen Wünschen und Bedürfnissen weiter gestalten zu können. Als Schlüsselfragen lassen sich in diesem Zusammenhang der Umgang mit und die adäquate Betreuung und Versorgung von Demenzkranken identifizieren. Demenzkranke bilden die größte Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenheimen. Ihre sehr unterschiedlichen Bedarfslagen werden auch im vollstationären Bereich in der Breite nach wie vor nicht hinreichend identifiziert und entsprechend berücksichtigt.

Zentrale Empfehlungen zu den einzelnen Untersuchungsbereichen von MuG IV

Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken

1. Gestaltung spezieller Lebensräume für Demenzkranke zur Sicherstellung eines geeigneten therapeutischen Milieus. Voraussetzung ist allerdings, dass hierfür noch eindeutiger Kriterien, eventuell auch Leitlinien für den Zugang zu segregativen Wohnformen, ihrer Ausstattung, Größe und ihres Betreuungskonzepts vorgelegt werden müssen (insbesondere Alternativen zur Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen – FEM). Dies gilt insbesondere für die geschlossenen Wohngruppen, die durch eine große Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern auffallen sowie durch eine extrem hohe Rate von FEM.

Unabhängig von speziellen Wohn- und Betreuungsformen (vgl. dazu auch die Ergebnisse des BMFSFJ-Modellprogramms „Baumodelle der Altenhilfe und der Behindertenhilfe“) kann die Lebensqualität der Bewohnerschaft mit Demenz den vorliegenden Befunden nach durch die folgenden Maßnahmen erhöht werden:

2. Spezielle Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Heimen für den Umgang und die Kommunikation mit Demenzerkrankten, wie sie derzeit z.B. im Rahmen gerontopsychiatrischer Weiterbildungen vermittelt wird. Dabei ist nicht nur an eine Qualifizierung der Pflegemitarbeiterinnen und –mitarbeiter zu denken, sondern auch an die des gesamten Personals, das Kontakt mit der Bewohnerschaft hat, d.h. auch des hauswirtschaftlichen und technischen Personals. Angesichts des stetigen Anstiegs der Zahlen von Menschen mit Demenz ist zudem anzustreben, dass die gerontopsychiatrische Qualifizierung stärker in die grundständigen Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe integriert wird und nicht erst im Rahmen kosten- und zeitaufwändiger Fort- und Weiterbildungen erworben werden muss.
3. Förderung der Kontakte zu Angehörigen und Freunden (Angehörigenarbeit, Freiwilligenarbeit).
4. Förderung von Mobilität, Zeit außerhalb des Bettes und Selbständigkeit insgesamt. Für diesen Bereich existieren inzwischen multidisziplinäre Leitlinien, speziell für die stationäre Pflege, deren Entwicklung vom BMFSFJ gefördert wurde (Schäufele et al. 2008).
5. Wirksame Interventionen (medikamentös und nicht medikamentös) zum Management der ausgeprägten nicht-kognitiven Symptomatik bei den Demenzkranken (insbesondere Depressionen, Agitiertheit/Aggressionen, Apathie und Antriebsmangel), die die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigt. Im Ausland wurden solche Interventionen bereits auf breiterer Basis implementiert (z.B. Cohen-Mansfield 2001; Teri et al. 2003), in Deutschland steht dies noch aus.

6. Verbesserung der (fach-)ärztlichen und gerontopsychiatrisch qualifizierten Versorgung einschließlich des Schmerzmanagements in den Heimen. Darüber hinaus ist dringend angezeigt, die Bereitschaft der Ärzteschaft zur interdisziplinären Kooperation und zur Teilnahme an Fallkonferenzen in den Einrichtungen zu fördern. Ein Schlüssel dazu dürfte in der inzwischen auch mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz auf den Weg gebrachten verbesserten finanziellen Honorierung solcher Leistungen liegen.
7. Stärkere Fokussierung und verbesserte Angebote für die Gruppe der stark bewegungseingeschränkten, schwer demenzkranken Menschen, deren Lebensqualität (Aktivitätsniveau, positive Emotionen, FEM) im Vergleich zu den mobilen, weniger schwer Beeinträchtigten deutlich herabgesetzt ist. So genannte Pflegeoasen, deren konzeptuelle Entwicklung und erste Erprobung derzeit in Deutschland in Gang kommt (Pro Alter 2007), könnten eine Möglichkeit darstellen, den Bedürfnissen dieser Gruppe besser zu entsprechen.
8. Ausbau und Spezialisierung des Angebots für männliche Heimbewohner.

Einbeziehung von „neuen“ Akteursgruppen und von zivilgesellschaftlichem Engagement

Elemente einer guten Angehörigenarbeit

1. *Regelmäßige Information:* Grundlage einer guten Zusammenarbeit mit Angehörigen ist eine regelmäßige und umfassende Information über die Befindlichkeit des angehörigen Bewohners, die Angelegenheiten der Einrichtung und die Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese Information kann teilweise formell erbracht werden (z.B. über Hauszeitung oder Infobrief), sollte im Wesentlichen, insbesondere soweit es um individuelle Belange geht, aber in Einzelgesprächen erfolgen. Ein wechselseitiges Verständnis unterschiedlicher Perspektiven ist auf eine gute Informationsbasis angewiesen.
2. *Offene Kommunikation:* Konflikte müssen offen angesprochen werden, auch wenn dies manchmal unangenehm ist. Gespräche über Konflikte können einen höheren Zeitbedarf haben als reine Informationsgespräche, dies ist bei der Zeitplanung zu berücksichtigen. Sie dürfen aber nicht deswegen verschoben werden, weil sie zeitlich unpassend erscheinen. Des Weiteren sollten interessierte Angehörige für eine Mitarbeit im Qualitäts- und Beschwerdemanagement der Einrichtung gewonnen werden (z.B. in Form von Qualitätszirkeln).
3. *Feste Ansprechpartner:* Ansprechpartner sind für die Angehörigen wichtig und in den meisten Einrichtungen gibt es diese bereits. Dadurch wird garantiert, dass Anliegen oder Konflikte auch in ihrer Bearbeitung mitverfolgt und gegebenenfalls nochmals zur Sprache gebracht werden.
4. *Kontinuierliche Begleitung:* Die Mitwirkung von Angehörigen funktioniert dort am besten, wo diese nicht allein gelassen, sondern kontinuierlich begleitet werden. Dies wird durch eine konzeptionelle Verankerung der Angehörigenarbeit erleichtert. Darüber hinaus ist es vor allem in der Sterbephase für Angehörige hilfreich, von entsprechend geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begleitet und emotional gestützt zu werden.
5. *Regelmäßige Gesprächskreise:* Eine feste Angehörigengruppe bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich mit Gleichbetroffenen auszutauschen, sich gegenseitig hilfreiche ebenso wie bedrückende Erfahrungen zu berichten und daraus entlastet und gestärkt hervorzugehen. Dabei dürfen regelmäßige Gruppentreffen nicht als Zwang empfunden werden, sondern als ein Angebot, das je nach eigener Befindlichkeit genutzt werden kann oder auch nicht.
6. *Fortbildungen:* Angehörige benötigen weniger eine Anleitung zur pflegerischen Hilfe, da viele von ihnen ja bereits vor dem Heimeinzug ihres Verwandten pflegerisch tätig waren. Aber spezifische Fortbildungen zum Umgang mit Rollenkonflikten und Schuldgefühlen sind für sie ebenso hilfreich, wie zur Vorbereitung des letzten

Lebensabschnitts ihres Verwandten, der durch zunehmenden Hilfebedarf und meist auch fortschreitende Demenz gekennzeichnet ist.

7. *Einbeziehung in das Alltagsleben:* Durch eine stärkere Einbeziehung der Angehörigen in das Alltagsleben im Heim soll ein besseres Verständnis für die Pflegesituation, für das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für die Rahmenbedingungen der Einrichtung erzielt werden. Mitwirkung und Kommunikation (einschließlich der Bearbeitung von Konflikten) sollen dadurch selbstverständlicher werden.
8. *Mitwirkung im Heimbeirat:* Eine spezielle Form der Mitwirkung ist die im Heimbeirat, die ein kontinuierliches Engagement über die Betreuung des Verwandten hinaus erfordert. Angehörige können als Interessenvertreter ihrer verwandten Bewohnerinnen und Bewohner und darüber hinaus der Bewohnerschaft insgesamt wirksam werden. Angesichts des Aufwandes einer solchen Verpflichtung ist aber nur ein kleiner Teil der Angehörigen dazu bereit.
9. *Anerkennung freiwilliger Mitarbeit:* Auch Angehörige freuen sich über eine Anerkennung ihrer Mitwirkung, ihnen ist dies aber weniger wichtig als den Freiwilligen (s.u.).
10. *Schulung und Supervision für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:* Wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich für die Anliegen von Angehörigen Zeit nehmen sollen, müssen sie sicher sein, dass ihre Vorgesetzten und die Heimleitung dies uneingeschränkt unterstützen. Über diesen grundsätzlichen Rückhalt hinaus benötigen sie aber auch methodische Kompetenzen zur Gesprächsführung und Konfliktbearbeitung. In besonders kritischen Fällen müssen sie die Möglichkeit haben, selbst Rat zu suchen, d.h. die Frage des Umgangs mit den Angehörigen sollte ein fester Bestandteil von Supervisionen sein.
11. *Werbung und Öffentlichkeitsarbeit:* Mit der Einbindung der Angehörigen in den Heimalltag wird die Verbindung der Bewohnerinnen und Bewohner zum „normalen“ Leben in ihrer Kommune teilweise aufrechterhalten. Diese Verbindung sollte im Sinne einer „Öffnung der Heime“ auch öffentlichkeitswirksam dargestellt werden. In den Gesprächen in den Einrichtungen wurde wiederholt bedauert, dass die Medien vor allem Pflegedefizite zum Anlass einer (skandalisierenden) Berichterstattung nehmen. Dem sollte mit einer aktiven Öffentlichkeitsarbeit begegnet werden, die auch gelungene Beispiele für eine Erhöhung von Lebensqualität durch die Mitwirkung von Angehörigen publik macht.

Elemente einer guten Freiwilligenarbeit

1. *Regelmäßige Information:* Auch für die Freiwilligenarbeit gilt, dass eine regelmäßige und umfassende Information Grundlage einer guten Zusammenarbeit ist. Dabei stehen die Angelegenheiten der Einrichtung im Vordergrund, aber auch Ver-

änderungen der Lebenssituation und Befindlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, für die Freiwillige Angebote entwickeln.

2. *Offene Kommunikation:* Der Grundsatz einer offenen Kommunikation einschließlich eines offenen Umgangs mit Konflikten gilt auch für das Verhältnis zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Freiwilligen (auch wenn sich gezeigt hat, dass deren Verhältnis weniger konfliktrichtig ist als das der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den Angehörigen). Wie Angehörige können interessierte Freiwillige gewinnbringend in heiminterne Maßnahmen des Qualitäts- und Beschwerdemanagements einbezogen werden.
3. *Feste Ansprechpartner:* Ein fester Ansprechpartner ist auch für die Freiwilligen wichtig und in den meisten Einrichtungen auch vorhanden. Eine Ansprechpartnerschaft stellt eine wichtige Form der symbolischen Anerkennung der Mitwirkung Freiwilliger dar und kann auch durch ausgewählte Freiwillige selbst gewährleistet werden.
4. *Kontinuierliche Begleitung:* Das Engagement der Freiwilligen ist kein „Selbstläufer“, der aus sich heraus Entlastung schafft, sondern muss in begleitende Strukturen eingebettet sein. Dazu gehören alle im Bericht dargestellten Formen der Anleitung, Fortbildung und Anerkennung. Wichtig ist, dass die Freiwilligen kontinuierlich begleitet werden, wie es etwa in den Einrichtungen erfolgt, die für die Freiwilligenarbeit ein klares Konzept ausgearbeitet haben. Dabei ist auf die unterschiedlichen Einsatzfelder und Motivationslagen der Freiwilligen einzugehen. Freiwillige, die Gruppenangebote für meist noch gesundheitlich wenig beeinträchtigte Angehörige durchführen, benötigen eine andere Form der Anleitung und Fortbildung als Freiwillige, die in der Einzelbetreuung oder in der Sterbebegleitung tätig sind.
5. *Regelmäßige Gesprächskreise:* Bei Freiwilligengruppen steht nicht so sehr eine Entlastungsfunktion im Vordergrund wie bei Angehörigengruppen, aber für Freiwillige ist der Kontakt zu anderen ein wichtiges Motiv ihres Engagements, sodass eine lebendige Freiwilligengruppe zur Stärkung und Langfristigkeit dieses Engagements beiträgt.
6. *Fortbildungen:* Freiwillige haben, wie aus Untersuchungen immer wieder hervorgeht, ein starkes Interesse an Angeboten zur Fortbildung. In spezifischem Zuschnitt auf das Engagement in einem Alten- oder Pflegeheim kann ein Fortbildungsbedarf einerseits darin bestehen, wie kulturelle Angebote entwickelt und auf Dauer implementiert werden können und wie andere Freiwillige zur Mitwirkung gewonnen werden können. Andererseits besteht auch Interesse an Fortbildungen zu Pflege- und Betreuungsthemen sowie zur Sterbebegleitung, wie sie im Rahmen der Hospizarbeit angeboten werden
7. *Einbeziehung in das Alltagsleben:* Eine Einbeziehung in das Alltagsleben im Heim kommt für Freiwillige nicht im Sinne einer Einbeziehung in den Pflegealltag in Betracht – dies ist aus den Analysen der faktischen ebenso wie der als geeignet an-

gesehenen Tätigkeiten deutlich geworden. Für Freiwillige bieten sich eher Mitwirkungsmöglichkeiten im Sinne sozialer und kultureller Bereicherung des Lebens im Heim an, weiterhin bei Ausflügen und Veranstaltungen sowie bei infrastrukturellen Angeboten wie Cafeteria, Bibliothek oder Heimzeitung.

8. *Mitwirkung im Heimbeirat*: Bei der Mitwirkung im Heimbeirat spielen Freiwillige derzeit noch kaum eine Rolle; in stellvertretender Funktion wird dies eher durch Angehörige wahrgenommen. Der spezifische, häufig kritischere Blick Freiwilliger auf das Leben im Heim spricht aber dafür, auch Freiwillige verstärkt für eine Heimmitwirkung zu gewinnen.
9. *Anerkennung freiwilliger Mitarbeit*: Freiwillige engagieren sich in erster Linie, um etwas Sinnvolles zu tun und das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner zu bereichern. Die Anerkennung, die sie für diese Tätigkeiten erhalten, ist daher zwar nicht das wichtigste Motiv, hat für sie aber dennoch eine hohe Bedeutung. Dabei ist vor allem die symbolische Funktion dieser Anerkennung entscheidend, die in Form von Zertifikaten, expliziter Danksagung oder speziellen Festveranstaltungen für Freiwillige erfüllt werden kann. Eine finanzielle Anerkennung spielt dagegen nur eine geringe Rolle, allerdings werden Aufwandsentschädigungen für Materialien oder Fahrtkosten ebenfalls begrüßt.
10. *Schulung und Supervision für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter*: Auch für die Freiwilligenarbeit benötigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Kompetenzen der Gesprächsführung und Konfliktbearbeitung sowie den Rückhalt der Heimleitung. In fortschrittlichen Einrichtungen können interne Fortbildungsangebote teils von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Angehörigen und Freiwilligen gemeinsam genutzt werden. Dann haben diese Angebote – neben der Wissensvermittlung – auch die Funktion, eine offene Kommunikation unter den Beteiligten zu fördern.
11. *Werbung und Öffentlichkeitsarbeit*: Für die Gewinnung von Freiwilligen haben die Werbung der Einrichtung, die gezielt für bestimmte Aufgabenbereiche freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter suchen kann, und die Öffentlichkeitsarbeit einen hohen Stellenwert. Es gibt in der Bevölkerung und insbesondere unter den jungen Seniorinnen und Senioren noch unausgeschöpfte Potenziale von Personen, die sich gerne in sinnvoller Form engagieren würden (Gensicke; Picot; Geiss 2005). Diejenigen, die sich bereits in Alteneinrichtungen engagieren, empfinden dies als eine sehr befriedigende Arbeit und berichten sehr positiv darüber. Dies müsste stärker als bisher in den Medien öffentlich gemacht werden, etwa durch Darstellung positiver Beispiele, um noch unentschiedene oder zurückhaltende Interessierte für eine Mitwirkung zu gewinnen.
12. *Stärkeres Engagement von Männern*: Gezielt sollte sich dieses Werben an Männer richten, um mehr Ansprechpartner für die männlichen Heimbewohner zu gewinnen und mehr Freizeitangebote zu schaffen, für die diese sich interessieren.

Good Practice in der Betreuung und Versorgung

1. *Bezugspflege*: Eine kontinuierliche Zuständigkeit einer Pflegekraft für eine bestimmte Gruppe von Pflegebedürftigen ist eine zentrale Voraussetzung für eine an den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Zielen dieser Menschen ausgerichtete Versorgung (Bezugspflege). Sie ermöglicht es auf Basis einer verbindlichen Beziehung ebenso kontinuierlich den Ursachen für Konflikte oder Pflegeprobleme auf den Grund zu gehen, wie kreative Lösungen zu suchen und zu erproben.
2. *Biografiearbeit*: Eine an den Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtete Versorgung nimmt die Biografiearbeit ernst, weil sie die Lebensleistung, die sozialen Beziehungen und die Würde jedes pflegebedürftigen alten Menschen respektiert. Ausdruck für diesen Respekt ist auch das Angebot eines eigenen Zimmers. Das Wissen über individuelle Vorlieben und Abneigungen wird berücksichtigt und für die Individualisierung und Optimierung der Pflege eingesetzt. Besonders die Körperpflege erfolgt mit großer Sensibilität für das Schamgefühl und bezieht mögliche Erfahrungen mit (sexualisierter) Gewalt ein.
3. *Kommunikation*: Ein gutes Kommunikationsklima ist u. a. daran zu erkennen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihre großen und kleinen Wünsche äußern und sich in dem Wissen, dass ihnen dies nicht übel genommen wird, nicht scheuen, ihre Bedürfnisse zu zeigen, auch wenn sie den Pflegekräften dadurch mehr Arbeit machen. Gespräche über individuell verschiedene, manchmal persönliche Themen belegen ein (gegenseitiges) persönliches Interesse aneinander. Bezugspflege und bewohnerorientierte Kommunikation machen die Beziehungen zwischen Pflegenden und Gepflegten verbindlicher und individueller.
4. *Überschaubarkeit*: Kleine Wohngruppen, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner gemeinsam essen, möglichst auch hin und wieder etwas kochen, und in denen tagsüber während möglichst langer Phasen eine Präsenzkraft animiert, aktiviert und integriert, sind das am stärksten bewohnerorientierte Pflegekonzept, weil statt Lethargie und Langeweile Leben und Nachbarschaftlichkeit die Atmosphäre prägen. Individuelle Wünsche zum Tagesablauf sollten möglichst berücksichtigt werden, nicht nur beim Aufstehen, sondern auch bei der Abendgestaltung und der Zubettgehzeit. Das erfordert Anpassungen im Dienstplan.
5. *Beschäftigungsangebote*: Ein gutes Beschäftigungsprogramm berücksichtigt unterschiedliche Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner, z. B. auch von Männern. Viele freuen sich besonders, wenn sie im Rahmen der Beschäftigung - oder außerhalb davon – etwas (auch für andere) Nützliches tun können. Eine wichtige Funktion von Beschäftigungsangeboten ist außerdem das gegenseitige Kennen lernen der pflegebedürftigen Menschen aus verschiedenen Wohnbereichen. Sie sind eine gute Gelegenheit zur Förderung von Nachbarschaftlichkeit, die von den Anbietenden aktiv unterstützt werden sollte.

6. *Rehabilitationsorientierte Pflege:* Der Gedanke, dass Pflegeheime nicht nur Orte zum Leben, sondern auch Orte der Rehabilitation und Kompetenzförderung für alte Menschen sind oder vielmehr sein könnten, ist noch recht neu und im Pflegealltag nur punktuell angekommen. In allen Bereichen, angefangen von der Körperpflege über Hauswirtschaft und Beschäftigung bis hin zur medizinischen Rehabilitation bieten die physischen, psychischen und sozialen Ressourcen, Potenziale und Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner Anknüpfungspunkte für (individuelle) Bemühungen um Erhalt und Verbesserung der (Alltags-) Kompetenz. Die Versorgung schwerstpflegebedürftiger Menschen ist aufwändig und personalintensiv. Wenn sie dennoch mehrmals täglich aus dem Bett und aus dem Zimmer mobilisiert werden, können sie ihre Potenziale besser ausschöpfen und an der Gemeinschaft teilhaben. Dafür gibt es Pflegerollstühle, aber auch ein Pflegebett kann in den Gemeinschaftsraum geschoben werden, damit der Bewohner oder die Bewohnerin bei den Mahlzeiten oder bei Angeboten einbezogen werden kann. Zusätzlich sind individuelle, stimulierende Betreuungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie eine aktivierende Gestaltung der Bettumgebung förderlich.
7. *Beteiligungskultur:* Die Kommunikation innerhalb einer Einrichtung wirkt sich in vielfältiger Weise auf die Pflege- und Lebensqualität aus. Eine solche Beteiligungskultur spiegelt sich im Organigramm und der Besprechungsmatrix einer Einrichtung wider. Im Pflegealltag ist sie u. a. daran zu erkennen, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst auf Fragen nach aktuellen Entwicklungen und Plänen oder dem Stand der Qualitätsentwicklung antworten, statt auf die Führungskräfte zu verweisen. Auf diese Weise können z. B. Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie eine gute Ernährung der Bewohnerinnen und Bewohner in der Praxis nachhaltig umgesetzt werden.
8. *Qualifikation:* Die notwendige Fachlichkeit in diesen und anderen pflegerischen Fragen kann nur auf Basis einer fundierten pflegfachlichen Ausbildung erreicht werden, die durch Fort- und Weiterbildungen laufend aktualisiert wird. Für Pflege-mitarbeiterinnen und -mitarbeiter mit geringeren formalen Qualifikationen sind Angebote, die ihren Vorkenntnissen entsprechen, erforderlich. Einrichtungen, die selbst Ausbildungsplätze in der Altenpflege anbieten, profitieren von der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit aktuellen pflegewissenschaftlichen Entwicklungen. Qualitätsprojekte sollten sich eher in bestimmten Bereichen nacheinander Verbesserungen zum Ziel setzen, an denen dann alle gemeinsam arbeiten, bevor das nächste Problem angegangen wird. Bewährt hat sich außerdem die Benennung von Expertinnen oder Experten zu einzelnen Fachgebieten in jeder Einrichtung, die in Zweifelsfällen gefragt werden können. Sie sind selbst stets bemüht, auf dem neuesten Stand zu sein und fühlen sich besonders verantwortlich für die Einhaltung und Weiterentwicklung der Qualität in ihrem Spezialgebiet.
9. *Interaktion und Aushandlung:* Insgesamt kommt es darauf an, eine hohe Qualität von Pflege und Versorgung bei und mit jedem Bewohner und jeder Bewohnerin zu erreichen. Risiken, Probleme, persönliche Ziele, Rehabilitationspotentiale und Fortschritte müssen deshalb in der Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten

benannt und ausgehandelt werden, bevor sie in die Pflegeplanungen einfließen. Dadurch dass sie in Teambesprechungen und Übergaben immer wieder thematisiert werden, werden sie selbstverständliche, gemeinsame Alltagsprozesse. Hier beweist sich letztlich der Respekt vor der Würde des einzelnen alten Menschen.

10. *Heimleitung*: Pflegekräfte, die dauerhaft eine wirklich an den Interessen der von ihnen versorgten Menschen orientierte Versorgung durchführen sollen, benötigen dafür nicht nur klare Vorgaben, sondern auch verlässliche Rahmenbedingungen und gute Vorbilder. Der überall knappe Personalschlüssel macht eine perfekte und durchdachte Organisation des Alltages nötig, die trotzdem flexible, spontane Gestaltungsspielräume im Tagesablauf lässt. Eine entscheidende Rolle spielen hierbei die Heimleitungen. Die Leitungen sind die Instanz, die maßgeblich das Klima in der Einrichtung, das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Bereitschaft zur gemeinsamen Umsetzung der Qualitätsziele in der alltäglichen Praxis der Pflege und Betreuung prägen. Sie repräsentieren das Leitbild der Einrichtung und von deren Managementkompetenzen hängt es ab, ob es gelingt, die verfügbaren Ressourcen und Potentiale produktiv zu verknüpfen und wirksam werden zu lassen.

Die genannten Punkte von Good Practice in der stationären Pflege basieren auf Beobachtungen, Dokumentenanalysen und qualitativen Interviews, die vertiefend in einigen ausgewählten Einrichtungen, die Bestandteil der Repräsentativerhebung waren, durchgeführt wurden. Grundgesamtheit ist demnach die „gute Praxis“, die bereits jetzt im Rahmen der Regelversorgung umsetzbar ist.

1. Der Hintergrund: Forschungen zur Lebensführung in stationären Einrichtungen

Hans-Werner Wahl und Ulrich Schneekloth

1.1 Ziel des Kapitels

Ziel dieses einführenden Kapitels ist es zum einen, die Ergebnisse von MuG IV vor dem Hintergrund der derzeitigen gesellschaftlichen Diskussion zum Stellenwert, zu den Potenzialen und zu den Grenzen des heutigen und zukünftigen Lebens und Alterns in Heimen aufscheinen zu lassen. Zum anderen sollen die in dem Kapitel zusammen getragenen Forschungszugänge und -befunde auch dazu beitragen, die Ergebnisse von MuG IV in nationale und internationale Forschungszusammenhänge einzuordnen. Wir nutzen dabei einen relativ weiten Begriff von Forschung und suchen zudem immer wieder ganz bewusst danach, Forschungsthemen und Forschungsbefunde mit zentralen Strängen der aktuellen gesellschaftlichen Diskussion zu Heimen bzw. entsprechenden Alternativangeboten der Versorgung zu verknüpfen.

In einem ersten Schritt arbeiten wir die Widersprüchlichkeit von Heimen – zwischen Potenzialen, Grenzen und Kritik – heraus und charakterisieren die Versorgungsform Heim anhand einiger grundsätzlicher Überlegungen, Konzepte und Beobachtungen. In einem zweiten Schritt beschreiben wir Trends, Gegentrends und Einflussfaktoren, welche die Entwicklung der Heimversorgungslandschaft in Deutschland in den letzten Jahren stark bestimmt haben, und wir leiten damit einhergehende Forschungsimplicationen ab. In einem dritten Schritt skizzieren wir wesentliche Entwicklungslinien der Forschung in Heimen, wobei wir uns in besonderer Weise auf sozial- und verhaltenswissenschaftliche Zugänge konzentrieren. In einem vierten Schritt arbeiten wir die Themen der rezenten Forschung in Heimen heraus und umreißen danach exemplarisch einige der zugehörigen Forschungskonzepte und Ergebnisse. Diese Darlegung wird in den Ergebniskapiteln des Bandes anhand der dort gesetzten inhaltlichen Schwerpunkte im Sinne von spezifischen Vorarbeiten weiter ergänzt. Das Kapitel schließt mit einer Beschreibung des Forschungsansatzes von MuG IV.

1.2 Heime zwischen Potenzialen, Grenzen und Kritik

Man muss nicht unbedingt in die Geschichte der im Mittelalter aufgekommenen Siechenhäuser zurück blicken, um die andauernde Widersprüchlichkeiten des Lebens alter Menschen in einem institutionellen und stationären Versorgungskontext deutlich zu machen – diese Widersprüchlichkeit ist offensichtlich bis in die Gegenwart ein essentielles Kennzeichen von Heimen: Heime stehen bis heute in unserer Gesellschaft für die Marginalisierung des Alters, speziell des hohen, kranken und pflegebedürftigen Alters, und gleichzeitig gelten sie als jene Versorgungsform, die auch dann „noch“ trägt, wenn alle anderen Versorgungsoptionen versagen.

Es fällt auf der einen Seite schwer, in einer Zeit der häufigen Rede vom „neuen Alter“ bzw. von „erfolgreichem Altern“ auch Ältere in Heimen als gute Beispiele einzubeziehen. Schon der Begriff des „Heims“ ist in unserer Gesellschaft stark negativ besetzt und wird nicht selten gleichsam automatisch als Indikation für einen dauerhaften Mangel- und Mängelzustand und eine suboptimale Lebensqualität betrachtet. Es könnte deshalb durchaus Sinn machen, mittel- und längerfristig Anstrengungen zu unternehmen, um den Heimbegriff durch andere Bezeichnungen zu ersetzen (manche Heimträger tun dies ja bereits heute, etwa mit Begriffen wie z.B. „Altenzentrum“). Auf der anderen Seite sind Heime allerdings auch plan- und gestaltbare Umwelten, in denen fachliche Pflegequalität, Organisation, Technologie und gebaute Umgebung, in einer idealen Diktion gesehen, so ineinander greifen können wie in kaum einer anderen Wohnform. Insofern bieten Heime vor allem für spezielle Gruppen von Älteren mit schwerwiegenden Einbußen, prototypisch Ältere mit demenziellen Erkrankungen, grundsätzlich ein sehr bedeutsames Pflege- und Therapiepotenzial, das nicht ohne weiteres durch alternative Versorgungsformen zu ersetzen ist.

Heime besitzen ferner in einer Gesellschaft des langen Lebens mit ständigem Anstieg der *fernen* Lebenserwartung auch konzeptionell eine wichtige Rolle. Paul Baltes (z.B. 2006) hat von der Unvollendetheit der menschlichen Ontogenese gesprochen, die im Vierten Alter, häufig eingegrenzt auf die Lebenszeit jenseits des 85. Lebensjahres, ihre radikalste Ausprägung erfährt. In dieser extremen, jedoch immer häufiger anzutreffenden Lebensphase nimmt die Fragilität und Verletzlichkeit des „Systems Mensch“ nicht selten Ausmaße an, welche die traditionell negativen Erwartungen an Altern geradezu übererfüllen: schwere Mehrfacherkrankungen, häufig in einer komplexen Konstellation von kognitiven Einbußen und mehreren somatischen Funktionsverlusten in den Bereichen der Sensorik und Motorik, in Kombination mit schwerwiegenden weiteren kritischen Lebenserfahrungen wie dem Tod des Ehepartners und jenseits von 95. Jahren stark zunehmend auch bereits dem Tod von eigenen Kindern. Offensichtlich brauchen stark alternde Gesellschaften „Schutzräume“ vor allem für das Vierte Alter, und es scheint außer Zweifel zu stehen, dass zumindest in der Gegenwart Heime in starkem Maße diese „Schutzraumfunktion“ übernehmen.

Schon vor einem solch konzeptionellen Hintergrund bedürfen deshalb Einrichtungen für Ältere einer besonders hohen gesellschaftlichen Aufmerksamkeit in kritischer wie konstruktiver Hinsicht. Sie sind einerseits ständig dahingehend zu hinterfragen, in wie weit sie ihrer Aufgabe in dem eben beschriebenen Sinne eines anspruchsvollen Schutzraumes vor allem des Vierten Alters qualitätsgerecht nachkommen. Andererseits sind sie als gestalt- und veränderbare Umwelten einer der bedeutsamen Gradmesser dafür, wie alternde Gesellschaften mit den verletzlichsten Formen des Alters umgehen.

Dies alles hat längst, im Gegensatz zum häuslichen Milieu, dessen Stellenwert weitgehend unhinterfragt an der obersten Stelle „guter“ Versorgung steht, zu einer andauernden Standortneubestimmung der Versorgungsform Heim geführt, und es steht zu erwarten, dass die notwendige gesellschaftliche Diskussion im Hinblick auf eine solche stetige Standortbestimmung und Standortrevision in Zukunft noch deutlich an Dynamik

gewinnen wird. Die hierbei wichtigsten Aspekte sind bekannt und sollen hier nur schlagwortartig wiederholt werden: Starker Anstieg der Hochaltrigkeit, Anstieg der Zahl der an Demenz Erkrankten, aber auch der Pflegebedürftigen insgesamt, Rückgang des familiären Pflegepotenzials, Anstieg singulärer Lebens- und Beziehungsformen.

MUG IV will diese Diskussion mit Evidenz anreichern und damit auch zu einer weiterhin oftmals mangelnden Differenzierung beitragen: Die Debatte um den Stellenwert von Heimen neigt immer wieder zu einer nicht hilfreichen Pauschalität und in normativer Perspektive schnell zu einem Primat des Negativen; beides wird der Realität der existierenden Heimversorgung nicht ausreichend gerecht und beides verhindert die Entfaltung der möglichen Entwicklungsoptionen des Versorgungsformats Heim – im Reigen eines insgesamt zunehmend bunteren Wohnens und Lebens im Alter.

Vor diesem Hintergrund stehen auch Forschungsarbeiten im Bereich des Wohnens, Lebens und Alterns in Heimen vor einer besonderen Herausforderung: Sie haben einen Forschungsgegenstand im Visier, der konsistent bei Befragungen bzw. repräsentativen Survey-Studien von den meisten Menschen, speziell alten Menschen, als tragfähige Alternative zum Wohnen im Privathaushalt abgelehnt bzw. als möglichst zu vermeidende „Notfallentscheidung“ angesehen wird. Zudem stehen Heime andauernd in starkem Maße in der Kritik der Öffentlichkeit. Sie sind das bevorzugte Ziel medialer Inszenierungen von Missständen in der Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen, sie werden auch fachlich immer wieder zum Gegenstand von meist mit erheblicher Presseresonanz verbundenen Qualitätskritik (vgl. z.B. jüngst den 2. Bericht des MDS, 2007), oder es erfolgt gar eine grundsätzliche Infragestellung ihrer Existenzberechtigung als Wohn- und Versorgungsform für alte Menschen (z.B. Dörner, 2007).

Demgegenüber lebt ein substanzieller Teil der älteren Bevölkerung, vor allem der Hochaltrigen, in Heimen (vgl. Kapitel 2 dieses Bandes), und Heime stellen auch ein quantitativ bedeutsames Berufsfeld für die Pflege sowie andere Berufe dar (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie). Es wäre wohl, ganz generell wie auch wissenschaftlich gesehen, schlicht anmaßend, den in Einrichtungen lebenden Älteren im Unterschied zu den „zu Hause“ oder in betreuten Wohnformen lebenden Älteren ein „gutes“ Leben abzusprechen, zumal es a priori keinerlei empirische Grundlage dafür gibt, ein solch „gutes“ Leben, speziell in der Situation der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, gleichsam automatisch mit dem Leben und Wohnen im Privathaushalt gleichzusetzen. Ebenso wäre es abwegig, stationäre Einrichtungen als qualitativ volles professionelles Handlungsfeld grundsätzlich in Abrede zu stellen, auch wenn, wie einmütig gesehen wird, die Heraus- und Anforderungen an die dort professionell Agierenden erheblich sind. Schaeffer und Wingenfeld (2004) sprechen in diesem Zusammenhang von einer „tiefen Gratifikationskrise“ (S. 484), die sich neben einer bescheidenen Entlohnung in geringem beruflichem Prestige, geringer gesellschaftlicher Wertschätzung und starker Diskreditierung durch vor allem an Skandalen interessierte Medienberichterstattung materialisiert.

Die Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen haben zudem, dies sollte nie vergessen werden, die ihnen über Jahrzehnte vertraute räumliche und soziale Einbin-

derung aufgegeben und sich in ein neues, ihnen bislang völlig unvertrautes und professionell organisiertes Lebensumfeld begeben, das gewissermaßen natürlich vor der permanenten Anforderung steht, die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und die Belange des guten und möglichst reibungslosen Funktionierens der „Institution“ in Einklang zu bringen. Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen sind zudem im Vergleich mit jenen in Privathaushalten bekanntermaßen nicht nur deutlich älter, deutlich körperlich und psychisch kränker und oftmals sozial und familiär isolierter; diese Tendenz hat sich seit Mitte der 1990er Jahre, ähnlich wie auch in anderen Ländern, weiter verstärkt, und der Anteil der heute in Einrichtungen lebenden Älteren mit schweren demenziellen Veränderungen sowie, allgemeiner ausgedrückt, der Anteil jener mit schwerwiegenden und komplexen Konstellationen an psychisch-somatisch-sozialen Funktionseinbußen, ist in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten bedeutsam angestiegen (vgl. dazu auch die weiteren in diesem Buch berichteten Befunde von MUG IV).

Konsens besteht heute trotz dieser Verschiebung hin zu „Pflege“-Heimen und einer Klientel, die in starkem Maße schwerste Formen von Pflegebedürftigkeit aufweist, darüber, dass Heime nicht primär als Pflege- und Sterbeeinrichtungen zu sehen sind, sondern als gemeinschaftlich organisierte Formen des Lebens und Wohnens einer signifikanten und an Aspekte der Lebensqualität besondere Herausforderungen stellenden, quantitativ bedeutsamen Minderheit der Älteren in Deutschland (vgl. dazu auch Erster Heimbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2006a; vgl. auch die Empfehlungen des Runden Tisches Pflege, 2005). Einrichtungen sind in jedem Falle heute in Deutschland jene Orte, an denen sich Lebens-, Pflege- und Versorgungsaufgaben von existenzieller Dimension – gerichtet an die Bewohnerinnen und Bewohner selbst, an die dort arbeitenden Professionelle, an Träger und ihr konzeptionelles Denken bzw. ihre konzeptionellen Visionen und letztlich auch an den Reigen der sozialpolitischen Akteure – auf engstem Raum, gewissermaßen Tür an Tür, in besonders drastischer Weise stellen: z.B. Anforderungen der Sterbebegleitung und des „guten“ Sterbens vor dem Hintergrund der Gesetzmäßigkeiten eines professionell und profitabel zu führenden institutionellen Gefüges und einer weiterhin vorherrschenden starken Tabuisierung des Todes; Anforderungen im Zusammenhang mit einem „guten“ Umgang mit terminalen körperlichen Krankheiten, oftmals nur für wenige Wochen; Anforderungen in Bezug auf die Gestaltung eines „guten“ Lebens für an Demenz Erkrankte, oftmals für mehrere Jahre, aber ebenso auch: Anforderungen im Sinne von Angeboten zu einem „guten“ und anregenden Leben für jene, die nur begrenzte körperliche und / oder geistige Einschränkungen aufweisen.

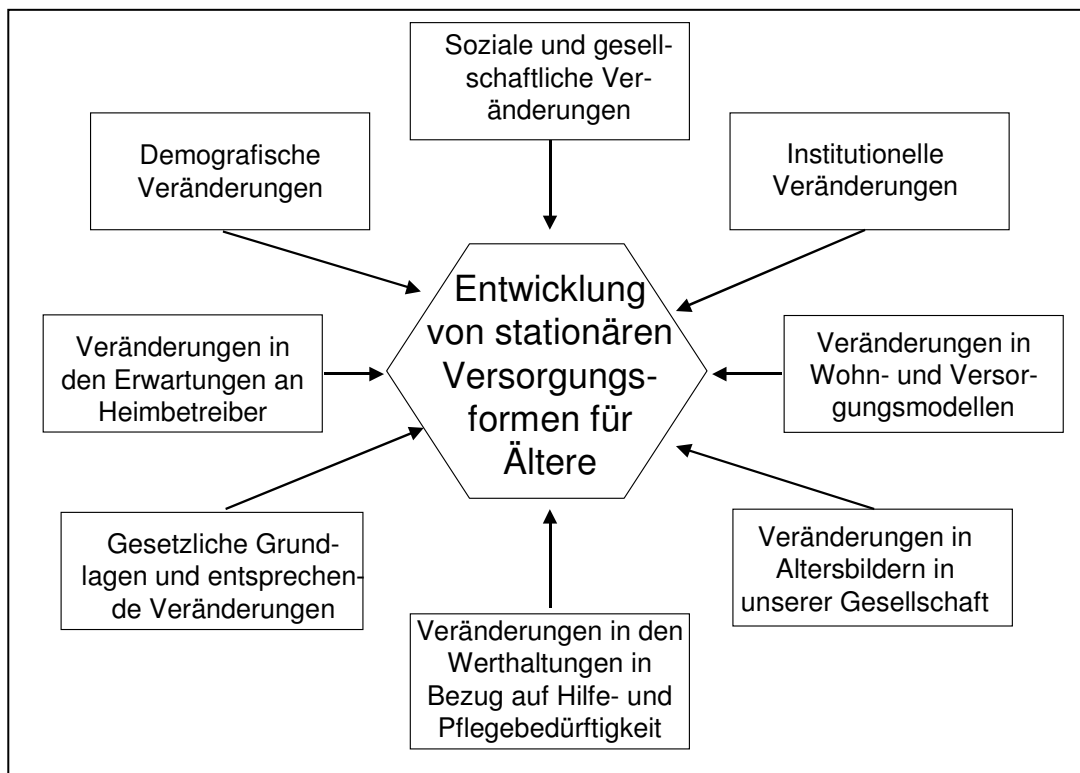
Die Träger der stationären Altenhilfe schließlich sehen sich zunehmend dem Anspruch ausgesetzt, die Erwartungen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner, von Angehörigen sowie von der Gesellschaft insgesamt im Hinblick auf eine möglichst hohe Lebensqualität mit der Maxime zu verbinden, traditionelle (oftmals negativ getönte) Heimkonzepte zu einer weithin gesellschaftlich akzeptierten „modernen“ Gruppenwohnform für Ältere mit möglichst wenig „Sonderwohnformcharakter“ weiterzuentwickeln. Im Hinblick auf zukünftige Geburtskohorten kommt hinzu, dass Heimbewohnerinnen und Heimbewohner bzw. auch die involvierten Angehörigen in verstärktem Maße als „Kunden“ verstan-

den werden wollen, die über Möglichkeiten und Grenzen des Leistbaren rational aufgeklärt werden möchten, und deren Feedback im Sinne von Kundenzufriedenheit zu einem gewichtigen Qualitätskontrollmaßstab für die Leistungserbringer werden wird bzw. bereits geworden ist. Hier liegt auch ein nicht zu unterschätzendes Potenzial für Heimträger, sich auf dem Pflege- Versorgungs- und Wohnmarkt für Ältere der Zukunft entsprechend gut und nachhaltig „aufzustellen“ bzw. entsprechende Alleinstellungsmerkmale, etwa mit regelmäßig publizierten Qualitätsbefunden, zu entfalten (BMFSFJ, 2006a).

Dies alles entspricht dem sich ständig wandelnden Verständnis von Wohnen und Altern in Einrichtungen in einer historischen Sichtweise. Während, holzschnittartig gesehen, Heime der ersten und zweiten Generation an Sicherheit, funktionaler Kompetenz und dem Erhalt von Sozialkontakten ausgerichtet waren, hoben Heime der dritten und, etwa seit Mitte der 1990er Jahre, der vierten Generation zudem Aspekte der Kontinuität des Selbst, der Privatheit, der Kontrolle, des Wohnkomforts, der sinnvollen Aktivitäten, der Würde und des spirituellen Wohlbefindens hervor (Dieck, 1994; Wahl, 2005). Es könnte vor diesem Hintergrund durchaus sein, dass sich aus der vierten Generation der Heime zunehmend, vielleicht gar flächendeckend, deutliche Veränderungen des tradierten Heimformats, wie bei den vom Kuratorium Deutsche Altershilfe stark forcierten *Hausgemeinschaften*, ergeben (Winter, Gennrich & Haß, 2002). Aktuell geht es weiter eine der prominentesten und viele Anforderungsbereiche des Lebens in Einrichtungen integrierende Frage dahin, wie die *Lebensqualität* (auf diesen Begriff werden wir weiter unten noch genauer eingehen) der Bewohnerinnen und Bewohner auch vor dem Hintergrund der (notwendigen) Routinen von institutionell organisierten Lebens- und Wohngefügen eine möglichst optimale Gestalt annehmen kann. Und es besteht Konsens darüber, dass diese Zielstellung nur prozessual verstanden Sinn macht, Qualität ganz generell nur durch andauernde Rückmelde-schleifen und eine Kultur der Reflexion und Kritik erhalten und optimiert werden kann und dabei Rückschläge ebenso natürlich sind wie Fortschritte, die in ihren Erträgen bisweilen höher ausfallen, als zunächst erwartet.

1.3 Trends in der Heimversorgung mit Bedeutung für Forschung in Heimen

Heime sind keine Inseln, sondern sie befinden sich im Einfluss- und Spannungsfeld unterschiedlichster Faktoren. Insofern ist Forschung in Heimen auch immer zumindest in Teilen eine Antwort und Reaktion auf Trends und Gegentrends in der allgemeinen Entwicklung der Heimversorgungslandschaft. Aus diesem Grunde seien die wesentlichen Einflussfaktoren und –ebenen an dieser Stellen kurz umrissen (siehe hierzu im Überblick Abbildung 1.1).

Abbildung 1.1:**Einflussfaktoren auf die Entwicklung von stationären Versorgungsformen für Ältere im Überblick**

Eigene Darstellung

Demografische Veränderungen

Alternde Gesellschaften wie auch die deutsche sind durch einen stetigen Anstieg der Lebenserwartung gekennzeichnet (Oeppen & Vaupel, 2002). Es gibt derzeit keine Anzeichen dafür, dass sich dieser Trend verändert. Die am stärksten wachsende Teilgruppe der deutschen Population (wie der Populationen vieler anderer Industrienationen) sind Hochaltrige über 80 Jahre, deren Anteil mit geschätzten 9-10% im Jahre 2050 sich gegenüber der heutigen Situation mehr als verdreifachen wird. Gleichzeitig wird angenommen, dass die derzeitige Geburtenrate von 1,3 sich in den kommenden zwei bis drei Jahrzehnten nicht wesentlich verändern wird. Es ist deshalb anzunehmen, dass die absolute Zahl an Personen mit chronischen Mehrfacherkrankungen und daraus resultierenden Formen von Pflegebedürftigkeit bis zum Jahre 2050 stark zunehmen wird, auch wenn man in Rechnung stellt, dass es insgesamt zu weiteren Verbesserungen im allgemeinen Gesundheits- und Funktionsstatus älterer Menschen kommt. In der Folge dieser demografischen Entwicklungen ist zu erwarten, dass die quantitative Bedeutung der Versorgungsform Heim insgesamt in den kommenden Jahrzehnten deutlich zunehmen wird, d.h. es wird ein weiterer Anstieg an Pflegeplätzen

zen und Pflegeeinrichtungen zu verzeichnen sein. Gerontologische Forschung (und damit ist an dieser Stelle ausdrücklich auch geriatrische und gerontopsychiatrische Forschung gemeint) ist demnach ganz allgemein gut beraten, Heime auch in Zukunft in besonderer Weise zu fokussieren.

Soziale und gesellschaftliche Veränderungen

Die Stagnation der Geburtenrate sowie andere Trends in Richtung einer bedeutsamen Abnahme der familiären Pflegeressourcen sind bereits derzeit deutlich absehbar. Die wichtigsten Aspekte sind die allgemein geforderte Mobilität in der Arbeitswelt sowie der weitere Anstieg des Anteils von berufstätigen Frauen. Lebensformen wie nicht legalisierte Partnerschaften, homosexuelle Paarbeziehungen und „Singles“ werden zunehmend auch bei älteren Menschen zu finden sein. In der Folge dieser Entwicklungen ist anzunehmen, dass Einrichtungen als wesentliche Wohn- und Versorgungsalternative Bedeutung behalten, auch wenn gleichzeitig vieles dafür spricht, dass informelle soziale Netzwerke (z.B. bei Singles im mittleren Lebensalter) zunehmend auch mit der Zielsetzung gestaltet werden, spät im Leben eine möglicherweise eintretende Pflegebedürftigkeit und damit einhergehende Hilfe- und Versorgungsbedarfe abzufedern. Forschung, speziell sozial-verhaltenswissenschaftliche Forschung kann in diesem Zusammenhang einen bedeutsamen Beitrag dazu leisten, neue Bedarfslagen alternder Menschen besser zu verstehen und Evidenz zur Profilierung von neuen (auch stationär angelegten) Versorgungsantworten bereitzustellen.

Institutionelle Veränderungen

Der Trend hin zur stetigen Reduzierung von Verweildauern in stationären Akuteinrichtungen wird möglicherweise dazu führen, dass ältere (in der Regel hochaltrige) Personen zunehmend mit dem Ziel in Heime übersiedeln, um noch nicht abgeschlossene Akutbehandlungen zu vervollständigen und ergänzende Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Wahrscheinlich wird sich in der Folge dieser Entwicklung auch der Anteil der Kurzzeitpflege deutlich erhöhen. Es ist zu fragen, wie gut Heime heute auf diese Aufgaben vorbereitet sind bzw. zu welchen Veränderungen diese führen werden. Forschung, speziell Versorgungsforschung, kann diese in Teilaspekten neuen Anforderungsprofile von Heimen bzw. Verschiebungen in den Dynamiken der existierenden Versorgungsinstitutionen begleiten und kritische Stell- und Regelgrößen bzw. Risiken und Chancen identifizieren helfen.

Veränderungen in Wohn- und Versorgungsmodellen

Im deutlichen Gegensatz etwa zur Situation in den 1960er und 1970er Jahren hat sich heute eine regelrechte „Buntheit“ des Wohnens im Alter herausgebildet, auch wenn sich diese an sich überaus reichhaltige Palette an Wohn- und Versorgungsmodellen sowohl regional als auch in der kognitiven Repräsentation von Älteren und ihren Ange-

hörigen noch überaus unterschiedlich darstellt. Direkt als Wirkung „angekommen“ ist bei den Betroffenen in jedem Falle der seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 erfolgte starke Ausbau der ambulanten Versorgung sowie der Ausbau der teilstationären Versorgungskette. Der Gedanke der quartiernahen Versorgung auch in der Situation der Pflegebedürftigkeit hat in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten zudem eine bedeutsame Stärkung erfahren und die Erfahrungen auf der Basis unterschiedlichster Modellprojekte und Modellprogramme sind reichhaltig und zwischenzeitlich auch recht nachhaltig dokumentiert und kommuniziert worden. Zunehmend setzen sich heute Ältere mit solchen Modellen auseinander bzw. erwägen diese ernsthaft als Alternative zum Privathaushaltswohnen bei eventuell eintretender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Traditionelle Heimkonzepte geraten durch diese Entwicklungen unter Zugzwang, und der zunehmende erwartete Spagat im Sinne einer, zugespitzt formuliert, Heimversorgung ohne Heimcharakter, könnte Heimbetreiber dazu anregen, den bereits oben beschriebene Möglichkeitsraum der Versorgungsform Heim quantitativ und qualitativ fortzuentwickeln (z.B. Spezialisierungen, etwa für an fortgeschrittenen Formen von Demenz Erkrankte; umfangreicher Einsatz von Technologien zur Unterstützung der Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern und Professionellen). Forschung, vor allem im Sinne der Evaluation von neuen Versorgungsmodellen, hat hier die wichtige Funktion, diese notwendigen Entwicklungen mit belastbarer Evidenz auf eine rationale Grundlage zu stellen und nicht zuletzt auch ökonomisch weit reichende Entscheidungen im Sinne von Umstrukturierungen und der Installation von neuartigen Versorgungsalternativen zu befördern.

Veränderungen in Altersbildern in unserer Gesellschaft

Heime sollten nicht losgelöst von allgemeinen Trends in unserer Gesellschaft in Bezug auf Altern gesehen werden. Es wäre ein Fehler, würde man etwa den zunehmend in gesellschaftlichen Altersbildern zu findenden Trend weg von einer Defizitorientierung und hin zu einer differenzierten Sicht des Alterns unter Einschluss und Anerkennung seiner Potenziale (vgl. dazu vor allem den 5. Altenbericht der Bundesregierung; BMFSFJ, 2006c) als eine Entwicklung betrachten, welche Heime nichts angeht bzw. von diesen gar konterkariert wird. Man könnte nämlich zum Einen auch sagen, dass Heime heute und wohl auch morgen gerade dort ihre Aufgabe haben, wo die, historisch gesehen, noch nie so günstigen Ressourcen des Alterns erschöpft sind und der professionellen Unterstützung bedürfen. Mit anderen Worten: Alternde Gesellschaften sind gleichermaßen durch die großen Ressourcen des heutigen Alterns wie durch die vor allem auf Grund der extremen Hochaltrigkeit zunehmend auch erreichten Grenzen von Lebens- und Handlungsautonomie gekennzeichnet, und die Rolle von Einrichtungen sollte stets in diesem Gesamtzusammenhang gesehen werden. Zum Zweiten scheint es für Heime, speziell Betreiber und die dort tätigen Professionen, sehr bedeutsam, an dem umfassend existierenden Forschungswissen zu den „neuen“ Kompetenzen der heute Älteren teilzuhaben (vgl. dazu z.B. Kruse und Wahl, in Druck). Dieses Wissen kann nämlich den Blick auf ihre Klientel verändern und eine Sichtweise fördern, welche die Wahrnehmung und Förderung der verbliebenen Kompetenzen, und seien diese noch so gering, ganz in den Mittelpunkt stellt.

Veränderungen in Werthaltungen in Bezug auf Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Bedeutsam sind hier neue Vorstellungen im Sinne des „Disease-Management“, d.h. chronische Erkrankungen werden nicht länger als gewissermaßen automatisch eintretende Lebensqualitätsbeeinträchtigung verstanden, sondern als beeinflussbares und gestaltbares Alltagsgeschehen. Solche Vorstellungen, heute oftmals noch mit jüngeren chronisch kranken Patienten (z.B. Diabetes- oder Karzinompatienten) verbunden, werden, so die allgemeine Erwartung, in den kommenden Kohorten von alten und hochaltrigen Menschen zunehmend verankert sein und zu neuen Erwartungen an Autonomie und Selbsteffizienz selbst in der Situation von gravierenden körperlichen Funktionsverlusten führen. Solche Entwicklungen, wohl auch verbunden mit der Bereitschaft zu einem verstärkten Einsatz von Technologien im Privathaushalt (Stichwort „Smart Home“), könnten die Bereitschaft zur Übersiedlung in stationäre Wohnformen eher deutlich sinken lassen. Hinzu treten wird die bereits angesprochene starke Kundenorientierung im Bereich der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die in Zukunft die „Verhandlungen“ mit den Betreibern von Einrichtungen „auf gleicher Augenhöhe“ noch selbstverständlicher machen wird. Wiederum wird auch aus dieser Warte die Transparenz der Qualität im Hinblick auf die angebotenen Leistungen und Versorgungsangebote eine entscheidende Größe werden, um das Heimwohnen in überzeugender Weise attraktiv zu halten. Aus solchen Weiterentwicklungen des Verständnisses von chronischen Erkrankungen ergeben sich neue Anforderungen an Heimkonzepte. So haben gerade in den letzten Jahren Forschungsbefunde zu Demenzen bei Professionellen in Heimen bzw. bei Heimbetreibern in starkem Maße dazu beigetragen, monolithische und zu einer „negativen Homogenität“ neigende frühere Auffassungen dieses Krankheitsbildes („Man kann nichts mehr machen“) aufzubrechen und verbliebene Ressourcen im Aktivitäts- und emotionalen Erlebensbereich sehr viel deutlicher als früher zu fokussieren. Ebenso kann die Erforschung neuartiger Einstellungen zu chronischen Erkrankungen und diesbezüglicher Kohorteneffekte einen Beitrag dazu leisten, bisherige stationäre Versorgungskonzepte zu überdenken bzw. rechtzeitig im Hinblick auf ihre Zukunftstauglichkeit hin zu optimieren. Hier geht es etwa darum, wie neue Kommunikations- und Informationsformen (z.B. Internet) oder Rehabilitations- und Fitnessangebote (z.B. Krafttraining) auch erheblich Pflegebedürftigen zugänglich gemacht werden können und gerade stationäre Einrichtungen verfügen grundsätzlich durch ihre baulich-organisatorisch-professionelle Einheit über besonders gute Bedingungen, um die Grenzen des hier Möglichen auszutesten.

Gesetzliche Grundlagen und entsprechende Veränderungen

Es ist trivial festzustellen, dass Heime auch durch rechtliche Grundlage und deren Fortschreibung ständigen Veränderungen, Anpassungen und neuen Anforderungen unterliegen. An erster Stelle genannt sei hier die im Juli 1996 eingeführte Pflegeversicherung auch für den Heimbereich. Die Pflegeversicherung hat auf der einen Seite zu einer deutlichen Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen geführt und die Anzahl der Sozialhilfeempfänger im Heimkontext reduziert. Auf der anderen Seite ist es in der Folge der Einführung der Pflegeversicherung auch zu einer „Ökonomisierung der

Pflege“ gekommen. Pflegerische Versorgung als zunehmend als marktwirtschaftliches Geschehen und damit nicht zuletzt als eine Möglichkeit, Geld zu verdienen, begriffen. Angeführt seien des weiteren die seit 1993 gesetzlich im SGB XI verankerte Fachkraftquote in stationären Einrichtungen von 50% sowie die Stärkung von Mitwirkungsmöglichkeiten der Heimbewohnerschaft durch Öffnung der Heimbeiräte für Dritte wie Angehörige, sonstige Vertrauenspersonen oder Mitglieder von Seniorenbeiräten. Auch die in 2003 erfolgte bundesgesetzliche Regelung der Altenpflegeausbildung dürfte bedeutende „Flächen“-Auswirkungen auf Einrichtungen besitzen, wurden dadurch doch Ausbildungsinhalte und das Verhältnis zwischen Theorie- und Praxisinhalten bundesweit vergleichbar gestaltet (BMFSFJ, 2006a). Es ist eine gute Entwicklung, dass heute die „Wirkungen“ von solchen gesetzlichen Änderungen häufig auch durch Forschung begleitet werden.

Veränderungen in den Erwartungen an Heimbetreiber

Heime haben insgesamt heute im Mittel gesehen den höchsten baulichen Standard erreicht, und es besteht ein erheblicher Erwartungsdruck dahingehend, architektonische Anforderungen insgesamt auf einem hohen Standard hinsichtlich Funktion und Ästhetik anzugehen und ständige Modernisierungen vorzunehmen. Barrierefreiheit ist dabei heute weitgehend selbstverständlich und die eigentlichen Herausforderungen liegen im Bereich der Gestaltung, speziell der Größe und Attraktivität der Bewohnerzimmer sowie der Bereitstellung von Einzelzimmern. Steigende Erwartungen haben sich auch dahingehend entwickelt, eine möglichst hohe Transparenz hinsichtlich der Qualität dessen darzustellen, was in zunehmend hochwertig werdenden räumlich-organisatorischen Rahmenbedingungen tatsächlich geschieht. Heimbetreiber werden in der Folge zunehmend einem *Benchmarking* unterliegen und der Erfolg ihrer Angebote wird zunehmend davon abhängen, wie sich die Qualität der von ihnen angebotenen Wohn-, Aktivitäts- und Versorgungsangebote tatsächlich darstellt. Gerade an dieser Stelle liegt auch eines der wichtigsten Forschungs-Praxis-Übergangsfelder, d.h. erfolgreiche Heimbetreiber der Zukunft werden Ressourcen schaffen müssen, um ihre Qualität auch mit wissenschaftlichen Methoden, eventuell auch in Zusammenarbeit mit externen Forschungseinrichtungen, zu evaluieren und in systematischer Weise ihre spezifischen Potenziale (vor dem Hintergrund möglichst explizit ausformulierter Konzepte) zu identifizieren und Möglichkeiten ihrer noch besseren Nutzung zu schaffen. Eine weitere für Heimbetreiber bedeutsame Entwicklung geht dahin, Heime noch „permeabler“ zu gestalten und Familienangehörigen und ehrenamtlich engagierten Personen konzeptgeleitet Möglichkeiten der Mitarbeit und Mitverantwortung anzubieten. Zu diesem in der bisherigen Forschung stark vernachlässigten Aspekt kann nunmehr ein Teilprojekt von MUG IV Befunde und Einsichten beisteuern (vgl. Kapitel 4 in diesem Band).

Unsere Darlegung von Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Heimlandschaft und damit auch auf Forschungsbedarfe bzw. die vielfältigen Rolle, die Forschung hier spielen kann, besitzt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit. Es sollten lediglich einige der wesentlichsten Aspekte herausgestellt werden. Selbstverständlich stehen die beschriebenen Einflussfaktoren auch in Wechselwirkung. Insgesamt zeigt sich dabei, nicht überraschend, dass Heime heute und erst recht jene der Zukunft in einem Spannungsfeld operieren, das von deutlich widersprüchlichen Tendenzen gekennzeichnet ist. So verlieren Heime auf der einen Seite durch veränderte individuell-gesellschaftliche Sichtweisen von Altern und sich abzeichnende Einstellungsveränderungen in Bezug auf „gutes“ Altern und „gutes“ Wohnen zunehmend an Attraktivität. Auf der anderen Seite führt der starke Anstieg der Hochaltrigkeit in unserer Gesellschaft zunehmend zu Grenzsituationen des Alterns in Gestalt von komplexen Formen von Pflegebedürftigkeit, die mit familiären Ressourcen und dem Einbezug von professionell-ambulanten Stützsystemen zwar auch beherrschbar sind, jedoch nicht zuletzt auf Grund ihrer Dauer (es können durchaus 5-10 Jahre sein) das auf diesen Versorgungspfaden Mach- und Leistbare nicht selten deutlich überschreiten können. Neuere Versorgungsmodelle wie ambulante Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige, Hausgemeinschaften, sonstige selbstorganisierte Wohnformen sowie erweiterte Hilfearrangements im Viertel auch unter Einbezug informeller Netzwerkstrukturen werden hier in Zukunft eine auch quantitativ bedeutsame Versorgungsalternative darstellen, jedoch wird dies aus unserer Sicht die Rolle und Bedeutung stationärer Versorgungsformen nur bedingt schwächen. Vielmehr wird die Aufgabe, die Qualität der stationären Versorgung von älteren Menschen weiter zu verbessern, eine hohe Priorität auf der sozialpolitischen Agenda behalten. Heime werden und müssen wahrscheinlich, fast im Sinne einer paradoxen Intention, so „heimunähnlich“ wie möglich werden, aber sie werden ihren Heimcharakter deswegen nicht verlieren. Forschung besitzt weiterhin eine hohe Bedeutung, um diesen Spagat auch in der Zukunft mit Evidenz zu unterstützen, Qualitätssicherung zu informieren und weiter auszudifferenzieren und innovative Versorgungsalternativen evidenz-basiert zu befördern.

1.4 Anmerkungen zur Entwicklung der Heimforschung

Vielleicht hat Altern in Institutionen bzw. in stationären Kontexten gerade auf Grund der weiter oben skizzierten Ambivalenzen und Paradoxien stets eine prominente Rolle im Reigen der Forschungsarbeiten der Gerontologie, speziell der sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Altersforschung gespielt (z.B. Karl, 1999; Kruse & Wahl, 1994). Dabei ging (und geht) es immer wieder darum, die Möglichkeiten und Grenzen „guten“ Alterns in einer Wohnform auszuloten, von der die meisten Wissenschaftler/innen, sozialpolitischen Akteure und nicht zuletzt auch die Betroffenen selbst glaubten, dass solch gutes Altern in diesen Rahmenbedingungen nur einen deutlich eingeschränkten Möglichkeitsraum wird finden können. Entsprechende Forschungsarbeiten zielten (und zielen) insbesondere darauf, diesen, wenngleich eingeschränkten, Möglichkeitsraum stetig auszudehnen bzw. zu verbessern. Klassische Forschungsthemen der 1960er bis zu den 1980er Jahre zentrierten dabei vor allem um stark polar bzw. polarisierend angelegte Aspekte wie soziale Isolation / Einsamkeit versus soziale Kontakte / Integra-

tion; Selbstständigkeit versus Unselbstständigkeitsförderung; Bewahrung der eigenen Identität versus Verlust des Selbsts; Passivität versus Aktivität; Kontrolle versus Kontrollverlust; Hoffnung versus Hoffnungslosigkeit; Lebenszufriedenheit versus Unzufriedenheit und Depression. Ein gewisser Umschwung in den forschungstreibenden „Bildern“ des Heimlebens und zugehörigen Forschungsansätzen trat ab Beginn der 1970er Jahre dadurch ein, dass nunmehr die Veränderungsmöglichkeiten der Wohnform Heim und potenziell positive Auswirkungen auf alle Akteure, vor allem die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, in den Vordergrund gestellt wurden. Der programmatische Titel einer entsprechenden Forschungsarbeit lautete denn auch: „Letting the inmates run the asylum“ (Byrd, 1983). Es wurden sog. kontrollinduzierende Interventionen vorgenommen, d.h. die Bewohnerinnen und Bewohner erhielten größere Spielräume, um ihre Belange selbst in die Hand zu nehmen, und in der Folge konnten auch tatsächlich positive Wirkungen solch geplanter Veränderungen nachgewiesen werden, wenngleich diese weniger drastisch und konsistent ausfielen als man ursprünglich erwartet hatte (zusammenfassend: Saup & Schröppel, 1993).

Forschung in Heimen, und dieser Trend war zunächst in den USA sehr deutlich zu beobachten (z.B. Cohen & Weisman, 1991), zeigte dann etwa seit Beginn der 1990er Jahre wiederum eine Trendwende durch das immer stärkere „Vordrängen“ von demenziell erkrankten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in der Heimwirklichkeit. Auf der einen Seite entstand in der Folge fast eine Forschungskrise, indem deutlich wurde, dass die wichtigen Forschungsbefunde der 1970er und 1980er Jahre in Bezug auf Kontrollerhöhung und andere Interventionsmöglichkeiten in Heimen immer stärker an Bedeutung verloren, weil sie auf demenziell Erkrankte und in schwerem Maße Pflegebedürftige nur sehr eingeschränkt zu übertragen waren. Auf der anderen Seite setzte auch eine bis heute währende Forschungseuphorie ein, denn die (auch und vor allem) im stationären Kontext stetig wachsende Gruppe der an unterschiedlichen Demenzformen erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner führte in Teilen zu völlig neuen und die Forschung stark stimulierenden Forschungsfragen und methodischen Anforderungen: Was ist die richtige räumlich-sozial-professionell-organisatorische Umwelt für diese alternden Menschen? Können Heime gerade in dieser Hinsicht gegenüber dem Privathalt „punkten“? Was kann Lebensqualität bei Älteren mit Demenz bedeuten? Wie kann man diese erfassen bzw. „messen“? Welche Auswirkungen besitzt der sich deutlich veränderte Bewohnermix im Hinblick auf traditionell in der Heimforschung wesentliche Konstrukte wie Einsamkeit, Lebenszufriedenheit, das „soziale Klima“ von Einrichtungen und die Berufszufriedenheit bzw. Fluktuation der dort professionell Handelnden? Wie kann eine möglichst belastbare Evidenz geschaffen werden, welche die Wahl zwischen unterschiedlichen Versorgungsmodellen im stationären Bereich (vor allem: traditionell integrativ, teilintegrativ, segregativ) auf eine möglichst rationale Grundlage stellt? Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang auch ethisch-rechtliche Klarstellungen, wie sie prototypisch in der „Charta der Rechte und Pflichten hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMFSFJ, 2006b) niedergelegt sind, sowie eine Reihe von Modellprojekten, wie sie in den letzten Jahren etwa seitens des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (<http://www.bmfsfj.de/>) und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (<http://www.kda.de/>) aufgelegt wurden.

Parallel zur Behandlung von fundamentalen Forschungs- und Anwendungsfragen, die bis heute nicht an Bedeutung verloren haben, entwickelte sich eine neue Forschungs-Praxis-Kultur, in der evidenzbasierte Entscheidungen und datengestützte Evaluationen, prototypisch im Bereich der Qualitätssicherung, zunehmend an Bedeutung gewannen – ein Prozess, der mit Sicherheit in Deutschland auch heute noch nicht abgeschlossen, aber deutlich vorangekommen ist.

Nach Abschluss der einflussreichen MuG I Studie, mit der zum ersten Mal in Deutschland Repräsentativdaten zur Situation der Pflegebedürftigen in Privathaushalten vorlagen, spielte historisch gesehen in diesem Zusammenhang die Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG II) aus dem Jahr 1994 (Schneekloth & Müller, 1997) eine wichtige Rolle, denn erstmals wurden hier Repräsentativdaten zu den wichtigsten Markiertvariablen der Heime in Deutschland vorgelegt. Die MuG-Studien (im Jahre 2002 wurden weitere Repräsentativdaten zu Pflegebedürftigkeit in Privathaushalten vorgelegt) waren insgesamt vor allem von dem Gedanken der Autonomie (selbst in der Situation der Pflegebedürftigkeit) getragen, d.h. es ging stets nicht nur darum, den Hilfe- und Pflegebedarf abzubilden, sondern auch verbliebene (und nutzbare) Potenziale auf Seiten der Person und ihrer Umwelt (familiär, organisatorisch-professionell, räumlich, technisch) umfassend abzubilden. In der Rückschau lässt sich ferner sagen, dass die MuG-Studien auch für die pflegewissenschaftliche Diskussion in Deutschland seit den 1990er Jahren sehr bedeutsam waren und zur Entwicklung von Pflegestandards als Maßstab zur Bewertung stationärer Versorgung mit beigetragen haben.

Die in diesem Band dargestellten Befunde der Nachfolgestudie „MuG IV“ auf der Basis von Daten aus den Jahren 2005/2006 aktualisieren die Repräsentativevidenz in Deutschland zu Heimen, und sie sind zudem in der Lage, zeitgeschichtliche Trends im Vergleich mit den Daten aus 1994 abzubilden. Konkret hat sich MuG IV das Ziel gesetzt, die Trendentwicklungen und Veränderungen im Bereich der vollstationären Altenhilfe, die sich im letzten Jahrzehnt vollzogen haben, abzubilden und zu analysieren. Zentrale Bezugspunkte sind hierbei die Darstellung des Hilfe- und Pflegebedarfs sowie der allgemeinen Wohn- und Lebens- und Versorgungssituation der Bewohnerinnen und Bewohner im Kontext von relevanten institutionellen Merkmalen, die spezifische Situation von Demenzkranken, die Analyse der Rolle von „neuen“ Akteursgruppen (Angehörige und Freiwillige) sowie die Beschreibung von „good practice“ Ansätzen, die sich exemplarisch im Bereich der Regelversorgung finden lassen.

1.5 Themen und Trends der rezenten Forschung in Heimen

Wir unternehmen im Folgenden den Versuch, die derzeitige Forschung in Heimen thematisch in relativ grobe Themenfelder zu ordnen und deren rezente Forschungsaufmerksamkeit einzuschätzen. Erfolgen soll dies insbesondere auf der Grundlage einer Durchsicht der Jahrgänge 2002-2006 von zwei gerontologischen Zeitschriften, nämlich der in den USA im Namen der *Gerontological Society of America* erscheinenden Zeitschrift „The Gerontologist“ (TG) und der in Deutschland im Namen der *Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie* erscheinenden „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ (ZfGG). Wir haben diese beiden Zeitschriften ausgewählt, weil sie für die Publikation von Forschungsbefunden zu Heimen eine herausragende Rolle spielen. *The Gerontologist* ist die weitweit anerkannteste Zeitschrift im Bereich der praxisbezogenen gerontologischen und pflege-orientierten Forschung, und die ZfGG ist der zentrale Ort für die Publikation entsprechender Forschungsarbeiten im deutschsprachigen Raum. Einschränkend ist anzumerken, dass die in den beiden ausgewählten Zeitschriften enthaltenen Artikel sicherlich nicht die gesamte Bandbreite der Forschungsarbeiten zu Heimen repräsentieren. Es geht uns, wie gesagt, nur um grobe Trendaussagen, und das von uns skizzierte Gesamtbild wäre möglicherweise etwas anders ausgefallen, wenn wir eine breitere Palette von Zeitschriften einbezogen hätten.

Auf der Grundlage einer eingehenden Analyse der Forschungstopoi und Fragestellungen der identifizierten Arbeiten in den beiden Zeitschriften schien uns die nachfolgende Kategorisierung von Themenfeldern, mit der wir bewusst auch eine relativ hohe Differenziertheit beibehalten möchten, besonders sinnvoll:

- **Demenz**
(z.B. Herausforderungen, Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, Aspekte der Medikation)
- **Sonstige psychische Erkrankungen**
(z.B. Depression)
- **Körperliche Erkrankungen / geriatrische Aspekte**
(z.B. Frailty / Gebrechlichkeit, Fragen der Medikation, Aspekte zu einzelnen Krankheitsbildern, Schmerz, Ernährung, Stürze)
- **Epidemiologische Aspekte**
(z.B. Risikofaktoren der Heimübersiedlung, Pflegebedürftigkeitsgrade der Bewohner)
- **Pflegerische Aspekte**
(z.B. case management im Heim, managed care Programme, Pflegeorganisation und –dokumentation, sprachliche Kommunikation bei Pflege)
- **Lebensqualität der Bewohner**
(z.B. Anpassung an Wohn- und Lebensform Heim, Lebensqualität bei Demenz, consumer satisfaction, Bedürfnisse von Bewohnern)

- **Qualitätsindikatoren und Qualitätssicherung**
(z.B. Veröffentlichung auf Homepage, Verknüpfung mit finanziellen Förderungen, als Instrument des Heimvergleichs)
- **Situation des Pflegepersonals**
(z.B. Stressfaktoren, Personalfuktuation, Einstellungen, Rolle von Pflegeassistenten / „certified nurse aids“)
- **Familienangehörige und Ehrenamtliche im Heimkontext**
(z.B. Einbezug und Rolle im Heimleben, Belastungserleben, Zufriedenheitseinschätzungen)
- **Dingliche Umwelt und technische Hilfen**
(z.B. Rolle der Architektur und von Design, Rolle von Einzelzimmer, Implementierung von „neuen“ Technologien)
- **Freiheitseinschränkende Maßnahmen / sonstige Aspekte von Gewalt**
(z.B. Auftreten, Einflussfaktoren, Konsequenzen)
- **Lebensende, Sterben und Tod**
(z.B. Sterbebegleitung, Patientenverfügungen / advanced directives)
- **Rechtliche, politische und ökonomische Aspekte**
(z.B. Prozesse gegen Heimbetreiber, Ombudsmann für Heime, Rolle von politischen Vorgaben für Heimtrends; Vergleich von Versorgungsalternativen)
- **Spezifische Interventionen im Heim**
(z.B. Rehabilitationsprogramme, spezielle Trainings für das Personal)
- **Neue Versorgungskonzepte / Alternativen zur Heimversorgung**
(z.B. Evaluationsbefunde zum Vergleich von Konzepten, assisted living, radikale Veränderungen der heutigen Heime)
- **Assessment-Instrumente / Fragen der Forschungsmethodik**
(z.B. Lebensqualitätseinschätzung, Assessment-Instrumente jeglicher Art, Vergleich der Perspektive von Bewohnern und Personal)

Wie sieht es nun mit der Forschungsaufmerksamkeit aus, welche diese Themen in den letzten Jahren erfahren haben? Um hier zumindest einen groben Anhaltspunkt zu erhalten haben wir alle im Zeitraum 2002-2006 erschienenen Artikel in den beiden genannten Zeitschriften identifiziert und den eben beschriebenen Themenfeldern zugeordnet. Dabei wurden auch Mehrfachkodierungen vorgenommen (z.B. Demenz und Lebensqualität). In Tabelle 1.1 ist das Ergebnis dieser Arbeit wiedergegeben.

Zunächst fällt auf, und dies ist sicherlich keine Überraschung, dass in beiden Zeitschriften das Themenfeld Demenz die häufigsten Nennungen erfahren hat, wobei über die Jahrgänge hinweg die quantitative Bearbeitung sich im Vergleich als sehr ähnlich darstellt. Nehmen wir einmal alle Themen über dem Gesamtmittelwert aller Nennungen als Maß für besonders beachtete Themenfelder (bei TG: $M = 8$; bei ZfGG: $M = 5$), sind dies im Falle von TG in absteigender Ordnung die folgenden: Demenz, Lebensqualität, Situation des Pflegepersonals, körperliche Erkrankungen (...), Pflegerische Aspekte,

Assessment-Instrumente, Lebensende (...), rechtliche (...) Aspekte. In Bezug auf die ZfGG ergibt sich in absteigender Folge: Demenz, epidemiologische Aspekte, Lebensqualität (...), neue Versorgungskonzepte (...), Assessment-Instrumente (...), Pflegerische Aspekte, Lebensende (...).

Tabelle 1.1

Verteilung von Themen der Heimforschung in den USA: Beispielhafte Analyse der Jahrgänge 2002-2006 der Zeitschrift „The Gerontologist“ (fett) und „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ (nicht fett)

Forschungsthema	2002	2003	2004	2005	2006	Gesamt
Demenz	3 3	2 3	1 1	8 6	3 3	17 16
Sonstige psychische Erkrankungen	0 0	1 0	1 1	2 0	0 1	4 2
Körperliche Erkrankungen / geriatrische Aspekte	1 0	0 0	2 1	6 0	2 2	11 3
Epidemiologische Aspekte	3 1	0 2	1 3	0 1	3 0	7 7
Pflegerische Aspekte	0 1	3 1	3 0	1 1	4 3	11 6
Lebensqualität der Bewohner	3 0	3 4	2 1	4 1	1 1	13 7
Qualitätsindikatoren und Qualitätssicherung	0 0	2 0	1 0	4 0	2 2	7 2
Situation des Pflegepersonals	2 0	1 0	4 0	3 0	2 1	12 1
Familienangehörige und Ehrenamtliche im Heimkontext	1 0	1 0	1 0	2 1	0 0	5 1
Dingliche Umwelt und technische Hilfen	1 0	1 0	0 0	1 0	0 0	3 0
Freiheitseinschränkende Maßnahmen / sonstige Aspekte von Gewalt	0 0	0 1	1 0	0 3	0 0	1 4
Lebensende, Sterben und Tod	2 0	2 3	0 0	3 1	2 2	9 6
Rechtliche, politische und ökonomische Aspekte	1 1	3 1	4 0	1 2	0 0	9 4
Spezifische Interventionen im Heim	2 0	2 0	1 1	0 2	1 1	6 4
Neue Versorgungskonzepte / Alternativen zum Heim	0 3	1 0	0 0	0 4	2 0	3 7
Assessment-Instrumente / Forschungsmethodik	1 0	2 3	2 1	4 1	1 2	10 7

Eigene Darstellung

So finden sich bei einem solchen Analyseblick auffallende Ähnlichkeiten in den rezenten Forschungsschwerpunkten in den USA und Deutschland (Demenz, Lebensqualität, Pflege und Pflegequalität, Lebensende, Assessment-Instrumente), aber auch einige Unterschiede (so wurden körperliche Erkrankungen / geriatrische Aspekte im TG deutlicher häufiger behandelt, während in der ZfGG neue Versorgungskonzepte etwas häufiger publiziert wurden). Im Umkehrschluss zeigt sich allerdings auch, dass wichtige Themenfelder wie etwa Untersuchungen zu psychischen Erkrankungen von Heimbewohnern jenseits demenzieller Syndrome oder zur Rolle von Familienangehörigen und Ehrenamtlichen im Heimkontext in beiden Zeitschriften relativ wenig Aufmerksamkeit gefunden haben. Auch wenn die Auswahl der beiden Zeitschriften, wie bereits beschrieben, allgemeinere Schlüsse nicht zulässt, so gehen wir insgesamt doch davon auf, dass sich in unseren diesbezüglichen Befunden allgemeine Trends im Sinne von stark belichteten und unterbelichteten Forschungsthemen recht gut darstellen.

Was schließlich bei einer solchen Sicht auf die rezente Heimforschung auch auffällt ist der stark normative Charakter vieler der untersuchten Forschungsthemen (z.B. Qualitätssicherung, Freiheitseinschränkung, rechtliche Aspekte). Es wird zudem deutlich, dass Heimforschung sich heute höchst heterogen darstellt und deshalb nur sehr schwer in einem einheitlichen Duktus gesehen werden kann.

1.6 Ausgewählte Konzepte und Befunde der Forschung in Heimen

Wir möchten im Folgenden schlaglichtartig – teilweise unter Zusammenfassung von ausgewählten Themenfeldern der eben beschriebenen Liste – auf zwei Aspekte näher eingehen: (1) die Lebensqualität von Heimbewohnern und damit einhergehende Entwicklungen und Herausforderungen und (2) Versorgungskonzepte und Interventionsansätze. Wir haben diese beiden Bereiche ausgewählt, weil sie in der nationalen und internationalen Heimforschung einen besonders hohen Stellenwert besitzen, weil sie bedeutsam als allgemeiner Hintergrund für die Befunde von MuG IV sind und zudem ihre Praxis- und Anwendungsrelevanz erheblich ist.

1.6.1 Lebensqualität von Heimbewohnern

Heime als Entwicklungskontext. Forschungen zur Lebensqualität im Heim setzen voraus, dass die Dynamiken der psychischen Anpassung an die spezifische Lebens- und Wohnform Heim gut im Auge behalten werden. Diese Aspekte sind traditionell in der sozialen und verhaltenswissenschaftlichen Gerontologie stark beachtet worden (z.B. Lehr, 2000; Reichert & Wahl, 1992; Wahl & Reichert, 1994; Wahl & Reichert, 1991), und sie werden bis in die jüngste Zeit nicht zuletzt vor dem Hintergrund neuer theoretischer Konzepte und Befunde z.B. als Teil der Entwicklungspsychologie des höheren Lebensalters fokussiert (Martin, 2005). Es wäre dabei aus unserer Sicht auch nicht angebracht, diese Überlegungen gleich mit der Thematik der Demenz zu konfrontieren und zu fragen, inwieweit bestimmte psychologische Konzepte für diese Personengruppe relevant sind bzw. u.U. ad absurdum geführt werden. Vielmehr halten wir

es für wichtig, zunächst jene konzeptuell-theoretische Gesichtspunkte sowie zugehörigen Ergebnisse im Auge zu behalten, die grundsätzlich für *alle* in Heime übersiedelnden Älteren Bedeutung besitzen. Diese Bedeutung mag sich dann je nach Art der verbliebenen Kompetenzen, der spezifisch gegebenen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie der kognitiven Leistungsfähigkeit unterschiedlich darstellen und pflegerische und sonstige Interventionsansätze in unterschiedlichen Weise informieren und unterstützen.

Ein aus der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne entlehnter Grundgedanke mit Relevanz für das Verständnis des Lebens und weiteren Alterns im Heim ist jener der lebenslangen Entwicklung und der Bedeutung des Entwicklungskontexts (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998; Martin, 2005; Wahl & Oswald, 2005). Die zentrale Überlegung geht dahin, jede Lebensphase und jede Lebenskonstellation als potenziell entwicklungsrelevant zu betrachten, und somit die Möglichkeit von Entwicklung für keine Lebensphase oder Lebenskonstellation auszuschließen. In diesem Zusammenhang ist die Vorstellung sehr bedeutsam, dass in *jeder* Lebensphase möglichen Entwicklungsgewinnen auch Verluste gegenüberstehen, wenngleich eine solche Gewinn-Verlust Bilanz sich im höheren und hohen Alter zunehmend zuungunsten von Gewinnen verschiebt. Auf die Heimsituation übertragen bedeutet dies, dass es zu den hochwertigsten Anforderungen von Heimen gehört, die bei den meisten Bewohnerinnen und Bewohnern in starkem Maße eingetretenen Verlustsituationen optimal zu kompensieren und die psychische Verarbeitung dieser Verluste zu unterstützen, jedoch stets auch danach zu streben, weiterhin mögliches Gewinnerleben in der Arbeit und Auseinandersetzung mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu identifizieren und aktiv zu deren Umsetzung beizutragen. In diesem Sinne stellen Heime den entscheidenden Entwicklungskontext für die in ihnen lebenden Menschen.

Hinzu kommt mit dem Konzept des Entwicklungskontext die empirisch gut bestätigte Annahme (siehe z.B. Wahl & Oswald, 2005; in Druck), dass der Verlust an „umweltrelevanten“ Kompetenzen wie jenen der geistigen Leistungsfähigkeit, der Mobilität und der Sensorik die Rolle der Umwelt als „Entwicklungsgestalter“, die zwar stets gegeben ist, in besonderer Weise hervortreten lässt. Auf die Heimsituation übertragen bedeutet dies, dass die dinglich-räumliche Ausstattung und der durch sie gegebene Möglichkeitsraum, das alltägliche Handeln der Professionellen, Aspekte der Organisation und der diversen Angebote im sportlichen, freizeitbezogenen oder auch rehabilitativen Bereich die weitere Entwicklung der Bewohnerinnen und Bewohner entscheidend unterstützen und befördern bzw., im Umkehrschluss, mangelnde Qualität und fehlende Kreativität und Einfallsreichtum weiterhin vorhandene Entwicklungspotenziale ignorieren oder unterminieren können.

Ferner ist die Idee der lebenslangen Entwicklung auch mit der Annahme verbunden, dass keine Lebensphase isoliert betrachtet, sondern stets im Kontext mit den anderen (zurückliegenden, noch folgenden) Lebensphasen ihre eigene Dynamik und Charakteristik besitzt. Auf Heime übertragen bringt dieser Gedanke die biografische Perspektive stark nach vorne, d.h. es sollte viel dafür getan werden, Bewohnerinnen und Bewohner in ihrem biografisch gewachsenen Lebensgesamtzusammenhang zu erkennen und zu

verstehen. Vieles spricht aus der biografischen Forschung und Arbeit dafür, dass ein Bemühen um eine solche Gesamtsicht des Lebenslaufs auch die aktuelle Lebenssituation, vielleicht gekennzeichnet durch Pflegebedürftigkeit und gravierende kognitive Verluste, bei den Professionellen in einem anderen, neuen Licht erscheinen lässt und wichtige Hinweise im Hinblick auf die Förderung der oben beschriebenen, weiterhin möglichen „Entwicklungsgewinne“ geben kann (Kruse, 2005; Kruse & Wahl, 1994). Dies alles mag nach Allgemeinplätzen klingen, jedoch sehen wir solche Grundbotschaften der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne für Heime als essentiell an; sie stimmen im Sinne ihres „Meta“-Charakters im Tenor auch mit den Grundmaximen etwa von Pflege-theorien, dem Gesundheitsmodell der WHO (ICD, 2001) oder biografischen Ansätzen in der Arbeit mit an Demenz Erkrankten gut überein.

Bedeutung und Befunde der Lebensqualitätsforschung in Heimen. In der neueren Diskussion im Hinblick auf Heim im Sinne von Entwicklungskontexte hat der Begriff der Lebensqualität eine gewisse integrative und multidisziplinäre Kraft gewonnen.¹ Lebensqualität ist dabei mehrdimensional definiert und umfasst nach weitgehender Übereinstimmung körperliche, verhaltensbezogene, emotionale, mentale, materielle, soziale und spirituelle Aspekte (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003; Kane, 2003; Rupprecht, 2006). Dabei kommt neben individuellen auch normativen Maßstäben eine wichtige Rolle zu, d.h. es geht wohl stets darum, die subjektive Sichtweise der ins Auge gefassten Person mit allgemein vorherrschenden Wertmaßstäben und Erfordernissen abzugleichen: „Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ (WHO-Forschungsgruppe „Quality of Life“; Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000, S. 10). Solche Abgleichungen zwischen individuellen Präferenzen und allgemein vorherrschenden normativen Erwartungen gehören bekanntermaßen zu den „Standardsituationen“ and „Standardanforderungen“ in Einrichtungen.

Lebensqualität ist zwischenzeitlich bei fast allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen, aber auch bei älteren Menschen in unterschiedlichen Kontexten untersucht worden (siehe zusammenfassend Gunzelmann & Oswald, 2005). Die größte Forschungsintensität in Bezug auf Pflegeheime ist dabei in der „Longterm-care“-Forschung in den USA festzustellen. Freilich sind die entsprechenden Befunde aus einer Reihe von Gründen nur bedingt auf deutsche Verhältnisse zu übertragen. So existiert beispielsweise in den USA im stationären (wie auch im ambulanten) Bereich kein Pflegeversicherungssystem, d.h. die materielle Absicherung (in den USA vor allem mit Medicare und Medicaid) als eine Grundlage von Lebensqualität ist nur schwerlich vergleichbar. Auch hinsichtlich der Krankenversicherung bestehen deutliche Unterschiede, d.h. in den USA ist die Verteilung jener alten Menschen mit eher guten versus eher schlechter Absicherung deutlich gespreizter. Zudem ist mit Unterschieden im Bereich von Autonomie (hier gilt in den USA stärker als in Deutschland ein „You have to do it your own“) und Spiritualität (in den USA etwa zwischen Weißen und African Americans) zu rechnen.

¹ Teile dieser Ausführungen basieren auf einer entsprechenden Zusammenstellung in Oswald, Wahl, Zimmer, Teufel & Langer (2007).

Andererseits besitzen die vorgelegten Ergebnisse hohen illustrativen Wert; sie zeigen insbesondere notwendige Differenzierungen der Lebensqualität in Heimen auf, die auch für die hiesige Diskussion wertvoll sein können. Interessant und zumindest partiell übertragbar erscheinen auch die immer wieder zutage tretenden Perspektivenunterschiede in der Bedeutung und Bewertung einzelner Lebensqualitätsdimensionen im Kontrast von Bewohnern, Familienangehörigen und Professionellen.

So befragten Cohn und Sugar (1991) 75 Bewohner/innen, 40 Familienangehörige sowie 78 Beschäftigte aus fünf Heimen in einem halbstandardisierten Interview danach, was für sie Lebensqualität in der stationären Pflege ausmacht. Die Autor/innen ordneten die Antworten der Befragten inhaltsanalytisch insgesamt sechs Kategorien zu: Qualität der Pflege und Betreuung (care; darunter werden auch Aspekte der Beschäftigung, der Verpflegung und der Atmosphäre gefasst), die physische Umgebung (physical environment), die sozialen Beziehungen (social-emotional environment), die wahrgenommene Verhaltenskompetenz (abilities), Autonomie (autonomy) und allgemeine Lebenszufriedenheit (morale). Die Stärke der Wahrnehmung und des Bedürfnisses wurde über die Anzahl der Nennungen erschlossen. Besonders deutliche Wahrnehmungsunterschiede stellten die Forscher bei folgenden Aspekten fest: Die Qualität der Pflege und Betreuung (care) wurde von den Bewohner/innen wesentlich seltener genannt (15%) als von den anderen Gruppen (45%); das körperliche Wohlbefinden (abilities) wurde von der Mehrheit der Bewohner/innen eher nicht als zentral für die Lebensqualität empfunden; allerdings nahm die subjektive Bedeutung bei höherem Pflegebedarf zu. Das Betreuungspersonal und die Angehörigen stufte diesen Aspekt dagegen überwiegend als wichtig bis sehr wichtig ein (45 bzw. 80%); Möglichkeiten zur Selbstbestimmung (autonomy) sahen die Mehrzahl der Bewohner/innen (54%) als wichtig oder sehr wichtig an; das Betreuungspersonal räumte diesem Aspekt eine noch höhere Bedeutung ein. Hohe Übereinstimmung zeigte sich im Folgenden: Kontakte und soziale Beziehungen (social-emotional environment) wurden durchgängig als sehr wichtig angesehen. Aus Bewohnersicht „sehr wichtig“ waren Kontakte zu den Verwandten (98%), Freunden von außen (79%), Pflegekräften (57%) und Freunden innerhalb der Einrichtung (55%); baulichen Merkmalen (physical environment) wurde dagegen aus der Sicht aller drei Gruppen keine hohe Bedeutung zugemessen.

Der zuletzt genannte Befund ist auffallend, widerspricht er doch auf den ersten Blick den Einsichten der ökologischen und Architekturpsychologie und der dort erkannten Bedeutung von Barrierefreiheit und gelungener Umweltästhetik (z.B. Saup, 1993). Es scheint allerdings so zu sein (und dies ist im Privathaushalt gar nicht so unähnlich), dass objektive Umweltfaktoren in der subjektiven Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner keine erhebliche Rolle spielen, jedoch bedeutet dies eben nicht, dass diese für Lebensqualität insgesamt unerheblich wären. In diesem Zusammenhang sei die bislang umfassendste Literatursichtung von Calkins und Casella (2007) zur Rolle von Einzelzimmern im Vergleich zu Zwei- und Mehrbettzimmern in Heimen erwähnt, die allerdings primär angloamerikanische Arbeiten berücksichtigt. Es zeigt sich, dass der ganz überwiegende Teil der älteren Menschen selbst Einzelzimmer präferiert, dass die Verfügbarkeit von Einzelzimmern zwischenzeitlich zu einem der entscheidendsten

Auswahlkriterien für Ältere und ihre Angehörigen geworden ist, dass Ängste und aggressives Verhalten in Einrichtungen mit höherer Einzelzimmerquote niedriger sind, dass die Pneumonierate (führende Todesursache in amerikanischen Heimen) bei höherer Einzelzimmerquote niedriger ist, und dass die Betriebskosten von Mehrbettzimmern höher sein können (z.B. Reinigungskosten, häufigere Umzüge, Investment zum Umgang mit Konflikten).

In Gruppendiskussionen auf der Grundlage von 400 Bewohner/innen aus 70 Heimen, die Spalding und Frank bereits im Jahr 1985 durchführten, wurden angemessene Umgangsformen des Betreuungspersonals, eine Vertrautheit und Sicherheit vermittelnde Wohnatmosphäre sowie eine qualitativ hochwertige Speiserversorgung als wichtigste „Indikatoren für Lebens- und Pflegequalität“ genannt. Kane und Kane (2003, 2005) gehen in ihren relativ umfangreichen Studien (es sind wohl die größten Studien, die bislang in diesem Bereich überhaupt durchgeführt wurden) von den folgenden Dimensionen aus: körperliches Wohlbefinden (physical comfort); Sicherheit (security); Unterstützung bei Einschränkungen (functional competence); Essen und Trinken (food enjoyment); Anregung und sinnvolle Beschäftigung (meaningful activity); soziale Kontakte und Beziehungen (relationships); Würde (dignity); Privatheit (privacy); Religiosität und Sinnggebung (spiritual well-being); Selbstbestimmung (autonomy). Untersucht wurden rund 2000 Bewohner/innen aus 40 Heimen in fünf US-Bundesstaaten vor. Mit auskunftsfähigen Bewohner/innen wurde ein standardisiertes Interview anhand von 45 Fragen auf einer Skala von 1 (geringe Lebensqualität) bis 4 (hohe Lebensqualität) durchgeführt. Zu einem Teil dieser Bewohner/innen liegen auch Fremdeinschätzungen durch das Pflegepersonal und durch Familienangehörige vor. Insgesamt wurden die Lebensqualitätsaspekte von den Bewohner/innen überwiegend positiv beurteilt und zwar in der folgenden Abfolge: Würde, Sicherheit, Privatheit, Autonomie, Unterstützung bei Einschränkungen, Essen und Trinken, Religiosität und Sinnggebung, soziale Kontakte und Beziehungen, körperliches Wohlbefinden, Anregung und sinnvolle Beschäftigung. Das Pflegepersonal schätzte die Lebensqualität in der Mehrzahl der Aspekte günstiger ein als die Betroffenen selbst. Ein differenzierteres Bild zeigte sich dagegen bei den Familienangehörigen, welche mehrere Lebensqualitätsaspekte günstiger (Würde, Privatheit, Selbstbestimmung), andere dagegen ungünstiger einschätzten als die Bewohner selbst (Unterstützung, Anregung und sinnvolle Beschäftigung, körperliches Wohlbefinden). Darüber hinaus beurteilten die Angehörigen sämtliche Aspekte ungünstiger als das Pflegepersonal.

Insgesamt kann aus solchen Befunden der Schluss gezogen werden, dass sich keine der möglichen Datenquellen (insbesondere Bewohner, Pflegepersonal, Familienangehörige) für sich alleine genommen als zuverlässige bzw. ausreichende Auskunftsource zur Einschätzung der Lebensqualität der Bewohner eignet. Vielmehr besitzen alle Perspektiven ihre Berechtigung, wobei im Falle von an Demenz Erkrankten den Einschätzungen des Pflegepersonals und von Angehörigen eine besondere Bedeutung zukommt.²

² Wir gehen an dieser Stelle nicht auf die unterschiedlichsten Quellen möglicher Urteilsverzerrung bei solchen Studien ein. Hingewiesen sei nur auf die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit

Kritisch sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Lebensqualitätsforschung in Heimen die Bedeutung von Geschlechtsunterschieden vernachlässigt hat. Geschlechtsunterschiede sind in der gerontologischen Forschung bislang generell wenig systematisch und theoriegetrieben beachtet worden (Smith & Jopp, 2005) und nicht selten scheint auch in Heimen seitens der Professionellen eine Tendenz dahingehend zu bestehen, die Heimbewohnerschaft primär „geschlechtsneutral“ zu betrachten. Gefordert wird zunehmend auch im Heimbereich eine stärkere Beachtung von Geschlechtsunterschieden (z.B. Intimsituationen der Pflege, Aktivitäten, Hobby-Pflege; vgl. allgemein zu Pflege und Geschlecht z.B. Miers, 2000). Ebenso müssen Aspekte einer kultursensiblen Pflege und eines kultursensiblen Wohnens in Zukunft in stärkerem Maße in die Lebensqualitätsdiskussion in Heimen Eingang finden (BMFSFJ, 2006a).

Besondere Beachtung hat in den letzten Jahren die Frage erfahren, wie die Lebensqualität von Demenzkranken inhaltlich und methodisch angemessen erfasst werden kann (vgl. dazu auch Kapitel 3 dieses Buches). Das „Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz“ (H.I.L.DE.) ist wohl das bislang in Deutschland umfassendste und am weitesten gediehene Projekt, um das Konzept der Lebensqualität in hoch differenzierter Weise auch in Bezug auf Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit Demenz fruchtbar zu machen (Becker, Kruse, Schöder & Seidl, 2005; Becker, Kaspar & Kruse, 2006). Verfolgt wird ein mehrdimensionaler Ansatz, bei dem insbesondere die Aspekte räumliche Umwelt, soziale Umwelt, Betreuungsqualität, Verhaltenskompetenz, medizinisch-funktionaler Status, kognitiver Status, Psychopathologie / Verhaltensauffälligkeiten und subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit in umfassender Weise beachtet werden. Besonders bemerkenswert sind die in H.I.L.DE. erfolgenden Anstrengungen, das emotionale Erleben von an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern unter Nutzung relevanter Orte (wie eigenes Zimmer, gewohnter Essplatz) möglichst genau anhand eines praktikablen Kodiersystems abzubilden. Auch in diesem Projekt zeigen sich bislang bedeutsame Perspektivenunterschiede zwischen Pflegepersonal und Angehörigen, wobei letztere mehr positiv erlebte Situationen nannten. Insofern wird in der stärkeren Sensibilisierung von Pflegepersonal für Alltagssituationen von Demenzkranken, die mit positiven Affekten verknüpft sind, eine wesentliche Praxisimplikation des Instruments gesehen.³

Abschließend sei darauf verwiesen, dass die in den zurückliegenden 10 Jahren nicht zuletzt auf Grund von gesetzlichen Vorgaben expandierten Anstrengungen zur Qualitätssicherung in Einrichtungen (z.B. BMFSFJ, 2006a; Beikirch & Klie, 2007) auf der Forschungs- und Praxisebene in engem Zusammenhang mit der Lebensqualitätsforschung in Heimen stehen. Letztlich geht es darum, Lebensqualität in all ihren Dimensionen so explizit wie möglich zu machen und alle Bestrebungen zum Erhalt und zur Verbesserung von Lebensqualität einer nach innen und außen transparenten Prüfung zu unterziehen. Dies verbindet sich mit einer auch in der deutschen Heimlandschaft zunehmenden Kultur einer evidenz-basierten Diskussion, wie sie vor allem durch die „evidence based medicine“ angestoßen wurde. Auf der einen Seite sollte danach nicht

³ Wir behandeln an dieser Stelle keine weiteren Assessment-Instrumente wie das Dementia Care Mapping; wichtige Befunde zu diesem und weiteren Instrumente mit Bedeutung für den Heimkontext enthält ein im Jahre 2005 erschienenes „Special Issue“ der Zeitschrift „The Gerontologist“.

zuletzt auch verfügbare wissenschaftliche Evidenz eine entscheidende Handlungsmaxime von Professionalität im Heimbereich sein. Auf der anderen Seite geht der Anspruch dahin, das Erreichte systematisch mit Methoden einzuschätzen, die im weitesten Sinne auch wissenschaftlichen Charakter besitzen und entsprechend ausgewertet werden können (z.B. Einsatz von Instrumenten in Richtung „Kundenbefragung“ bzw. „Kundenzufriedenheit“).

1.6.2 Versorgungskonzepte und Interventionsansätze

Wissenschaftliche Evidenz ist auch dort gefragt, wo es um konkurrierende Versorgungs- und Interventionskonzepte im Heimbereich, speziell in Bezug auf die bestmögliche Betreuung und Versorgung von an Demenz erkrankten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern geht. Wiederum steht letztlich die Frage im Raum, welches Konzept für die *Lebensqualität* der Bewohner einschließlich der möglichen Beeinflussung von Krankheitsverläufen die überzeugendere Alternative darstellt (Albert, 2004). Gegenüberzustellen sind insbesondere *integrative* (es erfolgt keine räumlich-organisatorische Trennung zwischen kognitive beeinträchtigten und kognitiv nicht beeinträchtigten Bewohnern), *teilintegrative* (oder teilsegregative) (vor allem spezielle Tagesgruppen für Demenzkranke) und *segregative* Versorgungsformen (spezielle Wohnbereiche nur für demenzkranke Bewohner; bisweilen ist auch von Domusprinzip die Rede).⁴

Obgleich die Notwendigkeit evidenz-basierten Handelns gerade in diesem Bereich auf Grund der quantitativ und qualitativ großen Bedeutung der Demenzkranken in Einrichtungen (vgl. dazu auch Kapitel 3 in diesem Band) überaus groß ist, stellt sich die gegenwärtige Forschungssituation in Deutschland als eng begrenzt dar. Die seit etwa den 1980er Jahren vorgelegten Befunde von Studien aus dem internationalen, vor allem dem nordamerikanischen Raum zu „special care units“ (SCU; wohlwissend, dass sich hinter dieser Bezeichnung eine große Heterogenität von segregativen Versorgungsformen verbirgt) sind bislang inkonsistent geblieben bzw. sie haben positive Effekte, aber bisweilen auch „Null“-Effekte erbracht (z.B. Holmes et al., 2000).

Entscheidend scheint vor allem zu sein, welche „Outcome“-Bereiche betrachtet werden (z.B. Albert, 2004). So existiert substanzielle Evidenz dafür, dass SCU im Vergleich zu Kontrollbedingungen (in der Regel integrative Versorgungsmodelle) einhergehen mit Verbesserungen in Kommunikationsfertigkeiten, sozialer Aktivität, einem verlangsamten Verlust in Alltagskompetenz und einem vermehrten Ausdruck positiver Affekte bzw. einer Reduktion im Zeigen negativer Affekte (Day, Carreon & Stump, 2000; Reimer, Slaughter, Donaldson, Currie & Eliasziw, 2004). Ferner unterstützen die Befunde die Annahme einer Reduzierung von Verhaltensauffälligkeiten, abnormen Mobilitätsmustern und apathischem Verhalten durch SCU. Auch wurden auf Seiten der Angehörigen reduzierte Belastungen und auf Seiten der Professionellen erhöhte Kompetenzgefühle und Arbeitszufriedenheit in SCU gefunden. Andererseits ergaben sich in den meisten Studien keine bedeutsamen Effekte von SCU im Hinblick auf die kognitive Leistungsfä-

⁴ Wir gehen an dieser Stelle nicht auf einzelne Varianten wie bei den segregativen Versorgungsformen die Hausgemeinschaften ein (vgl. z.B. BMFSFJ, 2006a).

higkeit und die grundlegende Alltagskompetenz. Nicht selten treten auch nicht leicht zu erklärende Befunddiskrepanzen innerhalb einer Studie auf. So wurden beispielsweise in der methodisch anspruchsvollen Studie von Reimer et al. (2004) in den eingesetzten Beobachtungsmaßen positive Effekte von SCU in den Bereichen Alltagskompetenz, Ängstlichkeit und Affekt gefunden, nicht jedoch in den ebenfalls erhobenen „Proxy“-Maßen (Angehörige, Personal).

In Bezug auf die deutsche Forschungssituation verdient insbesondere die Evaluation des Hamburger Modells besondere Beachtung (Weyerer, Schäufele & Hendlmeier, 2005). Hintergrund sind bereits im Jahre 1999 getroffene Vereinbarungen zwischen Anbieterverbänden, Pflegekassen und Sozialbehörde im Sinne der Schaffung besonderer stationärer Bedingungen zur Betreuung von Demenzkranken. Folgende Kriterien sind Voraussetzung für die Aufnahme in dieses Versorgungskonzept: Diagnose einer irreversiblen Demenzerkrankung, mindestens Pflegestufe 2, schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten und noch weitgehend erhaltene Mobilität als Voraussetzung für Gruppenaktivitäten und Teilnahme am Gemeinschaftsleben. Es existieren sowohl teil-segregative als auch segregative Versorgungsbereiche. Ziele der Untersuchung waren der Vergleich dieser beiden Versorgungskonzepte und der Kontrast beider Konzepte mit der traditionell integrativen Betreuung von Demenzkranken.

In Bezug auf die erste Zielsetzung ergab sich keine eindeutige Befundlage zu Lasten bzw. zu Gunsten des einen oder anderen Modells. So war beispielsweise im teilsegregativen Versorgungsmodell die Aktivitätsrate höher und konnte im zeitlichen Verlauf besser aufrechterhalten bleiben, während im segregativen Modell häufiger biografische Informationen erhoben wurden und der Anteil der gerontopsychiatrisch behandelten Personen höher war. Auch erhielten Demenzkranke im segregativen Modell häufiger psychotrope Medikamente, vor allem Antidementiva und Antidepressiva. Im Vergleich zur traditionell integrativen Versorgung fanden sich deutliche Hinweise auf Vorzüge des Hamburger Modells (z.B. höhere Rate an positiven Gefühlen, mehr kompetenzfördernde Aktivitäten, stärkere Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen, weniger freiheitsentziehende Maßnahmen), jedoch ging die Rate der Verhaltensauffälligkeiten im traditionell integrativen Versorgungsmodell im Zeitverlauf etwas stärker zurück.

Diese insgesamt ermutigenden Befunde im Hinblick auf positive Effekte spezieller Versorgungsbereiche für Demenzkranke zwar bei weitem nicht in allen, jedoch in bedeutsamen Teilbereichen ihrer Lebensqualität bestätigte sich zumindest teilweise auch in anderen Untersuchungen (z.B. Dettbarn-Reggentin, 2005; Schäufele, Teufel, Hendlmeier, Köhler & Weyerer, in Druck).

Offensichtlich existiert gerade in diesem Bereich ein bislang weitgehend ungedeckter Bedarf nach methodisch hochwertiger Evidenz, und die derzeit intensiv geführte Diskussion über die besten Versorgungsmodelle für Demenzkranke kann ohne solche Evidenz wohl kaum zu tragfähigen Perspektiven „in der Fläche“ führen. Dies gilt auch in Bezug auf die Evaluation von Programmen zur Verbesserung des demenzbezogenen Wissens und der entsprechenden Kompetenzen des Pflegepersonals. Wie eine Reviewarbeit von Kuske et al. (2006) zeigte, ist die Mehrzahl derartiger Studien bislang

in den USA durchgeführt worden, wobei zwar in der Regel positive Ergebnisse von Schulungsprogrammen berichtet wurden, jedoch die methodische Qualität der meisten Studien deutlich eingeschränkt war. Studien aus dem europäischen Ausland bzw. aus Deutschland liegen hingegen kaum vor.

Zusammenfassend kann resümiert werden, dass Forschung in Heimen seit geraumer Zeit zu den zentralen Aspekten der sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Gerontologie gehört, jedoch haben sich in den zurückliegenden Jahren ihr Charakter und ihre Fragestellungen vor allem durch den starken Anstieg des Anteils der an Demenz erkrankten Bewohner bzw. komplexer Pflegebedarflagen deutlich gewandelt. Die derzeit vorherrschende starke Orientierung der Forschung an dem Aspekt der Lebensqualität der in Einrichtungen lebenden Menschen geht einher mit einer insgesamt wohl noch nie so stark gewesenen Nachfrage nach Evidenz zur Untermauerung von anstehenden Entscheidungen (vor allem im Hinblick auf unterschiedliche Versorgungsmodelle) und zur Qualitätssicherung ganz allgemein. Insgesamt ist zu konstatieren, dass sich in den letzten Jahren in einzelnen Bereichen (z.B. im Hinblick auf spezifische Lebensqualitätsmerkmale von Demenzkranken, die Vor- und Nachteile von Versorgungsmodellen für Demenzkranke) die Forschungssituation deutlich verbessert hat. Die Studie MUG IV will auf unterschiedlichen Ebenen zu einer weiteren Optimierung dieses wissenschaftlichen Erkenntnisstands und zur Reduzierung existierender Erkenntnislücken beitragen.

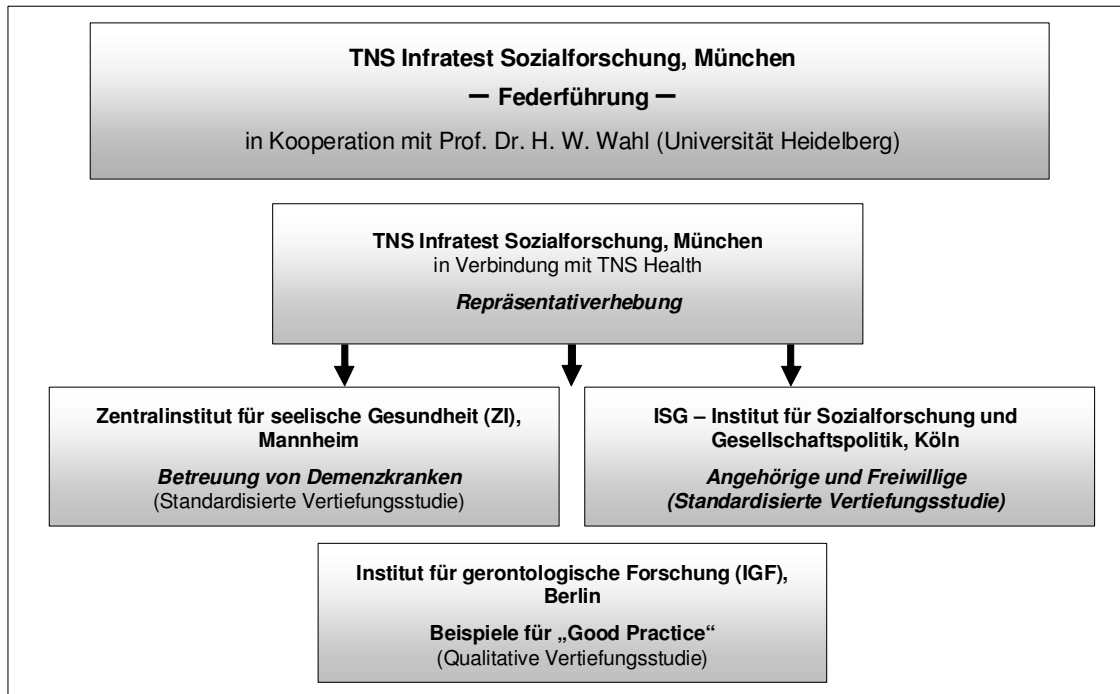
1.7 Untersuchung MUG IV: Design und Forschungsverbund

Für die Untersuchung ist auch diesmal wieder ein Forschungsverbund gebildet worden, bestehend aus (vgl. auch Abbildung 1.2):

- TNS Infratest Sozialforschung, München (Federführung) in Verbindung mit TNS Healthcare, München und Prof. Dr. Hans Werner Wahl (Heidelberg)
- Institut für gerontologische Forschung e.V. (IGF), Berlin
- Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. (ISG), Köln
- Arbeitsgruppe für Psychogeriatric am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Mannheim

Charakteristisches Merkmal der MuG-Untersuchungen ist ein integriertes Studiendesign. Hierbei wird in einem ersten Schritt eine breit angelegte Repräsentativerhebung durchgeführt, die dann in einem zweiten Schritt durch vertiefende Zusatzuntersuchungen ergänzt wird.

Abbildung 1.2
Der Forschungsverbund MuG IV



Eigene Darstellung

Dieses bewährte Design, bei dem verschiedene fachlich einschlägig ausgewiesene Institute miteinander kooperieren, ist auch der neuen Studie MuG IV zugrunde gelegt.

- TNS Infratest Sozialforschung hat in Verbindung mit TNS Healthcare (ehemals Infratest Gesundheitsforschung) eine Repräsentativerhebung zur Anzahl und Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen durchgeführt. Die Erhebung hat sich in ihren zentralen Instrumenten und in der Methodik an dem Untersuchungskonzept, das von uns im Rahmen von MuG II entwickelt und 1994 erfolgreich durchgeführt wurde, orientiert. Dieser Zugang ermöglicht es, dass die aktuellen Ergebnisse mit den damals erhobenen Daten direkt verglichen werden können. Die Untersuchung bildet vor dem Hintergrund des „demografischen Wandels“ relevante Trends im Hilfe- und Pflegebedarf der Bevölkerung im Hinblick auf eine ggf. notwendige Unterbringung in einer vollstationären Alteneinrichtung ab. Dabei werden die Veränderungen dargestellt, die sich in diesem Bereich im letzten Jahrzehnt hinsichtlich der Versorgung und Betreuung ergeben haben. (Strukturveränderungen in den Einrichtungen und bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, relevante Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen, einbezogene Akteure etc.). Darüber hinaus bietet das Design eine direkte Vergleichsmöglichkeit zu den Ergebnissen der Repräsentativerhebung MuG III in Privathaushalten. MuG III und MuG IV ermöglichen zusammengefasst einen umfassenden Gesamtüberblick zur Lebenssituation und zur Versorgung und Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen in Deutschland.

Darauf aufbauend wurden vertiefende Zusatzuntersuchungen zu den in der Ausschreibung benannten Themenschwerpunkten durchgeführt.

- Die Arbeitsgruppe Psychogeriatric des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (ZI), Mannheim führte eine Untersuchung zur Versorgung und Betreuung von demenziell erkrankten älteren Menschen in Einrichtungen durch. Hierbei wurde die Möglichkeit genutzt, auf Grundlage der Ergebnisse der Repräsentativerhebung eine geeignete Substichprobe von Altenheimen zu ziehen, die sich sowohl aus Einrichtungen mit integrativer Versorgung, als auch aus Einrichtungen mit besonderen Wohn- und Betreuungskonzepten für Demenzkranke zusammensetzt und entsprechend kontrolliert werden konnte.
- Das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG), Köln erstellte eine Zusatzstudie zum Thema „Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in die Pflege und Betreuung“. Hierzu wurden bei einer weiteren Teilstichprobe von Einrichtungen zusätzliche standardisierte Erhebungen bei Mitarbeiter/innen, Angehörigen und Ehrenamtlichen durchgeführt.
- Das Institut für gerontologische Forschung (IGF), Berlin untersuchte anhand von „Good-Practice“ Beispielen die Bedingungen für eine qualitativ hochwertige Betreuung, Pflege und Versorgung in stationären Einrichtungen. Dazu wurden auf Basis von qualitativ angelegten Interviews und Beobachtungen in 8 ausgewählten Einrichtungen hemmende und fördernde Faktoren identifiziert und dargestellt, wie eine es gelingen kann, Qualitätsstandards in eine lebendige Praxis umzusetzen.

Auftraggeber der Untersuchung war auch diesmal wieder das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Die Studie wurde Anfang 2005 begonnen und Ende 2007 abgeschlossen.

Literatur

- Albert, S. M. (2004). The special care unit as a quality-of-life intervention for people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1214-1215.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Baltes, P. B. (2006). Human dignity & the limits of life. *Daedalus*, 135(1), 32-39.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. In W. Damon & R. M. Lerner (Hrsg.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (Bd. 1, S. 1029-1143). New York: Wiley.
- Becker, S., Kaspar, R., & Kruse, A. (2006). Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(5), 350-357.

- Becker, S., Kruse, A., Schröder, J., & Seidl, U. (2005). Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.D.E.). Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(2), 108-121.
- Beikirch, E., & Klie, T. (2007). Nationale Qualitätsniveaus. Multidisziplinäre Strategien zur Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(3), 147-157.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). (2006a). *Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner*. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). (2006b). *Charta der Rechte und Pflichten hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). (2006c). *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der BRD*. Berlin: BMFSFJ.
- Byrd, M. (1983). Letting the inmates run the asylum: The effect of control and choice on the institutional lives of older adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 3, 3-11.
- Calkins, M., & Casella, C. (2007). Exploring the coast and value of private versus shared bedrooms in nursing homes. *The Gerontologist*, 47(2), 169-183.
- Cohen, U., & Weisman, G. (1991). *Holding on to home: Designing environments for people with dementia*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Cohn, J., & Sugar, J. (1991). Determinants of quality of life in institutions: Perceptions of frail older residents, staff and families. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe & D. E. Deutchman (Hrsg.), *The concept of measurement of quality of life in the frail elderly* (S. 28-49). San Diego: Academic Press.
- Day, K., Carreon, D., & Stump, C. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: A review of the empirical research. *The Gerontologist*, 40(4), 397-416.
- Dettbarn-Reggentin, J. (2005). Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(2), 38-95.
- Dieck, M. (1994). Das Altenheim traditioneller Prägung ist tot. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* (S. 191-200). Bern: Huber.
- Dörner, K. (2007). *Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem*. Neumünster: Paranus Verlag.
- Gunzelmann, T., & Oswald, W. D. (2005). *Gerontologische Diagnostik und Assessment* (Bd. 15 - Grundriss Gerontologie). Stuttgart: Kohlhammer.
- Holmes, D., Teresi, J. A., & Ory, M. (2000). *Special care units*. Springer: New York.
- Kane, R. A. (2003). Definition, measurement and correlates of quality of life in nursing homes: Toward a reasonable practice, research and policy agenda. *The Gerontologist*, 43(Special Issue II), 28-36.
- Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., L., K. R., Giles, K., Degenholtz, H. B., et al. (2003). Quality of life measures for nursing home residents. *The Journals of Gerontology*, 58A(3), 240-248.

- Kane, R. L., Kane, R. A., Bershadsky, B., Degenholtz, H. B., Kling, K. C., Totten, A., et al. (2005). Proxy sources for information on nursing home residents' quality of life. *Journal of Gerontology*, *60B*(6), 318-325.
- Karl, F. (1999). Gerontologie und Soziale Gerontologie in Deutschland. In B. Jansen, F. Karl, H. Radebold & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis* (S. 20-46). Weinheim: Beltz.
- Kruse, A. (2005). Biografische Aspekte des Alterns - Lebensgeschichte und Diachronizität. In S.-H. Filipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (Bd. 6 - Enzyklopädie der Psychologie, S. 3-34). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A., & Wahl, H.-W. (Hrsg.). (1994). *Altern und Wohnen im Heim. Endstation oder Lebensort?* Bern: Huber.
- Kruse, A., & Wahl, H.-W. (in Druck). Psychische Ressourcen im Alter. In R. Süssmuth & A. Kruse (Hrsg.), *Altern neu denken*. Gütersloh: Bertelsmann.
- Kuske, B., Stephanie, H.-. Luck, T., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2007). Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, *19*, 818-841.
- Lehr, U. (2000). *Psychologie des Alterns*. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Martin, M. (2005). Pflegeinstitutionen. In S.-H. Filipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (Bd. 6 - Enzyklopädie der Psychologie, S. 596-622). Göttingen: Hogrefe.
- MDS - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen. (2007). *2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege*. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen.
- Miers, M. (2000). *Sexus und Pflege*. Bern: Huber.
- Oeppen, J., & Vaupel, J. W. (2002). Broken limits to life expectancy. *Science*, *296*(10 may), 1029-1031.
- Oswald, F., Wahl, H.-W., Zimmer, A., Teufel, S., & Langer, N. (2007). *Entwicklung eines Instruments zur praxisnahen Messung von Lebensqualität im stationären Kontext. (Ein Projekt im Auftrag der Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung, Sindelfingen)* (Abschlussbericht). Heidelberg: Psychologisches Institut, Abt. für Psychologische Altersforschung.
- Reichert, M., & Wahl, H.-W. (1992). Psychologische Forschung in Alten- und Altenpflegeheimen in den achtziger Jahren. Teil II: Personal, Heime als "Systeme", Interventionsforschung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, *5*, 87-113.
- Reimer, M. A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G., & Eiliasziw, M. (2004). Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*, 1085-1092.
- Rupprecht, R. (2006). Lebensqualität. In W. D. Oswald, U. M. Lehr, C. Sieber & J. Kornhuber (Hrsg.), *Gerontologie, Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe* (3. Aufl., S. 242-247). Stuttgart: Kohlhammer.
- Saup, W. (1993). *Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Saup, W., & Schröppel, H. (1993). *Wenn Altenheimbewohner selbst bestimmen können. Möglichkeiten und Grenzen der Interventionsgerontologie*. Augsburg: Verlag für Gerontologie.
- Schaeffer, D., & Wingenfeld, K. (2004). Pflegerische Versorgung alter Menschen. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. (S. 477-490). Bern: Hans Huber.
- Schäufele, M., Teufel, S., Hendlmeier, I., Köhler, L., & Weyerer, S. (in Druck). *Demenzkranke in der stationären Altenhilfe: Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs*.
- Schneekloth, U., & Müller, U. (1997). *Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht der Infratest-Heimerhebung 1994* (Bd. 147.2 - Schriftenreihe des BMFSFJ). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Smith, J., & Jopp, D. (2005). Geschlechterdifferenzen im Alter(n). In S.-H. Filipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (Bd. 6 - Enzyklopädie der Psychologie, S. 501-524). Göttingen: Hogrefe.
- Spalding, J., & Frank, B. W. (1985). Quality care from the resident's point of view. *American Health Care Association Journal*, 1985(7), 3-7.
- Wahl, H.-W. (2005, Oktober). *Lebensqualität in Altenzentren: Ein Thema zwischen Forschung und Praxis*. Vortrag beim Sindelfinger Fachgespräch der Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung, Sindelfingen.
- Wahl, H.-W., & Oswald, F. (2005). Sozial-ökologische Aspekte des Alterns. In S.-H. Filipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (Bd. 6 - Enzyklopädie der Psychologie, S. 209-250). Göttingen: Hogrefe.
- Wahl, H.-W., & Oswald, F. (in Druck). Ökologische Bedingungen der Gesundheitserhaltung älterer Menschen. In A. Kuhlmeier & D. Schaeffer (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Wahl, H.-W., & Reichert, M. (1991). Psychologische Forschung in Alten- und Altenpflegeheimen in den achtziger Jahren. Teil I: Forschungszugänge zu den Heimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4, 233-255.
- Wahl, H.-W., & Reichert, M. (1994). Übersiedlung und Wohnen im Heim als Lebensaufgabe. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim* (S. 15-48). Bern: Hans Huber.
- Weyerer, S., Schäufele, M., & Hendlmeier, I. (2005). Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(2), 85-94.
- Winter, H.-P., Gennrich, R. & Haß, P. (2002). *Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. KDA-Hausgemeinschaften. Eine Dokumentation von 34 Projekten*. Berlin: BMG Modellprojekte, Band 9.
- World Health Organization - WHO. (2001). *International Classification of Diseases (ICD)*. Geneva: WHO.

2. Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung

Ulrich Schneekloth und Ingolf von Törne

2.1 Einleitung

Vollstationäre Alteneinrichtungen bilden in Deutschland trotz der vielfältigen Kritik, die immer wieder gegen heimmäßig betriebene Pflegeangebote vorgebracht wird (Dörner 2007, Breitscheidel 2006, Fussek, Loerzer 2005), nach wie vor einen wichtigen Bestandteil der Regelversorgung.

Eine der zentralen Ergebnisse der 1994 durchgeführten Repräsentativerhebung im Projekt MuG II war, das auch die Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Alteneinrichtungen differenzierte Alltagskompetenzen und einen sehr unterschiedlichen Bedarf an Hilfe und Pflege aufweisen. Insbesondere die stark streuenden Verweildauern zwischen nur wenigen Monaten oder aber sehr vielen Jahren unterstreichen die Bedeutung, die neben einer fachgerechten Pflege auch den wohnlichen Aspekten und der im umfassenden Sinne zu realisierenden Lebensqualität zukommt (Schneekloth, Müller 1996).

Als eine Folge des sich u. a. vor dem Hintergrund der Einführung der Pflegeversicherung verstärkenden vollziehenden strukturellen Wandels wird in den letzten Jahren zunehmend darauf verwiesen, dass sich inzwischen im Bereich der stationären Altenhilfe wichtige Veränderungsprozesse hin zu einer sich stärker ausprägenden Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, einer abnehmenden Verweildauer sowie einer deutlichen Zunahme des Anteils von demenziell erkrankten Personen vollzogen haben (DV 2001). Parallel dazu haben sich allerdings auch die Rahmenbedingungen, z.B. im Bereich der infrastrukturellen Substanz (Modernisierung), dem Grad der Professionalisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder auch in Gestalt einer zunehmenden Verbreitung von Konzepten, die auf eher kleinräumig und wohngruppenorientierte Wohn- und Betreuungsformen sowie auf die explizite Einbeziehung von Angehörigen und auch ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern als „neue Akteure“ setzen, verändert. („Altenhilfestrukturen der Zukunft“: WIAD, TNS Healthcare, TNS Infratest Sozialforschung 2004, „KDA-Hausgemeinschaften“: Winter, Gennrich, Haß 2002).

Auffällig in diesem Zusammenhang ist allerdings, dass es zu den Veränderungsprozessen im Bereich der stationären Altenhilfe in Deutschland noch immer vergleichsweise wenig aussagekräftige und verallgemeinerbare Datenbestände gibt. Die seit 1999 beim Statistischen Bundesamt konsolidiert verfügbare Amtliche Pflegestatistik liefert inzwischen die erforderlichen Rahmendaten zum Beispiel zur Zahl der (voll-)stationär betriebenen Pflegeheime, zu deren Größe und Trägerstruktur, zum Personal, zur Höhe der Pflegesätze sowie zur Zahl der Pflegebedürftigen (Statistisches Bundesamt,

2-jährlich, lfd. Jahr).⁵ Ergebnisse zur Qualität der Pflege finden sich in den Prüfberichten des MDS (MDS 2007). Daten zu Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung sowie ebenfalls zur Zahl der Leistungsempfänger sind schließlich beim zuständigen Bundesministerium für Gesundheit abrufbar (BMG, lfd. Jahr).

Die verfügbaren amtlichen Datensätze schließen eine wesentliche Lücke in der Sozialberichterstattung. Die angesprochenen Strukturveränderungen im Hilfe- und Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die konzeptionellen Veränderungen in den Einrichtungen können auf Basis dieser Daten allerdings nicht analysiert werden.

2.2 Untersuchungskonzept und methodische Umsetzung

2.2.1 Forschungsfragen

Die Untersuchung zielt darauf ab, repräsentative Daten und Befunde zu erheben, die es ermöglichen, die Entwicklungsprozesse im Bereich der vollstationären Altenhilfe sowie die Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner fundiert und im Zusammenhang zu beurteilen.

Forschungsleitend sind die folgenden Fragestellungen:

- Welche strukturellen Veränderungsprozesse haben sich im letzten Jahrzehnt bezüglich des Hilfe- und Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner vollzogen?
- Wie haben sich die Lebensqualität und Versorgungssituation sowie die Spielräume zur Aufrechterhaltung einer möglichst selbständigen Lebensführung innerhalb von stationären Einrichtungen entwickelt?
- Wie stellt sich die Situation im Vergleich zur Betreuung und Versorgung in Privathaushalten dar?

Die Repräsentativerhebung kann Auskunft darüber geben, welchen Stellenwert und welche Bedeutung die möglichen Trends und Veränderungsprozesse im Vergleich zur Situation zu Beginn der 90iger Jahre bekommen haben. Methodisch wurde hierbei sichergestellt, dass die Ergebnisse unmittelbar mit den Daten der Repräsentativerhebung MuG II (Schneekloth, Müller 1994) vergleichbar sind.

2.2.2 Methodik

Mit der Repräsentativerhebung wurden im Rahmen einer bewohnerbezogenen Befragung aktuelle Daten zu den folgenden Bereichen gewonnen:

⁵ Der 2006 vorgelegte erste Heimbericht des BMFSFJ basiert ebenfalls im Wesentlichen auf dieser Datengrundlage (BMFSFJ 2006)

- demografische Merkmale der Bewohnerinnen und Bewohner,
- Art und Umfang der vorhandenen Aktivitätseinschränkungen und des Hilfe- und Pflegebedarfs,
- Versorgungs- und Betreuungssituation,
- Wohnliche Merkmale und soziale Kontakte.

Darüber hinaus wurden im Rahmen einer heimbezogenen Befragung Daten zu relevanten institutionellen Merkmalen erhoben:

- Art, Größe und Trägerschaft der Einrichtung,
- Versorgungskonzept und Ablauforganisation,
- Leistungsangebote,
- personelle Situation (Personal, Einbeziehung von Angehörigen und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer) und Pflegethemen.

Die Infratest Heim-Erhebung ist zum Jahresende 2005 als repräsentative Stichprobenerhebung durchgeführt worden. Befragt wurden die Pflegerinnen und Pfleger von insgesamt 4.229 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 609 Alteinrichtungen in Deutschland. Die Erhebung erfolgte persönlich-mündlich durch erfahrene und entsprechend geschulte Interviewerinnen und Interviewer.

Die Einrichtungen sowie die Bewohnerinnen und Bewohner, über die Auskünfte einzuholen waren, wurden streng nach einem mathematisch exakten Zufallsverfahren ausgewählt. Die Auswahl erfolgte in zwei Stufen. In einem ersten Schritt wurde eine plätze proportionale Stichprobe von vollstationären Einrichtungen aus dem Bereich der Altenhilfe gebildet. Hierbei wurde auf den Datenbestand des Altenheimadressbuches (Vincentz-Verlag, Stand von 2005), zurückgegriffen. Zur Grundgesamtheit der Untersuchung gehören alle im Altenheim-Adressbuch verzeichneten vollstationären Alteinrichtungen, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner auf Dauer leben. Neben den sog. vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen, die insgesamt oder für bestimmte Teile der Einrichtung einen stationären Versorgungsvertrag gemäß § 72, SGB XI „Soziale Pflegeversicherung“ abgeschlossen haben, wurden darüber hinaus auch solche Altenwohneinrichtungen mit berücksichtigt, die in Anlehnung an § 1 Heimgesetz vollstationär betrieben werden. Hierbei handelt es sich um solche Einrichtungen, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner ebenfalls auf Dauer wohnen und für die standardmäßig typische hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen (Mahlzeiten, Reinigung der Zimmer etc.) vorgesehen sind.

Nicht zur Grundgesamtheit gehören hingegen – abgesehen von den definitionsgemäß ausgeschlossenen Krankenhäusern, psychiatrischen Kliniken, Kur- oder Reha-Einrichtungen sowie den Heimen aus dem Bereich der Behindertenhilfe – teilstationäre Einrichtungen (Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege) sowie Seniorenwohnungen, Wohngemeinschaften oder sonstige Formen des sog. betreuten Wohnens, bei denen keine vollstationären Versorgungsangebote obligatorisch sind.

Als zweiter Schritt des Auswahlverfahrens wurden in jeder Einrichtung Informationen über sieben zufällig ausgewählte Bewohnerinnen und Bewohner eingeholt. Dabei wurden die Zielpersonen anhand der Bewohner-Kartei je nach Größe der Einrichtung in einem bestimmten Intervall ausgewählt. In einer Einrichtung mit 70 Bewohnerinnen und Bewohnern wurde dann z.B. vorgegeben, jede zehnte Person auszuwählen. In kleineren oder größeren Einrichtungen wurde ein entsprechendes Intervall gewählt. Um auch wirklich alle Bewohnerinnen und Bewohner, unabhängig von ihrer gesundheitlichen Situation und ihrem gegenwärtigen Befinden, mit einzubeziehen, wurde die Befragung einheitlich anhand von Fremdauskünften des zuständigen Pflege- oder Betreuungspersonals durchgeführt.

Tabelle 2.1
Stichprobendesign und Bearbeitung

	Bund	West	Ost
1. Stufe: Zufallsauswahl von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland			
Brutto (abs.)	1.116	916	190
Qualitätsneutrale Ausfälle (in %)			
Heim gehört nicht zur Zielgruppe	6,7	7,1	5,3
Heim existiert nicht	3,4	2,4	8,4
Heim nicht auffindbar	0,4	0,1	2,1
Brutto 2 (abzgl. QNA: abs.)	998	828	170
Realisierte Nettofallzahl (abs.)	609	506	103
Ausschöpfung (in %)	61,0	61,1	60,6
Ausfälle (in %)			
Heimleitung nicht erreichbar	2,1	1,9	2,9
Heimleitung nicht bereit (Zeitgründe)	15,4	15,5	15,3
Heimleitung generell nicht bereit	21,0	21,1	20,6
Sonstiges	0,4	0,4	0,6
2. Stufe: Zufallsauswahl von je 7 Bewohnerin- nen und Bewohner pro Einrichtung			
Brutto (abs.)	4.263	3.542	721
Realisierte Nettofallzahl	4.229	3.510	719
Vollständigkeitsquote (in %)	99,2	99,1	99,7

Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Die Ausschöpfung der Brutto-Stichprobe betrug 61,0 %. Wesentlich hierbei ist, dass sich Kooperation und Verweigerungen quer über die unterschiedlichen Einrichtungen verteilen. Eine Kontrolle der Netto-Stichprobe nach Größenklassen, Trägerschaft und Region ergab keine systematischen Auffälligkeiten. Die Netto-Stichprobe bildet von daher die Grundgesamtheit repräsentativ ab. In so gut wie allen Einrichtungen (99,2%) konnten die Informationen über die 7 ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohner erhoben werden. In 79% der Fälle wurden die Auskünfte von den jeweils zuständigen examinieren Pflege- oder Betreuungskräften, in weiteren 6% von den beteiligten Alten-

pflegehelferinnen und bei 1% von in der Einrichtung beschäftigten Sozialpädagoginnen gegeben. Für 14% der Bewohnerinnen und Bewohner wurden die Auskünfte von den zuständigen Heimleitungen gegeben. Dies trifft in der Regel auf kleine Einrichtungen zu, bei denen die Heimleitung unmittelbaren Kontakt zu den Bewohnern hat und entsprechende Auskünfte geben kann.

Sowohl die institutionenbezogenen Ergebnisse der Befragung bei den Heimleiterinnen und den Heimleitern als auch die bewohnerbezogene Erhebung wurden anhand der vorliegenden Daten der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, Stand von Ende 2003) hochgerechnet. Da die Pflegestatistik ausschließlich stationäre Pflegeeinrichtungen bzw. Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeplätzen umfasst, erfolgte die Hochrechnung der ebenfalls einbezogenen vollstationären Wohneinrichtungen ohne Versorgungsvertrag bzw. der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Wohnplätzen ungebunden anhand der vorliegenden Stichprobenergebnisse.

Die MuG-IV-Erhebung von 2005 kann mit den Ergebnissen von MuG II von 1994 im Querschnitt verglichen und entsprechend analysiert werden. Auf diese Weise ist es möglich, die Entwicklung im Bereich der vollstationären Versorgung im Zehnjahres-Verlauf im Trend darzustellen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, ausgewählte Indikatoren im Hilfe- und Pflegebedarf und in der Versorgungssituation mit den Daten von MuG III zur Lebenssituation von häuslich betreuten Hilfe- und Pflegebedürftigen zu vergleichen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Repräsentativerhebung dokumentiert und analysiert. Dargestellt werden die aktuellen Strukturen im Bereich der vollstationären Versorgung sowie die Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner. Trendaussagen beziehen sich auf den Vergleich der aktuellen Situation (Jahresende 2005) mit den Ergebnissen der MuG II Erhebung vom Jahresende 1994. Besondere Zusammenhänge wurden anhand von statistischen Modellanalysen ggf. gesondert abgesichert.

2.3 Institutionelle Merkmale

2.3.1 Zahl der Einrichtungen und grundlegende Strukturmerkmale

Heimtypen

Die Ergebnisse der TNS Infratest Heimerhebung 2005 geben einen repräsentativen Überblick über die Strukturen und die wichtigsten Entwicklungen im Bereich der vollstationären Altenhilfe. Nach den vorliegenden Ergebnissen wurden in Deutschland zum Jahresende 2005 etwas über 9.100 vollstationäre Altenheime betrieben. Mit einem Anteil von 97% verfügen fast alle dieser Einrichtungen über einen stationären Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI und sind demnach als vollstationäre Leistungserbringer im Rahmen der Pflegeversicherung anerkannt (vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen).

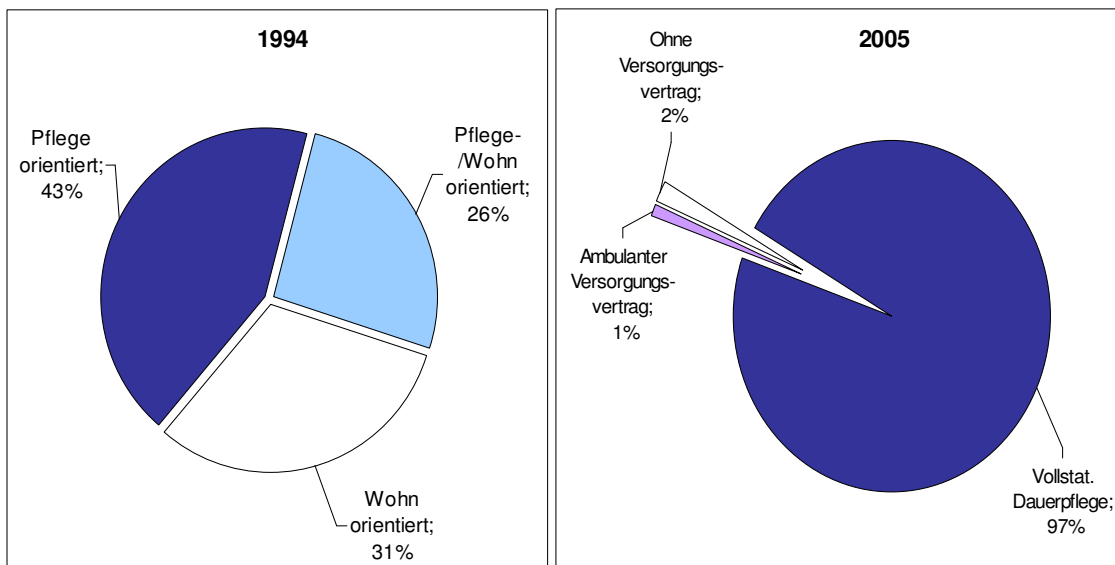
Tabelle 2.2**Zahl der Alteinrichtungen in Deutschland****Basis: Vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 im Vergleich zu 1994 (Absolut)**

	Bund	West	Ost
2005: Art der Einrichtung			
Vollstationäre Pflegeeinrichtung	8.791	7.420	1.371
Vollstationäre Wohneinrichtung mit ambulantem Versorgungsvertrag)	106	106	-
Sonstige vollstationäre Wohneinrichtungen ohne Versorgungsvertrag	208	117	91
Summe	9.105	7.643	1.462
1994: Fachliche Orientierung			
Pflegeorientiert	3.581	2.860	721
Pflege- /Wohnorientiert	2.136	1.791	345
Wohnorientiert	2.619	2.442	177
Summe	8.336	7.093	1.243

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

Hinzu kommt eine relativ kleine Anzahl von Altenwohneinrichtungen, die nach eigener Auskunft ebenfalls heimmäßig im Sinne des Heimgesetzes betrieben werden, jedoch über keinen oder aber einen ambulanten Versorgungsvertrag im Sinne des SGB XI verfügen. Vollstationäre Wohnformen mit obligatorischen Versorgungsleistungen („Hotelcharakter“), jedoch ohne die Möglichkeit, Pflegeleistungen mit der Pflegeversicherung abzurechnen, sind offenbar weder für die Bewohnerinnen und Bewohner, noch für die Betreiber attraktiv.

Ende 1994, vor Einführung der Pflegeversicherung, hatte sich die Situation im Bereich der vollstationären Altenhilfe noch etwas anders dargestellt. Zum damaligen Zeitpunkt war es üblich, die in den Einrichtungen verfügbaren Plätze nach den Kategorien „Altenpflegeplätze“, „Altenheimplätze“ und „Altenwohnplätze“ zu unterteilen. Nach den Ergebnissen der Infratest Heimerhebung 1994 (MuG II) waren zum damaligen Zeitpunkt 43% der Altenheime pflegeorientiert (75% und mehr Pflegeplätze), 26% waren sowohl pflege- als auch wohnorientiert und die restlichen 31% wohnorientiert (75% und mehr Altenheim- bzw. Wohnplätze). Auch wenn die damaligen Kategorien mit der heutigen Zuordnung der Einrichtungen als Leistungserbringer im Rahmen der Pflegeversicherung nicht kompatibel sind, so wird bereits an dieser Stelle der sich im letzten Jahrzehnt im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegeversicherung vollzogene Strukturwandel in der vollstationären Altenhilfe erkennbar.

Abbildung 2.1**Funktionswandel der vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland****- Einrichtungen nach fachlicher Orientierung 1994 und nach Versorgungsvertrag 2005**

TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Nicht zur Grundgesamtheit von MuG IV gehören die sog. „neuen Wohn- und Betreuungsformen“, wie z.B. das betreute Wohnen, Wohnen mit Service, beschützte Wohngemeinschaften etc. oder die reinen Wohnanlagen mit altengerechten Wohnungen und Serviceangeboten, in die sich Senioren und Seniorinnen einmieten oder aber Eigentum erwerben können.⁶ Diese Wohnformen im Übergangsbereich stehen nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung mehrheitlich als ambulante Angebote, die ihrem Charakter nach eine Fortführung der Lebensführung in eigener Häuslichkeit darstellen.⁷ Nach den Ergebnissen von MuG III leben ca. 60 Tsd. Hilfe- oder Pflegebedürftige und davon knapp 50 Tsd. mit Bezug zu Leistungen der Pflegeversicherung im ambulanten betreuten Wohnen oder in vergleichbaren Wohngruppen. Hierbei ist zu beachten, dass auch 1994 diejenigen Wohnformen, die nicht vollstationär im Sinne des Heimgesetzes betrieben wurden, ebenfalls nicht mit einbezogen waren.

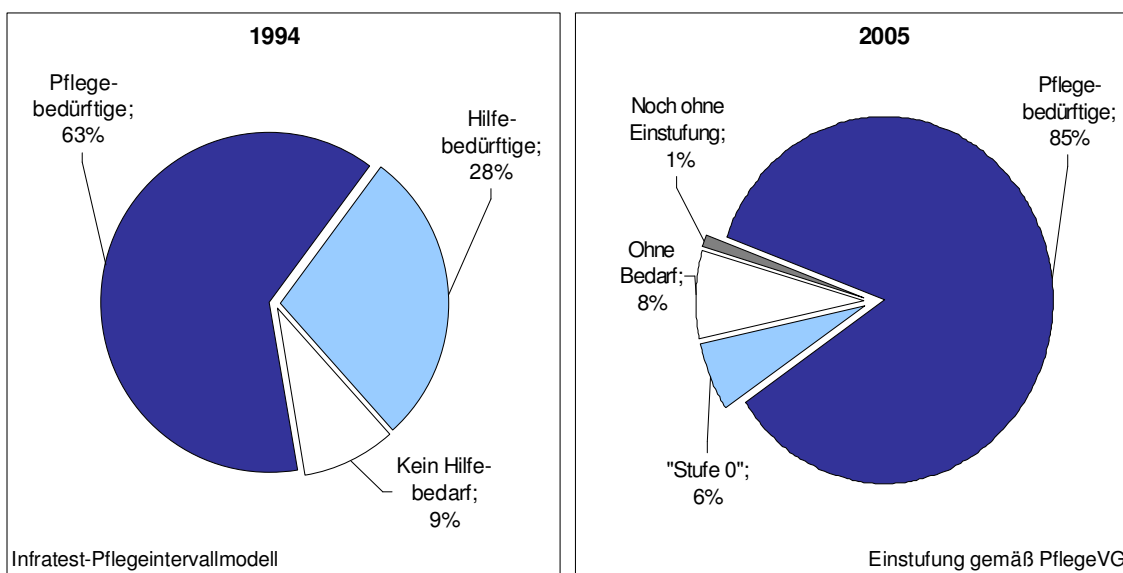
Im Vergleich betrachtet, hat sich die Zahl der vollstationären Alteinrichtungen von etwas über 8.300 im Jahr 1994 um knapp 10% auf etwas über 9.100 zum Zeitpunkt Ende 2005 erhöht. Bemerkenswert ist hierbei, dass sich die Zahl der Einrichtungen in den neuen Bundesländern in diesem Zeitraum um 17,6% im Vergleich zu 7,8% in den alten Bundesländern, etwas stärker erhöht hat.

⁶ Vgl. im Überblick: Kremer-Preis, U. und Stolartz, H. (2003)

⁷ Auch diese Einrichtungen wurden, sofern sie im Altenheimadressbuch eingetragen sind, kontaktiert und es wurde mit der Heimleitung geklärt, ob es sich um vollstationär betriebene Einrichtung im Sinne des Heimgesetzes oder um eine ambulante Wohnform handelt.

Ein Blick auf die Bewohnerinnen und Bewohner der vollstationären Alteneinrichtungen unterstreicht den bereits angesprochenen Strukturwandel in der stationären Versorgung. Zum Zeitpunkt Ende 2005 waren nach den Ergebnissen der aktuellen Erhebung 85% der Bewohnerinnen und Bewohner als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung eingestuft. 6% gehörten zur sog. „Stufe 0“, also zu den Personen, die ebenfalls hilfebedürftig sind, ohne Leistungen der Pflegeversicherung zu beziehen. 8% der Bewohnerinnen und Bewohner weisen gar keinen Hilfebedarf auf (reines Wohnen), während für 1% zum Zeitpunkt der Erhebung noch kein Einstufungsergebnis vorlag.

Abbildung 2.2
Funktionswandel der vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland
- Bewohnerinnen und Bewohner nach Hilfe- und Pflegebedarf (1994 und 2005)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

1994 wurde der Hilfe- oder Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner anhand des von uns zum damaligen Zeitpunkt entwickelten Infratest Pflegeintervallmodells eingestuft. Für den Bereich der häuslichen Pflege erwies sich das Infratest Pflegeintervallmodell als hochkompatibel mit den Ergebnissen der Pflegeversicherung (Schneekloth 2006). Im Bereich der stationären Versorgung trifft dies ebenfalls auf die Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit und sonstigen Hilfebedürftigen sowie Bewohnerinnen und Bewohner ohne Bedarf zu.⁸

Zum Zeitpunkt Ende 1994 betrug der Anteil der Pflegebedürftigen in den vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe 63%. Weitere 28% gehörten zu den sog. Hilfebedürftigen und 9% wiesen keinen Hilfe- oder Pflegebedarf auf.

⁸ Der Anteil der anhand des Infratest Pflegeintervallmodells als pflegebedürftig abgegrenzten Personen deckt sich relativ genau mit dem Anteil der Personen, die auch tatsächlich Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Vgl. dazu im folgenden Kapitel 2.4.4.

Absolut betrachtet lebten Ende 1994 661 Tsd. Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Einrichtungen. Rd. 420 Tsd. Bewohnerinnen und Bewohner gehörten zu den Personen mit Pflegebedarf. Im Jahr 2005 ist die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner auf inzwischen 749 Tsd. angestiegen. Die Zahl der Pflegebedürftigen gemäß SGB XI beläuft sich auf knapp 640 Tsd. Personen.⁹ Relativ betrachtet hat sich die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen von 1994 auf 2005 um etwa 13% erhöht. Die Zahl der Pflegebedürftigen hat sich dem gegenüber im gleichen Zeitraum (1994 = 100) um 52% vergrößert.

Die dargestellten Ergebnisse unterstreichen, dass sich der Bereich der vollstationären Altenhilfe im letzten Jahrzehnt inzwischen eindeutig zum Wohn- und Lebensort für nicht häuslich betreute Pflegebedürftige gewandelt hat. Wohnformen mit Betreuung für Seniorinnen und Senioren, die noch nicht im engeren Sinne pflegebedürftig sind, werden hingegen primär ambulant betrieben und sind von daher dem Bereich der häuslichen Lebensführung zuzuordnen. Insgesamt betrachtet bleibt es aber dabei, wie zuletzt auch in MuG III bestätigt, dass mit einem Anteil von in etwa 70%, die Mehrheit der Pflegebedürftigen häuslich betreut wird.

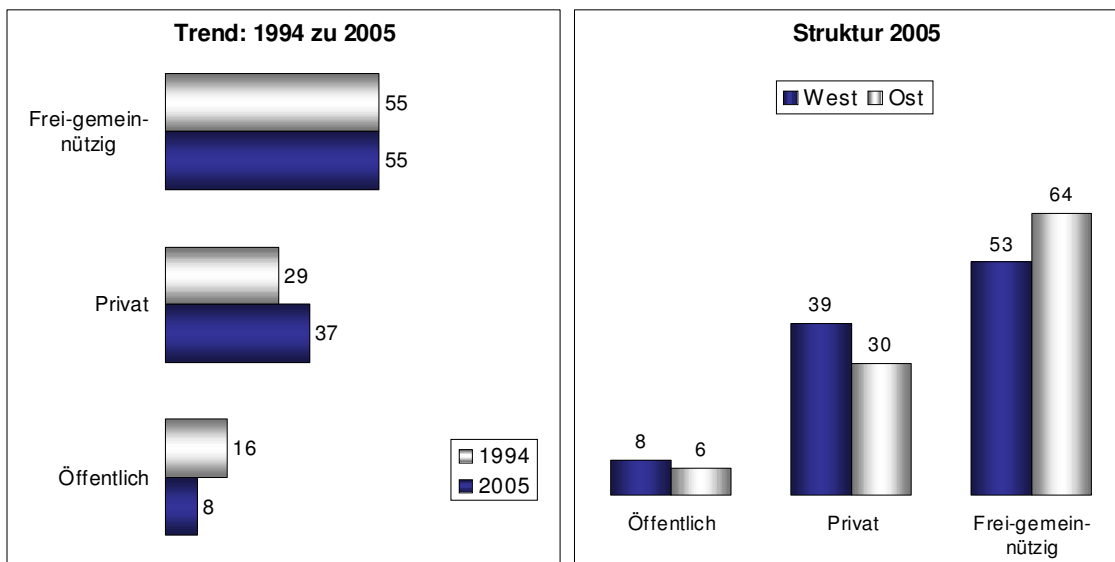
Verändert hat sich die Zusammensetzung der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen. Die große Mehrheit ist pflegebedürftig. Bewohnerinnen und Bewohner ohne Hilfe- und Pflegebedarf sind im Vergleich zu 1994 inzwischen deutlich weniger häufig dort anzutreffen. Damit ist allerdings noch nichts darüber ausgesagt, inwieweit sich auch der Pflegebedarf derjenigen, die sowohl damals als auch heute entsprechende Einschränkungen aufwiesen bzw. aufweisen, verändert hat. Diese Fragestellung wird in Kapitel 2.4.4 im Folgenden noch näher beleuchtet.

Träger

Mit einem Anteil von 55% wird die Mehrheit der vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland auch gegenwärtig frei gemeinnützig getragen (Caritas, Diakonie, DPWW und AWO). In den neuen Bundesländern beträgt der Anteil sogar 64% im Vergleich zu 53% in den alten Bundesländern. Privat getragen werden 37% der Einrichtungen, 30% in den neuen Bundesländern im Vergleich zu 39% in den alten Bundesländern. 8% der Einrichtungen werden öffentlichen und dabei in der Regel kommunalen getragen (6% in den neuen Bundesländern und 8% in den alten Bundesländern).

⁹ Bei dieser Hochrechnung sind ebenfalls die in etwa 5-10 Tsd. Pflegebedürftigen, die in vollstationären Einrichtungen ohne stationären Versorgungsvertrag leben, mit berücksichtigt. Pflegebedürftige, die ausschließlich teilstationäre Leistungen oder Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, sind hingegen, genau wie auch Bewohnerinnen und Bewohner von Behinderteneinrichtungen, hier nicht mit erfasst.

Abbildung 2.3
Vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland
- Trägerstruktur (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Im Vergleich zu 1994 fällt vor allen Dingen der im letzten Jahrzehnt deutlich gestiegene Anteil der privat getragenen Einrichtungen auf. (37% im Vergleich zu 29% im Jahr 1994). Der Anteil der öffentlich getragenen Einrichtungen ist hingegen im gleichen Zeitraum entsprechend rückläufig gewesen (8% im Vergleich zu 16% im Jahre 1994). Der Anteil der frei-gemeinnützig getragenen Einrichtungen ist hingegen konstant geblieben.

Größe

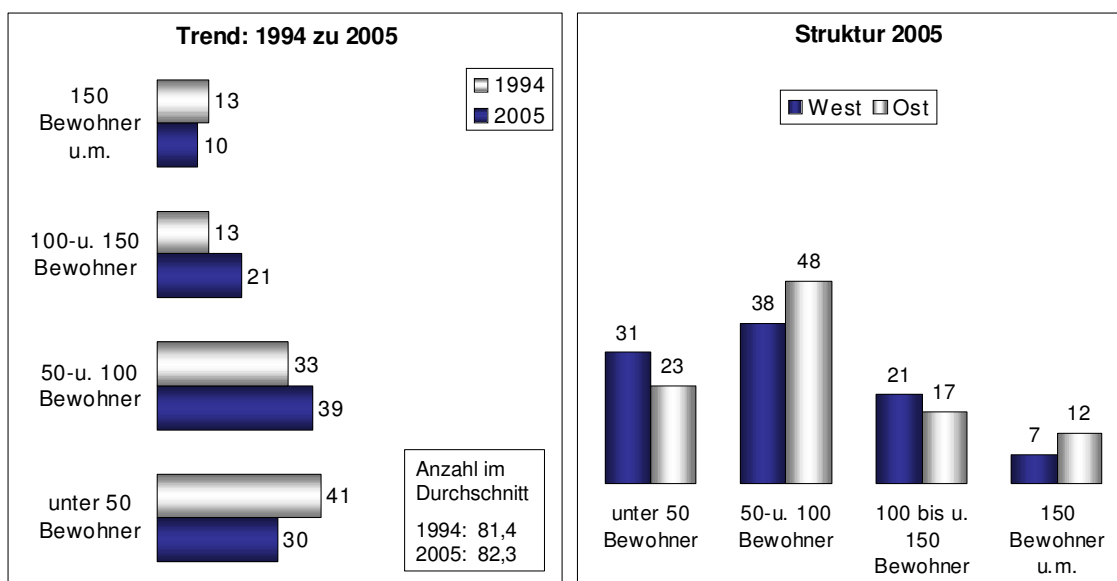
Im Durchschnitt leben in vollstationären Einrichtungen etwas über 82 (82,3) Bewohnerinnen und Bewohner. In 30% der Einrichtungen wohnen nicht mehr als 50, in 39% zwischen 50 bis unter 100, in 21% zwischen 100 bis unter 150 und in 10% 150 und mehr Bewohnerinnen und Bewohner. Mit im Durchschnitt 84 Bewohnerinnen und Bewohnern sind Einrichtungen in den neuen Bundesländern im Vergleich zu 81,5 Bewohnerinnen und Bewohnern in den alten Bundesländern etwas größer dimensioniert.

Relativ am größten sind mit durchschnittlich 98,4 Bewohnerinnen und Bewohnern öffentlich getragene Einrichtungen, gefolgt von frei gemeinnützig getragenen Häusern mit im Durchschnitt 92,9 Bewohnerinnen und Bewohnern. Alteinrichtungen privater Träger sind hingegen mit im Durchschnitt 63,4 Bewohnerinnen und Bewohnern deutlich kleiner.

Im Vergleich zu 1994 ist die durchschnittliche Größe von vollstationären Einrichtungen geringfügig von 81,4 Bewohnerinnen und Bewohnern auf 82,3 angestiegen. Rückläufig

ist hierbei vor allen Dingen der Anteil der sog. kleinen Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern gewesen. Betrug deren Anteil 1994 immerhin noch 31%, so weisen inzwischen nicht mehr als 23% der Einrichtungen eine entsprechende Größe auf. Verringert hat dabei vor allem der Anteil der ganz kleinen Einrichtungen, in denen weniger als 20 Bewohnerinnen und Bewohner leben. Insbesondere dieser Typ ordnet sich inzwischen eher dem ambulanten Bereich zu.¹⁰

Abbildung 2.4
Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland
- Bewohnerzahlen (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Lage der Einrichtungen

34% der vollstationären Alteneinrichtungen verweisen darauf, dass sie mehr oder weniger zentral in einer Stadt oder einer Ortschaft gelegen sind. 31% bezeichnen ihre Lage als zentrumsnah, 26% geben eine Randlage innerhalb einer Stadt oder einer Ortschaft an, während für 9% gilt, dass sie außerhalb geschlossener Ortschaften und demnach eher abgelegen angesiedelt sind. Generell gilt, dass die Einrichtungen in den alten Bundesländern zentraler und Einrichtungen in den neuen Bundesländern etwas entfernter von den Ortszentren liegen.

Unter siedlungsstrukturellen Gesichtspunkten betrachtet liegen 21% der Einrichtungen in den Kernbereichen von Ballungsräumen. Weitere 15% finden sich in sonstigen größeren Städten. 25% gehören zum Umland von Ballungsräumen oder größeren

¹⁰ Aus Gründen der Übersichtlichkeit haben wir die Größe an dieser Stelle über die Zahl der Bewohner definiert. An anderer Stelle beziehen wir uns hingegen auf die Zahl der Plätze. Die Abgrenzung über die Bewohnerzahl ist mit der Abgrenzung nach der Platzzahl dabei weitestgehend kongruent.

Städten. 23% liegen im Bereich von kleineren Stadtregionen und 16% im ländlichen Raum. (Abgrenzung gemäß BIK-Stadtregionen: BIK 2005).

Auf einen nutzbaren Frei- oder Grünbereich, wie etwa einen eigenen Garten, eine angrenzende Freifläche oder eine öffentliche Parkanlage, verweist so gut wie jede vollstationäre Altenheim Einrichtung.

Tabelle 2.3

Lage der Einrichtung

Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)

	Bund	West	Ost
Lage im Ort			
Zentrale Lage mitten im Ort	34	36	27
Zentrumsnahe Lage	31	31	30
Randlage innerhalb einer Stadt oder Ortschaft	26	25	30
Randlage außerhalb geschlossener Ortschaften	9	8	13
Nutzbarer Frei- oder Grünbereich (Garten, öff. Parkanlage, angrenzende Freifläche etc)	99	98	99

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Inbetriebnahme und Modernisierung

Mit einem Anteil von 71% ist die große Mehrheit der vollstationären Alteneinrichtungen bereits weit vor Einführung der Pflegeversicherung in Betrieb genommen worden. Zum Teil handelt es sich dabei um sehr alte Gebäude. Rund ein Viertel der Einrichtungen sind sogar Vorkriegsbauten. Neu in Betrieb genommen wurden seit 1996 in den alten Bundesländern 25% und in den neuen Bundesländern 28% der Einrichtungen

Der weitaus größte Teil ist allerdings in den letzten 10 Jahren umfassend modernisiert worden. Rechnet man die neu erbauten Einrichtungen hinzu, so wurden in den alten Bundesländern 44% der Häuser seit 2001, 29% zwischen 1996 und 2000 sowie 15% zwischen 1990 und 1995 erbaut oder umfassend modernisiert. In den neuen Bundesländern wurden 34% seit 2001, 32% zwischen 1996 und 2000 und 21% zwischen 1990 und 1995 neu erbaut oder modernisiert. Vor 1990 erbaut und seitdem nicht modernisiert wurden in den alten Bundesländern 11% und in den neuen Bundesländern 13% der Heime. Es kann von daher von einer kontinuierlichen Modernisierung im Bestand der vollstationären Alteneinrichtungen ausgegangen werden.

Tabelle 2.4**Inbetriebnahme und Modernisierung****Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)**

	Bund	West	Ost
Jahr der Inbetriebnahme			
Vor 1980	36	37	27
1980 bis 1990	19	20	10
1990 bis 1995	16	15	25
1996 bis 2000	13	13	14
2001 bis 2005	13	12	14
Keine Angabe	3	3	10
Baujahr / umfassende Modernisierung			
Vor 1980	6	4	13
1980 bis 1990	6	7	-
1990 bis 1995	15	14	21
1996 bis 2000	29	29	32
2001 bis 2005	42	44	34
Keine Angabe	2	2	-

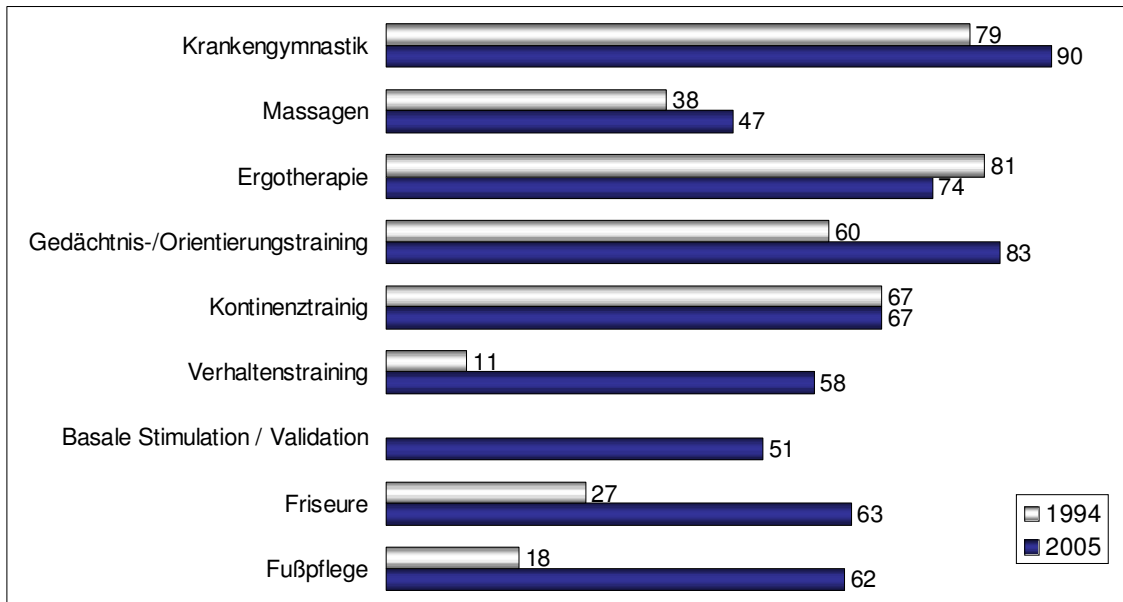
TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

2.3.2 Allgemeines Leistungsprofil und medizinische Versorgung***Therapeutische Angebote und sonstige Leistungen***

Als Bestandteil der Versorgung bieten vollstationäre Einrichtungen in Deutschland eine ganze Reihe sowohl an therapeutischen, als auch an sonstigen Versorgungs- oder Betreuungsmöglichkeiten an, die in der Regel vom Personal der Einrichtungen oder aber von zusätzlichen, auf Honorarbasis beschäftigten Fachkräften im Rahmen des Pflegesatzes in Abhängigkeit vom Bedarf mit erbracht werden.

Typisch für das Leistungsangebot von vollstationären Alteneinrichtungen sind krankengymnastische Maßnahmen (in 90% der Einrichtungen), Ergotherapie (74%) sowie zum Teil auch sonstige Anwendungen, wie etwa Massagen, Elektrotherapie u.ä. (47%). Im Vergleich zu 1994 sind die Angebote im Bereich der Ergotherapie sowie bei den Massagen allerdings rückläufig. 83% der Einrichtungen bieten Gedächtnis- und Orientierungstraining, 67% Kontinenztraining und weitere 58% zusätzliches Verhaltenstraining. Basale Stimulation oder Validation zur Betreuung von Demenzkranken wird mit 51% von jeder zweiten Einrichtung angeboten.

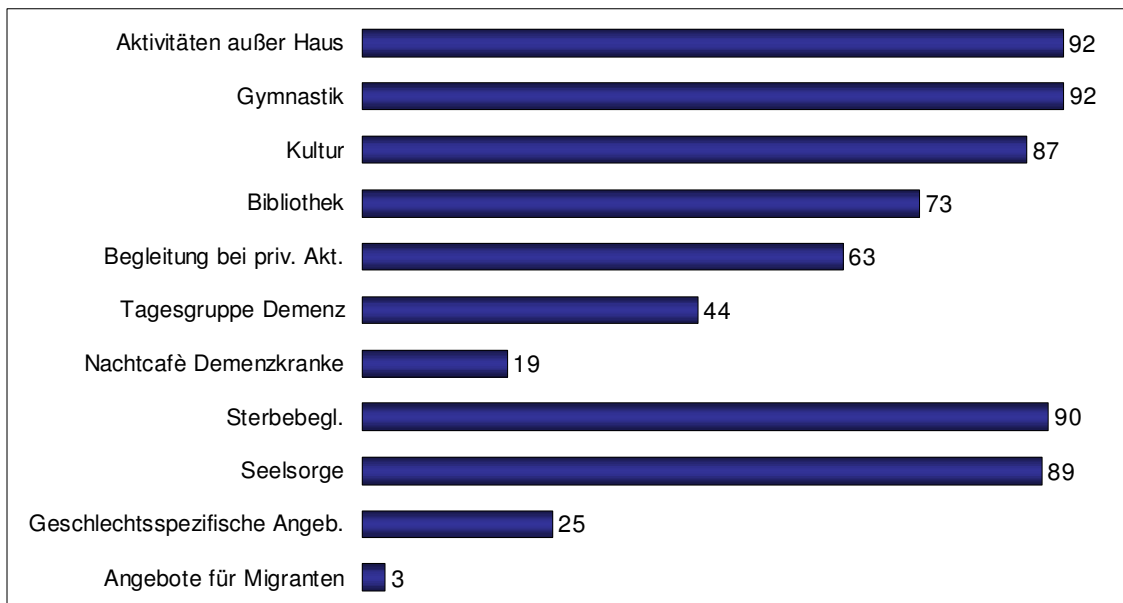
Abbildung 2.5
Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland
- Therapie- und Versorgungsangebote (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Fehlende Angaben 1994 nicht erhoben

Abbildung 2.6
Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland
- Betreuungs- und Freizeitangebote (2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

1994 nicht erhoben

Friseurleistungen und Fußpflege gehören, im Unterschied zur Situation im Jahr 1994, inzwischen bei zwei Dritteln der Einrichtungen ebenfalls mit zum Standardangebot.

Freizeitaktivitäten außer Hauses, Gymnastik oder Kulturveranstaltungen sind üblicher Bestandteil der sozialen Betreuung in vollstationären Alteneinrichtungen. Über eine Bibliothek verfügen 73% der Einrichtungen und weitere 63% geben an, dass die Bewohnerinnen und Bewohner bei privaten Aktivitäten ggf. begleitet werden können. Eine Tagesgruppe für Demenzkranke bieten 44% und ein Nachtcafé 19% an. Nach Auskunft der Einrichtungen gehört bei 89% der Einrichtungen auf Wunsch eine seelsorgerische Betreuung sowie bei 90% im Bedarfsfall inzwischen auch die Sterbebegleitung mit zu den Angeboten und Leistungen. Geschlechtsspezifische Aktivitäten gezielt für männliche oder weibliche Bewohnerinnen und Bewohner werden hingegen in nicht mehr als 25% der Einrichtungen organisiert. Auf Angebote von Migrantinnen und Migranten verweisen momentan nicht mehr als 3% der Häuser.

Tabelle 2.5

Leistungsangebote

Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)

	Einrichtungen insgesamt	Öffentliche Träger	Frei-gemeinnützige Träger	Private Träger
Therapeutische Angebote				
- Krankengymnastik	60	57	52	73
- Massagen	47	41	46	50
- Ergotherapie	74	75	70	79
- Gedächtnistraining	83	82	83	84
- Kontinenztraining	67	64	67	69
- Verhaltenstraining	58	46	52	70
- Basale Stimulation/Validation	51	53	47	57
- Friseur	63	59	63	65
- Fußpflege	62	59	61	64
Freizeitangebote				
- Aktivitäten außer Haus	92	97	90	94
- Gymnastik	92	100	92	91
- Kultur	87	81	86	90
- Bibliothek	73	70	70	77
- Begleitung bei priv. Aktivit.	63	62	56	73
- Tagesgruppe Demenz	44	42	42	46
- Nachtcafé Demenz	19	16	14	27
- Sterbebegleitung	90	87	92	88
- Seelsorge	89	93	90	86
- Geschlechtsspez. Angebote	25	24	23	28
- Angebote für Migranten	3	1	2	3

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Privat-gewerbliche Träger bieten in der Regel etwas häufiger und dabei auch eine etwas breitere Palette therapeutischer und allgemeiner Freizeitangeboten. Im Einzelnen fällt auf, dass mit 73% privat getragenen Heime im Vergleich zu 57% der öffentlichen und 52% der frei-gemeinnützigen Einrichtungen häufiger Krankengymnastik sowie mit 70% privat getragene Heime im Vergleich zu 46% der öffentlichen und 52% der frei-gemeinnützigen häufiger Verhaltensanleitung und mit 57% privat getragene Heime im Vergleich zu 53% der öffentlichen und 47% der frei-gemeinnützigen ebenfalls etwas häufiger basale Stimulation oder Validation anbieten. Bei den Freizeitaktivitäten verweisen 73% der privat getragenen Heime im Vergleich zu 62% der öffentlichen und 56% der frei-gemeinnützigen häufiger auf verfügbare Angebote zur Begleitung bei privaten Aktivitäten sowie 27% im Vergleich zu 16% und 14% auf ein Nachtcafé für Demenzkranke.

Tabelle 2.6**Leistungsangebote****Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)**

	Einrichtungen insgesamt	Unter 50 Plätze	50 bis unter 150 Plätze	150 Plätze und mehr
Therapeutische Angebote				
- Krankengymnastik	60	60	61	55
- Massagen	47	40	47	61
- Ergotherapie	74	73	73	77
- Gedächtnistraining	83	74	87	86
- Kontinenztraining	67	72	66	62
- Verhaltenstraining	58	57	57	63
- Basale Stimulation/Validation	51	48	53	51
- Friseur	63	64	64	61
- Fußpflege	62	64	62	58
Freizeitangebote				
- Aktivitäten außer Haus	92	90	93	95
- Gymnastik	92	82	96	99
- Kultur	87	77	90	98
- Bibliothek	73	60	77	83
- Begleitung bei priv. Aktivit.	63	67	61	56
- Tagesgruppe Demenz	44	42	42	46
- Nachtcafé Demenz	19	14	20	26
- Sterbebegleitung	90	83	93	92
- Seelsorge	89	93	90	86
- Geschlechtsspez. Angebote	25	17	27	38
- Angebote für Migranten	3	-	3	4

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Bezogen auf die Größe lassen sich bei den therapeutischen Angeboten, wenn man einmal alle zusammen betrachtet und die Häufigkeit der Nennungen insgesamt vergleicht, zwischen den Einrichtungen keine substantiellen Unterschiede feststellen. Bei den Freizeitangeboten haben hingegen große Einrichtungen etwas häufiger mehr Angebote, als kleinere Einrichtungen verfügbar (Gymnastik, Kulturangebote, Bibliothek).

Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner wird zum überwiegenden Teil individuell durch niedergelassene Ärzte, in der Regel Hausärzte, erbracht. Nicht mehr als 18% der Einrichtungen verweisen darauf, dass zum Zweck der Sicherstellung der medizinischen Versorgung feste Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten getroffen worden sind. Im Jahr 1994 galt dies noch für 38% aller Einrichtungen. Arztpraxen von niedergelassenen Ärzten innerhalb einer Einrichtung sind mit 3%, genauso wie auch fest angestellte Ärzte (in etwa 1% aller Einrichtungen), die Ausnahme. Mit einem Krankenhaus kooperieren 2% der vollstationären Alteneinrichtungen. Immerhin 55% der Einrichtungen geben an, dass es in der Einrichtung eine regelmäßige Beratung oder einen regelmäßigen Konziliardienst durch einen Gerontopsychiater oder durch einen gerontopsychiatrisch erfahrenen Arzt gibt

Tabelle 2.7

Organisation der medizinischen Versorgung

Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005 (Mehrfachnennungen in %)

	1994	2005
Individuelle Versorgung der Bewohner im Bedarfsfall durch niedergelassene Ärzte	87	93
Versorgung auf Basis von festen Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten	38	18
Einrichtungen mit integrierter Arztpraxis	3	3
Einrichtungen mit fest angestellten Ärzten	1	1
Durchschnittliche Zahl der Ärzte	1,9	1,4
Kooperation mit einem Krankenhaus	1	2
Regelmäßige gerontopsychiatrische Beratung oder Konziliardienst ¹⁾	-%	56

1)1994 nicht erhoben

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

Kleinere Einrichtungen mit weniger als 50 Plätzen haben mit 24% häufiger als größere Einrichtungen, bei 50 bis unter 150 Plätzen zu 16% und bei 150 Plätzen und mehr zu 13%, Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten. Eine eigene Arztpraxis gibt es hingegen so gut wie nur in großen Einrichtungen mit 150 und mehr Plätzen (10%). Auf ein gerontopsychiatrisches Konzil verweisen hingegen mit 67% häufiger größere Einrichtungen mit 150 und mehr Plätzen, im Vergleich zu 58% der Einrichtungen mit 50 bis unter 150 Plätzen und 41% der Einrichtungen mit weniger als 50 Plätzen.

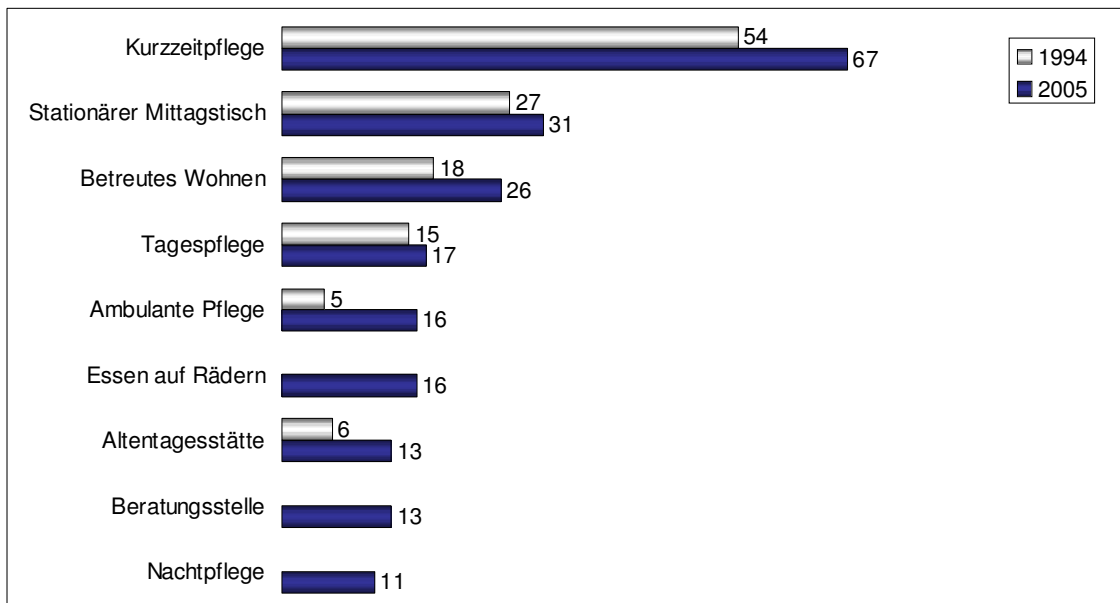
Differenziert nach dem Träger haben privat getragene Einrichtungen zu 27% häufiger als öffentliche zu 9% und frei-gemeinnützige zu 13% Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten. Auch auf eine Beratung durch einen gerontopsychiatrisch erfahrenen Arzt verweisen private Träger zu 57% häufiger als öffentlich getragene Häuser zu 44%. Von den frei-gemeinnützig getragenen Häusern geben dies ebenfalls 54% an.

Ambulante und teilstationäre Zusatzangebote

Neben der vollstationären Pflege und Versorgung bietet ein Großteil der Einrichtungen darüber hinaus auch ergänzende integrierte Hilfe- und Versorgungsangebote, die von Hilfe- oder Pflegebedürftigen oder aber auch ganz allgemein von Seniorinnen und Senioren, die im eigenen Privathaushalt wohnen, wahrgenommen werden können.

Mit 67% verfügen zwei Drittel der Einrichtungen über Angebote zur Kurzzeitpflege. Möglichkeiten einer Tagespflege bieten 17%, eine Nachtpflege 11% der Einrichtungen. 26% der Häuser haben Angebote im Rahmen des betreuten Wohnens, 31% bieten einen stationären Mittagstisch, 16% Essen auf Rädern, jeweils 13% eine Altentagesstätte oder eine Beratungsstelle für Seniorinnen und Senioren und bei 16% der Häuser ist auch ein ambulanter Pflegedienst mit integriert. Bei den teilstationären Angeboten sowie bei der Kurzzeitpflege handelt es sich in der Regel um sog. eingestreute Plätze, die je nach Bedarf besetzt werden können. Im Durchschnitt verfügen die vollstationären Einrichtungen, die ein entsprechendes Angebot machen, über 3,6 Kurzzeitpflegeplätze, 10 Tagespflege- und 3,8 Nachtpflegeplätze.¹¹

¹¹ Neben den vollstationären Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen gibt es in Deutschland lt. Pflegestatistik knapp 1 Tsd. gesonderte, ausschließlich teilstationäre und/oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die hier nicht einbezogen sind (Statistisches Bundesamt 2005).

Abbildung 2.7**Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland****- Ergänzende ambulante und teilstationäre Versorgungsangebote (1994 und 2005: in %)**

TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Fehlende Angaben 1994 nicht erhoben

Grundsätzlich gilt: je größer die Einrichtung, desto mehr teilstationäre oder ambulante Angebote sind verfügbar. Kleine Einrichtungen mit unter 50 Bewohnern bieten mit 65% häufiger Kurzzeitpflege. Alle anderen Angebote werden hingegen bei den kleinen Einrichtungen nur von einer Minderheit angeboten.

Tabelle 2.8**Ergänzende ambulante und stationäre Versorgungsangebote****Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)**

	Einrichtungen insgesamt	Unter 50 Plätze	50 bis unter 150 Plätze	150 Plätze und mehr
Kurzzeitpflege	67	65	67	73
Stationärer Mittagstisch	31	24	32	46
Betreutes Wohnen	26	18	24	52
Tagespflege	17	8	20	24
Ambulante Pflege	16	7	17	30
Essen auf Rädern	16	10	20	14
Altentagesstätte	13	6	13	29
Beratungsstelle	13	8	14	23
Nachtpflege	11	8	11	15

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Differenziert nach dem Träger finden sich vereinzelte Unterschiede. Generell gilt, dass öffentlich und auch frei gemeinnützig getragene Heime etwas häufiger über sonstige teilstationäre oder ambulante Angebote verfügen. Dies dürfte aber auf die Unterschiede bei den Einrichtungsgrößen, also darauf, dass private Einrichtungen in der Regel etwas kleiner sind, zurückzuführen sein. Einzig für das Angebot an Kurzzeitpflege gilt, dass öffentlich getragene Einrichtungen zu 76% und auch private Heime mit 72% im Vergleich zu 62% der frei- gemeinnützig getragenen Heime hier etwas häufiger Plätze anbieten.

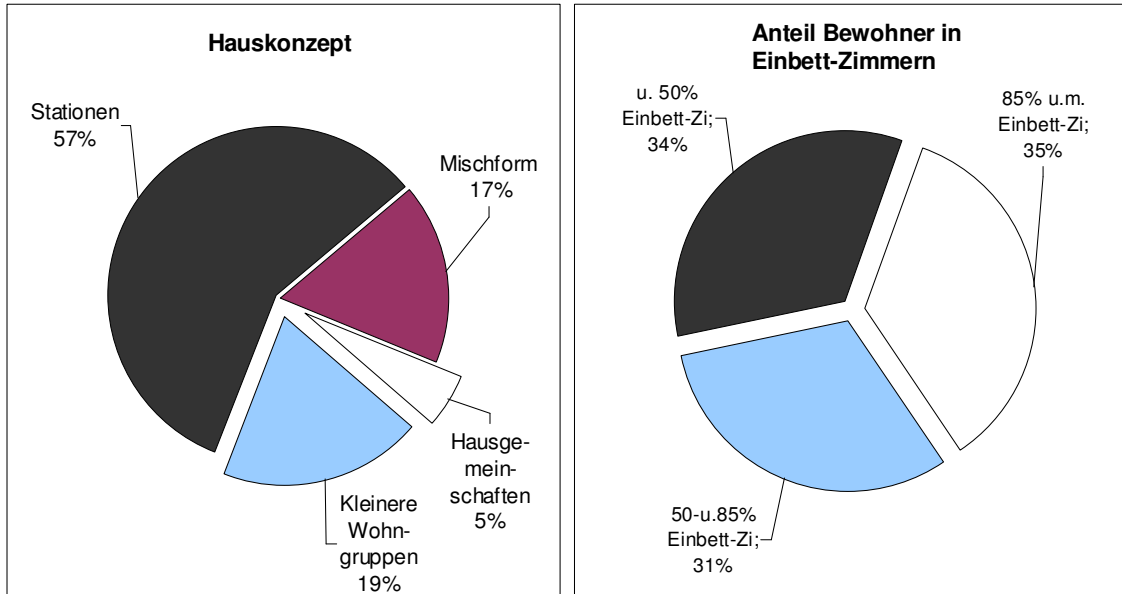
2.3.3 Pflege und Wohnen, Angehörigenarbeit, freiwilliges Engagement

Unter konzeptionellen Gesichtspunkten betrachtet, finden sich im vollstationären Bereich inzwischen eine ganze Reihe von Differenzierungen, die es ermöglichen, die Pflege und die Ablauforganisation stärker an die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner anzupassen.

Prägend ist mit 57% für die Mehrheit der vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland nach wie vor eine vorrangige Zuordnung der Bewohnerinnen und Bewohner zu sog. Stationen. Im Unterschied zu dieser klassischen Konzeption verweisen 19% der Einrichtungen darauf, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in kleineren Wohngruppen in der Regel in Gruppen mit 10-15 Bewohnerinnen und Bewohner untergliedert sind. 5% der Einrichtungen geben an, ihre Einrichtung nach dem Prinzip der vollstationären Hausgemeinschaften zu betreiben. Gemeinhin werden hierunter solche Einrichtungen verstanden, bei denen die Bewohnerinnen und Bewohner kleinere Gemeinschaften mit 7-9 Personen bilden, die zusammen mit einer professionellen Präsenzkraft die notwendigen Versorgungsleistungen in Eigenregie gestalten (KDA 2004). 17% der Einrichtungen sind als Mischform, zum Teil als Stationen, zum Teil als kleinere Wohngruppen, gestaltet.

Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die über ein Einbettzimmer verfügen, liegt in 34% aller Einrichtungen unter 50%. In 31% aller Einrichtungen nutzen 50 bis unter 85% und in 35% inzwischen sogar 85% und mehr der Bewohnerinnen und Bewohner ein Einbettzimmer.

Abbildung 2.8
Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland
- Wohnformen (2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Fehlende zu 100 = keine Angabe

Differenziert nach der Größenklasse werden von den kleinen Einrichtungen mit weniger als 50 Plätzen nicht mehr als 46% stationsmäßig betrieben. Bei Einrichtungen mit 50 bis unter 150 Plätzen sowie bei Einrichtungen mit mehr als 150 Plätzen trifft dies hingegen auf 62% und 63% zu. Kleinere Wohngruppen als Organisationsprinzip finden sich in 26% der kleinen Einrichtungen. Einrichtungen mit 50 bis unter 150 Plätzen sind zu 17% und Einrichtungen mit 150 und mehr Plätzen zu 7% in kleineren Wohngruppen organisiert. In 14% der kleinen Einrichtungen leben die Bewohner in Form von Hausgemeinschaften. Bei den größeren Einrichtungen trifft dies auf nicht mehr als 2% zu.

Für große Einrichtungen mit mehr als 150 Plätzen gilt, dass in immerhin 44% der Häuser weniger als 50% der Bewohner über ein Einbettzimmer verfügen. Bei Einrichtungen mit 50 bis unter 150 Plätzen trifft dies auf 35% und bei kleinen Einrichtungen mit weniger als 50 Plätzen nur auf 29% zu, in denen weniger als 50% der Bewohner in Einbettzimmern leben.

Tabelle 2.9**Wohnformen****Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)**

	Einrichtungen insgesamt	Unter 50 Plätze	50 bis unter 150 Plätze	150 Plätze und mehr
Hauskonzept				
- Stationen	57	46	62	63
- Kleinere Wohngruppen	19	26	17	8
- Hausgemeinschaft	5	14	1	2
- Mischform	17	10	19	23
- Keine Angabe	2	-	1	4
Anteil in Einbettzimmern				
- unter 50%	34	29	35	44
- 50 bis unter 85%	31	35	31	20
- 85% und mehr	35	37	34	36

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Differenziert nach dem Träger fällt auf, dass private Einrichtungen zu 47%, frei-gemeinnützige zu 62% und öffentlich getragene Heime zu 71% in Stationen organisiert sind.

Einbettzimmer finden sich am häufigsten in frei-gemeinnützigen Einrichtungen. In nicht mehr als 28% der Häuser beträgt der Anteil der Bewohner in Einbettzimmern weniger als 50%. In privat getragenen Einrichtungen leben hingegen in 45% der Häuser weniger als 50% der Bewohner in Einbettzimmern.

Tabelle 2.10**Wohnformen****Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)**

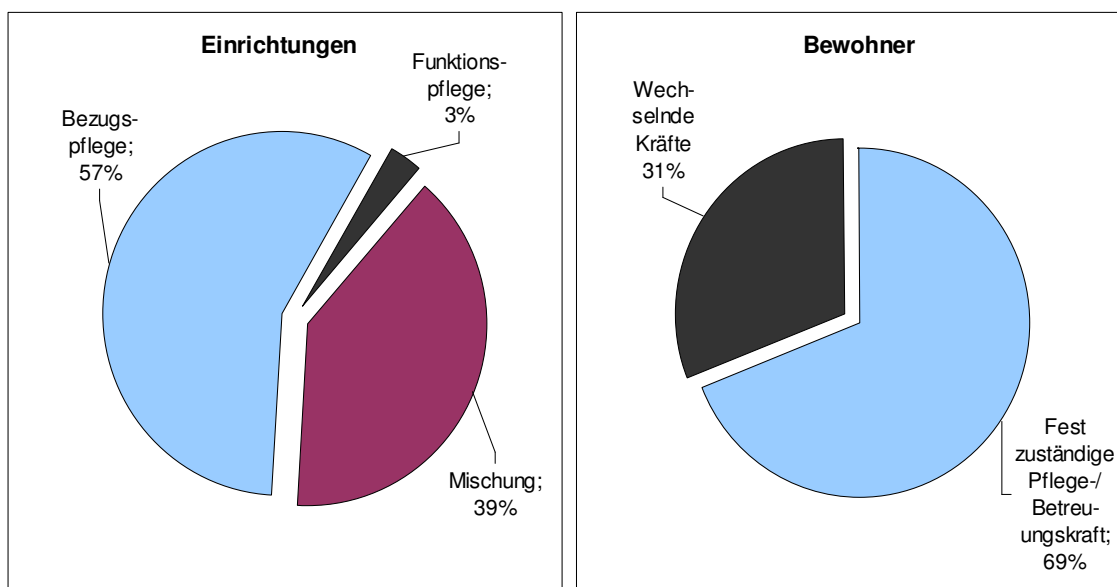
	Einrichtungen insgesamt	Öffentliche Träger	Frei-gemeinnützige Träger	Private Träger
Hauskonzept				
- Stationen	57	71	62	47
- Kleinere Wohngruppen	19	10	16	24
- Hausgemeinschaft	5	4	6	4
- Mischform	17	15	15	21
- Keine Angabe	2	-	1	4
Anteil in Einbettzimmern				
- unter 50%	34	30	28	45
- 50 bis unter 85%	31	40	33	25
- 85% und mehr	35	30	39	30

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Pflegeorganisation

57% aller vollstationären Alteinrichtungen verweisen darauf, dass bei ihnen inzwischen ein Bezugspflegesystem mit einer individuellen Zuordnung einzelner Betreuungskräfte zu den Bewohnerinnen und Bewohnern praktiziert wird. In diesem Fall ist Hauptpflege- bzw. Betreuungskraft auch gleichzeitig die insgesamt zuständige Person und damit Hauptansprechpartnerin für alle relevanten Fragen, die die Pflege und das Leben im Heim betreffen. In 39% befindet sich eine nicht näher definierte Mischung aus Funktions- und Bezugspflege, während eine reine Funktionspflege mit klarer hierarchischer Zuständigkeitsabgrenzung zwischen verantwortlicher Stationsleitung und sonstigem Pflegepersonal von nicht mehr als 3% der Einrichtungen angegeben wird.¹²

Abbildung 2.9
Vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland
- Pflegeorganisation (2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Bezieht man sich auf die Bewohnerinnen und Bewohner, so verfügen 69% über eine fest zuständige Pflege- bzw. Betreuungskraft. 31% erhalten hingegen die erforderlichen pflegerischen Betreuungsleistungen von unterschiedlichen Personen, je nach Schicht und fachlicher Zuständigkeit.

Bezugspflege findet sich mit 62% etwas häufiger in kleineren Einrichtungen. Größere Einrichtungen mit 50 bis unter 150 Plätzen verweisen hingegen zu 55% und große Einrichtungen mit mehr als 150 Plätzen zu 57% auf Bezugspflege.

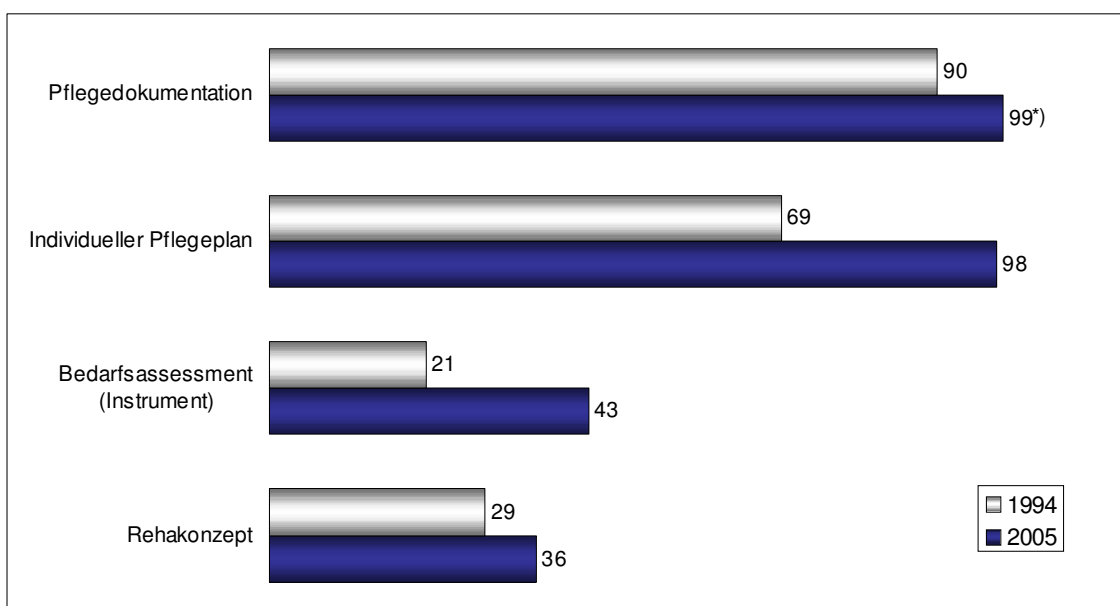
¹² Zur Abgrenzung von Stations- und Bezugspflege siehe. Elkeles 1993.

Pflegeplanung und Dokumentation

Gemäß den Vorgaben der Pflegeversicherung ist die Führung einer Pflegedokumentation inzwischen bei Einrichtungen mit Versorgungsvertrag ein fest vorgegebener und verbindlicher Standard.

So gut wie jede Einrichtung verweist mit 98% im Vergleich zu 69% im Jahr 1994 inzwischen ebenfalls darauf, dass für die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner ein individueller Pflegeplan erstellt wird. Immerhin 43% der Einrichtungen führen im Vergleich zu 21% im Jahr 1994 hierbei ein instrumentengestütztes Assessment durch. Bei den anderen Einrichtungen erfolgt die Pflegebedarfsplanung in der Regel ohne ein entsprechendes Instrument.

Abbildung 2.10
Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland
- Pflegeplanung und Qualitätssicherung (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

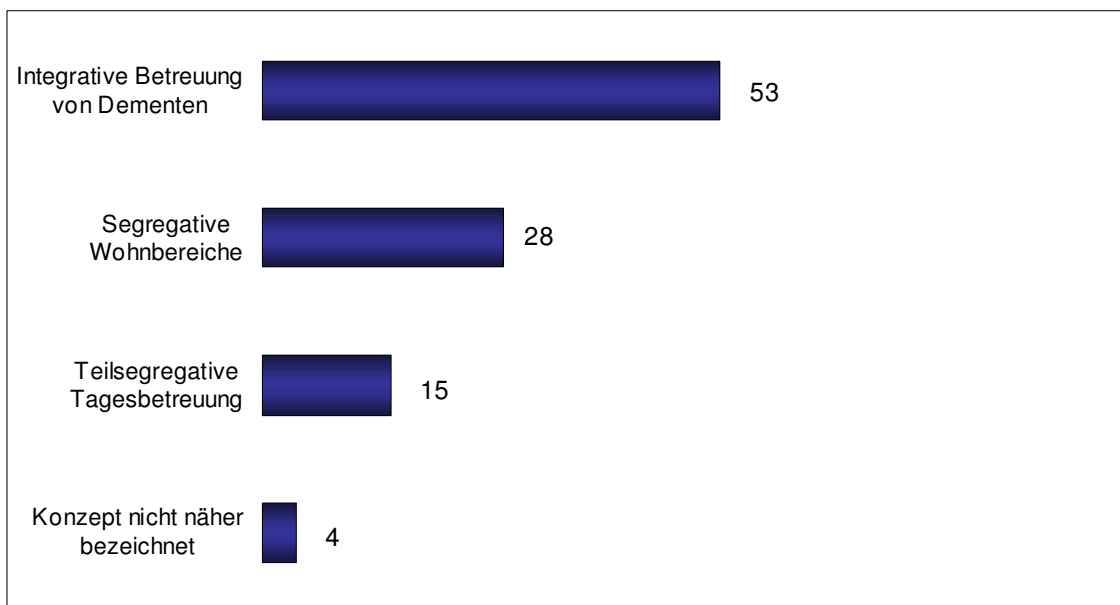
*) Einrichtungen mit Versorgungsvertrag: 100%

Auf ein Konzept zur Rehabilitation verweisen 36% der Einrichtungen im Vergleich zu 29% in 1994. Die Ergebnisse markieren die Anstrengungen, die vor allen Dingen in den letzten Jahren im Bereich der Qualitätssicherung in vollstationären Einrichtungen unternommen worden sind. Kaum Fortschritte sind hingegen bei der Planung von rehabilitativen Maßnahmen zu verzeichnen.

Betreuung von Demenzkranken

In den vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland finden sich unterschiedliche Konzepte bei der Versorgung und Betreuung von demenzkranken Pflegebedürftigen.

Mit einem Anteil von 53% ist die integrative Betreuung in gemischten Stationen oder Wohngruppen für die Mehrheit der Einrichtungen prägend. Auf segregative Wohnformen, bei denen Demenzkranke oder bestimmte Teilgruppen mit besonderem Betreuungsbedarf in eigenen Wohnbereichen leben, verweisen 28% der Einrichtungen. Teilsegregativ ausgestaltete Ansätze, z.B. mit besonderer Tagesbetreuung, finden sich in 15% der Häuser.¹³

Abbildung 2.11**Vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland****- Konzeptionelle Elemente bei der Betreuung von Demenzkranken (2005: in %)**

TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Tabelle 2.11**Betreuung von Demenzkranken****Basis: Vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)**

	Einrichtungen insgesamt	Unter 50 Plätze	50 bis unter 150 Plätze	150 Plätze und mehr
Konzept				
- Ausschließlich integrativ	53	61	52	40
- Segregative Wohnbereiche	28	29	26	39
- Teilsegregative Tagesbetreuung	15	3	20	19
- Konzept nicht näher bezeichnet	4	7	2	2

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

¹³ Eine Tagesbetreuung für Demenzkranke geben insgesamt 44% der Einrichtungen an, ohne dieses Angebot jedoch für sich genommen bereits als besonderes, teilsegregatives Konzept zu werten.

Differenziert nach der Größe bieten am häufigsten kleine Einrichtungen mit weniger als 50 Plätzen ausschließlich integrierte Betreuungsformen. Große Einrichtungen verfügen hingegen häufiger über segregative Wohnformen oder aber Angebote einer teilsegregativen Tagesbetreuung.

Differenziert nach dem Träger zeigt sich hingegen, dass private Träger, obgleich es sich hierbei häufiger um kleinere Einrichtungen handelt, trotzdem häufiger segregative Wohnbereiche für Demenzkranke anbieten. Bei öffentlich getragenen Einrichtungen korreliert hingegen der etwas höhere Anteil von Einrichtungen mit teilsegregativen Angeboten mit der etwas höheren Häufigkeit an größeren Einrichtungen.

Tabelle 2.12

Betreuung von Demenzkranken

Basis: Vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)

	Einrichtungen insgesamt	Öffentliche Träger	Frei-gemeinnützige Träger	Private Träger
Konzept				
- Ausschließlich integrativ	53	59	51	53
- Segregative Wohnbereiche	28	20	25	35
- Teilsegregative Tagesbetreuung	15	19	19	8
- Konzept nicht näher bezeichnet	4	2	5	4

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Vergleicht man die unterschiedlichen Konzepte in der Betreuung von Demenzkranken bezüglich der damit verbundenen strukturellen Versorgungsmerkmale, so zeigt sich, dass die Einrichtungen mit besonderen segregativen oder teilsegregativen Versorgungsangeboten in der Regel über spezifischere Leistungsangebote verfügen.

So gilt etwa für den therapeutischen Bereich, dass Einrichtungen mit integrativer Betreuung von Demenzkranken zu über 80% Gedächtnis- und Orientierungstraining und zu mehr als 60% Verhaltenstraining anbieten. Spezifische therapeutische Interventionen, wie etwa die basale Stimulation oder Validation, finden sich in etwa 60% der Einrichtungen mit segregativen Wohnbereichen für Demenzkranke sowie bei mehr als 50% der Einrichtungen mit teilsegregativer Tagesbetreuung. Einrichtungen mit integrativer Betreuung geben hingegen zu 41% an, basale Stimulation bzw. zu 34% Validation anzubieten. Tagesgruppen für Demenzkranke finden sich in 100% der teilsegregativen bzw. in 65% aller Einrichtungen mit segregativen Wohnbereichen. Bei den Einrichtungen mit integrativer Betreuung bieten dies nicht mehr als 19% an. Ähnliches gilt für Konzepte wie etwa ein Nachtcafé für Demenzkranke: Immerhin knapp ein Drittel aller Einrichtungen mit teilsegregativer Tagesbetreuung oder mit entsprechend vollsegregativen Wohnbereichen verfügen über entsprechende Angebote. Bei Einrichtungen mit integrativer Betreuung gilt dies für nicht mehr als 9%.

Einen voll zugänglichen Außenbereich für Demenzkranke haben 62% der Einrichtungen mit segregativem Wohnbereich sowie 54% der Einrichtungen mit teilsegregativer Tagesbetreuung. Bei Einrichtungen mit integrativer Betreuung sind es nicht mehr als 33%.

Tabelle 2.13**Konzept und Merkmale bei der Betreuung von Demenzkranken****Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)**

	Einrichtungen insgesamt	Integrative Betreuung	Segregative Wohnbereiche	Teilsegregative Tagesbetreuung
Betreuungsangebote				
Gedächtnis- / Orientierungstraining	83	82	85	86
Verhaltenstraining	58	62	59	50
Musik-/Tanztherapie	78	79	83	76
Basale Stimulation	46	41	58	54
Validation	44	34	61	52
Tagesgruppe für Demenzkranke	44	19	65	100
Nachtcafé für Demenzkranke	19	9	31	32
Frei zugänglicher Außenbereich für Demenzkranke	44	33	62	54
Qualifikation				
Gerontopsychiatrische Fachkräfte	33	28	41	45
Gerontopsychiatrisches Konzil (Fach- bzw. erfahrener Arzt)	55	49	69	56

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

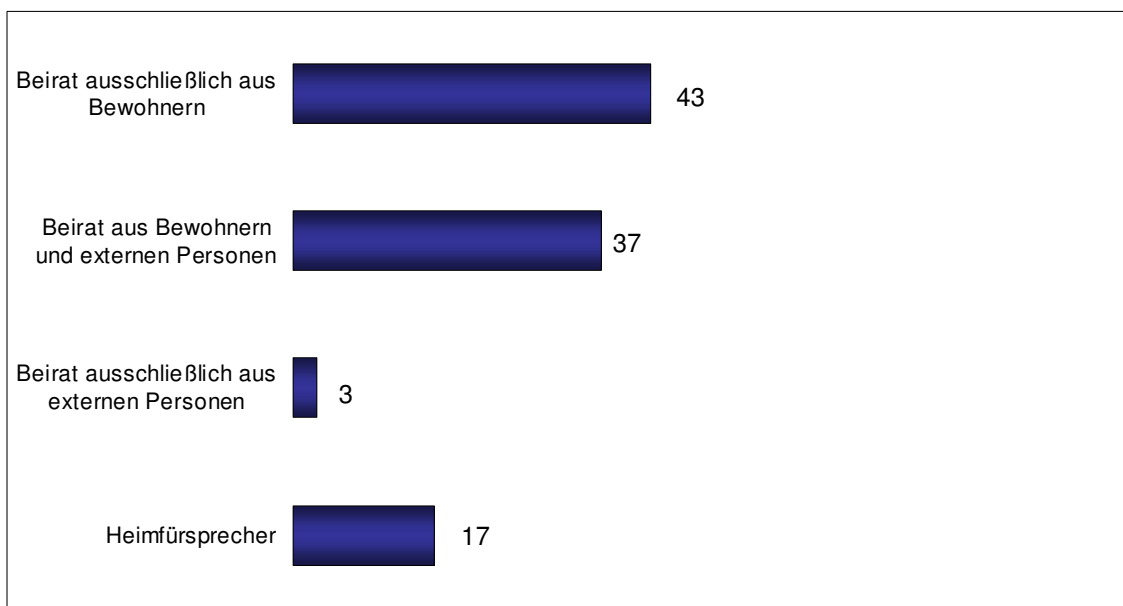
Vergleichbares ergibt sich auch hinsichtlich der Qualifikation der Fachkräfte sowie bezüglich der medizinischen Betreuung. Fachpflegekräfte mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung werden in 45% der Einrichtungen mit teilsegregativer Tagesbetreuung sowie in 41% der Einrichtungen mit segregativen Wohnbereichen beschäftigt. Auf eine regelmäßige gerontopsychiatrische Beratung durch entsprechend qualifizierte Psychiater bzw. entsprechend erfahrene Ärzte können 56% der teilsegregativ ausgerichteten Einrichtungen sowie 69% der Einrichtungen mit segregativem Wohnbereich zurückgreifen. Bei den Einrichtungen mit integrativer Betreuung verfügen hingegen nur 28% über gerontopsychiatrische Fachkräfte und 49% können eine Beratung durch einen Gerontopsychiater oder einen entsprechend erfahrenen Arzt nutzen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland trotz der unterschiedlichen Akzentuierungen in ihrer Breite durchaus auf die Betreuung von Demenzkranken eingestellt haben. Die verschiedenen Konzepte markieren allerdings

auch einen unterschiedlichen Grad an Spezialisierung der von den Einrichtungen in diesem Fall vorgenommen wird. (Profilbildung)

Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

Die Möglichkeit zur Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner im Rahmen der Einrichtungen ist innerhalb der Heimgesetzgebung verpflichtend vorgeschrieben. 83% der Einrichtungen verfügen über einen Bewohnerbeirat. Über einen Heimfürsprecher, der anstelle der Bewohnerinnen und Bewohner deren Interessen gegenüber der Heimleitung vertritt, ist die Mitwirkung in 17% der Einrichtungen geregelt. In 43% aller Einrichtungen werden die Beiräte ausschließlich aus Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung gestellt. In 37% wirken in den Beiräte neben Bewohnerinnen und Bewohnern auch externe Personen, z.B. Angehörige, Mitglieder der örtlichen Seniorenvertretungen oder sonstige Vertrauenspersonen mit. In den alten Bundesländern ist dieser Anteil mit 40% dabei etwas höher ausgeprägt, als mit 31% in den neuen Bundesländern. 3% der Heimbeiräte werden ausschließlich von externen Personen gestellt.

Abbildung 2.12
Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland
- Heimmitwirkung (2005: Mehrfachnennungen in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Angehörigenarbeit

Auf Maßnahmen zur Einbeziehung von Angehörigen verweist mit 95% so gut wie jede vollstationäre Einrichtung.

Im Einzelnen führen 62% Angehörigenabende durch und weitere 46% verweisen auf spezielle Beratungsangebote. Mit 36% gibt es inzwischen in mehr als jeder dritten vollstationären Einrichtung eine mehr oder weniger kontinuierlich arbeitende Angehörigen-gruppe. Im Jahr 1994 traf dies erst auf 15% der Einrichtungen zu.

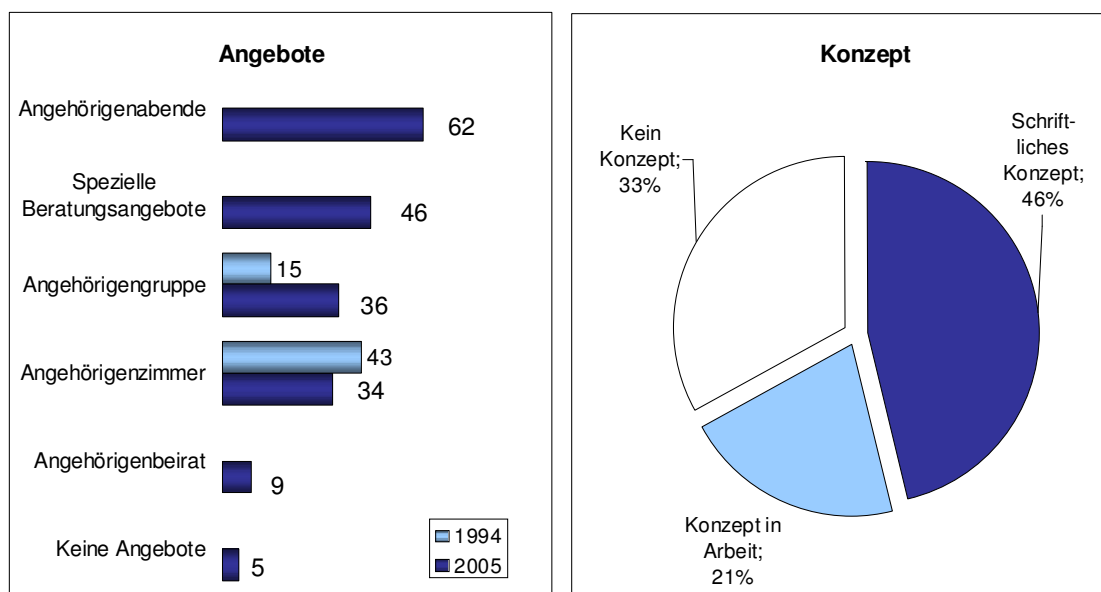
Der Anteil der Einrichtungen mit besonderen Zimmern für Angehörige ist hingegen von 43% im Jahre 1994 auf 34% rückläufig. Dem gegenüber steht allerdings ein inzwischen weiter angewachsener Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern, die über ein Einbettzimmer verfügen und bei denen Angehörige ggf. im Zimmer mit übernachten können (Vgl. hierzu Kapitel 3.1). Einen speziellen Angehörigenbeirat haben 9% aller Einrichtungen.

Über ein eigenständiges, schriftlich hinterlegtes Konzept zur Angehörigenarbeit verfügen 46% aller Einrichtungen. 21% verweisen darauf, dass ein entsprechendes Konzept in Arbeit sei. 33% geben hingegen an, kein gesondertes Konzept zur Angehörigenarbeit zu haben.

Abbildung 2.13

Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland

- Einbeziehung von Angehörigen (2005: ggf. Mehrfachnennungen in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Fehlende Angaben 1994 nicht erhoben

Einrichtungen mit einem schriftlichen Konzept sind in der Angehörigenarbeit aktiver. Immerhin 53% der Einrichtungen mit einem Konzept haben eine Angehörigengruppe. Auch hinsichtlich der Organisation von Angehörigenabenden oder von speziellen Beratungsangeboten sind diese Einrichtungen initiativer. Häuser, die angegeben haben, über kein schriftliches Konzept zu verfügen, weisen hingegen auch in diesem Fall deutlich geringere Aktivitäten auf.

Tabelle 2.14**Konzeptionelle Merkmale in der Angehörigenarbeit****Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)**

	Gesamt	Schriftliches Konzept zur Angehörigenarbeit	Konzept wird gegenwärtig erarbeitet	Kein Konzept / nichts dergleichen geplant
Angebote				
Angehörigenabende	62	71	66	49
Spezielle Beratungsangebote	46	54	43	34
Angehörigentreff / -gruppe	36	53	22	19
Angehörigenzimmer	34	38	31	28
Angehörigenbeirat	9	14	5	4

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Untersucht man im Rahmen einer multivariaten statistischen Analyse¹⁴, durch welche Merkmale Einrichtungen mit einem Konzept zur Angehörigenarbeit charakterisiert sind, so lassen sich zumindest zwei Prädiktoren identifizieren, die allerdings zusammen genommen nur eine schwache statistische Erklärungskraft aufweisen.

Signifikant häufiger finden sich Angehörigenkonzepte zum einen bei Einrichtungen, die im ländlichen Raum angesiedelt sind, sowie zum anderen bei Einrichtungen mit privat-gewerblichem oder auch öffentlichem Träger. Einrichtungen in Stadtregionen und auch Ballungsräumen sowie frei gemeinnützig getragene Einrichtungen haben hingegen im statistischen Zusammenhang betrachtet, zu einem deutlich geringeren Anteil Konzepte zur Angehörigenarbeit aufzuweisen.

¹⁴ Durchgeführt wurde eine logistische Regression auf die Kriteriumsvariable: schriftliches Konzept zur Angehörigenarbeit: Nicht vorhanden (0) oder Vorhanden (1). Mit diesem statistischen Modell wird getestet, inwieweit sich die Wahrscheinlichkeit für eine entsprechende Merkmalsausprägung in Abhängigkeit von den einbezogenen erklärenden Variablen signifikant verändert. Als Güteindikator für die Erklärungskraft aller Variablen im Zusammengang (sog. Erklärungsmodell) wird das Pseudo-R² nach McFadden ausgewiesen. Ein Pseudo-R² < 0,05 deutet auf einen nur schwachen Zusammenhang hin. Von einem starker Zusammenhang ist hingegen bereits bei einem Wert > 0,2 auszugehen (vgl. Andreß, Hagens, Kühnel 1997). Geschätzt wurden jeweils 2 Modelle: Modell 1 stützt sich auf eine Auswahl von inhaltlich begründbaren Einflussmerkmalen. Modell 2 umfasst hingegen nur die signifikanten Prädiktoren aus Modell 1, die damit für sich genommen noch einmal auf Signifikanz und hinreichende Erklärungskraft getestet werden. Bezug genommen wird im Folgenden auf die Ergebnisse von Modell 2.

Nicht signifikant sind die Lage in den alten oder neuen Bundesländern, die Größe der Einrichtung, die Höhe der Heimkosten, die Betreuungsrelation, der im Heim vorhandene Fachkraftanteil sowie die Zusammensetzung der Einrichtung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner.

Sicherlich kann davon ausgegangen werden, dass sich im ländlichen Raum innerhalb der dort stärker ausgeprägten sozialen und familiären Bezüge mehr Möglichkeiten zur Einbeziehung von Angehörigen finden. Das Merkmal Trägerstruktur zeigt allerdings, dass der Angehörigenarbeit in den vollstationären Einrichtungen offenbar noch immer eine recht unterschiedliche Bedeutung beigemessen wird. Dass sowohl die öffentlich, als auch die privat-gewerblich getragenen Heime dieses Feld offenbar systematischer bearbeiten, als frei-gemeinnützigen Einrichtungen, weist in diesem Fall auf noch nicht hinreichend genutzte Möglichkeiten hin.

Abbildung 2.14

Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland

- Einrichtungen mit einem schriftlichen Konzept zur Angehörigenarbeit
- Zusammenhangsanalyse

Modell mit signifikanten Prädiktoren für das Vorhandensein eines (schriftlichen) Konzepts zur Angehörigenarbeit

- Privat-gewerblicher Träger / öffentlicher Träger (Frei-gemeinnützige Einrichtungen verfügen im Vergleich weniger häufig über ein Konzept)
- Lage im ländlichen Raum

Nicht signifikant

- Ost/West
- Größe der Einrichtung
- Höhe der Heimkosten
- Betreuungsrelation
- Fachkraftanteil
- Zusammensetzung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit

Relativ schwache statistische Erklärungskraft (Mc-Faddens Pseudo-R² = 0.04)

Tabelle 2.15

Logistische Regressionsanalyse

Prädiktoren für ein vorhandenes (schriftliches) Konzept zur Angehörigenarbeit

Basis: Vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)

	Odds-Ratios	
	Gesamtmodell	Modell mit signifik. Prädiktoren
Träger		
Öffentlich	1,97 *	2,29 *
Privat	1,89 **	1,84 **
Referenzkat.: Frei-gemeinnützig		
Größenklasse		
u. 50 Plätze	,55 *	,62
50-u. 100 Plätze	,74	,80
Referenzkat.: 100 Plätze und mehr		
Durchschnittliche Höhe der Heimkosten (Monat)		
eher weniger (b.u. 2.400 €)	,77	
durchschnittlich (2.400-2.900 €)	1,14	
Referenzkat.: eher mehr (ab 2.900 €)		
Betreuungsrelation (Pflegebedürftige pro Betreuungskraft)		
besser (u. 2,2)	1,84 **	1,50
mittel (2,2 b.u. 2,6)	1,21	1,07
Referenzkat.: schlechter (2,6 u.m.)		
Fachkraftanteil am Betreuungspersonal		
Mittel (50-u. 60%)	,86	
Höher (60% u.m.)	1,51	
Referenzkat.: Geringer (unter 50%)		
Grad der Pflegebedürftigkeit		
Vorrangig Stufe 1 – 2	1,42	
Vorrangig Stufe 2 – 3	1,11	
Referenzkat.: Vorrangig Stufe 1 – 2		
Ost/West		
West	,62 *	
Referenzkat.: Ost		
Stadt/Land		
Sonstige Stadtregionen	,97	,95
Ländlicher Raum	2,37 **	2,26 **
Referenzkat.: Ballungsräume (Kern)		
Pseudo-R ² (Mc-Fadden)	,06	,04

n = 609 Einrichtungen

* = Sig.Niveau < 0,05; ** = Sig.Niveau < 0,01

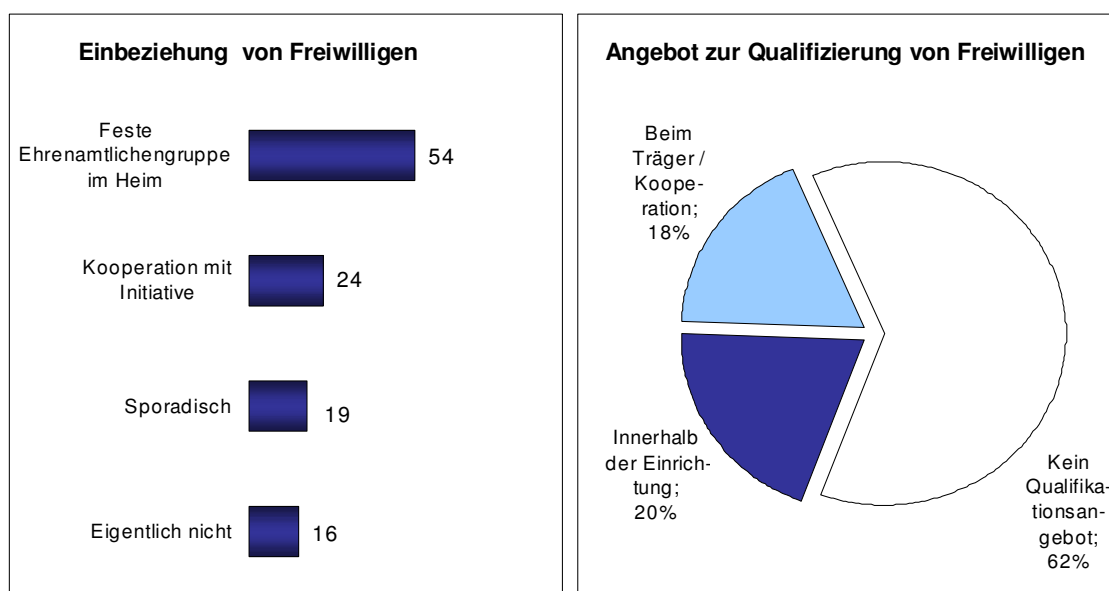
TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Freiwilliges Engagement

Das Engagement von freiwilligen Helferinnen und Helfern, die ggf. auf Basis einer kleinen Aufwandsentschädigung für entstandene Auslagen, jedoch ohne eine regelmäßige Vergütung Aufgaben zum Beispiel bei der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner übernehmen, gehört inzwischen bei der großen Mehrheit der vollstationären Einrichtungen ebenfalls mit zum Regelfall. 84% der Einrichtungen geben an, dass im Haus freiwillige Helferinnen und Helfer regelmäßig eingebunden sind. Die Einbeziehung erfolgt bei 54% der Einrichtungen auf Basis einer festen Ehrenamtlichen-Gruppe. Weitere 24% kooperieren mit einer Initiative oder Gruppe von außerhalb, während bei 19% der Einrichtungen die Zusammenarbeit eher sporadisch und ohne eine feste organisatorische Struktur erfolgt.

Abbildung 2.15

**Vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland
- Freiwilliges Engagement (2005: ggf. Mehrfachnennungen in %)**



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Die inzwischen vorliegenden vielfältigen Erfahrungen zum Einsatz von freiwilligen Helferinnen und Helfern zeigen, dass für eine kontinuierliche und nachhaltige Einbeziehung ein Angebot zur Qualifizierung unverzichtbar ist (WIAD, TNS Healthcare, TNS Infratest Sozialforschung 2004). Über entsprechende Angebote verfügt allerdings momentan erst eine Minderheit der vollstationären Einrichtungen. 20% haben ein Qualifikationsangebot für freiwillige Helferinnen und Helfer innerhalb der Einrichtung. Weitere 18% können dies durch ein Angebot beim Träger oder einer kooperierenden Stelle, z.B. einer freiwilligen Initiative, gewährleisten. 62% der Einrichtungen haben hingegen keinerlei Qualifikationsangebote verfügbar.

Ansprechpartner für die freiwilligen Helferinnen und Helfer sind in aller Regel die Heimleitungen (bei 52% von allen Einrichtungen mit regelmäßig einbezogenen freiwilligen Helferinnen und Helfern), ein spezieller Sozialdienst (37%) oder die Pflegedienstleitung (30%). 13% der Einrichtungen verweisen auf sonstige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Ansprechpartner und nur 4% auf Einrichtungen, in denen Freiwillige regelmäßig aktiv sind, haben keinen festen Ansprechpartner.

Fragt man danach, wie viele Freiwillige aktiv und regelmäßig eingebunden sind, so ergibt sich bei Einrichtungen mit einer Größe von unter 50 Bewohnern eine durchschnittliche Anzahl von 4,9 Helfern. Bei Einrichtungen mit 50 bis unter 100 Personen sind es 10,4, bei Einrichtungen mit 100 bis 150 Bewohnern 18,3 und bei Einrichtungen mit 150 Bewohnern und mehr 18,1 freiwillige Helferinnen und Helfer. In der Regel sind Freiwillige ab und an im Wochenverlauf oder auch zu bestimmten Anlässen im Rahmen der sozialen Betreuung tätig. Ehrenamtlich Tätige können schon alleine von daher das professionelle Personal der Einrichtungen nicht ersetzen. Trotzdem sollte ihre Rolle insbesondere im Rahmen einer gelingenden sozialen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner keinesfalls unterschätzt werden.

In den alten Bundesländern werden mit im Durchschnitt 12,2 Personen im Vergleich zu 5,9 Personen in den neuen Bundesländern auch unabhängig von der Größe der Einrichtung mehr freiwillige Helferinnen und Helfer einbezogen.

Tabelle 2.16

Einbeziehung von Freiwilligen – Anzahl und Größe der Einrichtung

Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland mit einbezogenen freiwilligen Helferinnen und Helfern zum Jahresende 2005 (Durchschnittliche Zahl der Helfer)

	Bund	West	Ost
Einrichtunggröße / Bewohnerzahl			
Unter 50 Bewohner	4,9	5,1	1,3
50-u. 100 Bewohner	10,4	11,3	4,8
100-u. 150 Bewohner	18,3	19,8	8,1
150 Bewohner und mehr	18,1	19,5	10,5
Durchschnittliche Zahl der Helfer insgesamt	11,4	12,2	5,9

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Vergleichbares ergibt sich, wenn man die Einrichtungen mit sowie ohne Qualifizierungsangebot vergleicht. Einrichtungen mit einem Qualifizierungsangebot für Freiwillige beziehen mit im Durchschnitt 14,7 Personen im Vergleich zu 8,2 Personen in Einrichtungen ohne entsprechendes Angebot über alle Einrichtungsklassen hinweg deutlich mehr Freiwillige ein.

Tabelle 2.17**Einbeziehung von Freiwilligen – Anzahl und Größe der Einrichtung in Abhängigkeit von einem vorhandenen Qualifizierungsangebot****Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland mit einbezogenen freiwilligen Helferinnen und Helfern zum Jahresende 2005 (Durchschnittliche Zahl der Helfer)**

	Insgesamt	Mit Qualifizierungsangebot	Ohne Qualifizierungsangebot
Einrichtunggröße / Bewohnerzahl			
Unter 50 Bewohner	4,9	6,1	4,1
50-u. 100 Bewohner	10,4	14,9	7,3
100-u. 150 Bewohner	18,3	19,7	14,2
150 Bewohner und mehr	18,1	21,7	13,5
Durchschnittliche Zahl der Helfer insgesamt	11,4	14,7	8,2

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Im statistischen Zusammenhang¹⁵ betrachtet ergeben sich zwei signifikante Merkmale, durch die Einrichtungen mit einem Qualifizierungsangebot für Freiwillige gekennzeichnet sind.

Zum einen finden sich diese bei der der Einbeziehung von Freiwilligen besonders aktiven und erfolgreichen Einrichtungen überproportional häufig in den alten Bundesländern, sowie zum anderen im Bereich der frei-gemeinnützigen Trägerschaft.

Nicht signifikant sind die Merkmale Stadt / Land, die Größe der Einrichtung, die Höhe der Heimkosten, die Betreuungsrelation, der im Heim vorhandene Fachkraftanteil sowie die Zusammensetzung der Einrichtung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Mobilisierung von bürgerschaftlichem Engagement entspricht der besonderen Tradition von frei-gemeinnützigen Trägern. Die freie Wohlfahrtspflege ist in diesem Feld besonders erfahren. Die Bereitstellung von Qualifizierungsangeboten unterstreicht die Bedeutung, die dieser zivilgesellschaftlichen Ressource hier beigemessen wird. Der damit verbundene Erfolg bei der Einbeziehung von Freiwilligen spricht für sich und rechtfertigt den mit einer Sicherstellung von Qualifizierungsangeboten verbundenen Aufwand.

¹⁵ Durchgeführt wurde eine logistische Regression auf die Kriteriumsvariable Qualifizierungsangebot Nicht Vorhanden (0) oder Vorhanden (1). Mit diesem statistischen Modell wird getestet, inwieweit sich die Wahrscheinlichkeit für eine entsprechende Merkmalsausprägung in Abhängigkeit von den einbezogenen erklärenden Variablen signifikant verändert. Geschätzt wurden jeweils 2 Modelle: Modell 1 stützt sich auf eine Auswahl von inhaltlich begründbaren Einflussmerkmalen. Modell 2 umfasst nur die signifikanten Prädiktoren aus Modell 1, die für sich genommen noch einmal auf Signifikanz und hinreichende Erklärungskraft getestet werden. Bezug genommen wird im Folgenden auf die Ergebnisse von Modell 2.

Abbildung 2.16**Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland**

- Einrichtungen mit einem besonderen Angebot zur Qualifizierung von Freiwilligen
Zusammenhangsanalyse

Signifikante Prädiktoren für das Vorhandensein von Qualifizierungsangeboten für Freiwillige

- Frei-gemeinnütziger Träger / Öffentlicher Träger (Private Einrichtungen verfügen im Vergleich weniger häufig über entsprechende Angebote)
- Alte Bundesländer

Nicht signifikant

- Stadt/Land
- Größe der Einrichtung
- Höhe der Heimkosten
- Betreuungsrelation
- Fachkraftanteil
- Zusammensetzung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit

Mittlere statistische Erklärungskraft (Mc-Faddens Pseudo-R² = 0.12)

TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Logit Analyse: Qualifizierungsangebot ist vorhanden

Der momentan größere Erfolg bei der Einbeziehung von Freiwilligen in den alten Bundesländern hat zum einen sicherlich etwas damit zu tun, dass in den neuen Bundesländern vor der Wiedervereinigung die Betreuung und Versorgung von hilfebedürftigen Älteren als staatlich garantierte Aufgabe betrachtet wurde und von daher in diesem Feld auch weniger auf freiwilliges Engagement gesetzt wurde. Es fehlt von daher eine entsprechende Tradition. Zum anderen hat es aber auch den Anschein, dass die Einrichtungen in den neuen Bundesländern die Einbeziehung von Freiwilligen etwas weniger systematisch angehen. Hierbei sollte nicht übersehen werden, dass Qualifizierungsangebote ebenfalls ein Mittel zur Mobilisierung sind, mit denen potentiell interessierte Bürgerinnen und Bürger auch ganz gezielt angesprochen werden können.

Diese Ergebnisse sprechen von daher ebenfalls dafür, dass sich auch im Bereich der Einbeziehung von Freiwilligen bisher noch nicht hinreichend genützte Potentiale finden.

Tabelle 2.18

Logistische Regressionsanalyse

Prädiktoren für ein vorhandenes Konzept zur Qualifizierung von Freiwilligen

Basis: Vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)

	Odds-Ratios	
	Gesamtmodell	Modell mit signifik. Prädiktoren
Träger		
Öffentlich	2,62 *	2,59 *
Frei-Gemeinnützig	4,26 **	4,43 **
Referenzkat.: Privat		
Größenklasse		
u. 50 Plätze	,68	,
50-u. 100 Plätze	,85	
Referenzkat.: 100 Plätze und mehr		
Durchschnittliche Höhe der Heimkosten (Monat)		
eher weniger (b.u. 2.400 €)	1,17	
durchschnittlich (2.400-2.900 €)	,67	
Referenzkat.: eher mehr (ab 2.900 €)		
Betreuungsrelation (Pflegebedürftige pro Betreuungskraft)		
besser (u. 2,2)	,85	
mittel (2,2 b.u. 2,6)	1,40	
Referenzkat.: schlechter (2,6 u.m.)		
Fachkraftanteil am Betreuungspersonal		
Mittel (50-u. 60%)	1,09	
Höher (60% u.m.)	1,51	
Referenzkat.: Geringer (unter 50%)		
Grad der Pflegebedürftigkeit		
Vorrangig Stufe 1 – 2	,78	,72
Vorrangig Stufe 2 – 3	1,71 *	1,43
Referenzkat.: Vorrangig Stufe 1 – 2		
Ost/West		
West	6,35 **	4,61 **
Referenzkat.: Ost		
Stadt/Land		
Sonstige Stadtregionen	,98	
Ländlicher Raum	,78	
Referenzkat.: Ballungsräume (Kern)		
Pseudo-R ² (Mc-Fadden)	,14	,12

n = 609 Einrichtungen

* = Sig.Niveau < 0,05; ** = Sig.Niveau < 0,01

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

2.4 Bewohnerinnen und Bewohner

2.4.1 Anzahl und Pflegestufe

Nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung lebten zum Zeitpunkt Ende 2005 749 Tsd. Menschen in einer vollstationären Einrichtung der Altenhilfe. 1994 waren es 661 Tsd. Personen. Die Anzahl ist demnach in diesem Zeitraum um 13,3% angestiegen.

637 Tsd. Bewohnerinnen und Bewohner sind Leistungsbezieher der Pflegeversicherung.¹⁶ Dies entspricht einem Anteil von 85%. Weitere knapp 1% waren zum Zeitpunkt der Erhebung noch ohne Zuordnung. 6%, also in etwa 45 Tsd. Personen, gehören zur sog. Pflegestufe 0. Auch diese Bewohnerinnen und Bewohner benötigen Versorgungsleistungen, ohne jedoch im Rahmen der Pflegeversicherung als erheblich pflegebedürftig eingestuft worden zu sein. Bei den restlichen 8%, und damit bei knapp 60 Tsd. Personen, handelt es sich um Bewohnerinnen und Bewohner, die sonstige vollstationären Wohnangebote der Einrichtungen nutzen (Seniorenappartements, eingestreute Wohnplätze, betreutes Wohnen mit obligatorischer Versorgung etc.) und die auf keinerlei pflegerische Versorgungsleistungen angewiesen sind. Im Rahmen der amtlichen Pflegestatistik werden diese „reinen Wohnfälle“ im Bereich der vollstationären Versorgung nicht mit ausgewiesen.¹⁷ Bezieht man sich nur auf die Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI, so gehören 34% zur Pflegestufe 1, 45% zur Pflegestufe 2 und 21% zur Pflegestufe 3.

Auffällig ist, dass der Anteil der Bewohner, die keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, mit etwa 7% in den neuen Bundesländern im Vergleich zu knapp 17% in den alten Bundesländern deutlich niedriger ausgeprägt ist. Altenwohnplätze für Seniorinnen und Senioren ohne Pflegestufe werden in den neuen Bundesländern im vollstationären Bereich nur noch sehr vereinzelt angeboten oder belegt. In den alten Bundesländern finden sich hingegen noch etwas häufiger derartige vollstationär betriebene Wohnangebote. (Altenwohnheime, Wohnstifte, Residenzen etc.). Die Entwicklung ist aber auch hier, wie in Kapitel 2.3 bereits ausgeführt, eindeutig rückläufig. Besondere Wohnangebote für ältere Menschen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, werden immer weniger vollstationär betrieben, sondern stellen notwendige Hilfeleistungen in der Regel als ambulante Angebote zur Verfügung.

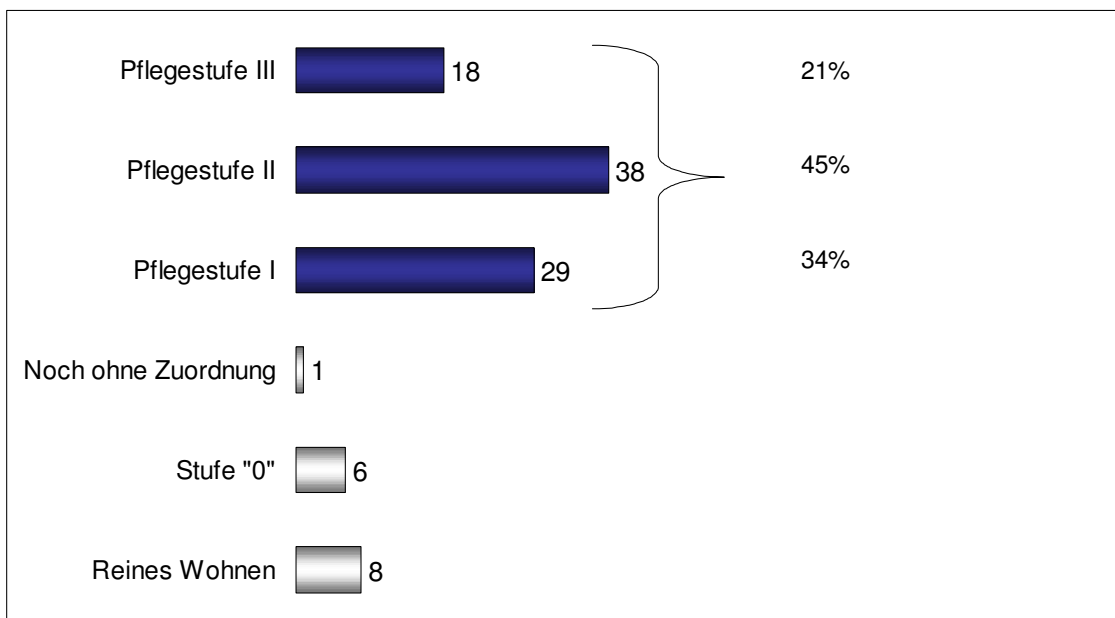
¹⁶ Hierbei sind auch ca. 7 Tsd. pflegebedürftige in Einrichtungen ohne stationären Versorgungsvertrag einbezogen. Nach der Systematik des SGB XI werden diese Personen jedoch dem Bereich der häuslichen Pflege zugeordnet. Nicht berücksichtigt sind die Bewohnerinnen und Bewohner aus ausschließlich teilstationären Einrichtungen bzw. Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege anbieten.

¹⁷ Der Begriff des betreuten Wohnens wird nicht eindeutig für einen bestimmten Typ von Wohnform verwendet. Während die Mehrheit der eigenständigen Einrichtungen des betreuten Wohnens, wie in Kapitel 2.3 bereits ausgeführt, sich als häuslich ambulante Wohnformen verstehen, geben ebenfalls 19% der vollstationären Einrichtungen an, dass sie ebenfalls über vollstationär betriebene betreute Wohnplätze oder sonstige vollstationäre altengerechte Wohnformen mit obligatorischer hauswirtschaftlicher Versorgung verfügen.

Tabelle 2.19**Zahl und Verteilung der Bewohnerinnen und Bewohner nach der Pflegestufe gemäß SGB XI (PflegeVG)****Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationärer Alteneinrichtungen in Deutschland – hochgerechnet zum Jahresende 2005 (Absolut)**

	Bund	West	Ost
Pflegestufe			
Stufe 3	137.600	115.400	22.100
Stufe 2	285.600	229.300	56.400
Stufe 1	213.400	172.700	40.700
Pflegebedürftige insgesamt	636.600	517.400	119.200
Stufe „0“	45.400	41.200	4.200
Noch ohne Zuordnung	7.200	5.800	1.400
Reines Wohnen	59.800	55.900	3.900
Summe	749.000	620.300	128.700

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Abbildung 2.17**Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland - nach Pflegebedarf gemäß SGB XI (2005: in %)**

TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Vergleicht man die quantitative Entwicklung bei den pflegebedürftigen Bewohnern im Trend, so hat sich sowohl die absolute Anzahl als auch der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Heimbewohnerinnen und Bewohnern seit 1994 deutlich erhöht. Die Anzahl der vollstationär in Alteneinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen ist nach den Ergebnissen des Infratest Pflegeintervallmodells von 420 Tsd. Ende 1994 um etwa 52% auf knapp 640 Tsd. Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf angestiegen.¹⁸ Die Zahl der häuslich betreuten Pflegebedürftigen ist hingegen, schreibt man die Ergebnisse von MuG III fort, im gleichen Zeitraum von etwa 1,2 Mio. auf 1,45 Mio. und damit um rund 20% gewachsen. Relativ betrachtet hat sich der Anteil der vollstationär in Alteneinrichtungen betreuten Personen an allen Pflegebedürftigen von etwa 26% im Jahr 1994 auf 31% bezogen auf das Jahr 2005 erhöht.

Tabelle 2.20

Trendentwicklungen im Pflegebedarf: Anzahl der Pflegebedürftigen im zeitlichen Verlauf
Basis: Amtliche Pflegestatistik, Ergebnisse der MuG-Untersuchungen

	Häusliche Pflege		Vollstationäre Dauerpflege	
	Anzahl	Änderung in %	Anzahl	Änderung in %
Amtliche Pflegestatistik¹⁾				
1999	1.443.000		554.000	
2001	1.435.000	-0,5	582.000	5,1
2003	1.437.000	0,1	612.000	5,1
2005	1.452.000	1,1	644.000	5,2
1999 zu 2005		0,1		16,2
MuG-Erhebungen²⁾				
1994	1.204.000		420.000	
2005	1.420.000	17,9	637.000	52,0

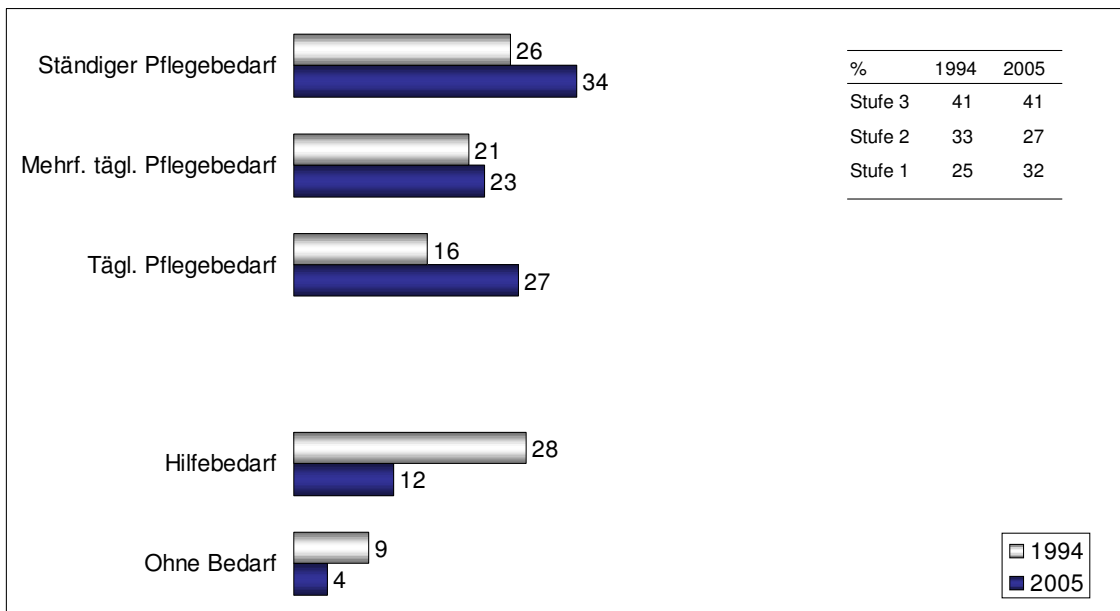
1) Amtliche Pflegestatistik (BMFSFJ 2005, S. 26)

2) Fortgeschriebene Ergebnisse der Repräsentativerhebungen MuG I bis MuG IV (ohne Bewohner von Behinderteneinrichtungen). Infratest Pflegeintervallmodell: eigene Berechnungen (gerundet)

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Ende 1994 waren 63% der Bewohnerinnen und Bewohner pflegebedürftig. Ende 2005 betrug der Anteil bezogen auf die Leistungsbezieher der Pflegeversicherung 85%. Legt man auch für 2005 die Ergebnisse nach dem Infratest Pflegeintervallmodell zugrunde, so ergibt sich für den Zeitpunkt Ende 2005 mit 84% pflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner ein zu den Ergebnissen der Einstufung der Pflegeversicherung in etwa deckungsgleicher Anteil.

¹⁸ Das Infratest Pflegeintervallmodell diente dazu, die Zahl der Pflegebedürftigen im Vorfeld der Einführung der Pflegeversicherung abzubilden. Die Einstufung erfolgt auf Basis der in der Repräsentativerhebung vorhandenen Informationen zu den Einschränkungen bei den alltäglichen Verrichtungen. Die hochgerechnete Anzahl von 637 Tsd. regelmäßig Pflegebedürftigen deckt sich gut mit der für 2005 ebenfalls ermittelten Anzahl von knapp 640 Tsd. Leistungsbeziehern gemäß SGB XI.

Abbildung 2.18**Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland - Pflegebedarf gemäß Infratest-Pflegeintervallmodell 1994 und 2005 (in %)**

TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Die Zuordnung zu den einzelnen Pflegestufen unterscheidet sich dann allerdings vergleichsweise deutlich von den Einstufungsergebnissen gemäß SGB XI. Bezieht man sich nur auf die Pflegebedürftigen, so weisen sowohl die Ergebnisse des Infratest Pflegeintervallmodells mit 32%, als auch die amtliche Pflegeeinstufung mit 34% einen in etwa gleich großen Anteil als Pflegestufe I aus. Nach der Abgrenzung gemäß Infratest Pflegeintervallmodell gehören allerdings 27% zur Stufe II und 41% zur Stufe III. Nach den Ergebnissen der Pflegeversicherung sind es hingegen 45% in Pflegestufe II und 21% in Pflegestufe III.

Die amtliche Begutachtung führt insbesondere in der Pflegestufe III an einem deutlich höheren Pflegebedarf, als dies im Infratest-Pflegeintervallmodell zum Ausdruck kommt. In Bezug auf den Anteil der Pflegebedürftigen insgesamt unterscheiden sich beide Zugänge nur unwesentlich. Bezüglich der Einstufung sind das Infratest Pflegeintervallmodell und die amtlichen Ergebnisse der Pflegeversicherung zumindest im stationären Bereich demnach nur bedingt vergleichbar.¹⁹ Unabhängig davon bleibt es jedoch dabei, dass der Anteil der Pflegebedürftigen im Vergleich zu 1994 an allen Heimbewohnerinnen und Bewohnern deutlich angewachsen ist.

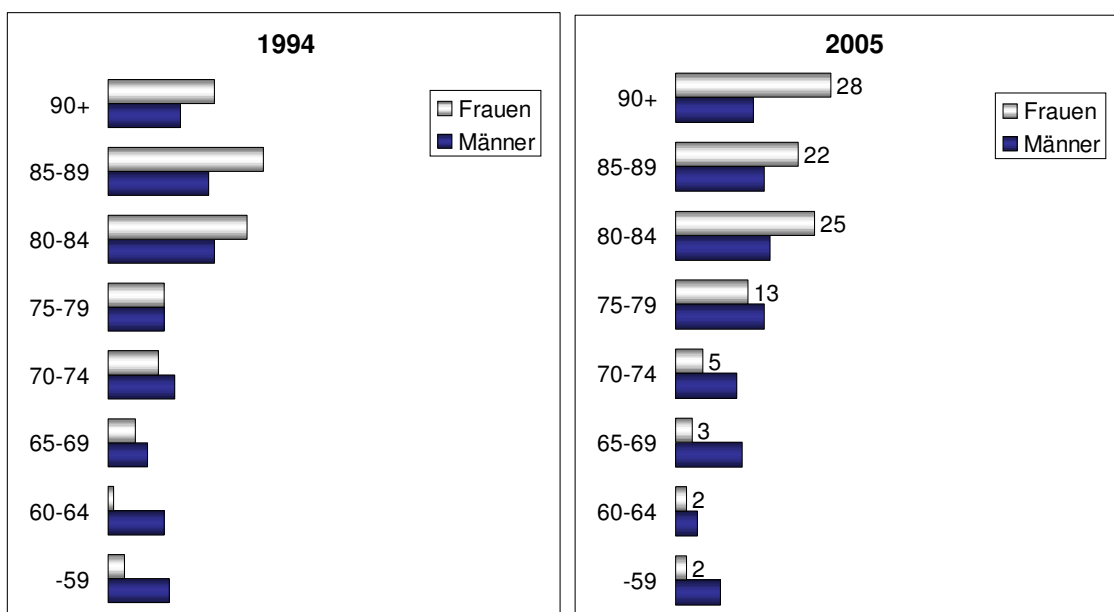
¹⁹ Im häuslichen Bereich sind die Ergebnisse beim Infratest Pflegeintervallmodell und Einstufung der Pflegeversicherung hingegen auch im Bereich der einzelnen Pflegestufen gut vergleichbar.

2.4.2 Soziodemografische Grundmerkmale

Wie kaum anders zu erwarten, ist Hochaltrigkeit das prägende Strukturmerkmal der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen. Zwei von drei Bewohnerinnen und Bewohner (68%) sind im Alter von 80 Jahre und älter. 25% sind sogar bereits 90 Jahre oder älter. Das Durchschnittsalter der Bewohnerinnen und Bewohner beträgt 81,8 Jahre. Im Vergleich zur Erhebung MuG II von 1994 hat sich das Alter damit im Vergleich zu den damals ermittelten 81,0 Jahren nur relativ geringfügig erhöht. Gestiegen ist der Anteil der Hochaltrigen ab 90 Jahren (von 18% im Jahr 1994 auf 25% im Jahr 2005). Im Durchschnitt über alle Bewohnerinnen und Bewohner hinweg betrachtet wird dieser Effekt dann aber durch entsprechende Verschiebungen in den anderen Altersgruppen wieder nivelliert. (zu den demografischen Trends vgl. im Folgenden auch Tabelle 2.21)

Mit 83,6 Jahren sind Frauen im Schnitt vor dem Hintergrund ihrer auch insgesamt höheren Lebenserwartung älter als Männer mit im Durchschnitt 76,8 Jahren. Von daher überrascht es auch nicht, dass mit 73% die überwiegende Mehrheit der Heimbewohner weiblich ist. Im Vergleich zu 1994 ist der Anteil der männlichen Bewohner von 21% auf 27% angewachsen. Auch dies hängt primär mit den demografischen Trends der letzten 10 Jahre zusammen. Der Anteil der Männer in den hohen Altersgruppen hat inzwischen, nachdem er kriegsbedingt in Deutschland über die Jahre hinweg sehr niedrig gelegen hatte, trotz der nach wie vor höheren Lebenserwartung der Frauen, wieder leicht zugenommen. Die Veränderung in der Bewohnerstruktur ist demnach zumindest der Tendenz nach zu erwarten gewesen.

Abbildung 2.19
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland
- Alterszusammensetzung und Geschlecht (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Tabelle 2.21

Soziodemografische Strukturmerkmale**Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005 (in %)**

	1994			2005		
	Ins- gesamt	Frauen	Männer	Ins- gesamt	Frauen	Männer
Geschlecht						
Männer	21	-	-	27	-	-
Frauen	79	-	-	73	-	-
Alter						
- 59 Jahre	5	3	11	4	2	8
60 – 64 Jahre	3	1	10	2	2	4
65 – 69 Jahre	5	5	7	5	3	12
70 – 74 Jahre	9	9	12	7	5	12
75 – 79 Jahre	10	10	10	13	13	16
80 – 84 Jahre	24	25	19	23	25	17
85 – 89 Jahre	26	28	18	20	22	16
90 Jahre und älter	18	19	13	25	28	15
Altersdurchschnitt in Jahren	81,0	82,3	76,0	81,8	83,6	76,8
Familienstand						
Verheiratet	7	4	20	15	9	30
Verwitwet	64	71	40	64	73	38
Geschieden	8	7	11	6	5	11
Ledig	21	18	30	15	12	21
Nationalität						
Deutsch	-	-	-	97	98	96
(eingebürg.) Zuwanderer	-	-	-	2	1	3
Nicht-Deutsch	-	-	-	1	1	1

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

In der Regel sind die Heimbewohnerinnen und –bewohner alleinstehend. Verheiratet oder in einer festen Partnerbeziehung sind insgesamt 15%. Rund ein Drittel dieser Bewohner, also insgesamt 5%, leben mit dem Partner zusammen im Heim. Der Anteil der Verheirateten oder in einer festen Partnerschaft lebenden betrug 1994 erst 7%. Auch diese Veränderung ist jedoch primär ein Effekt der Demografie, da der leicht ansteigende Anteil von überlebenden Männern in den hohen Altersgruppen dazu geführt hat, dass auch der Anteil der Verheirateten entsprechend höher ausfällt. Für die Zukunft kann dieser Trend allerdings nicht ohne weiteres fortgeschrieben werden, da bei den jetzt ins hohe Lebensalter hineinwachsenden Kohorten inzwischen auch der Anteil der alleinstehenden Ledigen oder Geschiedenen zugenommen hat.

Jünger als 60 Jahre sind 4% der Bewohnerinnen und Bewohner, wobei an dieser Stelle der Geschlechterunterschied auffällt. Bei den Männern sind es 8% die jünger als 60 Jahre sind, bei den Frauen hingegen nur 2%. In der Regel handelt es bei diesen noch jüngeren Bewohnern von vollstationären Alteneinrichtungen um Personen mit (gravierenden) psychischen Störungen oder auch um geistig behinderte Menschen. Nach den vorliegenden Erhebungsergebnissen (Mehrfachnennungen) werden für 35% der Bewohnerinnen und Bewohner unter 60 Jahren Suchtleiden, für 28% Verhaltensauffälligkeiten, für 30% sonstige psychische Störungen und immerhin für 24% eine geistige Behinderung von dem auskunftgebenden Pflegepersonal berichtet. Für 19% werden ausschließlich körperbezogene Krankheiten oder Schädigungen und keinerlei psychische Störungen benannt.

97% der Bewohnerinnen und Bewohner sind Deutsche. 2% gehören zu den (ggf. eingebürgerten) Zuwanderern und nicht mehr als 1% sind nichtdeutscher Nationalität. Für die Zukunft sind auch diesbezüglich Veränderungen zu erwarten, da inzwischen ebenfalls mehr Migrantinnen und Migranten ins hohe Lebensalter kommen bzw. auch im hohen Lebensalter in Deutschland bleiben.

Bezieht man die Heimbewohnerinnen und -bewohner auf die Altersgruppen in der Gesamtbevölkerung, so ergibt sich, dass 14,1% der hochbetagten Menschen im Alter von 80 Jahren und älter auf Dauer in einer vollstationären Einrichtung im Bereich der Altenhilfe untergebracht sind. Bei den Männern sind es 9,3% und bei den Frauen 15,9%. Von daher stellt auch im Querschnitt betrachtet im hohen Alter ein Leben in einer stationären Einrichtung eine nicht zu vernachlässigende Lebensform dar.

Insgesamt betrachtet sind die Entwicklungen durchaus differenziert zu beurteilen. Auf der einen Seite hat der Anteil der Heimbewohner an der Gesamtbevölkerung bei den hochbetagten Menschen ab 80 Jahren von 13,2% im Jahre 1994 auf 14,1% im Jahre 2005 zugenommen. Bei den Frauen ist der Anteil mit 15,3% und 15,9% bei den 80jährigen und älteren in etwa vergleichbar ausgeprägt geblieben. Bei den Männern ist hingegen ein signifikantes Wachstum von 7,4% auf 9,3% festzustellen. Bezogen auf die 90jährigen und älteren ist der Anteil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner hingegen von 30,9% im Jahre 1994 auf 29,4% im Jahr 2005 leicht rückläufig gewesen.

Im Einzelnen lässt sich an dieser Stelle nicht klären, welche Rolle mögliche Kohorteneffekte spielen, die ggf. als Besonderheiten wirken und welchen Einfluss die jeder Repräsentativerhebung innewohnenden Zufallsschwankungen haben. Statistisch betrachtet sind die Veränderungen nur schwach signifikant. Alles in allem hat der Anteil der Heimbewohnerinnen und Bewohner in den letzten Jahren leicht zugenommen. Dahinter verbirgt sich allerdings ein Strukturwandel, der damit einhergeht, dass vollstationäre Altenheime viel stärker als früher zu Einrichtungen werden, in denen vorrangig pflegebedürftige Menschen untergebracht sind. Im Einzelnen verbergen sich dahinter durchaus unterschiedliche demografische und soziale Prozesse, die im Einzelnen und im Zusammenspiel noch weiter aufgeklärt werden müssen.

Tabelle 2.22

Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005 und Anteil an den Altersgruppen in der Gesamtbevölkerung

	1994			2005		
	Ins-gesamt	Frauen	Männer	Ins-gesamt	Frauen	Männer
Bewohner/innen absolut	661.000	523.000	138.000	749.000	559.000	199.000
Anteil an den Altersgruppen der Bevölkerung						
- 59 Jahre	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
60 – 64 Jahre	0,5	0,4	0,6	0,3	0,3	0,3
65 – 69 Jahre	0,9	1,1	0,6	0,8	0,6	0,9
70 – 74 Jahre	1,8	2,0	1,3	1,4	1,4	1,4
75 – 79 Jahre	3,6	4,2	2,4	3,3	3,8	2,6
80 – 84 Jahre	8,1	9,5	4,6	7,8	9,0	5,1
85 – 89 Jahre	17,3	19,2	12,8	19,1*	20,2	16,0*
90 Jahre und älter	30,9	33,7	20,0	29,4	32,3	19,3
80 Jahre und älter	13,2	15,3	7,4	14,1*	15,9	9,3*

* = Signifikant; $p < 0,05$

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

2.4.3 Herkunft und Heimübergang

Die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen sind nach Auskunft des Pflegepersonals mit einem Anteil von 60% mehrheitlich aus einem Ein-Personenhaushalt in die Einrichtung gewechselt. Weitere 10% haben vorher in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung gelebt. 1994 waren es 57%, die aus einem Ein-Personenhaushalt kamen.

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung (inklusive Heimbewohnerinnen und -bewohner) leben in etwa 44% der Seniorinnen und Senioren ab 75 Jahren allein in einem Privathaushalt. Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit unterliegen alleinlebende Seniorinnen und Senioren offenbar einem höheren Risiko, in eine stationäre Einrichtung wechseln zu müssen.

Tabelle 2.23**Wohnform vor der Heimaufnahme****Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005 (in %)**

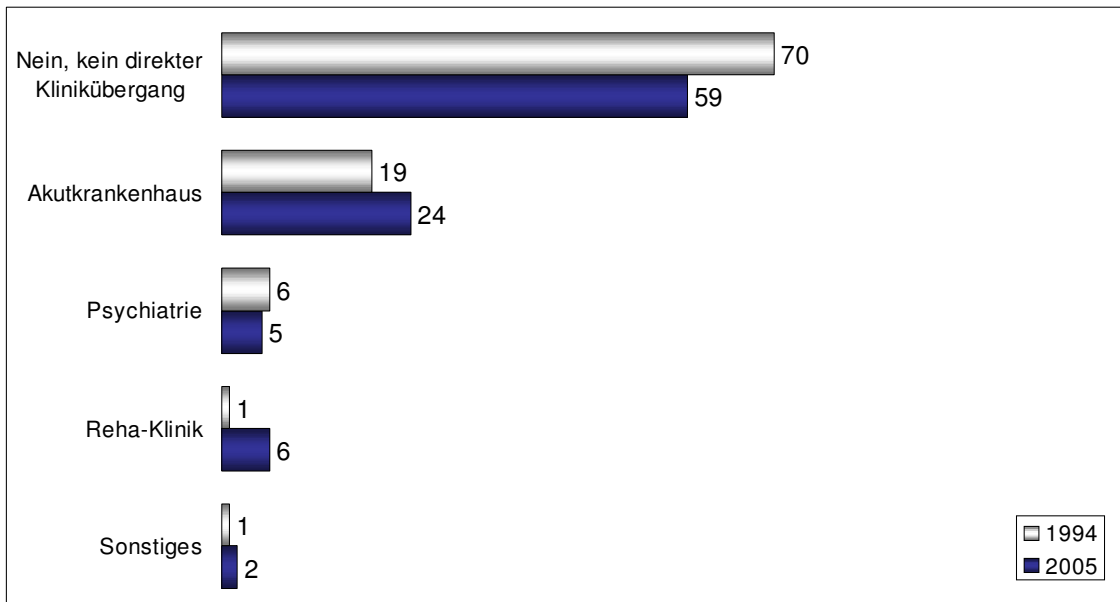
	1994			2005		
	Ins- gesamt	Frauen	Männer	Ins- gesamt	Frauen	Männer
Herkunftshaushalt						
Privathaushalt allein	57	61	40	60	64	46
Privathaushalt, mehrere Personen	27	24	38	27	23	39
Altenheim	2	2	2	5	5	5
Behinderteneinrichtung	3	3	3	1	1	2
Sonstiges	7	6	12	4	3	5
Unbekannt	4	4	5	3	4	2
<u>Nachrichtlich:</u> Anteil der in Privathaushalten alleinlebenden Personen ab 75 Jahren an der Gesamt- bevölkerung	42	51	20	44	54	21

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

Unmittelbar aus einem Akutkrankenhaus sind 24% der Heimbewohnerinnen und –bewohner gewechselt. Weitere 13% kamen aus einer psychiatrischen Klinik, einer Reha-Klinik oder einem sonstigen Übergangseinrichtung. 1994 waren es hingegen erst 19%, die direkt aus einem Akutkrankenhaus und weitere 8% die aus einer psychiatrischen Klinik, einer Reha-Klinik oder einer sonstigen Übergangseinrichtung gewechselt sind. Waren es 1994 noch 70%, die nicht unmittelbar aus einem Krankenhaus oder einer sonstigen Klinik in eine vollstationäre Alteneinrichtung gewechselt sind, so hat sich dieser Anteil inzwischen auf 59% verringert. Dieser Effekt dürfte vor allen Dingen mit der systematischen Verkürzung der Aufenthaltsdauer in einem Krankenhaus sowie der Verringerung von Fehlbelegungen insbesondere in psychiatrischen Kliniken und Übergangseinrichtungen zusammenhängen.

Dieser Befund unterstreicht die Bedeutung einer individuellen, fallorientierten Beratung, bei der im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt rechtzeitig und zusammen mit Angehörigen und/oder Bekannten mögliche Versorgungsperspektiven erörtert werden und möglichen Alternativen zu einer Heimunterbringung eruiert werden können.

Abbildung 2.20
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland
- nach Heimübergang aus einem Krankenhaus (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

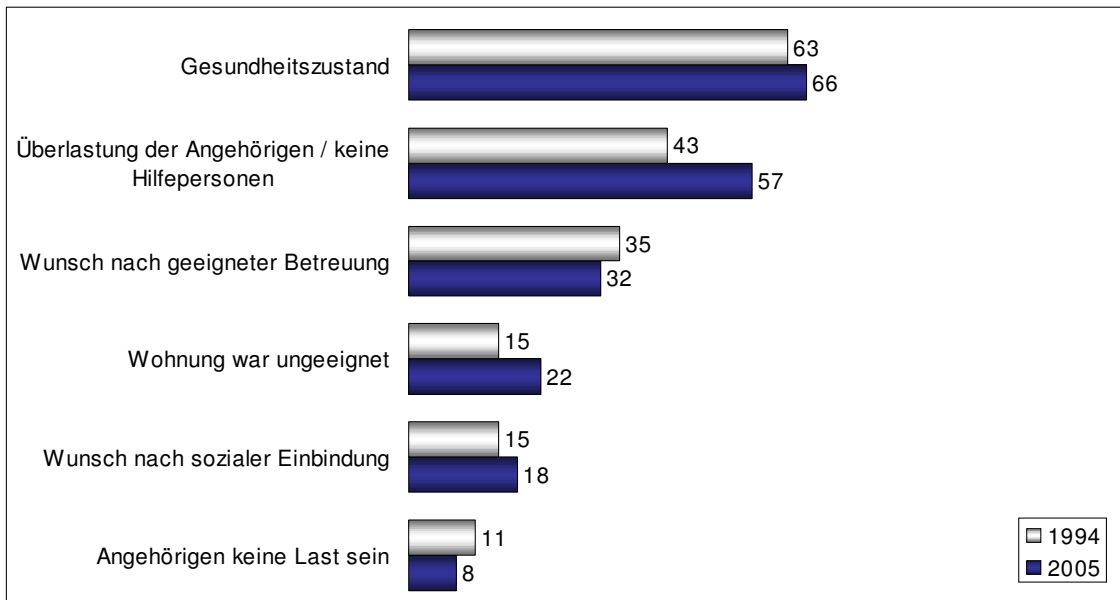
Fehlende zu 100 = Keine Angabe

Gründe für den Heimübergang

Fragt man die auskunftgebenden Pflegerinnen und Pfleger nach den Gründen für den Wechsel in der Einrichtung, so wird für zwei von drei Bewohnern (66%) als Hauptmotiv der schlechte Gesundheitszustand bzw. der entsprechende Grad an Pflegebedürftigkeit angegeben. Für 38% wird auf nicht genügend Helferinnen und Helfer bzw. bei 27% auf eine akute Überlastung der Angehörigen verwiesen. Zusammengenommen sind es 57%, deren Heimübergang vor dem Hintergrund von nicht genügend (privaten) Hilfspersonen und / oder einer Überlastung der Angehörigen vollzogen wurde.

Hinzu kommt bei 22% eine für die Pflege ungeeignete wohnliche Situation sowie bei 8% das Motiv, den Angehörigen keine Last sein zu wollen. Eine geeignete Betreuung wird für 32% der Bewohnerinnen und Bewohner als Motiv sowie für 18% eine gewünschte bessere soziale Einbindung angegeben.

Auch aus der Sicht des Pflegepersonals ist es demnach vorrangig der Verlust von Selbständigkeit, der vor dem Hintergrund fehlender privater Versorgungsmöglichkeiten durch Angehörige oder Bekannte zu dem Wechsel in das Heim geführt hat. Präventive Motive im Hinblick auf eine angemessene Lebensführung bis ins hohe Lebensalter werden hingegen nur für einen kleineren Teil der Bewohnerinnen und Bewohner benannt.

Abbildung 2.21**Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland - Gründe für den Wechsel in die Einrichtung (1994 und 2005: in %)**

TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Einschätzung des Pflegepersonals

Im Trend betrachtet ist insbesondere die berichtete Bedeutung fehlender sozialer Netzwerke oder eine Überlastung der Angehörigen von 43% im Jahr 1994 auf 57% im Jahr 2005 deutlich angestiegen. Das Motiv einer ungeeigneten Wohnung wurde 1994 für 15% der Bewohnerinnen und Bewohner im Vergleich zu aktuell 22% benannt. Dies dürfte weniger mit einer Verschlechterung des Wohnbestandes, sondern eher mit einer gestiegenen Problemwahrnehmung bezüglich der Rolle dieses wichtigen Umweltfaktors zusammen hängen. Die sonstigen Veränderungen fallen hingegen kaum ins Gewicht.

Aus der Sicht des Pflegepersonals hat sich als Grund für einen Heimübergang die Bedeutung fehlender Unterstützungsnetzwerk erhöht. Zum Teil hängt auch dies auch mit der veränderten Zusammensetzung der Einrichtungen hin zu einem weitaus höheren Anteil an Pflegebedürftigen zusammen. Davon unabhängig wird die mögliche Überlastung der Angehörigen als Grenze der häuslichen Pflege auch an dieser Stelle sichtbar.

2.4.4 Chronische Krankheiten und medizinisch-therapeutische Versorgung

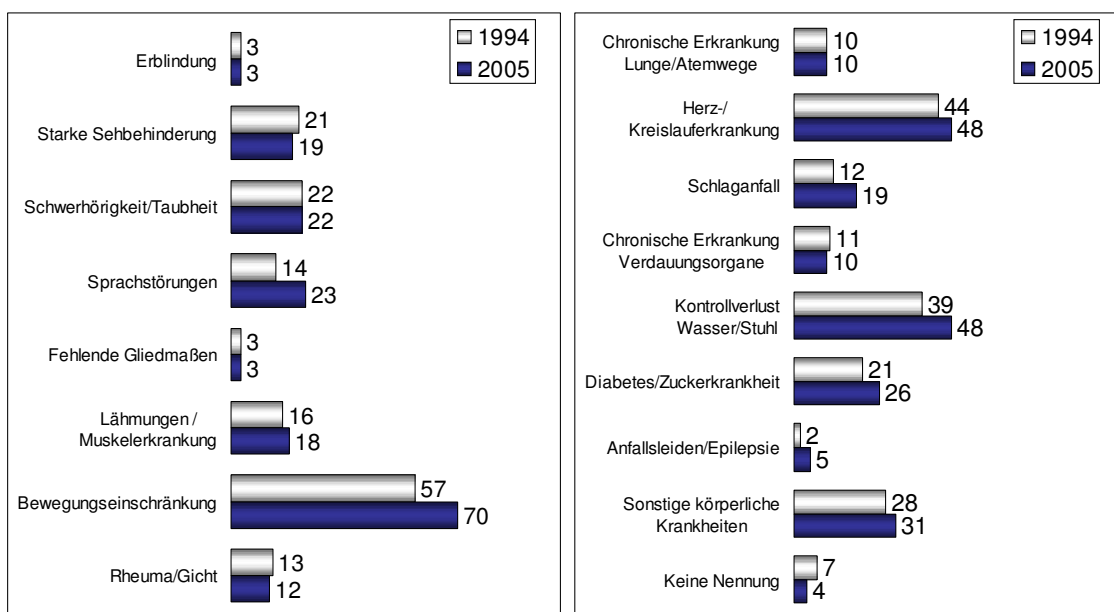
Körperliche Krankheiten und Schädigungen

Die mit dem Strukturwandel im Bereich der vollstationären Alteinrichtungen einhergehende Veränderung in der Morbidität bei den Bewohnerinnen und Bewohnern zeigt sich bei der Auswertung der Angaben zu lang anhaltenden Behinderungen und chroni-

schen Krankheiten. Methodisch ist zu beachten, dass die hierzu gemachten Angaben auf den jeweiligen Kenntnisständen der Auskunft gebenden Pflegekräften beruhen. Von daher wurden die Krankheiten und Schädigungen auch nur sehr grob und nicht im Sinne von präziseren Diagnose-Gruppen erhoben.

Bei einer genaueren Betrachtung der Krankheitsgruppen ergeben sich im Vergleich von 1994 auf 2005 deutliche Veränderungen. Dies gilt weniger für typische Alterserkrankungen wie Einschränkungen der Sinnesorgane (Sehbehinderung, Schwerhörigkeit) und auch nicht für Rheuma und Gicht. In diesen Krankheitsgruppen sind sogar teilweise leichte Rückgänge zu verzeichnen. Dagegen sind deutliche Zunahmen bei den Anteilen von Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteinrichtungen mit Bewegungseinschränkungen zu beobachten. Der Anstieg beträgt auf einem bereits hohen Niveau von 1994 auf 2005 insgesamt 13 %-Punkte (1994: 57%, 2005: 70%).

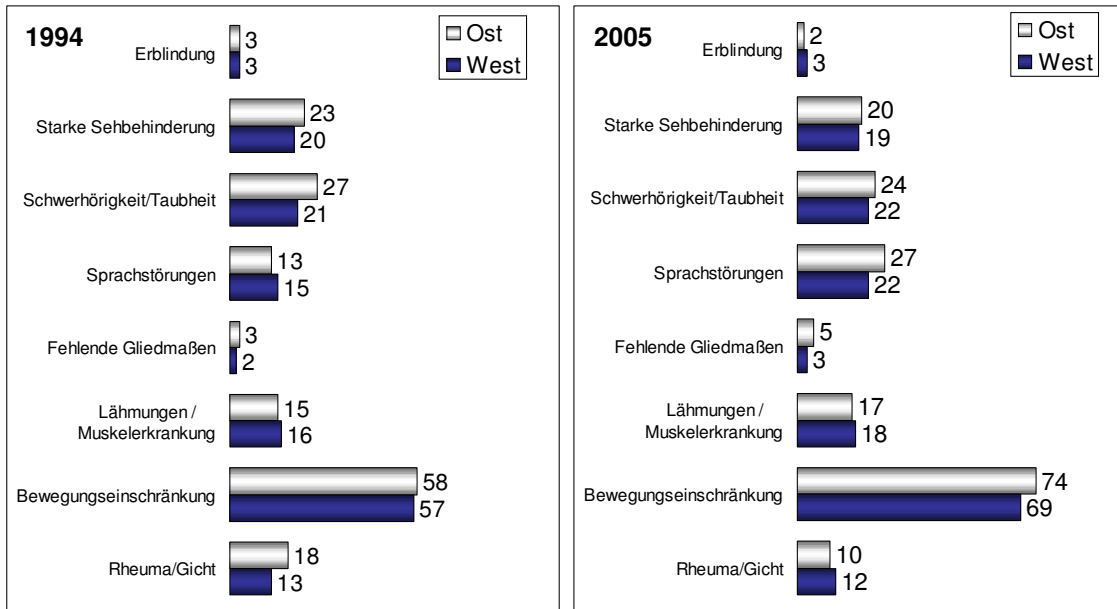
Abbildung 2.22
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland
- Langanhaltende Behinderungen / chronische Krankheiten



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

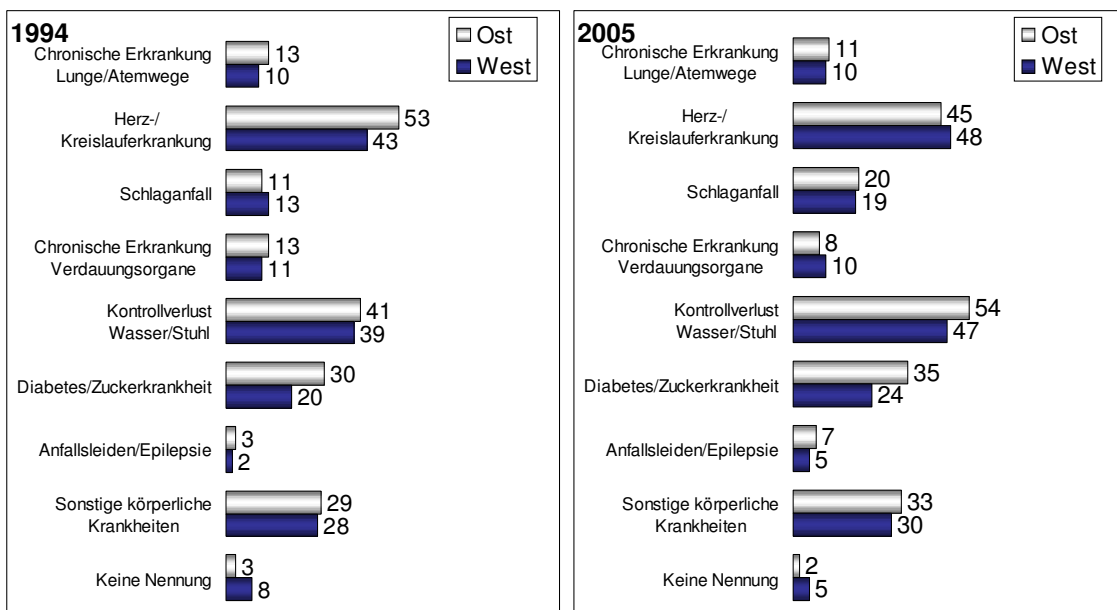
Die Anteile an Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteinrichtungen mit Sprachstörungen sowie Kontrollverlust bezüglich Wasser und Stuhl haben im Zeitraum 1994 bis 2005 eine Steigerung von 9 %-Punkten zu verzeichnen. Bei Diabetes sowie Herz-Kreislaufkrankungen steigen die Anteile von Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteinrichtungen um 5 %-Punkte bzw. 4 %-Punkte. Bei Schlaganfällen erhöhen sie sich in dem Zeitraum von 12% im Jahr 1994 auf 19% im Jahr 2005. Dieser Anstieg der Schlaganfallpatienten erklärt zumindest teilweise die Zunahme von Sprachstörungen, Kontrollverlust bei Wasser und Stuhl sowie einen Teil der Zunahmen der Bewegungseinschränkungen.

Abbildung 2.23
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland
- Langanhaltende Behinderungen / chronische Krankheiten (Vergleich Ost-West)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Abbildung 2.24
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland
- Langanhaltende Behinderungen / chronische Krankheiten (Vergleich Ost-West)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Auffällig sind Verschiebungen im Krankheitsspektrum zwischen den alten und den neuen Bundesländern über den Zeitraum von 1994 bis 2005. Zwar ist es nicht so, dass insgesamt häufiger Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen in den neuen Bundesländern von chronischen Krankheiten betroffen sind, aber es gibt zum Teil deutlich stärkere Verschiebungen in den einzelnen Krankheitsgruppen zwischen den Jahren 1994 und 2005 als in den alten Bundesländern. So ist bei den Sprachstörungen in den neuen Bundesländern bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen eine Zunahme von 1994 auf 2005 von 13% auf 27% zu beobachten (alte Bundesländer: 1994: 15%, 2005: 22%). Bei den Bewegungseinschränkungen ist in den neuen Bundesländern eine Zunahme um 16 %-Punkte (1994: 58%, 2005: 74%) im Vergleich zu 12 %-Punkten in den alten Bundesländern (1994: 57%, 2005: 69%), zu verzeichnen.

Beim Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen mit Herz-Kreislauf-erkrankungen ist in den neuen Bundesländern dagegen ein Rückgang um 8 %-Punkte (1994: 53%, 2005: 45%) festzustellen, während in den alten Bundesländern eine Zunahme von 5 %-Punkten (1994: 43%, 2005: 48%) zu beobachten ist. Der Rückgang beim Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen bei Rheuma und Gicht beträgt in den neuen Bundesländern 8 %-Punkte (1994: 18%, 2005: 10%), in den alten Bundesländern 1 %-Punkt (1994: 13%, 2005: 12%). Insgesamt führen die Veränderungen in diesen Krankheitsgruppen zu einer Angleichung der Anteile von morbidem Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen in den alten und neuen Bundesländern.

Betrachtet man allein die Gruppe der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen, zeigt sich grundsätzlich das gleiche Bild wie bei Betrachtung aller Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen. Eine Ausnahme stellt der Anteil von pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen mit Kontrollverlust bei Wasser und Stuhl dar. Hier ist ein Rückgang des Anteils an erkrankten Personen von 1994 zu 2005 zu beobachten. Er beträgt insgesamt 4 %-Punkte (1994: 59%, 2005: 55%). Der Rückgang ist bei den Männern mit 6 %-Punkten höher als bei den Frauen mit 3 %-Punkten.

Bei den pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen der neuen Bundesländer ist die Zunahme bei den Personen mit Bewegungseinschränkungen, mit Sprachstörungen und mit Schlaganfällen größer, als in den alten Bundesländern. Dagegen ist auch bei den pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen in den neuen Bundesländern ein deutlicher Rückgang bei den Herz-Kreislauf-erkrankungen zu beobachten (1994: 54%, 2005: 46%) und parallel dazu eine Zunahme von 4 %-Punkten (1994: 47%, 2005: 51%) bei den pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen in den alten Bundesländern.

Im Jahr 2005 wurden für insgesamt 96% der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen angegeben, unter einer lang anhaltenden körperlichen Behinderung oder einer körperlichen chronischen Erkrankung zu leiden. Im Jahr 1994 waren es 93%. Grundsätzlich unterscheiden sich die Verteilungen der chronischen Erkrankungen nicht

von den bekannten epidemiologischen Daten aus amtlichen Statistiken (z.B. Diagnosedaten von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern vom Statistischen Bundesamt 2006) und auch die Veränderungen über den Zeitraum 1994 bis 2005 sind in Übereinstimmung mit Zeitreihen (z.B. 1994 bis 2004 des statistischen Bundesamtes) zu bringen. Interpretationsbedürftig sind allenfalls die starken Veränderungen in den neuen Bundesländern. Inwieweit sie mit Veränderungen im Antwortverhalten bei den Auskunft gebenden Pflegekräften zu tun haben, muss an dieser Stelle offen bleiben. Keinen Beitrag zur Erklärung der Zunahmen in der Morbidität von Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen liefert das Alter oder der Pflegebedarf. Der Altersdurchschnitt von Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen ist zwischen 1994 und 2005 nur minimal von 81 auf 81,8 gestiegen und der Morbiditätsanstieg in der Gruppe der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen ist geringer als der in der Gesamtgruppe.

Berichtete psychische Störungen

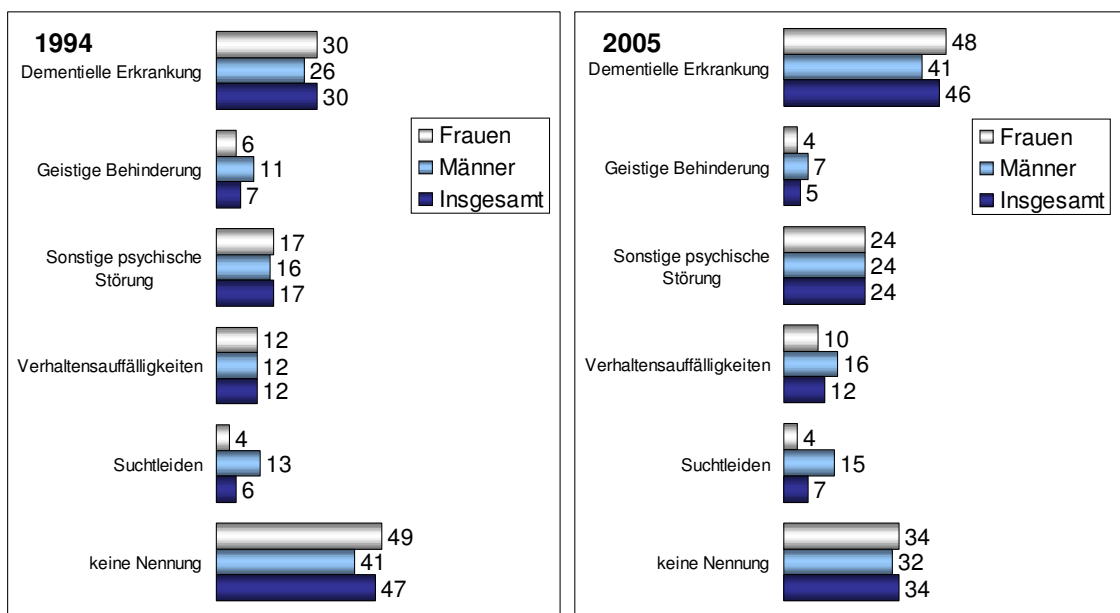
Neben körperlichen Erkrankungen oder lang anhaltenden Behinderungen leiden Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen vor allem an psychischen Störungen und daraus resultierenden Einschränkungen. Deutlicher noch als bei den körperlichen Erkrankungen, hat sich im Vergleich von 1994 zu 2005 bei den psychischen Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen eine Veränderung ergeben. Waren es 1994 insgesamt noch 47% der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen, für die keine Behinderungen und Beeinträchtigungen aufgrund psychischer Erkrankungen angegeben wurden, so trifft dies im Jahr 2005 nur noch 34% der Bewohnerinnen und Bewohner zu.

Die Zuwächse betreffen verschiedene Krankheitsgruppen. Am stärksten ist die Zunahme im Bereich der berichteten demenziellen Erkrankungen. Bei dieser Krankheitsgruppe ist insgesamt ein Anstieg des Anteils an Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen von 30% im Jahr 1994 auf 46% im Jahr 2005 zu verzeichnen, wobei der Anstieg mit 18 %-Punkten bei den Frauen etwas stärker ausfällt als bei den Männern mit 15 %-Punkten. Während bei den Anteilen von Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen mit geistigen Behinderungen ein leichter Rückgang (von 7% auf 5%) zu beobachten ist, ergibt sich in der Kategorie „Sonstige psychische Störungen“ eine Zunahme um 7 %-Punkte (1994: 17%, 2005: 24%). Dagegen gibt es im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten und der Suchtleiden kaum berichtete Veränderungen.

Im regionalen Vergleich zeigt sich eine deutlich größere Zunahme der vom Pflegepersonal berichteten Anteile an Bewohnerinnen und Bewohnern mit demenziellen Erkrankungen in den neuen Bundesländern (1994: 26%, 2005: 48%) als in den alten Bundesländern (1994: 30%, 2005: 45%). Dagegen ist bei den Anteilen an Bewohnerinnen und Bewohnern in den neuen Bundesländern mit geistigen Behinderungen und mit Verhaltensauffälligkeiten ein Rückgang um 4 %-Punkte bzw. 3 %-Punkte zu beobachten. Es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass diese regionalen Unter-

schiede in den berichteten psychischen Störungen auch auf Abweichungen im Antwortverhalten der Pflegekräfte zurückzuführen sind. Auch insgesamt betrachtet unterschätzen die vom Pflegepersonal gemachten Angaben die tatsächliche Inzidenz von demenziellen Erkrankungen. Nach den Ergebnissen eines vom ZI Mannheim bei einer Teilstichprobe vertiefend durchgeführten Demenzscreenings beläuft sich der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen mit einem Demenz-Syndrom auf etwa 69% (vgl. dazu Kapitel 3).

Abbildung 2.25
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland
- Psychische Erkrankungen



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Während es in der Gesamtgruppe der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen, wie dargestellt, zu einem starken Anstieg im Bereich der psychischen Erkrankungen im Vergleich von 1994 zu 2005 gekommen ist, gilt dies für die Gruppe der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen nur in abgeschwächter Form. Zwar ist auch in dieser Gruppe eine Zunahme von Personen zu beobachten, die unter psychischen Behinderungen und Beeinträchtigungen leiden, allerdings fällt diese mit 4 %-Punkten (von 1994: 67% auf 2005: 71%) deutlich moderater aus, als in der Gesamtgruppe, allerdings auf sehr hohem Niveau. Bei den berichteten demenziellen Erkrankung ist eine Zunahme von 10 %-Punkten bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen zu beobachten (1994: 42%, 2005: 52%). Bei den sonstigen psychischen Störungen ergibt sich eine Zunahme von 3 %-Punkte (1994: 21%, 2005: 24%).

In der Erhebung 2005 wurde als zusätzliche Erhebungskategorie die „schwere Depression“ eingeführt. Für diese Krankheitsgruppe liegen keine Vergleichszahlen zum Jahr 1994 vor. Bei der Gesamtgruppe der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenein-

richtungen wurde für 14% eine schwere Depression angegeben. Am häufigsten trifft dies für die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen in der Gruppe der 60-79-Jährigen zu (16%). Bei den übrigen Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen am häufigsten in der Gruppe der unter 60-Jährigen (18%).

Hilfsmittel

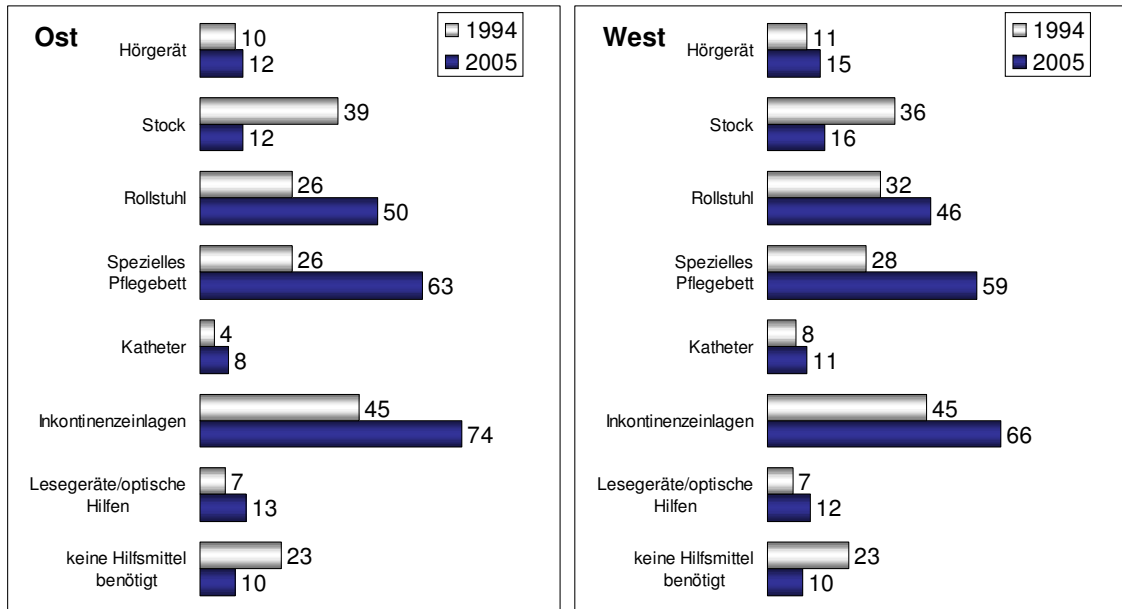
Entsprechend der hohen Anzahl an chronisch erkrankten bzw. durch körperliche Einschränkungen behinderter Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen besteht ein hoher Bedarf an medizinischen Hilfsmitteln. Dieser Bedarf hat sich vom Jahr 1994 auf das Jahr 2005 deutlich erhöht. Waren es 1994 noch 23% der Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen, die keine medizinischen Hilfsmittel benötigten, so reduzierte sich diese Zahl auf 10% im Jahr 2005.

Bei einer differenzierten Betrachtung wird deutlich, dass es eine Zunahme des Bedarfs vor allem bei den speziellen Pflegebetten, den Rollstühlen, bei Inkontinenzeinlagen, bei Stock/Gehstützen/Rollatoren sowie Lesegeräten und optischen Hilfen gab.

Die Veränderungen im Bedarf (benötigte Hilfsmittel) waren häufig in den neuen Bundesländern größer wie in den alten Bundesländern. Hier gab es teilweise Nachholeffekte. Dies gilt insbesondere für Rollstühle. Die Bedarfsanforderungen stiegen bei Rollstühlen in den neuen Bundesländern um 24 %-Punkte (1994: 26%, 2005: 50%) und damit deutlich höher als in den alten Bundesländern mit 14 %-Punkten (1994: 32%, 2005: 46%). Auch bei den speziellen Pflegebetten und den Inkontinenzeinlagen lagen die Werte in den neuen Bundesländern höher wie in den alten Bundesländern.

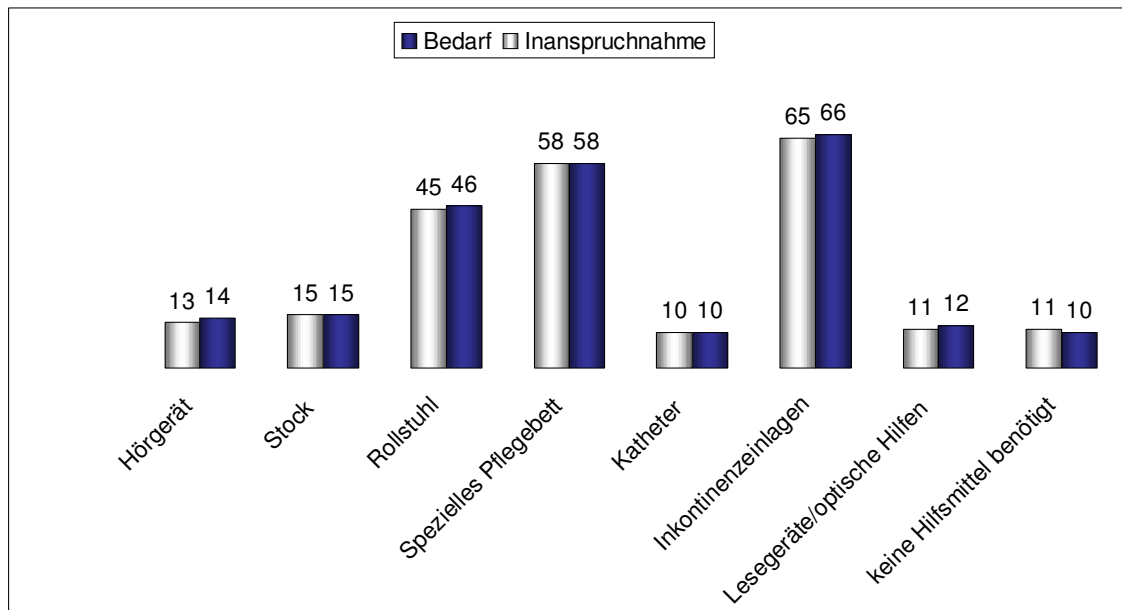
Beim Vergleich der Angaben über den Bedarf an Hilfsmitteln mit den tatsächlich vorhandenen Hilfsmitteln, der allerdings nur für das Jahr 2005 vorliegt, wird deutlich, dass es nur sehr geringfügige Differenzen zwischen den Angaben zum Bedarf und den tatsächlich vorhandenen medizinischen Hilfsmitteln gibt. Das bedeutet, dass die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln in den Alteneinrichtungen gewährleistet ist. Dabei gilt dieses Urteil nicht nur für die Gesamtzahl der Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen sondern bleibt auch bei einer differenzierten Betrachtung nach Geschlecht, Alter, Pflegestufen, neuer oder alter Bundesländer bestehen.

Abbildung 2.26
Bewohnerinnen und Bewohner von Alteinrichtungen in Deutschland
- Benötigte medizinische Hilfsmittel



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Abbildung 2.27
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland
- Vergleich des Bedarfs mit der Inanspruchnahme medizinischer Hilfsmittel



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Heilmittel und Funktionstherapien

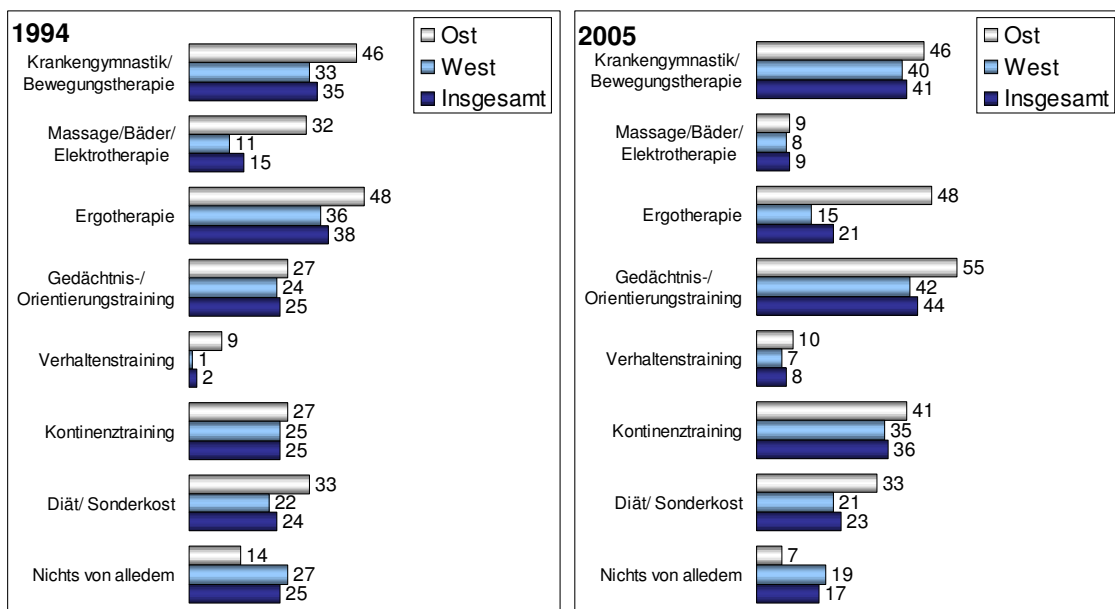
Angesichts des vorhandenen Krankheitsspektrums ist es nicht verwunderlich, dass nicht nur die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln von 1994 bis 2005 angestiegen ist, sondern auch die Versorgung mit Heilmitteln und Funktionstherapien. Die Zunahme von 1994 auf das Jahr 2005 beträgt für alle Bewohnerinnen und Bewohner von Alteinrichtungen 8%. 1994 wurden 75% aller Bewohnerinnen und Bewohner von Alteinrichtungen mit Heilmitteln bzw. Funktionstherapien versorgt, im Jahr 2005 sind es 83%.

Allerdings ist bei einer differenzierten Betrachtung der verschiedenen Maßnahmen auch eine Reihe von widersprüchlichen Ergebnissen festzustellen. Einerseits ist als positiver Aspekt insgesamt eine Verlagerung von passiven zu aktiven Therapien zu beobachten. Dies wird deutlich bei einer Reduktion der Massagen, Bäder und Elektrotherapie um insgesamt 6 %-Punkte und andererseits einer Zunahme der Krankengymnastik/Bewegungstherapie um ebenfalls 6 %-Punkte sowie einer besonders deutlichen Zunahme bei den Gedächtnis- und Orientierungstrainings um 19 %-Punkte. Des Weiteren durch eine Zunahme bei den Verhaltenstrainings um 6 %-Punkte sowie eines Anstiegs beim Kontinenztraining um 11 %-Punkte. Zusätzlich werden von den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteinrichtungen eine ganze Reihe aktivierender Trainingsmaßnahmen, wie z. B. Musik- und Tanztherapie in Anspruch genommen.

Auffällig dagegen ist eine deutliche Abnahme der Inanspruchnahme von Ergotherapie um insgesamt 17 %-Punkte (1994: 38%, 2005: 21%). Da die Notwendigkeit von Ergotherapie im Zusammenhang mit aktivierenden Funktionstherapien bei älteren Leuten an sich unumstritten ist, kann dieser Rückgang eigentlich nur aus dem Ordnungsverhalten der betreuenden Ärzte erklärt werden, die aus Budgetgründen Ergotherapie nicht verschreiben.

Beim Vergleich zwischen den alten und neuen Bundesländern ergeben sich eine Reihe von Unterschieden. So ist die Zunahme von Krankengymnastik nur in den alten Bundesländern zu beobachten. Der Rückgang der Inanspruchnahme von Massagen/Bädern/Elektrotherapie ist in den neuen Bundesländern geradezu dramatisch, er beträgt 21 %-Punkte. In den alten Bundesländern sind es 3 %-Punkte. Auch die Zunahme beim Kontinenztraining ist in den neuen Bundesländern um 3 %-Punkte höher wie in den alten Bundesländern. Auffällig ist darüber hinaus, dass der Anteil der Ergotherapie in den neuen Bundesländern unverändert geblieben ist (1994: 48%, 2005: 48%), während er sich in den alten Bundesländern mehr als halbiert hat (1994: 36%, 2005: 15%). An dieser Stelle wäre zu klären, inwieweit das Ordnungsverhalten in den neuen Bundesländern bei den niedergelassenen Ärzten noch ein anderes als in den alten Bundesländern ist.

Abbildung 2.28
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland
- Erhaltene Heilmittel und Funktionstherapien



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Betrachtet man allein die Gruppe der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner von Alteinrichtungen, so ist hier eine etwas geringere Zunahme von Heilmitteln und Funktionstherapien zu beobachten, wie bei der Gesamtzahl der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteinrichtungen. Im Unterschied zur Gesamtgruppe ist keine Zunahme bei der Inanspruchnahme von Krankengymnastik festzustellen. Dagegen sind bei den Gedächtnis- und Orientierungstrainings, den Verhaltenstrainings und den Kontinenztrainings Zunahmen zu beobachten, die allerdings geringer sind als in der Gesamtgruppe. Die Reduktion von therapeutischen Maßnahmen im Bereich der Ergotherapie entspricht dem in der Gesamtgruppe. Auch hier gibt es Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern. So ist der Rückgang der Inanspruchnahme von Krankengymnastik in den neuen Bundesländern besonders stark (20 %-Punkte). Dagegen ist der Zuwachs an Gedächtnis- und Orientierungstraining mit 25 %-Punkten in den neuen Bundesländern besonders groß. Der Rückgang an Ergotherapie ist mit 3 %-Punkten deutlich geringer wie in den alten Bundesländern, bei der es zu mehr als einer Halbierung der ergotherapeutischen Maßnahmen kam. Das bedeutet, dass anstatt 38% der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner von Alteinrichtungen im Jahr 1994, im Jahr 2005 nur noch 17% eine ergotherapeutische Maßnahme erhalten haben.

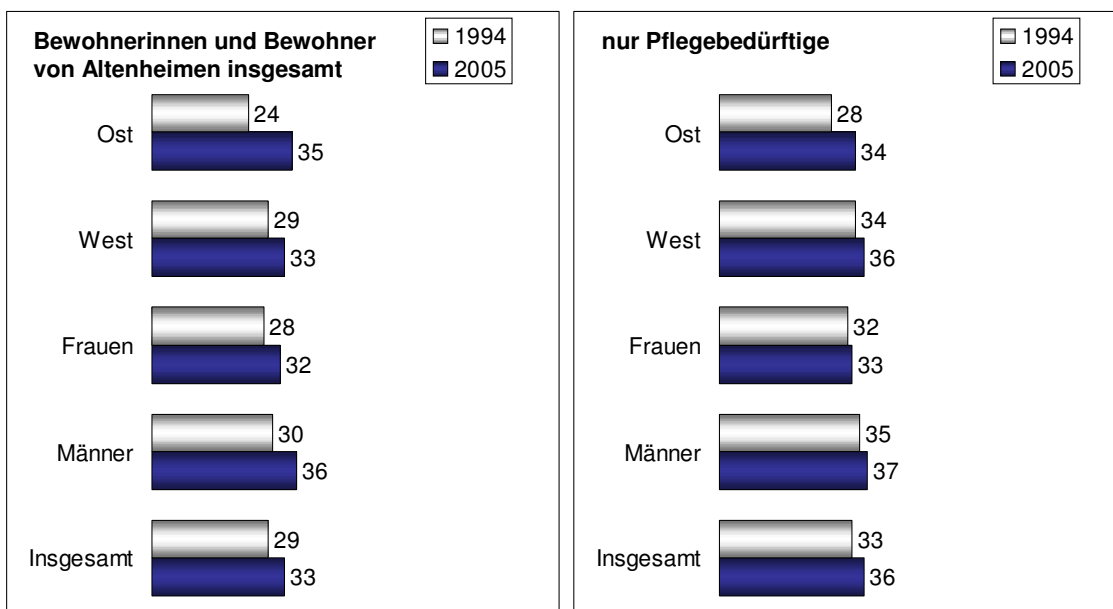
Krankenhausaufenthalte

Wie bei der Inanspruchnahme von medizinischen Hilfsmitteln, Heilmitteln sowie den Funktionstherapien zeigt der Vergleich der Erhebung von 1994 mit dem Jahr 2005 bei

der Inanspruchnahme akut medizinischer Versorgung in vollstationären Einrichtungen eine Zunahme. Waren es 1994 insgesamt 33% aller Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen die in den letzten 12 Monaten für eine Nacht oder länger in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, so waren es im Jahr 2005 38%. Vergleicht man dieses Ergebnis mit den Eckdaten der vollstationären Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser bei der Zeitreihenanalyse 1994 bis 2004 des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2006), so wird dieses Ergebnis durch die Zahlen der amtlichen Statistik unterstützt, die von 1994 auf 2005 eine Zunahme der Fallzahlen in den Altersgruppen über 65 Jahre festgestellt haben.

Abbildung 2.29

**Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland
- Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten**



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Bei der Inanspruchnahme akut stationärer Versorgung fällt auf, dass der Zuwachs bei den männlichen Bewohnern von Alteneinrichtungen mit 6 %-Punkten (1994: 35%, 2005: 41%) doppelt so hoch ist, wie der bei den Frauen mit 3 %-Punkten (1994: 33%, 2005: 36%). Noch auffälliger ist die Zunahme in den neuen Bundesländern. Hier steigt die Fallzahl zwischen 1994 von auf das Jahr 2005 von 26% auf 39%. In der gleichen Zeit steigt sie in den alten Bundesländern von 34% auf 36%.

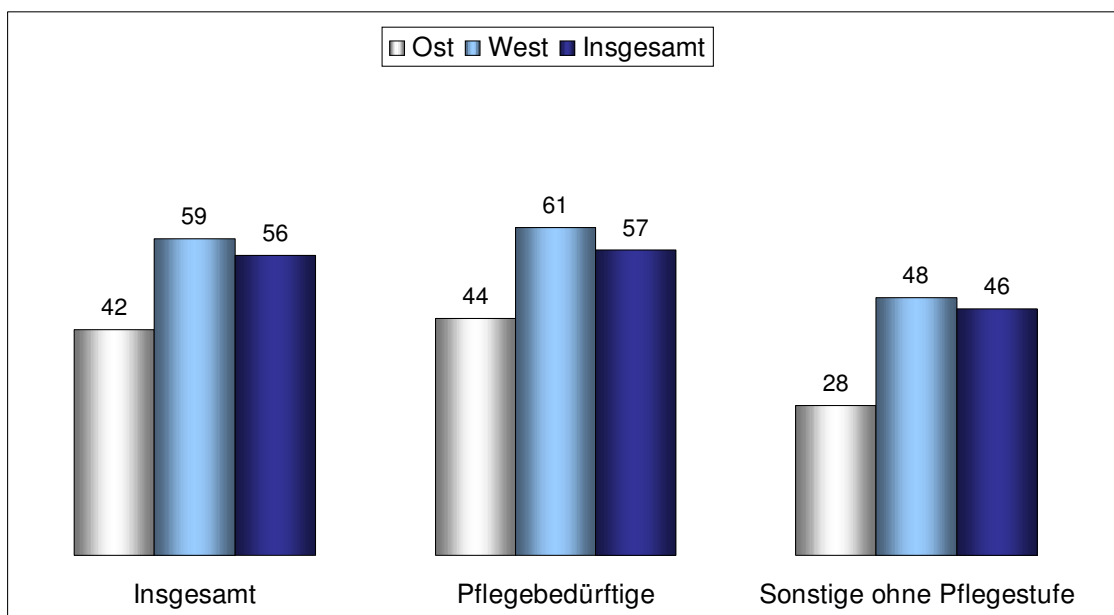
Dabei ist die Zunahme insgesamt nicht auf die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen zurückzuführen. Hier beträgt die Zunahme nur 2 %-Punkte (1994: 38%, 2005: 40%), wobei diese im Wesentlichen aus der Zunahme in den neuen Bundesländern zu erklären ist (1994: 29%, 2005: 38%). Es muss an dieser Stelle offen bleiben, inwieweit die Veränderungen, speziell in den neuen Bundesländern, durch die Anpassungen der Versorgungsstrukturen zu erklären sind.

Zahnärztliche Kontrollen

In der Erhebung 2005 wurde außer der therapeutischen und medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen auch deren zahnärztliche Betreuung erhoben. Im Zusammenhang mit der dritten deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III, Michaelis, Reich 1999), wurden zumindest für die 65- bis 74-Jährigen in der Bevölkerung epidemiologische Daten zu Zahn- und Munderkrankungen erhoben (für ältere Bevölkerungskohorten liegen nach wie vor keine neueren Daten vor). In der DMS III wurden deutlichen Versorgungsdefizite bei der zahnärztlichen Versorgung älterer Menschen festgestellt.

Die Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen im Jahr 2005 zeigt ein deutliches Defizit bei der zahnärztlichen Versorgung. So wird für 56% aller Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen angegeben, dass keine zahnärztliche Untersuchung in den letzten 12 Monaten stattgefunden hat. Bei den pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen sind es 57%. Bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen ohne eine Pflegestufe sind es immer noch 46%, die in den letzten 12 Monaten keine zahnärztliche Untersuchung hatten.

Abbildung 2.30
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland
- Fehlende zahnärztliche Kontrollen



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Auffällig ist ein deutlicher Unterschied in der zahnärztlichen Versorgung zwischen den neuen und den alten Bundesländern. So sind es insgesamt „nur“ 42% der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen in den neuen Bundesländern, die keine zahnärztliche Untersuchung in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen haben.

Im Unterschied dazu waren es 59% in den alten Bundesländern. Dieser Unterschied zeigt sich auch bei den pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteinrichtungen, hier sind es 44% in den neuen Bundesländern, die keine zahnärztliche Untersuchung hatten, in den alten Bundesländern sind es 61%.

Bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteinrichtungen ohne Pflegestufe, ist die Diskrepanz zwischen den neuen und den alten Bundesländern noch größer. In den neuen Bundesländern sind es nur 28%, die in den letzten 12 Monaten keine zahnärztliche Untersuchung hatten. Dagegen sind es 48% der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteinrichtungen ohne Pflegestufe in den alten Bundesländern. Vermutlich ist die bessere zahnmedizinische Versorgung, wie bei den bereits zuvor dargestellten Unterschieden zwischen den alten und den neuen Bundesländern, auf historische und strukturelle Unterschiede zurückzuführen, ohne diese im Rahmen dieser Untersuchung im Detail erklärt werden könnten.

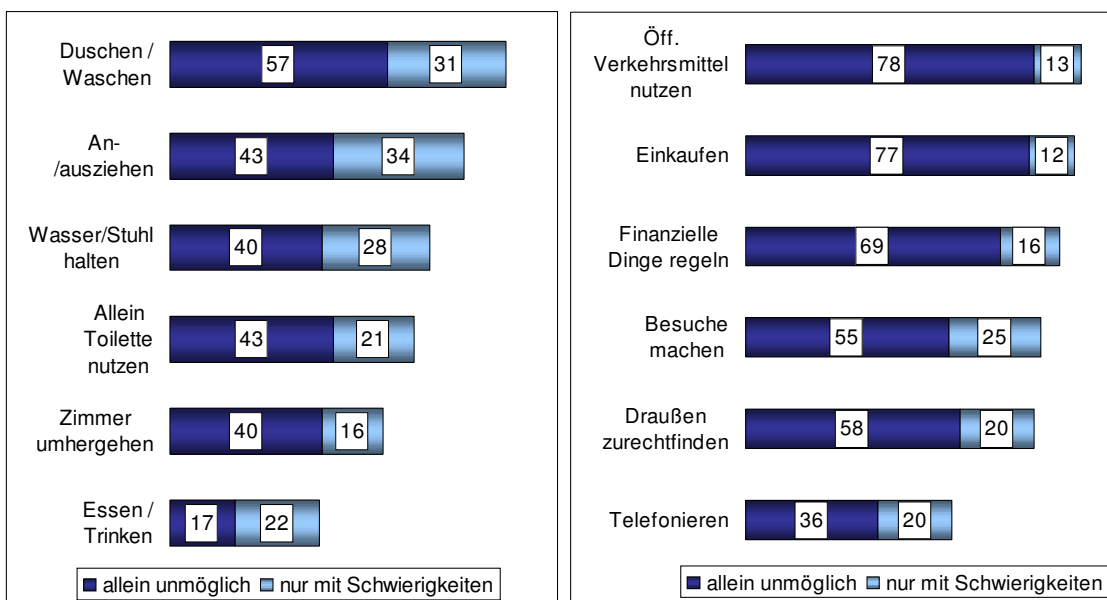
2.4.5 Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen

Die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen benötigen in erheblichem Umfang in allen relevanten Bereichen der alltäglichen Verrichtungen Hilfe und Unterstützung. Charakteristisch für die aktuelle Situation, bezogen auf den Erhebungszeitpunkt Ende 2005, sind die typischen Einschränkungen im Bereich der alltäglichen Mobilität, der Hygiene, bei der Toilettennutzung sowie auch bei der Nahrungsaufnahme.

57% der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteinrichtungen können sich allein unmöglich und weitere 31% nur mit Schwierigkeiten duschen oder waschen. Allein die Toilette benutzen können 43% unmöglich und weitere 21% nur mit Schwierigkeiten. 40% können nicht im Zimmer umhergehen, 16% können dies nur mit Schwierigkeiten. Nahrung oder Getränke können 17% allein nicht und weitere 22% nur mit Schwierigkeiten zu sich nehmen.

Auch die sog. hauswirtschaftlich-instrumentellen Verrichtungen können von den Heimbewohnerinnen und Bewohnern allein ohne fremde Hilfe kaum noch ausgeführt werden. Öffentliche Verkehrsmittel können 78% allein unmöglich und weitere 13% nur mit Schwierigkeiten nutzen. 69% können ihre Finanzen nicht mehr und weitere 16% nur mit Schwierigkeiten selber regeln. Selbst telefonieren können 36% allein unmöglich und weitere 20% nur mit Schwierigkeiten.

Hierbei ist zu beachten, dass es sich bei diesen so genannten ADLs und IADLs um Verhaltenskategorien handelt. Die zum Ausdruck kommenden Beeinträchtigungen können sowohl körperlich-somatisch, als auch kognitiv oder psychisch verursacht sein. Entscheidend ist, dass die Bewohnerinnen und Bewohner die Aktivitäten nicht ohne fremde Hilfe allein ausführen können.

Abbildung 2.31**Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland
- nach Einschränkungen bei typischen alltäglichen Verrichtungen (2005: in %)**

TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Summiert man sowohl die elf im Jahre 1994 und 2005 gleich erhobenen ADLs als auch elf der gleich erhobene IADLs auf, indem man die Ausprägung „nein, unmöglich“ mit dem Wert 2 und die Ausprägung „nur mit Schwierigkeiten“ mit dem Wert 1 belegt, so ergeben sich zwei unterschiedliche Einschränkungsscores. (Körperbezogener ADL-Score sowie instrumenteller IADL-Score: 0 bis max. 22 Punkte).

Vergleicht man die Score-Ausprägungen (durchschnittliche Anzahl der Beeinträchtigungspunkte), so zeigt sich auch in diesem Fall das deutliche Anwachsen des Grades der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner.

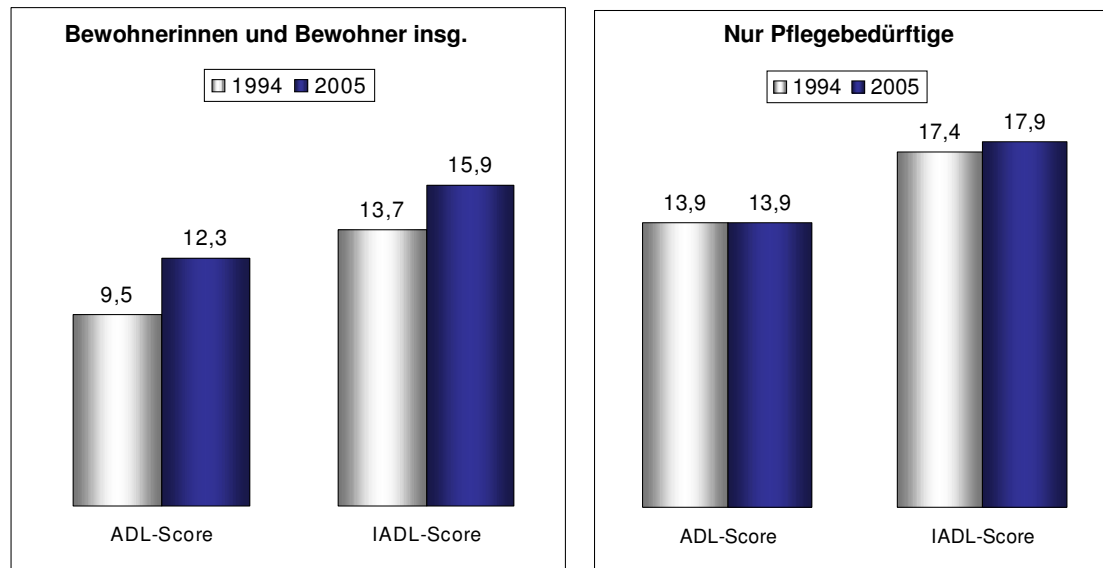
Waren es 1994 noch im Durchschnitt 9,5 Beeinträchtigungspunkte im Bereich der körperbezogenen ADLs, so sind für 2005 bereits 12,3 Beeinträchtigungspunkte auf der Werteskala feststellbar. Beim IADL-Score ist die durchschnittliche Zahl der Beeinträchtigungen von 13,7 im Jahr 1994 auf 15,9 Punkte angestiegen.

Vergleicht man hingegen die Ausprägungen bei den Beeinträchtigungen nur für die sowohl 1994 als auch 2005 im engeren Sinne pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner, zeigt sich ein anderes Bild. Bei dem körperbezogenen ADL-Score ist mit einer durchschnittlichen Zahl von 13,9 Beeinträchtigungspunkten zwischen 1994 und 2005 kein Unterschied feststellbar. Beim IADL-Score ist die durchschnittliche Zahl der Beeinträchtigungen bei den Pflegebedürftigen von 17,4 im Jahr 1994 auf 17,9 im Jahr 2005 nur schwach angestiegen. Im Vergleich zwischen den Geschlechtern ergeben sich dabei keine nennenswerten Unterschiede.

Abbildung 2.32**Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland****- ADL und IADL-Einschränkungen: Anzahl der Beeinträchtigungspunkte**

ADL-Score : 11 körperbezogene Einschränkungen (Wertebereich von 0-22: Durchschnitt)

IADL-Score: 11 instrumentelle Einschränkungen (Wertebereich von 0-22: Durchschnitt)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Der höhere Pflegebedarf bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von vollstationären Alteinrichtungen hängt demnach damit zusammen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Heimbewohnern vor dem Hintergrund der institutionellen Veränderungen der letzten 10 Jahre entsprechend angestiegen ist. Menschen, die noch nicht im Alter pflegebedürftig geworden sind, wechseln weniger häufig in eine vollstationäre Alteinrichtung, als dies noch für das Jahr 1994 feststellbar war. Ursächlich hierfür dürfte ebenfalls sein, dass vollstationäre Alteinrichtungen, wie dargestellt, inzwischen vorrangig Altenpflegeplätze, die über die Pflegeversicherung finanziert werden, anbieten. Das Ausmaß der rein körperbezogenen Einschränkungen hat sich hingegen bei denjenigen, die sowohl 1994 als auch im Jahr 2005 im engeren Sinne als pflegebedürftig zu bezeichnen sind, so gut wie nicht verändert.

Bettlägerigkeit

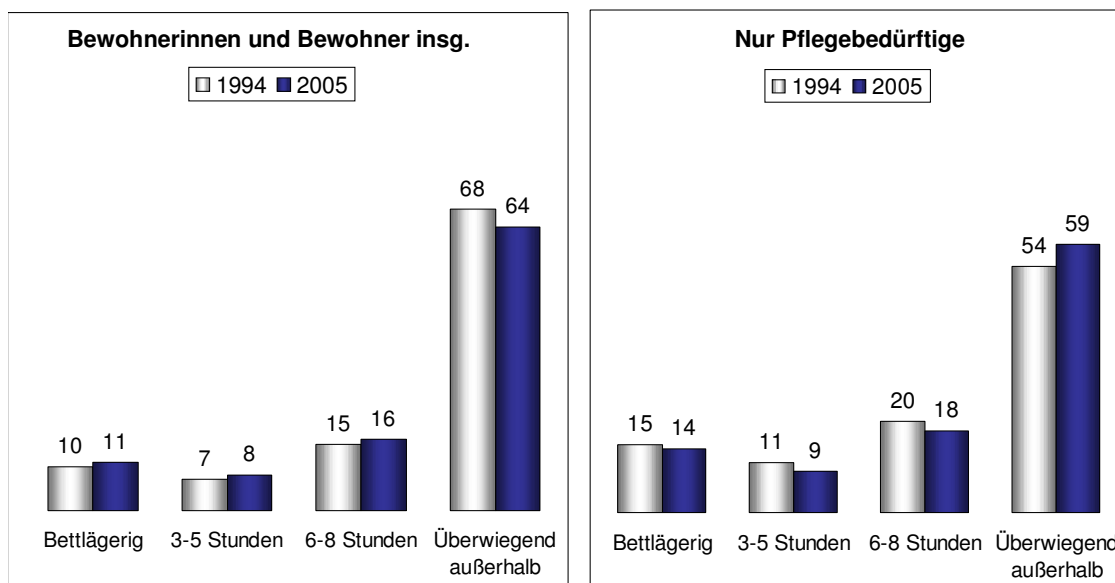
Fragt man danach, wie viel Zeit die Bewohnerinnen und Bewohner tagsüber außerhalb des Bettes verbringen, so wird für immerhin 68% Ende 1994 sowie für 64% Ende 2005 berichtet, dass sie die überwiegende Zeit des Tages „auf den Beinen“ sind. Weitere 15% waren 1994 sowie 16% Ende 2005 für 6-8 Stunden am Tag außerhalb des Bettes. Im engeren Sinne bettlägerig waren Ende 1994 10% bzw. Ende 2005 11%, während 1994 7% und im Jahr 2005 8% nicht mehr als 3-5 Stunden pro Tag außerhalb des Bettes verbrachten.

Bezieht man sich auch in diesem Fall nur auf die Pflegebedürftigen, so ist der Anteil derjenigen, die die überwiegende Zeit des Tages außerhalb des Bettes verbringen, von 54% Ende 1994 auf 59% Ende 2005 sogar leicht angestiegen.

Auch diese Ergebnisse unterstreichen, dass es sich bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Alteinrichtungen nicht um mehrheitlich immobile Personen handelt. Die Sicherung der Mobilität, sprich die ggf. notwendige Mobilisierung aus dem Bett, die erforderlichen krankengymnastisch-therapeutischen Maßnahmen zur Sicherstellung von Alltagskompetenz sowie ganz allgemein die Förderung von Aktivität, müssen demnach gerade in vollstationären Einrichtungen Kenelemente in der Pflege und Betreuung sein.

Abbildung 2.33

Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland - Zeitraum tagsüber außerhalb des Bettes (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Nächtlicher Hilfebedarf

Für zwei von drei Bewohnerinnen und Bewohnern (63%) wird berichtet, dass sich so gut wie jede Nacht Hilfebedarf ergibt. Weitere 7% benötigen ab und an in der Woche und nicht mehr als 30% so gut wie nie Hilfeleistungen. Entscheidend ist in diesem Fall der Grad der vorhandenen psychischen Beeinträchtigungen (vgl. dazu im folgenden Abschnitt 2.3). Bewohnerinnen und Bewohner mit psychischen Beeinträchtigungen benötigen zu 79% so gut wie jede Nacht Hilfe. Nur 15% dieser Gruppe benötigen so gut wie nie Hilfe in der Nacht. Bewohnerinnen und Bewohner ohne psychische Beeinträchtigungen benötigen hingegen zu 34% so gut wie jede Nacht Hilfeleistungen. 56% benötigen hingegen hier so gut wie nie Unterstützung in der Nacht.

Tabelle 2.24**Hilfebedarf in der Nacht**

Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationärer Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)

	Insgesamt	Ohne psychische Beeinträchtigungen	Mit psychischen Beeinträchtigungen
So gut wie nie	30	56	15
Ab und an in der Woche	7	9	6
So gut wie jede Nacht	63	34	79

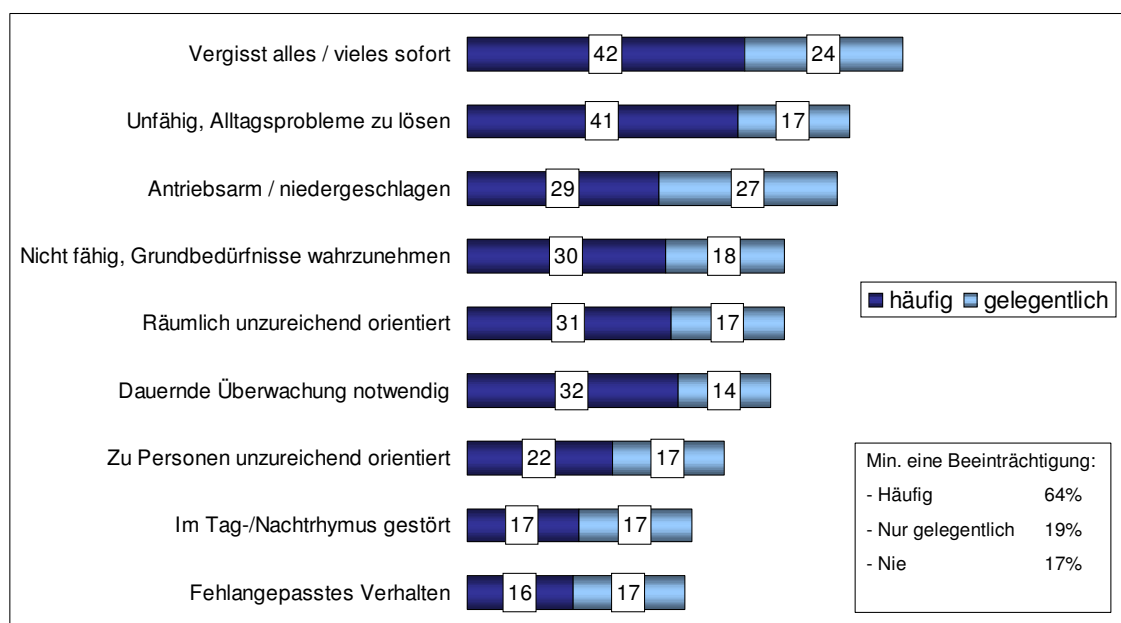
Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Kognitive Beeinträchtigungen und psychische Veränderungen

Neben den typischen körperlichen bzw. motorischen Einschränkungen ist vor allem das erhebliche Ausmaß an kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Veränderungen für die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen charakteristisch.

Abbildung 2.34

Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland - nach kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Veränderungen (2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Nach Einschätzung des Pflegepersonals haben 42% der Bewohnerinnen und Bewohner in erheblichem Ausmaß Gedächtnisprobleme (sie vergessen alles bzw. vieles sofort wieder). Bei weiteren 24% trifft dies zumindest gelegentlich zu. 41% sind weitgehend unfähig, Alltagsprobleme, wie etwa die Auswahl geeigneter Kleidungsstücke etc.,

zu lösen. Bei weiteren 17% treten diese Probleme gelegentlich auf. 30% sind nicht hinreichend fähig, Grundbedürfnisse (Nahrung bzw. Flüssigkeitsaufnahme, Temperaturempfinden, Toilettengang etc.) zuverlässig wahrzunehmen. Weitere 18% weisen zumindest gelegentlich entsprechende Beeinträchtigungen auf. Bei 32% ist regelmäßig und bei weiteren 14% zumindest gelegentlich eine dauernde Überwachung notwendig. 31% sind häufig und weitere 17% gelegentlich räumlich unzureichend orientiert. 31% sind häufig und weitere 17% gelegentlich räumlich unzureichend orientiert. Jeweils 17% sind häufig bzw. gelegentlich im Tag-Nach-Rhythmus gestört. Als im Verhalten fehlangepasst werden 16% häufig und weitere 17% gelegentlich charakterisiert.

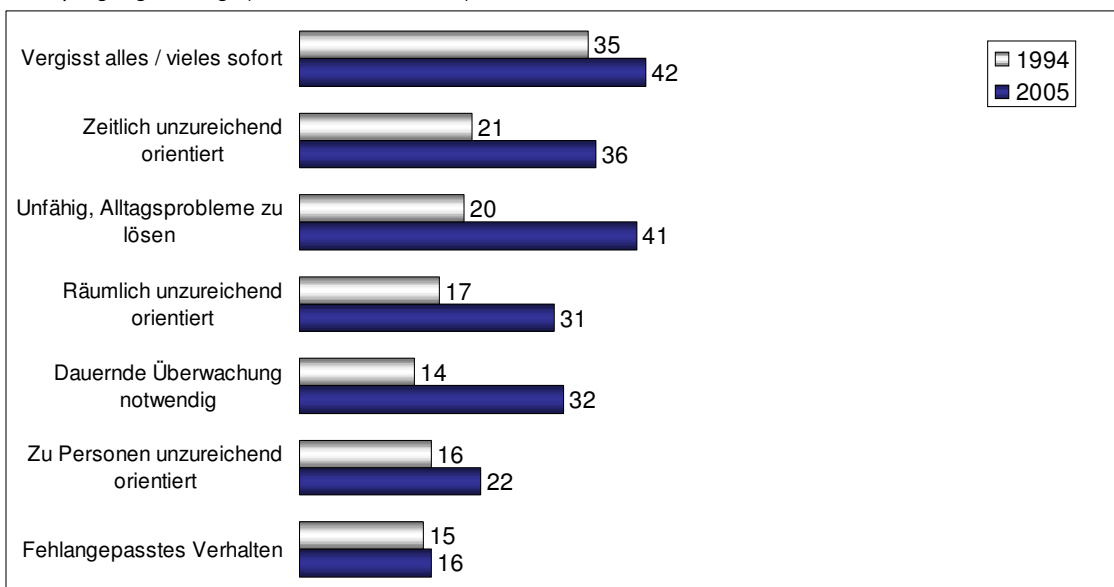
Zusammengenommen sind es 64% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die häufig die erhobenen kognitiven Beeinträchtigungen bzw. psychische Veränderungen aufweisen. Bei weiteren 19% trifft dies gelegentlich und nur für 17% so gut wie nie zu.

Im Trend betrachtet haben in den letzten 10 Jahren der Anteil und das Ausmaß der berichteten kognitiven Beeinträchtigungen bei den Heimbewohnerinnen und Bewohnern deutlich zugenommen. Unfähig, Alltagsprobleme zu lösen, waren Ende 1994 erst 20% der Bewohnerinnen und Bewohner. Zeitlich unzureichend orientiert 21%, räumlich unzureichend orientiert 17% und für nicht mehr als 14% wurde angegeben, dass sie dauernd überwacht werden müssen. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit fehlangepasstem Verhalten fiel hingegen mit 15% im Jahre 1994 auch damals nicht wesentlich niedrig aus.

Abbildung 2.35

Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland - kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Veränderungen

Ausprägung „Häufig“ (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Nur 1994 und 2005 gleich erhobene Items

Diese Trendentwicklung gilt sowohl für die Heimbewohnerinnen und Bewohner insgesamt, als auch für die Pflegebedürftigen der Jahre 1995 und 2005 im Vergleich. Anders ausgedrückt: während sich im Bereich der rein körperbezogenen alltäglichen Verrichtungen bei den Pflegebedürftigen im Vergleich von 1995 und 2005 nichts wesentliches verändert hat, so gilt für den Bereich der kognitiven Beeinträchtigung und der psychische Veränderungen, dass sich der Grad der Beeinträchtigungen im Jahr 2005 auch bei den Pflegebedürftigen im Vergleich zur Situation von 1994 deutlich erhöht hat. Bezieht man sich nur auf die Beeinträchtigungen, die sowohl 1994, als auch 2005 erhoben worden sind, so fällt vor allem die Niveauveränderung auf (vgl. dazu Tabelle 2.25). Grenzt man den Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit häufig auftretenden kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Veränderungen auf Basis dieser etwas reduzierten Itemanzahl ab, so waren es bei den Bewohnerinnen und Bewohnern insgesamt 62% im Jahr 1994 sowie 60% im Jahr 2005 und bei den Pflegebedürftigen 73% im Jahr 1994 im Vergleich zu 66% im Jahr 2005, die zumindest eines der kognitiven bzw. psychischen Merkmale aufweisen.

Differenziert man hingegen den Grad der möglichen Beeinträchtigung so zeigt sich, dass für 24% der Bewohnerinnen und Bewohnern im Jahr 1994 im Vergleich zu 12% im Jahr 2005 ausschließlich eine Beeinträchtigung, hingegen für 27% im Jahr 1994 im Vergleich zu 17% im Jahr 2005 zwei bis drei Beeinträchtigungen und nur für 11% im Jahr 1994 im Vergleich zu 31% im Jahr 2005 vier bis sieben Beeinträchtigungen berichtet werden. Bei den Pflegebedürftigen ergibt sich eine vergleichbare Tendenz. Auch in diesem Fall fällt der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit mehreren Beeinträchtigungen im kognitiven bzw. psychischen Bereich deutlich höher aus als noch 1994.

Tabelle 2.25

Bewohnerinnen und Bewohner nach häufig auftretenden kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Veränderungen im Zeitvergleich

Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005 (in %)

	Insgesamt		Nur Pflegebedürftige	
	1994	2005	1994	2005
Häufig auftretende kognitive Beeinträchtigungen oder psychische Veränderungen				
Ohne Beeinträchtigungen ¹⁾	38	40	27	34
1 Beeinträchtigung	24	12	24	13
2-3 Beeinträchtigungen	27	17	35	18
4-7 Beeinträchtigungen	11	31	14	35
Gesetzliche Betreuung	30	58	38	63

1) Nur Items, die sowohl 1994, als auch 2005 erhoben wurden

Örtlich unzureichend orientiert; zeitlich unzureichend orientiert; personell unzureichend orientiert; vergisst alles/vieles sofort wieder; nicht fähig, Alltagsprobleme zu lösen; im Verhalten fehlangepasst; dauernde Überwachung notwendig

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

Einen gesetzlichen Betreuer hatten 1994 30% der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. 38% der Pflegebedürftigen. Bezogen auf das Jahr 2005 sind es hingegen 58% der Bewohnerinnen und Bewohner sowie 63% der Pflegebedürftigen, für die eine gesetzliche Betreuung angeordnet ist. Psychische Veränderungen, Pflegebedürftigkeit und eine gesetzliche Betreuung bedingen sich inzwischen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von vollstationären Pflegeeinrichtungen sehr stark.

Die Bedeutung von berichteten kognitiven Veränderungen und psychischen Veränderungen im Hinblick auf den Hilfe- oder Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner hat demnach im letzten Jahrzehnt deutlich zugenommen. Bei den hochbetagten Bewohnerinnen und Bewohnern dürften die vorhandenen Beeinträchtigungen in einem hohen Anteil auf eine beginnende bzw. bereits ausgeprägte demenzielle Erkrankung zurückzuführen sein.²⁰

Vorhandene Kompetenzen zur Selbstversorgung

Auch bei den pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern ist ein allerdings recht kleiner Anteil noch in die Versorgung mit eingebunden. Immerhin 10% der Pflegebedürftigen bereiten sich im Vergleich zu 3% im Jahr 1994 einen Teil ihrer Mahlzeiten noch selber zu. Nach Einschätzung des Pflegepersonals könnten weitere 9% im Vergleich zu 12% im Jahr 1994 zumindest ansatzweise dies auch noch tun. Einkaufen übernehmen 5% der Pflegebedürftigen im Vergleich zu 2% im Jahr 1994. Jeweils 5% könnten dies noch übernehmen. Die Wohnung säubern tun hingegen nicht mehr als 2%, während weitere 5% dies nach Einschätzung des Pflegepersonals noch übernehmen könnten. Gegenüber 1994 sind hier keine relevanten Veränderungen feststellbar. Anderen Bewohnern helfen übernehmen 9% der Pflegebedürftigen im Vergleich zu 3% in 1994, während 7% im Vergleich zu 8% dies noch übernehmen könnten. An Gemeinschaftsaufgaben beteiligen sich 8% der Pflegebedürftigen im Vergleich zu 2% im Jahr 1994, wobei weitere 10% dies nach Einschätzung des Pflegepersonals durchaus noch tun könnten.

Alles in allem ist der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die innerhalb der Einrichtung bestimmte Aufgaben übernehmen, auch bei den Pflegebedürftigen im Vergleich zu 1994 angewachsen. Es kann an dieser Stelle nicht eindeutig beurteilt werden, inwieweit dies eine Konsequenz einer verbesserten Förderung von Selbständigkeit innerhalb der Einrichtung ist, oder aber mit möglichen Veränderungen im Potenzial und bei der Mentalität der Bewohnerinnen und Bewohner zusammenhängt. Entscheidend hierbei ist der Grad an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner. Das Geschlecht der Bewohnerinnen und Bewohner spielt hingegen eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Auch sonstige Merkmale, wie etwa das Wohn- oder Pflegekonzept der Einrichtung, die Fachkraftquote oder die Betreuungsrelation bzw.

²⁰ Zum Problem der demenziellen Erkrankungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von vollstationären Alteinrichtungen wurde im Rahmen von MuG IV eine vertiefende Untersuchung vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit durchgeführt. Vgl. dazu Kapitel 3.

das Geschlecht der für die Pflege und Betreuung zuständigen Kraft ist in diesem Bereich nicht signifikant.

Tabelle 2.26

Pflegebedürftige nach vorhandenen Kompetenzen zur Selbstversorgung¹⁾

Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland mit Pflegebedarf (Stufe I bis III) zum Jahresende 1994 und 2005 (in %)

	1994			2005		
	Ins-gesamt	Frauen	Männer	Ins-gesamt	Frauen	Männer
Essen zubereiten						
Übernimmt die Person	3	3	3	10	11	9
Könnte sie übernehmen	12	12	12	9	10	8
Einkaufen						
Übernimmt die Person	2	2	2	5	4	6
Könnte sie übernehmen	5	5	7	5	5	5
Zimmer/Wohnung säubern						
Übernimmt die Person	1	1	1	2	3	2
Könnte sie übernehmen	4	4	5	5	5	4
Anderen Bewohner/innen helfen						
Übernimmt die Person	3	3	3	9	9	8
Könnte sie übernehmen	8	8	9	7	7	8
Gemeinschaftsaufgaben übernehmen						
Übernimmt die Person	2	2	2	8	8	9
Könnte sie übernehmen	10	10	12	10	10	10

1) Nach Einschätzung des Pflegepersonals

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

2.4.6 Pflegerische Versorgung und Betreuung

Professionell erbrachte Hilfeleistungen

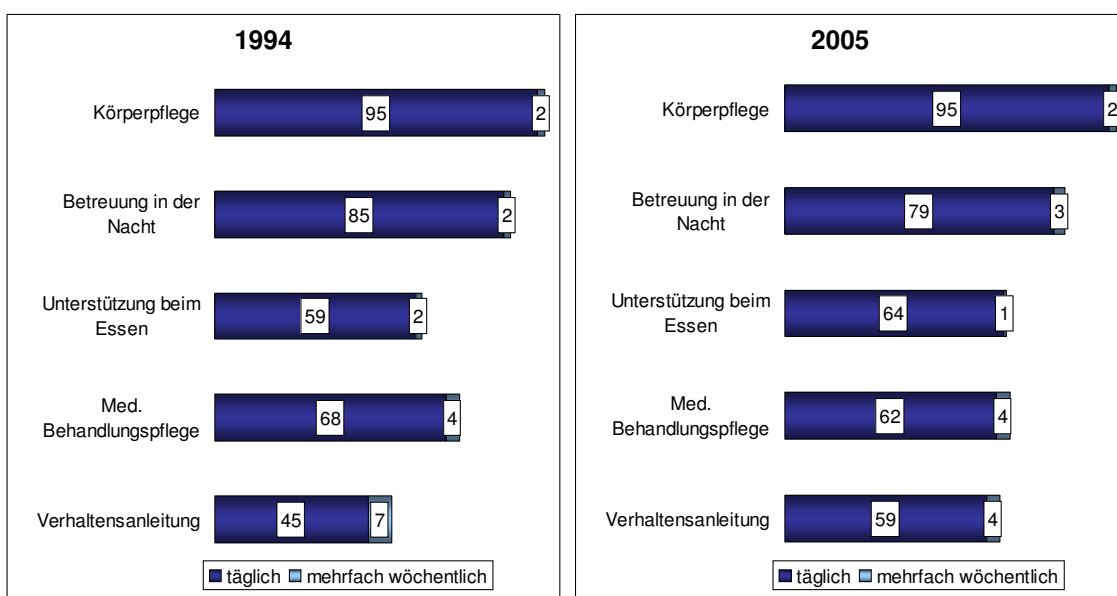
Das wichtigste Charakteristikum bei einer Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung besteht darin, dass in diesem Fall eine Rundumversorgung durch professionelle Pflegekräfte sowie ein altersgerechtes und entsprechend sicheres Wohnumfeld auf Dauer gewährleistet werden kann.

Mit einem Anteil von 95% erhalten so gut wie alle pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen vom fest angestellten Personal der Einrichtung

in der Regel mehrfach täglich Leistungen im Bereich der Grundpflege.²¹ Betreuung in der Nacht erhalten 79% der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner regelmäßig jede Nacht und weitere 3% mehrfach im Wochenverlauf. Im Vergleich zu 1994 (85% regelmäßig in der Nacht, 2% mehrfach im Wochenverlauf) ist der Anteil derjenigen, für die auch nachts Betreuungs- und Versorgungsleistungen erbracht werden, rückläufig. Unterstützung beim Essen erhalten 64% der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel mehrfach täglich im Vergleich zu 59% im Jahr 1994. Medizinische Behandlungspflege wird für 62% in der Regel einmal am Tag und für weitere 4% mehrfach wöchentlich im Vergleich zu 68% bzw. ebenfalls 4% im Jahr 1994 erbracht.

Angestiegen ist hingegen der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die Verhaltensanleitung erhalten. Diese Form der Hilfeleistung wird vom fest angestellten Personal der Einrichtungen für 59% der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel einmal täglich und für weitere 4% mehrfach wöchentlich im Vergleich zu 45% täglich und weitere 7% mehrfach wöchentlich bezogen auf die Bewohnerinnen und Bewohner im Jahr 1994 erbracht. Soziale Betreuung erhalten 62% der Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel mehrfach täglich und weitere 16% mehrfach wöchentlich vom Personal der Einrichtungen.

Abbildung 2.36
Pflegebedürftige in vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland (Stufe I bis III)
- nach erhaltenen Pflege- und Unterstützungsleistungen (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

²¹ 2% der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner berichten, dass Leistungen im Bereich der Grundpflege nur mehrfach wöchentlich und für weitere 3% es derartige Hilfen im Bereich der Körperpflege sogar noch seltener erforderlich sind. Vielmehr ist dieser Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner noch zu entsprechendem Eigenleistungen in der Lage.

Geschlecht der Pflegekräfte

Differenziert nach dem Geschlecht werden 84% der weiblichen Bewohnerinnen von vollstationären Alteinrichtungen ebenfalls von weiblichen Pflegekräften betreut. 8% haben eine männliche Pflegekraft und weitere 8% erhalten pflegerische Hilfen von unterschiedlichen Kräften der Einrichtung, so dass eine geschlechtsspezifische Zuordnung in diesem Fall nicht eindeutig möglich ist.

Von den männlichen Bewohnern erhalten ebenfalls 72% die pflegerischen Hilfen durch eine weibliche Pflegekraft, 20% durch eine männliche Kraft und bei ebenfalls 8% sind unterschiedliche Pflegekräfte einbezogen, so dass auch in diesem Fall eine geschlechtsspezifische Zuordnung nicht eindeutig ist.

Nach Auskunft der befragten Pflegekräfte gilt für so gut wie alle Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht von gleichgeschlechtlichen Pflegekräften betreut werden, dass sie auf Wunsch die zuständige Pflegekraft jederzeit wechseln können. Vor diesem Hintergrund finden sich keine unmittelbaren Anhaltspunkte dafür, dass eine gegengeschlechtliche Versorgung z.B. von pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern durch männliche Pflegekräfte innerhalb der vollstationären Versorgung gegenwärtig ein gravierendes Problem darstellen würden. Im Rahmen einer quantitativ orientierten Repräsentativerhebung können die vorhandenen Beziehungsprobleme, die im Zusammenhang mit einer gegengeschlechtlichen Pflege entstehen können, jedoch nicht hinreichend beurteilt werden. Von daher sollte diese Problematik auch in Zukunft nicht aus den Augen verloren werden.

Tabelle 2.27

Geschlecht der zuständigen Bezugspflegekraft

Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationärer Alteinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)

	Insgesamt	Frauen	Männer
Mit weiblicher Pflegekraft	81	84	72
Mit männlicher Pflegekraft	11	8	20
Wechselnde Zuordnung	8	8	8

Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Freiheitseinschränkende Maßnahmen als Bestandteil der Pflege

Die Ergebnisse zum Umfang der Versorgung und Betreuung im Bereich der vollstationären Altenhilfe sagen natürlich im Einzelnen noch nichts über die Qualität und Fachlichkeit in der Erbringung der Hilfeleistungen aus. Derartige Daten sind auf Basis von Erhebungen beim zuständigen Pflegepersonal nicht zu gewinnen.

Verwiesen werden kann an dieser Stelle stattdessen auf die Berichte des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Qualität in der ambulanten und professionellen Pflege (MDS 2004, 2007). Nach den für 2006 vorgelegten Ergebnissen war der Pflegezustand (z.B. Hautzustand, Mundzustand, Versorgung mit

Sonden, Kathetern und Inkontinenzprodukten) bei 90% (2. Halbjahr 2003: 82,6%) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner angemessen. Bei 10% der aufgesuchten Bewohnerinnen und Bewohner ist hingegen ein zuzureichender Pflegezustand festgestellt worden, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch die stationäre Pflegeeinrichtung zurückzuführen ist (MDS 2007, S. 20).

Darüber hinaus wird in dem Bericht darauf verwiesen, dass auch bei einem momentan angemessenen Pflegezustand Defizite in der Prozessqualität vorliegen können. Im Einzelnen lag der Anteil der in diesem Zusammenhang überprüften Heimbewohner (MDS 2007, S. 20)

- mit Defiziten bei der Dekubitusprophylaxe bei 35,5% (2003: 43,1%)
- mit Defiziten bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung bei 34,4% (2003: 41%)
- mit Defiziten bei der Inkontinenzversorgung bei 15,5% (2003: 20,1%)
- bei vorhandenen gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen mit Defiziten in der erforderlichen Betreuung bei 30,3% (2003: 30,4%).²²

Diese Anteile dürfen allerdings nicht ohne weiteres auf die Gesamtpopulation der Bewohnerinnen und Bewohner hochgerechnet und auch nicht im Trend von 2003 auf 2006 verglichen werden, da die Prüfungen des MDS zum Teil anlassbezogen sind, sprich auf Beschwerden zurückgehen. Es findet demnach eine Negativselektion von Pflegeeinrichtungen statt. Für den aktuellen Berichtszeitraum lag dieser Anteil auf konkrete Beschwerden zurückgehender Prüfungen bei 23,7% (2003: 30,6%) der untersuchten Heime.²³ (MDS 2007, S. 15) Die Datengrundlagen der Jahre 2003 und 2006 unterscheiden sich demnach deutlich hinsichtlich des Anteils der anlassbezogenen Prüfungen. Beide Stichproben sind nicht repräsentativ, auch wenn davon auszugehen ist, dass die Ergebnisse für das Jahr 2006 deutlich näher an den tatsächlichen Gegebenheiten liegen dürften.

Auch eine professionell erbrachte und quantitativ hinreichende pflegerische Versorgung kann für die Bewohnerinnen und Bewohner mit problematischen Zügen verbunden sein. Exemplarisch lässt sich dies anhand der sog. Fixierung, sprich dem Einsatz von Hilfsmitteln, mit denen die Mobilität der Bewohnerinnen und Bewohner eingeschränkt wird, zeigen. Bett- oder Gurtsysteme bzw. Vorsatztische, die am Rollstuhl angebracht werden, um die Mobilität einzuschränken und ähnliches, werden in der Regel dann eingesetzt, wenn für die Bewohnerinnen und Bewohner eine relevante Sturzgefahr angenommen wird. Voraussetzung ist allerdings, dass hierfür entweder eine Einwilligung der Bewohner bzw., im Falle eines Antrages der Angehörigen oder des gesetzlichen Betreuers, eine richterliche Genehmigung vorliegt, oder das von einer

²² Hierbei ist zu beachten, dass auch bei den Prüfungen im ambulanten Bereich entsprechend hohe Defizite festgestellt wurden: Dekubitusprophylaxe: 42,4% (2003: 49,8%), Ernährung und Flüssigkeitszufuhr: 29,6% (37,2%), Inkontinenzversorgung: 21,5% (2003: 24,8%), Betreuung von gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Personen: 26,1% (2003: 32,7%) (MDS 2007, S. 18). Insgesamt wurde der Pflegezustand bei den Prüfungen im Bereich der häuslichen Pflege bei 94,3% (2003: 91,2%) als momentan angemessen beurteilt.

²³ Für den ambulanten Bereich lag die Quote der anlassbezogenen Prüfungen bei 18,8% (2003: 19,7%).

akuten Risikosituation auszugehen ist, die ein entsprechendes Handeln unbedingt erforderlich macht. Nach den Ergebnissen des MDS-Qualitätsberichtes war der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen bei 93,5% der Bewohner angemessen (2003: 91,4%), was bedeutet, dass bei 6,5% der Bewohner der Umgang nicht den gesetzlichen Anforderungen entsprach.

Derartige freiheitseinschränkende Maßnahmen sind ethisch allerdings hoch problematisch, da sie massiv das Selbstbestimmungsrecht der Individuen verletzen und von daher für die betroffenen Personen häufig auch kaum zu ertragen sind.²⁴ Nach den vorliegenden Ergebnissen wurden 34% der pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und -bewohner in den letzten 4 Wochen zumindest ab und an durch entsprechende Hilfsmittel fixiert. Hauptsächlich zum Einsatz kommen hierbei Bettgitter oder Gurtsysteme am Bett, die verhindern sollen, dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner in der Nacht bei Stürzen aus dem Bett verletzen.

Tabelle 2.28

Nutzung von Hilfsmittel zur Fixierung (in letzter Zeit / in den letzten 4 Wochen)

Basis: Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Alteinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (Mehrfachnennungen, in %)

	Insgesamt	Pflegebedürftige (Stufe I bis III)			Bewohnerinnen und Bewohner ohne Pflegebedarf
		Insgesamt	Mit psych. Veränderungen	Ohne psych. Veränderungen	
Fixierung war in den letzten 4 Wochen erforderlich:					
durch Bettgitter oder Gurtsystem	28	33	41	14	2
durch Vorsatztisch o.ä.	5	5	7	2	1
Insgesamt	30	34	42	14	3
Keine Angabe	1	1	1	2	3

Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Untersucht man die Ergebnisse im (statistischen) Zusammenhang²⁵, so erweisen sich folgende Merkmale als signifikante Prädiktoren für den Einsatz von Maßnahmen zur Fixierung.

²⁴ Der Einsatz von verschreibungspflichtigen Beruhigungsmitteln oder von Psychopharmaka wurde nicht mit einbezogen. Derartige Medikamente dürfen nur auf ärztliche Anweisung gegeben werden. Im Rahmen einer Repräsentativerhebung fällt es naturgemäß schwer zu beurteilen, inwieweit die Medikation nicht erforderlich ist oder durch andere Maßnahmen ersetzt werden könnte.

²⁵ Durchgeführt wurde eine logistische Regression auf die Kriteriumsvariable „pflegebegleitende Fixierung“: (in den letzten 4 Wochen) nicht angewendet (0) oder angewendet (1). Mit diesem statistischen Modell wird getestet, inwieweit sich die Wahrscheinlichkeit für eine entsprechende Merkmalsausprägung in Abhängigkeit von den einbezogenen erklärenden Variablen signifikant verändert. Geschätzt wurden jeweils 2 Modelle: Modell 1 stützt sich auf eine Auswahl von inhaltlich begründbaren Einflussmerkmalen. Modell 2 umfasst hingegen nur die signifikanten Prädiktoren aus Modell 1, die damit für sich genommen noch einmal auf Signifikanz und hinreichende Erklärungskraft getestet werden. Bezug genommen wird im Folgenden auf die Ergebnisse von Modell 2.

Fixiert werden häufiger Bewohnerinnen und Bewohnern mit erheblichem Pflegebedarf und dabei vor allem im Falle von Bettlägerigkeit. Überproportional häufig sind darüber hinaus Bewohnerinnen mit Bewohner mit psychischen Veränderungen und / oder häufigem nächtlichem Hilfebedarf betroffen. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei häufig um Demenzkranke handelt, die einerseits ein hohes Maß an Unruhe und Bewegungsdrang aufweisen, dabei aber aufgrund von vorhandenen Mobilitätseinschränkungen stark sturzgefährdet sind.

Zum anderen werden Maßnahmen der Fixierung signifikant häufiger in Einrichtungen mit einem integrativen Demenzkonzept sowie in Einrichtungen, die im Bereich der Pflegeorganisation auf Funktionspflege oder eine entsprechende Mischform setzen, angewandt. In Einrichtungen mit besonderen Angeboten und Konzepten bei der Betreuung von Demenzkranken sowie mit einer durchgängigen Bezugspflege wird hingegen signifikant weniger häufig fixiert.

Abbildung 2.37

Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland

- Fixierung als pflegebegleitende Maßnahme
Zusammenhangsanalyse

Signifikante Prädiktoren für Fixierung

Personelle Merkmale

- (erheblicher) Pflegebedarf / Bettlägerigkeit
- Nächtlicher Hilfebedarf
- Psychische Veränderungen („Demenz“)

Institutionelle Merkmale

- Integrative Betreuung von Demenzkranken
- Mischform mit Funktionspflege (keine durchgängige Bezugspflege)

Nicht signifikant

- Alter, Geschlecht, Familienstand
- Geschlecht der Pflegekraft
- Ost/West, Stadt/Land
- Größe der Einrichtung, Höhe der Heimkosten, Fachkraftquote und Betreuungsrelation

Gute statistische Erklärungskraft (Mc-Faddens Pseudo-R² = 0.28)

TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Logit Analyse: Fixierung in den letzten 4 Wochen

Tabelle 2.29

Logistische Regressionsanalyse

Prädiktoren für den Einsatz von Fixierungs-Maßnahmen in der Pflege.

Basis: Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)

	Odds-Ratios	
	Gesamtmodell	Modell mit signifik. Prädiktoren
Träger		
Öffentlich	1,13	
Privat	1,09	
Referenzkat.: Frei-gemeinnützig		
Größenklasse		
u. 50 Plätze	,99	
50-u. 100 Plätze	1,06	
Referenzkat.: 100 Plätze und mehr		
Durchschnittliche Höhe der Heimkosten (Monat)		
eher weniger (b.u. 2.400 €)	,91	
durchschnittlich (2.400-2.900 €)	,90	
Referenzkat.: eher mehr (ab 2.900 €)		
Betreuungsrelation (Pflegebedürftige pro Betreuungskraft)		
besser (u. 2,2)	,91	
mittel (2,2 b.u. 2,6)	,90	
Referenzkat.: schlechter (2,6 u.m.)		
Fachkraftanteil am Betreuungspersonal		
Mittel (50-u. 60%)	1,18	
Höher (60% u.m.)	1,21	
Referenzkat.: Geringer (unter 50%)		
Pflegeorganisation		
Mischform mit Funktionspflege	1,28 **	1,28 **
Referenzkat.: Bezugspflege		
Betreuung von Demenzkranken		
Integrativ	1,50 **	1,49 **
- (Teil-)segregative Tagesbetreuung	1,45 **	1,48 **
Referenzkat.: (Teil-)segregative Wohnbereiche		
Alter		
60 – 79 Jahre	,90	
80 Jahre und älter	,97	
Referenzkat.: unter 60 Jahre		
Geschlecht		
Männlich	,92	
Referenzkat.: Weiblich		
Pflegestufe		
Stufe 1	1,92	2,05
Stufe 2	7,13 **	7,73 **
Stufe 3	15,04 **	16,69 **
Referenzkat.: Kein Pflegebedarf		

Fortsetzung Tabelle 2.29

	Gesamtmodell	Modell mit signifik. Prädiktoren
Bettlägerigkeit Überwiegend Bettlägerig Stundenweise außerhalb des Bettes Referenzkat.: Tagsüber überwiegend außerhalb des Bettes	1,96 ** 2,13 **	1,91 ** 2,04 **
Psychische Veränderungen Nein Referenzkat.: Ja	2,01 **	2,00 **
Nächtlicher Hilfebedarf Ab und an So gut wie jede Nacht Referenzkat.: Nie	1,25 4,01 **	1,23 4,06 **
Geschlecht der Pflegeperson Männlich Wechselnde Kräfte Referenzkat.: Weiblich	1,10 ,95	
Ost/West West Referenzkat.: Ost	1,05	
Stadt/Land Sonstige Stadtregionen Ländlicher Raum Referenzkat.: Ballungsräume (Kern)	1,21 1,20	
Pseudo-R ² (Mc-Fadden)	,27	,27

n = 4.229 Personen

* = Sig.Niveau < 0,05; ** = Sig.Niveau < 0,01

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Vieles spricht dafür, dass diese traditionelle Pflegestrategie noch viel stärker als bisher hinterfragt werden muss, damit sich stattdessen alternative Möglichkeiten, wie z. B. eine Sturzprophylaxe (vgl. dazu z.B. Expertenstandard Sturzprophylaxe, DNQP 2006) oder entsprechend geeignete Maßnahmen zur Betreuung von Demenzkranken, in Zukunft durchsetzen können. Auf den Einsatz von freiheitseinschränkenden Maßnahmen sollte im Sinne einer Förderung von Selbstbestimmung und Selbständigkeit in vollstationären Einrichtungen so weit wie irgend möglich verzichtet werden.

Hilfen von Angehörigen und von sonstigen in die Versorgung und Betreuung einbezogenen Akteuren

Neben den professionellen Kräften der Einrichtung sind auch weitere Akteure in die Versorgung und Betreuung eingebunden.

An erster Stelle sind hierbei die von engen Familienangehörigen (in der Regel den eigenen Kindern) gewährten Hilfen zu erwähnen. 9% der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteinrichtungen insgesamt erhalten von Familienangehörigen regelmäßig am Tag Versorgungsleistungen oder auch pflegerische Hilfen. Weitere 27% erhalten der-

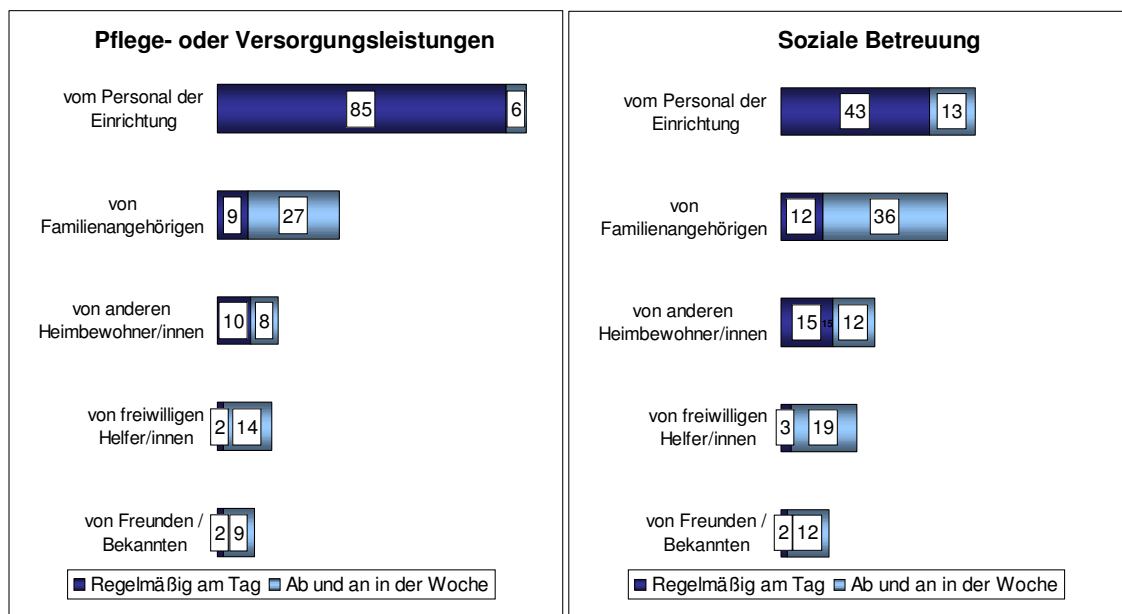
artige Hilfen ab und an in der Woche. Hilfeleistungen von Familienangehörigen im Bereich der sozialen Betreuung erhalten 12% der Bewohnerinnen und Bewohner regelmäßig am Tag und weitere 36% ab und an in der Woche.

Darüber hinaus erhalten 10% der Bewohnerinnen und Bewohner regelmäßig am Tag und weitere 8% ab und an in der Woche Versorgungsleistungen von anderen Heimbewohnerinnen und Bewohnern. Hilfen zur sozialen Betreuung erhalten 15% regelmäßig am Tag und weitere 12% ab und an in der Woche von anderen Heimbewohnerinnen und Bewohnern.

Freiwillige Helferinnen und Helfer (Ehrenamtlerinnen und Ehrenamtler) sind bei 2% der Bewohnerinnen und Bewohner regelmäßig am Tag, bei weiteren 14% ab und an in der Woche in die Versorgung bzw. bei 3% der Bewohnerinnen und Bewohner regelmäßig am Tag und bei 19% ab und an in der Woche in die soziale Betreuung eingebunden.

Von sonstigen Freunden und Bekannten erhalten ebenfalls 2% der Bewohnerinnen und Bewohner regelmäßig am Tag und weitere 9% ab und an in der Woche Versorgungsleistungen sowie 2% regelmäßig am Tag und weitere 12% ab und an in der Woche soziale Betreuung.

Abbildung 2.38
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland
- nach erhaltenen Hilfeleistungen von unterschiedlichen Akteuren (2005: in %)

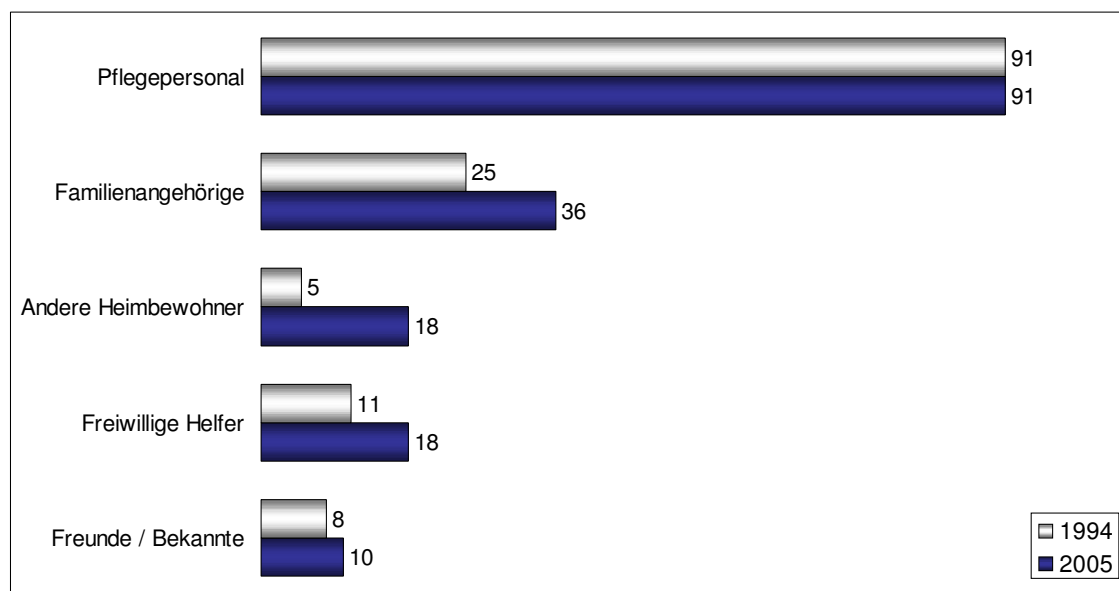


TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Die allgemeinen Versorgungsleistungen werden von den Familienangehörigen zum Beispiel bei Besuchen o.ä. mit erbracht. Bei den freiwilligen Helferinnen und Helfern oder bei den Hilfen durch andere Heimbewohner geschieht dies in der Regel als Bestandteil der sozialen Betreuung.

Es spricht wenig dafür, dass es sich bei den Versorgungsleistungen um einen Ersatz für solche Hilfen handelt, die vom Personal der Einrichtung ansonsten nicht gewährt werden würden. So ist es z.B. für engere Angehörige, die möglicherweise im Vorfeld des Wechsels in die Einrichtung als private Hauptpflegeperson für die Betreuung und Versorgung zuständig waren, völlig selbstverständlich, auch pflegerische Hilfeleistungen z.B. beim Toilettengang oder bei der Körperpflege mit zu erbringen. Ähnliches gilt für Hilfen bei der Nahrungsaufnahme z.B. dann, wenn Freunde und Bekannte, sonstige Bewohnerinnen und Bewohner oder auch freiwillige Helferinnen und Helfer regelmäßig mit dem Pflegebedürftigen gemeinsam essen.

Abbildung 2.39
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland
- nach einbezogenen Akteuren bei der Pflege und Versorgung (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Für 1994 liegen keine Angaben zu den Leistungen der sozialen Betreuung durch externe Akteure vor

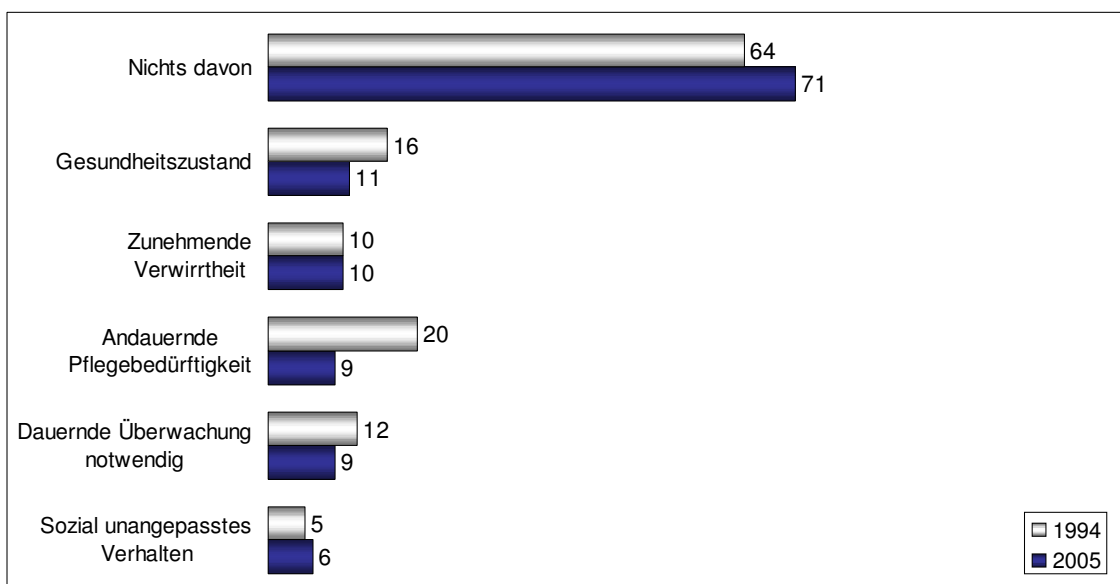
Im Trend betrachtet, ist der Anteil dieser in die Hilfe und Betreuung einbezogenen Akteure in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Im Vergleich zu 25% im Jahr 1994 erhalten inzwischen 36% der Bewohnerinnen und Bewohner mehr oder weniger regelmäßig in der Woche Hilfeleistungen von Familienangehörigen. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die von anderen Heimbewohnern regelmäßig im Wochenverlauf Hilfe erhalten, ist von 5% im Jahr 1994 auf 18% angestiegen. Ähnliches gilt für die Unterstützungsleistungen durch freiwillige Helferinnen und Helfer. Hier ist der Anteil von 11% im Jahre 1994 auf 18% angestiegen, während im Vergleich zu 8% in 1994 inzwischen 10% der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen regelmäßig im Wochenverlauf Hilfen von Freunden und Bekannten erhalten. Die Einbeziehung von nicht professionellen sowie nicht in der Einrichtung angestellten Akteuren dient vor allen Dingen dazu, die soziale Betreuung und Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern. Soziale Betreuung „lebt“ geradezu vom Kontakt zu Personen, die nicht zum professionellen Personal der Einrichtung gehören.

Eine möglichst breite Einbeziehung von Angehörigen, Freunden und Bekannten oder auch anderen Heimbewohnern und freiwilligen Helferinnen und Helfern fördert von daher die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner und ergänzt die professionellen Pflege- und Versorgungsleistungen um einen ganz entscheidenden sozialen Akzent.

2.4.7 Aufenthalts- und Verweildauer

Obgleich vollstationäre Alteinrichtungen inzwischen typischerweise als Altenpflegeheime konzipiert sind, kann es für einen Teil der Bewohnerinnen und Bewohner trotzdem erforderlich werden, aus Gründen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit noch einmal zumindest innerhalb der Einrichtung umziehen zu müssen.

Abbildung 2.40
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland
- Mögliche Gründe, die einen Wechsel in einen anderen Heimbereich / eine andere
Einrichtung erforderlich machen könnten (1994 und 2005: Mehrfachnennungen in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

So kann auch heute noch für immerhin 11% der Pflegebedürftigen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder bei 9% eine andauernde Pflegebedürftigkeit einen Umzug erforderlich machen. Letzteres trifft vorrangig auf die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationär betriebenen Plätzen eines betreuten Wohnens zu. 10% der Bewohnerinnen und Bewohner müssten in Folge einer zunehmender geistiger Verwirrtheit oder falls dauernde Überwachung nötig ist (9%) umziehen. Sozial unangepasstes Verhalten wäre für 6% ein möglicher Grund.

Hierbei ist zu beachten, dass im Falle einer zunehmenden demenziellen Erkrankung ein Umzug in einen besonderen Wohnbereich auch durchaus sinnvoll und angemessen

sen sein kann. Alles in allem hat sich im Vergleich zu 1994 der Anteil der derjenigen Bewohnerinnen und Bewohner, die den Wohnbereich aus diesen Gründen nicht verlassen müsste, von 64% auf 71% erhöht.

Aufenthalt

Die Aufenthaltsdauer der in der Einrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner streut erheblich. 16% leben seit weniger als einem Jahr in der Einrichtung. 29% leben dort hingegen bereits 5 Jahre oder länger.

Im Durchschnitt betrachtet hat sich die im Querschnitt ermittelte Dauer des Aufenthaltes von 4,9 Jahren im Jahr 1994 auf 3,9 Jahren verringert.

Tabelle 2.30

Dauer des bisherigen Aufenthalts

Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005 (in %)

	1994			2005		
	Ins-gesamt	Frauen	Männer	Ins-gesamt	Frauen	Männer
Aufenthaltsdauer						
Unter 1 Jahr	16	15	20	16	15	19
1-u. 2 Jahre	16	16	19	18	17	20
2-u. 3 Jahre	11	11	9	16	16	17
3- u. 4 Jahre	10	10	10	12	12	11
4-u. 5 Jahre	8	9	5	8	9	6
5-u. 6 Jahre	7	7	8	6	6	5
6-u. 8 Jahre	9	9	8	9	10	8
8-u.10 Jahre	5	5	4	5	5	5
10-u. 20 Jahre	13	14	12	7	7	6
20 Jahre und mehr	3	3	3	2	2	2
Keine Angabe	2	1	2	1	1	1
Durchschnitt (in Jahren)	4,9	5,0	4,5	3,9	3,9	3,6

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

Verweildauer

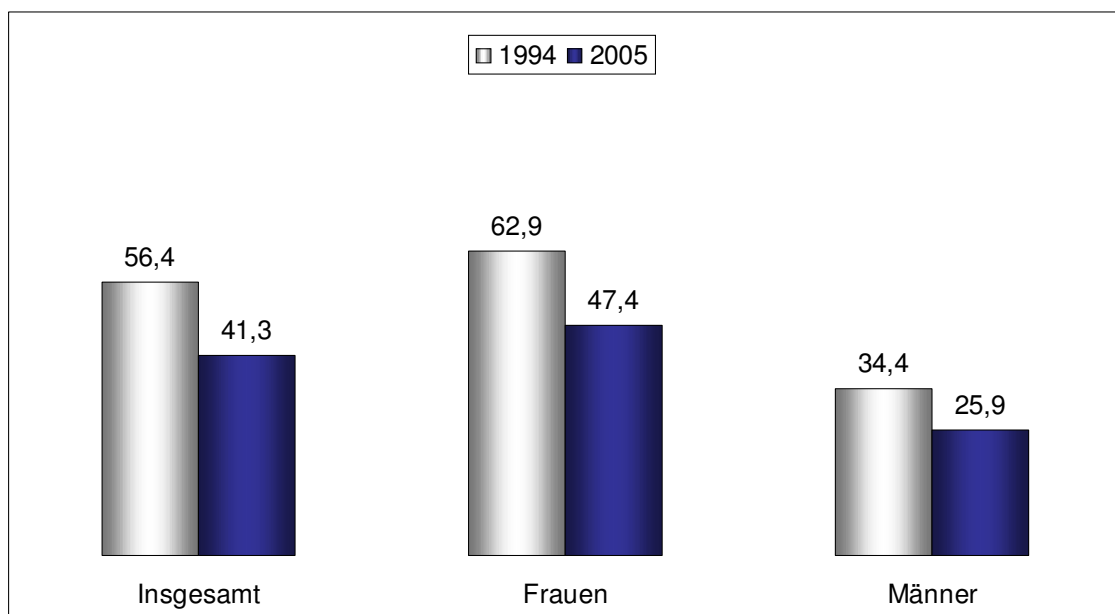
Die Dauer des Aufenthalts der Bewohnerinnen und Bewohner bildet die tatsächliche Verweildauer nur unzureichend ab. Vielmehr wird der Aufenthalt von Kurzverweilern systematisch unterschätzt. Im Rahmen der institutionenbezogenen Befragung wurde von daher zusätzlich erhoben, wie lange die beiden zuletzt verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner insgesamt in der Einrichtung gelebt haben. Diese verlaufs- bzw. längsschnittbezogene Betrachtungsweise erlaubt es, die Verweildauer bis zum Ableben der Bewohner insgesamt abzubilden.

Nach den vorliegenden Ergebnissen haben die Bewohnerinnen und Bewohner bisher im Durchschnitt 41,3 Monate und damit in etwa 3,4 Jahre in den vollstationären Alteinrichtungen gelebt. Frauen verweilen bzw. leben auch in diesem Fall mit 47,4 Monaten im Schnitt deutlich länger in Alteinrichtungen, als Männer mit 25,9 Monaten. Das durchschnittliche Sterbealter liegt bei 85,3 Jahren. Frauen versterben in Alteinrichtungen im Durchschnitt im Alter von 87,6 Jahren und Männer im Alter von 79,3 Jahren.

Im Trend ist die Verweildauer im Vergleich zu 1994 rückläufig. Im Rahmen von MuG II wurde 1994 über alle Einrichtungstypen hinweg eine Verweildauer von 56,4 Monate ermittelt. Die Unterschiede bei den Männern und Frauen sind hierbei auf die unterschiedlichen Lebenserwartungen zurückzuführen.

Abbildung 2.41

Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland - Durchschnittliche Verweildauer (1994 und 2005: Durchschnitt in Monaten)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Betrachtet man die Verweildauer der Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Struktur etwas genauer, so ergibt sich ein sehr heterogenes Bild. Immerhin 22% der Bewohnerinnen und Bewohner haben nicht mehr als sechs Monate und weitere 7% sieben bis

unter zwölf Monate in der Einrichtung gelebt. (1994: 18% und 11%). 16% haben jedoch immerhin fünf bis unter zehn Jahre (1994: 14%) und 7% sogar mehr als 10 Jahre bis zum Ableben im Heim verbracht (1994: 14%).

Trotz des erheblichen Pflegebedarfs, den die Bewohnerinnen und Bewohner aufweisen, kann nach wie vor keine Rede davon sein, dass vollstationäre Einrichtungen in Deutschland heute mehrheitlich im Sinne von Sterbehospizen charakterisiert werden könnten. Auch heute lebt ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner nach einem pflegebedingten Übergang nur noch sehr kurz, ein anderer Teil aber auch noch relativ lang in einer vollstationären Alteinrichtung. Von daher ergeben sich bei den Bewohnerinnen und Bewohnern sehr unterschiedliche Problemkonstellationen. Lebensansprüche und erwünschte Selbstständigkeit sowie benötigte pflegerische Versorgung und die unmittelbare Perspektive eines würdevollen Sterbens liegen in stationären Einrichtungen nach wie vor äußerst nahe beieinander

Tabelle 2.31

Verweildauer

Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005 (in %)

	1994			2005		
	Ins-gesamt	Frauen	Männer	Ins-gesamt	Frauen	Männer
Verweildauer						
Unter 6 Monate	18	18	20	22	17	29
6-u.12 Monate	11	9	12	9	8	17
1-u. 2 Jahre	10	12	7	15	14	16
2-u. 3 Jahre	11	10	13	10	10	9
3- u. 4 Jahre	12	8	24	11	11	9
4-u. 5 Jahre	10	10	9	10	11	6
5-u. 10 Jahre	14	15	12	16	19	7
10 Jahre und mehr	14	18	3	6	9	4
Keine Angabe				1	1	2
Durchschnitt (in Jahren)	4,7	5,2	2,9	3,4	3,9	2,2

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

2.5 Wohnliche Gegebenheiten und soziale Kontakte

2.5.1 Zimmertyp und Ausstattung

Zimmergröße

In den vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland wird das Einbettzimmer inzwischen mehr und mehr zum Regelangebot. Während 1994 46% der Bewohnerinnen und Bewohner in einem Einbettzimmer und weitere 8% in einem Appartement lebten, hat sich der Anteil im Jahr 2005 auf 54% der Bewohnerinnen und Bewohner in Einbettzimmern und weiteren 10% in Appartements erhöht. In Zweibettzimmern lebten 1994 41% der Bewohnerinnen und Bewohner und weitere 5% in Drei- und Mehrbettzimmern. Im Jahr 2005 hat sich der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die in einem Zweibettzimmer leben, auf 35% verringert, während in Drei- und Mehrbettzimmern mit einem Anteil von 1% so gut wie gar keine Bewohnerinnen und Bewohner auf Dauer mehr untergebracht sind.

Tabelle 2.32

Bewohner nach Zimmertyp

Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005 (in %)

	1994			2005		
	Ins-gesamt	West	Ost	Ins-gesamt	West	Ost
Zimmertyp						
Appartement	8	9	2	10	11	6
1-Bett-Zimmer	46	48	35	54	53	59
2-Bett-Zimmer	41	39	51	35	35	33
3-Bett-Zimmer	4	3	9	1	1	1
4 u.m.Bett-Zimmer	1	1	3	0	0	1

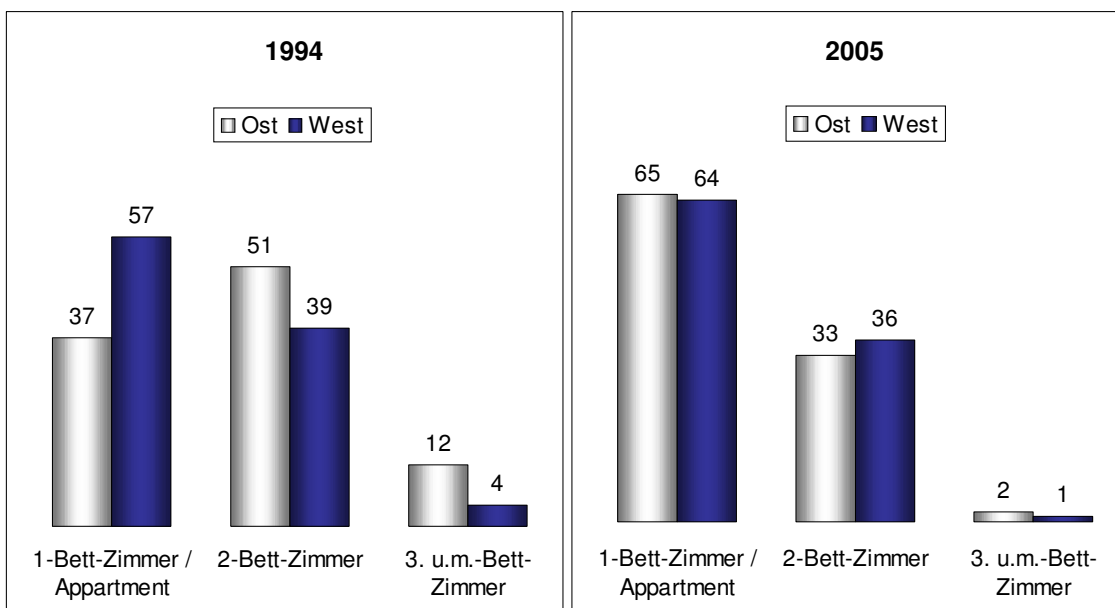
TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

Weiter aufgeholt haben die vollstationären Alteneinrichtungen in den neuen Bundesländern. Nimmt man die Bewohnerinnen und Bewohner von Einbettzimmern und von Appartements zusammen, so ist deren Anteil in den neuen Bundesländern von 37% im Jahr 1994 auf inzwischen 65% angestiegen. In den alten Bundesländern hat sich dieser Anteil im Vergleich von 57% im Jahr 1994 auf 64% erhöht. Diese weitere Verbesserung der wohnlichen Merkmale in den neuen Bundesländern ist vor allen Dingen auf die gemäß Artikel 52 Pflege-VG von 1996 bis 2001 gesondert geförderten Maßnahmen zur Modernisierung zurückzuführen (Finanzhilfe für Investitionen in Pflegeeinrichtungen im Beitrittsgebiet).

Im Einzelnen betrachtet ist die Grundfläche der Zimmer in den neuen Bundesländern sowohl in Einbett- als auch in Zweibettzimmern im Vergleich zu 1994 sogar leicht an-

gewachsen. In den alten Bundesländern hat sich hingegen nichts Wesentliches verändert.

Abbildung 2.42
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland
 - nach Art der Zimmer (in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Tabelle 2.33
Durchschnittliche Größe der Zimmer (in qm)
 Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005

	1994			2005		
	Ins-gesamt	West	Ost	Ins-gesamt	West	Ost
Zimmertyp / qm						
Appartement	41,4	41,7	32,4	46,5	47,0	40,7
1-Bett-Zimmer	19,5	20,1	15,1	19,3	19,6	17,8
2-Bett-Zimmer	23,9	24,5	21,5	24,4	24,3	25,0
3-Bett-Zimmer	27,2	29,1	24,7	30,7	32,2	20,7
4 u.m.Bett-Zimmer	30,2	30,5	29,8	-	-	-
Insgesamt	23,5	24,2	19,9	23,2	23,6	21,0

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

Die Größe der Zimmer (in qm) hat sich dabei nicht wesentlich verändert. Appartements in vollstationären Alteneinrichtungen sind im Durchschnitt 46,5 qm groß (1994: 41,4 qm). Die Größe von Einbettzimmern beträgt im Durchschnitt 19,3 qm (1994: 19,5 qm), während Zweibettzimmer im Durchschnitt 24,4 qm (1994: 23,9 qm) groß sind. Drei- und Mehrbettzimmer umfassen im Durchschnitt 30,7 qm (1994: 27,2 qm), wobei dieser Zimmertyp, wie bereits ausgeführt, in vollstationären Alteneinrichtungen als Form der Dauerunterbringung heute faktisch nicht mehr anzutreffen ist.

Wohnausstattung

Die Zimmer sind standardmäßig mit Waschbecken und WC, Rundfunk- und Fernsehanschluss sowie einer Notrufanlage ausgestattet. Über eine Dusche, meistens in Form einer Nasszelle, verfügen in den alten Bundesländern 78% und in den neuen Bundesländern 87% der Bewohnerinnen und Bewohner. Ansonsten befinden sich entsprechende sanitäre Anlagen zumindest auf der gleichen Etage.

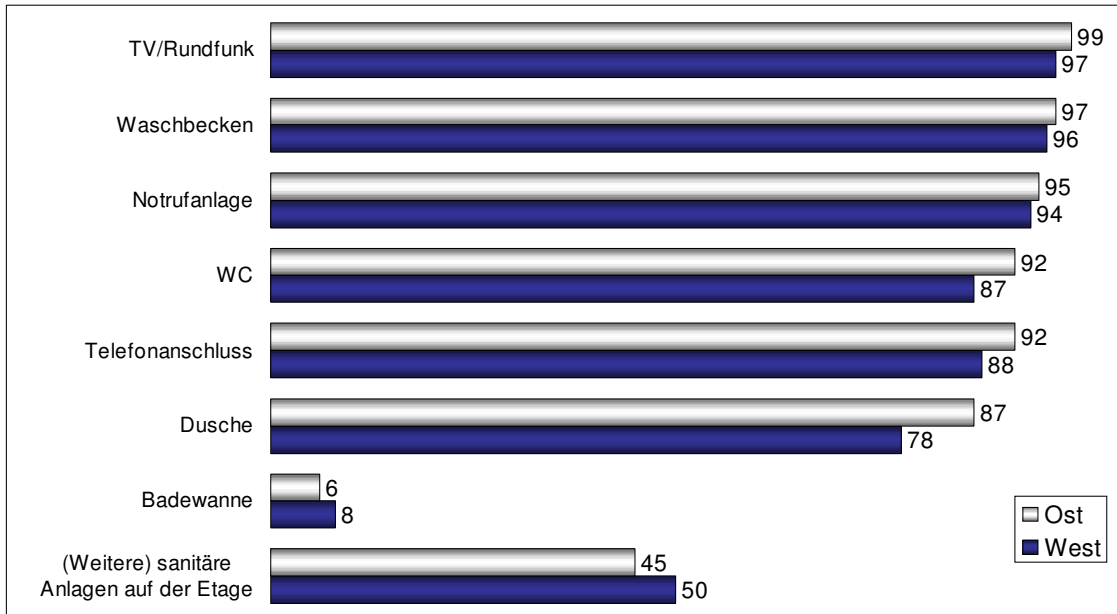
Eine Kochgelegenheit im Zimmer oder aber einen Zugang zu einer Kochgelegenheit, z.B. im Rahmen eines Wohngruppenkonzeptes, ist hingegen für die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner in Alteneinrichtungen noch kein Standard. In den alten Bundesländern haben 32% einen Zugang und weitere 10% eine Kochgelegenheit im eigenen Zimmer. In den neuen Bundesländern sind es immerhin 58% mit einem Zugang und 4% mit einer eigenen Kochgelegenheit im Zimmer.

Über einen Balkon oder eine Terrasse verfügen 43% der Bewohnerinnen und Bewohner in den alten Bundesländern im Vergleich zu 18% in den neuen Bundesländern. Eine Bibliothek im Haus können 76% in den alten Bundesländern bzw. 79% in den neuen Bundesländern nutzen. Ein Internetzugang ist für 5% der Bewohnerinnen und Bewohner in den alten Bundesländern und für 9% in den neuen Ländern verfügbar.

Im Vergleich zu 1994 hat sich die wohnliche Ausstattung damit ebenfalls deutlich verbessert. War damals für die neuen Bundesländer eine Sanitärausstattung auf der Etage noch Standard, während Zimmer mit Dusche und WC nur für etwa ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner verfügbar waren, so hat sich dies inzwischen auch in den neuen Bundesländern, wie gerade ausgeführt, zum Standard entwickelt.

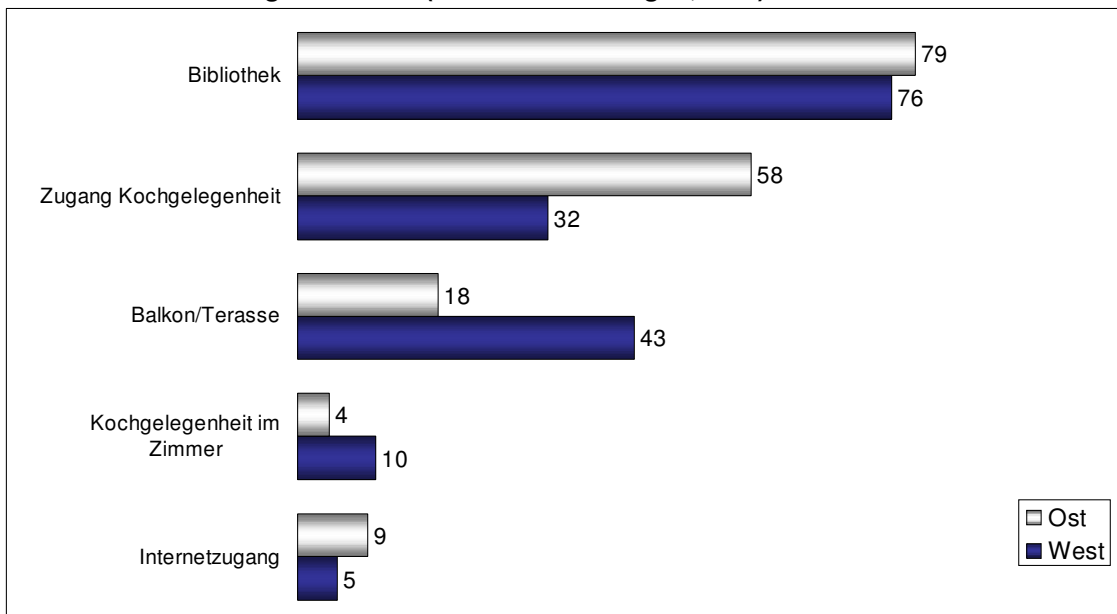
Rückläufig ist hingegen die Möglichkeit, eine Kochgelegenheit zu nutzen. Interessanterweise ist dies vor allen Dingen auf die Entwicklung in den alten Bundesländern zurückzuführen. In diesem Fall verfügen im Vergleich zu 16% im Jahr 1994, inzwischen nur noch 11% der Bewohnerinnen und Bewohner in den alten Bundesländern über eine Kochgelegenheit im Zimmer, während im Vergleich zu 40% im Jahr 1994 inzwischen nur noch 33% einen Zugang außerhalb des Zimmers haben. In den neuen Bundesländern hat sich hingegen der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Kochgelegenheit im Zimmer von 2 auf 5% sowie mit einem Zugang zu einer Kochgelegenheit außerhalb des Zimmers von 50% auf inzwischen 58% erhöht.

Abbildung 2.43-1
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland
- Merkmale der Zimmerausstattung (Mehrfachnennungen, in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Abbildung 2.43-2
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland
- Weitere Ausstattungsmerkmale (Mehrfachnennungen, in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Ohne Treppensteigen erreichbar (ggf. mit einem Aufzug) sind inzwischen 94% der Zimmer im Vergleich zu 86% im Jahr 1994. Es kann davon ausgegangen werden, dass die erforderliche Barrierefreiheit im Zugang zu den Zimmern in vollstationären Alteneinrichtungen damit weitgehend gewährleistet sein dürfte.

Tabelle 2.34**Wohnausstattung**

Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005 (in %)

	1994			2005		
	Ins-gesamt	West	Ost	Ins-gesamt	West	Ost
Zimmerausstattung						
Badewanne	9	10	3	8	9	6
Dusche	60	65	31	79	78	87
Waschbecken	87	87	83	96	96	97
WC	56	60	37	88	87	92
(Weitere) sanitäre Anlagen auf der Etage	52	48	75	49	50	45
Balkon / Terrasse	-	-	-	39	43	18
Stockwerk						
Erdgeschoss	25	21	31	26	25	29
1. Stockwerk	30	31	29	32	32	30
2. Stockwerk	24	23	26	24	24	23
3. Stockwerk	12	13	7	12	12	11
4. Stockwerk und mehr	9	9	6	6	7	6
Ohne Treppensteigen erreichbar (ggf. Aufzug)	86	88	70	94	94	95
Zugang Kochgelegenheit						
Im Zimmer	13	16	2	10	11	5
Außerhalb des Zimmers	42	40	50	37	33	58
Kein Zugang	45	44	48	53	56	37
Weitere Merkmale¹⁾						
Telefonanschluss	-	-	-	89	88	92
Rundfunk / TV-Anschluss	-	-	-	97	97	99
Notrufanlage (Bad und Bett; 1994: nur Bett)	97	97	98	94	94	95
Internetzugang	-	-	-	6	5	9
Bibliothek im Haus	-	-	-	77	76	79

1) Fehlende Angaben 1994 nicht erhoben

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

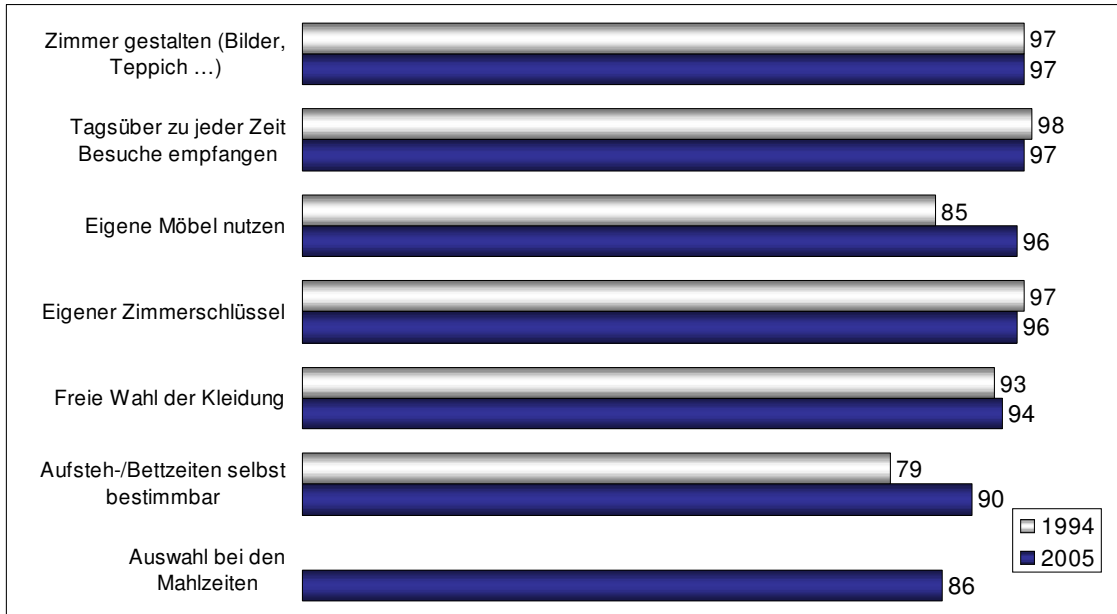
Die Ursachen für diese Entwicklung lassen sich an dieser Stelle nicht mit letzter Sicherheit abschätzen. Es spricht jedoch einiges dafür, dass die Entwicklung in den neuen Bundesländern auf die insbesondere in den 90er Jahren gesondert geförderte bauliche Modernisierung im Bestand der vollstationären Altenheimenrichtungen zurückzuführen ist. Die Wohnmöglichkeiten in den vollstationären Alteneinrichtungen sind inzwischen deutlich besser an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientiert. Einbettzimmer mit entsprechender Ausstattung bieten Rückzugsräume und helfen, eine Privatsphäre aufrechterhalten zu können. Unterentwickelt sind allerdings noch immer, insbesondere in den alten Bundesländern, die Möglichkeiten, sich auch selber in einem gewissen Rahmen hauswirtschaftlich versorgen zu können.

2.5.2 Handlungsspielräume

Die individueller orientierten Gegebenheiten in den vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland schlagen sich auch in den für die Bewohnerinnen und Bewohner typischen Handlungsspielräumen im Alltag nieder. Die Möglichkeiten zur persönlichen Gestaltung der Zimmer, die Nutzung eigener Möbel, die Verfügbarkeit über einen eigenen Zimmerschlüssel und natürlich auch die Möglichkeit, tagsüber Besuche zu empfangen, ist inzwischen für so gut wie alle Bewohnerinnen und Bewohner Standard. Immerhin 90% der Bewohnerinnen und Bewohner dürfen, unabhängig von den in den Einrichtungen üblichen Versorgungsroutinen, ihre Zeiten, wann sie aufstehen oder zu Bett gehen möchten, selbst bestimmen. Über Auswahlmöglichkeiten bei den Mahlzeiten verfügen ebenfalls 86% der Bewohnerinnen und Bewohner. 81% dürfen tagsüber zu jeder Zeit das Haus verlassen und 80% dürfen eigene Handtücher oder Bettwäsche, die von der Einrichtung gereinigt werden, nutzen. Ihre Essenszeiten dürfen 75% selbst bestimmen und 70% dürfen über ihr Bargeld frei verfügen. Die an dieser Stelle zum Ausdruck kommenden Einschränkungen gelten in der Regel für die Bewohnerinnen und Bewohner, die vor dem Hintergrund einer psychischen Störung dauernd überwacht werden müssen oder entsprechend desorientiert sind. Ebenfalls 81% können auf Wunsch die für sie zuständige Pflegekraft wechseln. Für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner mit einer gegengeschlechtlichen, z.B. männlichen Pflegekraft, wird diese Möglichkeit für so gut wie alle angegeben. Haustiere sind hingegen nur 64% der Bewohnerinnen und Bewohner gestattet. 45% dürfen auch nachts Besucher im Zimmer beherbergen, während jedoch nur 41% einen eigenen Hauschlüssel haben.

Im zeitlichen Verlauf betrachtet, haben sich seit 1994 diese für eine möglichst selbständige Lebensführung ebenfalls grundlegenden Handlungsspielräume noch weiter erhöht. Dies trifft insbesondere auf die Möglichkeiten einer selbständigen Zeitgestaltung zu. So hat sich der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die ihre Schlafenszeiten (Aufstehen und zu Bett gehen) selbst bestimmen können, von 79% im Jahr 1994 auf inzwischen 90% erhöht. Ihre Essenszeiten können – im Vergleich zu 38% im Jahre 1994 - inzwischen, wie bereits ausgeführt, ebenfalls 75% selbst bestimmen.

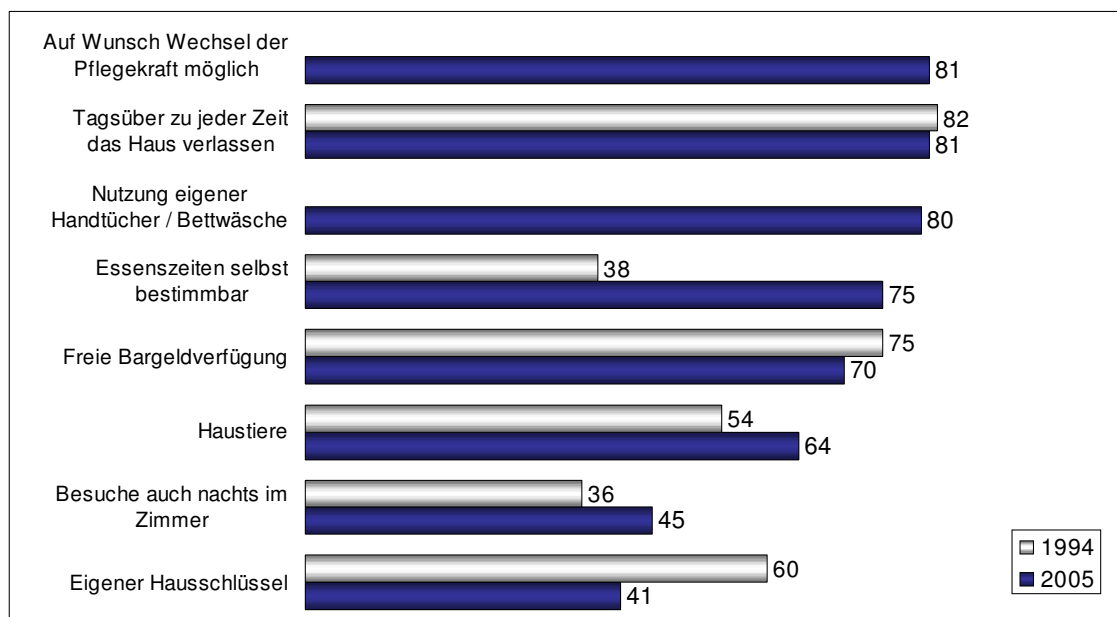
Abbildung 2.44-1
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland
- Handlungsspielräume im Alltag (in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Fehlende Angaben 1994 nicht erhoben

Abbildung 2.44-2
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland
- Handlungsspielräume im Alltag (in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Fehlende Angaben 1994 nicht erhoben

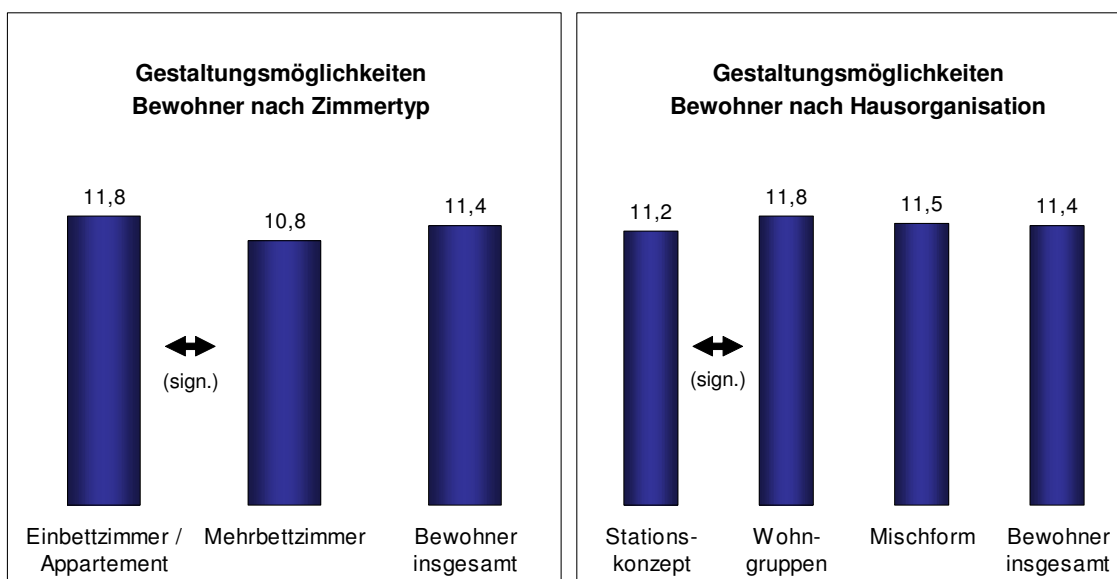
Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die über ihr Bargeld frei verfügen können, ist von 75% auf inzwischen 70% leicht gesunken. Diese Entwicklung hängt eng mit dem in Abschnitt 2.3.3 ausgeführten markanten Anstieg der psychischen Veränderungen sowie dem inzwischen höheren Anteil der unter Betreuung stehenden Bewohnerinnen und Bewohner zusammen. Es ist zu vermuten, dass der ebenfalls deutliche Rückgang des Anteils der Bewohnerinnen und Bewohner, die einen eigenen Hausschlüssel haben, von 60% im Jahre 1994 auf inzwischen 41%, ebenfalls auf diese Entwicklung zurückzuführen sein dürfte.

Summiert man die erhobenen Handlungsspielräume auf (0 bis max. 15 abgefragte Gestaltungsmöglichkeiten) so zeigt sich, dass neben dem Grad der Pflegebedürftigkeit sowie dem Auftreten von psychischen Veränderungen auch institutionelle Merkmale der Einrichtung von Bedeutung sind.

Abbildung 2.45

Pflegebedürftige in vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland (Stufe I bis III) - Handlungsspielräume nach Zimmertyp und Wohnorganisation (2005: Durchschnitt)

Spielraumscore von 0 bis 15: Durchschnittliche Anzahl der Gestaltungsmöglichkeiten



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Im Durchschnitt betrachtet verfügen die Bewohnerinnen und Bewohner über 11,6 der abgefragten 15 Gestaltungsmöglichkeiten. Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegebedarf verfügen über 11,4 und Bewohnerinnen und Bewohner ohne Pflegebedarf über 12,7 dieser Möglichkeiten. Pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner von Einbettzimmern haben mit im Durchschnitt 11,8 Gestaltungsmöglichkeiten signifikant mehr Handlungsspielräume als Bewohnerinnen und Bewohnern von Mehrbettzimmern (10,8) verfügbar. Vergleichbares gilt für die Bewohnerinnen und Bewohner, die in einem Haus mit einem Wohngruppenkonzept leben (11,8 Gestaltungsmöglichkeiten) im Vergleich zu einem Haus mit einem klassischen Stationskonzept (11,2 Gestaltungsmöglichkeiten). Sowohl die Verfügbarkeit über ein Einbettzimmer als auch die Wohnorganisation in Form von Wohngruppen sind auch unabhängig vom Pflegebedarf

und dem Grad der vorhandenen psychischen Veränderungen der Bewohnerinnen und Bewohner statistisch signifikant.

Tabelle 2.35

Multiple Varianzanalyse²⁶

Signifikante Faktoren, die den Grad an Gestaltungsmöglichkeiten beeinflussen

Basis: Pflegebedürftige in vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 2005 (in %)

	Spielraumscore (0 – 15)	
	Mittelwerte	Eta
Spielraumscore insgesamt	11,4	
Pflegestufe		,20
Stufe 1	12,0	
Stufe 2	11,3	
Stufe 3	10,5	
Psychische Veränderungen		,16
Nein	12,0	
Ja	11,1	
Zimmerart		,18
Einbettzimmer	11,8	
Mehrbettzimmer	10,8	
Wohnorganisation		,08
Station	11,2	
Wohngruppen	11,8	
Mischform	11,5	

n = 3.594 pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner

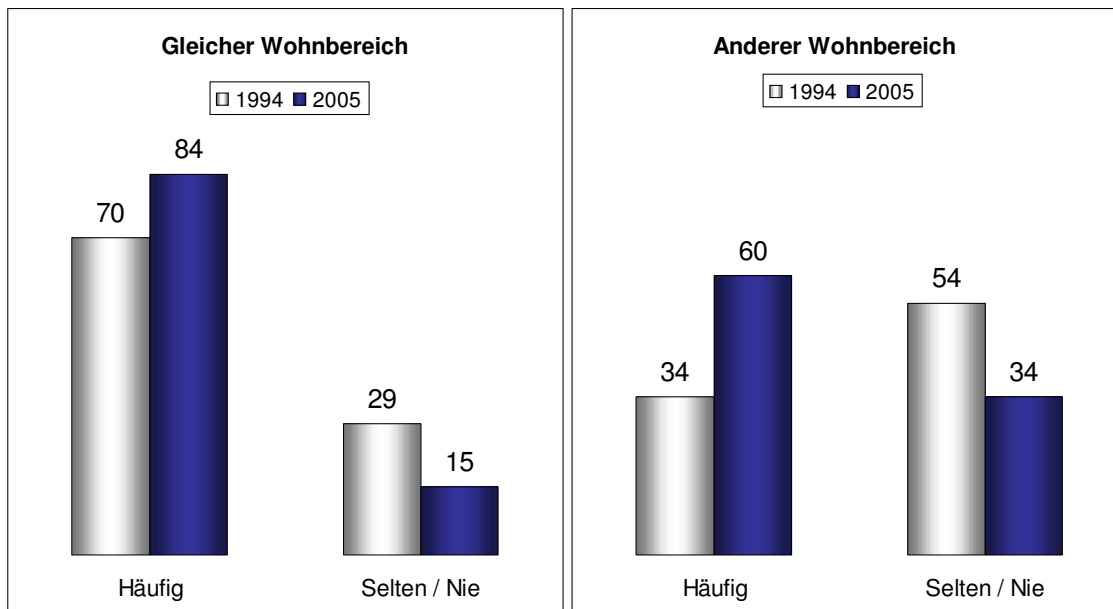
Signifikanzniveau bei allen Faktoren < 0,01

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

2.5.3 Soziale Kontakte und Aktivitäten

Die soziale Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen vollzieht sich natürlich primär in ihrem jeweiligen Wohnbereich (Wohngruppe oder Station). Kontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohner von anderen Wohnbereichen haben im Vergleich zu 34% im Jahr 1994 inzwischen 60% der Bewohnerinnen und Bewohner.

²⁶ Getestet wurde, welche Gruppen von Pflegebedürftigen im Durchschnitt signifikant mehr Handlungsspielräume als andere aufweisen. Hierzu wurde ein Gestaltungsscore mit max. 15 Gestaltungsmöglichkeiten gebildet. Anhand einer multiplen Varianzanalyse lässt sich aufklären, welche Faktoren auch unabhängig von den Effekten anderer Merkmale einen signifikanten Einfluss haben. Die Maßzahl Eta gibt im Rahmen einer ergänzenden Multiplen Klassifikationsanalyse (MCA) dabei im Sinne eines Korrelationskoeffizienten an, welche Erklärungskraft der entsprechende Faktor im Hinblick auf die Ausprägung der Gestaltungsspielräume hat.

Abbildung 2.46**Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland
- Kontakt zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern (1994 und 2005: in %)**

TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Fehlende zu 100 = Keine Angabe

Zusammen mit einem Ehe- oder Lebenspartner wohnen nicht mehr als 5% der Bewohnerinnen und Bewohner. Weitere Verwandte innerhalb des Heimes haben ebenfalls 5%. An diesen Anteilen hat sich im Vergleich zu 1994 nichts Wesentliches verändert.

Fragt man nach den Kontakten der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen zu Verwandten oder Bekannten von außerhalb der Einrichtung, so lässt sich auch an dieser Stelle eine Zunahme im Grad der sozialen Einbindung von Heimbewohnern erkennen. Der Anteil derjenigen, die gar keine Verwandten außerhalb des Heimes haben, wird von den Auskunft gebenden Pflegekräften auf knapp 7% beziffert (1994: 9%). Berücksichtigt man hierbei auch diejenigen, die mit Verwandten im Heim leben, so ergibt sich ein nur unwesentlich geringerer Anteil von 6% (1994: 8%), für die keine Verwandte benannt werden.

11% der Bewohnerinnen und Bewohner erhalten momentan im Vergleich zu 7% im Jahr 1994 täglich sowie weitere 36% im Vergleich zu 33% im Jahr 1994 regelmäßig im Wochenverlauf Besuche von Verwandten von außerhalb, 20% haben im Vergleich zu damals 22% monatlich, 17% im Vergleich zu 22% seltener und 9% im Vergleich zu 7% nie Kontakt zu Verwandten.

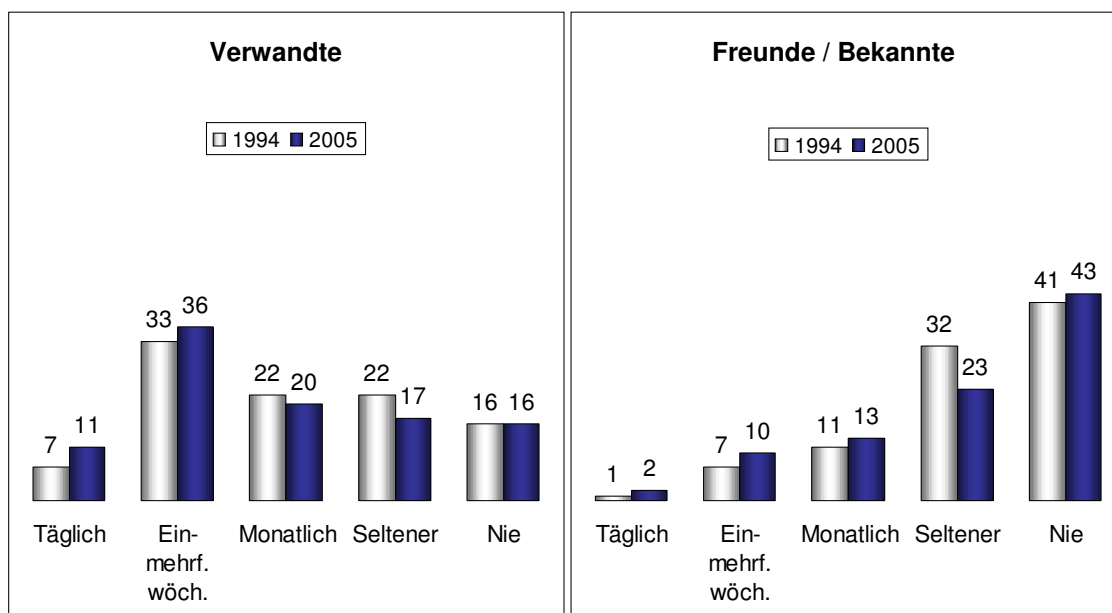
In der Regel werden die Bewohnerinnen und Bewohner von ihren Kindern besucht (vgl. dazu im Einzelnen Tabelle 2.36). 6% erhalten täglich und weitere 28% regelmäßig im Wochenverlauf Besuch von Töchtern oder Söhnen. Hinzu kommen mögliche Schwiegerkinder oder auch sonstige Verwandte.

Von Freunden oder Bekannten erhalten zur Zeit 2% der Bewohnerinnen und Bewohner im Vergleich zu 1% im Jahr 1994 täglich, sowie weitere 10% im Vergleich zu 7% regelmäßig im Wochenverlauf Besuch. 13% haben im Vergleich zu 11% monatlich Kontakt zu Freunden oder Bekannten, weitere 23% im Vergleich zu vormals 32% seltener, während gegenwärtig für 43% im Vergleich zu 41% im Jahr 1994 über keine Kontakte zu Freunden und Bekannten außerhalb der Einrichtung berichtet wird.

Etwas häufiger fällt inzwischen auch der Kontakt der Bewohnerinnen und Bewohner zu einem (bestellten) gesetzlichen Betreuer aus. Sofern für die Bewohnerin oder den Bewohner eine Betreuung verfügt ist, haben 6% der Bewohnerinnen und Bewohner im Vergleich zu 2% im Jahre 1994 täglich Kontakt, weitere 24% im Vergleich zu 19% regelmäßig in der Woche und gegenwärtig 30% im Vergleich zu 28% im Jahr 1994 monatlichen Kontakt. Für 33% der Bewohnerinnen und Bewohner mit gesetzlich bestelltem Betreuer wird hingegen ein entsprechend seltenerer Kontakt berichtet. In 7% der Fälle konnten die befragten Pflegekräfte hierzu keine Angabe machen.

Abbildung 2.47

**Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland
- Kontakt zu Verwandten und Bekannten von außerhalb des Heimes (1994 und 2005: in %)**



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Fehlende zu 100 = Keine Angabe

Tabelle 2.36

Kontakte zu Verwandten und Bekannten von außerhalb der Einrichtung**Basis: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005 (in %)¹⁾**

	1994			2005		
	Ins- gesamt	Frauen	Männer	Ins- gesamt	Frauen	Männer
Ehe- / Lebenspartner						
Täglich	3	2	9	3	2	7
regelmäßig in der Woche	1	0	3	3	2	7
Monatlich	1	0	1	1	0	2
Eltern						
Täglich	0	0	1	0	0	0
regelmäßig in der Woche	0	0	1	1	0	1
Monatlich	0	0	1	0	0	1
Tochter / Sohn						
Täglich	4	5	2	6	7	4
regelmäßig in der Woche	25	26	20	28	29	23
Monatlich	16	16	14	15	16	14
Schwiegertochter / -sohn						
Täglich	1	1	1	2	2	1
regelmäßig in der Woche	13	14	9	14	15	12
Monatlich	11	12	9	13	13	10
Sonstige Verwandte						
Täglich	2	2	1	2	2	1
regelmäßig in der Woche	12	13	8	12	14	9
Monatlich	15	17	8	15	15	14
Freunde / Bekannte						
Täglich	1	1	1	2	2	2
regelmäßig in der Woche	7	7	5	10	10	9
Monatlich	11	11	9	13	13	13
<u>Nachrichtlich:</u>						
Gesetzliche/r Betreuer/in (nur sofern vorhanden)						
Täglich	2	3	1	6	5	7
regelmäßig in der Woche	19	21	12	24	26	21
Monatlich	28	30	22	30	29	31
Ohne Verwandte	9	10	9	7	8	6

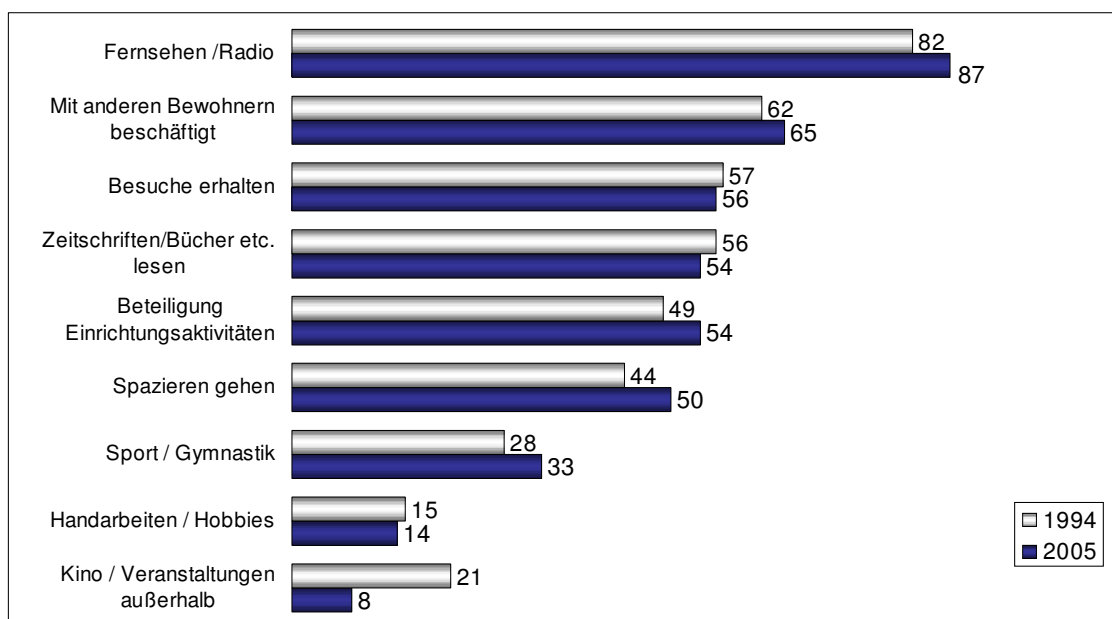
1) Fehlende Angaben = Kontakt seltener oder nie / Person nicht vorhanden

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

Aktivitäten

Die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen gehen im Alltag Aktivitäten nach, die auch für die in Privathaushalten lebenden Seniorinnen und Senioren durchaus typisch sind. An der Spitze der im Wochenverlauf anfallenden Freizeitaktivitäten (Aktivitäten in der letzten Woche) steht bei 87% der Bewohnerinnen und Bewohner Fernsehen oder Radio hören. Mit anderen Bewohnern haben sich 65% beschäftigt, während für 56% Besuche erhalten, 54% Zeitschriften oder Bücher lesen, für weitere 54% Beteiligung an Einrichtungsaktivitäten und für ebenfalls 50% Spazieren gehen berichtet wird. Sport oder Gymnastik haben 33% betrieben, während 14% Handarbeiten oder Hobbys nachgehen. 8% haben Veranstaltungen außerhalb oder z. B. ein Kino besucht. Übernachtungen außerhalb der Einrichtung, z.B. bei der eigenen Familie, werden für nur 1% der Bewohnerinnen und Bewohner regelmäßig und für weitere 7% ab und an berichtet.

Abbildung 2.48
Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland
- Aktivitäten in der letzten Woche (in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Fehlende Angaben 1994 nicht erhoben

Insgesamt betrachtet fällt das Aktivitätsniveau der Bewohnerinnen und Bewohner im Vergleich zur Erhebung von 1994 höher aus. Rückläufig ist einzig der Anteil derjenigen, die im Wochenverlauf Veranstaltungen oder auch Kinos außerhalb der Einrichtungen besuchen. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass sich, wie bereits dargestellt, im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung in den letzten 10 Jahren, der Anteil der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Einrichtungen inzwischen deutlich erhöht hat.

Gruppiert man die erhobenen Aktivitäten, so lassen sich relativ grob drei Typen erkennen. Prägend für den Alltag ist für die überwiegende Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner der Aufenthalt innerhalb der Einrichtung sowie eine Tagesgestaltung mit Fernsehen und Radio hören, Zeitschriften bzw. Bücher lesen sowie der Kontakt mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern.

Ein deutlich kleinerer Teil bewegt sich hingegen noch regelmäßig außerhalb der Einrichtung, etwa in Form von Spaziergängen alleine oder zusammen mit einzelnen anderen Bewohnerinnen und Bewohnern. Ein dritter Typ von Bewohnerinnen und Bewohnern geht schließlich Handarbeiten, gärtnerischen Tätigkeiten oder sonstigen Hobbys u.ä. innerhalb der Einrichtung nach.

Auch diese Befunde sprechen dafür, dass die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen unterschiedliche Angebote nachfragen. Sport und Gymnastik, Möglichkeiten, eigenen Hobbys nachzugehen aber auch Geselligkeit und Kultur gehören genau so mit dazu, wie Muße und Ruhe.

Nicht unterschätzen sollte man das in den Befunden zum Ausdruck kommende Bedürfnis eines Teils der Bewohnerinnen und Bewohner, sich auch nach außen, sprich außerhalb der Einrichtungen, zu orientieren und zu bewegen. Vor dem Hintergrund der typischerweise vorhandenen Mobilitätseinschränkungen müssen auch hierfür entsprechende Hilfen, sei es durch Mitarbeiter der Einrichtung oder aber durch aktive Einbeziehung von Angehörigen, Freunden oder freiwilligen Helferinnen und Helfern, verfügbar gemacht werden. Individualität, Überschaubarkeit und die Möglichkeit, auf die erforderlichen Hilfeleistungen zurückgreifen zu können, sind auch vor diesem Hintergrund für die Gestaltung einer möglichst selbständigen Lebensführung in einer vollstationären Einrichtung zentral.

2.6 Personelle Ausstattung und Höhe der Pflegesätze

2.6.1 Personal in Alteneinrichtungen

Rechnet man die Ergebnisse der Infratest Heimerhebung 2005 hoch, so sind in den vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland - umgerechnet in Vollarbeitskräfte - z. Zt. etwas über 370 Tsd. Personen beschäftigt (alte Bundesländer: knapp 312 Tsd., neue Bundesländer: knapp 59 Tsd.).²⁷ Insgesamt verbergen sich hinter den sog. Vollarbeitskräften in etwa 483 Tsd. fest angestellte Personen.

Gerechnet in Vollarbeitskräften gehören knapp 264 Tsd. Personen zum Pflegepersonal und knapp 67 Tsd. Personen zum hauswirtschaftlichen Personal. Auf das therapeutische Personal entfallen in etwa 19 Tsd. Personen. Hierbei sind die ca. 10 Tsd. zusätz-

²⁷ Das Personal in Alteneinrichtungen wurde, differenziert nach Vollzeitbeschäftigte (35 Std. und mehr), Teilzeitbeschäftigte (15 bis unter 35 Std.) und geringfügig Beschäftigte (unter 15 Std.) erhoben. Für die Teilzeitbeschäftigten wurde neben der Zahl der Köpfe auch der entsprechende Teilzeitanteil (in % einer Vollarbeitsstelle) erhoben.

lichen, nicht fest angestellten, sondern stundenweise auf Honorar oder Abrechnungsbasis tätigen therapeutischen Fachkräfte (Kopfzahl) nicht mit berücksichtigt. Zum Verwaltungspersonal zählen etwa 19 Tsd. Vollzeitbeschäftigte. Die Zahl der Zivildienstleistenden beläuft sich auf 9 Tsd. Personen.²⁸

Anteilig ausgedrückt gehören 71% des Personals der Einrichtungen (in Vollzeit) zum Bereich Pflege sowie weitere 3 % zum therapeutischen Personal. 18% gehören zum hauswirtschaftlichen Personal und auf den Bereich Verwaltung entfallen 5%. Der Anteil der Zivildienstleistenden an allen Vollzeitkräften beläuft sich auf 2%.

Tabelle 2.37

Festangestelltes Personal in Alteneinrichtungen in Deutschland¹⁾

(Vollzeit, Teilzeit, Geringfügig Beschäftigte: umgerechnet in Vollarbeitskräfte)

Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland – hochgerechnet zum Jahresende 2005 (Absolut, gerundet)

	Bund	West	Ost
Tätigkeitsfeld (in Vollzeit)			
Pflegepersonal	263.600	219.800	43.800
Therapeutisches Personal	12.100	9.900	2.200
Zivildienstleistende	9.000	7.200	1.800
Hauswirtschaftliches Personal	66.500	58.800	7.700
Verwaltungspersonal	19.200	16.100	3.100
Personal insgesamt	370.400	311.800	58.600
<u>Nachrichtlich:</u>			
Personal insgesamt (Kopfzahl)			
Vollzeit (35 Std. u.m.)	242.500	204.500	38.000
Teilzeit (15 b.u. 35 Std.)	204.100	174.300	29.800
Geringfügig (b.u.15 Std.)	36.000	33.400	2.600
Personal insgesamt	482.600	412.200	70.400
Auf Honorarbasis tätiges, therapeutisches Personal	10.000	8.600	1.400

- 1) Einbezogen ist nur das Personal, das in der Einrichtung fest angestellt und im vollstationären Bereich auch unmittelbar eingesetzt ist. Auf Honorar- oder Abrechnungsbasis Beschäftigte, sowie das Personal, das so gut wie ausschließlich in anderen Bereichen tätig ist (teilstationäre Pflege, ambulanter Dienst, allgemeine Beratungsstellen etc unter dem Dach der Einrichtung), als auch ggf. übergreifend beim Träger beschäftigte Kräfte (z.B. in Regiebetrieben bzw. hauswirtschaftlich/technisches Personal, Verwaltung etc.), sollten von den Auskunft gebenden Heimleitungen hierbei möglichst nicht mitberücksichtigt werden.

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

²⁸ Die amtliche Heimstatistik (Statistisches Bundesamt 2007) weist für 2005 mit etwa 546 Tsd. Beschäftigten bzw. 410 Tsd. geschätzten Vollarbeitskräften einen höheren Personalbestand auf. Abgesehen davon, dass im Rahmen der Heimstatistik auch ausschließlich teilstationäre Einrichtungen mit erfasst werden, könnte eine weitere Ursache darin liegen, dass bei der Infratest Heimerhebung 2005 die Auskunft gebenden Heimleitungen gebeten wurden, das Personal, das nicht unmittelbar im Heim, sondern beim Träger angestellt ist, sowie diejenigen, die so gut wie ausschließlich in anderen Bereichen tätig sind (z.B. in der teilstationären Pflege und den sonstigen Tätigkeitsfeldern, die unter dem Dach der Einrichtung angeboten werden), nicht mit zu berücksichtigen.

Vollarbeitskräfte pro 100 Bewohner

Absolut betrachtet, ist die Anzahl der Vollarbeitskräfte von in etwa 290 Tsd. im Jahr 1994, wie bereits dargestellt, auf etwa über 370 Tsd. zum Jahresende 2005 gestiegen. Die entspricht einem Wachstum von knapp 28%. Die Gesamtzahl der Bewohnerinnen und Bewohner ist im gleichen Zeitraum von 661 Tsd. auf 749 Tsd., also um ca. 13%, gestiegen. Drückt man diese Entwicklung anhand einer Relation aus, indem man berechnet, wie viele Vollarbeitskräfte pro 100 Bewohnerinnen und Bewohner im vollstationären Bereich fest angestellt tätig sind, so zeigt sich, dass die Quote beim Pflegepersonal von 30,4 Beschäftigten im Jahr 1994 auf 38,1 im Jahr 2005 angestiegen ist. Beim therapeutischen Personal sind es 1,3 Beschäftigte im Vergleich zu 2,4 Fachkräften Ende 2005. Die Zahl der Zivildienstleistenden pro 100 Bewohner ist im gleichen Zeitraum von 2,0 auf 1,1, die Zahl des hauswirtschaftlichen Personals von 10,6 auf 9,4 und das Verwaltungspersonal pro 100 Bewohner von 3,2 auf 2,9 Beschäftigte im Durchschnitt zurückgegangen.

Auf den ersten Blick scheint diese Entwicklung eindeutig für eine deutliche Verbesserung der Personalsituation in vollstationären Altenheimenrichtungen zu sprechen. Bedenkt man jedoch, dass sich, wie in Kapitel 2.3 bereits dargestellt, zeitgleich auch der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Bewohnerinnen und Bewohnern deutlich ausgeweitet hat, so muss dieser Befund relativiert werden. Der gewachsene Anteil Pflegebedürftiger an allen Bewohnerinnen und Bewohnern von 63% im Jahr 1994 auf 85% im Jahr 2005 macht insbesondere im Bereich der Pflege deutlich mehr Personal erforderlich, als dies noch 1994 im Durchschnitt über alle Bewohnerinnen und Bewohner erforderlich gewesen ist. Näherungsweise lässt sich dies anhand einer Modellrechnung nachzeichnen. Im Rahmen dieser Modellrechnung wurde die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner pro Einrichtung mit der jeweiligen Pflegebedarfsstufe gewichtet.

Bewohnerinnen und Bewohner ohne Hilfebedarf (reines Wohnen) werden nicht mit berücksichtigt (Gewicht = 0), Hilfebedürftige/Pflegestufe 0 werden mit 0,5, Pflegebedürftige der Pflegestufe I mit 1,0, Pflegebedürftige der Pflegestufe II mit 1,5 und Pflegebedürftige der Stufe III mit dem Wert 2 multipliziert. Die auf diese Weise ausgedrückten Pflegebedarfsgewichte orientieren sich an den im Rahmen der landesweiten Vergütungsvereinbarungen durchschnittlich zugrunde gelegten Bedarfsrelationen (BMBSFJ 2006). Um die erforderliche Vergleichbarkeit im Pflegebedarf von 1994 und 2005 hinreichend zu gewährleisten, wurde bei der Pflegebedarfsstufung einheitlich auf die Ergebnisse gemäß Infratest Pflegeintervallmodell (vgl. Kapitel 2.4) zurückgegriffen.²⁹

Berechnet man die Zahl der Vollarbeitskräfte pro 100 Bewohnerinnen und Bewohner auf Grundlage dieser Pflegebedarfsgewichtung neu, so ergibt sich, dass beim Pflegepersonal die Zahl der Beschäftigten von 27,2 pflegegewichteter Bewohner eher moderat auf 29,0 im Jahr 2005 und beim therapeutischen Personal von 1,2 auf 1,5 gestiegen

²⁹ Die Bedarfsrelationen im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen der einzelnen Bundesländer sind sehr unterschiedlich. Die hier gewählte Bedarfsbewertung entspricht näherungsweise dem Durchschnitt über alle Bundesländer. Rückschlüsse auf den tatsächlich pro Pflegestufe aufzuwendenden Versorgungsumfang lassen sich hieraus nur sehr bedingt ableiten.

ist. Bei den Zivildienstleistenden ist die Zahl von 1,9 Beschäftigten pro 100 pflegebedarfgewichteter Bewohner auf 0,8, beim hauswirtschaftlichen von 10,3 auf 7,1 und beim Verwaltungspersonal von 3,8 auf 2,4 gesunken. Bezieht man sich auf das Gesamtpersonal, das in vollstationären Alteneinrichtungen beschäftigt ist, so ergibt die Modellrechnung, dass die Zahl der Vollarbeitskräfte pro 100 pflegebedarfgewichteter Bewohner im zeitlichen Vergleich von 1994 und 2005 sogar von 44,4 Beschäftigten auf 40,9 Beschäftigte gesunken ist.

Tabelle 2.38

**Modellrechnung: Vollarbeitskräfte pro 100 Bewohner im zeitlichen Vergleich
Bewohner absolut und nach Pflegebedarf gewichtet¹⁾**

**Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005
(durchschnittliche Personalzahl, Mittelwerte)**

	Ungewichtet		Modellrechnung: Pflegegewichtung Bewohner nach Pflegebedarf ¹⁾	
	1994	2005	1994	2005
Pflegepersonal	30,4	38,1	27,2	29,0
Therapeutisches Personal	1,3	2,4	1,2	1,5
Zivildienstleistende	2,0	1,1	1,9	0,8
Hauswirtschaftliches Personal	10,6	9,4	10,3	7,1
Verwaltungspersonal	3,2	2,9	3,8	2,4
Personal insgesamt	47,6	53,6	44,4	40,9

1) Pflegegewichtung: Reines Wohnen = 0, Hilfebedürftige=0,5, Stufe 1 = 1, Stufe 2 = 1,5, Stufe 3 = 2. Stufengewicht in Anlehnung an im Rahmen der landesweiten Vergütungsvereinbarungen durchschnittlich zugrunde gelegten Bedarfsrelationen (vgl. dazu BMFSFJ 2006, S. 93ff). Pflegebedarfsstufung 1994 und 2005 einheitlich gemäß TNS Infratest-Pflegeintervallmodell

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

Alles in allem sprechen die vorgelegten Befunde dafür, dass der Personalbestand im Bereich der Pflege und Betreuung in vollstationären Alteneinrichtungen in den letzten 10 Jahren im wesentlichen an den veränderten Bedarf in Gestalt eines höheren Anteils von Pflegebedürftigen, die in Heimen betreut werden, angepasst worden ist. In Relation zur Zahl und zum Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner ist die Personalausstattung im Bereich der Pflege in den letzten 10 Jahren nur leicht angestiegen. Rückläufig ist hingegen die Zahl des eingesetzten hauswirtschaftlichen und des Verwaltungspersonals.

Rechnet man den Personalbestand in Form einer Betreuungsrelation um, so ergibt sich, dass im Jahre 2005 im Durchschnitt auf eine im Bereich der Pflege oder Betreuung tätigen Vollarbeitskraft 2,5 pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner kommen (Pflegestufe 0 bis 3). Bei der Bewertung ist zu beachten, dass es sich hierbei um eine errechnete Kennziffer handelt. Tatsächlich sind die professionellen Kräfte natürlich nicht rund um die Uhr verfügbar, sondern arbeiten auf Basis ihrer jeweiligen

Wochenarbeitszeit.³⁰ Insbesondere abends und in der Nacht muss von deutlich weniger Kräften in der Einrichtung ausgegangen werden.

Personalschlüssel werden im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen vereinbart. Zum Teil gibt es in den einzelnen Bundesländern hierzu Personalanhaltszahlen oder sonstige Orientierungen (vgl. BMFSFJ 2006). Ein rationales Verfahren für eine Personalbemessung, die die konkrete Situation der Einrichtung mit berücksichtigt, liegt für den Bereich der vollstationären Altenhilfe allerdings nach wie vor nicht vor.³¹

Tabelle 2.39

Betreuungsrelation (Zahl der Bewohner mit Pflegestufe 0 bis III pro Betreuungskraft)
Basis: Vollstationäre Alteinrichtungen in Deutschland – hochgerechnet zum Jahresende 2005 (Durchschnittliche Bewohnerzahl, Mittelwerte)

	Bund	West	Ost
Mittlere Betreuungsrelation			
Durchschnitt über alle Heime	2,5	2,5	2,9
Quintildarstellung			
1. Quintil (20% der Heime)	2,0	1,9	2,2
2. Quintil (40% der Heime)	2,2	2,2	2,4
3. Quintil (60% der Heime)	2,5	2,4	2,8
4. Quintil (80% der Heime)	2,9	2,8	3,2

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Die für die vollstationären Einrichtungen rechnerisch ermittelten Betreuungsrelationen streuen im Vergleich zwischen den Einrichtungen stark. Die ersten 20% aller Einrichtungen (1. Quintil) haben eine Betreuungsrelation von nicht mehr als 2 pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern (Stufe 0 bis 3) pro im Bereich der Betreuung beschäftigter Vollarbeitskraft. Nimmt man hingegen die letzten 20% aller Einrichtungen mit der relativ schlechtesten Betreuungsrelation, so ergibt sich ein Verhältnis von 2,9 pflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner pro Vollarbeitskraft.

Qualifikation

In Bezug auf die Ausbildung des im Bereich der Pflege tätigen Personals sind in den letzten 10 Jahren hingegen deutliche Fortschritte erzielt worden. Im Vergleich zu 47% im Jahr 1994 gehörte 2005 mit 54% die Mehrheit der im Bereich Pflege tätigen Vollarbeitskräfte zum sog. examinierten Fachpersonal. Hierzu gehören Krankenschwestern oder Krankenpfleger, Altenpflegerinnen oder Altenpfleger sowie sonstiges Fachpersonal mit 2-3jähriger Ausbildung, erfasst.

³⁰ Für eine Vollkraft kann nach Krems (Krems 2000) von einer jährlichen Nettoarbeitszeit von 1.580 Stunden für die alten Bundesländer (38,5 Stunden/Woche) und 1.640 für die neuen Bundesländer (40 Stunden-Woche) ausgegangen werden.

³¹ Beispielhaft kann hierfür auf das sog. Plaisier-Verfahren verwiesen werden, das für Deutschland in den letzten Jahren vom KDA exemplarisch erprobt worden ist, das jedoch aus unterschiedlichsten Gründen nicht umgesetzt werden konnte. (KDA 2003)

Der Anteil des Pflegepersonals in Ausbildung ist von 9% im Jahr 1994 auf 12% angestiegen. Altenpflegehelferinnen oder -helfer mit in der Regel einjähriger Ausbildung stellten 1994 8% und 2005 11% des Pflegepersonals. Mit einem Anteil von 37% in 1994 und nur noch 23% im Jahr 2005, ist hingegen der Anteil der sonstigen, im Bereich der Pflege Beschäftigten ohne qualifizierten Abschluss deutlich rückläufig.

Tabelle 2.40**Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals (Vollarbeitskräfte)**

Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland zum Jahresende 1994 und 2005 (Mehrfachnennungen, in %)

	1994	2005
Examiniertes Pflegepersonal (Krankenschwester-/pfleger, Altenpflegerin/er, sonstiges examiniertes Fachpersonal)	47	54
Pflegepersonal in Ausbildung	9	12
Altenpflegehelfer/er	8	11
Sonstige ohne Fachabschluss	37	23

TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV)

Fachkraftquote

Berechnet man auf Basis dieser Ergebnisse die im Heimgesetz vorgegebene sog. Fachkraftquote, also den Anteil der Einrichtungen, bei denen im Bereich der Betreuung mindestens die Hälfte des Personals (in Vollkräften) aus examinierten Fachkräften besteht (Fachkraftquote von mind. 50%), so ergibt sich, dass der Anteil der Einrichtungen mit einer nicht erfüllten Fachkraftquote von 45% im Jahr 1994 auf inzwischen 27% gesunken ist.³²

Weitere 17% der vollstationären Einrichtungen verfügen über eine Fachkraftquote von 45 bis unter 50%. Weniger als 45% Fachkräfteanteil haben nicht mehr als 10% der Einrichtungen. Einen Fachkraftanteil von 50 bis unter 55% haben 22%, einen Fachkraftanteil von 55 bis unter 60% weitere 13% und immerhin 38% der Einrichtungen verfügen über 60% und mehr Fachkräfte im Bereich der Betreuung.

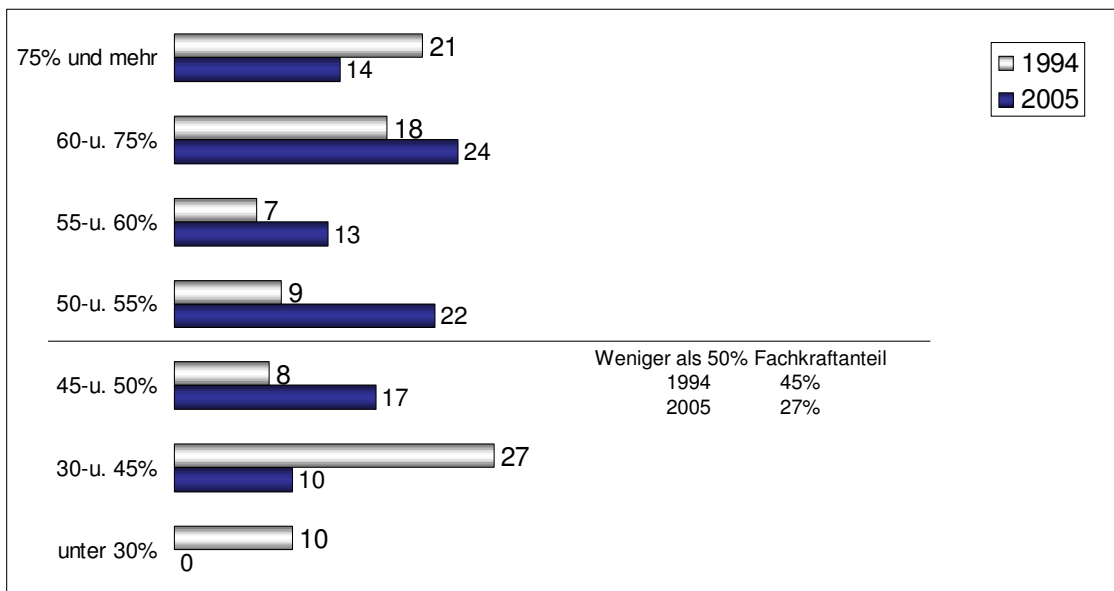
Gemessen an der Vorgabe des Heimgesetzes ist die Fachkraftquote demnach immer noch nicht hinreichend umgesetzt. Fortschritte sind in den letzten Jahren jedoch klar erkennbar.³³

³² Zum Fachpersonal im Bereich der Betreuung werden in diesem Fall alle examinierten und im Rahmen der Pflege tätigen Kräfte sowie zusätzlich das festangestellte therapeutische Personal (inkl. Sozialpädagogen etc.) gezählt. Alle sonstigen in der Pflege tätigen Kräfte (Altenpflegehelfer/innen, Personal in Ausbildung, Sonstiges Personal ohne Fachqualifikation) zählen zum nicht-examinierten Personal. Zivildienstleistende werden bei der Berechnung der Fachkraftquote nicht mit berücksichtigt. Würde man auch diese Kräfte hinzurechnen so betrüge der Anteil der Einrichtungen unterhalb der Fachkraftquote 51% im Jahr 1994 und 33% im Jahr 2005.

³³ Bei einer Repräsentativerhebung können sich bei der Berechnung der Fachkraftquote gerade in Grenzbereichen naturgemäß Unschärfen ergeben. Bedenkt man, dass sich für weitere 17% der Ein-

Abbildung 2.49**Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland: Fachkraftquote**

- Verteilung der Einrichtungen nach dem Anteil des examinierten Fachpersonals am Betreuungspersonal insgesamt (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Pflege und therapeutisches Personal (ohne Zivildienstleistende)

Statistisch betrachtet streuen die Einrichtungen mit einer nicht erfüllten Fachkraftquote relativ stark und wenig systematisch. Erkennbar ist zum einen, dass die nach dem Hausgemeinschaftskonzept betriebenen Einrichtungen häufiger die geforderte Fachkraftquote nicht erreichen. Dies hängt jedoch auch damit zusammen, dass bei Hausgemeinschaften wesentliche Aufgaben der Betreuung von sog. Präsenzkraften, die nicht im engeren Sinne der Pflege, sondern eher dem hauswirtschaftlichen Bereich zugeordnet sind, übernommen werden. Sofern es sich hierbei um qualifizierte Kräfte, wie etwa Fach-Hauswirtschaftlerinnen oder auch sozialpädagogisch ausgebildete Personen handelt, werden diese Personen bei der Berechnung der Fachkraftquote dann nicht mitberücksichtigt.

Zum anderen fällt auf, dass Einrichtungen mit einer relativ besseren Betreuungsrelation häufig eine geringere oder unzureichende Fachkraftquote aufweisen. Weniger Fachkräfte bedeutet demnach häufig mehr, allerdings in diesem Fall dann auch geringer qualifiziertes Betreuungspersonal.

richtungen ein Fachkraftanteil von 45 bis unter 50% errechnen lässt, so können zum Beispiel bereits kleinere Schwankungen bei der Arbeitszeit von in Teilzeit tätigen Kräften dazu führen, dass im Rahmen einer formalen Prüfung durch die Heimaufsicht die Fachkraftquote von 50% trotzdem als erreicht betrachtet werden kann.

Die positive Entwicklung der letzten 10 Jahre im Bereich der Qualifikation des Pflegepersonals belegt, dass die verbindliche Vorgabe einer zu realisierenden Fachkraftquote – trotz der noch vorhandenen Lücken – Wirkung gezeigt hat.

2.6.2 Pflegesätze

In vollstationären Alteneinrichtungen werden die Kosten gemäß den Vorgaben des SGB XI in Form von Pflegesätzen in Abhängigkeit von der Pflegestufe in Rechnung gestellt (Pflegeklasse). Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, sowie ggf. gesondert auszuweisende Investitionskosten. Darüber hinaus bieten einige Einrichtungen noch weitere Zusatzleistungen an, die individuelle vereinbart und gesondert abgerechnet werden.

Tabelle 2.41

Durchschnittliche Höhe der Pflegesätze in Alteneinrichtungen in Deutschland
Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland – hochgerechnet zum Jahresende 2005 (pro Monat in Euro)

	Bund	West	Ost
Durchschnittliche Kostensätze			
Pflegestufe 0	941	970	728
Pflegestufe I	1.353	1.406	1.074
Pflegestufe II	1.754	1.820	1.412
Pflegestufe III	2.178	2.243	1.833
Unterkunft und Verpflegung	597	622	467
Investitionskosten (sofern berechnet)	376	399	244
Zusatzleistungen (sofern berechnet)	217	220	203

TNS Infratest-Heimerhebung 2005 (MuG IV)

Nach den Ergebnissen der Infratest Heimerhebung belaufen sich die Pflegesätze für Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe 0 zum Jahresende 2005 auf durchschnittlich 941 € pro Monat. Mit 728 € fallen diese in den neuen Bundesländern im Vergleich zu 970 € in den alten Bundesländern nach wie vor etwas niedriger aus. In Pflegestufe I werden im Durchschnitt 1.353 € (1.406 € in den alten und 1.074 € in den neuen Bundesländern), in Pflegestufe II 1.754 € (1.820 € in den alten Bundesländern und 1.412 in den neuen Bundesländern) und in Pflegestufe III 2.178 € (2.243 € in den alten Bundesländern und 1.833 € in den neuen Bundesländern) pro Monat berechnet.

Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die sich im Durchschnitt auf 597 € (622 € in den alten und 467 € in den neuen Bundesländern) belaufen. Investitionskosten werden in 89% der Einrichtungen gesondert berechnet. Sie betragen im Schnitt zusätzlich 376 € (399 € in den alten und 244 € in den neuen Bundesländern). Sonstige Zusatzleistungen bieten hingegen nur 11% der Einrichtungen an. Berechnet werden hierfür durchschnittlich 217 € (220 € in den alten und 203 € in den neuen Bundesländern).

Die in den vollstationären Alteneinrichtungen in Rechnung gestellten Pflegesätze übersteigen im Durchschnitt inzwischen in allen drei Pflegestufen sowohl in den alten wie in den neuen Bundesländern die Höhe der Leistungen, die von der Pflegeversicherung finanziert werden. Gemäß § 43,5 SGB XI werden für Pflegebedürftige der Pflegestufe I monatlich 1.023 €, für Pflegebedürftige der Pflegestufe II monatlich 1.279 € und für Pflegebedürftige der Pflegestufe III monatlich 1.432 € maximal erstattet. Nicht berücksichtigt sind hierbei die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bzw. die Investitionskosten, die von den Bewohnerinnen und Bewohner selber getragen werden müssen.

Aufgrund der im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung ab 1996 vollzogenen Veränderungen sind die im Rahmen von MuG II erhobenen Kosten, die den Bewohnerinnen und Bewohner im Falle einer Heimunterbringung im Durchschnitt in Rechnung gestellt werden, mit der gegenwärtigen Höhe der Pflegesätze nicht mehr vergleichbar.³⁴ Bezieht man sich stattdessen auf die Ergebnisse der Amtlichen Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, lfd. Jahr), so ergibt sich, dass die durchschnittlich in Rechnung gestellten Kostensätze von 1999 bis 2005 in Deutschland relativ stetig gestiegen sind: in Pflegeklasse 1 um +11%, in Pflegeklasse 2 um +12% und in Pflegeklasse 3 um +8%. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind hingegen eher stabil (rechnerisch +5% im Zuge der Euro-Umstellung).

Tabelle 2.42

**Amtliche Pflegestatistik: Entwicklung der Höhe der Pflegesätze
Basis: Dauerpflegeeinrichtungen in Deutschland (pro Tag in €)**

	1999 ¹⁾	2001	2003	2005	1999 zu 2005
Pflegesätze (pro Tag)					
Pflegeklasse 1	38	39	41	42	+ 11%
Pflegeklasse 2	50	52	55	56	+ 12%
Pflegeklasse 3	65	66	69	70	+ 8%
Unterkunft und Verpflegung	18	19	19	19	+ 5%

1) umgerechnet in Euro

Quelle: Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik, lfd. Jahr (eigene Berechnungen)

Die Höhe der Pflegesätze wird ebenfalls im Rahmen der landesweiten Pflegesatzverhandlungen vereinbart. Hierbei streuen die pro Pflegestufe in Rechnung gestellten Kosten (Pflegeklassen) zwischen den einzelnen Bundesländern erheblich.³⁵ Sonstige Faktoren, wie etwa die Trägerschaft, die Betreuungsrelation sowie die Fachkraftquote sind vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Pflegesätze der einzelnen Bundesländer statistisch nicht signifikant.

³⁴ Für einen Altenpflegeplatz mussten die Bewohnerinnen und Bewohner lt. MuG II im Jahr 1994 in den alten Bundesländern umgerechnet im Durchschnitt 2.123 Euro und in den neuen Bundesländern im Durchschnitt 1.466 Euro bezahlen. Pflegebedürftige der Pflegestufe II zahlen 2005 lt. MuG IV im Durchschnitt in den alten Bundesländern 2.821 Euro in den neuen Bundesländern 2.118 Euro. Rein rechnerisch beträgt die Steigerung im Zeitraum von 1994 zu 2005 in den alten Bundesländern 32,9% und in den neuen Bundesländern 44,5%.

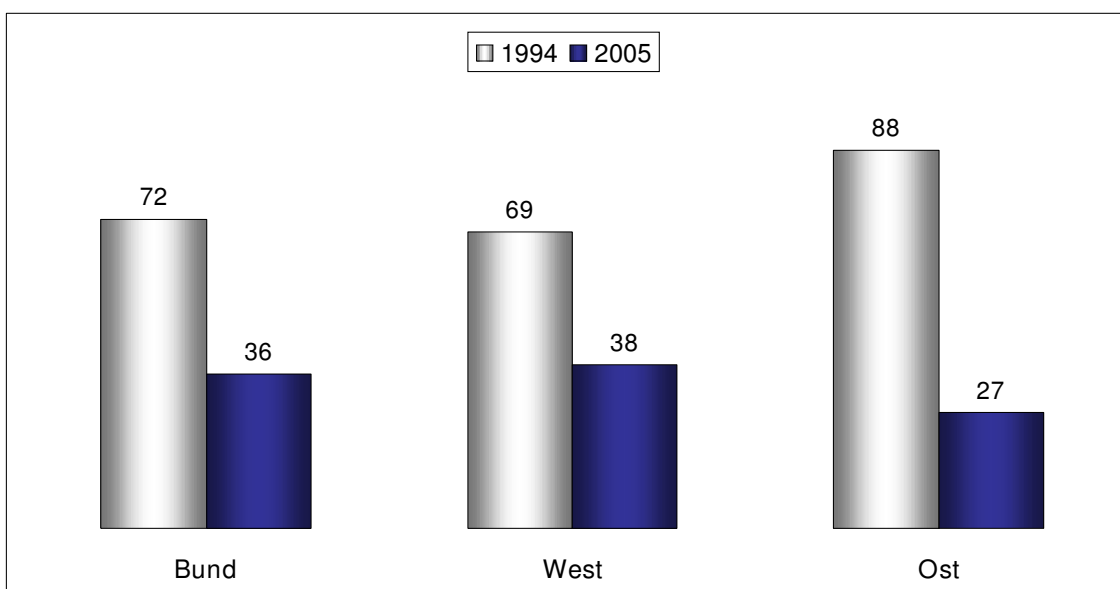
³⁵ Eine Differenzierung nach einzelnen Bundesländern fallzahlbedingt nicht möglich.

Sozialhilfeabhängigkeit

In der Konsequenz ist es nicht überraschend, dass trotz Leistungen der Pflegeversicherung nach wie vor 36% der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner (Pflegestufe I bis III) Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz bzw. als Kriegsofopferfürsorge im Rahmen der Kriegsofopferversorgung) in Anspruch nehmen. In den alten Bundesländern beträgt ihr Anteil 38% und in den neuen Bundesländern 27%.

Die Sozialhilfe ist gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung nachrangig. Sobald jedoch die Gesamtkosten der Unterbringung (Pflegesatz, Kosten für die Unterkunft und Verpflegung sowie ggf. Investitionskosten) die finanziellen Möglichkeiten der Bewohnerin oder des Bewohners übersteigen, springt im Falle einer finanziellen Bedürftigkeit die Sozialhilfe als gesetzlicher Kostenträger ein.³⁶ Im Vergleich zu 1994 ist der Anteil der Sozialhilfebezieher als Konsequenz der Einführung der Pflegeversicherung allerdings stark rückläufig. Zum damaligen Zeitpunkt konnte für die alten Bundesländer ein Anteil von 69% bzw. für die neuen Bundesländer ein Anteil von 88% Sozialhilfebezug den pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern von vollstationären Altenheimen festgestellt werden.

Abbildung 2.50
Pflegebedürftige in vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland (Stufe I – III)
- nach Bezug von Sozialhilfe (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Hilfe zur Pflege nach dem BSHG bzw. dem BVG

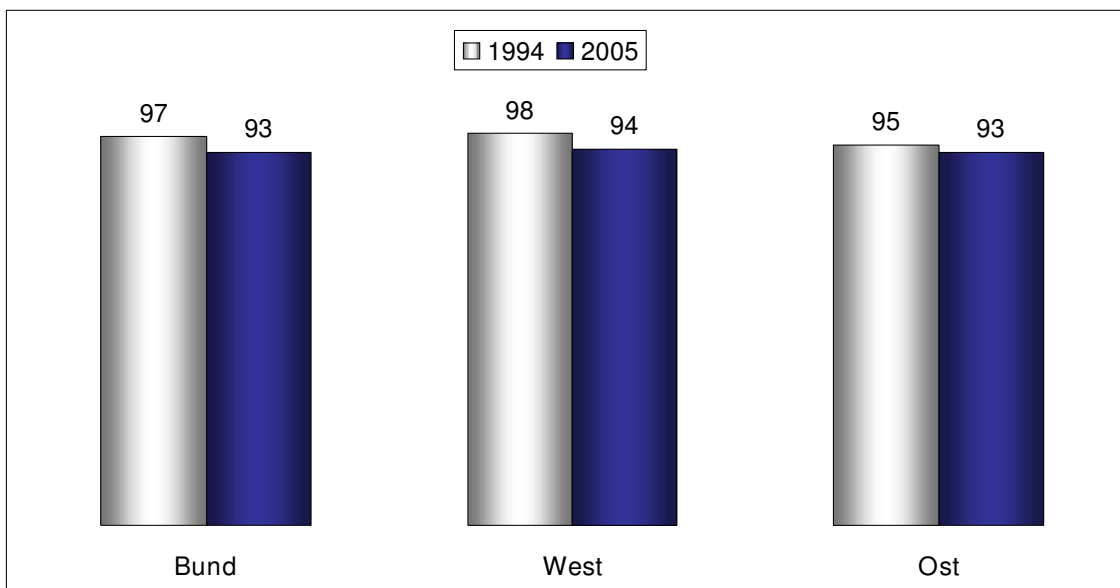
³⁶ Neben dem Einkommen der Bewohner werden innerhalb bestimmter definierter Grenzen auch mögliches Eigentum sowie Unterhaltsverpflichtungen von sonstigen Familienangehörigen gegenüber der pflegebedürftigen Person mit berücksichtigt.

2.6.3 Auslastung und Erweiterungsperspektiven

Auslastung

Vergleicht man die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit der insgesamt in der Einrichtung verfügbaren Platzzahl, so weisen die Ergebnisse auf eine im Vergleich zu 1994 geringfügig rückläufige, jedoch nach wie vor hohe Auslastung der vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland hin. 1994 waren auf Bundesebene 97% der Plätze (in den alten Bundesländern 98% und in den neuen 95%) als belegt gemeldet worden. Ende 2005 waren es nach den vorliegenden Erhebungsergebnissen auf Bundesebene 93% und dabei in den alten Bundesländern 94% und in den neuen 93%. Bei der Beurteilung der Auslastung ist allerdings zu beachten, dass ein Teil der Plätze, wie bereits dargestellt, flexibel entweder für vollstationäre Pflege oder aber für teilstationäre Tages- oder Nachtpflege bzw. Kurzzeitpflege genutzt wird. In der Regel handelt es sich um eingestreute Plätze, die dann je nach Bedarf belegt werden und hinsichtlich der Auslastung entsprechend unterschiedlich beurteilt werden können.³⁷

Abbildung 2.51
Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland
- Auslastung (1994 und 2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

³⁷ Die Amtliche Heimstatistik weist für das Jahr 2005 eine Auslastung im vollstationären Bereich von 88,7% aus (Statistisches Bundesamt 2007). Alles in allem zeigen die Ergebnisse, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt im Durchschnitt betrachtet keine Überkapazitäten im Bereich der vollstationären Versorgung vorhanden sind, sondern, abgesehen von möglichen regionalen Besonderheiten, die verfügbaren Plätze in der Regel auch belegt sind.

Wartelisten

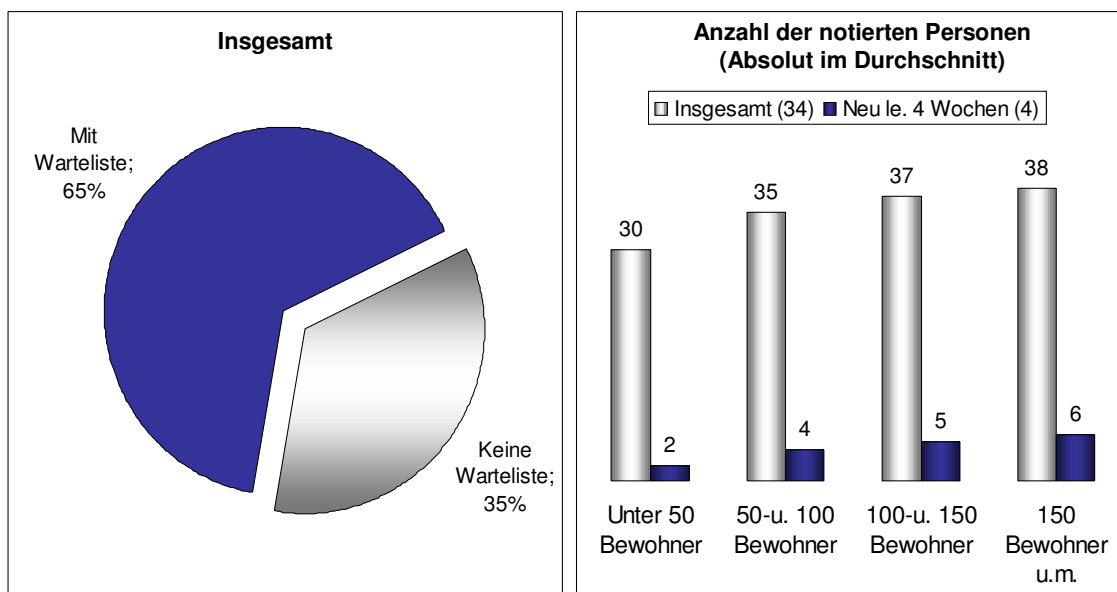
Fragt man in den Einrichtungen danach, ob eine Warteliste vorhanden ist, so trifft dies auf 65% der Einrichtungen zu. Im Durchschnitt befinden sich 34 Interessentinnen und Interessenten auf der Warteliste. Unklar ist allerdings, wie aktuell die Wartelisten sind.

Von daher wurde ebenfalls erhoben, wie viele Interessentinnen und Interessenten sich in den letzten vier Wochen akut um einen Platz bemüht haben und neu auf die Warteliste gesetzt worden sind.

Im Schnitt ergibt sich in diesem Fall bei den 65% an Einrichtungen mit Warteliste eine Anzahl von 4 Interessenten, die um einen Platz nachgesucht haben. In kleinen Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnern sind es im Durchschnitt 2, in Einrichtungen mit 50 bis unter 100 Bewohnern 4, in Einrichtungen mit 100 bis unter 150 Personen 5 und in großen Einrichtungen mit 150 Bewohnern und mehr im Durchschnitt 6 Interessenten.

Für die Einrichtungen ohne Warteliste liegen keine entsprechenden Informationen vor. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass auch diese Einrichtungen eine entsprechende Akutnachfrage haben, auch wenn keine Liste geführt wird. Für die Abschätzung der Nachfrage nach vollstationären Plätzen dürfte von daher vor allen Dingen die durchschnittliche Zahl der Interessenten, die sich innerhalb der letzten 4 Wochen gemeldet haben, maßgeblich sein.

Abbildung 2.52
Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland
- Wartelisten (2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Ausbaupläne

Fragt man schließlich danach, in welchen vollstationären Alteneinrichtungen in den nächsten 3 Jahren eine Ausweitung der Platzkapazitäten geplant ist, so geben 21% der Einrichtungen eine Erweiterungplanung für den vollstationären Bereich an. Bei weiteren 7% ist eine Entscheidung über eine mögliche Ausweitung noch offen. Die restlichen 72% haben keine diesbezüglichen Planungen.

Im Bereich des betreuten Wohnens wollen 9% der Einrichtungen ausbauen, während entsprechende Planungen bei weiteren 5% noch offen sind.

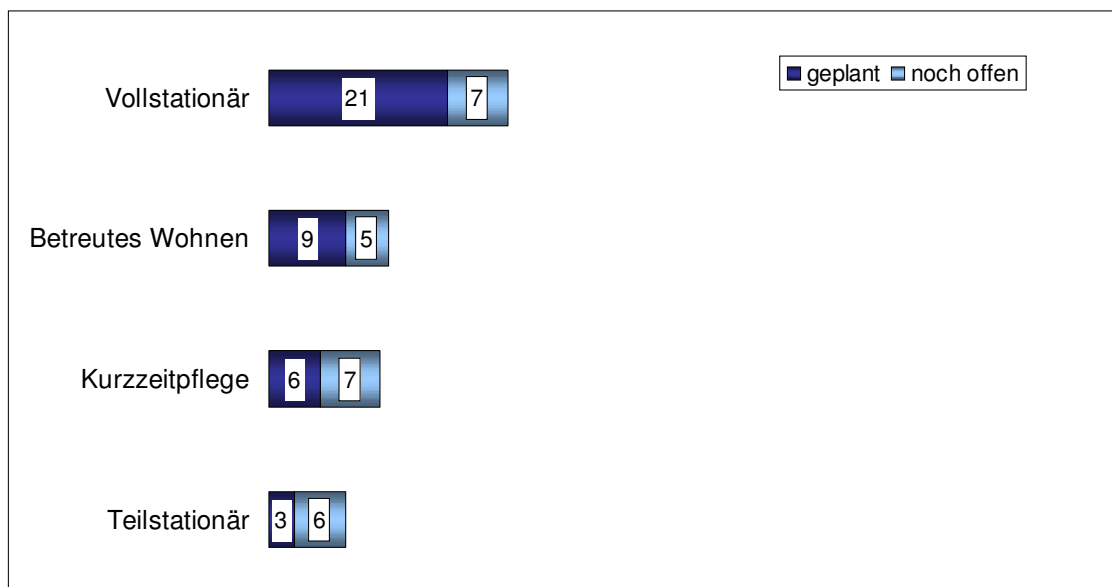
Eine Erweiterung im Bereich der Kurzzeitpflege planen 6%, bei weiteren 7% ist dies noch offen und eine Erweiterung im Bereich der teilstationären Tagespflege oder Nachtpflege sehen nicht mehr als 3% für die nächsten 3 Jahre vor, während weitere 6% angeben, dass diese Möglichkeit noch offen sei.

Alles in allem verweisen 28% der Alteneinrichtungen für die nächsten 3 Jahre auf eine Ausbauplanung. Bei den Einrichtungen mit Warteliste sind es 31% und bei denen ohne Warteliste 21%. Auch dieser Befund zeigt noch einmal, dass die Angaben zur Warteliste nur bedingt hinsichtlich eines möglicherweise nicht gedeckten Bedarfes an vollstationären Pflegeplätzen interpretiert werden dürfen.

Abbildung 2.53

Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland

- Geplante Erweiterung der Platzkapazität in den nächsten drei Jahren (2005: in %)



TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Im Einzelnen sind es unterschiedliche Faktoren, die einen geplanten Ausbau der Einrichtung beeinflussen. Neben einem Bedarf an zusätzlichen Plätzen spielen hierbei

sowohl die Investitionsmöglichkeiten des Trägers, als auch Faktoren, die jeweilige kommunale Planung berühren, eine Rolle. So können z.B. verfügbare Investitionskostenzuschüsse als Anreiz wirken, während fehlende Landesmittel auf der anderen Seite einem Ausbau auch im Wege stehen können.

Die Befunde deuten alles in allem darauf hin, dass aus der Sicht der Einrichtung der weitere Ausbau der Platzkapazitäten auch im vollstationären Bereich für die nähere Zukunft eher vorsichtig angegangen wird. Von einer Unterversorgung mit vollstationären Pflegeplätzen kann zumindest für die nächste Zeit auch von daher keine Rede sein.

2.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Strukturwandel in der vollstationären Altenhilfe

Mit den Einrichtungen der vollstationären Altenhilfe ist in Deutschland ein facettenreiches Versorgungssystem vorhanden, das inzwischen vor allem auf die Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen älteren Menschen ausgerichtet ist. Wohnplätze für Seniorinnen und Senioren ohne Pflegebedarf sind innerhalb von vollstationären Alteinrichtungen heute deutlich seltener verfügbar. 85% der Bewohnerinnen und Bewohner sind pflegebedürftig und beziehen Leistungen der Pflegeversicherung. Weitere 6% gehören zur sog. Pflegestufe 0. Auch diese Bewohnerinnen und Bewohner benötigen pflegerische Hilfeleistungen, wobei deren (zeitlicher) Bedarf jedoch noch unterhalb der im SGB XI formulierten und im Rahmen der MDK-Begutachtung festgestellten Schwelle eines erheblichen Pflegebedarfs liegt. Im Jahr 1994 betrug der Anteil der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner noch 63%. Ein gutes Drittel war damals vorrangig im hauswirtschaftlichen Bereich hilfebedürftig oder sogar ohne größeren alltäglichen Unterstützungsbedarf. So gut wie jede stationäre Alteinrichtung verfügt heute über einen Versorgungsvertrag mit der Pflegeversicherung und gehört damit zu den sog. vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen. Sonstige Wohnformen im Übergangsbereich zwischen eigener Häuslichkeit und (optionaler) Betreuung und Versorgung werden stattdessen verstärkt in einem eigenen und dem ambulanten Sektor zuzuordnenden Segment angeboten. (Betreutes Wohnen, Wohnen mit Service, Wohngemeinschaften für Demenzkranke etc.).

Die Anzahl der vollstationären Alteinrichtungen ist von etwas über 8.300 im Jahr 1994 auf inzwischen etwa 9.100, dabei leicht überproportional in den neuen Bundesländern, gestiegen. Die Auslastung der knapp 800 Tsd. Plätze beläuft sich im Durchschnitt auf etwa 93%. Zwischen den alten und neuen Bundesländern sind dabei keine nennenswerten Unterschiede feststellbar. Die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner hat sich im letzten Jahrzehnt von 661 Tsd. im Jahr 1994 auf 749 Tsd. im Jahr 2005 erhöht. Dies entspricht einem Anstieg von etwa 13%. Die gestiegene Anzahl ist vorrangig auf die Gruppe der hochbetagten Seniorinnen und Senioren und hierbei insbesondere auf Männer in der Altersgruppe ab 80 Jahren zurückzuführen. Bezieht man sich allerdings nur auf die Personen mit Pflegebedarf, so ergibt sich ein anderes Bild.

Waren es 1994 noch 420 Tsd. Bewohnerinnen und Bewohner in Alteneinrichtungen mit regelmäßigem Pflegebedarf, so trifft dies für das Jahr 2005 auf knapp 640 Tsd. Personen zu. Der Anstieg beträgt in diesem Fall 52%. Die Zahl der häuslich betreuten Pflegebedürftigen ist im gleichen Zeitraum von etwa 1,2 Mio. auf etwas über 1,4 Mio. Personen und damit um 18% angestiegen. Auch anteilig betrachtet hat sich der Anteil der vollstationär in Alteneinrichtungen betreuten Personen an allen Pflegebedürftigen von etwa 26% im Jahr 1994 auf 31% bezogen auf das Jahr 2005 erhöht.

Ein Übergang in eine stationäre Einrichtung ist in der Regel dann erforderlich, wenn nicht genügend private Hilfspersonen verfügbar sind oder aber aus sonstigen Gründen keine dauerhafte Betreuung zu Hause organisiert werden kann. Die Befunde der repräsentativen Heimerhebung bestätigen diese „Grenzen der häuslichen Pflege“. Eine Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung ist mehrheitlich Ausdruck einer Versorgungslücke oder einer sonstigen Notlage und ist dann nicht zu vermeiden, wenn die erforderliche Pflege aus der Sicht der Betroffenen häuslich nicht mehr hinreichend abgesichert werden kann. Hierbei lässt sich allerdings nachträglich nicht beurteilen, inwieweit zumindest ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner bei einer entsprechenden Beratung und unter Rückgriff auf verfügbare zusätzliche ambulante Angebote auch weiterhin hätte häuslich betreut werden können.

Psychische Veränderungen

Auffällig sind die ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Veränderungen. Zwei von drei Bewohnerinnen oder Bewohner (64%) weisen kognitive Beeinträchtigungen oder psychische Veränderungen auf, die insbesondere bei hochbetagten Menschen häufig im Zusammenhang mit einer demenziellen Erkrankung auftreten. Ein entsprechender Anteil war auch schon im Jahr 1994 feststellbar. Neu und maßgeblich für den Trend ist, dass der Grad der Ausprägung dieser Beeinträchtigungen in den letzten 10 Jahren deutlich zugenommen hat. Inzwischen wird rund ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner als zeitlich und/oder räumlich unzureichend orientiert charakterisiert bzw. muss dauernd überwacht werden. Im Jahr 1994 wurde letzteres für 14% der Bewohnerinnen und Bewohner berichtet. Eine gesetzliche Betreuung wurde 1994 für 30% der Bewohnerinnen und Bewohner angegeben. Bezogen auf das Jahr 2005 ist der Anteil inzwischen auf 54% gestiegen. Ursächlich hierfür ist zum einen der demografische Wandel. Demenzielle Erkrankungen treten vor allem im hohen Lebensalter auf. Steigt die Zahl der Menschen, die ein hochbetagtes Lebensalter erreichen, so steigt natürlich ebenfalls die Anzahl an Menschen mit einer Demenz. Als besonderer Aspekt kommt hinzu, dass, wie auch die Ergebnisse von MuG III gezeigt haben, insbesondere dann, wenn sich im Verlauf der Erkrankung bestimmte psychische Veränderungen herausbilden, die von den Angehörigen nicht mehr bewältigt werden können, häufig die Grenzen der häuslichen Pflege erreicht sind und stattdessen ein Wechsel in eine stationäre Einrichtung vollzogen werden muss.

Die vollstationären Einrichtungen haben konzeptionell auf diese Entwicklung reagiert. In immerhin 28% der Einrichtungen werden in der Regel bestimmte Gruppen von Demenzkranke mit besonders ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten segregativ in eigenen geschützten Wohngruppen betreut. Weitere 15% der Einrichtungen setzen auf teilsegregative Formen einer speziellen Tagesbetreuung. Diese besonderen Versorgungsangebote korrespondieren mehrheitlich mit besonderen Betreuungskonzepten (Milieuthérapie, basale Stimulation und Validation, Musiktherapie etc.) sowie einer fachlich qualifizierten gerontopsychiatrischen Betreuung (Kooperation mit entsprechend qualifizierten Ärzten, gerontopsychiatrisches Konzil etc.). Mit einem Anteil von 53% werden Demenzkranke allerdings mehrheitlich nach wie vor integrativ betreut. Über gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkräfte in der Pflege verfügen insgesamt 33% der Einrichtungen. Einrichtungen mit segregativen Wohnbereichen verfügen hingegen zu 45% und Einrichtungen mit teilsegregativen Konzepten zu 41% über entsprechend geschulte Fachkräfte. Eine qualifizierte gerontopsychiatrische Betreuung durch Kooperation mit einem Facharzt ist insgesamt für 55% der Einrichtungen möglich. Einrichtungen mit segregativen Wohnbereichen kooperieren zu 69% und Einrichtungen mit teilsegregativen Konzepten zu 56% mit Gerontopsychiatern oder entsprechend erfahrenen Ärzten.

Verweildauer

Die bei den Bewohnerinnen und Bewohnern sehr unterschiedlichen Verweildauern zeigen, dass rein schematische Pflege und Versorgung ohne Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten auf keinen Fall angemessen ist. Im Durchschnitt leben die Bewohnerinnen und Bewohner in etwa dreieinhalb Jahre (41,3 Monate) in der Einrichtung. Im Vergleich zu 1994 hat sich die Verweildauer damit weiter verkürzt. Zum damaligen Zeitpunkt waren es noch mehr als viereinhalb Jahre (56,4 Monate). Entscheidend ist allerdings die auch an dieser Stelle sichtbar werdende Varianz. Zum einen verstirbt im Durchschnitt bereits rund ein Fünftel (22%) der Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb der ersten 6 Monate bzw. insgesamt in etwa ein Drittel (31%) innerhalb des ersten Jahres nach dem Heimübergang. Auf der anderen Seite lebt aber ebenfalls in etwa ein Fünftel (22%) der Bewohnerinnen und Bewohner 5 Jahre oder sogar noch länger im Heim. Diese Durchschnittswerte sind über die einzelnen Heime sehr unterschiedlich verteilt. Je nach Region und Einzugsgebiet finden sich sowohl Einrichtungen, bei denen innerhalb eines Jahres ein Großteil der Bewohner verstorben ist, als auch solche, in denen die Bewohner relativ lange verweilen.

Pflegebedürftigkeit kann demnach, je nach Art der Erkrankung, mit einer unterschiedlich langen Lebenserwartung einhergehen. Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen sind von daher für sich genommen kein hinreichend aussagekräftiger Prädiktor für die weitere Lebenserwartung. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass ein als notwendig erachteter Wechsel in eine stationäre Einrichtung nicht unbedingt in einem ursächlichen Zusammenhang zur der weiteren Lebenserwartung stehen muss. Im Gegenteil gilt vielmehr, und auch dies haben die Ergebnisse von MuG III gezeigt, dass chronisch kranke Menschen mit einer für die Angehörigen absehbar begrenzten Lebenserwar-

tung häufig genau aus diesem Grund nicht mehr in ein Pflegeheim wechseln, sondern zu Hause versorgt werden.

Leben im Heim

Die vollstationären Einrichtungen gestalten auch ihre Ablauforganisationen unterschiedlich. Neben die klassische Stationspflege sind inzwischen verstärkt auch Wohngruppenkonzepte mit Bezugspflege sowie sonstige spezifische Betreuungs- und Versorgungsangebote für besondere Gruppen getreten. Diese Entwicklung korrespondiert damit, dass sich auch bei den Bewohnerinnen und Bewohnern trotz des Pflegebedarfs im Einzelnen unterschiedliche Bedarfslagen finden. Für immerhin knapp einem Fünftel der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner wird auf noch vorhandene Eigenkompetenzen bei der Essensbereitung (19%) oder darauf, im Alltag Gemeinschaftsaufgaben übernehmen zu können (18%), verwiesen. Allerdings führt nur jede/r Zweite/r, also insgesamt etwa 10% der Bewohnerinnen und Bewohner, auch regelmäßig derartige Tätigkeiten selber aus.

Vielschichtig sind die ausgeübten Freizeitaktivitäten. Abgesehen von Fernsehen oder Radio hören (87%) oder sich mit anderen Bewohnern beschäftigen (65%), hat sich immerhin die Hälfte der Bewohner im Wochenverlauf an Heimaktivitäten beteiligt (54%) oder ist spazieren gegangen (50%). Gemeinsame Aktivitäten, Kultur oder auch Gymnastik und Sport gehören bei so gut wie allen stationären Einrichtungen genauso zum Angebot, wie auch Seelsorge und Sterbebegleitung.

Positiv ist ebenfalls zu verzeichnen, dass auch die wohnlichen Gegebenheiten in vollstationären Alteinrichtungen inzwischen für die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner individueller und privater ausgestaltet werden können. Im Vergleich zu 54% im Jahr 1994 verfügen inzwischen mit 64% immerhin zwei von drei Bewohnerinnen und Bewohnern über ein Einbettzimmer (inkl. Appartementwohnung). Der inzwischen doch relativ hohe Anteil von Einbettzimmern ermöglicht Rückzugsräume und bietet zusätzliche Optionen, sein Leben stärker im Sinne der eigenen Bedürfnisse zu gestalten.

Kleinere Einrichtungen mit weniger als 50 Plätzen verfügen in der Regel häufiger über Einbettzimmer. In 71% dieser Häuser lebt mehr als die Hälfte der Bewohner in einem Einbettzimmer und diese Einrichtungen werden auch eher in Form von Wohngruppenkonzepten statt in Stationsform betrieben (54%). Für große Einrichtungen mit 150 und mehr Plätzen gilt hingegen, dass dort nur in 56% der Häuser mehr als die Hälfte der Bewohner über ein Einbettzimmer verfügen und das nicht mehr als 37% anhand von Wohngruppenkonzepten betrieben werden.

Versorgung

Die Pflege und Versorgung erfolgt in vollstationären Einrichtungen professionell und in der Regel innerhalb bestimmter routinisierter Abläufe. Maßgeblich sind die von den Fachkräften bzw. von den Pflegedienstleitungen vorgegebenen Versorgungsstandards. Die erforderlichen Pflegeleistungen werden vom Personal der Einrichtung entspre-

chend erbracht und auch dokumentiert. Der nach wie vor hohe Anteil von pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern, die zumindest zeitweise unter Zuhilfenahme entsprechender Hilfsmittel fixiert werden (33% durch Bettgitter, 5% köpernah durch Vorsatztische und ähnliches bzw. 34% insgesamt bezogen auf die letzten 4 Wochen), spricht allerdings dafür, dass die pflegerische Versorgung eher konventionell und weniger im Sinne neuer, auf Prävention und Rehabilitation bzw. Selbstbestimmung und Selbständigkeit ausgerichteter Standards vollzogen wird. Auffällig ist, dass deutlich häufiger Pflegebedürftige, die psychische Veränderungen aufweisen, fixiert werden (41% durch Bettgitter, 7% durch Vorsatztische o.ä. bzw. 42% insgesamt bezogen auf die letzten 4 Wochen). Trotz der zum Teil massiven Sturzgefährdungen, die zum Beispiel bei bestimmten Ausprägungen von Demenzerkrankungen im Zusammenhang mit innerer Unruhe und unkontrolliertem Bewegungsdrang auftreten, können diese Maßnahmen auf Dauer weder ethisch noch im Sinne einer adäquaten rehabilitationsorientierten Betreuung als induziert und geboten begründet werden. Umso bemerkenswerter sind die im Rahmen der Untersuchung ebenfalls feststellbaren Befunde, dass bei einer gesonderten Betreuung von Demenzkranken zum Beispiel in eigenen Wohngruppen und auf Basis eines geeigneten Betreuungskonzeptes, der Einsatz von freiheitseinschränkenden Maßnahmen reduziert offenbar werden kann.

Die medizinische Versorgung wird im Bedarfsfall durch niedergelassene Ärzte erbracht. Nicht mehr als 18% der Einrichtungen haben hierzu allerdings feste Vereinbarungen getroffen (1994: 38%). Gewährleistet ist die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln. Heilmittel und Funktionstherapien werden ebenfalls verordnet. An der Spitze steht die Krankengymnastik oder Bewegungstherapie, die 41% der Bewohnerinnen und Bewohner (1994: 35%) in den letzten 12 Monaten erhalten haben. Rückläufig ist hingegen, trotz eines unverminderten Bedarfs, der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit Ergotherapie (21% in den letzten 12 Monaten im Vergleich zu 38% in 1994) sowie die Versorgung mit Massagen, medizinischen Bädern oder Elektrotherapie. (9% in den letzten 12 Monaten im Vergleich zu 15% im Jahr 1994). Die Ursachen hierfür lassen sich im Rahmen der Studie nicht eindeutig ermitteln. Eine wichtige Rolle dürften hierbei aber Veränderungen im ärztlichen Ordnungsverhalten im Zusammenhang mit den verschiedenen seit den 90iger Jahren vollzogenen Reformen im Gesundheitswesen spielen. Bedenklich ist ebenfalls, dass für immerhin 56% der Bewohnerinnen und Bewohner angegeben wird, dass in den letzten 12 Monaten keinerlei zahnärztliche Kontrollen stattgefunden haben.

Kleinere Einrichtungen schließen etwas häufiger Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten. Größere Einrichtungen können hingegen häufiger eine zusätzliche fachärztliche Versorgung insbesondere im Bereich der Gerontopsychiatrie realisieren. Bei den therapeutischen Angeboten finden sich hingegen im Großen und Ganzen keine nennenswerten Unterschiede.

Personalentwicklung

Auf den ersten Blick hat es den Anschein, dass sich in den letzten Jahren auch der Personalbestand der vollstationären Einrichtungen erhöht hat. Berechnet man hierfür

als Vergleichsmaßstab die Zahl der Vollarbeitskräfte pro 100 Bewohnerinnen und Bewohner, so beschäftigen die Einrichtungen im Jahr 2005 im Durchschnitt 53,6 Kräfte im Vergleich zu 47,6 Kräften im Jahr 1994. Berücksichtigt man allerdings die bereits benannten Strukturveränderungen in Gestalt des gewachsenen Anteils an Pflegebedürftigen, so relativiert sich diese Aussage. Anhand einer hierzu vorgenommenen Modellrechnung lässt sich zeigen, dass der Personalbestand im letzten Jahrzehnt relativ betrachtet eher konstant auf dem damaligen Niveau verharrt haben dürfte. Bei einer rechnerischen Berücksichtigung der Pflegestufe, also pflegebedarfsgewichtet, ergibt sich insgesamt eine Zahl von 40,9 Vollarbeitskräften im Vergleich zu 44,4 im Jahr 1994. Bezogen auf das Personal in der Pflege entfielen damals 27,2 im Vergleich zu aktuell etwa 29 Vollarbeitskräfte pflegebedarfsgewichtet auf 100 Bewohner.

Verbessert hat sich die Qualifikationsstruktur des Personals der Einrichtungen. Im Vergleich zu 47% im Jahr 1994 gehören inzwischen 54% der Pflegekräfte (in Vollzeit) zur Gruppe der examinierten Fachkräfte. Die im Heimgesetz festgelegte Fachkraftquote, also der Anteil der Einrichtungen mit mindestens 50% im Bereich der Betreuung tätigen, examinierten Fachkräften wird nach den vorliegenden Ergebnissen, berechnet auf Grundlage von Vollarbeitskräften, von nicht mehr als 73% der Einrichtungen erreicht. 1994 betrug der Anteil allerdings erst 55%.

Soziale Einbindung

Die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen verfügen ebenfalls über ein Netz von informellen Helferinnen und Helfern aus der Familie oder der Bekanntschaft, die auch bestimmte Versorgungs- und Betreuungsleistungen übernehmen. So gut wie jede/r zweite Bewohner/in (47%) wird im Wochenverlauf von Verwandten besucht. Darüber hinaus erhalten 12% im Wochenverlauf und weitere 13% monatlich Besuche von Freunden oder Bekannten. Es überrascht von daher nicht, dass vor allem die alltägliche soziale Betreuung in Altenheimen von Verwandten und Bekannten sowie von freiwilligen Helfern als externen Akteuren maßgeblich mitgetragen wird.

In der Regel sind diese Besuchsaktivitäten insbesondere bei Verwandten auch damit verbunden, bestimmte Versorgungsleistungen, zum Beispiel beim gemeinsamen Essen oder auch während der miteinander verbrachten Zeit zu leisten. Soziale Betreuung und Versorgung gehen in diesem Fall Hand in Hand. 9% erhalten täglich und weitere 27% ab und an in der Woche Hilfe- oder Pflegeleistungen von eigenen Verwandten. 2% erhalten täglich Hilfen von eigenen Freunden und Bekannten und 9% ab und an in der Woche. Hinzu kommt das Engagement von anderen Bewohnerinnen und Bewohnern, von denen 10% täglich und weitere 8% ab und an in der Woche Hilfeleistungen erhalten. Von freiwilligen Helfern erhalten 2% täglich und weitere 14% ab und an in der Woche Versorgungsleistungen.

Auffällig ist, dass im Trend betrachtet sowohl der Anteil der Familienangehörigen, als auch der Anteil freiwilliger Helferinnen und Helfern sowie ebenfalls der Anteil anderer

Heimbewohner und auch der Freunde und Bekannte, die in die Betreuung und Versorgung eingebunden sind, deutlich angewachsen ist.

Die Befunde sprechen dafür, dass gerade dieser Bereich durch aktive Angehörigenarbeit und Mobilisierung von ehrenamtlichem Engagement substantiell noch weiter ausgebaut werden kann. Über ein (schriftliches) Konzept zur Angehörigenarbeit verfügen nicht mehr als 46% der Einrichtungen. Auf spezielle Beratungsangebote verweisen ebenfalls nicht mehr als 46%. Eine feste Angehörigengruppe gibt es in 36% der Häuser. Bei 78% der Einrichtungen werden auch freiwillig Engagierte (Volunteers) systematisch mit einbezogen. Nicht mehr als 38% haben allerdings ein Qualifizierungsangebot für freiwillige Helferinnen und Helfer entweder im Haus oder in Kooperation mit einer entsprechenden Stelle oder Initiative.

Resümee

Die vorrangige Ausrichtung der Wohn- und Betreuungsangebote auf Menschen mit (erheblichem) Pflegebedarf sowie eine deutliche Zunahme in der Nachfrage nach Plätzen für kognitiv beeinträchtigte und in der Regel demenzkranke Personen prägen maßgeblich die Entwicklungen im Bereich der vollstationären Altenhilfe.

Insgesamt sprechen die Befunde dafür, dass die Orientierung an dem Erhalt und der Förderung von Selbständigkeit im Zusammenhang mit der Gewährleistung des Primats der individuellen Selbstbestimmung auch in Zukunft die maßgebliche Richtschnur für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sein müssen. Sicherheit und eine optimale Versorgungsqualität korrespondieren mit der grundlegenden Anforderung, auch im Falle von Pflegebedürftigkeit und bei einem Wechsel in eine vollstationäre Einrichtung den eigenen Lebensabend gemäß den eigenen Wünschen und Bedürfnissen weiter gestalten zu können. Als Schlüsselfragen lassen sich in diesem Zusammenhang der Umgang mit und die adäquate Betreuung und Versorgung von Demenzkranken identifizieren. Demenzkranke bilden die größte Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenheimen. Ihre sehr unterschiedlichen Bedarfslagen werden auch im vollstationären Bereich in der Breite nach wie vor nicht hinreichend identifiziert und entsprechend berücksichtigt.

Literatur

Andreß, H. J., Hagenars, J. A., Kühnel, S.: Analyse von Tabellen und kategorialen Daten. Berlin (Springer) 1997

Breitscheidel, M.: Abgezockt und totgepflegt. Alltag in Deutschen Pflegeheimen. Berlin (Econ) 2006

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin 2006. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=85268.html>
- Bundesministerium für Gesundheit: Statistiken Pflege. Berlin 2007 (Stand von 2006). http://www.bmg.bund.de/nn_600126/DE/Statistiken/In-Zahlen/in-zahlen-node,param=.html__nnn=true
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.: Papier zur stationären Altenpflege – Empfehlung des Deutschen Vereins. Berlin 2001. http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2001/oktober/200110_4/
- Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandard Sturzprophylaxe. Osnabrück (FH Osnabrück) 2006. www.dnqp.de
- Dörner, K.: Leben und Sterben wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster (Paranus) 2007
- Elkeles T.: Arbeitsorganisation in der Pflege. Mabuse-Verlag, Frankfurt 1993
- Fussek, C., Loerzer, S.: Alt und abgeschoben. Der Pflegenotstand und die Würde des Menschen. Freiburg (Herder) 2005
- Kuratorium Deutsche Altershilfe: Analyse und Transfer des Verfahrens Plaisier. Köln (KDA) 2003
- Kuratorium Deutsche Altershilfe: Alltagsbegleitung und Präsenz in Hausgemeinschaften, Köln (KDA) 2004
- Kremer-Preis, U. und Stolartz, H. Neue Wohnkonzepte und praktische Fragen bei der Umsetzung. Eine Bestandsanalyse. Bertelsmann Stiftung und KDA, Köln 2003
- Krems, B.: Arbeitszeit einer Normalarbeitskraft. Berechnungsschema. Brühl 2000. <http://www.olev.de/ij/jaz.pdf>
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS): 1. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen (MDS) 2004
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen (MDS) 2007
- Micheelis, W., Reich, E.: Dritte Deutsche Zahngesundheitsstudie, Köln (Deutscher Ärzte Verlag) 1999
- Schneekloth, U.: Entwicklungstrends beim Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U. und Wahl, H. W. (Hrsg.): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Stuttgart (Kohlhammer) 2006, S. 63 ff
- Schneekloth, U., Müller, U.: Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Stuttgart (Kohlhammer) 1996.
- Spitzenverbände der gesetzlichen Pflegekassen, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS): Gemeinsame Presseerklärung vom 31. August 2007. <http://www.mds-ev.org/index2.html>

Statistisches Bundesamt: Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Wiesbaden 2006

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2007.

<https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019863>

Statistisches Bundesamt: Fachveröffentlichungen Sozialeleistungen. Pflegestatistik. Wiesbaden (I. d. Reihe). (Jahr). <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialeleistungen/Pflegestatistik2001bis2003,templateId=renderPrint.psm1>

Winter, Hans-Peter; Gennrich, Rolf; Haß, Peter (2002): Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. KDA-Hausgemeinschaften. Eine Dokumentation von 34 Projekten. Köln: BMG Modellprojekte Band 9

3. Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation

Martina Schäufele, Leonore Köhler, Sandra Lode und Siegfried Weyerer

3.1 Einleitung

3.1.1 Hintergrund

Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Störungen im höheren Alter. Mit Demenz wird ein Krankheitssyndrom bezeichnet, das gewöhnlich fortschreitend verläuft, und das durch schwere Einbußen der höheren kognitiven Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen charakterisiert ist. Einhergehend mit den kognitiven Einbußen treten bei der Mehrzahl der Demenzkranken tief greifende Veränderungen des Gefühlslebens und des Verhaltens auf, die sich zu psychiatrischen Symptomen, wie Depressivität, Wahnbildungen und extreme Unruhe ausformen können. Solche Symptome werden zusammenfassend auch als nicht-kognitive Symptome der Demenz bezeichnet. Die Ergebnisse von Feldstudien stimmen darin überein, dass die Alzheimer Krankheit in den westlichen Industrieländern die mit Abstand häufigste Ursache einer Demenz im Alter ist: Etwa zwei Drittel aller Demenzpatientinnen und -patienten sind von dieser noch nicht heilbaren Krankheit betroffen, gefolgt von den Gefäßkrankheiten und anderen Erkrankungen mit deutlich geringeren Anteilen (Bickel 2003). Die häufigsten Demenzformen sind mit einem zunehmenden Selbstständigkeitsverlust im alltäglichen Leben verbunden und münden schließlich in schwerste Pflegebedürftigkeit. Die fortschreitenden und massiven Veränderungen in Kognition, Erleben und Verhalten führen in vielen Fällen zu einer Destabilisierung des häuslichen Betreuungsarrangements und schließlich zur Inanspruchnahme vollstationärer Pflege (z.B. Yaffe et al. 2002). Schätzungen zufolge treten im Verlauf einer Demenzerkrankung bis zu 80% der Betroffenen in eine stationäre Pflegeeinrichtung ein (Weyerer & Bickel 2007).

Heute gelten Demenzen als wichtigster Grund für einen Heimeintritt im Alter. Da eine bundesweite Bestandsaufnahme auf diesem Gebiet bislang fehlt, muss man auf die Ergebnisse von regionalen Studien zurückgreifen. Diese weisen daraufhin, dass sowohl die neu aufgenommene als auch die angestammte Heimbewohnerschaft mehrheitlich von einer Demenz betroffen ist (Weyerer et al. 2006) ist. In Mannheimer Altenpflegeheimen wurde in den Jahren 2002/2003 eine Prävalenzrate von 65,3% Demenzen unter den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern ermittelt. Verglichen mit den korrespondierenden Raten aus den Jahren 1995/1996 (53,4%) und 1997/1998 (58,6%) war im Verlauf von nur sieben Jahren eine deutliche Erhöhung der Demenzprävalenz festzustellen (Schäufele et al. 2008a). Inwieweit diese regionalen Schätzungen auf die gesamtdeutsche Pflegelandschaft übertragen werden können, ist jedoch unklar.

Unter dem Druck der drastisch gestiegenen – und weiterhin steigenden - Anforderungen durch Demenzerkrankte werden seit einigen Jahren alternative Wohn- und Ver-

sorgungsformen entwickelt und erprobt. Im stationären Pflegebereich handelt es sich dabei beispielsweise um die so genannten besonderen stationären Betreuungsansätze für Demenzkranke, wie teilintegrative Ansätze (Tagesangebote speziell für Demenzkranke) oder segregative Wohnformen, in denen ausschließlich Demenzkranke betreut werden (z.B. „Special Care Units“, „Domus-Einheiten“). Es wurden aber auch integrative Hausgemeinschaften eingerichtet und spezielle Umgangs- und Kommunikationskonzepte für Menschen mit Demenz eingeführt. Von Seiten der Regierung wird diese Weiterentwicklung unterstützt, unter anderem indem modellhafte Einrichtungen oder Projekte gefördert werden. Ein Beispiel hierfür ist das im Jahr 2003 abgeschlossene Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). In diesem Rahmen wurden innovative Ansätze der Demenzkrankenbetreuung praktisch erprobt und wichtige Hinweise hinsichtlich ihrer Wirkungen und Verstetigung gewonnen. Des Weiteren genannt sei die Förderung einer groß angelegten Evaluation des so genannten „Hamburger Modells“ durch das BMFSFJ, bei dem es sich um ein Vorreitermodell für die spezialisierte Demenzkrankenversorgung in Deutschland handelt (Weyerer et al. 2006).

Wie im einführenden Kapitel (Abschnitt 1.6.2) von Wahl & Schneekloth dargestellt, ließen sich im Hinblick auf diese neueren und besondere Ansätze der Demenzkrankenversorgung zwar positive Effekte auf die Bewohnerschaft und das Personal nachweisen. Die einzelnen Ergebnisse sind jedoch nicht widerspruchsfrei und viele Fragen in diesem Zusammenhang noch ungeklärt. Anders als die oft ideologisch gefärbten Diskussionen vermuten lassen, ist auf der Basis der bisherigen Forschungsergebnisse nicht eindeutig zu beantworten, welcher Betreuungsform der Vorzug gegeben sollte. Unklar ist zudem, welche Bedeutung den einzelnen Komponenten der besonderen Betreuung Demenzkranker im Hinblick auf die Lebensqualität der Bewohnerschaft zukommt, beispielsweise der Qualifikation des Personals, der Betreuungsrelation oder Aspekten der räumlich-materiellen Umgebung. Nach wie vor offen ist außerdem die Frage, ob durch bestimmte Maßnahmen, wie z.B. die gerontopsychiatrische Qualifizierung des Personals oder engagierte Angehörigenarbeit, in unterschiedlichen Betreuungsformen (z.B. traditionell integrative gegenüber spezieller Versorgung) vergleichbare Ergebnisse zu erzielen sind.

3.1.2 Ziele und Fragestellungen

Das vorliegende Teilprojekt wurde in Auftrag gegeben, um erstmals empirisch gut fundierte Erkenntnisse zu Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen zu gewinnen, die repräsentativ sind für ganz Deutschland. Speziell im Hinblick auf diese Bewohnergruppe sollte eine solide Datengrundlage geschaffen werden für

- die künftige Planung und Gestaltung
- Möglichkeiten der verbesserten Rehabilitation, Aktivierung und Förderung
- Kriterien zur Formulierung von Pflege- und Betreuungsstandards

Entsprechend den Anforderungen der Ausschreibung wurden folgende Einzelziele formuliert:

Einrichtungsbezogen (in Ergänzung der Daten, die bereits durch TNS Infratest erhoben wurden)

- Beschreibung der Einrichtungen: Leistungsangebote, Konzeption der Demenzkrankenversorgung (integrativ, besondere Wohn- und Betreuungsformen) und andere Merkmale, die von Bedeutung für die Demenzkrankenversorgung sind (z.B. bestimmte baulich-räumliche Merkmale, gerontopsychiatrische Qualifikation der Pflegekräfte).

Bezogen auf die Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz

- Anteile und Charakteristika: Soziodemografie, Einstufung nach SGB XI, Alltagseinschränkungen, Mobilität, Hör- und Sehfunktionen, Schmerzen, körperliche Krankheiten einschließlich Dekubitus, Body-Mass-Index, nicht-kognitive Symptome und Verhaltensauffälligkeiten, z. B. Wahn und Aggressivität.
- Weitere Indikatoren der Lebens- und Betreuungsqualität, die ausgehend von den im Kapitel 1 (Abschnitt 1.6.1 und 1.6.2) von Wahl & Schneekloth dargestellten Konzepten und Befunden ausgewählt wurden: Wohn- und Betreuungsform, soziale Kontakte, positive und kompetenzfördernde Aktivitäten, Ausdruck von positiven Emotionen, Häufigkeit von freiheitseinschränkenden Maßnahmen, ärztliche Versorgung (Demenzdiagnosen, psychotrope Medikamente einschließlich Antidementiva). Diese Auswahl von einzelnen Indikatoren wurde getroffen, da es aufgrund der Fülle der zu erhebenden Informationen nicht möglich war, die bislang konzipierten Dimensionen der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in der stationären Pflege, wie in Kapitel 1 beschrieben, umfassend zu erheben.

Durch die Ermittlung von Zusammenhängen zwischen einrichtungs- und personenbezogenen Merkmalen sowie Indikatoren der Lebens- und Betreuungsqualität war Aufschluss darüber zu erwarten, wie die stationäre Versorgung und damit die Lebensqualität von Menschen mit Demenz gefördert werden kann.

3.2 Untersuchungskonzept und methodische Umsetzung

3.2.1 Untersuchungsansatz

Die Untersuchung war als Querschnittstudie angelegt und an die zeitlich vorausgegangene Repräsentativerhebung durch TNS Infratest gekoppelt. In die vorliegende Stichprobe ging eine Zufallsauswahl von Einrichtungen aus allen an der Repräsentativerhebung beteiligten Heimen ein, die ihre Einwilligung zu einer erneuten Untersuchung durch unsere Forschungsgruppe erteilt hatten.

Im Gegensatz zur Repräsentativerhebung wurde eine Vollerhebung aller Bewohnerinnen und Bewohner der teilnehmenden Einrichtungen durchgeführt, die zu einem bestimmten Stichtag in den Heimen lebten. Dieses Vorgehen hatte folgende Vorteile: Es wird gewährleistet, dass Aussagen über die Spannweite und den durchschnittlichen gegebenen- nicht nur geschätzten - Anteil von Menschen mit Demenz in den Altenpflegeeinrichtungen getroffen werden können. Des Weiteren ermöglichte die große Stichprobe die Bildung verschiedener Untergruppen von Personen mit Demenz sowie Vergleichsanalysen und komplexere statistische Auswertungen. Durch die Verknüpfung von bewohner- und einrichtungsbezogenen Daten war es möglich, die Lebenssituation der versorgten Personen nicht nur durch individuelle Merkmale, sondern auch als Teil ihres sozialen Kontextes und des organisatorischen und pflegerischen Milieus zu beschreiben. Entsprechend der Größe einer Einrichtung teilen im Rahmen einer Vollerhebung immer mehrere Personen die gleiche soziale Umwelt. Werden dann Einrichtungs- und Bewohnermerkmale gleichzeitig analysiert, kann dies zu einer Überschätzung des Einflusses einrichtungsbezogener Faktoren führen. Zur Korrektur dieses Effektes wurde in den Analysen, soweit notwendig, mit einem Mehrebenenansatz gearbeitet. Ein weiterer wesentlicher Unterschied zur Repräsentativerhebung von TNS Infratest bestand darin, dass die Häufigkeit von Demenzen systematisch mit Hilfe eines standardisierten und validierten Demenzscreenings, das von den Pflegekräften bearbeitet wurde, untersucht wurde. Weitere Informationen dazu finden sich im folgenden Abschnitt.

3.2.2 Erhebungsinstrumente und Durchführung der Untersuchung

Ähnlich wie die Repräsentativerhebung durch TNS Infratest beinhaltet die vorliegende Vertiefungsstudie sowohl einen einrichtungsbezogenen als auch einen bewohnerbezogenen Untersuchungsteil.

Im einrichtungsbezogenen Teil wurden insbesondere organisatorische und räumlich-materielle Merkmale der Häuser, die für die Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz Relevanz haben, erfasst (z.B. Konzeption der Einrichtung in Bezug auf Demenz, spezielle Angebote für Demenzkranke). Dieser Teil bestand aus einem standardisierten Interview mit einer Leitungskraft sowie aus der Begehung je eines Wohnbereichs pro Einrichtung, bei der mit Hilfe einer modifizierten Form der TESS-NH-Checkliste (Sloane et al. 2002) räumliche und architektonische Einrichtungsmerkmale systematisch und standardisiert beurteilt wurden.

Um einheitliche Informationen über alle Bewohnerinnen und Bewohner gewinnen zu können, unabhängig von der Schwere ihrer Beeinträchtigungen, wurde im bewohnerbezogenen Teil ein erprobtes Assessment zur Fremdbeurteilung eingesetzt, das Pflege- und Verhaltensassessment - PVA (Weyerer et al. 2000; Köhler et al. 2007). Die Angaben und Beurteilungen anhand des PVA bezogen sich überwiegend auf die Situation in den letzten vier Wochen vor dem Untersuchungsstichtag und wurden durch examinierte und mit den Personen vertraute Pflege- und Betreuungskräfte vorgenommen.

Das multidimensionale PVA erfasst folgende Bereiche:

- soziodemographische Merkmale (einschließlich aktuelle Pflegestufe)
- Wohn- und Betreuungssituation (Teilnahme an Tagesbetreuung, Erfassung der Biografie)
- Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (Barthel-Index; Mahoney & Barthel 1965) und weitere funktionelle Beeinträchtigungen (sensorische Beeinträchtigungen, Schmerzen, Dekubitus, Stürze)
- Demenz-Syndrom (7-Item- Demenzscreeningskala). Die Skala ist ein von der Arbeitsgruppe Psychogeriatric entwickeltes Screeninginstrument zur Identifikation und Schweregradseinschätzung von demenziellen Syndromen in der stationären Pflege. Eigenen Untersuchungen zufolge weist es eine zufriedenstellende Validität und Reliabilität auf (Köhler et al. 2007): Sensitivität für die Identifikation leichter, mittelschwerer und schwerer Demenzen = 81,4% , Spezifität = 90,9%; interne Konsistenz (Cronbach's alpha) = 0,94; die Interrater-Reliabilitäten für die Einzelitems lagen zwischen Kappa= 0,43 bis 0,58.
- Stimmung (NOSGER-Skala „Mood“; Spiegel et al. 1991)
- nicht-kognitive Symptome wie neuropsychiatrische Symptome (Neuropsychiatrisches-Inventar-Kurzversion für den Einsatz in Pflegeheimen; NPI-Q-NH; Kaufer et al. 2000); Bewegungsdrang/ „Wandern“; unbemerktes Verlassen der Einrichtung, Tabak- und Alkoholkonsum
- soziale Kontakte und Aktivitäten (innerhalb und außerhalb der Einrichtung)
- Ausdruck von positiven und negativen Gefühlen anhand einer modifizierten Fassung der Modified Apparent Emotion Scale (Albert et al. 2001)
- Sicherheitsmaßnahmen/Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen
- medizinische Situation (dokumentierte Diagnosen, Medikation, Arztkontakte, fachärztliche Behandlung, Krankenhausaufenthalte, Therapiemaßnahmen).

Da das PVA größtenteils auf Verhaltensbeobachtungen von engen Kontaktpersonen im naturalistischen Setting basiert, besitzt es eine hohe ökologische Validität. Zwei eigene Untersuchungen zur Übereinstimmung der Einschätzungen verschiedener Pflegekräfte erbrachten nicht nur hinsichtlich des Demenzscreenings gute bis sehr gute Werte (=Interrater-Reliabilitäten), sondern auch hinsichtlich anderer Merkmalsbereiche, wie medizinische Versorgung (Kappa=0.77), Alltagseinschränkungen und Mobilität (Kappa=0.71) und der Anwendung bewegungs- und freiheitseinschränkender Maßnahmen (Kappa =0.61). Hinzuzufügen ist, dass ein solches Verfahren eine differenzierte ärztliche Diagnostik (insbesondere hinsichtlich psychischer und körperlicher Erkrankungen der Bewohnerinnen und Bewohner) nicht ersetzen kann. Es liefert jedoch zuverlässige Anhaltswerte zur Häufigkeit und Schwere der erfassten Störungen und Einschränkungen.

Für die Datenerhebung wurde ein mehrstufiges Vorgehen gewählt:

Zunächst wurden alle 86 Einrichtungen, die aus der Infratest - Stichprobe repräsentativ ausgewählt worden waren, von uns angeschrieben. Dem Anschreiben folgte zeitnah eine telefonische Kontaktaufnahme, um mit den Einrichtungen einen Vorstellungstermin für die Untersuchung vor Ort zu vereinbaren.

Die interessierten Einrichtungen wurden zwischen März und Oktober 2006 sukzessive von den Forschungsmitarbeiterinnen aufgesucht. Vor Ort wurde den Pflegekräften die Untersuchung einschließlich der Durchführung des Pflege- und Verhaltensassessments ausführlich erläutert. Daneben wurde das Interview zu den organisatorischen und baulich-räumlichen Merkmalen der Einrichtung mit einer Leitungsperson (in der Regel Heim- oder Pflegedienstleitung) durchgeführt und pro Einrichtung ein Wohnbereich zur Begehung ausgewählt.

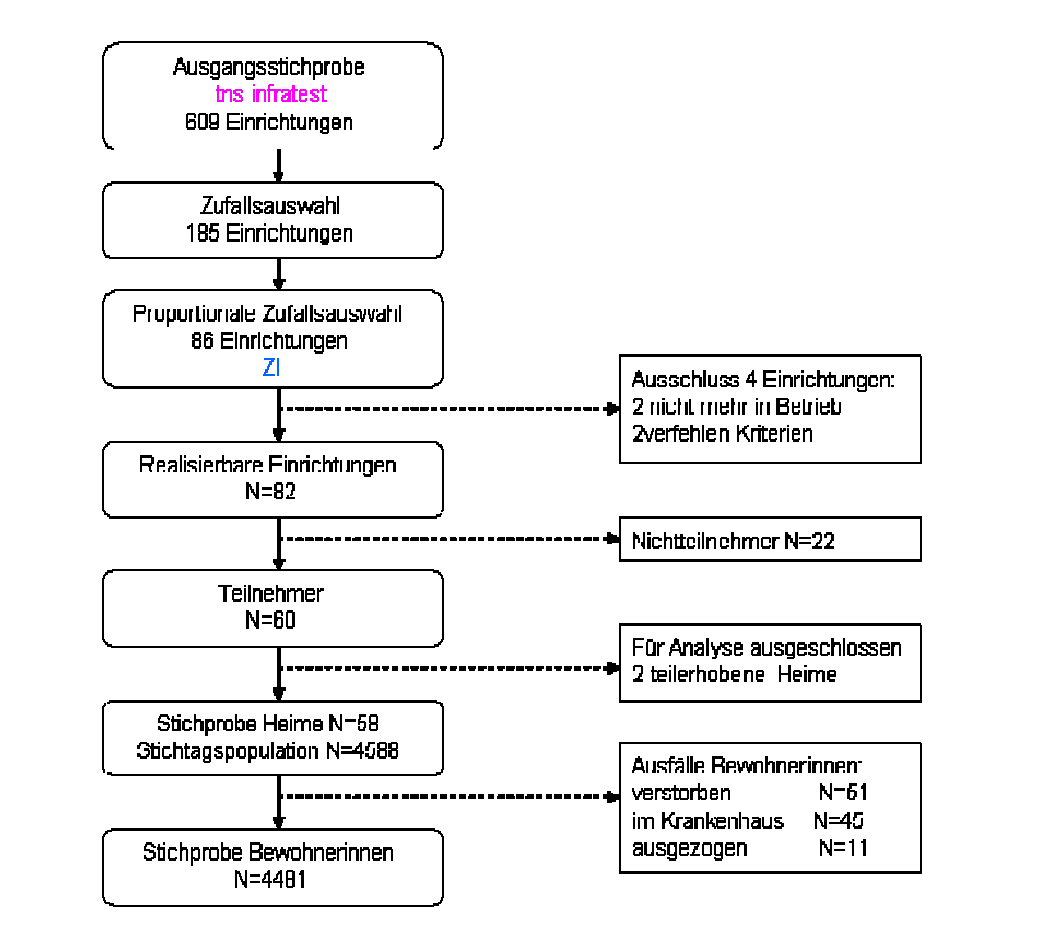
Jede Einrichtung legte im Anschluss an die Einführung einen Stichtag fest. Alle Bewohnerinnen und Bewohner, die zu diesem Stichtag in der Einrichtung lebten, wurden auf einer Liste erfasst und dann im Laufe von zwei bis vier Wochen von examinierten Pflegekräften mit Hilfe des PVA beurteilt. Der früheste Stichtag war der 24.3.2006, der späteste der 30.12.2006.

3.3 Stichprobengewinnung, -ausschöpfung, -beschreibung

Die Untersuchungsstichprobe wurde durch eine mehrstufige Zufallsziehung gewonnen (siehe Abb. 3.1). Aus der Stichprobe der Repräsentativerhebung von Infratest (N=609 vollstationäre Einrichtungen) wurde eine Substichprobe von 185 Einrichtungen zufällig ausgewählt. Aus diesem Pool wiederum wurde eine geschichtete Zufallsauswahl getroffen, die die bundesweite Verteilung aller Heime in Größenklasse und Trägerschaft abbildete und eine Ausfallquote von etwa 30% berücksichtigte (N=86 Einrichtungen). Diese 86 Einrichtungen wurden von uns kontaktiert. Die Vollerhebungen in den Heimen fanden zwischen März 2006 und Januar 2007 statt. Von diesen 86 Einrichtungen nahmen schließlich 60 (Ausschöpfungsquote= 69,8%) an unserer Studie teil. Vier kleine Einrichtungen (4,6%) mussten ausgeschlossen werden: in zweien war der Betrieb zwischenzeitlich eingestellt, eine Einrichtung wurde nicht vollstationär betrieben und in einer weiteren gab es zu dieser Zeit keine Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe nach SGB XI. 22 Heime (25,6%) konnten oder wollten sich innerhalb des Untersuchungszeitraums nicht an unserer Studie beteiligen. In zwei der teilnehmenden Einrichtungen wurde die Erhebung nur unvollständig durchgeführt, so dass diese in den Auswertungen nicht berücksichtigt werden konnten.

Die Ausschöpfungsquote von rund 70% verteilte sich erfreulicherweise gleichmäßig über die unterschiedlichen Einrichtungen. Eine geringere Kooperationsbereitschaft fand sich nur in der Gruppe großer Einrichtungen in privater Trägerschaft (Rücklauf 40,2%). Zudem war die Teilnahmebereitschaft in den neuen Bundesländern höher als in den alten Ländern. Im Hinblick auf die Heimgröße (= Bewohnerzahlen) wich die Verteilung der Studienteilnehmer nicht signifikant von der bundesweiten Verteilung ab und kann somit als repräsentativ gelten.

Abbildung 3.1: Stichprobengewinnung



Angesichts der Zahl der untersuchten Institutionen war eine seriöse Berücksichtigung der regionalen Verteilung der Einrichtungen nicht möglich. So konnten viele Bundesländer nicht entsprechend ihrem tatsächlichen Anteil an vollstationären Pflegeeinrichtungen repräsentiert werden und einige sind überhaupt nicht vertreten. Der Anteil ostdeutscher Einrichtungen an der Stichprobe beträgt 20% und liegt damit über dem tatsächlichen Wert von etwa 16%.

Bei immerhin 68% der nicht teilnehmenden Heime konnte zumindest in Teilen das institutionsbezogene Interview durchgeführt werden. Dadurch war festzustellen, dass es im Hinblick auf Größenklasse, Trägerschaft oder Wohnform für Demenzkranke keine systematischen Abweichungen zwischen Nichtteilnehmern und Teilnehmern gab.

Die Bewohnerstichprobe setzte sich aus den Personen zusammen, die an den festgelegten Stichtagen in den Einrichtungen lebten. 90,5% dieser Personen wurden von examinieren Pflegekräften beurteilt, die Hälfte davon von ihren Bezugspflegepersonen. Die restlichen 9,5% konnten wegen verschiedener Vorkommnisse innerhalb des Beurteilungszeitraums (zeitlich befristete Abwesenheit, dauerhaftes Ausscheiden) nicht

mehr eingeschätzt werden. Die Verluste wurden von den Einrichtungen allerdings unterschiedlich dokumentiert, z. T. wurden darüber keine Angaben gemacht. Als häufigster Ausfallgrund wurde der Todesfall genannt (47,7%), gefolgt von längerfristigen Krankenhausaufenthalten (42,1%) und Auszug aus der Einrichtung (10,2%). Diese nicht beurteilbaren Personen unterschieden sich weder im Geschlecht (Männer 26,2% vs. 22,1%; ns) noch im Alter von der Analytestichprobe (82 vs. 82,6 Jahre). Sie hatten aber niedrigere Pflegestufen nach SGB XI (in Pflegestufe 2 oder 3 49,5% gegenüber 62,5% der Beurteilten; $p=0.022$) und waren häufiger aus dem Krankenhaus in die Einrichtung gekommen (27,6% vs. 19,4%; $p=0.045$). Ihre Aufenthaltsdauer im Heim war im Schnitt kürzer, nämlich durchschnittlich 2,0 Jahre gegenüber 3,6 Jahren in der Analytestichprobe ($p<0.001$). Die berichteten Anteile nicht beurteilbarer Personen variierten unter den Einrichtungen zwischen 0 und 15,8 Prozent, im Durchschnitt waren es 2,3% der Stichtagspopulation.

3.4 Befunde

3.4.1 Einrichtungsbezogene Befunde

Wie im vorigen Abschnitt erläutert, nahmen 60 Einrichtungen an der Vertiefungsuntersuchung teil, von denen 58 in der Analyse berücksichtigt wurden. Da in der vorgeschalteten Repräsentativerhebung durch Infratest institutionelle Merkmale von bundesweit über 600 Einrichtungen erhoben wurden, und somit hierzu eine wesentlich breitere Datenbasis als in unserer Untersuchung vorlag, werden an dieser Stelle nur einrichtungsbezogene Befunde berichtet, die nicht gleichzeitig bereits durch Infratest abgedeckt sind. Schwerpunktmäßig sind dies Befunde zur Konzeption der Demenzkrankenversorgung.

Tabelle 3.1 Größe, Trägerschaft und Lage der 58 teilnehmenden Einrichtungen

	58 Einrichtungen % (N)
Größe nach Pflegeplätzen	
klein (<50 Plätze)	29,3 (17)
mittel (50-100 Plätze)	41,4 (24)
groß (>100 Plätze)	29,3 (17)
Träger	
(frei-)gemeinnützige	62,1 (36)
Öffentlich	12,1 (7)
Privat	25,9 (15)
Lage der Einrichtung	
zentral / mitten im Ort	31,0 (18)
Zentrumsnah	36,2 (21)
Randlage innerhalb einer Stadt oder Ortschaft	31,0 (18)
Randlage außerhalb geschlossener Ortschaften	1,7 (1)

Tabelle 3.1 zeigt zunächst die Verteilung der teilnehmenden Heime nach Größe (gemessen in Anzahl der Pflegeplätze), Trägerschaft und Lage. Die Verteilung der Heime nach Größenklassen entspricht weitgehend der bundesweiten Verteilung, bezüglich der Trägerschaft ergaben sich jedoch Unterschiede. Im Vergleich zur Repräsentativerhebung nahmen an der Vertiefungsuntersuchung mehr (frei-) gemeinnützige und öffentliche, dafür weniger private Einrichtungen teil (siehe auch Abschnitt 3). Rund ein Drittel der Einrichtungen befand sich im Zentrum einer Stadt, eines Stadtteils oder einer Ortschaft. 36% hatten eine zentrumsnahe Lage, 31% waren eher am Rand einer Stadt oder Ortschaft gelegen und nur eine Einrichtung befand sich außerhalb einer geschlossenen Ortschaft. Unter siedlungsstrukturellen Gesichtspunkten lag die überwiegende Zahl der Einrichtungen im großstädtischen Raum bzw. in Ballungsräumen (> 100 Tsd. Einwohner), ein Fünftel befand sich in so genannten Verdichtungsräumen (20 bis unter 100 Tsd. Einwohner), und lediglich 7% waren im ländlichen Raum (< 20 Tsd. Einwohner) angesiedelt (BIK 2000). 79,3% (N=46) der Einrichtungen gehörten zu den alten, 20,7% (N=12) zu den neuen Bundesländern.

Konzeption der Einrichtungen in Bezug auf die Demenzkrankenversorgung

Bei der Konzeption der Einrichtungen im Bezug auf Demenz wurde zwischen integrativen, teilsegregativen und segregativen Versorgungsformen unterschieden. Die überwiegende Anzahl der Heime betreute ihre Demenzkranken ausschließlich traditionell integrativ, d.h. zusammen mit kognitiv unbeeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern, sowohl was das Leben im Wohnbereich als auch was Aktivitäten und Beschäftigungsangebote angeht (Tab. 3.2). Darunter waren drei Einrichtungen, die neben den traditionellen Wohnbereichen eine oder mehrere integrative Hausgemeinschaften anboten. Das heißt kleine Wohngruppen mit sieben bis neun Bewohnerinnen und Bewohnern, die durch Normalität, Alltagsnähe und durch ein familiäres Milieu charakterisiert waren und in denen Demenzkranke zusammen mit nicht demenzkranken Menschen lebten (zu diesem Konzept siehe z.B. Winter und Gennrich 2001). Zehn Einrichtungen verfolgten zusätzlich zum integrativen Konzept ein teilsegregatives Konzept, d.h. für einen Teil der Demenzkranken wurde für eine bestimmte Zeitspanne tagsüber ein gesondertes Angebot vorgehalten. In der Regel handelte es sich dabei um Betreuung in einer Tagesgruppe nur für Demenzkranke unter Leitung einer Fachkraft. In den übrigen 15 Einrichtungen gab es neben der integrativen Betreuung auch segregative Bereiche: spezielle Wohnbereiche nur für Demenzerkrankte. Diese Heime hatten innerhalb der Einrichtung eine oder mehrere Wohngruppen etabliert, in denen vorrangig demenzkranke Personen betreut wurden. Insgesamt verfügten die 15 Einrichtungen mit segregativen Bereichen über 16 Wohngruppen für Demenzkranke, von denen zehn offen und sechs geschlossen geführt wurden. Die Platzzahl schwankte zwischen 7 und 40, wobei die geschlossenen Wohngruppen im Mittel wesentlich größer waren (M=28,2) als die offenen (M=17,7).

Tabelle 3.2

Konzeption der Demenzkrankenversorgung der 58 teilnehmenden Einrichtungen: Gesamt und unterteilt nach Größenklassen

	Gesamt % (N)	Klein %	Mittel %	Groß %
Konzeption der Demenzkrankenversorgung				
rein integrativ	56,9 (33)	76,5	45,8	52,9
integrativ und teilsegregativ	17,2 (10)	17,6	16,7	17,6
integrativ und segregativ	25,9 (15)	5,9	37,5	29,4
Konzeptionsänderung vorgesehen	34,5 (20)	35,7	25,0	47,1
nach teilsegregativ	10,0 (2)	-	-	25,0
nach segregativ	90,0 (18)	100	100	75,0

Betrachtet man die Verteilung der Versorgungskonzepte nach Heimgröße, so zeigt sich, dass ein relativ großer Teil der mittelgroßen und großen Einrichtungen aber nur eine kleine Einrichtung über spezielle Demenzwohngruppen verfügte. Bei letzterer handelte es sich um eine besondere Einrichtung, die vier sehr kleine Wohngruppen in Form von Hausgemeinschaften betrieb, eine davon speziell für Demenzkranke, die übrigen integrativ. Kleine Heime haben in der Regel vermutlich zu wenige passende Bewohnerinnen und Bewohner sowie zu wenige personelle und räumliche Ressourcen, um eine separate Demenzwohngruppe einzurichten, die wirtschaftlich betrieben werden kann. Spezielle Tagesbetreuungsangebote wurden in ca. 17% aller teilnehmenden Einrichtungen gemacht. Die Heimgröße spielte hierbei keine Rolle. 34,5% der Einrichtungen (N=20) gaben an, dass eine Veränderung der Konzeption bezüglich der Versorgung Demenzerkrankter vorgesehen sei. Die allermeisten Einrichtungen (N=18), darunter auch sieben kleine Heime, strebten dabei die Etablierung von speziellen Demenzwohngruppen an, die restlichen zwei favorisierten dagegen die Einrichtung von Tagesbetreuungsgruppen für Demenzkranke.

Neben der Gesamtkonzeption im Hinblick auf die Versorgung Demenzkranker wurden auch einzelne Konzeptionsmerkmale abgefragt (Tab. 3.3). Hierbei gaben 67% aller Einrichtungen - unabhängig von der Versorgungsform - an, ein spezielles, schriftlich fixiertes Betreuungskonzept für Demenzkranke entwickelt zu haben. Das bedeutet, dass immerhin auch 42% der integrativ versorgenden Einrichtungen über ein solches Konzept verfügten, das z.B. Tagesstrukturierung, bestimmte Beschäftigungsangebote für Demenzkranke auf dem Wohnbereich, das Angebot einer Frühstücksgruppe, Biographiearbeit, Bezugspflege oder Validation beinhaltete. In 60% der teilsegregativen und segregativen, aber nur einem Viertel der integrativen Einrichtungen wurde bei Bewohnerinnen und Bewohnern (z.T. routinemäßig) ein Screening oder Assessment demenzieller Beeinträchtigungen, wie z.B. der Mini-Mental-Status Test (MMST; Folstein et al. 1975; dt. Version: Kessler et al. 1990) oder die Reisberg-Skala (Global Deterioration Scale (GDS); Reisberg et al. 1982; dt. Version: Ihl und Frölich 1991) durchgeführt. Über verbindliche Leitlinien für alle Mitarbeiter der Einrichtung (einschließlich hauswirtschaftlichem und sonstigem Personal) zum Umgang mit Demenzkranken verfügten ca. zwei Drittel aller Einrichtungen, darunter etwas über die Hälfte der integrativen und

70% der teilsegregativen und segregativen Häuser. Die etwa gleiche Anzahl an Einrichtungen erhielt regelmäßig Beratung durch einen gerontopsychiatrisch erfahrenen Arzt (bzw. einen Facharzt) oder hatte einen Konsiliardienst eingerichtet.

Tabelle 3.3

Betreuungskonzept und spezielle Konzeptionsmerkmale: Gesamt und unterteilt nach Versorgungstypen

	Gesamt % (N)	inte- grativ %	teilsegre- gativ %	segre- gativ %
Spezielles Betreuungskonzept für Demenzkranke vorhanden	67,2 (39)	42,4	100	100
Spezielle Konzeptionsmerkmale				
Screening für kognitive Beeinträchtigungen	39,7 (23)	24,2	60,0	60,0
verbindliche Leitlinien für <i>alle</i> Mitarbeiter zum Umgang mit Demenzkranken	62,1 (36)	54,5	70,0	73,3
gerontopsychiatrisches Konzil (Fach- bzw. erfahrener Arzt)	62,1 (36)	57,6	70,0	66,7
tagesstrukturierende Angebote für Demenzkranke auf dem Wohnbereich	94,8 (55)	90,9	100	100
hauswirtschaftliches Personal ist den Wohngruppen fest zugeordnet	62,1 (36)	72,7	40,0	53,3
gerontopsychiatrische Fachkräfte o.ä.	63,8 (37)	42,4	90,0	93,3

Tagesstrukturierende Angebote für Demenzkranke außerhalb der Mahlzeiten auf dem Wohnbereich (z.B. Beschäftigungsangebote, Übertragung kleiner „Aufgaben“ an die Bewohnerinnen und Bewohner, gezielte Integration in den Stationsalltag) wurden in nahezu allen Einrichtungen – unabhängig von der Versorgungsform – gemacht. In 62% der Einrichtungen war hauswirtschaftliches Personal den Wohnbereichen fest zugeordnet. Mit über 70% kam dies am häufigsten in den integrativen Heimen vor. Dagegen arbeiteten in fast allen teilsegregativ und segregativ geführten Häusern speziell ausgebildete Pflegekräfte, vor allem gerontopsychiatrische Fachkräfte. Dies war nur in rund 40% der integrativen Heime der Fall. Hieran zeigt sich deutlich die Spezialisierung der teilsegregativen und segregativen Einrichtungen.

Organisation der speziellen Demenzwohngruppen

Eine spezielle Demenzwohngruppe war in der vorliegenden Untersuchung lediglich durch das Segregationsprinzip definiert, d.h. durch die räumliche Trennung von demenzkranken und nicht demenzkranken Bewohnerinnen und –Bewohnern. Mit dieser Bezeichnung verbinden sich demnach keine weiteren Kriterien oder Anforderungen an Zielgruppe, Milieugestaltung und Personalausstattung, wie sie z.B. im Rahmen der besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg gestellt werden. Die vorgefundenen Demenzwohngruppen zeichneten sich vielmehr durch eine große Vielfalt

aus, allein im Hinblick auf die bereits genannten Platzzahlen, die Organisation oder die Finanzierung.

In vier der 15 Einrichtungen (26,7%) wurden die Wohngruppen über eine spezielle Leistungsvereinbarung (z.B. einen speziellen Pflegesatz) finanziert, in sechs Fällen (40%) über eine „Querfinanzierung“ durch andere Wohnbereiche. Vier Einrichtungen (26,7%) gaben an, dass der Wohnbereich über keine spezielle oder zusätzliche Finanzierung verfüge. In elf Häusern (73,3%) hatte der Demenzwohnbereich einen besseren Personalschlüssel als die übrigen Wohnbereiche. In den restlichen Einrichtungen (N=4; 26,7%) war der Personalschlüssel für alle Wohnbereiche gleich. Das Verhältnis zwischen Anzahl der Präsenzkräfte und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohngruppen lag in der Frühschicht zwischen 1:4 und 1:10, in der Spätschicht zwischen 1:4 und 1:13,3. Bis auf die kleinste Wohngruppe mit sieben Plätzen waren sowohl in der Früh- als auch in der Spätschicht mindestens zwei Präsenzkräfte auf den Wohnbereichen tätig. Dagegen wurde, unabhängig von der Größe, in nahezu allen Demenzwohngruppen jeweils nur eine Nachtwache eingesetzt. Rund zwei Drittel der Wohngruppenleitungen (64,3%) hatten eine Zusatzqualifikation erworben. Dabei handelte es sich in den allermeisten Fällen um eine Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft (allerdings mit unterschiedlichem Stundenumfang). Neben den Pflegekräften waren auch andere Personengruppen täglich bzw. kontinuierlich in die Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner auf dem Wohnbereich eingebunden: Therapeuten (76,9%), Freiwillige (71,4%) oder hauswirtschaftliches Personal (64,3%). In rund 43% der Wohngruppen waren auch andere Personen, wie Zivildienstleistende (6,7%), Absolventen eines freiwilligen sozialen Jahrs (6,7%), Praktikanten (13,3%) oder 1-Euro-Kräfte (13,3%) an der Pflege und Betreuung beteiligt.

Räumliche und andere milieutherapeutische Merkmale der speziellen Demenzwohngruppen

Die Beschreibung der räumlichen und milieutherapeutischen Situation erfolgt anhand der Informationen, die durch die Begehung jeweils eines Wohnbereichs der teilnehmenden Einrichtungen gesammelt wurden. In den Einrichtungen mit segregativem Konzept wurde die spezielle Demenzwohngruppe evaluiert, in den anderen Einrichtungen je ein zufällig ausgewählter Wohnbereich. Dabei wurden Merkmale erhoben, die für eine demenzspezifische Gestaltung der Wohnumwelt als wesentlich erachtet werden (Sloane et al. 2002) (Tab. 3.4).

Wege, auf denen demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner „wandern“ können, ohne dabei in eine Sackgasse zu geraten (z.B. Rundwege oder Wege mit erweiterten Endbereichen), waren etwas häufiger in den segregativen als in integrativen Wohnbereichen vorhanden. In den allermeisten Wohnbereichen beider Versorgungsformen waren die Wege mit genügend Sitzgelegenheiten, sowie mit so genannten „Sit-and-Watch“-Plätzen (=Plätze an Aktivitätsknotenpunkten im Wohnbereich, z.B. in der Nähe des Eingangs) ausgestattet. In signifikant mehr Demenzwohnbereichen befanden sich Ruheräume in unmittelbarer Nähe der Aktivitätsräume.

Als wichtiger Aspekt demenzfreundlicher Milieugestaltung gelten Orientierungshilfen, die den Betroffenen den Alltag erleichtern können. Nahezu obligatorisch waren auf allen Wohnbereichen zeitliche Orientierungshilfen (Kalender, Uhr oder jahreszeitliche Dekoration) sowie Namensschilder an den Türen. Weitere Orientierungshilfen, wie aktuelle oder alte Bewohnerfotos oder Objekte mit persönlicher Bedeutung an den Türen fanden sich etwas häufiger in den speziellen Demenzwohngruppen. Hierbei ist zu beachten, dass nicht alle demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner z.B. ein Foto von sich an der Türe haben möchten.

Tabelle 3.4

Räumliche und milieutherapeutische Merkmale der speziellen Demenzwohngruppen im Vergleich zu integrativen Wohnbereichen

	Gesamt 58 WBs	Integrativ 43 WBs	Segregativ 15 WGs	p¹
„Wander“-Möglichkeiten				
Wege ohne Sackgassen	46,6	44,2	53,3	ns
Wege mit Sitzgelegenheiten	91,4	88,4	100	ns
„Sit-and-Watch-Plätze“ vorhanden	98,3	97,7	100	ns
Rückzugsräume nahe Aktivitätsräumen vorhanden	46,6	37,2	73,3	*
Orientierungshilfen				
Zeitliche Orientierungshilfen (Kalender, Uhr, jahreszeitliche Dekoration) vorhanden	96,6	95,3	100	ns
Farbcodierung der Türen/Bereiche	8,6	9,3	6,7	ns
Namensschilder an der Tür	94,8	93,0	100	ns
Aktuelles Bewohnerfoto an der Tür	31,0	30,3	33,2	ns
Altes Bewohnerfoto an der Tür	12,1	11,6	13,3	ns
Objekt mit persönlicher Bedeutung an der Tür	46,6	41,9	60,0	ns
Wohngruppengestaltung				
Öffentlicher Bereich ist bewohnerorientiert/wohnlich gestaltet	70,7	62,8	93,3	ns
Möglichkeiten zur <i>taktilen</i> Stimulation (viele oder in großem Umfang)	55,2	44,2	86,6	*
Möglichkeiten zur <i>visuellen</i> Stimulation (viele oder in großem Umfang)	89,7	86,0	100	ns

¹= χ^2 -Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Die öffentlichen Bereiche in den speziellen Demenzwohngruppen erschienen häufiger wohnlich und stärker an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientiert als in den integrativen Wohnbereichen. Dies zeigte sich insbesondere in den Angeboten zur taktilen Stimulation (z.B. haptische Wände, Dekorationsobjekte zum Anfassen, Haushaltsgegenstände, Kisten oder Körbe zum Herumräumen), die in den Demenzwohngruppen signifikant häufiger angeboten wurden. Hingegen waren Möglichkeiten

zur visuellen Stimulation, wie Bilder an den Wänden oder Dekorationsgegenstände zum Anschauen, in beiden Betreuungsformen zahlreich vorhanden.

Qualitätssicherung in den Einrichtungen

In nahezu allen Einrichtungen war eine Qualitätsbeauftragte oder ein Qualitätsbeauftragter benannt worden (Tab. 3.5). In manchen, insbesondere den kleineren Häusern, war eine solche Person beim Einrichtungsträger angestellt. In rund 90% der Einrichtungen wurden laut Angaben im Leitungsinterview regelmäßige Fallkonferenzen durchgeführt, bei denen über einzelne Bewohnerinnen und Bewohner ausführlicher als bei den normalen Übergaben gesprochen wird. Allerdings waren nur in einem Drittel der Häuser auch Ärzte an diesen Konferenzen beteiligt. Die betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner selbst wurden lediglich in einer Einrichtung im Rahmen eines Pilotprojekts einbezogen. In sechs Häusern (10,4%) waren zumindest Angehörige oder Betreuer an den Fallkonferenzen beteiligt. 54 Einrichtungen (93,1%) hatten mindestens einen Nationalen Expertenstandard für die Pflege (DNQP) implementiert. Das waren in den allermeisten Fällen der Standard zur Dekubitusprophylaxe (89,7%) oder zur Sturzprophylaxe (86,2%). Der Standard zum Schmerzmanagement, der Akutschmerzen fokussiert, war zum Zeitpunkt der Untersuchung in weniger als der Hälfte der Heime eingeführt worden.

Tabelle 3.5
Qualitätssicherung in den 58 teilnehmenden Einrichtungen

	58 Einrichtungen, % (N)
Qualitätsbeauftragter in der Einrichtung	96,6 (56)
Regelmäßige Fallkonferenzen	89,7 (52)
Ärzte beteiligt	31,0 (18)
DNQP-Standards umgesetzt (mind. einer)	93,1 (54)
Dekubitusprophylaxe	89,7 (52)
Schmerzmanagement	41,4 (24)
Sturzprophylaxe	86,2 (50)

3.4.2 Bewohnerbezogene Befunde

In den 58 einbezogenen Einrichtungen lebten zu den Stichtagen zwischen März 2006 und Januar 2007 insgesamt 4588 Bewohnerinnen und Bewohner (Gesamtstichprobe). 4481 Personen konnten durch qualifizierte Pflegekräfte mittels des PVA beurteilt werden. Diese Bewohnerinnen und Bewohner bilden die Basis für die folgenden Auswertungen. Ihr Durchschnittsalter betrug 82,6 Jahre, ihre durchschnittliche bisherige Aufenthaltsdauer 3,6 Jahre, 78% waren weiblichen Geschlechts, 65% verwitwet. Männer waren mit 76,4 Jahren im Mittel acht Jahre jünger als Frauen (M=84,4 Jahre) und waren zu einem wesentlich geringeren Anteil verwitwet (37% vs. 73%).

Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz nach Screening und ärztliche Demenzdiagnosen

Aufgrund früherer Befunde mussten wir davon ausgehen, dass die Häufigkeit psychischer Störungen, insbesondere die Häufigkeit von Demenzen, auf der Basis der Diagnosen in der Pflegedokumentation erheblich unterschätzt wird. Ungenaue Ergebnisse erhält man mit großer Wahrscheinlichkeit auch dann, wenn man das Heimpersonal – ohne standardisiertes Instrument - nach eventuell vorliegenden psychischen Auffälligkeiten oder vermuteten Diagnosen bei der Bewohnerschaft fragt (z.B. Köhler et al. 2007) bzw. die Anteile psychisch Auffälliger schätzen lässt. Um bessere Anhaltswerte zum Vorkommen demenzieller Störungen in der Heimbewohnerschaft zu erhalten, setzten wir deshalb das beschriebene standardisierte Demenzscreeninginstrument ein, das in das PVA, das durch die Pflegekräfte bearbeitet wurde, integriert war. Von den 4481 Bewohnerinnen und Bewohner, die mittels des PVA eingeschätzt wurden, lag für 4449 ein vollständiges Demenzscreening vor, so dass bestimmt werden konnte, ob bei einer bestimmten Person ein Demenz-Syndrom vorliegt oder nicht. Von diesen 4449 Personen in der Gesamtstichprobe waren es insgesamt 3051 (68,6%; 95% CI: 67,2% - 70,0%), die nach dem Demenzscreening von einem Demenz-Syndrom betroffen waren (Tab. 3.6). Die Anteile von Demenzkranken in den *einzelnen* Einrichtungen schwankten jedoch erheblich. Die Spannweite reichte von weniger als 50% bis zu über 90% Demenzkranke pro Einrichtung. Bei rund 80% der Einrichtungen lag der Demenzkrankenanteil zwischen 50 und 79%. Der Median der Demenzkrankenanteile bezogen auf die 58 Einrichtungen betrug 67,7%.

Tabelle 3.6

Anteil Demenzkranker (nach PVA-Demenzscreening)

Basis: 4449 Bewohnerinnen*, % (95% CI) [N]	68,6 (67,2 -70,0) [3051]
Basis: 58 Einrichtungen, Median in % (Min.-Max.)	67,7 (45,5-94,1)

*Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner, für die das Demenz-Screening vollständig vorlag

Wie vermutet, war der Anteil der ärztlich diagnostizierten Personen wesentlich geringer als der mit dem Demenzscreening ermittelte tatsächliche Anteil. Von den Bewohnerinnen und Bewohnern, die nach dem PVA-Demenzscreening von einer Demenz betroffen waren, war lediglich bei 55,5% eine ärztliche Demenzdiagnose mit Demenztyp, d.h. mit Bezeichnung der zugrunde liegenden Erkrankung (z.B. Demenz vom Alzheimer Typ, vaskuläre Demenz), oder zumindest eine Syndromdiagnose in der Pflegedokumentation verzeichnet. Somit war bei beinahe der Hälfte dieser Personengruppe keinerlei Hinweis auf diese schwerwiegende hirnanorganische Erkrankung vorhanden. Aber auch hier unterschieden sich die einzelnen Einrichtungen sehr stark voneinander. Während der Anteil diagnostizierter Demenzerkrankter in einzelnen Pflegeheimen weniger als 30% betrug (Minimum: 15,4%), lag er in anderen bei über 80% (Maximum: 85,7%). In der Mehrzahl der Einrichtungen (N=45; 77,6%) bewegte er sich zwischen 40 und 70% (Median=55,4%).

Soziodemographische Merkmale der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz

Wie Tabelle 3.7 zeigt, machten Frauen bei den Demenzerkrankten wie auch bei den kognitiv gesunden Personen mit jeweils über 75% den weitaus größten Teil der Bewohnerschaft aus. Bis auf wenige Ausnahmen (<2%) hatten alle Bewohnerinnen und Bewohner die deutsche Staatsbürgerschaft.

Tabelle 3.7

Soziodemografische Merkmale Demenzerkrankter im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (in %)

	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p
Geschlecht , weiblich	76,5	78,7	ns ¹
Alter			
Altersdurchschnitt in Jahren (SD)	80,5 (10,6)	83,6 (9,4)	*** ²
Anteil >= 85 Jahre	40,7	51,6	*** ¹
Durchschnittliche bisherige Aufenthaltsdauer in Jahren (SD)	3,7 (5,0)	3,5 (3,6)	ns ²
Familienstand			
ledig	19,9	11,9	*** ¹
geschieden	8,6	6,8	
Verheiratet	10,2	14,3	
Verwitwet	61,3	67,0	
Letzter Aufenthaltsort vor dem Einzug			
Privathaushalt	64,6	65,9	ns ¹
Betreutes Wohnen	2,8	2,6	
Altenheim	1,5	1,9	
anderes Pflegeheim	6,1	6,7	
Krankenhaus	19,8	19,2	
Reha-Einrichtung	3,3	1,9	
Sonstiger	1,8	1,8	
Erhalt von Sozialhilfeleistungen	35,6	31,5	** ¹
Betreuung			
Gesetzlicher Betreuer	27,9	45,7	*** ¹
erteilte (Vorsorge-)Vollmacht in Kraft getreten	29,1	33,5	
Gesetzlicher Betreuer und Vollmacht	0,3	0,2	
Betreuer/Bevollmächtigter ist (wenn vorhanden)			
Familienangehörige/r	59,7	74,4	*** ¹
sonstige Privatperson	8,8	5,5	
Berufsbetreuer/-betreuerin	31,3	20,1	

¹= χ^2 -Test; ²=t-Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Das Durchschnittsalter der Bewohnerschaft mit Demenz betrug 83,6 Jahre und lag damit signifikant über dem der nicht Demenzkranken (M=80,5). Demenzkranke Männer waren dabei im Schnitt 8,2 Jahre jünger als ihre weiblichen Pendanten (Männer: M=77,2; SD=11,0; Frauen: M=85,4; SD=8,1). Die Hälfte der Personen mit Demenz war 85 Jahre und älter.

Mit 3,5 Jahren lag die durchschnittliche bisherige Aufenthaltsdauer Demenzkranker um ca. 2,5 Monate unter derjenigen der nicht dementen Bewohnerinnen und Bewohner. Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht bedeutsam. Allerdings lebten Frauen im Schnitt bereits signifikant länger in den Einrichtungen als Männer und so auch die demenzkranken Frauen durchschnittlich länger als demenzkranke Männer (M = 3,6 Jahre vs. M=3,0 Jahre).

Im Vergleich mit den kognitiv unbeeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern waren Demenzkranke zu einem etwas größeren Prozentsatz verheiratet oder verwitwet und seltener ledig oder geschieden.

Mit rund zwei Dritteln war der weitaus größte Teil der Heimbewohnerschaft, Demenzkranke ebenso wie nicht Demenzkranke, von zu Hause in die Einrichtungen übersiedelt. Circa 20% waren jedoch direkt aus dem Krankenhaus ins Heim gekommen. Die restlichen Bewohnerinnen und Bewohner lebten vor der Heimaufnahme in anderen Pflegeheimen, im Betreuten Wohnen, in Altenheimen oder kamen aus Reha-Einrichtungen. Nach Angaben der Pflegeeinrichtungen erhielt ein Drittel der Bewohnerschaft Sozialhilfeleistungen. Dies betraf kognitiv Unbeeinträchtigte signifikant häufiger als demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner.

Bei der Mehrzahl aller Demenzkranken (79,4%) war entweder eine gesetzliche Betreuung bestellt worden oder eine erteilte (Vorsorge-)Vollmacht in Kraft getreten. Dies war bei den nicht Demenzkranken bei weniger als der Hälfte der Personen der Fall. Der Großteil der Betreuer und Betreuerinnen sowie der Bevollmächtigten waren zwar für beide Bewohnergruppen Familienangehörige, jedoch wurden nicht demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner daneben signifikant häufiger durch Berufsbetreuer sowie sonstige Privatpersonen betreut.

Pflegestufen der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz nach SGB XI

In Tabelle 3.8 ist die Verteilung der Pflegestufen getrennt nach demenzkranken und nicht demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern dargestellt. Demenzkranke waren demnach doppelt so häufig in Pflegestufe 2 oder 3 eingestuft wie nicht Demenzkranke. Rund ein Viertel hatte die Pflegestufe 1, nur ein geringer Anteil war in Pflegestufe 0 oder (noch) nicht eingestuft. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Demenzkranke im Vergleich zu kognitiv unbeeinträchtigten Personen körperlich wesentlich kränker und in allen Alltagsaktivitäten wesentlich stärker eingeschränkt waren.

Tabelle 3.8**Pflegestufen nach SGB XI: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (in %)**

	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p
Pflegestufe 0	8,0	1,5	***1
Pflegestufe 1	52,7	23,8	
Pflegestufe 2	32,5	46,7	
Pflegestufe 3	4,7	27,1	
beantragt, noch kein Ergebnis	1,0	0,8	
(noch) kein Antrag gestellt	1,1	0,1	

¹ = χ^2 -Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Alltagseinschränkungen der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz

Die Alltagseinschränkungen der Bewohnerschaft wurden mit Hilfe des Barthel-Index und einigen ergänzenden Fragen gemessen. Wie Tabelle 3.9 zeigt, lag der durchschnittliche Barthel-Index der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner um die Hälfte niedriger als der der nicht Demenzkranken. Im Vergleich zu den übrigen Bewohnerinnen und Bewohnern waren annähernd doppelt so viele Demenzkranke stark in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt (Barthel-Index < 60 Punkte). Über ein Viertel der Demenzkranken war sogar in allen Bereichen der Alltagsaktivitäten vollständig auf fremde Hilfe angewiesen (0 Punkte im Barthel-Index). Bei den kognitiv Unbeeinträchtigten lag dieser Anteil bei unter zwei Prozent.

9,4% der Demenzkranken wurden - zum Teil oder ausschließlich - über eine PEG-Sonde (Magensonde) künstlich ernährt. Dies betraf dagegen nur 1,5% der nicht demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner.

Etwas weniger als die Hälfte der Demenzerkrankten war noch in der Lage allein oder mit Hilfe 50 Meter zu Fuß zurückzulegen. Einschließlich der Personen, die sich selbständig im Rollstuhl fortbewegen konnten, waren 47,4% dieser Bewohnergruppe noch fortbewegungsfähig. Ein Vergleich mit den nicht demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern zeigt, dass bei letzteren ein wesentlich höherer Anteil noch gehfähig bzw. fortbewegungsfähig war. 14% der Demenzkranken waren überwiegend bettlägerig, d.h. sie konnten sich täglich weniger als eine Stunde außerhalb des Bettes (z.B. im (Schlaf-)Sessel oder im Rollstuhl) aufhalten. Bei den nicht Demenzkranken lag dieser Anteil bei lediglich 2,5%. Sowohl Fortbewegungsfähigkeit als auch Bettlägerigkeit waren sehr stark mit dem Demenzschweregrad assoziiert: zwei Drittel aller in ihrer Fortbewegungsfähigkeit stark eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohner und drei Viertel aller Bettlägerigen litten nach dem Screening an einer schweren Demenzerkrankung.

Im Vergleich mit den nicht demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern waren die Demenzkranken nicht nur stärker in ihrer Fortbewegungsfähigkeit eingeschränkt, sie

waren auch in einem wesentlich höheren Ausmaß von Inkontinenz betroffen. Während etwas mehr als die Hälfte der nicht Demenzkranken regelmäßig urininkontinent war oder einen Dauerkatheter hatte, konnten fast 90% der Demenzkranken den Urin nicht mehr regelmäßig halten. Bei der Stuhlkontrolle war der Unterschied noch deutlicher. Drei Viertel der Demenzkranken waren gelegentlich (23,7%) oder regelmäßig (52,3%) stuhlinkontinent oder bekamen Einläufe. Bei den nicht demenzkranken Bewohner/innen betrug dieser Anteil insgesamt nur 31%.

Tabelle 3.9

Alltagseinschränkungen Demenzerkrankter im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (in %)

	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p
Durchschnittlicher Barthelindex (SD)	59,7 (28,2)	29,3 (29,0)	*** ²
< 60 Punkte	41,1	78,6	*** ¹
0 Punkte	1,7	27,0	*** ¹
Ernährung (auch) über PEG-Sonde	1,5	9,4	*** ¹
Gehfähigkeit/Fortbewegungsfähigkeit			
gehfähig (50m allein oder mit Hilfe)	67,7	45,6	*** ¹
fortbewegungsfähig (50m gehen allein oder mit Hilfe oder Fortbewegung selbständig mit Rollstuhl)	75,5	47,4	*** ¹
Bettlägerigkeit (tagsüber weniger als 1 Stunde außerhalb des Bettes)	2,5	14,1	*** ¹
Inkontinenz			
Stuhl: gelegentlich oder regelmäßig inkontinent (oder Einläufe)	31,0	76,0	*** ¹
Urin: gelegentlich oder regelmäßig inkontinent (oder Dauerkatheter)	53,5	88,0	*** ¹

¹= χ^2 -Test; ²=t-Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Nicht-kognitive Symptome der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz

Im Verlauf einer Demenz treten bei vielen Betroffenen neben den fortschreitenden kognitiven Beeinträchtigungen so genannte Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Aggressionen, Agitiertheit, extremer Bewegungsdrang) und andere neuropsychiatrische Symptome (z.B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Depressionen) auf. Einige dieser Symptome werden mitunter als herausforderndes Verhalten bezeichnet, verbreiteter als zusammenfassender Begriff ist jedoch nicht-kognitive Symptome bei Demenz oder BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, Finkel 2000). Nicht-kognitive Symptome beeinträchtigen häufig die Lebensqualität der Kranken und können bei den Betreuungspersonen zu erheblichen psychischen Belastungen führen.

Zur Erfassung dieser betreuungsrelevanten Symptome wurde in der vorliegenden Untersuchung die Kurzversion des Neuropsychiatrischen Inventars (NPI-Q-NH, Kaufer et al. 2000) eingesetzt. Das NPI beinhaltet 12 Symptombereiche, die hinsichtlich ihres Auftretens in den vergangenen vier Wochen, ihrer Häufigkeit und Schwere sowie ihrer belastenden Auswirkung auf das Pflegepersonal beurteilt werden. Daneben wurden Fragen zu zwei in Pflegeheimen häufig genannten Problembereichen im Zusammenhang mit der Versorgung Demenzkranker gestellt: starker Bewegungsdrang (sog. „Wandern“) bzw. reduzierter Antrieb und unbemerktes Verlassens der Einrichtung („Weglaufen“).

Tabelle 3.10**NPI-Einzelsymptome: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (in %)**

NPI-Symptom in vergangenen 4 Wochen aufgetreten	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p
Depressive Symptome	37,1	38,9	ns ¹
Agitiertheit / Aggressionen	18,0	36,7	*** ¹
Apathie / Gleichgültigkeit	10,7	32,8	*** ¹
Reizbarkeit / Labilität	32,7	32,7	ns ¹
Angst	14,2	21,8	*** ¹
Appetit / Essverhalten	10,0	21,1	*** ¹
Schlafstörungen	16,5	19,9	** ¹
Wahnvorstellungen	13,1	19,6	*** ¹
Halluzinationen	5,3	16,1	*** ¹
Enthemmung	12,0	15,9	** ¹
Abweichendes motorisches Verhalten	3,3	14,6	*** ¹
Hochstimmung / Euphorie	4,1	5,3	ns ¹
<i>mind. 1 NPI-Symptom schwer ausgeprägt</i>	30,3	51,3	*** ¹
<i>NPI-Gesamtscore, M (SD)</i>	8,1 (12,5)	15,0 (17,1)	*** ²
<i>Median (Spannweite)</i>	3 (0-84)	10 (0-115)	*** ³

¹= χ^2 -Test; ²=t-Test; ³=Mann-Whitney-U-Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Die meisten der zwölf Einzelsymptome des NPI traten im vierwöchigen Bezugszeitraum bei den demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern signifikant häufiger auf als bei den kognitiv Unbeeinträchtigten (Tab. 3.10). Lediglich drei Symptome (Depressionen, Reizbarkeit/Labilität und Hochstimmung/Euphorie) waren in beiden Gruppen gleich verteilt. Am häufigsten litten Demenzkranke unter depressiven Symptomen, gefolgt von Agitiertheit/Aggressionen, Apathie/Gleichgültigkeit, Reizbarkeit/Labilität und Angstzuständen. Die Hälfte aller demenzkranken Personen zeigte in den vergangenen vier Wochen mindestens ein schwer ausgeprägtes NPI-Symptom, wobei dies bei Demenzkranken mit stark eingeschränkter Fortbewegungsfähigkeit signifikant häufiger vorkam (53,8%) als bei noch fortbewegungsfähigen (48,6%). Bei den kognitiv unbeeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern waren Depressivität sowie Reizbarkeit/Labilität die mit Abstand häufigsten neuropsychiatrischen Auffälligkeiten. Bei im-

merhin 30% dieser Personen konnte mindestens ein schwer ausgeprägtes Symptom beobachtet werden. Der NPI-Gesamtscore (Spannweite 0-144 Punkte) war bei den Demenzkranken im Mittel fast doppelt so hoch wie bei den nicht Demenzkranken.

Unterteilt man die Auftretenshäufigkeit der NPI-Symptome nach Fortbewegungsfähigkeit der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner ergibt sich folgendes Bild: Während bei Demenzkranken, die noch fortbewegungsfähig waren, Depressivität das häufigste Symptom darstellte, wurde bei Personen, die in ihrer Fortbewegungsfähigkeit stark eingeschränkt waren, am häufigsten Apathie/Gleichgültigkeit genannt. Bis auf Agitiertheit/Aggressionen waren die prozentualen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bei allen Symptomen statistisch bedeutsam.

Ein häufiges Symptom von Demenzerkrankungen - besonders im mittleren Stadium - ist ein starker Bewegungsdrang der betroffenen Personen, der sich unter anderem in ziellosem Umherlaufen, dem so genannten „Wandern“ äußert und zur völligen körperlichen Erschöpfung führen kann. In der vorliegenden Untersuchung hatten rund 23% der Demenzkranken in den vergangenen vier Wochen gelegentlich oder häufig Wanderverhalten gezeigt. 17,8% hatten die Angewohnheit, Pflege- oder anderen Personen hinterher zu gehen, oder diese ständig zu suchen. Das Gegenteil des erhöhten Bewegungsdrangs ist der reduzierte Antrieb, sich zu bewegen oder zu gehen, unter dem mit 38,4% ein noch wesentlich größerer Anteil der Demenzkranken litt. Während Wanderverhalten bei nicht Demenzkranken in weniger als 5% der Fälle vorkam, war immerhin ein Fünftel dieser Gruppe von reduziertem Antrieb betroffen. Bei 55% der kognitiv Unbeeinträchtigten mit vermindertem Antrieb konnte das NPI-Symptom Depressivität/Dysphorie beobachtet werden, so dass der fehlende Antrieb möglicherweise auf eine depressive Störung zurückzuführen ist.

Unbemerkt Verlassen der Einrichtung (sog. „Weglaufen“) wird vom Pflegepersonal häufig als einer der größten Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit der Betreuung Demenzerkrankter genannt (Schäufele et al. 2008a). Im Verhältnis zum Ausmaß der dadurch empfundenen Belastung kam dieses Ereignis relativ selten vor: 4,5% der demenzkranken Personen (N=136) hatten im vierwöchigen Bezugszeitraum versucht aus der Einrichtung „wegzulaufen“, lediglich 2,5% (N=77) hatten die Einrichtung tatsächlich ein- oder mehrmals unbemerkt verlassen. Für 72,7% (N=56) dieser Personen hatte dies keinerlei negative Folgen. Bei einem Viertel (N=19) kam es zu leichten negativen Folgen, wie z.B. leichten Verletzungen, verstärkter Verwirrtheit oder vorübergehender starker Erregung und lediglich bei 2 Personen wurden schwere negative Folgen, wie Einweisung in die Landeslinik oder Platzwunde an der Stirn, genannt. Todesfälle infolge von „Weglaufen“ wurden in den teilnehmenden Einrichtungen für den angegebenen Zeitraum nicht berichtet. Letzteres wurde allerdings nicht systematisch erfragt. Bei den kognitiv unbeeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern war „Weglaufen“ lediglich bei fünf Personen vorgekommen Diese litten unter anderen psychischen Erkrankungen, vorrangig an Schizophrenie oder Alkoholabhängigkeit.

Die belastenden und häufig gemeinsam auftretenden Symptome der Unruhe wurden zu einem Indikator „Bewegungsdrang“ zusammengefasst. Er wurde aus vier Fragen

zur Häufigkeit von Wanderverhalten, Weglauftendenz und wiederholten Bewegungsmustern, wie z.B. Schränke auf und zu machen, mittels des statistischen Verfahrens der Faktorenanalyse gewonnen. Diese zusammengesetzte Variable enthält standardisierte Werte, die die Position einer Person auf dem Faktor Bewegungsdrang beschreiben. Der Wertebereich des berechneten Indikators liegt zwischen -1 und $+6$. In unserer Stichprobe wiesen 30,1 Prozent der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner positive Werte dieses Indikators auf gegenüber 9,3 Prozent der nicht kognitiv beeinträchtigten Bewohnerschaft. In den meisten Fällen war der Bewegungsdrang aber schwach ausgeprägt. Weniger als 5% der Demenzkranken erreichten Werte über vier, also im oberen Bereich der Skala. Bei den kognitiv Unbeeinträchtigten überschritten nur 2% der positiven Fälle den Wert von eins.

Unterschiede in Selbständigkeit und nicht-kognitiven Symptomen nach der Schwere der demenziellen Erkrankung

Demenz ist mit einem fortschreitenden Verlust der Fähigkeit den Alltag zu bewältigen verbunden. Das Erkrankungsstadium wirkt sich demnach unmittelbar und unterschiedlich auf die Pflegesituation aus.

Die Einteilung in unterschiedliche Stadien der Demenz basiert im Rahmen dieser Studie auf unserem bereits beschriebenen PVA-Demenzscreening. Zur Validierung unseres Demenzscreenings wurde in einer früheren Studie das Clinical Dementia Rating (CDR) als externes Kriterium verwendet (Köhler et al. 2007). Das CDR (Hughes et al. 1982) ist ein Instrument speziell zur Einschätzung des Demenzschweregrades. Anhand aller verfügbaren Informationen über einen Probanden wird eine Einschätzung in den sechs Kategorien Gedächtnis, Orientierung, Urteilsvermögen und Problemlösen, Außerhäusliche Angelegenheiten, Haushalt und Hobbies sowie Selbstversorgung vorgenommen und ein Gesamtschweregrad ermittelt. Dazu gibt es 5 operationalisierte Schweregrade: 0=gesund; 0,5=fragliche Demenz; 1=leichte Demenz; 2=mittelschwere Demenz und 3=schwere Demenz. Eine Differenzierung zwischen mittelschweren und leichten Demenzen ist mit dem Screeninginstrument nicht verlässlich möglich. ROC-Analysen zeigten aber eine gute Differenzierungsfähigkeit der Skala zwischen mittelschwerer (CDR=2) und schwerer Demenz (CDR=3) (Köhler et al.2007). Gute Ergebnisse für eine Identifizierung von Personen mit einer schweren Demenz (CDR= 3) erhält man bei einem Summenwert >7 (Sensitivität 81,5%; Spezifität 88,7%).

Gemäß CDR ist schwere Demenz gegenüber leichter bis mittelschwerer Demenz charakterisiert durch völlige zeitliche und räumliche Desorientiertheit, das Unvermögen Aufgaben zu übernehmen oder Probleme zu lösen und Hilfebedarf in *allen* Bereichen der Selbstversorgung. Letzteres zeigte sich in unserer Studie sehr eindrücklich in der durch den Barthel-Index abgebildeten Alltagskompetenz. In einem Wertebereich von 0 bis 100 Punkten erreichten rund 40 % der schwer demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner keinen einzigen Punkt. Unter den leicht bis mittelschwer Demenzkranken betrug der entsprechende Anteil 9,6%. Dass sich diese beiden Gruppen nicht nur von

den kognitiv Unbeeinträchtigten, sondern auch untereinander hochsignifikant unterscheiden, wurde in allen Funktionsbereichen bestätigt (Tab. 3.11).

Tabelle 3.11**Alltagseinschränkungen nach Schwere der Demenz gemäß Screening (in %)**

	Leichte bis mittelschwere Demenz	Schwere Demenz	p ¹
Essen nicht möglich selbständig oder mit Unterstützung	13,3 86,5	51,8 48,1	***
Waschen nicht möglich selbständig	90,4 9,6	98,7 1,3	***
Toilettengang nicht möglich selbständig o. mit Unterstützung	39,7 60,3	77,7 22,3	***
Ankleiden nicht möglich selbständig oder mit Unterstützung	50,4 49,6	83,5 16,5	***
Sehen schlecht (mit Brille) oder blind verwendet keine Sehhilfe	9,5 7,2	9,8 17,6	***
Hören schlecht (mit Hörgerät) oder taub verwendet keine Hörhilfe	5,0 15,0	3,0 22,8	***
Gehen keine 50m, auch nicht mit Hilfe	42,8	62,8	***
Bettlägerigkeit (tagsüber weniger als 1 Stunde außerhalb des Bettes)	7,6	18,8	***
Inkontinenz			***
Stuhl: gelegentlich oder regelmäßig inkontinent (oder Einläufe)	59,4	88,6	***
Urin: gelegentlich oder regelmäßig inkontinent (oder Dauerkatheter)	79,6	94,3	***

¹ = χ^2 -Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Am ehesten fanden sich bei der Nahrungsaufnahme erhaltene und unterstützbare Fähigkeiten, doch 51,8% waren völlig auf die Hilfe des Pflegepersonals angewiesen. Das entsprach dem 4-fachen des Bedarfs gegenüber leicht bis mittelschwer kognitiv Beeinträchtigten. Beim Ankleiden kamen selbst mit Anleitung nur 16,5% der schwer Demenzkranken zurecht, gegenüber 49,6% der anderen Demenzkranken. Und beim Toilettengang waren mehr als drei Viertel (77,7%) völlig unselbständig, nahezu doppelt so viele wie bei leichter bis mittelschwer Demenzkranken (39,8%). Ebenso war die Belastung durch eine Stuhlinkontinenz mit 88,6% (vs. 59,4%) deutlich ausgeprägter und von einer Harninkontinenz oder Dauerkatheter waren nahezu alle schwerer Demenzerkrankten betroffen (94,3% vs. 79,76%).

Ein großer Teil der schwer Demenzkranken war weitgehend immobil, 62,8% konnten auch mit Unterstützung keine 50 Meter gehen und 18,8% verbrachten weniger als eine

Stunde am Tag außerhalb des Bettes. Im Vergleich dazu waren rund 43% der leichter bis mittelschwer Demenzkranken so stark in ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt und 7,6% bettlägerig.

Die Unterschiede im Seh- und im Hörvermögen gegenüber kognitiv nicht beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohner konnten zu einem großen Teil darauf zurückgeführt werden, dass Hilfsmittel keine entsprechende Verwendung fanden. Der Anteil unter schwer dementen Personen war dabei signifikant höher als unter leichter bis mittelschwer Demenzen (17,6% und 22,8% vs. 7,2% und 15,0%).

Tabelle 3.12

Versorgungsaspekte nach Schwere der Demenz gemäß Screening (in %)

	Leichte bis mittelschwere Demenz	Schwere Demenz	p ¹
Pflegestufe nach SGB XI			
1	38,4	12,9	***
2	47,7	46,2	
3	9,7	39,9	
Gesetzliche Betreuung oder Vollmacht	71,3	86,7	***
BMI nach WHO			
Untergewicht (<18,5)	6,7	11,1	***
Normalgewicht (18,5-24,9)	46,0	57,6	
PEG-Sonde	3,4	13,6	***
Dekubitusrisiko laut Skala	30,5	52,7	***
davon mit Dekubitus in den letzten 4 Wochen	14,8	11,2	ns

¹= χ^2 -Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Der quantitativ deutliche Verlust an Selbständigkeit mit fortschreitender Demenz schlägt sich nieder in Art und Umfang der Versorgung. Während schwer und leicht bis mittelschwer Demenzkranke zu etwa gleichen Anteilen in Pflegestufe 2 eingruppiert waren, war der Anteil schwer Demenzkranker in Pflegestufe 3 mit 39,9% deutlich höher als der entsprechende Anteil bei den leicht bis mittelschwer Demenzkranken mit 9,7% (3.12).

Für 86,7% der schwer und 71,35 der leicht bis mittelschwer Demenzkranken musste eine gesetzliche Betreuung eingerichtet werden oder es war eine Vollmacht in Kraft getreten.

Analog zur eingeschränkten Mobilität und häufigeren Bettlägerigkeit war bei mehr als der Hälfte der schwer Demenzkranken (52,7%) ein Dekubitusrisiko laut Risikoskala gegeben. Davon waren 11,2% in den letzten vier Wochen auch von einem Druckgeschwür betroffen, gegenüber 14,8% bei leicht bis mittelschwer Demenzerkrankten mit einem entsprechenden Risiko.

Der Ernährungszustand stellte sich für schwer Demenzkranke schlechter dar als für leicht bis mittelschwer kognitiv beeinträchtigte Personen: 11% gegenüber 6,7% litten an Untergewicht und 13,6% wurden überdies mithilfe einer PEG-Sonde versorgt. Letzterer Anteil war vier Mal so hoch als in der kognitiv leichter beeinträchtigten Gruppe.

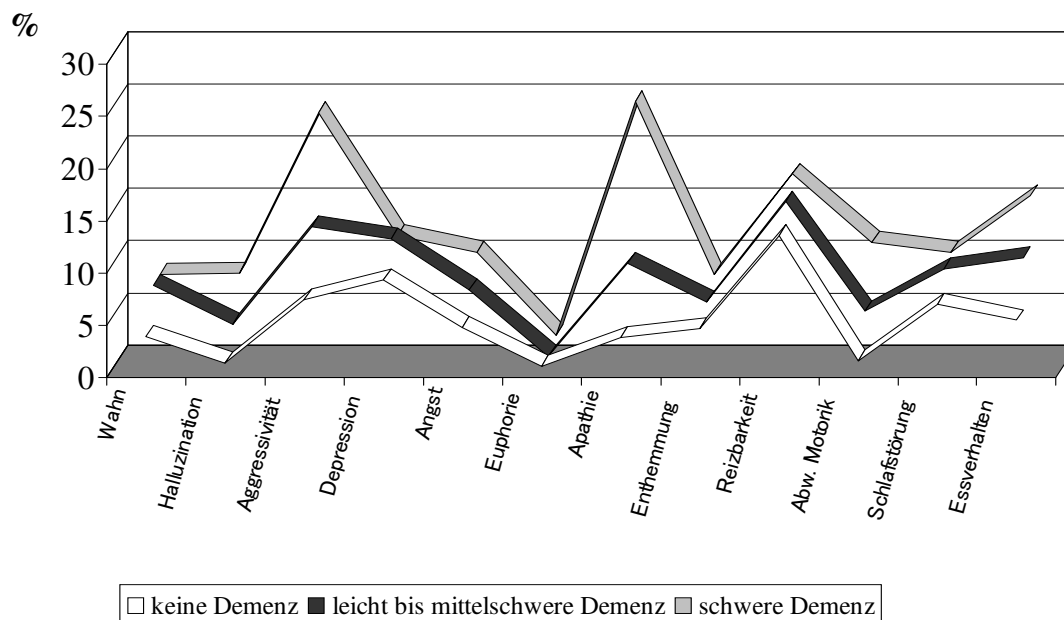
Die Beeinträchtigung durch neuropsychiatrische Symptome war für Menschen mit schwerer Demenz im Durchschnitt signifikant höher als für leicht bis mittelschwer Demenzkranke. Über die Hälfte (58,1%) wies mindestens ein Symptom in schwerer Ausprägung auf, bei den leicht bis mittelschwer kognitiv beeinträchtigten Personen waren es 42,4%. Auch in der Häufigkeit der 12 Einzelsymptome unterschieden sich die Schweregradsgruppen mit Ausnahme von Angst, Enthemmung und Euphorie signifikant. Dabei ließen sich in Abhängigkeit von der Demenzschwere unterschiedliche Profile neuropsychiatrischer Auffälligkeiten feststellen. Während sich die kognitiv Unbeeinträchtigten und die Gesamtgruppe der demenziell Erkrankten im Auftreten depressiver Symptome nicht unterschieden, litten deutlich mehr leicht bis mittelschwer Demenzkranke (44,5%) an depressiven Störungen als schwer Demenzkranke (34,8%). Nach den depressiven Symptomen waren Reizbarkeit/Labilität (34,5%), Agitiertheit/Aggressivität (29,7%) und Wahnvorstellungen (22,4%) die am häufigsten auftretenden Symptome in der Gruppe der leicht bis mittelschwer demenziell Erkrankten. Bei schwer Demenzkranken standen hingegen Agitiertheit/Aggressivität (42,1%) und Apathie (39,5%) im Vordergrund, gefolgt von depressiven Symptomen (34,8%), Reizbarkeit/Labilität (31,4%) und Störungen im Essverhalten (24,2%).

Entscheidend für die Lebensqualität der Betroffenen und die Betreuung sind neben dem bloßen Vorhandensein auch das Ausmaß der Beeinträchtigung durch Häufigkeit und Schwere der jeweiligen Symptomatik. Im Vergleich der Schweregrade zeigte sich, dass im Mittel neuropsychiatrische Symptome bei den schwer Demenzkranken nicht nur häufiger auftraten, sondern auch schwerer ausgeprägt waren. Der NPI-Gesamtscore betrug für die schwer Demenzkranken durchschnittlich 17,1 Punkte und lag somit signifikant höher als der entsprechende Durchschnittswert bei den leicht bis mittelschwer Demenzkranken (12,4 Punkte).

Zur Bewertung der Ausprägung einzelner Symptome wurde ebenfalls ein multiplikativer Gesamtwert errechnet, und nach leichterer (Gesamtwert 1-5) und schwerer Ausprägung (Gesamtwert 6-15) aufgeteilt. Schwer ausgeprägt bedeutet danach, dass das Symptom mindestens mehrmals die Woche auftritt und schwer beeinflussbar ist oder mindestens einmal pro Woche auftritt, aber gar nicht beeinflusst werden kann. Unter Beachtung des Ausmaßes der neuropsychiatrischen Symptome wurde der Unterschied zwischen den Schweregraden noch deutlicher. Außer bei Wahn und Depressivität fand sich bei den schwer Demenzkranken jeweils ein größerer Anteil mit einer ausgeprägten, schweren Symptomatik. Besonders gravierend waren die Unterschiede im Bereich Apathie und Aggressivität/Agitiertheit (Abb. 3.2).

Abbildung 3.2

Anteile schwerer nicht-kognitiver Symptome (Häufigkeit x Schwere) nach Schwere der kognitiven Beeinträchtigung (%)



Tabak- und Alkoholkonsum der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz

Nur 5,9% der Demenzkranken hatten in den letzten vier Wochen geraucht, davon wiederum konsumierten nur 40% mehr als zehn Zigaretten pro Tag. Bei den nicht Demenzkranken war der Anteil der Raucher doppelt so hoch (11,7%), rund zwei Drittel davon rauchten täglich mehr als zehn Zigaretten.

Der überwiegende Anteil der gesamten Heimbewohnerschaft war in Bezug auf Alkohol völlig abstinent. Rund 30% der kognitiv Gesunden und nur 15% der Demenzkranken hatten in den vergangenen vier Wochen Alkohol getrunken, der Großteil davon einmal pro Woche oder seltener. Bei jeweils 1,9% der Demenzkranken und der nicht Demenzkranken kann nach den in Deutschland häufig gebrauchten Grenzwerten von risikoreichem Alkoholkonsum gesprochen werden (DHS 2007): >20g bei den Frauen bzw. >30g bei den Männern reiner Alkohol pro Tag.

Ärztliche Diagnosen körperlicher und psychischer Erkrankungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz

Die ärztlichen Diagnosen körperlicher Erkrankungen und psychischer Störungen entstammten den aktuellen Pflegedokumentationen der Einrichtungen. Demnach litten demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner am häufigsten unter Hypertonie, gefolgt

von Herzkrankheiten bzw. Krankheiten des Lungenkreislaufs und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie des Bindegewebes (Tab. 3.13). Dies traf auch auf die kognitiv Unbeeinträchtigten zu, die diese Diagnosen (bis auf Herzkrankheiten) jedoch signifikant häufiger als die Demenzerkrankten aufwiesen. Zerebrovaskuläre Krankheiten insgesamt und Morbus Parkinson als Einzelkrankheit des Nervensystems waren hingegen bei den demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern signifikant häufiger dokumentiert.

Tabelle 3.13

Ärztliche Diagnosen laut Pflegedokumentation: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (in %)

Ärztliche Diagnosegruppen nach ICD-10	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p ¹
<i>Körperliche Erkrankungen</i>			
Hypertonie (I10-I15)	48,9	44,2	**
Herzkrankheiten und Krankheiten des Lungenkreislaufs (I00-I09; I20-I52)	46,6	43,8	ns
Krankheiten des Muskel-Skelett-Syst. und des Bindegewebes (M00-M99)	36,5	28,7	***
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	32,4	28,7	*
Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)	6,9	11,6	***
<i>Psychische Störungen</i>			
Demenzen (F00-F03, I67.3, G31.88, F10.7, F05.1) ²	14,1	55,5	***
Affektive Störungen (F30-F39)	17,7	11,5	***
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	6,0	5,7	ns
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	6,4	4,3	**
Intelligenzminderung (F70-F79)	2,5	0,9	***

¹ = χ^2 -Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

² F00-F02.9 (Demenz bei Alzheimer, vaskuläre Demenz, oder bei sonstigen Erkrankungen) = 19,7%; F03 (nbn Demenz; Syndromdiagnose) = 35,6%; I67.3 und G31.88 (Lewykörper-Demenz; Demenz bei Morbus Binswanger) = 0,5% (N=14); F10.7 (Demenz bei Alkoholkrankung) =0,6% (N=18); F05.1 (Delir bei Demenz) =0,3% (N=8)

Wie bereits erwähnt, hatten nur 55,5% der Demenzerkrankten eine ärztliche Demenzdiagnose. Weiterhin waren 11,5% von affektiven Störungen, wie Depressionen, betroffen, 5,7% von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (früherer oder aktueller Missbrauch) und 4,3% von Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen. Die häufigsten psychischen Störungen nicht Demenzerkrankter waren affektive Störungen.

Bei den Diagnosen psychischer Störungen waren signifikante Geschlechtsunterschiede festzustellen. Im Vergleich zu den Männern fand sich bei den Frauen häufiger die Diagnose einer demenziellen Erkrankung (43,4 vs. 38,4%) oder einer affektiven

Störung (14,7 vs. 8,8%). Verglichen mit den Frauen wiesen die Männer hingegen vermehrt die Diagnose einer psychischen oder Verhaltensstörung durch Alkohol (17,2 vs. 2,6%) oder einer Intelligenzminderung (3,0 vs. 0,9%) auf.

Funktionelle Einschränkungen von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz

Im Vergleich zur Gruppe der kognitiv Unbeeinträchtigten waren demenzkranke Personen bedeutend stärker funktionell eingeschränkt. Rund ein Viertel hatte ein schlechtes Seh- oder Hörvermögen bzw. war sogar blind oder taub (Tab. 3.14).

Bei mehr als der Hälfte der Demenzkranken hatte es in den letzten vier Wochen gelegentlich bis nahezu täglich Hinweise auf Schmerzen, geäußert durch entsprechende Klagen, Mimik oder Gestik gegeben. Nach Einschätzung der Pflegekräfte hatten jedoch nur 67,7% der demenzkranken Personen mit Schmerzen auch ein Schmerzmittel erhalten. Bei den nicht Demenzkranken war dieser Anteil signifikant höher. Kontrolliert nach Alter, Geschlecht, funktioneller Einschränkung im Barthel-Index und Häufigkeit der Schmerzen war bei beobachteten Schmerzäußerungen die Chance eines Demenzkranken ein Schmerzmittel zu erhalten gut 40% niedriger als bei einem nicht Demenzkranken. Im Unterschied dazu bekamen demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner häufiger eine reine Bedarfsmedikation, wie sie in der Regel bei gelegentlich geäußerten Schmerzen zu finden ist (34,4% vs. 29,2%). Dieses zunächst bessere Versorgungsniveau bestätigte sich jedoch nicht, wenn die Medikamentengabe durch die Häufigkeit der geäußerten Schmerzen, Alter, Geschlecht und Barthel-Index kontrolliert wurde. Betrachtet man die ärztliche Verordnung insgesamt, bestand für demenzkranke Personen mit Schmerzen eine rund 35% geringere Chance für eine regelhafte oder Bedarfsmedikation. Zudem spielte die Demenzschwere eine Rolle. Bei der Gruppe der schwer Demenzkranken konnten zwar in weniger Fällen Hinweise auf Schmerzen beobachtet werden, doch bekamen lediglich 63,1% der Betroffenen bei Schmerzäußerung ein entsprechendes Medikament. Unter den leicht bis mittelschwer Demenzkranken waren es immerhin 73,0%.

Im Übrigen gab es auch regelmäßige Medikation mit Analgetika, ohne dass im Beurteilungszeitraum Schmerzäußerungen registriert worden wären. Bei den Demenzkranken trifft das für 8,1% zu, bei den kognitiv Unbeeinträchtigten für 14,5%. Das kann für eine erfolgreiche Therapie sprechen, z. T. aber auch damit erklärbar sein, dass zu dieser Gruppe auch Medikamente gegen Fieber und Grippe gehören.

Eine Einschätzung des Dekubitusrisikos wurde nahezu bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern vorgenommen (98,6%). Dieser hohe Anteil ist vermutlich der Einführung des DNQP-Standards Dekubitusprophylaxe zu verdanken, der in immerhin 52 der 58 teilnehmenden Einrichtungen (=89,7%) bereits umgesetzt wurde. Von den eingeschätzten Demenzkranken bestand bei 43,2% ein Dekubitusrisiko, bei 7,5% waren in den vergangenen vier Wochen ein (4,5%) oder mehrere (3,0%) Druckgeschwüre festzustellen. Bei den nicht Demenzkranken wiesen dagegen nur 17,5% ein Dekubitusrisiko auf, 3,3% hatten tatsächlich ein (2,0%) oder mehrere (1,3%) Druckgeschwüre.

Diese Befunde lassen sich weitgehend zurückzuführen auf den höheren Anteil von bettlägerigen und motorisch schwer eingeschränkten Personen unter den demenziell Erkrankten.

Tabelle 3.14

Funktionelle Einschränkungen nach Einschätzung der Pflegekräfte (in den letzten vier Wochen): Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (in %)

	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p
Seh- und Hörvermögen			
Sehvermögen schlecht oder blind	11,6	22,8	*** ¹
Hörvermögen schlecht oder taub	11,9	23,4	*** ¹
Hinweise auf Schmerzen			
Gelegentlich	33,8	36,2	*** ¹
Häufig oder sehr häufig (mehrmals wöchentlich bis nahezu täglich)	25,9	18,4	
Erhielt Schmerzmittel (<i>bei Schmerzäußerung</i>)	78,8	67,7	** ¹
Analgetika, regelmäßige Verordnung ³	46,1	35,4	*** ¹
Analgetika, reine Bedarfsverordnung ³	29,2	34,4	** ¹
Dekubitus			
Es besteht ein Risiko laut Risiko-Skala	17,5	43,2	*** ¹
Druckgeschwüre in den <u>letzten 4 Wochen</u> vorhanden	3,3	7,5	*** ¹
Aktueller Body-Mass-Index, M (SD)	26,7 (6,3)	24,1 (5,8)	*** ²
wurde nicht bestimmt	11,0	11,2	*** ¹
Untergewicht	4,2	8,2	
Normalgewicht	32,2	46,8	
Übergewicht	29,8	24,7	
Adipositas Grad I-III	22,8	9,0	
Stürze			
Kein Sturz bekannt	89,9	89,1	ns ¹
Sturz ohne/mit leichten Folgen	8,7	9,1	
Sturz mit ernsthaften Folgen (z.B. Fraktur)	1,3	1,7	

¹ = χ^2 -Test; ²=t-Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

³ = falls Hinweise auf Schmerzen vorhanden

Auch der Body-Mass-Index (BMI) war den Einrichtungen bei der überwiegenden Mehrzahl der Bewohnerschaft (rund 90%) bekannt. Während der durchschnittliche BMI demenzkranker Personen nach der Klassifikation der WHO (2000) noch im Bereich „Normalgewicht“ (BMI 18,5-24,9) lag, näherten sich die kognitiv Gesunden im Mittel bereits dem Bereich „Übergewicht“ (BMI 25-29,9). Insgesamt waren Demenzkranke weit seltener übergewichtig als nicht Demenzkranke: 8,2% hatten nach der Klassifikation der WHO sogar Untergewicht, annähernd die Hälfte war normalgewichtig, ein Viertel hatte Übergewicht und 9% litten unter extremem Übergewicht (Adipositas Grad

I-III). Dagegen war mehr als die Hälfte der kognitiv Unbeeinträchtigten übergewichtig oder adipös. Nach neueren Klassifikationen, die auch das Alter einer Person berücksichtigen, sollte der wünschenswerte BMI, der Normalgewicht anzeigt, bei Personen über 64 Jahren allerdings etwas höher angesetzt werden (BMI 24-29).

Bei rund 90% aller Bewohnerinnen und Bewohner, Demenzkranker wie nicht Demenzkranker, waren in den vier Wochen vor der Erhebung laut Angaben der Pflegekräfte keine Stürze vorgekommen. Waren Personen gestürzt, so hatte dies in der Regel keine oder nur leichte Folgen. Bei weniger als 2% hatte der Sturz zu ernsthaften Folgen, wie z.B. einer Fraktur, geführt. Allerdings war die Gefahr eines Sturzes bei gefähigen (selbständig oder mit Hilfe) und demenzkranken Personen um 17% höher als bei ihren mobilen Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern ohne Demenz.

Ärztliche Versorgung demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner

Die Bewohnerinnen und Bewohner der teilnehmenden Einrichtungen hatten fast alle in den vergangenen vier Wochen persönlichen Kontakt zu ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin gehabt. Hierin unterschied sich die Gruppe der Demenzkranken nur geringfügig von der Gruppe der nicht Demenzkranken (87,8% vs. 92,0%). Größere Unterschiede zeigten sich bei der fachärztlichen Behandlung. Mit 43% waren signifikant mehr demenzkranke Personen als nicht Demenzkranke in den vergangenen zwölf Monaten psychiatrisch oder neurologisch behandelt worden (Tab. 3.15).

Tabelle 3.15

Fachärztliche Versorgung in den letzten 12 Monaten: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (in %)

Zeitraum: letzte 12 Monate	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p¹
Psychiatrische/neurologische Behandlung			
einmal monatlich oder häufiger	10,9	11,7	***
einmal im Quartal oder seltener	22,3	31,3	
Andere Fachärztliche Behandlung			
Zahnarzt	23,5	17,2	***
Augenarzt	28,4	16,6	***
HNO-Arzt	13,2	10,3	**
Hautarzt	18,7	18,5	ns
Gynäkologe	4,6	3,7	ns
Andere	17,5	12,9	***
Krankenhausaufenthalt(e)	31,3	34,1	ns

¹ = χ^2 -Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Bei der Versorgung und Behandlung durch andere Fachärzte änderte sich das Bild jedoch zugunsten der kognitiv unbeeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohner. Diese waren im letzten Jahr signifikant häufiger in zahnärztlicher, augenärztlicher, HNO-ärztlicher oder anderer fachärztlicher Behandlung gewesen. Als andere Fachärzte und -ärztinnen wurden am häufigsten die der Urologie, Chirurgie, Orthopädie, Kardiologie, inneren Medizin und der Diabetologie genannt. Auch nach Kontrolle der funktionellen Einschränkungen (Barthel-Index), Alter, Geschlecht, neuropsychiatrischer Symptomatik und der Aufenthaltsdauer im Heim, blieb dieser Unterschied bei augenärztlichen und sonstigen fachärztlichen Untersuchungen bestehen. Für zahnärztliche und HNO-ärztliche Untersuchungen zeigte sich die noch geringere Versorgung nur bei schwerer demenzerkrankten Personen. Insgesamt ist festzustellen, dass die Ergebnisse auf eine erhebliche fachärztliche Unterversorgung der Heimbewohnerschaft - nicht demenzkranke Menschen – eingeschlossen, hinweisen. Besonders evident ist der Mangel bei der zahnärztlichen, gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung.

Etwa ein Drittel der Bewohnerschaft war im 12-Monats-Zeitraum vor der Erhebung im Krankenhaus gewesen. Die meisten Personen hatten einen Krankenhausaufenthalt gehabt (23,3%), relativ wenige zwei (6,1%) oder mehr als zwei Aufenthalte (3,8%; Maximum: 14 Aufenthalte). Hierbei unterschieden sich demenzkranke nicht bedeutsam von kognitiv unbeeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern.

Verordnung psychotroper Medikamente bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz

Neben der ärztlichen Versorgung wurde auch die aktuelle medikamentöse Behandlung der Bewohnerinnen und Bewohner ausführlich erhoben. Diese umfasst sowohl die regelmäßige Medikation als auch die Bedarfsmedikation. Insgesamt lag für 74 Personen (1,7%) der Stichprobe keinerlei Verordnung vor bzw. die Medikamente wurden nicht von den Pflegekräften ausgegeben (Selbsteinnahme). Eine Verordnung ausschließlich für Bedarfsfälle war bei 70 Personen gegeben, zum überwiegenden Teil (88,4%) waren dies demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner. In 3,6% der Fälle waren einzelne verordnete Medikamente nicht klassifizierbar. Für unsere Studie von besonderem Interesse ist die Verordnung psychotroper Substanzen, da diese im Zusammenhang mit der Behandlung Demenzkranker ein schwieriges Thema darstellt und oft nicht adäquat erfolgt (Beers et al. 1997). Die Auswertung orientierte sich an der Klassifikation der Medikamente nach der „Roten Liste“ 2006 (Tab. 3.16; Hauptgruppen sind fett gedruckt).

Wenigstens eine psychotrope Substanz (Hauptgruppen 71 und 49 der Roten Liste) erhielten 55,2% der Demenzkranken regelmäßig und weitere 9,9% ausschließlich im Bedarfsfall. Etwas niedriger lag der Anteil bei den nicht demenziell Erkrankten mit 52,9% bzw. 7,3%. Dabei erhielten Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz mehr Neuroleptika (38,1% vs. 22,9%) als kognitiv Unbeeinträchtigte, und seltener Hypnotika und Sedativa (5,3% vs. 11,2%), seien es Benzodiazepine (8,5% vs. 13,3%) oder andere Substanzen.

Tabelle 3.16

Aktuelle Verordnung psychotroper Medikamente und Schmerzmittel: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (in %)

<i>Dauermedikation in den vergangenen vier Wochen</i>	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p¹
Psychopharmaka, gesamt (RL 71)	47,4	53,0	**
Antidepressiva	27,9	17,9	***
Neuroleptika	22,9	38,2	***
sonstige Psychopharmaka	2,1	4,2	***
Hypnotika/Sedativa, gesamt (RL 49)	11,2	5,3	***
Benzodiazepine (RL 49 + 71)	13,3	8,5	***
sonstige Hypnotika/Sedativa	7,3	3,5	***
Antidementiva (RL 11)²	5,7	10,7	***
Analgetika (RL 05)	33,1	22,9	***
<i>Reine Bedarfsmedikation</i>			
Psychopharmaka, gesamt (RL 71)	3,9	8,0	***
Antidepressiva	0,4	0,3	ns
Neuroleptika	2,4	7,8	***
sonstige Psychopharmaka	0,1	0,3	ns
Hypnotika/Sedativa, gesamt (RL 49)	3,6	2,0	**
Benzodiazepine (RL 49 + 71)	5,9	6,3	ns
sonstige Hypnotika/Sedativa	2,4	1,2	**
Analgetika (RL 05)	29,7	33,9	**

¹ = χ^2 -Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht significant

² = incl. Ebixa® und Axura® aus der Hauptgruppe Psychopharmaka (71)

Differenziert nach der leicht bis mittelschwerer Demenz (55,5%) und schwerer Demenz (54,8%) gab es keinen Unterschied in der Häufigkeit von regelmäßig eingenommenen psychotropen Substanzen. Im Vergleich zu schwer Demenzkranken erhielten leicht bis mittelschwer Demenzkranke jedoch deutlich häufiger Hypnotika/Sedativa (7,1% vs. 4,0%), insbesondere Benzodiazepine (10,2 vs. 7,3%), und seltener Neuroleptika (32,9% vs. 41,9%).

Der Versorgungsgrad mit Antidepressiva war für demenzkranke Pflegeheimbewohner und Bewohnerinnen mit 17,9% deutlich niedriger als für jene ohne Demenz. Dabei lag, entsprechend dem häufigeren Auftreten von depressiven Störungen in den frühen Stadien der Demenz, der Anteil an Antidepressiva bei leicht bis mittelschwer Dementen mit 22% deutlich höher als bei den schwer demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern (14,7%). Von den Personen, die nach unserem Screening an einer Demenz litten, ob leicht bis mittelschwer oder schwer, erhielten gerade 10,7% Antidementiva. Von 80 Personen (5,7%), die Antidementiva erhielten ohne in unserem Screening auffällig geworden zu sein, hatte ein gutes Drittel eine ärztliche Demenzdiagnose, in der

Mehrheit als Syndromdiagnose (F03). Doch auch bei einer vorhandenen Demenzdiagnose durch den Arzt wurden insgesamt nur 14,4% der Betroffenen mit Antidementiva behandelt.

Wie im Abschnitt zur Schmerzäußerung schon beschrieben, fand sich bei Demenzkranken ein signifikant niedrigeres Verordnungsniveau im Hinblick auf Analgetika. Im Vergleich zu demenziell Unbeeinträchtigten erhielten Demenzkranke seltener eine kontinuierliche Schmerzbehandlung (22,9% vs. 33,1%) und häufiger eine reine Bedarfsmedikation (33,9% vs. 29,7%). Ein ähnliches Verhältnis von dauerhafter und punktueller Medikamentengabe fand sich, bei einem vergleichbarem Gesamtanteil, auch bei schwer Demenzkranken in Differenz zu den leicht bis mittelschwer Demenzkranken (20,7% und 35,5% gegenüber 26% und 31,6%). Dieser Unterschied blieb auch unter Berücksichtigung der Häufigkeit von Schmerzäußerungen bestehen (OR=0.78; 95%CI 0.63-0.96; p=.021).

Therapiemaßnahmen bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz

Wie Tabelle 3.17 zeigt, erhielten etwas mehr als ein Fünftel der Demenzkranken und mehr als ein Viertel der nicht Demenzkranken in den letzten vier Wochen Krankengymnastik oder Physiotherapie (überwiegend ärztlich verordnet). Nur etwa elf Prozent aller Demenzkranken nahmen an Ergotherapie teil, und ein sehr geringer Anteil (<2%) erhielt logopädische Therapie oder Psychotherapie. Die annähernd gleiche Verteilung zeigte sich bei den nicht Demenzkranken. Die Unterschiede in der Förderung mit Krankengymnastik und logopädischer Therapie blieben auch nach Kontrolle relevanter Variablen (Alter, Geschlecht, Barthel-Index, NPI-Gesamtscore) bestehen.

Tabelle 3.17

Therapiemaßnahmen (in den letzten vier Wochen): Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (in %)

	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p ¹
Krankengymnastik/ Physiotherapie	27,3	21,0	***
Ergotherapie	11,2	10,9	ns
Logopädische Therapie	3,0	1,9	*
Psychotherapie	1,7	1,1	ns

¹ = χ^2 -Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Bewegungs- und freiheitseinschränkende Maßnahmen (BEM / FEM) bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz

Bewegungs- und freiheitseinschränkende Maßnahmen sind ein sensibles Thema in Pflegeeinrichtungen, besonders im Zusammenhang mit der Betreuung Demenzkranker. Wie aus Tabelle 3.18 ersichtlich, wurde im vierwöchigen Bezugszeitraum bei beinahe der Hälfte der demenzkranken Personen gelegentlich oder häufig ein Bettsei-

tenteil angebracht. Bei rund 30% davon geschah dies auf eigenen Wunsch, in etwa der Hälfte der Fälle lag eine richterliche Genehmigung der Maßnahme vor, nur bei weniger als zwei Prozent (N=24) war eine solche Genehmigung (noch) nicht eingeholt worden. Bei rund einem Fünftel war eine richterliche Genehmigung nicht erforderlich, da bei den betroffenen Personen keine zielgerichteten oder willkürlichen Bewegungen mehr möglich waren. Kognitiv unbeeinträchtigte Personen hatten signifikant seltener ein Bettseitenteil. Wenn dies angebracht wurde, dann überwiegend auf eigenen Wunsch der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner.

Tabelle 3.18

BEM / FEM (in den letzten vier Wochen): Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten in den letzten vier Wochen vor der Erhebung (in %)

	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p ¹
Bettseitenteil angebracht			
gelegentlich oder häufig, % (N)	18,1 (252)	49,0 (1492)	***
<i>Falls ja</i>			
auf eigenen Wunsch	79,4	29,2	***
mit richterlicher Genehmigung	13,9	46,2	
richterliche Genehmigung nicht erforderlich, da keine zielgerichteten Bewegungen	4,4	21,4	
richterliche Genehmigung noch nicht eingeholt	1,2 (3)	1,5 (24)	
keine Angaben	1,2 (3)	1,7 (25)	
Fixiergurt oder Stecktisch angebracht²			
gelegentlich oder häufig, % (N)	1,3 (18)	9,2 (264)	***
<i>Falls ja, lag richterliche Genehmigung vor?</i>			
Ja	38,9	82,2	***
nein, noch nicht eingeholt, % (N)	50,0 (9)	14,0 (37)	
keine Angaben	11,1 (2)	3,8 (10)	

¹ = χ^2 -Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

² = Ausschluss einer Einrichtung mit unplausiblen Angaben (vermutlich wurde Frage falsch verstanden)

Auf die offene Frage nach dem Grund für die BEM/FEM wurden dann dementsprechend sehr häufig „eigener Wunsch/Sicherheitsbedürfnis“ sowie „Sturzgefahr/Angst vor Sturz“ genannt. Weitere Nennungen waren: Unruhezustände, Demenz/Verwirrtheit/kann Gefahren nicht einschätzen, Hilfe bei Lagewechsel/bessere Lagerung, Bettlägerigkeit/Bewegungseinschränkung, Selbstgefährdung durch willkürliche Bewegungen und Wunsch von Angehörigen.

Auch körpernahe Fixierungen, wie z.B. Fixiergurt oder Stecktisch, kamen bei Personen mit Demenz signifikant häufiger zur Anwendung als bei jenen ohne Demenz. Immerhin 9,2% (N=264) waren in den letzten vier Wochen gelegentlich oder häufig fixiert worden, bei den kognitiv Gesunden war dies bei weniger als 2% (N=18) vorgekommen. Für 82,2% der Fixierungen Demenzerkrankter lag eine richterliche Genehmigung vor, für

die restlichen Fälle (N=37) war sie zum Erhebungszeitpunkt noch nicht eingeholt worden. Bei den nicht Demenzkranken fällt auf, dass für die Hälfte der Fixierungen (N=9) keine richterliche Genehmigung vorlag. Hier handelte es sich vermutlich bei den meisten Personen um einmalige freiheitseinschränkende Maßnahmen, z.B. aufgrund vorübergehender Erkrankungen oder Gefährdungen.

Als Gründe für die körpernahe Fixierung wurden am häufigsten „Sturzgefahr/Verletzungsgefahr“ und „motorische Unruhe/extremer Bewegungsdrang“ genannt. Weitere Nennungen waren: Demenz/Verwirrtheit/kann Gefahren nicht einschätzen; eigener Wunsch; bessere Lagerung/besseres Sitzen; Stecktisch dient als Ablage/Stütze. Letzteres war zwar ein seltener Grund, kam aber ebenfalls vor.

Bezüglich der Anwendung von Fixierungsmaßnahmen unterschieden sich die einzelnen Einrichtungen stark voneinander. Während in zehn Heimen (17,2%) im Bezugszeitraum kein Demenzkranker fixiert wurde, schwankte der Anteil in den restlichen Einrichtungen zwischen 0,9 und 28,6%. In einem Fünftel der Heime (N=12) lag er unter 5%, in einem weiteren Fünftel zwischen 5 und 10% und in 22,4% der Heime (N=13) zwischen 10 und 20%. In 15,5% der Einrichtungen (N=9) wurden mehr als 20% der demenzkranken Personen in den letzten vier Wochen fixiert.

Auch bei den BEM / FEM gab es Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei den Frauen war signifikant öfter ein Bettseitenteil angebracht worden (41,2 vs. 33,8%), Männer wurden dagegen signifikant häufiger körpernah fixiert (8,6 vs. 6,2%).

Beide Maßnahmen schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie betrafen aber jeweils unterschiedliche Personengruppen; denn im Mittel waren nur 7,6% (die Spanne reichte von 0 bis 21%) nicht nur von einer FEM, sondern sowohl vom Einsatz von Bettseitenteilen als auch von körpernaher Fixierung betroffen. So schien es geraten, die Zusammenhangsanalysen zunächst getrennt nach Art der FEM durchzuführen.

Wie schon erwähnt, wurden Bettseitenteile zu einem bedeutenden Teil auf Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner eingesetzt, waren also auch Ausdruck eines erhöhten Sicherheitsbedürfnisses der Personen. Diese Gruppe wurde in der folgenden Analyse nicht einbezogen.

Mit den Ergebnissen der beiden Analysen zeigte sich, dass die Unterschiede zwischen den Prädiktoren für Bettseitenteil und Fixierung letztlich doch gering waren. Jeweils waren das Ausmaß der Alltagseinschränkungen der Bewohnerinnen und Bewohner, gemessen mit einem Barthel-Wert über oder unter 60 Punkten, die Schwere der Demenz, sowie aggressives Verhalten bedeutsame Prädiktoren für FEM (Abb 3.3 und 3.4).

Unmittelbar verständlich wird die unterschiedliche Bedeutung der Bettlägerigkeit mit einer in Relation höheren Wahrscheinlichkeit auf den Einsatz von Bettseitenteilen einerseits und einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit zur körpernahen Fixierung andererseits. Bemerkenswert ist, dass der Faktor Bewegungsdrang signifikant mit einem sel-

teneren Einsatz von Fixierungen verbunden war. Dieses Merkmal erfasst weitgehend die motorische Unruhe *gefähiger* Personen, deren Bedürfnis offenbar Raum gegeben wird (vgl. dazu auch Kapitel Aktivitäten). Im Unterschied dazu waren Unruhe und Bewegungsdrang bei *rollstuhlabhängigen* Bewohnerinnen und Bewohnern nach Begründungen der Pflegekräfte häufig *Anlass* einer solchen Maßnahme. Personen mit höherer Hilfebedürftigkeit, die noch nicht bettlägerig waren, hatten generell ein erhöhtes Risiko für BEM / FEM gegenüber Personen mit geringerer Hilfebedürftigkeit. Ein höheres Alter der Bewohnerinnen und Bewohner war dagegen seltener mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen verbunden.

Abbildung 3.3 Bettseitenteil in den letzten 4 Wochen, Logistische Regression

<p>Signifikante Prädiktoren für Bettseitenteil (BS)</p> <p><i>Merkmale der Bewohner- und Bewohnerinnen, die Wahrscheinlichkeit auf BS erhöhten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - erhöhter Hilfebedarf (Barthel-Index < 60 Punkte) - Leichte bis mittelschwere oder schwere Demenz - Bettlägerigkeit - Agitiertheit/aggressives Verhalten <p><i>Merkmale der Bewohner- und Bewohnerinnen, die Wahrscheinlichkeit auf BS verringerten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewegungsdrang - Hochaltrigkeit (85 Jahre und älter) <p><i>Institutionelle Merkmale (erhöhten Wahrscheinlichkeit auf BS)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Leben in geschlossener Demenzwohngruppe - Kleine Einrichtungen - Fehlen gerontopsychiatrischer Fachkräfte <p>Nicht signifikant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geschlecht der Bewohnerinnen und Bewohner - Betreuungsrelation

ZI (MuG IV)

Der univariat gefundene Unterschied zwischen den Geschlechtern ließ sich unter der Kontrolle anderer Einflussfaktoren nur für die körpernahe Fixierung bestätigen. Für Personen in geschlossenen Demenzwohnbereichen, d.h. Bereichen mit Unterbringungsbeschluss, fand sich gegenüber integrativ versorgten Bewohnerinnen und Bewohnern eine um das Dreifache erhöhte Wahrscheinlichkeit sowohl für den Einsatz von Bettseitenteilen als auch für körpernahe Fixierung. Segregative, offene Wohnbereiche wiesen tendenziell eine geringere Wahrscheinlichkeit für Fixierungen im Vergleich zu integrativen Wohnformen auf, doch dieser Unterschied wurde statistisch nicht signifikant. Dieses Ergebnis blieb auch stabil, wenn zusätzlich die Teilnahme an tagesbetreuenden Maßnahmen in der Analyse berücksichtigt wurde. Positiv, d.h. mindernd auf die Wahrscheinlichkeit von BEM / FEM, wirkte sich dagegen die Anwesenheit von

gerontopsychiatrischen Fachkräften in der Einrichtung aus. Die Betreuungsrelation (Bewohnerinnen je Fachkraft-Äquivalent) spielte bei der Anwendung von Bettseitenteilen oder körpernahen Fixierungen keine Rolle.

Abbildung 3.4 Körpernahe Fixierung in den letzten 4 Wochen, Mehrebenenmodell*

<p>Signifikante Prädiktoren für körpernahe Fixierung</p> <p><i>Merkmale der Bewohner- und Bewohnerinnen, die Wahrscheinlichkeit erhöhten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - erhöhter Hilfebedarf (Barthel-Index < 60 Punkte) - Leichte bis mittelschwere oder schwere Demenz - Agitiertheit/aggressives Verhalten - Männliches Geschlecht <p><i>Merkmale der Bewohner- und Bewohnerinnen, die Wahrscheinlichkeit verringerten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bettlägerigkeit (tagsüber weniger als 1 Stunde außerhalb des Bettes) - Bewegungsdrang - Hochaltrigkeit (85 Jahre und älter) <p><i>Institutionelle Merkmale (erhöhten Wahrscheinlichkeit der Fixierung)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Leben in geschlossener Demenzwohngruppe - Fehlen gerontopsychiatrischer Fachkräfte <p>Nicht signifikant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betreuungsrelation, Einrichtungsgröße

ZI (MuG IV)

*mit Einrichtung als Kontextgröße

Wie schon erwähnt, gab es große Unterschiede zwischen den Einrichtungen, in welchem Umfang BEM / FEM bei Demenzkranken eingesetzt wurden. Deshalb wurde zusätzlich zu den multiplen logistischen Regressionen eine Mehrebenenanalyse durchgeführt, die die Varianz unter den Einrichtungen als Zufallsgröße mit berücksichtigte. Der berechnete Kontexteffekt (in Odds Ratio ausgedrückt 5-fach) bildete den großen Einfluss der Einrichtung auf die Fixierungswahrscheinlichkeit ab. Bezogen auf die bewohnerbezogenen Prädiktoren ergaben sich keine anderen Aussagen durch die Einführung des Zufallsfaktors und bei den institutionellen Merkmalen wurde der Effekt lediglich quantitativ korrigiert. Damit lassen sich in unserer Vertiefungsstudie die Ergebnisse der Repräsentativerhebung untermauern und erweitern im Hinblick auf demenzspezifische Merkmale.

Soziale Kontakte und Beziehungen demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner

Die mit Abstand häufigsten Hauptkontaktpersonen demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner von außerhalb der Einrichtung waren Kinder oder Schwiegerkinder, gefolgt von anderen Familienangehörigen und sonstigen Personen, wie z.B. Betreuerinnen und Betreuern (Tab. 3.19). Nur in etwa 10% der Fälle war der (Ehe-) Partner eine Hauptkontaktperson. Bei den nicht Demenzkranken war dies mit knapp 7% noch signifikant seltener der Fall.

Tabelle 3.19

Hauptkontaktperson und soziale Beziehungen: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (nach Screening) (in %)

	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p ¹
Hauptkontaktperson(-en) von außerhalb			
(Ehe-)Partner	6,9	10,1	**
(Schwieger-)Kind	54,9	61,2	***
andere Familienmitglieder	31,1	30,8	ns
Freund/in; Nachbar/in, Sonstige (z.B. Betreuer; Freiwillige)	32,5	23,0	***
Besuche von außerhalb (Verwandte und Bekannte)			
nie/seltener als 1x im Monat	16,2	17,9	ns
gelegentlich (mindestens 1x im Monat)	25,1	26,1	
häufig (mindestens 1x pro Woche)	58,7	56,0	
Kontakte innerhalb der Einrichtung			
zum Pflegepersonal			
nimmt häufig Kontakt auf...	77,3	44,6	***
ist zurückgezogen...	21,4	33,0	
zeigt keine Ansätze zur Kommunikation	1,3	22,4	
zu Mitbewohnerinnen und -bewohnern			
nimmt häufig Kontakt auf...	61,4	30,7	***
ist zurückgezogen...	31,8	33,0	
zeigt keine Ansätze zur Kommunikation	6,8	36,3	

¹ = χ^2 -Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Eine erfreulich hohe Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern (>80%) erhielten mindestens einmal im Monat Besuch von Verwandten oder Bekannten, über die Hälfte sogar mindestens einmal wöchentlich. Dies traf gleichermaßen auf Demenzkranke wie auf kognitiv Unbeeinträchtigte zu.

Auch hier konnten Geschlechtsunterschiede beobachtet werden. Während bei einem Fünftel der Männer noch die (Ehe-)Partnerin die Hauptkontaktperson von außerhalb der Einrichtung war, war dies bei Frauen nur in circa 5% der Fälle noch der (Ehe-)Partner. Bei Männern wurden zudem signifikant häufiger sonstige Personen (z.B. Betreuer) als Hauptkontaktpersonen angegeben (22,7 vs. 14,5%). Frauen bekamen im Beurteilungszeitraum öfter wöchentlichen Besuch als Männer (59,3 vs. 48,9%).

Bei den Kontakten innerhalb der Einrichtung, zum Pflegepersonal und zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern, zeigten sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen demenzkranken und kognitiv gesunden Personen. Nach der Wahrnehmung der Pflegekräfte nahmen mehr als drei Viertel der nicht Demenzkranken häufig und gerne Kontakt zu ihnen auf und zeigten sich interessiert, während über die Hälfte der Demenzkranken als überwiegend zurückgezogen (33%) bzw. ohne keine Ansätze zur Kommunikation (22,4%) beurteilt wurde. Dieses Muster kam noch drastischer im Kontakt zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern zum Ausdruck. Hier beobachteten die Pflegekräfte, dass über ein Drittel der demenzkranken Personen überhaupt nicht mehr kommunizierten. In diesem Zusammenhang kommt sicherlich zum Tragen, dass im Verlauf einer Demenzerkrankung auch Sprachausdruck und -verständnis schwer beeinträchtigt werden, was im Endstadium der Krankheit zu einem vollständigen Verlust der verbalen Kommunikationsfähigkeit führen kann.

Aktivitäten von Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz

Förderliche und anregende Aktivitäten tragen erheblich zu einer Steigerung der Lebensqualität demenzkranker Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner bei (Lawton et al. 1998; Weyerer et al. 2006). Wie aus Tabelle 3.20 ersichtlich, bestanden die häufigsten Aktivitäten Demenzkranker im Bezugszeitraum in Aufhalten im Außenbereich der Einrichtung, gefolgt von der Teilnahme an unterhaltenden und musikalischen Angeboten, anderen Aktivierungsangeboten (z.B. 10-Minuten-Aktivierung oder Validationsgruppe) oder Veranstaltungen in der Einrichtung, wie z.B. Festen oder Gottesdiensten. Im Vergleich zu kognitiv unbeeinträchtigten Personen nahmen Demenzkranke an

den meisten Aktivitäten jedoch signifikant seltener teil. Lediglich sensorische Stimulation (z.B. Snoezelen oder Aromatherapie) sowie besondere Aktivierungsmaßnahmen kamen bei den Demenzkranken häufiger vor. Ein aus allen Aktivitäten innerhalb der Einrichtung gebildeter Summenwert lag bei den kognitiv unauffälligen Personen im Mittel dementsprechend signifikant höher als bei den Demenzkranken.

Während noch rund ein Drittel der nicht Demenzkranken mindestens einmal wöchentlich einer Aktivität außerhalb der Einrichtung (z.B. Spaziergänge, Ausflüge, Besuche) nachging, traf dies nur auf 17% der demenzkranken Personen zu.

Tabelle 3.20

Aktivitäten (in den letzten vier Wochen): Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (nach Screening) (in %)

Aktivitäten mindestens 1x pro Woche oder täglich	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p ¹
...innerhalb der Einrichtung			
Veranstaltungen (Feste, Gottesdienste...)	37,8	21,4	*** ¹
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Kochen...)	20,1	16,4	** ¹
Musikalische Aktivitäten (Singen, Tanzen...)	33,3	29,1	** ¹
Gestalterische Aktivitäten (Basteln, Malen...)	20,6	14,0	*** ¹
Unterhaltende Aktivitäten (Vorlesen, Spiele...)	34,8	31,9	ns ¹
Geistige/kognitive Aktivierung (Lern- und Gedächtnisspiele, Erzählgruppe...)	31,1	23,3	*** ¹
Andere Aktivierung (10-Minuten-Aktivierung, Validationsgruppe...)	18,9	26,0	*** ¹
Sensorische Stimulation (Snoezelen, Aromatherapie, gezielt Musik hören...)	11,1	17,9	*** ¹
Aufenthalt im Frei- und Grünbereich	62,8	42,6	*** ¹
Kontakt mit Tieren (heimeigene/ von außerhalb)	16,9	11,3	*** ¹
Aktivitätenscore (0-30 Punkte), M (SD)	8,7 (6,7)	7,4 (6,2)	*** ²
Median (Spannweite)	8 (0-30)	6 (0-30)	*** ³
...außerhalb der Einrichtung	30,8	17,0	*** ¹

¹ = χ^2 -Test; ²=t-Test; ³=Mann-Whitney-U-Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Betrachtet man die Teilnahme an Aktivitäten getrennt nach Geschlecht der Bewohnerinnen und Bewohner, so zeigt sich, dass Frauen bei vielen Aktivitäten häufiger eingebunden waren als Männer. Dies spiegelte sich auch in einem signifikant höheren mittleren Aktivitätenscore wieder (8,1 vs. 6,8 Punkte). Die Geschlechtsunterschiede sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass das Angebotspektrum in den Einrichtungen dem Interesse der männlichen Bewohnerschaft in geringem Umfang entspricht als dem der weiblichen Bewohnerschaft. Angebote, die sich speziell an Männer wenden, sind offenbar seltener.

Aus der Beschreibung der einzelnen Aktivitäten wurde deutlich, dass die Teilhabe bei den Demenzerkrankten häufig geringer war als bei den nicht Demenzerkrankten. In einem zweiten Schritt wurde deshalb überprüft, welchen Einfluss eine demenzielle Erkrankung auf den Umfang und die Häufigkeit förderlicher Aktivitäten insgesamt hat. Im genannten Aktivitätenscore fanden sowohl die Anzahl an genutzten Angeboten als auch die Häufigkeit pro Woche für das resultierende individuelle Niveau Berücksichtigung. Aufgrund der Verteilungseigenschaften dieses Summenscores und wegen der klareren Aussage wurde für die multivariate Analyse ein Mediansplit vorgenommen, das heißt, die Stichprobe wurde am Median des Summenwertes (7 Punkte) geteilt in eine Gruppe mit einem hohem und eine Gruppe mit einem niedrigerem Niveau von Aktivitäten.

Als Faktoren, die neben einer Demenz Einfluss auf die Beteiligung an förderlichen Aktivitäten haben können, wurden Geschlecht, hohes Alter (unter/über 85 Jahre), Gehfähigkeit und Bettlägerigkeit kontrolliert. Der Komorbidität bei demenziellen Erkrankungen wurde Rechnung getragen durch die Aufnahme einer Interaktion zwischen Demenz und Immobilität. Der Einfluss nicht-kognitiver Symptome bei Demenz wurde durch den Wert im NPI-Gesamtscore und den Faktor „Bewegungsdrang“ überprüft. Als soziale Komponente war die Häufigkeit von Angehörigenbesuchen einbezogen. Um die Bedeutung des Umfeldes auf die Realisierung von Aktivitäten hin zu prüfen, wurden in einem zweiten Schritt die Zugehörigkeit zu einer speziellen Demenz-Wohngruppe, das Vorhandensein gerontopsychiatrischer Fachkräfte im Haus und die Größe der Einrichtung (Zahl der Pflegeplätze) einbezogen.

Abbildung 3.5 Hohes Aktivitätenniveau, Mehrebenenmodell*

<p>Signifikante Prädiktoren</p> <p><i>Merkmale der Bewohner- und Bewohnerinnen (förderlich für hohes Aktivitätsniveau)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - (motorische) Unruhe - Häufige Besuche von Angehörigen/Freunden <p><i>Merkmale der Bewohner- und Bewohnerinnen (nachteilig für hohes Aktivitätsniveau)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bettlägerigkeit - männliches Geschlecht - Vorhandensein einer Demenz - Immobilität - neuropsychiatrische (nicht-kognitive) Symptome <p><i>Institutionelle Merkmale (förderlich für hohes Aktivitätsniveau)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Demenzwohngruppe - Gerontopsychiatrische Fachkräfte - kleine Einrichtung <p>Nicht signifikant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alter Bewohner/Bewohnerin

ZI (MuG IV)

*mit Einrichtung als Kontextgröße

Die Analysen bestätigten, dass Immobilität und Demenz das individuelle Aktivitätenniveau bedeutend einschränken (Abb. 3.5). Eine Demenz in Verbindung mit Mobilitätseinschränkungen reduzierte die Chance auf ein hohes Aktivitätenniveau um über 40% (OR 0.52; 95% CI 0.43-0.62; $p < .001$). Auch die mit Demenz häufig einher gehenden nicht-kognitiven Symptome, wie Depressivität, Agitiertheit/Aggressionen oder Apathie reduzierten zusätzlich signifikant den Umfang an Aktivität: je höher der Gesamtwert aus Häufigkeit und Schwere aller nicht-kognitiven Symptome war, desto geringer waren die Chancen auf umfangreiche Teilhabe. Darüber hinaus sank bei Bettlägerigkeit die Chance auf Aktivität nahezu auf Null. Ein mindestens wöchentlicher Besuch von privaten Bezugspersonen förderte dagegen die Beteiligungschance deutlich.

Zudem konnten wir feststellen, dass nach den bettlägerigen Menschen männliche Bewohner die schlechtesten Chancen auf ein hohes Teilhabeniveau in den hier erfassten Aktivitäten hatten. Von den in den Aktivitätenscore eingegangenen Einzelaktivitäten erwiesen sich nur sensorische Stimulation und Kontakt mit Tieren als vom Geschlecht unabhängig genutzt. In allen übrigen Bereichen waren die Männer weniger aktiv.

Einen bedeutenden Beitrag zur Erklärung des vorgefundenen Aktivitätsniveaus leisteten auch Merkmale der Betreuungssituation der Bewohnerinnen und Bewohner. Personen, die in einer Demenzwohngruppe lebten, hatten eine fünffach höhere Chance auf umfangreiche, förderliche Aktivitäten. Auch die Arbeit einer gerontopsychiatrischen Fachkraft und eine kleinere Einrichtung mit maximal 50 Pflegeplätzen wirkten sich signifikant positiv auf ein hohes Aktivitätensniveau aus.

Um zu überprüfen, ob die geschätzten Parameter insbesondere der institutionsbezogenen Merkmale zwischen den Einrichtungen variierten, wurde auch dieses Modell in einen Mehrebenenansatz überführt. Dabei zeigte sich, dass der Einfluss des Kontextfaktors „Einrichtungen“ zwar signifikant wurde, die Varianz zwischen den Einrichtungen aber doch als relativ gering zu veranschlagen war: Gegenüber dem ersten Schätzmodell ergaben sich zwar geringe quantitative aber keine qualitativen Veränderungen der Koeffizienten und Signifikanzen.

Wenn man die Einzelaktivitäten nochmals unter Berücksichtigung aller anderen Einflussfaktoren auf eine hohe Aktivierung betrachtet und differenziert nach Schwere der Demenz, lassen sich bestimmte Teilhabemuster konkretisieren. Punktuell sollen einige Ergebnisse dargestellt werden:

Die am häufigsten genutzten Aktivitäten waren, wie schon dargestellt, für demenzkranke und kognitiv unbeeinträchtigte Personen gar nicht so unterschiedlich. Lediglich das Niveau lag bei den Demenzkranken jeweils niedriger, mit Ausnahme von demenzspezifischer Aktivierung und sensorischer Stimulation. Dabei war in vielen Bereichen die Teilnahmechance für leicht bis mittelschwer Demenzkranke vergleichbar mit der der nicht Demenzkranken. Schwer Demenzkranke jedoch waren nur in den abgefragten Formen demenzspezifischer Aktivierung und sensorischer Stimulation nicht benachteiligt bzw. sogar mit einer größeren Wahrscheinlichkeit als andere beteiligt. Das waren parallel auch die einzigen Angebote, die nicht von der Mobilität der Bewohnerinnen und Bewohner abhängig waren. Gerade in der häufigsten Aktivität, dem Aufenthalt im Frei- und Grünbereich, hatten aber auch leicht- bis mittelschwer Demenzkranke deutlich geringere Chancen gegenüber kognitiv Unbeeinträchtigten. Die Chancen konnten aber bedeutsam erhöht werden, wenn ein frei zugänglicher und selbständig nutzbarer Frei- und Grünbereich zur Verfügung stand.

Sinnesorientierte Verfahren erfreuen sich beim Personal in den Einrichtungen großer Beliebtheit, gerade für (in der Mobilität eingeschränkte) schwer Demenzkranke, Kontakt mit Tieren gehörte zu den allgemein weniger verbreiteten und insbesondere bei allen Schweregraden von Demenz seltener genutzten Angeboten.

Die nicht zu vernachlässigende aktivitätshemmende Rolle nicht-kognitiver Symptome bei Demenz ließ sich auch im Hinblick auf alle Einzelaktivitäten belegen. Aggressives Verhalten oder andere nicht-kognitive Symptome minderten die Teilnahmechancen bei allen gemeinschaftlichen Aktivitäten signifikant. Bei eher individuell nutzbaren Angeboten, wie Aufenthalt im Außenbereich der Einrichtung, Kontakt mit Tieren oder besondere Aktivierung und sensorische Stimulation, wirkte sich das Vorliegen nicht-kognitiver Symptomatik hingegen weder positiv noch negativ aus.

Ein starker Bewegungsdrang, wie er bei manchen demenziell Erkrankten auftritt, erhöhte auch in allen Einzelaktivitäten die Beteiligungshäufigkeit. Einzig Ausflüge machten die Betroffenen nicht häufiger als ihre Mitbewohner und -bewohnerinnen. Die individuelle Chance an einem bestimmten Angebot teilzunehmen, wurde nahezu immer erhöht, wenn jemand in einem besonderen Demenzwohnbereich lebte (vgl. Kapitel Wohnsituation).

Werden einzelne Angebote in den Fokus genommen, wird der im Durchschnitt gefundene Einfluss der Einrichtunggröße inkonsistent: Kleinere Einrichtungen eröffneten weder höhere Chancen in dem einen oder anderen Aktivitätsbereich, noch waren sie mit besonderen Benachteiligungen verknüpft.

Gefühlsäußerungen demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner

Demenzkranken Personen sind häufig – insbesondere in fortgeschrittenen Krankheitsstadien - nicht mehr in der Lage, sich im Hinblick auf ihre Befindlichkeit zu äußern. Aus der Emotionsforschung ist jedoch bekannt, dass Außenstehende anhand der Beobachtung von Mimik, Gestik oder Lautäußerungen einer Person zutreffende Rückschlüsse auf deren Gefühlszustand ziehen können. Diese Erkenntnis macht sich die Modified Apparent Emotion Scale (Albert et al. 2001) zu nutze, um überhaupt eine Einschätzung von Gefühlen und Emotionen bei demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern zu ermöglichen. Auf einer Scala von 1 ((fast) nie) bis 3 (mehrmals täglich) beurteilten die Pflegekräfte, ob ein Gefühl in den letzten zwei Wochen gezeigt wurde. Demnach hatten drei Viertel der Demenzkranken mehrmals pro Woche oder mehrmals täglich positive Emotionen (Freude und/oder Interesse) ausgedrückt (Tab. 3.21).

Negative Emotionen, wie Wut, Angst/Furcht und Niedergeschlagenheit, wurden im Beobachtungszeitraum bei 37% bis 42% der Demenzkranken wahrgenommen. Bei rund 15% der Demenzkranken konnte kein positiver Affekt (bei vorhandenem negativem Affekt) mehr beobachtet werden, circa 6% zeigten keinerlei Emotionsausdruck - weder positiven noch negativen - mehr.

Im Vergleich dazu hatten kognitiv unbeeinträchtigte Bewohnerinnen und Bewohner im Bezugszeitraum signifikant häufiger positive Emotionen und signifikant seltener negative Emotionen ausgedrückt. Weniger als fünf Prozent hatten keine positiven Gefühle mehr gezeigt und bei nur etwa einem Prozent dieser Gruppe konnte überhaupt kein Emotionsausdruck beobachtet werden.

Tabelle 3.21

Ausdruck von Gefühlen und Emotionen (in den letzten zwei Wochen): Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (in %)

	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p ¹
Häufig gezeigte Gefühle und Emotionen mehrmals pro Woche oder mehrmals täglich			
Freude	84,7	73,1	***
Wut	29,6	40,0	***
Angst/Furcht	19,2	37,1	***
Niedergeschlagenheit/Traurigkeit	35,9	42,4	***
Interesse	90,9	75,7	***
Kein positiver Affekt beobachtet	4,3	14,6	***
Kein Emotionsausdruck beobachtet	1,2	5,9	***

¹ = χ^2 -Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Bei den negativen Emotionen zeigten sich statistisch bedeutsame Geschlechtsunterschiede. Männer waren häufiger wütend (46 vs. 34,1%), Frauen dagegen häufiger ängstlich (34 vs. 22,6%) oder niedergeschlagen (43,1 vs. 31,1%). Bei den positiven Emotionen unterschieden sich die Geschlechter jedoch nicht voneinander.

Um den Einfluss einer Demenz auf die Äußerung positiver Emotionen in Zusammenhang mit anderen Faktoren zu bestimmen, wurde aus den beiden Komponenten der Modified Apparent Emotion Scale (Freude und Interesse) ein gemeinsamer Wert gebildet. Die jeweiligen Häufigkeiten von geäußertem Interesse und Freude wurden aufaddiert, so dass im Summenscore für positive Emotionen eine Punktzahl von 0 bis 4 (maximaler Wert) erreicht werden konnte.

Im Mittel erreichten die demenzkranken Personen aus unserer Stichprobe einen Wert von 2,2 Punkten (SD 1,3), mit einer Variation unter den Einrichtungen von durchschnittlich 1,6 bis 3,5 Punkten. Der durchschnittliche Wert der kognitiv unbeeinträchtigten Männer und Frauen lag um 0,7 Punkte höher.

In den multivariaten Analysen wurde deutlich, dass das Auftreten positiver Emotionen mit besonderen Anlässen assoziiert ist (Abb. 3.6). So wurden bei Bewohnerinnen und Bewohnern umso häufiger Freude und/oder Interesse beobachtet, je häufiger diese in Aktivitäten eingebunden waren. Auch der Besuch von Angehörigen und Freunden war ein Anlass, mit dem häufigere positive Emotionen verbunden waren. Etwa in gleichem Maße nahm aber auch die Selbständigkeit in den alltäglichen Verrichtungen (Barthel-Index) Einfluss: Je weniger Hilfe die Bewohnerinnen und Bewohner benötigten, desto häufiger zeigten sie Freude oder Interesse an ihrer Umwelt. Dagegen war Bettlägerigkeit mit einer signifikant geringeren Häufigkeit von positiven Emotionen verbunden. Nach der Teilhabe an Aktivitäten erwiesen sich Demenz, insbesondere schwere Demenz, und neuropsychiatrische Symptome als stärkste Prädiktoren für den Gefühlsausdruck. Beides reduzierte das Ausmaß geäußerter positiver Gefühle erheblich.

So senkte leichte bis mittelschwere Demenz die beobachtbare Häufigkeit positiver Emotionen bereits um den Faktor $-0,2$ und schwere Demenz reduzierte den Summenwert um $-0,6$ Punkte.

Dabei machte es keinen Unterschied, ob die Personen in einer integrativen Wohnform lebten oder in einem speziellen Demenzwohnbereich. Auch institutionelle Merkmale wie die Größe der Einrichtung, die Betreuungsrelation oder die Unterstützung durch gerontopsychiatrisches Fachpersonal hatten keinen eigenständigen Einfluss auf das gezeigte Ausmaß positiver Emotionen. Die individuellen Einrichtungen als Kontextfaktor betrachtet, hatten jedoch einen signifikanten Effekt. Zwei Standardabweichungen zugrunde gelegt, konnte der erreichbare Summenwert zwischen den Einrichtungen um bis zu 0,5 Punkte variieren.

Abbildung 3.6 Häufigkeit beobachteter positiver Emotionen in den letzten 4 Wochen, gemischtes Modell*

<p>Signifikante Prädiktoren</p> <p><i>Merkmale der Bewohner- und Bewohnerinnen (förderlich für Ausdruck positiver Emotionen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - hohes Aktivitätenniveau - größere Selbständigkeit in den alltäglichen Verrichtungen (Barthel-Index) - tgl. mehr als 1 Stunde außerhalb des Bettes - häufiger Besuch von Angehörigen o. Freunden <p><i>Merkmale der Bewohner- und Bewohnerinnen (nachteilig für Ausdruck positiver Emotionen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Leichte bis mittelschwere oder schwere Demenz - neuropsychiatrische Symptome <p>Nicht signifikant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geschlecht und Alter der Bewohnerinnen und Bewohner - Wohngruppe integrativ oder segregativ - Betreuungsrelation, Gerontopsychiatrische Fachkräfte, Einrichtungsgröße

ZI (MuG IV)

*gemischtes lineares Modell, mit Einrichtung als Kontextgröße

Wohnsituation und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz

Für die Betreuung und Versorgung demenzkranker Heimbewohnerinnen und –bewohner werden schon seit einiger Zeit verschiedene Konzepte entwickelt und erprobt. Neben spezialisierten, segregierten Wohngruppen – zum Teil mit milieutherapeutischem Ansatz - wurden auch spezielle Tagesbetreuungsgruppen eingerichtet, in denen Demenzkranke aus der ganzen Einrichtung tagsüber für eine bestimmte Anzahl an Stunden von Fachpersonal betreut.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Wohn- und Betreuungssituation der gesamten Bewohnerschaft erfasst. Hierbei muss angemerkt werden, dass spezialisierte Wohngruppen für Demenzkranke nur durch das Segregationsprinzip definiert waren. Sie beinhalteten nicht automatisch Milieugestaltung oder –therapie. Die Konzepte bzgl. Größe (reichte von 7 bis 40 Bewohner), Gestaltung und Organisation der Wohngruppen sind in den Einrichtungen insgesamt immer noch sehr heterogen, und unter einer Demenzwohngruppe wird nicht einheitlich dasselbe verstanden. Daher wurden von uns alle Demenzwohngruppen einbezogen, die von den Einrichtungen als solche bezeichnet wurden.

Es zeigte sich, dass nur sehr wenige Demenzkranke (<10%) zum Zeitpunkt der Erhebung in einer spezialisierten Wohngruppe lebten (Tab. 3.22). Bei 5% (N=154) handelte es sich um eine offene, bei 4,7% (N=143) um eine geschlossene Wohngruppe. Die überwiegende Mehrzahl demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner war zusammen mit kognitiv gesunden Personen in integrativer stationärer Pflege untergebracht, ein sehr kleiner Teil (0,7%) lebte in einer integrativen Wohngruppe nach dem Hausgemeinschaftsmodell.

Tabelle 3.22

Wohnsituation, Betreuung und Biographie: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten (in %)

	Keine Demenz nach Screening	Demenz nach Screening	p ¹
Wohnsituation			
Integrative stationäre Pflege	97,2	89,6	***
integrative Wohngruppe (Hausgemeinschaftsmodell), (N)	1,2 (17)	0,7 (21)	
spezialisierte Wohngruppe nur für Demenzkranke (offen oder geschlossen), (N)	1,5 (22)	9,7 (297)	
Teilnahme an Tagesbetreuungsgruppe			
Nein	80,4	74,3	***
Integrative Tagesbetreuung	18,8	16,4	
spezialisierte Tagesbetreuung nur für Demenzkranke, (N)	0,8 (11)	9,3 (280)	
Biographie erhoben	90,7	89,7	ns

¹ = χ^2 -Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

Wie bei den Wohngruppen waren die Konzepte auch bei den Tagesbetreuungsgruppen extrem heterogen. Nach einer Definition des Hamburger Modellprogramms der besonderen stationären Dementenbetreuung (Kellerhof 2002) muss eine spezialisierte Tagesbetreuung für Demenzkranke an mindestens fünf Tagen der Woche für mindestens sieben Stunden angeboten werden, um als solche bezeichnet zu werden. Diese Vorgaben erfüllten in der vorliegenden Untersuchung allerdings nur wenige Einrichtungen. Fast überall fand die Betreuung zwar an mindestens fünf Tagen pro Woche statt, dauerte jedoch zumeist weniger als sieben Stunden.

Drei Viertel der untersuchten Demenzkranken hatten in den letzten vier Wochen nicht an Tagesbetreuungsangeboten teilgenommen. 16,4% wurden tagsüber in einer integrativen Gruppe zusammen mit kognitiv gesunden Personen betreut und lediglich 9,3% nahmen an einer Tagesbetreuung speziell für demenzkranke Personen teil. Bei letzteren fand die Betreuung überwiegend (86,7%; N=235) an fünf Tagen pro Woche statt. Für rund 65% (N=152) über einen Zeitraum von mindestens vier Stunden (z.B. den ganzen Vor- oder Nachmittag), für knapp ein Drittel (N=75) waren es mindestens sieben Stunden (z.B. ab Frühstück bis zum Nachmittag).

Eine Auswertung nach Geschlecht ergab, dass Männer signifikant häufiger in *geschlossenen* Demenzwohngruppen untergebracht waren als Frauen (5,3 vs. 2,8%). Sie waren zwar insgesamt im NPI (nicht-kognitive Symptome) nicht auffälliger, zeigten jedoch häufiger als Frauen die Einzelsymptome Agitiertheit/Aggressionen (38,4 vs. 28,6%) sowie Reizbarkeit/Labilität (38,1 vs. 31%). Zudem konnte bei Männern häufiger „Wanderverhalten“ beobachtet werden (20 vs. 15,8%), und ein größerer Anteil hatte im Bezugszeitraum versucht, die Einrichtung zu verlassen (4,2 vs. 2,9%).

Die Biographie war bei nahezu allen Bewohnerinnen und Bewohnern bei Einzug oder später erhoben worden. Dies gehört mittlerweile zum Standard in den Heimen. Hierbei zeigten sich keine Unterschiede zwischen demenzkranken und nicht demenzkranken Personen.

Vergleich von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz in spezialisierten Wohngruppen und in integrativer Pflege

Demenzkranken, die zum Erhebungszeitpunkt in einer spezialisierten Demenzwohngruppe lebten, unterschieden sich in vielen Merkmalen signifikant von den integrativ versorgten Demenzkranken (Tab. 3.23). Sie waren im Schnitt 3,2 Jahre jünger, waren zu einem größeren Anteil männlichen Geschlechts und hatten höhere Pflegestufen (allein 40% in Pflegestufe 3). Dabei waren sie bei der Verrichtung von Alltagsaufgaben (Barthel-Index) jedoch noch selbständiger, waren wesentlich mobiler – mehr als zwei Drittel waren noch gehfähig - und seltener bettlägerig. Sie waren nach unserem Screening schwerer demenzkrank, und über drei Viertel hatten eine ärztliche Demenzdiagnose. Bei den integrativ versorgten Demenzkranken lag eine solche Diagnose nur bei der Hälfte der Personen vor.

Demenzkranken in spezialisierten Wohngruppen waren in den vergangenen vier Wochen fast doppelt so häufig körpernah fixiert worden (z.B. mit Fixiergurt oder Stecktisch). Dieser hohe Wert geht jedoch allein auf die geschlossenen Wohngruppen zurück, die mit 29% die mit Abstand höchste Fixierungsrate aufwiesen. In den offenen Demenzwohngruppen wurden dagegen mit 5,2% weniger Personen fixiert als in den integrativen Wohnbereichen.

Tabelle 3.23

Vergleich Demenzkranke in spezialisierten Wohngruppen und integrativ versorgte Demenzkranke (in %)

	Demenzkrank integrativ versorgt	Demenzkrank in spezieller Wohngruppe	p
Männliches Geschlecht	20,6	27,4	** ¹
Alter, M (SD)	83,9 (9,3)	80,7 (10,0)	**** ²
Pflegestufen nach SGB XI			*** ¹
PS 1	24,4	18,9	
PS 2	47,7	37,7	
PS 3	25,6	41,1	
Demenzschwere (DSS-Score), M (SD)	8,0 (3,3)	9,2 (3,1)	**** ²
Ärztliche Demenzdiagnose	53,2	77,4	*** ¹
Durchschnittlicher Barthel-Index (SD)	28,5 (29,1)	35,9 (27,6)	**** ²
Gehfähigkeit und Bettlägerigkeit			*** ¹
gehfähig (50m allein o. mit Hilfe)	43,2	68,0	
Bettlägerig	14,9	6,5	*** ¹
Körpernahe Fixierung (gelegentlich o. häufig)³	8,6	15,0	** ¹
Nicht-kognitive Symptome			
Mindestens ein NPI-Symptom schwer ausgeprägt	50,8	56,2	ns
NPI-Score, M (SD)	14,6 (16,6)	18,7 (20,2)	**** ²
Versucht Einrichtung zu verlassen (N)	2,8 (78)	19,6 (58)	*** ¹
Einrichtung unbemerkt verlassen (N)	2,5 (68)	3,0 (9)	
Aktivitätenscore, M (SD)	6,9 (6,0)	12,4 (6,3)	**** ²
Positive Emotionen, M (SD)	2,1 (1,3)	2,4 (1,2)	** ²

¹ = χ^2 -Test; ² = t-Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant

² = Ausschluss einer Einrichtung mit unplausiblen Angaben (vermutlich wurde Frage falsch verstanden)

Im Hinblick auf nicht-kognitive Demenzsymptome waren Wohngruppenbewohnerinnen und -bewohner im NPI signifikant auffälliger als Demenzkranke in integrativer Pflege. Ein wesentlich größerer Anteil hatte zudem in den letzten vier Wochen versucht die Einrichtung unbemerkt zu verlassen („wegzulaufen“).

Besonders deutlich wurde der Unterschied zwischen den Wohn- und Betreuungsformen bei den Aktivitäten innerhalb der Einrichtung. Demenzkranke in spezialisierten Wohngruppen erreichten im Mittel einen doppelt so hohen Aktivitätenscore. Sie nahmen an allen zehn erfragten Aktivitätsformen wesentlich häufiger teil, an den meisten davon sogar häufiger als die kognitiv unbeeinträchtigten Bewohnerinnen und

Bewohner. Auch bei den Aktivitäten außerhalb der Einrichtung war der Anteil an Wohngruppenbewohnerinnen und -bewohnern mit 30% nahezu doppelt so hoch wie der Anteil integrativ versorgter Demenzkranker und lag gleichauf mit dem Anteil nicht Demenzkranker. Bezüglich des Ausdrucks von Gefühlen und Emotionen waren ebenfalls Unterschiede im Profil der beiden Gruppen zu beobachten. Wohngruppenbewohnerinnen und -bewohner zeigen signifikant häufiger positive Emotionen als integrativ versorgte Demenzkranke.

Tabelle 3.24

Vergleich Demenzkranke in spezialisierten Wohngruppen und integrativ versorgte Demenzkranke (in %)

	Demenzkrank in offener Wohngruppe	Demenzkrank in geschlossener Wohngruppe	p
Männliches Geschlecht	21,6	36,6	* ¹
Alter, M (SD)	82,3 (10,1)	78,9 (9,7)	** ²
Pflegestufen nach SGB XI			** ¹
PS 1	26,0	11,2	
PS 2	40,9	34,3	
PS 3	31,8	51,0	
DSS-Score, M (SD)	9,0 (3,3)	9,3 (2,9)	ns ²
Ärztliche Demenzdiagnose	74,0	81,1	ns ¹
Durchschnittlicher Barthel-Index (SD)	39,0 (28,9)	32,7 (25,8)	ns ²
Gehfähigkeit und Bettlägerigkeit			
gehfähig (50m allein o. mit Hilfe)	64,3	72,0	ns ¹
Bettlägerig	8,6	4,2	ns ¹
Körpernahe Fixierung (gelegentlich o. häufig)³	5,2 (8)	29,0 (31)	*** ¹
Nicht-kognitive Symptome			
Mindestens ein NPI-Symptom schwer ausgeprägt	60,4	51,7	ns ¹
NPI-Score, M (SD)	17,1 (16,4)	20,4 (23,6)	ns ²
Versucht Einrichtung zu verlassen (N)	5,2 (8)	35,2 (50)	*** ¹
Einrichtung unbemerkt verlassen (N)	4,5 (7)	1,4 (2)	
Aktivitätenscore, M (SD)	12,1 (6,4)	12,8 (6,1)	ns ²
Positive Emotionen, M (SD)	2,3 (1,2)	2,5 (1,2)	ns ²

¹ = χ^2 -Test; ²=t-Test; ***p<.001; **p<.01; *p<.05; ns= nicht signifikant;

² = Ausschluss einer Einrichtung mit unplausiblen Angaben (vermutlich wurde Frage falsch verstanden)

Wie bereits im Zusammenhang mit den freiheitseinschränkenden Maßnahmen erläutert, unterschieden sich nicht nur demenzkranke Wohngruppenbewohnerinnen und -bewohner von integrativ versorgten, sondern auch Personen in offenen und geschlossenen Demenzwohngruppen hinsichtlich einiger Aspekte deutlich voneinander. Um diese Unterschiede klarer herauszuarbeiten, werden die Bewohnerinnen und Bewohner offener und geschlossener Demenzwohngruppen einander gegenübergestellt (Tab. 3.24). In den geschlossenen Wohngruppen war über ein Drittel der Bewohnerschaft männlich. Das Durchschnittsalter lag unter 80 Jahren und mit 51 % war ein überproportional hoher Anteil in Pflegestufe 3 eingestuft, obwohl die Bewohnerinnen und -bewohner in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) nur geringfügig weniger selbständig und tendenziell noch besser gehfähig waren. Der größte Unterschied zeigte sich im Anteil der körpernahen Fixierungen (siehe oben), der sich in den geschlossenen Wohngruppen auf fast 30% belief. Zudem wurde bei diesen Bewohnerinnen und Bewohnern eine größere „Weglaufgefahr“ beobachtet, fast die Hälfte hatte in den letzten vier Wochen versucht die Einrichtung unbemerkt zu verlassen. Die Personen in geschlossenen Wohngruppen zeigten häufiger Wanderverhalten als Personen in offenen Wohngruppen (54,6 vs. 37%) und wiesen zudem häufiger die Diagnose einer psychischen Störung durch Alkohol (17,5 vs. 5,8%) auf.

3.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Erstmals in Deutschland wurden der Anteil sowie die Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in Altenpflegeheimen auf der Grundlage einer repräsentativen bundesweiten Stichprobe untersucht. Die 58 einbezogenen Pflegeeinrichtungen wurden aus der vorgeschalteten Erhebung von TNS Infratest nach Zufall ausgewählt und vertieft im Hinblick auf das Themenfeld Demenz untersucht. Eine Reihe von Merkmalen wurde jedoch sowohl in der Repräsentativuntersuchung von TNS Infratest als auch in unserem Teilprojekt erhoben. In einigen Fällen resultierten dabei leicht unterschiedliche Raten bei denselben Merkmalen. An den Abweichungen zwischen beiden Untersuchungen dürften folgende Faktoren beteiligt gewesen sein:

- unserer Studie lag eine kleinere und durch die Ausfälle leicht veränderte Stichprobe von Einrichtungen zugrunde
- wir haben in jeder Einrichtung die gesamte Bewohnerschaft untersucht
- zeitlich bedingte Veränderungen (die beiden Untersuchungen wurden zeitlich versetzt durchgeführt)
- einige Merkmale wurden durch unterschiedliche Methoden erhoben. Im Unterschied zur Erhebung von TNS Infratest konnten in unserer wesentlich kleineren Untersuchung Demenzen mit Hilfe eines spezifischeren und höher standardisierten Erhebungsinstruments ermittelt werden, und zwar jeweils bezogen auf die gesamte Bewohnerschaft einer Einrichtung. TNS Infratest hingegen hat psychische Veränderungen allgemeiner und an kleinen Teilstichproben aus den Einrichtungen interviewbasiert erfragt.

Aufgrund der wesentlich breiteren Datenbasis von TNS Infratest im Bezug auf die allgemeinen Struktur- und Bewohnermerkmale, wurde in dieser Arbeit nur kurz auf diese Aspekte eingegangen. Der Fokus hier wurde vielmehr auf das Themenfeld Demenz gerichtet.

In den 58 von uns untersuchten Einrichtungen lebten zu den Stichtagen zwischen März 2006 und Januar 2007 insgesamt 4588 Bewohnerinnen und Bewohner. Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf 4481 Personen (97,7% der Stichtagspopulation), für die qualifizierte Pflegekräfte das Pflege- und Verhaltens-Assessment (PVA) bearbeiten konnten. Die Bestimmung des Demenzkrankenanteils erfolgte auf der Basis von 4449 Personen. Das Durchschnittsalter der untersuchten Bewohnerinnen und Bewohner lag bei 82,6 Jahren, ihre durchschnittliche bisherige Aufenthaltsdauer im Heim bei 3,6 Jahren. 78% der Bewohnerschaft waren weiblichen Geschlechts und 65% verwitwet. Männer waren mit 76,4 Jahren im Mittel acht Jahre jünger als Frauen und waren zu einem wesentlich geringeren Anteil verwitwet.

Die Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz

Um die zentrale Personengruppe dieses Teilprojekts, die Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz, zu identifizieren, wurde von den Pflegekräften im Rahmen des PVA ein standardisiertes Demenzscreening bearbeitet. Nach den Ergebnissen des Screenings litt die Mehrheit der Heimbewohnerschaft, durchschnittlich 68,6%, an einem Demenzsyndrom. Dieser Anteil schwankte zwischen den verschiedenen Einrichtungen von weniger als 50% bis zu über 90%. Bei rund 80% der Einrichtungen lag der Anteil von Demenzkranken zwischen 50 und 79%. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit den Befunden aus anderen europäischen Ländern (z.B. Engedal & Haugen 1993; MacDonald & Carpenter 2003) sowie einer regionalen Studie in Mannheim aus den Jahren 2002/2003 (Schäufele et al. 2008a). Im Vergleich zum Mannheimer Ergebnis, wonach im Mittel 65,3% der Heimbewohnerschaft von einer Demenz betroffen waren, deutet sich im aktuellen Befund ein weiterer Anstieg des Anteils von Demenzkranken an der Heimbewohnerschaft an.

Gegenüber den nicht demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern waren diejenigen mit Demenz: durchschnittlich rund drei Jahre älter, deutlich seltener gehfähig (45,6 % gegenüber 67,7%), häufiger bettlägerig (14% gegenüber 2,5%) sowie harn- und stuhlinkontinent. Die erheblich stärkere Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der Demenzkranken, die sich in allen Alltagsaktivitäten niederschlug, kam auch in der Einstufung nach SGB XI zum Ausdruck: Pflegestufe 2 oder 3 lag bei 73,8% der Demenzkranken, aber nur bei 37,2% der nicht Demenzkranken vor. Auch im Hinblick auf die für den Umgang und die Betreuung hoch relevanten nicht-kognitiven Symptome waren die demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner deutlich auffälliger. Eine Ausnahme bildeten die depressiven Symptome, die von den Pflegekräften bei jeweils nahezu 40% der Bewohnerschaft wahrgenommen wurden, unabhängig davon, ob eine Demenz vorlag oder nicht. Agitiertheit/Aggressionen, Apathie/Gleichgültigkeit, veränderter Appetit/Essverhalten, abweichendes motorisches Verhalten oder Halluzinationen kamen jedoch bei den Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz um das Doppelte bis

Dreifache häufiger vor als bei denjenigen ohne Demenz. Die Hauptprobleme bei Personen mit eingeschränkter Fortbewegungsfähigkeit waren mit Anteilen von rund 40% Apathie und reduzierter Antrieb. „Wandern“ stellte demgegenüber das vergleichsweise seltenere Phänomen dar: Hiervon waren lediglich 23% der Demenzkranken gelegentlich oder häufig betroffen. Im Vergleich zu den Ergebnissen einer repräsentativen Untersuchung von Demenzkranken in Privathaushalten (Schäufele et al. 2006) waren Agitiertheit/Aggressionen in der Rangfolge der häufigsten Auffälligkeiten im Heim deutlich höher angesiedelt als im Privathaushalt. In den Privathaushalten dominierten unter den nicht-kognitiven Symptomen hingegen Apathie und Angst.

Ein weiterer interessanter Unterschied zur Population von Demenzkranken in den Privathaushalten betraf die Schwere der Demenz. Während in den Privathaushalten anteilmäßig leichte Demenz (44,4%) vorherrschte und schwere Demenz (21,8%) den geringsten Teil ausmachte, kehrte sich dieses Verhältnis in den stationären Pflegeeinrichtungen um. Die größte Gruppe unter den Demenzkranken (56,6%) war diejenige mit einer schweren Ausprägung des Syndroms, gefolgt von der Gruppe mit mittelschwerer Ausprägung. Verglichen mit den Demenzkranken, die einen geringeren Schweregrad aufwiesen, waren die schwer Demenzkranken im Heim durch eine noch erheblichere Hilfs- und Pflegebedürftigkeit charakterisiert: rund 63% waren selbst mit Unterstützung nicht mehr in der Lage 50 m zugehen, rund 19% verbrachten weniger als eine Stunde am Tag außerhalb des Bettes. Auch das Seh- und Hörvermögen war noch stärker beeinträchtigt. In diesem Kontext fiel eine im Vergleich zu den nicht Demenzkranken deutlich geringere Verwendung von Hilfsmitteln (adäquate Brille, Hörgerät) auf, durch die zumindest ein Teil der Beeinträchtigungen zu kompensieren gewesen wäre. Auch im Hinblick auf die nicht-kognitiven Symptome waren die schwer Demenzkranken häufiger und stärker betroffen. Depressionen und Wahn ausgenommen, fanden sich unter den schwer Demenzkranken jeweils höhere Anteile mit einer ausgeprägten Symptomatik. Besonders gravierend waren die Unterschiede in den Dimensionen Agitiertheit/Aggressionen und Apathie.

Angesichts der umfassenden und schwerwiegenden Beeinträchtigungen gerade in den fortgeschrittenen Demenzstadien verwundert es nicht, dass 90% der Heimbewohnerinnen und –bewohner in Pflegestufe 3 von einer mittleren bis schweren Demenz betroffen waren.

Ärztliche Versorgung

Für lediglich rund 56% der Bewohnerinnen und Bewohner, die nach unserem Screening eine Demenzerkrankung hatten, war in der Pflegedokumentation eine entsprechende ärztliche Diagnose vorzufinden. Beim Großteil dieser Diagnosen handelte es sich um eine Syndromdiagnose, d.h. es wurde ein Demenzsyndrom festgestellt ohne Bezeichnung des Demenztyps. Im Vergleich zu den in den vorausgegangenen regionalen Studien ermittelten (noch niedrigeren) Raten (Schäufele et al. 2008a) bedeutet dieses Ergebnis zwar eine Verbesserung. Bedenkt man aber, dass eine adäquate Therapie und Betreuung die hinreichende Diagnostik der zugrunde liegenden Störung voraussetzen, spiegelt sich darin eine noch immer defizitäre gerontopsychi-

atrische Versorgung der demenzkranken Heimbewohnerschaft wider. Entgegen den Empfehlungen der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften war auch die Verschreibung von Medikamenten, die das Fortschreiten des demenziellen Prozesses verzögern können, die so genannten Antidementiva, mit knapp 11% erstaunlich selten. Die geringe Verschreibungsrate war offenbar nicht auf eine fehlende Erkennung zurückzuführen. Auch wenn eine Demenz diagnostiziert war, wurden nur geringfügig häufiger (14,4%) Antidementiva verordnet.

Ein weiteres Problemfeld betrifft die Zusammenarbeit der Einrichtungen mit der Ärzteschaft, die offenbar noch nicht befriedigend gelingt. Lediglich rund 62% der Einrichtungen gaben an, eine Beratung durch einen gerontopsychiatrisch erfahrenen Arzt oder Konsiliardienst nutzen zu können. Die unmittelbare Beteiligung von Ärzten an Fallkonferenzen war bei weniger als einem Drittel der untersuchten Einrichtungen gegeben. Zu vermuten ist überdies, dass in diesen Einrichtungen nicht alle im Haus tätigen Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen waren, sondern nur einzelne Personen. Während die hausärztliche Versorgung für alle Heimbewohnerinnen und -bewohner in hohem Maße gewährleistet ist, finden sich für die fachärztliche Betreuung weniger günstige Raten. Eine regelmäßige psychiatrische oder neurologische Behandlung Demenzerkrankter war selbst bei vorliegender ärztlicher Diagnose in weniger als der Hälfte der Fälle gegeben. Von denjenigen, die nach unserem Screening von einer Demenz betroffen waren, wurden rund 12% einmal monatlich oder häufiger fachärztlich behandelt, rund 31% einmal im Quartal oder seltener. Einer zahnärztlichen Untersuchung bzw. Behandlung, deren Nutzen als erwiesen gilt und die mindestens einmal jährlich angeraten wird, unterzogen sich innerhalb eines Jahres nur 23,5% der kognitiv unbeeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohner und bei denjenigen mit Demenz waren es mit 17,2% noch signifikant weniger. Obwohl es in Deutschland –anders als in Österreich - keinen speziellen Vorsorgeplan für ältere Menschen im Hinblick auf das Seh- und Hörvermögen gibt, erscheinen die ermittelten Anteile derjenigen, die fachärztlich untersucht oder behandelt wurden, niedrig. Diese Anteile waren bei den Demenzkranken mit rund 17% (augenärztlich) und rund 10% (HNO-ärztlich) wiederum signifikant geringer als bei den nicht Demenzkranken. Im Hinblick auf die festgestellten, nicht immer ausreichend kompensierten Funktionseinschränkungen in diesem Bereich sowie dem höheren Morbiditätsrisiko der Demenzkranken weisen diese Raten ebenfalls auf eine fachärztliche Unterversorgung hin.

Schmerzmanagement

Auf eine Benachteiligung der Demenzkranken auch im Bereich des Schmerzmanagements wird in der internationalen Literatur schon seit einigen Jahren hingewiesen (z.B. Nygaard et al. 2005). Unsere Ergebnisse weisen in dieselbe Richtung: Gegenüber den nicht Demenzkranken fand sich bei den Demenzkranken ein signifikant niedrigeres Verordnungsniveau von Schmerzmitteln, den so genannten Analgetika. Demenzkranke erhielten seltener als nicht Demenzkranke eine kontinuierliche Schmerzmittelbehandlung, dafür häufiger eine reine Bedarfsmedikation (33,9% vs. 29,7%). Ein ähnliches Verhältnis zeigte sich auch bei den Personen mit schwerer Demenz gegenüber den leicht bis mittelschwerer Demenzkranken. Bringt man diese Ergebnisse in Zusammen-

hang mit der Häufigkeit von Schmerzäußerungen, zeigt sich zum einen, dass Schmerzäußerungen bei Demenzerkrankten durchschnittlich seltener beobachtet wurden. Zum anderen wird aber auch deutlich, dass die unterschiedliche Verordnungspraxis nicht vollständig durch die geringere Häufigkeit beobachteter Schmerzen erklärt wird. Auch bei Schmerzäußerungen, die von den Pflegekräften wahrgenommen wurden, war die Chance eines Demenzkranken ein Schmerzmittel zu erhalten mehr als 40% niedriger als bei einem nicht Demenzkranken.

Wohn- und Betreuungsform

Die Ergebnisse bestätigen, dass die stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz in Deutschland überwiegend integrativ erfolgt, d.h. demenzkranke Menschen leben gemeinsam mit nicht demenzkranken Menschen in einem Wohnbereich. Wohnbereiche oder –gruppen speziell für Demenzkranke wurden von 25% der untersuchten Heime angeboten. Der Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz, die in solchen speziellen Bereichen betreut werden, betrug rund 10%. Rund ein Drittel dieser Wohnbereiche wurde geschlossen geführt. Reine Spezialeinrichtungen, in denen ausschließlich Menschen mit Demenz betreut wurden, sind offenbar noch sehr selten; sie kamen in unserer Stichprobe überhaupt nicht vor. Integrative Wohngruppen, in denen Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen in Form von kleinen Hausgemeinschaften zusammen leben, sind ebenfalls noch sehr selten in Pflegeeinrichtungen vorzufinden: Weniger als 1% der demenzkranken Heimbewohnerinnen und –bewohner befanden sich in einer solchen Betreuungsform. Ein weit größerer Teil von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz in unserer Stichprobe nahm an Tagesbetreuungsgruppen teil: rund 16% an integrativen Gruppen und 9% an spezialisierten Gruppen für Demenzkranke. Tagesbetreuungsgruppen scheinen insbesondere für kleine Heime eine machbare Alternative zu spezialisierten Wohnbereichen darzustellen.

Verglichen mit früheren regionalen Untersuchungen in Baden-Württemberg (Weyerer et al. 2000; Schäufele et al. 2007) kann man von einer Zunahme des Angebots an segregativen stationären Wohn- und Betreuungsformen für Menschen mit Demenz ausgehen. Auch zukünftig ist mit einem weiteren Ausbau dieser Angebote für Demenzkranke zu rechnen. Über ein Drittel der Einrichtungen gab an, segregative Einheiten schaffen zu wollen, im Vordergrund der Planungen stand dabei die Einrichtung von Demenzwohngruppen. Hinter den segregativen Wohn- und Betreuungsformen verbirgt sich allerdings immer noch eine Vielfalt unterschiedlicher Angebote, die hinsichtlich Ausstattung, therapeutischem Konzept, Größe und Organisation stark variieren. Gemeinsam war den speziellen Demenzwohngruppen letztlich lediglich das Segregationsprinzip, d.h. die Betreuung vorrangig von Demenzkranken in einem Wohnbereich. So bewegte sich z.B. die Größe der insgesamt 16 untersuchten Demenzwohngruppen in den verschiedenen Heimen zwischen sieben und 40 Bewohnerinnen und Bewohnern, zehn wurden offen, sechs geschlossen geführt. Auch bei den teilsegregativen Angeboten, den Tagesbetreuungsgruppen speziell für Demenzkranke, war die Praxis sehr heterogen. Insbesondere Häufigkeit und Dauer dieses Angebots schwankten stark zwischen den Einrichtungen. Die Anforderungen des Hamburger Modellprogramms der besonderen Dementenbetreuung (Kellerhof 2002), wonach eine speziali-

sierte Tagesbetreuung an mindestens fünf Tagen der Woche für mindestens sieben Stunden erfolgen sollte, wurden nur von wenigen Einrichtungen erfüllt.

Für die bedürfnisgerechte räumlich-materielle Gestaltung von Demenzwohngruppen existieren mittlerweile relativ einheitliche Kriterien, Empfehlungen und Assessmentverfahren, die zumeist auf milieuthérapeutischen Ansätzen beruhen. Die Anwendung eines solchen Assessmentverfahrens (Sloane et al. 2002) erbrachte, dass ein Großteil der Demenzwohngruppen die meisten gestalterischen Empfehlungen erfüllte. Dennoch waren deutliche Unterschiede im Erfüllungsgrad dieser Empfehlungen festzustellen. Im Vergleich zu den integrativen Wohnbereichen wiesen die öffentlichen Räumlichkeiten in den Demenzwohngruppen folgende Merkmale durchschnittlich häufiger auf: Wohnlichkeit, Gelegenheit zur taktilen Stimulation (z.B. haptische Wände) Rückzugsmöglichkeiten und Beschäftigungsangebote. Interessanterweise zeichneten sich in der räumlich-materiellen Gestaltung ansonsten keine großen Unterschiede zwischen den speziellen und den traditionell integrativen Wohnbereichen ab. Offenbar setzen integrativ betreuende Einrichtungen zunehmend auch Elemente der speziellen Demenzkrankenversorgung um. Dies spiegelte sich unter anderem darin wider, dass 42% dieser Einrichtungen ein spezielles Betreuungskonzept für Demenzkranke haben. Auch tagesstrukturierende Maßnahmen wurden in den meisten integrativen Einrichtungen umgesetzt. Zwei Drittel aller Einrichtungen gaben an, verbindliche Leitlinien zum Umgang mit Demenzkranken für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter formuliert zu haben. Die Spezialisierung der teilsegregativen und segregativen Einrichtungen kam an anderer Stelle klarer zum Ausdruck: z.B. im Einsatz eines demenzspezifischen Screenings oder Assessments (60% gegenüber 24,2%) sowie in der personellen Ausstattung. Bei der Mehrheit der speziellen Bereiche war die personelle Ausstattung besser als in den übrigen Wohnbereichen der Einrichtung, in fast allen gab es sowohl in der Spät- als auch in Frühschicht mindestens zwei Präsenzkkräfte. Zwei Drittel der Leitungskräfte der Demenzwohnbereiche verfügten über eine gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation. Auch bei den übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der speziellen Bereiche war der Anteil gerontopsychiatrisch qualifizierter Kräfte im Vergleich zu den integrativen Wohnbereichen überproportional hoch (90% gegenüber 42%). Obwohl sich die untersuchten Demenzwohnbereiche den Kriterien von modellhaften Programmen, wie z.B. denen des Hamburger Modellprogramms (Kellerhof 2002), in Teilen annäherten, kann nicht davon ausgegangen werden, dass in der spezialisierten Demenzkrankenbetreuung bereits ideale Bedingungen auf breiter Basis erreicht wurden.

Ein Grund dafür dürfte in der uneinheitlichen und für die meisten Verantwortlichen unbefriedigend gelösten Finanzierung der (Mehr-)Kosten der Demenzwohngruppen liegen. Nur bei vier der 15 Einrichtungen mit Demenzgruppe(n) bestand dafür eine über spezielle Leistungsvereinbarung, bei sechsen erfolgten Zuschüsse über die anderen Wohnbereiche des Hauses und vier Einrichtungen wandten keine zusätzlichen Mittel für den Demenzwohnbereich auf.

In welchem Maße die Bewohnerinnen und Bewohner der speziellen Demenzwohnbereiche in der vorliegenden Untersuchung den Zuweisungskriterien von etablierten Rahmenvereinbarungen, wie z.B. denen des Hamburger Modells der Besonderen De-

mentenbetreuung (Kellerhof 2002), entsprachen, war aufgrund der unterschiedlichen Assessmentverfahren nicht festzustellen. Ein Vergleich mit den Demenzkranken, die in den integrativen Wohnbereichen lebten, erbrachte jedoch ein Profil, das dem der Zielgruppe des Hamburger Modells ähnelt. Gegenüber den integrativ betreuten Demenzkranken wiesen die Wohngruppenbewohnerinnen und –bewohner im Durchschnitt nach unserem Screening einen schwereren Grad der Demenz und der nicht-kognitiven Symptomatik (z.B. Agitiertheit/ Aggressionen) auf, waren wesentlich häufiger gehfähig und seltener bettlägerig. Des Weiteren lag bei einem wesentlich größeren Anteil eine ärztliche Demenzdiagnose vor und weit mehr Demenzkranke in den Wohngruppen als in der integrativen Betreuung waren in Pflegestufe 3.

Bei genauerer Inspektion wurden beträchtliche Unterschiede zwischen der Klientel von offenen und geschlossenen Demenzwohngruppen deutlich. In den geschlossenen Wohngruppen war ein höherer Anteil der Bewohnerschaft männlich, durchschnittlich jünger und mit rund 46% war ein sehr hoher Prozentsatz in Pflegestufe 3 eingestuft, obwohl die Bewohnerinnen und Bewohner in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) nur etwas weniger selbständig und tendenziell gehfähiger waren. Des Weiteren zeigten die Bewohnerinnen und Bewohner der geschlossenen Demenzwohngruppen in höherem Maße Wanderverhalten und hatten deutlich häufiger versucht, die Einrichtung unbemerkt zu verlassen als Personen in offenen Wohngruppen (35,2 vs. 5,2%). Zudem kam die Diagnose einer psychischen Störung durch Alkohol in den geschlossenen Wohngruppen dreimal so häufig vor als in den offenen Wohngruppen (17,5 gegenüber 5,8%).

Einige der untersuchten Komponenten der Lebensqualität zeigten für die Bewohnerschaft von Demenzwohngruppen günstigere Ergebnisse an als für die integrativ Betreuten. Das Leben in den Wohngruppen ist insbesondere mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Teilhabe an förderlichen Aktivitäten verbunden. Positive Emotionen, wie Freude und Interesse, wurden bei der Bewohnerschaft von speziellen Wohngruppen ebenfalls häufiger beobachtet, allerdings wurde dieser Effekt nicht direkt durch die Wohngruppe vermittelt, sondern durch das höhere Aktivitätsniveau. Das heißt, wird in der integrativen Betreuung das Aktivitätsniveau gefördert, sollten dort bei den Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz ähnlich häufig positive Emotionen wahrzunehmen sein wie in den segregativen Milieus. Im Hinblick auf die dritte Qualitätskomponente, die Häufigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen, ergab sich ein anderes Bild: Hier waren die integrativ betreuten Demenzkranken eindeutig im Vorteil, deren Anteil an körpernahen Fixierungen um nahezu die Hälfte geringer war als in den segregativen Wohnbereichen. Dieses ungünstige Ergebnis war jedoch allein auf die geschlossenen Demenzwohngruppen zurückzuführen, in denen im vierwöchigen Beobachtungszeitraum 29% der Bewohnerschaft gelegentlich oder häufig mit Gurt oder Stecktisch fixiert wurden. In den offenen Demenzwohngruppen lag dieser Anteil hingegen bei 5,2% und damit niedriger als in den integrativen Bereichen (8,6%).

Weitere Einflussfaktoren auf die Komponenten der Lebensqualität

Neben dem Einfluss der Wohnform innerhalb der stationären Pflege wurden noch andere Faktoren im Zusammenhang mit der Lebensqualität untersucht. An dieser Stelle soll insbesondere auf Faktoren eingegangen werden, die im Rahmen der Betreuung potenziell veränderbar sind, nutzbar gemacht werden können oder reflexionsbedürftig erscheinen.

Anteil gerontopsychiatrischer Fachkräfte: Unabhängig davon, ob in einer spezieller Wohngruppe oder in der traditionellen integrativen Betreuung wirkte sich die Tätigkeit gerontopsychiatrischer Fachkräfte positiv aus: Gerontopsychiatrische Fachkräfte trugen zum einen dazu bei, die Wahrscheinlichkeit der Anwendung bewegungs- und freiheitseinschränkender Maßnahmen (Bettseitenteil, Stecktisch, Fixiergurt), zu senken. Zum anderen war ihr Einsatz mit einem höheren Aktivitätsniveau der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner verbunden und wirkte sich darüber wiederum förderlich auf die Wahrscheinlichkeit positiver Emotionen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern aus. Einen weiteren, eigenständigen Effekt auf die Emotionen hatten gerontopsychiatrische Fachkräfte jedoch nicht.

Die Größe und Ausstattung der Einrichtung: Neben den bereits erwähnten Faktoren wirken sich kleine Einrichtungen mit weniger als 50 Plätzen förderlich auf das Aktivitätsniveau der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner aus. Des Gleichen kann die Chance von Demenzkranken aktiver zu sein gesteigert werden, wenn die Einrichtung über einen frei zugänglichen Frei- und Grünbereich verfügt.

Häufige Besuche von Angehörigen oder Freunden: Über die Hälfte der Demenzkranken wurden mindestens einmal wöchentlich von Angehörigen oder Freunden besucht. Häufige Besuche wirkten sich messbar auf die Lebensqualität der Demenzkranken aus, indem sie sowohl die Wahrscheinlichkeit von förderlichen Aktivitäten bedeutsam erhöhten als auch die Wahrscheinlichkeit positiver Emotionen. Die Wirkung auf die positiven Emotionen erfolgte dabei nicht nur über die höhere Aktivitätenrate, sondern als zusätzlicher günstiger Einfluss.

Günstige Merkmale auf Bewohnerseite: Selbständigkeit in den alltäglichen Verrichtungen, Zeit außerhalb des Bettes, Bewegungsdrang. Höhere Selbständigkeit, bessere Mobilität und sogar motorische Unruhe wirkten sich günstig aus auf eine höhere Aktivitätenrate der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner. Darüber hinaus trugen diese Faktoren abwechselnd und bedeutsam dazu bei, die Chance positiver Emotionen zu steigern sowie dazu, die Wahrscheinlichkeit bewegungs- und freiheitseinschränkender Maßnahmen zu reduzieren.

Nachteilige Merkmale auf Bewohnerseite: Nicht-kognitive Symptome wirkten sich hingegen in mehrfacher Hinsicht nachteilig auf die Lebensqualität der demenzkranken Heimbewohnerschaft aus: Je ausgeprägter die Symptomatik, umso geringer die Wahrscheinlichkeit förderlicher Aktivitäten. Zusätzlich, nicht nur vermittelt über das Aktivitätsniveau, wurde dadurch die Chance auf beobachtbare positive Emotionen verringert.

Ein einzelner nicht-kognitiver Symptombereich, nämlich Agitiertheit/Aggressionen, erhöhte zudem die Wahrscheinlichkeit freiheits- und bewegungseinschränkender Maßnahmen. Offenbar werden diese Maßnahmen nicht nur zur Unfallverhütung/Sturzprävention eingesetzt, sondern auch zur Verhaltenskontrolle. Auch die Demenz selbst, unabhängig vom Vorhandensein und der Ausprägung nicht-kognitiver Symptome und anderer Faktoren wirkte sich direkt und eindeutig ungünstig auf alle untersuchten Komponenten der Lebensqualität im Heim aus: je schwerer die Ausprägung der Demenz, desto höher die Wahrscheinlichkeit bewegungs- und freiheitseinschränkender Maßnahmen und desto geringer die Chance auf Aktivitäten und positive Emotionen.

Gender-Aspekte

Männer hatten weniger soziale Kontakte von außen und waren signifikant häufiger in geschlossenen Demenzwohngruppen untergebracht als Frauen (5,3% vs. 2,8%). Hinsichtlich der nicht-kognitiven Symptomatik waren sie insgesamt nicht auffälliger als Frauen, zeigten jedoch häufiger die Einzelsymptome Agitiertheit/Aggressionen sowie Reizbarkeit/Labilität. Zudem konnte bei Männern öfter „Wanderverhalten“ beobachtet werden (20 vs. 15,8%) und ein größerer Anteil hatte im Bezugszeitraum versucht, die Einrichtung zu verlassen (4,2 vs. 2,9%). Als sehr überraschender und reflexionsbedürftiger Befund erwies sich in der Folge aber der eigenständige Einfluss des Geschlechts auf die Lebensqualität: Ganz unabhängig von den anderen genannten Merkmalen hatten Männer sowohl ein höheres Risiko körpernah fixiert zu werden als auch eine geringere Chance an Aktivitäten teilzuhaben.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- Pflegeheime haben sich in den letzten Jahren durch den Ausbau spezieller Angebote zunehmend auf die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Störungen ausgerichtet. Dieser Trend ist auch bei den ausschließlich integrativ betreuenden Einrichtungen zu beobachten. Eine weitere Spezialisierung ist bei vielen Einrichtungen in Planung. Im Hinblick auf die Auswirkungen von speziellen Betreuungsformen und Angeboten für Demenzkranke kann gegenwärtig festgestellt werden: Es gibt zwar eine Vielfalt von theoretischen Ansätzen, positiven Praxisberichten und Studien, letztlich aber noch wenig gesicherte Evidenz (Livingston et al. 2005). Es gibt einige Hinweise darauf, auch aus der vorliegenden Studie, dass weniger eng mit der Demenzerkrankung assoziierte Komponenten der Lebensqualität, wie z.B. die Häufigkeit kompetenzfördernder positiver Aktivitäten, der Ausdruck positiver Gefühle, wie Freude und Interesse, oder die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen in speziellen Milieus besser gefördert werden können als in der integrativen Versorgung (z.B. Reimer et al. 2004). Diese Studien haben aber auch darauf hingewiesen, dass diese Förderung wahrscheinlich ganz wesentlich durch den Einsatz gerontopsychiatrisch qualifizierten Personals in Verbindung mit einem günstigeren Betreuungsschlüssel bedingt wird. Das heißt, auch in der integrativen Betreuung dürften durch den vermehrten

Einsatz gerontopsychiatrisch qualifizierter Kräfte auch Verbesserungen zu erreichen sein. Ein nicht zu unterschätzender Vorteil der segregativen Milieus kann sich aber auch für die nicht demenzkranken Bewohnerschaft ergeben. Studienergebnissen in den USA zufolge, bedeutet die Segregation von stark verhaltensauffälligen demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern eine starke Entlastung und höhere Lebensqualität auf Seiten der übrigen Bewohnerschaft und auf Seiten des Pflegepersonals (Grant & Ory 2000). Nicht zuletzt aus diesen Gründen ist die Einrichtung solcher speziellen Milieus zu unterstützen. Allerdings sollten in Deutschland klarere Kriterien, eventuell auch Leitlinien für den Zugang zu diesen Gruppen, ihrer Ausstattung, Größe und ihres Betreuungskonzepts (insbesondere Alternativen zur Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen - FEM) entwickelt werden. Dies gilt insbesondere für die geschlossenen Wohngruppen, die durch eine große Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern auffallen sowie durch eine extrem hohe Rate von FEM.

Unabhängig von speziellen Wohn- und Betreuungsformen kann die Lebensqualität der Bewohnerschaft mit Demenz den vorliegenden Befunden nach durch folgende Maßnahmen gefördert werden:

- Spezielle Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Heimen für den Umgang und die Kommunikation mit Demenzerkrankten, wie sie derzeit z.B. im Rahmen gerontopsychiatrischer Weiterbildungen vermittelt wird. Dabei ist nicht nur an eine Qualifizierung der Pflegemitarbeiterinnen und –mitarbeiter zu denken, sondern auch an die des gesamten Personals, das Kontakt mit der Bewohnerschaft hat, d.h. auch des hauswirtschaftlichen und technischen Personals. Angesichts des stetigen Anstiegs der Zahlen von Menschen mit Demenz ist zudem anzustreben, dass die gerontopsychiatrische Qualifizierung in die grundständigen Ausbildungen der Altenhilfe- und Gesundheitsberufe integriert wird und nicht erst im Rahmen kosten- und zeitaufwändiger Fort- und Weiterbildungen erworben werden muss.
- Förderung der Kontakte zu Angehörigen und Freunden (Angehörigenarbeit, Freiwilligenarbeit).
- Förderung von Mobilität, Zeit außerhalb des Bettes und Selbständigkeit insgesamt. Für diesen Bereich existieren inzwischen multidisziplinäre Leitlinien, speziell für die stationäre Pflege, deren Entwicklung vom BMFSFJ gefördert wurde (Schäufele et al. 2008b).
- Wirksame Interventionen (medikamentös und nicht medikamentös) zum Management der ausgeprägten nicht-kognitiven Symptomatik bei den Demenzkranken (insbesondere Depressionen, Agitiertheit/Aggressionen, Apathie und Antriebsmangel), die die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigt. Im Ausland wurden solche Interventionen bereits auf breiterer Basis implementiert (z.B. Cohen-Mansfield 2001; Teri et al. 2003), in Deutschland steht dies noch aus.

- Verbesserung der (fach)ärztlichen und gerontopsychiatrisch qualifizierten Versorgung einschließlich des Schmerzmanagements in den Heimen. Darüber hinaus ist dringend angezeigt, die Bereitschaft der Ärzteschaft zur interdisziplinären Kooperation und zur Teilnahme an Fallkonferenzen in den Einrichtungen zu fördern. Ein Schlüssel dazu dürfte in der verbesserten finanziellen Honorierung solcher Leistungen liegen.
- Stärkere Fokussierung und verbesserte Angebote für die sehr große Gruppe der stark bewegungseingeschränkten, schwer demenzkranken Menschen, deren Lebensqualität (Aktivitätsniveau, positive Emotionen, FEM) im Vergleich zu den mobilen, weniger schwer Beeinträchtigten deutlich herabgesetzt ist. So genannte Pflegeoasen, deren konzeptuelle Entwicklung und erste Erprobung derzeit in Deutschland in Gang kommt (Pro Alter 2007), könnten eine Möglichkeit darstellen, den Bedürfnissen dieser Gruppe besser zu entsprechen.
- Ausbau und Spezialisierung des Angebots für männliche Heimbewohner.

Abschließend sei auf die Limitationen der vorliegenden Studie hingewiesen. Die Studie hat zwar den großen Vorzug, auf einer repräsentativen Zufallsstichprobe von stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland zu basieren. Wie bei Untersuchungen dieser Art jedoch unvermeidlich, nahmen nicht alle ausgewählten Einrichtungen teil, zumeist weil sie im relevanten Zeitraum über zu geringe Ressourcen verfügten, um den Erhebungsaufwand zu bewältigen. Inwieweit diese Ausfälle zu einer möglichen Verzerrung der Ergebnisse beigetragen haben, kann auf der Basis der vorhandenen Informationen nicht zweifelsfrei geklärt werden. Des Weiteren lag der Studie ein querschnittliches Design zugrunde, das es nicht erlaubt, kausale Zusammenhänge zwischen verschiedenen Merkmalen, z.B. zwischen Bewohner- und Einrichtungsmerkmalen einerseits und Indikatoren der Lebensqualität andererseits mit letzter Sicherheit zu klären. Um weiteren Aufschluss darüber zu erhalten, welche Faktoren die Lebens- und Betreuungsqualität von demenzkranken Heimbewohnerinnen und -bewohnern fördern, sind längsschnittliche Studien unverzichtbar.

Literatur

- Albert, S.M., Jacobs, D.M., Sano, M., Marder, K., Bell, K., Devanand, D., Brandt, J., Albert, M. & Stern, Y. (2001). Longitudinal study of quality of life in people with advanced Alzheimer's disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 160-168.
- Bickel, H. (2003). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In: H. Förstl (Hrsg.). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Stuttgart, New York: Georg Thieme, 11-26.
- BIK Aschpurwis + Behrens GmbH (2000). *BIK-Regionen: Ballungsräume, Stadtregionen, Mittel-/Unterzentrengebiete. Methodenbeschreibung zur Aktualisierung 2000*. Hamburg.

- Cohen-Mansfield J. (2001). Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia. A Review, Summary and Critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 9, 361-381.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2007). Umgang mit Alkohol – Informationen, Tests und Hilfen in 5 Phasen. Download unter www.dhs.de.
- Engedal, K, Haugen, P.K. (1993). The prevalence of dementia in a sample of elderly Norwegians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 565-570.
- Finkel, S. (2000). Introduction to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 2-4.
- Folstein AR, Folstein SE, McHugh PR (1975). Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12: 189-198.
- Grant, L.A. & Ory, M. (2000). Alzheimer Special Care Units in the United States. In: Holmes D, Teresi JA, Ory M (eds.). *Special Care Units*. Paris/New York: Serdi/Springer.
- Holmes, D., Teresi, J.A. & Ory, M. (eds.) (2000). *Special Care Units*. Paris/New York: Serdi/Springer.
- Hughes, C.P., Berg, L., Danzinger, W.L., Coben L.A. & Martin, R.L. (1982). A new clinical scale for staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140, 566-572.
- Ihl, R. & Frölich, L. (1991). Die Reisberg-Skalen mit Global Deterioration Scale – deutsche Fassung. Beltz Test GmbH. Weinheim.
- Kaufer, D.I., Cummings, J.L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., Lopez, O.L. & DeKosky, S.T. (2000). Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 12, 233-238.
- Kellerhof, M. (2002). Spezielle SGB XI-Vereinbarungen für die Pflege und Betreuung Demenzkranker? Das Hamburger Modell. Manuskript.
- Kessler, J., Markowitsch, H. J. & Denzler, P. (2000). *Mini-Mental-Status-Test (MMST)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Köhler, L., Weyerer, S. & Schäufele, M. (2007). Proxy screening tools improve the recognition of dementia in old-age homes: results of a validation study. *Age and ageing*, 36, 549-554, doi: 10.1093/ageing/afm108.
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K., Klapper, J., Kleban, M.H., Katz, I.R. & Corn, J. (1998). A stimulation-retreat special care unit for elders with dementing illness. *International Psychogeriatrics*, 10, 379-395.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J & Lyketsos, C.G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162:11, 1996-2021.
- MacDonald, A.J.D., Carpenter, G.I. (2003). The recognition of dementia in non-EMI' nursing home residents in South East England. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 105-108.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation. The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 2, 61-65.

- Nygaard, H., Jarland, M. (2005). Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 730-737.
- Pro Alter –Kuratorium Deutsche Altershilfe (2007). Wohnkonzepte für Menschen mit Demenz: An Pflegeoasen scheiden sich die Geister, 4, 41-49.
- Reimer, M.A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G. & Eliasziw, M. (2004). Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52: 1085-1092.
- Reisberg, B., Ferris S.H., de Leon M.J., Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136 – 1139.
- Rote Liste (2006). Arzneimittelverzeichnis für Deutschland. Editio Cantor Verlag für Medizin und Naturwissenschaften: Aulendorf.
- Schäufele, M., Köhler, L., Teufel, S. & Weyerer, S. (2006). Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potentiale und Grenzen. In: Schneekloth, U. & Wahl, H.-W. (Hrsg.). *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten – Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart: Kohlhammer, 103-145.
- Schäufele, M., Teufel, S., Hendlmeier, I., Köhler, L., Weyerer, S. (2008a, im Druck). Demenzkranke in der stationären Altenhilfe: Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schäufele, M., Hendlmeier, I., Teufel, S., Weyerer, S. (2008b, im Druck). Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. In: Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen –BUKO-QS (Hrsg.) *Qualitätsniveaus in der stationären Altenpflege*. Heidelberg: Hüthig.
- Sloane, P.D., Mitchell, C.M., Weisman G., Zimmerman, S., Long Foley, K.M., Calkins, L.,M, Lawton, M.P., Teresi J., Grant L., Lindeman, D., Montgomery, R. (2002). The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): an observational instrument for assessing the physical environment of institutional settings for persons with dementia. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 57B, 2, 69-78.
- Spiegel, R., Brunner, C., Ermini-Fünfschilling, D., Monsch, A., Notter, M., Puxty, J., Tremmel, L. (1991). A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patients: the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *JAGS*, 39, 339-347.
- Teri, L., Gibbons, L., McCurry, S., Logsdon, R., Buchner, D., Barlow, W., Kukull, W., LaCroix, A., McCormick, W. & Larson, E. (2003). Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 15, 2015-2022.
- Weyerer, S., Hönig, T., Schäufele, M. & Zimber, A. (2000): Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe: Epidemiologische Forschungsergebnisse. In Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.). *Weiterentwicklung der Versorgungssituation für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen*. Stuttgart, 1-58.
- Weyerer, S., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Kofahl, C. & Sattel, H. (2006). Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart: Kohlhammer.

Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer.

WHO (2000). Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des Body-Mass-Index (BMI) – WHO 2000 EK IV.

WHO (2007). ICD-10-GM. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision - German Modification Version 2007 - Stand 9. Oktober 2006.

Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane, K. & Covinsky, K.E. (2002). Patient and Caregiver Characteristics and Nursing Home Placement in Patients with Dementia. *Journal of the American Medical Association*, 287, 2090-2091.

4. Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen

Dietrich Engels und Frank Pfeuffer

4.1 Einleitung

Für ältere Menschen, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind, ist die Einbindung in soziale Unterstützungsnetze besonders wichtig. Wechselseitige Hilfe im Rahmen der Familie, darüber hinaus aber auch freundschaftliche und nachbarschaftliche Unterstützung können dazu beitragen, die begrenzte Leistungsfähigkeit von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf zu kompensieren. Ergänzt werden sie durch das Angebot professioneller Hilfen in ambulanter, teilstationärer und stationärer Form. Da diese aber vergleichsweise kostenintensiv sind, bilden sie eine knappe Ressource, die nach dem Modell eines subsidiären Versorgungssystems erst bei einem gesteigerten Maß an Hilfebedürftigkeit zum Einsatz kommt. Familiäre, freundschaftliche und ehrenamtliche Unterstützungsleistungen sind demgegenüber zeitlich flexibler, inhaltlich gestaltungsoffener und ermöglichen vor allem stabilisierende soziale Beziehungen, eine abwechslungsreiche Alltagsgestaltung und damit eine höhere Lebensqualität.

Im Rahmen der Untersuchung „Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV) führte das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) eine Teilstudie zur Mitwirkung von Angehörigen und Freiwilligen³⁸ bei der Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen durch. Die Vorläuferuntersuchung zur Situation in Einrichtungen (MuG II, 1993 – 1996) spiegelte die Situation der stationären Pflege unmittelbar vor Einführung der Pflegeversicherung wider, so dass es kaum überrascht, dass die Ergebnisse von MuG IV im Vergleich dazu in mehrerer Hinsicht Unterschiede aufweisen. Was den Untersuchungsteil des ISG innerhalb von MuG IV betrifft, so wurde darüber hinaus die Untersuchungsperspektive erweitert: Während in MuG II nur die Mitwirkung von Angehörigen thematisiert worden war (Kremer-Preiß; Engels; Urlaub 2000), wurde nun der Forschungsauftrag um die freiwillig Engagierten erweitert.

4.1.1 Wohnen und Pflege im Heim – unterschiedliche Perspektiven

Eine Besonderheit der Pflege in Einrichtungen ist, dass die Art des Zusammenwirkens zwischen professionellem und nicht-professionellem Handeln sich von dem in Privathaushalten fundamental unterscheidet. Wenn Pflegebedürftige in Privathaushalten leben, wird der größte Teil der Pflege von Familienangehörigen geleistet, professionelle ambulante Pflege tritt nur punktuell und in stark begrenzter Form hinzu. Bei einem Wechsel des Pflegebedürftigen in eine stationäre Einrichtung kehrt sich dieses Ver-

³⁸ Mit „Freiwilligen“ meinen wir alle, die „ehrenamtlich“ oder „bürgerschaftlich“ engagiert sind und dabei unentgeltlich Leistungen für Menschen erbringen, die nicht zu ihrer Familie gehören.

hältnis um. Von diesem Zeitpunkt an wird die gesamte Versorgung durch hauswirtschaftliche, pflegerische und technische Dienste in professioneller Form erbracht. Angehörige leisten mehr oder weniger flankierende Hilfen, sind aber von grundlegenden Versorgungsleistungen entbunden. Wie bereits die Untersuchungen im Rahmen von MuG II ergaben, wirkt sich diese Umstellung auf alle Beteiligten aus (Kremer-Preiß; Engels; Urlaub 2000):

Für die *Angehörigen* ist dies mit einem Rollenwechsel verbunden – sie müssen lernen, statt ihrer bisher zentralen und tragenden Funktion nun eine nur noch marginale, ergänzende Unterstützung zu leisten. Dabei bewegen sie sich in zwei Spannungsfeldern, zum einen in dem von Nähe und Distanz zu ihrem pflegebedürftigen Angehörigen: Während vorher die Nähe möglicherweise zu groß war und die umfassende Versorgungsverantwortung als zu große Belastung empfunden wurde, können jetzt die ungewohnte Distanz als zu groß und die Möglichkeiten zur Mitwirkung und Verantwortungsübernahme als unzureichend empfunden werden; zum andern im Spannungsfeld zwischen informeller Hilfe und professioneller Versorgung: Ihre Möglichkeiten, die professionelle Versorgung durch ergänzende, soziale Betreuung und biografische Informationen zu unterstützen, werden oft gern genutzt, aber auch eingeschränkt durch professionelle Routinen und mangelnde Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sie einzubeziehen.

Für die pflegebedürftigen *Bewohnerinnen und Bewohner* selbst bedeutet der Umzug in eine Einrichtung den Wechsel von einer langjährig gewohnten Lebenswelt in eine neue Umgebung. Die Angehörigen bilden dabei ein wichtiges Bindeglied zwischen der früheren Lebenswelt und dem neuen Lebensumfeld, allerdings sind unterschiedliche Interessen, Selbstverständnisse und Gefühle der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen.

Aus der Sicht von *Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern* können Angehörige und Freiwillige als störend oder als hilfreich wahrgenommen werden. Die Bandbreite möglicher Einstellungen reicht von Ausgrenzung, wenn sie primär als „Störfaktor“ professioneller Routinen gesehen werden, bis hin zu einer Einbeziehung, soweit ihr Mitwirken konstruktiv genutzt werden kann. Dabei kann die Einbeziehung von schwachen Formen, in der Angehörige und Freiwillige sich „Nischen“ der Mitwirkung selbst suchen, über eine mehr oder weniger formelle Einbeziehung bis zu aktiveren Formen reichen, in denen konkrete Rollenmuster zur Ausgestaltung angeboten werden. Eine Problematik im wechselseitigen Verhältnis liegt in der unklaren Abgrenzung zwischen professionellen und nicht-professionellen Kompetenzen, woraus ein Kommunikations- und Abstimmungsbedarf resultiert.

Die *Freiwilligen*, die in Einrichtungen aktiv sind, stehen zu den anderen Akteuren in einer gewissen Distanz. Manche haben zuvor selbst als Angehörige in der Einrichtung mitgewirkt, die meisten kommen aber aus altruistischen und karitativen Motiven in die Einrichtung und wollen dort mit ihrer Kreativität und ihren Fähigkeiten zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Für Bewohnerinnen und Bewohner, die selbst keine Angehörigen mehr haben, können sie auch eine Angehörigen-ähnliche Rolle

übernehmen. Grundsätzlich sehen sie sich aber in geringerem Maße mit dezidierten Erwartungen konfrontiert und können von daher ihre Mitarbeit auch entspannter durchführen als die Angehörigen.

4.1.2 Zum Stand der Forschung und der aktuellen Diskussion

Die Potenziale familiärer und ehrenamtlicher Unterstützung älterer Menschen würdigt der Fünfte Altenbericht der Bundesregierung im sechsten und siebten Kapitel (BMFSFJ 2006). Die Familie ist für hilfebedürftige ältere Menschen die wichtigste Unterstützungsinstanz, aber angesichts des Wandels familiärer Strukturen und insbesondere der Zunahme kinderloser Paare ist fraglich, mit welcher Zukunftsperspektive familiäre Solidarität langfristig einkalkuliert werden kann (Fünfter Altenbericht: 173). Außerdem stellt die familiäre Unterstützungsleistung im Falle von schwerer Pflegebedürftigkeit und Demenz eine starke Belastung dar, die gerade ältere Familienangehörige nicht unbegrenzt ausdehnen können (Fünfter Altenbericht: 194). Freiwilliges Engagement wird in diesem Zusammenhang als qualitativer Zugewinn gewürdigt, zugleich wird davor gewarnt, im Kontext eines auch kostenorientierten „Umbaus des Sozialstaats“ freiwilliges Engagement als partiell substituierende Leistung einzuplanen und somit „interessegeleitet zu instrumentalisieren“ (Fünfter Altenbericht: 218).

Der Erste Heimbericht der Bundesregierung (BMFSFJ 2006 b) widmet diesen Fragen keinen eigenen Schwerpunkt. Die Mitwirkung von Angehörigen wird dort insbesondere im Zusammenhang mit Heimbeirat und Heimfürsprecher thematisiert, darüber hinaus werden Angehörige und Freiwillige als Mitwirkende an sozialer Betreuung genannt (Erster Heimbericht: 132). Auf die Voraussetzungen zur Erschließung dieses Potenzials und die Formen, in denen diese Personengruppen eingebunden werden können, geht der Heimbericht aber nicht näher ein.

Zu dieser Thematik liegt auch eine Reihe von empirischen Studien vor, die aber mit unterschiedlichem Fokus und bei unterschiedlichen Fragestellungen ansetzen. Das thematische Spektrum reicht von der Motivation zur Mitarbeit über die Stressbelastung der Beteiligten bis zu den Formen der Mitwirkung. In diesem Zusammenhang werden Hindernisse der Mitwirkung und mögliche Konflikthanlässe untersucht und Lösungsvorschläge erarbeitet.

In einigen Studien stehen die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Stressbelastung im Mittelpunkt, die sich je nach Phase – Eingewöhnung, Stabilisierung, Sterbeprozess – anders darstellen kann. Angehörige und Freiwillige kommen hier als entlastende Personen in den Blick, die die Bewohnerinnen und Bewohner emotional und sozial stützen können.

Andere Studien fokussieren auf die Situation der Angehörigen, auf Entlastungseffekte im Vergleich zur früheren Situation häuslicher Pflege, auf Rollenwechsel etwa vom versorgten Kind zum sorgenden Kind und schließlich auf deren Belastung in der Sterbephase des Angehörigen.

Wiederum andere Untersuchungen erfolgen aus der Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und thematisieren deren Verhältnis zu Angehörigen und Freiwilligen im Hinblick auf Entlastungswirkungen oder Störungen, Kooperation oder Konflikte.

Schließlich werden aus der Perspektive der Einrichtung bzw. der Heimleitung Fragen der konzeptionellen Einbindung von Angehörigen und Freiwilligen sowie geeignete Kooperationsformen von professioneller und nicht-professioneller Mitarbeit behandelt.

Diese Untersuchungen unterscheiden sich unter anderem auch darin, ob nur Angehörige oder nur Freiwillige oder beide Gruppen im Fokus stehen, und wenn beide, ob zwischen ihnen differenziert wird oder nicht. Sofern es sich um empirische Studien handelt, fällt auf, dass diese (auch auf internationaler Ebene) häufig auf vergleichsweise kleinen Fallzahlen beruhen, meist mit dem Hinweis, dass eine Überprüfung der Resultate auf breiterer Basis erforderlich wäre. Diese Beobachtung lässt erkennen, dass diese Thematik bisher keinen Schwerpunkt empirischer Forschung gebildet hat.

Als Orientierung diene mehreren Studien Litwaks Theorie der Aufgabenteilung und ausbalancierten Koordination, die auf geeignete Formen der Kooperation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Angehörigen ausgerichtet war. Mit einer auf individuelle Bedürfnisse eingehenden, emotionalen Zuwendung der Angehörigen („non-technical tasks“) einerseits und einer auf eher routinisierte Pflgetätigkeiten („technical tasks“) sich konzentrierenden Praxis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter andererseits sollten unterschiedliche Stärken in optimaler Weise kombiniert und strukturell begründete Spannungen zwischen beiden Gruppen entschärft werden können (Litwak 1977). Dieses Modell der Rollentrennung wurde in mehreren Studien empirisch überprüft mit dem Ergebnis, dass zwar eine getrennte Zuordnung von Aufgaben möglich ist, aber eine flexible, kooperative Partnerschaft wichtiger ist als eine rigide Arbeitsteilung (Dempsey/ Pruchno 1993; Stull et al. 1997; Dupuis/ Norris 1997). Dabei scheint die begriffliche Unterscheidung in „fachliche“ und „persönliche Hilfen“ die jeweiligen Aufgabenschwerpunkte präziser zu treffen als das Begriffspaar „technisch – nicht technisch“, zumal auch die professionell-fachliche Hilfe von emotionaler Zuwendung begleitet sein sollte.

Auch in einigen deutschen Studien wurde die Frage der Mitwirkung von Angehörigen, der geeigneten Formen der Rollenteilung und des Verhältnisses zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aufgegriffen (Steiner 1988; Kühnert 1991). In diesem Zusammenhang wurde typologisch zwischen pflegenden und delegierenden Angehörigen unterschieden, für die jeweils passende Kooperationsformen und Rollenmuster identifiziert wurden (Urlaub 1995). Daran anknüpfend wurde in einer Teilstudie des MuG II-Forschungsprojektes die Situation von Heimbewohnerinnen und -bewohnern und ihren Angehörigen mit besonderem Fokus auf der Eingewöhnungsphase kurz nach dem Heimeinzug, auf spezifischen Belastungsfaktoren sowie auf Möglichkeiten der Stabilisierung und Entlastung untersucht (Kremer-Preiß; Engels; Urlaub 2000).

In den letzten Jahren wurden verschiedene empirische Studien zur Mitwirkung von Angehörigen und Freiwilligen in Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Eine Studie zur

Stressbelastung von Angehörigen und Möglichkeiten zu deren Unterstützung weist das Maß der Einbeziehung in unmittelbare Pflege sowie ein geringes Vertrauen in die Versorgungsqualität der Einrichtung als Stressfaktoren nach (Tornatore; Grant 2002). Eine ähnlich ausgerichtete Studie aus Berlin-Brandenburg weist nach, dass psychische Belastungen schwerer wiegen als somatische Anstrengung. Hinsichtlich der Pflegeumgebung zeigt sich, dass der Belastungsdruck in der häuslichen Pflege höher ist als in der stationären Pflege, aber auch dort nicht ganz wegfällt (Reggentin 2005). Eine kalifornische Langzeitstudie zur Zufriedenheit von Angehörigen in Verbindung mit verschiedenen Rollen der Mitwirkung und der Dauer des Heimaufenthaltes ergab, dass sich die Angehörigen insbesondere mit der Pflegequalität sowie mit dem Personalschlüssel unzufrieden zeigten (Levy-Storms; Miller-Martinez 2005). Die Angehörigen, die regelmäßig in die Pflege im Sinne einer Hilfe bei ADL-Funktionen einbezogen wurden, waren weniger zufrieden als diejenigen, die ihren Angehörigen lediglich Gesellschaft leisteten. Als Hindernisse einer Mitwirkung von Angehörigen erwiesen sich in einer Studie in Maryland die Fahrten zwischen Wohnung und Heim sowie eine längere Dauer des Heimaufenthaltes und ein niedrigerer Verwandtschaftsgrad (Port 2004). Eine Studie aus Salzburg/ Österreich nimmt die Angehörigen in der Differenzierung nach faktischer Mitwirkung und potenzieller Mitwirkungsbereitschaft in den Blick. Die Analysen ergaben, dass sich die Angehörigen an Aufgaben der sozialen Betreuung stärker beteiligten als an pflegerischen Aufgaben, und hierunter wiederum eher an Hilfestellung bei Essen und Bewegung, kaum dagegen an der Körperpflege (Gsottschneider; Baumann; Messer 2006). Eine Züricher Untersuchung der Wirkung von freiwilligen Helfern ergab, dass sich die Besuche positiv auf Wohlbefinden und Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner auswirkten, und auch die Besucher fühlten sich mit ihrer sinnvollen Tätigkeit besser. Als wichtig wird eine intensive Vorbereitung, Schulung und Betreuung der freiwilligen Helfer und die gezielte Zuordnung nach Interessensgebieten hervorgehoben (Oppikofer et al. 2002). Eine Befragung von freiwilligen und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines deutschen Wohlfahrtsverbandes kommt zu dem Ergebnis, dass eine Stärkung der Identität beider Gruppen unter Berücksichtigung ihrer Differenz anzustreben sei (Graeff/ Weiffen 2001). Das Projekt „Bürgerengagement für Lebensqualität im Alter“ (bela) in Baden-Württemberg hat die empirische Ermittlung von Umfang und Formen freiwilliger Mitarbeit in Alteneinrichtungen sowie Möglichkeiten zu deren Weiterentwicklung untersucht (Klie et al. 2005; Steiner et al. 2006). Dabei werden allerdings Angehörige und Freiwillige unter die Kategorie der „bürgerschaftlich Engagierten“ zusammenfasst, während die vorliegende ISG-Studie grundlegende Unterschiede zwischen beiden Gruppen herausarbeitet; auch wird hier klarer als in der bela-Studie zwischen sozial betreuenden und pflegerischen Leistungen unterschieden.

Darüber hinaus finden sich weiterhin Handlungsempfehlungen zur Konzeption der Arbeit mit Angehörigen und Freiwilligen, die entweder unmittelbar im Rahmen der MuG II-Studie entwickelt wurden (KDA 1998) oder auf empirische Untersuchungsergebnisse im Umfeld der MuG II-Studie Bezug nehmen (Daneke 2005; Schmidt 2005; Wingensfeld; Korte-Pötters; Heitmann 2006).

Vereinzelt wird auch der Aspekt möglicher Kostenreduktionen durch eine Aufgabenverlagerung auf Angehörige oder Freiwillige angesprochen, dann meist aber mit dem Tenor, dass diese die fachliche Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht übernehmen, sondern eher (emotional und sozial begleitend) ergänzen können. Solche ökonomischen Erwägungen erhalten allerdings in der aktuellen Diskussion in Deutschland zunehmend Gewicht, wenn unter Verweis auf steigenden Pflegebedarf und begrenzte Ressourcen ein „neuer Wohlfahrtsmix“ gefordert wird (Klie; Steiner; Pfundstein 2006), der mit der Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen auch Kosteneinsparungen erwarten lasse (Finke; Bohn 2006).

Vor diesem Hintergrund prüft die vorliegende ISG-Untersuchung kritisch, welche Ressourcen durch die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen erschlossen werden können, unter welchen spezifischen Voraussetzungen und mit welchen Grenzen dies möglich ist und welche grundsätzlichen Unterschiede zwischen diesem Engagement und professioneller Pflege bestehen.

Im Folgenden werden zunächst das Untersuchungskonzept und dessen methodische Umsetzung erläutert (4.2), Ergebnisse zur Einbindung von Angehörigen (4.3) und Freiwilligen (4.4) aus deren Sicht dargestellt sowie die Kooperation mit Angehörigen und Freiwilligen aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter behandelt (4.5). Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und im thematischen Kontext erörtert (4.6).

Besonderer Dank gilt den Angehörigen, Freiwilligen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an den Befragungen und Gesprächsrunden mitgewirkt und mit ihren Beiträgen zu einem differenzierten Bild der Versorgungssituation und Einbeziehung in Pflegeeinrichtungen beigetragen haben, weiterhin den Leiterinnen und Leitern dieser Einrichtungen, die die Untersuchung unterstützt und durch ihre Einschätzungen bereichert haben.

4.2 Untersuchungskonzept und methodische Umsetzung

4.2.1 Untersuchungsansatz und Forschungsfragen

Die vorliegende Untersuchung zielt darauf ab, die vielfältigen Formen, Motive und Wirkungen dieser Mitarbeit empirisch zu erfassen und aus der Perspektive der beteiligten Akteure, insbesondere der Angehörigen, Freiwilligen und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bewerten zu lassen. Die forschungsleitenden Fragestellungen fokussieren auf:

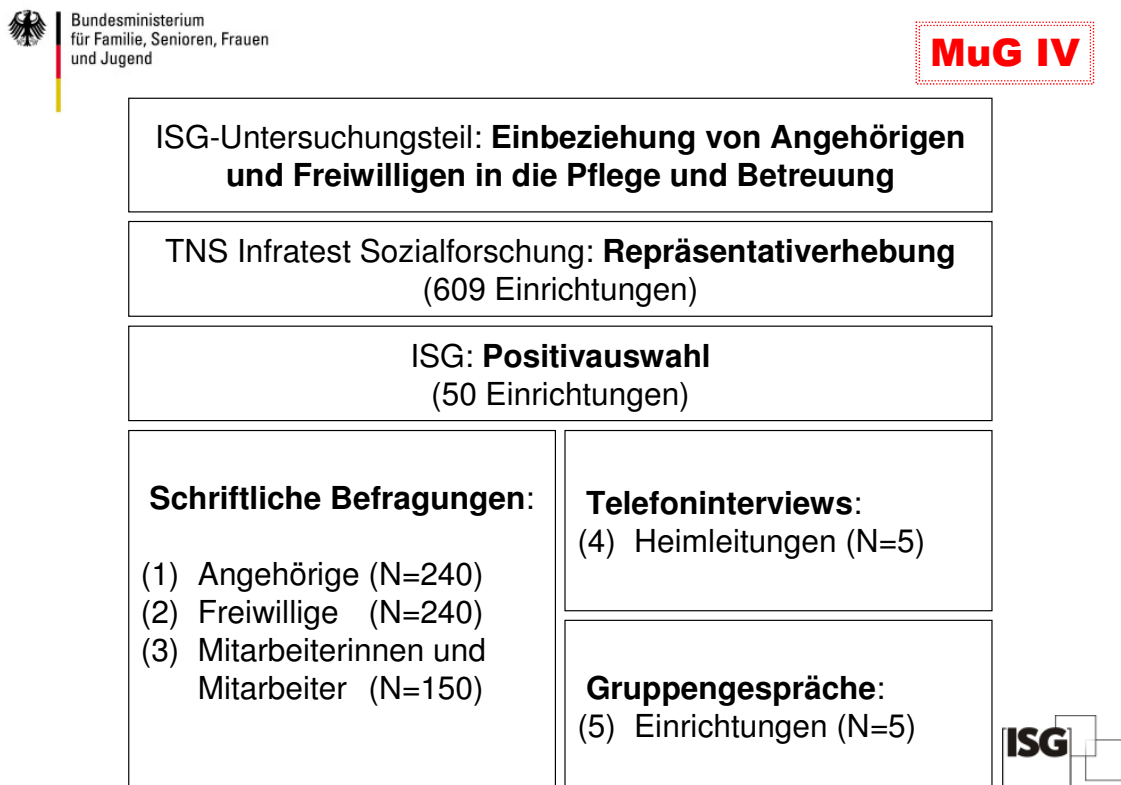
- Potenziale familiärer und ehrenamtlicher Unterstützung
- Bereiche der Pflege und Betreuung, in denen sich diese Potenziale nutzen lassen oder nicht

- Wirkungen der Mitarbeit von Angehörigen und Freiwilligen in Bezug auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner und eine Entlastung der professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Erforderliche Maßnahmen und Regelungen zur optimalen Nutzung der Potenziale
- Bereitschaft und Voraussetzungen seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, mit Angehörigen und Freiwilligen zusammen zu arbeiten
- Konzepte der Angehörigenarbeit und der Förderung des Ehrenamts zur systematischen Einbeziehung dieser Ressourcen
- Erfahrungen mit der Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen, Anregungen zur Weiterentwicklung entsprechender Konzepte.

4.2.2 Methodik und Beteiligung

Methodisch wurde der Forschungsauftrag in fünf Arbeitsschritten durchgeführt: Schriftliche Befragungen von (1) Angehörigen, (2) Freiwilligen und (3) Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, weiterhin (4) mündliche Befragungen der Heimleitungen in fünf Einrichtungen und (5) Gruppengespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Angehörigen und Freiwilligen zur Weiterentwicklung ihrer Kooperation.

Abbildung 4.1



Die Auswahl der Einrichtungen erfolgte nach regionaler Verteilung sowie den Kriterien der Einrichtungsgröße und Trägerschaft. Ein weiteres Kriterium war, dass es in den Einrichtungen Formen der aktiven Einbindung von Angehörigen gibt (Angehörigentreff/-gruppe oder Angehörigenbeirat oder gesonderte Beratungsangebote speziell für Angehörige) und Freiwillige systematisch einbezogen werden (feste Gruppe Freiwilliger oder Kooperation mit externer Freiwilligengruppe). Nur bei solchen Einrichtungen konnte davon ausgegangen werden, dass die Fragebögen an eine hinreichende Zahl von Adressaten weiter geleitet wurden und diese auch über hinreichende Erfahrungen in der gegenseitigen Kooperation verfügten, um qualifizierte Einschätzungen geben zu können.

Es handelt sich damit um eine „Positivauswahl“ von Einrichtungen. Das Auswahlkriterium der gezielten Einbeziehung sowohl von Angehörigen als auch von Freiwilligen in den Heimalltag trifft nach Angaben von Infratest auf rd. die Hälfte aller Einrichtungen zu. Die andere Hälfte bezieht entweder nur Angehörige oder nur Freiwillige bzw. keine dieser Gruppen systematisch ein.

Die Untersuchungsschritte (1) bis (3) wurden zwischen April und Oktober 2006 durchgeführt; insgesamt 584 Fragebögen konnten ausgewertet werden, darunter Fragebögen von 233 Angehörigen, von 223 Freiwilligen und von 128 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die telefonisch-mündlichen Befragungen der Heimleitungen (4) wurden im Laufe des Sommers 2006 durchgeführt, die Gruppengespräche in fünf Einrichtungen (5) nach Abschluss der Auswertung der Befragungen im ersten Halbjahr 2007.

Tabelle 4.1
Umfang der Stichproben und Beteiligung

	Plan	Stichprobe	Quote
Angehörige	240 Teilnehmer aus 30 Heimen	233 Teilnehmer aus 50 Heimen	97 %
Freiwillige	240 Teilnehmer aus 30 Heimen	223 Teilnehmer aus 50 Heimen	93 %
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	150 Teilnehmer aus 30 Heimen	128 Teilnehmer aus 46 Heimen	85 %
Fragebögen gesamt	630 Teilnehmer aus 30 Heimen	584 Teilnehmer aus 50 Heimen	93 %

ISG-Befragungen von Angehörigen, Freiwilligen und hauptamtlichen Mitarbeiter/innen 2006

Die Verteilung der Fragebögen nach den Kriterien Einrichtungsgröße, Trägerschaft und Region ist zufrieden stellend, sodass die Ergebnisse der Auswertungen ein verlässliches Bild der Mitwirkung von Angehörigen und Freiwilligen in solchen Einrichtungen zeichnen, die gezielt „Angehörigenarbeit“ und „Freiwilligenarbeit“ leisten.

- *Größe der Einrichtungen:* Nach der Infratest-Erhebung haben 30% der Heime bis zu 50 Plätze, 40% zwischen 50 und 100 Plätze und weitere rd. 30% mehr als 100 Plätze. Bei den kleineren Einrichtungen erwies es sich als schwierig, die gewünschte Zahl an Befragungsteilnehmern zu gewinnen. Daher sind in der ISG-Stichprobe kleinere Einrichtungen unter- und größere überrepräsentiert, während aus Einrichtungen mittlerer Größe eine passende Zahl von Teilnehmern gewonnen wurde.
- Hinsichtlich der *Trägerschaft* waren private Einrichtungen weniger zur Mitwirkung bereit oder, weil es kleinere Einrichtungen waren, dazu in der Lage. Beteiligte aus freigemeinnützigen Einrichtungen sind in der Stichprobe relativ stark, die aus Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft in angemessenem Umfang vertreten.
- Unter *regionalen* Gesichtspunkten sind Befragungsteilnehmer aus Nordrhein-Westfalen – gemessen an der Platzverteilung nach der Heimstatistik – überrepräsentiert, ebenso Angehörige und Freiwillige aus Mecklenburg-Vorpommern. Nicht in der Stichprobe enthalten sind Teilnehmende aus Berlin, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen. Die übrigen neun Länder sind in etwa angemessen in der Stichprobe vertreten.

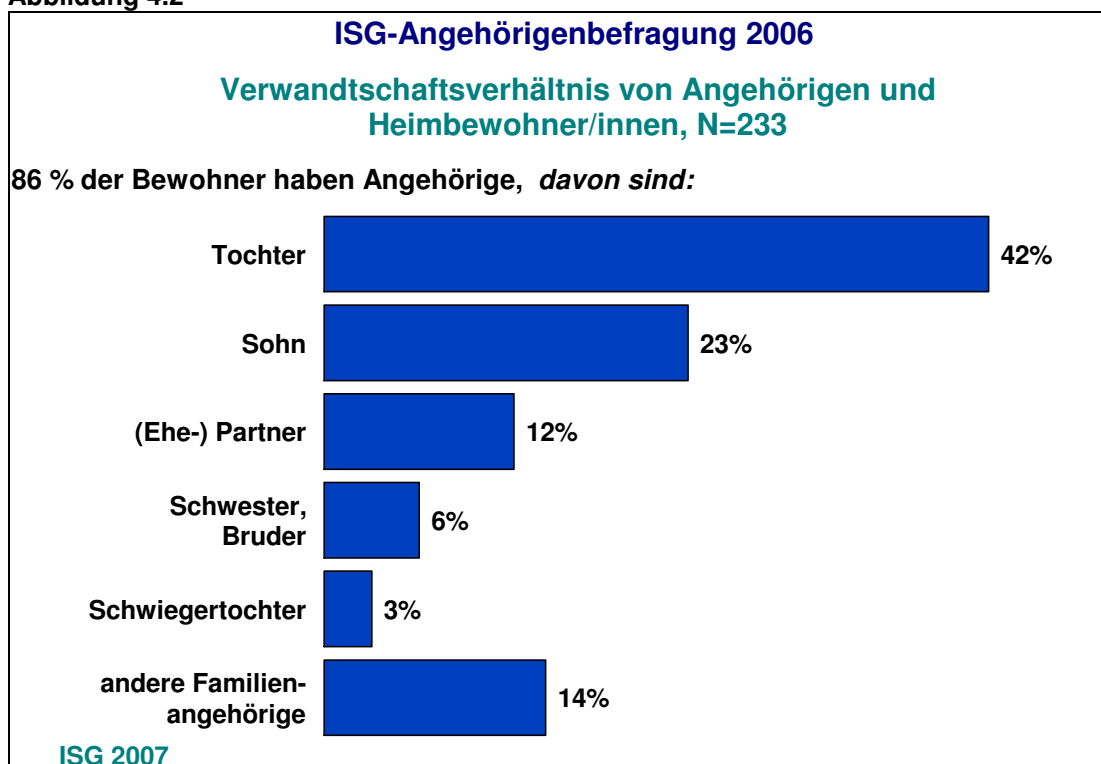
4.3 Die Rolle der Angehörigen bei der Pflege und Betreuung in Einrichtungen

Das persönliche Verhältnis zwischen den pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen ist in der Regel mit Emotionen verbunden (die positiv, negativ oder beides zugleich sein können) und verändert sich mit dem Einzug ins Heim (4.3.1). Dieses Verhältnis beeinflusst die Einschätzung der Lebenssituation im Heim aus der Perspektive der Angehörigen (4.3.2) ebenso wie deren eigene Lebenssituation (4.3.3). Nach Beschreibung dieser Voraussetzung stehen die Formen und Rahmenbedingungen der Mitwirkung von Angehörigen in der Einrichtung (4.3.4) im Mittelpunkt dieses Abschnitts. Die Art und Weise der Mitwirkung der Angehörigen wird entscheidend durch ihr Verhältnis zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung beeinflusst (4.3.5).

4.3.1 Verhältnis der Angehörigen zu den Bewohnerinnen und Bewohnern

Nach Schätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben 86% der Bewohnerinnen und Bewohner Angehörige wie (Ehe-) Partner, Kinder, Geschwister oder andere Verwandte, gegenüber rd. 14%, die keine Angehörigen mehr haben.

Abbildung 4.2



Zwei Drittel der Angehörigen sind Frauen, ein Drittel sind Männer. Bezogen auf die Bewohnerinnen und Bewohner in der Einrichtung handelt es sich zu 12% um (Ehe-) Partner, die ihre Verwandten besuchen, und zwar zu 8% um die Ehefrau eines Bewohners und zu 4% um den Ehemann einer Bewohnerin. Der weit überwiegende Teil der Angehörigen (65%) sind jedoch die Kinder der Bewohnerinnen und Bewohner, und zwar sind 42% deren Töchter und 23% deren Söhne. Rd. 6% sind Geschwister (4% Schwestern und 2% Brüder) der Bewohnerinnen und Bewohner und 14% andere Verwandte wie z.B. deren Nichten, Neffen oder Enkelinnen und Enkel.

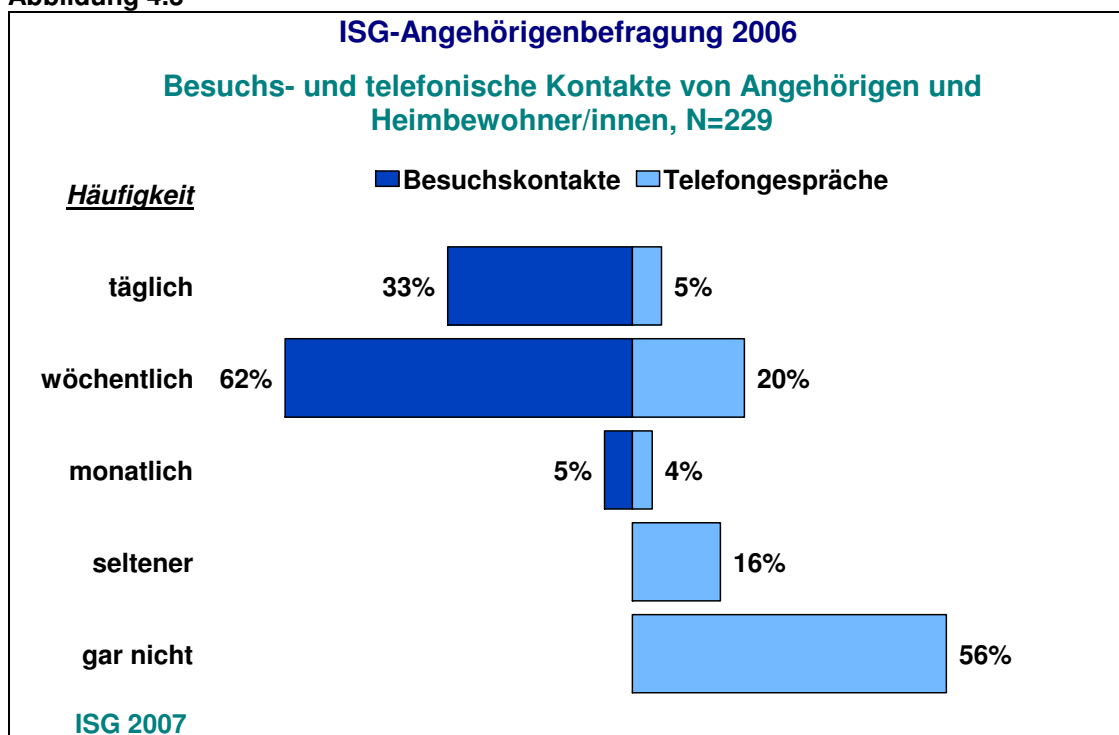
Kontakthäufigkeit

Die Häufigkeit der Besuchskontakte kann als ein Indikator für die Intensität der Beziehung zwischen Heimbewohnerinnen und -bewohnern und ihren Angehörigen gesehen werden (Port 2004).³⁹ Die hier befragten Angehörigen kommen recht häufig zu Besuch: 62% kommen ein- oder mehrmals pro Woche und ein Drittel kommt sogar täglich in die Einrichtung. Jeder der Angehörigen, die sich an unserer Befragung beteiligt haben, kommt aber mindestens monatlich zu Besuch; die Gruppe derjenigen Angehörigen, die seltener zu Besuch kommen, ist also in unserer Stichprobe nicht vertreten.⁴⁰

³⁹ Zur positiven Wirkung dieser Besuche siehe auch den Abschnitt „Gefühle und Emotionen demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner“ unter 3.4.2.

⁴⁰ Bewohnerinnen und Bewohner mit Angehörigen werden zu 13% täglich, 43% wöchentlich, 24% monatlich und 20% seltener von diesen besucht (Schneekloth; v. Törne 2006).

Abbildung 4.3



Die Besuchshäufigkeit der Angehörigen hängt von der verwandtschaftlichen Beziehung ab: Rd. 90% der Ehepartner kommen täglich zu Besuch, aber nur 30% der Kinder und Geschwister. Von den Töchtern und Söhnen der Bewohnerinnen und Bewohner kommen 70% ein- bis mehrmals pro Woche, ein Viertel der übrigen Verwandten kommt seltener zu Besuch.

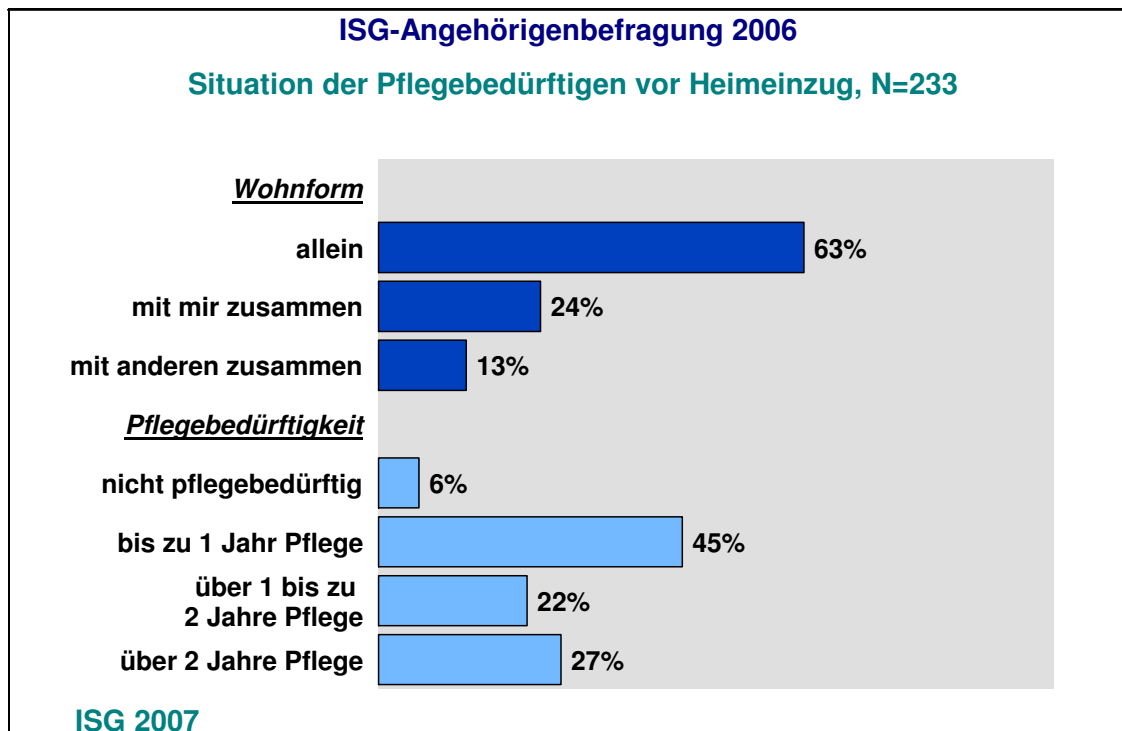
Die Besuche dauern im Durchschnitt etwa zwei Stunden, mit Unterschieden je nach Verwandtschaftsbeziehung und Besuchshäufigkeit. Die häufigen Besuche von Ehepartnern dauern durchschnittlich 3,5 Stunden, die der Kinder sind etwas seltener und mit knapp 2 Stunden etwas kürzer. Andere Verwandte kommen deutlich seltener zu Besuch, bleiben dann aber durchschnittlich länger als zwei Stunden. Am häufigsten sind Besuche mit einer Dauer zwischen einer und zwei Stunden, ein Viertel der Besuche ist länger als 2,5 Stunden, nur wenige sind kürzer als eine Stunde.

Manche Angehörigen, die nicht so häufig zu Besuch kommen (können), pflegen telefonische Kontakte. Allerdings macht nur knapp die Hälfte der Befragten hierzu Angaben, während über die Hälfte offenbar gar keinen Telefonkontakt zu ihren Angehörigen haben. Dies kann zum einen damit zusammenhängen, dass sich bei häufigem Besuch zusätzliche Telefonate erübrigen, zum andern aber auch mit Hör- oder Wiedererkennungsproblemen der Bewohnerinnen und Bewohner. Nur in wenigen Fällen (5% aller Angehörigen) wird täglich telefoniert, ein Fünftel ruft ein- oder mehrmals pro Woche an.

Situation vor dem Heimeinzug

Vor dem Heimeinzug hat der/die Pflegebedürftige meist allein gewohnt (63%) und nur in einem Viertel der Fälle mit dem Angehörigen zusammen; dieses Ergebnis wird durch die Repräsentativbefragung bestätigt.⁴¹

Abbildung 4.4



Von denen, die vorher nicht allein lebten, wohnte die Hälfte bei den Kindern und ein Drittel mit dem Ehepartner zusammen. In 5% der Fälle haben die Pflegebedürftigen vorher bei ihren Geschwistern gewohnt. Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner waren auch vor dem Heimeinzug schon seit längerer Zeit pflegebedürftig, gut die Hälfte (55%) von ihnen seit mehr als einem Jahr, nur 6% waren vorher nicht pflegebedürftig. Wenn die Pflegebedürftigkeit bereits vor dem Heimeinzug bestanden hat, so waren die Angehörigen in der Regel auch an der Pflege und Versorgung beteiligt (79%). Ein Drittel von ihnen hat dies allein geleistet (31%), ein Fünftel gemeinsam mit anderen Familienangehörigen oder Bekannten (19%) und ein gutes Viertel unter Beteiligung eines ambulanten Pflegedienstes (27%).

Der Wechsel in die Einrichtung hat sich in den meisten Fällen positiv auf das Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen ausgewirkt, wenn auch dieser „Entlastungseffekt“ nicht so stark ausfällt, wie häufig erwartet wird. Die Situation vor dem Heimeinzug wurde von vielen der Befragten als belastend empfunden. Nur 43% der Angehörigen sagen, dass sie vorher ein unproblematisches Verhältnis zu ihren Pflege-

⁴¹ Schneekloth; von Törne (2006): 56. – Dass dem Haushalt der Angehörigen nach dem Heimumzug der „Mittelpunkt“ fehle bzw. das „Zentrum des Lebens“ dann „verwaist“ sei, wie Schmidt (2005: 4) meint, trifft dagegen nur für einen kleinen Teil der Angehörigen zu.

bedürftigen hatten. Für 35% der Angehörigen war dieses Verhältnis wechselhaft und 22% bezeichnen es definitiv als schwierig. Zum Zeitpunkt der Befragung war der Anteil derer, die über ein unproblematisches Verhältnis berichten können, auf 53% gestiegen, und nur noch 16% bezeichneten ihr Verhältnis als schwierig. In 29% der Fälle hat sich das Verhältnis durch den Heimeinzug verbessert, in 17% der Fälle verschlechtert und bei gut der Hälfte ist es unverändert geblieben.

4.3.2 Die aktuelle Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner aus Sicht ihrer Angehörigen

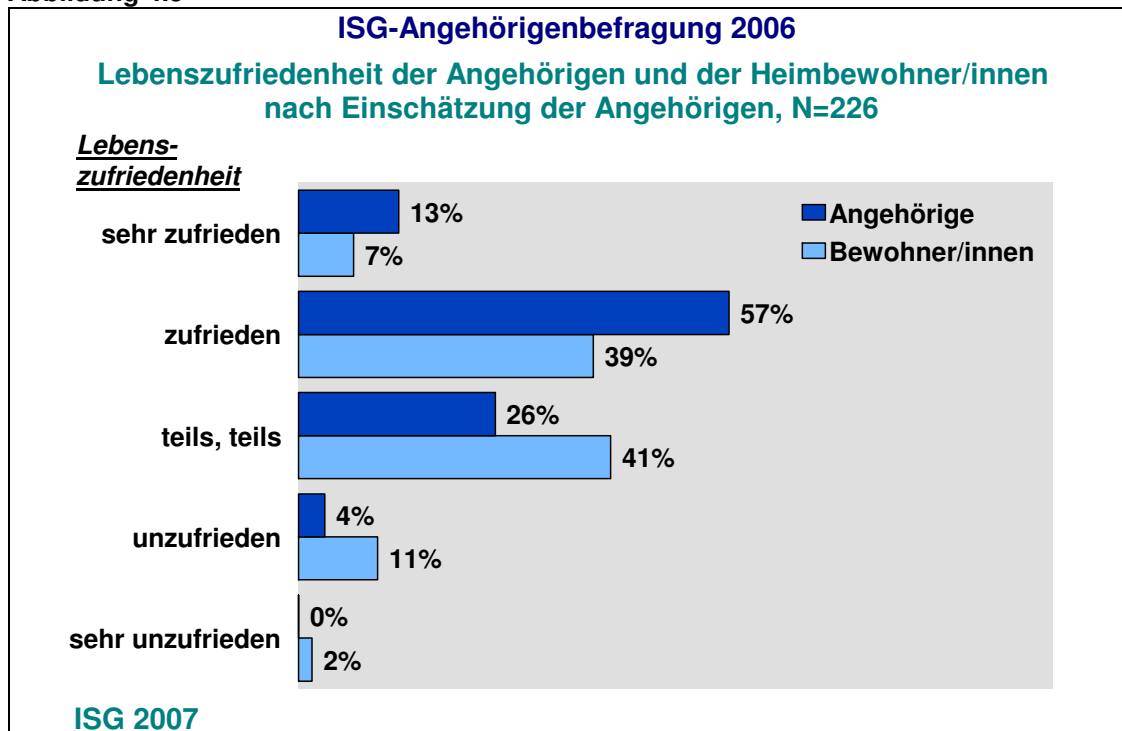
Unter den befragten Angehörigen überwiegen diejenigen, deren zu Pflegenden schon seit längerer Zeit in der Einrichtung wohnen. Ein Drittel wohnte zum Zeitpunkt der Befragung seit bis zu zwei Jahren dort, zwei Drittel seit bis zu vier Jahren, ein Fünftel seit sechs oder mehr Jahren. Die bisherige Wohndauer (d.h. bis zum Zeitpunkt der Befragung) in allen Heimen weist nach der Infratest-Repräsentativerhebung eine ähnliche Verteilung auf, allerdings mit einem etwas höheren Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern mit kürzerer Wohndauer (Schneekloth; von Törne 2006: 98). Auch von ihrem Pflegebedarf her unterscheiden sich die Pflegebedürftigen, deren Angehörige sich an der ISG-Befragung beteiligt haben, kaum von der Gesamtheit aller Pflegebedürftigen: Über die Hälfte von ihnen benötigen ständige Pflege, ein gutes Drittel mehrmals am Tag, und nur wenige kommen mit einer geringeren Pflegeintensität (5%) oder lediglich hauswirtschaftlicher Hilfe (3%) aus. Auch dieses Bild zeigt sich nach der Infratest-Erhebung ähnlich bei allen Pflegebedürftigen (Schneekloth; von Törne 2006: 60). Gut 40% der Bewohnerinnen und Bewohner sind schwerbehindert, aber nur rd. 15% sind dauernd bettlägerig. Zwischen 22% und 25% sind schwierig im Umgang, niedergeschlagen oder leicht altersverwirrt (einschließlich Mehrfachnennungen). Der Anteil der als „demenzkrank“ eingeschätzten Bewohnerinnen und Bewohner liegt mit 40% höher (aber unterhalb der Infratest-Ergebnisse). Nur 11% der Befragten sagen, dass keine dieser Beschreibungen auf ihren zu pflegenden Angehörigen zutrifft.

Der Anteil der Frauen unter den hier in den Blick genommenen Bewohnerinnen und Bewohnern ist mit 84% gegenüber 16% Männern höher als im bundesweiten Durchschnitt der Heimbewohnerinnen und -bewohner (73% Frauen zu 27% Männern; Schneekloth; von Törne 2006: 52 ff). Von ihrer Altersstruktur her sind sie mit 84,7 Jahren etwas älter als im Durchschnitt (nach Infratest 82,4 Jahre im Durchschnitt der Pflegebedürftigen). Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner ab 85 Jahren ist hier mit 62% höher als in Deutschland insgesamt (45% nach Infratest).

Die allgemeine Lebenszufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner schätzen ihre Angehörigen eher zurückhaltend ein. Demnach sind rd. 46% von ihnen zufrieden, darunter nur 7% sehr zufrieden. 12% sind unzufrieden, der Rest wird einer mittleren Zufriedenheit („teils/ teils“) zugerechnet. In dieser Hinsicht weicht das Ergebnis der ISG-Befragung deutlich von dem der Infratest-Repräsentativerhebung ab – dort wurden 72% als zufrieden (darunter 34% als sehr zufrieden) eingeschätzt gegenüber nur 7% Unzufriedenen. Die positivere Einschätzung wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

tern vorgenommen, die negativere Einschätzung von Angehörigen. Die Lebenszufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner wird somit aus verschiedenen Perspektiven unterschiedlich beurteilt.

Abbildung 4.5

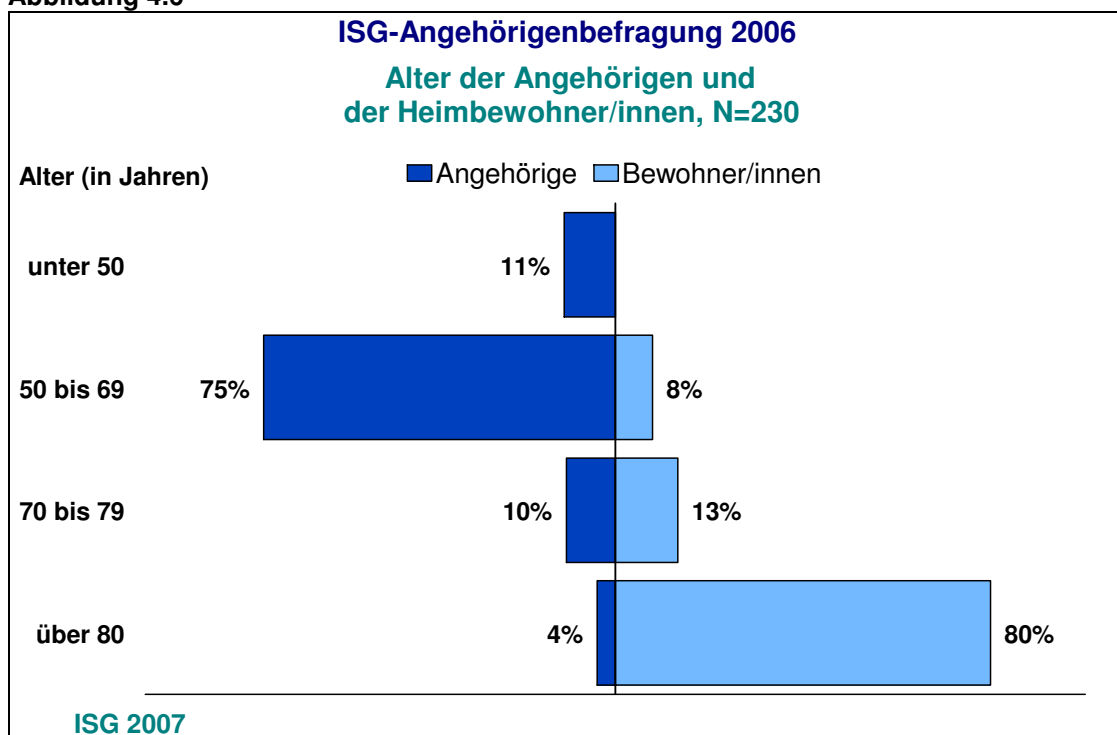


Die Pflegebedürftigen, deren Angehörige das ISG befragt hat, weisen demnach in fast allen relevanten Aspekten ähnliche Merkmale auf wie die Pflegebedürftigen insgesamt. Daher ist davon auszugehen, dass sich die Situation der befragten Angehörigen grundsätzlich nicht von der der Gesamtheit der Angehörigen unterscheidet. Ihre Erfahrungen und Einschätzungen hinsichtlich einer Einbindung in den Heimalltag hingegen beziehen sich auf Einrichtungen, die Angehörige gezielt integrieren und ihnen systematisch Mitwirkungsmöglichkeiten eröffnen.

4.3.3 Die Situation der Angehörigen

Die befragten Angehörigen sind zu zwei Dritteln Frauen und zu einem Drittel Männer. 42% von ihnen sind unter 60 Jahre alt, etwa ebenso viele (44%) zwischen 60 und 69 Jahren und 14% sind 70 Jahre oder älter. Das Durchschnittsalter der Angehörigen liegt bei 61 Jahren, also 24 Jahre unter dem Durchschnittsalter der von ihnen besuchten Bewohnerinnen und Bewohner. Darin kommt wieder zum Ausdruck, dass – wie oben festgestellt – der überwiegende Teil der mitwirkenden Angehörigen (70%) Kinder und Schwiegerkinder sind.

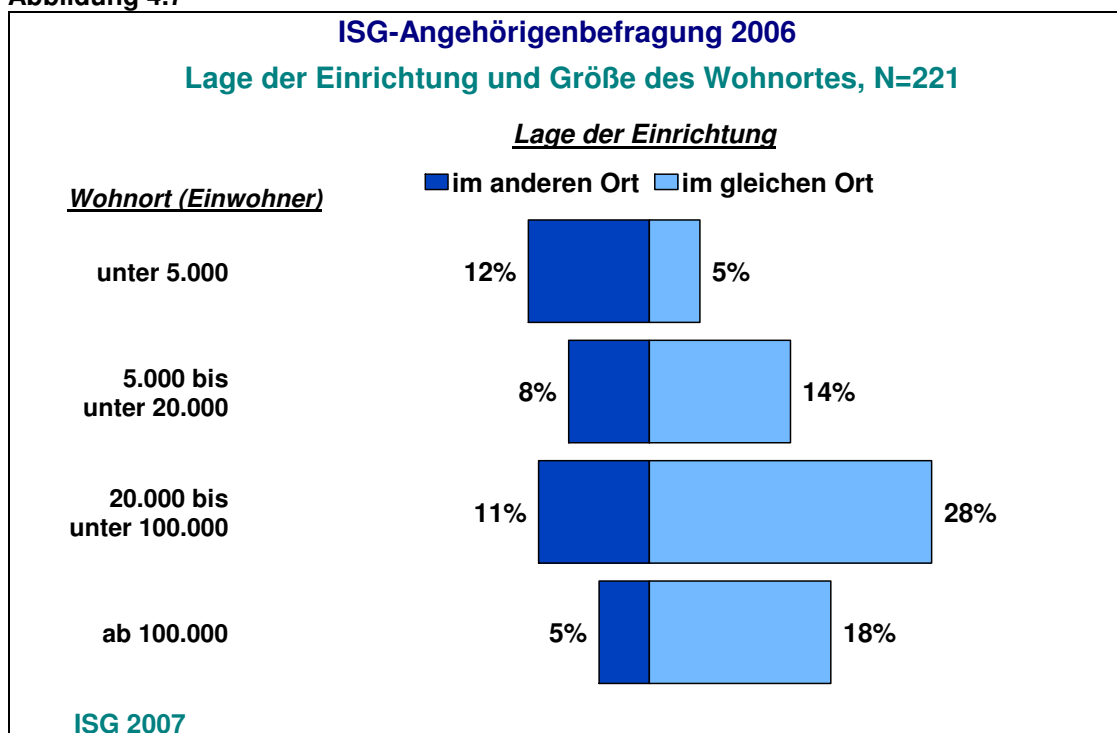
Abbildung 4.6



Gesundheitlich geht es den meisten der befragten Angehörigen nicht besonders gut. Zwar kommt es kaum einmal vor, dass die Angehörigen selbst ebenfalls pflegebedürftig sind (1%), aber nur rd. 40% von ihnen sind ganz ohne gesundheitliche Beschwerden, während knapp 60% auf gesundheitliche Probleme verweisen. Wenn Angehörige nur eingeschränkt mobil sind, kann eine größere Entfernung zum Heim problematisch werden und eine Mitwirkung verhindern. Im Folgenden wird dargestellt, wie die Entfernung die Möglichkeit, im Heim mitzuwirken, beeinflusst.

Der regelmäßige Besuch der Heimbewohnerinnen und -bewohner wird erleichtert, wenn die Einrichtung sich im Wohnort des Angehörigen befindet. Dies ist bei knapp zwei Dritteln der Fall, während 35% in einen anderen Ort fahren müssen, um zur Einrichtung zu gelangen. Vor allem Angehörige, die in kleineren Orten (unter 5.000 Einwohner) leben, müssen überwiegend (zu über 70%) in einen anderen Ort fahren, nur bei knapp 30% von ihnen liegt das Heim in ihrem Wohnort. Ab einer Ortsgröße von 20.000 Einwohnern kehrt sich dieses Verhältnis um, von den dort lebenden Angehörigen müssen nur noch wenige in einen anderen Ort fahren.

Abbildung 4.7

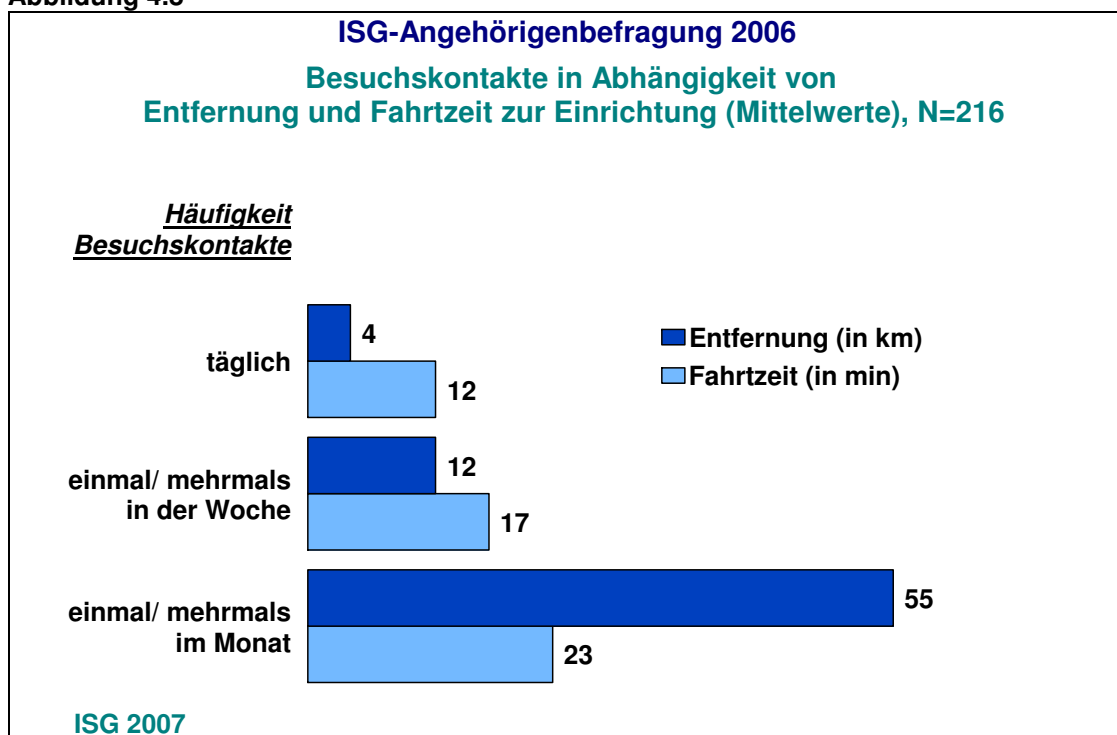


Die Belastung der Angehörigen, die in einen anderen Ort fahren müssen, wird dadurch deutlich erhöht: Das Heim, das sie besuchen, liegt durchschnittlich 26 Kilometer entfernt, und sie haben eine Fahrtzeit von durchschnittlich 23 Minuten. Dagegen brauchen die meisten Angehörigen, deren Verwandte in einem Heim ihres eigenen Wohnortes wohnen (zwei Drittel), nur eine Entfernung von durchschnittlich 3 Kilometern zurückzulegen, wozu sie etwa 11 Minuten benötigen.

Die Entfernung der Einrichtung wirkt sich auch auf die Besuchshäufigkeit aus (Abb. 4.8). Angehörige, die täglich zu Besuch kommen, legen durchschnittlich 3,8 Kilometer zurück (Fahrtzeit 12 Minuten). Einmal oder mehrmals pro Woche kommen die Angehörigen zu Besuch, die durchschnittlich 12 Kilometer bzw. 17 Minuten vom Heim entfernt wohnen. Bei denen, die nur ein- oder mehrmals pro Monat zu Besuch kommen, hängt dies auch mit einer Entfernung von durchschnittlich 55 Kilometern zusammen.

Die allgemeine Lebenszufriedenheit der Angehörigen ist erwartungsgemäß höher als die der Heimbewohnerinnen und -bewohner; gut 70% von ihnen zeigen sich zufrieden, darunter 13% sehr zufrieden (vgl. Abb. 4.5). Damit liegen sie etwa im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung im Alter von 50 bis 79 Jahren, von denen knapp 70% zufrieden und darunter 14,5% sehr zufrieden sind (SOEP 2005).

Abbildung 4.8



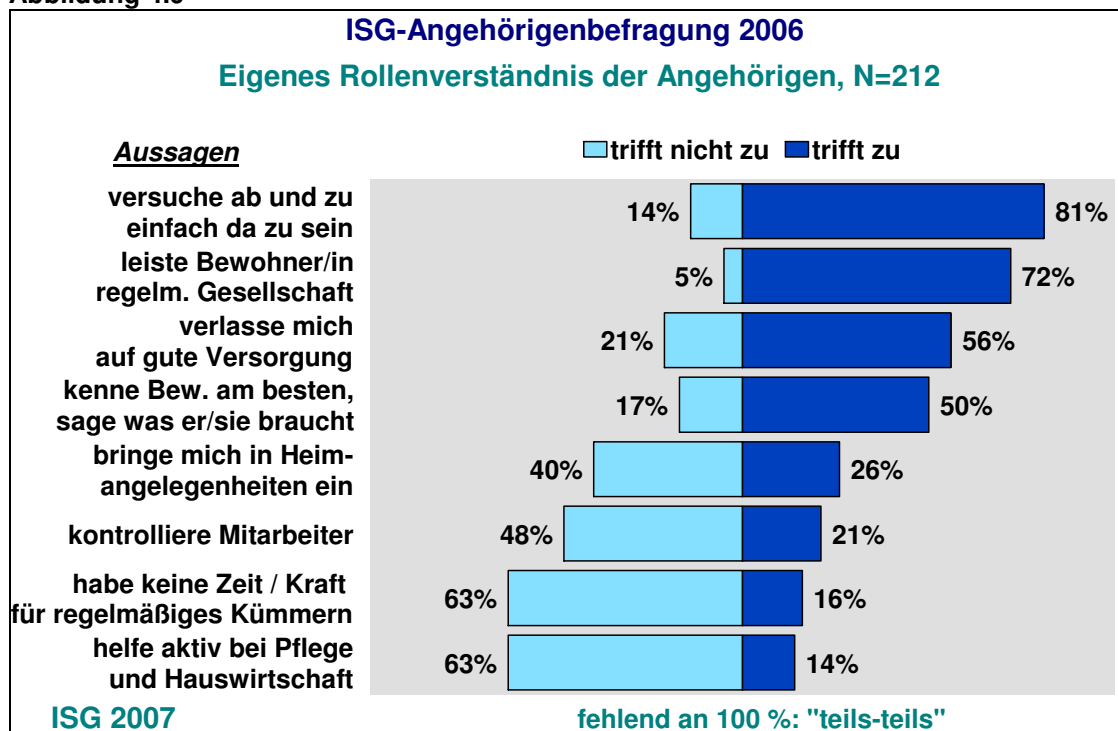
Die allgemeine Zufriedenheit der Angehörigen wird einerseits durch ihre eigene gesundheitliche Lage, andererseits aber auch durch ihr Verhältnis zu den Heimbewohnerinnen und -bewohnern beeinflusst. Von den Angehörigen, die selbst gesundheitlich eingeschränkt sind, äußern sich nur zwei Drittel zufrieden (66%), während dies von denen ohne gesundheitliche Beschwerden 78% sagen. Angehörige, die ein gutes, unbelastetes Verhältnis zur Heimbewohnerin bzw. zum Heimbewohner haben, sind zu 76% zufrieden, Angehörige mit teilweise problematischem Verhältnis zu 63% und Angehörige mit einem schwierigen Verhältnis nur zu 58%. Komplementär dazu nimmt der Anteil der Unzufriedenen zu. Daraus wird ersichtlich, dass die persönliche Lebenszufriedenheit durch die Angehörigenbeziehung unmittelbar beeinflusst wird.

4.3.4 Formen der Mitwirkung von Angehörigen in der Einrichtung

Im Zusammenhang mit der Auswertung der Kontakthäufigkeit wurde bereits die unterschiedliche Intensität der Beziehungen zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen thematisiert. Diese Intensitätsunterschiede können auch durch die räumliche Entfernung bedingt sein, vor allem aber ist zu berücksichtigen, dass sich Angehörige nicht alle in gleicher Weise engagieren können oder wollen: Manche (insbesondere Ehepartner) kommen täglich in die Einrichtung, andere (z.B. die Kinder) sind dazu aufgrund eigener beruflicher oder familiärer Verpflichtungen oder aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, und wiederum andere möchten nicht häufiger in die Einrichtung kommen, da sie die Heimatmosphäre als unangenehm empfinden oder ihre Beziehung zur Heimbewohnerin bzw. zum Heimbewohner nicht so eng, in manchen Fällen sogar gespannt ist. Um ihre Rolle als Angehörige zu beschreiben,

wurden im Fragebogen einzelne Formulierungen angeboten. Die meisten der hier befragten Angehörigen (81%) versuchen zumindest ab und zu in die Einrichtung zu kommen. Fast ebenso so viele (72%) leisten ihren Angehörigen regelmäßig Gesellschaft. Über die Hälfte der Angehörigen bringen der Einrichtung großes Vertrauen entgegen und verlassen sich auf eine gute Versorgungsqualität (55%), während jede/r fünfte Angehörige diesbezüglich selbst kontrolliert (21%). 50% sagen, dass sie ihre Angehörigen am besten kennen und daher am ehesten wissen, was sie brauchen. Der Anteil der Angehörigen, die sich nach eigener Einschätzung aktiv an der Pflege und hauswirtschaftlichen Hilfe beteiligen, liegt bei 14%. Weitere 26% bringen sich auch in die Heimangelegenheiten mit ein. Dagegen sagen 16%, dass sie keine Zeit oder keine Kraft haben, sich regelmäßig um ihre Pflegebedürftigen zu kümmern.

Abbildung 4.9

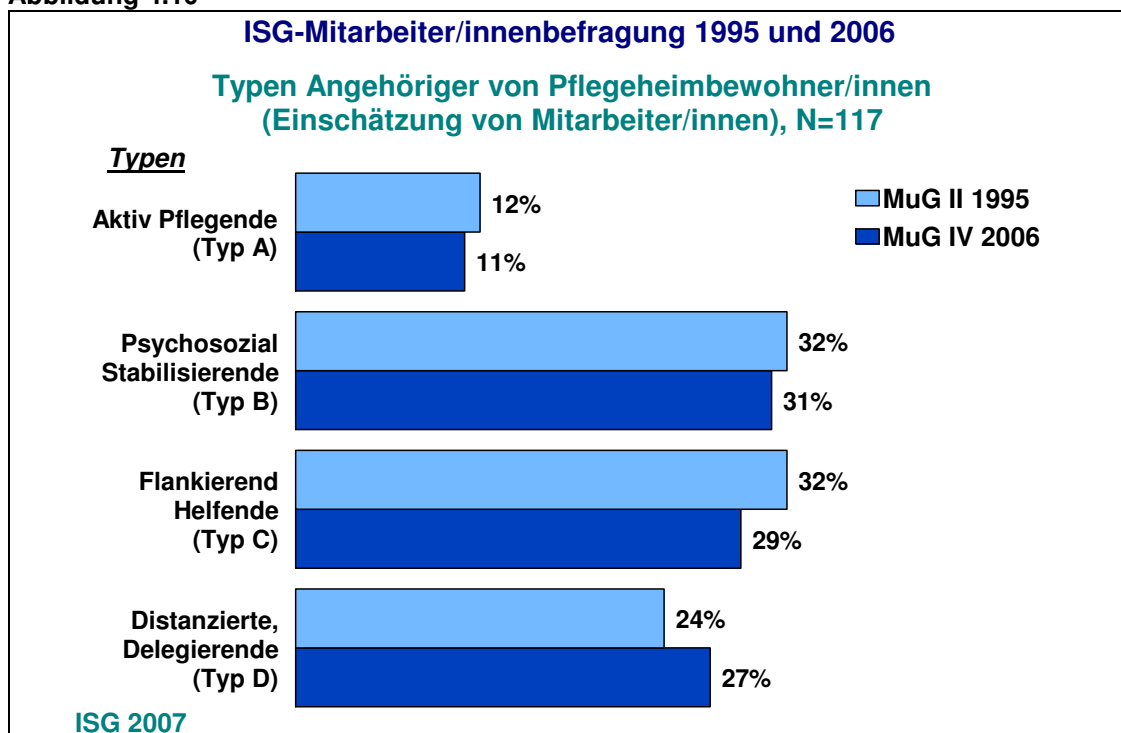


Im Rahmen der MuG II-Untersuchung (1995) wurden auf der Grundlage von Mitarbeiterinterviews vier Typen von Angehörigen nach den Kriterien der Besuchshäufigkeit und der Intensität ihrer Mitwirkung unterschieden, und zwar Angehörige, die ...

- regelmäßig und aktiv an Pflege und Betreuung mitwirken (*Typ A*)
- regelmäßig zu Besuch kommen und eher soziale Betreuung und psychische Stabilisierung leisten (*Typ B*)
- nicht ganz so häufig kommen und eher flankierend tätig werden (Besorgungen, finanzielle Dinge erledigen; *Typ C*)
- seltener zu Besuch kommen, Pflege und Betreuung im Wesentlichen an die Einrichtung delegieren und punktuell „überwachen“ (*Typ D*).

Diese Typologie wurde auch in der aktuellen Untersuchung im Jahr 2006 den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorgelegt mit der Bitte um eine Einschätzung, wie die Angehörigen, mit denen sie unmittelbar zu tun haben, diesen Kategorien zuzuordnen sind.

Abbildung 4.10



Das Ergebnis bestätigt in überraschend deutlicher Weise die Einschätzung, die mehr als zehn Jahre zuvor vorgenommen wurde: Ein gutes Zehntel der Angehörigen ist aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den aktiv Pflegenden zuzurechnen (Typ A), ein knappes Drittel nimmt psychosozial stabilisierende Funktionen wahr (Typ B) und etwa ebenso viele leisten flankierende Unterstützung (Typ C). Der vierte Typ D der distanzierten bzw. delegierenden Angehörigen wurde 1995 auf einen Anteil von 24% und nun auf 27% geschätzt. Angesichts der gestiegenen Zahl der Einrichtungen, die eine konzeptionelle Angehörigenarbeit leisten, wäre eine Zunahme des Anteils der Typen A und B zu erwarten gewesen. Offensichtlich sind aber nach wie vor viele Angehörige nicht bereit oder in der Lage, in stärkerem Maße mitzuwirken.

Die Angehörigen, die sich an der ISG-Befragung beteiligten, wurden auf Grund ihrer eigenen Einschätzungen (Besuchskontakte, Intensität der Mitwirkung) dieser Typologie zugeordnet. Unter ihnen sind allerdings die aktiveren Typen überrepräsentiert, während die eher distanzierten Angehörigen sich nur in geringem Maße an der Befragung beteiligten.

Eine Charakterisierung der Angehörigen anhand dieser Rollenprofile ergibt, dass 85% der aktiv Pflegenden Frauen sind und nur 15% Männer, während unter den weniger stark eingebundenen Angehörigen der Frauenanteil mit 64% niedriger und der Män-

neranteil mit 36% entsprechend höher liegt. Von der Altersstruktur her sind die entgegengesetzten Typen A und D mit einem Durchschnittsalter von 56 Jahren jünger als die Typen B und C mit 62 Jahren. Gesundheitliche Beschwerden sind kein wesentlicher Hinderungsfaktor für ein pflegerisches Engagement, denn die aktiv Pflegenden sind überwiegend gesundheitlich eingeschränkt (63%), während die Distanzierten vergleichsweise am gesündesten sind (nur 47% mit Beschwerden).

Tabelle 4.2
Soziodemografie der Angehörigentypen (in % je Typ)

Merkmal	Aktiv Pflegend (N = 28)	Psychosozial Stabilisierend (N = 84)	Flankierende Helfer (N = 103)	Distanziert/ Delegierend (N = 18)	Gesamt (N = 233)
Geschlecht					
Frauen	85	60	67	61	66
Männer	15	40	33	39	34
Alter					
unter 50	26	8	6	29	11
50 bis 59	37	29	34	18	31
60 bis 69	26	46	45	53	43
70 bis 79	7	12	12	-	10
80 und älter	37	60	4	-	4
Gesundheit					
ohne Beschwerden	37	42	36	53	39
mit Beschwerden	63	56	63	47	59
selbst pflegebedürftig	-	3	1	-	1
Relation zum Bewohner					
(Ehe-) Partner	18	14	10	-	12
Tochter / Sohn	61	61	70	67	65
Schwiegerkind	-	2	4	6	3
Schwester / Bruder	7	6	6	6	6
andere	14	17	11	22	14

ISG- Angehörigenbefragung 2006

Von der verwandtschaftlichen Beziehung her entfällt auf die Kinder in allen vier Typen der größte Anteil, allerdings ist ihr Gewicht in Typ C mit 70% am höchsten, in Typ A und B machen sie 60% aus. Die Partner der Bewohnerinnen und Bewohner stellen unter allen Angehörigen 12% und haben unter den aktiv Pflegenden (Typ A) mit 18% das größte Gewicht. Ihr Anteil an Typ B liegt bei 14% und an Typ C bei 10%, in Typ D kommen sie gar nicht vor. Schwiegerkinder sowie Neffen und Nichten sind im distanzierten Typ D relativ stärker vertreten als in den anderen Typen.

Formen der Mitwirkung

Um die Formen der Mitwirkung von Angehörigen im Detail erfassen zu können, enthielt der Fragebogen differenzierte Fragenblöcke mit vorgegebenen Kategorien. Dabei wurde auch nach der Intensität der Mitwirkung unterschieden. Fasst man regelmäßige und sporadische („ab und zu“) Mitwirkung zusammen, so ergibt sich diese Reihenfolge:

Tabelle 4.3

Beteiligung an Pflege und Betreuung (in %)

Form der Mitwirkung	regel- mäßig	ab und zu	nein, wäre aber bereit	nein, kann/ möchte nicht	Gesamt
vorlesen, sich unterhalten	77	17	2	5	212
Angehörigentreffen	52	19	14	14	210
aus dem Leben d. Ang. erzählen	22	60	14	4	214
andere Bewohner einbe- ziehen	21	43	5	30	197
Mitarb.-Sprechstunden besuchen	19	26	29	25	195
Mitglied des Heimbeirats	15	1	19	66	194
Beteiligung an Pflegepla- nung	14	15	29	41	194
Vermittlung von Kontakten	13	46	17	24	186
Feste, Ausflüge, Veran- staltungen	11	22	24	44	200
Hilfe bei Pflege	10	33	17	40	205
Teilnahme an Pflegevisiten	5	8	37	49	189

ISG- Angehörigenbefragung 2006

- Fast alle Angehörigen sind in der psychosozialen Betreuung aktiv, sie unterhalten sich regelmäßig mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und lesen ihnen vor. Diese inhaltliche Mitwirkung wird sehr viel häufiger praktiziert als eine rein organisatorische (bei Festen, Ausflügen, Veranstaltungen), bei der nur ein Drittel mitwirkt.
- 82% der Befragten konnten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über ihre Angehörigen erzählen und so deren Kenntnis der Person verbessern helfen. Dieser Beitrag wird aber in den meisten Fällen nur ab und zu geleistet, da der Bedarf an solchen Informationen nur punktuell besteht oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht immer Zeit für ein solches Gespräch haben. Dies kann auch ein Grund dafür sein, dass weniger als die Hälfte der Angehörigen (darunter 20% regelmäßig, 26% ab und zu) die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deren Sprechstunde aufsuchen.
- Die meisten der hier befragten Angehörigen nehmen regelmäßig an Angehörigentreffen teil (52%). Berücksichtigt man allerdings, dass nach der Infratest-Erhebung nur in 36% der Einrichtungen ein solches Angebot besteht, so zeigt sich, dass die

Befragten in dieser Hinsicht eine Positivauswahl darstellen. Im Heimbeirat sind darüber hinaus 15% regelmäßig aktiv.

- Viele Angehörige beziehen bei ihrer Mitwirkung andere Bewohnerinnen und Bewohner mit ein. 64% kümmern sich auch um andere Bewohnerinnen und Bewohner, und die meisten davon (59%) sind darum bemüht, gezielt Kontakte der Pflegebedürftigen mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern herzustellen.
- Bei der Pflege im engeren Sinne wirken vergleichsweise wenige Angehörige mit, und zwar 33% der Befragten ab und zu, aber nur 10% regelmäßig. An der Pflegeplanung sind mit 14% etwas mehr Angehörige regelmäßig beteiligt, weitere 16% ab und zu. Die Möglichkeit, an Pflegevisiten teilzunehmen, nehmen am wenigsten in Anspruch (5% regelmäßig und 9% ab und zu).

Manche Angehörige wirken nicht stärker mit, weil sie sich dazu nicht in der Lage sehen. Was die Pflege im engeren Sinne betrifft, so können oder möchten 40% weder bei der Pflege mithelfen noch an der Pflegeplanung beteiligt werden. Rd. 50% möchten nicht an einer Pflegevisite teilnehmen. Zu mehr Mitwirkung wären in der unmittelbaren Pflege 17% bereit, bei der Pflegeplanung 29% und bei Pflegevisiten 37%. Fast durchgängig zeigt sich dabei, dass von den Angehörigen, die nicht mitwirken, ein kleinerer Teil zu mehr Mitarbeit bereit wäre, während ein größerer Teil von ihnen dies nicht möchte oder sich dazu nicht in der Lage fühlt. Eine Ausnahme bilden nur die Sprechstunden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Diese würden 29% gerne wahrnehmen, während nur 25% kein Interesse daran haben.

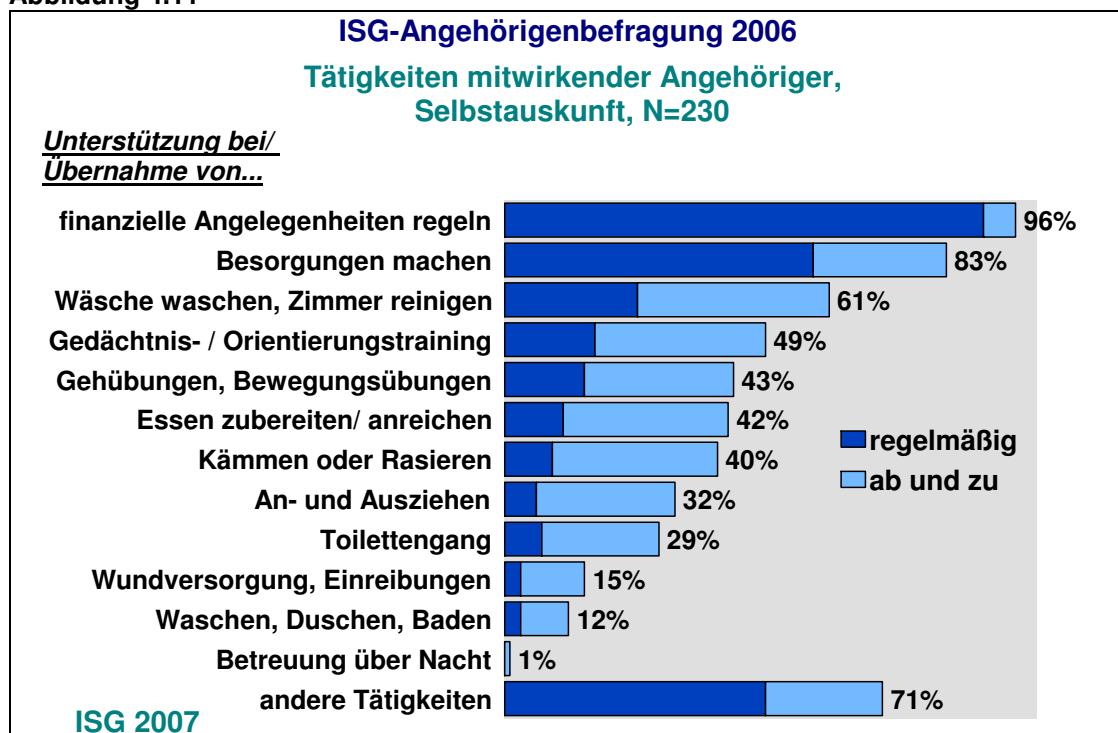
In einzelnen Einrichtungen wurden diese Ergebnisse zur Diskussion gestellt und wie folgt kommentiert:

- Die *Pflegevisite* wird nach Angaben eines Heimleiters etwa einmal pro Jahr und ansonsten nur bei konkreter Veranlassung durchgeführt, dauert 60 Minuten und umfasst eine Überprüfung von Pflegedokumentation, Medikation, Vorliegen einer richterlichen Verfügung etc.; dies sei für Angehörige wenig nachvollziehbar. In der Heimzeitung wurde das Konzept der Pflegevisite vorgestellt und auf die Möglichkeit der Beteiligung hingewiesen, es gab aber (anders als bei Hinweisen auf Feste und Veranstaltungen) keine Reaktion darauf. – Eine Angehörige assoziiert eine Teilnahme an der Pflegevisite mit einer Kontrollabsicht, sie wolle aber nicht den Eindruck des Misstrauens erwecken.
- Was die Mitwirkung bei der *Pflegeplanung* betrifft, so sieht eine Mitarbeiterin die Angehörigen bei der Heimaufnahme ausführlich einbezogen, insbesondere bei der Biografieerstellung, womit deren „Mitteilungsbedürfnis“ wahrscheinlich erschöpft sei.
- Zu einer Beteiligung an der *Pflege im engeren Sinne* sieht sich eine Angehörige aus fachlichen Gründen nicht in der Lage, eine andere sieht gerade darin die Entlastungsfunktion der Einrichtung.

Betrachtet man die einzelnen Tätigkeiten näher, die die Angehörigen beitragen, so ergibt sich folgendes Bild:

- Fast alle Angehörigen sind in die Regelung der finanziellen Angelegenheiten einbezogen (96%, darunter 91% regelmäßig). Kleinere Besorgungen leisten 84% der Angehörigen, darunter 58% regelmäßig.
- 62% helfen dabei, die Wäsche in Ordnung zu halten und das Zimmer aufzuräumen, nur 25% tun dies aber regelmäßig.
- Hilfen bei Gedächtnis- und Orientierungstrainings leisten 49% der Angehörigen, darunter 17% regelmäßig.
- Geh- und Bewegungsübungen (43% Mitwirkung, darunter 15% regelmäßig) sowie Hilfen beim Essen (42% Mitwirkung, darunter 11% regelmäßig) sind weitere Bereiche, in denen Angehörige in mittlerer Intensität mitwirken, während bei anderen pflegerischen Leistungen wie Hilfe beim Kämmen oder Rasieren, beim An- und Ausziehen oder beim Toilettengang nur jeweils weniger als 10% der Angehörigen regelmäßig mithelfen.

Abbildung 4.11



Eine Auswertung der *pflegerischen Tätigkeiten* nach Rollentyp (hier zusammengefasst: Hilfe bei der Pflege, Beteiligung an Planung und Visite, Hilfe bei Körperpflege) ergibt: Die meisten der aktiv Pflegenden (53% von Typ A) wirken bei der Pflege im engeren Sinne mit, davon die Hälfte regelmäßig. Auch bei den im Einzelnen genannten pflegerischen Tätigkeiten weisen die aktiv Pflegenden hohe Mitwirkungsquoten auf, die weit über denen der anderen Angehörigen liegen. Im Unterschied zu diesen ist hier auch eine hohe Bereitschaft für eine weitere Mitwirkung festzustellen: 54% wären bereit, sich stärker an Pflegeplanung und Pflegevisiten zu beteiligen, zusammengefasst für alle pflegerischen Tätigkeiten gilt dies für 26%. Bei den anderen Angehörigen-Typen sind

sowohl die tatsächliche Mitwirkung als auch die Bereitschaft zu weiterer Hilfe geringer ausgeprägt.

Bei den weiteren *personenbezogenen Hilfen* (hier zusammengefasst: Biografiearbeit, Besorgungen und finanzielle Angelegenheiten, Hilfe bei Essen und Zimmergestaltung) wirken auch die anderen Angehörigentypen stärker mit, allerdings auch hier erwartungsgemäß abgestuft von 61% regelmäßig (Typ A) bis 32% regelmäßig (Typ D). Die Mitwirkung des Typs B (psychosozial Stabilisierende) liegt in Bezug auf finanzielle Angelegenheiten und Biografiearbeit auf gleich hohem Niveau wie bei den aktiv Pflegenden, bei weiteren Tätigkeiten wie Besorgungen, Zimmergestaltung und Hilfe beim Essen aber bereits merklich niedriger.

Tabelle 4.4
Mitwirkung nach Angehörigentyp (in % je Typ)

Merkmal	Aktiv Pflegend	Psychosozial Stabilisierend	Flankierende Helfer	Distanziert/ Delegierend	Gesamt (N = 233)
<i>Beteiligung an Pflege</i>					
regelmäßig	27	5	2	2	6
ab und zu	26	18	15	16	18
nein, wäre aber bereit	26	18	18	22	9
nein, kann/ möchte nicht	20	58	65	60	57
<i>Hilfe, persönliche Dinge</i>					
regelmäßig	61	44	38	32	42
ab und zu	30	32	31	34	32
nein, wäre aber bereit	5	7	13	11	9
nein, kann/ möchte nicht	5	17	19	23	17
<i>Betreuung, Aktivierung</i>					
regelmäßig	43	31	19	22	27
ab und zu	28	36	27	28	31
nein, wäre aber bereit	12	9	17	16	13
nein, kann/ möchte nicht	18	25	36	34	29
<i>Interessenvertretung</i>					
regelmäßig	35	33	26	24	30
ab und zu	18	11	19	14	15
nein, wäre aber bereit	19	24	19	16	21
nein, kann/ möchte nicht	28	32	37	46	35

ISG- Angehörigenbefragung 2006

Beim Aktivitätenbündel der *sozialen Betreuung* (vorlesen und unterhalten, soziale Kontakte fördern, kognitive und somatische Übungen) bestätigt sich in der Regel die Varianz der Mitwirkungsintensität entsprechend der Typologie, 71% des Typs A und 67% des Typs B wirken in diesen Formen mit und knapp 50% der beiden anderen Angehörigentypen. Eine Ausnahme bilden darunter die organisatorischen Hilfen, bei denen die

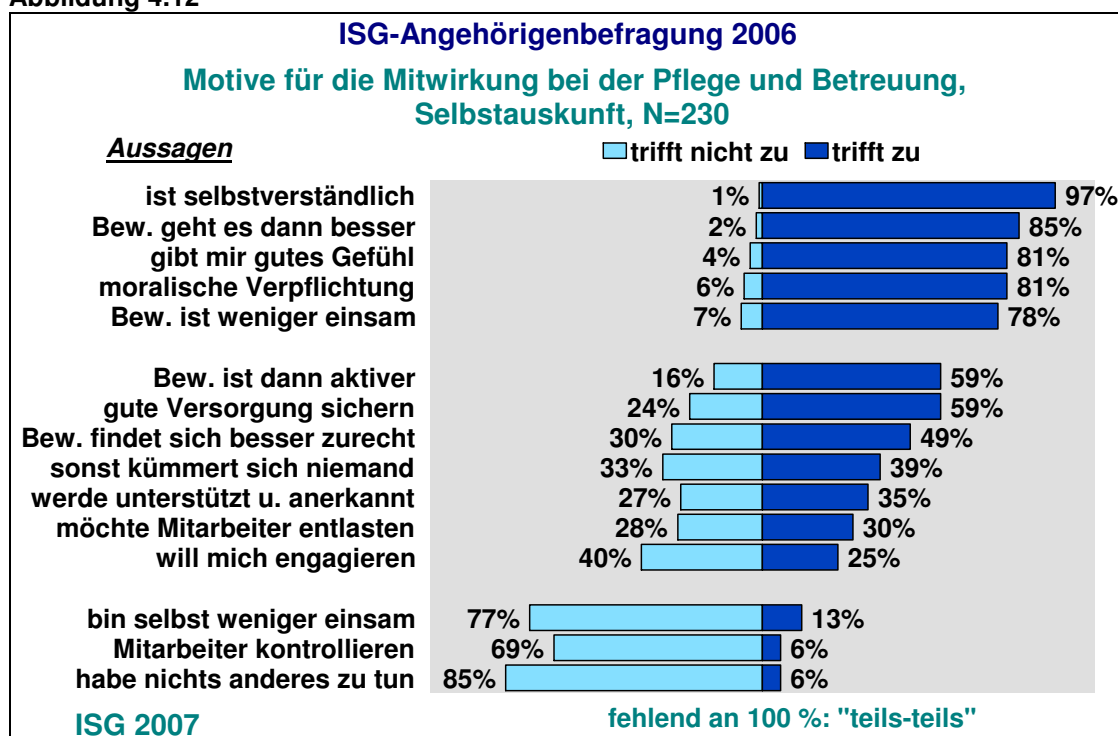
aktiv Pflegenden relativ gering engagiert sind (meist weil sie dies nicht können oder möchten), hier sind die anderen Angehörigentypen aktiver.

Bei der *Interessenvertretung und Unterstützung* (Mitwirkung im Heimbeirat, bei Angehörigentreffen und Inanspruchnahme von Sprechstunden) ist der Abstand zwischen den Typen geringer, die regelmäßige Mitwirkung bzw. Inanspruchnahme reicht von 24% (Typ D) bis 35% (Typ A). Die umgekehrte Rangfolge besteht hinsichtlich der ablehnenden Antwort, von 28% bei Typ A steigt die Distanz bis zu 46% bei Typ D.

Motivation der Angehörigen

Zu der Frage, warum die Angehörigen sich in der Einrichtung engagieren, wurden unterschiedliche Motivbeschreibungen angeboten. Dabei wurde denjenigen, die ihre Motive weniger intensiv reflektiert hatten, die Antwortmöglichkeit angeboten, dass dies eine Selbstverständlichkeit sei.

Abbildung 4.12



- Fast alle Befragten (97%) stimmen der Aussage zu, dass diese Mitwirkung für sie „selbstverständlich“ sei.
- An zweiter Stelle stehen Motive, die auf den Pflegebedürftigen gerichtet sind (bessere Befindlichkeit 85%, weniger einsam 78%), ebenso wie solche, die die Befragten selbst betreffen (moralische Verpflichtung und gutes Gefühl, 81% Zustimmung).

- An dritter Stelle folgen Gründe, weshalb das Engagement gut für den Pflegebedürftigen ist: Die Versorgung wird dadurch verbessert (59%), die Bewohnerin bzw. der Bewohner ist dann aktiver (59%) und findet sich im Heim besser zurecht (50%).
- Eine geringere Rolle spielt, dass sich sonst niemand kümmert (39%), dass es um die eigene Unterstützung und Anerkennung geht (35%), dass man die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlasten möchte (30%) oder sich ganz allgemein engagieren und einbringen will (25%).
- Auf überwiegende Ablehnung stoßen Motivbeschreibungen, die eigene Einsamkeit betreffen (13% Zustimmung vs. 77% Ablehnung), Langeweile (6% Zustimmung vs. 85% Ablehnung) oder Kontrollbedürfnis (6% Zustimmung vs. 69% Ablehnung).

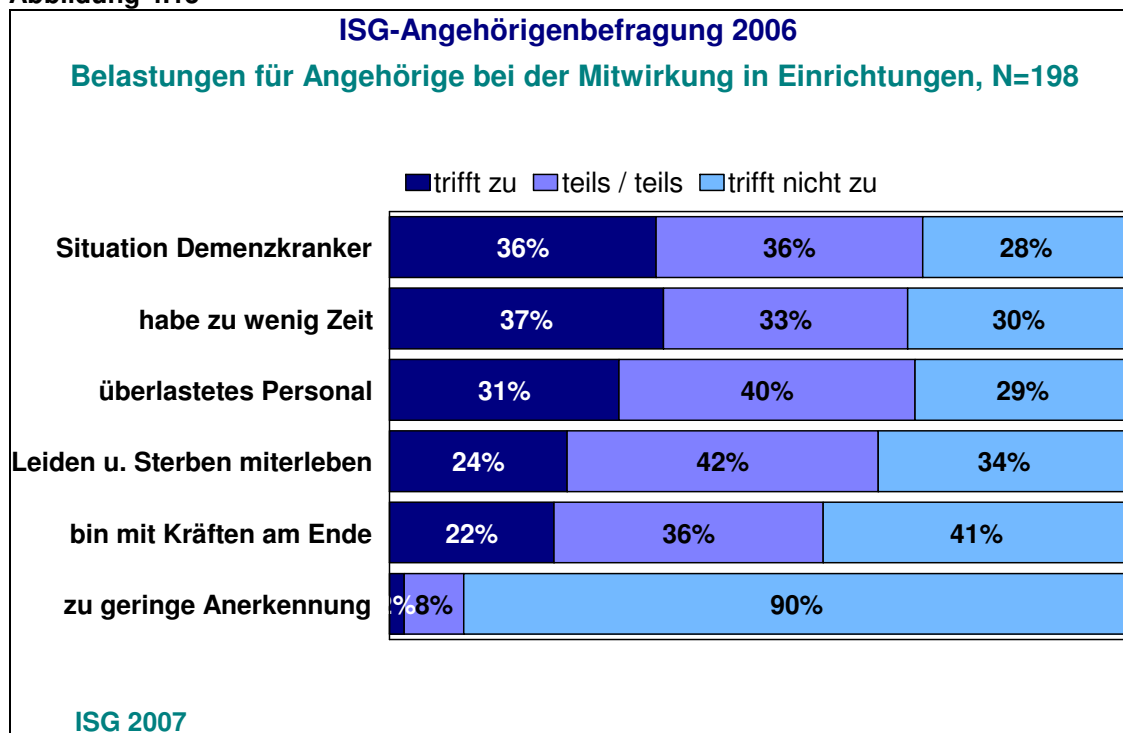
Belastungen und Grenzen

Als besonders belastend empfinden die Angehörigen vor allem drei Umstände: dass sie selbst (37%) und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (31%) zu wenig Zeit haben sowie die Situation demenziell erkrankter Menschen (36%).

Weiterhin ist es für einen Teil der Angehörigen belastend, Leiden und Sterben miterleben (24% Zustimmung, 34% „trifft nicht zu“) und mit den eigenen Kräften am Ende zu sein (22% Zustimmung, 41% „trifft nicht zu“). Als definitiv nicht belastend wird eine unzureichende Anerkennung seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter empfunden. In einer vertieften Analyse wurde überprüft, wie die Wahrnehmung von Belastungen mit der persönlichen Lebenssituation der Angehörigen zusammenhängt. Dabei zeigt sich, dass die Belastung durch die Situation demenziell Erkrankter mit zunehmendem Alter steigt; von den Angehörigen unter 60 Jahren finden dies rd. 30% belastend, von den über 70-Jährigen rd. 45%.

Männer empfinden dies etwas stärker belastend als Frauen. Bezüglich des Belastungsfaktors, selbst zu wenig Zeit zu haben, ist dies umgekehrt: Auf 48% der Angehörigen unter 60 Jahren trifft dies zu, aber auf weniger als 30% der über 60-Jährigen. Frauen finden den Zeitmangel eher belastend als Männer. Auch das Gefühl, mit den eigenen Kräften am Ende zu sein, äußern Frauen (zu 24%) eher als Männer (zu 17%). Hier kommt insbesondere der eigene Gesundheitszustand ins Spiel: Unter den Angehörigen mit gesundheitlichen Beschwerden wird dies von doppelt so vielen (27%) als belastend empfunden wie von denen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung (13%). Die Überlastung des Personals beklagen allerdings alle Angehörigen gleichermaßen, hier gibt es keine Unterschiede nach Geschlecht, Alter oder Gesundheitszustand.

Abbildung 4.13



Unterstützung seitens der Einrichtung

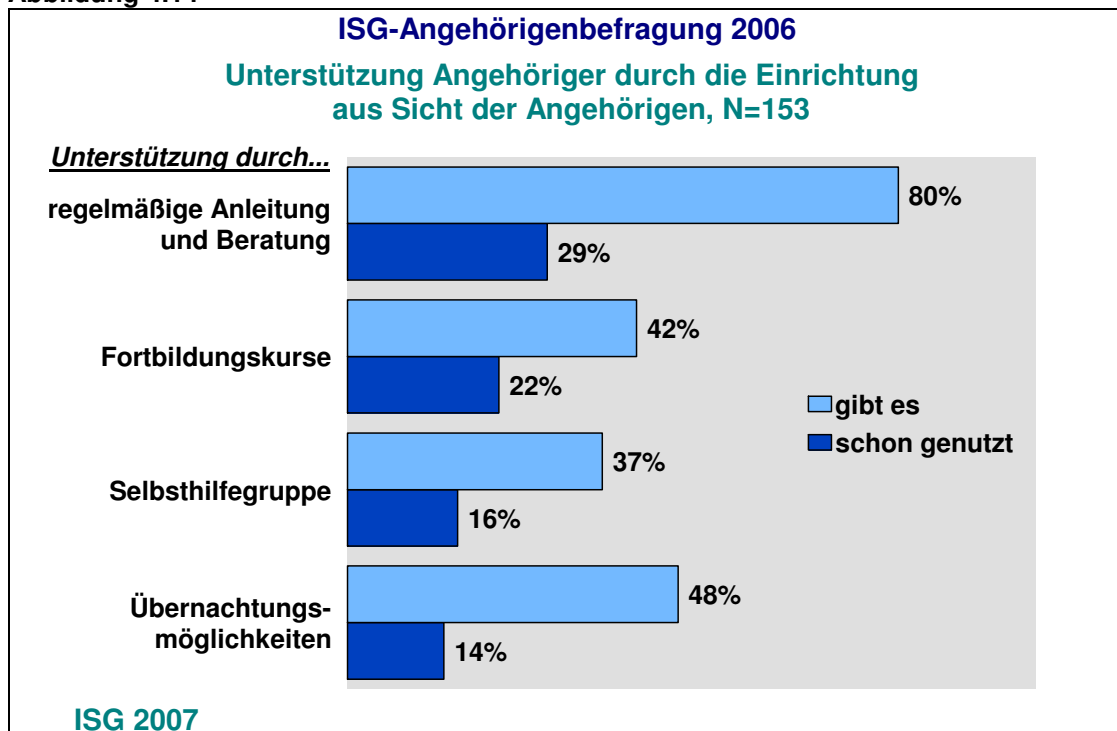
Für Angehörige ist es hilfreich, seitens der Einrichtung unterstützt zu werden. Nach der Infratest-Repräsentativbefragung führen 62% aller Einrichtungen in Deutschland regelmäßige Angehörigenabende durch und 46% spezielle Beratungsangebote. In 36% der Einrichtungen haben Angehörige Selbsthilfegruppen gebildet, und in 34% werden den Angehörigen Zimmer zur Übernachtung angeboten (Schneekloth; von Törne 2006: 41).⁴²

Die Einrichtungen, in denen das ISG seine Befragungen durchgeführt hat, bilden in dieser Hinsicht eine Positivauswahl. 80% der Befragten, die sich zu den Unterstützungsformen äußern, berichten, dass es eine regelmäßige Anleitung und Beratung der Angehörigen in ihrer Einrichtung gebe. Davon Gebrauch gemacht haben nur 29%. Diese geringe Nutzung kann auf ein geringes Erfordernis oder geringes Interesse der Angehörigen zurückzuführen sein oder darauf, dass das Angebot seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht hinreichend offen unterbreitet wird. Im Rahmen der offenen Antwortmöglichkeiten wurde von einigen Befragten genannt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wegen hohen Zeitdrucks oft nicht genügend Zeit für intensivere Gespräche hätten, es wurde aber auch deutlich, dass diejenigen Angehörigen, die vor der Heimübersiedlung des Pflegebedürftigen bereits längere Zeit pflegerisch tätig waren, keinen hohen Leitungs- und Beratungsbedarf haben. In vertiefenden

⁴² Vgl. auch die Beispiele der Unterstützung von Angehörigen und Freiwilligen in den vom IGF durchgeführten Fallstudien, in diesem Band.

Gesprächen interpretierten einige Angehörige die zurückhaltende Nutzung von Angeboten so, dass sie auch Zeit für sich selbst benötigten.

Abbildung 4.14



42% der Befragten berichten über Fortbildungskurse bzw. Anleitungskurse für Angehörige. Die Hälfte von ihnen hat diese Kurse auch in Anspruch genommen. Ein fast gleiches Bild bietet sich im Hinblick auf Angebot und Nutzung von Selbsthilfegruppen. Häufiger sind Übernachtungsmöglichkeiten in der Einrichtung vorhanden (bei 48% der Befragten), die aber nur in geringem Maße genutzt werden (von 14% der Befragten). Dies hängt damit zusammen, dass bei zwei Drittel der Befragten die Einrichtung in ihrem Wohnort liegt und eine Übernachtung im Heim daher nicht nötig ist.

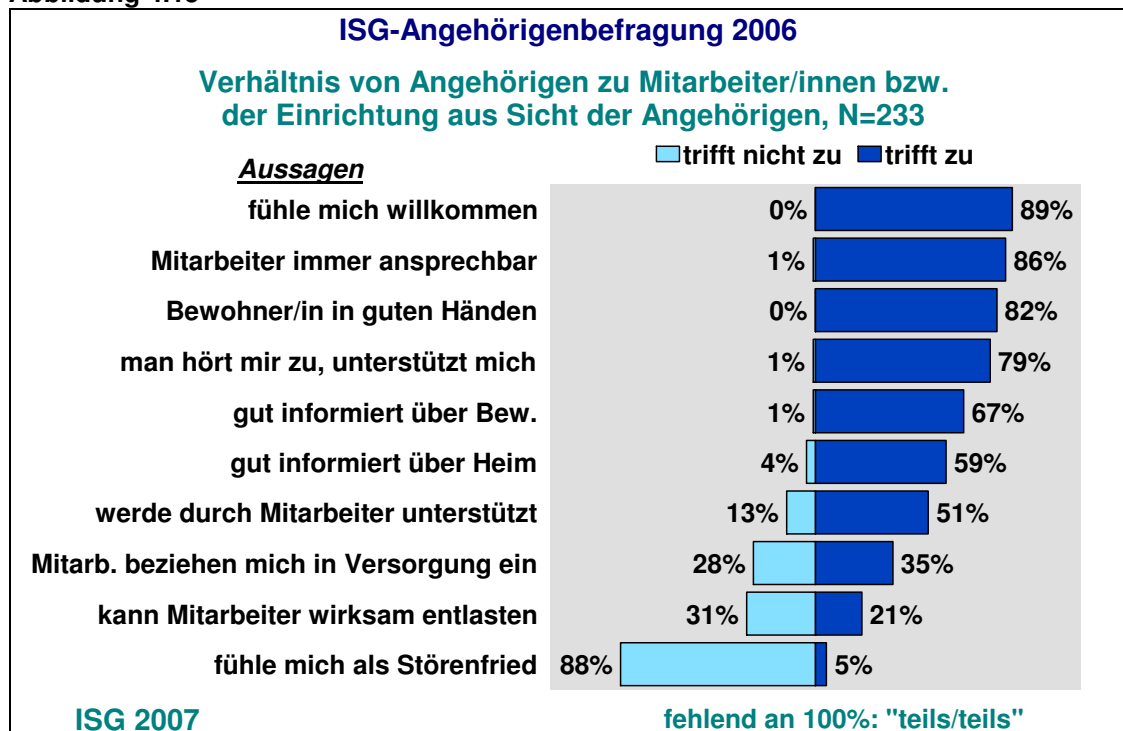
Die Typologie der Angehörigen bringt hinsichtlich der Nutzung dieser Angebote keine weiter führenden Erkenntnisse. Da das Angebot für Angehörige auch von der Art der Einrichtung abhängen kann, wurde diese Frage im Hinblick auf Größe und Träger der Einrichtung untersucht. In größeren Einrichtungen gibt es alle Angebote häufiger als in kleineren Einrichtungen; dieser Unterschied fällt bei der regelmäßigen Anleitung und Beratung kaum ins Gewicht, dagegen aber bei den Angeboten an Fortbildungskursen und an Übernachtungsmöglichkeiten. Befragte aus gemeinnützigen Einrichtungen, die drei Viertel aller Einrichtungen ausmachen, können eher als andere über Angebote für Selbsthilfegruppen und zur Übernachtung berichten, aber weniger als andere über regelmäßige Anleitung und Beratung. Hier liegen – den Befragten zufolge – Angebotschwerpunkte der privaten und der öffentlichen Einrichtungen. Die öffentlichen Einrichtungen haben ihren zweiten Schwerpunkt bei Fortbildungskursen, die privaten Einrichtungen bei Übernachtungsmöglichkeiten.

Diese Analyse zeigt also, dass Angehörige in größeren Einrichtungen mit etwas mehr Unterstützung rechnen können als in kleineren Einrichtungen. Die Unterschiede nach Trägerschaft weisen dagegen keine eindeutige Tendenz auf, hier wurden unterschiedliche Schwerpunkte festgestellt. Dass die Einrichtungen solche Unterstützungsformen anbieten, ist wichtig – auch wenn nicht alle Angehörigen davon Gebrauch machen.

4.3.5 Verhältnis der Angehörigen zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Bereits die MuG II-Untersuchung hatte ergeben, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von eher positiven Erfahrungen mit Angehörigen berichten. Dieses Ergebnis wird hier auch aus der Perspektive der Angehörigen grundsätzlich bestätigt. Nahezu alle Befragten fühlen sich in der Einrichtung willkommen, kaum einer sieht sich als „Störenfried“. Sie können sich jederzeit mit Fragen und Problemen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wenden, sie fühlen sich von diesen gut unterstützt und wissen ihre Angehörigen in guten Händen (für 80-90% zutreffend). Die Informationslage über den zu Pflegenden sowie über das Geschehen im Heim beurteilen zwei Drittel als gut, ein Drittel etwas zurückhaltender mit „teils/teils“.

Abbildung 4.15



Etwas skeptischer beurteilen die Angehörigen nur ihre direkte Einbeziehung in die pflegerische Arbeit: Ausgewogen wird die Aussage beurteilt, seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Versorgung und Pflege einbezogen zu werden (für 35% zutreffend, für 37% teils/ teils und für 28% nicht zutreffend). Noch zurückhaltender wird der Entlastungseffekt der eigenen Mitwirkung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingeschätzt, hier antworten nur noch 21% mit „zutreffend“, aber 31% mit „trifft nicht

zu“ und fast die Hälfte mit „teils/teils“. Dies zeigt, dass es in der Regel nicht um atmosphärische Störungen zwischen Angehörigen und Mitarbeitern geht: Deren Entgegenkommen wird von den Angehörigen hoch geachtet. Eine gewisse Skepsis besteht am ehesten hinsichtlich der eigenen Wirksamkeit der Angehörigen, wenn es um die Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geht.

Allerdings bestehen diesbezüglich Unterschiede zwischen den Angehörigentypen: Gut einbezogen fühlen sich 54% der aktiv Pflegenden (Typ A), 37% der psychosozial Stabilisierenden (Typ B) und 26% der nur flankierend Unterstützenden (Typ C). In gleicher Tendenz meinen 54% des Typs A gegenüber 21% des Typs B und 10% des Typs C, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wirksam entlasten zu können.

Das insgesamt sehr positive Verhältnis kann auch nach einzelnen Mitarbeitergruppen differenziert betrachtet werden. Die Angehörigen haben zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes am meisten Kontakt und kommen mit diesen auch am besten zurecht. Das Verhältnis zu Heimleitung und Pflegedienstleitung ist ebenfalls sehr gut, nur sind die Kontakte nicht ganz so häufig. Deutlich geringer ist der Kontakt zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes und der Hauswirtschaft, hier nimmt ein Viertel der Befragten keine Beurteilung vor, weil kein Kontakt besteht. In der Regel gibt es bestimmte Bezugspersonen, zu denen das Verhältnis besonders gut ist. Zwei Drittel der Angehörigen haben ein besonderes Vertrauensverhältnis zu einer bestimmten Mitarbeiterin oder einem bestimmten Mitarbeiter. Gut die Hälfte der Befragten berichten, dass es für Angehörige eine feste Bezugsperson im Heim gebe. Den pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern ist aber nur in rd. 30% der Fälle eine Pflegemitarbeiterin oder ein Mitarbeiter fest zugeordnet, überwiegend (zu 71%) ist dies nicht der Fall. Aus kleineren Heimen (bis zu 100 Plätzen) wird dies häufiger berichtet als aus größeren Heimen (mit mehr als 100 Plätzen).

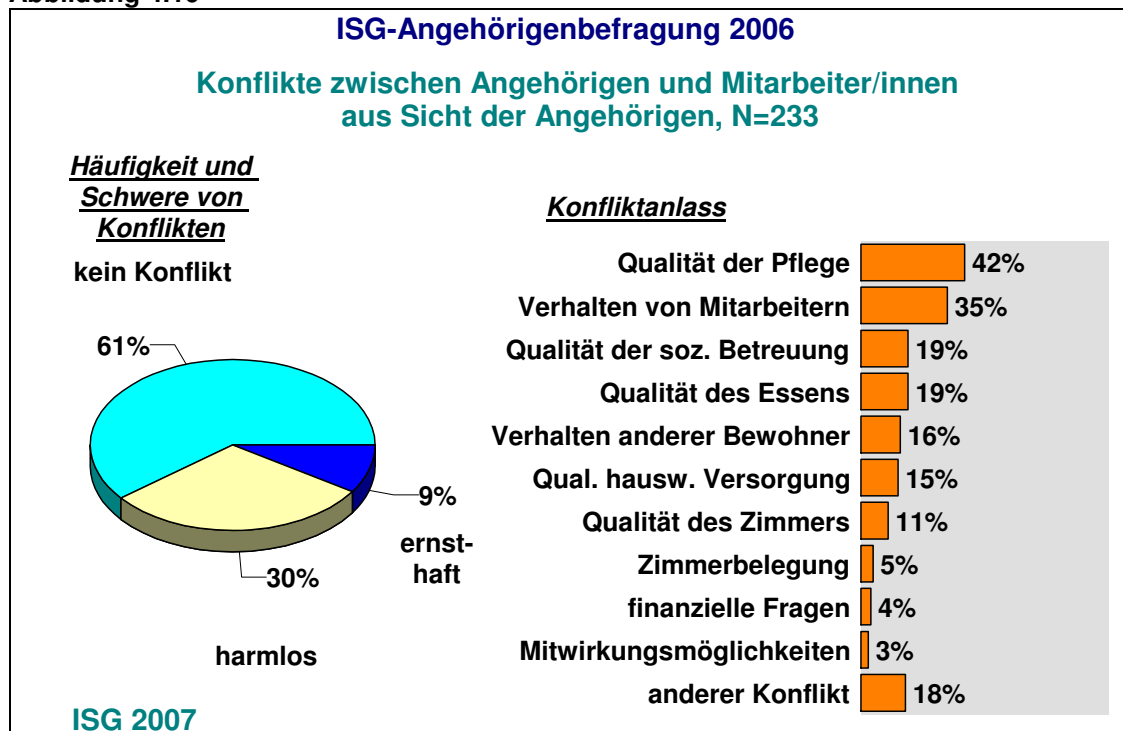
Konflikte zwischen Angehörigen und Mitarbeitern

Die Mehrzahl der Angehörigen (61%) hat bisher noch keinen Konflikt mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung gehabt, und wenn Konflikte auftraten, so werden sie überwiegend als „harmlos“ bezeichnet (30%), nur 9% der Angehörigen berichten auch von ernsthaften Konflikten.

Wenn Konflikte aufgetreten sind, so ging es meist um die Qualität der Pflege (42% derer, die über Konflikte berichten) oder um das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (35%). An zweiter Stelle stehen Konflikte wegen der Qualität der sozialen Betreuung oder der Qualität des Essens (jeweils 19%) sowie wegen der hauswirtschaftlichen Versorgung (15%) oder des Verhaltens anderer Bewohnerinnen und Bewohner (16%). Nur in geringem Maße geben die Zimmerbelegung, finanzielle Fragen oder Mitwirkungsmöglichkeiten der Angehörigen Anlass zu Konflikten. Die in der Kategorie „anderer Konflikt“ genannten Anlässe geben meist in anderen Worten das wieder, was in den vorgegebenen Kategorien bereits angesprochen worden war. Angehörige, die sich intensiver in der Pflege engagieren, berichten über häufigere und zugleich gra-

vierendere Konflikte als andere. 18% der aktiv Pflegenden (Typ A) und 13% der psychosozial Stabilisierenden (Typ B) hatten schon ernsthafte Konflikte mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, aber nur 5% der flankierend Helfenden (Typ C) und keiner unter den Distanzierten (Typ D). Umgekehrt hatten 78% des Typs D und 68% des Typs C noch keinen Konflikt gegenüber 52% des Typs B und 46% des Typs A.

Abbildung 4.16



Zu den einzelnen Bereichen, in denen es zu Konflikten gekommen ist, wurde auch nachgefragt, was jeweils der konkrete Anlass war. Die Antworten sind meist Einzelnennungen, die quantitativ nicht ins Gewicht fallen; zur Illustration seien sie dennoch genannt, um einen Eindruck von der Vielfalt der Konflikthanlässe zu geben.

- Hinsichtlich der Qualität der Pflege wurden zu wenig Toilettengänge, nasse Einlagen, unzureichende Aufsicht bei der Körperpflege und zu lange Liegezeiten bei Dekubitus genannt.
- Was das persönliche Verhalten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betrifft, wurden diese in Einzelfällen als „unfreundlich, arrogant“ empfunden oder es wurde eine schlechte Koordination beklagt.
- Bezüglich der Qualität der sozialen Betreuung wurden die Angebote für Demenzkranke als unzureichend wahrgenommen und mehr Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern gefordert.

Um derartige Konflikte bearbeiten oder vermeiden zu können, empfehlen die Angehörigen folgende Schritte:

- Was sollten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (nach Meinung der Angehörigen) im Umgang mit Angehörigen ändern?

Neben vielen positiven Äußerungen wie: „Es gibt eine gute Zusammenarbeit“, „nichts ändern – es herrscht eine freundliche Atmosphäre“ werden auch einige Probleme benannt, insbesondere der Mangel an (persönlichen) Gesprächen und Informationen. Die Angehörigen wünschen sich, zum einen über ihre pflegebedürftigen Angehörigen und zum anderen über Angebote der Einrichtung besser informiert zu werden. Probleme sollten offen angesprochen werden. Vereinzelt werden mehr Informationen zu bestimmten Themen wie „Pflegemaßnahmen und aktuelle Gesetzgebung“ oder „Fortbildungskurse für Angehörige“ gewünscht. Darüber hinaus wird mehr Kooperation und Mitarbeit mit den Angehörigen vorgeschlagen. Ferner sollte auch auf seltene Besucher zugegangen werden, um sie zu motivieren.

Als größtes Übel wird von vielen befragten Angehörigen eine schlechte finanzielle und damit personelle Ausstattung der Einrichtungen angesehen. Dies führe in der Konsequenz dazu, dass zu wenig Zeit für Gespräche (mit den Angehörigen) und die Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung stehe. Viele derjenigen, die dies bemängeln, glauben nicht, dass es an der „Bereitschaft“ oder der Motivation des Pflegepersonals mangelt, sondern dass einfach die Zeit für vieles fehlt.

Einige Antworten beziehen sich nicht unmittelbar auf das Verhältnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den Angehörigen, sondern auf deren Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. So wurde „mehr Beschäftigung“ mit und „mehr Interesse“ an diesen und ihren Lebensgeschichten verlangt, ihnen solle mit mehr „Einfühlungsvermögen“ und Respekt begegnet werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Angehörigen bestehende Spannungen deutlich benennen, dabei aber auch die Lage der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Blick haben. Wege zur Problemlösung dürfen sich daher nicht allein auf die Beziehung zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Angehörigen beschränken, sondern müssen verbesserte Arbeitsbedingungen des Personals und mehr Zeit für wechselseitige Kommunikation umfassen.

- Was sollten Angehörige (ihrer Meinung nach) im Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ändern?

Zu ihren eigenen Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation meinen die Angehörigen, dass eine „direktere Kommunikation“ auch von ihrer Seite notwendig sei. Man sollte „aufeinander zugehen und miteinander sprechen“, die Angehörigen sollten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern „Veränderungen am Bewohner“, die sie bemerken, mitteilen und außerdem mehr Fragen an das Personal stellen. Eng damit verknüpft ist die Forderung nach einer intensiveren Zusammenarbeit zum Wohle der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Angehörigen sollten sich als Unterstützer „der pflegerischen und körperlich schweren Arbeit“ verstehen. Eine Voraussetzung dafür ist das Verständnis für die Situation in der Einrichtung und die

Möglichkeiten und Grenzen des Personals. Einige meinen, dass es „zu hohe Ansprüche an das Personal“ gebe. Mit „Einfühlungsvermögen“ sollte die Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter adäquat gewürdigt werden. Von wenigen wurde auch angesprochen, dass manche Angehörigen forsch und fordernd auftreten, auch für diese gelte – wie für das Personal – die Forderung, freundlicher zu sein, „auch wenn es schwer fällt“.

Aus diesen Äußerungen wird einerseits deutlich, weshalb die Konflikte zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Angehörigen aus deren Sicht als meist nicht gravierend bewertet wurden: Die Angehörigen sehen, dass die professionelle pflegerische Arbeit körperlich und psychisch anstrengend ist und unter hohem Zeitdruck steht. Eindeutiges Fehlverhalten wird demgegenüber eher als Ausnahme gesehen. Dies bedeutet aber andererseits, dass eine reibungslose Einbindung der Angehörigen an die Voraussetzung gebunden ist, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mehr Zeit für die Kommunikation mit Angehörigen, Geduld und Einfühlungsvermögen aufbringen müssen, um deren Mitwirkungspotenziale aktivieren zu können.

4.4 Die Mitwirkung von Freiwilligen

Freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen leisten eine vielfältige flankierende Unterstützung schwerpunktmäßig im Bereich sozialer Begleitung und kultureller Angebote.⁴³ Sie tragen zur Verbesserung der Lebensqualität in den Einrichtungen bei, sind aber als Besucherinnen und Besucher von außerhalb der Einrichtung weniger in das Beziehungsgeflecht zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Bewohnerinnen und Bewohnern eingebunden als die Angehörigen. Dass die freiwillig Engagierten zu den Pflegebedürftigen eine geringere Bindung haben als die Angehörigen, ermöglicht ihnen einerseits, ihr Mitwirken unbeschwert von persönlichen Pflichtgefühlen oder biografischen Belastungen zu gestalten, bedeutet andererseits aber auch, dass wegen der geringeren Nähe die persönlich-intimen Bereiche der Mitwirkung wie z.B. somatische Pflege weniger in Frage kommen, auch Vermögensverwaltung und rechtliche Betreuung werden eher von Angehörigen als von Freiwilligen übernommen.

Fehlende Angehörigenkontakte von Heimbewohnerinnen und -bewohnern können durch ehrenamtliche Besuchsdienste teilweise kompensiert werden (Kremer-Preiß; Engels; Urlaub 2000: 63; Oppikofer et al. 2002). Dieser Befund darf aber nicht dazu verleiten, Freiwillige in substituierender Funktion für Angehörige oder professionelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzuplanen; ehrenamtliches Engagement bleibt wesentlich eine freiwillige und zusätzliche Mitwirkung, die jederzeit aufgekündigt werden kann, da sie weder durch familiäre Bindungen noch durch arbeitsvertragliche Regelungen verpflichtet ist.

⁴³ Siehe dazu auch den Abschnitt „Akteursmix“ unter 5.4.1.

An der Befragung des ISG im Jahr 2006 haben sich 223 Freiwillige aus 50 Einrichtungen beteiligt, darunter 40% aus kleinen und mittleren Einrichtungen (bis zu 100 Plätzen) und 60% aus größeren Einrichtungen (mit über 100 Plätzen). Gut 80% arbeiten in Einrichtungen eines gemeinnützigen Trägers mit, 10% in einer Einrichtung mit privatem Träger und 9% in einer Einrichtung mit öffentlichem Träger.

4.4.1 Die Vielfalt ehrenamtlicher Mitwirkung

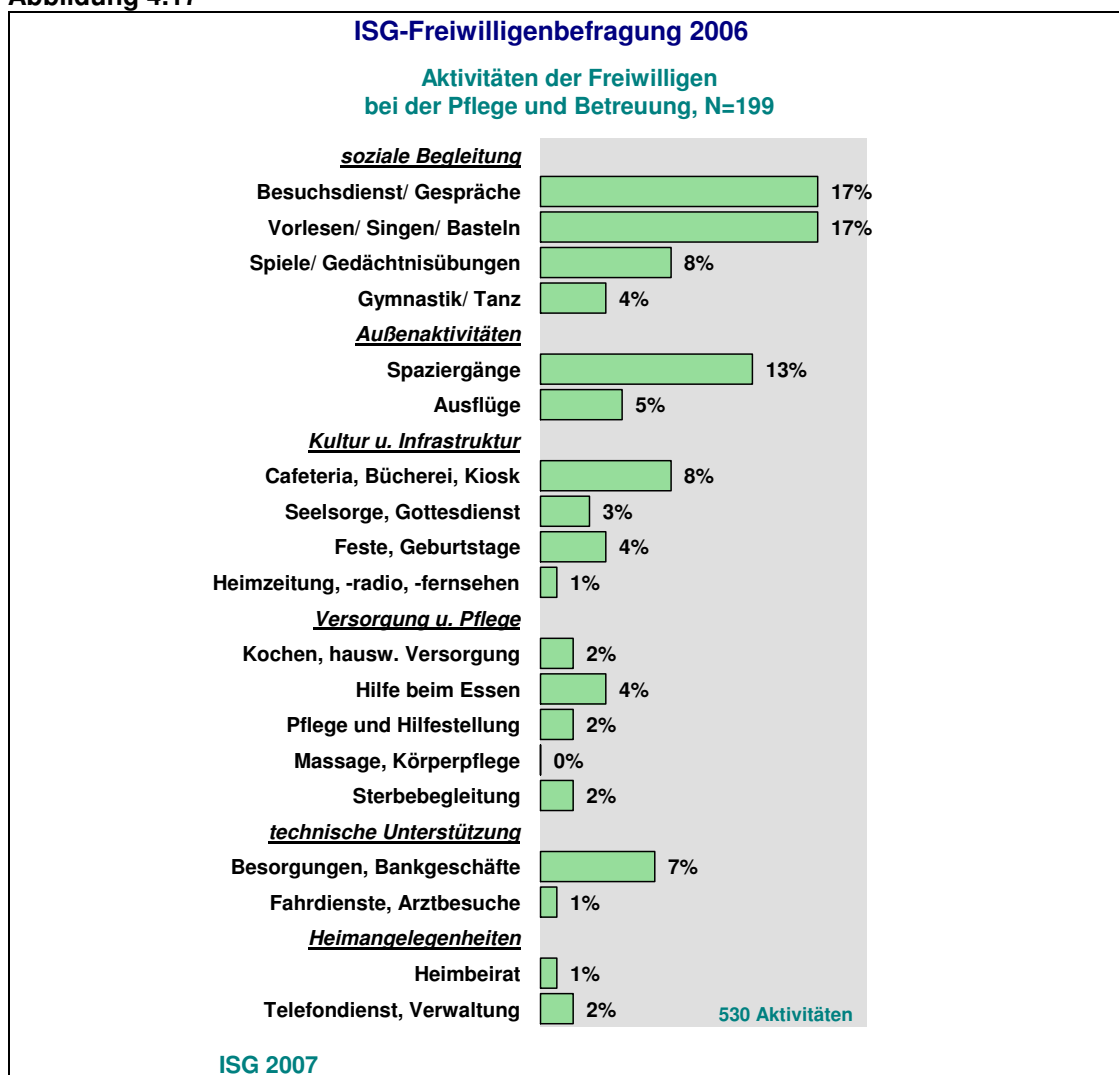
Rd. 60% der ehrenamtlich Engagierten wirken bei Gruppenangeboten mit, 46% leisten (zum Teil zusätzlich) persönliche Einzelbetreuung. Beide Formen konzentrieren sich, wie erwähnt, auf den sozio-kulturellen Bereich, während die Mitarbeit im organisatorisch-technischen Bereich eine marginale Rolle spielt. Allenfalls der Bereich Hauswirtschaft/ Bewirtung, worunter auch die Durchführung einer „Kaffeerunde“ fällt, tritt mit 11% etwas deutlicher hervor, während nur wenige in der Verwaltung (3%) oder in technischen Bereichen (1%) mitarbeiten.

Eine inhaltlich spezifische Mitwirkung liegt bei denen vor, die in der Hospizarbeit bzw. Sterbebegleitung (10%) oder an der Interessenvertretung im Heim (9%) mitwirken. Mit 5% gibt es nur sehr geringer Teil der Freiwilligen an, auch in der Pflege im engeren Sinne mitzuarbeiten.

Die konkreten Formen, in denen Freiwillige im Einzelnen mitwirken, wurden in der ISG-Befragung 2006 nicht standardisiert, sondern mit einem offenen Frageinstrument ermittelt. Darauf antworteten 199 Freiwillige und nannten insgesamt 530 Aktivitäten. Die folgende Übersicht vermittelt einen Eindruck von diesen vielfältigen Aktivitäten, die hier zu sechs Bündeln zusammengefasst wurden.

Demnach konzentriert sich ehrenamtliche Arbeit in Heimen überwiegend auf persönliche Besuche mit Gesprächen und Vorlesen, gemeinsamen kulturellen Aktivitäten sowie Spielen, Übungen und Gymnastik (46% der Aktivitäten). Spaziergänge und die Mitwirkung bei Ausflügen (18% der Aktivitäten) gehören mit zu dieser Form der Begleitung, hierbei handelt es sich um Außenaktivitäten. Übergreifende infrastrukturelle und kulturelle Angebote machen 16% der Aktivitäten aus. Dazu wurden Angebote wie Cafeteria bzw. „Erzählcafé“, Bücherei, Kiosk oder ein regelmäßiger „Markttag“ zusammengefasst, weiterhin seelsorgerische Angebote, die Organisation von Festen und Medienarbeit (wie Heimzeitung, Heimradio oder -fernsehen). 10% der Aktivitäten liegen im Bereich von Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung. Dabei ließe sich „gemeinsames Kochen“ ebenso gut dem ersten Bereich der sozialen Betreuung zuordnen, der Übungsaspekt wird hier mit dem der Versorgung verbunden. Hauptsächlich leisten Freiwillige aber in diesem Bereich eine Hilfestellung beim Essen. Pflegerische Hilfen und Sterbehilfe machen jeweils 2% dieser Aktivitäten aus.

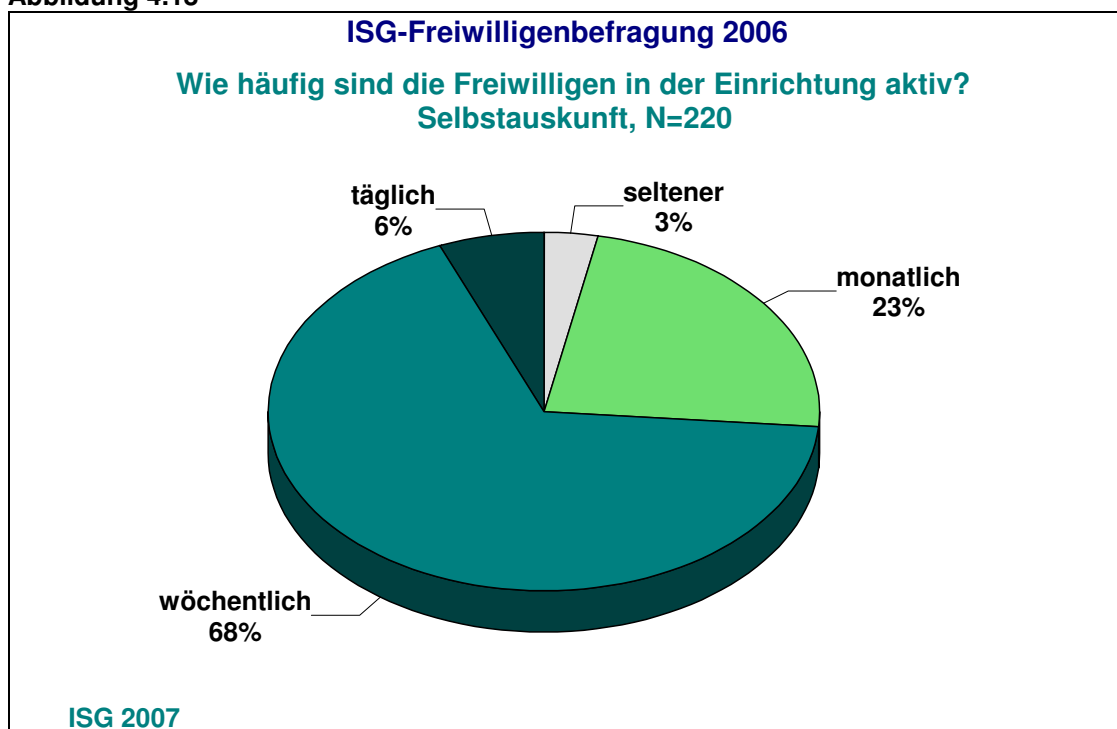
Abbildung 4.17



In den Bereich der technischen Unterstützung fallen 8% der Aktivitäten, dazu zählen Besorgungen und die Erledigung von Bankgeschäften ebenso wie Fahrdienste und Begleitung bei Arztbesuchen. Schließlich wurden unter dem Stichwort „Heimmitwirkung“ (3%) die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner im Heimbeirat oder als Heimfürsprecher mit Hilfeleistungen im Heim wie Telefondienst, Rezeption und verschiedenen Hilfen in der Verwaltung zusammengefasst.

Hinsichtlich des Bereichs der Mitwirkung gibt es kaum Unterschiede nach dem Geschlecht der Freiwilligen mit Ausnahme eines höheren Frauenanteils bei sozialer Begleitung und höherer Männeranteile bei technischer Unterstützung und Heimmitwirkung.

Abbildung 4.18



Zwei Drittel der Freiwilligen kommen wöchentlich in die Einrichtung, nur ein kleiner Teil geht täglich dort ein und aus (6%). Ein knappes Viertel ist weniger als wöchentlich dort aktiv (24% „ein- bis mehrmals im Monat“), einige wenige (3%) seltener als monatlich. Unabhängig von der Häufigkeit der Besuche dauert ein Aufenthalt im Durchschnitt knapp drei Stunden. Die Hälfte der Freiwilligen hält sich bis zu zwei Stunden im Heim auf, weitere 40% bis zu vier Stunden und jede/r Zehnte länger als vier Stunden. Die zeitintensivste Form der Mitarbeit liegt dann vor, wenn (meist zusätzlich zu anderen Betreuungsformen) die Heimgemeinschaften mitgestaltet werden.

4.4.2 Persönlichkeitsprofile der Engagierten

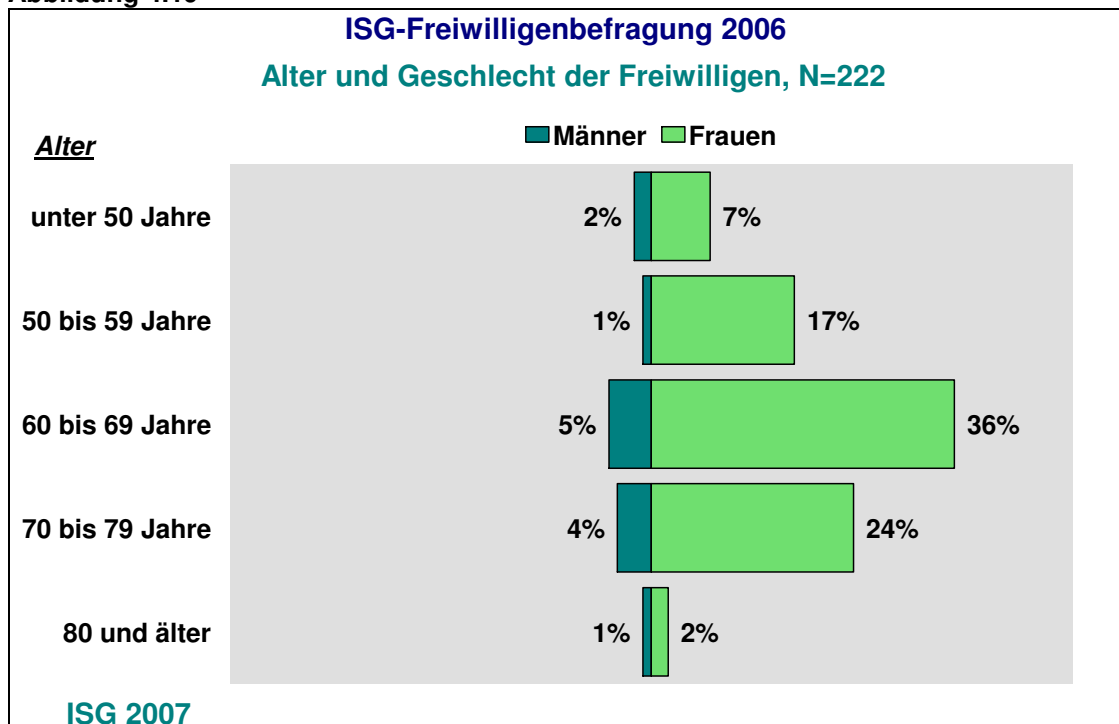
Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finden sich in allen Altersgruppen: Die jüngste Freiwillige in der ISG-Stichprobe ist erst 13 Jahre alt, die älteste ist 92 Jahre alt. Die größte Gruppe machen jedoch Frauen zwischen 60 und 79 Jahren aus (rd. 60% der Freiwilligen). Nur 13,5% der Ehrenamtlichen in Heimen sind Männer gegenüber 86,5% Frauen.⁴⁴ Dies hat unter anderem auch zur Folge, dass es kaum Freizeitangebote gibt, die sich speziell an männliche Heimbewohner richten.⁴⁵ Von ihrer (ggf. früheren) beruflichen Stellung her sind oder waren die meisten Freiwilligen Angestellte

⁴⁴ Nach dem Freiwilligen survey 2004 sind von den Freiwilligen über 65 Jahren 53% Männer und 47% Frauen (Gensicke; Picot; Geiss 2005). Das hier untersuchte Engagement in Einrichtungen ist in dieser Hinsicht also untypisch für das Engagement Älterer insgesamt.

⁴⁵ Darauf wird mehrfach hingewiesen, vgl. die Abschnitte „Aktivitäten von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz“ unter 3.4.2 sowie „Geschlechterfragen im Heimalltag“ unter 5.2.5.

(60%), 19% waren Beamte oder Selbstständige, 21% Arbeiterinnen bzw. Arbeiter oder haben keinen Berufsabschluss.

Abbildung 4.19



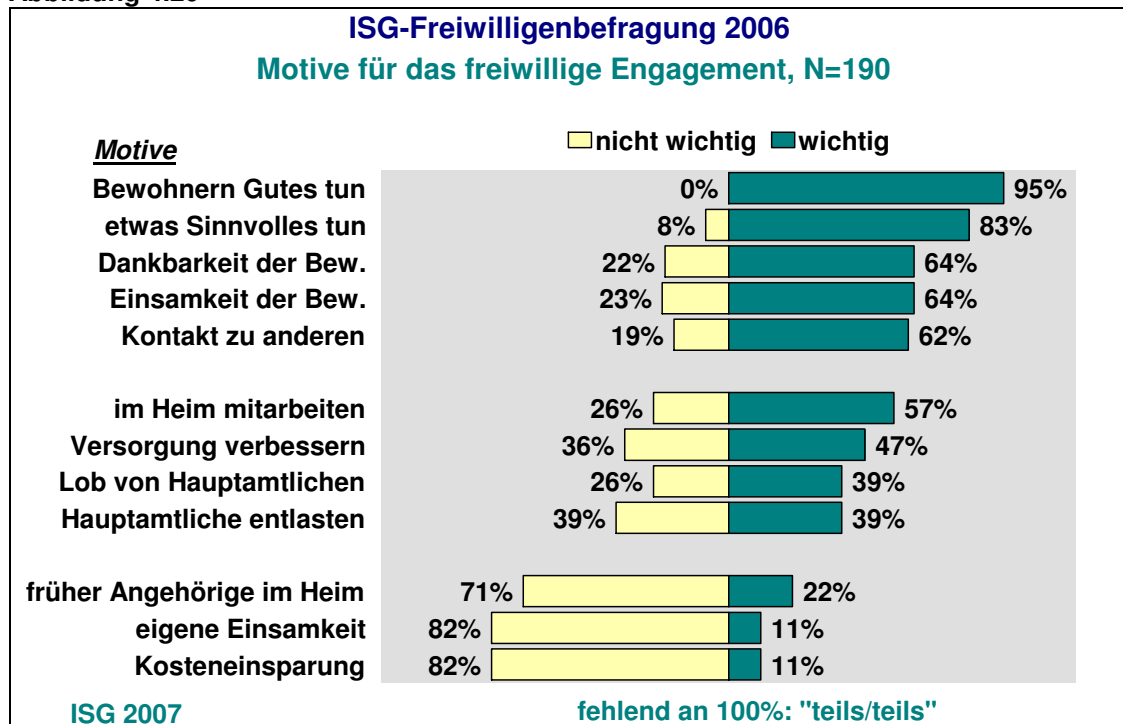
Gesundheitlich geht es ihnen überwiegend gut, 59% haben keine gesundheitlichen Beschwerden, 41% haben solche Beschwerden, aber keiner der Befragten ist selbst pflegebedürftig. Viele der Freiwilligen sind bereits seit mehreren Jahren in dieser Weise aktiv, dabei weist die Dauer des bisherigen Engagements eine große Bandbreite auf: Ein Viertel der Freiwilligen ist seit bis zu einem Jahr tätig, weitere 22% seit einem bis drei Jahren. Etwa ebenso viele sind seit vier bis sechs Jahren engagiert (insgesamt 70% seit bis zu sechs Jahren). Die restlichen 30% sind teilweise schon sehr lange als Freiwillige tätig. Daraus lässt sich schließen, dass viele der hier befragten Freiwilligen eine enge persönliche Bindung zu Bewohnerinnen und Bewohnern aufgebaut haben.

4.4.3 Motivation und Belastung

Einige der Freiwilligen haben den Zugang zur Einrichtung ursprünglich als Angehörige gefunden und sind nach dem Tod ihres angehörigen Bewohners weiterhin dem Heim verbunden geblieben. Dieser besondere Zugangsweg zum freiwilligen Engagement trifft aber nur auf einen relativ kleinen Teil zu (10%). Die anderen nennen recht unterschiedliche Zugangswege. 42% der Befragten haben die Hilfe „aus eigenem Antrieb“ ohne einen weiteren Anlass angeboten. Recht häufig waren auch Pfarrer/ Pfarrerin bzw. die Kirchengemeinde Auslöser des Engagements (17%), oder die Einrichtung selbst hat die Freiwilligen geworben (10%). Eine geringere Rolle spielen Medienberichte und Freiwilligenagenturen. Weitere Zugangswege (14%) lassen sich zusam-

menfassen in berufsnahe (Zugang über Praktikum, ABM-Stelle, frühere berufliche Tätigkeit), familiäre (Mutter/ Sohn/ Freundin arbeitet dort) und organisationsnahe (durch Verein/ Organisation/ Musikgruppe).

Abbildung 4.20



Mit einer Reihe von Formulierungshilfen wurde versucht, Motivbündel für das Engagement in der Einrichtung zu ermitteln. Unter den Motiven, die für dieses Engagement am wichtigsten sind, finden sich sowohl bewohnerorientierte (den Bewohnerinnen und Bewohnern Gutes tun, etwas gegen deren Einsamkeit unternehmen) als auch selbstorientierte Motive (möchte etwas Sinnvolles tun und Kontakt zu anderen Menschen haben). In dem Motiv „ich freue mich über die Dankbarkeit der Bewohnerinnen und Bewohner“ kommen beide Aspekte zum Ausdruck. Diese Motivbündel werden von den Befragten hoch eingestuft, zwischen 60% und 95% halten sie für „wichtig“.

Motive, die eher am Heim und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern orientiert sind, erhalten eine mittlere Zustimmung zwischen 40% und 60% (Beitrag zu einer besseren Versorgung, Entlastung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern). Eine vergleichsweise geringe Bedeutung haben demgegenüber die eigene Einsamkeit und das Motiv, zur Kosteneinsparung beitragen zu wollen.

Als besonders belastend empfinden die Freiwilligen die Situation demenziell erkrankter Menschen (49%) und dass sie selbst zu wenig Zeit haben (41%). An dritter Stelle folgt das Problem, dass ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufig überlastet erscheinen (36%). Durch das Miterleben von Leiden und Sterben fühlen sich etwa ebenso viele belastet (19%) wie nicht belastet (23%). Als eher unzutreffend bezeichnen es die Freiwilligen, dass die Begrenztheit der eigenen Kräfte eine Belastung sei

(5% zutreffend, 50% unzutreffend) oder dass ihre Arbeit seitens der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu wenig anerkannt werde (4% zutreffend, 56% unzutreffend).

Abbildung 4.21

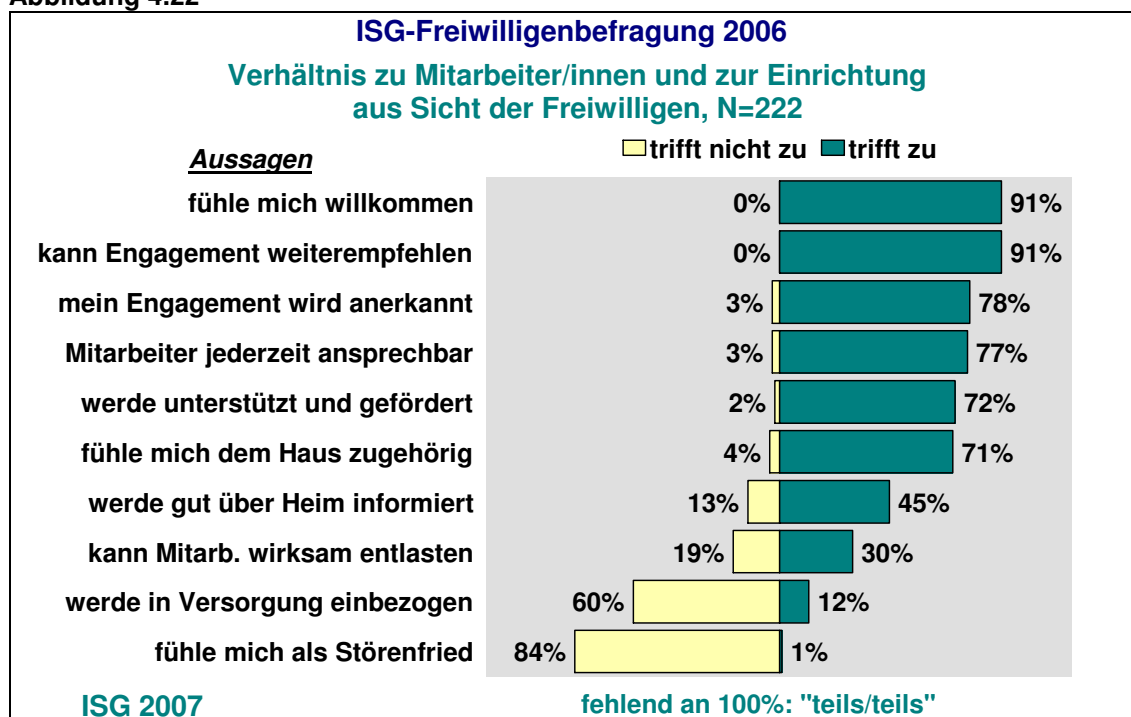


Die Rangfolge dieser Belastungseinschätzung ist bei den Freiwilligen die gleiche wie bei den Angehörigen, aber für Angehörige stellt die Begrenztheit der eigenen Kräfte ein größeres Problem dar als für die Freiwilligen, die im Falle eigener Überlastung ja ihre Mitwirkung reduzieren könnten, ohne Schuldgefühle gegenüber Verwandten haben zu müssen. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass Angehörige die Klage über unzureichende Anerkennung entschiedener zurückweisen als Freiwillige.

4.4.4 Einbindung in die Versorgung

Wie die Angehörigen, so fühlen sich auch die Freiwilligen fast ausnahmslos in der Einrichtung willkommen, kaum einer sieht sich hier als „Störenfried“. Die Freiwilligen fühlen sich weit überwiegend unterstützt und gefördert, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind jederzeit ansprechbar und erkennen ihr Engagement an. In einer derart positiven Atmosphäre fühlen sich die meisten dem Haus zugehörig und können auch anderen empfehlen, sich in ähnlicher Weise zu engagieren. Eine leichte Einschränkung wird darin sichtbar, dass ein Teil der Befragten gerne besser über das Heimgeschehen informiert würde – aber immerhin 45% fühlen sich gut informiert, nur 13% nicht gut.

Abbildung 4.22



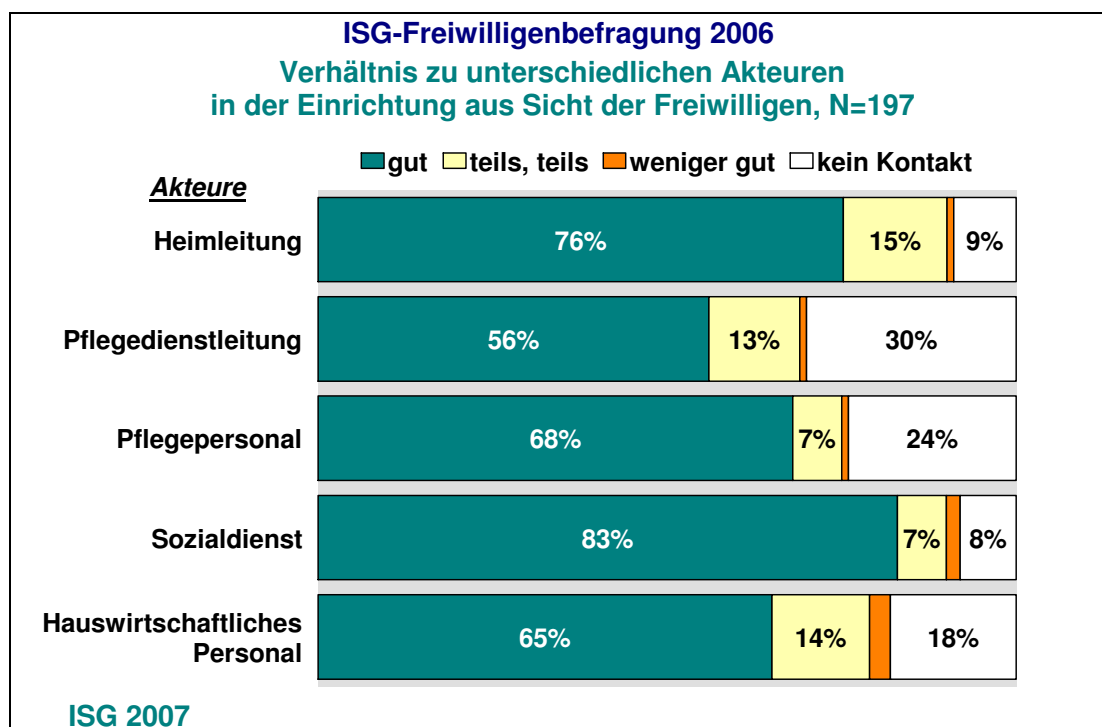
Skeptisch wird die Möglichkeit bewertet, professionelle Pflege durch freiwillige Mitwirkung zu unterstützen. Nach der Infratest-Repräsentativbefragung schätzen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dass bei 14% der Bewohnerinnen und Bewohner auch Freiwillige „ab und zu“ in die Versorgung einbezogen sind, aber nur bei 2% sei dies „regelmäßig“ der Fall. Etwas häufiger werden sie in die soziale Betreuung einbezogen, bei 19% der Bewohnerinnen und Bewohner „ab und zu“ und bei 3% „regelmäßig“ (Schneekloth; von Törne 2006: 80). Von den Freiwilligen, die sich an der ISG-Befragung beteiligten, sehen sich 30% als wirksame Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 51% sehen eine solche Wirkung nur teilweise und 19% gar nicht. Dabei bezieht sich die Entlastungswirkung auf die soziale Betreuung; fragt man nämlich, inwieweit die Freiwilligen in die unmittelbare Versorgung und Pflege einbezogen werden, so antworten nur noch 12% positiv, während sich 60% nicht einbezogen fühlen (28% fühlen sich teilweise einbezogen). Beides, die wirksame Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Einbeziehung in Versorgung und Pflege, stellen sich für die verschiedenen Typen von Freiwilligen, wie sie oben anhand ihrer Tätigkeiten gruppiert wurden, unterschiedlich dar. In die Versorgung und Pflege fühlen sich vor allem diejenigen eingebunden, die mit Hilfe beim Essen, Unterstützung bei pflegerischen Tätigkeiten und hauswirtschaftlicher Versorgung entsprechende Tätigkeiten angegeben haben. Dies gilt in gleichem Maße für die Freiwilligen, die sich im Bereich der Heimmitwirkung engagieren, und in etwas geringerem Maße auch für die, die technische Unterstützung in Form von Besorgungen, Fahrdiensten und Begleitung bei Arztbesuchen leisten. Andere, die sich in der sozialen Begleitung, in Außenaktivitäten oder mit spezifischen Angeboten engagieren, sehen sich in deutlich geringerem Maße in Versorgung und Pflege eingebunden, ihre Aktivitäten haben eher flankierenden Charakter.

Auch bei der noch enger gefassten Frage, ob sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wirksam entlasten können, variieren die Einschätzungen entlang der Tätigkeitsfelder. Als wirksame Entlastung sehen sich vor allem diejenigen, die im Bereich von Essenshilfe, hauswirtschaftlicher Versorgung und Pflegehilfen tätig sind, hier ist der Anteil mit positiver Einschätzung mehr als drei Mal so hoch wie im Durchschnitt. Eine gewisse Entlastungswirkung, aber in deutlich geringerem Maße, ist mit Aktivitäten der sozialen Begleitung (Gespräche, Spiele, kulturelle Aktivitäten etc.) und mit Außenaktivitäten (Spaziergänge, Ausflüge) verbunden, während sich die in anderen Feldern Engagierten eher nicht als Entlastung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verstehen.

Verhältnis der Freiwilligen zu anderen Akteuren im Heim

Das Verhältnis der Freiwilligen ist zu allen Akteursgruppen im Heim überwiegend positiv, am besten ist es zum Sozialdienst. Nur 8% der Befragten haben keinen Kontakt zu dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und fast alle anderen bewerten ihren Kontakt auch als gut.

Abbildung 4.23

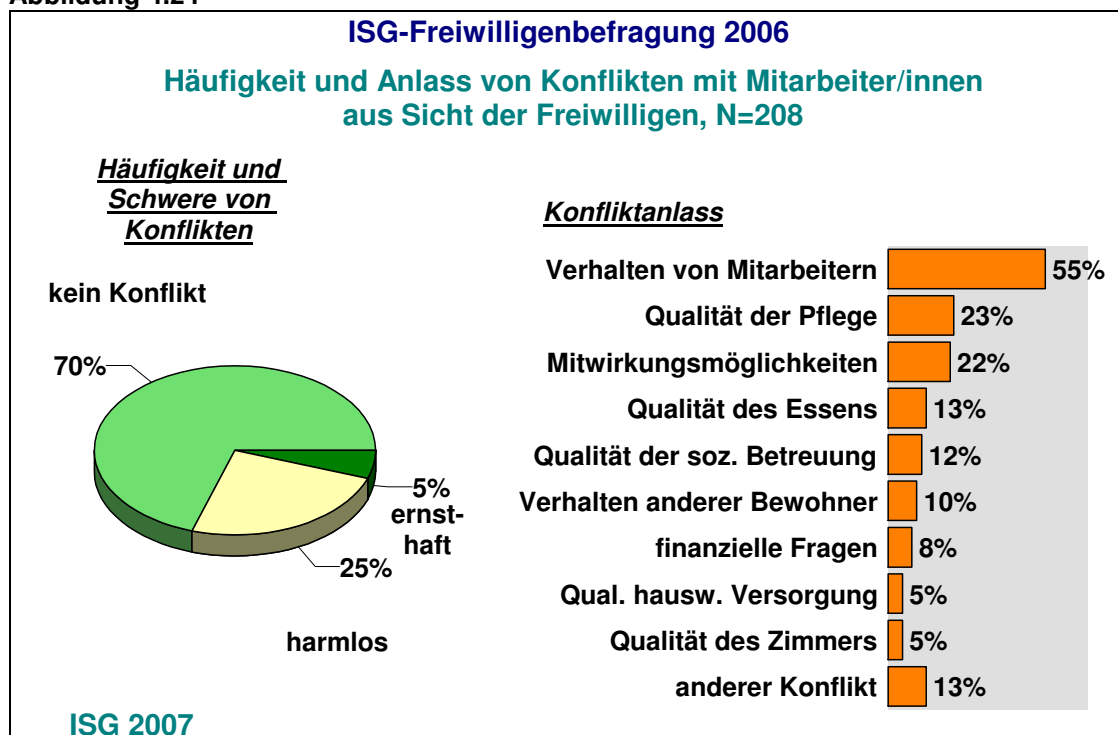


Während Angehörige eher zu pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Kontakt hatten, spielen diese beiden Gruppen für die Freiwilligen eine geringere Rolle. Auch zur Heimleitung haben die Freiwilligen etwas weniger Kontakt als die Angehörigen, sodass sich als Kontaktprofil herauskristallisiert: Die Freiwilligen stehen schwerpunktmäßig mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes in (gutem) Kontakt, weiterhin mit der Heimleitung sowie in etwa gleichem Maße mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bereiche Pflege und Hauswirtschaft. Die Angehörigen haben dagegen

ihren Kontaktschwerpunkt eindeutig beim Pflegepersonal, bei der Pflegedienstleitung und der Heimleitung.

Nach Einschätzung der Freiwilligen stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihrer Mitwirkung insgesamt positiv gegenüber (88%, darunter 27% „sehr positiv“). Den Grund für diese Wertschätzung sehen sie vor allem darin, dass die Freiwilligen Freude und Abwechslung bringen, dass sie die Betreuung (insbesondere für Demenzzranke) erleichtern und damit auch zur Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beitragen können. Nur wenige meinen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Arbeit ambivalent (12%) und fast keiner, dass sie diese negativ sehen (nur einmal genannt). Zurückhaltende Einschätzungen werden damit begründet, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht immer genügend Zeit hätten, auf die Freiwilligen einzugehen.

Abbildung 4.24



Ernsthafte Konflikte sind zwischen den Freiwilligen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung selten. 70% der Befragten hatten noch keinen Konflikt. Von den übrigen berichten 25% über harmlose Konflikte und nur 5% über einen ernsthaften Konflikt. Dies gilt unabhängig vom Tätigkeitsschwerpunkt für alle Freiwilligen. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass das Verhältnis der Freiwilligen zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern weniger konfliktträchtig ist als das der Angehörigen, denn von diesen hatten knapp 40% über Konflikte berichtet, darunter 9% über ernsthafte Konflikte (s.o.).

Wenn es zum Konflikt gekommen ist, steht das persönliche Verhalten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Konflikthanlass an erster Stelle. Erst mit einem gewissen Abstand folgen die Pflegequalität (23%) und die Mitwirkungsmöglichkeiten der Freiwilligen. Defizite der Versorgungsqualität werden mit Bezug auf das Essen und die sozi-

ale Betreuung von 12-13% der Freiwilligen mit Konflikterfahrung genannt, mit Bezug auf Hauswirtschaft und Qualität des Zimmers aber kaum (5%). Das Verhalten anderer Bewohner spielt bei 10% der Konflikte eine Rolle, finanzielle Fragen bei 8%.

Unterstützung durch die Einrichtung

Die Mitwirkung von Freiwilligen ist nicht voraussetzungslos; während einerseits Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vertraglich gebunden sind und monetär vergütet werden und andererseits Angehörige in ihrer persönlichen Bindung ein starkes Motiv zur Mitarbeit haben, lebt die Gewinnung und kontinuierliche Motivierung von Freiwilligen in starkem Maße von der Anerkennung ihrer Leistungen.

Abbildung 4.25



In den meisten Einrichtungen erfahren die freiwillig Engagierten eine symbolische Anerkennung in der Form, dass sie zu Veranstaltungen, Festen oder Ausflügen eingeladen werden (78%). Darüber hinaus gibt es auch Feiern speziell für die Freiwilligen, wie z.B. zum Tag des ehrenamtlichen Engagements. Allerdings berichten nur noch 44% der hier befragten Freiwilligen, dass es solche Feiern in ihrer Einrichtung gebe.

Neben Formen der kollektiven Würdigung wird auch von individuellen Gratifikationen berichtet, und zwar meist in Form eines Geschenks zu Weihnachten oder zum Geburtstag (39%), in seltenen Fällen auch durch Ehrungen/ Urkunden/ „Ehrencard“ (11%) oder Geldzuwendungen (2%). Über die im Fragebogen aufgeführten Formen hinaus wurden von 18% der Befragten weiterhin genannt: Artikel in Heimzeitschriften, monatliche Gesprächsrunde aller Freiwilligen, Mittagessen / Frühstück / Kaffee und Kuchen

umsonst, Geburtstagsgratulation, Gutscheine, Lob und dankende Worte, von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ebenso wie von der Heimleitung.

Von diesen Anerkennungsformen, die meist immateriell und symbolischer Natur sind, lassen sich Formen der Kostenerstattung unterscheiden. Auch darin kommt eine Anerkennung der Arbeit von Freiwilligen zum Ausdruck, aber im Vordergrund steht hier, dass das Engagement nicht mit finanziellen Belastungen verbunden sein soll. Diese Formen werden allerdings recht selten praktiziert: Für 15% der Freiwilligen gibt es eine Fahrtkostenerstattung (9% nur gegen Beleg, 6% pauschal). Weitere Aufwendungen der Freiwilligen werden in der Regel nicht erstattet, nur bei 5% der Befragten.

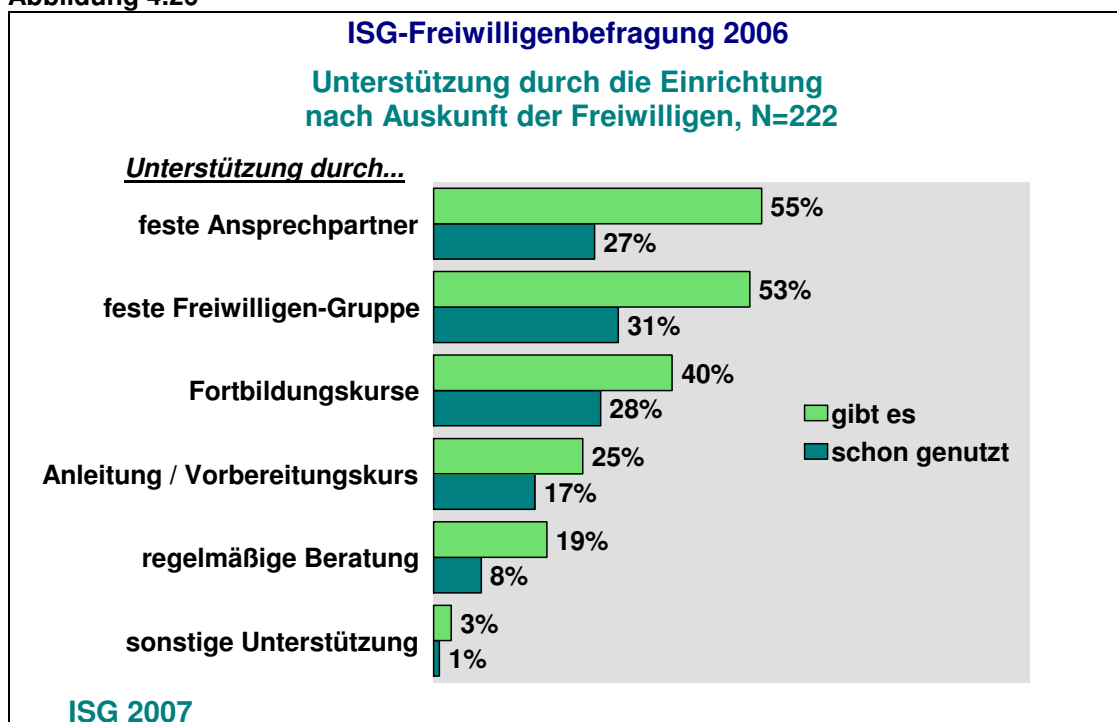
In den vertiefenden Gesprächen in den Einrichtungen wurde dieser Befund ambivalent aufgenommen: Gut gestellte Freiwillige betrachten es als unter ihrer Würde, wenn ihr Engagement mit monetären Angeboten in Verbindung gebracht wird. Andere, die nur über geringe Renteneinkünfte verfügen, würden ein solches Angebot gerne annehmen, scheuen sich aber, dies von sich aus anzusprechen. Hier sind die Heimleitungen gefordert, ein solches Angebot klar und mit Aufforderungscharakter zu unterbreiten, um denjenigen, die engagementbereit, aber einkommensarm sind, eine Mitwirkung zu ermöglichen, die nicht zu weiteren Belastungen führt.

In größeren Einrichtungen (mit über 100 Plätzen) ist die Anerkennung von freiwillig Engagierten weiter entwickelt als in kleineren Einrichtungen (mit bis zu 100 Plätzen). Dieser Unterschied lässt sich bei fast allen genannten Formen beobachten.

Auf die offene Frage nach Formen der Anerkennung, die Freiwillige sich wünschen, wurden mehr Anerkennung und Dank seitens der Heimleitung genannt, weiterhin der Wunsch, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern persönlich vorgestellt zu werden sowie stärkere Beachtung durch die Medien (z.B. Zeitungsartikel, um neue Mitstreiterinnen und Mitstreiter zu gewinnen, Anerkennung durch Bürgermeisterin bzw. Bürgermeister etc.). Als weitere Form der Anerkennung wird eine „schriftliche Bestätigung über Art und Umfang der Leistungen“ angeregt.

Sehr wichtig ist für die Freiwilligen, dass sie fachlich begleitet werden und sich mit ihren Fragen ebenso wie bei auftretenden Schwierigkeiten vertrauensvoll an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung wenden können. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, dass sie in der Einrichtung eine feste Ansprechpartnerin bzw. einen festen Ansprechpartner haben (55%), davon hat aber nur jede/r Zweite von diesem Angebot Gebrauch gemacht.

Abbildung 4.26



Etwa ebenso häufig (53%) steht ihnen eine feste Gruppe Freiwilliger zur Verfügung, die sich regelmäßig trifft, ein Drittel der Befragten ist Mitglied einer solchen Gruppe. Fortbildungskurse für Freiwillige werden in den Einrichtungen häufiger angeboten (bei 40% der Befragten vorhanden, von 28% genutzt) als eine ausführliche Anleitung bzw. ein Vorbereitungskurs vor Beginn der Tätigkeit (gibt es bei 25%, genutzt von 17%).⁴⁶

In größeren Einrichtungen werden relativ häufiger Fortbildungskurse (46% in größeren gegenüber 31% in kleineren Einrichtungen) und ausführliche Anleitung von Freiwilligen angeboten (30% in größeren gegenüber 18% in kleineren Einrichtungen). Die anderen Formen der Unterstützung (feste Ansprechpartner, regelmäßige Gruppentreffen, Beratung) werden in kleinen und großen Einrichtungen gleichermaßen angeboten. Alle Angebote werden von Freiwilligen, die in größeren Einrichtungen mitarbeiten, in stärkerem Maße genutzt als von denen in kleineren Einrichtungen.

Die Freiwilligen selbst nennen vielfältige Aspekte, zu denen sie sich mehr Informationen oder Fortbildungen wünschen. Bezogen auf die Bewohnerinnen und Bewohner sind dies vor allem Fragen zum Verlauf von und zum geeigneten Umgang mit Demenz, aber auch generell eine Information über neue Bewohnerinnen und Bewohner, was sie können und welchen Hilfebedarf sie haben. Manche möchten die spezifischen Probleme älterer Menschen in Einrichtungen wie „Verlustängste, Aufgabe lieb gewordener Gewohnheiten, enges Zusammenleben mit anderen Menschen auf engstem Raum,

⁴⁶ Nach der Infratest-Repräsentativbefragung gibt es bundesweit Ehrenamtlichen-Gruppen (in 54% aller Einrichtungen) und Qualifizierungskurse (38% aller Einrichtungen) ebenso häufig wie in den hier kontaktierten Heimen, während die Verfügbarkeit eines festen Ansprechpartners dort mit rd. 80% höher ausfiel (Schneekloth; von Törne 2006: 45).

Vorbereitung auf die Sterbephase“ besser kennen lernen. Von der Heimleitung werden regelmäßige Info-Briefe zum Geschehen im Heim wie „Sterbefälle, Neuzugänge, Zimmerwechsel, Baumaßnahmen, Geburtstage, Feste, hohe Besuche etc.“ sowie schriftliche Informationen über rechtliche Fragen (z.B. Haftpflicht, Schweigepflicht) gewünscht.

4.4.5 Anregungen zur Weiterentwicklung des Engagements

Die Freiwilligen wurden auch nach ihrer Empfehlung gefragt, auf welchem Wege ein Engagement in Heimen befördert werden könne. Diese empfahlen den Einrichtungen vor allem, mehr Öffentlichkeitsarbeit und Werbung für bürgerschaftliches Engagement zu machen (70%). Ebenfalls große Zustimmung erhielt der in die gleiche Richtung gehende Vorschlag, über den Stellenwert dieser Arbeit besser aufzuklären (63%).

Abbildung 4.27



An dritter Stelle steht das Angebot, ein Engagement probeweise zu ermöglichen (sog. „Schnupperangebote“). 17% halten eine bessere Begleitung während der Arbeit, 6% eine bessere Vorbereitung für sinnvoll und motivierend. Geldleistungen werden von 5% für geeignet gehalten und rangieren damit an letzter Stelle unter den Vorschlägen. Weitere Vorschläge der Befragten lassen sich in vier Gruppen zusammenfassen:

- zielgerichtet ansprechen (Schülerinnen und Schüler ansprechen, Zertifikate für späteren Beruf ausstellen, Hausfrauen ansprechen)
- Interesse wecken (darüber aufklären, wie wichtig soziale Kontakte für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sind, Berührungspunkte abbauen)

- reibungslose Umsetzung sichern (klare Organisation – Teamwork, Anlernkurse, Austausch mit Wohnbereichsleitungen)
- allgemeine Kultur des Helfens fördern (breit angelegte Wertediskussion, weniger Egoismus, entsprechende Erziehung im Kindes-/Jugendalter).

Derartige Empfehlungen können je nach der Erfahrung, über die die Befragten verfügen, unterschiedlich ausfallen. Über den Stellenwert des Engagements aufzuklären, halten Freiwillige, die seit weniger als drei Jahren engagiert sind, für wichtiger als langjährig Engagierte. Diese hingegen setzen einen stärkeren Akzent auf eine bessere Unterstützung und Begleitung während der Arbeit.

Auch die Freiwilligen wurden um Vorschläge gebeten, was zur Verbesserung des wechselseitigen Verhältnisses unternommen werden könne.

- Was sollten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit Freiwilligen (aus deren Sicht) ändern?

Einen Veränderungsbedarf sehen die Freiwilligen vor allem bezüglich der Kommunikation und Gesprächsbereitschaft. Sie fühlen sich oft schlecht informiert, insbesondere über die Bewohnerinnen und Bewohner. Für einen besseren Kontakt wird ein „Miteinander“ in Pausen und bei regelmäßigen Treffen vorgeschlagen. Die Freiwilligen wünschen sich, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser kennen zu lernen und dass diese mehr auf sie zugehen. Einige der Befragten wünschen sich zusätzlich mehr Hilfestellungen im Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Sie wollen nicht bevormundet werden, sondern erwarten, dass ihre Tätigkeit auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entsprechend gewürdigt wird. Zusammenfassend lassen sich die Wünsche vieler Freiwilliger auf den Nenner bringen: „Mehr mit einbeziehen, Aufgaben verteilen, danken, freundliche Worte finden, Beziehung herstellen.“

- Was sollten Freiwillige (aus ihrer Sicht) im Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ändern?

Auch die Freiwilligen selbst können zu einer Verbesserung des Verhältnisses zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern etwas beitragen. An erster Stelle wurde eine verbesserte Kommunikation genannt und ihnen „Verständnis entgegen bringen“, „ihre Arbeit loben“ und „keine Vorwürfe machen“. Auch die Freiwilligen müssen selbstverständlich „freundlich sein“, auch wenn sie dies bei sich selbst als nicht so großes Problem wie bei einigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ansehen. Kontakte sollen gesucht und gepflegt werden. Selbstkritisch wird als Problem mehrfach genannt, dass es manchmal zu Kompetenzüberschreitungen kommt. Die Freiwilligen sollten „nichts mit den Bewohnern unternehmen, was nicht vorher mit dem Personal abgesprochen ist“. Auch sollten sie „denen nicht in die Vorgehensweise reinreden bei der Pflege“. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verdienen für ihre Tätigkeit Lob, und die Freiwilligen sollten die unterschiedliche Kompetenz anerkennen.

Unter dem Stichwort einer unbefriedigenden Kommunikation werden rechtzeitige und umfassende Information über das Heim und seine Bewohnerinnen und Bewohner, mehr Zeit für gemeinsame Gespräche und die Möglichkeit, Missverständnisse und Meinungsverschiedenheiten besprechen zu können, angemahnt. Unter dem Stichwort der wechselseitigen Anerkennung wird die Grundlage für ein vertrauensvolles Verhältnis angesprochen: Die Freiwilligen wollen mit ihrem Engagement und ihrer Sichtweise ernst genommen werden und halten es für ebenso wichtig, dass sie selbst die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit deren professioneller Kompetenz und starker Belastung angemessen wahrnehmen.

4.5 Kooperation der Angehörigen und Freiwilligen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Die Freiwilligen und auch die meisten Angehörigen sind in hohem Maße motiviert, sich für die Bewohnerinnen und Bewohner einzusetzen und das Leben im Heim mitzugestalten. Die Frage ist aber, wie dieses Angebot seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgegriffen wird: Halten diese die Mitwirkungsbereitschaft für hilfreich und entlastend, oder fühlt sich der/ die eine oder andere manchmal dadurch bei der Arbeit gestört? Oder lässt sich dies nicht generell beantworten, sondern nur in Differenzierung nach einzelnen Aufgabenbereichen? Gibt es eine Diskrepanz zwischen der grundsätzlichen Bereitschaft, dieses Hilfeangebot aufzugreifen, und der Umsetzbarkeit im Heimalltag mit seinen Routinen und Sachzwängen, insbesondere den zeitlich eng bemessenen Einsatzplänen? Um diese Fragen aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beantworten zu können, wurde je Einrichtung bis zu fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Fragebogen zugesandt.⁴⁷

An diesem Befragungsteil haben sich 128 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beteiligt (dies sind 85% der angestrebten Zahl von 150). Es sind zu 85% Frauen und zu 15% Männer. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommen aus allen Altersgruppen zwischen 20 und 61 Jahren, der Altersdurchschnitt liegt bei 41 Jahren. Auch von der Dauer ihrer Tätigkeit in der Einrichtung her vertreten sie ein breites Spektrum: Rd. 40% arbeiten seit bis zu 5 Jahren dort, weitere 30% zwischen 5 und 10 Jahren und die restlichen 30% seit über 10 Jahren. Von ihrer Qualifikation her sind es zur Hälfte examinierte Altenpflegerinnen und Altenpfleger, ein Fünftel sind Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie ein Zehntel Pflegehelferinnen und Pflegehelfer. Damit spiegelt die Stichprobe recht gut die Verteilung nach Qualifikationen in Deutschland wider (Pflegestatistik 2005; Sozialarbeiter sind hier überrepräsentiert, Mitarbeiter aus Hauswirtschaft, Verwaltung und Technik unterrepräsentiert).

⁴⁷ Zur Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vgl. auch Kapitel 5 in diesem Band.

4.5.1 Kontakte zu Angehörigen und Freiwilligen

Die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben im Durchschnitt zu 38 Bewohnerinnen und Bewohnern regelmäßigen Kontakt. Dies gliedert sich so auf, dass 43% zu 15 bis 30 Bewohnerinnen und Bewohnern Kontakt haben, etwa ebenso viele (44%) zu 30 bis 50 Bewohnerinnen und Bewohnern und die übrigen 13% zu mehr als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern. Nach Angaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben durchschnittlich 32,5 dieser Bewohnerinnen und Bewohner noch Angehörige, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind, dies entspricht einem Anteil von 86%. Die Zahl der Freiwilligen, zu denen die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Kontakt haben, ist mit durchschnittlich 8,4 deutlich kleiner. Überwiegend sind es wöchentliche Kontakte (zu 61% der Freiwilligen), in geringerem Maße seltenere Kontakte („ein- bis mehrmals pro Monat“ zu 39% der Freiwilligen). Diesen Schätzungen zufolge kommen auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner im Durchschnitt 21 Freiwillige.

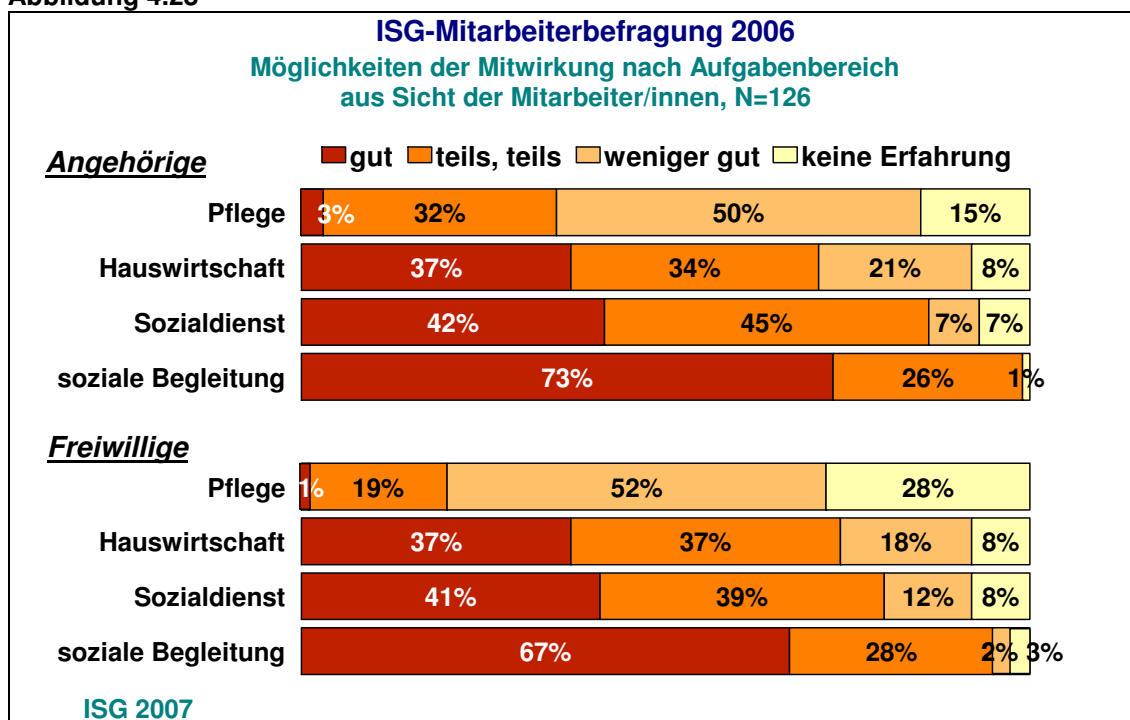
4.5.2 Mitwirkungsmöglichkeiten aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

In vorliegenden Untersuchungen kommt immer wieder zum Ausdruck, dass das Verhältnis zwischen Angehörigen, Freiwilligen und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern grundsätzlich gut ist und dass diese einer Mitwirkung positiv gegenüberstehen, soweit sie sich in geeigneten Aufgabenfeldern bewegt. In der ISG-Befragung sollte genau ermittelt werden, welche Bereiche aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dazu gut geeignet sind und welche weniger gut.

Dabei wurden zunächst die Hauptbereiche unterschieden. Von der Tendenz her werden die Mitwirkungsmöglichkeiten für beide Gruppen ähnlich eingeschätzt: Eingeschränkte Möglichkeiten der Mitwirkung sehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Hauswirtschaft und Sozialdienst, während im Aufgabenfeld der sozialen Begleitung der zentrale Bereich gesehen wird, in dem Angehörige und Freiwillige eine gute Unterstützung leisten können.

Bei Aufgaben der Pflege lehnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Mitwirkung eher ab. Nur ein Drittel meint, dass Angehörige hier mitarbeiten können, und wenn, dann nur bedingt (32% „teilweise möglich“, 3% „gut möglich“). Dagegen meint die Hälfte der Befragten, hier sei eine Mitwirkung von Angehörigen nicht gut möglich. 15% trauen sich dazu kein Urteil zu, da sie mit Angehörigen in der Pflege noch keine Erfahrungen gemacht haben. Bezüglich der Einbeziehung von Freiwilligen in pflegerische Aufgaben fällt die Skepsis noch stärker aus, nur 20% können sich dies bedingt vorstellen, 52% halten dies für nicht gut möglich und 28% haben damit noch keine Erfahrung gemacht.

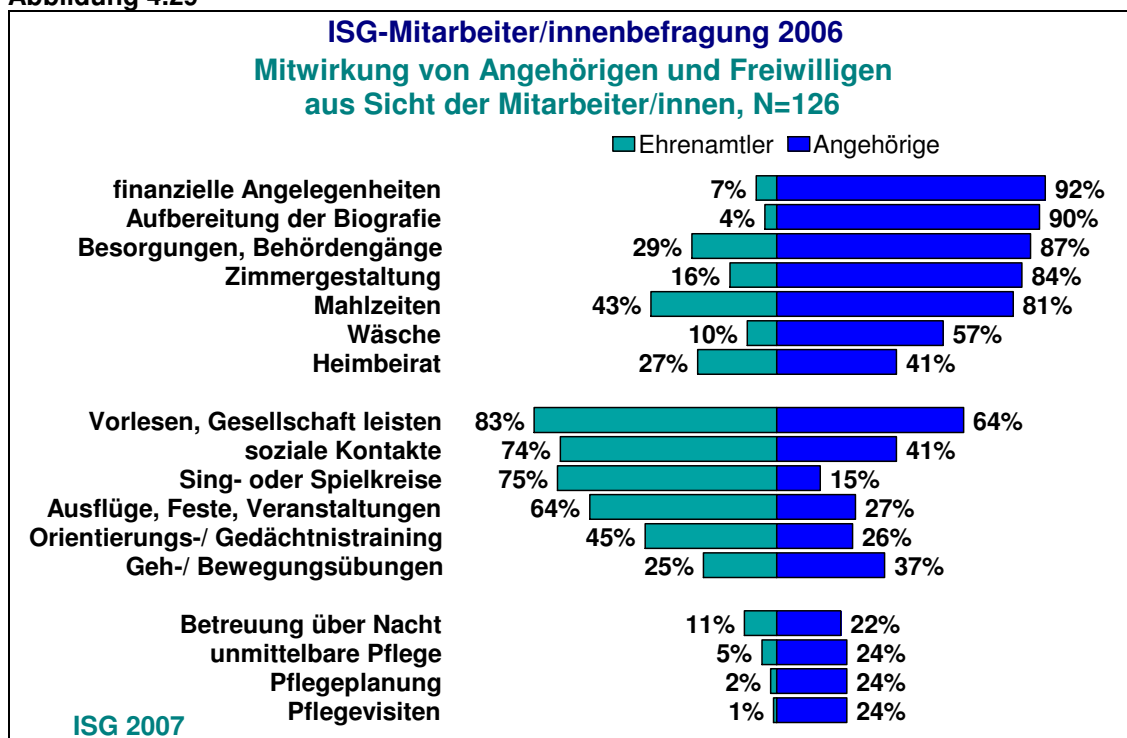
Abbildung 4.28



Folgende Schwerpunkte der Mitwirkung werden im Einzelnen den Angehörigen einerseits und Freiwilligen andererseits zugerechnet:

- *Gesellschaft leisten:* So unspezifisch es auch klingen mag, aber die reine Anwesenheit eines Besuchers, der den Bewohnerinnen und Bewohnern Gesellschaft leistet, ihnen zuhört und sich mit ihnen unterhält und dabei auch manchmal etwas vorliest, ist eine wichtige und zeitaufwändige Aufgabe, die das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner erhöht und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlastet. Beide Gruppen wirken daran mit: dass Freiwillige dies regelmäßig leisten, berichten 83% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dass die Angehörigen dies regelmäßig tun, sagen 64%.
- *Persönliche Hilfen:* Die Angehörigen leisten einen wichtigen Beitrag bei der Regelung persönlicher Angelegenheiten wie finanziellen Dingen (92%), Besorgungen und Behördengängen (87%). Aus ihrer Kenntnis der Lebensgeschichte des Bewohners bzw. der Bewohnerin heraus helfen sie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den biografischen Hintergrund aufzuarbeiten und persönliche Verhaltensweisen, Vorlieben und Ängste besser zu verstehen (90%). Auch bei der Zimmergestaltung (84%) und bei Mahlzeiten (Essen zerkleinern und anreichern; 81%) wirken sie mit und helfen zum Teil auch, die Wäsche in Ordnung zu halten (57%). Die Bewohnerinteressen vertreten sie im Heimbeirat, was 41% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Aktivität der Angehörigen und 27% als Aktivität der Freiwilligen kennen.

Abbildung 4.29



- *Gemeinschaftliche Angebote:* Zu den Schwerpunkten freiwilliger Aktivitäten gehören die Durchführung von Sing- und Spielkreisen (nach Auskunft von 75% Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter), die Förderung sozialer Kontakte der Bewohnerinnen und Bewohner untereinander (74%) und die Mitwirkung bei der Organisation von Ausflügen, Festen und Veranstaltungen (64%). Eine im engeren Sinne aktivierende und rehabilitative Funktion erfüllen Freiwillige und Angehörige mit Angeboten zum Orientierungs- und Gedächtnistraining (45% bzw. 26%) sowie Geh- und Bewegungsübungen (25% bzw. 37%).
- *Pflegerische Hilfen:* Ein knappes Viertel der Angehörigen wirkt im pflegerischen Bereich mit, und zwar (nach der Erfahrung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) gleichermaßen bei unmittelbaren pflegerischen Hilfen (z.B. Waschen, Kämmen, An- und Auskleiden etc.) wie auch bei der Pflegeplanung und bei Pflegevisiten. Wenn es Hilfen in diesem Bereich gibt, so bleiben diese im Wesentlichen auf die Angehörigen beschränkt, während Freiwillige daran kaum mitwirken. Lediglich eine Betreuung über Nacht, wozu auch ehrenamtliche Hospizdienste gehören, wird sowohl von Angehörigen (22%) als auch von Freiwilligen (11%) geleistet.

Profil der Möglichkeiten und Grenzen

Neben diesem Bericht über die faktische Mitwirkung wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch um ihre Einschätzung gebeten, worin sie spezifische Stärken von Angehörigen und Freiwilligen sehen und wo deren Einbeziehung mit Schwierigkeiten verbunden ist. Zu den *Stärken der Angehörigen* zählen sie:

- **Persönliche Beziehung:** Die Angehörigen stehen den Bewohnerinnen und Bewohnern nahe und haben eine enge emotionale Bindung zu diesen; durch dieses Vertrauensverhältnis und die emotionale Wärme vermitteln sie Wohlbefinden, Rückhalt und innere Ruhe. Die Einbindung in ihre Familien wird durch die Angehörigen auch nach dem Heimumzug noch aufrechterhalten. Aufgrund ihrer guten Kenntnis der Bewohnerinnen und Bewohner sehen sie, „ob es ihm gut geht oder schlecht“.
- **Interessenvertretung:** Die Angehörigen haben ein Interesse daran, dass es den Bewohnerinnen und Bewohnern in der Einrichtung gut geht. Dieses Interesse vertreten sie energisch auch gegenüber Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern und der Heimleitung. Dass Angehörige „sich beschweren, falls etwas mal nicht so gut gelaufen ist“, wird ausdrücklich als Stärke gesehen.
- **Kenntnis der Biografie:** Besonders wichtig ist, dass die Angehörigen lange Zeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern gemeinsam gelebt haben und daher deren Biografie einschließlich persönlicher Gewohnheiten, zentraler Ereignisse und Personen kennen. Mit diesem gemeinsamen Erfahrungshintergrund können sie die Bewohnerinnen und Bewohner über gemeinsame Erinnerungen ansprechen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Informationen über den biografischen Werdegang und prägende Erlebnisse geben. Gewohnheiten, Verhaltensweisen in spezifischen Situationen sowie Vorlieben und Abneigungen, Freuden und Ängste der Bewohnerinnen und Bewohner werden dadurch besser verstehbar.
- **Vielfältige Möglichkeiten der Mitwirkung:** Die Angehörigen stehen weniger unter Zeitdruck als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie sind sehr engagiert und in hohem Maße zur Mitwirkung bereit. Diejenigen, die die pflegebedürftige Person bereits vor dem Heimeinzug betreut haben, verfügen über „gute Kenntnisse im Bereich der Pflege“. Mit diesen Voraussetzungen können sie nach Ansicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in vieler Hinsicht flankierende Unterstützung leisten.

Die *Schwierigkeiten bei der Mitwirkung von Angehörigen* liegen aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der eingeschränkten Möglichkeit der Einbeziehung in die unmittelbare Pflege, in Fehleinschätzungen von Krankheiten und Krankheitsentwicklung sowie in den Nachteilen der emotionalen Bindung, die auch in Rollenkonflikten zum Ausdruck kommt.

- **Eingeschränkte Mitwirkung bei der Pflege:** Den Angehörigen fehlt nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter „Verständnis für die Pflegesituation“, sie haben die erforderlichen Pflegetätigkeiten nicht gelernt und fühlen sich daher häufig „hilflos“. Eine zu starke Einbindung in die Pflege insbesondere bei Demenzkrankheit und in der Sterbephase überfordert die Angehörigen häufig.
- **Mangelnde Beurteilungskompetenz:** Der medizinische und psychische Gesundheitszustand wird oft nicht richtig eingeschätzt, da zum einen Kenntnisse über Krankheitsbilder fehlen, insbesondere über Demenzkrankheiten, zum anderen auch wegen der Unfähigkeit, die Krankheiten der Bewohnerinnen und Bewohner zu akzeptieren: „sie kommen oft mit dem Abbau der Fähigkeiten ihrer Angehörigen nicht zurecht und sind deshalb emotional stark betroffen, brauchen Betreuung“.

- Emotionalität und Rollenkonflikte: Die emotionale Bindung, die unter dem Aspekt der Stärke als besonders motivierend genannt wurde, ist ambivalent: „Familiäre Differenzen“ bestehen fort, „Angehörige fühlen sich oft durch forderndes Verhalten der Bewohner überfordert“, haben ein „schlechtes Gewissen“ (auch wegen der Heimunterbringung). Hier spielen „unaufgearbeitete Rollenmodelle“ mit hinein, manche sind „zu sehr auf Mutter oder Vater, Mann oder Frau fixiert“, sie versuchen sich gegenseitig zu beeinflussen und tragen langjährige Rollenkonflikte aus.
- Gespanntes Verhältnis zum Personal: Als Grenze einer Einbeziehung von Angehörigen sehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schließlich auch eine ihrer Meinung nach zu starke und zu einseitige Interessenvertretung: wenn Angehörige ihre Aufgabe in einer „Kontrolle der hauptamtlichen Mitarbeiter“ sehen und diesen gegenüber grundsätzlich misstrauisch sind, die „Grenzen zwischen Unterstützung und unpassender Einmischung“ missachten und überzogene Erwartungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie das Heim haben.

Zu den *Stärken der Freiwilligen* zählen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

- Gute Mitwirkungsmöglichkeiten: Vor allem bei sozialen Gruppenaktivitäten wie Sing- und Spielkreisen, bei Veranstaltungen sowie bei Beschäftigung, Orientierung und Gedächtnistraining können Freiwillige gut mitwirken.
- Persönliche Kompetenzen: Die Freiwilligen bringen unterschiedliche Interessen und Fähigkeiten mit, sie haben „gute und neue Ideen“. Sie bringen „Optimismus“ und „Leben von außerhalb mit ins Heim“. Außerdem haben sie mehr Distanz zu den Bewohnerinnen und Bewohnern als die Angehörigen, sehen diese „aus einem anderen Blickwinkel“ und können „gewisse Sachen ohne Emotionen betrachten“. In den Gesprächen mit Heimleitungen wird darauf hingewiesen, dass Freiwillige häufiger als Interessenvertreterinnen und -vertreter der gesamten Bewohnerschaft auftreten, während Angehörige eher das Wohl ihrer zu Pflegenden im Blick haben.

Zu den *Schwierigkeiten bei der Mitwirkung von Freiwilligen* gehören dagegen:

- Fachliche Grenze der Mitwirkung: Freiwillige haben nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (ebenso wie Angehörige) zu wenig Kenntnisse über Krankheiten und pflegerische Erfordernisse, in pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereichen könnten sie daher nicht eingesetzt werden. Sie seien „oft überfordert“, insbesondere im Umgang mit Demenzkrankheit.
- Persönliche Grenzen: Zu den persönlichen Grenzen von Freiwilligen rechnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einerseits zu große Zurückhaltung, die in „Unsicherheit“ und „Berührungsängsten“ zum Ausdruck kommen kann, andererseits aber auch Überengagement und Selbstüberforderung mit den Stichworten „Selbstüberschätzung“, „Übereifer“ und „Helfersyndrom“.
- Begrenzte Planbarkeit ehrenamtlicher Ressourcen: Da Freiwillige keine festen Arbeitszeiten haben, ist „schlecht mit ihnen zu planen“. Sie selbst könnten auch ihre Zeit schlecht planen und „vergessen die Zeit bei Angeboten“.

Diesen Äußerungen lassen sich Hinweise für die Gestaltung der Mitwirkung von Angehörigen und Freiwilligen entnehmen, für geeignete Formen und Bereiche der Mitarbeit ebenso wie zu den Grenzen und Problemstellen. Allerdings müssen auch diese Einschätzungen kritisch hinterfragt werden; so kann eine den Angehörigen attestierte „Unsicherheit in der Mitarbeit“ auch an fehlender Anleitung und Einarbeitung liegen, und die Kritik an der „bestehenden Ordnung“ im Heim und an manchen Handlungsroutinen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter könnte im Einzelfall auch berechtigt sein und dann – konstruktiv gewendet – zur Qualitätsverbesserung genutzt werden. Hinzu kommt, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einbeziehung Angehöriger in pflegerische Tätigkeiten zwar skeptisch gegenüberstehen, aber zumindest ein Teil der Angehörigen – häufig aufbauend auf frühere Pflegeerfahrungen – solche Unterstützungsleistungen leistet bzw. für ein solches Engagement bereit steht. Dies bezieht sich dabei in aller Regel auf leichte pflegerische Tätigkeiten und zudem eher nicht auf eine komplette Übernahme als vielmehr eine Unterstützung von professionellen Pflegeleistungen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können sich einen solchen „Akteursmix“ von professioneller und nicht-professioneller Pflege offenbar nur schwer vorstellen. Das heißt aber nicht, dass es nicht in geeigneten Fällen und unter bestimmten Voraussetzungen zu solchen Formen der Zusammenarbeit kommen kann. Wichtig ist, diesbezüglich keine generelle Erwartung an alle Angehörigen zu formulieren, sondern im Einzelfall zu prüfen, ob und unter welchen Bedingungen die Einbeziehung von Angehörigen in (leichte) pflegerische Tätigkeiten in Frage kommt. Wichtig ist auch, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Schulungen und flankierende Begleitung darauf vorzubereiten, Angehörige in diesen Bereich zu integrieren und ihre professionellen Routinen neu zu gestalten.

Bewertung der Mitarbeit von Angehörigen und Freiwilligen

Bei der Bewertung der Mitwirkung von Angehörigen zeichnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein differenziertes Bild (Abb. 4.30). Einerseits haben diese für die Bewohnerinnen und Bewohner wichtige Funktionen bezüglich psychischer Stabilisierung und der Aufrechterhaltung von Außenkontakten, ebenso bei der Biografiearbeit und als belebendes Element. Andererseits erfordern sie teilweise auch einen zusätzlichen Aufwand, einige wurden als kontrollierend erfahren. Insgesamt überwiegen jedoch die positiven Meinungen von der Bedeutung der Angehörigen.

Die Bedeutung der Freiwilligen wird im Vergleich dazu positiver bewertet, besonders wichtig sind sie für Bewohnerinnen und Bewohner ohne Angehörige (Abb. 4.31). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen sie als Entlastung und als belebendes Element. Sie bedeuten weniger Aufwand als die Angehörigen, kritische und kontrollierende Haltungen gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind bei ihnen geringer ausgeprägt. Allerdings herrscht die Meinung vor, dass Freiwillige nur bei sozialer Betreuung, nicht aber bei der Pflege mitwirken können.

Abbildung 4.30

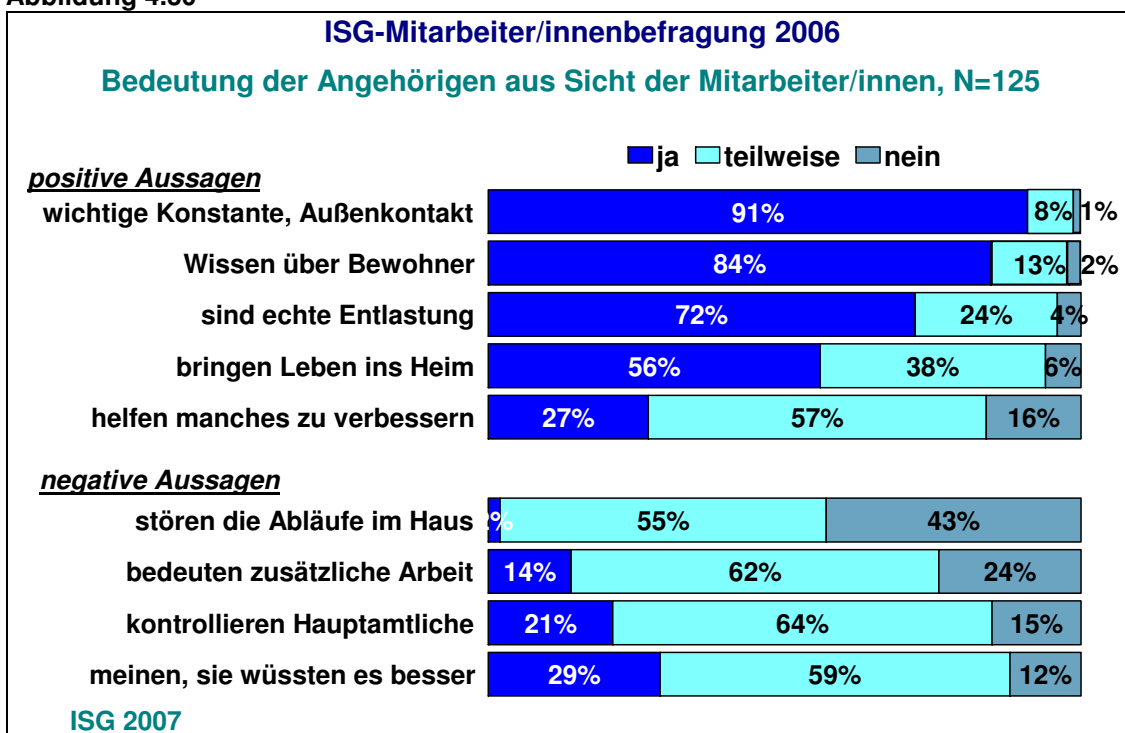
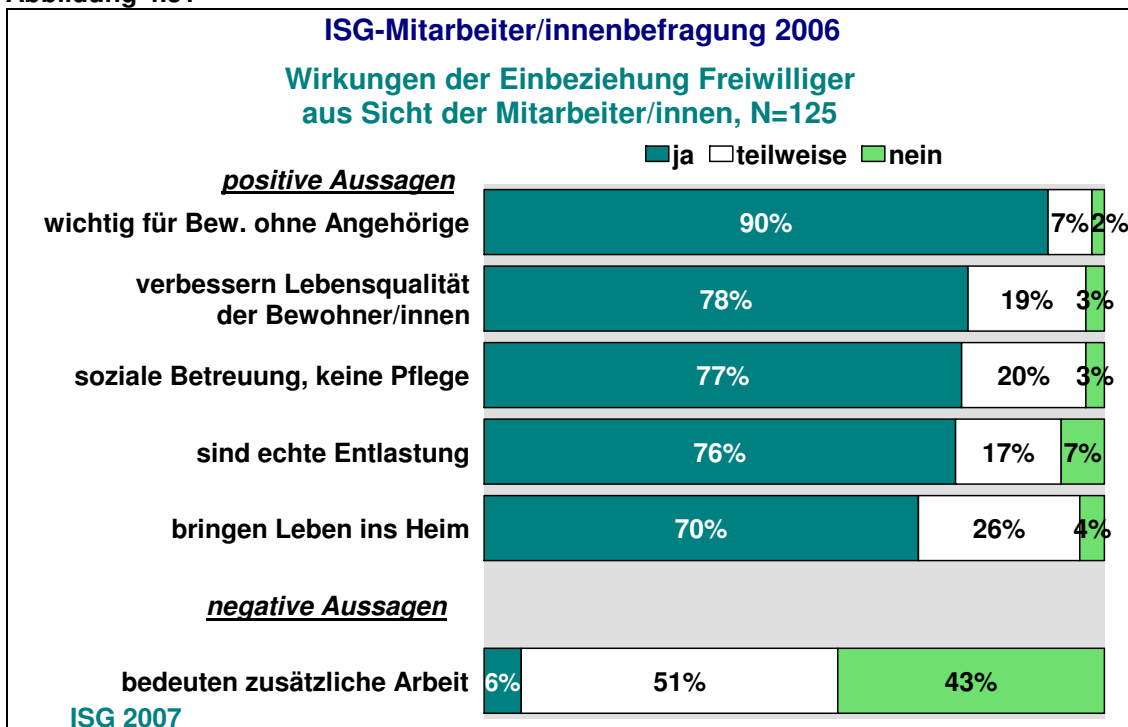


Abbildung 4.31



4.5.3 Konflikte mit Angehörigen und Freiwilligen

Zum Auftreten von Konflikten geben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine eindeutig andere Rückmeldung als Angehörige und Freiwillige. Dass sie schon einmal einen ernsthaften Konflikt mit diesen gehabt haben, sagen 31% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aber nur 9% der Angehörigen und 5% der Freiwilligen. Dass sie noch keinen Konflikt hatten, sagen dagegen nur 16% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aber umgekehrt 61% der Angehörigen und 70% der Freiwilligen.

Abbildung 4.32



Somit stellt sich das wechselseitige Verhältnis aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – bei aller bisher dargestellten Wertschätzung – sehr deutlich auch als ein konfliktreiches Verhältnis dar. Die Konflikthanlässe sind dabei gar nicht so verschieden von dem, was Angehörige und Freiwillige berichtet haben: Die Qualität der Pflege sowie das persönliche Verhalten der jeweils anderen rangieren an vorderer Stelle, die soziale Betreuung und die Qualität des Essens im mittleren Bereich. Unterschiedlich werden die Mitwirkungsmöglichkeiten als Konflikthanlass eingeschätzt – Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (7%) und Angehörige (3%) sehen darin kein Problem, während dieser Aspekt von den Freiwilligen mit 22% an dritter Stelle genannt wurde.

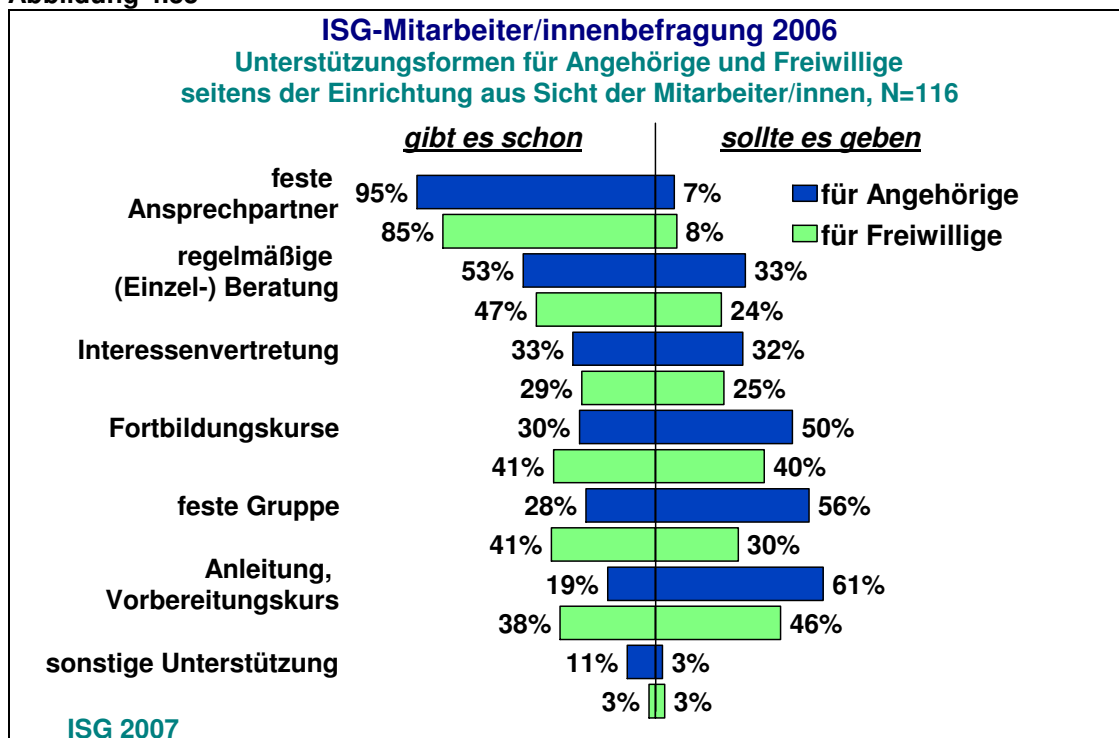
In den vertiefenden Gesprächen in den Einrichtungen wurde die stärkere Wahrnehmung von Konflikten durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter so kommentiert, dass diese stärker unter Druck stehen, da sich je Mitarbeiter/in mehrere kritische Anliegen von Angehörigen häuften, während diese jeweils nur ihr eigenes Anliegen im Blick hätten und meist zufrieden seien, wenn dies aufgegriffen werde. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass Konflikte für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch aus formalen Gründen ein größeres Gewicht

haben, da diese dokumentiert werden müssten und ggf. ein Gespräch mit dem Vorgesetzten erforderten.

4.5.4 Unterstützung durch die Einrichtung

Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter halten es für wichtig, dass Angehörige und Freiwillige angemessen unterstützt werden, vor allem durch eine feste Ansprechperson in der Einrichtung sowie durch eine regelmäßige (Einzel-) Beratung, die bisher aber nur in der Hälfte der Einrichtungen angeboten wird. Fortbildungskurse, eine feste Gruppe sowie ausführliche Anleitung und Vorbereitungskurse gibt es nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Freiwillige häufiger als für Angehörige, für diese wird dies aber ebenfalls für wichtig gehalten.

Abbildung 4.33

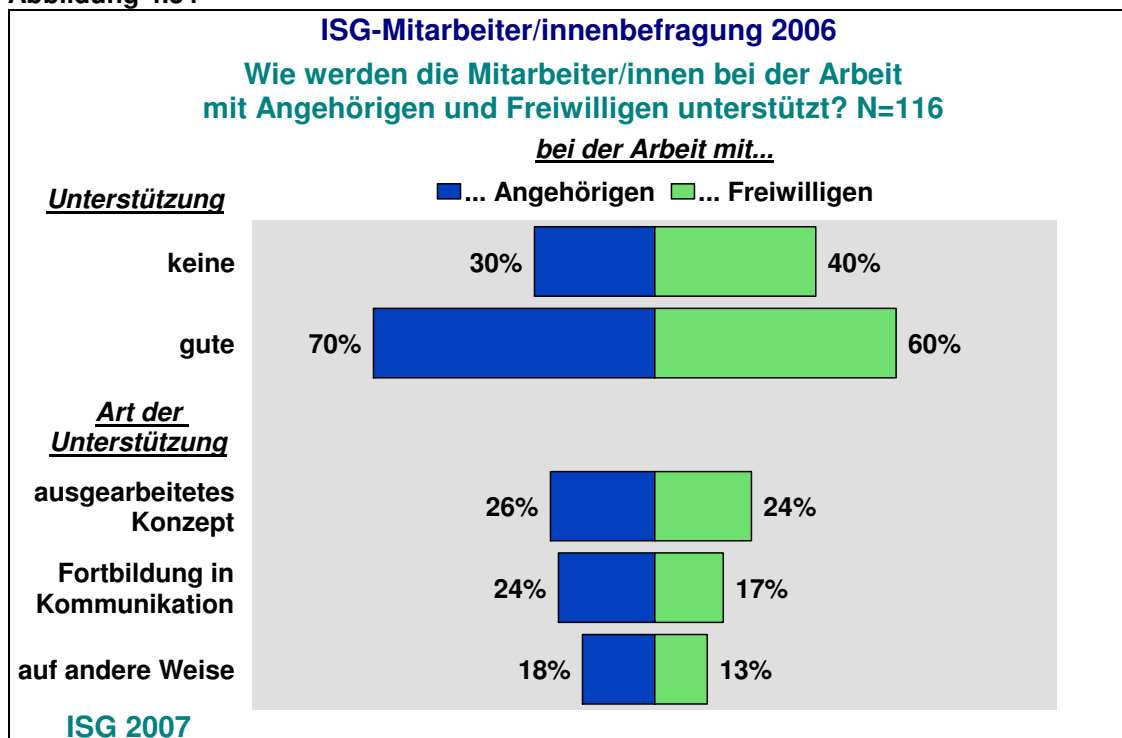


Wie gut die Kooperation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Angehörigen und Freiwilligen funktioniert, hängt entscheidend davon ab, ob die Einrichtung ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin aktiv unterstützt, ihnen ausreichend Zeit für die notwendigen Gespräche gibt und möglicherweise sogar über ein ausgearbeitetes Konzept zur Angehörigen- und Freiwilligenarbeit verfügt. Die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlen sich von ihrer Hausleitung hinreichend unterstützt, in der Arbeit mit Angehörigen noch etwas mehr (70%) als in der Freiwilligenarbeit (60%). In großen Einrichtungen ist diese Unterstützung stärker ausgeprägt als in kleineren Einrichtungen.

Ein ausgearbeitetes Konzept gibt es nach Auskunft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in 26% der Einrichtungen zur Einbeziehung von Angehörigen und in 24% der Ein-

richtungen zur Einbeziehung von Freiwilligen. Dies ist erheblich mehr als noch Mitte der 1990er Jahre, als lediglich in 1,5% der Einrichtungen ein solches Konzept existierte. Andererseits ist dieser Anteil aber geringer als in der repräsentativen Einrichtungsbefragung, in der 46% der Heimleiterinnen und -leiter angaben, über ein „schriftliches niedergelegtes, gesondertes Konzept zur Einbeziehung von Angehörigen“ zu verfügen (Schneekloth; von Törne 2006: 41). Möglicherweise ist ein solches Konzept nicht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt, was auf ein Informationsdefizit hinweist. Über eine gezielte Fortbildung in der Kommunikation mit beiden Personengruppen berichtet nur ein kleinerer Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung sind vor allem eine bessere Information, offene Gespräche und Einladungen zu den Treffen von Angehörigen und Freiwilligen.

Abbildung 4.34



4.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Zur Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Heimen liegen vielfältige Forschungsergebnisse vor, die über die Motive und Belastungen, Formen der Einbeziehung und Hindernisse Auskunft geben. Viele dieser Ergebnisse konnten durch die empirischen Analysen der vorliegenden Untersuchung weiter vertieft und differenziert werden, manche Überzeugungen konnten dagegen nicht bestätigt werden. Generell zeichnen sich folgende Tendenzen ab:

- Die Thematik einer Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Arbeit in Pflegeheimen hat in den letzten zehn Jahren (d.h. im Vergleich zur MuG II-Untersuchung) an Bedeutung gewonnen, was in den Einstellungen der beteiligten Akteure ebenso zum Ausdruck kommt wie in der fortgeschrittenen Umsetzung von Konzepten und Unterstützungsformen seitens der Einrichtungen.
- Frauen machen den überwiegenden Teil aller Angehörigen (zwei Drittel) aus. Geschlechtsunterschiede der Angehörigen äußern sich darin, dass Frauen intensiver an der Pflege und Betreuung im Heim mitwirken als Männer: Der Frauenanteil unter den „aktiv Pflegenden“ liegt bei 85% gegenüber 15% Männern, während bei den „psychosozial Stabilisierenden“ und den „Distanziert-Delegierenden“ die Relation bei 60% Frauen gegenüber 40% Männern liegt. Die höhere Intensität wirkt sich auch im Belastungsempfinden aus: Frauen leiden stärker als Männer darunter, nicht genügend Zeit zu haben oder mit ihren Kräften am Ende zu sein.
- Unter den Freiwilligen sind die Geschlechteranteile mit 86% Frauen gegenüber 14% Männern noch ungleicher. Dies wirkt sich aber kaum auf die Form der Mitwirkung aus mit Ausnahme eines höheren Frauenanteils bei sozialer Begleitung und höherer Männeranteile bei technischer Unterstützung und Heimmitwirkung.
- Markante Unterschiede bestehen zwischen Angehörigen und Freiwilligen. Dies lässt sich zeigen insbesondere hinsichtlich der Motivation (eigene Betroffenheit vs. Engagement für Andere), dem Grad der Verpflichtung (moralisch-familiäre Bindung vs. Selbstverpflichtung), Distanz zu den Bewohnerinnen und Bewohnern (bei Angehörigen geringer als bei Freiwilligen), Kreativität (bei Angehörigen eher zufällig, bei Freiwilligen oft zentral), Verhältnis zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (bei Angehörigen eher konfliktanfällig als bei Freiwilligen). Untersuchungen, die auf diese Unterscheidung verzichten, blenden wichtige Erkenntnisse aus.
- Innerhalb jeder dieser untersuchten Gruppen gibt es wiederum deutliche Unterschiede. So lassen sich verschiedene Typen von Angehörigen etwa nach der Kontakthäufigkeit und ihrem Engagement für die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner unterscheiden. Unter den Freiwilligen werden Unterschiede in der Art der Angebote, ihrer Motivation und Zugangsweise sowie ihrer sozialen Stellung deutlich. Die Angehörigenarbeit einerseits und die Freiwilligenarbeit andererseits müssen diese typologischen Unterschiede im Blick haben.
- Hinsichtlich des Mitwirkungsinteresses und der faktischen Möglichkeiten zur Mitwirkung haben sich klar unterscheidbare Bereiche ergeben. Gemeinsam ist beiden Gruppen der Schwerpunkt auf sozialer Betreuung, wobei die Angehörigen diese meist auf eine Person beziehen, während die Freiwilligen eher Gruppenangebote durchführen. Darüber hinaus wird Hilfe bei persönlichen Angelegenheiten vor allem durch Angehörige geleistet, während Freiwillige personübergreifende und infrastrukturelle Angebote entwickeln. Wenn eine Mitwirkung für bestimmte Aufgaben geplant wird, sollten diese Unterschiede berücksichtigt werden.
- Für eine Einbeziehung in die Pflege im engeren Sinne gilt generell, dass die Mitwirkungsmöglichkeiten begrenzt sind, da Pflege vor allem eine fachlich-professionell zu erbringende Leistung ist. Angehörige (besonders vom aktiven Typ) können eher noch für bestimmte pflegeergänzende Hilfen hinzu gezogen werden (ohne sie aber

durch die Erwartung einer Leistungskonstanz zu überfordern) als Freiwillige, die allein schon wegen der größeren Distanz zur pflegebedürftigen Person hierfür kaum in Frage kommen. Überlegungen, durch Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen professionelle Pflegeleistungen auch nur teilweise substituieren zu können, sind angesichts dieser Ergebnisse zu widersprechen. Der Entlastungsbedarf, der vormals pflegende Angehörigen veranlasst hat, ihre Verwandten im Heim pflegen zu lassen, darf nicht übersehen und kann nicht rückgängig gemacht werden.

Auf der Grundlage der Forschungsergebnisse lassen sich einige Elemente benennen, die eine gute Angehörigen- und Freiwilligenarbeit auszeichnen. Obwohl die meisten dieser Elemente sowohl Angehörige als auch Freiwillige betreffen, werden sie im Folgenden getrennt dargestellt, da die Erläuterungen teilweise unterschiedlich sind.

Elemente einer guten Angehörigenarbeit

(1) Regelmäßige Information

Grundlage einer guten Zusammenarbeit mit Angehörigen ist eine regelmäßige und umfassende Information über die Angelegenheiten der Einrichtung, die Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Befindlichkeit des angehörigen Bewohners. Soweit es um Fragen der Einrichtung geht, kann diese Information teilweise formell erfolgen (z.B. über Hauszeitung oder Infobrief), im Wesentlichen wird sie aber, insbesondere wenn es um individuelle Belange geht, in Einzelgesprächen erfolgen. Ein wechselseitiges Verständnis unterschiedlicher Perspektiven ist in entscheidender Weise auf eine gute Informationsbasis angewiesen.

(2) Offene Kommunikation

Konflikte müssen offen angesprochen werden, auch wenn dies manchmal unangenehm ist. Gespräche über Konflikte können einen höheren Zeitbedarf haben als reine Informationsgespräche, dies ist bei der Zeitplanung zu berücksichtigen. Sie dürfen aber nicht deswegen verschoben werden, weil sie zeitlich unpassend erscheinen. Des Weiteren sollten interessierte Angehörige für eine Mitarbeit im Qualitäts- und Beschwerdemanagement der Einrichtung gewonnen werden (z.B. in Form von Qualitätszirkeln).

(3) Feste Ansprechpartner

Feste Ansprechpartner sind für die Angehörigen wichtig, in den meisten Einrichtungen gibt es sie bereits. Dadurch wird garantiert, dass Anliegen oder Konflikte auch in ihrer Bearbeitung mitverfolgt und gegebenenfalls nochmals zur Sprache gebracht werden.

(4) Kontinuierliche Begleitung

Die Mitwirkung von Angehörigen funktioniert dort am besten, wo diese nicht allein gelassen, sondern kontinuierlich begleitet werden. Dies wird durch eine konzeptionelle Verankerung der Angehörigenarbeit erleichtert. Darüber hinaus ist es vor allem in der

Sterbephase für Angehörige hilfreich, von entsprechend geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begleitet und emotional gestützt zu werden.

(5) Regelmäßige Gesprächskreise

Eine feste Angehörigengruppe bietet ihren Teilnehmenden die Möglichkeit, sich mit Gleichbetroffenen auszutauschen, sich gegenseitig hilfreiche ebenso wie bedrückende Erfahrungen zu berichten und daraus entlastet und gestärkt hervorzugehen. Dabei dürfen regelmäßige Gruppentreffen nicht als Zwang empfunden werden, sondern als ein Angebot, das je nach eigener Befindlichkeit genutzt werden kann oder auch nicht.

(6) Fortbildungen

Angehörige benötigen weniger eine Anleitung zur pflegerischen Hilfe, da viele von ihnen ja bereits vor dem Heimeinzug ihres Verwandten pflegerisch tätig waren. Aber spezifische Fortbildungen zum Umgang mit Rollenkonflikten und Schuldgefühlen sind für sie ebenso hilfreich wie zur Vorbereitung des letzten Lebensabschnitts ihres Verwandten, der durch zunehmenden Hilfebedarf und meist auch fortschreitende Demenz gekennzeichnet ist.

(7) Einbeziehung in das Alltagsleben

Durch eine stärkere Einbeziehung der Angehörigen in das Alltagsleben im Heim soll ein besseres Verständnis für die Pflegesituation, für das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für die Rahmenbedingungen der Einrichtung erzielt werden. Mitwirkung und Kommunikation (einschließlich der Bearbeitung von Konflikten) sollen dadurch selbstverständlicher werden.

(8) Mitwirkung im Heimbeirat

Eine spezielle Form der Mitwirkung ist die im Heimbeirat, die ein kontinuierliches Engagement über die Betreuung des Verwandten hinaus erfordert. Angehörige können als Interessenvertreter ihrer verwandten Bewohnerinnen und Bewohner und darüber hinaus der Bewohnerschaft insgesamt wirksam werden. Angesichts des Aufwandes einer solchen Verpflichtung ist aber nur ein kleiner Teil der Angehörigen dazu bereit.

(9) Anerkennung freiwilliger Mitarbeit

Auch Angehörige freuen sich über eine Anerkennung ihrer Mitwirkung, ihnen ist dies aber weniger wichtig als den Freiwilligen (s.u.).

(10) Schulung und Supervision für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich für die Anliegen von Angehörigen Zeit nehmen sollen, müssen sie sicher sein, dass ihre Vorgesetzten und die Heimleitung dies uneingeschränkt unterstützen. Über diesen grundsätzlichen Rückhalt hinaus benötigen sie aber auch methodische Kompetenzen zur Gesprächsführung und Konfliktbearbeitung. In besonders kritischen Fällen müssen sie die Möglichkeit haben, selbst Rat zu suchen, d.h. die Frage des Umgangs mit den Angehörigen sollte ein fester Bestandteil von Supervisionen sein.

(11) Werbung und Öffentlichkeitsarbeit

Mit der Einbindung der Angehörigen in den Heimaltag wird die Verbindung der Bewohnerinnen und Bewohner zum „normalen“ Leben in ihrer Kommune teilweise aufrechterhalten. Diese Verbindung sollte im Sinne einer „Öffnung der Heime“ auch öffentlichkeitswirksam dargestellt werden. In den Gesprächen in den Einrichtungen wurde wiederholt bedauert, dass die Medien vor allem Pflegedefizite zum Anlass einer (skandalisierenden) Berichterstattung nehmen. Dem sollte mit einer aktiven Öffentlichkeitsarbeit begegnet werden, die auch gelungene Beispiele für eine Erhöhung von Lebensqualität durch die Mitwirkung von Angehörigen publik macht.

Elemente einer guten Freiwilligenarbeit

Soweit die Elemente einer guten Angehörigenarbeit auch für Freiwillige gelten, wird darauf verwiesen; aber es gibt auch spezifische Empfehlungen für diese Gruppe.

(1) Regelmäßige Information

Auch für die Freiwilligenarbeit gilt, dass eine regelmäßige und umfassende Information Grundlage einer guten Zusammenarbeit ist. Dabei stehen die Angelegenheiten der Einrichtung im Vordergrund, aber auch Veränderungen der Lebenssituation und Befindlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, für die Freiwillige Angebote entwickeln.

(2) Offene Kommunikation

Der Grundsatz einer offenen Kommunikation einschließlich eines offenen Umgangs mit Konflikten gilt auch für das Verhältnis zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Freiwilligen (auch wenn sich gezeigt hat, dass deren Verhältnis weniger konfliktrichtig ist als das der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den Angehörigen). Wie Angehörige können interessierte Freiwillige gewinnbringend in heiminterne Maßnahmen des Qualitäts- und Beschwerdemanagements einbezogen werden.

(3) Feste Ansprechpartner

Ein fester Ansprechpartner ist auch für die Freiwilligen wichtig und in den meisten Einrichtungen auch vorhanden. Eine Ansprechpartnerschaft stellt eine wichtige Form der symbolischen Anerkennung der Mitwirkung Freiwilliger dar und kann auch durch ausgewählte Freiwillige selbst gewährleistet werden.

(4) Kontinuierliche Begleitung

Das Engagement der Freiwilligen ist kein „Selbstläufer“, der aus sich heraus Entlastung schafft, sondern muss in begleitende Strukturen eingebettet sein. Dazu gehören alle im Bericht dargestellten Formen der Anleitung, Fortbildung und Anerkennung. Wichtig ist, dass die Freiwilligen kontinuierlich begleitet werden, wie es etwa in den Einrichtungen erfolgt, die für die Freiwilligenarbeit ein klares Konzept ausgearbeitet haben. Dabei ist auf die unterschiedlichen Einsatzfelder und Motivationslagen der Freiwilligen abzustellen. Freiwillige, die Gruppenangebote für meist noch gesundheitlich wenig beeinträch-

tige Angehörige durchführen, benötigen eine andere Form der Anleitung und Fortbildung als Freiwillige, die in der Einzelbetreuung oder in der Sterbebegleitung tätig sind.

(5) Regelmäßige Gesprächskreise

Bei Freiwilligengruppen steht nicht so sehr eine Entlastungsfunktion im Vordergrund wie bei Angehörigengruppen, aber für Freiwillige ist der Kontakt zu anderen ein wichtiges Motiv ihres Engagements, sodass eine lebendige Freiwilligengruppe zur Stärkung und Langfristigkeit dieses Engagements beiträgt.

(6) Fortbildungen

Freiwillige haben, wie aus Untersuchungen immer wieder hervor geht, ein starkes Interesse an Angeboten zur Fortbildung. In spezifischem Zuschnitt auf das Engagement in einem Alten- oder Pflegeheim kann ein Fortbildungsbedarf einerseits darin bestehen, wie kulturelle Angebote entwickelt und auf Dauer gestellt werden können und wie andere Freiwillige zur Mitwirkung gewonnen werden können.⁴⁸ Andererseits besteht auch Interesse an Fortbildungen zu Pflege- und Betreuungsthemen sowie zur Sterbebegleitung, wie sie im Rahmen der Hospizarbeit angeboten werden (Student 1999).

(7) Einbeziehung in das Alltagsleben

Eine Einbeziehung in das Alltagsleben im Heim kommt für Freiwillige nicht im Sinne einer Einbeziehung in den Pflegealltag in Betracht – dies ist aus den Analysen der faktischen ebenso wie der als geeignet angesehenen Tätigkeiten deutlich geworden. Für Freiwillige bieten sich eher Mitwirkungsmöglichkeiten im Sinne sozialer und kultureller Bereicherung des Lebens im Heim an, weiterhin bei Ausflügen und Veranstaltungen sowie bei infrastrukturellen Angeboten wie Cafeteria, Bibliothek oder Heimzeitung.

(8) Mitwirkung im Heimbeirat

Bei der Mitwirkung im Heimbeirat spielen Freiwillige derzeit noch kaum eine Rolle; in stellvertretender Funktion wird dies eher durch Angehörige wahrgenommen. Der spezifische, häufig kritischere Blick Freiwilliger auf das Leben im Heim spricht aber dafür, auch Freiwillige verstärkt für eine Heimmitwirkung zu gewinnen.

(9) Anerkennung freiwilliger Mitarbeit

Freiwillige engagieren sich in erster Linie, um etwas Sinnvolles zu tun und das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner zu bereichern. Die Anerkennung, die sie für diese Tätigkeiten erhalten, ist daher zwar nicht das wichtigste Motiv, hat für sie aber dennoch eine hohe Bedeutung. Dabei ist vor allem die symbolische Funktion dieser Anerkennung entscheidend, die in Form von Zertifikaten, expliziter Danksagung oder speziellen Festveranstaltungen für Freiwillige erfüllt werden kann. Eine finanzielle Anerkennung spielt dagegen nur eine geringe Rolle, allerdings würden Aufwandsentschädigungen für Materialien oder Fahrtkosten, wo sie noch nicht üblich sind, von einem Teil der Freiwilligen (insbesondere denen mit geringer Rente) begrüßt.

⁴⁸ Ein passendes Fortbildungskonzept wurde im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Erfahrungswissen für Initiativen“ entwickelt, vgl. Engels; Braun; Burmeister (2007).

(10) Schulung und Supervision für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Auch für die Freiwilligenarbeit benötigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Kompetenzen der Gesprächsführung und Konfliktbearbeitung sowie den Rückhalt der Heimleitung. In fortschrittlichen Einrichtungen können interne Fortbildungsangebote teils von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Angehörigen und Freiwilligen gemeinsam genutzt werden. Dann haben diese Angebote – neben der Wissensvermittlung – auch die wichtige Funktion, eine offene Kommunikation unter den Beteiligten zu fördern.

(11) Werbung und Öffentlichkeitsarbeit

Für die Gewinnung von Freiwilligen haben die Werbung der Einrichtung, die gezielt für bestimmte Aufgabenbereiche freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter suchen kann, und die Öffentlichkeitsarbeit einen hohen Stellenwert. Es gibt in der Bevölkerung und insbesondere unter den jungen Seniorinnen und Senioren noch unausgeschöpfte Potenziale von Personen, die sich gerne in sinnvoller Form engagieren würden (Gensicke; Picot; Geiss 2005). Diejenigen, die sich bereits in Alteneinrichtungen engagieren, empfinden dies als eine sehr befriedigende Arbeit und berichten sehr positiv darüber. Dies müsste stärker als bisher in den Medien öffentlich gemacht werden, etwa durch Darstellung positiver Beispiele, um noch unentschiedene oder zurückhaltende Interessierte für eine Mitwirkung zu gewinnen.

(12) Stärkeres Engagement von Männern

Gezielt sollte sich dieses Werben an Männer richten, um mehr Ansprechpartner für die männlichen Heimbewohner zu gewinnen und mehr Freizeitangebote zu schaffen, für die diese sich interessieren.

Umsetzung dieser Elemente

Dass die Umsetzung dieser Anregungen eine Investition von Zeit, Energie und konzeptioneller Phantasie erfordert, liegt angesichts der hier präsentierten Untersuchungsergebnisse auf der Hand. Das Programm einer stärkeren Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen kann unter diesen Voraussetzungen zu mehr Lebensqualität in den Einrichtungen führen, wovon die Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ebenso wie die Angehörigen und Freiwilligen selbst profitieren. Dieses Programm kann aber kaum Erfolg haben, wenn das Ziel einer Kosteneinsparung im Vordergrund steht. Systematische Formen der Angehörigenarbeit und Freiwilligenarbeit von Einrichtungen stellen vielmehr entscheidende Maßnahmen einer Qualitätsentwicklung des Lebens in Einrichtungen dar, die entsprechende Investitionen erfordern.

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, BT-Drs. 16/2190, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006, Hg.): Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, Berlin.
- Daneke, S. (2005): Angehörigenarbeit in Altenpflegeeinrichtungen, in: George, W. (2005): Evidenzbasierte Angehörigenintegration, Lengerich, 188-194.
- Dempsey, N.P.; Pruchno, R.A. (1993): The family's role in the nursing home: Predictors of technical and non-technical assistance, in: Journal of Gerontological Social Work, 21: 127-145.
- Dupuis, S.L.; Norris, J.E. (1997): A multidimensional and contextual framework for understanding diverse family members' roles in long-term care facilities, in: Journal of Aging Studies 11, 297-325.
- Engels, D./ Braun, J./ Burmeister, J. (2007): *SeniorTrainerinnen* und *seniorKompetenzteams*: Erfahrungswissen und Engagement älterer Menschen in einer neuen Verantwortungsrolle, Köln.
- Evers, A. (1996): Wohlfahrtspluralismus, Opladen.
- Evers, A. (2002): Auf dem Weg zu einem neuen Wohlfahrtsmix? Pflege im Alter und der mögliche Beitrag der Bürgergesellschaft, in: Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros (2002): Grundsatzthemen der Freiwilligenarbeit, Stuttgart, 85-100.
- Finke, B.; Bohn, E. (2006): Die Sozialhilfeträger und die pflegerische Versorgung Steuerung des Finanzaufwandes angesichts der Sparabsichten, der wachsenden Nachfrage und des Wettbewerbs. Vortrag BFS Köln (www.bagues.de)
- Gensicke, T.; Picot, S.; Geiss, S. (2005): Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement, München.
- Graeff, P.; Weiffen, B. (2001): Das gestörte Verhältnis zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen – Was ist zu tun?, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit (10) 368-375.
- Gsottschneider, A.; Baumann, U.; Messer, R. (2006): Integration von Angehörigen in Seniorenheime, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, Bern, 19 (3), 161-177.
- Jäger, A. (2005): Auswirkungen von Freiwilligem Sozialen Engagement auf die Organisations- und Qualitätsentwicklung von stationären Altenhilfeeinrichtungen, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln, Reihe thema Nr. 197.

- Klie, Th.; Blaumeiser, H. (2002): Perspektive Pflegemix, in: Klie et al. (2002): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen, Frankfurt, S. 132-152.
- Klie, Th.; Steiner, I.; Pfundstein, Th. (2006): Angebot eines Welfare Mix, in: Bertelsmann Stiftung (2006): Neues Altern in der Stadt – Handlungskonzepte, Gütersloh, 81-91.
- Kremer-Preiß, U; Engels, D.; Urlaub, K.H. (2000): Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln, Reihe thema Nr. 162.
- Kühnert, S. (1991): Das Verhältnis zwischen Angehörigen und Heimbewohnern und Mitarbeitern im Pflegeheim, Frankfurt.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (1998, Hg.): Qualitätshandbuch Wohnen im Heim, KDA Köln
- Levy-Storms, L.; Miller-Martinez, D. (2005): Family Caregiver Involvement and Satisfaction With Institutional Care During the 1st Year After Admission, *The Journal of Applied Gerontology*, Los Angeles, 24 (2), 160-174.
- Litwak, E. (1977): Theoretical Bases for Practice, in: Dobrof, R.; Litwak, E. (1977): Maintenance of Family Ties of Long-Term Care Patients, Washington, 80-116.
- Oppikofer, S.; Albrecht, K.; Schelling, H.R.; Wettstein, A. (2002): Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner – Die Käferberg-Besucherstudie, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 35: 39-48.
- Port, C. L. (2004): Identifying Chabeable Barriers to Family Involvement in the Nursing Home for Cognitively Impaired Residents, in: *The Gerontologist*, 44 (6), 770-778.
- Reggentin, H. (2005): Belastungen von Angehörigen demenziell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Versorgung, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 (2), Darmstadt, 101-107.
- Schmidt, R. (2005): Geteilte Verantwortung: Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz, in: Otto, U.; Bauer, P. (Hrsg.; 2005): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten, Bd. 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive, Tübingen.
- Schneekloth, U.; von Törne, I. (2006): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ (MuG IV), München.
- Steiner, I. (1988): Angehörigenarbeit in Einrichtungen der Altenhilfe, in: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* (3), 198-211.
- Steiner, I. et al. (2006): Der bela-Praxisverbund 2003-2006: Das hohe Alter in gemeinschaftlicher Verantwortung, hrsg. vom Paritätischen Bildungswerk, Stuttgart.
- Stull, D.E.; Cosbey, J.; Bowman, K.; McNutt, W. (1997): Institutionalization: A continuation of family care, in: *Journal of Applied Gerontology*, 16, 379-402.

Student, J. C. (1999): Das Hospiz-Buch, Freiburg.

Tornatore, J.B.; Grant, L.A. (2002): Burden among family care givers of persons with Alzheimer's disease in nursing homes. *The Gerontologist*, 42 (4), 497-506.

Urlaub, K.H. (1995): Angehörigenarbeit in Heimen, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln, Reihe thema Nr. 109.

Wingenfeld, K.; Korte-Pötters, U.; Heitmann, D. (2006): Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004–2006, Bielefeld.

5. Fallstudien zur Qualität von Pflege und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Josefine Heusinger und Tina Knoch

5.1 Einleitung

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung war es die Aufgabe des Instituts für gerontologische Forschung e. V., den Alltag der Menschen zu beschreiben, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben und arbeiten. Anhand von ausführlichen qualitativen Fallstudien galt es, Beispiele von gelingender Pflege und Versorgung ausfindig zu machen und zu analysieren, welche Voraussetzungen einer solchen guten Praxis förderlich sind. Die in den Fallstudien untersuchten Einrichtungen belegen die beachtlichen Leistungen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Management, Angehörige, Freiwillige und nicht zuletzt die Bewohnerinnen und Bewohner selbst für die Gestaltung eines menschenwürdigen Heimalltages tagtäglich erbringen. Die regelmäßig in der Presse diskutierten Skandale wegen schwerwiegender Missachtungen der Menschenwürde und Gefährdungen der körperlichen Unversehrtheit in Pflegeheimen verdecken diese Erfolge. Zugleich werfen sie immer wieder die berechnete Frage nach der Qualität der Versorgung, den Möglichkeiten ihrer Kontrolle und somit nach geeigneten Maßstäben zu ihrer Beschreibung und Messung auf. Im Folgenden stellen wir daher zunächst dar, welche Kriterien wir in der qualitativen Untersuchung zugrunde gelegt haben und wie wir vorgegangen sind. Einem kurzen Überblick über das von uns erhobene Material folgen die Ergebnisse der Analysen, die anschließend am Beispiel einer Fallstudie anschaulich gemacht werden. Die positiven Maßstäbe aus der dort vorgestellten Einrichtung fließen zusammen mit weiteren Ergebnissen in die Schlussfolgerungen ein, die Mut machen möchten zu einer menschenwürdigen, auf Rehabilitation und Teilhabe am sozialen Leben setzenden Pflege.

5.2 Gute Pflege und Versorgung – was heißt das?

Am Anfang der Untersuchung stand die Frage, was unter guter Pflege und Versorgung zu verstehen ist, denn weder sollte der pflegewissenschaftlichen Fachliteratur zur Pflegequalität noch den Qualitätsmanagementempfehlungen für die Altenpflege, die bereits Bibliothekswände füllen, einfach ein weiterer Band hinzugefügt werden. Es galt daher Maßstäbe für die Beurteilung der Respektierung der Menschenwürde sowie für die Bewertung der zahlreichen und in ihrer individuellen Bedeutsamkeit für die Bewohnerinnen und Bewohner teilweise stark variierenden Facetten zu finden, aus denen sich die Lebensqualität der Betroffenen letztlich zusammensetzt.

Aber was sind nun die entscheidenden Faktoren für die Lebensqualität der alten Menschen, deren Bedürfnisse sich vor dem Hintergrund sehr vielfältiger Biografien entwickelt haben? Wie lassen sie sich untersuchen vor dem Hintergrund der Tatsache,

dass fast alle Menschen, im steten Ringen um psychische Stabilität, ihrer Situation etwas Positives abzurufen versuchen? Und bei „Kundenbefragungen“ in Pflegeheimen Kritik (außer am Essen) praktisch nicht geäußert wird (Schönberg & Schnabel 2002)?

In einer zusammenfassenden Untersuchung über den praktischen Nutzen aktuell gebräuchlicher Qualitätsindikatoren für Pflege (Elsbernd 2007) kommt die Autorin zu dem Ergebnis, dass in den letzten Jahren zwar begrüßenswerte Fortschritte im Hinblick auf die externe Qualitätskontrolle durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gemacht wurden. Hier seien wichtige Indikatoren so präzisiert worden, dass die Altenpflegeeinrichtungen entsprechende Qualitätsanstrengungen unternommen haben. Parallel habe die Entwicklung der ohnehin schwieriger zu fassenden Indikatoren für die Lösung betriebsinterner Qualitätsanforderungen, wie sie sich u. a. aus den jeweiligen Leitbildern oder Bewohnerprofilen ergeben, stagniert (ebenda, S. 87).

Das ist nicht zuletzt auf das Fehlen allgemein akzeptierter Maßstäbe für Menschenwürde und Bewohnerorientierung in Pflegeheimen zurückzuführen, wie beispielsweise die Diskussionen über das Qualitätsniveau III „Aspekte persönlicher Lebensführung und Teilhabe bei Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf“ (Kruse & Schmitt 2006) der vom Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend als Modellvorhaben geförderten Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-QS) belegen. Auch die `Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen´ (BMFSFJ 2006), in der die Grundrechte im Hinblick auf die Situation von Pflegebedürftigen konkretisiert werden, ist umstritten. Sie erhebt den Anspruch, „grundlegende Rechte von ... Menschen, die der Unterstützung, Betreuung und Pflege bedürfen“, zusammenzufassen, um ihrer Menschenwürde Ausdruck zu verleihen (BMFSFJ 2005, Präambel). Sie wurde an dem gemeinsam von Bundesfamilien- und Bundesgesundheitsministerium ins Leben gerufenen `Runden Tisch Pflege´ erarbeitet und beschreibt in den Kommentierungen zu den einzelnen Artikeln z. T. recht konkret Ziele und Qualitätsmerkmale, die im Sinne einer menschenwürdigen Pflege anzustreben sind. Es gelang aber nicht, einen Konsens über die Verpflichtung zur Einhaltung der Charta zu erzielen. Die Debatten um eine verbindliche Einführung der Charta zeigen vielmehr, dass Qualität in der Pflege kein feststehendes Ziel ist, sondern einen andauernden Prozess beschreibt. Dabei handeln immer neue Generationen von alten, hilfe- und pflegebedürftigen Menschen mit immer neuen Generationen von Familienangehörigen und Pflegekräften unter jeweils veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Versorgungsmöglichkeiten und –standards aus. Entsprechend wirken neben (neuen) wissenschaftlich begründeten Qualitätsanforderungen und sich verändernden Altersbildern auch gesamtgesellschaftliche Verteilungskämpfe um Ressourcen an Zeit und Geld auf die Definition von Versorgungsqualität in Pflegeheimen (vgl. Kapitel 1). Die Defizite in der Altenpflege werden in diesem Kontext bislang aber kaum als menschenrechtliche Problemstellungen diskutiert (Aichele & Schneider 2006, S. 50), sondern weitgehend auf Fragen körperlicher Unversehrtheit reduziert. Demgegenüber gilt es die Rechte Pflegebedürftiger auf Individualität und Teilhabe zu formulieren und mit positiven Beispielen den Zweifeln hinsichtlich der Machbarkeit und der Fi-

finanzierungsmöglichkeiten zu begegnen. Die vorliegende Studie versteht sich daher als Beitrag zur Debatte über die Chancen und Möglichkeiten, dem anspruchsvollen Maßstab der Verwirklichung der Menschenrechte für pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und –bewohner gerecht zu werden.

Vor diesem Hintergrund nehmen die Fallstudien einzelne Untersuchungsbereiche in den Blick, die unter folgenden Überschriften zusammengefasst sind:

- Menschenwürde und Bewohnerorientierung
- Zusammenarbeit im Akteursmix von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen und Freiwilligen hinsichtlich Kooperation, Information, Beteiligung und Verantwortungsdelegation
- Anforderungen an die Verbesserung von Hilfeleistungen
- Möglichkeiten von Rehabilitation, Aktivierung und Förderung
- Besondere Belastungssituationen für Pflegekräfte, Bewohnerinnen und Bewohner.

In den nächsten Abschnitten werden auf Basis des aktuellen Forschungsstandes die jeweiligen Kriterien für gute Praxis in den einzelnen Untersuchungsbereichen erläutert, die bei der vorliegenden Studie als Maßstäbe zur Beurteilung der Qualität herangezogen wurden.

5.2.1 Menschenwürde und Bewohnerorientierung

Der Respekt vor der Würde jedes einzelnen Menschen ist Voraussetzung für das Zusammenleben in einer Gesellschaft, in der alle Menschen sich entwickeln und ihr Leben in dem sicheren Wissen gestalten können, nicht um ihre Integrität fürchten zu müssen. Der Begriff der Menschenwürde kann allerdings auch als wohlklingendes Schlagwort benutzt werden, das leicht einen (vordergründigen) Konsens ermöglicht. Dies geschieht zum Beispiel, wenn Menschenwürde und Selbstbestimmung mit Selbstverantwortung und Entscheidungsspielräumen gleichgesetzt werden, deren Vorhandensein allein schon ein eigenverantwortliches, würdiges Leben garantieren soll. Entscheidungsspielräume für sich genommen sagen jedoch noch nicht viel aus: So ist die Auswahl an Konsummöglichkeiten schier unbegrenzt, auch auf dem Pflegemarkt gibt es vielfältige Angebote. Selbst beim Arztbesuch gilt es heute, zwischen verschiedenen Soll- und Kannleistungen auszuwählen. Bei näherer Betrachtung zeigt sich allerdings, wie begrenzt diese Wahlmöglichkeiten für die meisten Menschen real sind: Den einen fehlt es an Geld, die meisten haben nicht das Wissen, um kompetent wählen zu können, andere können gar nicht mehr aus dem Haus, um all die Möglichkeiten zu nutzen. Zur Wahrung der Menschenwürde gehört also, erst einmal die Voraussetzungen für gleiche Chancen auf persönliche Entwicklung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu schaffen. „Das menschenrechtliche Diskriminierungsverbot macht positive Maßnahmen erforderlich, um zu erreichen, dass alle Menschen um der Menschenwürde willen in den Genuss der gleichberechtigten Freiheit kommen“ (Aichele/Schneider 2006, S. 51). Gerade für alte Menschen, die pflegebedürftig geworden

sind und ihren Alltag nicht mehr allein und selbständig bewältigen, stellt sich dieses Problem in verschärfter Weise. Die Abhängigkeit von der Hilfe anderer macht zusätzlich verletzlich, Entscheidungsspielräume zu verteidigen fällt dann schwerer. Allzu leicht werden aus alten pflegebedürftigen Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen wohnen, Bittsteller gemacht, die fürsorglich-paternalistisch versorgt werden, statt sie als Menschen mit individuellen Rechten und Wünschen zu behandeln, die es zu respektieren gilt. Diese Problematik reflektiert die `Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen´ (BMFSFJ 2006), die in der Präambel die besondere Verantwortung hervorhebt, die „Staat und Gesellschaft ... für den Schutz der Menschenrechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (tragen).“ Die Schaffung von Rahmenbedingungen für ein würdiges Leben ist daher gerade für stationäre Pflegeeinrichtungen eine praktische, theoretische und ethische Herausforderung, die es zu meistern gilt.

Eine bewohnerorientierte Pflege und Versorgung setzt die Kenntnis der Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner voraus. Um die Sicht der alten Frauen und Männer selbst auf die Qualität von Pflegeheimen kennen zu lernen, führten wir in Vorbereitung der geplanten Fallstudien zunächst einen eintägigen Workshop (Heusinger 2006) mit älteren Menschen durch, von denen einige im Heim lebten, andere dort Angehörige betreuten oder als Heimfürsprecherin oder in der Altenselbsthilfe Engagierte mit der Situation vertraut waren. Neben den zahllosen Details, für die uns dieser Workshop die Augen öffnete, ergab die Auswertung, dass die größte Angst und das größte Problem der Betroffenen beim Umzug ins Heim die Einschnitte in das soziale Netzwerk sind. Mit dem Verlust der sozialen Kontakte in Nachbarschaft, Freundeskreis usw. versiegt die Quelle für Austausch und Bestätigung und damit das Gefühl, für andere ein wertvoller Mensch zu sein. Besonders verletzend wird die Entwertung der eigenen Biografie, das Ignorieren der eigenen Lebensleistung empfunden.

Biografiearbeit und Förderung sozialer Beziehungen

Die Biografiearbeit als Ausdruck des Interesses am individuellen Menschen und die Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Pflege der sozialen Beziehungen „nach draußen“ wurden deshalb wichtige Kriterien für die Bewertung der Bewohnerorientierung. Dazu gehört auch die Schaffung von Nachbarschaftlichkeit im Heim durch die Förderung von neuen Kontakten zwischen den dort lebenden Menschen und durch das Angebot sinnstiftender Beschäftigungsmöglichkeiten (Jenull-Schiefer 2005), die an die biografisch geprägten Ressourcen und Interessen anknüpfen.

Kommunikation mit den Pflegebedürftigen

Im Heimalltag und in der Pflege selbst bedeutet Würde, die alten pflegebedürftigen Menschen als individuelle Menschen wahrzunehmen, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu achten und ihnen entsprechend zu begegnen. Das heißt, sie selbst Entscheidungen treffen zu lassen, ihnen die Kontrolle der eigenen Lebensumstände so weit wie möglich

zu überlassen und sie nicht zu entmündigen, sondern darin zu unterstützen, ihre Eigenständigkeit zu erhalten (Heinemann-Knoch, Korte, Heusinger, Klünder, Knoch 2005). Auch in der Betreuung von Menschen mit Demenz ist die Individualität zu achten, wobei die Anwendung personenzentrierter Ansätze und eine wertschätzende und würdigende Haltung hilfreich sind, weil der Krankheitsverlauf jeder Demenz, manchmal in jeder Stunde, an jedem Tag anders ist. Ob diesen Ansprüchen Rechnung getragen wird, zeigt sich besonders in der alltäglichen Kommunikation, im alltäglichen Umgang zwischen Pflegekräften, Bewohnerinnen und Bewohnern: Werden Wünsche z. B. respektiert oder gar erfragt statt ignoriert oder mit (sanftem) Druck übergangen? Ist die Ansprache wertschätzend und respektvoll?

Pflegekonzepte

Eine bewohnerorientierte Kommunikation und Pflege ist nicht (nur) eine Frage des guten Willens, sie bedarf entsprechender Rahmenbedingungen auf verschiedenen Ebenen. Dazu zählen neben baulicher und personeller Ausstattung und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch die Pflegekonzepte⁴⁹ und ihre Umsetzung, die weit reichende Folgen für die Beziehungen der Bewohnerinnen und Bewohner zu den Pflegekräften sowie für den Tagesablauf haben. Allgemein unterschieden werden die Funktions-⁵⁰, die Bereichs-⁵¹- und die Bezugspflege⁵² sowie die Hausgemeinschaftspflege⁵³, für die die (baulichen) Voraussetzungen in der Regel nur in den Pflegeheimen der vierten Generation (Winter, Gennrich, Haß 2002) erfüllt sind.

Eine funktionierende Bezugspflege ist in mehrerer Hinsicht eine entscheidende Voraussetzung für eine menschenwürdige Versorgung im o. g. Sinne, denn sie öffnet den Raum für eine alle Bereiche des Lebens im Heim berücksichtigende Pflegebeziehung:

-
- ⁴⁹ Ein knapper, aktueller Überblick über Pflegekonzepte findet sich z. B. bei Löser, Angela Paula (2004)
- ⁵⁰ Funktionspflege: Arbeitsaufteilung erfolgt nach verschiedenen Aufgaben, alle Pflegekräfte gehen nacheinander aufgabenorientiert (eine misst Blutdruck, eine bringt Essen, eine macht Betten...) zu allen zu Pflegenden. Personalsparend, aber wenig bewohnerorientiert, weil die Pflegenden nur zum Ausführen ihrer Tätigkeit ins Zimmer kommen und niemand sich für das Wohlergehen der einzelnen Pflegebedürftigen ganzheitlich verantwortlich fühlt. Das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse oder eine zeitlich flexible Gestaltung der Abläufe ist kaum möglich.
- ⁵¹ Bereichs- oder Zimmerpflege: Arbeitsaufteilung erfolgt nach Zimmern, Flurseiten o. ä. Die Zuordnung der Pflegekräfte zu der jeweiligen Bewohnergruppe erfolgt vor jedem Dienst und nicht unbedingt mit dem Ziel größtmöglicher Kontinuität. Sie orientiert sich eher daran, wie das Arbeitspensum effizient bewältigt werden kann oder welche verschiedenen qualifizierten Pflegekräfte gut und sinnvoll zusammenarbeiten. Die Bereichspflege ist in stationären Pflegeeinrichtungen am häufigsten anzutreffen.
- ⁵² Bezugspflege: Jede Bewohnerin und jeder Bewohner hat eine feste Bezugspflegekraft, die kontinuierlich und in jeder Hinsicht zuständig ist. Voraussetzung für Bezugspflege ist eine hohe Fachkompetenz der Bezugspflegekraft. Die Bezugspflege ist zwar in besonderem Maße bewohnerorientiert, aber personal- und kostenintensiver als die anderen Organisationsformen. Vom MDK wird seit Januar 2006 bei Qualitätskontrollen geprüft, ob jedem Bewohner und jeder Bewohnerin schriftlich eine Bezugspflegekraft zugeordnet ist (MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112,114 SGB X in der stationären Pflege vom 10.11.2005: 25). Für eine mit Leben gefüllte Bezugspflege gilt ein Verhältnis von sechs Pflegebedürftigen pro Pflegekraft als Richtwert.
- ⁵³ Hausgemeinschaftspflege: Gilt als Konzept der „alltagsnahen Normalität“, das sich am Leitbild „Familienleben“ orientiert. Die hauswirtschaftliche Versorgung garantiert eine sog. Präsenzkraft, die stets für die Bewohnerinnen und Bewohner da ist. Die erforderliche Pflege wird von Pflegefachkräften erbracht, die nicht ständig präsent sind, sondern ähnlich wie in der ambulanten Versorgung nach Bedarf und Absprache zu den einzelnen alten Menschen kommen.

Gemeinsam mit dem Bewohner oder der Bewohnerin macht die Bezugspflegekraft die individuelle Pflegeplanung. Sie kennt die Biografie, unterstützt die sozialen Beziehungen und ist Ansprechpartnerin für Angehörige und Bekannte. Sie fühlt sich zuständig für all die kleinen persönlichen Kümernisse, Freuden und Bedürfnisse. Wenn sie im Dienst ist, versorgt sie ihre Bewohnerin oder ihren Bewohner selbst, wenn nicht, achtet sie darauf, dass die Kolleginnen oder Kollegen alles wie verabredet erledigen. Eine ähnliche Beziehungsqualität verspricht die Hausgemeinschaftspflege. Die tatsächliche Umsetzung dieser beiden Pflegekonzepte war daher im Einzelnen zu untersuchen.

5.2.2 Zusammenarbeit im Akteursmix von Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern, Pflegebedürftigen, Angehörigen und Freiwilligen

In Pflegeheimen treffen unterschiedliche Menschen aufeinander, die verschiedene Rollen ausfüllen und deren Sichtweisen, Aufgaben und Erwartungen sich entsprechend unterscheiden. Dazu gehören neben den pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern deren Angehörige oder Betreuerinnen bzw. Betreuer⁵⁴, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie in etlichen Einrichtungen freiwillig Engagierte. Sie haben neben gemeinsamen auch unterschiedliche Interessen, Erwartungen und Ziele, ihr Informationsstand variiert stark, es gibt Abhängigkeiten und Hierarchien. Deshalb stellt sich die Frage, ob und wie die Zusammenarbeit zwischen diesen Akteurinnen und Akteuren funktioniert und wie sie optimal gestaltet werden kann, um insbesondere für die Pflegebedürftigen, aber auch für die anderen Beteiligten möglichst viel Lebensqualität zu sichern. Vor allem gilt es angesichts der überall knappen Ressourcen für die Pflege zu klären, inwieweit durch ein konstruktives Zusammenwirken der verschiedenen Akteurinnen und Akteure Synergieeffekte zu erzielen sind.

Voraussetzung für gelingende Kooperationen ist eine funktionierende Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Sie beruht auf transparenten Strukturen und klaren Zuständigkeiten, einem funktionierenden Informationsfluss, geregelten Konfliktlösungsmechanismen sowie einer Kommunikation „auf gleicher Augenhöhe“, die ein Aushandeln der unterschiedlichen Interessen mit dem Ziel einer optimalen Versorgung aller Bewohnerinnen und Bewohner ermöglicht⁵⁵. Die Kommunikationskultur ist daher auf allen Ebenen wichtig: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Hierarchieebenen und aus den verschiedenen Arbeitsbereichen einer Einrichtung müssen von der wohnbereichsinternen Übergabe bis zur Leitungssitzung untereinander zusammenarbeiten und die Bewohnerinnen und Bewohner ebenso wie Angehörige und freiwillig Engagierte von außerhalb konstruktiv einbeziehen. Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und Ehrenamtliche bringen dafür unterschiedliche Potentiale, Interessen und Bedürfnisse mit, die zu beachten sind (vgl. hierzu auch Kapitel 4: Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen).

⁵⁴ Die gerichtlich bestellten Betreuerinnen und Betreuer nach dem Betreuungsgesetz sind im Folgenden mit gemeint, wenn von den Angehörigen die Rede ist.

⁵⁵ Hilbig (2003) beschreibt ein gelungenes Beispiel für eine solche Diskussionskultur.

Angehörige

Die Angehörigen sind für die Bewohnerinnen und Bewohner ein Teil ihres Lebens vor dem Heim und eine wichtige Brücke zu ihrem gelebten Leben. Je nach Beziehung fühlen sie sich verantwortlich für das Wohlergehen ihres pflegebedürftigen Angehörigen und möchten diese Verantwortung auf unterschiedliche Weise leben. Eine gelingende Angehörigenarbeit (Daneke 2000) setzt voraus, diese Unterschiedlichkeiten differenziert wahrzunehmen und entsprechende Angebote zu machen.

Da die Bewohnerinnen und Bewohner häufig in einer Krisensituation in die Einrichtung umziehen, in der es ihnen besonders schwer fällt, sich mit bürokratischen Fragen auseinander zu setzen, treffen die Angehörigen stellvertretend viele Entscheidungen z. B. hinsichtlich der Heimauswahl. Auch später äußern Angehörige oft eher Kritik als die Betroffenen selbst. Sie gelten daher bei vielen Einrichtungsleitungen als die eigentlichen Kundinnen oder Kunden, mancherorts ist die Kommunikation mit ihnen „Chefsache“.

Im Heimalltag sind Angehörige aber nicht nur mehr oder weniger anwesend, sie bringen auch wichtige Ressourcen mit. Über ihre pflegebedürftigen Angehörigen wissen sie meist Vieles mitzuteilen, was für eine an individuellen Interessen und Gewohnheiten ausgerichtete Versorgung wichtig ist. Sie können Anregungen für die Pflegeplanung geben, an der sie sich wie auch an Pflegevisiten beteiligen können, wenn der Bewohner bzw. die Bewohnerin einverstanden sind. Einige möchten sich vielleicht (weiter) an der Pflege beteiligen, andere sorgen für Unterhaltung, machen Spaziergänge. Vielleicht haben einige sogar Ideen für Beschäftigungsangebote oder sind bereit, sich zusätzlich um andere Pflegebedürftige zu kümmern.

Um diese Möglichkeiten zur effektiven Einbindung von Angehörigen auszuschöpfen, müssen diese aber – trotz ihrer oft kritischen Haltung – wertgeschätzt und ermutigt werden (Schürer & Steves 2004). Dazu gehören eine entsprechende Begrüßung im Wohnbereich, feste Ansprechpartnerinnen oder -partner, klare Strukturen für Informationsfluss und Beschwerdemanagement sowie Angebote, die den Austausch zwischen verschiedenen Angehörigen und ihre Selbstorganisation fördern (Denzer 2001). Einige Angehörige wünschen sich kompetente Beratung und Anleitung bei der Beteiligung an Pflege und Versorgung sowie im Umgang mit Krankheit, Abschied und Tod.

Freiwillig Engagierte

In Zeiten knappen Pflegepersonals werden die Beteiligungsmöglichkeiten für freiwillig Engagierte bzw. Ehrenamtliche in Pflegeheimen viel diskutiert (vgl. Kapitel 4). Tatsächlich können sie durch ihren Einsatz vielen alten Menschen den Heimalltag verschönern. Die Tätigkeitsfelder dafür erstrecken sich von Hausmeistertätigkeiten z. B. im Garten, Fahrdienst, Einkaufsdienst, Empfang, Unterstützung bei Festlichkeiten, Gottesdiensten über bewohnerbezogene Angebote wie Beschäftigung, Spaziergänge, Ein-

zelbetreuung bis hin zu pflegerisch unterstützenden Tätigkeiten z. B. beim Essen reichen. Durch Außenaktivitäten (Kindergarten- und Kirchenbesuche o.ä.) tragen sie zur Integration außerhalb der Einrichtung bei.

Eine erfolgreiche und zufrieden stellende Zusammenarbeit zwischen Heim und freiwillig Engagierten lässt sich allerdings nicht allein durch freundliche Einladungen erreichen, vielmehr erfordert die Erschließung dieser Ressourcen einigen Einsatz (Daneke 2003). So sollte Freiwilligenarbeit im Pflegeheim auf einem Konzept beruhen. Ihre Qualität wird entscheidend davon geprägt, ob es feste Ansprechpartnerinnen oder –partner gibt, die möglichst weitgehend von anderen Aufgabenbereichen wie z. B. der Pflege freigestellt sind, damit sie sich der Anwerbung und Begleitung der Freiwilligen in der Einrichtung widmen können. Sie nehmen eine Vermittlerposition zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern, Pflegekräften und Freiwilligen ein und sind dafür da, in unklaren Situationen zu informieren und bei Konflikten zu vermitteln. Das alles geht kaum „nebenbei“ (Reller-Wiese 2002) und erfordert zudem eine entsprechende Qualifizierung.

Eine gute Freiwilligenarbeit ist auf genaue Aufgabenprofile für die Tätigkeiten der Ehrenamtlichen aufgebaut, die mit diesen gemeinsam entwickelt werden. Damit zeigt die Einrichtung ihr ernst gemeintes Interesse und die Bereitschaft, sich damit auseinanderzusetzen, in welchen Bereichen die Freiwilligen eingesetzt werden können und wo Grenzen gesehen werden. Die Darlegung von klaren Aufgabenprofilen gibt zudem Neuinteressierten Anhaltspunkte, wo sie sich engagieren könnten.

Die Pflege einer „Dankeschön-Kultur“ ist unablässig für die Qualität und Kontinuität der Freiwilligenarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen. Ehrenamtliche wollen gelobt werden, brauchen Anerkennung und Wertschätzung durch dankende Worte, kleine Geschenke. Sie möchten unterstützt, betreut und beraten, aber auch in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Möglichkeiten sich erkenntlich zu zeigen sind z. B. die Bezahlung einer Aufwandsentschädigung oder die Ausstellung eines Zeugnisses sowie das Angebot von Fortbildungen z. B. zu Krankheitsbildern, Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen etc.

Zu einem guten Konzept der Freiwilligenarbeit gehört schließlich die Werbung neuer Ehrenamtlicher. Positive Beispiele zeichnen sich dadurch aus, dass bereits aktive Freiwillige mit ihrer Begeisterung über die Arbeit anderen berichten und so weitere Interessentinnen und Interessenten gewonnen werden. Die Kontaktpflege zur Gemeinde, zu Vereinen und gesellschaftlichem Umfeld ist ein weiterer wichtiger Baustein der Werbung neuer ehrenamtlich Interessierter (Diakonie Gütersloh e. V. 2005, Kochanek 2004).

Heimbeirat

Ein weiterer Prüfstein für das Gelingen des Akteursmix ist die Heimbeiratsarbeit. Der Heimbeirat ist die zweijährlich zu wählende Vertretung der Bewohnerinnen und Be-

wohner, deren Rechte mit der neuen Heimmitwirkungsverordnung von 2002 insbesondere durch weitgehende Informationsrechte gestärkt wurden. Wenn aus dem Kreis der Pflegebedürftigen keine oder nicht genügend Kandidatinnen oder Kandidaten gefunden werden, können auch Angehörige oder Externe den Heimbeirat bilden.⁵⁶ Eine funktionierende demokratische Beteiligung der Betroffenen, wie sie gesetzlich intendiert ist, basiert auf gut informierten, physisch und psychisch dazu fähigen Bewohnerinnen und Bewohnern oder ersatzweise Angehörigen, die bereit sind, sich im Heimbeirat zu engagieren. Hinderlich für ein solches Engagement könnte sich die Angst vor möglichen Repressalien oder Nachteilen auswirken. Die Einflussmöglichkeiten eines Heimbeirates hängen daher in hohem Maße von der Kooperationsbereitschaft des Managements und ebenfalls vom Informationsfluss und einer Gesprächskultur auf gleicher Augenhöhe ab.

5.2.3 Anforderungen an die Verbesserung von Hilfeleistungen

Wenngleich es bei der Beurteilung der Pflegequalität im engeren Sinne noch in vieler Hinsicht an geeigneten Maßstäben mangelt, liegen doch, insbesondere durch die langjährige Arbeit des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege und vieler anderer pflegewissenschaftlich Forschender vorangetrieben, eine Reihe von geeigneten Standards vor⁵⁷, die anerkannte Qualitätskriterien für die Pflege liefern. Mit den nationalen Expertenstandards zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe sind evidenzbasierte, praxisorientierte Konzepte formuliert, die eindeutige Aussagen darüber erlauben, ob mit den entsprechenden Risiken professionell umgegangen wird. Sie dienen bei juristischen Auseinandersetzungen um Haftungsfragen als Richtschnur für korrektes Handeln der Heime, auch der MDK stützt sich bei seinen Qualitätsprüfungen auf die Standardvorgaben (Brüggemann 2006). Die Einführung und Umsetzung der Expertenstandards zur Dekubitus- und zur Sturzprophylaxe sind daher wichtige Bausteine guter Praxis in der Erbringung von Hilfe- und Pflegeleistungen. Zur Bewertung der Ernährungssituation von Heimbewohnerinnen und -bewohnern, die in der jüngeren Vergangenheit für viele Negativschlagzeilen sorgte, gibt es zwar noch keinen evidenzbasierten Expertenstandard, aber das Qualitätsniveau „Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“ der Bundeskonferenz Qualitätssicherung BUKO QS⁵⁸ (Bartholomeyczik, Bai, Schreier, Volkert 2006) und zahlreiche Empfehlungen⁵⁹ liefern Kriterien für eine optimale Ernährung.

⁵⁶ Zu den Einzelheiten der Heimmitwirkungsverordnung vgl. BMFSFJ (2003).

⁵⁷ Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (2004), Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004), Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege (2005), Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (2006), Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (2007).

⁵⁸ Die Bundeskonferenz für Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. führte gefördert durch das BMFSFJ (2003 – 2006) ein Modellvorhaben „Qualitätsentwicklung in der Pflege und Betreuung“ durch, bei dem u. a. das genannte Qualitätsniveau erarbeitet wurde, vgl. www.buko-qs.de, Zugriff am 3.7.2007.

⁵⁹ Mamerow (2002); Becker (2003); Kolb (2. Auflage 2004); Fillibeck (2005); Frankenberg & Heinekamp (2005); Hassel, Koke, Drechsel, Kunz, Rammelsberg (2005); Horschig (2006)

Im folgenden werden diese Empfehlungen zur Ernährung, die Expertenstandards Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie die Hinweise für eine gelingende Implementierung im Überblick vorgestellt, um zu verdeutlichen, woran in der vorliegenden Untersuchung gute Praxis bei diesen Hilfe- und Pflegeleistungen beurteilt wurde.

Ernährung

Das Essen ist einer der Dreh- und Angelpunkte im Pflegeheimalltag. Die Mahlzeiten geben dem Tag Struktur, sind soziale Ereignisse, Quelle von sinnlichem Genuss (oder eben gerade nicht) und liefern Gesprächsstoff, praktische Beteiligungsmöglichkeiten, Wahlmöglichkeiten. Ohne gesunde, abwechslungsreiche Ernährung sowie ausreichendes Trinken fehlt allen Bemühungen um Rehabilitation und Aktivierung die Basis. Und nicht zuletzt berühren Fragen der Ernährung ethische Konflikte, wenn es um Nahrungsverweigerung, Selbstbestimmung, Zwangsernährung oder das Legen von Ernährungs sonden geht. Die Essenszeiten bedeuten Spitzenbelastungen für die Pflegekräfte, die dann alle Bewohnerinnen und Bewohner gleichzeitig individuell und liebevoll unterstützen sollen. Beim Essen-Anreichen entsteht neben der Körperpflege die größte Intimität zwischen Pflegenden und Gepflegten, so dass diese Situation zugleich eine sich mehrmals täglich wiederholende Probe für die Bewohnerorientierung und die Pflegebeziehung ist.

Um möglichst all diese Wirkungen der Ernährung in positiver Weise zum Tragen kommen zu lassen, gibt es die o. g. Qualitätsindikatoren und Empfehlungen zur Gestaltung der Rahmenbedingungen, die wir für die Untersuchung herangezogen haben. Demzufolge heißt gute Praxis im Hinblick auf Ernährung:

- Eine Organisation des Mahlzeitenangebotes, die unmittelbar beim Essen oder möglichst zeitnah Wahlmöglichkeiten bietet, zu lange Zeiten zwischen Abendbrot/Spätmahlzeit und Frühstück vermeidet, ergänzend außerhalb der Mahlzeiten Getränke und Essen anbietet,
- Flexibilität im Hinblick auf individuelle Bedürfnisse z. B. demenziell erkrankter Menschen oder besonderer Ernährungsgewohnheiten,
- unterschiedliche Beteiligungsmöglichkeiten für die Bewohnerinnen und Bewohner bei der Festlegung des Speiseplans sowie bei der Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiten,
- eine Esskultur, die die sozialen und genussreichen Seiten der Mahlzeiten betont,
- eine Arbeitsorganisation, die genügend Zeit für Anreichen von Essen lässt,
- eine kontinuierliche und dokumentierte Beobachtung des Ernährungszustandes,
- eine umfassende, die betroffenen Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen einbeziehende Ursachenforschung und entsprechende Maßnahmeplanung bei Ernährungsmängeln oder Nahrungsverweigerung,
- eine funktionierende Kommunikation zwischen allen Beteiligten über Besonderheiten bei der Ernährung einzelner Bewohnerinnen und Bewohner.

Dekubitusprophylaxe

Eine erfolgreiche Dekubitusprophylaxe gehört zu den ältesten Kriterien für gute Pflege. Ein Dekubitus ist von sehr wenigen Ausnahmen z. B. bei der Abwägung zwischen lagerungsbedingten Schmerzen und Dekubitusrisiko im Rahmen der Pflege Sterbender immer ein Zeichen von schlechter Pflege. Dennoch fasst der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe aus dem Jahr 2002 (DNQP 2004) das relevante Wissen um Dekubitusentstehung und die geeigneten Maßnahmen zur Vorbeugung erstmals so zusammen, dass richtig und falsch in der Dekubitusprophylaxe nunmehr feststehen und mit vielen, sich im Pflegealltag zäh haltenden Mythen aufgeräumt wird.

Der Standard beschreibt jeweils auf den Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität konkrete Anforderungen im Hinblick auf

- Risikoeinschätzung,
- Lagerung und Transfer,
- Hilfsmittel,
- weitere effektive prophylaktische Maßnahmen,
- eine funktionierende Kommunikation zwischen allen an der Dekubitusprophylaxe Beteiligten einschließlich der Betroffenen und Angehörigen,
- die Beurteilung der Effizienz und ggf. Anpassung der ergriffenen Maßnahmen.

Es ist davon auszugehen, dass alle Einrichtungen im Rahmen ihres Qualitätsmanagements Ablaufschemata und Richtlinien zum Umgang mit Dekubitus haben. Unabhängig davon, wie sehr diese im Geiste oder Wortlaut dem nationalen Expertenstandard entsprechen, war vor allem zu prüfen, inwiefern sie in der beobachteten Praxis dem Standard entsprechen. Außerdem war in den Dokumentationen nachzuvollziehen, ob die einzelnen Ebenen angemessen berücksichtigt sind. Eine qualitätsgesicherte Dekubitusprophylaxe und –therapie wurde danach bewertet,

- ob bei gefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern das Dekubitusrisiko regelmäßig eingeschätzt und dokumentiert wird und in diese Einschätzung in sinnvollen Intervallen und bei Veränderungen wiederholt wird,
- ob gefährdete Pflegebedürftige und ihre Angehörigen über Risiken und geeignete Gegenmaßnahmen aufgeklärt sind und dazu angeleitet werden, selbst etwas zu unternehmen,
- welche Lagerungshilfsmittel im Wohnbereich und der Einrichtung vorhanden sind und eingesetzt werden und wie und vor allem wie schnell ggf. z. B. eine teure, aber recht wirksame großzellige Dekubitusmatratze beschafft werden kann und
- ob bei bestehendem Dekubitus eine aktuelle Wunddokumentation vorliegt und ein Arzt in die Wund- und Schmerzbehandlung einbezogen wurde.
- Außerdem haben wir darauf geachtet, ob der Informationsfluss im Team über den vereinbarten Umgang mit dem Dekubitusrisiko bei den einzelnen Pflegebedürftigen funktioniert, also alle an einem Strang ziehen.

Sturzprophylaxe

Der Expertenstandard Sturzprophylaxe (DNQP 2006) ist erst 2005 erschienen, nach seiner probeweisen Implementierung endgültig verabschiedet wurde er im Februar 2006. Daher hatten zum Untersuchungszeitpunkt erst wenige Einrichtungen mit seiner Implementierung begonnen. Stürze kommen aber seit jeher in allen stationären Pflegeeinrichtungen vor (Fillibeck 2005). Die Angst vor Stürzen und ein unprofessioneller Umgang mit Sturzrisiken können die Lebensqualität der Menschen, die in den Einrichtungen leben, empfindlich beeinträchtigen. Unabhängig von der Einführung des Standards, der den aktuellen Maßstab für die Professionalität pflegerischen Handelns in diesem Problemfeld beschreibt, ist es daher notwendig, die Umgangsweisen mit Sturz(-risiken) in den Einrichtungen zu beobachten. Sie bewegen sich in einem Spannungsfeld von Haftungsrisiken durch Regressforderungen von Krankenkassen und den Selbstbestimmungs- und Bewegungsbedürfnissen der betroffenen Menschen. Die wesentliche Neuerung durch den Expertenstandard Sturzprophylaxe ist ein Paradigmenwechsel weg von Laisser-faire (also der Haltung, dass Stürze eine geradezu unvermeidliches Ereignis bei alten Menschen seien und deshalb nicht allzu intensiver Gegenmaßnahmen bedürften) und weg von den noch immer verbreiteten Bewegungseinschränkungen durch Bettgitter und andere Fixierungen (Schäufele, Hendlmeier, Teufel, Weyerer 2006) hin zu Kraft- und Bewegungstraining und einer systematischen Einschätzung von und ggf. Intervention bei Sturzrisiken in enger Kooperation mit Betroffenen und Angehörigen. Zur systematischen Einschätzung des Sturzrisikos gibt es allerdings noch kein valides Assessmentinstrument (DNQP 2006, S. 70), das annähernd zuverlässig die Wahrscheinlichkeit von Stürzen abbilden würde. Letztlich dürften fast alle Bewohnerinnen und Bewohner mehr oder weniger stark sturzgefährdet sein. Die vorhandenen Assessmentinstrumente lenken den Blick aber auf Risikofaktoren, die durch entsprechende individuelle Maßnahmen beeinflusst werden können. Von daher entspricht es guter Praxis, regelmäßig bzw. bei Veränderungen Risikoeinschätzungen vorzunehmen und jeweils gemeinsam mit den Betroffenen individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe zu planen und durchzuführen. Diese Schritte sollten im Pflegealltag beobachtbar und in der Dokumentation nachvollziehbar sein. Um die Sturzhäufigkeit bei Einzelnen sowie in einer Einrichtung insgesamt zu senken wird weiterhin eine sorgfältige nachträgliche Dokumentation und Analyse von Stürzen empfohlen. Sie kann unerkannte Risikofaktoren sichtbar machen, denen dann wiederum begegnet werden kann. Je nach Ergebnis der Sturzrisikoanalyse haben sich beispielsweise folgende Maßnahmen als sinnvoll erwiesen:

- Kraft- und Balancetraining für Bewohnerinnen und Bewohner führen zu signifikant weniger Stürzen und mindern deren Folgen,
- eine sichere Umgebung (Licht, Stolperfallen, Haltegriffe, Türöffner...),
- die Überprüfung der Medikation hinsichtlich sturzförderlicher Nebenwirkungen,
- gut angepasste Hilfsmittel, z. B. Brillen, Gehhilfen,
- Hüftprotektoren,
- gut sitzende Kleidung und Schuhe reduzieren Sturzrisiken.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Prophylaxe sind das Einverständnis und die Mitarbeit der Bewohnerinnen und Bewohner, die deshalb stets aktiv einzubeziehen sind. Oft sind gerade bei der Sturzvermeidung Kreativität und Flexibilität gefragt, z. B. ließen sich Stürze aus dem Bett oft vermeiden, wenn die Betten wenigstens mit einer Seite an der Wand stehen oder zum Schlafen sehr weit nach unten gestellt werden, wenn nachts die Beleuchtung gut ein und aus zu schalten ist, die Klingel immer gut erreichbar ist – und es natürlich gerade nachts nicht zu lange dauert, bis eine Pflegekraft kommt.

Implementierung

Große Schwierigkeiten treten immer wieder beim Transfer neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und der Einführung von Standards in die Praxis auf. Im Hinblick auf die Expertenstandards und andere hausinterne Richtlinien in den Qualitätshandbüchern ist daher zu untersuchen, wie die Implementierung erfolgt bzw. erfolgt ist. Kriterien für gute Praxis (Sowinski 2005) liefern u. a. die Vorschläge des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2004). Als Voraussetzungen für eine nachhaltige und wirksame praktische Umsetzung sind dort benannt:

- Die uneingeschränkte und unmissverständliche Unterstützung der Implementierung durch die Führungsebene, die sich z. B. in der Festlegung eines verbindlichen Einführungstermins oder im schlichten Verbot der Anwendung veralteter Dekubitusprophylaxemethoden ausdrücken kann,
- Bildung einer Arbeitsgruppe möglichst in jedem Wohnbereich,
- umfassende Fortbildungen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – es reicht nicht, wenn alle z. B. ein entsprechendes Infoblatt unterschreiben,
- Ernennung von Spezialistinnen oder Spezialisten, z. B. Dekubitusbeauftragten, die alle Fragen rund um die neue Qualitätsrichtlinie im Auge behalten und für das Thema stets ansprechbar sind.

5.2.4 Möglichkeiten von Rehabilitation, Aktivierung und Förderung

Pflegebedürftigkeit ist keine Endstation, es ist vielfach belegt (vgl. zusfsd. BMFSFJ 2001, S. 92ff), wie wirkungsvoll Rehabilitation, Aktivierung und Förderung auch im Alter sind, um vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten zu bewahren oder verloren gegangene wieder zu erlangen. Zugleich gilt die Weisheit „Wer rastet, der rostet“ im Alter ganz besonders. Kontinuierliche, zielgerichtete und intensive Rehabilitationsbemühungen sind daher nicht nur für die körperliche Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen wichtig, sie ermutigen sie auch dazu, Zukunftspläne zu schmieden und sich nicht aufzugeben. Obwohl das System der Pflegeversicherung dem Rehabilitationsziel insofern widerspricht, als es Verbesserungen des Zustandes mit geringeren Leistungen „bestraft“, muss sich die Pflege- und Versorgungsqualität der Einrichtungen an diesem Maßstab messen lassen. Neben den vielen Aktivierungs- und Trainingsmöglichkeiten bei der Körperpflege, Alltagsgestaltung und Angeboten

erfordert eine individuelle, zielgerichtete Rehabilitation im engeren Sinne auch logopädische, physio- und ergotherapeutische Anwendungen, die in der Regel nur auf ärztliche Verordnung erfolgen und eine entsprechend gute Kooperation mit (Fach)Ärzten voraussetzen.

Um zu gewährleisten, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend ihrer Bedürfnisse und Möglichkeiten gefördert werden, müssen ihre Risiken, Defizite und Ressourcen analysiert und mit ihnen gemeinsam geeignete Förderungsmöglichkeiten gefunden werden. Dies geschieht mit Hilfe der systematischen Pflegeplanung, die für alle Pflegebedürftigen individuell erfolgt und in der Pflegedokumentation schriftlich fixiert ist. Hier werden auf Basis der festgestellten Bedarfe, Wünsche und Probleme Pflegeziele formuliert sowie geeignete Maßnahmen zu ihrer Erreichung festgelegt. Dazu gehört auch die Pflege sozialer Beziehungen zu Menschen innerhalb und außerhalb der Einrichtung. Gezielte Rehabilitations- und Aktivierungsmaßnahmen, deren Wirksamkeit im Pflegeprozess reflektiert wird, sind daher in der Pflegedokumentation nachzuvollziehen.

Aktivierungsmöglichkeiten im Alltag

Ein aktivierender und auf Rehabilitation ausgerichteter Heimalltag beginnt mit der Förderung von Selbständigkeit bei der Körperpflege, nötigenfalls mit geeigneten Hilfsmitteln. Körperliches Training kann außerdem in Gruppen im Rahmen von Beschäftigungsangeboten wie Spazieren gehen, (Sitz-) Gymnastik oder beim Kraft- und Balancestraining im Zuge der Sturzprophylaxe angeboten werden⁶⁰. Nicht unbedingt notwendig, aber hilfreich für diese sportlichen Betätigungen sind geeignete Räumlichkeiten und Geräte innerhalb der Einrichtung. Weiterhin bietet der Alltag viele Gelegenheiten für Übungen wie Stehen und Gehen, zum Beispiel beim Wechsel vom Rollstuhl in den Sessel, auf den Stuhl oder ins Bett oder für Beweglichkeitstraining bei der Körperpflege und beim Ankleiden. Dies erfordert eine entsprechende Organisation der Arbeitsabläufe sowie Qualifizierungen der Pflegekräfte z. B. zur Förderung von Mikrobewegungen, zum Gleichgewichtstraining oder über 5-Minuten-Aktivierungen. Schließlich lassen sich auch Haushaltstätigkeiten gut mit Aktivierung und körperlicher Rehabilitation verbinden. Tischdecken, Gartenarbeiten, Servietten falten, Wäsche aufhängen usw. können psychisch befriedigen, weil sie nützlich sind, soziale Integration fördern, wenn sie zusammen mit anderen erledigt werden und körperliche Fähigkeiten bewahren und ausbauen helfen. Gute Praxis im Hinblick auf eine entsprechende Förderung ist im Heimalltag daher unübersehbar.

5.2.5 Besondere Belastungssituationen für Pflegekräfte, Bewohnerinnen und Bewohner

Die Arbeit in der Altenpflege gilt als schwer und belastend (Weidner, Isfort, Messner, Zinn 2003), viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, besonders auch Fachkräfte,

⁶⁰ Viele Anregungen in Winkler, Regelin, Brach, Mommert-Jauch, Rott, Haack (2005).

wechseln in andere Berufe (Hasselhorn, Müller, Tackenberg, Kümmerling, Simon 2005), der Krankenstand ist vergleichsweise hoch⁶¹. Kranke und unzufriedene Pflegekräfte können auf Dauer keine hervorragenden Pflegeleistungen erbringen. Zu fragen ist daher, welche Aspekte der Arbeit zu hohen Belastungen führen, welche Entlastungsmöglichkeiten die Einrichtungen ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bieten und unter welchen Bedingungen eine gute Pflege und Versorgung der Pflegebedürftigen zugleich entlastend für die Pflegenden ist.

Pflegekonzepte und Arbeitsorganisation

Die Ansprüche an die professionell Pflegenden sind sehr hoch: Sie sollen immer freundlich, respektvoll, aktivierend, ermutigend, teilnehmend und nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen perfekt pflegen und sich dabei jederzeit nach den (wechselnden) Wünschen der Gruppe von Pflegebedürftigen richten, für die sie während eines Dienstes jeweils zuständig sind. Abgesehen von den Unterschieden in den einzelnen Einrichtungen, die von den ausgehandelten Pflegesätzen und der Zahl der tatsächlich eingestellten Pflegekräfte abhängen, differieren auch die Personalanhaltszahlen der Bundesländer: Der MDK geht davon aus, dass eine Vollzeitpflegekraft im Mittel 3,16 Pflegebedürftige versorgen kann, die Landesbehörden trauen ihr im Mittel bereits 3,88 Pflegebedürftige zu. In Mecklenburg-Vorpommern soll sie 5,5 Pflegebedürftige versorgen, während die hessischen Pflegebedürftigen sich zu 2,71 Menschen eine Pflegekraft teilen, die bayerischen mit 3,1 (alle Angaben zitiert nach Probsthayn 2005, S. 12).

Hier jeweils praktikable Wege einer Arbeitsorganisation zu finden, die Pflegenden und Gepflegte gleichermaßen befriedigt, ist eine schwierige Aufgabe. Zu erwarten sind deshalb einerseits körperliche Belastungen der Pflegekräfte durch Heben, Halten, Drehen usw., andererseits psychische durch die Konfrontation mit Krankheit, Endlichkeit und Tod. Psychisch belastend können zudem die häufige Erfahrung, den (auch selbstgestellten) Anforderungen nicht genügen zu können sowie Probleme im Team und mit seinen Hierarchien wirken (Michaelis 2005). Diese Hierarchien beruhen nicht nur auf Unterschieden in der formalen Qualifikation oder beruflichen Position, denkbar sind auch Konflikte in multikulturell zusammengesetzten Teams, aufgrund unterschiedlicher persönlicher Kompetenzen und Haltungen gegenüber den zu Pflegenden oder wegen der Geschlechterzusammensetzung.

Geschlechterfragen im Heimalltag

Die Altenpflege ist ein Arbeitsfeld, das weiblichen Zuschreibungen, wie Fürsorge, Pflege, Empathie entspricht. Als Mann in der Altenpflege zu arbeiten, ist für die meisten

⁶¹ „Die Fehlzeiten wegen Krankheit in der Altenpflege sind fast 20 Prozent höher als im Bevölkerungsmittel“, sagte Prof. Dr. Stephan Brandenburg, Mitglied der Geschäftsführung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in einer Pressemeldung vom 6.2.2007, www.bgw-online.de

Männer immer noch kaum vorstellbar (Bartjes & Hammer 2006), in der Altenpflege tätige Männer sind mit einer permanenten Kränkung ihrer männlichen Identität konfrontiert, da die Altenpflege als weiblicher Arbeitsbereich gilt. Als Ausweg versuchen Männer ihre gefährdete Identität typischerweise dadurch zu stabilisieren, dass sie Strategien der Spezialisierung und Distanzierung wählen und männlich assoziierte Nischen aufsuchen, wie z. B. Leitungsfunktionen, Jobs in der Pflegeverwaltung oder technisch geprägte Aufgaben (Bartjes & Hammer 2005). Damit sind männliche Mitarbeiter häufiger in höheren Positionen anzutreffen. Männer wahren einen größeren inneren Abstand und setzen Belastungsgrenzen früher, während Frauen eher zum Burn-out neigen (Hasselhorn, Müller, Tackenberg, Kümmerling, Simon 2005, S. 59), da sie sich häufiger überlasten. Solche Auswirkungen von Geschlechterdifferenzen gilt es nicht nur im Hinblick auf die Pflegekräfte, sondern auch bei den Bewohnerinnen und Bewohnern wahrzunehmen.

Die Rolle der Geschlechter verändert sich allerdings mit dem sozialen Wandel und spielt in der Generation der heute Hochaltrigen eine andere Rolle als in der der Pflegenden. Welche Bedeutung einer geschlechtsspezifischen Betreuung und Pflege zukommt, ist für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner bisher kaum erforscht (Backes 2005). Ein Rechtsgutachten kommt zu dem Ergebnis, dass pflegebedürftige Frauen ein Recht auf gleichgeschlechtliche Pflegekräfte haben, wenn sie dies wünschen, selbst wenn dadurch Mehrkosten entstehen (Igl & Dünnes 2002). Behinderte Frauen, die in der häuslichen Pflege von Pflegeassistenten gepflegt wurden, wurden nach der Zufriedenheit der pflegerischen Versorgung in Bezug auf Männer und Frauen befragt (Hermes 2002). Manche Frauen äußerten, dass es sich schwierig gestalten würde ein gutes Verhältnis zu einem männlichen Assistenten aufzubauen, da sie sich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unsicher fühlten und Hemmungen hätten ihre Wünsche zu äußern. Ca. 50% der Befragten lehnten die pflegerische Unterstützung durch männliche Kräfte ab. Sie waren mit der Qualität der Arbeit nicht zufrieden und empfanden die Körperpflege als unangenehmen Eingriff in die Intimsphäre. Ängste gegenüber sexuellen Übergriffen wurden ebenfalls genannt. Frauen hätten ein größeres Einfühlungsvermögen, zu ihnen könnte besser ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Die wenigen Frauen, die bevorzugt von Männern gepflegt werden wollten, gaben als Grund die stärkere Körperkraft bei Verrichtungen in der Pflege an. Diese Untersuchungsergebnisse lassen erwarten, dass sich auch die meisten weiblichen Pflegeheimbewohnerinnen zumindest bei der Körperpflege lieber von weiblichen Mitarbeiterinnen versorgen lassen. Hinzu kommt bei denjenigen Heimbewohnerinnen, die sexuelle Übergriffe oder Vergewaltigungen erlitten haben, die Gefahr der Retraumatisierung bei der (Körper-) Pflege im Heim (Helck 2004, Böhmer 2004), denn sexualisierte Gewalt gegen Frauen ist ein Thema, das in der Altenpflege bislang wenig Berücksichtigung findet (Böhmer 2005, S. 17). Der Sensibilität für diese Themen und dem Umgang mit dieser Problematik muss daher im Rahmen der Untersuchung der Versorgungsqualität Rechnung getragen werden.

Da in der Mehrzahl Frauen in Altenheimen leben und arbeiten, ist die „Lebens- und Arbeitswelt Heim“ stark weiblich geprägt. Hieraus ergeben sich spezifische Anforderungen an das Gendermainstreaming, das nicht nur das Ziel der gleichen Behandlung,

sondern auch die Schaffung von gerechten Bedingungen für Frauen und Männer verfolgt und deshalb die speziellen „Genderkonstellationen“ in den Beziehungen zwischen Pflegenden und Gepflegten und innerhalb dieser Gruppen in Pflegeheimen berücksichtigen muss. Beispielsweise ist davon auszugehen, dass Angebote zur Alltagsgestaltung stark auf die Interessen der mehrheitlich weiblichen Heimbewohnerinnen zugeschnitten sind (Kreativtechniken, hauswirtschaftliche Tätigkeiten usw.). Hier kommen die Bedürfnisse der männlichen Bewohner möglicherweise zu kurz, was dazu führen könnte, dass sie an den Angeboten gar nicht mehr teilnehmen. Eine Gleichstellung im Sinne von Gleichberechtigung für die männlichen Heimbewohner könnte dann hergestellt werden, indem männerspezifische Freizeitgestaltungen eingerichtet werden (z.B. Karten spielen, Männergesprächsrunden, etc.). Hierdurch erhalten männliche Heimbewohner auch Gelegenheit „unter sich“ zu sein.

Da die Vorstellungen von Geschlechterrollen u. a. milieu- und generationenspezifisch geprägt sind, ist das Selbstbild hochaltriger Männer stark bestimmt durch ihr Erleben der Jugendbewegung, der Nazizeit und ihrer Kriegs-Sozialisation, in der die Männer zu Eigenschaften wie Stärke, Schweigsamkeit, Loyalität in der Truppe erzogen wurden (Fookon 1986). Das Alter an sich bedeutet für viele Männer eine Einbuße bei den wichtigsten Männlichkeitsidealen wie Kraft, Ausdauer, Fitness, Potenz. So betrachtet werden das Alter und der alte Mann zum Inbegriff der Unmännlichkeit, Pflegebedürftigkeit erschüttert die männliche Identität. Gleichaltrige Frauen, die meist ihr Leben lang für andere gearbeitet haben, haben vielleicht mehr mit Gefühlen der Nutz- und Wertlosigkeit zukämpfen, weil sie nun Hilfe annehmen müssen statt sie anderen zu geben. Eine geschlechtersensible Pflege sollte solche Krisen erkennen und in Gesprächen und Angeboten mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den geschlechtsspezifischen Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner Raum geben.

5.3 Untersuchungskonzept und methodische Umsetzung

5.3.1 Auswahl der Häuser für die Fallstudien

Die Auswahl der acht stationären Pflegeeinrichtungen, in denen die Fallstudien durchgeführt wurden, erfolgte mit Hilfe der in der Repräsentativauswertung gewonnenen Daten. Berücksichtigt wurden Heime, die von unterschiedlichen Trägern mit regional üblichen Pflegesätzen und „normaler“ Personalausstattung betrieben werden, damit nicht Verzerrungen durch unterschiedliche finanzielle und personelle Ressourcen entstehen. Ausgewählt wurden größere und kleinere Einrichtungen, darunter zwei der vierten Generation, die in Hausgemeinschaften organisiert sind, um die Einflüsse von Größe und Struktur auf die Qualität berücksichtigen zu können. Hinweise auf gute Praxis, die dann zur engeren Auswahl der Einrichtungen führten, lieferten ausgewählte Indikatoren (Bezugspflege, Beschäftigungsangebote, Konzepte für Angehörigen- und Ehrenamtsarbeit, Heimbeirat) aus der Repräsentativerhebung. Ergänzend wurde in den telefonischen Vorgesprächen mit den Heim- oder Pflegedienstleitungen der Stand der Einführung der Expertenstandards erfragt. Es hat sich gezeigt, dass die Auswahl guter Praxisbeispiele anhand der aus der Repräsentativerhebung vorliegenden Daten

nicht ganz einfach war, denn Menschenwürde und Bewohnerorientierung bedürfen zwar bestimmter Rahmenbedingungen und Strukturen, die sich durchaus auch repräsentativ erheben lassen, werden aber vor allem im zwischenmenschlichen Bereich, der in diesen Strukturen gelebt wird, realisiert – oder auch nicht.

5.3.2 Untersuchungsmethoden

Im vorangegangenen Kapitel wurden Fragestellungen und Kriterien zur Bewertung der Qualität von Pflege und Versorgung in verschiedenen Bereichen entwickelt. Um ihnen in der Untersuchung gerecht zu werden, war eine Kombination unterschiedlicher, sich ergänzender qualitativer Methoden erforderlich, deren Einsatz zudem eine gegenseitige Überprüfung der Ergebnisse erlaubten. Die Schwierigkeit bei der Entwicklung eines geeigneten Untersuchungsdesigns lag darin, nicht nur den äußeren Anschein, wie die Sauberkeit, die Dienstpläne und Gewichtstabellen wahrzunehmen, sondern darüber hinaus die emotionalen und sozialen Seiten des Alltags im Heim zu erfassen. Die erforderliche Datensammlung erfolgte deshalb in einem qualitativen Methodenmix, der im Folgenden kurz skizziert wird. Alle Instrumente wurden einem vorgeschalteten Pretest in einer Einrichtung unterzogen, die nicht zu den ausgewählten Häusern gehörte.

Hauseindruck

Bei einer Begehung der untersuchten Einrichtungen wurden vielfältige Details zur Lage der Einrichtung im Ort und zu ihrer Umgebung, zur Inneneinrichtung, der Aufteilung der Wohn- und Funktionsbereiche, zu Gerüchen und Geräuschen, Beleuchtung, Sicherheit, Barrierefreiheit usw. erhoben und in einer Checkliste zum Hauseindruck dokumentiert. Diese Checkliste gibt weiterhin Auskunft über Räume und Angebote für Beschäftigung und sportliche Betätigung, Unterstützungsangebote zum Verlassen des Hauses, Haustiere, Garten und Balkone sowie die Informationsangebote für Bewohnerinnen, Bewohner und Gäste. Mit dem Hauseindruck werden vor allem die räumlichen und sächlichen Rahmenbedingungen für gute Versorgung und Teilhabe am sozialen Leben auch außerhalb der Einrichtung erfasst.

Interviews

Bei allen Fallstudien sprachen wir zur (organisatorischen) Vorbereitung zunächst telefonisch mit den Heimleitungen. Zu Beginn der Erhebung vor Ort führten wir leitfadengestützte Interviews mit diesen oder den jeweiligen Pflegedienstleitungen durch, die mit deren Einverständnis aufgezeichnet und themenzentriert ausgewertet wurden.

Diese Interviews zielten nicht nur darauf, eine Vielzahl von Informationen über die Einrichtung und den Stand des Qualitätsmanagements zu erhalten, sondern auch den Führungsstil und die subjektive Einschätzung von Stärken und Schwierigkeiten der

Einrichtung zu bekommen. Weitere Frageschwerpunkte lagen auf der Auswahl und Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der Einschätzung ihrer Belastung, der Arbeitsorganisation sowie der Zusammenarbeit mit Angehörigen, freiwillig Engagierten und dem Heimbeirat.

Den interviewten Führungskräften oblag schließlich die Auswahl des Wohnbereiches, in dem die teilnehmenden Beobachtungen durchgeführt werden sollten. Als Auswahlkriterium hatten wir lediglich angegeben, dass wir gerne den ihrer Ansicht nach besten Wohnbereich kennen lernen würden, der nicht auf bestimmte Bewohnergruppen spezialisiert sei.

In dem ausgewählten Wohnbereich führten wir ebenfalls anhand eines Leitfadens jeweils ein Interview mit der Wohnbereichsleitung, um den Wohnbereich, seine alltäglichen Abläufe und Besonderheiten kennen zu lernen. Neben diversen Fakten gaben uns diese Interviews Hinweise über die Beziehungen zu Angehörigen und Ehrenamtlichen sowie die der Pflegebedürftigen untereinander. Ergänzend erfragten wir Erfahrungen und Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung der Expertenstandards und der Sicherung einer guten Ernährung im Pflegealltag.

In allen Einrichtungen führten wir weitere leitfadengestützte Interviews mit einem Bewohner oder einer BewohnerIn, der bzw. die Mitglied des Heimbeirates war. Bei diesen Gesprächen ging es darum, Motivation und Barrieren für ein solches Engagement in Erfahrung zu bringen, die jeweils tatsächlich gelebte Praxis der Heimbeiratsarbeit kennen zu lernen und Möglichkeiten für einen gelingenden Informationsfluss zwischen Heimleitung und Heimbeirat einerseits, dem Heimbeirat und den Bewohnerinnen und Bewohnern andererseits kennen zu lernen.

Während der Erhebungen vor Ort ergaben sich schließlich noch etliche Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Hauswirtschaft, Sozialdienst und Ergotherapie sowie mit Angehörigen und Ehrenamtlichen und deren (z. T. gewählten) Sprecherinnen oder Sprechern, denen wir wichtige Erkenntnisse verdanken.

Teilnehmende Beobachtungen

Mit den bis hierher beschriebenen Methoden konnten wir viele interessante Fakten sammeln. Wie das Leben im Heim aus Sicht der vielen und verschiedenen dort wohnenden Menschen aussieht, ließ sich so jedoch noch nicht erheben. Mit den aus vorhergehenden Untersuchungen⁶² bewährten teilnehmenden Beobachtungen in Pflege- und Alltagssituationen wurden diese Fragen untersucht.

⁶² Belastungskonfigurationen und Empfehlung zur Weiterentwicklung der Hilfen. Ergebnisse von Fallstudien im Projekt Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen – MuG II (Untersuchung des IGF e.V. gefördert vom BMFSFJ 1994-1998); Bewohnerorientierte Qualifizierung von MitarbeiterInnen der Altenpflege. Schulung der kommunikativen Kompetenz und Evaluierung ihres Erfolgs (Untersuchung von Heinemann & Partnerinnen gefördert vom BMFSFJ 1999 - 2001)

Die teilnehmenden Beobachtungen erfolgten in der Regel über drei aufeinanderfolgende Tage in einem ausgewählten Wohnbereich durch jeweils zwei Mitarbeiterinnen des IGF⁶³. Voraussetzung waren in jeder Situation die Aufklärung und Zustimmung der jeweils betroffenen Pflegebedürftigen.

Die teilnehmenden Beobachtungen gliederten sich in

- durch Dokumentationsbögen strukturierte Beobachtungen von Situationen der Körperpflege und des Essens,
- die strukturierte Beobachtung der Dienstübergaben,
- die Beschreibung der Atmosphäre im Wohnbereich zu den verschiedenen Tageszeiten sowie
- begleitende Beobachtungen bei Beschäftigungsangeboten im Wohnbereich und im Haus.
- Ergänzend wurden jeweils eine Bewohnerin oder ein Bewohner, die schwerst pflegebedürftig und (weitgehend) bettlägerig waren, und eine oder einer, die recht mobil und zum selbständigen Verlassen des Wohnbereichs in der Lage waren, begleitend über mehrere Stunden beobachtet.

Die teilnehmenden Beobachtungen von Essen und Körperpflege, deren Auswahl unter dem Gesichtspunkt erfolgte, möglichst allen diensthabenden Pflegekräften beim Umgang mit den Pflegebedürftigen zugesehen zu haben, wurden auf gesonderten Erhebungsbögen dokumentiert. Auf einer Skala von „trifft vollkommen zu“ (++) bis „trifft überhaupt nicht zu“ (--) waren Aussagen zu verschiedenen Aspekten zu bewerten. Einheitlich und somit vergleichbar waren Items zur Beurteilung der Bewohnerorientierung, die vor allem auf die in der Kommunikation zum Ausdruck kommende Wertschätzung der Individualität und die Förderung der Selbstbestimmung abstellen. Auch der Umgang mit dem erwarteten Konflikt zwischen Ablaufroutinen und Interessen der einzelnen alten Menschen konnte hier bewertet werden.

Mit den Items, die sich auf die Esssituationen bezogen, wurden einerseits die Reaktionen der Bewohnerin oder des Bewohners, z. B. das mehr oder weniger genussvolle Essen, andererseits die Angemessenheit der angebotenen Auswahl und Unterstützung sowie des Ambientes erhoben. Zu bewerten war zudem, ob und wie die Pflegekräfte die jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner zum Essen und Trinken ermuntern, wie sie Ernährungsprobleme wahrnehmen und damit umgehen.

Im Rahmen der Körperpflege zielte der Erhebungsbogen auf den Umgang mit der Intimsphäre, die Förderung der Selbständigkeit im Sinne von Aktivierung und Rehabilitation und auf die Berücksichtigung individueller Wünsche und Gewohnheiten. Da wesentliche Teile der Dekubitus- und Sturzprophylaxe im Rahmen der Körperpflege durchgeführt werden (können), bezogen sich mehrere Items zudem darauf.

⁶³ Alle hierfür eingesetzten Mitarbeiterinnen hatten vorab an einer ausführlichen Schulung teilgenommen, um einen einheitlichen Umgang mit den Instrumenten zu gewährleisten.

Die teilnehmende Beobachtung im Pflegealltag war das Kernstück der Fallstudien, weil sich letztlich erst im tatsächlichen Pflegealltag zeigt, ob und wie all die wohlklingenden Leitbilder und Vorsätze praktisch umgesetzt werden. Nahe liegend wäre die Befürchtung, dass viele Pflegebedürftige einer teilnehmenden Beobachtung, zumal bei der Körperpflege, nicht zustimmen. Dies traf aber nur wenige Male zu und wurde dann selbstverständlich respektiert. Weiterhin könnte sozial erwünschtes Verhalten der Pflegekräfte die Ergebnisse verzerren. In den ersten Stunden waren einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tatsächlich gehemmt, was sich z. B. in geschraubter Sprache oder bei einigen durch völliges Verstummen ausdrückte. Diese anfänglichen Widerstände verloren sich durch den relativ langen Beobachtungszeitraum von drei Tagen und weil die Pflegekräfte unser ernsthaftes Bemühen anerkannten, ihren Arbeitsalltag, ihre Leistungen und Probleme wirklich im Detail kennen zu lernen. Für uns teilweise überraschend war die Selbstverständlichkeit, mit der auch Pflegefehler, rauher Umgang mit zu Pflegenden und immer wieder ein wenig bewohnerorientiertes, strenges Ablaufkorsett vor unseren Augen stattfanden. Gelegentliche vorsichtig-kritische Nachfragen unsererseits wurden in der Regel mit verständnislosen Verweisen auf Sachzwänge beantwortet. Das wachsende Vertrauen in die Mitarbeiterinnen des IGF verstärkte gegen Ende der Beobachtungszeit oft das Mitteilungsbedürfnis sowohl der Bewohnerinnen und Bewohner als auch der Pflegenden. Die Forscherinnen wurden manchmal fast aus der Rolle der „neutralen Beobachterin“ in die einer „Beschwerde- und Absolutionsinstanz“ gedrängt. Eine längere teilnehmende Untersuchungsphase wäre daher nicht hilfreich gewesen.

Eine der zentralen Voraussetzungen für gute Pflege- und Versorgungsqualität ist eine funktionierende Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Die Dienstübergaben, bei denen sich die Pflegekräfte der verschiedenen Schichten über die Befindlichkeiten der pflegebedürftigen Menschen in ihrem Wohnbereich und die Arbeitsorganisation austauschen, bilden hier gleich mehrere Ebenen ab. Einerseits spiegeln sich in dem dort gepflegten Ton die Sicht auf die Bewohnerinnen und Bewohner und die Haltung der Pflegekräfte ihnen gegenüber wider. Die Dokumentationsbögen für die teilnehmende Beobachtung bei den Übergaben enthielten daher viele Items, die sich auf die Art der Kommunikation über Bewohnerinnen und Bewohner beziehen, z. B. ganzheitlich, wertschätzend, individuelle Kenntnisse erkennen lassend. Andererseits zeigt sich bei den Übergaben der Umgang der Pflegekräfte miteinander, auf dessen Beschreibung weitere Items zielten: Werden Schwierigkeiten offen angesprochen und wird gemeinsam nach Lösungen gesucht, dabei vielleicht sogar Potentiale von Angehörigen oder freiwillig Engagierten einbezogen? Ist ein gleichmäßiger Informationsstand gewährleistet? Werden Arbeitsaufträge verbindlich verteilt, übernommen, überprüft? Wie viel Verantwortung und Handlungsspielräume bekommen die Einzelnen?

Weiterhin ereignen sich in drei Beobachtungstagen in einem Wohnbereich zwischen dem Beginn des Frühdienstes und dem Ende des Spätdienstes zahllose kleine Begebenheiten wie Besuche von Angehörigen, Ärzten, Therapeuten, Konflikte zwischen den dort wohnenden Menschen. Die Klingel, Telefonläuten, Gespräche und Gelächter, Weinen, Streitgespräche, Gesang oder drückende Stille sind auf den Fluren wahrzunehmen. Diese vielfältigen Beobachtungen haben wir in den Feldtagebüchern fest-

gehalten. Auf die gleiche Weise wurden die Angebote, die im jeweiligen Beobachtungszeitraum stattfanden besucht und beschrieben, sofern sie von Bewohnerinnen und Bewohnern des beobachteten Wohnbereichs genutzt wurden.

Vor dem Hintergrund der Beobachtungen des ersten Tages wählten die Forscherinnen jeweils zwei Bewohnerinnen oder Bewohner aus, die sie (überwiegend vom morgendlichen Erwachen an) für einige Stunden begleitend beobachteten. Ziel war es, die Versorgungsqualität einerseits aus Sicht von immobilen Schwerstpflegebedürftigen, andererseits aus der von mobilen Pflegebedürftigen zu betrachten. Diese Beobachtungsform hat sich bewährt, weil sie anders als die teilnehmenden Beobachtungen bestimmter Pflegesituationen, bei denen nacheinander verschiedene Pflegekräfte begleitet werden, bewohnerzentriert erfolgt. Sie verfolgt den Alltag einzelner Betroffener und belegt Unterschiede in den Qualitätsanforderungen von mobilen, kommunikationsfähigen und entsprechend eingeschränkten pflegebedürftigen alten Menschen. Anders als bei standardisierten mündlichen oder schriftlichen Befragungen von Heimbewohnerinnen und -bewohnern besteht bei dieser Untersuchungsmethode nicht das Problem des geduldigen Zustimmens zum als unabänderlich Empfundene, das oft als Beleg für die hohe „Kundenzufriedenheit“ genannt wird. Der Alltag vor allem der begleiteten mobileren alten Menschen veränderte sich allerdings möglicherweise auch durch die Begleitung, weil es im Laufe des Tages natürlich zu zum Teil sehr persönlichen und intensiven Gesprächen mit den Forscherinnen kam.

Dokumentenanalysen

Die Arbeit einer stationären Pflegeeinrichtung ist in sehr vieler Hinsicht schriftlich dokumentiert, so dass zahlreiche schriftlich fixierte Informationen zugänglich sind. Grundsätzlich ist bei der Bewertung dieser Informationen aus schriftlichen Dokumenten eine gewisse Vorsicht geboten, da sie nicht unbedingt den gelebten Alltag bzw. das tatsächlich Geleistete widerspiegeln müssen. In Kombination mit den anderen Untersuchungsmethoden und angesichts der Tatsache, dass Pflegedokumentationen und Qualitätsunterlagen bei den Prüfungen des Medizinischen Dienstes und der Heimaufsicht vorgelegt werden müssen, erwarteten wir dennoch aussagekräftige Ergebnisse.

In den Fallstudien analysierten wir die Leitbilder der Einrichtungen und, soweit vorhanden, ihre Organigramme und Besprechungsmatrixen, die den geplanten Informationsfluss zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen und den dort Arbeitenden in einer Einrichtung beschreiben. Den Qualitätshandbüchern entnahmen wir wesentliche selbst formulierte Ansprüche sowie den (theoretischen) Stand der Qualitätsdiskussion und –entwicklung, die ebenfalls anhand einer dafür entwickelten Checkliste dokumentiert wurden.

Mit der Analyse von mindestens je fünf Bewohnerakten aus den untersuchten Wohnbereichen sollte geprüft werden, inwieweit die als Maßstäbe guter Praxis zugrunde gelegten Expertenstandards und Ernährungsempfehlungen im Hinblick auf die Dokumentation eingehalten werden. Dabei ging es vor allem um regelmäßige bzw. ange-

messene Risikoeinschätzungen, aktuelle Maßnahmeplanungen, -durchführungen und –doku-mentationen, die Beteiligung der Betroffenen und – mit ihrer Zustimmung – der Angehörigen daran. Genauer gelesen wurden schließlich die Angaben zur Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner und zu ihrem sozialen Netzwerk, die als Beleg für eine gute Biografiearbeit gelten können.⁶⁴ Nicht zuletzt sind die Pflegedokumentationen ein wichtiges Zeugnis der erbrachten Pflegeleistungen, der Sorgfältigkeit von Beobachtungen und der daraus abgeleiteten Konsequenzen, die zu den Erkenntnissen aus den teilnehmenden Beobachtungen ins Verhältnis gesetzt werden können und müssen.

Die Auswertung der Dokumentenanalysen belegte ein hohes Maß an Anpassung an die Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsicht. Die von uns beobachtete Praxis wich von der Dokumentation positiv wie negativ ab, sowohl sahen wir das Erbringen wichtiger Pflegeleistungen, die dann aber nicht dokumentiert wurden, als auch z. B. täglich in den Akten abgehakte Spätmahlzeiten, die es faktisch gar nicht gab. Zur Beurteilung der Bewohnerorientierung ist die Auswertung der Pflegedokumentationen nur bedingt geeignet. In allen Akten fanden sich überwiegend aktuelle Pflegeplanungen für die einzelnen Pflegebedürftigen, die Pflegeberichte wurden regelmäßig geführt. Ganz überwiegend waren die Pflegeplanungen aus feststehenden Bausteinen zusammengesetzt, wie sie die EDV-gestützten Systeme z. T. automatisch zum Anklicken anbieten. Individuelle Menschen, ihre persönlichen Ziele und Wünsche waren dahinter meist nicht zu erkennen.

Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Belastungserleben

Belastungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in stationären Pflegeeinrichtungen entstehen in unterschiedlichen Bereichen. Ergänzend zu den Beobachtungen im Pflegealltag und den aus den Gesprächen mit den Pflegekräften gewonnenen Informationen wurden an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des untersuchten Wohnbereiches bereits erprobte Fragebögen verteilt. Sie sind von der zuständigen Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zur Gefährdungsermittlung und –beurteilung erarbeitet worden und dienen dazu, arbeitsplatzbedingte Risiken für Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in stationären Altenpflegeeinrichtungen zu erkennen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2003). Die schriftliche Befragung ergab zwar überwiegend einen guten Rücklauf, als problematisch erwies sich jedoch die Auswertung vor dem Hintergrund insgesamt niedriger Fallzahlen. So deckte sich zwar das auf den Fragebögen angegebene Belastungserleben insgesamt mit den von uns beobachteten Belastungen. Zum Teil gab es aber große individuelle Unterschiede im Belastungserleben der Pflegekräfte des gleichen Wohnbereiches, die nur mit Vorsicht zu interpretieren sind (siehe S. 332 ff).

⁶⁴ Um die Vergleichbarkeit der Akten aus verschiedenen Einrichtungen zu gewährleisten wurden für diese vier Bereiche ebenfalls Checklisten entwickelt.

5.3.3 Das ausgewertete Untersuchungsmaterial

In den Fallstudien wurden acht stationäre Pflegeeinrichtungen aus sechs alten und neuen Bundesländern untersucht. Sie liegen zum Teil in der Stadt, zum Teil in ländlichen Regionen. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über Trägerschaft, Größe, Mitarbeiterzahl und Pflegesätze der acht Einrichtungen.

Tabelle 5.1: Überblick über die teilnehmenden Häuser

Haus Nr. ⁶⁵	Träger	Anzahl der Bewohnerinnen u. Bewohner	Anzahl der Pflegekräfte	Pflegesatz PS II
2	privat	51	19 (auch Teilzeit)	76 €*
3	privat	125	50 (auch Teilzeit)	60 €*
4	kommunal	122	60 (auch Teilzeit)	87 €*
5	privat	110	43 (auch Teilzeit)	74 €*
6	privat	56	23	76 €*
7	frei-gemeinnützig	74	35 (auch Teilzeit)	76 €*
8	frei-gemeinnützig	42	18 (auch Teilzeit)	84 €*
9	privat	40	20 (alle Teilzeit)	65 €*

* gerundeter Tagessatz für Pflege und Hotelkosten

Die folgende Darstellung der Ergebnisse beruht

- auf der Auswertung der Leitbilder, Qualitätshandbücher und weiterer schriftlicher Unterlagen (Heimverträge, Heimzeitung, Informationsmaterialien, Homepages)
- sowie der Checklisten zum Hauseindruck aller acht Einrichtungen,
- auf der Auswertung von 30 aufgezeichneten Interviews sowie zahlreichen protokollierten Gesprächen mit Führungskräften und anderen Angestellten der Einrichtungen, Heimbeiratsmitgliedern, Angehörigen- und Freiwilligensprecherinnen und –sprechern,
- auf der Analyse von 90 Akten von Bewohnerinnen und Bewohnern,
- rund 220 strukturiert teilnehmend beobachteten Interaktionen zwischen Pflegenden und Gepflegten bei der Körperpflege und beim Essen,
- 32 strukturiert teilnehmend beobachteten Dienstübergaben,
- 15 begleitenden Fallbeobachtungen,
- der Auswertung der schriftlichen Befragung der Pflegekräfte zur Belastung und Beanspruchung (n= 85, Rücklaufquote 54,1%) und
- den Feldnotizen zum Pflegealltag in den besuchten Einrichtungen.

⁶⁵ Die Nummerierung der untersuchten Einrichtungen beginnt bei 2, da im Haus 1 der Pretest durchgeführt wurde.

5.4 Ergebnisse

In allen untersuchten Häusern haben wir in unterschiedlichen Bereichen pfiffige und beispielhafte Lösungen für die vielfältigen Anforderungen an eine menschenwürdige Gestaltung des Alltags in Pflegeeinrichtungen gefunden, von denen einige im Folgenden vorgestellt werden. Nicht zu leugnen sind dennoch auch Schwierigkeiten und Defizite, die weniger in der körperlichen Versorgung als im Bereich der psychosozialen Betreuung und den individuellen Partizipationsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner sowie den Gestaltungsmöglichkeiten für die Pflegekräfte liegen. Um insbesondere die zentrale Frage nach den Voraussetzungen für gute Praxis in Pflege und Versorgung zu beantworten, stellen wir am Ende dieses Kapitels die Fallstudie aus einer Einrichtung vor, anhand derer notwendige Rahmenbedingungen und Ansatzpunkte praxisnah anschaulich werden. Zunächst folgt jedoch die mit einigen Beispielen illustrierte zusammenfassende Darstellung der wichtigsten Ergebnisse entlang der untersuchten Bereiche.⁶⁶

5.4.1 Die Ergebnisse in den einzelnen Untersuchungsbereichen

Biografiearbeit

Die Biografiearbeit macht die Beziehungen zwischen Pflegenden und Gepflegten persönlicher und ist Voraussetzung für eine individuelle Versorgung. Leider beschränkt sie sich in den untersuchten Einrichtungen ganz überwiegend auf das Ausfüllen einiger Felder in den Akten der Bewohnerinnen und Bewohner, die zudem kaum je laufend ergänzt werden, selbst wenn die Betroffenen jahrelang in der Einrichtung leben. Hin und wieder wird in den Pflegeplanungen auf biografisches Wissen zurückgegriffen. Einige Häuser arbeiten mit umfangreichen Biografiebögen, die den Bewohnerinnen und Bewohnern oder ihren Angehörigen beim Einzug ins Heim ausgehändigt werden. Hier stellt sich oftmals das Problem, dass diese Bögen nur unzureichend ausgefüllt werden. Manche Bewohnerinnen, Bewohner und Angehörige möchten allerdings nicht ohne weiteres ausführlich über ihr Leben berichten, zumal in dieser Form und gegenüber ihnen fremden Personen. Auch Angehörige haben „Wissenslücken“ was das Erleben der Pflegebedürftigen anbelangt, besonders wenn es sich um lange zurückreichende oder besonders belastende Phasen wie Kriegserlebnisse etc. handelt.

Einige der pflegebedürftigen Menschen bemühen sich selbst darum ihre Beziehungen zu Menschen außerhalb der Einrichtung zu erhalten, eine auf der individuellen Erhebung des sozialen Netzwerks beruhende gezielte Unterstützung bei der Pflege sozialer Kontakte „nach draußen“ fand jedoch in keinem der besuchten Häuser statt.

⁶⁶ Die vollständige Dokumentation der Beispiele guter Praxis sowie die genaue Beschreibung der Probleme würde an dieser Stelle den Rahmen sprengen. Sie findet sich in Heusinger/Knoch (2007): Fallstudien zur Qualität von Pflege und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, unveröffentlichter Abschlussbericht des IGF e. V. zum Teilprojekt im Forschungsverbund MuG IV, Berlin.

Im Pflegealltag kommt häufig zum Ausdruck, dass viele Pflegekräfte zwar unsystematisches, aber oft auch umfassendes Wissen über das Leben der von ihnen versorgten Menschen haben, das sie für individuelle Wertschätzung und eine den individuellen Besonderheiten angepasste Versorgung nutzen.

Pflegekonzepte und Arbeitsorganisation

Bei der Untersuchung der Umsetzung von bewohnerorientierten Pflegekonzepten wird immer wieder die Grenze des mit der vorhandenen Personaldecke Machbaren deutlich: Entweder ist eine Pflegekraft allein für eine Gruppe von acht bis elf Bewohnerinnen und Bewohnern zuständig, und es braucht nicht viel Phantasie sich vorzustellen, wie schnell es da unmöglich wird allen gerecht zu werden. Oder Teams von 5 bis 7 Pflegekräften sind für 40 bis 50 Pflegebedürftige zuständig, dann können sie sich gegenseitig mehr helfen und arbeiten öfter zu zweit. Für die Gepflegten ist es aber jedes Mal eine neue Überraschung, wer aus dem Team für welche Verrichtung ihr Zimmer betritt.

Eine Bezugspflege, die entsprechend des Konzeptes über die Pflegeplanung hinaus eine besondere Beziehung zwischen Gepflegten und Pflegenden bedeutet, haben wir in keiner Einrichtung gefunden, die Bezeichnung „bezugsorientierte Bereichspflege“ (so die Pflegedienstleitungen von Haus 3 und 6 im Interview) beschreibt die vorgefundene Realität hier am genauesten. Die Ansätze zur Verwirklichung des Hausgemeinschaftskonzeptes in zwei Häusern lassen keine übertragbare Beurteilung dieses modernen Pflegekonzeptes zu, denn in beiden können mit dem vorhandenen Personalschlüssel keine Präsenzkraften eingesetzt werden. Kleinere Wohngruppen, deren Zusammenhalt durch gemeinsame Mahlzeiten, vielleicht sogar durch täglich wenigstens stundenweise von einer Präsenzkraft begleitete hauswirtschaftliche Aktivitäten in einer eigenen Wohnküche wie z. B. in Haus 7 gestärkt wird, fördern aber die Nachbarschaftlichkeit unter den Bewohnerinnen und Bewohnern und verbessern ihre Chancen sich als individuelle Menschen in den Alltag einzubringen.

Unabhängig vom Pflegekonzept sind die Übergaben als häufigste und die pflegebedürftigen Menschen am unmittelbarsten betreffende verbindliche Besprechungen zwischen den Pflegekräften entscheidend für eine systematisch bewohnerorientierte Pflege. Deshalb ist eine konzentrierte Atmosphäre in geeigneten Räumlichkeiten wichtig. Der Vergleich der Übergaben vom Nachtdienst (der i. d. R. für mehrere Wohnbereiche zuständig ist) an den Frühdienst mit denen vom Früh- an den Spätdienst zeigt, dass beim Gespräch über weniger Bewohnerinnen und Bewohner deren Befindlichkeiten ganzheitlicher besprochen und mehr Potentiale von Angehörigen oder Freiwilligen thematisiert werden. Bei vielen der beobachteten Übergaben kommt eine umfassende Wahrnehmung der Pflegebedürftigen zum Ausdruck. Dies belegt, dass die Pflegekräfte sie nicht überwiegend aus einer medizinisch-körperlichen Sicht betrachten. In der bei den Übergaben gelebten Konfliktkultur zeigt sich darüber hinaus, ob die Pflegekräfte unabhängig von ihrer formalen Qualifikation Informationen, Probleme und Tipps zu einzelnen alten Menschen austauschen und gemeinsam an einem angeneh-

men Klima im Team und im Wohnbereich arbeiten. Übergabebücher oder PC-gestützte Übergabeprotokolle haben sich als hilfreich für eine verbindliche Aufgabenverteilung und – prüfung erwiesen.

Kommunikation mit den Pflegebedürftigen

Die Arbeitsorganisation in den untersuchten Wohnbereichen und das biografische Wissen der Pflegekräfte wirken sich spürbar auf die Kommunikation zwischen Pflegenden und Gepflegten aus. Förderlich für eine Kommunikation, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten der einzelnen Pflegebedürftigen orientiert, ist eine große personelle Kontinuität in der Versorgung, ganz besonders für Bewohnerinnen und Bewohner mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten. Eine solche Kontinuität erleichtert es, an individuelles biografisches Wissen oder Ereignisse vom Vortag anzuknüpfen. Die Möglichkeit für die Pflegekräfte, Arbeitsabläufe selbständig zu gestalten, trägt zur gelassenen und konstruktiven Lösung von Konflikten wie der Verweigerung von Pflegehandlungen bei, weil diese dann weniger durch Zeitdruck oder befürchtete Schelte von Kolleginnen und Kollegen verschärft werden. Ausdruck einer bewohnerorientierten Kommunikationskultur ist es beispielsweise, wenn die pflegebedürftigen Menschen ihre kleinen und großen Wünsche gegenüber den Pflegekräften tatsächlich äußern, gerade dann, wenn sie diesen damit „Arbeit machen“. Daran lässt sich die alltägliche Erfahrung ablesen, ob solche Wünsche gehört und erfüllt werden oder nicht. Denn bei den meisten alten Menschen genügen ein Stirnrunzeln oder ein Seufzen der Pflegekraft, damit sie nicht wieder darum bitten, den Schuh noch einmal neu anzuziehen, weil eine Falte im Socken drückt.

Tagesgestaltung und Förderung sozialer Beziehungen

Die wenigsten Bewohnerinnen und Bewohner in den untersuchten Einrichtungen beschäftigen sich den ganzen Tag über selbst und sind damit zufrieden. Deshalb sind Beschäftigungsangebote, die ihnen Unterhaltung bieten, an ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten anknüpfen und zumindest teilweise einen erkennbaren Sinn und Zweck haben besonders beliebt. Angebote, die das Verlassen der Einrichtung für Ausflüge, Besuche oder gar ein paar Urlaubstage anderswo ermöglichen, sichern zusätzlich die Teilhabe am Leben außerhalb der Einrichtung. Eine individuelle Tagesgestaltung hat deshalb für die Menschen, die im Pflegeheim leben, Vor- und Nachteile. Einerseits ist es erstrebenswert, aufzustehen, ins Bett zu gehen, zu essen oder fernzusehen wie gewohnt oder gewünscht. Andererseits sind gerade die Mahlzeiten soziale Ereignisse, die zu festgelegten Zeiten stattfinden. Auch die meisten Beschäftigungsangebote sind fest terminiert. Daher ist es wenig verwunderlich, dass wir keine Pflegebedürftigen getroffen haben, die einen gegenüber dem durchschnittlichen Heimalltag gegenläufigen Tagesablauf gepflegt hätten.

Die Mahlzeiten und Beschäftigungsangebote sind schließlich wichtige Gelegenheiten, andere Menschen kennen zu lernen und Nachbarschaftlichkeit zu entwickeln. Die Mit-

arbeiterinnen und Mitarbeiter können diese Nachbarschaftlichkeit unterstützen, wenn sie die einzelnen alten Menschen und ihre Interessen, also wiederum ihre Biografien, gut kennen und dieses Wissen nutzen, um sie miteinander ins Gespräch zu bringen. Nachbarschaftlichkeit zu fördern heißt, die Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner aktiv einzubeziehen. Dafür bedarf es einerseits einiger Anregungen und Gelegenheiten, sich kennen zu lernen und gemeinsame Interessen zu entdecken, andererseits entsprechender Freiräume oder Angebote, die das Kultivieren nachbarschaftlicher Beziehungen erlauben. Dazu gehören anregende Gemeinschaftsflächen und (öffentliche) Cafés.

Eine besondere Herausforderung für die Einrichtungen stellt die Sicherung der Teilhabe an der Gemeinschaft für schwerst pflegebedürftige und bettlägerige Menschen dar. Immer ist es (personal-)aufwändig, sie zu Angeboten zu bringen und abzuholen, oft brauchen sie individuelle Hilfen, um von Gruppenangeboten überhaupt profitieren zu können. Einige bedürfen ganz individueller Einzelangebote, weil sie sonst gar nicht erreicht werden. Die begleitenden Fallbeobachtungen bei Menschen aus dieser Gruppe beschreiben viele Phasen stundenlanger Stille und Isolation.

Ernährung

Die meisten untersuchten Einrichtungen bieten ihren Bewohnerinnen und Bewohnern beim Essen viel Genuss und fördern ihre Gesundheit durch die frische Zubereitung der Speisen in der hauseigenen Küche. Neben lebendigen Speisesälen mit Hotelatmosphäre genießen viele auf mehr Unterstützung beim Essen angewiesene Pflegebedürftige das gemeinsame Essen an einem Tisch in den Wohnküchen der Wohnbereiche. Gerade demenziell erkrankten alten Menschen fällt es in einer solchen alltagsnahen Normalität leichter, ihre Kompetenzen zu bewahren. Gegenseitige Hilfen ergänzen die professionelle Betreuung durch die Pflegekräfte. Einige Häuser nutzen die Mahlzeiten und ihre Vor- und Nachbereitung in den Wohnbereichen zur zusätzlichen Aktivierung, indem die Bewohnerinnen und Bewohner mithelfen, zum Teil auf Wunsch auch feste Aufgaben und Verantwortlichkeiten übernehmen.

Auf mögliche Ernährungsmängel wird durch regelmäßiges Wiegen sorgfältig geachtet. Deshalb verwundert es nicht, dass die Ernährungssituation der Bewohnerinnen und Bewohner der in die Fallstudien einbezogenen Häuser insgesamt gut ist. Verbesserungsbedarf besteht jedoch bei der Ernährung Schwerstpflegebedürftiger, insbesondere wenn sie zu den Mahlzeiten nicht aus dem Bett mobilisiert werden, sowie im Hinblick auf Ursachenforschung und Einbeziehung der Erfahrungen der Angehörigen bei Appetitlosigkeit und Ernährungsmängeln.

Dekubitusprophylaxe

Eine professionelle und erfolgreiche Dekubitusprophylaxe wird in allen einbezogenen Häusern betrieben. Die Pflegekräfte berücksichtigen im Pflegealltag die Dekubitusrisi-

ken der gefährdeten pflegebedürftigen Menschen und beobachten den Hautzustand sorgfältig. Dies wird gefördert, wenn bei den Übergaben immer über die aktuellen Risiken für besonders Gefährdete gesprochen wird. Die Entscheidung, welche prophylaktischen Maßnahmen (Lagerungsintervalle, Hilfsmittel, Ernährungszustand verbessern...) bei wem anzuwenden sind, treffen Pflegefachkräfte, denen für Zweifelsfälle ein Dekubitusexperte oder eine Dekubitusexpertin in der Einrichtung zur Verfügung steht. Die informierte Einbeziehung der betroffenen Pflegebedürftigen in die Prophylaxe wird oft durch deren kognitive Einschränkungen erschwert. Die wichtigste Form der Dekubitusprophylaxe ist und bleibt die Mobilisierung der Betroffenen aus dem Bett bzw. aus dem Rollstuhl in andere Sitzmöbel sowie die regelmäßige Lagerung, deren Wirkung durch die fachgerechte Anwendung moderner Lagerungshilfsmittel wie Antidekubitusmatratzen unterstützt wird. Die kurzfristige Beschaffung solcher Hilfsmittel bereitete den untersuchten Einrichtungen keine Probleme, teils hatten sie einige angeschafft, teils gelang die Zusammenarbeit mit Ärzten und Sanitätshäusern schnell und unbürokratisch.

Sturzprophylaxe

Auf dem Weg zu einer effektiven Sturzprophylaxe, die zur Verhinderung von Stürzen und schweren Sturzfolgen wesentlich auf das körperliche Training der Heimbewohnerinnen und -bewohner setzt, sind die untersuchten Einrichtungen erste Schritte gegangen. Auf die Vermeidung von Risiken durch die Raumgestaltung wird geachtet. Stürze werden überall systematisch dokumentiert, um Haftungsrisiken zu begegnen, und teilweise auf mögliche Konsequenzen hin analysiert. Unterschiedliche Instrumente zur individuellen Sturzrisikoeinschätzung der Bewohnerinnen und Bewohner werden z. T. konsequent benutzt und lenken den Blick auf die jeweiligen besonderen Risiken. Ein gezieltes Kraft- und Balancetraining zur Sturzprophylaxe hat noch keine der besuchten Einrichtungen eingeführt. Die Pflegekräfte sind überwiegend nicht genügend für das Kraft- und Balancetraining qualifiziert, die nötigen Zeitreserven im Arbeitsalltag sind noch nicht entdeckt oder nicht vorhanden. Die Beobachtungen bei der Körperpflege haben außerdem viele ungenutzte Gelegenheiten zum Training aufgezeigt.

Alle Einrichtungen bieten im Rahmen der Beschäftigung verschiedene Gelegenheiten zur sportlichen Betätigung, sei es als Sitzgymnastik, gemeinsame Spaziergänge, Beckenbodengymnastik oder gar Wassergymnastik im hauseigenen Schwimmbad. Sie erreichen damit wenigstens einen Teil ihrer mobileren Bewohnerinnen und Bewohner. Die Erfahrungen mit Hüftprotektoren sind noch wenig verbreitet, aber zum Teil auch nicht sehr ermutigend, weil viele alte Menschen die Protektoren ablehnen, andere beim Versuch sie zum Toilettengang abzustreifen stürzen oder inkontinent werden. Die Erkenntnis, dass Fixierungen ungeeignet zur Sturzprophylaxe sind, ist in der Praxis der besuchten Häuser angekommen.

Transfer von Fortbildungsinhalten und neuen Standards in die Praxis

Bei den Fallstudien haben wir verschiedene Wege zum Transfer von Fortbildungsinhalten oder neu erarbeiteten Pflegestandards in den Pflegealltag gesehen. Besonders wirkungsvoll sind Maßnahmen zur Implementierung, die alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Qualifikationen einbeziehen. Als sinnvoll hat sich zudem erwiesen, inhaltliche Schwerpunkte für Fortbildungen und Qualitätsentwicklungsprojekte festzulegen und die entsprechenden Arbeitsprozesse mit Unterstützung der Leitung zu verändern, weil sonst die Gefahr besteht, dass die einzelnen weitergebildeten Fachkräfte ihr neues Wissen im Arbeitsalltag nicht umsetzen können.

Aktivierungsmöglichkeiten im Alltag

Trotz der vielen und abwechslungsreichen Beschäftigungsangebote, die wir gesehen haben, ist der Bereich der Rehabilitation und Aktivierung in den untersuchten Häusern vor allem im Alltag der Wohnbereiche insgesamt noch ausbaufähig. Dies gilt besonders für die Förderung der Selbständigkeit und das Training von Alltagsfähigkeiten im Rahmen der Grundpflege und der Ernährung, die oft nur wenig mehr Zeit beanspruchen, konsequent genutzt aber eine große Wirkung haben. Diese Investitionen von Zeit können zudem wenigstens teilweise durch allmählich verbesserte Fähigkeiten mittelfristig wieder „reingeholt“ werden. Der Alltag vieler alter Menschen in den Einrichtungen ist von langen Phasen der Langeweile und des Herumsitzens oder –liegens gekennzeichnet, und dies umso mehr, je stärker ihre Einschränkungen sind. Wenige Minuten der Aktivität pro Tag oder wenige Stunden pro Woche sind bei den meisten nicht ausreichend, um ihr Rehabilitationspotential auszuschöpfen. Dies wird verschärft durch die übereinstimmend von allen befragten Wohnbereichsleitungen als nicht ausreichend eingeschätzten ärztlichen Verordnungen von Physio- und Ergotherapie. Eine gute Möglichkeit bieten in der Einrichtung fest angestellte Ergotherapeutinnen und –therapeuten, die in regelmäßigem Turnus in die Übergaben mit einbezogen werden, um einen reibungslosen Informationsaustausch über Ressourcen der Pflegebedürftigen zu gewährleisten.

Die ausgewerteten Pflegeplanungen wurden nur in Ausnahmefällen erkennbar mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und/oder ihren Angehörigen gemeinsam erstellt. Ganz persönliche Pflegeziele fanden sich nicht, besonders in EDV-gestützten Dokumentationen dominierten allgemein formulierte Blöcke mit Anklickfunktion. Planungen für Aktivierungen im Alltag wie z. B. individuelles Esstraining, Geh- oder Aufstehübungen waren in den Pflegeplanungen noch seltener als im Pflegealltag, eine Ausnahme bilden ärztliche verordnete Physio- oder Ergotherapien oder ärztliche Genehmigungen zur Mobilisierung aus dem Bett.

Den meisten Pflegenden und Gepflegten fällt es zudem offenbar noch schwer, die gewohnten Rollen zu verlassen. Die einen fühlen sich verpflichtet, die anderen zu versorgen, ihre Sicherheit zu garantieren und vereinfachen sich die Bewältigung ihrer vollen

Arbeitstage durch routinierte, flinke Abläufe. Die anderen fürchten oft, etwas nicht zu dürfen oder (nicht mehr) zu können, wollen nicht stören und zur Last fallen. Einige Bewohnerinnen und Bewohner (bzw. ihre Angehörigen) sind allerdings empört, wenn sie selbst beispielsweise etwas Hauswirtschaftliches erledigen sollen, schließlich werde das teuer bezahlt. Die meisten ziehen jedoch große Befriedigung aus „nützlichen“ Betätigungen, die deshalb große Chancen für mehr Lebensfreude und Selbstvertrauen bieten.

Zusammenarbeit im Akteursmix mit freiwillig Engagierten, Angehörigen, Bewohnerinnen und Bewohnern

Für eine funktionierende Zusammenarbeit im Akteursmix kommt es zum einen auf gut ausgebaute Kommunikationsstrukturen an, zum anderen muss von Seiten der Einrichtungsleitung und auf der Managementebene die Zusammenarbeit mit jeder Akteursgruppe gewollt und geplant werden (Zur Zusammenarbeit mit Freiwilligen und Angehörigen vgl. auch Kapitel 4 dieses Berichtes). Das belegen u. a. die Unterschiede in der Zusammenarbeit mit Angehörigen bzw. Ehrenamtlichen in den verschiedenen besuchten Einrichtungen: In den Häusern, die in großem Umfang freiwillige Unterstützung mobilisieren konnten, basiert dieser Teil der Arbeit auf Konzepten, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den Stellenwert des Ehrenamts verdeutlichen, die unterschiedlichen Rollen klar benennen und zu einer konstruktiven Kooperation ermutigen. Diese Beispiele zeigen, wie eine ausgedehnte Einbeziehung von freiwillig Engagierten in Pflegeheimen gelingen kann. Zugleich belegen sie, wie sehr sich der Einsatz von Ressourcen in diesem Bereich lohnt, denn die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, die an den vielen durch Ehrenamtliche überhaupt erst möglich gemachten Angeboten teilnehmen, wird erheblich gesteigert. Beschäftigungsangebote für Schwerstpflegebedürftige trauen sich Ehrenamtliche aber in der Regel genauso wenig zu wie pflegerische Tätigkeiten. Die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen hier ebenfalls übereinstimmend Grenzen freiwilligen Engagements.

Die Einbeziehung der Angehörigen als Partnerinnen oder Partner im Pflegealltag basiert auf der aktiven Umsetzung geeigneter Konzepte, die sowohl einen Rahmen für das Beschwerdemanagement als auch für Wertschätzung und Kooperation zwischen Angehörigen und Pflegekräften im Alltag geben. Ist die Kommunikation mit Angehörigen hingegen Chefsache, bleibt es dem Engagement einzelner Pflegekräfte und damit letztlich dem Zufall überlassen, inwieweit die Angehörigen im Pflegealltag der Wohnbereiche und in die Versorgung einbezogen werden. Die Beteiligung von Angehörigen bei der Pflegeplanung und bei der Pflege selbst ist in den besuchten Einrichtungen eher die Ausnahme. Mit Angeboten wie Angehörigenabenden oder –Sprechstunden sowie Informationsveranstaltungen wird aber zumindest ein Teil der Angehörigen gut erreicht sowie das gegenseitige Kennen lernen der Angehörigen untereinander gefördert. Solche Austauschmöglichkeiten sind eine Voraussetzung für die Bildung eines Angehörigenbeirates, der die Interessen nicht nur der Angehörigen, sondern in vieler Hinsicht auch die der Bewohnerinnen und Bewohner vertreten kann.

Die Heimbeiräte als Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner sind gesetzlich vorgeschrieben, es gibt sie deshalb in allen Häusern. Die untersuchten Einrichtungen belegen, dass eine demokratische Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner an den sie betreffenden Belangen durch einen Heimbeirat möglich ist. Ein funktionierender Heimbeirat kann seine Interessen artikulieren und vertreten. Voraussetzung ist allerdings eine aktive Förderung seitens der Einrichtung zumindest in organisatorischer Hinsicht. Sehr motivierend für das Engagement der Betroffenen im Heimbeirat ist es, wenn ihre Anliegen ernst genommen und ihre Vorschläge beachtet werden. Gegen den Willen einer Heimleitung kann ein Heimbeirat, der sich vollständig aus Bewohnerinnen und Bewohnern zusammensetzt, die Interessen der Pflegebedürftigen aber wohl nur in Ausnahmefällen verteidigen. Die größere Unabhängigkeit von externen Mitgliedern kann dann ein Schutz sein.

Mit dem Konzept eines Heimparlaments, in dem wie in Haus 4 gewählte Sprecherinnen oder Sprecher aller Akteursgruppen gemeinsam Entwicklungen auswerten und weitere Verbesserungen planen, ist die Kooperation nicht nur institutionalisiert, allen wird darüber hinaus deutlich gemacht, dass ihre Meinungen gefragt und ihre Mitarbeit wichtig sind. Diese Wertschätzung von Engagement ist eine wesentliche Ergänzung der Dankeschön-Kultur aus Ausflügen und Festeinladungen.

Die Kommunikation über Pläne und Probleme mit und zwischen allen Akteurinnen und Akteuren zu organisieren steht im Mittelpunkt der Tätigkeit einer kooperativ arbeitenden Führung. Interesse an den Sorgen und Vorschlägen aller Beteiligten, das Stellen der richtigen Fragen und aktives Zuhören sind die Basis für Aushandlungsprozesse, deren Ergebnisse alle mittragen. Die stärkste Motivation für Engagement bei Bewohnerinnen und Bewohnern, Ehrenamtlichen und Angehörigen wird durch die Erfahrung bewirkt, dass die eigene Meinung zählt, gehört wird und in das Ergebnis einfließt. Über eine umfassende und verbindliche Kommunikationsstruktur in der Einrichtung gelingt es den Transfer von Sorgen, Vorschlägen und Plänen horizontal und vertikal zu sichern und so gemeinsam an der Weiterentwicklung zu arbeiten.

Be- und Entlastung für Pflegende durch Pflegekonzepte und Arbeitsorganisation

Der Arbeitsalltag aller Pflegekräfte, die wir begleitet haben, ist gekennzeichnet von einem großen Arbeitspensum, das trotz ständig auftretender unvorhergesehener Ereignisse bewältigt werden muss. In allen beobachteten Wohnbereichen leben Pflegebedürftige, die wegen ihrer schweren Beeinträchtigungen kaum mehr selbst etwas zu ihrer Versorgung beitragen können. Ihre Pflege und Mobilisierung ist auch körperlich eine Herausforderung für das Pflegepersonal, deren Bewältigung durch einen konsequenten Hilfsmiteleininsatz und die Anwendung rückschonender und kinästhetischer Arbeitsweisen erleichtert wird. In den meisten untersuchten Einrichtungen machen die Pflegenden kaum Pausen, schon gar nicht außerhalb der Wohnbereiche. Meist wird während einer notwendigen Besprechung etwas gegessen, die Einträge in die Pflegedokumentation im Sitzen werden zur Erholung genutzt.

Eine gute Arbeitseinteilung kann dennoch entlastend wirken. Dazu gehört, allen Pflegekräften einen Arbeitsbereich zur eigenverantwortlichen Gestaltung der Abläufe, orientiert an den für die Bewohnerinnen und Bewohner festgelegten Pflegezielen, zu übertragen. Dadurch entsteht ein Raum, in dem die jeweilige Pflegekraft gemeinsam mit „ihren“ Bewohnerinnen und Bewohnern den Pflegealltag gestalten kann. Pflegekräfte, die so arbeiten können, gaben in der Befragung zur Beanspruchung und Belastung unterdurchschnittliche Werte an, was sich mit den im Job-Demand-Control-Model von Karasek (1979,1990) nachgewiesenen Zusammenhängen zwischen Belastungserleben und Entscheidungsspielräumen deckt. Grundsätzliche Voraussetzung für Vermeidung von Überlastungen bleibt jedoch ein machbares Verhältnis von zu bewältigendem Arbeitspensum und zur Verfügung stehenden Arbeitsstunden der Pflegekräfte⁶⁷.

Die Auswertung der Fragebögen zu Belastung und Beanspruchung (Rücklauf 54,1%, n=85), die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege ausgefüllt haben, spiegelt recht genau unsere jeweiligen Eindrücke aus den teilnehmenden Beobachtungen und den Gesprächen mit den Pflegekräften wider. Überraschend sind die teilweise großen Unterschiede im Belastungserleben einzelner Pflegekräfte aus dem gleichen Wohnbereich, die vermuten lassen, wie unterschiedlich Menschen mit solchen Belastungserfahrungen umgehen. Besonders hoch belastet fühlen sich mehr examinierte Pflegekräfte als Pflegeassistentinnen und –assistenten ohne oder mit einfacher formaler Qualifikation. Dies spricht vordergründig für die Annahme, die höhere Qualifikation von Fachkräften führe zu stärkeren Belastungen. Allerdings arbeiten sehr viel mehr von den befragten Fachkräften in Vollzeit – was an sich schon belastender sein dürfte. Zusätzlich sind viele Examierte als Wohnbereichsleitungen eingesetzt, alle Fachkräfte werden regelmäßig als Verantwortliche im jeweiligen Dienst eingesetzt. Auch das könnte als Erklärung herangezogen, anhand der vorliegenden Datenbasis (85 Bögen, davon 73 von Pflegekräften, 12 von Zivildienstleitenden, Praktikantinnen, 1-Euro-Kräften) aber nicht abschließend belegt werden. Schließlich könnte die These zutreffen, dass die Pflegefachkräfte sich stärker an Missständen reiben, während formal weniger Qualifizierte die Verantwortung dafür an die Vorgesetzten abgeben.

Unsere Befragungsergebnisse liefern weiterhin Hinweise darauf, dass weniger die körperliche und psychische Beanspruchung durch den schlechten Zustand der Pflegebedürftigen als belastend erlebt wird als vielmehr ein negativ erlebtes Klima im Team. So geben Pflegekräfte in Einrichtungen mit regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen und von uns als offener erlebter Konfliktkultur eher geringere Belastungen an. Zu all diesen Fragen sowie zum unterschiedlichen Belastungserleben von männlichen und weiblichen Pflegekräften besteht weiterer Forschungsbedarf.

Die befragten Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen sind sich der Belastungen für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchaus bewusst und bemühen sich um Anerkennung und Gegenmaßnahmen, z. B. durch finanzielle Gratifikationen für Pflege-

⁶⁷ In allen besuchten Wohnbereichen klafft eine große Lücke zwischen der Stundenzahl, die sich beim Zusammenrechnen des Pflegebedarfs gemäß Pflegestufe der Pflegebedürftigen nach SGB XI ergibt, und der zur Verfügung stehenden Arbeitsstundenzahl der Pflegekräfte im jeweiligen Team.

kräfte, die mehr als 26 Wochenenden im Jahr arbeiten, durch Teamsupervisionen oder die Möglichkeit, den Arbeitsbereich zu wechseln.

Als entlastend beschreiben Pflegekräfte arbeitsorganisatorische Maßnahmen, die ihnen pflegefremde Tätigkeiten abnehmen. Eine eigens angestellte Krankenschwester für das Stellen der Medikamente oder das Blistern der Medikamente durch eine Apotheke, die vollständige Entsorgung von Wäsche und Müll sowie die Lieferung von Pflegemitteln bis in die Zimmer der Bewohnerinnen und Bewohner durch extra Arbeitskräfte schaffen zusätzliche Zeit. Auch eine Wohnbereichsleitung, die für alle organisatorischen Belange von jeweils vier Wohngruppen à 12 Bewohnerinnen und Bewohner zuständig ist, wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als deutliche Entlastung erlebt.

Be- und Entlastungen für Gepflegte

Im Alltag der weitgehend immobilen und bettlägerigen Bewohnerinnen und Bewohner, die wir im Rahmen der Fallbeobachtungen begleitet haben, sind Personalkontinuität und persönliche Vertrautheit der Pflegenden mit den Gepflegten besonders wichtig, um die Last der Abhängig- und Gebrechlichkeiten zu lindern und eine befriedigende Kommunikation trotz sensibler, motorischer oder kognitiver Einschränkungen zu ermöglichen. Rund um die Uhr erforderliche Pflegeleistungen belasten andere Bewohnerinnen oder Bewohner im gleichen Zimmer, wie uns einige bei allem ebenfalls geäußerten Verständnis und Mitleid berichteten. Einzelzimmer entzerren auch Konflikte zwischen oder mit demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern. Immobilen Pflegebedürftigen kann die Teilnahme am Geschehen durch offene Zimmertüren oder die Mobilisierung aus dem Bett in den (Pflege-) Rollstuhl ermöglicht werden, ohne dass dafür die Nachteile des Doppelzimmers in Kauf genommen werden müssen.

Die Pflegekräfte derjenigen untersuchten Wohnbereiche, in denen die meisten Gepflegten in Doppelzimmern wohnen, berichteten uns neben einigen, wenigen „Glücksgriffen“ alle von regelmäßig vorkommenden Schwierigkeiten, geeignete „Paare“ zu finden. Aggressionen, Rückzug oder erbittertes Schweigen sind typische Reaktionen der Betroffenen. Versuche, durch Zimmerwechsel Abhilfe zu schaffen, betreffen meist weitere Bewohnerinnen und Bewohner und sind ebenfalls nicht immer von Erfolg gekrönt. In einigen Einrichtungen ist dafür zwar die Zustimmung der Betroffenen erforderlich, weil ihre Zimmernummer im Vertrag festgehalten ist, auch das ist aber kein Garant für gutes Gelingen. Nachbarschaftlichkeit, Bekanntschaften und Freundschaften gedeihen in den von uns besuchten Wohnbereichen mit Einzelzimmern und lebendigen Gemeinschaftsräumen, vor allem Küchen, demgegenüber besser. Wie wichtig ein eigenes Zimmer ist wurde zusätzlich deutlich, wenn uns einige der mobileren Heimbewohnerinnen und –bewohner stolz ihre liebevoll eingerichteten Zimmer zeigten, die sie uns als ihr Zuhause und als Ausdruck ihres persönlichen Geschmacks vorführten. Selbst von den wenigen Ehepaaren, die wir kennen lernten, lebten zwei auf ausdrücklichen Wunsch in getrennten Zimmern. Ideal ist es, wenn die Möglichkeit besteht, in

benachbarten Zimmern mit einer eigenen Verbindungstür Nähe und Distanz flexibel zu gestalten.

Den mobileren Bewohnerinnen und Bewohnern, mit denen wir gesprochen haben, ist neben persönlichen Rückzugsmöglichkeiten aus dem Heimalltag vor allem ein abwechslungsreiches Beschäftigungsprogramm wichtig, damit die Tage nicht zu lang werden. Wenn sie von freundschaftlichen und persönlichen Beziehungen zu Angehörigen, aber auch zu anderen Pflegebedürftigen und zu Pflegekräften erzählen, wird die große Bedeutung der sozialen Beziehungen für die Bewältigung ihrer Lebenssituation lebendig spürbar.

Genderfragen im Heimalltag

Insgesamt werden Fragen der Sexualität und des sozialen Geschlechts im Pflegealltag weitgehend ausgeklammert. Eine Reflektion möglicher Geschlechterasymmetrien in den Teams findet in den besuchten Einrichtungen nicht statt. Die „weiblichen“ Tugenden wie Empathie, hauswirtschaftliche Managementkompetenz und Kommunikationsfähigkeit sind allerdings wichtige Säulen der Bewohnerorientierung in der Pflege.

Die Frage nach geschlechtsspezifischen Bedürfnissen oder Besonderheiten der Bewohnerinnen und Bewohner, z. B. hinsichtlich des Erlebens von Alter und körperlichem Verfall, wird punktuell erörtert. In allen Einrichtungen können Pflegebedürftige bei der Körperpflege auf Wunsch von gleichgeschlechtlichen Pflegekräften versorgt werden, mancherorts werden sie auf dieses Angebot explizit aufmerksam gemacht. Es wird aber fast nie in Anspruch genommen. Zwei alte Frauen äußerten uns gegenüber dennoch unter vier Augen, dass es ihnen nicht angenehm sei, von einem Mann gewaschen zu werden. Beide mochten aber keine Umstände machen und äußerten ihren Wunsch deshalb ausdrücklich nicht laut.⁶⁸

Beschäftigungsangebote für Männer, z. B. eine Modelleisenbahn im Keller, Gesprächskreise oder Singen nur für Männer, Skat und gemeinsam Sportschauansetzen wie im Haus 5 sind wichtige Schritte auf dem Weg zu einer genderbewussteren Pflege, die vielleicht von den kommenden Generationen von Pflegebedürftigen stärker eingefordert werden wird. Zu den Auswirkungen der (sozialen) Geschlechterrollen von Bewohnerinnen und Bewohnern auf ihren Alltag im Pflegeheim besteht weiterer Forschungsbedarf.

⁶⁸ Sehr sensibel beschreibt Böhmer (2005, S. 109ff), wie schwer es gerade für alte Frauen ist, ihre Scham und ihre Abwehr explizit zu äußern und an welchen anderen Signalen sie dennoch für Pflegende sichtbar werden kann. Zugleich zeigt sie Wege und Voraussetzungen zur Entwicklung eines angemessenen Umgangs auf (S. 111f).

5.4.2 Fallstudie 4 – ein Beispiel für gelingende Umsetzung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Die vielen Beispiele guter Praxis in allen Untersuchungsbereichen belegen die Machbarkeit einer hohen Versorgungsqualität. Eine Voraussetzung dafür sind immer engagierte Menschen, die mit Kreativität und Durchsetzungsvermögen Projekte umsetzen. Welche Rahmenbedingungen gute Praxis nicht nur punktuell, sondern umfassend fördern, zeigen wir beispielhaft anhand von Haus 4, das in kommunaler Trägerschaft 125 Bewohnerinnen und Bewohner beherbergt. Die in der `Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen´ (BMFSFJ 2006) formulierten Ansprüche sind dort weitgehend eingelöst. Die gute Versorgungsqualität basiert zudem darauf, im *Akteursmix* viele und verschiedene Ressourcen für einen menschenwürdigen Alltag der dort lebenden Menschen zu mobilisieren.

So ist es dort gelungen rund 60 *freiwillig Engagierte* zur regelmäßigen Mitarbeit zu gewinnen. Dafür setzt die in Vollzeit fest angestellte Beschäftigungstherapeutin einen Großteil ihrer Arbeitszeit ein. Sie organisiert mit den Ehrenamtlichen ein vielfältiges Beschäftigungsprogramm, das täglich vor- und nachmittags Angebote von Gartenarbeit über Töpfern, Turnen, Singen, Nähen, Basteln, Gesprächskreise, begleitete Einkaufstouren usw. anbietet. Zusätzlich gibt es wenigstens zweimal monatlich große Musikveranstaltungen mit und ohne Tanz sowie regelmäßige Ausstellungen regionaler Künstlerinnen oder Künstler und (jahreszeitliche) Märkte, mit denen zusätzlich andere Gäste ins Haus gelockt werden. „Jung und alt“-Projekte in Zusammenarbeit mit Schulen oder das gemeinsame Engagement gegen Rechtsextremismus in der Kommune bieten interessierten Bewohnerinnen und Bewohnern Gelegenheiten, sich mit ihren Fähigkeiten und Erfahrungen für andere nützlich zu machen. Auch das Angebot an die Theatergruppe der Volkshochschule, den Mehrzweckraum für Proben zu nutzen, zahlt sich aus: Zur Premiere gibt es dann Karten, die gerne angenommen werden. Diese offensive Werbung in die Kommune hinein wird ergänzt durch einen Förderverein, für dessen Vorstand einige lokale Honoratioren gewonnen werden konnten. Über ihn können besondere Anschaffungen getätigt werden, z. B. ein rollstuhlgerechter Bus, der für Ausflüge und Arztbesuche genutzt wird, ansonsten aber auch für Privatfahrten einzelner Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung steht, sofern einer der Zivildienstleistenden als Fahrer einspringen kann. Dieses Angebot zur individuellen außerhäuslichen Mobilität wird weiter ergänzt durch die unkomplizierte Möglichkeit, von Ehrenamtlichen begleitet die Einrichtung zu verlassen. Damit wird der Forderung nach Teilhabe an der Gesellschaft für pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und –bewohner in hohem Maße Rechnung getragen.

Das breite Engagement der Ehrenamtlichen wird gefördert durch das Angebot, an zertifizierten Kursen zum Thema „Ehrenamt in der Altenarbeit“ teilzunehmen. Dort wird von Haftungsfragen über Hebetechniken, Erste Hilfe und Umgang mit demenziell erkrankten alten Menschen mancherlei Nützliches unterrichtet. Einmal im Jahr werden alle Freiwilligen zu einem festlichen Essen und einem gemeinsamen Ausflug eingeladen. Auf regelmäßigen Versammlungen lernen sich die Freiwilligen untereinander ken-

nen, tauschen Kritik und Anregungen aus und wählen ihre Sprecherinnen oder Sprecher.

Auch die *Angehörigen* der Bewohnerinnen und Bewohner jedes Wohnbereiches wählen jeweils zwei oder drei Vertreterinnen oder Vertreter in den Angehörigenbeirat. Im Konzept für die Angehörigenarbeit werden alle Angehörigen dazu eingeladen „sich in einer strukturierten Form an der Entwicklung des Hauses und den organisatorischen Abläufen zu beteiligen“. Dazu gehört das Angebot, an den Qualitätszirkeln teilzunehmen. Im beobachteten Wohnbereichsalltag werden die Angehörigen als Expertinnen und Experten für ihre pflegebedürftigen Angehörigen wahrgenommen und begrüßt. Zumindest an der ersten *Pflegeplanung* beim Einzug sind sie mit Zustimmung der jeweiligen Pflegebedürftigen oft beteiligt. Dass sie zuverlässig und dauerhaft Pflegeleistungen (z.B. Anreichen) übernehmen, ist selten. Häufiger waschen sie die persönliche Wäsche, etliche nehmen darüber hinaus Anteil an anderen Bewohnerinnen oder Bewohnern. Über die Angehörigen sprachen die Pflegekräfte bei den Übergaben immer mit großem Respekt, Äußerungen wie „zu hohe Ansprüche, man kann ihnen nichts recht machen“ kamen nicht vor. Umgekehrt äußerten sich Angehörige uns gegenüber nur wegen Mängeln in der hauseigenen Wäscherei gereizt.

In den *Heimbeirat* von Haus 4 wurden bei einer Wahlbeteiligung von 67,2% fünf der elf Kandidatinnen und Kandidaten aus der Bewohnerschaft gewählt. Die Plakate mit den Kandidatenfotos waren groß und anschaulich, der Wahlkampf wurde auch auf einer Bewohnerversammlung geführt, alle Wahlberechtigten konnten sich zwischen Briefwahl, Urnenwahl im Wahllokal oder am Bett entscheiden, was wiederum nur durch die Hilfe Ehrenamtlicher möglich war. Der Heimbeirat wird von der Einrichtungsleitung mit rechtlichen Informationsbroschüren versorgt, berichtet regelmäßig in der monatlich erscheinenden Heimzeitung. Mit dem Heimbeirat einer anderen Einrichtung fanden wechselseitige Besuche zum Austausch statt. Besonders nach dem Mittagessen im Speisesaal werden die Heimbeiratsmitglieder von anderen auf Probleme angesprochen, die sie dann diskutieren und zu lösen versuchen.

Nicht nur der Umgang mit dem Heimbeirat zeigt, wie ernst die Bewohnerinnen und Bewohner in dieser Einrichtung genommen werden. Schon bei der Information über das Haus und seine Angebote wird großer Wert auf Verständlichkeit gelegt, ebenso wie im Heimvertrag und auf der Homepage. Im Vertrag ist beispielsweise die Zimmernummer festgehalten, so dass Umzüge nur mit Zustimmung der Betroffenen möglich sind. Den Einzug begleitet eine Mitarbeiterin des Hauses, die den Neuen und ggf. ihren Angehörigen alles zeigt, bei der Zimmereinrichtung hilft und gemeinsam mit ihnen zu Mittag isst. Sie führt in den ersten Tagen ein *ausführliches biografisches Gespräch*, das z.T. für die Akten dokumentiert wird, aber auch als Grundlage dafür dient, neue Bewohnerinnen und Bewohner gezielt mit Alteingesessenen bekannt zu machen, die vielleicht aus der gleichen Gegend stammen, ähnliche Interessen oder Berufe haben. Die *sozialen Beziehungen zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern* werden außerdem im Sinne von Nachbarschaftlichkeit gefördert, indem sie z. B. zum Geburtstag eine Torte vom Haus bekommen, zu der sie Bekannte aus dem Haus und von außerhalb einladen können, auch wenn sie keine Angehörigen haben, die ihnen

dafür Kuchen besorgen. Auf der anderen Seite wird die Privatsphäre der einzelnen in die hohe Masse respektiert. Es gibt fast ausschließlich Einzelzimmer. Wer möchte bekommt einen Zimmerschlüssel und kann abschließen, die hauseigenen Möbel haben abschließbare Schubladen, für alle gibt es Briefkästen, für die nur sie selbst oder die Angehörigen Schlüssel haben.

Das *Pflegekonzept* und die *Arbeitsorganisation* im Wohnbereich sind vom Bemühen um Bewohnerorientierung und die Kontinuität in der Versorgung jeweils kleiner Bewohnergruppen gekennzeichnet. Die formale Funktion der Bezugspflegekraft übernehmen jeweils Pflegefachkräfte, die vor allem die Pflegeplanung machen, Medikamente überwachen und Arztkontakte organisieren. Im praktischen Pflegealltag haben sich Fachkräfte und Pflegeassistentinnen die Bewohnerinnen und Bewohner so aufgeteilt, dass jede eine feste Gruppe hat, die sie möglichst kontinuierlich versorgt. Bei der Einteilung wird berücksichtigt, wie aufwändig die Versorgung der einzelnen ist und ob z. B. die Wohnbereichsleitung viele andere Dinge zu tun hat. Dadurch kann jede Pflegekraft z. B. die morgendliche Versorgung ihrer Bewohnergruppe in der Reihenfolge erledigen, die sie mit ihnen ausgehandelt hat. Die Kontinuität der Versorgung wird auch dadurch erleichtert, dass jeder Wohnbereich einen eigenen Stamm eingearbeiteter Aushilfen hat, die im Bedarfsfall gerufen werden und dann durch eine längere Übergabe wieder auf den neuesten Stand gebracht werden. Dadurch ist die Personalfuktuation selbst bei Krankheit oder Urlaub einigermaßen begrenzt. Um die Spitzenbelastungszeiten der Dienste für Pflegende und Gepflegte erträglicher zu gestalten und abends auch denjenigen ein späteres Zubettgehen (bis 21.00 Uhr) zu ermöglichen, die dabei Hilfe benötigen, wird im Haus 4 mit versetzten Dienstzeiten gearbeitet: Im Frühdienst sind immer zwei Pflegekräfte von 7.30 – 14.00 Uhr da, zusätzlich eine im so genannten kurzen Frühdienst, der von 6.30 oder 7.30 Uhr bis 10.00 oder 11.00 Uhr geht. Im Spätdienst ist immer eine Pflegekraft lang (13.30 – 21.00 Uhr oder 14.00 – 21.30 Uhr) und eine kurz (18.00 – 21.30 Uhr) da. Die Übergaben an die kurzen Früh- und Spätdienste erfolgen durch ein Gespräch mit der diensthabenden Pflegefachkraft.

Auffällig ist die ausgeprägte Selbstständigkeitsförderung, die wir bei der Beobachtung der Körperpflege festgestellt haben. Ganz überwiegend ermutigen die Pflegekräfte die Pflegebedürftigen immer wieder, etwas selbst zu tun und unterstützen sie dabei, sich selbst zu helfen, ihre Kleidung auszuwählen oder Schmuck anzulegen. Trotz der vielen Arbeit gerade am Morgen entsteht wenig Hektik, der Umgang der Pflegenden und Gepflegten wirkt überwiegend vertraut, persönlich und individuell. Dies erleichtert auch den gelassenen Umgang mit Verweigerungssituationen. Die Pflegenden arbeiten allerdings fast immer allein, benutzen zum Transfer stark bewegungseingeschränkter Menschen aber konsequent und routiniert Patientenlifter, von denen in jedem Wohnbereich zwei zur Verfügung stehen. Es gibt unmissverständliche und bei allen bekannte Regelungen, wann eine Fachkraft zu rufen ist. So machen die Assistentinnen zwar z. B. den Fingertest im Rahmen der *Dekubitusprophylaxe*, bei einem verdächtigen Befund rufen sie aber die Fachkraft.

Beim Frühstück in der Wohnküche kommen alle wieder zusammen, die einen ein paar Minuten früher, die anderen etwas später. Die Pflegenden setzen sich dann mit den

Pflegebedürftigen zusammen an den Frühstückstisch, reichen an, sprechen mit allen, essen selbst etwas – ihre einzige Pause im Frühdienst. Auch die Bettlägerigen sind dabei, nötigenfalls im Pflegerollstuhl, denn alle werden aus dem Bett mobilisiert, und auch die Bewohnerin mit PEG-Sonde bekommt etwas zum Essen gereicht. Die mobileren Bewohnerinnen und Bewohner gehen in den Speisesaal im Erdgeschoss oder werden auf Wunsch dorthin gebracht. Dort können sie morgens und abends am Büfettwagen auswählen, worauf sie Appetit haben, mittags stehen zwei in der hauseigenen Küche gekochte Menüs zur Auswahl, zwischen denen bzw. deren Komponenten sie spontan wählen können. Die Speiseauswahl ist auch in den Wohnbereichen üppig. Für eine gute *Ernährung* sind somit wichtige ernährungsphysiologische und soziale Voraussetzungen erfüllt. Wenn Pflegebedürftige dennoch in beunruhigender Weise Gewicht verlieren, wird zunächst der hauseigene „Zaubertrank“ aus Grießbrei, Bananen, Sahne etc. angerührt und angeboten.

Neue Pflegestandards werden im Haus 4 von jeweils neu zusammengesetzten Qualitätszirkeln erarbeitet, denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Qualifikationsstufen und bei Interesse auch Angehörige angehören. Beim *Transfer in die Praxis* werden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, z. T. differenziert nach Qualifikation, geschult. Auf diese Weise dauert die Einführung zwar jeweils recht lange, die Umsetzung beispielsweise des präzise und verständlich für das Haus angepassten nationalen Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe in der beobachteten Praxis ist aber überzeugend. Ein Standard zur *Sturzprophylaxe* ist ebenfalls eingeführt, ebenso wie in den anderen Einrichtungen hapert es aber noch mit dem Kraft- und Balancetraining. Obwohl viele Bewohnerinnen und Bewohner z. B. beim Transfer aus dem Bett auf den Rollstuhl oder von da auf die Toilette stehen und einige Schrittschritte gehen können, finden keine Laufübungen statt. Die *Aktivierungsmöglichkeiten im Alltag* werden nicht ausgeschöpft. Fixierungen sahen wir nicht, obwohl sich im Beobachtungszeitraum eine stark sturzgefährdete Bewohnerin immer wieder ohne ihren neuen Rollator auf den Weg machte. Alle Pflegekräfte kannten das Problem, so dass meist schnell jemand zu ihr sprang und sie an den Rollator erinnerte.

Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner des untersuchten Wohnbereiches verlassen diesen im Laufe des Tages stundenweise und besuchen eines der vielen Beschäftigungsangebote. Ausgenommen sind aber auch im Haus 4 die schwerstpflegebedürftigen Menschen, die sehr stark auf Unterstützung angewiesen sind. Bei einigen ist die Bettumgebung liebevoll anregend gestaltet, alle werden im Rollstuhl zumindest in die Wohnküche geschoben, Rehabilitation und Aktivierung finden aber nur gelegentlich durch die Beschäftigungstherapeutin statt.

Das Pflegeteam des besuchten Wohnbereiches trifft sich monatlich zu Teambesprechungen, auf denen u. a. Raum für Fallbesprechungen zu einzelnen Pflegebedürftigen ist. Wöchentlich gibt es eine Sitzung der Wohnbereichsleitungen mit der Pflegedienstleitung und eine Leitungsbesprechung mit allen leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege, Küche, Beschäftigung, Hauswirtschaft, Verwaltung und Technik. Die Protokolle dieser Sitzungen auf höherer Ebene gehen anschließend in alle Wohnbereiche und müssen von allen Pflegekräften unterschrieben und damit zur Kenntnis ge-

nommen werden. Die Beschäftigungstherapeutin sorgt dafür, dass auch die gewählten Mitglieder des Ehrenamtlichen- und des Angehörigenbeirates die Protokolle bekommen.

Dreimal im Jahr tagt das Heimparlament, dem neben der Geschäftsführung die Mitarbeitervertretung, der Heimbeirat, der Angehörigenbeirat, der Ehrenamtlichenbeirat sowie der Vorstand des Fördervereins angehören. Sie werten die Umsetzung früherer Pläne aus und beraten über weitere Aktivitäten und Verbesserungsmöglichkeiten. Diese Form partizipativer Führung und Transparenz wird von den befragten Ehrenamtlichen, Angehörigen und Heimbeiratsmitgliedern als wichtige Wertschätzung ihres Engagements erlebt. Ergänzt wird dieser Führungsstil durch eine sorgfältige Personalauswahl. Wie die Pflegedienstleitung berichtete, bestehen viele neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege die Probezeit nicht.

Der Alltag im Haus 4 entspricht in vieler Hinsicht den Ansprüchen der `Charta der Rechte pflegebedürftiger Menschen`. Er zeigt, wie die Charta in einer „ganz normalen“ Einrichtung mit Leben gefüllt werden kann. Entscheidend für den Erfolg ist hier ein engagiertes Leitungsteam mit Zukunftsvisionen und Hartnäckigkeit, das motiviert und bei einem kooperativen Führungsstil auf Transparenz und Partizipation setzt. Das überall spürbare gemeinsame Projekt lässt sich vielleicht am besten so beschreiben: „Wir tun alles, damit es den alten Menschen hier möglichst gut geht, und laden alle Interessierten herzlich ein, sich entsprechend ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten mit uns dafür zu engagieren.“

5.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Hinter den vielen positiven Beispielen guter Praxis, die wir kennen gelernt und teilweise hier beschrieben haben, stehen überall hoch engagierte und motivierte Menschen. Was sie bewirken können, wenn sie nicht nur als Einzelkämpferinnen oder Einzelkämpfer, sondern als ineinander greifende Rädchen eines konstruktiven Ganzen wirken, belegt die Fallstudie von Haus 4. Das folgende Resümee fasst zusammen, wie es unseren Ergebnissen zufolge heutzutage in einem guten Pflegeheim zugeht und woran sich vor dem Hintergrund unserer Ergebnisse gute Praxis messen lassen muss. Manches daran ist keineswegs neu, aber noch immer nicht selbstverständlich. Anderes beschreibt erste Schritte auf einem Weg zu einer Altenpflege, wie wir sie uns vielleicht für unser Alter wünschen. Und für viele Probleme werden künftig hoffentlich andere, bessere Lösungen gefunden werden, die der Menschenwürde alter, pflegebedürftiger Heimbewohnerinnen und –bewohner noch mehr Respekt entgegen bringen.

Was macht also gute Praxis aus?

Eine an den Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtete Versorgung nimmt die Biografiearbeit ernst, weil sie die Lebensleistung, die sozialen Beziehungen und die Würde jedes pflegebedürftigen alten Menschen respektiert. Ausdruck für diesen Respekt ist auch das Angebot eines eigenen Zimmers. Das Wissen über indivi-

duelle Vorlieben und Abneigungen wird berücksichtigt und für die Individualisierung und Optimierung der Pflege eingesetzt. Besonders die Körperpflege erfolgt mit großer Sensibilität für das Schamgefühl und bezieht mögliche Erfahrungen mit (sexualisierter) Gewalt ein.

Der heute übliche Personalschlüssel lässt eine echte Bezugspflege nicht zu⁶⁹. Dennoch gilt es, nicht nur in der Pflegeplanung, sondern vor allem im Alltag soviel Bezugspflege zu leben wie irgend möglich. Denn die kontinuierliche Zuständigkeit einer Pflegekraft für eine bestimmte Gruppe von Pflegebedürftigen ist eine zentrale Voraussetzung für eine an den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Zielen dieser Menschen ausgerichtete Versorgung. Sie ermöglicht es auf Basis einer verbindlichen Beziehung ebenso kontinuierlich den Ursachen für Konflikte oder Pflegeprobleme auf den Grund zu gehen wie kreative Lösungen zu suchen und zu erproben.

Wenn die Bezugspflege nicht durch Überlastung konterkariert wird, bietet sie zudem gute Voraussetzungen für eine bewohnerorientierte Kommunikation gerade auch mit in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkten Menschen. Ein gutes Kommunikationsklima ist u. a. daran zu erkennen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihre großen und kleinen Wünsche äußern und sich in dem Wissen, dass ihnen dies nicht übel genommen wird, nicht scheuen, ihre Bedürfnisse zu zeigen, selbst wenn sie den Pflegekräften dadurch mehr Arbeit machen. Gespräche über individuell verschiedene, manchmal persönliche Themen belegen ein (gegenseitiges) persönliches Interesse aneinander. Bezugspflege und bewohnerorientierte Kommunikation machen die Beziehungen zwischen Pflegenden und Gepflegten verbindlicher und individueller.

Kleine Wohngruppen, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner gemeinsam essen, sich hin und wieder gemeinsam etwas kochen, und in denen tagsüber während möglichst langer Phasen eine Präsenzkraft animiert, aktiviert und integriert, sind das am stärksten bewohnerorientierte Pflegekonzept, weil statt Lethargie und Langeweile Leben und Nachbarschaftlichkeit die Atmosphäre prägen.

Individuelle Wünsche zum Tagesablauf sollten möglichst berücksichtigt werden, nicht nur beim Aufstehen, sondern auch bei der Abendgestaltung und der Zubettgehzeit. Das erfordert Anpassungen im Dienstplan.

Ein gutes Beschäftigungsprogramm berücksichtigt unterschiedliche Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner, z. B. auch von Männern. Viele freuen sich besonders, wenn sie im Rahmen der Beschäftigung - oder außerhalb davon - etwas (für andere) Nützliches tun können. Eine wichtige Funktion von Beschäftigungsangeboten ist außerdem das gegenseitige Kennen lernen der pflegebedürftigen Menschen aus verschiedenen Wohnbereichen. Sie sind eine gute Gelegenheit zur Förderung von Nachbarschaftlichkeit, die von den Anbietenden aktiv unterstützt werden sollte.

Die Versorgung schwerstpflegebedürftiger Menschen ist aufwändig und personalintensiv. Wenn sie dennoch mehrmals täglich aus dem Bett und aus dem Zimmer mobilisiert

⁶⁹ Vgl. hierzu auch Löser 2004, S. 53, Michalke 2001, S.38.

werden, können sie ihre Potenziale besser ausschöpfen und an der Gemeinschaft teilhaben. Dafür gibt es Pflegerollstühle, aber auch ein Pflegebett kann in den Gemeinschaftsraum geschoben werden, damit der Bewohner oder die Bewohnerin bei den Mahlzeiten oder bei Angeboten einbezogen werden kann. Zusätzlich sind individuelle, stimulierende Betreuungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie eine aktivierende Gestaltung der Bettumgebung förderlich.

Der Gedanke, dass Pflegeheime nicht nur Orte zum Leben, sondern auch Orte der Rehabilitation und Kompetenzförderung für alte Menschen sind oder vielmehr sein könnten, ist noch recht neu und im Pflegealltag nur punktuell angekommen. In allen Bereichen, angefangen von der Körperpflege über Hauswirtschaft und Beschäftigung bis hin zur medizinischen Rehabilitation bieten die physischen, psychischen und sozialen Ressourcen, Potenziale und Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner Anknüpfungspunkte für (individuelle) Bemühungen um Erhalt und Verbesserung der (Alltags-) Kompetenz. Von einer solchen Aktivierung profitieren auch und gerade demenziell erkrankte Menschen (vgl. Kapitel 3).

Die Angehörigen der Pflegebedürftigen sind deren wichtigste Verbindung zu ihrem gelebten Leben. Allein deshalb verdienen sie Wertschätzung und Unterstützung seitens der Pflegeeinrichtungen, die vor allem die Pflegekräfte in den Wohnbereichen vermitteln können. Wenn Angehörige einbezogen werden und sich in der Einrichtung willkommen fühlen, können sie ihr Wissen und ihre Vorstellungen in die Versorgung einbringen und so das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Menschen auf vielfältige Weise fördern. Diese Einbeziehung gelingt, wenn sie von der Einrichtungsleitung gewünscht, gefördert und von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mitgetragen wird, denn Angehörige sind gelegentlich kritisch und fordernd, so dass es leicht zu Konflikten kommt. Organisierte Beteiligungsmöglichkeiten und verbindliche Ansprechpersonen sind geeignet, Konflikte sachlich zu klären und aus Beschwerden zu lernen. Für Belange, die den einzelnen pflegebedürftigen Angehörigen betreffen, sollten Pflegekräfte des jeweiligen Wohnbereichs ansprechbar sein. Optimal sind z. B. Bezugspflegekräfte, wenn sie „ihre“ jeweiligen Pflegebedürftigen, deren Hintergründe und mit der Zeit vielleicht sogar die Angehörigen gut kennen. Angehörigenabende zu verschiedenen (Pflege-) Themen ermöglichen das Kennlernen der Angehörigen untereinander und die gemeinsame Diskussion von Fragen und Problemen.

Für alle Einrichtungen ist es betriebswirtschaftlich schwierig, Betreuungsangebote für die Bewohnerinnen und Bewohner zu organisieren, die über die Pflege im engeren Sinne hinausgehen. Deshalb müssen dafür zusätzliche Ressourcen aktiviert werden. Eine wichtige Quelle sind freiwillig Engagierte. Ein starkes ehrenamtliches Engagement ruht vor allem auf den drei Säulen Konzept, offensive Werbung und einer „Danke-schön-Kultur“ aus (zertifizierten) Fortbildungen, geselligen Ereignissen und der Einbindung in die hausinterne Kommunikation über Planungen und Angebotsentwicklung. Mit der Gründung eines Fördervereins kann zusätzliche materielle Unterstützung erschlossen werden.

Die Kommunikationskultur innerhalb einer Einrichtung wirkt sich in vielfältiger Weise auf die Pflege- und Lebensqualität aus. Wissen ist Macht, ein gut organisierter Informationsfluss und ein darauf aufbauender Diskussionsprozess, in den alle Beteiligten ernsthaft einbezogen sind, bedeutet deshalb zugleich das Angebot zur (wenigstens beratenden!) Teilhabe an „mächtigen“ Entscheidungen. Das motiviert nicht nur alle Akteurinnen und Akteure, sich einzubringen und zu engagieren, sondern sichert den Informationsfluss von der Basis an die Spitze. Eine solche Beteiligungskultur spiegelt sich im Organigramm und der Besprechungsmatrix einer Einrichtung wider. Im Pflegealltag ist sie u. a. daran zu erkennen, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst auf Fragen nach aktuellen Entwicklungen und Plänen oder dem Stand der Qualitätsentwicklung antworten, statt auf die Führungskräfte zu verweisen.

Die konkreten Auswirkungen der Kommunikationsstruktur auf die Pflegequalität zeigen sich besonders deutlich bei der Implementierung von neuen Qualitätsstandards oder Abläufen im Pflegealltag. Für das Gelingen von Veränderungen z. B. bei der Esskultur müssen alle Betroffenen „im Boot“ sein, ihre Expertise eingebracht haben und überzeugt sein, dass zumindest die Erprobung eines neuen Konzeptes einen Versuch Wert ist. Wenn bei der Auswertung und Anpassung von Neuerungen wieder alle einbezogen werden, bis möglichst alle Zweifel und Bedenken ausgeräumt sind, ist die Einrichtung reif für den nächsten Schritt.

Auf diese Weise können z. B. Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie eine gute Ernährung der Bewohnerinnen und Bewohner nicht nur in der Dokumentation, sondern auch in der Praxis nachhaltig implementiert werden. Die notwendige Fachlichkeit in diesen und anderen pflegerischen Fragen kann nur auf Basis einer fundierten pflegefachlichen Ausbildung erreicht werden, die durch Fort- und Weiterbildungen laufend aktualisiert wird. Für Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter mit geringeren formalen Qualifikationen sind Angebote, die ihren Vorkenntnissen entsprechen, erforderlich. Einrichtungen, die selbst Ausbildungsplätze in der Altenpflege anbieten, profitieren von der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit aktuellen pflegewissenschaftlichen Entwicklungen. Qualitätsprojekte sollten sich eher in bestimmten Bereichen nacheinander Verbesserungen zum Ziel setzen, an denen dann alle gemeinsam arbeiten, bevor das nächste Problem angegangen wird. Bewährt hat sich außerdem die Benennung von Expertinnen oder Experten zu einzelnen Fachgebieten in jeder Einrichtung, die in Zweifelsfällen gefragt werden können. Sie sind selbst stets bemüht, auf dem neuesten Stand zu sein und fühlen sich besonders verantwortlich für die Einhaltung und Weiterentwicklung der Qualität in ihrem Spezialgebiet.

Schließlich kommt es darauf an, eine hohe Qualität von Pflege und Versorgung bei und mit jedem Bewohner und jeder Bewohnerin zu erreichen. Risiken, Probleme, persönliche Ziele, Rehabilitationspotentiale und Fortschritte müssen deshalb in der Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten benannt und ausgehandelt werden, bevor sie in die Pflegeplanungen einfließen. Dadurch dass sie in Teambesprechungen und Übergeben immer wieder thematisiert werden, werden sie selbstverständliche, gemeinsame Alltagsprozesse. Hier beweist sich letztlich der Respekt vor der Würde des einzelnen alten Menschen.

Anforderungen an das Management

Pflegekräfte, die dauerhaft eine wirklich an den Interessen der von ihnen versorgten Menschen orientierte Versorgung durchführen sollen, benötigen dafür nicht nur klare Vorgaben, sondern vor allem verlässliche Rahmenbedingungen und gute Vorbilder. Der überall knappe Personalschlüssel macht eine perfekte und durchdachte Organisation des Alltages nötig, die trotzdem flexible, spontane Gestaltungsspielräume im Tagesablauf lässt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen große menschliche und fachliche Kompetenz mitbringen, die Führungskräfte von der Einrichtungsleitung bis zu den Wohnbereichsleitungen müssen sie dabei unterstützen, diese einzubringen und weiter zu entwickeln. Obendrein besteht ein fortwährender Veränderungsdruck durch Vorgaben von außen, auch sind einmal gefundene Lösungen meist nicht für alle Bewohnerinnen und Bewohner passend. Diesen ununterbrochenen Prozess konstruktiv zu steuern, erfordert ein Management, das immer wieder motiviert und produktive Kommunikationsprozesse organisiert. In dieser Hinsicht unterscheiden sich die Führungsstile der Heimleitungen in den untersuchten Einrichtungen zum Teil erheblich.

Indifferenz der Heimleitung gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern, Desinteresse an den Problemen der Pflegenden und geringes Engagement für Verbesserungen gehen meist einher mit einem Arbeitsklima, in dem engagierte Pflegekräfte nur punktuell gute Praxis umsetzen können. Umgekehrt kann eine engagierte Heimleitung nicht nur die Pflegekräfte, sondern auch die Bewohnerinnen und Bewohner, ihre Angehörigen und sogar Außenstehende begeistern.

Eine im Sinne einer menschenwürdigen, an den Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichteten Pflege vorbildliche Heimleitung

- ist ein Kommunikations- und Moderationstalent, das motiviert und mitreißt,
- hört zu und fragt nach,
- induziert und strukturiert Diskussions- und Arbeitsprozesse,
- unterstützt Entscheidungen und sorgt für ihre Durchsetzung,
- bindet alle Akteursgruppen in (Planungs-) Prozesse ein,
- delegiert Arbeit und Verantwortung, damit Selbstverantwortung, Mitdenken und Kreativität gestärkt werden,
- hat große eigene Fachkompetenz und schätzt die Expertise anderer,
- fürchtet Transparenz und Kompetenz nicht, sondern fördert und schätzt sie,
- pflegt einen kooperativen Führungsstil,
- kann gut wirtschaften und mit Geldgebern (Pflegesätze) verhandeln,
- versteht sich als „Netzwerkerin bzw. Netzwerker“, der bzw. die die Einrichtung mit dem Stadtteil und anderen Akteurinnen und Akteuren vernetzt,
- hat ein Konzept zur Erschließung von zusätzlichen Ressourcen.

Diese für die Förderung guter Praxis entscheidenden Qualitätsmerkmale guter Führung sind nicht neu. Schon in der Vorgängeruntersuchung MuG II⁷⁰ haben die Fallstudien gezeigt, dass eine menschenwürdige Pflege nur zu haben ist, wenn sie von oben gewollt, unterstützt und manchmal durchgesetzt wird. Ergänzend belegt das Beispiel der Einrichtungsleitungen, die aktiv auf die Beteiligung von freiwillig Engagierten und Angehörigen setzen, wie Kooperationswille, Transparenz und die Bereitschaft Neues zu erproben, Ressourcen erschließen können. Denn auch wenn die Rahmenbedingungen eine menschenwürdige Pflege und Versorgung zu einer wirklich schwierigen Aufgabe machen – vieles ist möglich, wenn sich alle Beteiligten gemeinsam auf den Weg machen.

Literatur

- Aichele, Valentin/Schneider, Jakob (2006): Soziale Menschenrechte in der Pflege, Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.), Berlin
- Backes, Gertrud (2005): Geschlecht, Alter(n) und Pflege – ein allseits (un-)bekanntes Thema? Oder: Zur Begründung einer geschlechtersensiblen Altenpflege, in: Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven, Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 359-384
- Bartholomeyczik, Sabine/Bai, Jon Chim/Schreier, Maria Magdalena/Volkert, Dorothee (2006): Qualitätsniveau II „Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“. Im Auftrag der BUKO-QS, Witten/Herdecke
- Bartjes, Heinz/Hammer, Eckart (2005): In jeder Beziehung schwierig. Mann und Pflege, in: Forum Sozialstation. Jg.29. 12/2005. S.36-38
- Becker, Doris (2003): Ernährungsrisiken erkennen und beheben, Vincentz Network, Hannover
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2003): Psychische Belastung und Beanspruchung. Manual zur Mitarbeiterbefragung für die Stationäre Altenpflege, Hamburg
- Böhmer, Martina (2005): Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit, Mabuse, Frankfurt/Main
- Böhmer, Martina (im Interview mit S. Helck) (2004): Konfrontation der (Alten-)Pflege mit Traumata, in ProAlter 3/2004, S. 44-48
- Brüggemann, Jürgen (2006): Flagge zeigen beim Qualitätsmanagement. Neue Prüfkriterien der Medizinischen Dienste. In: Altenheim 2/2006. S.66-70
- Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (2004): Ergebnisbericht. Bürgerengagement für Ältere. Erfolge und Visionen. http://www.caritas.de/aspe_shared/form/download
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin

⁷⁰ Vgl. Heinemann-Knoch, Korte, Schönberger, Schwarz (1998), S. 132ff.

- Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend/Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2003): Der Heimbeirat, Bonn
- Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend/Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2006): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen/Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege/Arbeitsgruppe IV, Berlin
- Daneke, Sigrid (2000): Angehörigenarbeit. Urban & Fischer. München/Jena
- Daneke, Sigrid (2003): Freiwilligenarbeit in der Altenhilfe. Motivieren – organisieren – honorieren, Urban & Fischer, München/Jena
- Denzer, Karl Josef (2001): Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen. Ergebnisse und Erfahrungen aus einem Modellprojekt. Werkstattbericht 20. Haus Neuland, Bielefeld
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung - Implementierung, 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie, Schriftenreihe des DNQP, Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse, Schriftenreihe des DNQP, Osnabrück
- Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004), Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege (2005), Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (2007), alle Schriftenreihe des DNQP, Osnabrück
- Diakonie Gütersloh e.V.(2005): SESA-Praxisleitfaden. Konkrete Handlungsempfehlungen für die Arbeit mit Ehrenamtlichen in der stationären Altenhilfe, Gütersloh
- Elsbernd, Astrid (2007): Indikatorenentwicklung in der stationären Altenpflege. Explorative Untersuchung zu Bewertungs- und Steuerungsinstrumenten in der Praxis, hg. v. Diakonischen Werk Württemberg e. V., Abt. Gesundheit, Alter, Pflege, Stuttgart
- Fillibeck, Heiko (2005): Stürze lassen sich nicht verhindern, Risikofaktoren aber schon, in Pro Alter 1/2005, S. 51 – 52
- Fillibeck, Heiko (2005): Herr Merz und sein „Bauchladen“, in: ProAlter, 3/2005, S.26
- Fooker, Insa (1986): Männer im Alter – psychologische und soziale Aspekte, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 19/1986, S. 249 – 275, zit. n. Bartjes/Hammer 2005
- Frankenberg, Beate / Heinekamp, Stefanie (2005): Gutes essen – regelmäßiges Training, in: Altenheim 10/2005, S. 18 – 20
- Geisen, Richard/Mühlbauer, Bernd H. (Hg.) (2002): Die Ehrenamtlichen. Sozialkultur, Recht und Praxis der Freiwilligenarbeit. Lit Verlag. Münster
- Griese, Martina (2004): Sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Mädchen im Krieg. Hintergründe, Folgen und Konsequenzen für den pflegerischen Berufsalltag, in ProAlter 3/2004, S. 38-43
- Hassel, Alexander J./Koke, U./Drechsel, A./Kunz, A./Rammelsberg, P. (2005): Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 5/2005. S.342-346

- Hasselhorn, Hans-Martin/Müller, Bernd Hans/Tackenberg, Peter/Kümmerling, Angelika/Simon, Michael (2005): Berufsausstiege bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden
- Heinemann-Knoch, Marianne/Korte, Elke/Schönberger, Christine/Schwarz, Birgit (1998): Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen. Belastungskonfigurationen und Empfehlungen zur Weiterbildung der Hilfen, Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Heinemann-Knoch, Marianne/Korte, Elke/Heusinger, Josefine/Klünder, Monika/Knoch, Tina (2005): Kommunikationsschulung in der stationären Altenpflege – Ergebnisse der Evaluation eines Modellprojektes zur Entwicklung der Kommunikationskultur und zur Transfersicherung, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Band 38, Heft 1 / 2005, S. 40 – 46
- Helck, Simone (2004): Unheilbare Wunden, in: ProAlter 3/2004, S. 37f
- Hermes, Gisela: Umfrage zur geschlechtsspezifischen Pflege/Assistenz bei behinderten Frauen. Aus dem Projekt „Bundesorganisationsstelle behinderte Frauen“ des BMFSFJ, 2002, vgl. www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/PRM-24494-Umfrage.property=pdf.pdf, Zugriff am 5.12.2005)
- Heusinger, Josefine (2006): Der ExpertInnenworkshop „Menschenwürde im Pflegeheim“: Wenn Betroffene die Forschung beraten, in: Hitzblech, Tanja / Nordheim, Johanna: Erfahrungsbericht zum Projekt Einrichtung einer Geschäftsstelle „Kompetenznetz für das Alter“, Band 1/2, Berlin, S. 253 - 257
- Heusinger, Josefine/Knoch, Tina (2007): Fallstudien zur Qualität von Pflege und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, unveröffentlichter Abschlussbericht des IGF e. V. zum Teilprojekt im Forschungsverbund MuG IV, Berlin
- Hilbig, Petra (2003): Das Hausparlament im Seniorenzentrum Luisenhaus, in BAGSO-Nachrichten 1/2002, (hg. von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, S. 37f
- Horschig, Jola (2006): Die besten Köche sind die Bewohner. In: Altenheim 2/2006. S.76-77
- Huhn, S. (2004): Sturz, Lazarus Nr. 1-2, S. 7-9, zit. n. DNQP 2006, S. 98
- Igl, Gerhard/Dünnes, Sibylle (2002): Das Recht auf Pflegekräfte des eigenen Geschlechts unter besonderer Berücksichtigung der Situation pflegebedürftiger Frauen. Rechtsgutachten, erstattet im Auftrag des Bildungs- und Forschungsinstituts zum selbstbestimmten Leben Behinderter, 2002
- Jenuß-Schiefer, Brigitte (2005): Aktivität und Selbstbestimmung im Pflegeheimalltag. Ergebnisse aus dem Projekt „Geri-Aktiv“, in: Klie, Thomas et al.: Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main 2005, S.144-161
- Karasek, Robert (1979): Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. Administrative Science Quarterly, 24, 285-306
- Karasek, Robert & Theorell, T. (1990): Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books

- Klie, Thomas/Buhl, Anke/Entzian, Hildegard/Schmidt, Roland (Hg.) (2002): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf, Mabuse Verlag, Frankfurt/Main
- Klie, Thomas/Buhl, Anke/Entzian, Hildegard/Hedtke-Becker, Astrid/Wallrafen-Dreisow, Helmut (Hg.) (2005): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main
- Kochanek, Johannes (2004): Zufriedenheit und Ehrenamt – zwei die sich brauchen. In: Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement: Ergebnisbericht. Bürgerengagement für Ältere. Erfolge und Visionen, S.29-33
- Kolb, Christian (2. Auflage 2004): Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken. PEG-Sonde - ja oder nein? Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main
- Kruse, Andreas/Müller, Elke/Schmitt, Eric (2006): Qualitätsniveau III „Aspekte persönlicher Lebensführung und Teilhabe bei Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf“. Im Auftrag der BUKO-QS, Heidelberg.
- Löser, Angela Paula (2004): Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: Schnell, leicht und sicher, Schlütersche, Hannover
- Michalke, Cornelia (2001): Pflgetheorie und –praxis, Urban und Fischer, München, Jena
- Mamerow, Ruth (2002): Fantasie ist gefragt. Wie man dem Flüssigkeitsverlust bei alten Menschen liebevoll begegnen kann, in: Heim + Pflege Nr. 33, 9/2002, S. 281f
- MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112,114 SGB X in der stationären Pflege vom 10.11.2005
- Michaelis, Martina (2005): Pflege als extreme Verausgabung: arbeitssoziologische Aspekte, in: Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven, Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 263 – 278
- Probsthayn, Martina (2005): Vergleich der Personalrichtwerte der Länder in der Bundesrepublik Deutschland gemäß §75 Abs. 3 SGB XI für die vollstationäre Altenhilfe, Hausarbeit im Studiengang Pflegemanagement am Studienzentrum Neumünster
- Reller-Wiese, Bettina (2002): Wie können 60 Ehrenamtliche in einer Einrichtung sinnvoll tätig werden ? Praxisbericht aus einem Caritas-Altenzentrum. In: Geisen, Richard, Mühlbauer, Bernd H. (Hrsg.): Die Ehrenamtlichen. Sozialkultur, Recht und Praxis der Freiwilligenarbeit. Lit Verlag. Münster, S. 69 – 77
- Schäufele, Martina/Hendlmeier, Ingrid/Teufel, Sandra/Weyerer, Siegfried (2006): Qualitätsniveau I „Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen“. Im Auftrag der BUKO-QS, Mannheim
- Schönberg, Frauke/Schnabel, Eckart (2002): Qualitätssicherung: Nutzerorientierung und „patient view“ in stationären Pflegeeinrichtungen, in: Klie, Thomas/Buhl, Anke/Entzian, Hildegard/Schmidt, Roland (Hg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf, Mabuse Verlag, Frankfurt/Main, 2002, S. 203 – 222
- Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hg.)(2005): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven, Juventa Verlag, Weinheim und München

- Schürer, Birgit/Steves, Marlene (2004): Ängste abbauen. Wer Angehörige in die tägliche Arbeit einbezieht, schafft Zufriedenheit auf allen Seiten. In: *Altenpflege* 4/2004, S.38-40
- Sowinski, Christine (2005): Die Einführung von Expertenstandards in die Praxis. Eine Aufgabe des Managements, in: *Pro Alter* 1/2005, S. 60 – 62
- Tinetti, M. E. (1986): Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients, in: *Journal of the American Geriatrics Society*, Bd. 34 (1), S. 119-126, zit. n. DNQP 2006, S. 103
- TNS Infratest Sozialforschung (2006): Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen. Schnellbericht zur Repräsentativuntersuchung MuG IV, München, S. 16f
- Weidner, Frank/Isfort, Michael/Messner, T./Zinn,W. (2003): *Pflegethermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Personalwesens in der stationären Altenhilfe in Deutschland*, Köln, Bermuthshain
- Winkler, Jörn/Regelin, Petra/Brach, Michael/Mommert-Jauch, Petra/Rott, Christoph/Haack, Christina (2005): *Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige*, hrsg. vom Deutschen Turner-Bund, gefördert vom BMFSFJ, Frankfurt/Main
- Winter, Hans-Peter/Gennrich, Rolf/Haß, Peter (2002): *Die 4. Generation des Altenheimbaus. Eine Dokumentation von 34 Projekten*, hg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Stand: April 2008

Gestaltung: KIWI GmbH, Osnabrück

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 018 01/90 70 50*
Fax: 03018/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
E-Mail: info@bmfsfj.service.bund.de

* nur Anrufe aus dem Festnetz, 3,9 Cent
pro angefangene Minute