

Sinneswelten für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe

-Eine Lokalstudie-

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Philosophie

Fakultät II
Bildung-Architektur-Künste
Department Erziehungswissenschaft-Psychologie
Universität Siegen

vorgelegt von

Franca D'Arrigo

PD Dr. Imbke Behnken
Erstgutachterin

Prof. Dr. Albrecht Rohrmann
Zweitgutachter

Siegen und Witzenhausen

2011

Sinneswelten für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe
-Eine Lokalstudie-



2011

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
Danksagung.....	6
1 Einführung.....	8
2 Demenz als Krankheit.....	14
2.1 Der Begriff und die Bedeutung der Demenz.....	19
2.2 Diagnostik, Symptome und Therapie.....	29
2.3 Forschungsaktivitäten.....	36
3 Die Versorgungssituation von demenzkranken Menschen in der stationären Altenhilfe	3
3.1 Die historische Entwicklung der Pflegeheimgenerationen.....	40
3.2 Ausgewählte Wohn- und Betreuungskonzepte in der stationären Altenhilfe.....	54
3.2.1 Das französische Cantou-Konzept.....	56
3.2.2 Der niederländische Anton-Pick-Hofje.....	58
3.2.3 Das schweizerische Drei-Welten-Modell.....	60
3.3 Aktuelle Betreuungsansätze als theoretischer Bezugsrahmen in der stationären Versorgung Demenzkranker.....	66
3.3.1 Der milieuorientierte Ansatz.....	66
3.3.2 Das psychobiografische Pflegemodell nach Böhm.....	68
3.3.3 Der erlebensorientierte Ansatz nach van der Kooij.....	73
3.3.4 Die personenzentrierte Pflege nach Kitwood.....	75
3.4 Integrative versus segregative Wohn- und Betreuungsstrukturen in der stationären Betreuung demenziell erkrankter Menschen.....	77
4 Theoretisches und forschungsleitende Fragen.....	79
5 Das Forschungsdesign.....	82
5.1 Qualitative Forschung.....	82
5.2 Das Experteninterview als Methode.....	87
5.3 Die Feldphase.....	91
5.4 Die teilnehmende Beobachtung als Methode.....	94
5.5 Die Durchführung des Untersuchungsprozesses.....	96
5.5.1 Beschreibung der Region.....	96

5.5.2 Auswahl der Untersuchungseinrichtungen und Kontaktaufnahme....	98
5.5.3 Durchführung der Experteninterviews.....	98
5.6 Schritte der Auswertung.....	100
5.6.1 Die Transkription.....	101
5.6.2 Die Verlaufssequenzierung.....	103
5.6.3 Die Themensequenzierung und die Kategoriebildung.....	104
5.6.4 Der thematische Vergleich.....	105
5.6.5 Die ethnographische Diskussion der Ergebnisse.....	106
6 Portraits und Monografien.....	107
6.1. Perspektiven der Untersuchungseinrichtungen	108
6.1.1 Portrait „In der Zwischenstadt“.....	109
6.1.2 Portrait „Geprägte Randlage“.....	116
6.1.3 Portrait „Im Grünen“.....	123
6.1.4 Portrait „Mittendrin“.....	130
6.1.5 Portrait „In der Kernstadt“.....	137
6.1.6 Portrait „Im lokalen Nahraum“.....	145
6.2 Monografische Einsichten in die Expertengespräche.....	153
6.2.1 Monografie „Herrn Meyer“.....	153
6.2.2 Monografie „Frau Anton“.....	166
6.2.3 Monografie „Herrn Metzler“.....	178
6.2.4 Monografie „Herrn Mettmann“.....	196
6.2.5 Monografie „Krau Kraft“.....	212
6.2.6 Monografie „Herr Jacobs“.....	227
7 Vergleichende Betrachtung.....	241
7.1. Die Einrichtungen im Vergleich der Pflegerheimgeneration.....	242
7.2 Sind Orte der stationären Altenhilfe als Sinneswelten für Menschen mit Demenz erlebbar?.....	265
7.3 Die stationäre Altenhilfe, noch immer eine „Totale Institution“?.....	268
8 Möglichkeiten und Grenzen von Sinneswelten für demenzkranke Menschen in stationären Pflegeheimen.....	271
9 Ausblick und Wünsche.....	274
10 Literatur.....	277
11 Anhang.....	287
A1 Auszüge aus dem Pflegeversicherungsgesetz.....	287
A2 Muster des Schreibens an die Heimleitungen.....	296

Verzeichnis der Tabellen	297
Verzeichnis der Abbildungen	298
Verzeichnis der Skizzen	300
Verzeichnis der Fotografien	301

Danksagung

Endlich habe ich Gelegenheit danke zu sagen.

Wie in einem guten Drehbuch ist diese Dissertation erst möglich geworden, weil eine Vielzahl von Personen mich auf die unterschiedlichste Art und Weise fachlich wie persönlich unterstützt hat.

Besonderer Dank gebührt allen voran meiner Doktormutter, Frau PD Dr. Imbke Behnken sowie Herrn Prof. Dr. Jürgen Zinnecker für die immer konstruktive wie vertrauensvolle Beratung und persönlich prägende Begleitung während meiner gesamten Studienzeit und der Dissertationsphase an der Universität Siegen.

Herrn Prof. Dr. Albrecht Rohrmann danke ich sehr für die spontane Übernahme des Zweitgutachtens und seine fachliche Begleitung während des Dissertationsverfahrens.

Weiter danke ich meinen Kollegen und Kolleginnen im Doktorandenseminar für ihre fachlichen Anmerkungen und dem erfahrenen persönlichen Zuspruch.

Besonderer Dank gilt auch den Trägerorganisationen, Geschäftsführungen und Heimleitungen der stationären Altenhilfeeinrichtungen der ausgewählten Untersuchungsregion für das mir entgegengebrachte Vertrauen während der Durchführung der Experteninterviews und der Hausbegehungen.

Ein weiteres Dankeschön geht an Herrn Dipl.-Ing. Florian Afflerbach, der mit großem Interesse und fachlichem Können die Einrichtungen nach meinen Wünschen zeichnerisch in Szene gesetzt hat.

Für die redaktionelle Arbeit und das gestaltete Layout danke ich Frau Barbara Funke und Frau Franziska Uphoff.

Ein ganz besonderer Dank geht an meine Eltern und meine Schwester, die in jeder Phase der Arbeit mit mir umgehen mussten und es dabei immer wieder verstanden haben, mich zu motivieren und zu unterstützen.

Dies gilt auch für meine Freunde Bernd, Rosi und Uschi, die auch für die eine oder andere so wichtige Ablenkung während der Dissertation gesorgt haben.

1 Einführung

Einfühlsam und zugleich pointiert erzählt die niederländische Journalistin Stella Braam in ihrem Buch *„Ich habe Alzheimer“* die letzte Lebensphase ihres Vaters mit der Diagnose Alzheimer. Der niederländische Schriftsteller, Wissenschaftler und Vater von Stella Braam, Rene van Neer, kämpft eindrucksvoll drei lange Jahre gegen die Alzheimer-Erkrankung an. In dieser Zeit lebt er immer an der Grenze zwischen den unterschiedlichsten Gefühlswelten wie Orientierungslosigkeit, Angst, Ruhelosigkeit, Wut und Trauer, die zunehmend von van Neer Besitz ergreifen. *„Er fuchelt mit seinem Stock herum und ruft: „Ich weigere mich, noch länger in diesem Internat zu arbeiten. Man wird hier nur ausgebeutet.“ Es ist der 19. Mai 2004. Mein Vater, der seine Station tyrannisiert, ist pensionierter Psychologe. Er ist 78, von kleiner Statur und hat Schuhgröße 46. Seiner Pflegeakte zufolge ist er ein etwas seltsamer und eigenwilliger Mann mit ausreichendem Lebenswillen, jedoch äußerst skeptischem Weltbild. An jenem Abend, als er Amok läuft, ist er seit fast einem halben Jahr im Alten- und Pflegeheim Koepelhof, Maastricht, weil er Alzheimer hat“* (Braam, 2010, S. 7).

In der Folge durchleben Rene van Neer und seine Tochter eine bewegende und schmerzhafteste Reise durch den Alltag von Demenzkranken. Nach dreijähriger Erkrankung, am Mittwoch, dem 14. März 2007, schließlich müssen Vater und Tochter Abschied nehmen. Stella Braam fasst die letzten drei gemeinsam durchlebten Jahre mit ihrem demenzkranken Vater zusammen: *„Endlich befreit, der Albtraum hat ein Ende. Nie mehr Windeln, nie mehr Hebebühne. Nie mehr Schmerzen. Nie mehr Einsamkeit. Nie mehr keine Worte mehr finden können. Nie mehr die Pflege nicht bekommen, die er so sehr verdiente. Tschüss Papa, tschüss liebster Freund. Da gehst du hin, mit unbestimmtem Ziel“* (Braam, 2010, S. 186).

So oder so ähnliche Begegnungen mit Demenzkranken gehören zum Pflege- und Betreuungsalltag in deutschen Altenpflegeheimen. Längst hat sich die Demenzkrankheit ausgebreitet und ist zu einer „Modeerkrankung“ des 21. Jahrhunderts geworden. Die Lebensbedingungen, die Lebensqualität und die Gestaltung von Lebenswirklichkeiten von und für demenzerkrankte Menschen rücken um so stärker in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses, je größer der Anteil der Bevölkerung ist, der an Altersdemenz

erkrankt. Die Zahlen sprechen für sich: Rund 1,2 Millionen der über 65-Jährigen und Älteren sind gegenwärtig in Deutschland von einer Demenzerkrankung betroffen (vgl. Weyerer, 2007 S. 11). Mehr als zwei Drittel der Betroffenen sind Frauen. Nach Schätzung des Statistischen Bundesamtes lebten bis 2007 bereits mehr als 400.000 Demenzkranke in Einrichtungen der stationären Altenhilfe - Tendenz steigend.

In der hier vorliegenden Lokalstudie steht die Institution „Altenpflegeheim“ als Sinneswelt für Demenzkranke im Mittelpunkt der Untersuchung.

Seit mehr als 15 Jahren verfolge ich nunmehr als Altenhilfe- und Hospizreferentin bei einem Landesverband der Freien Wohlfahrtspflege und als ehemals tätige Heimleiterin einer stationären Pflegeeinrichtung aktiv die Entwicklung der stationären Versorgungslandschaft für Menschen mit einer Demenzerkrankung. Dabei erlebe ich immer wieder den Pflege- und Betreuungsalltag in seiner ganzen Komplexität der Alltagswirklichkeit von Pflegeheimen als Institutionen des Alters. Die stationäre Altenhilfe ist zu einem Teilbereich der Gesellschaft geworden, der sich nicht mehr nur in individuellen Hilfestellungen erschöpft, sondern vielmehr gesellschaftspolitische Aktivitäten und Maßnahmen umfasst, die der Befriedigung von materiellen und immateriellen Bedürfnissen der älteren Generation dient. Vor dem Hintergrund dieses gesellschaftlichen Veränderungsprozesses hat sich die Altenhilfe mit ihren unterschiedlichen Akteuren auf den Weg gemacht, den ständig wachsenden Anforderungen nachkommen zu können. Es reicht eben schon lange nicht mehr aus, nach dem Motto 'satt, sauber, trocken' zu pflegen. Dieser bereits eingeläutete Paradigmenwechsel in der Altenhilfe wurde in der Vergangenheit wesentlich durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 angestoßen und bis zum heutigen Tag besonders im Hinblick auf die Aspekte von Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Qualität kontinuierlich weiterentwickelt. In der stationären Altenhilfe lassen immer wieder Medienberichte über schlechte Pflege und Qualitätsmängel in den Einrichtungen die Wellen hochschlagen. Der Gesetzgeber versucht über das Pflegeversicherungsgesetz die Einrichtungen durch restriktive Maßnahmen wie gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsüberprüfungen zu Qualitätsanstrengungen zu bewegen und in den Einrichtungen selbst sind vielfältige Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität in vollem Gang.

Bedingt durch demografische Prognosen der Bevölkerungsstruktur lässt sich schon heute erkennen, dass wir in den nächsten Jahrzehnten gesellschaftspolitisch mit einer zahlenmäßigen Zunahme der über 65-Jährigen konfrontiert werden und mit weiteren gravierenden Veränderungen der unterschiedlichen Lebenslagen zu rechnen haben. In diesem Zusammenhang erleben wir seit Mitte der 1990er Jahre einen anhaltenden Veränderungsprozess in der Suche nach Gründen, die zu einer stationären Heimaufnahme führen. Demnach gehen nach Bickel über 50 % der Heimaufnahmen auf eine demenzielle Erkrankung zurück (Bickel, 2005, S.7). Statistiker und Praktiker von stationären Altenhilfeeinrichtungen gehen von einem weiterhin stark ansteigenden Anteil von Heimaufnahmen mit einer Demenzdiagnose aus.

Wie bereits angedeutet werden durch alle Akteure im Handlungsfeld der stationären Altenhilfe größte Anstrengungen unternommen, um die bestehenden Wohn- und Pflegeformen und die damit verbundenen fachlichen Konzepte zur Versorgung und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen inhaltlich weiterzuentwickeln. Bei allem Bemühen um eine bestmögliche Versorgungsstruktur für Demenzkranke ist dem stationären Altenhilfebereich allerdings auch noch immer zu konstatieren, dass die meisten Einrichtungen nur unzureichend auf die Pflege und Betreuung von demenzerkrankten Menschen vorbereitet sind. Dies hat die unterschiedlichsten Gründe und Ursachen, denen im Rahmen dieser Dissertation nachgegangen werden soll.

- So sind die Ursachen sicherlich zu einem großen Teil in den Rahmenbedingungen der Baustruktur, der Organisationsstruktur und in den inhaltlich gegebenen Pflege- und Betreuungskonzepten der Einrichtungen zu suchen.
- Über Jahrzehnte hat es in der stationären Pflegelandschaft keine besonderen Pflege- und Betreuungsstrukturen für demenzkranke Menschen gegeben, wie die späteren Ausführungen noch zeigen werden.
- Auch wenn die Alzheimer-Erkrankung schon seit der berühmten Studie von Alois Alzheimer aus dem Jahr 1901 als Demenzerkrankung existiert, so steckt die Demenzforschung noch am Anfang einer Entwicklung, die zur Zeit mehr Fragen aufwirft als dass sie Antworten liefert.

- Problematisch ist ebenfalls die Situation der Altenpflegeausbildung in Deutschland, die junge Menschen nicht ausreichend auf dem Umgang mit demenziell Erkrankten vorbereitet und qualifiziert.

Bereits diese unvollständige Aufzählung zeigt, in welchem Dilemma sich die Altenhilfe insgesamt befindet, wenn es um die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz geht. Der Handlungsdruck ist enorm.

Im Rahmen der Studie möchte ich die Bedingungen der Lebenswirklichkeit von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe näher in den Blick nehmen. Dabei interessiert mich besonders, wie das Pflegeheim als *Institution des Alters* die soziale Wirklichkeit eines demenzgerechten Pflege- und Betreuungssettings für Menschen mit Demenz aus der Perspektive von innen heraus gestaltet. Am Beispiel einer Lokalstudie in sechs stationären Pflegeheimen folge ich der für diese Studie zentral zu Grunde gelegten Leitfrage nach den Wechselwirkungen und Wirkungszusammenhängen in der stationären Altenhilfe als *Sinneswelt* für Demenzkranke. Angelehnt an das Konzept der Lebenswelt von Schütz/Luckmann wähle ich den Begriff der *Sinneswelt* für den weiteren Verlauf. Mit dem Begriff verbinde ich eine Lebenswelt im Grundverständnis nach Schütz/Luckmann als eine aufgefächerte Explikation der Analyse von Grundstrukturen der sozialen Wirklichkeit für Menschen mit einer Demenzerkrankung in der Institution der stationären Altenhilfe. Dabei werden verschiedene Perspektiven einer Sozialwelt für Demenzkranke untersucht. Analysiert wird die Gestaltung von Sinneswelten für Menschen mit Demenz in stationären Pflegeheimen aus der Perspektive der Einrichtungsleitungen und der eigenen Begegnung mit den untersuchten Pflegeeinrichtungen als *Institution des Alters* während der Durchführung von Experteninterviews und der sich anschließenden Begehungen der Einrichtungen.

In *Kapitel 2* wird zunächst der Begriff der Demenz aus erziehungswissenschaftlicher Sicht für den Gegenstandsbereich der stationären Altenhilfe betrachtet. Unterschiedliche medizinische und nichtmedizinische Definitionsansätze werden ebenso vorgestellt wie Ursachen, Symptome, Risiken und psychosoziale Auswirkungen, die eine Demenzerkrankung begünstigen.

Zudem möchte ich besonders die nichtmedikamentösen therapeutischen Verfahren und Ansätze betrachten, die heute im Umgang mit Demenzkranken zum Einsatz kommen.

Kapitel 3 widmet sich dem Wandlungsprozess der historisch gewachsenen Versorgungsstruktur der stationären Altenhilfe in Deutschland. Im Mittelpunkt steht eine Beschreibung des Veränderungsprozesses von Heimen als Lebensort oder auch als *Sinneswelt* für alte und multimorbide Menschen seit den 1940er Jahren bis 2010.

Kapitel 4 stellt die theoretischen Zusammenhänge dar und zeigt die Forschungsfragen auf.

In *Kapitel 5* wird die Darlegung des Forschungsdesigns geklärt. Es erfolgt eine theoretische Verortung innerhalb der qualitativen Sozialforschung. In einer Übersicht werden die angewandten Untersuchungs- und Auswertungsverfahren während des Forschungsprozesses dargestellt. Zudem werden die Durchführung der Untersuchung und die Auswahl der Untersuchungseinrichtungen beschrieben. Natürlich wäre es auch wünschenswert gewesen, demenzerkrankte Heimbewohner selbst als Betroffene mit ihren eigenen Handlungs- und Deutungsmustern zur Ausgestaltung von Sinneswelten in den Mittelpunkt der Studie zu stellen. Dies hätte allerdings bedeutet, die Untersuchung über einen wesentlich längeren Zeitraum anzulegen und die soziale Erlebenswelt von Demenzkranken aus ihrer Sicht durch eine unmittelbare Erlebnisnähe und Erlebnistiefe zu beschreiben. Außerdem wäre eine längere Phase des Zusammenlebens mit den Betroffenen in ihrer Erlebenswelt der stationären Altenhilfe notwendig gewesen, um überhaupt eine gewisse Erlebnisnähe und eine Erlebnistiefe über eine aktive Beziehungsarbeit mit Demenzkranken in der Institution Pflegeheim zu schaffen. Dieses Vorhaben hätte den Rahmen der vorliegenden Dissertation jedoch überschritten.

In Anlehnung an die Konzeption der „*Dichten Beschreibung*“ von Geertz aus dem Jahr 1987 gewährt *Kapitel 6* einen vertieften Einblick in die Befunde der durchgeführten Untersuchung. Mit dem Verfahren der teilnehmenden Beobachtung im untersuchten Feld werden die einzelnen Einrichtungen in ihrer sozialen Wirklichkeit aus der Perspektive von innen heraus in ihren Sinnzusammenhängen dargestellt.

Für die Darstellung der Ergebnisse werden das Portrait und die Monografie gewählt, die auf der methodologischen Grundlage der teilnehmenden Beobachtung und des qualitativen Experteninterviews entstanden sind.

Schließlich werden in *Kapitel 7* die Befunde in Bezug auf die Forschungsfragen aus *Kapitel 4* zentral zusammengefasst, ausgewertet und unter besonderer Berücksichtigung der zentralen Fragestellung nach den Wechselwirkungen und Wirkungszusammenhängen interpretiert.

Kapitel 8 wird abschließend unter Berücksichtigung des Erkenntnisgewinnes der durchgeführten Lokalstudie Möglichkeiten und Grenzen aufzeigen, die die Ausgestaltung von *Sinneswelten* für demenzkranke Menschen in stationären Pflegeheimen ausmachen.

Kapitel 9 enthält einen kurzen Ausblick und weiterführende Überlegungen der Autorin, die im Verlauf der Dissertation in Bezug auf das Untersuchungsthema der *Sinneswelten* für Demenzkranke entstanden sind.

2 Demenz als Krankheit

Zur näheren Betrachtung der Krankheit Demenz ist es notwendig, sich zunächst mit einer Vielzahl von Definitionen auseinanderzusetzen, zu denen sich zusammenfassend sagen lässt, dass die Mehrzahl der Erklärungsmuster auf medizinischen Befunden beruht und weniger eine multiperspektivische Sichtweise einnimmt. Auch bleibt die so wichtige Frage nach der Grenze zwischen einer dem Alterungsprozess geschuldeten geistigen und körperlichen Degeneration und einem aus medizinischer Sicht krankhaften degenerativen Abbauprozesses leider unbeantwortet. Der aktuelle medizinische Erkenntnisstand hat bis heute noch nicht die Ursachen zu einer neurodegenerativen Erkrankung ausreichend geklärt, um eindeutige Merkmale beschreiben zu können, die schließlich *„den Übergang zu einer krankhaften Altersdemenz markieren und wodurch dieser vermutete Grenzübertritt verursacht wird“* (Dammann, Gronemeyer, 2009, S. 45). Viele Fragen bleiben also offen.

Gegenwärtig gibt es ein immenses gesellschaftspolitisches Interesse, sich dem Thema der Demenz zuzuwenden. Nicht zuletzt bestätigt sich dieser Eindruck auch dadurch, dass sich eine Vielzahl der in jüngster Zeit entstandenen Publikationen aus den unterschiedlichsten Fachdisziplinen sich den Altersdemenzen verschrieben hat. Bedingt durch einen starken Wandel der Altersstruktur in Deutschland haben sich bereits sozialstrukturelle Zusammenhänge durch eine steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig rückläufigen Geburtenraten so stark verändert, dass das Versorgungssystem und die Gesellschaft insgesamt vor gewaltigen Herausforderungen stehen. Die ehemalige Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ), Ursula von der Leyen, spricht im Vorwort zum fünften Altenbericht aus dem Jahr 2006 von älteren Menschen, die für unsere Gesellschaft ein Gewinn seien und der demografische Wandel große Chancen für das Miteinander der Generationen, die Wirtschaft und den Arbeitsmarkt beinhalte. So lässt sich beispielsweise auch die gegenwärtige Entwicklung des Gesundheitsmarktes erklären. Mit Blick auf eine seit Jahren prosperierende Fokussierung der Demenzkrankheit im Gesundheits- und Pflegesektor spricht vieles dafür, dass mit der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre zugleich der Weg für einen neuen Dienstleistungsmarkt geebnet wurde, der heute insbesondere für die Pharmaindustrie und die Sozialkonzerne ambulanter, stationärer Altenhilfe- und

Rehabilitationseinrichtungen zu einem Milliardengeschäft geworden ist. Durch diese Entwicklung wurde auch der entdeckten bzw. wieder entdeckten Demenzkrankheit zu einem undenkbaeren ‚Erfolg‘ verholfen, sodass wir heute von der Volkskrankheit Nr. 1 in der Gesellschaft sprechen.

Diese ‚Erfolgsgeschichte‘ der Demenz wäre bis Anfang der 1990er Jahre sicherlich noch undenkbar gewesen. Macht man sich die Mühe und schlägt den Begriff der Demenz in medizinischen Fachbüchern aus dieser Zeit nach, so wird man nicht in jedem Lehrbuch zur psychiatrischen Krankheitslehre aus dieser Zeit fündig. Auch gesellschaftlich wurde bis dahin nicht von einer Demenzerkrankung gesprochen, sondern vielmehr von den „Greisen“ oder den „Senilen“. Das Alter und der alte Mensch wurden in der gesellschaftlichen Diskussion lange Zeit ausgespart. Alt sein und noch dazu krank oder gar demenzkrank sein war nicht gesellschaftsfähig und wurde häufig tabuisiert.

Heute verzeichnen wir eine Trendwende. Das komplexe Krankheitsbild der Demenzen und auch das Altwerden in einer älter werdenden Gesellschaft ist aus der öffentlichen Diskussion nicht mehr wegzudenken. Aufgrund einer anhalten Ökonomisierung im Markt der Möglichkeiten um das Alter gehört das Thema Demenz zu den populärsten Themen des öffentlichen Interesses und beschäftigt zugleich auch zunehmend die wissenschaftliche Auseinandersetzung damit. Die Bundesregierung fördert seit 2006 ressortübergreifend mit großem finanziellem Aufwand die Demenzforschung in Deutschland durch das sogenannte „Leuchtturmprojekt Demenz“. Unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurden 2009 gleich mehrere Forschungsprojekte vergeben. Ein wesentliches Themenfeld untersucht insbesondere nichtpharmakologische Therapie-, Beratungs- und Pflegemaßnahmen für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen unter Alltagsbedingungen.

Ein weiteres Themenfeld bildet die Evaluation von Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung unterschiedlich beteiligter Professionen und Institutionen.

Das dritte Themenfeld dient der Sicherung einer evidenzbasierten Versorgung im Bereich der pflegerischen und medizinischen Versorgung von demenzerkrankten Menschen.

Das vierte und letzte Forschungsprojekt der sogenannten Leuchtturmprojekte setzt sich mit der Evaluation und dem Ausbau zielgruppenspezifischer Qualifizierungsmaßnahmen zur Pflege, Betreuung und Behandlung demenziell Erkrankter in der Praxis auseinander.

Ebenfalls im Jahr 2009 wurde mit Bundesmitteln das „Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen“ (DZNE) mit dem Hauptsitz in Bonn eröffnet. Dem ‚nationalen Demenzzentrum‘, wie es auch genannt wird, steht ein jährlicher Forschungsetat von rund 66 Millionen Euro zur Verfügung. Neben dem Hauptsitz in Bonn gibt es noch sieben weitere Partnerstandorte. Im Einzelnen handelt es sich dabei um die Städte Göttingen, München, Tübingen, Magdeburg, Witten, Rostock/Greifswald und Dresden. Damit unterstreicht auch die Bundesregierung die mit dem Thema Demenz verbundene sozialpolitische Tragweite für Deutschland. Einerseits zeigen diese Forschungsaktivitäten, dass es selbst der Medizin in den letzten Jahrzehnten offenkundig nicht gelungen ist, eindeutige Ursachen für eine Mehrzahl der demenziellen Erkrankungen zu verifizieren. Insofern verwundert es auch nicht, dass wahrscheinlich bei den wenigsten Betroffenen mit der Diagnose einer Demenz eine fachärztliche Differentialdiagnostik durchgeführt wird. Also müssen wir gegenwärtig noch immer und voraussichtlich auch in Zukunft weiterhin von einem nicht unerheblichen Anteil von Fehldiagnosen bei Demenzerkrankten ausgehen.

Andererseits stehen eben die beschriebenen Forschungsbemühungen für einen fortschreitenden Erkenntnisgewinn in der Früherkennung, der Prävention und Diagnostik ebenso wie in der Evaluierung von wirksamen medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapien und Verfahren für die betroffene Klientel. Dies ist in Anbetracht der demografischen Entwicklung und der statistisch prognostizierten Hochrechnungen bis etwa 2030 auch dringend nötig, denn alle Prognosen gehen von einer zunehmenden Vergreisung der Bevölkerung aus. Die Auswirkungen dieses rasanten Veränderungsprozesses lassen sich jedoch gegenwärtig nur bedingt erfassen. So verweisen epidemiologische Studien und diverse Meta-Analysen auf eine Prävalenz allgemeiner demenzieller Erkrankungen in den westlichen Industrieländern der Welt bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren zwischen 5% und 8%.

Altersspezifische Prävalenz von Demenzerkrankungen auf der Grundlage von Meta-Analysen (Angaben in Prozent)

Quelle: Bickel

Altersgruppe	Jorm et al. (1987)	Hoffman et al. (1991)	Ritchie & Kildea (1995)	Lobo et al. (2000)	
				Männer	Frauen
65-69 Jahre	1,4	1,4	1,5	1,6	1,0
70-74 Jahre	2,8	4,1	3,5	2,9	3,1
75-79 Jahre	5,6	5,7	7,3	5,6	6,0
80-84 Jahre	10,5	13,0	13,4	11,0	12,6
85-89 Jahre	20,8	21,6	22,2	12,8	20,2
90-94 Jahre	38,6	32,2	33,0	22,1	30,8
95+ Jahre	-	34,7	44,8	-	-
Gesamtrate	6,5	6,9	7,3	4,5	7,3

Tabelle 1: Altersspezifische Prävalenz von Demenzerkrankungen (Bickel, 2007, S. 12)

Die aktuelle Fachliteratur geht derzeit von etwa 1,2 Mio. Demenzkranken in Deutschland aus. Das sind etwa 1,5 % der Gesamtbevölkerung. Davon beläuft sich die Anzahl der Neuerkrankungen nach Bickel in einem Jahr auf schätzungsweise ca. 180.000.

Durch die ansteigende Zahl der Hochaltrigkeit in unserem Land wird tendenziell auch von einem stetigen Anstieg der Inzidenz (jährliche Neuerkrankungen) auszugehen sein.

Experten rechnen im Jahr 2030 mit etwa 2,5 Mio. Demenzkranken in Deutschland. Aufgrund eines höheren Krankheitsrisikos und einer überdurchschnittlich längeren Lebenserwartung von Frauen lässt sich erklären, dass zwei Drittel der an Demenz erkrankten Menschen in Deutschland Frauen sind (vgl. Weyerer, 2007).

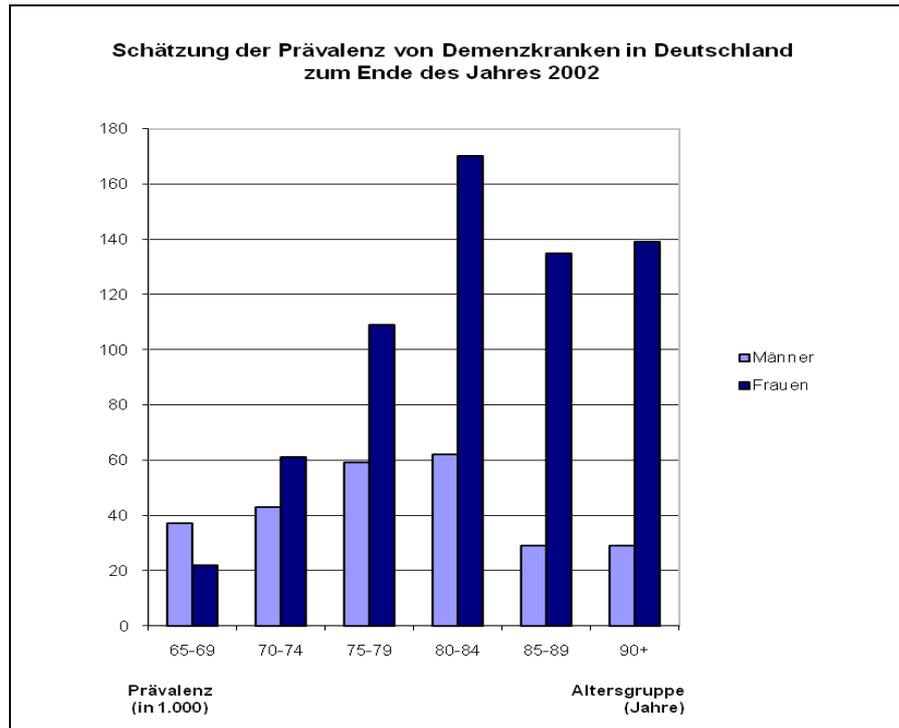


Abbildung 1: Schätzung der Prävalenz von Demenzkranken (Bickel, 2007, S. 12)

In diesem Kapitel steht zunächst die begriffliche Annäherung der Demenz als Krankheit aus einer notwendigen multidisziplinären Sichtweise im Vordergrund der Betrachtung.

Dabei soll im Einzelnen den folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Was versteht man derzeit unter einer Demenz?
- Welche Ursachen, Symptome und Risiken begünstigen eine Demenzerkrankung?
- Welche diagnostischen Möglichkeiten gibt es, um eine Demenzerkrankung frühzeitig festzustellen oder dieser entgegenwirken zu können?
- Welche psychosozialen Auswirkungen gehen mit der Diagnose Demenz einher?
- Welche medizinisch-therapeutischen Ansätze finden derzeit in der Behandlung von Patienten mit der Diagnose Demenz Anwendung?
- Wo liegen die Grenzen einer medikamentösen Therapie der Demenz?
- Welche Chancen bieten nichtmedikamentöse therapeutische Verfahren und Ansätze?
- Wie gestaltet sich die aktuelle Demenzforschung?

2.1 Der Begriff und die Bedeutung der Demenz

Ursprünglich stammt der Begriff der Demenz aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie „ohne Geist“. Wörter wie *amnesia*, *mentis stupor* oder *stupiditas* gehören zu den ersten Aufzeichnungen, die sich bis zur Schriftkultur des wissenschaftlichen Denkens zurückverfolgen lassen. Schon im 24. Jahrhundert v. Chr. verfügte die altägyptische Lebenslehre über eine Auflistung von Gebrechen, die wir heute als Demenz bezeichnen. Platon leitete zwei Jahrtausende später ein Sprichwort ab, in dem er schrieb: *„Im Blick auf die Vernunft sind Greise zum zweiten Mal Kinder“* (Platon in Gross, 2009, S. 114).

Ursächlich machten die Autoren der Antike sogenannte äußere Faktoren wie Alter, Klima, Essens- und Trinkgewohnheiten für eine Demenz verantwortlich. Aristoteles vermutete gar eine fehlende natürliche Wärme. Greise galten als „kalt und trocken“. Letztlich waren sie dadurch auch anfälliger für Krankheiten (vgl. Gutzmann, Zank, 2005). Auch im 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde der Begriff der Demenz in sehr vielschichtiger Art und Weise als Sammelbegriff für geistige Störungen gebraucht. Erst im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert erfolgten erste diagnostische Präzisierungen der Demenz durch gezielte Untersuchungen des zentralen Nervensystems (vgl. Gutzmann, Zank, 2005). Bekannte Persönlichkeiten wie Arnold Pick („Morbus Pick“), Ludwig Binswanger („Morbus Binswanger“) und Alois Alzheimer („Morbus Alzheimer“) gehören bis heute zu den medizinischen Begründern dieser wichtigen Epoche für die Erforschung der Demenz als neuropathologische Erkrankung. So verweisen Gutzmann und Zank auf

„...einen gewissen Abschluss (...) dieser Entwicklung in Kraepelins Beschreibung und Abgrenzung demenzieller Bilder, die für die deutsche Psychiatrie lange Zeit richtungsweisend waren. Ihm verdanken wir auch den Begriff „Alzheimersche Erkrankung“. Er hatte nämlich vorgeschlagen, eine vor dem Greisenalter auftretende, vorwiegend neuropathologisch definierte Demenz nach ihrem Erstbeschreiber Alois Alzheimer zu benennen“ (Gutzmann, Zank, 2005, S. 11).

Fast aussichtslos erweist sich eine Recherche in der Literatur, um eine - zumindest aus medizinischer Sicht - eindeutige Definition der Demenz als Krankheit zu finden.

Für den weiteren Verlauf der Arbeit ist es dennoch von wesentlicher Bedeutung, sich zumindest einen groben Überblick über die Erklärungsansätze zu verschaffen, die für die aktuelle Demenzforschung von Relevanz sind.

Die Medizin unterscheidet zwischen verschiedenen Krankheitsformen der Demenz zur umgangssprachlichen Verwendung, in der wir heute noch immer sehr pauschal von der „Alzheimer-Krankheit“ oder von „dem Alzheimer“ sprechen.

Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Demenz

„...eine erworbene, globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeiten, Alltagsprobleme zu lösen, der Ausführung sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten, der Sprache und Kommunikation sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen ohne ausgeprägte Bewusstseinsstrübung.“ (Hellweg, Strittmatter, 2006, S. 322).

Somit steht bei einer Demenz ein erworbener Verlust der psychischen Funktionen im Vordergrund, die sich aus dem Gedächtnis ableiten lassen und nicht mit einer Bewusstseinsstrübung einhergehen dürfen. Die Störungen können sehr unterschiedliche Ursachen haben, vorübergehend oder bleibend sein, müssen aber, um als Demenz bezeichnet zu werden, eine verminderte Fähigkeit zur Bewältigung des Alltags zu Folge haben. Wegen einer sehr unterschiedlichen Symptomatik spricht die Fachwelt häufig von einem „Demenz-Syndrom“.

Nach G. Huber sind Demenzen:

„...nach der früheren Kindheit (...) infolge einer Hirnerkrankung erworbene Intelligenzdefekte mit grobem irreparablen und nicht selten progredientem intellektuellen und mnestischen Abbau; stets sind Demenzen mit - oft, z.B. bei Hirngefäßprozessen und besonders deutlich beim Morbus Pick (...) vorausgehenden – Wesensänderungen verbunden. Die Demenz kommt in einer Reduktion von Auffassungs-, Kritik- und Urteilsfähigkeit, in einer groben Störung von Begriffsbildung, logischem Denken, Fähigkeiten zur Kombination und Erfassung von Sinnzusammenhängen, in mnestischen, bevorzugt Merkfähigkeit

und Frischgedächtnis betreffenden Ausfällen und einer Desorientiertheit hinsichtlich Zeit, später auch Ort und der eigenen Person (...), zum Ausdruck.“ (Huber, 1999, S. 60).

Huber konstatiert mit seinem Zitat, dass seiner Ansicht nach die Erweiterung des Demenzbegriffes in den letzten Jahren auf leichte Zustände erworbener Intelligenzminderung einerseits und auf rückbildungsfähige (reversible) organische Psychosyndrome *„psychopathologisch, klinisch und auch in sozialer Hinsicht problematisch“* (Huber, 1999, S. 60) ist.

Dies bedeutet, dass heutzutage häufig viel zu pauschal und undifferenziert organische Psychosyndrome als Demenz abgehandelt werden. Demzufolge darf nach der Definition von Huber nur dann von der Diagnose Demenz ausgegangen werden,

„(...) wenn die Diagnose psychopathologisch nach den genannten Kriterien sicher ist und tatsächlich ein massiver, nicht mehr rückbildungsfähiger, intellektueller und mnestischer Abbau vorliegt, der in Abgrenzung zur Oligophrenie (...), nach der frühen Kindheit als Folge einer Hirnerkrankung oder Hirnschädigung erworben wurde. Das Ausmaß des im intraindividuellen Vergleich eingetretenen Abbaus impliziert auch die aufgehobene Reflexionsfähigkeit und mangelnde Krankheitseinsicht als ein weiteres Merkmal der Demenzdefinition. Die Störungen und Einbußen werden von den Patienten selbst nicht als solche wahrgenommen, vergegenwärtigt und verbalisiert: Verlust der Selbstvergegenwärtigungsfähigkeit der Defizienzen“ (Huber, 1999, S. 61).

In einem Erklärungsansatz von R. Tölle 1999 wird die Demenz unter der Überschrift *„Demenz/ Organisches Psychosyndrom“* zusammengefasst und so gegen das Delir und gegen die Depression abgegrenzt:

„Hirnschädigungen und Funktionsstörungen führen beim Erwachsenen zu verschiedenen psychopathologischen Syndromen: Zu einer akuten organischen Psychose (Delir) oder zu dem chronischen Syndrom einer Demenz (organisches Psychosyndrom).

Die Demenz zeigt eine charakteristische Symptomatik und wird dennoch, besonders in den Anfangsstadien, oft übersehen oder als Depression verkannt“ (Tölle, 1999, S. 274).

H.-J. Möller beschreibt die Demenz als demenzielles Syndrom wie folgt:

„Chronische organische Psychosyndrome sind die Folge einer chronischen Veränderung des Gehirns. Das Demenz-Syndrom ist durch das Fehlen einer Bewusstseinsbeeinträchtigung gekennzeichnet, charakteristisch ist eine objektiv nachweisbare erworbene Beeinträchtigung des Gedächtnisses (v.a. Lernfähigkeit für neue Informationen, Reproduktionen von Erinnerungen) sowie ein zunehmender Verlust früherer intellektueller Fähigkeiten (v.a. abstraktes Denken, Urteilsvermögen, Konzentrationsfähigkeit). Eine weitere Gruppe von Symptomen betrifft Veränderungen der Persönlichkeit (Motivation, Psychosomatik, emotionale Kontrolle, Sozialverhalten)“ (Möller, 2001, S. 185).

Mögliche Ursachen eines Demenz - Syndroms sind sehr facettenreich. Es besteht die Möglichkeit, dass sie in einer Beeinträchtigung der Hirnfunktion liegen oder im übrigen Organismus. Demenzen werden medizinisch nach sogenannten Haupt-Symptomen unterteilt, die in der nachstehenden Abbildung zusammengefasst sind:

<u>DEMENZFORMEN</u>	<u>HAUPTSYMPTOME</u>
KORTIKALE DEMENZ	Lernen, Gedächtnis, Sprache, Denken, räumliche Orientierung, Fertigkeiten
SUBKORTIKALE DEMENZ	Persönlichkeit, Sozialverhalten, planerische Fähigkeiten
FRONTALE DEMENZ (auch frontotemporale Demenz/ Morbus Pick)	Verlangsamung der Geschwindigkeit der psychischen Prozesse

Abbildung 2: Demenzformen und ihre Hauptsymptome (vgl. Krämer, Förstl, 2008, S. 36 ff.)

Als Störungen der kortikalen Funktionen sind bekannt:

- *Aphasie* (Sprachstörung)
- *Apraxie* (Bewegungsstörung)
- *Agnosie* (Erkenntnisstörung; die Bezeichnung von Dingen ist verloren gegangen und wird mit anderen Namen ersetzt)
- *Exekutivfunktion* (verlorene Handlungs- und Planungskompetenz)

Nach der Ursache der sogenannten Ätiologie werden folgende Demenzformen in der Medizin unterschieden (vgl. Krämer, Förstl, 2008, S. 30-50 und Gutzmann Zank, 25-114, 2005):

A. Primäre Demenzen:

Mehr als 90 % aller Demenzen werden als primäre Demenzen diagnostiziert. Bei diesem Demenztyp werden zwischen sogenannten neurodegenerativen (hier stellt der Facharzt fest, ob die Nervenzellen des Gehirns „degenerieren“, also ohne äußerlich erkennbare Ursache untergehen, wie dies bei der Alzheimer Krankheit der Fall ist), oder ob es sich um eine vaskuläre Veränderung (z.B. schwere Schäden aufgrund von Durchblutungsstörungen), handelt. Darüber hinaus gibt es auch häufiger eintretende Mischformen der vaskulären und neurodegenerativen Demenzen.

A 1 Degenerative Demenzen

(Ursache: Abbau des Hirngewebes)

- *Morbus Alzheimer* (Alzheimer Demenztyp1= Senile Demenz vom Alzheimer Typ (SDAT))
- *frontotemporale Demenzen* (Morbus Pick, Lewy-Body-Demenz)
- *Chorea Huntington* (Erbkrankheit)
- *Morbus Parkinson* (Schüttellähmung)

A 2 Vaskuläre Demenzen

(Ursache: Mangel durchblutung, Durchblutungsstörung oder Gefäßschaden)

- *Morbus Binswanger*

B. Sekundäre Demenzen:

Bei dieser Form von Demenzen steht der geistige Verfall in Folge einer primär anderen organischen Erkrankung, wie z.B. einer Hirnverletzung, einer Hirngeschwulst oder einer Herz-Kreislauf-Krankheit im Vordergrund. Auch Medikamente und Gifte wie Alkohol oder andere Substanzen können zu einer sekundären Demenzerkrankung führen.

B 1 Raumfordernde Demenzen

(Ursache: Hirndrucksteigerung)

- *subdurales Hämatom* (Bluterguss zwischen den Hirnhäuten)
- *interner Normaldruckhydrozephalus*
- *Meningeom*
- *Hirnmetastasen* (Tochtergeschwülste)

B 2 Endokrinologische Demenzen

(Ursache: Stoffwechselstörung)

- Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion)

B 3 Infektiöse Demenzen

(Ursache: Krankheitserreger)

- *Morbus Creutzfeldt-Jakob*
- *HIV-Enzephalopathie*
- *Neuroborreliose*

B 4 Toxische Demenzen

(Ursache: Giftstoffe)

- *Verlust von Hirnsubstanz durch Unfälle*
- *Tumore oder Gehirnoperationen*

B 5 Hypoxische Demenzen

(Ursache: Sauerstoffmangel)

- *nach Reanimation*
- *nach Strangulation*
- *nach unzureichend behandelter Epilepsie*

Die zentrale Verortung der Demenz als medizinische Diagnose findet sich zusammengefasst in einem von der WHO veröffentlichten internationalen Klassifikationssystem für psychiatrische Erkrankungen wieder. Dieses Klassifikationssystem enthält den Diagnosecode ICD-10, der die Demenz als ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler kortikaler (von der äußeren Gehirnrinde gesteuerten) Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung, beschreibt. Es darf keine Bewusstseinstörung vorliegen. Nach ICD müssen die Symptome über mindestens 6 Monate bestehen. Erst dann kann von einer feststehenden Diagnose Demenz ausgegangen werden.

Demenz-Definition nach ICD–10

- *Gedächtnisstörung*
- *Abbau des Denkvermögens*
- *Veränderungen der Persönlichkeit*
- *in der Folge deutliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit im Alltag*
- *Dauer der Symptomatik > 6 Monate*

Abbildung 3: Demenz Definition nach ICD–10 (WHO)

Lange vor Eintreten einer Demenz sind psychische Störungen zu beobachten, die sich häufig nicht von einer Depression unterscheiden lassen. Betroffene leiden unter dem Verlust von Interessen und Eigeninitiative. Es lassen sich Symptome wie eine erhöhte Reizbarkeit sowie das Gefühl von Überforderung erkennen. Nicht selten stellt sich ein Verlust der affektiven Schwingungsfähigkeit ein und depressive Verstimmungen sind wahrzunehmen. Geprägt ist die Demenz durch das Leitsymptom der Gedächtnisstörung. Meist verändert sich darüber hinaus die Persönlichkeit. Daraus resultiert zudem eine Beeinträchtigung der Selbständigkeit der Lebensführung in ganz alltäglichen Dingen.

Die am häufigsten in Erscheinung tretende Demenzform ist die vom Typ Alzheimer (AD), die nach ihrem berühmt gewordenen Entdecker Alois Alzheimer (geboren 1864, gestorben 1915) aus Breslau benannt wurde. Aber auch über 100 Jahre nach der Entdeckung der Alzheimer-Krankheit ist sich die Forschung noch immer nicht einig über die Ursachen dieser Erkrankung.

Ein weiteres Problem bereitet die Frage nach der Definition des Schweregrads einer Demenz. Die Fachliteratur unterscheidet zwischen einer leichten, mittelschweren und schweren Demenz:

„Von leichten Demenzen spricht man, wenn zwar kognitive Störungen vorliegen, die die Bewältigung schwieriger Anforderungen kaum erlauben oder zumindest erheblich einschränken, die aber noch nicht so ausgeprägt sind, dass die Betroffenen im Alltag von anderen Personen abhängig sind. In dieser Phase ist also der Versorgungsbedarf noch gering, auch wenn der Leidensdruck der Betroffenen und der Angehörigen schon ausgeprägt sein kann. Im mittelschweren Stadium kommen Patienten nicht mehr ohne fremde Hilfe zurecht. Einige Fähigkeiten können noch erhalten sein, der Patient ist jedoch auf ständige Beaufsichtigung und Anleitung angewiesen. Schwere Demenzen umfassen Krankheitsstadien, in denen der Patient in keiner Weise mehr zur Bewältigung auch der einfachsten alltäglichen Anforderungen in der Lage ist, sondern permanente grundpflegerische Versorgung benötigt. Mittelschwere und schwere Demenzen kennzeichnen somit die Gruppe der Erkrankten, die einen hohen Hilfs- und Versorgungsbedarf hat. In der Regel handelt es sich dabei um irreversibel verlaufende, bis zum Tod andauernde Beeinträchtigungen“ (Weyerer, 2007, S. 9).

Die vorgestellten Definitionen und Erklärungsansätze zur begrifflichen Annäherung an die Demenz vermitteln:

1. Vorherrschend ist eine medizinische Sichtweise von Demenz als medizinisches Phänomen.
2. Es gibt keine allgemeingültige Beschreibung der Ursachen für eine Demenzerkrankung.
3. Zugleich wird deutlich, wie schwierig sich der Prozess gestaltet, eine eindeutige Definition des Demenzbegriffs zu finden.
4. Dennoch gibt es seit einiger Zeit eine generelle Übereinstimmung darüber, sich mit dem Begriff der Demenz auf eine deskriptive Art und Weise auseinanderzusetzen, um auf eine primär medizinische Erkrankung hinzuweisen; diese bezieht sich auf die Ganzheitlichkeit einer Person und nicht nur auf das Gehirn (vgl. Kitwood, 2005).

Insofern ist die folgende Definition von weitreichender Bedeutung für eine multidisziplinäre Betrachtungsweise der Demenz. Als Erziehungswissenschaftlerin folge ich dieser Definition im Kontext meiner Studie. Sie lässt eine ganzheitliche Sichtweise der Demenz zu. Dies ist deswegen so bedeutsam, da die Demenz wie bereits oben beschrieben überwiegend als eine organisch bedingte psychische Erkrankung angesehen wird und noch immer das medizinische Modell als Standardparadigma zur Klärung des Krankheitsbildes herangezogen wird (vgl. Kitwood, 2005).

„Demenz ist das Nachlassen des Gedächtnisses und anderer kognitiver Funktionen im Vergleich zu früheren Funktionsniveaus des Patienten, bestimmt durch eine Anamnese nachlassender Leistung und durch Anomalien, die anhand der klinischen Untersuchung und neuropsychologischer Tests festgestellt werden. Die Diagnose Demenz kann nicht gestellt werden, wenn das Bewusstsein beeinträchtigt ist oder wenn andere klinische Anomalien eine adäquate Beurteilung des Geisteszustandes verhindern. Demenz ist eine auf Verhalten beruhende Diagnose und kann nicht durch einen Gehirn-Scan, ein EEG oder andere Laborinstrumente bestimmt werden, obwohl sich durch diese Mittel spezielle Ursachen der Demenz identifizieren lassen.“ (McKhann u.a., in Kitwood, 1984 S. 42).

Der Definitionsansatz von Kitwood eröffnet aus erziehungswissenschaftlicher Sicht die Chance, die Demenzerkrankung nicht nur als eine hirnanorganische Störung anzusehen und diese „lediglich“ medizinisch zu behandeln, sondern den an Demenz erkrankten Menschen aus einer ganzheitlichen Perspektive wahrzunehmen, also die Person mit der Demenzerkrankung in ihrer aktuellen Lebenswirklichkeit in den Mittelpunkt zu rücken. Damit ist zunächst einmal gemeint, das Individuum als Person in dessen Umfeld, die zentralen Beziehungsstrukturen, die Einzigartigkeit der Person und deren Verhalten zu verstehen und aus seiner Sicht interpretieren zu lernen. So besteht die Möglichkeit, die vorherrschende Medizinisierung der Demenz als Standardparadigma zu durchbrechen und so den Blick für eine holistisch akzeptierte „Demenzkultur“ zu eröffnen. Ein dadurch begründeter interdisziplinärer Diskurs wird bei der Bewältigung der gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen in Bezug auf die Demenzproblematik aus meiner Sicht dringend benötigt.

So kommt auch Gutzmann zu dem Schluss:

„Bei allen Demenzformen ist die psychosoziale Therapie der betroffenen ein unverzichtbarer Bestandteil des Therapiekonzepts, die insbesondere für den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität ausschlaggebend ist“ (vgl. Gutzmann, 2001, S. 242 f).

Demenzranke haben nicht nur ein Recht auf Medikamente, sondern auch ein Recht auf ein psychosoziales Netzwerk in allen Versorgungsformen der Altenhilfe.

Hier ist jedoch zu hinterfragen:

Inwieweit sind die bestehenden Segmente der Altenhilfe auf die Versorgung und psychosoziale Betreuung von demenzerkrankten Menschen tatsächlich vorbereitet? Auf diese Frage werde ich an anderer Stelle nochmals zurückkommen.

2.2 Diagnostik, Ursachen, Symptome und Therapie

In einem kurzen Überblick sollen nun diagnostische Möglichkeiten, Ursachen, Symptome und therapeutische Verfahren aufgezeigt werden, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt medizinisch indiziert sind. Dabei erhebe ich keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da es bei der Darstellung lediglich um eine Übersicht geht.

Wie bereits erläutert stellt das Erkennen einer beginnenden Demenz und ihrer Ursachen im höheren Lebensalter die Medizin noch immer vor die Schwierigkeit, eine eindeutige Diagnose zu treffen. Dies gilt besonders auch für die Abgrenzung einer Demenz zu einer Depression. Die Problematik ergibt sich deshalb, da im Alter häufig eine somatische und psychiatrische Multimorbidität besteht und es dadurch oftmals zu altersbedingten Symptomen kommt, wie beispielsweise zu einer verstärkten Agitiertheit¹, Hypochondrie, Misstrauen sowie einer ausgeprägten somatischen Symptomatik. Auch neigen alte Menschen zur Bagatellisierung ihrer Symptome, sodass sich auch eine verstärkte Somatisierungsneigung einstellt und es folglich zu einer Überschneidung von physischen und somatischen Symptomen kommen kann, die entweder auf einer Demenz oder einer Depression beruhen können. Daher ist es bei den Betroffenen aus den genannten Gründen unbedingt erforderlich, eine ausgiebige Anamneseerhebung einschließlich der Einbeziehung von Angehörigen vorzunehmen. In einem weiteren Schritt kann ein bestehender Anfangsverdacht einer Demenz meist nur durch weitere aufwendige psychometrische und neuropsychologische Zusatzuntersuchungen Klarheit darüber schaffen, ob es sich tatsächlich um eine Demenzerkrankung oder um eine Depression handelt. Bevor mit teuren und zugleich sehr zeitaufwändigen Untersuchungen zur Abklärung einer Demenzdiagnose durch einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie begonnen wird, sollten bereits erste routinemäßige Laboruntersuchungen durch den Hausarzt durchgeführt worden sein. Dazu gehören in der Regel Laboruntersuchungen (Blut, Serum, Urin etc.) sowie apparative Untersuchungen wie Röntgen-Thorax, EKG, EEG und CT, um andere Erkrankungen mit ähnlicher Demenz-Symptomatik frühzeitig ausschließen zu können (vgl. Denzler, 1989).

¹ Agitiertheit : „*Vermehrte Reizbarkeit, Erregung und Aggressivität bis hin zu Tätlichkeiten*“ (Schmidtke, Hüll, 2005, S. 163).

Der Hausarzt sollte außerdem auch erste weniger aufwändige psychometrische Testverfahren durchführen. Zu den bekanntesten Testinstrumenten gehören der Demtec², der der Prüfung der Gedächtnis-Leistung dient und der (MMST), Mini Mental State³, der die Aufmerksamkeit, das Orientierungswissen, die Sprache und die visuelle Wahrnehmung untersucht. Der Zeitbedarf für die Durchführung der beiden Tests liegt jeweils bei nicht mehr als 10 bis 15 Minuten. Außerdem stellen die besagten Testverfahren für die betroffenen Patienten selbst keine große Belastung dar. Leider finden diese psychometrischen Assessmentinstrumente im praktischen Einsatz von Hausärzten nur sehr wenig Beachtung. Durch diese Nachlässigkeit erhöht sich schnell das Risiko, zu einer Fehldiagnose zu gelangen. Betroffene und Angehörige sollten unbedingt darauf hinwirken, dass diese Tests vor einer endgültigen Diagnosestellung auch tatsächlich durchgeführt werden. Zudem wird von der einschlägigen Fachliteratur empfohlen, mehrere psychopathometrische Diagnoseinstrumente mit verschiedenen Geltungs- und Gültigkeitsbereichen mehrmals durchzuführen, um die Verlaufsdagnostik, die Diagnoseerhärtung und die Therapiedokumentation zu evaluieren (Denzler, 1989). Damit letztlich auch der Schweregrad einer Demenz bestimmt werden kann, hat sich die siebenstufige Einteilung der sogenannten GDS-Reisberg-Skala⁴ neben weiteren Verfahren als besonders nützlich erwiesen. Sie bietet eine gute Unterstützung in der Krankenbeobachtung der Leitsymptome bei Demenz, um tatsächlich vorhandene Störungen zu erfassen.

In Bezug auf das Wissen von therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten einer Demenz hat sich in den vergangenen 20 Jahren viel getan. So gibt es mittlerweile übergreifend eine große Übereinstimmung der beteiligten Fachdisziplinen, dass Medikamente alleine nicht ausreichen. Diese Auffassung vertritt auch Hans Förstl, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Rechts der Isar in München.

² Demtec: Gilt als ein nicht zeitaufwendiges objektives Testverfahren bei Verdacht auf Demenz. Der Demtec wurde von Calabrese und Kessler 2000 entwickelt (vgl. Rösler, 2005, S. 311).

³ Mini-Mental-Status-Test (MMST): Diagnostisches Testverfahren zur Feststellung kognitiver Einschränkungen bei Demenz. Das Instrument wurde 1975 von Folstein u.a. entwickelt, um ein für den klinischen Alltag geeignetes Screening –Verfahren zur Feststellung kognitiver Defizite zu bieten. Der MMST ist das meistverwendete Instrument bei der Diagnose und Behandlung von Demenz (vgl. Rösler, 2005, S.311).

⁴ Die GDS-Reisberg Skala (GDS=global deterioration scale): Die Skala wird eingesetzt zur Bestimmung des Schweregrades und den Verlauf einer Demenz. Die Stadieneinteilung gilt in Fachkreisen als allgemein anerkannt. Die GDA-Reisberg Skala geht auf den Arzt Reisberg u.a., 1982 zurück (vgl. Rösler, 2005, S. 311).

Er sagt: „*Eine Behandlung der Demenz ohne Psychotherapie und Pflege ist nicht denkbar*“ (Förstl, 2010). Außerdem sei es wichtig, auch die Angehörigen durch Information über die Erkrankung und gezielte Unterstützungsangebote mit zu therapieren, so Förstl.

Neben einer möglichen pharmakologischen Behandlung demenzieller Erkrankungen stehen heute eine Reihe nichtmedikamentöser Behandlungs- und Therapieformen zur Verfügung, die zwar für die Mehrzahl der Demenzkranken keine Heilung bringt, aber ein Fortschreiten der kognitiven Störungen verzögern und die Alltagskompetenz so lange wie möglich aufrechterhalten erhalten kann (vgl. Weyerer, 2007, S. 17-19).

Die Erfahrungen mit rein medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten insbesondere bei primären Demenzen haben in den letzten Jahren hinreichend gezeigt, dass sich allen Behandlungsversuchen zum Trotz die Demenzerkrankung im mittleren bis schweren Stadium nur kaum in ihrer Ausprägung und in ihrem Verlauf verbessert. Förstl dazu:

„Auch durch die wirksamsten Medikamente sind nur moderate Vorteile zu erzielen, und selbst dies ist meist nur in frühen bis mittleren Stadien der Krankheit der Fall“ (Förstl, 2008, S. 156).

Da die meisten Demenzformen unweigerlich zum Tode führen, steht aus einer sozialpädagogischen Perspektive auch nicht primär die Demenz und die pharmakologische Behandlung im Mittelpunkt des Interesses. Die an Demenz erkrankte Person soll in ihrer Lebenswirklichkeit ganzheitlich verstanden, angeleitet und begleitet werden, indem die Umgebung, die Beziehungsstrukturen, die Einzigartigkeit der Person und deren Verhalten fokussiert, gefördert und unterstützt werden. Demzufolge werden die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter berücksichtigt. Dies soll auch weiterhin der Medizin überlassen sein.

Vielmehr ist es mein Anliegen, nichtmedikamentöse therapeutische Hilfen in der Betreuung von Demenzkranken nachfolgend in einer Übersicht zu beschreiben. Vorausgesetzt, dass eine - wie bereits beschriebene - fachgerechte Diagnostik vorausgegangen ist, steht für die Betreuung von Demenzerkrankten ein breites Spektrum an Therapieansätzen zur Verfügung. Die wesentliche Zielsetzung dieser therapeutischen Interventionsmöglichkeiten verfolgt insbesondere:

1. Eine Reduktion neuropsychiatrischer Symptome wie Angst, Aggressivität und Depression sowie
2. die Förderung, Unterstützung und Erhaltung noch vorhandener kognitiver, sozialer und alltagspraktische Fähigkeiten, immer unter Berücksichtigung des jeweiligen Zeitpunkts im Krankheitsverlauf.
3. Psychisches und physisches Wohlbefinden.

Es versteht sich von selbst, dass die Schwerpunkte der angestrebten Therapieziele in Abhängigkeit des Demenzschweregrades jeweils angepasst werden müssen. Derzeit gibt es jedoch noch keine empirisch abgesicherte Untersuchung zur Wirksamkeit der in der therapeutischen Anwendung befindlichen Verfahren und Ansätze bei Demenz. Es gibt jedoch mittlerweile zahlreiche „Good Practice“-Beispiele in den einzelnen Segmenten der Altenhilfe, die den Einsatz von nichtmedikamentösen Therapieansätzen und Interventionsmöglichkeiten in der Betreuung von Demenzerkrankten als erfolgversprechend bewerten. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung durch das Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundes wurde 2007 das Spektrum der Therapieansätze bei Demenz in drei Bereiche unterteilt:

- *medikamentöse Therapie*
- *psychologische Interventionen*
- *ökologische und soziale Interventionen*

Auf die medikamentöse Therapie wurde bereits eingegangen.

Zu den psychologischen Interventionen gehören insbesondere die Psychotherapieformen, wie die Psychoanalyse, die Gesprächspsychotherapie und die Verhaltenstherapie. Diese „Klassiker“ der Psychologie haben sich lange Zeit mit der Therapie von Demenzkranken schwer getan. Dies hat dazu geführt, dass nicht nachgeprüfte therapeutische Strategien und zum Teil auch nicht überprüfte „Weiterentwicklungen“ einzelner Verfahren bei genauerer Betrachtung bereits bekannte therapeutische Interventionen nachgeahmt wurden und lediglich einen anderen Namen bekommen haben (vgl. Ihl, 2002). Aufgrund dieser bestehenden Tatsache werde ich nur anerkannte Arbeitsweisen und wesentliche Therapieansätze berücksichtigen.

An prominenter Stelle sei hier zunächst die *Verhaltenstherapie (VT)* benannt:

Die VT beinhaltet ein ganzes Spektrum psychotherapeutischer Formen. Sie dienen alle der Hilfe zur Selbsthilfe der Patienten. Die verhaltenstherapeutischen Methoden lassen im Rahmen einer Demenzerkrankung einen angepassten spezifischen Einsatz je nach Schweregrad der Demenz zu.

Die Verhaltenstherapie verzeichnet gute Erfolge in der Stärkung der kognitiven Fähigkeiten und im Abbau von störendem Sozialverhalten besonders bei Alzheimer-Patienten mit einer depressiven Begleitsymptomatik (Vgl. Ihl, 2002, S. 292).

Als nächstes nichtmedikamentöses Verfahren zur Betreuung demenziell Erkrankter gehört das *Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)* von Taulbee und Folsom, welches bekanntermaßen alternativ in der Einzel- oder Gruppenbetreuung eingesetzt werden kann und sogar als 24-Stunden-Training insbesondere in der ambulanten häuslichen therapeutischen Begleitung mit Erfolg eingesetzt wird. Das ROT unterstützt durch regelmäßig wiederkehrende tagesstrukturierende Einzelmaßnahmen die Verbesserung der räumlichen, zeitlichen, situativen und personenbezogenen Orientierung. Das Training wird vorwiegend zur Aktivierung gerontopsychiatrischer Patienten angewendet (vgl. Hautzinger, 2005).

Ein weiteres therapeutisches Verfahren stellt die *Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)* dar. Das von Romero und Eder (1992) entwickelte Konzept wird gezielt in der Behandlung von Alzheimer-Patienten eingesetzt und ist als neuropsychologisches Trainingsverfahren zu verstehen, dass das längere Erhaltenbleiben der personalen Identität unterstützt (vgl. Gatterer, 2000). Beide Autorinnen haben das Therapiekonzept speziell für Alzheimerkranke entwickelt und sehen die personale Identität - also das „Personsein“, wie ich es nenne - durch vier Prozesse gefährdet:

1. Verletzung der personalen Kontinuität
2. Erlebnisarmut
3. Veränderungen der Persönlichkeit und des Gefühlslebens
4. Selbstwissensverlust

„Die Therapie knüpft explizit an individuell weniger beeinträchtigte Kompetenzen an und ermöglicht so Erfolgserlebnisse. Sie greift damit einen Teilbereich der Probleme, die durch eine Verhaltenstherapie angegangen werden, heraus und bearbeitet sie mit den therapeutischen Strategien der modernen Verhaltenstherapie“ (Ihl, 2002, S. 293).

Durch die Aufrechterhaltung der Kontinuität des persönlichen Erlebens und das Vermeiden von Monotonie und Erlebnisarmut kann das Wissen über sich selbst und über das eigene biografische Erleben länger erhalten werden und trägt somit zur Aufrechterhaltung der personalen Identität bei Demenzkranken bei.

In den letzten Jahren haben sich außerdem die *Musik- und Kunsttherapie* in der Arbeit mit Demenzkranken als Therapieverfahren etabliert und bewährt. Sie beschäftigen sich bewusst und zielgerichtet mit der Emotionalität und Kreativität von demenzkranken Menschen.

„Hier sollen Patientinnen und Patienten, denen kognitiv-verbale Wege der Kommunikation krankheitsbedingt nicht mehr zur Verfügung stehen, Gelegenheit erhalten, in der Konfrontation mit präsentiertem Material oder auf dem Weg eigenen Gestaltens Gefühle zum Ausdruck zu leben und wiederzubeleben“ (Ihl, 2002, S. 293).

Darüber hinaus gibt es aus der Praxis Erfolgsberichte über den gezielten Einsatz musiktherapeutischer Interventionen bei Verhaltensauffälligkeiten von Demenzerkrankten.

Als ökologische und soziale Interventionen werden jene Ansätze bezeichnet, die sich mit der materiellen Umwelt von Demenzkranken auseinandersetzen. Sie können entsprechend dem jeweiligen Krankheitsverlauf adaptiert werden und weisen sowohl eine beschützende als auch eine stimulierende Wirkung auf.

Eine optimale materielle Umgebung für Demenzkranke beschreibt Lawton u.a. in seiner Definition über die Lebensqualität demenzkranker Menschen.

Aus seinen empirischen Arbeiten hat Lawton 1996 vier Dimensionen der Lebensqualität bei Demenz entwickelt (vgl. Lawton, 2006):

1. subjektives Wohlbefinden (emotionale Befindlichkeit)
2. Verhaltenskompetenz
3. erlebte Lebensqualität (subjektive Bewertung der verschiedenen Lebensbedingungen)
4. objektive Umwelt (soziale und räumliche Umwelt)

Das Modell geht von einer Differenzierung zwischen objektiv gegebener Umwelt und der subjektiv erlebten Umwelt mit ihren Bedingungen und der erlebten Lebensqualität aus. In der individuellen Gestaltung der sozialen und räumlichen Umwelt sieht das Modell eine für Demenzkranke besonders wichtige Interventionsmaßnahme. Daher spricht Lawton in seinem Modell von sogenannten Umweltdimensionen, wie nachfolgend im Einzelnen aufgeführt:

1. *Sicherheit und Geborgenheit*
2. *Unterstützung der Orientierung*
3. *Unterstützung der Funktionsfähigkeit*
4. *Stimulation und Anregung*
5. *Ermöglichen von Umweltkontrolle*
6. *Gelegenheit zu Privatheit und sozialer Interaktion*
7. *Kontinuität, Bezug zum bisherigen Leben*
8. *Anpassung an Veränderungen*

Für die Förderung des individuellen Wohlbefindens von Demenzkranken sind diese Umweltdimensionen im therapeutischen Setting zu berücksichtigen. Eine wesentliche Bedeutung hat hierbei sicherlich die vierte Dimension, die „*Stimulation und Anregung*“, über die der Demenzkranke im therapeutischen Prozess eine individuelle Aktivierung erhält.

Diese Übersicht der anerkannten nicht-pharmakologischen therapeutischen Interventionsansätze soll an dieser Stelle ausreichen, um sich einen Eindruck zu verschaffen, was derzeit in der praktischen Arbeit mit Demenzkranken möglich ist.

2.3 Forschungsaktivitäten

Der aktuelle Stand der Forschung wird derzeit durch das „*Leuchtturmprojekt Demenz*“ und durch die eingeleiteten Forschungsaufträge des seit 2009 bestehenden „*Forschungszentrums Demenz*“ in Bonn auf Initiative der Bundesregierung angeführt, wie bereits zu Beginn des Kapitels dargestellt. Darüber hinaus hat es in der Vergangenheit diverse andere Forschungsprojekte zur Demenzproblematik gegeben. Die, die im Kontext der Dissertation wichtig erscheinen, möchte ich in der Folge kurz benennen:

Zunächst ist eine durchgeführte „*Evaluationsstudie zur besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg*“ aus dem Jahr 2004 im Auftrag des BMFSFJ zu nennen. Für die Durchführung war die Arbeitsgruppe „*Psychogeriatric am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim*“ unter der Projektleitung von Weyerer und Schäufele verantwortlich. Die Evaluation des Hamburger Modellprogramms war die erste Längsschnittstudie in Deutschland, die die Auswirkungen besonderer stationärer Betreuungsformen von Demenzkranken untersucht hat (vgl. Weyerer, Schäufele, 2006).

Nennenswert ist auch eine durch das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik durchgeführte Studie zur „*Analyse der pflegerischen Versorgungsstrukturen in ausgewählten Regionen*“, ebenfalls aus dem Jahr 2004. Diese Studie war ein Teilprojekt der im Auftrag des BMFSFJ angelegten Studie zu den „*Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen*“ (MuG IV). Der Abschlussbericht zur Gesamtstudie ist aus dem Jahr 2007. In ausgewählten Regionen wurden im Rahmen der Analyse alle Segmente der Altenhilfe mit einbezogen.

Ein aktuelles Forschungsprojekt, das mit Mitteln der Europäischen Union über drei Jahre gefördert wird, beschäftigt sich mit „*Demenzkonzepten in Europa*“. Die Versorgungsstudie wird durch die Universität Witten/Herdecke gemeinsam mit Kollegen aus Universitäten und Forschungseinrichtungen sieben weiterer Länder durchgeführt. Die wissenschaftliche Koordination liegt bei der Universität Witten/ Herdecke (vgl. Bartholmeyczik, Halek, 2008, S. 337-348).

Außerdem erscheint mir an dieser Stelle die Nennung einer durchgeführten „*Literaturrecherche und Sekundäranalyse der Fachliteratur in internationalen Pflegezeitschriften zur psychogeriatrischen Pflege und Betreuung Demenzkranker*“ in der Erstveröffentlichung durch die Paul-Lempp-Stiftung aus dem Jahr 2000 sinnvoll, für die der Demenzexperte Lind verantwortlich war (vgl. Lind, 2000).

Das „*Kompetenznetz Demenzen*“ als Zusammenschluss der 14 führenden universitären Einrichtungen auf dem Gebiet der Demenzforschung in Deutschland verfolgt die nachstehenden wissenschaftlichen und organisatorischen Ziele, wie der Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Institutes im Auftrag des Bundes in Heft 28 aus dem Jahr 2007 zu entnehmen ist:

*„Die Demenzforschung durch gezielte Kooperationen und interdisziplinäre Kooperationen effektiver zu gestalten;
bundesweit einheitliche Richtlinien für die Diagnostik und Therapie dementieller Erkrankungen zu erarbeiten;
die Entwicklung wirksamer Therapien, durch die der Verlauf der Erkrankung stärker als bislang zeitlich hinausgezögert oder im besten Fall gestoppt werden kann durch die Identifizierung von Frühsymptomen und Risikofaktoren neue Erkenntnisse über die Entstehung und den Verlauf demenzieller Erkrankungen zu erhalten die Früherkennung und Therapie demenzieller Erkrankungen durch Hausärzte zu verbessern durch den Aufbau geeigneter Kommunikationsstrukturen die rasche Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis zu fördern und den Wissenschaftsaustausch zwischen Forschung und medizinischem Alltag zu verbessern durch den Aufbau regionaler Netze zwischen Gedächtnisambulanzen, Allgemeinkrankenhäusern, Bezirkskrankenhäusern, Nervenärzten, Allgemeinärzten und Patientenorganisationen eine enge Zusammenarbeit zwischen Patienten, Angehörigen, Ärzten und Wissenschaftlern zu fördern“ (Weyerer, 2007, S. 23-24).*

Nachdem in diesem Kapitel eine Verortung der Demenz als Krankheit vorgenommen wurde, gilt das Interesse im weiteren Verlauf dieser Dissertation der kritischen Analyse der bestehenden Versorgungsstruktur demenziell erkrankter Menschen in der vollstationären Altenhilfe unter besonderer Berücksichtigung einer ganzheitlich geleiteten und pädagogisch geprägten Wahrnehmung, die die Demenz nicht nur als medizinisches

Phänomen betrachtet, sondern die Institutionsbedingungen und deren Ausgestaltung erfahrbar macht, die die Sinneswelten in den Pflegeheimen ausmachen, in denen Demenzkranke in ihrem „Personsein“ schließlich die letzte Phase ihres Lebens verbringen.

3 Die Versorgungssituation von Menschen mit Demenzerkrankung in der stationären Altenhilfe

Ausgehend von der Institution „*Pflegeheim*“ verfolge ich in diesem Kapitel eine empirische Annäherung an den institutionellen Wandlungsprozess der stationären Altenhilfe von der Nachkriegszeit bis heute. Nicht zuletzt wurde der rasant verlaufende Veränderungsprozess in den Pflegeheimen ausgelöst durch den vielfach zitierten demografischen Wandel und den zum Teil dadurch bedingten Anstieg der Pflegebedürftigkeit alter und hochbetagter Menschen sowie durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996. Die Hauptzielgruppe in der Dienstleistungserbringung deutscher Pflegeheime bilden heute die Menschen, die an einer Demenzerkrankung leiden (vgl. Weyerer, 2007, S. 21). So haben die demografischen Faktoren und die Einführung der Pflegeversicherung zu einem stetigen Wachsen der stationären Pflegeeinrichtungen beigetragen. Durch eine stark sinkende Verweildauer in den Krankenhäusern und eine grundlegende Verschiebung der Lebenslagen hin zu einem immer größer werdenden Anteil der Singlehaushalte könnte sich die Nachfrage nach stationärer Pflege in den nächsten Jahren noch weiter erhöhen.

Der letzten veröffentlichten Pflegestatistik aus dem Jahr 2009 ist zu entnehmen, dass für den Erhebungszeitraum 2006 und 2007 knapp 11.000 vertraglich zugelassene Pflegeheime in Deutschland für die Leistungserbringung voll- und teilstationärer Pflege zur Verfügung standen. Dies sind etwa 600 Einrichtungen mehr als noch im Jahr 2005 (vgl. Pfaff, 2011).

„Von insgesamt 799.000 Pflegeheimplätzen entfielen 766.000 (95,8 %) auf die vollstationäre Dauerpflege.“

Das Platzangebot im Dauerpflegebereich war in Deutschland zu 87,6% mit Pflegebedürftigen ausgelastet. Vollstationäre Dauerpflege erhielten folglich zum 15. 12. 2007 insgesamt 671.000 Pflegebedürftige.“ (Pfaff, 2007, S. 7f und 22).

Bei der hier vorgestellten Erhebung wurden Bewohner mit der sogenannten Pflegestufe 0 nicht berücksichtigt, da diese noch keinen Pflegebedarf nach den einschlägigen Vorgaben der Pflegebedürftigkeitsrichtlinien gemäß der Pflegeversicherung aufweisen.

Die Zahlen stellen auch ein Indiz für einen in den letzten Jahren und noch immer andauernden Veränderungsprozess dar, dem die stationäre Altenhilfe unterliegt. So gilt es beispielsweise zu beachten, dass ehemals vorgesehene Altenheimplätze immer mehr in sogenannte Altenpflegeheimplätze umgewandelt wurden, damit diese Plätze auch für pflegebedürftige Bewohner aller Pflegestufen im Segment der stationären Altenhilfe zu Verfügung stehen. Einrichtungsträger der stationären Altenhilfe entwickeln völlig neue Wohn- und Betreuungsformen, die sich mehr am „*Leitbild des gemeinschaftlichen und selbstbestimmten Lebens und Wohnens orientieren*“ (Feldhaus, 2006, S.60). Auch darf nicht unterschätzt werden, dass die stationäre Versorgung ständig unter kritischer Beobachtung des gesellschaftlichen Interesses steht. Schließlich können wir alle ‚von jetzt auf gleich‘ ein Teil des Systems der stationären Versorgung werden.

Welche Auswirkungen der oben bereits angedeutete Wandlungsprozess auf die institutionelle Versorgungslandschaft der Pflegeheime in den letzten Jahren insgesamt hatte, wird nachfolgend thematisiert. Insbesondere werden dabei die historisch gewachsenen und die aktuellen Versorgungstrends in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in den einzelnen Pflegeheimgenerationen und ihren dahinter stehenden konzeptionellen Überlegungen vorgestellt. Jedoch gilt es hierbei zu berücksichtigen, dass es bis in die dritte Pflegeheimgeneration keine besonderen Versorgungsstrukturen für demenzerkrankte Menschen gegeben hat - da wie bereits an anderer Stelle in dieser Arbeit deutlich gemacht - die Demenzerkrankung in ihrer gesamten Ausprägung für die stationäre Altenhilfe erst in den 1990er Jahren zu besonderer Aufmerksamkeit gelangte.

Im Zuge der aktuellen Diskussion um angemessene Konzepte in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe gibt es konzeptionelle Ansätze und Praxisbeispiele aus Holland, Frankreich, Österreich und der Schweiz, die auch die Diskussion um die Rahmenbedingungen der stationären Demenzversorgung in Deutschland maßgeblich beeinflusst haben. Für eine multiperspektive Betrachtung der stationären Versorgungsstrukturen in dieser Arbeit sollen diese „Good practices“ in ihren Grundzügen nachstehend vorgestellt werden.

3.1 Die historische Entwicklung der Pflegeheimgenerationen in der stationären Altenhilfe

Das Pflegeheim, oft auch als soziale Organisation bezeichnet, verfügt über eine jeweils eigene institutionelle Prägung bestimmter Wertmaßstäbe und Zielvorstellungen und stellt Regeln und Interaktionsmuster auf. In den 1960er Jahren definiert der Soziologe Goffmann das Altenheim als eine *„soziale Einrichtung“* (Goffmann, 1961, S. 15). Er versteht unter *„sozialen Einrichtungen - in der Alltagssprache Anstalten (institutions) genannt - ...Räume, Wohnungen, Gebäude oder Betriebe, in denen regelmäßig eine bestimmte Tätigkeit ausgeübt wird“* (ebenda, S. 15). Goffmann beschreibt in seiner berühmt gewordenen Buchveröffentlichung *„Asyle“* aus dem Jahr 1961 Institutionen wie Gefängnisse, Konzentrationslager, Kasernen, Internate, Klöster, Altenheime und Irrenhäuser als geschlossene Welten in sogenannten totalen Institutionen (vgl. Goffmann, 1961), in denen Patienten nicht durch ihre Krankheit geprägt werden, sondern durch die Institutionen, denen sie ausgeliefert sind. Merkmale einer totalen Institution sind nach Goffmann (vgl. Goffmann, 1961, S. 17):

- Die Verrichtungen des täglichen Lebens finden an ein und derselben Stelle statt.
- Sie unterliegen einer sozialen Ordnung innerhalb der Institution durch eine Autorität.
- Die Insassen der Institution führen ihr Leben in einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen.
- Der Tag ist formal in eine feste Struktur eingebettet, der durch formale Regeln gekennzeichnet ist.
- Das Ziel der Institution ist durch einen scheinbar rationalen Plan bestimmt.

Diese von Goffmann definierten Merkmale einer totalen Organisation verweisen zudem auf den besonderen Charakter der Einrichtungen als „*soziale Zwitter, einerseits Wohn- und Lebensgemeinschaft, andererseits formale Organisation*“ (Goffmann, 1961, S. 22).

Ich folge in meinen weiteren Ausführungen diesem Erklärungsansatz von Altenheimen als totale Institutionen im Sinne von Goffmann. Demnach gilt das Pflegeheim noch immer als eine Institution mit einer sozialen Ethnie (soziale Einheit) mit ganz eigenen Merkmalen. Die spezifischen Merkmale in diesen geschlossenen Welten eröffnen sich dem Betrachter eines Pflegeheimes allerdings erst durch die persönliche Wahrnehmung, z.B. der „*Atmosphäre des Hauses oder auch im Spüren einer gelebten Haltung (Kultur) der Mitarbeiter*“ (Koch-Straube, 1997 S. 64). Koch-Straube beschreibt zudem, dass „...*der Grad der empfundenen Fremdheit, Orientierungslosigkeit oder Verhaltensunsicherheit*“ (ebenda, S. 64) durchaus als Hinweis dienlich sein kann, in welchem Maß die soziale Ethnie sich von anderen sozialen Ethnien bzw. von dem sie umgebenden sozialen Umfeld und den dort vorherrschenden Bedingungen unterscheidet.

So erleben „*BewohnerInnen und MitarbeiterInnen das Heim als eine relativ geschlossene Welt, und sie spüren - besonders beim Wechsel oder an der Schwelle von drinnen nach draußen - die Trennung*“ (ebenda, S. 65) so Koch-Straube weiter. Mit der hier von Koch-Straube angedeuteten geschlossenen Welt geht eine tradierte und gewachsene Historie einher, die ihren Beginn in der Nachkriegszeit hat.

Erste Formen einer stationären pflegerischen Versorgung älterer Menschen finden sich allerdings bereits im Altertum um 550 n. Chr.. So verankerte der Ordensgründer Benedikt von Nursia in den Klosterstatuten, dass alle ordensansässigen Klöster ein zusätzliches Hospital einrichten sollten, das in der Folge häufig durch sogenannte Armenspitäler für kranke und arme Bedürftige ergänzt wurde (vgl. Schweiger, 1994). Die ersten Altenheime in Deutschland waren das im Jahr 1180 gegründete „*Heilig-Geist-Spital*“ in Ulm sowie die gleichnamigen Einrichtungen in München im Jahr 1204 und 1280 in Lübeck (vgl. Hummel, 1982).

Über Jahrhunderte hinweg entwickelte sich zunehmend fast so etwas wie eine eigene Heimkultur, die sich vorwiegend um Waise, Behinderte, Alte und Irre gekümmert hat. Diese Entwicklung bildete zugleich eine bis dahin nicht vorhandene Klassifizierung von sozialen Einrichtungen in sogenannte

- *Siechenhäuser und Altenheime*
- sowie
- *Armen-, Universal- oder Sammelanstalten.*

Bis heute finden wir in gewisser Weise eine ähnliche Aufteilung der stationären Einrichtungen vor (vgl. Dörner, 1984, S.10).

Der Sozialpsychiater Dörner⁵ plädierte bereits in den 1970er Jahren im Rahmen der Psychiatrie-Enquete für eine Auflösung von Großeinrichtungen zugunsten einer dezentralen, am Wohnort gelegenen ambulanten Versorgungsstruktur.

Seit dem 19. Jahrhundert wurden alte und kranke Menschen in Mehrbettzimmern oder in Sälen untergebracht. In dieser Zeit wurde noch nicht von Altenpflegeheimen gesprochen, sondern von sogenannten Siechenhäusern, die in Angliederung an Krankenhäuser eingerichtet wurden, um sterbende, alte und multimorbide Menschen unterzubringen. Diese Entwicklung ist nicht nur kennzeichnend für die Vorgeschichte der deutschen Pflegeheime, sondern sie steht zugleich für die Begründung der freien Wohlfahrtspflege in Deutschland im ausgehenden 19. Jahrhundert. Heutige Wohlfahrtsverbände, wie das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands und der Deutsche Caritas Verband hatten Anfang des 20. Jahrhunderts einen großen Anteil an der Weiterentwicklung der „geschlossenen Altenfürsorge“. Sie organisierten die Gründung von den „Versorgungshäusern“ für Alte, Obdachlose und Arme. Zumeist war der Aufnahmegrund nicht die Pflegebedürftigkeit, sondern soziale und finanzielle Not (vgl. Landwehr, Baron, 1991, 140-161).

⁵ Dörner, Klaus, Psychiater und Soziologe, wurde in den 1980er Jahren bekannt als radikaler Reformier einer psychiatrischen Anstalt. Zu seinen bekanntesten Publikationen zählt „Irren ist menschlich“. Dörner setzt sich seit mehr als drei Jahrzehnten für mehr Selbstorganisation in Form von bürgerschaftlichen Engagement bei Pflegebedürftigkeit ein. Er plädiert für einen „dritten Sozialraum“ zwischen Wohnung und Heim im Wohnquartier (vgl. Dörner, 2007).

Folglich ist es kein Zufall, dass sich die Mehrzahl der heute bestehenden Pflegeheime in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege befindet. 1889 wurde das erste Gesetz zur Altersabsicherung verankert, woraufhin sich die Situation der alten Menschen erstmals grundlegend verbesserte, sodass der stationäre Aufenthalt in einem Siechenhaus finanziell geregelt war. Jedoch war die gesetzliche Altersrente nicht auskömmlich zur Sicherung des Lebensunterhalts. Entscheidend war vielmehr, dass sich die Altenhilfe bis zur Einführung der Pflegeversicherung im Rahmen der traditionellen Armenpflege (in der BRD: Bundessozialhilfegesetz mit der Hilfe in besonderen Lebenslagen) entwickelt hat. Wer also in einem stationären Haus aufgenommen werden wollte, musste seine Altersrente an die Einrichtung abtreten. Lange Zeit wurde dieses Finanzierungsmodell in der Praxis der stationären Altenhilfe angewandt. Erst mit Einführung der Pflegeversicherung ab dem Jahr 1995 wurde eine andere Finanzierungsgrundlage geschaffen.

Nachdem die Finanzierung für die stationäre Altenhilfe gesetzlich geregelt war, erfolgte Anfang des 20. Jahrhunderts eine Ausweitung der stationären Einrichtungen. Erstmals entstand in 1930er Jahren in Frankfurt am Main ein stationäres Altenheim mit zusätzlichen Wohnungen (vgl. Schnieder, 1991, S. 105). Unter der sich zeithistorisch anschließenden Hitler-Diktatur in Deutschland wurden keine weiteren stationären Einrichtungen errichtet (vgl. Dörner 1984, S.10 f).

Erst im Nachkriegsdeutschland beginnt eine weitere Etappe in der Ausweitung der Versorgungsangebote der stationären Altenhilfe, aus der sich bis heute die vier grundlegenden Typen der „*Pflegeheimgeneration*“ entwickelt haben. Dies gilt sowohl für die über Jahrzehnte gewachsene Architektur der Raumkörper als auch für die inhaltliche konzeptionelle Ausrichtung zu immer spezifischeren Versorgungs- und Betreuungssettings für alte und pflegebedürftige Menschen.

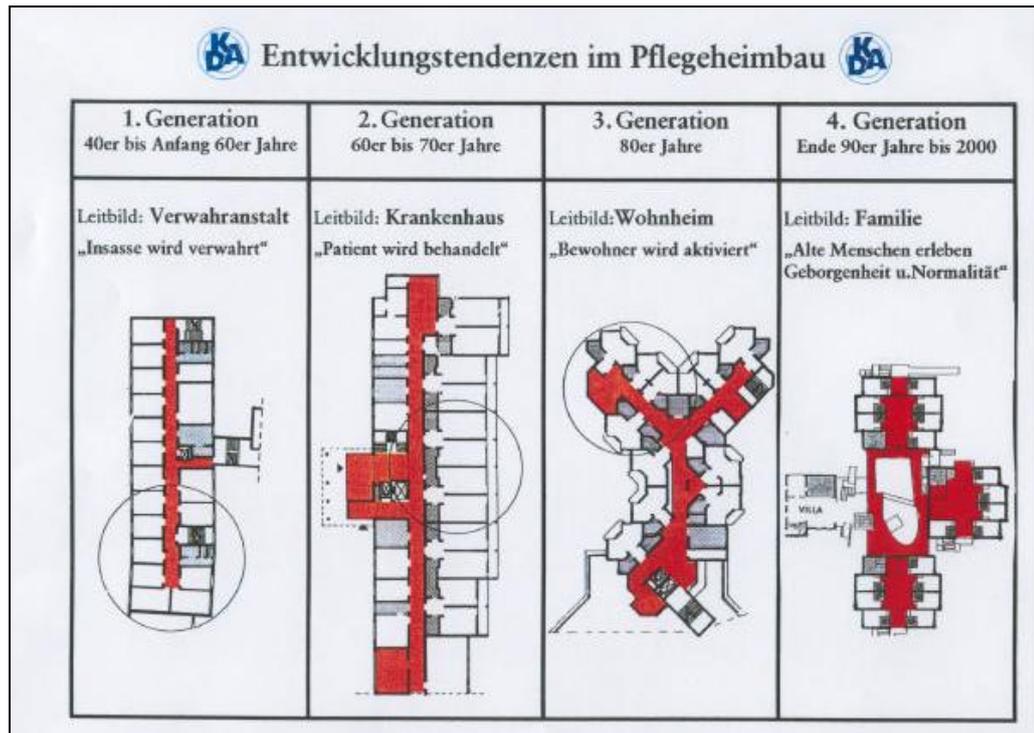


Abbildung 4: Die Pflegeheimgenerationen in Deutschland, (Kaiser, G., 2008, S. 25)

Wie man auf den ersten Blick erkennen kann, beginnt die Pflegeheimentwicklung mit dem Leitgedanken des „Verwahrens“ im und nach dem zweiten Weltkrieg (Obdach gewähren), geht weiter über die „Behandlung von Patienten“ zu einer „aktivitätsorientierten Pflege der Bewohner“ hinweg zu einer aktuell am Leitbild der Familie ausgerichteten Konzeption nach dem Normalitätsprinzips des Alltags.

Bei der nun folgenden Beschreibung möchte ich mich von einer meiner Leitfragen im Rahmen dieser Arbeit führen lassen, die klären soll, wie sich in den letzten Jahrzehnten seit Kriegsende das Heim als Lebensort, Lebenswelt oder Sinneswelt für alte und multimorbide Menschen, besonders aber für an Demenz erkrankter Menschen verändert hat. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, zunächst die historisch gewachsenen Strukturen des Pflegeheimbaus nachzuzeichnen, die die stationäre Altenhilfe bis heute nachhaltig beeinflusst haben. Durch diese Beschreibung wird mehr als deutlich, wie sehr sich stationäre Pflegeeinrichtungen im Laufe der Zeit verändert haben, um sich den individuellen Bedürfnissen und Anforderungen von Bewohnern immer besser anpassen zu können. Bewohner, Mitarbeiter und Angehörige hingegen beschreiben oftmals diese sozialen Organisationen noch immer als geschlossene Welten, wie Koch-Straube dieses Erleben in ihrer ethnologischen Studie zu „*Fremde Welt Pflegeheim*“ aus dem Jahr 1997 belegt.

Die nachstehenden Kommentierungen zu den einzelnen Pflegeheimgenerationen erfolgen aus der Perspektive von heute im Jahr 2010. Bei der Darstellung der Entwicklung der stationären Pflegeheime muss allerdings der historische Kontext berücksichtigt werden. Dazu gehören insbesondere:

1. Die folgenreichen Auswirkungen des zweiten Weltkrieges in den 1940er Jahren (Millionen Menschen sind kriegsversehrt, verwitwet, verwaist. Flüchtlingsströme erfolgen aus dem Osten, die Wohnungs- und Hungersnot ist unvorstellbar etc.).
2. Die prosperierenden Zeiten der 1950er Jahre, auch als Wirtschaftswunderzeiten bezeichnet (schneller Wiederaufbau und andauernder ökonomischer wie technischer Aufschwung).
3. Die Staatsreform der Bundesrepublik Deutschland und die Bezeichnung „Sozialer Bundesstaat“, die den Staat durch das Grundgesetz verpflichtet, für eine gerechte Sozialordnung im Sozialstaat zu sorgen. So sollte durch die Psychiatrie-Enquete in den 1970er Jahre eine Reformbewegung angestoßen werden, die eine Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Menschen (gemeindenaher Versorgung) zum Ziel hatte. Insbesondere sollte dabei eine Rehabilitation von psychiatrisch untergebrachten Langzeitpatienten erfolgen.
4. Die Wirtschafts- und Finanzkrise vor dem Hintergrund gravierender Veränderungen in den Lebenslagen (Anstieg der Alterspyramide, stetig wachsender Anteil der sogenannten „jungen Alten“ ab 60 Jahren und der Hochaltrigen ab 85 Jahren, Singlehaushalte, Einführung der Pflegeversicherung 1996, medizinisch-technischer Fortschritt, Anstieg psychiatrischer Erkrankungen etc.).

Die Vermittlung der gesamtgesellschaftlichen Veränderungen im Zusammenhang mit der historischen Entwicklung der Pflegeheimgenerationen kann nur stichwortartig erfolgen.

Die **1. Pflegeheimgeneration** beginnt nach Aufzeichnungen des Kuratoriums der



Foto 1: Einblick in einen Bettensaal um 1960
(Kaiser, 2008, S.26)

Deutschen Altershilfe (KDA) mit dem Ausgang des Zweiten Weltkriegs und dauert bis in die 1960er Jahre an. Geprägt war dieser erste Typ „Heim“ durch das Leitbild der „Verwahranstalten“. Dementsprechend wurden die Pflegebedürftigen als „Insassen“ bezeichnet, die „verwahrt“ werden mussten. Die pflegebedürftigen „Insassen“ wurden so weit wie nötig in Mehrbettzimmern

oder gar Schlafsälen (mit bis zu 25 Betten) häufig ohne Bäder und WC betreut. Diese befanden sich auf den Fluren. Die „Insassen“ blieben meistens auch tagsüber im Bett, mobilisiert wurden sie selten. Es erfolgte aus heutiger Perspektive eine nur auf die Defizite ausgerichtete Pflege.

Die Architektur dieser Heime der 1. Generation war gekennzeichnet durch lang gestreckte Baukörper.

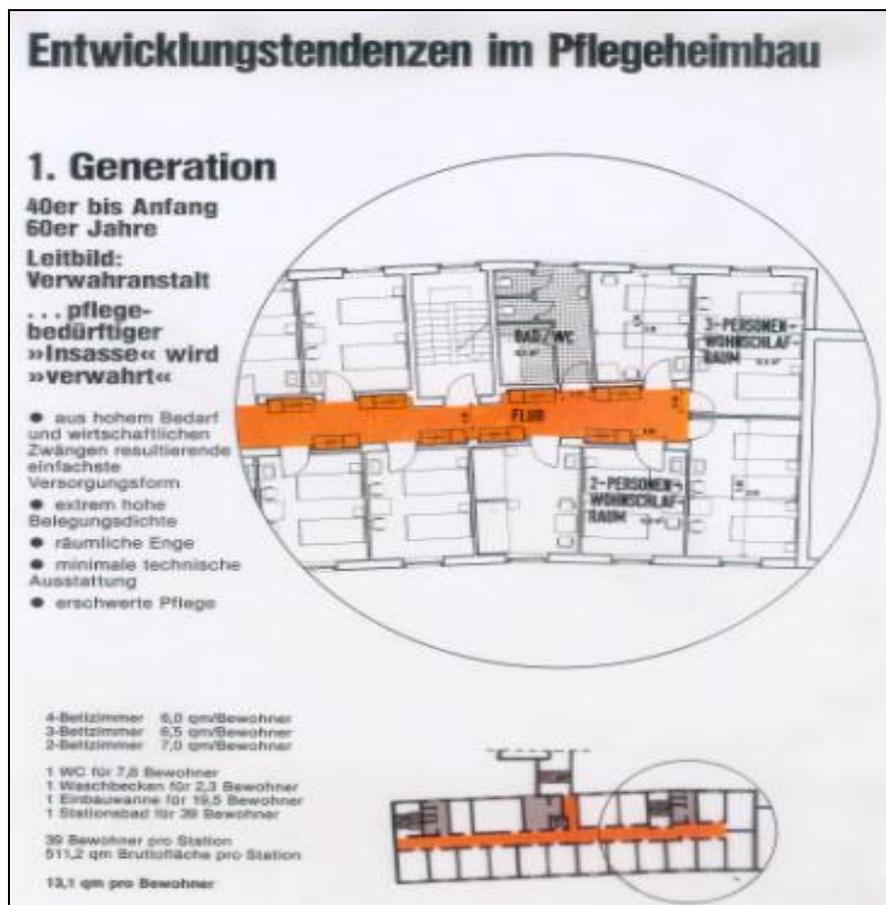


Abbildung 5: 1. Generation stationärer Pflegeheime (Winter, 2000, KDA)

Die **2. Generation im Pflegeheimbau** dauerte über die Zeitperiode der 1960er bis in die 1970er Jahre an und lehnte sich architektonisch und konzeptionell stark an das



Foto 2 und 3: Typische Einsichten in die 2. Generation stationärer Pflegeheime - lange Flurbereiche und Doppelzimmer mit Waschmöglichkeit im Raum (Fotos von Elisabeth Schneider-Grauvogel)

Krankenhauswesen und die Krankenpflege an. Die Raumanordnung dominiert durch eine stereotype Bauweise, in der Wohnlichkeit und Individualität nur eine untergeordnete Rolle spielten. Vielmehr entstanden ähnlich wie im Krankenhaus sogenannte Pflegestationen mit etwa 25 „Patienten“ (Bezeichnung für die Bewohner dieser Heimgeneration).

Die bis dahin vorhandenen Schlafsäle der 1. Generation wurden zu Gunsten von Drei-Bett- und Zwei-Bett-Zimmern abgeschafft. Es gab nicht für alle Zimmer ein angrenzendes Bad mit Sanitärbereich. In dieser 2. Heimgeneration war es üblich, dass vier bis sechs Patienten sich ein Bad und eine Toilette teilen

mussten. Die pflegerische Versorgung lehnte sich konzeptionell, weiterhin an eine defizitorientierte Versorgung der Patienten an.

Die gesamte Organisation der Heime war in dieser Zeit stark auf eine rationelle und funktionale Pflege ausgerichtet, bei der hohe Anforderungen an die Hygiene und die Sanitärausstattung im Vordergrund standen.

Ausgelöst durch die „Heimkampagne“ in der deutschen Fürsorgeerziehung erfolgte mit Ende der 1970er Jahre eine tiefgreifende Reformbewegung auch in den Pflegeheimen, die maßgeblich zu einer Aufweichung der bis dahin bestandenen Krankenpflegekonzepte in der Versorgung von alten und kranken Menschen in den Pflegeheimen dieser Epoche beigetragen hat und schließlich der vorherrschenden defizitorientierten Pflege in den Einrichtungen einen ersten grundlegenden Schlusspunkt setzte.

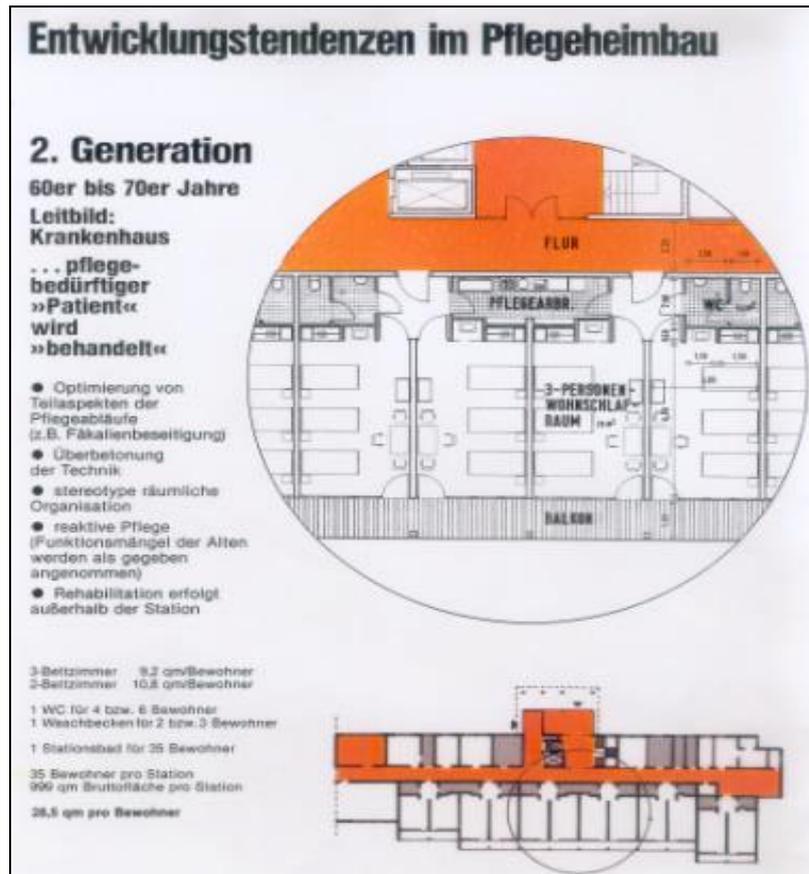


Abbildung 6: 2. Generation stationärer Pflegeheime (Winter, 2000, KDA)

So löst die **3. Pflegeheimgeneration** der 1980er und 1990er Jahre tradierte Pflegevorstellungen ab und wendet sich einer ganzheitlich orientierten Versorgungsstruktur zu, die das Individuum zunehmend in den Mittelpunkt stellt. Die Bemühungen in der 3. Pflegeheimgeneration sind ausgerichtet an dem Grundgedanken, aus den Heimen sogenannte Wohnheime zu machen. Später wurden diese vielerorts wieder umgewandelt in Pflegewohnheime, wie sich heute die meisten der stationären Einrichtungen nennen.



Fotos 4 und 5: Typische Einsichten in die 3. Pflegeheimgeneration: Pflegezimmer mit Wohncharakter und ein Ess- Aufenthaltsbereich im Wohnbereich (Fotos von Elisabeth Schneider-Grauvogel, KDA)

Die Heime der 3. Generation waren besonders durch einen höheren Einzelzimmeranteil oder auch durch Appartements gekennzeichnet, die sich in dieser Zeit verstärkt in den Altenhilfeeinrichtungen durchsetzten. Größere Zimmer, barrierefreie und zeitgemäße Sanitärbereiche gehörten zum Einrichtungstyp dieser Generation. „*Erstmals zerfließt hier die Grenze zwischen Wohn- und Pflegeeinrichtung*“ (Feldhaus, 2006, S. 60). In der 3. Heimgeneration spricht man dann auch nicht mehr von „*Patienten*“ sondern von „*Bewohnern*“. Die Einrichtungsträger bemühten sich um ein Mehr an Wohnqualität, die besonders auch im Wohn- und Schlafbereich der Bewohner angestrebt wurde. Die pflegerische Versorgung löste sich immer mehr von den bis dahin bestehenden Konzepten der Krankenpflege. So haben sich die Pflegeeinrichtungen weitgehend von den Pflegestationen verabschiedet. Ihnen folgten aufgrund des Leitgedankens der Wohnlichkeit eben sogenannte Pflegewohnbereiche. Eine ganzheitliche Rehabilitation unterstützt durch eine aktivierende Pflege wurde durch die 3. Pflegeheimgeneration angestrebt, die mehr auf die Interaktion mit den Bewohnern ausgerichtet war. Die Institution „*Heim*“ erfährt erstmals eine - wenn auch noch zaghafte - Öffnung in das örtliche Gemeinwesen und propagiert seit dieser Zeit das Heim als „*offenes Heim*“. In dieser Zeit etablieren sich die in vielfältiger Weise stattfindenden kulturellen und sozialen Angebote in den Heimen, die es zuvor in der 1. und 2. Heimgeneration nur kaum gegeben hatte. Diese Entwicklung steht ganz im Sinne des Leitbildes dieser 3. Generation, dem „*Wohnheim*“.

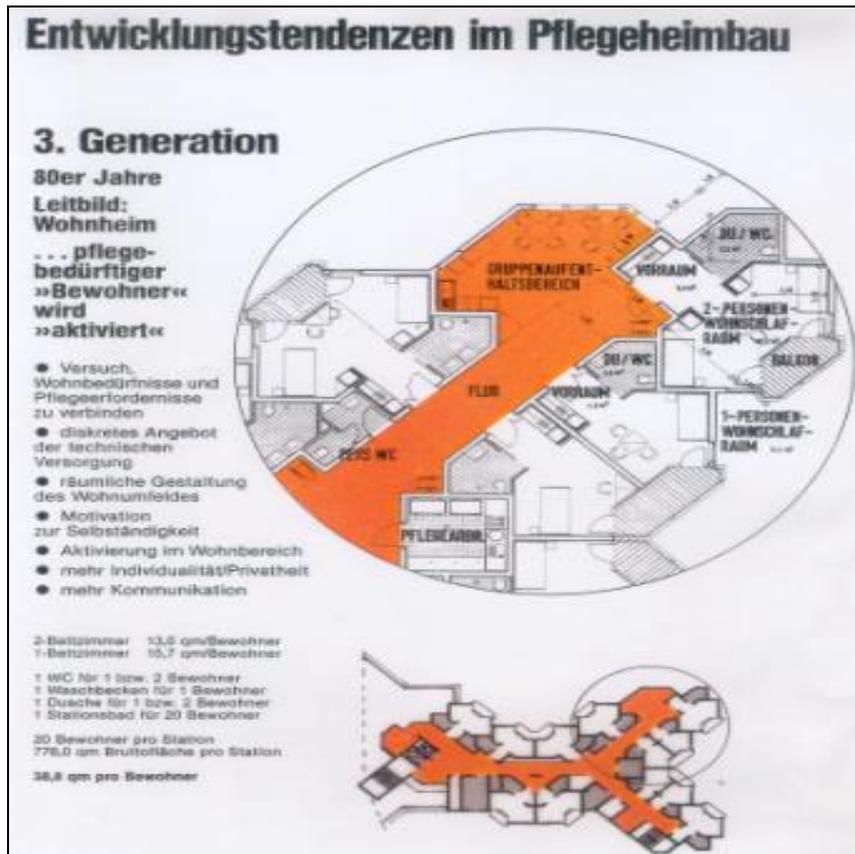


Abbildung 7: 3. Generation stationärer Pflegeheime (Winter, 2000, KDA)

Angekommen in den 1990er Jahren ist das bis heute noch immer gelebte Leitbild der **4. Pflegeheimgeneration** entstanden.

Die vielfach umschriebenen und im Pflegeheimalltag umgesetzten „Hausgemeinschaften“ orientieren sich in der Ausgestaltung des Leitbildes an Konzepten des gemeinschaftlichen und selbstbestimmten Lebens und Wohnens, bei dem Hilfe und Unterstützung durch die stationäre Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt wird. Auffällig ist an diesem vierten Heimgenerationentyp, dass die Baueigenschaften des Raumkörpers sich grundlegend von den ersten drei Pflegeheimgenerationen unterscheiden.



Abbildung 8: 4. Generation stationärer Pflegeheime (Winter, 2000, KDA)

Mehr als je zuvor steht die 4. Pflegeheimgeneration für mehr Selbstbestimmung und Autonomie eines jeden Bewohners. Dies zeigt sich nicht zuletzt in der Ausgestaltung der Architektur der Einrichtungen, die in der Regel fast ausschließlich Einzelzimmer oder sogenannte Wohnappartements vorsehen. Aber es geht nicht nur um die individuelle Wohnatmosphäre in den Bewohnerzimmern und den dazugehörigen Sanitärbereichen, sondern auch um die inhaltliche Konzeption dieser Hausgemeinschaften und ihren Bezug zum Leitbild dieser Heimgeneration, die eine Förderung familienähnlicher Wohngruppensituationen beinhaltet, in denen nicht mehr als acht bis zehn pflegebedürftige Personen leben, gepflegt und versorgt werden. Die Zielsetzung dieses noch jungen Konzeptansatzes liegt im täglichen Bemühen, die „Alltagsnormalität“ in den Wohngruppen bzw. den Hausgemeinschaften der Bewohner lebendig zu halten und zu gestalten. Als das besondere Qualitätskriterium der 4. Heimgeneration hat sich eine für acht bis zehn Bewohner großzügig gestaltete Wohnküche oder ein Gemeinschafts-/Wohn-/ Essbereich mit einer



**Foto 6: Wohnküche als Qualitätskriterium
der 4. Pflegeheimgeneration
(KDA: in Kaiser, 2008, S. 88)**

offenen Küche als Mittelpunkt herausgebildet. In dieser 4. Generation hat jeder Bewohner ein eigenes abgeschlossenes privates Zimmer oder Appartement mit einer Diele und eigenem Sanitärbereich. Die privaten Räumen liegen alle um die zentral platzierte Wohnküche oder um den Gemeinschafts-/ Wohn-/ Essbereich mit offener Küche nah beieinander. Es gibt zusätzliche Gemeinschaftsflächen und die meisten Hausgemeinschaften verfügen über einen Außenbereich, wie z.B. eine Terrasse, einen Garten oder einen begrünten Innenhof. In dieser Wohn- und Lebensform der 4. Generation soll die „Alltagsnormalität“ für alle aktiv mitzugestalten oder erlebbar sein. Hier wird gemeinsam unter Anleitung einer Betreuungskraft gekocht, gebacken, der Tisch gedeckt, gegessen, der Tisch abgeräumt, abgewaschen, der Tag verbracht - man könnte auch sagen: Der Alltag bleibt für alle Sinne lebendig.

Diese 4. Generation steht insofern für einen einschneidenden und aufwändigen Konzeptansatz in der stationären Pflegelandschaft. Dieser Paradigmenwechsel erfolgt unter schwierigen Rahmenbedingungen. Begleitet durch die Einführung der Pflegeversicherung und den unaufhaltsamen Anstieg der Demenzkrankheiten in der Gesellschaft wird derzeit mit diesem Konzeptansatz den wachsenden Anforderungen in der stationären Altenhilfe begegnet.

Der Anteil an demenzerkrankten Menschen, die auf eine stationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung angewiesen sind, wird weiter ansteigen.

Zum ersten Mal in der Geschichte der deutschen Pflegeheime kristallisiert sich nun seit einigen Jahren eine eigene Wohn- und Betreuungskultur für an Demenz erkrankte Menschen in der stationären Altenhilfe heraus, die dazu führt, dass die künstlich geschaffenen Lebenswelten in den Heimen auf den Kopf gestellt werden. Es handelt sich dabei um eine völlige Abkehr von den bisher bekannten und noch immer zahlreich vertretenen Pflegeeinrichtungen mit klassischen Wohnbereichen der 3. Generation. Diese Trendwende bezieht sich nicht nur auf die architektonische Gestaltung des Raumkörpers, sondern schließt zugleich konzeptionelle Überlegungen über eine qualitative Weiterentwicklung in der Pflege- und Betreuungsstruktur mit ein.

Durch den wachsenden Anteil demenzerkrankter alter Menschen in der stationären Versorgung und den damit einhergehenden Problemen in der Pflege und Betreuung von verhaltensauffälligen Demenzerkrankten in den traditionellen Pflegeheimen wurden in den letzten Jahren verstärkt neue Betreuungsansätze entwickelt und auf ihre Praxistauglichkeit hin empirisch untersucht (vgl. *Kapitel 2*, Unterabschnitt 2.3) Die Versorgungsforschung für den stationären Bereich der Altenhilfe in Deutschland steckt damit allerdings noch immer in den Kinderschuhen, sodass es noch keine abschließenden wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Praxistauglichkeit der 4. Generation für Demenzkranke gibt. Hinzu kommt, dass es sich bei der bautechnischen und konzeptionellen Wohn- und Lebensform des 4. Heimgenerationentyps immer noch um eine verhältnismäßig kleine Zahl von Einrichtungen handelt, die diese neueren Konzeptansätze in der Versorgung von Demenzkranken tatsächlich konsequent und umfassend realisieren (vgl. Weyerer, Schäufele, 2006, S. 23). Nach einer im Jahr 2006 erstmals durchgeführten repräsentativen bundesweiten Untersuchung zur Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in Altenpflegeheimen im Auftrag des BFSFJ mit 58 einbezogenen Pflegeeinrichtungen zeichnet sich offensichtlich eine leichte Zunahme des Angebots an spezifischen stationären Wohn- und Betreuungsformen für Menschen mit Demenz ab (vgl. Weyerer u.a., 2008, S. 222).

Bei der folgenden Darstellung des Erfolgs und der Auswirkungen dieser besonderen Versorgungsmodelle für Demenzkranke ist es erforderlich, sich zunächst auf Erfahrungswerte aus dem Ausland zu beziehen, da die Entwicklung dieser speziellen Betreuungsansätze dort bereits vorangeschritten ist (vgl. Weyerer, Schäufele, 2006, S. 23).

3.2 Ausgewählte Wohn- und Betreuungskonzepte in der stationären Demenzversorgung

Allen voran gelten besonders Frankreich und die Niederlande sowie die Schweiz mit einzelnen „Good Practice“-Modellen als Vorbilder für die deutsche Entwicklung spezifischer Versorgungskonzepte für demenzerkrankte Menschen in der Ausgestaltung der 4. Pflegeheimgeneration. Die nun folgenden Konzeptansätze werden von der internationalen Fachöffentlichkeit als *„qualitativ hochwertige Betreuungskonzepte angesehen“* (vgl. Radzey, 2001).

Schon vor etwa 20 Jahren wurden im europäischen Ausland erste spezifische Konzeptansätze für Demenzkranke entwickelt, die eine Alternative zur regulären stationären Versorgung darstellen. Die drei bekanntesten Modelle aus den Niederlanden, aus Frankreich und der Schweiz möchte ich jetzt näher betrachten, da sie für die deutsche Pflege- und Betreuungslandschaft in der stationären Versorgung bei Demenz von entscheidender Bedeutung waren und auch heute, im Jahr 2010, noch immer sind. Besonders interessant ist dabei aus erziehungswissenschaftlicher Sicht, dass alle drei Konzeptansätze den demenzkranken Menschen in den Vordergrund stellen, ihn in seinem „Personsein“, also in seiner eigenen Autonomie, wahrnehmen und um dessen Aufrechterhaltung bemüht sind.

Zunächst werden bei den Versorgungsansätzen zwischen zwei Hauptformen für Demenzkranke unterschieden:

- 1. „...Wohngruppen oder Hausgemeinschaften für Demenzkranke.*
- 2. ...Spezielle Pflegebereiche (Special Care Units), in denen ausschließlich Demenzkranke betreut werden.*

Eine eindeutige und allgemein verbindliche Definition, durch welche Merkmale diese Versorgungsformen charakterisiert und klar voneinander abgegrenzt werden können, liegt nicht vor“ (Weyerer, Schäufele, 2006, S. 23).

Nach einer Beschreibung des Kuratoriums Deutscher Altershilfe liegt das wichtigste Unterscheidungsmerkmal wohl darin, dass sich in Hausgemeinschaften und

Wohngruppen die konzeptionelle Ausgestaltung vor allem durch das sogenannte „Normalitätsprinzip“ hervorhebt.

Dies beinhaltet, dass sich sowohl die Hausgemeinschaften als auch die Wohngruppen durch eine

- größtmögliche „Alltagsnähe“,
- eine dezentrale Wohnstruktur (weitgehende autonome Organisation der Tagesstruktur)

und durch eine

- kleine überschaubare Anzahl der zu betreuenden Bewohner in einem Haushalt

auszeichnen (vgl. Winter, Gennrich, 2001, S. 8-9).

Mittlerweile ist die Konzeptidee der Haus- und Wohngemeinschaftsformen in Deutschland besonders in qualitativer Hinsicht bei der Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen in der stationären Altenhilfe angekommen und nicht mehr wegzudenken. Zur Regelversorgung im stationären Altenhilfebereich allerdings gehört diese Wohn- und Lebensform noch nicht, da es noch zu viele unvorhersehbare Variablen und Risiken gibt, die sich insbesondere für die Initiatoren solcher Einrichtungstypen stellen.

Die größte Problematik ergibt sich offenbar aus der nach wie vor schwierigen Situation einer dauerhaften Finanzierung dieser kleinteiligen Hausgemeinschaften, die sich bisher allesamt nur über einen erheblichen finanziellen Mehraufwand tragen, der trotz einer Anpassung durch die Pflegeversicherung im Jahr 2008 für die Betreuung von Demenzkranken im stationären Bereich kaum durch die Einrichtungsträger aufgefangen werden kann. Schließlich schafft lediglich eine leistungsgerechte Vergütung auf Dauer auch qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen, die angemessen die Bedürfnisse von demenzkranken Menschen berücksichtigen. Hingegen besteht in Fachkreisen der Altenhilfe große Übereinstimmung darin, dass in der stationären Demenzpflege ein Ausbau alternativer Versorgungsformen für die nächsten Jahre dringend von Nöten sein wird und der begonnene Weg über die Etablierung von stationären Haus- und Wohngemeinschaften der 4. Pflegeheimgeneration noch lange nicht sein Ende erreicht hat.

Vielmehr gilt es für die zukünftige Entwicklung der Demenzbetreuung in der stationären Altenhilfe, den Bereich der Haus- und Wohngemeinschaften in die Regelversorgung zu integrieren und auszubauen sowie zeitgemäße innovative Konzeptideen zu entwickeln.

Die Grundidee für die Lebens- und Betreuungsform der Haus- und Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen in Deutschland stammt - wie bereits erwähnt - von den

„... *französischen Vorbildern (der sog. Cantous) und der niederländischen Vorbilder (z.B. das Anton-Pieck-Hofje in Haarlem.)*“ (Kruse, Steinhagen-Thiessen u.a., 2001, S. 141).

Weit entfernt von den klassischen Versorgungsstrukturen in den Heimen verfolgen diese Einrichtungen zunächst ein gemeinsames Grundprinzip, nämlich die „*Alltagsnormalität*“ wieder in den Heimalltag zurückzuholen. So fallen zwangsläufig wieder hauswirtschaftliche Aktivitäten in der Gemeinschaft an, die für die Bewohner mehr oder weniger eine sinnstiftende Tagesstruktur mit sich bringen, die sich an den ganz normalen Aktivitäten des Lebens orientieren und so den Tagesablauf in den Haus- und Wohngemeinschaften bestimmen.

3.2.1 Das französische „Cantou-Konzept“

Bereits 1977 hat Georges Caussanel als Begründer des „*Cantou-Konzeptes*“, eine erste 100 - Betten - Pflegeeinrichtung der stationären Altenhilfe in Frankreich nach seinen Vorstellungen umgestaltet. Als langjähriger Leiter des Altenheimes Foyer Emilie de Rodat in Rueil-Malmaison schafft er es, den klassischen institutionellen Heimcharakter von damals (Übergang von der 2. Pflegeheimgeneration in die 3. Generation) so umzubauen, dass kleine Wohngruppen entstehen konnten, die an eine „*familienähnliche Wohn- und Lebenssituation*“ erinnern (Albrecht, Bernath u.a., 2007, S.30).

Die Bewohner verfügen in den Wohngruppen über jeweils ein Einzelzimmer mit Bad, das nach Möglichkeit mit eigenen Möbeln ausgestattet werden soll. In der Regel finden sich in einer Wohngruppe maximal zwölf Bewohner. Das „Kernstück“ des „*Cantou-Modells*“ bildet ein sehr großzügig gestalteter Wohn-/ Essbereich mit einer integrierten offenen Küche in jeder Wohngruppe.

Diese offene Küche als Zentrum des Geschehens steht auch für den Begriff „*Cantou*“, der eine offene Feuerstelle beschreibt, die in den damaligen Bauernhäusern im Südwesten von Frankreich vorzufinden waren. Caussanel hat den Sinn des „*Cantou*“ auf sein Konzept übertragen, nämlich eine *„familienähnliche Wohn- und Lebenssituation zu schaffen“* (ebenda, S.30).

Das „*Cantou-Konzept*“ basiert auf zwei zentralen Grundprinzipien, die unbedingt bei einer Adaption des Konzeptes in die stationäre Altenhilfe hinsichtlich der baulichen, wie auch in Bezug auf die Betreuungskonzeption berücksichtigt werden sollten:

„1. Subsidiarität - das heißt, jedem Bewohner kommt nur so viel Hilfe durch die Institution zu, wie er tatsächlich braucht. Ziel ist die Erhaltung der Autonomie des Einzelnen.

2. Gemeinschaftlichkeit - das heißt, das Cantou wird durch die Gemeinschaft von Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern getragen. Probleme werden daher gemeinschaftlich gelöst und Entscheidungen gemeinschaftlich gefällt“ (Radzey, Heeg u.a., 1999, S. 14).

Erst durch eine Verbindung der zwei aufgezeigten grundlegenden Prinzipien entsteht ein Zusammengehörigkeitsgefühl in der Haus-/Wohngemeinschaft, die es dennoch jedem einzelnen Bewohner ermöglicht, seine individuelle Autonomie zu bewahren. *„Das Cantou ist keine Gruppierung von Individuen, die sich gemeinschaftlich tragen“* (Gallard, 1985, S. 14). Das „*Cantou-Konzept*“ geht davon aus, dass demenzkranke Personen mit Behinderungen sind und keine Kranken. Dementsprechend versteht Caussanel sein „*Cantou-Konzept*“ als eine nicht vordergründig medizinische Konzeption der Haltung. Die Diagnosen treten also in den Hintergrund. *„Der Mensch mit seinen Befindlichkeiten und Bedürfnissen steht im Zentrum der Aufmerksamkeit. So findet man im Cantou keine „künstlichen Beschäftigungsangebote“* (Albrecht, Bernath u.a., 2007, S. 31). Bis heute hat sich das Cantou in Frankreich stetig weiterentwickelt. Insgesamt gibt es in Frankreich mehr als 200 Cantous für demenzkranke Menschen. Die von Caussanel über lange Jahre geleitete und umstrukturierte Pflegeeinrichtung *„Foyer Emilie de Rodat“* in Rueil-Malmaison nahe Paris verfügt heute über sieben Wohneinheiten mit je zwölf Plätzen über drei Etagen, die nach dem „*Cantou-Konzept*“ geführt werden.

Entsprechend der beschriebenen Grundphilosophie entscheiden Diagnosen nicht über eine Aufnahme im Cantou. Wie im Konzept beschrieben gilt als Voraussetzung für eine Aufnahme, dass die häusliche Versorgung nicht mehr ausreichend gewährleistet werden kann und der Betroffene zuvor in der Nähe der Einrichtung gelebt hat. Durch die Wohnortnähe ist die Voraussetzung geschaffen, dass das bestehende soziale Netzwerk und die damit verbundenen sozialen Beziehungen zu Nachbarn, Freunden und weiteren wichtigen Bezugspersonen (Hausarzt, Pfarrer etc.) des Dementen auch durch den Umzug in das Cantou aufrechterhalten werden kann.

3.2.2 Der niederländische „Anton-Pieck-Hofje“

Der im niederländischen Haarlem gelegene „Anton-Pieck-Hofje“ ist eine Spezialeinrichtung für Demenzkranke, die 1989 in einem Neubaugebiet nahe dem Altenpflegeheim Overspaarne entstanden ist. *„Die Hofjes sind eine Bauform, die in den Niederlanden seit dem 13. Jahrhundert existiert. Sie wurden damals als soziale Stiftungen eingerichtet und beispielsweise als Altersruhesitze für Bedienstete verwendet“* (Albrecht, Bernath u.a., 2007, S. 32).

Die Konzeption der Demenzeinrichtung nennt sich *„warme zorg“* und wurde von dem Mediziner Hans Houweling und dem Psychologen Niek de Boer entwickelt. *„Warme Zorg“* geht von einem progredienten Krankheitsverlauf aus, der unweigerlich zum Tode führt. Die Konzeption *„warme zorg“* setzt in ihrer Zielsetzung genau an dieser Sichtweise an und konzentriert sich darauf, die Demenzkrankheit als Diagnose nicht in den zentralen Mittelpunkt zu stellen. Vielmehr geht es um eine wertschätzende Haltung gegenüber dem demenzerkrankten Menschen, der nicht auf seine Krankheit reduziert werden soll, sondern als ganzheitliche Person mit seiner Verwirrtheit wahrgenommen, verstanden und akzeptiert werden soll (vgl. Radzey, Heeg u.a., 1999, S. 12). Zugleich soll mit dem Konzept der *„warme zorg“* das Umfeld *„... entsprechend den Bedürfnissen der einzelnen Person individuell gestaltet“* (Albrecht, Bernath u.a., 2007, S. 32) werden.

Der *„Anton-Piek-Hofje“* besteht aus sechs zweistöckigen Häusern, die architektonisch um einen zentral angelegten und geschlossenen Innenhof ringförmig gebaut wurden. Jedes Haus verfügt über sechs Einzelzimmer, die eine Wohngruppe bilden.

Als gemeinschaftliche Flächen stehen der Wohngemeinschaft zusätzlich ein Wohnzimmer mit halboffener Küche, ein Badezimmer, ein Esszimmer, ein Abstellraum und ein Arbeitszimmer zur Verfügung.

Die häusliche „normale Wohnatmosphäre“ soll nicht nur wie gewöhnlich im stationären Bereich durch die Ausstattung der Einzelzimmer mit privaten Möbelstücken gestaltet werden, sondern im „Anton-Piek-Hofje“ wird genauso viel Wert auf die Ausstattung des gemeinsamen Wohnzimmers mit privaten Gegenständen der Bewohner gelegt. Das ist in dieser Form konzeptionell einmalig. Die Wohnungen in den sechs Häusern sind alle durch einen innen liegenden Gang miteinander verbunden, sodass sie ein gemeinsames Wohnensemble bilden. Sicherlich ein architektonisches Glanzstück ist die Idee, von dem verbindenden Gang von jedem Haus aus den als Garten angelegten Innenhof zu erreichen. „Durch diese architektonische Besonderheit soll die Orientierung erleichtert und dem vermehrten Bewegungsdrang der Dementierenden Rechnung getragen werden“ (ebenda, S. 33).

Mit der Konzeption des „Anton-Pieck-Hofje“ grenzt sich die Demenzeinrichtung gezielt von anderen stationären Pflegeeinrichtungen ab, um gemeinsam mit den Bewohnern ganz individuelle Lösungen zur Förderung ihres persönlichen Wohlbefindens zu finden. Dabei orientiert sich die gesamte Organisationsstruktur zunächst an den Bedürfnissen seiner Bewohner und passt soweit wie möglich die institutionellen Bedingungen der Grundphilosophie des Hauses an. Diese basiert auf dem Konzept des „warme zog“ mit seinen nachstehenden Prinzipien (vgl. Radzey, Heeg, u.a. 1999, S.13):

- *„Altersdemente brauchen eine vertraute häusliche Umgebung*
- *es gibt nur wenige Regeln, Ge-und Verbote*
- *es wird nicht mit psychologischen oder medizinischen Zwangsmaßnahmen gearbeitet*
- *Betreuer und Angehörige müssen eine nicht-professionelle Haltung entwickeln*
- *Einsatz einfacher Mittel (keine High-Tech-Ausstattung)“*

Hinter diesen Prinzipien steht der grundlegende Ansatz des niederländischen Versorgungssystems, der sich „Zorg op maat“ (Pflege nach Maß) nennt.

Insbesondere ist für Demenzkranke der zweite Aspekt wichtig: „*Es gibt nur wenige Regeln, Ge- und Verbote*“. Demenzkranke werden so in ihrem „*Personsein*“ akzeptiert und so wenig eingeschränkt wie nur irgend möglich. Dies nimmt den Betroffenen Ängste, Unsicherheiten und vermeidet Überforderung, sich an bestimmte alltägliche Regeln halten zu müssen, die der demenziell erkrankte Bewohner häufig nicht versteht, was letztlich bei Nichtbeachtung in einer konventionellen Pflegeeinrichtung unter Umständen zu nichtmedikamentösen und /oder pharmakologischen Zwangsmaßnahmen führen kann. Die gesamte Betreuungsstruktur ist so angelegt, dass zu jeder Zeit auf die individuelle Tagesform der einzelnen Bewohner eingegangen werden kann.

Im Unterschied zu dem zuvor beschriebenen „*Cantou-Konzept*“ werden im „*Anton-Pieck-Hofje*“ nur Bewohner aufgenommen, bei denen eine ärztlich gestellte Demenzdiagnose vorliegt und eine häusliche Versorgung nicht mehr indiziert ist. Wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, kann eine Aufnahme in das psychogeriatrische Pflegeheim für Demenzkranke erfolgen.

Der konzeptionelle Arbeitsansatz des „*Anton-Pieck-Hofje*“ findet mittlerweile europaweit breite Anerkennung. Dies gilt insbesondere auch für Mediziner, die das Modell befürworten, um den Krankheitsprozess von demenzkranken Menschen zu verzögern und die daraus resultierenden Verhaltensauffälligkeiten zu lindern. Insgesamt überzeugt das Modell vor allem durch die stark ausgeprägte individuelle Bedürfnisorientierung und der Einbindung des sozialen Netzwerkes der Betroffenen durch Angehörige, Freunde, Nachbarn und anderen wichtigen Bezugspersonen.

3.2.3 Das schweizerische „Drei-Welten-Modell“

Von Frankreich über die Niederlande hat sich auch die Schweiz einen Namen als Vorreiter in der stationären Demenzbetreuung gemacht. Wenn auch in Deutschland nicht ganz unumstritten, aber dennoch wichtig als Diskussionsbeitrag zur Entwicklung einer angemessenen stationären Versorgungsstruktur für demenzkranke Menschen, möchte ich nun noch auf das „*Drei-Welten-Modell*“ in der Schweiz eingehen, das dort bereits seit über 20 Jahren als Konzeptgrundlage in der Betreuung von Demenzkranken besteht. Im Leitbild des schweizerischen Krankenhauses „*Haus Sonnweid*“ steht geschrieben:

„Menschen mit Demenz leben nach ihren eigenen Normen. Sie nehmen unser Wertesystem nicht mehr als für sie gültig und brauchbar wahr... Alle Bewohnerinnen und Bewohner werden so akzeptiert, wie sie sind. Ihre Verwirrtheit ist ein Teil von ihnen. Sie sollen bis zu ihrem Tod in der Sonnweid leben dürfen“ (Leitbild Sonnweid; 2010, <http://www.sonnweid.ch/178.html>, Zugriff 12. 2010).

Diese ersten Sätze des Leitbildes verdeutlichen die Grundhaltung der heutigen schweizerischen Altenhilfeeinrichtung. Das Haus „*Sonnweid*“, *östlich von Zürich gelegen in Wetzikon*“ hat sich bereits vor 20 Jahren auf den Weg begeben, um sich von den damals vorherrschenden Strukturen in der Demenzversorgung (Übergang von der 2. in die 3. Pflegeheimgeneration) der stationären Altenhilfe zu verabschieden und ein neues Modell zu entwickeln. Entstanden ist seitdem in mehreren Projektphasen das „*Drei-Welten-Modell*“, welches für ein spezifisches Konzept in der stationären Betreuung von Menschen mit Morbus Alzheimer steht. Inhaltlich umschließt das Konzept der Projektgruppe unter der Leitung von Christoph Held, Psychiater und ehemaliger Heimarzt der Sonnweid, Michael Schmieder, dem Heimleiter und Rene Boucard als Eigentümer der Einrichtung die Leitidee, dass Menschen, die an Morbus Alzheimer erkranken, durch den fortschreitenden Krankheitsprozess drei unterschiedliche Erlebniswelten durchlaufen, die im „*Drei-Welten-Modell*“ benannt werden als:

- *„Welt der Erfolglosigkeit,*
- *Welt der Schutzlosigkeit,*
- *Welt der Ziellosigkeit* (Albrecht, I.; Bernath, A. u.a., 2007, S. 36-37)

Diese drei Erlebniswelten stellen sogenannte Schweregrade der Erkrankung dar, die der Pflegeeinrichtung als Orientierung dienen sollen, um Verhaltensweisen von Bewohnern mit Morbus Alzheimer klassifizieren zu können. Diese drei Welten werden mit dem Minimentalstatus (siehe dazu *Kapitel 2*) nach Folstein durch ein Punktesystem erhoben. Die erste Stufe des Minimentaltestes ist durch folgende Kriterien gekennzeichnet und so für eine Klassifizierung der „*Welt der Erfolglosigkeit*“ (gemeint ist die leichte bis mittelschwere Demenz) maßgebend, wenn 25-15 Punkte erreicht werden:

- *Schwierigkeiten mit kognitiven Leistungen (Gedächtnis, Sprache, Orientierung, Urteil, Erkennen);*

- *Reaktive psychische Störungen (Trauer, Angst, Kränkung, Verunsicherung, Wut);*
- *Versuch „normaler“ Lebensformen mit Wechsel von Aktivität und Entspannung, Geselligkeit und Rückzug, privatem Raum und öffentlichem Raum;*
- *Empfinden für Mitbewohnerinnen und –newohner, Sinne für soziale Umgangsformen sind noch intakt, aber leicht irritierbar;*
- *Sinn für Eigentum, Privatsphäre ist erhalten;*
- *Lebensprägung, Lebensgewohnheiten, Angehörige spielen eine dominierende Rolle“ (vgl. Held, 2007, S. 36).*

In dieser ersten Erlebniswelt, der „Welt der Erfolglosigkeit“, sieht das Konzept vor, die Bewohner nicht auf ihre kognitiven Schwächen aufmerksam zu machen. Vielmehr sollen die demenzkranken Bewohner durch sichtbare und erlebbare Interaktion, wie z.B. durch einfache hauswirtschaftliche Tätigkeiten innerhalb der Tagesstruktur gefördert werden.

Die „Welt der Ziellosigkeit“ (mittelschwere bis schwere Demenz) wird mit diesen Funktionseinschränkungen beschrieben, die noch 15-5 Punkte erzielen:

- *Exekutive Funktionen (Planung, Wille, Überlegung) sind nicht mehr handlungsbestimmend; Ablenkung durch Umwelt und Details bewirkt zielloses Suchen und Wandern;*
- *Erkenn- und Orientierungsstörungen: Gegenstände werden ertastet, Räume stets neu erlaufen, Möbel erprobt etc.;*
- *Kommunikation und soziale Fähigkeiten sind reduziert;*
- *„kindliche“ Gefühle wie Neid, Missgunst, Eifersucht, Enthemmung, Streit bestimmen Beziehungen in der Bewohnerschaft und zum Personal;*
- *Sinn für Eigentum, Privatsphäre schwindet: Behändigung fremder Sachen;*
- *Lebensprägung und Gewohnheiten werden von regressivem Verhalten überdeckt“ (ebenda, S. 36 f.).*

Durch die jetzt zunehmende Abnahme der kommunikativen und sozialen Fähigkeiten wird dieser Problematik durch eine verstärkte Schaffung von Bewegungsfreiheit Rechnung getragen (vgl. ebenda, S. 37). Hierfür sieht das „Drei-Welten-Konzept“ vor, den dementen

Menschen große Räume ohne verschlossene Türen und breite Gänge anzubieten, die dem Bewegungsdrang des Personenkreises in dieser Phase der Demenzerkrankung genügend Laufmöglichkeit belassen. Auch soll den Bewohnern immer wieder ein vertrauter Rahmen angeboten werden, in dem sie sich in ihrer Ziellosigkeit und ihrer Regression aufgehoben fühlen.

Die „Welt der Schutzlosigkeit“ (schwere Demenz) ist schließlich erreicht, wenn nach der Stuserhebung mit dem Minimental der Demenzkranke lediglich noch fünf Punkte oder weniger erreicht. Zunehmend ist das Sprach- und Ausdrucksvermögen eingeschränkt, es können keine Außenreize mehr abgewendet werden, die Mobilität ist verstärkt eingeschränkt und es besteht ein erhöhtes Sturzrisiko. Held umschreibt die „Welt der Schutzlosigkeit“ folgendermaßen:

- *Funktionelle und körperliche frühkindliche Regression mit Sprachverlust, Immobilität, Inkontinenz und Verhaltensstörungen wie Rufen, Schreien, Hin- und Her bewegen;*
- *intakte Gefühlsreaktionen und übersteigerte Reiz/ Schmerzempfindung; die Bewohnerinnen und Bewohner sind Außenreizen schutzlos ausgeliefert; Reizüberflutung (z.B. durch lautes Sprechen, TV/Radio/Mitbewohnerinnen und Mitbewohner);*
- *erhöhte Pflegebedürftigkeit und Angewiesensein auf moderierte Sinnes-Stimulation durch basale Stimulation, Physiotherapie, Kinästhetik etc.;*
- *Sinn für Eigentum, Privatsphäre, Raum nicht mehr vorhanden“ (ebenda, S. 37).*

Das im Krankenhaus Sonnweid entwickelte und bis heute gelebte Konzept des „Drei-Welten-Modells“ setzt einen besonderen Schwerpunkt in der Pflege und Betreuung von schwer und schwerstdemenziell erkrankten Menschen. Das Konzept lässt zu, dass Demenzkranke jederzeit in ihrer eigenen Erlebniswelt sein dürfen, ohne dass sie dabei reglementiert werden.

Dafür sorgen letztlich die Mitarbeiter des Hauses, die das „Drei-Welten-Konzept“ als Haltung annehmen und mit Kreativität, Einfühlungsvermögen, Wertschätzung, Geduld und einer hohen Bereitschaft zur Lernfähigkeit umsetzen müssen.

Die ehemalige psychiatrische Anstalt wurde 1986 in die stationäre Pflegeeinrichtung Haus „Sonnweid“ umgewandelt. Das Haus verfügt heute über eine 140 – Betten – Einrichtung für Demenzkranke. Die Einrichtung gliedert sich in sogenannte Betreuungsgruppen für maximal acht bis zwölf demenzkranke Bewohner. In jeder Betreuungsgruppe gibt es einen großen Gemeinschaftsraum, zwei Gänge mit Zweibettzimmern (System Schweiz) und einen Frühstücksraum.

Das inhaltliche Arbeiten mit den Demenzkranken orientiert sich an dem von mir zuvor beschriebenen „Drei-Welten-Konzept“. Durch einen in den letzten Jahren erweiterten Bereich um die sogenannte „Pflegeoase“ wurde die Einrichtung über die Landesgrenzen bekannt. Auf der Grundlage des „Drei-Welten-Konzeptes“ wurden für schwerstdemenzkranken Bewohner in der „Welt der Schutzlosigkeit“ Pflegeoasen, bestehend aus großen Mehrbettzimmern mit sieben oder acht Plätzen, eingerichtet. In diesen Pflegeoasen werden Schwerstdemente in der letzten Lebensphase rund um die Uhr gemeinsam gepflegt. Dieses Konzept wurde durch einzelne Einrichtungsträger in Deutschland übernommen und löste eine intensive, sehr kontrovers geführte Diskussion in der Pflegeszene aus, die auch noch immer andauert. Die wesentliche Kritik in der Diskussion bezieht sich auf die Unterbringung in Mehrbettzimmern, die bei uns in deutschen Pflegeheimen spätestens mit Beginn der 4. Generation als unerwünscht angesehen wird. Dies gilt insbesondere auch für die dann nicht mehr ausreichend vorhandene Privatsphäre, die heute in unserer Pflegelandschaft einen hohen Stellenwert einnimmt und auch zu Recht beibehalten werden sollte. Das KDA hält das schweizerische „Drei-Welten-Modell“ ebenfalls für problematisch: *„Denn auch Menschen mit Demenz - selbst wenn sie sich in einem Zustand befinden, der sie in Wetzikon der genannten ‚dritten Welt‘ zuordnet - haben den gleichen Anspruch auf Würde wie Gesunde. Eine würdevolle Behandlung scheint nach Auffassung des KDA in den Räumen der ‚Oase‘ nicht gewährleistet, denn es ist davon überzeugt, dass die Individualität der Bewohner bzw. des Bewohners – wie stark demenzkrank sie/er auch ist – erhalten bleiben muss“* (ebenda, S. 35). Insofern bleibt abzuwarten, wie sich die Bewertung der „Oase“ in den nächsten Jahren in Deutschland entwickeln wird.

Ohne die jeweiligen länderspezifischen Rahmenbedingungen in der Versorgungslandschaft der Altenhilfe konkret berücksichtigt zu haben, zeigen die hier beispielhaft angeführten Projekte deutlich, das offensichtlich in der institutionellen Pflege und Betreuung von Demenzkranken insbesondere die Umweltbedingungen und ein

spezifisches milieutherapeutisch angelegtes Setting für die Lebensqualität von demenzerkrankten Menschen einen hohen Stellenwert einnehmen und in der konzeptionellen und architektonischen Umsetzung der Einrichtungen Priorität haben. Hinsichtlich einer weiteren qualitativen Entwicklung und Evaluation angemessener Versorgungsstrukturen in der stationären Altenhilfe der 4. Pflegeheimgeneration in Deutschland gilt es die herausgestellten Indikatoren für ein „Mehr an Lebensqualität“ in spezifischen Demenzmilieus mehr noch als bisher hervorzuheben und entsprechend auszugestalten. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Probleme in der stationären Versorgung und der bisher noch sehr lückenhaften Angebote für eine flächendeckende adäquate Betreuungs- und Versorgungsstruktur im stationären Bereich der Altenhilfe. Übereinstimmend wurden in den drei vorgestellten Projekten folgende Indikatoren als Gradmesser für eine institutionell ausgestaltete Lebenswelt für Demenzkranke eingesetzt:

- Person sein und Person bleiben (wertschätzende Haltung)
- das Prinzip der Vertrautheit (als zentralen Maßstab)
- das Prinzip der Alltagsnormalität (Gestaltung der Tagesstruktur)
- homogene Wohn- und Lebenssituation (räumlich klar abgegrenzt)
- das Prinzip der Wohnlichkeit (Häuslichkeit, Daheim)
- kleine Wohngruppen (acht bis zwölf Bewohner)
- Dezentralisierung (autonome Versorgung)
- Orientierung an den Bedürfnissen der Dementen (Individualität und Wohlbefinden)

Alle genannten Kriterien entsprechen ebenso auch der Grundphilosophie der 4. Generation.

3.3 Aktuelle Betreuungsansätze als theoretischer Bezugsrahmen in der stationären Versorgung Demenzkranker

Homolog zur Entwicklung der Entstehung institutionalisierter Wohn- und Lebenswelten von Demenzkranken in der stationären Altenhilfe haben sich zugleich spezifische Betreuungsansätze und Pflegemodelle herausgebildet, ohne die insgesamt eine demenzgerechte Versorgungskultur nicht vorstellbar wäre. Diese stellen den aktuellen theoretischen Bezugsrahmen in der stationären Demenzarbeit dar. Im Einzelnen handelt es sich dabei um den bereits im Verlauf der bisherigen Ausführungen schon angesprochenen „*milieuthérapeutischen Ansatz*“ (siehe *Kapitel 2*) das „*Psychobiografische Pflegemodell nach Erwin Böhm*“ und den „*Personenzentrierten Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen nach Tom Kitwood*“. Diese werde ich im Folgenden kurz vorstellen.

3.3.1 Der „milieuorientierte Ansatz“ (Milieuthherapie)

Alle unter Abschnitt 3.3 aufgeführten Indikatoren zur Lebensraumgestaltung in der 4. Pflegeheimgeneration lehnen sich an den milieuthérapeutischen Ansatz an. Dieser geht davon aus, dass „*Demenzkranken besonders auf eine beschützende materielle Umwelt angewiesen sind*“ (Weyerer, Schäufele u.a., 2006, S. 24). Lawton u.a. haben 1997 bereits einen Kriterienkatalog zusammengestellt, der eine gute bis sehr gute Umgebung für Demenzkranke ausmacht.

Dazu gehören:

- die Übersichtlichkeit (angemessene Raumgrößen müssen der Anzahl der Bewohner angepasst sein, Vermittlung einer schützenden Atmosphäre);
- Unterstützung von Funktionsfähigkeit und Ressourcenerhaltung (Gestaltung und Ausstattung der Räume, freie Zugänge zu allen Räumen, dem Außenbereich, Vermeidung von mechanischen oder visuellen Hindernissen);

- Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit (Bewohner dürfen alle Räume betreten, das gesamte Mobiliar benutzen);

- Einwirken durch Stimulierung der Sinne (Abgrenzung der Gemeinschaftsräume und der Privaträume, angenehme Düfte, anregende Geräuschkulisse, breite Türen, Farb- und Beleuchtungsgestaltung bei Tag und bei Nacht)

- Individualität berücksichtigen (durch Biografiebezug zum bisherigen Lebenszusammenhang, auch durch persönliche Gegenstände wie Mobiliar, Fotos etc.);

- Berücksichtigung physikalischer Umweltfaktoren, wie Beleuchtung, Temperatur, Gerüche, Geräuschkulisse, warmes Licht 500 Lux in Augenhöhe, Hintergrundmusik;

- Orientierungssinn unterstützen (durch Anbringen von Spiegeln, Namensschildern in altdeutscher Schrift und Fotos der Bewohner an den Türen, thematische Untergliederung der Gemeinschaftsflächen in Wohn- und Esszimmer, Flur mit Garderobe etc.);

- Förderung der sozialen Interaktionen (Besuche von Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Pfarrer etc., Einrichten von Gästezimmern zur Übernachtung);

- Kontakte mit Tieren ermöglichen;

- Rückzugsmöglichkeiten bieten (Privaträume, besondere Ruheräume, Ruheplätze in den Haus- und Wohngemeinschaften schaffen) (vgl. Lawton, Weisman u.a., 1997, S. 193-209).

Durch Berücksichtigung der von Lawton entwickelten Kriterien soll eine milieutherapeutische Umgebung geschaffen werden, die demenzerkrankten Menschen *„ein menschenwürdiges, der persönlichen Lebensgeschichte angepasstes Leben*

ermöglicht und ihre sensorischen, emotionalen, kognitiven und psychischen Einschränkungen ausgleicht“ (Brüggemann, Brucker u.a., 2009, S.109).

Schließlich sind nach Lawton und Mitarbeitern *„alte Menschen wesentlich empfindlicher gegenüber Umgebungsvariablen als junge“* (Hirsch, S.18, 2001). Als Bindeglied der Milieuthherapie steht eine durch Empathie und Wertschätzung getragene Beziehung zwischen Personal und dementen Bewohnern im Mittelpunkt.

In *Kapitel 2* habe ich darauf hingewiesen, dass die Milieuthherapie auf die beschriebenen Modelle der Umweltpsychologie zurückzuführen ist. Es handelt sich dabei um einzelne Therapiemaßnahmen (ebenfalls in *Kapitel 2* beschrieben), die durch eine Vielzahl von Modellen und Maßnahmen zusammengefasst werden und schließlich die Wirksamkeit milieutherapeutischer Interventionen prägen. Synonym finden sich in der Literatur noch immer Begriffe wie Soziotherapie, Milieugestaltung, therapeutisches Milieu oder auch nur einzelne Aspekte milieutherapeutischer Interventionen, die synonym gebraucht werden.

3.3.2 Das „Psychobiografische Pflegemodell“ nach Erwin Böhm

„Ein Mensch, der keine Lust mehr zu leben hat, der hat auch keine Lust mehr seine Beine zu bewegen. Vor den Beinen muss also zunächst die Seele bewegt werden“ (Erwin Böhm, 1985, S. 46).

Dieser durch Erwin Böhm bekannt gewordene Leitsatz ist zu dem grundlegenden Lehrsatz geworden, wenn man sein *„Psychobiografischen Pflegemodell“* verstehen und in der Demenzpflege anwenden will.

Durch weitere bekannte Leitsätze wie *„Verwirrt nicht die Verwirrten“* oder *„Ist heute Montag oder Dezember?“* prägte der Wiener Psychiatriekrankenpfleger Erwin Böhm europaweit ein neues Verständnis im Umgang mit demenzkranken Menschen. Das von ihm über drei Jahrzehnte entwickelte *„Psychobiografische Pflegemodell“* basiert auf einer humanistisch begründeten Sichtweise.

Ausgehend von seinen persönlichen Erfahrungen als österreichischer Psychiatriekrankenpfleger hat Böhm in den letzten 20 Jahren das *„Reaktivierungsmodell“* ständig weiterentwickelt. Im Fokus des *„Psychobiografischen Modells“* steht der Mensch

als einzigartiges Individuum. Der zentrale Schwerpunkt besteht aus der „*Re-Aktivierung*“ und der „*Re-Habilitation*“ des alten und dementen Menschen.

So knüpft das Modell nach seinem Grundverständnis an den verschütteten Fähigkeiten der Betroffenen gezielt an. Böhm geht in seinem Modell davon aus, dass Körper, Geist, soziales Umfeld und die persönliche Geschichte in ständiger Wechselwirkung zueinander stehen und sich daher viele Verhaltensmuster im Krankheitsprozess eines Demenzkranken durch den psychobiografischen Hintergrund erklären lassen. Für die tägliche Arbeit mit dem „*psychobiografischen Modell*“ gewinnt alles, was einen Menschen in den ersten 25-30 Jahren seines Lebens geprägt hat wieder an Bedeutung, denn aufgrund einer progredienten Demenzerkrankung fällt der Mensch mit Beginn des geistigen Abbaus zurück in die Prägungsphase. Durch den psychobiografischen Hintergrund des individuellen Lebens berücksichtigt die psychogeriatrische Pflege nach Böhm alte Gewohnheiten und individuelles Coping (Lebensbewältigungsstrategien in Krisenzeiten). Dabei ist für die Rehabilitation eines an Demenz erkrankten Menschen von wesentlicher Bedeutung, dass sich das Pflege- und Betreuungspersonal in der Pflegeeinrichtung mit den individuellen Psychobiografien ihrer Bewohner fortwährend auseinandersetzt. Eine hohe Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den Themenbereichen „*Kinder- und Jugendzeit*“ zu - wie hat der demente Bewohner seine Kindheit bzw. seine Jugend verbracht? Aus welchem familiären Hintergrund kommt er? Welche Bedürfnisse hat er und welche Rituale sind ihm lieb und wichtig geworden? Was war für ihn im Sinne des „*Normalitätsprinzips*“ normal?

Auf der Grundlage eines verstehenden, hermeneutischen Vorgehens identifiziert und interpretiert Böhm die psychosozialen Bedürfnisse als „... *psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen als Antwort auf Belastungen und/oder unerträgliche Lebenssituationen und damit als einen Versuch der Anpassung an die soziale Umwelt. Böhm verwendet hierfür den Begriff des „regressiven Bewältigungshandelns“. Durch Kenntnis der Lebensgeschichte des Menschen mit einer Demenz vor dem zeitgeschichtlichen Hintergrund soll eine „Rückeroberung der Vergangenheit“ erfolgen können.*

Theoretische Grundlagen des Modells von Böhm sind unter anderem die Individualpsychologie von Adler, die Tiefenpsychologie von Freud und die Verhaltenstherapie“ (Brüggemann, Bruckner u.a., 2009, S. 129).

Der sich aus dem „*Psychobiografischen Modell*“ ableitende Anspruch an die Fachlichkeit der Mitarbeiter ist hoch. So müssen Pflege- und Betreuungskräfte über ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit verfügen und soziale Kompetenz besitzen. Erst dann erreicht das Modell die Praxisrelevanz in der stationären Betreuung und pflegerischen Versorgung von demenzkranken Bewohnern und ermöglicht, die Selbständigkeit und die soziale Kompetenz alter Menschen so lange wie möglich zu erhalten. Dabei ist nicht vorrangig die körperliche Selbstständigkeit gemeint, sondern vor allem der Geist und die Psyche, also die Fähigkeit, selbständig zu denken, zu fühlen, handeln und entscheiden dürfen, wenn auch mit Einschränkungen. Auffällige Alterserscheinungen wie Vergesslichkeit, Verwirrtheit, Wahnvorstellungen und Aggressionen sind nach Böhm auch bei zunehmendem Gehirnabbau durchaus noch positiv zu beeinflussen.

Die primären Altersstörungen sieht Böhm in der Seele, deshalb ist sein Modell auch als „*Seelenpflegemodell*“ bekannt. In diesem Modell hat er, wie mir Böhm im persönlichen Gespräch am 14. Mai 2009 berichtet, sieben sogenannte „*Interaktionsstufen*“ entwickelt, die letztlich die individuellen therapeutischen Interventionen bestimmen. Für den therapeutischen Prozess ist es wichtig, die Stufen so deutlich wie möglich zuzuordnen, um die psychische Erreichbarkeit sicherstellen zu können, den dementen Bewohner besser zu verstehen, Rückzugstendenzen frühzeitig erkennen und verhindern zu können sowie bedürfnisorientierte individuelle Pflege- und Betreuungsmaßnahmen zu entwickeln und anzubieten.

Das psychobiografische Assessment wird mit einem Erfassungsbogen durch das Pflege- und Betreuungsteam in der Pflegeeinrichtung ermittelt. Der Bogen besteht aus mehreren feststehenden Kategorien, um eine durchschnittliche Erreichbarkeit zu bestimmen.

Die Kategorien sind:

- Gefühlsstörungen
- Psychomotorik
- formale Denkstörungen
- inhaltliche Denkstörungen
- Gedächtnis

- Orientierung
- Kontaktfähigkeit

Die sieben Interaktionsstufen sind:

Stufe 1: Sozialisation

Ausgehend von Stufe eins kann sich der Demente in der Erwachsenenstufe lebenslang das Lernen ermöglichen, sich den Normen in der Gesellschaft anpassen. Können Demenzkranke auf dieser ersten Stufe nicht mehr erreicht werden, kann man auf der nächsten, der zweiten Stufe eine Kontaktaufnahme versuchen.

Stufe 2: Mutterwitz

Die zweite Stufe, die Böhm mit dem sog. Mutterwitz bezeichnet, bekannt als sog. angeborener Humor, entspricht der Entwicklungsstufe im Jugendalter. Hier wird dann auch gesprochen „wie einem im wahrsten Sinne des Wortes der Schnabel gewachsen ist.“

Stufe 3: seelische und soziale Grundbedürfnisse

Bei der dritten Stufe, den seelischen und sozialen Grundbedürfnissen haben Demenzkranke viele im Alter von 6-12 Jahren erworbene frühere Fähigkeiten und Gewohnheiten abgelegt.

Stufe 4: Prägungen

In Stufe vier, den Prägungen, herrschen eingespielte, sich wiederholende Verhaltensweisen vor, die der demente Mensch bereits im Alter von ca. drei bis sechs Jahren erlernt hat. So genannte Rituale, die Sicherheit vermitteln, fließen in die psychosoziale Betreuung im Hier und Jetzt wieder ein.

Stufe 5: höhere Antriebe

Bei den Trieben auf Stufe 5 stellt sich die Frage, was dem erkrankten Menschen noch zugemutet und durch Förderung noch gefördert werden kann. Denn hier befindet sich der Demente in der Erreichbarkeit eines 3-6 jährigen Kindes.

Stufe 6: Intuition

Die Intuition auf der Stufe 6 entspricht dem Säuglings- und Kleinkindalter; Gefühle, Märchen, Aberglaube und Bilder spielen eine wichtige Rolle in der Erreichbarkeit der zu pflegenden Person.

Stufe 7: Urkommunikation

Letztlich erreicht der Demenzerkrankte die Stufe 7 der sog. Urkommunikation, wo eine emotionale Erreichbarkeit noch gegeben ist, jedoch die körperlichen Möglichkeiten sehr beschränkt sind.

Neben der Erfassung der sieben Erreichbarkeitsstufen sieht das Modell vor, eine „*thymopsychische Biografie*“ (Gefühlsbiografie) zu erheben. Diese besteht aus dem biografischen Lebensverlauf und denen sich daraus ergebenden Copings.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das „*Psychobiografische Modell*“ von Böhm die Probleme von demenzerkrankten alten Menschen nicht vordergründig organisch betrachtet, sondern sie als seelisch bedingt ansieht. Dies wird aus der individuellen Biografie hergeleitet. Daraus resultiert für Böhm u.a. die Forderung nach einer Gesundheitspflege statt einer Alten- oder Krankenpflege. Die Vorgehensweise in der Pflege und Therapie erfordert eine eigenständige Denk- und Arbeitsweise professionell pflegerischer und therapeutischer Mitarbeiter in der Altenhilfe. Die Pflgetheorie von Böhm zeichnet sich durch die Betonung und Förderung des Selbsthilfepotentials alter Menschen aus. Sie sollen reaktiviert werden und wieder aufleben. Die konsequente Anwendung des „*Psychobiografischen Pflegemodells*“ verfolgt eine

- Verbesserung in der Reaktivierung von dementen Menschen, die sich im Rückzug befinden,
- eine Symptomlinderung ohne Einsatz von Psychopharmaka,
- eine Erhöhung des Selbstwertgefühls,
- eine Verbesserung der Pflegequalität durch „*seelische Pflege*“,
- eine deutliche Erhöhung der Arbeitszufriedenheit in der Pflegeeinrichtung,
- eine Senkung der Krankenstände (vgl. Böhm, 2004).

Heute genießt das Pflegemodell von Erwin Böhm europaweit breite Anerkennung in Pflegefachkreisen.

Zur fachlichen und wissenschaftlichen Absicherung des „*Psychobiografischen Pflegemodells nach Erwin Böhm*“ hat sich ein europaweit bestehendes Netzwerk für psychobiografische Pflegeforschung gebildet. Im Jahr 2005 erfolgte dazu die Gründung der ENPP Böhm Bildung- und Forschungsgesellschaft mbh mit Hauptsitz in Bochum und weiteren Geschäftsstellen in Österreich, der Schweiz und Luxemburg. Deutschlandweit gibt es mittlerweile 91 spezifisch qualifizierte Böhm-Wohnbereiche für Demenzkranke. Europaweit existieren nach Auskunft der Geschäftsführerin Marianne Kochanski mittlerweile 250 Demenzbereiche, die nach dem Böhm-Pflegemodell arbeiten.

3.3.3. Der Erlebensorientierte Ansatz nach Cora von der Kooij

Zwar ist der „*Erlebensorientierte Pflegeansatz*“ in der deutschen Altenhilfelandchaft noch nicht weit verbreitet, aber dennoch habe ich mich entschieden, den aus dem Niederländischen stammenden Pflegeansatz in meine Arbeit mit aufzunehmen, da dieses Konzept bei näherer Betrachtung in der Pflege und Betreuung mit Demenzkranken eine weitere nichtmedikamentöse Alternative für Pflege- und Betreuungskräfte eröffnet, der Vielschichtigkeit des Krankheitsbildes Demenz in der stationären Altenpflege zu begegnen.

Der in den 1980er Jahren von der niederländischen Krankenschwester und Historikerin entwickelte „*erlebensorientierte Pflegeansatz*“ kann als ein pädagogisches Trainingskonzept für Mitarbeiter in der stationären Altenhilfe verstanden werden.

Das Konzept selbst entspricht im Grunde zunächst dem Validationsgedanken, wie er von Naomi Feil geprägt wurde. Beide Ansätze gehen von einer gleichermaßen wertzuschätzenden Grundhaltung gegenüber den Gefühlen und dem Erleben von demenziell erkrankten Menschen aus, bei denen die Pflege- und Betreuungspersonen den Umgang mit desorientierten Menschen durch die Methodik des Konzeptes erlernen. Sie werden durch einen längerfristig andauernden Schulungsprozess darin angeleitet, die Gefühlswelt von Demenzkranken zu verstehen und Ursachen zu erkennen, die ihnen helfen, in der täglichen interaktiven Beziehungsgestaltung wiederkehrende Unterstützungsengagements anbieten zu können, um so die Würde der demenzkranken Menschen aufrechterhalten zu können.

Für den „*erlebensorientierten Ansatz*“ erklärt Cora van der Kooij ihr Konzept so:

„Im übertragenen Sinne meint es: Menschen bewusst zu machen, was sie eigentlich schon wissen“ (van der Kooij, 2000, S. 49).

Durch das aus der Mäeutik⁶ entwickelte Konzept sollen Pflege- und Betreuungskräfte lernen, ihre theoretischen und praktischen Kenntnisse mit Hilfe einer sinnvollen pädagogischen Methodik im Team anzuwenden (vgl. Brüggemann, Brucker u.a., 2009, S. 124). Im Mittelpunkt des Konzeptes stehen also die Mitarbeiter und erst in zweiter Linie die Demenzkranken. Sie sollen durch den erlebnisorientierten Ansatz in ihrer Fähigkeit zur Kommunikation mit demenzkranken Menschen gefördert werden. Dabei werden Praxissituationen simuliert, die es den Mitarbeitern ermöglichen sollen, sich ihrer eigenen Gefühle und Erfahrungen bewusst zu werden und diese zu reflektieren. Dabei geht das mäeutische Konzept davon aus, dass es zwei Erlebnisswelten gibt:

- Die der Pflege und Betreuungskräfte

und die

- der Demenzkranken.

Die auf die Mäeutik aufbauende „*erlebensorientierte Pflege*“ soll die Mitarbeitenden in ihrem Selbstvertrauen und ihrer Intuition und Kreativität unterstützen. *„Für diesen Prozess der Bewusstwerdung wird das griechische Wort „Mäeutik“ benutzt“* (Schindler, 2003, S. 11).

Das pädagogisch angelegte Verfahren setzt auf einen von außen moderierten Lernprozess, bei dem die Pflegenden sich ihrer Möglichkeiten bewusst werden sollen, wie diese mit Demenzkranken in Beziehung kommen und bleiben können, ähnlich der gesprächspsychotherapeutischen Methode von Carl Rogers. Die Mäeutik geht also davon aus, dass Pflege- und Betreuungskräfte rein intuitiv wissen, was sie brauchen und wie sie handeln können, nur ist es ihnen nicht bewusst.

⁶ Mäeutik: *„Der Begriff mäeutisch steht für das Bewusstmachen des intuitiven Wissens bzw. von Erfahrungen sowohl von Lebenserfahrungen als auch von Erfahrungen, die während der Pflegearbeit gemacht wurden. Die Mäeutik geht davon aus, dass es zwei Erlebnisswelten gibt: die Erlebnisswelt der Bewohner und die der Pflegenden“* (van der Kooij, 2003, S. 21)

Das gefühlsmäßige Wissen um den Umgang mit Dementen wird durch ständige Reflexion bewusst gemacht. Zudem wird die Authentizität und die erwähnte Kreativität in der Beziehungsgestaltung gefördert. Die ständige Auseinandersetzung mit sich und der Beziehung zu den zu pflegenden Demenzkranken fordert den Mitarbeitern eine hohe Kompetenz der Selbstreflektion und Kritikfähigkeit ab. Mittlerweile ist das Konzept der „*erlebensorientierte Pflege*“ in Holland wissenschaftlich durch das Institut für mütterliche Pflege in Apeldoorn abgesichert worden.

„Positive Erfolge für das Verhalten von Demenzbetroffenen sind durch Forschungsarbeiten belegt, ebenso wurden wissenschaftliche Erkenntnisse über die Einführung des Konzeptes gesammelt. Aber die Einführung und systematische Implementierung der erlebensorientierten Pflege braucht viel Energie und die Bereitschaft, sich zu verändern, zu lernen und Neues auszuprobieren“ (ebenda, S. 17).

3.3.4 Der „Personenzentrierte Ansatz“ nach Tom Kitwood

Im Rahmen einer Begriffsbestimmung zur Demenz in *Kapitel 2* habe ich bereits dargelegt, dass es überwiegend noch immer eine vorwiegend medizinische Sichtweise zum Umgang mit Demenz als medizinisches Phänomen gibt. Deshalb ist es aus erziehungswissenschaftlicher und sozialwissenschaftlicher Perspektive von Bedeutung, den „*Personenzentrierten Ansatz*“ des englischen Sozialpsychologen Tom Kitwood vorzustellen, da er - wie bereits in *Kapitel 2* angedeutet - mit dem „*Personenzentrierten Ansatz*“ ein nicht vordergründig medizinisches Modell entwickelt hat und dadurch eine multidisziplinäre Betrachtung zur Durchdringung des noch immer bestehenden Standardparadigma möglich wird.

Kitwood hat auf der Grundlage der Theorie des personenzentrierten Ansatzes ein Beobachtungsverfahren für demenzkranke Menschen mit dem Namen „*Dementia Care Mapping (DCM)*“ entwickelt. Das auch in Deutschland mittlerweile in der stationären Pflege angewandte Verfahren wurde an der Universität Bradford in England von Kitwood und weiteren Mitarbeitern entwickelt. Das Verfahren soll in der Demenzpflege das Verständnis und die Sinne von Mitarbeitern für die aufmerksame Wahrnehmung der subjektiven Bedürfnisse von demenzkranken Menschen schärfen.

Im Zentrum des personenzentrierten Ansatzes steht der Mensch als Person in seiner Einzigartigkeit. Dabei geht es Kitwood um den Erhalt und die Stärkung des Personseins als oberste Zielsetzung.

Das Konzept vermittelt eine Grundhaltung (Werteorientierung) gegenüber Menschen mit Demenz und einem daraus resultierenden positiven Arbeitsansatz als Basis für eine erfolgreiche Begleitung von demenzkranken Menschen. Kitwood selbst stellt die Hypothese auf, „... dass eine konstruktive, positive Arbeit an und mit Menschen mit Demenz ihr Personsein je entsprechend dem Grad der Krankheitsentwicklung - erhalten und bewahren kann“ (Kitwood, 2005, S. 9). So werden z.B. durch Validation, basale Stimulation, den Umgang mit Tieren oder gemeinschaftliche Aktivitäten bei demenzkranken Menschen die Sinne angeregt und das Personsein gestärkt.

Als Adressaten spricht Kitwood sogenannte „reflektierende Praktiker...“ (Kitwood, 2005, S.10) an, „die mit Menschen mit Demenz einen möglichst angestammten, normalen, ressourcenorientierten und familiären Alltag leben“ (Kitwood, 2005, S. 10). In ethischen und therapeutischen Fallgesprächen suchen die Praktiker unter moderierter Anleitung nach individuellen Möglichkeiten und Zugangswegen in der konkreten Beziehungsarbeit, um das individuelle Wohlbefinden in dem Personsein von demenzkranken Menschen zu fördern, zu erhalten oder zu verbessern (vgl. Kitwood, 2005, S. 10).

Kitwood beschreibt eine Demenzpflege aus personenzentrierter Sicht als eine Wiederherstellung der personalen Funktionen. Dabei werden die drei grundlegenden Bedürfnisse wie Halt und Trost, Nähe und Geborgenheit sowie soziale Bindung und Beziehung gestärkt. Parallel erfolgt eine Förderung der personalen Ich-Identität des demenzkranken Menschen und seiner Aktivitäten. Durch die Wechselwirkung in der Person-Umwelt-Beziehung wird der Demenzkranke angeregt, sein individuelles Milieu aktiv zu gestalten. Nur durch die Befriedigung seiner Bedürfnislage kann sich der demente Mensch nach Kitwood wahrnehmen und sich wertvoll und angenommen fühlen (vgl. Kitwood, 2005).

Insofern hängt die Qualität in der personenzentrierten Pflege von demenzkranken Menschen stark von der Qualität der Pflegebeziehung und der Interaktionsfähigkeit des Pflegepersonals ab (vgl. Brüggemann, Brucker, u.a., 2005, S. 111).

Zudem betont er, dass zum Verstehen einer Demenzerkrankung unbedingt das *“Personsein im Sinne von Beziehung zu sehen“* ist. Als Erziehungswissenschaftlerin folge ich dieser Definition im weiteren Verlauf meiner Arbeit. Auch werde ich *in Kapitel 5* im Rahmen der theoretischen Einbettung meiner Untersuchung nochmals auf die Konzeption des Personseins von Kitwood zurückkommen.

Die in diesem Abschnitt dargestellten Betreuungsansätze der stationären Dementenversorgung repräsentieren die zum größten Teil in den deutschen Pflegeeinrichtungen umgesetzten Konzeptansätze. Die Literaturrecherchen machen deutlich, dass die meisten Einrichtungen sich auf die Prinzipien der Milieutherapie stützen, die in allen vier Ansätzen eine wichtige Rolle in der Pflege und Betreuung mit Demenzkranken einnehmen.

3.4 Integrative versus segregative Wohn- und Betreuungsstrukturen in der stationären Betreuung demenziell erkrankter Menschen

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gezeigt, dass eine adäquate pflegerische und betreuungsbezogene Versorgung von demenziell erkrankten Menschen nur durch eine entsprechende Anpassung der räumlichen und sozialen Milieus (Umgebung) möglich ist. Dies betrifft einerseits die im Laufe der letzten Jahrzehnte immer wichtiger werdende Frage nach einer demenzgerechten Architektur und Versorgungskultur zukünftiger Generationen im Pflegeheimbau und andererseits die Beantwortung der noch immer offenen und viel diskutierten Frage nach einer geeigneten Versorgungsstruktur. Hier werden in der Literatur lediglich die Vor- und Nachteile der integrativen und segregativen Versorgungsform diskutiert, jedoch ohne sich auf die eine oder andere Form festzulegen.

In *integrativen Konzepten* wird keine räumliche Trennung der dementen und der nicht-dementen Bewohner vorgenommen. Hier werden die Demenzkranken tagsüber gemeinsam in einer gesonderten Tagesbetreuung der Einrichtung versorgt.

Mit *segregativen Wohn- und Versorgungskonzepten* sind diejenigen Konzepte - wie z.B. das Cantou-Konzept, der Anton-Pieck-Hofje und auch das Drei-Welten-Modell - gemeint, die unter Abschnitt 3.2 bereits vorgestellt wurden. Diese Wohn- und Lebensbereiche stehen ausschließlich Demenzkranken zur Verfügung.

Aus der Fachliteratur geht ebenfalls hervor, dass der praktische Alltag in den Pflegeeinrichtungen größtenteils noch durch die integrative Versorgungsform bestimmt wird. Es zeichnet sich jedoch eine verstärkte Trendwende hin zu segregativen Wohn- und Betreuungssettings ab. Dies kann ich aus meiner persönlichen Beobachtung in den stationären Pflegeeinrichtungen bestätigen. Es fehlt allerdings bis heute eine allgemein verbindliche Definition zu den Mindestanforderungen beider Versorgungsformen, sodass diese in der praktischen Umsetzung nicht eindeutig voneinander abgegrenzt werden können. Es gibt noch keinen abgeschlossenen wissenschaftlichen Befund, der im Ergebnis die integrative oder die segregative Wohn- und Lebensform für Demenzkranke als Idealtyp herausstellt.

Zudem liegen noch keine weiteren Untersuchungsergebnisse vor, die auf eine Beeinflussbarkeit der Progredienz der Erkrankung entweder durch eine homogene oder eine segregative Betreuungsform hindeuten. Deutlich wird jedoch, dass insbesondere segregative Wohn- und Betreuungseingagements einen positiven Einfluss auf das Verhalten und Befinden der Bewohner und des Personals aufweisen. Dies setzt voraus, dass eine segregativ eingerichtete Wohngruppe oder Hausgemeinschaft mit einem spezifischen Betreuungsansatz kombiniert wird (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt 3.3).

Meine Hypothese lautet, dass wir in den nächsten Jahren einen rasanten Ausbau von spezifischen Versorgungsformen für Demenzkranke erleben werden. Dies gilt insbesondere für den segregativen Bereich. Ob sich diese Entwicklung ausschließlich auf den stationären Sektor beschränken wird, ist eine nächste interessante Fragestellung im Hinblick auf die Weiterentwicklung von Versorgungsformen für demenzkranke Menschen in Deutschland vor dem Hintergrund der weiter ansteigenden Prävalenz und dem durch das Pflegeversicherungsgesetz vorgegebene Primat der ambulanten Versorgung.

4 Theoretische und forschungsleitende Fragen

Mit dieser Arbeit möchte die Autorin gezielt der Fragestellung nachgehen, wie Einrichtungen der stationären Altenhilfe Sinneswelten aus einer Sicht von ‚*innen heraus*‘ für Menschen mit Demenz gestalten. Dabei sind für mich folgende Fragen von zentraler Bedeutung:

- Gelingt es überhaupt, Sinneswelten für Demenzkranke in der stationären Altenhilfe aus der Perspektive von ‚*innen heraus*‘ zu gestalten?
- Wenn ja, wie gestalten diese Pflegeheime Sinneswelten für demenzkranke Menschen?
- Gibt es Möglichkeiten für Demenzkranke, Sinneswelten in Pflegeheimen selbst gestalten bzw. mitgestalten zu können?
- Was können dann in der Folge diese Sinneswelten für Demenzkranke bewirken?
- Welche Wechselwirkungen und Wirkungszusammenhänge bestehen in Sinneswelten von Demenzkranken in Altenpflegeheimen?
- Welche Einflussfaktoren begünstigen das Entstehen von Sinneswelten für demenzkranke Menschen?
- Welche Einflussfaktoren behindern das Entstehen von Sinneswelten für demenzkranke Menschen in der stationären Altenhilfe eher?
- Gibt es die spezifische Sinneswelt der stationären Altenhilfe für Menschen mit einer Demenzerkrankung?

Die Studie orientiert sich an einem interdisziplinären empirischen Forschungsansatz und betrachtet die Perspektive von Sinneswelten aus der Innenansicht von stationären

Altenpflegeeinrichtungen in Anlehnung an die nachfolgend benannten theoretischen Konzeptionen zu betrachten:

1. Sinneswelt als Begriff im Verständnis nach der Konzeption der Lebensweltanalyse von Alfred Schütz.
2. Raum als Lebensort, als Erlebenswelt und als Gestaltungswelt für Menschen in Anlehnung an Martha Muchow.
3. Sinneswelt für Demenzkranke in der Institution „*Pflegeheim*“ in Anlehnung an die Definition des Altenheimes als „*totale Institution*“ nach Erving Goffmann.

Das hier zugrunde gelegte Theorieverständnis und der Begriff der Sinneswelt wird - wie bereits mehrfach angedeutet - in ähnlicher Weise verstanden, wie er von den genannten Vertretern der gewählten Forschungsrichtungen in deren durchgeführten Gegenstandsuntersuchungen schon verwendet wurde.

Insofern geht der gewählte Begriff der Sinneswelt in Orientierung an Schütz von einer Lebenswelt aus, die geprägt ist durch *„...die Lebenswelt des Alltags... Der Alltag stellt mich vor Aufgaben, und ich muß meine Pläne in ihm durchführen. Er läßt mich in meinen Versuchen, meine Ziele zu verwirklichen, erfolgreich sein oder scheitern. Durch mein Wirken greife ich in die alltägliche Wirklichkeit ein und verändere sie... Die Lebenswelt des Alltags ist jene Wirklichkeit, in der wechselseitige Verständigung möglich ist“* (Schütz, Luckmann, 2003, S. 69).

Besonders hat sich Martha Muchow in ihren frühen Forschungsarbeiten Anfang der 1930er Jahre mit dem Begriff des ‚Lebensraumes‘ beschäftigt, indem sie in ihrer Studie *„Der Lebensraum des Grosstadtkindes“* aus der Perspektive des Kindes nach dem ‚Wie‘ gefragt hat. *„Wie leben Kinder in der Großstadt? Wie erleben sie ihr Wohnquartier und ihr Spielgelände? Wie eignen sie sich die Plätze, Straßen, Warenhäuser der fremdartigen Erwachsenen an und wie gestalten sie diese zu ihrer Welt um?“* (Muchow, M. und H. 1980, Klappentext).

Dieser Vorgehensweise der Hinterfragung nach dem 'Wie' in Bezug auf den Lebensraum folgt die Autorin ebenso wie dem grundlegenden Verständnis der totalen Institution von Erving Goffmann, der das Altenheim schon früh als „*Soziale Einrichtung*“ definiert hat, mit dieser Einrichtung eine totale Institution bezeichnet, die Merkmale einer „*geschlossenen Welt*“ aufweist. So muss die vorliegende Studie auch die Frage der „*geschlossenen Welt*“ aufgreifen.

Die empirische Annäherung an den Untersuchungsgegenstand der stationären Altenhilfe erfolgt auf der Grundlage von Experteninterviews und der teilnehmenden Beobachtung als Anwendungsmethoden zur Durchführung der Untersuchung im Feld.

Durch das gewählte theoretische und methodische Setting im Untersuchungsfeld wird deutlich, dass die Studie insgesamt als ein erziehungs- und sozialwissenschaftliches ethnographisch orientiertes Forschungsdesign angelegt ist, das nun folgend in *Kapitel 5* dargestellt wird.

5 Das Forschungsdesign

Eine Untersuchung zur Ausgestaltung von Sinneswelten für demenzerkrankte Menschen in der stationären Altenhilfe steht im interdependenten Zusammenhang vielschichtiger Veränderungsprozesse in den Lebenslagen einer so noch nie zuvor dagewesenen alternden Gesellschaft. Insbesondere steigt die Zahl der Menschen mit einer Demenzerkrankung und stellt die Gesellschaft vor enorme sozialpolitische, ökonomische und ethische Herausforderungen, die bewältigt werden müssen.

Ausgelöst durch eine sich sozialstrukturell verändernde Gesellschaft und eine damit verbundene wachsende „*Individualisierung von Lebenslagen und Biographiemustern*“ (Beck, 1986) bilden sich zugleich neue Milieus, Subkulturen, Lebensstile und Lebensweisen (vgl. Hradil, 2008), die es notwendig machen, sich diesen Veränderungsprozessen der Wechselbeziehungen und Wirkungszusammenhängen innerhalb der Gesellschaft mit einer „*neuen Sensibilität*“ (Flick, 2006, S. 12) anzunähern und diese empirisch zu untersuchen.

Da ich in meiner Arbeit aus erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Sichtweise die Lebenswelten von und für demenzkranke Menschen im Kontext der stationären Altenhilfe untersuche, verfolge ich mit der von Flick beschriebenen notwendigen neuen Sensibilität ein qualitatives Forschungsdesign innerhalb der empirischen Sozialforschung.

In diesem *Kapitel* soll die theoretische Einbettung des von mir gewählten Rahmens innerhalb der Qualitativen Sozialforschung geklärt werden.

5.1 Die Qualitative Sozialforschung

In den 1980er Jahren noch als eine vorübergehende Modeerscheinung beschrieben, gilt die qualitative Sozialforschung heute als eine weit über die sozialwissenschaftlichen Disziplinen hinaus etablierte Forschungsrichtung. Ende der 1980er Jahre konstatiert Mayring eine '*qualitative Wende*' (Mayring, 1988, S. 1-12) und sieht darin eine '*tiefgreifende Veränderung der Sozialwissenschaften in diesem Jahrhundert*'“ (ebenda, S. 1).

Das bestehende Paradigma der qualitativen Verfahren innerhalb der Sozialforschung steht für eine differenzierte empirische Erfassung der sozialen Wirklichkeit und beschreibt so aus der Sicht der handelnden Menschen die „Lebenswelten von 'innen heraus'“ (Flick, von Kardorff, Steinke, 2000, S. 14).

Die Autorin folgt dem grundlegenden Begriffsverständnis zur „Lebenswelt“ in Orientierung an Schütz, der unter Lebenswelt folgendes versteht:

„Die Lebenswelt, in ihrer Totalität als Natur- und Sozialwelt... ist sowohl der Schauplatz als auch das Zielgebiet meines und unseres wechselseitigen Handelns. Um unsere Ziele zu verwirklichen, müssen wir ihre Gegebenheiten bewältigen und sie verändern. Wir handeln und wirken folglich nicht nur innerhalb der Lebenswelt, sondern auch auf sie zu. Unsere leiblichen Bewegungen greifen in die Lebenswelt ein und verändern ihre Gegenstände und deren wechselseitige Beziehungen. Zugleich leisten diese Gegenstände unseren Handlungen Widerstand, den wir entweder überwinden oder dem wir weichen müssen. Die Lebenswelt ist also eine Wirklichkeit, die wir durch unsere Handlungen modifizieren und die andererseits unsere Handlungen modifiziert“ (Schütz, Luckmann, 2003, S. 33).

Schütz beschreibt hier mit dem Begriff der Lebenswelt eine komplexe Umwelt des Individuums als die „Welt in aktueller Reichweite“ (Schütz, Luckmann 1975, S. 53 ff.). Abgeleitet aus dem Lebensweltverständnis von Schütz wird diese unmittelbare Umwelt empirisch nach dem Modell der Lebensweltanalyse untersucht. Für die Untersuchung gilt es, die wesentlichen Schwerpunkte des empirischen Untersuchungsmodells der Lebensweltanalyse auf den gewählten Untersuchungsgegenstand der stationären Pflegeeinrichtungen als Sinneswelten für Demenzkranke zu beziehen. Dazu erfolgt in dieser Arbeit:

1. Eine Beschreibung der Alltagswirklichkeit aus der Sicht der handelnden Akteure in ihrer Welt (siehe dazu *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1 und 6.2).
2. Eine verbindende Interpretation der Beschreibung der Alltagswirklichkeit (aus der Innenperspektive der Pflegeeinrichtungen) mit den vorhandenen

Bedingungen und strukturellen Merkmalen des alltäglichen Handelns in der Alltagspraxis (siehe *Kapitel 7*).

3. Eine Übertragung des Alltagsbewusstseins und der Alltagspraxis auf die vorhandenen Rahmenbedingungen im Kontext der Lokalstudie (siehe *Kapitel 8*).

„Die genaue Beschreibung von Lebenswelten soll zu einem besseren Verständnis spezifischer kultureller Selbstverständlichkeiten, Handlungsformen und –strategien beitragen, um Strukturen und Muster ihrer sozialen Reproduktion sowie ihre Eigenrationalitäten zu erkennen“ (Flick, 2005, S. 106). Hierzu gibt es eine Reihe von unterschiedlichen theoretischen Ansätzen, Methoden und Denkweisen innerhalb der qualitativen Forschungstradition (vgl. Flick, 2000, S. 18), die sich theoretisch auf den

- *„Symbolischen Interaktionismus und die Phänomenologie beziehen und damit die subjektive Bedeutung und individuelle Zuschreibungen von Sinn in den Blick nehmen (Lüders und Reichertz sprechen vom 'Nachvollzug des subjektiv gemeinten Sinnes');*
- *dann die Ethnomethodologie und der Konstruktivismus, die vor allem Prozesse des Entstehens sozialer Situationen beschreiben (die 'Deskription sozialen Handelns und sozialer Milieus')*
- *und schließlich noch die psychoanalytischen und strukturalistischen Positionen zur 'Rekonstruktion deutungs- und handlungsgenerierender Tiefenstrukturen‘“*
(Lüders, Reichertz, 2003, S. 79.).

Diesen theoretischen Grundannahmen sind verschiedene Forschungsmethoden zugeordnet.

- Flick und Kollegen beziehen sich zum einen auf den Symbolischen Interaktionismus und die Phänomenologie, die die subjektive Sichtweise des Individuums vorrangig in den Blick nehmen. Als Methoden werden leitfadengestützte und narrative Interviewtechniken herangezogen. Nach Lüders und Reichertz (Lüders, Reichartz, 1986, S. 93) gelten die *„Oral History“* und die Biografieforschung als primäre Anwendungsfelder dieser Richtung.

- Zum anderen bezieht sich Flick u.a. auf die Beschreibung sozialer Situationen. Als Methoden kommen hier insbesondere die Gruppendiskussion sowie die teilnehmende Beobachtung zur Anwendung. Hier eignen sich als Handlungsfelder die Analyse von Lebenswelten und Organisationen ebenso wie Cultural Studies (vgl. Flick, 2000, S. 19).

Alle dargestellten Ansätze und Methoden haben gemeinsam, dass sie über einen Ausgangspunkt verfügen, der das Alltagshandeln in sozialen Kontexten des gesellschaftlichen Zusammenlebens untersucht. Es geht dabei keineswegs nur um ein reines Abbilden der sozialen Wirklichkeit, sondern um ihre prozesshafte theoretische Erfassung, bei der zunächst die Wirklichkeit rekonstruiert wird, um diese schließlich mit den unterschiedlichsten Methoden und Verfahren der qualitativen Sozialforschung zu analysieren. Dabei geht es um die Erfassung des subjektiven Sinngehalts, den Individuen mit ihren Handlungen und ihrer Umgebung verbinden.

Qualitative Forschung bezieht sich auf die lange Tradition des symbolischen Interaktionismus nach Herbert Blumer. In der Folge von Georg Herbert Mead entwickelte er diese Richtung in der soziologischen und sozialpsychologischen Forschung. Ein besonderer Schwerpunkt lag dabei auf Prozessen der Interaktion, also der wechselseitig orientierten sozialen Handlung. Die Interaktion wurde als ein bestimmter Begriff von Interaktion definiert, der den symbolvermittelten Charakter sozialen Handelns bestimmt.

Eine weitere Gemeinsamkeit erschließt sich nach Flick (vgl. Flick 2000, S. 22) aus dem „*kommunikativen Charakter*“ sozialer Wirklichkeit, wobei es die Aufgabe des Forschers ist, das bestehende kommunikative Konstrukt der sozialen Wirklichkeit zu rekonstruieren. Qualitative Forschungsansätze gehen darüber hinaus auch davon aus, „*dass objektive Lebensbedingungen (z.B. Bildungsstand, Beruf, Einkommen etc.) erst durch subjektive Bedeutungszuschreibungen seitens des Individuums für dessen Lebenswelt relevant werden*“ (Maschke, 2003, S. 79 f).

Neben den beschriebenen Gemeinsamkeiten der Methoden und Ansätzen kennzeichnet die qualitative Forschung nach Flick zusammenfassend besonders die

- *„Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien*
- *Perspektiven der Beteiligten und ihre Vielschichtigkeit*
- *Reflexivität des Forschers und der Forschung*
- *Spektrum der Ansätze und Methoden qualitativer Forschung*
- *Verstehen als Erkenntnisprinzip*
- *Fallrekonstruktion als Ansatzpunkt*
- *Konstruktion von Wirklichkeit als Grundlage*
- *Text als empirisches Material“* (Flick, 2006, S. 50).

Durch die bisherigen Ausführungen wurde deutlich, dass die Qualitative Forschung keine „*Einheitsmethode*“ (Flick, 2000, S. 24) darstellt, wenngleich sie über einige bereits dargestellte Gemeinsamkeiten und Kennzeichen verfügt. Dies gilt ebenso auch für die Praxis qualitativer Forschung, die wiederum über gemeinsame Grundprinzipien im praktischen Forschungsalltag verfügt. Dazu gehört zunächst nach Lamnek (vgl. Lamnek, 1995, Band 1, S. 22):

„...das Prinzip der Offenheit als Forscher, gegenüber den Untersuchungspersonen (inklusive ihrer individuellen Eigenarten) selbst, aber auch gegenüber der Untersuchungssituation und den im Einzelnen anzuwendenden Methoden“.

In ihrer Zielsetzung geht es in der Qualitativen Forschung immer um das „*Verstehen*“ und die Nachvollziehbarkeit der Sinnhaftigkeit in sozialen Wirklichkeiten und ihrer handelnden Akteure.

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit soll die soziale Wirklichkeit von sinngebenden Lebensräumen für demenzkranke Menschen in der stationären Altenhilfe näher kennengelernt und am Beispiel einer Lokalstudie analysiert werden.

Der Untersuchungsgegenstand der stationären Altenhilfe als eine soziale Organisation begründet die Wahl der Forschungsrichtung und die für die Untersuchung in Betracht kommenden Forschungsmethoden.

Das Experteninterview und die teilnehmende Beobachtung stehen dabei im Mittelpunkt. Jedoch soll aufgrund einer methodischen Offenheit auch, quantitativ gewonnenes Datenmaterial mit in die Erhebung einfließen, sofern dies zur argumentativen Begründung und Präsentation einzelner Sachverhalte hilfreich erscheint. Dies ist u.a. in *Kapitel 2* der Fall, da dort die Präsentation der vorliegenden Prävalenzstatistik erst die Tragweite der Demenzproblematik und ihre Auswirkungen auf die damit verbundenen gesellschaftlichen Zusammenhänge aufzeigt.

5.2 Das Experteninterview als Methode der qualitativen Forschung

„Das Experteninterview ist eines der am häufigsten eingesetzten Verfahren der empirischen Sozialforschung, sowohl als eigenständiges Verfahren als auch im Rahmen der Methodentriangulation“ (Meuser, Nagel, 2009, S. 35).

Das Experteninterview erfährt seit langer Zeit eine breite Akzeptanz als Erhebungsmethode in der Forschungspraxis der Qualitativen Sozialforschung. Seit etwa 20 Jahren läuft aber auch eine längst überfällige und noch immer andauernde intensiv geführte Methodendebatte über das Experteninterview. Diskutiert wird der Stellenwert des Experteninterviews als qualitative Form und seine Bedeutung als Methode in der Anwendungspraxis. Eine Annäherung über die verschiedenartigen Definitionsansätze und über die methodischen Konzepte von Experteninterviews gibt es allerdings bisher nicht. Im Kern wird noch immer über die Möglichkeit gestritten, inwieweit Experteninterviews methodologisch zu begründen sind und ob dies grundsätzlich überhaupt möglich ist (vgl. Bogner, Menz, S. 61 ff). Hier stehen insbesondere zwei Positionen diametral gegenüber:

- Meuser und Nagel haben sich für ein *„genuin im qualitativen Paradigma beheimatete Form des Experteninterviews“* (Meuser, Nagel, 1997, S. 481-491) ausgesprochen (vgl. Bogner, Menz, 2009, S. 61).

Für Meuser und Nagel resultiert die Diskussion über die Stärke des Experteninterviews aus einer über lange Zeiten nicht ausreichend geführten Methodenreflexion und einer daraus reduzierten Funktionszuweisung des Experteninterviews zu Zwecken der Exploration.

- Als Gegenpositionen wird immer wieder angeführt, dass es kein systematisches Leitbild des Experteninterviews gibt und nicht geben kann (vgl. Bogner, Menz, 2009, S. 62).

Den Kritikern zufolge werden die Kontextbedingungen des Experteninterviews im Forschungsprozess nicht ausreichend berücksichtigt:

- Nach Deeke wird bei dieser Interviewform ein nicht ausreichender relationaler Expertenbegriff zugrunde gelegt (vgl. Deeke, 1995, S. 7).
- *„...handele es sich bei Gesprächen mit den Experten um eine besondere soziale und besonders störanfällige Situation, die zwar nicht die Gültigkeit basaler Regeln der Interviewführung, wohl aber die Reichweite methodischen Rezeptwissens stark mindere“* (Bogner, Menz, 2009, S. 61-62).

Demgegenüber gibt es andere Vertreter mit der Ansicht,

„...das Experteninterview nicht notwendig auf eine bestimmte Art und Weise der Interviewführung festzulegen. Das jeweils spezifische untersuchungsleitende Interesse und die konkrete Fragestellung führten notwendig zu einer je flexiblen Handhabung dieses Erhebungsinstruments“ (Bogner, Menz, 2009, S. 62).

Diese Gruppe plädiert damit für eine Fortsetzung der Methodendebatte in Richtung der qualitativen Tradition wie Meuser und Nagel.

Die bestehende Kritik scheint sich letztlich aber doch durch die Vermutung relativieren zu lassen, dass der Methodenstreit eher in einer unzureichenden Systematisierung der Forschungsinteressen und in den angelegten Forschungsdesigns zu suchen ist als in grundsätzlichen methodologischen Gründen. Dies lässt hoffen, dass diese doch scheinbar häufig vorzufindenden Defizite in der Methodendebatte um das Experteninterview durch eine verstärkte Konzentration auf die Systematisierungsprozesse in der Anwendungsbezogenheit von Experteninterviews zu beheben sind.

Im Folgenden werde ich auf eine Typologie des Experteninterviews nach Bogner und Menz (2009) eingehen, um damit eine Verortung der Anwendung des Experteninterviews als Hauptmethode in meiner Forschungsarbeit vorzunehmen.

Im Vergleich zu den „Klassikern“ der Methoden in der empirischen Sozialforschung stellt das Experteninterview in den unterschiedlichsten Varianten neben der standardisierten Befragung, der Beobachtung und dem Experiment immer noch eine Randerscheinung dar - auch dann, wenn *„seine tatsächliche Verbreitung ...wesentlich größer ist, als man anzunehmen geneigt ist“* (Meuser, Nagel in Friebertshäuser, 2010, S. 457). Ausgehend von einem erkenntnisleitenden Interesse in der Anwendung des Experteninterviews schlagen Bogner und Menz (2009) drei grundlegende Interviewtypen vor:

1. Das *„Explorative Experteninterview“* ist ein häufig verwendetes Datenerhebungsinstrument, das sowohl in der qualitativen wie auch in der quantitativen Sozialforschung zur Anwendung kommt. Die explorative Interviewführung dient dem Kennenlernen und Erschließen des Untersuchungsfeldes, um schließlich erste Hypothesen generieren zu können oder einen Interviewleitfaden vorzubereiten. Ausgewählte Experten können selbst Teil des Handlungsfeldes sein oder werden gezielt für Kontextinformationen als ergänzende Informationsquelle im Untersuchungsumfeld ausgewählt.

„Explorative Experteninterviews sollten möglichst offen geführt werden, doch empfiehlt es sich schon aus Gründen demonstrativer Kompetenz, zumindest zentrale Dimensionen des Gesprächsablaufs vorab in einem Leitfaden zu strukturieren. In dieser Hinsicht unterscheidet sich das explorative Experteninterview vom narrativen oder episodischen Interview“ (Bogner, Menz, 2009, S. 64).

Das explorative Experteninterview generiert in einer ersten Übersicht des Forschungsfeldes themenrelevante Informationen für den weiteren Verlauf des Forschungsprozesses. Dabei kommt es in diesem ersten Schritt der Exploration nicht auf *„Vergleichbarkeit, Vollständigkeit, und Standardisierbarkeit“* (ebenda, S. 64) der gewonnenen Erkenntnisse an.

2. Das „*Systematisierende Experteninterview*“ ist dem explorativen Interview ähnlich. Es gründet sich auf der „*Teilhabe an exklusivem Expertenwissen*“ (ebenda, S. 64). Im Unterschied zum explorativen Experteninterview steht hier allerdings das unmittelbare Wissen der Experten in der Handlungspraxis des Untersuchungsfeldes im Vordergrund. Die Durchführung der Informationsgewinnung soll möglichst systematisch und lückenlos über die „*objektiven Tatbestände*“ (ebenda, S. 65) im Untersuchungsfeld erfolgen.

„Der Experte wird hier also in erster Linie als 'Ratgeber' oder Inhaber von spezifischen gültigen Kenntnissen und Informationen gesehen, als jemand, der über ein bestimmtes, dem Forscher nicht zugängliches Fachwissen verfügt“ (ebenda, S. 65).

In der Regel liegt dem systematisierenden Experteninterview ein strukturierter Leitfaden zu Grunde. Die Form des systematisierenden Experteninterviews ist eine der wohl am meisten angewendeten Interviewmethoden (vgl. ebenda, S. 65). Durch das fachspezifische Erkenntniswissen der Experten soll es möglich werden, soziale Wirklichkeiten verstehen zu lernen und sie im Forschungsverlauf reflexiv zu rekonstruieren. Die Experten selbst dienen dabei als „*Informanten in Bezug auf die eigentlichen Forschungsobjekte*“ (ebenda, S. 65). Die Zielsetzung des systematisierenden Experteninterviews liegt in einem Themenvergleich aus den zuvor im Forschungsverlauf generierten Daten. Dies ist zugleich das wesentliche Unterscheidungsmerkmal zum explorativen Experteninterview.

3. Der letzte Interviewtyp - benannt als das „*Theoriegenerierende Experteninterview*“ - ist von Meuser und Menz „*methodisch-methodologisch*“ begründet und entwickelt worden (vgl. ebenda, S. 66). In der analytischen Differenzierung des theoriegenerierenden Experteninterviews soll die kommunikative Erschließung der „*subjektiven Dimension*“ des Expertenwissens rekonstruiert werden.

„Subjektive Handlungsorientierungen und implizite Entscheidungsmaximen der Experten aus einem bestimmten fachlichen Funktionsbereich bezeichnen hier den Ausgangspunkt der Theoriebildung. Dies schließt den Fall ein, dass die Eruierung der subjektiven Sinndimension analytisch auf die Rekonstruktion

kollektiver Orientierungen und Deutungsmuster sowie sozialer Zugehörigkeiten abzielt“ (ebenda, S. 66).

Die Durchführung des theoriegenerierenden Experteninterviews erfolgt methodisch anhand eines vorstrukturierten Leitfadens und wird empirisch durch die gemeinsame organisatorisch-institutionelle Anbindung des Experten abgesichert (vgl. ebenda, S. 66). Während des Forschungsprozesses wird es dem Forscher durch die Anwendung dieser Interviewform möglich, das implizit erfahrene Wissen über die untersuchte soziale Wirklichkeit theoretisch aufzubereiten, um schließlich über eine interpretative Generalisierung eine Typenbildung des Forschungsgegenstandes vorzunehmen. Somit stellt dieser Interviewtyp eine Alternative zu den standardisierten Verfahren zum statistischen Repräsentativausschluss dar. Folglich orientiert sich das theoriegenerierende Experteninterview *„...an den Grundsätzen der interpretativen Soziologie...“* (ebenda, S. 66).

Betrachtet man die Literatur, so erfreut sich das Experteninterview als Anwendungsmethode in der qualitativen Sozialforschung großer Beliebtheit, wenngleich der Methodenstreit um die Verortung dieser Interviewform und ihre Bedeutung als Methode noch lange nicht beigelegt sein wird. Die Gründe hierzu wurden in diesem Abschnitt dargelegt.

5.3 Die Feldphase

Neben den Erhebungsmethoden gilt es die Fragen der Feldphase zu erörtern. Nachdem das Forschungsthema und das Untersuchungsgebiet eingegrenzt sowie erste theoretische Bezüge ausformuliert waren, konnte die Feldphase eingeleitet werden. Durch den im Vorfeld artikulierten Anspruch, im ausgewählten Untersuchungsgebiet eine Vollerhebung zum Forschungsgegenstand durchzuführen, musste keine weitere Auswahl der Untersuchungsgruppe getroffen werden. Um zunächst einen besseren Überblick über das gewählte Untersuchungsgebiet und die vorgesehene Untersuchungsgruppe zu erhalten, folgte in einem ersten Schritt der Feldphase die Durchführung von drei explorativ angelegten Experteninterviews mit den Geschäftsführern der jeweils in der Untersuchungsgruppe vertretenen Altenhilfeeinrichtungen.

Zugleich ergab sich die Gelegenheit zur Abklärung der Zugangsmöglichkeiten zum eigentlichen Forschungsgegenstand der stationären Pflegeeinrichtungen im Untersuchungsgebiet.

Von den insgesamt sieben stationären Altenhilfeeinrichtungen wurden in sechs der Einrichtungen in der Untersuchungsregion die vorgesehenen systematisierenden Experteninterviews mit den Heimleitungen durchgeführt. Lediglich eine Einrichtung lehnte den Zugang und auch das Expertengespräch ohne weitere Begründung nach mehrfacher mündlicher wie schriftlicher Anfrage kategorisch ab, sodass insgesamt sechs von sieben Pflegeheimen in die Untersuchungsgruppe eingebunden waren. Eine detaillierte Beschreibung des Untersuchungsgangs und der Vorgehensweise zum gewählten Auswertungsverfahren der Experteninterviews findet sich in diesem *Kapitel* unter Abschnitt 5.6 und 5.7.

Im Rahmen der erziehungswissenschaftlichen Forschungspraxis erfolgt der Einsatz von Experteninterviews oftmals vor dem Hintergrund der ethnographischen Feldforschung. Hier gilt das Experteninterview zunächst als wichtiger „Türöffner“ zu einem offenen Zugang der sozialen Realitäten, um dann durch eine weitere Methodenkombination (Triangulation) das Untersuchungsfeld zu analysieren und die unterschiedlichen Arten von empirischen Daten zu erschließen. Schließlich zielt das Verfahren darauf ab, „...*Kategorien aus den Daten zu generieren und anhand weiterer Daten zu überprüfen, zu erweitern oder zu verwerfen*“ (Friebertshäuser, Panagiotopoulou, 2010, S. 306). Der ethnografische Forschungsansatz ist für das Verstehen fremder Lebenswelten und Milieus in pädagogischen Handlungsfeldern der Erziehungswissenschaft von wesentlicher Bedeutung geworden. Die erziehungswissenschaftliche Ethnographie blickt auf eine lange Forschungstradition in Deutschland zurück, die bis in die 1920er Jahre zurückreicht und eng mit amerikanischen Studien zur Aktions- und Handlungsforschung verbunden ist. Die 1980er Jahre markieren in der Entwicklung einer ethnographisch orientierten Forschung besonders für die Erziehungswissenschaft eine entscheidende Weiterentwicklung (vgl. Friebertshäuser, 2010, S. 302).

Seit den 1990er Jahren bilden sich im Rahmen der in Deutschland entwickelten Ethnographien in der Erziehungswissenschaft unterschiedliche Ansätze heraus. So gibt es angelegte Studien, die sich sozialwissenschaftlich orientieren und sich speziell mit der

Frage nach „*Funktionsmechanismen innerhalb von pädagogischen Feldern oder pädagogisch relevanten Untersuchungsgegenständen (wie Kinder-, Familien-, Jugend- oder Schulkulturen) auseinandersetzen und zum Verstehen im Sinne einer Grundlagenforschung beitragen*“ (ebenda, S. 304).

Konzentrieren sich die Studien in ihrer Ausprägung originär auf eine erziehungswissenschaftliche Ethnographie, liegen die Schwerpunkte z.B. in einer „*detaillierten Analyse des schulischen Alltags und beschäftigen sich dabei insbesondere mit den Perspektiven von Schülerinnen und Schülern*“ (ebenda, S. 304).

Eine andere Gruppe erziehungswissenschaftlicher Studien wird als sogenannte „*pädagogische Ethnographie*“ bezeichnet, die Zinnecker (vgl. Zinnecker, 1995, S. 21-38) entwickelt hat. Die pädagogische Ethnographie geht Fragestellungen nach, die sich mit Handlungsproblemen in der pädagogischen Alltagswirklichkeit beschäftigt. So werden „*...alltägliche Alltagsroutinen, situative, szenische Interaktionen, alltägliche Wissensbestände und Bewältigungsstrategien, kulturelle Praxen und Traditionen...*“ (Zinnecker, 1995, S. 21) in pädagogischen Handlungsfeldern hinterfragt. Nachhaltig spricht sich Zinnecker dafür aus, „*...eine Forschungsrichtung mehr zu pflegen, die den beschriebenen Defiziten entgegenwirken könnte. Als vorläufigen Sammelbegriff für das Gemeinte schlage ich vor: Pädagogische Ethnographie... Warum gerade diese Verknüpfung? Mit Ethnographie ist eine Forschungstradition der Deskription angesprochen, die, im Rahmen von Kultur- und Sozialanthropologie angewandt..., seit Mitte des Jahrhunderts auch die Kultur von Pädagogik... der eigenen Gesellschaft in den Blick nimmt... Pädagogisch sollte diese Ethnographie heißen, da sie sich auf das Generationenverhältnis begrenzt, das in pädagogischen oder Bildungsinstitutionen eingeschrieben ist. Pädagogisch meint allerdings nicht, dass es in erster Linie Pädagogen und Pädagoginnen sein müssten, die ethnographische Studien betreiben*“ (Zinnecker, 1995, S. 21).

Mit der Strategie der hier vorgestellten erziehungswissenschaftlich-ethnographisch geprägten Tradition von Zinnecker folgt die Untersuchung im Rahmen dieser Arbeit der Darlegung und Analyse von vorgegebenen Bedingungen räumlich-sozialer Umwelten für demenziell erkrankte Menschen in der Institution „Altenpflegeheim“. Folglich ist durch die Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes geklärt, auf wen sich die gewählte

pädagogisch-ethnographisch angelegte Untersuchung bezieht. Im Einzelnen wird sich dabei auf die Klärung der zentralen Fragestellungen aus *Kapitel 4* konzentriert. Durch die bewusste Wahl des Forschungsansatzes erhebt sich zugleich der Anspruch an eine Verbindung zwischen einer Milieudeskription und der Analyse der untersuchten Sinneswelten für Demenzkranke in der Alltagswirklichkeit stationärer Pflegeeinrichtungen in Anlehnung an den Begriff der Lebenswelt von Schütz. Diesem besonderen Anspruch gerecht zu werden, erfordert eine multiperspektivische Herangehensweise im Forschungsprozess, die in der ethnographischen Feldforschung eine Methodenkombination voraussetzt. Aufgrund dessen wird neben der Methode des Experteninterviews zusätzlich die Methode der „*Teilnehmenden Beobachtung*“ angewendet. Diese wird im Anschluss erläutert.

5.4 Die teilnehmende Beobachtung als Feldmethode

Die Methode der teilnehmenden Beobachtung ist eine grundlegende sozialwissenschaftliche Methode, die in der Literatur gemeinhin als typisches *Kernstück* oder als *die klassische Methode* innerhalb der ethnographischen Feldforschung gewürdigt wird.

„Zentrale Idee dieser Methode ist es, dass der Feldforscher über Zeit (...) in einer überschaubaren Gemeinde oder Gruppe lebt, soweit als möglich teilnimmt, eine 'Rolle' in ihrem Sozialsystem erhält und dabei lernt, sich 'richtig' zu verhalten. Wie ein Kind, das den Sozialisationsprozess durchläuft, macht der Feldforscher eine zweite Sozialisation durch, wenn auch sehr abgekürzt und unvollkommen. Er lernt also; lernt die Sprache, lernt die Regeln des Umgangs mit anderen Menschen, lernt seine physische und soziale Umgebung kennen, lernt bestimmte Fertigkeiten. 'Teilnahme' bedeutet dabei nicht nur 'Mitmachen', es bedeutet auch emotionale Bezogenheit. Die erlernten Kenntnisse sind damit nicht isolierte Informationen, der Feldforscher bekommt auch ein 'Gefühl' für diese Kultur“ (Fischer 1992, S. 81)

Durch die teilnehmende Beobachtung im Forschungsfeld der stationären Altenhilfe wird es möglich, die soziale Wirklichkeit von Sinneswelten für Demenzkranke der stationären Pflegeeinrichtungen aus einer Binnenperspektive ganz im Sinne einer

erziehungswissenschaftlichen Ethnographie zu beobachten, mitzerleben und zu beschreiben. Während der Feldforschungsphase erfolgte jeweils nach Durchführung der Experteninterviews mit den Heimleitungen noch eine etwa vier bis sechs Stunden andauernde Begehung der Einrichtungen. Dabei ergab sich die Gelegenheit, die einzelnen Institutionen mit ihren verschiedenen Leistungsbereichen kennenzulernen.

Bedingt durch eine ausreichend vorhandene Kenntnis des Untersuchungsgegenstandes war es möglich, innerhalb des Zeitkorridors für die teilnehmende Beobachtung als *wissenschaftliche Expertin* eine Übersicht über die Binnenperspektive der einzelnen Organisationen zu bekommen und die jeweiligen Besonderheiten der demenzbezogenen Wohn- und Betreuungsformen in den Pflegeheimen wahrzunehmen. Mit Hilfe von angefertigten Feldnotizen, Beobachtungsprotokollen sowie narrativ angefertigten Skizzen und Standortzeichnungen ist für jede besuchte Pflegeeinrichtung ein ganz individuelles Portrait über die milieuspezifischen Gegebenheiten entstanden (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1). Die einzelnen Deskriptionen gewähren einen vertieften Einblick in das soziale Milieu, das Milieuinventar, die Milieusymbolik und eröffnen bei genauer Betrachtung die Chance, milieuspezifische Verhaltensweisen und Interaktionszusammenhänge zu erkennen und verstehen zu lernen (siehe *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1).

Da die teilnehmende Beobachtung aber nicht nur die Teilnahme und Beobachtung selbst, sondern auch - wie bereits angedeutet - eine „*methodenplurale kontextbezogene Strategie*“ verfolgt, ist es bei dem gewählten Untersuchungsgegenstand der *Sinneswelten* für Demenzkranke in der stationären Pflegeeinrichtung von Bedeutung, die Analyseperspektive auf die Erzeugung und Ausgestaltung von Räumen in Bezug auf die Erlebenswelt bzw. die *Sinneswelten* von Demenzkranken in der sozialen Wirklichkeit der stationären Altenhilfe auszuweiten, wie dies zu Beginn des Kapitels beschrieben ist. In der Erziehungswissenschaft diskutieren wir immer wieder über den Raum als pädagogische Kategorie. Wir sprechen von dem Sozialraum in der Sozialen Arbeit, dem Interaktionsraum, den Bildungsräumen, dem Lebensraum für Kinder etc. - und eben von dem Lebensraum alter Menschen, wie er in dieser Arbeit mit dem Begriff der *Sinneswelt* ausgedrückt wird. Der Raum bzw. die Räume haben also in der Erziehungswissenschaft tatsächlich eine entscheidende Bedeutung.

Dieser muss jedoch für jeden Untersuchungsgegenstand differenziert definiert werden. Im Anschluss an die Formulierung der Forschungsfrage in *Kapitel 4* soll nach dem Raumbezug stationärer Altenhilfeeinrichtungen als pädagogische Kategorie in der sozialen Wirklichkeit von Demenzkranken gefragt werden.

Bevor die untersuchten Altenpflegeeinrichtungen und die durchgeführten Experteninterviews in Anlehnung an das Grundverständnis des Lebensweltansatzes von Schütz und der „*totalen Institution*“ von Goffmann näher in den Blick genommen werden, sollen in den zwei folgenden Abschnitten zunächst die Durchführung des Untersuchungsgangs und die Beschreibung des Auswertungsverfahrens behandelt werden.

5.5 Die Durchführung des Untersuchungsprozesses

Nachfolgend wird in diesem Abschnitt der Prozessverlauf der Untersuchungsdurchführung geschildert. In Anlehnung an die bereits vorgestellten untersuchungsrelevanten theoretischen Ansätze und Methoden konnte die eigentliche Feldphase im ausgewählten Untersuchungsraum beginnen.

5.5.1 Beschreibung der Region

Das ausgewählte Untersuchungsgebiet ist eine kreisangehörige Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern. Die Stadt gilt als Universitätsstandort sowie als Dienstleistungs- und Verwaltungszentrum mit einer ausgeprägten historisch gewachsenen Tradition in der verarbeitenden Industrie und dem Bergbau. Noch heute verfügt die Region über einen hohen Anteil an metallverarbeitenden Betrieben. Die Großstadt liegt inmitten eines „Dreiländerecks“. Mittelpunkt der Stadt ist der tausendjährige historische Stadtkern der Altstadt und die unmittelbare Peripherie der neugestalteten Unterstadt als so genanntes Großeinkaufszentrum. Dort konzentriert sich eine gewachsene Infrastruktur aus Einzelhandel, Gastronomie, Kultur und Kunst.

Die Stadt besteht aus sechs Bezirken, die wiederum aus mehreren Orts- und Stadtteilen bestehen.

In diesen Orts- und Stadtteilen befinden sich die stationären Altenhilfeeinrichtungen, die Gegenstand der durchgeführten Untersuchung sind. Aus Gründen der Anonymisierung wurden den Einrichtungen Pseudonyme zugewiesen, die keine Rückschlüsse auf die Lage der Einrichtungen in den einzelnen Stadt- bzw. Ortsteilen zulassen. In der gewählten Lokalstudie geht es um sechs Pflegeheime an unterschiedlichen Standorten im Untersuchungsgebiet. Im Einzelnen sind dies:

- Das Pflegeheim „**In der Zwischenstadt**“ (Pseudonym) liegt in einem Stadtteil, der vorwiegend als Wohnquartier mit genossenschaftlich angesiedeltem Wohnraum und einer über Jahrzehnte gewachsenen Infrastruktur ortsansässiger Unternehmen des Mittelstandes anzusehen ist (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.1).
- Das Pflegeheim „**Geprägte Randlage**“ (Pseudonym) befindet sich in einem vorwiegend in den 1960er und 1970er Jahre geprägten Stadtteil, der heute in der Bevölkerung noch immer als bevorzugte Wohnlage in der Stadt gilt (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.2).
- Das Pflegeheim „**Im Grünen**“ (Pseudonym) liegt in regionaler Südwesthanglage am Rand eines ruhigen, aber stadtkernnah gelegenen Wohngebietes umgeben von einem Eichen- und Buchen-Hochwald (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.3).
- Das Pflegeheim „**Mittendrin**“ (Pseudonym) liegt an einer Hauptverkehrsstraße zwischen zwei großen Stadtteilen der Untersuchungsregion. In der Nähe der Einrichtung sind mehrere metallverarbeitende Betriebe, ein Einkaufscenter, eine Schule, ein Kindergarten und ein Krankenhaus angesiedelt (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.4).
- Das Pflegeheim „**In der Kernstadt**“ (Pseudonym) befindet sich nahe dem eigentlichen Stadtkern in einem ruhigen Wohngebiet umgeben von einigen Einfamilienhäusern, der 1970er Jahre (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.5).
- Das Pflegeheim „**Im lokalen Nahraum**“ (Pseudonym) hat seinen Standort mitten in einem besiedelten Wohngebiet mit mehreren genossenschaftlich verwalteten

Mehrfamilienhäusern. Das Wohngebiet gilt in der Bevölkerung der Untersuchungsstadt als eine nicht bevorzugte Wohnlage (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.6).

Die hier grob skizzierten Lagebeschreibungen deuten bereits darauf hin, dass sich die genannten Untersuchungseinrichtungen auf die gesamte Fläche des Untersuchungsgebiets verteilen.

Insgesamt halten die stationären Pflegeeinrichtungen der Untersuchungsstadt 695 von den Pflegekassen anerkannte Dauerpflegeplätze vor. In der Summe wurden die 90 Plätze der aufgrund der – bereits erwähnten – nicht teilnehmenden Pflegeeinrichtung nicht in dieser Studie berücksichtigt.

5.5.2 Auswahl der Untersuchungseinrichtungen und Kontaktaufnahme

Aufgrund der Entscheidung, eine Lokalstudie zur Versorgungssituation von Demenzkranken in der stationären Altenhilfe durchzuführen, wurden alle vorhandenen Pflegeheime im Untersuchungsgebiet in die Studie einbezogen. Wie bereits erwähnt, hat lediglich eine Einrichtung ihre Teilnahme ohne weitere Begründung abgesagt. So wurde mit den verbliebenen sechs Heimleitungen der Pflegeeinrichtungen nach vorheriger Absprache mit den Geschäftsführungen der Trägerorganisationen telefonisch Kontakt aufgenommen. Es folgte eine mündliche Vorabinformation zum Forschungsprojekt und gleichzeitig wurden Termine zur Durchführung der Experteninterviews vereinbart. Im Nachgang zu den Telefonkontakten folgte eine schriftliche Terminbestätigung mit Ankündigung des offen gehaltenen Interviewthemas (vgl. Anhang, Musterschreiben an die Heimleitungen). Schließlich konnte mit der Durchführung der Interviews begonnen werden.

5.5.3 Durchführung der Experteninterviews

Der Hauptteil der Untersuchung beinhaltet die Durchführung der Experteninterviews. Wie bereits deutlich wurde, orientiert sich die Durchführung der Interviews als Methode in dieser Arbeit an der zugrunde gelegten erziehungswissenschaftlichen Ethnographie nach Zinnecker (vgl. *Kapitel 5*, Unterabschnitt 5.3) und einem grundlegenden Begriffsverständnis zur Lebenswelt nach Schütz (vgl. *Kapitel 5*, Unterabschnitt 5.1).

Bevor im Folgenden der Ablauf der Anwendungsmethode zum Experteninterview geschildert wird, gilt es an dieser Stelle, die Rolle des Experten näher zu bestimmen. Wer oder was entscheidet letztlich darüber, ob jemand als Experte gilt oder nicht? In der methodologischen Debatte zum Experteninterview gibt es mehrere Zugänge zur Beantwortung dieser Frage, die aber hier nicht weiter diskutiert werden sollen. Eine ausführliche Übersicht findet sich zu dieser Thematik bei Bogner und Menz (vgl. Bogner, Menz, 2009, S. 67 ff.).

Entsprechend dem von Bogner und Menz entwickelten „*konstruktivistischen und wissenssoziologischen Expertenbegriff*“ (Bogner, Menz 2009, S. 93) wird dieser nach folgender Definition für die Durchführung der Experteninterviews im Rahmen dieser Arbeit festgelegt. Demnach gilt eine Person als Experte, „...*die mittels des Besitzes bzw. der Zuschreibung besonderer Kompetenzen über einen sozialen Status verfügt bzw. eine Funktion ausübt, die sie in den Stand setzt, ihre Handlungsorientierungen und Situationsdefinitionen auch durchsetzungsfähig zu machen*“ (Bogner, Menz, 2009, S. 93). Nach dieser Definition entsprechen die sechs Heimleitungen der stationären Altenhilfeeinrichtungen in der gewählten Untersuchungsstadt diesen Merkmalen. Sie sind hauptamtlich als Fachpersonen mit Leitungskompetenzen betraut und bestimmen aufgrund ihrer Funktionszuweisung den Handlungsrahmen der einzelnen Einrichtungen unter Berücksichtigung gesetzlicher Regelungen und trägerinterner Vorgaben.

Aus der Perspektive einer forschenden Person stützt sich diese Arbeit auf eine Begriffsbestimmung als Experte nach Schütz (vgl. Schütz, 1972). Demnach handelt der Experte als mit sicherem, eindeutigem Wissen, das ihm jederzeit kommunikativ und reflektiv verfügbar ist (vgl. Schütz, 1972). Schütz geht von einem Expertenbegriff aus, der sich über Sonderwissen gegenüber Allgemeinwissen und konstitutiv auf die Berufsausübung bezieht. Insofern versteht sich die Autorin dieser Arbeit als beruflich tätige Pädagogin im Handlungsfeld der stationären Altenhilfe ebenfalls als Expertin des Untersuchungsfeldes. Dies gilt auch für die Funktionsübernahme einer wissenschaftlichen Expertin im Rahmen dieser Arbeit.

Nach Klärung des jeweiligen Rollverständnisses zum Expertenbegriff innerhalb dieser Studie folgt jetzt eine Beschreibung zur Durchführung des Experteninterviews als Anwendungsmethode in der stationären Altenhilfe.

Zu den einzelnen Interviews ist für jedes Pflegeheim eine ausführliche Expertise zur aktuellen Wohn- und Lebenswirklichkeit von Demenzkranken in Pflegeheimen der stationären Altenhilfe aus der „Sicht von innen heraus“ entstanden. Die jeweiligen Befunde sind in sechs Portraits in *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1 zusammengefasst. Die Experteninterviews selbst wurden auf der Grundlage einer Mischform aus explorativer und systematisierender Interviewmethode im Untersuchungsfeld geführt. Ein schriftlich ausgearbeiteter Leitfaden wurde aufgrund der gewählten Interviewmischform und der vorliegenden Handlungsfeldkenntnis der Autorin als wissenschaftliche Expertin bewusst nicht zugrunde gelegt, um die Interviewsituation jeweils offen und auf gleicher Interaktionsebene zu halten. Lediglich der Eingangsimpuls war durch einige wenige übereinstimmende Leitfragen inhaltlich vorstrukturiert - so z.B. die persönliche Vorstellung der Interviewpartner, die Beschreibung der Strukturqualität der Einrichtung und die regionale stationäre Versorgungsstruktur von Demenzkranken. Alle Interviews wurden zudem gezielt vor Ort in den Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Dadurch konnte die Forscherin die Gelegenheit nutzen, die Einrichtungen aus einer „Innenperspektive“ heraus kennenzulernen. Jede Interviewsituation wurde in der Regel durch eine Vorstellung der Interviewpartner und eine sich anschließende thematische Erzählaufforderung in Anknüpfung an den gewählten Untersuchungsgegenstand eingeleitet. Die Erzählaufforderung diente einer Impulsgebung für den Experten, um den Interviewten in das Expertengespräch überzuleiten. Im Anschluss an die Expertengespräche folgten jeweils die in der Regel durch die Experten geführten Hausbesichtigungen im Zuge der teilnehmenden Beobachtung (vgl. *Kapitel 5*, Unterabschnitt 5.4 und *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1).

5.6 Schritte der Auswertung

Mit der Datenerhebung während der Feldphase endet die Durchführung des Untersuchungsgangs. Nun muss die Fülle des erhobenen Datenmaterials in mehreren methodisch festgelegten Schritten einem strengen Auswertungsprozess in Bezug auf die Fragestellungen der Studie unterzogen werden. Hierbei muss zunächst unter Berücksichtigung der angewendeten Methoden in der Feldphase das Auswertungsverfahren abgestimmt werden. Die Methodenliteratur enthält zum Thema Auswertungstechniken eine Fülle von Beschreibungen, die zur Orientierung genutzt werden können (Schmidt, 2010, S. 473 ff.).

Wie bereits in diesem *Kapitel* beschrieben orientiert sich die Autorin an einer Methodenkombination in der Anwendungspraxis des Experteninterviews und der Methode der teilnehmenden Beobachtung in Anlehnung an die erziehungswissenschaftliche Ethnographie von Zinnecker. In diesem Zusammenhang wurden die Experteninterviews auf der Grundlage einer Mischform von explorativ- und systematisierender Interviewform nach Bogner und Menz im Verlauf der Untersuchung als Methode eingesetzt (vgl. *Kapitel* 5, Unterabschnitt 5.2). Insofern richtet sich das gesamte Auswertungsverfahren zum Experteninterview auf eine ebenfalls von Bogner und Menz vorgeschlagene Auswertungstechnik.

Die Auswertung der sechs durchgeführten Experteninterviews mit den Heimleitungen der stationären Pflegeeinrichtungen bezieht sich auf „*thematische Einheiten, ... inhaltlich zusammengehörige..., über die Texte verstreute... Passagen*“ (Meuser, Nagel, 2009, S. 56) und unterscheidet sich damit von einer Interpretation des Einzelfalls, da es nicht vordergründig um eine „*Sequenzialität von Äußerungen*“ (Meuser, Nagel, 2009, S. 56) im Interview geht. Vielmehr stellt die Auswertung der Experteninterviews einen wichtigen Funktionskontext dar, um die Äußerungen der interviewten Experten in ihrer Bedeutung in den institutionellen Handlungsrahmen der jeweiligen Pflegeeinrichtungen zu verorten. Dieser gewählte Auswertungsrahmen dient schließlich einer Absicherung der Vergleichbarkeit aller Interviewtexte.

5.6.1 Die Transkription

In Abkehr zum Auswertungsverfahren nach Meuser und Nagel (vgl. Meuser, Nagel, 2009) wurden alle audiografisch aufgezeichneten Experteninterviews vollständig transkribiert, um die komplexe Interaktionsstruktur der einzelnen Altenpflegeheime aus einer ethnographischen Perspektive ganzheitlich wahrzunehmen. Dies erscheint der Forscherin als ein entscheidender Teilschritt, damit die verfolgte Informationsgewinnung möglichst objektiv, systematisch und lückenlos erfolgen kann.

Um eine möglichst umfangreiche und objektive Informationsgewinnung garantieren zu können, wird in diesem ersten Auswertungsschritt der Anspruch an eine vollständige Transkription aller sechs Experteninterviews erhoben.

Die Anfertigung der einzelnen Umschriften wurde - wie bereits schon zuvor - bei der Durchführung der Experteninterviews durch die Forscherin selbst vorgenommen. Dies war von Vorteil, da die einzelnen Expertengespräche beim Abhören der Audioaufzeichnungen sehr schnell wieder vertraut waren. Dies erleichterte es bei der Anfertigung der Umschriften, in den Transkriptionen die Authentizität des Sprechaktes herauszuarbeiten. Dafür war es allerdings erforderlich, eigene Transkriptionsregeln aufzustellen. In der Literatur finden sich auch zu diesem Thema unterschiedliche Ansätze (vgl. Lamnek, 1995), die allerdings wiederum von der jeweiligen Auswertungsstrategie abhängig sind. Sehr treffend beschreibt Zinnecker den Sinngehalt der inhaltlichen Anfertigung von Transkriptionen:

„Was der Sozialforscher bei einer Umschrift praktisch macht, ist nicht die Umwandlung von gesprochener Sprechsprache in reine Schriftsprache, sondern - wenigstens teilweise - ihre Umwandlung in eine verschriftlichte Sprechsprache. Er sucht dabei einen Ausgleich zwischen den Regeln der Sprechsprache und der Schriftsprache herzustellen. Was ihm vorschwebt, ist eine Schriftsprache nach den Regeln der Sprechsprache, oder vielleicht besser akzentuiert: Eine Sprechsprache, die den Regeln der Schriftsprache angeglichen ist“ (Zinnecker, 1982, S. 302).

Für die Interviews dieser Arbeit wurden dem Grundverständnis von Zinnecker folgend nur wenige und entsprechend dem Sinngehalt der Texte möglichst leicht verständliche Transkriptionsregeln hinterlegt, die nun erklärt werden.

Transkriptionsregeln der Experteninterviews:

D'A	Interviewerin
P	Interviewpartner
X	Trägerverbund, dem P als Geschäftsführer vorsteht
[text]	Beginn bzw. Ende überlappender Redezüge
(2)	Pause in Sekunden
(-)	kurze Pause (unter einer Sekunde)
TEXT	laut gesprochen
'text'	leise gesprochen
<u>TEXT</u>	Betonungen oder Hervorhebungen

Text:::	gedehnt gesprochen
<hh>	hörbares einatmen
(...=text)	unverständliche verbale Äußerung, Kommentierungen der Interviewerin

Die hier vorgestellten Transkriptionsregeln stellen für das Lesen der einzelnen Transkriptionen in *Kapitel 6* eine Hilfestellung dar. Es sei nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die hier vorgestellten Regeln für alle sechs Umschriften aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit einheitlich angewendet wurden. Zudem sollte dadurch gewährleistet sein, dass die Texte verständlich und nachvollziehbar gelesen werden können.

Mit der wissenschaftlichen Vorgehensweise der intensiven Auseinandersetzung des Materials in dem ersten Schritt des Auswertungsprozesses sind bereits erste Ideen, Sichtweisen und Assoziationen zu einzelnen Textpassagen und Interviewsituationen entstanden, die als Memos oder als Erinnerungsprotokolle festgehalten werden, um diese gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt mit in die Interpretation einfließen zu lassen. Als wichtiger Effekt dieses Vorgangs ist außerdem anzufügen, dass es sich für den weiteren Auswertungsverlauf als außerordentlich hilfreich erwies, die Anfertigung der Transkriptionen nicht an Außenstehende des Forschungsprojektes delegiert zu haben, sondern aus der Sicht der Interviewerin selbst geschrieben zu haben.

5.6.2 Die Verlaufssequenzierung

Der nun folgende Auswertungsschritt der Sequenzierung wird nach Meuser und Nagel (vgl. Meuser, Nagel, 2009, S. 56-57) als Paraphrase beschrieben. Für das Auswertungsverfahren der hier im Mittelpunkt stehenden Untersuchung wird bewusst der Begriff der „Verlaufssequenzierung“ gewählt, weil er unmittelbar an die vollständig transkribierten Texte anschließt. In der Konsequenz bedeutet das für die Erstellung der Verlaufssequenzierungen, dass die vorliegenden Umschriften der Experteninterviews ebenfalls vollständig in thematische Einheiten aufgeteilt werden. Meuser und Nagel (ebenda) beschrieben diesen Arbeitsschritt so: *„Die Sequenzierung des Textes nach thematischen Einheiten erfolgt hier gleichsam mühelos in der Manier des Alltagsverstandes“* (Meuser, Nagel, 2009, S. 56).

Um die vorhandenen Arbeitstexte in ihrem Verlauf zu sequenzieren, wurden diese in einer Tabelle zur besseren Überschaubarkeit abgebildet. In diesem Schritt der Auswertung ist es wichtig, weiterhin mit der vorhandenen Ausdrucksweise der Interviewten zu arbeiten. Es erfolgt keine Ablösung der Originaltexte.

5.6.3 Die Themensequenzierung und die Kategorienbildung

Mittels der textnah erarbeiteten Verlaufssequenzierungen erfolgt jetzt eine erste thematische Zuordnung der einzelnen Sequenzen, die allerdings immer noch in der „*Terminologie der Interviewten*“ (Meuser, Nagel, 2009, S. 56) verbleibt. Meuser und Nagel sprechen hier von einer Kodierung des Materials. Die Autorin wählt für diesen Arbeitsschritt den Begriff der Themensequenzierung. Zum Beispiel kann in diesem Arbeitsschritt auch mit direkten Begriffen oder Formulierungen der Interviewten gearbeitet werden. Eine wesentliche Unterscheidung zur Verlaufssequenzierung liegt in einer möglichen „*Auflösung der Sequenzialität des Textes auch innerhalb von Passagen...*“ (ebenda, S. 56).

Das bedeutet auch, dass es notwendig ist, die interviewte Person als Experten wahrzunehmen und Kontextbezüge zur Funktion, zur Rolle, zum Status und zur Organisation (Altenpflegeheim) herzustellen. In Verbindung mit den zu bearbeitenden Fragestellungen der Untersuchung werden jetzt für die Bezugsgröße der einzelnen Verlaufssequenzierungen übergreifende Kategorien gebildet, die das noch immer in sich geschlossene Material verdichten, typisieren und abstrakt darstellen (ebenda, S. 56).

Die jeweils aus den Experteninterviews generierten Kategorien finden sich in der nachfolgenden Übersicht:

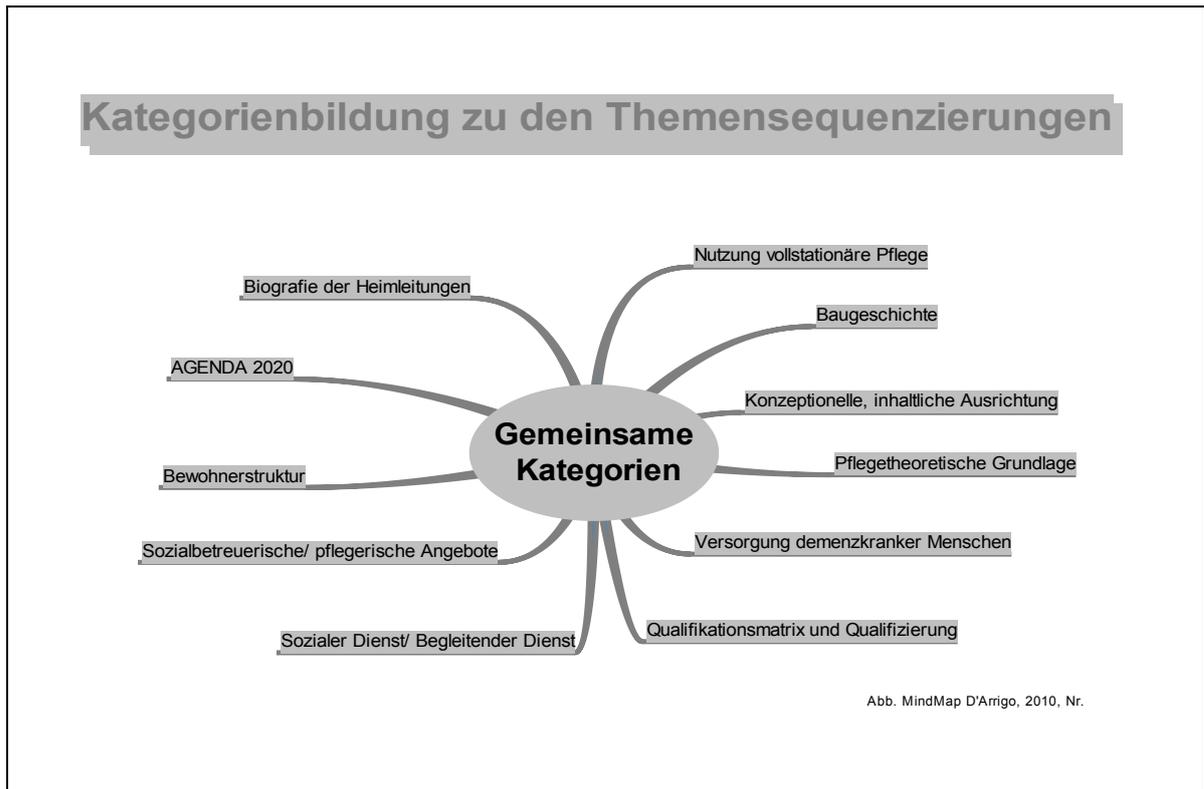


Abbildung 9: Darstellung der gemeinsamen Kategorien zu den Themensequenzierungen, D'Arrigo, 2010

Die hier dargestellten Kategorien sind aus dem erhobenen Material heraus entwickelt und bilden die Grundlage für die weitere Abfolge des Auswertungsverfahrens.

5.6.4 Der thematische Vergleich

Die im letzten Abschnitt vorgestellten Kategorien unterliegen keiner weiteren Prioritätsbezogenheit in der Analyse des Untersuchungsgegenstandes, sondern werden als übergeordnete Kategorien in Bezug auf die sechs durchgeführten Experteninterviews in der Folge der Auswertung der Datenerhebung miteinander verglichen. Erstmalig werden jetzt inhaltliche Textpassagen aus den einzelnen Texteinheiten herausgelöst, um diese zu den zuvor bestimmten Kategorien thematisch zuzuordnen. Wieder bleibt es bei einer textnahen Bearbeitung des Materials, das im Rahmen des Themenvergleichs durch eine Fülle von Daten weiter verdichtet wird und ständig im Hinblick auf die Stimmigkeit der Kategorienzuweisung überprüft wird (vgl. Meuser, Nagel, 2009, S. 57). „Die Resultate des thematischen Vergleichs sind kontinuierlich an den Passagen der Interviews zu prüfen, auf Triftigkeit, auf Vollständigkeit, auf Validität“ (Meuser, Nagel, 2009, S. 57). Die Auswertungspräsentation des Themenvergleiches findet sich in Kapitel 7.

5.6.5 Die ethnografische Diskussion der Ergebnisse

In Abkehr zum Auswertungsverfahren der letzten beiden Auswertungsschritte (Soziologische Konzeptualisierung und theoretische Generalisierung) von Meuser und Nagel (vgl. Meuser, Nagel, 2009, S. 57) entscheidet sich die Forscherin für einen eigenen Weg der theoretischen Aufarbeitung des Datenmaterials aus der ethnographisch-erziehungswissenschaftlich geprägten Perspektive, wie sie bereits ausführlich beschrieben wurde. Letztlich orientiert sich die theoretische Rahmung der Studie an der Tradition dieser Forschungsrichtung, der sich die Autorin verschrieben hat.

Im Rückgriff auf die Ausgangsfrage zur Ausgestaltung von Sinneswelten für Demenzkranke in der stationären Altenhilfe sollen die nunmehr vorliegenden Befunde aus der vergleichenden Betrachtung des verdichteten Textmaterials in diesem letzten Auswertungsschritt dazu verwendet werden, die jeweils gewonnenen Erkenntnisse aus der vorgefunden sozialen Wirklichkeit der Altenpflegeeinrichtungen mit all ihren Handlungsorientierungen und Situationsbeschreibungen aus einer multiperspektivischen Sichtweise zu diskutieren, in einem aktuellen gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang unter Berücksichtigung der Untersuchungsergebnisse für die Lokalstudie zu interpretieren und abschließend zu bewerten (vgl. *Kapitel 7* und *Kapitel 8*).

Hierzu werden die gewählten Kategorien und die dazugehörigen Textpassagen aus den Interviews in einem internen Zusammenhang theoretisch rekonstruiert und auf einer Abstraktionsebene theoretisch generalisiert (vgl. Meuser, Nagel, 2009, S. 57).

6 Portraits und Monografien

Nach Erörterung des Forschungsdesigns dieser Studie im letzten Kapitel steht nun die Vorstellung der Befunderhebungen im Mittelpunkt. Auf der Grundlage des bestehenden Paradigmas der qualitativen Verfahrensanwendung innerhalb der Sozialforschung erfolgt eine ausführliche Darlegung der in der Tradition der pädagogischen Ethnografie entstandenen Deskriptionen zu den einzelnen Pflegeheimen und der angefertigten Monografien zur Durchführung der Experteninterviews für den gewählten Untersuchungsgegenstand der stationären Altenhilfe im Rahmen der durchgeführten Lokalstudie.

Der wissenschaftliche Hintergrund der hier entstandenen Portraits und Monografien lehnt sich neben der bereits gewählten theoretischen Rahmung nochmals vertieft an einen Forschungsansatz von Geertz an, in den es um eine spezifische Herangehensweise an die Beschreibung ethnologischer Sachverhalte geht, die Geertz von anderen sich damit befassenden Forschungsrichtungen unterscheidet und ihn deswegen so bedeutsam macht.

In seiner forschungspragmatischen Konzeption der „*Dichten Beschreibung*“ (vgl. Geertz, 1987) geht es Geertz besonders um die Erfassung von komplexen kulturellen Bedeutungen und Sinnzusammenhängen während der teilnehmenden Beobachtung im untersuchten Feld und der späteren Auswertung und Darstellung der vorliegenden Befunde. Zentral ist dabei, dass Geertz von einem interdependenten Zusammenhang zwischen den erhobenen Daten im Feld und der sich später anschließenden Interpretation ausgeht. Geertz meint dazu: „*Eine gute Interpretation von was auch immer - einem Gedicht, einer Person, einer Geschichte, einem Ritual, einer Institution, einer Gesellschaft - versetzt uns mitten hinein in das, was interpretiert wird*“ (Geertz, 1987, S. 26). So gesehen schreibt der Forscher „...den sozialen Diskurs nieder, er hält ihn fest“ (Geertz, 1987, S. 28), indem er während des Feldaufenthaltes den sozialen Raum, die Lebenswelt oder eben auch die *Sinneswelten*, die Interaktionen der dort handelnden Personen detailliert beobachtet und schließlich die Alltagswirklichkeit und ihre damit verbundenen lokalen Bedeutungen aus Sicht der handelnden Akteure im Verständnis der „*Dichte*“ nach

Geertz beschreibt. Die Umsetzung dieser Rekonstruktion basiert auf dem Verständnis von Kultur nach Geertz.

„Der Kulturbegriff, den ich vertrete (...), ist wesentlich ein semiotischer. Ich meine Max Weber, dass der Mensch ein Wesen ist, das in selbstgesponnene Bedeutungsgewebe verstrickt ist, wobei ich Kultur als dieses Gewebe ansehe. Ihre Untersuchung ist daher keine experimentelle Wissenschaft, die nach Gesetzen sucht, sondern eine interpretierende, die nach Bedeutungen sucht. Mir geht es um Erläuterungen, um das Deuten gesellschaftlicher Ausdrucksformen, die zunächst rätselhaft erscheinen“ (Geertz, 1987, S. 9).

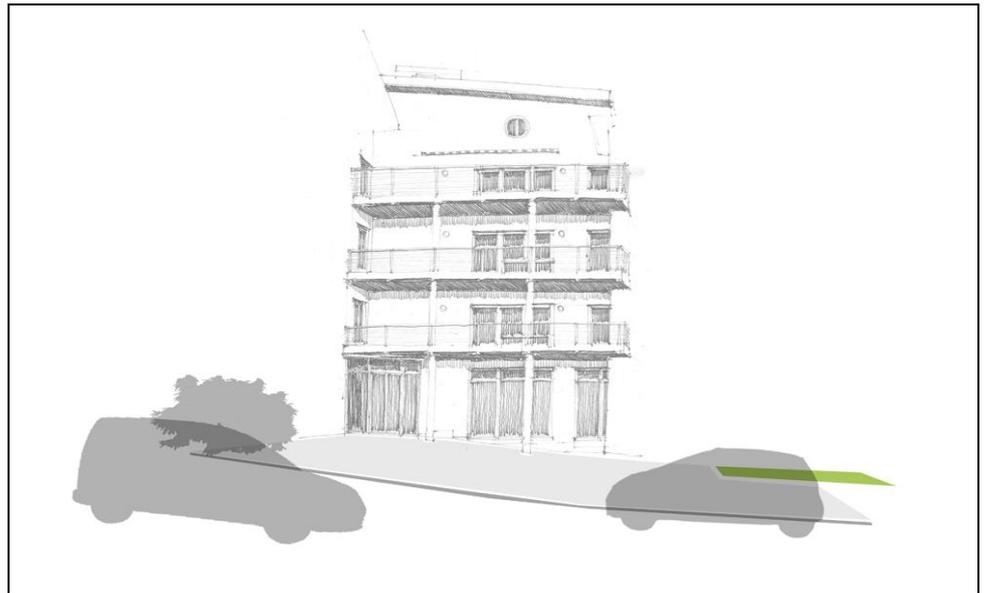
In Ergänzung zum Kulturbegriff von Geertz wird jedoch lediglich im Ansatz bei der Darstellung der nachstehend portraitierten Einrichtungen auch auf die Abbildung von mental maps zurückgegriffen. Schließlich geht es bei in den *„Institutionen des Alters“* im öffentlichen Gemeinwesen um eine räumlich-soziale Umwelt, die ganz konkret auch das Wohlbefinden und die Selbstbestimmung alter und besonders auch demenzerkrankter Menschen beeinflusst. *„Räume repräsentieren und werden repräsentiert. In Repräsentationen des Raumes, denen Wahrnehmungen und Imaginationen des Raums vorausgehen, spiegeln sich die Bedeutungen wider, die ihm beigemessen werden. Solche Bedeutungen können soziale Identifikationen sein; Repräsentationen von Raum drücken dann Zugehörigkeiten und Charakteristika aus, die dem Selbst oder dem ‚Anderen‘ durch dessen Verortung im Raum verliehen werden“ (Damir-Geilsdorf, Hartmann, 2005, S. 44).*“

6.1 Perspektiven der Untersuchungseinrichtungen

Die folgenden Portraits der untersuchten Pflegeeinrichtungen und die dann in Unterabschnitt 6.2 dargestellten Monografien der Experteninterviews lehnen sich also an der Konzeption der *„Dichten Beschreibung“* von Geertz und dem damit verbundenen Verständnis von Kultur an. In der Konsequenz bedeutet das für den Forschungsprozess, mit der Beschreibung dort zu beginnen, wo das Wirklichkeitsverständnis der Beteiligten beginnt und sich dem Forscher erschließt. Im Kern geht es um das Verstehen der *Sinneswelten* für Demenzkranke in einer formalen Organisationsform, die noch immer wesentliche Merkmale einer *„Totalen Organisation“* (Goffmann, 1961, S. 23) aufweist.

6.1.1 Portrait „In der Zwischenstadt“

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung „In der Zwischenstadt“ gehört zusammen mit einer weiteren Einrichtung zu den beiden ältesten in Betrieb befindlichen Altenheimen der Untersuchungsregion, die die Autorin an einem trockenen, aber bedeckten Sommertag besuche.



Zeichnung Nr. 2: Pflegeeinrichtung „In der Zwischenstadt“ (Afflerbach, D’Arrigo, 2010)

Lage der Einrichtung

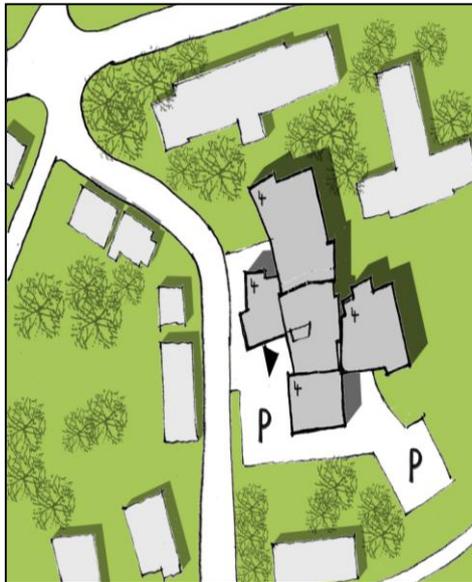


Abbildung 10: Lageskizze der Einrichtung „In der Zwischenstadt“ (Afflerbach, D’Arrigo, 2010)

Die seit 1957 historisch gewachsene Pflegeeinrichtung wurde in mehreren Bauabschnitten in den letzten Jahren komplett saniert und hat zuletzt 2002 mit einem Ersatzneubau eine nicht unerhebliche Platzvergrößerung erfahren. Die Einrichtung befindet sich bis heute am selben Standort in einem städtebaulichen Teil der Untersuchungsregion, der sich durch seine geprägte Identität in den letzten Jahrzehnten kaum verändert hat.

In der Bevölkerung gilt die Einrichtung als eine feste Institution im Stadtteil. Die Einrichtung „In der Zwischenstadt“ liegt in einem überschaubaren Wohnquartier mit vorwiegend genossenschaftlich entstandenem Wohnraum, der mehrheitlich aus Mehrfamilienhäusern besteht. Zum Stadtteilbild gehört aber auch eine über Jahrzehnte gewachsene Infrastruktur durch ortsansässige Unternehmen des Mittelstandes. Den Reiz der „Zwischenstadt“ macht sicherlich die unmittelbare Nähe zum Stadtkern der Untersuchungsregion aus, der durch eine gute Verkehrsanbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln noch unterstrichen wird.

Die äußere Gebäudestruktur



Die Einrichtung „In der Zwischenstadt“ liegt an einer rege befahrenen, abschüssigen Hauptstraße. Der viergeschossige Raumkörper schmiegt sich durch seine Größe und die gewählte Farbgebung in das vorhandene Wohnumfeld ein. Bereits auf dem Zufahrtsweg zum Vorhof der Einrichtung ist ein Werbeschild mit dem Schriftzug des Einrichtungsträgers zu erkennen, der ohne Umschweife auf die Tatsache hinweist, dass es sich bei diesem Gebäudekomplex um eine öffentliche Einrichtung handelt.

Abbildung 11: Draufsicht der Pflegeeinrichtung „In der Zwischenstadt“ (Afflerbach, D'Arrigo, 2010)

Unmittelbar vor dem Haupteingangsbereich der Einrichtung stehen sechs bis acht Besucherparkplätze zur Verfügung. Der Zufahrtsweg ist mit grauen Verbundsteinen gepflastert. Zwischen der Einrichtung und den Parkplätzen ist ein Grünstreifen mit einer Heckenbepflanzung und verschiedenen Ziersträuchern angelegt. Von den Parkplätzen aus blickt man auf einen Gebäudekomplex mit einer pastellgelb und weiß gestrichenen viergeschossigen Außenfassade, die durch weiße, bodentiefe Fenster aus Kunststoff unterbrochen wird. Die Fenster sind mit einem Edelstahlgeländer gesichert und haben nachträglich angebrachte Aluminiumjalousien. Jede Etage verfügt über einen Balkon.

An dem von außen sichtbaren Gebäudeteil sind mit einer Stützpfilerkonstruktion für jede Etage Balkone angebracht, so dass der barrierefreie Haupteingang im Erdgeschoss durch den oberen Gebäudeteil überdacht ist. Rechts neben dem Haupteingang befindet sich ein Terrassenbereich mit einer Heckenbepflanzung als Sichtschutz, ausgerichtet zum Parkplatz.

Die innere Gebäudestruktur

Durch eine sich automatisch öffnende Glasschiebetür gelangt man schließlich durch einen Windschutzbereich in das Foyer des Altenpflegeheimes. Der Windfangbereich wird durch eine Zimmerpalme aufgelockert.

Das Foyer

Der Foyerbereich wirkt nicht repräsentativ. Durch die äußere Glasfassade zum Parkplatz hin ist er hell und lichtdurchflutet. Der Fußboden ist mit steingrauen Fliesen versehen, die Wände sind weiß tapeziert und kahl. Die Decke ist mit weißen quadratischen Platten abgehängt. Ein Lichtsystem mit runden, unauffälligen Lichtkörpern ist in die Deckenkonstruktion eingearbeitet. Bei Betreten des Foyers geht man zunächst automatisch auf eine aus Metall bestehende Garderobe zu, die sich mitten im Raum befindet. Hier sind zwei Regenschirme abgelegt. Über der Garderobe hängt ein gelbes Mobile. Gleich neben der Garderobe steht ein Sideboard in Buchenoptik ohne weitere Dekoration. Im rechten Teil des Foyers geht man auf einen Raum zu, der als Multifunktionsraum mit einer angegliederten Teeküche und einem gesonderten Besprechungsraum ausgestattet ist. Dieser Bereich wird vorwiegend für große hausinterne Veranstaltungen wie Gottesdienste, diverse Feierlichkeiten genutzt, steht jedoch auch für therapeutische Zwecke zur Verfügung. So veranstaltet in diesem Raum beispielsweise der Soziale Dienst Gymnastikstunden und es bestehen hier diverse kulturelle Angebote. Hier in diesem Multifunktionsraum findet auch das Experteninterview statt.

Im linken Foyerbereich direkt neben dem Glaswindfang stehen wie in einem Wartezimmer nebeneinander drei Lehnstühle aus Buchenoptik, bezogen mit grünem Stoff. Unmittelbar neben den Stühlen befindet sich ein Aufzug mit einer Aufzugtür aus Edelstahl. An den Aufzug grenzt rechts ein dreistufiger Treppenaufgang an, der mit einem weißen Metallgeländer mit Handläufen an beiden Seiten aus massiver Buche abgesichert ist. Der Zugang führt unmittelbar in den Verwaltungsbereich, wo sich die Büroräume der Verwaltung, der Heimleitung und der Pflegedienstleitung befinden. Durch einen schmalen Durchgang, der mit einem textilen dunkelblau-melierten Bodenbelag ausgestattet ist, kommt man linksseitig an der Verwaltung entlang direkt zum Heimleitungsbüro. Gegenüber der Eingangstür zum Dienstzimmer des Heimleiters liegt das Büro der Pflegedienstleitung. Die Wände sind weiß tapeziert. Nur sehr vereinzelt findet sich hier und da ein Bild an der Wand. Thematisch handelt es sich dabei um Landschaften. Vom Foyer ausgehend gibt es auf der Etage noch ein Stuhllager, ein Wäschelager, einen Hausmeisterbereich, einen Personalaufenthaltsbereich, einen Raum für den Hausfriseur sowie weitere Lagerräume und einen Aufbahrungsraum.

Das Heimleitungsbüro

Der Heimleiter verfügt über ein etwa 12 bis 14 Quadratmeter großes Büro mit einer bodentiefen Fensterfront zur Parkplatzseite, an der sich weiße Gardinen befinden. Der Raum ist durch den äußeren Lichteinfall hell und wirkt daher größer. Im Zimmer steht eine Schreibtischwinkelkombination in Buchenoptik. Die Arbeitsplatte ist in einen mit PC ausgestatteten Arbeitsbereich für den Heimleiter unterteilt und zugleich mit einer ovalen Tischplatte verbunden, die zwei bis drei Besuchern Platz bietet. Diverse Arbeitsunterlagen und Ordner finden sich auf dem Tisch. Die Bestuhlung ist mit schwarzmelierten Stoff überzogen. Der Bodenbelag besteht aus einem dunkelblaumelierten Textilteppich. Die Wände sind mit weißer Industrieraufaser tapeziert. Zwei Grünpflanzen in weißen Übertöpfen schmücken den sonst eher funktional gehaltenen Raum aus. Rechts neben dem Eingang befindet sich eine ebenfalls in Buchenoptik bestehende Büroschrankwand. An der linken Wandseite hängen zwei Landschaftsbilder als Wandschmuck.

Die Wohnbereiche der Einrichtung

Die Pflege- und Betreuungsarbeit vollzieht sich im vollstationären Pflegebereich der Einrichtung über drei Etagen mit insgesamt 117 Pflegeplätzen, davon 105 Plätze im Einzelzimmer und zwölf Plätze in sechs Doppelzimmern. Darüber hinaus betreibt der Träger im ehemaligen Altbau der Einrichtung, der nunmehr durch das vierte Obergeschoss mit dem Ersatzneubau verbunden ist, 24 seniorengerechte betreute Wohneinheiten. Diese gliedern sich nochmals in 15 Einraumwohnungen und neun Zweiraumwohnungen auf. Arbeitsorganisatorisch gehören die Wohnungen aber nicht zum vollstationären Arbeitsbereich der Einrichtung.

Bei der Belegung der Pflegeplätze gibt es keine Einschränkung für bestimmte Pflegestufen. Einen besonderen Pflegeschwerpunkt gibt es in der Einrichtung nicht. Es gibt keinen speziellen Demenzbereich, obgleich der Heimleiter einen hohen Bedarf an besonderen Betreuungsplätzen für Demenzkranke einräumt. Organisatorisch werden die Plätze auf den drei Etagen in vier Wohnbereiche eingeteilt. Der Wohnbereich im ersten Obergeschoss hält 28 Plätze vor. Davon befinden sich vier Plätze in zwei Doppelzimmern.

Im zweiten Obergeschoss gibt es einen Wohnbereich mit 26 Pflegeplätzen, wovon ebenfalls vier Plätze in zwei Doppelzimmern untergebracht sind. Eine ähnliche Aufteilung ergibt sich auch im dritten Obergeschoss. Hier stehen im Ersatzneubau 26 Plätze im Wohnbereich zur Verfügung, wo ebenfalls vier Plätze in zwei Doppelzimmern vorhanden sind. Darüber hinaus besteht im dritten Obergeschoss die Besonderheit, dass sich durch die Verbindung zwischen Alt- und Ersatzneubau ein weiterer eigenständiger Wohnbereich im Altbau befindet, der ebenfalls 27 Plätze beinhaltet, jedoch mit acht Plätzen auf vier Doppelzimmer aufgeteilt.

Alle Wohnbereiche verfügen über einen zusätzlichen Gruppenraum (auch Bibliothek genannt) und jeweils einen kombinierten Wohn/Ess-Raum, sodass die Mahlzeiteneinnahme ausnahmslos in den Wohnbereichen erfolgen kann. Somit verfügt der Ersatzneubau auch über keinen extra ausgewiesenen Speisesaal. Im Altbau hingegen gibt es für das betreute Wohnen einen gesonderten Speisesaal, der allerdings auf Wunsch auch den Bewohnern aus dem vollstationären Pflegebereich zur Verfügung steht.

Die Grundausrüstung der Pflegezimmer im Altenpflegeheim beinhaltet immer ein elektrisch verstellbares Pflegebett, einen Betttisch, einen Kleiderschrank sowie einen Tisch mit zwei Stühlen in Buchenoptik. Desweiteren gehören Fenstergardinen und blaue Vorhänge zum Inventar. Die Fußböden in den Pflegezimmern sind mit einem PVC-Belag in Holzoptik Buche ausgelegt. Die Zimmer haben unterschiedliche Raumgrößen, jedoch unterschreiten diese nicht die für Pflegeeinrichtungen gesetzlichen Raummindestgrößen für Einzel- und Doppelzimmer. Weiterhin gehört zur Grundausrüstung der Zimmer jeweils ein angrenzendes barrierefreies Pflegebad.

Die Pflegebäder sind mit einer stufenlosen Dusche, einer Toilette und einem Waschtisch mit jeweils seitlich angebrachten Haltegriffen zweckentsprechend ausgestattet.

Jede Etage verfügt zudem über ein barrierefreies Pflegebad mit einer Hubhebwanne. Weitere Funktionsräume wie einen Pflegearbeitsraum sowie Sauber- und Schmutzräume sind ebenfalls in den einzelnen Etagen vorhanden. Zusätzlich gibt es auf jeder Etage mindestens einen Wohnaufenthaltsbereich, ein Dienstzimmer für das Pflegepersonal, einen weiteren Aufenthaltsraum und eine Küche zur Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiteneinnahme als sogenannte Verteilerküche, da die Einrichtung das Essen von einem trägerzugehörigen Krankenhaus angeliefert bekommt.

Die Ausstattung der Wohn-/Essräume in den einzelnen Wohnbereichen wirkt bei Befundaufnahme einfach und funktional. Die Fußbodenbeläge sind aus blaumeliertem PVC-Material. Die Esstische und die armlehnerfreie Bestuhlung sind in Buchenoptik mit blauen Stoffbezügen gehalten. Auf jedem Tisch ist eine Papiermittelecke mit sommerlichen Blumenmotiven aufgelegt. Vereinzelt steht eine Frischblume in einer Vase auf den Tischen, wie auch eine Flasche stilles Wasser, Gewürze, Zucker und Milch. Einige Bewohner sitzen an den Tischen und warten auf die nächste Mahlzeit. Die Wände sind mit weißer Industrieraufasertapete tapeziert und verfügen vereinzelt über Bilder mit landschaftlichen Motiven.

In den Raumecken stehen teilweise Zimmerpalmen in blauen Übertöpfen. Die Ausleuchtung der Wohn- und Essbereiche erfolgt indirekt durch in die Zimmerdecken eingearbeitete weiße Tellerleuchten.

Der Tagesablauf der Wohnbereiche wird jeweils aus den Personaldienstzimmern organisiert. Diese sind durch eine Glasfront zu den jeweiligen Flurbereichen optisch getrennt. Die Glasfassade ist offen, sodass man in den Dienstraum hineinschauen kann. Dieser Aufbau ist auf allen Etagen ähnlich. Die Dienstzimmer selbst sind mit einer kompletten Büromöbelausstattung auch in Buchenoptik ausgestattet.

Die Flurbereiche sind in der ganzen Einrichtung mit einem blaumelierten Veloursteppichboden ausgelegt. Die Wände sind weiß tapeziert. Die Türen zu den Räumen der Bewohner und zu den Funktionsräumen sind aus massiver Buche, ebenso wie die links und rechts an den Wänden angebrachten Handläufe. Lediglich die Türrahmen sind blau gestrichen. Bilder mit Landschaftsmotiven zieren teilweise die Wände. Die Decken sind abgehängt, die Flure sind breit, wirken aber häufig wie ein lang gezogener Schlauch und sind dadurch nicht sonderlich hell.

Einzelne Nischen mit unvollständig eingerichteten, tageslichtdurchfluteten Sitzecken lockern die Wirkung der Flure auf. Mal findet man eine Nische mit einem Sofa, einem Tisch und einigen Stühlen vor, in einer anderen Nische steht dagegen eine alte massive Kommode mit zwei Buche-Dekor-Stühlen. Wieder in einer anderen Ecke steht ein alter Kinderwagen mit einer Puppe. Eine besondere Milieuorientierung für Demenzkranke ist in keinem Wohnbereich erkennbar.

Außenanlage der Einrichtung

Bis auf den bereits beschriebenen Terrassenbereich unmittelbar neben dem Haupteingang der Pflegeeinrichtung gibt es nur an die einzelnen Etagen angegliederte Terrassen, die jeweils durch die Wohn-/Essbereiche zu begehen sind. Die hellgrau gefliesten Terrassen bieten Platz für etwa zehn Personen. Die einzelnen Freiflächen sind mit einer Sitzgruppe bestehend aus vier grünen Kunststoffstühlen und einem dazugehörigen runden Kunststoffisch ausgestattet.

An den Balkongeländern befinden sich auf dem Boden stehend zwei Holzblumenkübel mit einer bunten sommerlichen Bepflanzung. Offenbar werden die Freiflächen nicht sonderlich viel genutzt.

6.1.2 Portrait „Geprägte Randlage“

In einem städtebaulich vorwiegend durch die sechziger und siebziger Jahre geprägten Stadtteil liegt die nun folgend zu beschreibende Einrichtung, die ich an einem sonnigen Septembermorgen in der Untersuchungsregion besuche.



Zeichnung Nr. 3: Pflegeeinrichtung „Geprägte Randlage“ (Afflerbach, D’Arrigo, 2010)

Lage der Einrichtung



Abbildung 12: Lageskizze der Einrichtung „Geprägte Randlage“ (Afflerbach, D’Arrigo, 2010)

Das Altenpflegeheim befindet sich inmitten eines dicht besiedelten, aber dennoch scheinbar ruhigen und stadtnahen Wohngebiets mit vorwiegend Ein- und Zweifamilienhäusern auf einem der zahlreichen Hügel, die für die Region als typisch anzusehen sind. In der Bevölkerung galt das Wohngebiet bis in die 1980er Jahre lange als eine der bevorzugten Wohnlagen der Stadt. Es besteht eine gute Verkehrsanbindung in das Stadtzentrum.

Durch die Beliebtheit des Wohngebiets in der regionalen Bevölkerung lässt sich erklären, warum das Gebäude, in dem die heutige Pflegeeinrichtung untergebracht ist, in den 1970er und 1980er Jahren als gynäkologische Privatklinik genutzt wurde. Erst nachdem das Gebäude einige Monate leer stand, konnte schließlich eine Veränderung der Nutzung erfolgen. So ist das bestehende Gebäude 1985 durch einen wohlfahrtsverbandlichen Träger und Betreiber der Region in eine vollstationäre Altenpflegeeinrichtung überführt worden.

Die äußere Gebäudestruktur

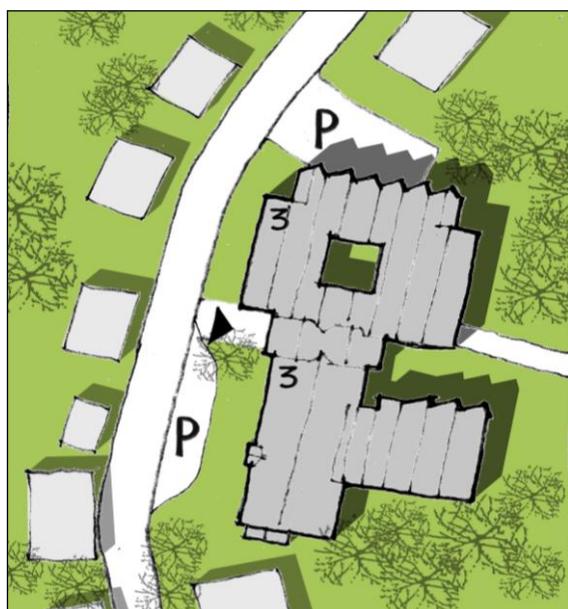


Abbildung 13: Draufsicht der Pflegeeinrichtung „Geprägte Randlage“ (Afflerbach, D'Arrigo, 2010)

In einer verkehrsberuhigten Straße zwischen zwei regulären Wohnhäusern fällt die Gebäudestruktur der Einrichtung durch die Größe aus dem Rahmen der Gesamtkulisse. Die Frontansicht zeigt, dass es sich um einen dreigeschossigen Gebäudekomplex handelt, deren Fassadengestaltung sich durch die verwendeten Materialien wie Schiefer, weißer Putzanstrich und weiße Kunststofffenster in den vorhandenen Wohnbaubestand mit vorwiegend bestehenden Ein- oder Zweifamilienhäusern in

die Straße integriert ohne aufzufallen. Vor dem Raumkörper ist ein Grünstreifen mit diversen Büschen und Sträuchern angelegt, der durch eine in grau gehaltene Natursteinmauer gestützt wird. Vor dem Gebäudekomplex sind rechtsseitig in den Grünstreifen etwa zehn Parkbuchten integriert, die die Einrichtung für Angehörige und Besucher vorhält. Von den Parkplätzen aus gelangt man über den angrenzenden Gehweg unmittelbar zu einem gepflasterten, leicht ansteigenden und barrierefreien Zugangsweg direkt zum Haupteingang der Einrichtung. Rechtsseitig ist der Zugangsweg mit einem weißen Handlauf versehen, der es auch gehbeeinträchtigten Personen ohne fremde Hilfe ermöglicht, den Haupteingang zu erreichen.

Der Eingangsbereich zum Pflegeheim selbst befindet sich im Untergeschoss des Gebäudes. Eine besondere Ausweisung ist nicht sichtbar.

Die innere Gebäudestruktur

Durch eine Glasschiebetür, die sich automatisch öffnet, kommt man unmittelbar in einen Windschutzbereich, in dem man rechts durch ein Glasschiebefenster in den Anmeldebereich blicken kann.

Jedoch ist die Rezeption bei meinem Eintreffen nicht besetzt. Schließlich gelangt man durch eine weitere Glasschiebetür in das Foyer der Einrichtung.

Das Foyer

Das Foyer selbst präsentiert sich in seiner Baustruktur als moderner und repräsentativer Bereich. Durch den äußeren Lichteinfall des Haupteingangs und einer rechtsseitig befindlichen Fensterfront wirkt der Raum hell und groß. Der Fußboden ist mit grauen Marmorplatten versehen, die in der Mitte durch dunkelroten Marmor unterbrochen werden. Zudem befindet sich mittig im Foyer eine Stützsäule mit einer rechteckigen Glaskonstruktion, die in die Decke eingearbeitet ist. Die Wände und Decken sind weiß verputzt. In die abgehängte Deckenkonstruktion sind Halogenstrahler sowie kugelförmige Glaslampen integriert, die zum Zeitpunkt der Begehung eingeschaltet sind.

Unmittelbar rechts neben dem Eingang im Foyer steht ein weißer, kunststoffbeschichteter Beistelltisch mit zwei schwarzen Metallhockern, deren Sitzflächen mit roten Stoffbezügen ausgestattet sind. Dahinter steht ein quadratischer weißer Beistelltisch mit einer marmorierten Tischplatte. Auf dem Tisch befinden sich eine rot blühende Topfpflanze in einem fliederfarbenen Übertopf sowie ein aufgeschlagenes Gästebuch und eine weiße Tischlampe mit einem Plüschschirm. Die Lampe ist während meines Besuches eingeschaltet. Links neben dem Beistelltisch steht eine schwarze Glasvitrine, in der eine Dekorationspuppe ausgestellt ist. An die Glasvitrine schließt sich eine dreiteilige Ledersitzgruppe an, die aus einem Sessel und zwei Zweisitzern besteht. Die Sitzgruppe wird durch einen mittig stehenden schwarzen Couchtisch vervollständigt, auf dem sich eine der Jahreszeit entsprechende gelbblühende Chrysantheme befindet.

Hinter der Sitzgruppe befindet sich eine Glasfensterfront mit drei großen Flügelfenstern. Unterhalb der Fenster ist eine Fensterbank angebracht, auf der sich einige Grünpflanzen in unterschiedlich farbigen Übertöpfen befinden.

Ausgehend vom Haupteingang blickt man auf einen offenen Treppenaufgang im Stil des Foyers. An der rechten Wandseite zum Treppenaufgang befindet sich ein Orientierungswegweiser zu den drei Stationen der Einrichtung. Die Stationen sind lediglich durch Ziffern gekennzeichnet und verfügen über keine weiteren Bezeichnungen oder Namen. Eine unmittelbar neben dem Treppenaufgang befindliche Bibliothek wird durch die Einrichtung für kleinere Veranstaltungen genutzt oder für kleinere Familienfeiern an Bewohner oder Angehörige vermietet. Der Raum ist mit einer seniorengerechten Bestuhlung mit Lehnen, zwei aneinander gestellten Tischen und einer Glasschrankvitrine ausgestattet. In der Vitrine sind Bücher untergebracht. Im Raum selbst finden schätzungsweise 12 bis 15 Personen Platz. Der Raum vermittelt durch das in Buche gehaltene Mobiliar, die weißen Wände und die fliederfarbenen Vorhänge eine kühle Sachlichkeit. Diese sachlich wirkende Ausstrahlung des Raumes wird darüber hinaus noch durch weiß gehaltene Tafeltücher unterstrichen, die sich auf den Tischen mit glasklaren Plastikdecken befinden.

Links vom Haupteingang kommend erreicht man den Verwaltungsbereich der Einrichtung. An einer Garderobe vorbei gelangt man in einen weiteren Flurbereich mit zwei angrenzenden Büroräumen. Im ersten Raum befindet sich das Sekretariat, im nächsten Raum ist das Dienstzimmer der Heimleitung untergebracht.

Das Heimleitungsbüro

Das Dienstzimmer der Heimleitung ist ein rechteckiger Raum und schätzungsweise 14 bis 16 Quadratmeter groß. Die Grundausstattung des Büros beinhaltet einen metallgrauen, pulverbeschichteten Schreibtisch, der seitlich zur Fensterfront ausgerichtet ist, sodass die Heimleiterin von ihrem Arbeitsplatz aus sowohl nach außen zur Straße als auch in den Raum hinein zur Tür blicken kann. Auf dem Schreibtisch liegen und stehen einige Aktenordner und eine Unterschriftenmappe offen auf einer Schreibtischunterlage.

Auf der linken Schreibtischseite zur Fensterfront ausgerichtet steht ein PC-Monitor, der zum Zeitpunkt meines Besuches nicht in Betrieb ist. An den Fenstern hängen weiße Gardinen. Die Wände sind weiß tapeziert. Die Wände werden durch zwei Wandbilder mit Blumenmotiven verziert und ein Dienstplan hängt an der linken Wandseite hinter dem Bürodrehstuhl am Schreibtisch. Auf der Fensterbank befinden sich einige Grünpflanzen. An der rechten Wandseite steht ein Aktenschrank aus Buche Dekor. Links neben der Eingangstür zum Büro ist ein runder Besprechungstisch mit drei Stühlen aus Buchedekor. Der Fußboden im Raum ist mit einer leicht melierten Veloursware ausgelegt.

Die Wohnbereiche der Einrichtung

Die gesamte Organisation der Pflege- und Betreuungsarbeit in der Einrichtung gliedert sich in zwei Wohnbereiche und drei Stationen. Insgesamt gibt es 74 anerkannte Pflegeplätze, davon 46 Plätze im Doppelzimmer und 28 Pflegeplätze im Einzelzimmer. Es gibt bei der Belegung der Plätze keine Einschränkung der Nutzung für einzelne Pflegestufen. Einen besonderen Pflegeschwerpunkt hält die Einrichtung nicht vor. So gibt es auch keinen speziellen Bereich für Demenzkranke. Nach Auskunft der Heimleiterin liegt das Durchschnittsalter der Bewohner bei 90 Jahren.

Die Grundausstattung des von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Mobiliars in den Pflegezimmern umfasst für eine pflegebedürftige Person ein elektrisch verstellbares Pflegebett, einen Betttisch, einen Kleiderschrank sowie einen Tisch mit zwei Stühlen in Dekor Buche. Weiterhin gehören Fenstergardinen und gelb gestreifte Vorhänge zur Grundausstattung. Die Fußböden in den Pflegezimmern sind unterschiedlich mit einem blaumelierten oder hellbraunmelierten PVC-Belag ausgelegt. Die Zimmer haben unterschiedliche Raumgrößen, jedoch unterschreiten diese nicht die für Pflegeeinrichtungen gesetzlichen Raummindestgrößen für Einzel- und Doppelzimmer. Die Räume sind sogar meist größer. Dies liegt daran, dass es sich bei dem Gebäude um einen ehemaligen Klinikbetrieb handelt und es bisher bis auf den Eingangsbereich keine größeren Umbauarbeiten in der Einrichtung gegeben hat.

So ist auch zu erklären, dass die Pflegezimmer selbst einen krankenhausähnlichen Charakter aufweisen. Durch noch immer vorhandene Lichtleisten über den Pflegebetten - wie in einem Krankenhaus üblich - kann kaum warme und gemütliche Wohnatmosphäre in den Zimmern der Bewohner aufkommen.

In der Regel gehört zur Grundausstattung der Zimmer außerdem ein angrenzendes Pflegebad. Aufgrund der älteren Gebäudestruktur verfügt allerdings nicht jedes Zimmer über ein eigenes barrierefreies Pflegebad. Dort, wo Pflegebäder vorhanden sind, gibt es stufenlose Duschen, eine Toilette, die mit einem Haltegriff versehen ist sowie einen Waschtisch, der ebenfalls mit einem seitlich angebrachten Haltegriff ausgestattet ist. Teilweise befinden sich unmittelbar in den Pflegezimmern der Bewohner zusätzlich Waschtische, die mit einem Sichtschutzvorhang oder einem Paravent von den Wohnaufenthalten der Bewohner abgetrennt werden.

Jede Etage verfügt zudem über mindestens ein oder zwei barrierefreie Pflegebäder mit sogenannten Hubhebewannen und mindestens ein bis zwei weiteren behindertengerechten Toiletten. Weitere Funktionsräume wie einen Pflegearbeitsraum sowie Sauber- und Schmutzräume sind ebenfalls in den einzelnen Etagen vorhanden.

Zusätzlich gibt es auf jeder Etage mindestens einen Wohnaufenthaltsbereich, ein Dienstzimmer für das Pflegepersonal, einen weiteren Aufenthaltsraum und eine Küche zur Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiteinnahme als sogenannte Verteilerküche, da die Einrichtung das Essen von einem trägerzugehörigen Krankenhaus angeliefert bekommt.

In der Einrichtung gibt es keinen gesonderten Speisesaal. Die Mahlzeiteinnahme erfolgt entweder in den Räumen der Bewohner oder in sogenannten Wohnaufenthaltsbereichen, in denen sich wiederum die gleiche funktionelle Grundausstattung befindet wie in der Bibliothek im Untergeschoss. Es gibt auch hier eine Glasschrankvitrine mit einigen Büchern und drei aneinander gereihte Tische mit 14 Plätzen. Diese sind mit weißen Tischdecken und blauen Papiermitteldecken mit weißen Margeriten als Motiv dekoriert. Darüber ist ebenfalls eine Schutzfolie aufgetragen. Auf den Tischen stehen ein paar Gläser und eine Flasche Wasser. Außerdem liegen zwei zusammengerollte weiße Handtücher darauf. Bei dem Bodenbelag handelt es sich um einen braunmelierten PVC-Belag. Die Wände sind weiß tapeziert und vereinzelt mit Motivbildern versehen. Vor den Fenstern hängen weiße Gardinen.

In einer Ecke des Raumes stehen ein Fernsehgerät und ein tragbares Radio mit ausgezogener Antenne auf einer Kommode. An der Wand darüber hängt eine Uhr. Auf der anderen Wandseite steht ein Bett, in dem eine Bewohnerin liegt, die an die Wand schaut. Drei weitere Bewohnerinnen sitzen auf ihren Plätzen am Tisch und warten um 11.40 Uhr auf das Mittagessen. Eine Unterhaltung ist nicht zu erkennen. Radio oder Fernseher sind ebenfalls nicht eingeschaltet.

Auf jeder Etage findet man Personaldienstzimmer, die mit einer Glasfront zum Flur hin versehen sind. Die Glasfassade ist mit einer weißen PVC-Innenraumjalousie zugezogen, sodass man nicht in den Dienstraum hineinschauen kann. Dies ist auf allen Etagen ähnlich. Die Dienstzimmer selbst sind mit metallgrauen, pulverbeschichteten Büromöbeln ausgestattet. Auf dem Fußboden liegt blauer PVC-Boden.

Die Flurbereiche und teilweise auch die Treppenaufgänge dagegen sind überwiegend mit einem Veloursteppichboden ausgelegt. Das Muster im Teppich lässt den Schluss zu, dass der Bodenbelag vermutlich bereits in den 1970er Jahren verlegt worden ist. Die Wände sind weiß tapeziert. Die Türen zu den Räumen der Bewohner und zu den Funktionsräumen sind aus massiver Buche, ebenso wie die links und rechts an den Wänden angebrachten Handläufe. Bilder mit Landschaftsmotiven zieren die Wände der gesamten Einrichtung. Die Deckenwände sind abgehängt, die Flure sind recht breit, wirken aber häufig wie ein lang gezogener Schlauch und dadurch nicht sonderlich hell. Einzelne Nischen mit eingerichteten tageslichtdurchfluteten Sitzecken lockern die Atmosphäre der Flure auf.

Die Milieugestaltung einer solchen Sitzecke wirkt wie in einem Warteraum im Krankenhaus. An der Fensterfront entlang sind durch eine Pflanzinsel, die als Raumteiler dient, jeweils Sitzgruppen mit je vier Stühlen und einem Beistelltisch aus Buchedekor aufgestellt. Auf den Tischen befinden sich eine rote Mitteldecke und eine kleine Grünpflanze sowie die Tageszeitung. Bewohner sind nicht zu sehen. In einer anderen Sitzecke befindet sich auf einer Wandseite ein rustikales Eichensideboard mit einer messingfarbenden Stehlampe und einem an der Wand hängenden Ölgemälde in einem antiken Rahmen. Rechts vor dem Sideboard steht ein grüner Polstersessel. Daneben ist eine Sitzgruppe in Eichenoptik mit zwei einzelnen Stühlen um einem rechteckigen, tiefen Tisch mit Metallfüßen aufgestellt.

Zusätzlich befindet sich daran die passende Sitzbank aus Eiche. Die Polster sind mit einem beigefarbenen Veloursstoff bezogen. An der anderen Wandseite direkt neben der Sitzgruppe ist ein Glasaquarium mit einem schwarzen Lackunterschrank eingelassen.

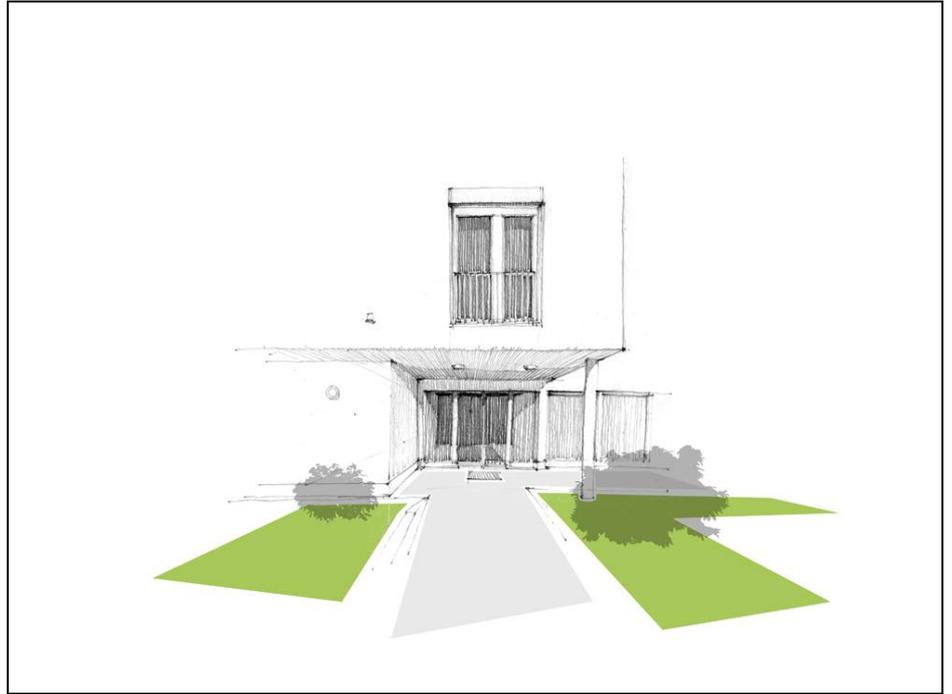
Im Untergeschoss der Einrichtung befindet sich nochmals eine Therapieküche, ein Gymnastikraum, ein Therapieraum für Gruppenarbeit und ein weiteres Dienstzimmer für das in der Einrichtung tätige Betreuungspersonal.

Die Außenanlage der Einrichtung

Hinter dem Gebäude mit Zugang vom Erdgeschoss aus gibt es einen eingezäunten und gepflasterten Terrassenbereich mit einigen Grünpflanzen und einem Fliederbaum. Auf der Freifläche ist eine Sitzgruppe bestehend aus sechs weißen Plastikstühlen und einem dazu gehörigen runden Plastiktisch aufgebaut. Auf dem Tisch liegt eine abwaschbare blaue Gummidecke. Außerdem sind zwei Sonnenschirme mit blauem Stoffbezug vorhanden. Ein Schirm ist geöffnet. Der Außenbereich ist nicht sonderlich groß und scheint nicht viel genutzt zu werden.

6.1.3 Portrait „Im Grünen“

An einem bewölkten, aber niederschlagsfreien Vormittag im Februar 2007 befinde ich mich in der Untersuchungsregion auf dem Weg in ein wohlfahrtsverbandliches Altenpflegeheim, das erst vor einigen Monaten fertig gestellt und in Betrieb genommen wurde. Der regionalen Tageszeitung konnte ich im Vorfeld entnehmen, dass die Einrichtung sowohl über einen besonderen Bereich für Demenzkranke verfügt als auch über einen Schwerpunktbereich für junge Pflegebedürftige.



Zeichnung Nr. 4: Pflegeeinrichtung „Im Grünen“ (Afflerbach, D'Arrigo, 2010)

Die Lage der Einrichtung

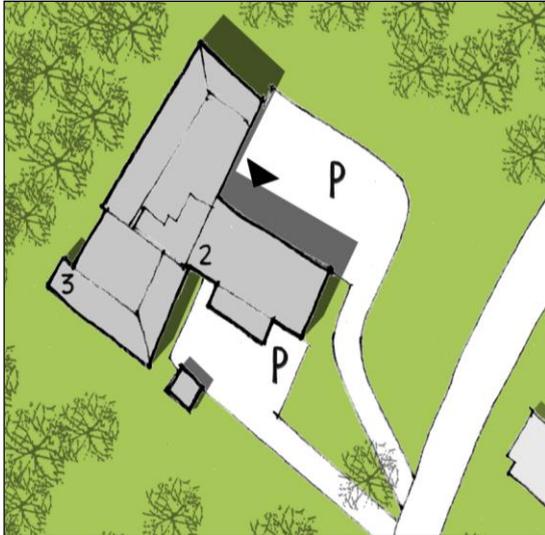


**Abbildung 14: Lageskizze der Einrichtung
„Im Grünen“ (Afflerbach, D'Arrigo, 2010)**

Die Einrichtung liegt in einer Mulde - begrenzt zur anderen Seite am Rande eines ruhigen und dennoch stadtnahen Wohngebietes in regionaler Südwesthanglage, das durch einen Eichen- und Buchen-Hochwald umgeben ist. Das Waldgebiet ist bei der Bevölkerung der Region für seinen Naherholungscharakter bekannt. Eine günstige Verkehrsanbindung in die Innenstadt ist gegeben.

Die äußere Gebäudestruktur

Mit der Fertigstellung der Baumaßnahmen im Juni 2006 ist ein modernes Pflegeheim entstanden. Der von außen sichtbare T-förmige Raumkörper ist vorwiegend in eine auffällige Pastell-Farbgebung eingehüllt, die durch die erdverbundenen Farben Terrakotta, Gelb und Ocker bestimmt wird. Unterbrochen wird diese aufeinander abgestimmte Farbgestaltung durch vorwiegend weiße, bodentiefe Kunststofffenster. Der obere Teil der gesamten Außenfassade sowie die gesamte Dachkonstruktion ist mit einer grauen Metallverkleidung versehen. Auf der Zufahrtsstraße zum Innenhof der Einrichtung, in dem sich die Besucherparkplätze befinden, muss man zunächst eine Schranke mit automatischer



Öffnung passieren. Gleich hinter der Schranke befindet sich eine Platane. Nach etwa 50 m steht man im Innenhof. Schätzungsweise 20 Parkplätze stehen hier für Besucher und Mitarbeiter des Hauses zur Verfügung.

**Abbildung 15: Draufsicht der Pflegeeinrichtung
„Im Grünen“ (Afflerbach, D’Arrigo, 2010)**

Der Innenhof ist eingerahmt durch einen zweigeschossigen und einen dreigeschossigen Gebäudebereich, die beide durch den zum Innenhof liegenden Haupteingang miteinander verbunden sind. Auf der gegenüberliegenden Seite oberhalb des Parkplatzes ist eine begrünte Hanglage mit Bäumen und Sträuchern angelegt. Ansonsten ist die gesamte Einrichtung grün eingebettet.

Die innere Gebäudestruktur

Der Haupteingangsbereich ist nicht besonders ausgewiesen. Durch eine Glasschiebetür, die sich per Bewegungsmelder automatisch öffnet, gelangt man in einen Windschutzbereich, von dem aus man schließlich durch eine weitere Glasschiebetür das Foyer des Gebäudes erreicht.

Das Foyer

Das Foyer ist durch die Glastüren von außen und durch einen gegenüberliegenden verglasten Raum lichtdurchflutet und hell, der Fußboden ist mit einer hellgrauen Fliese ausgelegt. Die Wände sind mit weißer Rauputzfaser tapeziert. Rechts befindet sich in einer Nische ein Wartebereich, der mit einer blauen Ledersitzgruppe ausgestattet ist. Schaut man den Flur entlang weiter, dann schließt sich dort nahtlos ein Pflegewohnbereich an.

Unmittelbar links neben dem Haupteingang ist die Verwaltung untergebracht. Durch ein Glasschiebefenster ist der Eingangsbereich unmittelbar mit der Verwaltung verbunden. An den Wänden befinden sich keine Bilder oder Ähnliches. Neben dem Verwaltungsbüro - dem Flur nach links folgend - befindet sich auf der linken Seite ein weiterer Büroraum. Erst danach kommt man zum Heimleitungsbüro. Es schließt sich auf dieser Flurseite noch ein weiterer Raum an, in dem die Pflegedienstleitung ihr Büro hat. Gegenüberliegend befinden sich in diesem Gebäudetrakt noch eine Küche, ein Stuhllager, eine Sanitäreanlage mit zwei Toiletten und ein großer Multifunktionsraum mit einem dahinter liegenden Saal, der für Veranstaltungen sowie besondere hausinterne Anlässe genutzt wird.

Das Heimleiterbüro

Das Büro des Heimleiters erscheint auf den ersten Blick nicht sehr groß, ca. 12 bis 14 Quadratmeter. Aufgrund der bodentiefen Fensterfront zum Innenhof hin ist der Raum jedoch sehr gut ausgeleuchtet und wirkt dadurch deutlich größer. Das Büro wird durch eine Schreibtischwinkelkombination in Dekor Buche dominiert. Die Arbeitsplatte ist unterteilt in einen Arbeitsbereich für den Heimleiter und eine sich unmittelbar anschließende ovale Tischplatte, an der sowohl der Heimleiter als auch zwei bis drei Besucher Platz finden. Zwei Besucherplätze sind fest vorgesehen.

Auf dem Schreibtisch befindet sich ein angeschlossener PC mit einem daneben stehenden Drucker und einigen Akten. Eine rote Aster in einem gelben Übertopf ziert den Besucherbereich auf dem Tisch.

Die Bestuhlung ist in schwarzem Stoff gehalten - ebenso wie der Fußboden, der mit schwarzem Teppich ausgelegt ist. Die Wände sind weiß tapeziert.

An der Wandseite hinter dem Schreibtisch des Heimleiters hängt ein gerahmtes Bild mit Mohnblumen. Auf dem Boden hinter dem Schreibtisch steht eine ganz Reihe von Aktenordnern. Die Fensterfront ist mit einer weißen Vertikallamellenjalousie mit Kettenzug versehen. Im Raum selbst befinden sich darüber hinaus vier Grüntopfpflanzen. Hier findet das Experteninterview statt. Anschließend ist eine gemeinsame Begehung durch die Einrichtung vorgesehen.

Die Wohnbereiche in der Einrichtung

Die Außenfassade sowie das Farbkonzept der Innenräume sind durch warme Pastelltöne aufeinander abgestimmt. Dazu passend wurden die Vorhänge und Fußböden ausgewählt. Das gesamte Mobiliar im Haus ist aus hellem Holz. Die 98 Einzelzimmer sind mit jeweils einem an die Pflegezimmer angegliederten barrierefreien Bad ausgestattet. Die Zimmer haben eine Raumgröße von etwa zwölf Quadratmetern und die Bäder verfügen etwa über viereinhalb Quadratmeter.

Die Pflegezimmer sind alle mit einer in Buche gehalten Grundmöblierung ausgestattet - angefangen von einem elektrisch verstellbaren Pflegebett über einen Betttisch, einen Sessel, ein Sideboard, einen Fußhocker bis hin zu einem Kleiderschrank.

In den Bädern gibt es eine stufenlose Dusche, eine Toilette, die mit einem Haltegriff versehen ist sowie ein Waschtisch, der ebenfalls mit einem seitlich angebrachten Haltegriff ausgestattet ist. Jede Etage verfügt zusätzlich über ein barrierefreies Pflegebad mit einer besonderen Hubhebwanne. Außerdem steht jeweils eine Küche zur Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiteinnahme zur Verfügung. Auf den einzelnen Etagen befinden sich weitere Aufenthaltsräume sowie ein Speiseraum für die Bewohner.

Im Erdgeschoss und im Obergeschoss des Gebäudes stehen pro Ebene je 25 Pflegeplätze für alte und pflegebedürftige Menschen aller Pflegestufen zur Verfügung.

Das erste Obergeschoss umfasst ebenfalls 25 Plätze, wobei auf dieser Ebene eine „Sonderstation für junge pflegebedürftige Menschen“ (Pflegekonzept der Einrichtung 2007) mit elf Plätzen integriert ist. Diese im Konzept beschriebene Sonderstation ist jedoch organisatorisch nicht abgetrennt. Demnach gehören diese elf Plätze für junge pflegebedürftige Menschen arbeitsorganisatorisch zur Wohngruppe im ersten Obergeschoss. Also verbleibt es bei einem Wohnbereich mit 25 Plätzen.

Der Demenzbereich der Einrichtung

Im Untergeschoss des neuen Gebäudekomplexes befindet sich ein weiterer Pflegeschwerpunktbereich mit zwölf geschlossenen Pflegeplätzen für Demenzkranke.

Die Architektur dieses geschlossenen Bereiches unterscheidet sich zu den anderen Wohnbereichen zunächst sichtbar nur durch eine verschlossene Tür. Besucher, die den Wohnbereich I betreten möchten, werden vor der Eingangstür des Bereiches gebeten, bei verschlossener Tür die Klingel zu betätigen.

Das Raumstrukturkonzept des Demenzbereiches entspricht den anderen Pflegebereichen. Zunächst gelangt man in ein Flurstück mit weißen Wänden und angebrachten Handläufen, vorbei an einem auf der linken Seite befindlichen Behinderten-WC, einem Technikraum sowie einem Lagerraum. Rechts auf gleicher Höhe befinden sich zunächst das Herren-WC, ein Schmutzraum und das Damen-WC. Neben den jeweiligen Türeingängen sind Orientierungsschilder mit entsprechender Ausweisung angebracht. Anschließend erreicht man durch eine Feuerschutztür einen weiteren Flurbereich. Linksseitig befinden sich vier Einzelzimmer mit barrierefreien Bädern. An den Zimmertüren sind die Zimmernummer und der Name des jeweiligen Bewohners ausgewiesen.

Nach der Feuerschutztür befindet sich auf der rechten Flurseite zentral untergebracht das Dienstzimmer des Dementenbereiches. Das Dienstzimmer ist rundum mit Glasscheiben ausgestattet. Nachdem man das Dienstzimmer passiert hat befindet man sich bereits im Tagesaufenthaltsbereich, der sich rechtsseitig in einen weiteren Flurbereich erstreckt. Hinter dem Tagesaufenthaltsbereich liegt die Wohnbereichsküche, die mittels einer abschließbaren Gitterschutztür verschlossen werden kann.

Im Aufenthaltsbereich stehen drei rechteckige Esstische in einer Reihe direkt vor der Wohnbereichsküche. Zum Zeitpunkt unseres Besuches im Wohnbereich sitzen gegen 11.30 Uhr acht Bewohner in Alltagsbekleidung um die Tische herum. Ein männlicher Bewohner hat seinen Kopf auf die Tischplatte gelegt und scheint zu schlafen. Andere schauen uns fragend an, wir begrüßen alle mit einem kurzen Gruß zum Tage und lassen uns auf die eine oder andere Gesprächssituation mit den Bewohnern ein. Am Tisch selbst stehen zwei Pflegekräfte, eine trägt Alltagskleidung, die andere weiße Dienstkleidung.

Aus der dahinter liegenden Küche, die vorwiegend als Verteilerküche genutzt wird, kommt eine weitere Person in Zivilkleidung mit einer vorgezogenen Schürze zu uns an den Tisch. Es werden Vorbereitungen für die Speiseneinnahme zum Mittag getroffen. Auf den Tischen befinden sich bereits für jeden Bewohner ein weißes Platzset und ein Glas, das mit Saft oder Wasser gefüllt ist. Darüber hinaus ist die Tischfläche leer. Die Bewohner reagieren alle auf Ansprache. Eine Kommunikation unter den Bewohnern untereinander konnte während des Besuches nicht beobachtet werden. Überwiegend starren sie ins Leere oder auf die kahlen Tischplatten. Die Bewohner sind überwiegend ruhig und bleiben - bis auf eine motorisch unruhige Frau - während unserer Anwesenheit auf ihren Plätzen sitzen.

Auf der gegenüberliegenden Seite des Essbereiches steht ein Sessel, an der dahinter liegenden Wand hängt eine große Uhr und auf der rechten Wandseite befindet sich ein zweitüriger Schrank.

Die Außenanlage zum Demenzbereich

Unmittelbar an den Wohn-/Essbereich grenzt eine verschlossene Glastür an, die in einen eingezäunten Gartenbereich führt. Die Außenanlage ist noch nicht ganz fertig gestellt. Es ist jedoch bereits zu erkennen, dass zwischen Rasenflächen Gehwege mit ausreichend Sitzgelegenheiten hergerichtet wurden, die den Bewohnern die Möglichkeit zum Spaziergang und zum Ausruhen im eingezäunten Freigelände anbieten. Mehrere Bäume wurden gepflanzt, die jeweils von drei Rosenbögen umgeben werden.

Alle Bewohnerzimmer des Dementenbereiches liegen ebenerdig mit Aussicht in den zum Wohnbereich gehörigen Garten. Die Fenster in den Zimmern sind abgeschlossen und können daher nur in Kippstellung gebracht werden.

6.1.4 Portrait „Mittendrin“

Zentral gelegen an einer Hauptverkehrsstraße in einem Ortsteil der Untersuchungsregion liegt die Pflegeeinrichtung „Mittendrin“.



Zeichnung Nr. 5: Pflegeeinrichtung „Mittendrin“ (Afflerbach, D'Arrigo, 2010)

Die Lage der Einrichtung



Abbildung 16: Lageskizze der Einrichtung „Mittendrin“ (Afflerbach, D'Arrigo, 2010)

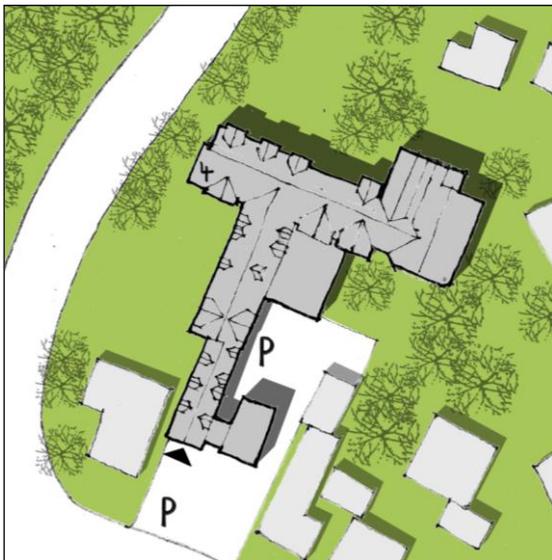
Das vollstationäre Altenpflegeheim „Mittendrin“ besteht seit 1929 und ist das älteste Seniorenheim der Stadt. Ebenfalls historisch gewachsen, wurde das christlich geprägte Altenheim im Laufe der Jahrzehnte kontinuierlich weiterentwickelt und modernisiert. In unmittelbarer Nachbarschaft zur Einrichtung gibt es einen Kindergarten, eine weiterführende Schule, ein Krankenhaus, diverse Geschäfte und ortsansässige Firmen sowie ein Einkaufszentrum.

Gegenüber der Einrichtung hat die katholische Kirchengemeinde ihr Domizil mit einer Kirche und einem Gemeindehaus.

Die an die Einrichtung angrenzende Hauptstraße verbindet zwei Ortsteile der Stadt miteinander. Deshalb besteht auch eine optimale Verkehrsanbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln in den Stadtkern. Der Ortsteil hat einen hohen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund.

Die äußere Gebäudestruktur

Von der Hauptstraße aus blickt man auf den Eingangsbereich der Einrichtung mit einer beigefarbenen Klinkerverblendung. Es sind vier Etagen erkennbar, wovon die bodentiefen weißen Fensterfronten der beiden oberen Etagen durch rote Stahlgeländer halbhoch gesichert sind. Die beiden unteren Etagen haben reguläre Fenster. Unmittelbar vor dem Haupteingang befinden sich zehn Parkplätze. Weitere Parkplätze sind im Innenhof der Einrichtung vorhanden. Zur Straße hin ausgerichtet ist ein Werbeschild der Einrichtung angebracht.



Der Parkplatz ist mit Ziersträuchern und einem Ahornbaum seitlich begrünt und gibt dem Gelände zum Bürgersteig eine Abgrenzung. Der Haupteingangsbereich ist durch einen Glasvorbau mit einem Windfangbereich gut zu erkennen. Erst danach öffnet sich eine weitere Glasschiebetür zum eigentlichen Eingangsbereich der Einrichtung.

Abbildung 17: Draufsicht der Pflegeeinrichtung „Mittendrin“ (Afflerbach, D’Arrigo, 2010)

Die innere Gebäudestruktur

Das Foyer

Das Foyer wirkt hell und ist vom Aufbau her deutlich in zwei Bereiche gegliedert.

Auf der linken Seite befindet sich der Verwaltungsbereich mit einem offen gestalteten Besucherempfang platziert. Dieser ist mit einer modernen Empfangstheke Buchenoptik. Der Bereich hinter der Theke wirkt belebt. Es stehen Aktenordner auf dem Schreibtisch, eine Schranktür steht offen und der Computer ist eingeschaltet. Eine Mitarbeiterin telefoniert. Auf der Theke liegt diverses Informationsmaterial. Eine Hydrokulturpflanze ist dort platziert.

Rechtsseitig im Foyer ist ein Wartebereich für Besucher eingerichtet. Eine Ledergruppe bestehend aus zwei dunkelgrünen Zweisitzern mit einem Nierentisch in Buchenoptik und Beinen aus verchromtem Metall sowie zwei graublau bezogene Lehnstühle vervollständigen den Wartebereich. Als Dekoration zieren zusätzlich drei Grünpflanzen in weißen Übertöpfen die Sitzecke. Außerdem steht vor der rechten Außenwand des Foyers eine Statue der „Mutter Gottes“.

Das Foyer sowie die Treppenaufgänge zu den Wohnbereichen sind mit beigefarbenen Marmorfliesen ausgestattet. Die Ausleuchtung erfolgt durch die zum Parkplatz bestehende bodentiefe Fensterfront und die in die Decke eingefassten Halogenstrahler. An der Empfangstheke vorbei befindet sich eine Tür zum Verwaltungsbereich. Unmittelbar dahinter ist das Heimleiterbüro.

Das Heimleiterbüro

Das Dienstzimmer des Heimleiters ist sehr klein und beengt und zudem nicht gut ausgeleuchtet. Der Raum ist mit einem schwarzmelierten Textilteppich ausgelegt. Die Wände sind mit einer weißen Industrieraufaser tapeziert. Der Raum wird durch eine Schreibtischwinkelkombination in Buchenoptik dominiert.

Die Arbeitsplatte bildet einen PC-Arbeitsplatz für den Heimleiter, der zugleich mit einer ovalen Tischplatte verbunden ist, an der zwei Besucher Platz finden. Auf der Schreibtischfläche sind diverse Arbeitsmaterialien abgelegt, ein Laptop und ein Drucker stehen darauf. Hinter dem Arbeitsbereich des Heimleiters an der Wand steht ebenfalls ein zur Schreibtischkombination passender Büroschrank, daneben ist ein Fenster eingelassen, das mit einem weißen Lamellenvorhang zugezogen ist. Die vorhandene Bestuhlung ist mit einem graumelierten Stoff bezogen.

Die Wohnbereiche in der Einrichtung

In der Einrichtung „Mittendrin“ gibt es vier Wohnbereiche auf vier Etagen mit insgesamt 120 Pflegeplätzen, die für alle Pflegestufen zugelassen sind. Davon befinden sich im Wohnbereich 1 im Erdgeschoss 20 Pflegeplätze, im Wohnbereich 2 im zweiten Obergeschoss 34 und im Wohnbereich 3 im dritten Obergeschoss 32 Plätze, die ausschließlich für demenzerkrankte Menschen vorgesehen sind sowie weitere 34 Plätze im Wohnbereich vier im vierten Obergeschoss.

Zur Grundausstattung der Bewohnerzimmer gehören ein elektrisch verstellbares Pflegebett, ein Betttisch, ein Kleiderschrank sowie ein Tisch mit zwei Stühlen in Buche Dekor und weiße Fenstergardinen. Die Fußböden in den Räumen der Bewohner sind mit einem beigefarbenen PVC-Boden ausgelegt. An die Pflegezimmer grenzt jeweils ein barrierefreies Bad an, das mit einer stufenlosen Dusche, einer Toilette und einem Waschtisch ausgestattet ist. Außerdem gibt es in jedem Wohnbereich ein weiteres Pflegebad mit einer Hubhebewanne. Die Bäder sind modernisiert. Eine besondere Farbgebung wurde nicht gewählt, die gesamte Badausstattung ist weiß.

Auch in dieser Einrichtung haben die Pflegezimmer aufgrund des Alters der Einrichtung unterschiedliche Raumgrößen. Die gesetzlichen Anforderungen an die Raumindestgrößen werden jedoch eingehalten.

Zusätzlich sind in den Wohnbereichen mindestens noch ein Gruppenraum, mehrere Funktionsräume wie Sauber- und Schmutzräume, Personaldienstzimmer und Wohnaufenthaltsräume vorhanden.

Für alle Bewohner bietet die Einrichtung im Erdgeschoss zudem ein Restaurant, ein Bistro, einen Friseursalon, eine Bibliothek und eine Kapelle an. Die Vor- und Zubereitung der Mahlzeiten erfolgt für die Bewohner, die den Speisesaal im Erdgeschoss nicht nutzen, in den dafür vorgesehenen Verteilerküchen der Wohnbereiche. Die Speiserversorgung wird durch ein trägerzugehöriges Krankenhaus organisiert und die Mahlzeiten täglich angeliefert. Dies gilt auch für den Restaurantbereich.

Die Gestaltung der Wohn- und Essräume in den einzelnen Wohnbereichen der Einrichtung ist sehr unterschiedlich – es gibt jedoch eine gewisse Grundausstattung, die allen gemeinsam ist. So befinden sich in den Wohn-/und Essräumen immer eine Küchenzeile zur Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiteneinnahme sowie mehrere Sechsecktische mit Bestuhlung.

Die Räume wirken funktional. Die Dienstzimmer in den Wohnbereichen verfügen über eine weiße Büroausstattung mit mindestens vier Arbeitsplätzen. Die Bewohnerdokumentation wird PC-gestützt geführt. Diverse Arbeitsmaterialien und Papiere liegen im Raum verteilt. Die Dienstzimmer sind mit einer Verglasung zu den Fluren der Wohnbereiche versehen. Die Fensterscheiben sind teilweise mit Papier zugehängt.

Der Demenzbereich der Einrichtung

Im dritten Obergeschoss der Einrichtung gibt es einen offenen Demenzbereich mit 32 Plätzen in 28 Einzel- und zwei Doppelzimmern. Die bauliche Gestaltung des Bereiches unterscheidet sich gegenüber den anderen Wohnbereichen nicht. Somit ist auch die Raumaufteilung baugleich zu den anderen Etagen.

Bei der gemeinsamen Begehung des Wohnbereichs steht die Tür zum Demenzbereich offen. An der Eingangstür ist eine weiße blickdichte Gardine angebracht. Bei Betreten der Flurbereiche fällt die Dunkelheit auf. In den Fluren gibt es keine Fenster und die Ausleuchtung durch in die Decken eingefasste Halogenleuchten reicht nicht aus. Die Wände und Decken sind weiß, die Türen dunkelblau und der Bodenbelag besteht aus einem beigefarbenen PVC-Boden. Die links und rechts an den Wänden angebrachten Handläufe sind aus massiver Buche.

Unmittelbar links neben dem Eingang im Wohnbereich ist ein Bushaltestellenschild an der Wand angebracht. Eine Sitzbank steht vor der Wand sowie eine Grünpflanze in einem weißen Übertopf.

An allen Wänden in den Fluren und Nischen im Demenzbereich sind themenzentrierte Bilder aus den letzten Jahrzehnten zu sehen - so z.B. Blechschilder mit Oldtimern oder Werbung für Waschmittel wie Persil, Ariel usw. . Eine andere Wand ist als Therapiewand gestaltet, um die Sinne durch Tasten und Greifen anzuregen. So gibt es vielfältige Betätigungsmöglichkeiten, wie z.B. einen Schaltkasten mit vielen unterschiedlich großen Sicherungen zum Schrauben, Ketten mit unterschiedlichen Stärken, Türschlösser mit vielen Schlüsseln, weiche und harte Bürsten und einiges mehr. Eine andere Wandnische behandelt das Thema Glaube. In der Mitte dieser Wand hängt eine ca. 1 m große Plastik mit Jesus am Kreuz. Links und rechts daneben hängen in verschiedenen Rahmen Psalme, Gebete und Textpassagen aus der Bibel. Die Wanddekoration in den Wohnbereichen wird immer wieder durch quadratische und rechteckige Spiegel in verschiedenen Größen unterbrochen.

An den Türen zu den Bewohnerzimmern hängen teilweise Fotos der Bewohner oder die Namen sind in Sütterlin-Schrift ausgewiesen. Da die Flure sehr schmal sind, lassen diese nur vereinzelt zu, dass in mancher Nische noch zusätzlich ein alter dekorativer Stuhl, Sessel oder gar eine kleine gemütliche Sitzecke eingerichtet ist.

Die beiden Wohn- und Essräume im Demenzbereich sind unterschiedlich eingerichtet. Ein Raum ist mit einer modernen blauen Küchenzeile ausgestattet, der Fußboden ist mit einem graublaumelierten PVC ausgelegt, die Wände sind weiß und gelb gestrichen. An den Fenstern hängen graublaue Vorhänge und weiße Gardinen. Neben der Küchenzeile hängt ein großer Bilderrahmen mit vielen Fotos von den Bewohnern. Auf den Oberschränken der Küchenzeile sind alte Küchengegenstände ausgestellt. Ein tragbarer Stereoradio-Rekorder und eine Mikrowelle stehen auf dem Kühlschrank. Ein Wärmewagen steht vor der Küchenzeile. Bewohner sitzen an den Tischen oder im Rollstuhl und warten, dass sie das Mittagessen angereicht bekommen. Es ist ruhig im Raum. Eine besondere Tischkultur ist nicht zu erkennen.

Die Tische sind nicht eingedeckt. Rechts im Raum steht ein alter Vitrinenschrank, der mit einer Uhr dekoriert ist sowie zwei Grünpflanzen. Links neben dem Schrank steht eine alte Stehlampe. Der Raum ist hell und ausreichend groß.

Der zweite zum Demenzbereich gehörende Wohn-/ Essraum ist ähnlich groß wie der erste. Er ist links mit einer weißen Küchenzeile ausgestattet. Der Bodenbelag ist hier ein beigemelierter PVC-Boden. Die Wände sind weiß tapeziert und im Gegensatz zum anderen Raum ohne weitere Dekoration. Der Raum wirkt insgesamt aufgeräumter als der andere. An den Fenstern hängen ebenfalls weiße Fenstergardinen und blau-rot gemusterte Vorhänge.

Rechtsseitig im Raum ist wie im ersten Raum eine Essecke eingerichtet, die aber mehr den Charakter eines Esszimmers vermittelt. Ein Vitrinenschrank mit altem Geschirr und mehreren Vasen auf dem Schrank zieren den Bereich. Rechts neben dem Schrank steht ein Sideboard, darauf ein alter Fernseher. Ein rustikaler Tisch aus Eiche mit vier Stühlen steht davor. Der Tisch ist mit einem Biedermeierstrauß dekoriert, der sich in einer Vase befindet. Drei Damen sitzen gemeinsam beim Mittagessen. Es ist insgesamt sehr ruhig im Raum.

Die Außenanlage der Einrichtung

Von beiden Wohn-/Essbereichen kann man die jeweiligen Terrassen des Wohnbereiches begehen. Sie bieten eine Übersicht über den Innenhof der Einrichtung, der verhältnismäßig groß ist. So blickt man in eine großzügig angelegte Grünanlage mit einem überdachten Grillpavillon, mehreren Sitzbänke sowie Tischen und Stühlen mit Sonnenschirmen, die zum Verweilen einladen. Besonders schön ist die Sicht auf den alten Baumbestand der Anlage. Es gibt ausreichend gepflasterte Wege zum Spaziergehen.

Die beiden Terrassen des Dementenbereiches sind recht klein. Sie bieten nur wenigen Bewohnern Platz. Es stehen vier blaue Plastikstühle und ein grüner Sonnenschirm zur Verfügung. An den Stahlgeländern sind zwei Blumenkästen mit roten Geranien angebracht. Der Terrassenboden ist mit roten Steinfliesen versehen. Da es ein verregneter Tag ist, befindet sich vermutlich deshalb niemand im Außenbereich.

6.1.5 Portrait „In der Kernstadt“

In einem ruhigen Wohngebiet nahe dem Stadtzentrum hat die die Pflegeeinrichtung „In der Kernstadt“ seit 1971 ihr Domizil. Das Wohnumfeld grenzt zugleich an ein für die Region bekanntes Erholungsgebiet. In unmittelbarer Nachbarschaft befinden sich einige Einfamilienhäuser, die ebenfalls wie die Einrichtung Anfang der 1970er Jahre entstanden sind.



Zeichnung Nr. 6: Pflegeeinrichtung „In der Kernstadt“ (Afflerbach, D’Arrigo, 2010)

Die Lage der Einrichtung

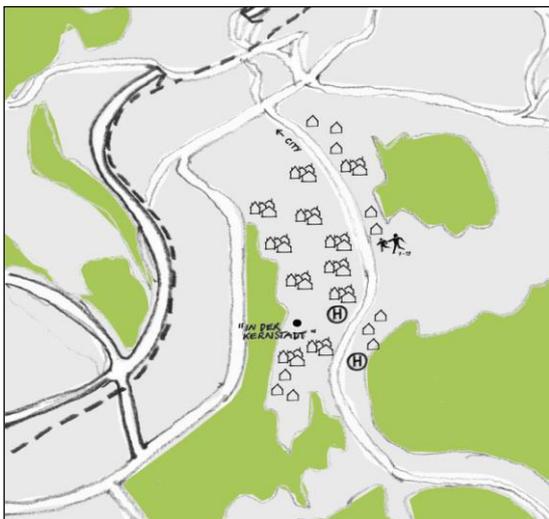


Abbildung 18: Lageskizze der Einrichtung „In der Kernstadt“ (Afflerbach, D’Arrigo, 2010)

Im weitläufigeren Wohnumfeld ist darüber hinaus eine weiterführende Schule ansässig sowie eine große Anzahl genossenschaftlicher Mehrfamilienwohnhäuser.

In der Bevölkerung der Region gilt das Wohngebiet als attraktiv für Jung und Alt. Eine gute Verkehrsanbindung ist auch durch den öffentlichen Nahverkehr gegeben.

Die äußere Gebäudestruktur

An der Hauptdurchgangsstraße des Wohngebietes in einer verkehrsberuhigten Zone 30 liegt die von 2006 bis zum Sommer 2008 grundsanierte Altenhilfeeinrichtung aus Richtung Stadtmitte kommend auf der rechten Straßenseite. Diese steht heute, an einem durchwachsenen Sommertag im Juni, im Mittelpunkt meiner Untersuchung.

Das Gebäude dominiert durch einen lang gezogenen, fünfgeschossigen Raumkörper mit einer Flachdachkonstruktion, der sich zur Straße hin durch eine überwiegend kunststoffverglaste weiße Fensterfront hinter einer parkähnlichen Grünanlage mit vielen Sträuchern, einigen Bäumen und mehren Freiflächen mit Sitzgelegenheiten hervorhebt. Die Grünanlage gehört bereits zur großzügig angelegten Außenanlage der Einrichtung. Sofort ist erkennbar, dass es sich bei dem Komplex um eine öffentliche Einrichtung handelt.

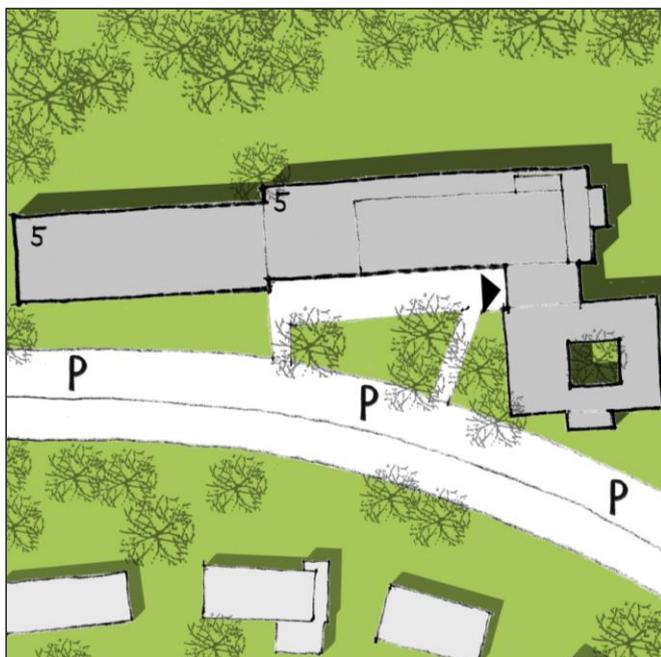


Abbildung 19: Draufsicht der Pflegeeinrichtung „In der Kernstadt“ (Afflerbach, D’Arrigo, 2010)

Dabei könnte man zunächst meinen, es handele sich um ein Krankenhaus. Noch an der Straße direkt vor dem Gehweg sind in einer ausreichenden Anzahl Parkbuchten für Besucher, Angehörige und Mitarbeiter vorhanden. Der Fußweg zum Haupteingang wird durch eine Werbetafel der Einrichtung markiert. Dort beginnt der mit rotgrauen Verbundsteinen gepflasterte, ca. 20 m lange Fußweg zum Haupteingangsbereich.

Die innere Gebäudestruktur

Der Haupteingang verbindet den Gebäudekomplex mit einem rechtsseitig vorgelagerten Pavillon, in dem die Verwaltung untergebracht ist.

Das Foyer

Wenn man vor der Eingangstür steht, öffnet sich diese automatisch und man steht im hellen und lichtdurchfluteten Foyer. Rechts und auch links im Raum befinden sich Glasbrandschutztüren, die beide offen stehen. Der Eingangsbereich ist verhältnismäßig klein. Die Wände und Decken sind weiß gestrichen. In die Decken sind moderne Halogenlichtelemente eingelassen. Der Bodenbelag besteht aus einem grauweiß-melierten, rutschfesten Steinboden. An einer Wandseite steht ein antiker Garderobenspiegelschrank, an dem ein Regenschirm hängt. Außerdem ist ein Bild in einem goldfarbenen Antikrahmen mit einem Landschaftsmotiv an der Wand angebracht. Darunter befindet sich ein goldfarbener Beistelltisch mit einer leeren Blumenvase auf der Tischplatte. Wiederum daneben ist ein Aufzug untergebracht, der zu den Wohnbereichen im Hause führt.

Durch die linke, offen stehende Feuerschutztür blickt man auf ein barockes, tief dunkelbraunes Buffet aus Eiche (ehemals Kannenstock; 18 Jhd.). Entsprechend ist der Schrank liebevoll mit altem, weißgoldenem Porzellan und einer goldenen Vase mit drei rosafarbenen Rosen dekoriert. Links neben dem Buffet steht eine Grüntopfpflanze. Gegenüber der Fensterfront ist eine Sitzgruppe mit einem Dreisitzer, einem Zweisitzer und einem Sessel platziert. Bezogen ist die Sitzgruppe mit einem terrakottafarbenen Stoff aus Alcantara. In der Mitte steht ein ovaler Glastisch. Vor den Fenstern hängen weiße Fenstergardinen. Geht man an der Sitzgruppe und dem Buffetschrank vorbei, gelangt man in eine Kaffeestube, die mit entsprechendem Mobiliar ausgestattet ist. Sowohl die Küchenzeile mit einer vorhandenen professionellen Glaskuchentheke und die im Raum befindlichen Tische und Stühle sind aus Mahagoni. Die Stoffbezüge der Stühle und die Fenstervorhänge sind wieder in Terrakotta gehalten. An den Wänden hängt dezenter Wandschmuck, wie z.B. eine Kaffeeuhr und diverse Bilder mit Landschaftsmotiven in goldfarbenen Rahmen -, der alles in allem passend aufeinander abgestimmt ist.

Zurück im Foyer geht man nun durch die rechte Feuerschutztür in den Verwaltungsbereich, der sich zum Teil in dem angrenzenden Pavillon befindet. Direkt hinter der Tür gibt es eine geräumige Nische, die für die Verwaltung als Aufenthaltsbereich für Besucher dient. Hier stehen drei Armstuhllehner aus Buche mit beigemelierten Stoffbezügen und einem dazu passenden quadratischen Beistelltisch.

Die Wände und Decken sind wiederum weiß und ebenfalls mit Halogenleuchtmitteln ausgestattet. Der Bodenbelag schließt sich an das Foyer an. An der Wandseite neben der Sitzecke hängen in einem roten Rahmen das Leitbild der Einrichtung sowie eine Erläuterung zur notwendig gewordenen Sanierungsmaßnahme. Daneben hängen drei rechteckige Glasvitrinen mit unterschiedlichen Puppenstuben übereinander, die thematisch einen Einblick in die „gute Stube“ des Arbeiter- und Bürgertums der 1950er Jahre zeigen. Auch befinden sich drei Grüntopfpflanzen in der Nische. Nach Verlassen der Nische geht es rechts weiter in den Verwaltungsbereich, wo die Büros der Heimverwaltung, der Pflegedienstleitung und der Heimleitung zu finden sind. Ganz am Ende des Flures befindet sich halbrechts der Zugang zum Heimleitungsbüro.

Das Heimleitungsbüro

Der Heimleitung steht ein großer, heller Raum mit einem schwarzgraumelierten Veloursteppich zur Verfügung. Die Fensterfront befindet sich rechtsseitig zur Straße hin ausgerichtet. Davor steht eine rechteckige, metallgraue, pulverbeschichtete Schreibtischwinkelkombination, die seitlich zur Fensterfront ausgerichtet ist, sodass die Möglichkeit besteht, vom Schreibtisch aus in den Raum zu schauen. Auf dem Schreibtisch befinden sich ein PC-Monitor und ein Drucker sowie diverse Arbeitsmaterialien und ein bunter Sommerblumenstrauß in einer Glasvase. Rechts neben der Eingangstür steht ein großer Aktenschrank aus der gleichen Möbelsérie wie die Schreibtischwinkelkombination. Von der Eingangstür ausgehend linksseitig steht ein runder Besuchertisch mit sechs Stühlen - ebenfalls aus dem pulverbeschichteten Material, wie auch das restliche Mobiliar im Raum. Die Bestuhlung ist einheitlich in schwarzem Stoff gehalten. Dazu passend sind die Fenster mit weißen Fenstergardinen und grauweißgestreiften Vorhängen ausgestattet. Die Wände sind mit weißer Industrieraufaser tapeziert. Es hängen drei bunte, abstrakte Kunstbilder an der Wand. Hier im Heimleitungsbüro findet das Experteninterview statt. An das Expertengespräch schließt sich eine gemeinsame Begehung durch die Einrichtung an.

Die Wohnbereiche der Einrichtung

Im Altenpflegeheim „In der Kernstadt“ stehen für die vollstationäre Pflege insgesamt 112 anerkannte Plätze zur Verfügung. Nach Abschluss der Kernsanierung befinden sich alle Plätze ausnahmslos in Einzelzimmern. Die Einrichtung hält außerdem zehn gesonderte Kurzzeitpflegeplätze vor. Die Gewährleistung des gesamten Leistungsspektrums der Pflege und Betreuung erfolgt über vier Etagen mit je 28 Plätzen in vier Wohnbereichen und einem integrierten Tagesaufenthaltsbereich. Einen gesonderten Demenzbereich gibt es nach Auskunft der Heimleiterin nicht. Die Geschäftsleitung möchte so Aus- und Abgrenzungen bestimmter Klientelgruppen vermeiden.

Bei der Begehung der Einrichtung fällt auf, dass insgesamt sehr großzügige Raumflächen zur Verfügung stehen. Die einzelnen Etagen sind immer mit einem Wohn-/Essbereich mit angrenzendem Wintergarten und einer gesonderten Verteilerküche ausgestattet. Sie vermitteln einen hellen und von Tageslicht durchfluteten Eindruck. Dies wird durch die Wahl des Mobiliars noch unterstrichen. So sind beispielsweise die Essbereiche platziert wie in einem Restaurant - mit weißen Tischen und jeweils vier dazugehörigen Stühlen, die mit hellblauen Stoffbezügen überzogen sind.

Ebenso sind die Wintergärten ausgestattet, lediglich mit dem Unterschied, dass in diesen Bereichen Korbmöbel gewählt wurden. Thematisch wird hier der Schwerpunkt „Urlaub an der See“ verarbeitet. An den Wänden hängen Bilder von der Nord- und Ostsee sowie ein großer Anker. Die Tische sind mit ebenfalls passenden hellblauen Stofftischtüchern bedeckt und auf jedem Tisch befindet sich eine kleine Glasvase mit einer dekorativen Frischblume. Vereinzelt sind Grüntopfpflanzen zu sehen. Im Erdgeschoss besteht zusätzlich noch die Möglichkeit, vom Wohn-/Essbereich die Freifläche aufzusuchen.

In allen Wohnebenen stehen ausreichend zusätzliche Aufenthalts- und Therapieräume, Lagerräume, ein Pflegearbeitsraum und diverse Sauber- und Schmutzräume zur Verfügung. Die thematische Akzentuierung durch antike Möbelstücke zieht sich stringent durch die gesamte Einrichtung. Dies gilt im gleichen Maße für die Gestaltung der vorhandenen Nischenbereiche in den einzelnen Etagen sowie für die Ausgestaltung der Gesamtdécoration mit der thematischen Schwerpunktsetzung schichtspezifischer Milieugestaltung des Arbeiter- und Bürgertums.

Die Einrichtung möchte nach Auskunft der Heimleitung einen sogenannten „roten Themenpfad“ im Haus etablieren.

Die Flurbereiche sind aufgrund der vorhandenen Baustruktur sehr lang und sehr breitflächig. Dennoch wirken sie zum Teil nicht ausreichend ausgeleuchtet. Die Fußböden in allen Etagen sind mit einem feuerfesten, beigefarbenen und rutschfesten PVC ausgelegt. Die Türen und die Handläufe in den Flurebenen sind aus massiver Buche. Die Dienstzimmer grenzen auf den einzelnen Etagen an die Flurbereiche mit einer weißen Fensterfront aus Kunststoff an. Sie haben jeweils eine weißgraue pulverbeschichtete Büroausstattung mit einem PC-Arbeitsplatz.

Die Pflegezimmer verfügen alle über eine Grundausstattung mit einem elektrisch verstellbaren Pflegebett, einem Betttisch, einem Kleiderschrank sowie einem Tisch mit zwei Stühlen in Dekor Buche. Desweiteren gehören weiße Fenstergardinen dazu. Die Fußböden in den Pflegezimmern sind mit einem PVC-Belag in Buchenoptik ausgelegt. Die Zimmer haben bis auf wenige Ausnahmen fast identische Raumgrößen und erfüllen die Anforderungen an die gesetzlichen Raummindestgrößen für stationäre Altenhilfeeinrichtungen. Zur Grundausstattung der Zimmer gehört ebenso nach heutigen Standards ein angrenzendes barrierefreies Pflegebad, was jedes Einzelzimmer in der Einrichtung *“In der Kernstadt“* entsprechend vorhält.

Die Bäder sind mit einer stufenlosen Dusche, einer Toilette und einem Waschtisch in weißem Dekor mit jeweils seitlich angebrachten Haltegriffen zweckentsprechend ausgestattet.

Darüber hinaus verfügt jede Etage über ein barrierefreies Pflegebad mit einer Hubhebewanne. Weitere Funktionsräume wie einen Pflegearbeitsraum sowie Sauber- und Schmutzräume sind ebenfalls in den einzelnen Etagen vorhanden. Zusätzlich gibt es auf jeder Etage mindestens einen Wohnaufenthaltsbereich, ein Dienstzimmer für das Pflegepersonal, einen weiteren Aufenthaltsraum und eine Küche zur Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiteneinnahme als sogenannte Verteilerküche, da die Einrichtung das Essen von einem trägerzugehörigen Krankenhaus angeliefert bekommt.

Die Außenanlage der Einrichtung

Es wurde bereits deutlich, dass die Einrichtung über eine großzügig angelegte Parkanlage verfügt, die Bewohnern, Angehörigen und Gästen des Hauses ausreichend Gelegenheit bietet, vor oder hinter dem Haus auf einer der vielen Freiflächen Platz zu nehmen oder bei einem Spaziergang die rollstuhlgerechten Wege um die Einrichtung herum kennenzulernen und dabei zu entspannen. Alle Freiflächen sind mit rotgrauem Verbundstein gepflastert und laden mit den jeweils vorhandenen gemütlichen Sitzecken zum Verweilen ein. Die Gartenmöbelsets sind aus eisengrauem Aluminium und werden durch graue Sonnenschirme ergänzt. Am Besuchstag waren keine Auflagen zu sehen.

Der Tagesaufenthalt im Untergeschoss

Der ehemalige Speisesaal der Einrichtung „In der Kernstadt“ wurde im Zuge der Modernisierungsmaßnahme einer anderen Nutzung zugeführt. Hier im Untergeschoss befindet sich jetzt ein äußerst großzügiger Aufenthaltsbereich mit mehreren Räumen. So kommt man als erstes in einen hellen, großen Raum mit einer linken und rechten Fensterfront, die sehr viel Tageslicht spenden. Im Raum verteilt stehen runde Tische mit jeweils vier terrakottafarbenen bezogenen Stühlen und frischen Blumen auf den Tischplatten. Der Bereich bietet so viel Raum an, dass durch ein großes Aquarium als Raumteiler noch ein großzügiger Wohnzimmerbereich abgegrenzt werden konnte. Hier steht nunmehr eine Sitzgruppe, bestehend aus einem Dreisitzer, drei Sesseln aus dunkler Eiche und terrakottafarbenen Stoffbezügen sowie einem zur Garnitur passenden Beistelltisch und ein dunkelbraunes Buffet mit einer dazu passenden Stehlampe mit einem cremefarbenen Lampenschirm. An einer anderen Wandseite hat man eine Küchenzeile mit einer ovalen Tischgruppe mit zwölf Stühlen platziert, die ebenfalls der gleichen Möbelserie entstammt wie die restliche Einrichtung. Der Fußboden ist mit einem weiß-grau - melierten rutsch- und feuerfesten PVC ausgelegt. Die Wände sind weiß gestrichen und die Fenster haben terrakotta-weiß-graue Vorhänge. Die Türen sind aus Buche Dekor. An den Raum grenzt ein weiterer Raum mit identischem Mobiliar an, der in etwa die Hälfte der Größe des ersten Raumes misst.

In einem weiteren angrenzenden Raum stehen zwölf elektrische Ruhesessel mit gleicher Polsterung zur Verfügung. Zudem gibt es in diesem Bereich einen besonderen Therapieraum. Dieser nennt sich „Snoezelenraum“ und verfolgt die Zielsetzung, die Sinne der Bewohner anzuregen. Der Raum ist nicht besonders groß, hat keine Fenster und ist für einzeltherapeutische Interventionen vorgesehen. Er ist schneeweiß gestrichen und hat einen beigefarbenen PVC-Bodenbelag, ein Wasserbett auf der rechten Seite, einen Lichtschlauch, eine Spiegelwand und einige schwarze und weiße Kissen. Auf der rechten Seite befinden sich zwei weiße Plastiksessel. Ein Beamer ist unter der Decke installiert und projiziert optische Reize, wie z.B. einen Wasserfall oder Delfine an die Wand.

Im Tagesaufenthalt des Hauses sind zudem ein gesondertes Pflegebad, WC Anlagen sowie Lagerräume vorhanden.

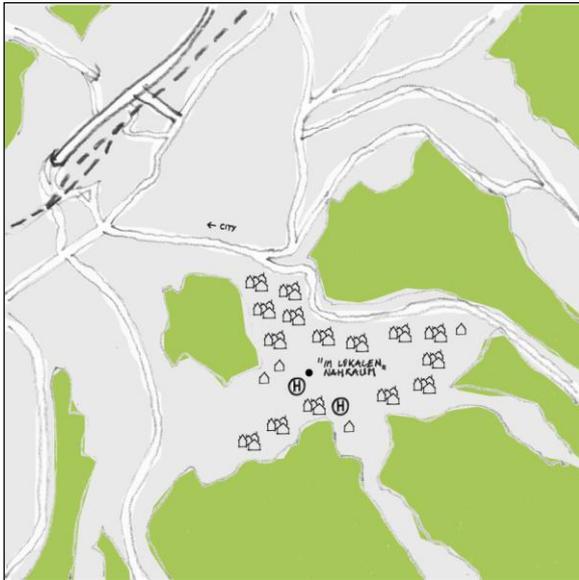
6.1.6 Portrait „Im lokalen Nahraum“

Nahe dem Stadtzentrum in einem für die Region typischen Wohngebiet, das geprägt ist durch genossenschaftlich verwaltete Mehrfamilienhäuser aus den 1960er Jahren mit unverwechselbaren Fassaden aus Schiefer und weißem Putz, befindet sich auf einer ehemaligen Freifläche einer lang gezogenen, belebten Durchgangsstraße ein herausragender Gebäudekomplex mit zwei hintereinander angeordneten Raumkörpern mit jeweils vier Etagen.



Zeichnung Nr. 7: Pflegeeinrichtung „Im lokalen Nahraum“ (Afflerbach, D'Arrigo, 2010)

Die Lage der Einrichtung



**Abbildung 20: Lageskizze der Einrichtung
„Im lokalen Nahraum“ (Afflerbach, D’Arrigo, 2010)**

Es handelt sich um das Altenpflegeheim, das an einem spätsommerlichen Septembermorgen an seinem neuen Standort aufgesucht wird. In der Straße stehen mehrheitlich Mietwohnungen zur Verfügung. Einfamilienhäuser sind eher selten vorzufinden.

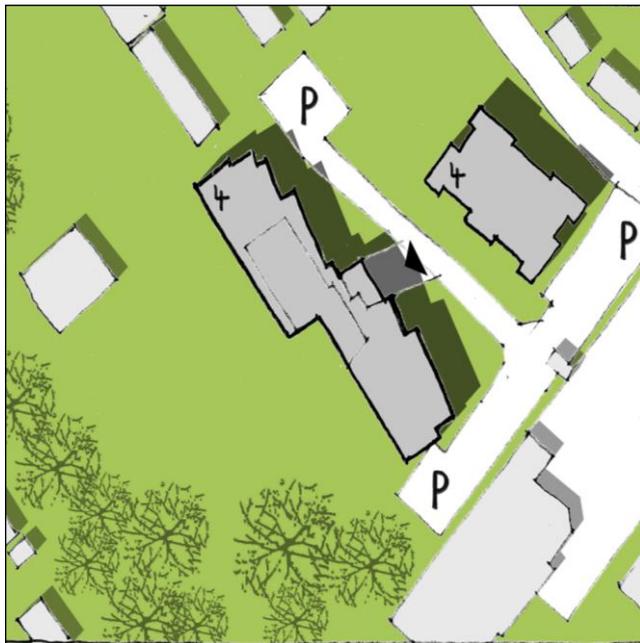
Das Wohngebiet gilt in der Bevölkerung der Untersuchungsregion als nicht bevorzugte Wohnlage. In den letzten Jahren hat die Wohnungsbaugenossenschaft als Eigentümer der Wohnhäuser in der Straße gemeinsam mit

der Stadtverwaltung das Wohnquartier einer umfassenden Stadtteilsanierung zugeführt. Zwei bekannte Discounterketten haben sich mittlerweile in unmittelbarer Nachbarschaft zu dem neu angesiedelten Altenpflegeheim mit jeweils einer Filiale niedergelassen. Die vorhandenen Mehrfamilienhäuser wurden aufwändig renoviert, sodass es heute kaum noch leer stehende Wohnungen in der Straße gibt. Eine gute Verkehrsanbindung in die Stadtmitte ist gewährleistet. Unmittelbar vor der Liegenschaft des Altenpflegeheimes befinden sich zwei Bushaltestellen. Das hier befindliche Altenpflegeheim war über Jahrzehnte abseits des Stadtkerns an einem für eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe unvorteilhaften Standort in Hanglage untergebracht. Das dort gelegene Gebäude war baufällig und hätte grundständig saniert werden müssen. So hat sich der Trägerverein der Einrichtung nach Klärung der Finanzierung des Ersatzneubaus für einen alternativen Standort entschieden.

Die äußere Gebäudestruktur

Das hier seit kurzer Zeit ansässige Altenpflegeheim besticht durch eine harmonisch wirkende Farbgebung bei der Gestaltung der Außenfassade. So erstrahlt der gesamte Gebäudekomplex mit zwei hintereinander versetzten Gebäudeteilen in einer erdverbundenen Farbgebung bestehend aus Mango und Terrakotta.

Der Baukörper hat vier Etagen mit vorwiegend weißen bodentiefen Kunststofffenstern. Jede Etage verfügt über einen Balkonbereich mit Rohrstahlgeländer und Sicht zur Straßenseite. Der Gebäudekomplex schließt mit einer Flachdachbauweise ab. Vor beiden Gebäudeteilen befinden sich zahlreiche Parkplätze, die eingebettet sind in eine begrünte Außenanlage mit angepflanzten Bäumen und Sträuchern. Vereinzelt stehen vor den Eingangsbereichen der beiden Gebäude Holzstanzbänke, die zum Verweilen einladen.



Das direkt an die Straße angrenzende kleine Gebäude ist ein zum Träger zugehöriges Betreutes Wohnen mit Einzel- und Doppelappartements, die mit unterschiedlichen Servicepaketen angemietet werden können.

Das gesamte Areal wirkt aufgelockert und barrierefrei gestaltet. Die Architektur des Gebäudekomplexes wirkt nicht unmittelbar wie eine öffentliche Einrichtung, sondern vermittelt zunächst den Eindruck eines

Abbildung 21: Draufsicht der Pflegeeinrichtung „Im lokalen Nahraum“ (Afflerbach, D'Arrigo, 2010)

modernen Wohnensembles für jedermann inmitten eines aufgefrischten Wohnviertels mit einer vorwiegend durch die 1970er Jahre geprägten Bausubstanz.

Die innere Gebäudestruktur

Der Zugangsweg von den Parkplätzen zum Haupteingang der stationären Pflegeeinrichtung ist nur durch einen unauffälligen Pfeil als Wegweiser gekennzeichnet. Noch vor der Haupteingangstür befindet sich eine großzügig gehaltene Terrasse mit mehreren Tischen und Stuhlgruppen für Bewohner und Gäste des Hauses.

Das Foyer

Durch eine sich automatisch öffnende Glasschiebetür gelangt man unmittelbar in eine tageslichtdurchflutete Eingangshalle, die, wie man auf den ersten Blick sofort erkennen kann, multifunktionell aufgeteilt ist.

Klar erkennbar ist zunächst ein Flurbereich, der linksseitig in den Verwaltungs-, Therapie- und Küchenbereich der Einrichtung führt und rechtsseitig den Weg zu den Aufzügen und den im Erdgeschoss befindlichen Wohnbereichen weist.

Der Flur ist zur Südseite hin durch mehrere Grünpflanzen optisch abgetrennt. Dahinter befindet sich ein multifunktional genutzter Bereich - bestehend aus Restaurant, Cafe, Bistro - mit einer integrierten Bedientheke, Bibliothek und Veranstaltungshalle mit Öffnung zu einem Außenbereich.

Das ansprechende Raumkonzept wird durch eine für ein Altenpflegeheim untypische Möblierung ergänzt. Das gesamte Mobiliar ist in Buche gehalten. Im Raum sind unterschiedlich große rechteckige, ovale und runde Tische großzügig angeordnet, sodass ausreichend Platz für Rollstuhlfahrer und Personen mit Gehwagen vorhanden ist. Bei den Stühlen handelt es sich um Hochlehner mit abwaschbaren Stoffbezügen, die sich durch ihre Stoffstruktur sehr harmonisch in den Raum einfügen. Das gewählte Schiffsplankenparkett auf dem Fußboden rundet die Wohnlichkeit gemeinsam mit einer verglasten Bücherregalwand und einem davor stehenden schwarzen Flügel ab. Die Wände sind mit weißer Industrieraufaser tapeziert. In die Decke sind runde Halogenlampen eingelassen. An den Wänden finden sich vereinzelt Wandbilder. Die Eingangshalle verfügt über viele Grünpflanzen, die das Raumerleben ebenfalls auflockern.

Die Tische sind einheitlich mit weißem Porzellan und gelben Textilservietten zur Mittagszeit eingedeckt. Zusätzlich befindet sich auf jedem Tisch eine weiße Vase mit drei Rosen in unterschiedlichen Farben und einer Sonnenblume zur Dekoration.

Das Heimleitungsbüro

Das Heimleitungsbüro ist ein etwa 15 bis 18 Quadratmeter großer Raum mit einer bodentiefen Fensterfront zur Parkplatzseite, an der sich keine Gardinen befinden. Der Raum ist durch den äußeren Lichteinfall hell. Im Zimmer steht rechts eine Schreibtischwinkelkombination in Dekor Buche. Auf der Arbeitsplatte stehen ein PC, einige Aktenordner und mehrere Unterschriftenmappen. Der Schreibtisch ist mit Blick in den Raum ausgerichtet und wirkt insgesamt aufgeräumt. Ein dunkelgrüner Ledersessel ist der Platz des Heimleiters. An der Fensterseite befindet sich ein passender Rollcontainer, auf dem eine Bonsaibaumgruppe steht. Die Wände sind mit Industrieraufaser versehen und in dezentem Mintgrün gestrichen. Rechts neben der Eingangstür befindet sich ein ebenfalls in Buche Dekor gehaltener zweitüriger Aktenschrank. Gegenüber der Schreibtischwinkelkombination steht ein ovaler Tisch mit sechs Stühlen passend zum restlichen Mobiliar im Raum. Der Tisch ist für unser Gespräch bereits mit Tassen, Gebäck und einer Sonnenblume eingedeckt. Der Fußboden ist mit schwarzmelierten Teppich ausgelegt. An der linken und rechten Wandseite des Raumes hängen farbenfrohe, großflächige Bilder ohne ein bestimmtes Motiv.

Die Wohnbereiche der Einrichtung

Entsprechend der 4. Pflegeheimgeneration (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt 3.1) erfolgt nach Auskunft des Heimleiters Herrn Meyer die Pflege- und Betreuungsarbeit im vollstationären Pflegebereich der Einrichtung konsequent in mehreren überschaubaren Wohngemeinschaften, die sich über vier Etagen der Einrichtung verteilen. Insgesamt gibt es in der vollstationären Pflegeeinrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ sieben Wohngemeinschaften mit je zwölf Einzelzimmern.

Insgesamt verfügt das Altenpflegeheim über eine Kapazität von 84 Plätzen. Wie bereits erwähnt, betreibt der Träger der Einrichtung auf dem vorhandenen Gelände zusätzlich ein Betreutes Wohnen mit 24 Wohneinheiten. Arbeitsorganisatorisch gehören die Wohnungen jedoch nicht zum vollstationären Arbeitsbereich der Einrichtung.

Bei der Belegung der Pflegeplätze gibt es keine Einschränkung für bestimmte Pflegestufen. Einen besonderen Pflegeschwerpunkt gibt es in der Einrichtung nicht. Es existiert zudem kein spezieller Demenzbereich, obgleich der Heimleiter einen besonderen Bedarf für diese Zielgruppe sieht.

Ein Blick in die Wohngemeinschaften zeigt, dass architektonisch mit viel Mühe die 4. Generation im Haus umgesetzt wurde. So kommt man aus dem Flurbereich automatisch in den belebten Wohn-/Ess- und Aufenthaltsbereich einer Wohngemeinschaft, in der zwölf pflegebedürftige Personen zusammen leben. Da die Wohngemeinschaften alle baugleich gestaltet wurden und auch die Einrichtung absolut identisch ist, erfolgt nachfolgend nur die Beschreibung einer Wohngemeinschaft als Beispiel für die gesamte Einrichtung.

Zentraler Mittelpunkt der Haus- und Wohngemeinschaften der 4. Generation ist der Wohn-/Ess- und Aufenthaltsbereich. Angenehm hell ist eine Tischgruppe für zwölf Personen raffiniert über eine Eckwinkelkombination unmittelbar vor dem Zugang zur Freisitzfläche der Wohngemeinschaft im Erdgeschoss angeordnet. Links neben dem Tisch befindet sich zentriert im Raum eine freistehende Kochmulde auf einem Stempel mit einem Induktionsfeld und einer Dunstabzugshaube. Die freistehende Kochmulde gehört zur Grundkonzeption der 4. Generation. Um die Kochmulde herum ist eine Einbauküche mit allen erforderlichen Geräten vorhanden. Hinter dem Küchenbereich befindet sich das Dienstzimmer. Zu sehen ist eine Glasscheibe und eine Eingangstür, die verschlossen ist. Es ist Mittagszeit, einige Bewohner sitzen bereits auf ihren Plätzen am Tisch und warten auf das Essen. Ein Wärmewagen wird in die Küche gefahren und zwei Mitarbeiter des Bereiches tragen nun für die zwölf Bewohner individuell das Essen auf.

Wie im Eingangsbereich ist auch das ausgewählte Mobiliar in den Wohngemeinschaften aus Buche Dekor. Der Bodenbelag ist ein in Parkettoptik gehaltener PVC-Boden. Die Fenster im offenen Bereich haben keine Gardinen, verfügen aber über hochwertige und schwere, rote Vorhänge. Einige Grünpflanzen zieren die Wohngemeinschaft.

Neben dem Ausgang zur Freifläche steht ein Ohrensessel, der mit rot-schwarzgestreiftem Textilstoff bezogen ist. Links daneben steht eine neue Stehlampe in antiker Optik. Rechts neben dem Sessel an der Wandseite hängen abstrakte, farbige Bilder und eine Korktafel, die als Veranstaltungskalender für die Bewohner gedacht ist.

Der Gemeinschaftstisch ist stilsicher eingedeckt. Jeder Tischplatz ist mit einem Platzset in rot ausgestattet. Es ist vollständig für das bevorstehende Mittagessen eingedeckt. Dazu gehört auch die textile Tischserviette für die zwölf Bewohner. Getränke stehen auf dem Tisch. Zwei rote Blumenvasen mit je einer Rose schmücken den Gemeinschaftstisch.

Geht man den Flur der Wohngemeinschaft weiter entlang, passiert man die Zimmer der Bewohner. Die Wände sind mit Industrieraufaser tapeziert und ocker gestrichen. An den Wänden hängen rot eingerahmte Blumenbilder ohne thematische Schwerpunkte. Der Fußbodenbelag ist ein strapazierfähiger terrakottafarbener PVC-Boden. Die Decke des Flurs ist weiß. Der Flurbereich wirkt schlauchförmig und hat keinen Tageslichteinfall, da kein Fenster vorhanden ist. Dadurch wirkt der Flur trotz der Deckenfluter sehr dunkel. Es gibt eine kleine Flurnische, in der zwei Stühle stehen. Links und rechts an den Wänden sind Handläufe zum Festhalten für die Bewohner angebracht.

Neben den Zimmertüren sind Zimmernummern und Namensschilder für die Bewohner angebracht. Ein zu jedem Zimmer gehörender Briefkasten ist nicht vorhanden. Nach Auskunft von Herrn Jacobs wird in der Einrichtung größten Wert darauf gelegt, dass die Bewohner die Einzelräume gemeinsam mit ihren Angehörigen möglichst individuell ausstatten und gestalten. Zur Grundausstattung der Pflegezimmer gehört immer ein elektrisch verstellbares Pflegebett, ein Betttisch, ein Kleiderschrank sowie ein Tisch mit zwei Stühlen in Buche sowie ein Ruhesessel. Desweiteren gehören auch Fenstergardinen und rote Vorhänge zum Inventar. Die Fußböden in den Pflegezimmern sind mit einem PVC-Belag in Parkettoptik ausgelegt. Die Zimmer haben unterschiedliche Raumgrößen, jedoch unterschreiten diese nicht die für Pflegeeinrichtungen gesetzlich vorgeschriebenen Raummindestgrößen für Einzelzimmer. Weiterhin gehört zur Grundausstattung der Zimmer jeweils ein angrenzendes barrierefreies Pflegebad. Die Pflegebäder sind mit einer stufenlosen Dusche, einer Toilette und einem Waschtisch mit jeweils seitlich angebrachten Haltegriffen zweckentsprechend ausgestattet. Die Fliesen sind weiß und das Badmobiliar ist aus Buche Dekor.

Zu jeder Wohngemeinschaft gehört ein weiteres barrierefreies Pflegebad mit einer Hubhebwanne. Weitere Funktionsräume wie ein Pflegearbeitsraum sowie Sauber- und Schmutzräume sind ebenfalls in den einzelnen Etagen zu finden. Zusätzlich gibt es auf jeder Etage einen gesonderten Waschraum für die Wäsche. Hier befindet sich eine Waschmaschine und links und rechts im Raum sind Regale für die Bewohnerwäsche angebracht, die - wie es die Konzeption der 4. Generation vorsieht - auch selbst durch die Bewohner oder durch das Personal der Wohngemeinschaft gewaschen wird.

Der Tagesablauf in den Wohngemeinschaften richtet sich insbesondere nach den hauswirtschaftlichen und soziotherapeutischen Aktivitäten, die jeweils für jede einzelne Wohngemeinschaft vorgeplant werden.

Eine besondere Milieuorientierung für Demenzkranke ist in keiner Wohngemeinschaft umgesetzt.

Die Außenanlage der Einrichtung

Wie bereits beschrieben ist das gesamte Areal eingebettet in Grünflächen und offenbart viele unterschiedliche Möglichkeiten, sich im Außenbereich aufzuhalten. Jede Wohngemeinschaft verfügt über eine Freifläche mit Sitzgelegenheiten zum Ausruhen und Entspannen. Dies gilt auch für die oberen Etagen, in denen sich dann ein entsprechend größerer Balkonbereich an den Wohn-/Ess- und Aufenthaltsbereich in den Wohngemeinschaften angegliedert.

Darüber hinaus befindet sich auf der Südseite der Eingangshalle eine noch nicht fertig gestellte großzügig angelegte Freifläche, die in Zukunft als Erlebnisgarten mit Teichanlage, Rundlauf, Hochbeeten, Grillecke und Garten von allen Bewohnern und Gästen des Hauses genutzt werden soll. Die Fertigstellung ist für das kommende Jahr 2011 vorgesehen.

6.2 Monografische Einsichten in die Expertengespräche

Dieser Unterabschnitt vermittelt einen vertieften Einblick in die angefertigten Monografien auf der Grundlage der Experteninterviews.

6.2.1 Monografie „Herr Meyer“

Zur Person von Herrn Meyer

Herr Meyer ist Ende 50 und seit 14 Jahren Heimleiter der Einrichtung „*In der Zwischenstadt*“. Am Tag des Besuches der Autorin trägt Herr Meyer eine braune Jeanshose und ein weiß–gelb-braun gestreiftes, kurzärmeliges Hemd. Seine Lesebrille trägt er an einer Kette bei sich. Seine berufliche Prägung hat der gelernte Krankenpfleger bei einem traditionell bundesweit tätigen kirchlichen Träger der freien Wohlfahrtspflege erfahren. Dort hat er während seiner beruflichen Tätigkeit als Krankenpfleger in einer Behinderteneinrichtung in NRW berufsbegleitend eine Ausbildung zum Diakon absolviert.

„Ich bin von der Fachlichkeit Krankenpfleger, habe eine Diakonenausbildung gemacht, eine Heimleiterfortbildung trägerintern mitmachen können und habe zunächst als Wohnbereichsleiter in einer Anfallsklinik gearbeitet. Dann war ich Pflegedienstleiter in einem Wohnstift des gleichen Trägers. Dann war ich Heimleiter in einem anderen Altenheim und bin dann nach hier gekommen (216-229).“

Baugeschichte der Einrichtung

Die Anfänge als Altenheim

Die Einrichtung blickt auf eine lange Tradition in der Stadt zurück. Das heute bestehende Pflegeheim „*In der Zwischenstadt*“ ist die drittälteste stationäre Pflegeeinrichtung der Untersuchungsstadt in regionaler Trägerschaft eines kirchlich geprägten Wohlfahrtsverbandes.

„Das Heim hat eine lange Baugeschichte hinter sich. Das alte Haus ist ja schon 1958 am Sonnenweg entstanden. Jetzt haben wir herausgefunden, dass schon 1957 einige Bewohner in dem Haus gewohnt haben. Wir möchten Jubiläum feiern und müssen uns jetzt auf ein Datum einigen. Ob wir sagen 2007 50 Jahre alt, oder 2008, haben wir noch vor uns (46-53).“

Erweiterung um einen Pflegebereich

Bis Mitte der 1960er Jahre stand die Einrichtung der Bevölkerung ausschließlich als Altenheim zur Verfügung. Dies sollte sich in der Folge ändern. Wie Herr Meyer ausführt, wurde das Altenheim etwa Mitte der 1960er Jahre um einen Pflegebereich erweitert, der gezielt schwerstkranke und pflegebedürftige Menschen aufnehmen sollte.

„Das alte Haus oben am Sonnenweg ist ja auch mehrfach umgebaut worden. Es waren dort früher ausschließlich Mehrbettzimmer. Und später wurde das Haus umgebaut mit Einzelzimmern, bei denen jedes Zimmer eine Toilette, Dusche nachher hatte. Dann wurde ein spezieller Pflegebereich angebaut, das war so Mitte bis Ende der 1960er Jahre. Und dieser war im Verhältnis, so wie ich es empfunden habe, sehr krankenhausesmäßig gebaut. Es gab wenig Privatsphäre in den Doppelzimmern (54-68).“

Seit der Erweiterung um diesen Pflegebereich verfügt die Einrichtung über eine Zulassung als Altenpflegeheim nach dem Heimgesetz.

Der Ersatzneubau

Durch die im Laufe der Jahrzehnte ständig gestiegenen Anforderungen an einen Heimbetrieb der stationären Altenhilfe, nicht zuletzt auch bedingt durch die Einführung der „Sozialen Pflegeversicherung“ für den stationären Pflegebereich im Jahr 1996, hat sich der Trägerverein schließlich für einen Neubau ausgesprochen. Dieser Beschluss wurde dann mit dem Bau eines neuen Altenpflegeheims ab dem Jahr 2000 in die Tat umgesetzt.

„Im Laufe der Zeit bekamen wir Probleme, dass wir zwar gemütliche Einzelzimmer hatten, aber in diesem Bereich nicht komplett alle Pflegestufen versorgen konnten. Wir brauchten Platz für Lifter usw.. Die Duschen waren nicht ebenerdig. Es gab vieles, was nicht dem tatsächlichen Stand der Dinge entsprach.“

Und da hat der Träger entschieden, ein neues Haus auf dem bestehenden Gelände zu bauen (59-68). Mit 78 Plätzen als Ersatz für das alte Haus. Zunächst wurde der Pflegebereich abgerissen, um Platz zu schaffen für dieses Gebäude hier. Damit wurde Ende 2000 begonnen. 2001 war die Grundsteinlegung und 2002 konnten wir in dieses neue Gebäude mit 78 Plätzen - davon 66 Einzelzimmer und sechs Doppelzimmer -umziehen (68-75).“

Die Baugeschichte der Einrichtung ist Herrn Meyer besonders wichtig, daher möchte er nochmals den Faden dazu aufgreifen. So führt er dazu weiter aus:

„Wir sind über die Bauphase Haus Sonnenweg nicht hinweggekommen. Das alte Haus im Bürgerweg, das stand dann leer. Sollte erst anderen Zwecken zugeführt werden, aber das war nicht möglich. Der Träger hat dann noch einmal mit der Kreisverwaltung konferiert, sodass das Ergebnis hieß, wir dürfen das alte Haus wieder mit Leben erwecken (296-307). Dann ab August letzten Jahres haben wir das Haus mit 39 Plätzen wiedereröffnet. Das Haus wurde ausgekernt und behindertengerecht umgebaut. Ja, so ist dann das Haus insgesamt gewachsen, von 78 Plätzen haben wir jetzt 117 Plätze. Davon 105 Einzelzimmer und zwölf Doppelzimmer (313-317).“

Nutzung vollstationäre Pflege

Durch den Ersatzneubau und die umfangreiche Sanierung des alten Gebäudes in der Bürgerstraße ist die gesamte Einrichtung nunmehr mit der verfügbaren Platzkapazität ohne Einschränkung durch das Heimgesetz als Altenpflegeheim zugelassen und verfügt somit auch über einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zur Erbringung vollstationärer Pflegeleistungen. Heimplätze gibt es nicht mehr, wie Herr Meyer beschreibt.

„In dem Sinne wie früher, nicht mehr. Nein. Die Zimmer sind so, dass man sie sehr gemütlich machen kann, mit eigener Möblierung usw.. Andererseits kann man dort aber auch jede Pflegeverrichtung gewährleisten, auch bei den Schwerstpflegebedürftigen (76-82).“

Bewohnerstruktur

Im Verlauf der Interviews beschreibt der Heimleiter an verschiedenen Stellen die Bewohnerstruktur der Einrichtung. So hat Herr Meyer auch in seinen Ausführungen zur Baugeschichte bereits mehrfach die Klientel der Einrichtung angesprochen: *„Schwerstpflegebedürftige, bei denen jegliche Pflegeverrichtung von der Einrichtung gewährleistet werden kann (76-82).“* Diese Zielgruppe beinhaltet pflegebedürftige, alte Menschen mit multimorbiden Erkrankungen, die Pflegeleistungen nach § 28 SGB XI (vgl. Anhang) benötigen. Die Pflegeeinrichtung versorgt darüber hinaus einen großen Anteil von Menschen, die eine primäre oder auch sekundäre Demenzerkrankung (vgl. *Kapitel 2*) aufweisen. Herr Meyer erklärt die Situation so:

„Wir sind jetzt dabei ein Konzept zu schreiben für diese Arbeit, weil eben die Anzahl der gerontopsychiatrischen Menschen sich doch verändert hat. Die Anzahl hat sich verändert, nämlich vermehrt, sodass wir noch gezielter darauf eingehen müssen. Wie das nun aussehen wird, was dabei heraus kommen wird, das wissen wir noch nicht ganz genau (167-171). Wir müssen uns spezialisieren, weil die Gruppe eben größer wird (174-176).“

Konzeptionelle inhaltliche Ausrichtung

Ich möchte von Herrn Meyer wissen, ob sich nach der Neubaumaßnahme und dem Umzug im Jahr 2002 auch konzeptionell inhaltlich etwas verändert hat.

„Es ist so, dass wir anders als vorher jedem Wohnbereich eine gewisse Selbständigkeit geben konnten, durch den Essbereich der im Wohnbereich ist, so dass Bewohner, die auch vorher nicht gemeinsam am Essen teilnehmen konnten, jetzt leicht die Gelegenheit haben. Es gibt wenige, sehr wenige, die keine Mahlzeit am Tag in Gemeinschaft einnehmen können. Wir legen Wert darauf, dass die Gemeinschaft gepflegt wird. Die persönlichen Kontakte gepflegt werden (106-119). In Bezug auf die gerontopsychiatrisch veränderten Bewohner haben wir jetzt die Möglichkeit, ihnen einen gesicherten kleinen Rahmen zu schaffen. Sie können sich

also freier bewegen als vorher. Weil der Rahmen eben optisch dann auch abgegrenzter ist (120-130).“

Der Verfasserin war nicht deutlich, ob mit der Beschreibung „*optisch abgegrenzter Rahmen*“ ein vielleicht geschlossener Bereich gemeint war. Daher folgt die Frage nach einem beschützten oder geschlossenen Wohnbereich für Demenzkranke. Herr Meyer erklärt daraufhin mit einem Lächeln im Gesicht: *„Wir leben noch integrativ.“* Somit wird deutlich, dass es sich um einen offenen Bereich handelt. Nach der Bauphase gab es also zunächst lediglich eine Veränderung in der Aufteilung der Wohnbereiche. Für die Demenzkranken in der Einrichtung gibt es demnach einen - wie Herr Meyer ausdrückt - *„gesicherten kleinen Rahmen, der dann optisch auch abgegrenzter ist“*. Für diesen Bereich gab es zum Zeitpunkt des Interviews keine konzeptionellen Aussagen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Arbeit in diesem Bereich. *„Soweit sind wir noch nicht ganz (261-272).“* Dies trifft auch für das bestehende Einrichtungskonzept zu, denn auch darin findet sich keine inhaltlich konzeptionelle Aussage zur Demenzarbeit im Pflegeheim.

Pflegetheoretische Grundlage

Die pflegfachliche Arbeit der Einrichtung bezieht sich auf die nach der Einführung der Pflegeversicherung von den meisten Pflegeeinrichtungen in Deutschland umgesetzte und favorisierte Pflegemodellgrundlage der „Fördernden Prozesspflege“ von Prof. Krohwinkel (vgl. Krohwinkel, 2007).

Herr Meyer berichtet dazu: *„Ja, man kann es auch nachlesen, nach unserem Pflegekonzept versuchen wir nach Krohwinkel zu arbeiten. Lassen uns dort bereichern und anregen, ja.“* Auf Nachfrage nach dem Warum, antwortet Herr Meyer: *„Ja, im Grunde hat sich das so im Laufe der Jahre entwickelt, dass wir gesagt haben, das ist ein Modell, wonach wir arbeiten können. Einmal ist es ja so, dass die verschiedenen Bereiche des Lebens beschrieben werden und wir entsprechend darauf auch pflegerisch und betreuerisch reagieren können.“*

Dann ist es, so dass wir mehr und mehr darauf hinzielen Dinge, Abläufe, Prozesse auch rund um den Bewohner zu beschreiben und uns da eine gewisse Sicherheit zu schaffen, einmal was das tatsächliche Pflegeergebnis angeht. Dann aber auch was die Anleitung und die Begleitung von Mitarbeitern angeht (177-191).“

Exkurs zum Pflegekonzept von Monika Krohwinkel

Das evidenzbasierte Pflegekonzept von Krohwinkel (ebenda) hat in Deutschland spätestens mit der Einführung der Pflegeversicherung ab 1994 im Segment der ambulanten Pflege und ab 1996 schließlich auch in den Segmenten der teilstationären und stationären Altenpflege Schritt für Schritt zu einem grundlegenden Paradigmenwechsel in der deutschen Pflegelandschaft beigetragen, der sich dadurch begründet, dass Pflege und Betreuung nicht nur Defizite berücksichtigen, sondern vielmehr die noch vorhandenen Fähigkeiten in den einzelnen Lebensaktivitäten und die damit einhergehenden existenziellen Erfahrungen von pflegebedürftigen Personen identifizieren, um die Unabhängigkeit, die Autonomie und das individuelle Wohlbefinden größtmöglich zu fördern und durch gezielte Interventionen zu unterstützen. Die professionelle Umsetzung des anspruchsvollen Pflegekonzeptes von Krohwinkel bereitet im Alltag der Akteure im Handlungsfeld der Altenhilfe noch immer große Probleme.

Sozialer Dienst/Begleitender Dienst der Einrichtung

In NRW findet man flächendeckend in jedem stationären Altenhilfezentrum einen sogenannten „Sozialen Dienst“ oder auch „Begleitenden Dienst“. Im Heim von Herrn Meyer stellt sich die Situation der sozialen Betreuung so dar:

„Sozialbetreuerisch durch Fachpersonen. Wir haben eine Gruppe von vier Personen in dem gruppenübergreifenden betreuenden Dienst. Das sind Teilzeitkräfte, die bieten dann auch speziell für diese Bewohner Angebote an (137-148).“

In der Einrichtung arbeiten Sozialpädagogen und Ergotherapeuten mit jeweils einer halben Stelle. Insgesamt verfügt die Einrichtung über zwei Vollzeitstellen im Sozialen Dienst bei 117 Bewohnern - *„Können wir uns zum Glück (kurzes Auflachen) im Augenblick noch leisten (kurzes Auflachen) (153-166).“*

Sozialbetreuerische und/oder pflegerische Angebote

Pflegebedürftigen Menschen in stationären Altenpflegeheimen sollen zielgerichtete sozialbetreuerische und pflegerische Maßnahmen angeboten werden.

„Entweder im Wohnbereich oder außerhalb des Wohnbereichs, Gedächtnistraining, Spiele und Singen (138-146). Zentrale Angebote hier unten im Raum oder drüben in der Bibliothek. Die haben aber nicht den Charakter einer internen Tagespflege oder internen Tagesgruppe, sondern das sind Einzelangebote (Zeilen 131-136).“

Herr Meyer konkretisiert diesen Bereich nicht weiter. Eine feste Zuständigkeit der Mitarbeiter des Sozialen Dienstes zu den einzelnen Wohnbereichen ist nicht zu erkennen. Die Sozialpädagogen und Ergotherapeuten arbeiten nach dem Prinzip einer gewissen „Gehstruktur“. Ansonsten finden Veranstaltungen überwiegend außerhalb der Wohnbereiche statt. Dazu steht in der Einrichtung ein großer Multifunktionsraum zur Verfügung, den Herr Meyer während der Besichtigung der Einrichtung nicht ganz ohne Stolz mit dem Hinweis gezeigt hat, dass hier die meisten Veranstaltungen des Sozialen Dienstes stattfinden.

Versorgung demenzkranker Menschen in der Einrichtung

Zur Versorgungssituation demenzkranker Menschen im Haus von Herrn Meyer äußert sich dieser nur kurz, dass sie nunmehr in der Einrichtung nach der Umbauphase eine gewisse Struktur für Demenzkranke geschaffen hätten. *„Wir müssen uns spezialisieren, weil die Gruppe eben größer wird (172-176). Wir sind jetzt dabei ein Konzept zu schreiben, für diese Arbeit... wie das nun aussehen wird, das wissen wir noch nicht so ganz genau (167-171).“*

Offenbar gibt es noch eine große Verunsicherung, wie man in der Einrichtung mit Demenzkranken arbeiten soll. Auch nach mehrmaligem Nachfragen im Verlauf des Interviews zur Anwendung spezifischer Konzeptansätze in der Pflege und Betreuung für demenzkranke Bewohner weist Herr Meyer immer wieder darauf hin, dass sie ja derzeit erst einmal ein Konzept erstellt und er im Vorfeld nicht wissen könne, was dabei schließlich herauskäme. Und dies vor dem Hintergrund, dass mittlerweile seit mehreren Jahren in Deutschland und auch in den europäischen Nachbarländern unterschiedliche Konzeptansätze und Modelle in der stationären Demenzarbeit angewendet werden (vgl. Kapitel 3 der Dissertation).

Exkurs zur Situation im Jahr 2010

In Bezug auf die Darstellung der Versorgungssituation von Demenzkranken in der stationären Pflege gab und gibt es gegenwärtig noch keine ausreichend abgesicherten Erkenntnisse darüber, wie sich die Pflege- und Betreuungssituation von demenzkranken Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe gestaltet und letztlich auf die Lebensqualität der dort wohnenden Demenzkranken auswirkt. Da es sich aber um eine Personengruppe handelt, die immer mehr in Pflegeheimen versorgt wird, muss dieser Fragestellung verstärkt nachgegangen werden. So sind zum einen die Leistungserbringer selbst dabei, die Versorgungssituation von Demenzkranken insgesamt durch bereits bestehende Wohn- und Betreuungskonzepte ständig weiterzuentwickeln. In diesem Zusammenhang stehen auch die bereits eingesetzten Pflege- und Betreuungskonzepte auf dem Prüfstand.

Zum anderen hat die drängende Situation um die aktuelle gesellschaftspolitische Auseinandersetzung über eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Demenzkranke in allen Segmenten der Altenhilfe dazu geführt, dass 2008 durch das eingeführte Pflegeweiterentwicklungsgesetz schließlich das Pflegeversicherungsgesetz ebenfalls im Jahr 2008 eine Novellierung erfahren hat, die u.a. einer Verbesserung der Versorgungssituation von Demenzkranken dienen sollte.

Seitdem ist im Pflegeversicherungsgesetz verankert, dass die Versorgungsqualität von Demenzkranken in Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe gezielt in die bereits bestehenden Qualitätsprüfungen aufzunehmen ist⁷. Dies ergibt sich aus dem Gesetzestext zu § 114 SGB XI, der in Abs. 2 mit dem Hinweis auf § 87 b SGB XI versehen ist, welcher die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit „erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf“ (vgl. § 87 b SGB XI im Anhang) beschreibt. Eine Konkretisierung der Zielgruppe lässt sich wiederum aus dem Querverweis in § 87 b SGB XI zu § 45 a SGB XI ableiten. Dort ist der berechnete Personenkreis in Absatz 1 wie folgt definiert:

„...Dies sind

- 1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I, II und III sowie*
- 2. Personen, die einen Hilfebedarf haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen...“⁸*

Erstmals seit Einführung der Pflegeversicherung 1996 werden mit dieser Novellierung explizit Menschen mit einer Demenzerkrankung durch das Pflegeversicherungsgesetz als leistungsberechtigte Personengruppe anerkannt. Dabei ist weiter zu berücksichtigen, dass sich im Rahmen der bereits angesprochenen Novellierung des SGB XI auch die Modalitäten zur Durchführung und Bewertung von Qualitätsüberprüfungen mit Wirkung zum 1. Januar 2010 verändert haben. Dazu regelt der Gesetzgeber in § 112 SGB XI zunächst die grundsätzliche Qualitätsverantwortung⁹ der leistungserbringenden Altenhilfeeinrichtungen und legt die Prüfbereiche fest, die bei einer Qualitätsprüfung durch den MDK schließlich in den Heimbetrieben überprüft werden sollen.

⁷ §114 Qualitätsprüfungen

(2)...“ Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung, einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b...“ (Klie, Kraher, SGB XI, 2009, S. 1065, vgl. Anhang).

⁸ Ebenda, S. 570

⁹ „(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113 a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88)“ (ebenda, S. 1042).

So werden auf Veranlassung durch die Kostenträger Einrichtungen der stationären wie auch der ambulanten Altenhilfe mindestens einmal im Jahr auf ihre Qualität in der Leistungserbringung hin überprüft. Dies ist so im Pflegeversicherungsgesetz vorgesehen (vgl. Anhang). Bei der Prüfung werden auch Bewertungen analog zu den uns bekannten Zensuren vergeben. Die Benotungssystematik als solche wird seit ihrer Einführung im Januar 2010 in der Fachöffentlichkeit äußerst kontrovers diskutiert, weil die Validität des gesamten Prüfverfahrens in Bezug auf die erzielten Bewertungsergebnisse in Frage gestellt ist. In diesem Zusammenhang ist wohl mittelfristig eine Nachbesserung durch den Gesetzgeber zu erwarten. Dennoch lassen sich bei aller Kritik zumindest aus den bisherigen Einrichtungsbewertungen zu den jeweiligen Prüfbereichen gewisse Tendenzen erkennen, die auf Defizite oder positive Entwicklungen in der Versorgungsqualität sehr wohl hinweisen. Wenn also in einer Einrichtung eine Qualitätsprüfung stattgefunden hat, muss nach dem Willen des Gesetzgebers das Prüfergebnis in einem sogenannten Transparenzbericht zusammengefasst und im Internet für jedermann zugänglich veröffentlicht werden. Abgebildet werden dort vier Prüfbereiche, die zuvor einzeln durch den MDK in der Pflegeeinrichtung auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen Prüfkataloges überprüft wurden. Im Einzelnen handelt es sich bei den Prüfbereichen um:

1. Pflege und medizinische Versorgung
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene

Zusätzlich zu den aufgeführten Prüfbereichen findet nach dem Prüfkatalog eine Befragung der Bewohner statt. Diese bezieht sich vorrangig auf die Zufriedenheit mit der Einrichtung, den Mitarbeitern, auf die Verpflegung und die Freizeitangebote der Pflegeeinrichtung.

Für die Pflegeeinrichtung „*In der Zwischenstadt*“ liegt gegenwärtig noch kein Transparenzbericht vor, daher wird die aktuelle Situation der Leistungserbringung im Jahr 2010 der Einrichtung im Rahmen dieser Arbeit nicht erfasst.

Qualifikationsmatrix und Qualifizierung

In Bezug auf die Qualifikationsübersicht und die Qualifizierung der Mitarbeiter befindet sich die Einrichtung inmitten einer Umstrukturierungsphase. Vor der Bauphase war Herr Meyer sowohl Heimleiter als auch Pflegedienstleiter in Personalunion und damit für das Management, die Koordinierung und Steuerung des Pflegebereiches in der Einrichtung verantwortlich. Mit der Erweiterung der Platzkapazität von 78 auf 117 Plätze hat es eine Auflage der Heimaufsicht gegeben, eine gesonderte Pflegedienstleitung einzustellen.

„Das Haus ist sehr groß geworden (313-317), deswegen hat die Heimaufsicht auch gesagt, es muss eine eigenständige Pflegedienstleitung her, die ausgebildet ist und Erfahrung hat. Ja (319-329).“

Dies wird für alle Mitarbeiter des Hauses eine erhebliche Umstellung bedeuten, da die neue Pflegedienstleitung auch eigene Vorstellungen und Wünsche in die Arbeit einfließen lassen wird. Herr Meyer wünscht sich von der neuen Pflegedienstleitung Erfahrung und Professionalität in der Umsetzung des Pflegekonzeptes von Krohwinkel (bereits oben erläutert) und der damit verbunden EDV-gestützten Dokumentationsführung, welche die Einrichtung eingeführt hat.

„Wir haben jetzt eine freigestellte Fachkraft, die sich speziell um diese Dinge kümmert. Mit Erfahrung! Und sie hat noch mal dieses Konzept überarbeitet und wird gezielt die Inhalte in diesem Konzept mit den Mitarbeitern durcharbeiten. So dass dann auch die spontane Haltung der Mitarbeiter beeinflusst wird. So möchten wir das gerne. Dass es nicht nur was Angelerntes ist, sondern wo man tatsächlich dann auch mit lebt (206-214).“

Diese Situation ist auch ist auch für Herrn Meyer neu, da er nun die Einrichtung nicht mehr alleine leitet.

Das Qualifikationsprofil

Die höchsten beruflichen Bildungsabschlüsse finden sich bei den Sozialpädagogen im Sozialen Dienst der Einrichtung, die über ein abgeschlossenes Fachhochschulstudium mit Diplom-Abschluss verfügen.

Die beruflichen Wurzeln des Heimleiters liegen in der Krankenpflege der 1950er Jahre. In dieser Zeit hat Herr Meyer seine Berufsausbildung zum staatlich anerkannten Krankenpfleger absolviert. Seine berufliche Prägung ist eng mit einem kirchlichen Träger der freien Wohlfahrtspflege verbunden. Er verfügt heute über eine lange praktische Berufserfahrung in der 1. und 2. Pflegeheimgeneration (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt 3.1). Darüber hinaus hat er sich bis zum Pflegedienstleiter und Heimleiter weitergebildet. Die Pflegedienstleitung kommt ebenfalls aus der Pflege, hat allerdings einen Ausbildungsabschluss zur staatlich anerkannten Altenpflegerin mit Fachweiterbildung zur Pflegedienstleitung. Ansonsten arbeiten in der Einrichtung hauptberuflich zwei staatlich anerkannte Ergotherapeuten, examinierte Krankenpflege-/ Altenpflegefachkräfte, eine Verwaltungsfachkraft, staatlich anerkannte Hauswirtschafterinnen, einjährig ausgebildete Kranken-/Altenpflegehilfskräfte sowie angelernte Hilfskräfte in der Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft und Verwaltung.

Qualifizierung

Das Thema Qualifizierung wurde von Herrn Meyer nur rudimentär gestreift, indem er seine Erwartungen an die neue Pflegedienstleitung schildert. Ansonsten wurde das Thema Qualifizierung im Interview nicht weiter erörtert.

Altenhilfepolitische Situation in der Region

Zum Abschluss des Interviews wird Herr Meyer um eine Einschätzung aus seiner Sicht als Experte zum aktuellen Stand der altenhilfepolitischen Situation in der Untersuchungsstadt gebeten, verbunden mit einem perspektivischen Ausblick für die Region im Hinblick auf eine verstärkte gemeindenahe Versorgung und eine Verbesserung der Vernetzung insgesamt, die sich die Verwaltung und die Politik für die kommenden Jahre auf die Agenda geschrieben hat. Herr Meyer dazu:

„Natürlich ist es wichtig anders zu denken. Man kann nicht nur an große Einrichtungen denken. Der Schritt von dem Wohnen zu Hause, wohnen in der Wohnung, wohnen im Betreuten Wohnen, zum Wohnen im Altenheim ist natürlich sehr groß.

Ich finde gut, wenn die Verwaltung diese Tendenz unterstützt, eben Wohnen weiter zu Hause zu ermöglichen oder Wohnmöglichkeiten zu schaffen, die das Wohnen im Alter unkomplizierter machen. Wo Hilfe dicht dabei ist oder Hilfe eher möglich ist. Was ich hier im Kreis noch ein bisschen vermisse, dass die großen Bauträger da noch nicht so aktiv mitziehen. Es gibt in anderen Städten andere Bewegungen, wo dann Bauträger sagen, wir bauen bewusst seniorenrechter. In größerer Anzahl. Weil eben der Bedarf auch da ist. Wir sehen ja auch, wir können den Bedarf ja gar nicht befriedigen. Hier in der Region. Klar, ist es wichtig. Ich würde, ich würde auch später gerne in eine Seniorenwohnung ziehen (392-442).“

Es wird deutlich, dass Herr Meyer die Weichenstellung des Kreises im Hinblick auf den Ausbau der ambulanten Wohnformen richtig findet, jedoch kritisiert er die regionalen Bauträger, die nach seiner Auffassung zu wenig Initiative in diese Richtung zeigen. In Bezug auf die ambulante Versorgung von Demenzkranken stellt sich die Frage, ob seiner Meinung nach in der Region von allen beteiligten Akteuren nachzuarbeiten ist. Nach einer kurzen Denkpause sagt Herr Meyer:

„Kann ich nicht so ganz beurteilen. Es gibt ja Städte in denen sich Pflegedienste auf diese Menschen spezialisiert haben. Hier kann ich das nicht so ganz beurteilen. Ich weiß nicht, ob sich hier Pflegedienste speziell darauf eingestellt haben. Einiges wird ja abgefangen durch die Tagespflegemöglichkeiten (460-469).“

Zusammenfassung des Interviews mit Herrn Meyer

Insgesamt wirkte Herr Meyer im Interview eher zurückhaltend als mitteilend. Dennoch hat er die Gewichtung der ihm wichtigen Themen aus seiner Sichtweise im Interview platzieren können. Dem Gesprächsverlauf folgend wurde deutlich, dass das zentrale Thema für Herrn Meyer die Baugeschichte der Einrichtung „In der Zwischenstadt“ darstellte.

Im Erzählen über die Bauentwicklung des Hauses war ihm sichtlich anzumerken, dass er sich mit diesem Thema identifiziert. An anderen Stellen im Verlauf des Interviews war deutliches Unbehagen zu spüren - so besonders bei dem Thema Demenz, das nicht unbedingt einen Schwerpunkt in der Arbeit von Herrn Meyer ausmacht.

Nicht ein einziges Mal hat Herr Meyer den Begriff der Demenz selbst gebraucht. Selbst in der Beschreibung seiner Wahrnehmung zur ambulanten Versorgungssituation von Demenzkranken in der Region hat er nicht von Demenzkranken gesprochen, sondern von „diesen Menschen“.

6.2.2 Monografie „Frau Anton“

Zur Person von Frau Anton

Im folgenden Interview steht eine examinierte Pflegefachperson als Expertin für die stationäre Altenhilfe im Mittelpunkt. Sie verfügt zum Zeitpunkt des Interviews nach eigener Aussage über mehr als 20 Jahre Berufserfahrung in der stationären Pflege. Frau Anton ist Ende 50 und hat eine freundliche und zurückhaltende Ausstrahlung.

Von ihrer Statur her ist sie vollschlank und hat kurze Haare. Sie trägt einen grauen Pullover und eine blaue Jeanshose.

Im Laufe ihrer Berufsausübung hat sie sich zur Pflegedienstleitung und vor einiger Zeit darüber hinaus zur Heimleitung weiterqualifiziert. Heute ist sie Heimleiterin einer freigemeinnützigen stationären Pflegeeinrichtung mit 74 Plätzen in einem Oberzentrum in NRW. Sie betont, dass sie seit 1980 immer für ein und denselben Träger, wenn auch an unterschiedlichen Standorten und in unterschiedlichen Positionen gearbeitet hat. In der Position der Heimleitung der Einrichtung in der Untersuchungsstadt sei sie erst seit einigen Monaten, da ihre Vorgängerin in den Ruhestand gegangen sei. Zuletzt habe sie in unmittelbarer Nachbarschaft zur Untersuchungsstadt als Heimleiterin für den gleichen Träger gearbeitet.

„...zum Träger gehöre ich schon sehr lange. Ich bin also innerhalb des Trägers in anderen Einrichtungen zwischendurch gewesen. Ich gehöre seit 1980 dazu.“

Bin also eine von den Alten. Ja, über das Krankenhaus in die Altenhilfe gegangen und bin bis Ende letzten Jahres in (Ort) gewesen. In einer Einrichtung. Und bin dann im Januar, nach dem die Frau (Name) in Ruhestand gegangen ist, wieder zurückgekommen. Ich war zwischenzeitlich mal 87, nein 97 war ich hier in der Einrichtung schon mal als Pflegedienstleitung zwei Jahre. Das heißt, ich bin inzwischen auch wieder angekommen, ein Stück weit nach Hause gekommen. Hat sich zwar einiges verändert. Von Haus aus bin ich Krankenschwester. Über Weiterbildungen, Pflegedienstleitung und ja, und inzwischen dann Heimleitung (106-132).“

Baugeschichte der Einrichtung

Das heutige Altenpflegeheim „*Geprägte Randlage*“ ist eine in christlicher Orientierung geführte Pflegeeinrichtung eines regionalen Trägers der freien Wohlfahrtspflege. Die Einrichtung besteht seit 1985 in einem Gebäude, in dem bis dahin eine private Frauenklinik betrieben wurde. Nach der Klinikauflösung durch die Eigentümer hat der kirchliche Träger die Einrichtung erworben und mit nur wenig Aufwand zu einer stationären Altenpflegeeinrichtung umstrukturiert.

In der Folge hat es kleinere Umbaumaßnahmen im Haus gegeben. So wurden die Außenfassade, das Eingangsfoyer und das Treppenhaus modernisiert und diverse Brandschutzauflagen abgearbeitet. In den Wohnbereichen ist der Charakter der ehemaligen Klinik noch immer zu erkennen (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.2). Frau Anton führt hierzu lediglich kurz aus:

„Also baulich wird sich sicherlich einiges tun, weil wir einfach diese Doppelzimmer entzerren müssen (664-685). Wir haben zwei Wohnbereiche mit drei Stationen. Insgesamt haben wir 74 Plätze in der stationären Altenhilfe, die sich über diese Wohnbereiche aufteilen. Haben leider 23 Doppelzimmer. Also Doppelzimmer, ich denke die sind in der heutigen Zeit einer Belegungsproblematik ausgesetzt, zumindestens dann, wenn jemand kommt, der noch zeitlich, räumlich orientiert ist. Den unterzubringen. Die meisten sind allerdings nicht immer orientiert, aber auch die Demenzkranken passen nicht immer zusammen in ein Doppelzimmer.“

Also von daher haben wir schon Belegungsprobleme... . . .aber grundsätzlich, ich denke mal, ist das auch nicht mehr ganz so zeitgemäß. Es sind auch die Angehörigen, die sich dann wenigstens das Einzelzimmer wünschen (158-197).“

Frau Anton beschreibt deutlich den bestehenden Investitionsstau, durch den die Einrichtung nicht nur Belegungsprobleme hat. So entspricht die Pflegeeinrichtung auch nicht mehr den Kriterien der aktuellen 4. Pflegeheimgeneration (vgl. *Kapitel 3* Unterabschnitt 3.1 und *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.2). Dies gilt besonders für die vielen Doppelzimmer in der Einrichtung.

Nutzung vollstationäre Pflege

Die Heimleiterin verdeutlicht, dass die Einrichtung über einen Versorgungsvertrag mit den Kostenträgern verfügt, der eine uneingeschränkte Nutzung der Einrichtung als Altenpflegeheim vorsieht. *„Das Haus ist eine Einrichtung der stationären Altenhilfe eines freigemeinnützigen Trägervereins in der Stadt (20-25).“* Es besteht in der Einrichtung kein pflegerischer Schwerpunkt mit einer Anerkennung durch einen gesonderten Versorgungsvertrag der Kostenträger.

Bewohnerstruktur

Entsprechend dem abgeschlossenen Versorgungsvertrag werden in der Einrichtung Heimbewohner aller Pflegestufen mit multimorbiden Erkrankungen aufgenommen. So wird dies auch von Frau Anton beschrieben:

„Eigentlich nur Bewohner, die auch schon ihre Pflegestufe haben aufgrund ihrer Einschränkung. Also Bewohner mit mehrfachen Einschränkungen, als vielleicht in einem Bereich, der auch noch richtige Wohnbereiche hat, wo nicht eingestufte Leute einziehen können (206-230).“

Sie bekräftigt aber in einem Nachsatz, dass sie gehalten sind, vorwiegend Pflegeheimbewohner aufzunehmen, die mindestens bereits Pflegestufe I haben. *„Eigentlich nur, nur Pflegeheim, ausschließlich Pflegeheim (206-230).“*

Laut Versorgungsvertrag sind stationäre Pflegeeinrichtungen zur Aufnahme aller Pflegestufen, einschließlich der Pflegestufe 0 - den sogenannten Heimbewohnern - ohne Pflegebedarf - bei vorhandener Heimbedürftigkeit verpflichtet. Davon kann nur abgewichen werden, wenn dies ausdrücklich im Versorgungsvertrag von den Vertragsparteien vereinbart wurde. Im vorliegenden Fall ist dies offensichtlich nicht so. Aus wirtschaftlichen Gründen sind die Betreiber stationärer Pflegeeinrichtungen natürlich stets bemüht, möglichst eine höhere Auslastung bei der Belegung in den Pflegestufen II bis III zu erzielen. Frau Anton verfügt über eine gute Übersicht ihrer Belegungsstatistik und berichtet von sich aus:

„Und in der Regel, also ich denke mal zu 70% Pflegestufe 2. Und II bis III. Ja. Und die I ist also seltener. Wir haben 86% das ist also die letzte Quartalsmeldung wenn die Heimaufsicht anfragt. Wir müssen immer Quartalsmeldungen machen. 86% demente Bewohner gehabt. 86%. Ja. Ich denke, die hier einziehen, ja. Wir haben ein Durchschnittsalter von plus minus 90 Jahre (206-230). ...wir haben weniger mobile Bewohner. Wir haben unsere Dementen, mit denen wir unsere besondere Sprache dann sprechen müssen (77-84).“

Die Belegungsstatistik verweist auf einen sehr hohen Anteil von Bewohnern mit einer Demenzerkrankung, in Pflegestufe II und III wahrscheinlich in einem fortgeschrittenen Stadium. Dafür würde auch das sehr hohe Durchschnittsalter der Einrichtung sprechen.

Konzeptionelle inhaltliche Ausrichtung

Welche Ziele haben Sie für die inhaltliche Gestaltung, die Sie sich als Heimleitung für die zukünftige Arbeit in der Einrichtung gesetzt haben?

„Schwerpunkt jetzt für die nächste Zeit Qualitätssicherung. Wir haben gesagt, Pflegevisiten sind gelaufen, laufen, aber ja auch unter Einbeziehung der Angehörigen. Das ist also so das Ziel. In diesem Jahr waren wir also eingebunden zeitlich mit dem neuen Dokumentationssystem, was wir bekommen haben. Wir mussten also jede Pflegeplanung wieder neu aufarbeiten. Was ja auch Vorteile hat. Und jetzt sind wir soweit, dass wir sagen können, es läuft.“

Und wir müssen jetzt wieder, ja an anderer Stelle weiter arbeiten. Und unser Ziel, was wir uns jetzt für die nächste Zeit hauptsächlich gesetzt haben, sind also die Pflegevisiten.

Ein bisschen zum Einbeziehen der Angehörigen. ...und Selbstkontrolle ist es ja auch ein Stück weit. ...Um dann zu gucken, wo wir stehen und wo wir dann weiter arbeiten müssen (664-685).“

Pflegetheoretische Grundlage

Pflegetheoretisch lehnt sich die Einrichtung ebenfalls an das Pflegemodell von Krohwinkel an. Die Frage nach der pflegetheoretischen Grundlage der Einrichtung erwidert Frau Anton zunächst mit einer Verständnisfrage: „*Meinen Sie jetzt Krohwinkel? (232)*“ Nach Krohwinkel z.B., ja. Sie arbeiten auch nach der ‘Fördernden Prozesspflege’?

„Ja. ...Ich kenne das gar nicht anders. Das haben wir von Anfang an so gemacht. Zwischendurch hatten wir Henderson¹⁰. Als ich in das Haus kam, Krohwinkel war eigentlich die Grundlage. Als ich kam, da waren gerade die PC's aufgestellt und wir bekamen Dokumentationsprogramme der anderen Philosophie (Henderson). Und es blieb uns gar nichts anderes übrig als das zu machen. ...und haben alles umgestellt, aber dann hat auch der Programmhersteller gesehen, ja dass schwerpunktmäßig nach Krohwinkel gearbeitet wird und hatte dann auch dieses Angebot mit eingebaut in sein Programm, aber das ist dann bei uns so geblieben (231-274).“

Und da ist es möglich mit der ‘Fördernden Prozesspflege’ den Pflegeprozess abbilden zu können? „*Ja.*“ Die von der Heimleiterin beschriebene pflegetheoretische Konzeption ist auch im hausinternen Pflegekonzept hinterlegt.

¹⁰ Vgl. Henderson, Virginia, amerikanische Krankenschwester und Pflegetheoretikerin, geb. 1897, gest. 1996

Sozialer Dienst/Begleitender Dienst der Einrichtung

Auch die Einrichtung „*Geprägte Rاندlage*“ kann auf einen ‘Begleitenden Dienst‘ mit ausgewiesenen Fachkräften zurückgreifen.

„Wir haben, bei uns heißt das einen ‘Begleitenden Dienst‘, das sind diejenigen die die Tagesaktivitäten begleiten, vorbereiten und unterschiedlichste Angebote, in unterschiedlichen Zusammensetzungen durchführen. Wir haben ja große Gruppen, kleine Gruppen, ja kleine Gruppen z.B. Frühstücksgruppen, wo wir ja unterschiedliche Bewohner zusammen nehmen. Einzeltherapie. Also wirklich ausgerichtet auf die Bewohner, auf die demenziell erkrankten Bewohner im Haus (310-317).“

Auf die Qualifikationen im Team des Begleitenden Dienstes angesprochen, erläutert Frau Anton:

„Der Pool ist zusammengesetzt, wir haben also 1,45 Stelle, Vollkräfte. Einen Anteil haben die besetzt mit einer Ergotherapeutin, mit einer Sozialpädagogin, mit einer Pflegekraft. Und ja, ein kleiner Anteil mit 0,25 Stelle ab November mit einer Studentin, die hier ihr Praktikum gemacht hat, sich nebenbei Geld verdienen möchte, aber unsere Einrichtung kennt, wir kennen sie, und die wir uns ganz gut vorstellen können, so für besondere Einsätze (318-338). Das passt dann dieser Mitarbeiterin oder der künftigen Mitarbeiterin wunderbar, wenn die festen Mitarbeiter Feierabend haben, dann kommt sie und begleitet Andachten oder diese, diese Angebote. So, diese Zeiten, wo eigentlich die festen Mitarbeiter dann auch Feiertag oder Wochenende haben (323-338).“

Im Alltag von Pflegeeinrichtungen ist der Einsatz des Begleitenden Dienstes gerade am Wochenende gefragt, da viele Bewohner wenig Besuch erhalten und auch in der Einrichtung kaum Aktivitäten stattfinden, doch in den wenigsten Einrichtungen ist der Begleitende Dienst auch am Wochenende präsent. Diese Lücke ist durch Frau Anton für ihre Einrichtung gut erkannt worden.

Durch den Einsatz der Studentin am Wochenende kann eine gewisse Kontinuität in der Aufrechterhaltung von so wichtigen Angeboten, wie durch die Einzelaktivierung von bettlägerigen Bewohnern und bestimmten tagesstrukturierenden Maßnahmen für demente Bewohner, über die Werkstage hinaus sichergestellt werden.

Sozialbetreuerische und/oder pflegerische Angebote

Nachstehende Angebote werden durch das Team des Begleitenden Dienstes im Heim „*Geprägte Randlage*“ für die Bewohner organisiert und durchgeführt:

„Wir haben z.B. den Gottesdienst, wir machen Hausmusik, wir machen, bieten Kaffeestübchen an, auch für Angehörige mit an. Wir haben, es wird also auch vom Begleitenden Dienst, es werden Waffeln gebacken in kleinen Gruppen. Letzte Woche ist Pflaumenkuchen gebacken worden. Dann entsteinen die alten Damen die Pflaumen mit und der Kuchen wird dann ja von uns gebacken, belegt und wird dann von uns fertiggestellt. Wir haben auch schon gekocht. Also Gemüsesuppe vorbereitet oder Pellkartoffeln oder solche Dinge, die halt früher oft gegessen wurden. Das war immer sehr angenehm. Also für die Leute auch sehr schön (339-369).“

Weitere gezielte sozialbetreuerische Angebote gehören auch zur Aufgabenwahrnehmung des Begleitenden Dienstes. Hierzu werden von der Heimleiterin gezielte Interventionen, wie z.B. *„Einzelbetreuung am Bett. Regelmäßig Basale Stimulation (339-369)“* genannt.

Eine weitere Nachfrage bezieht sich auf sozialtherapeutische Fachangebote, die über die normale Wochenstrukturierung hinaus eventuell zusätzlich angeboten werden, also z.B. Besonderheiten für demenziell erkrankte Bewohner oder Angebote, die sich gezielt an Angehörige richten usw..

„Angehörige, fange ich damit mal an. Einmal im Jahr. Jetzt hatten wir mit Frau (Name der Studentin von der Uni) auch zum Thema Demenzerfahrung mit Angehörigen, denen das sehr, sehr schwer fällt, damit umzugehen, eine Fortbildung in Verbindung mit Angehörigentreffen.“

Ja wir, wir haben also auch ein Konzept zur Angehörigenarbeit. Und die Angehörigen gehören ja in der Regel ja mit zur Einrichtung. Die kommen regelmäßig, die gehören regelmäßig, die gehören mit in diese große Familie. Die gehen auch zu den Veranstaltungen, je nach dem was ist, wie sie es können, kommen sie regelmäßig. Die dann auch ihre Angebote, wie Würstchen grillen und Waffeln backen am Samstagnachmittag anbieten unter dem Thema 'Angehörige für Angehörige'. Also ich, ich denke mal so im, im Großen ja, aber so, so, ganz regelmäßig, dass man sagen kann, es läuft jeden ersten Samstag im Monat was (370-406).“

Daraus schließe ich, dass Sie keinen pflegfachlichen Schwerpunkt haben, um entsprechend die Demenzarbeit speziell auszurichten, sondern die Angebote sind ganz allgemein und richten sich auf die pflegerischen und betreuungsbezogenen Aspekte der theoriegeleiteten Konzeption zur Fördernden Prozesspflege?

„Ja, aber wir aktivieren also schon in den, den unterschiedlichsten Gruppen. Und ich denke mal, diese Gruppenzusammensetzung, ja, da sind ja auch unterschiedliche Stadien (470-478). Biografiearbeit versuchen wir auch da mit einzubeziehen, was hat der Einzelne immer gerne gemacht. Aber vielleicht eher mal so mehr mit der Baumethode, als dass jetzt wirklich über das Papier ermittelt. Aber es läuft trotzdem (480-503).“

Frau Anton bekräftigt somit die Annahme dass es in der Einrichtung „Geprägte Randlage“ bisher keine spezifisch ausgerichtete Demenzarbeit gibt trotz der Feststellung der Heimleiterin selbst, dass in der Gesamtauslastung der Einrichtung etwa 86% Bewohner mit einer Demenzdiagnose leben.

Versorgung demenzkranker Menschen in der Einrichtung

Durch den bisherigen Gesprächsverlauf mit Frau Anton wurde bereits deutlich, dass das Altenpflegeheim „Geprägte Randlage“ keinen besonderen Pflegebereich für Demente bereithält. Es kommen auch keine spezifischen Konzeptansätze oder fachliche Instrumente in der konkreten Arbeitssituation mit Demenzkranken zum Tragen.

Diese Annahme bestätigt sich nochmals durch eine konkrete Nachfrage nach der Anwendung von Assessmentinstrumenten für die Pflege. Dazu erwidert Frau Anton: „*Was ist das denn?*“ Geriatrische Assessments zur Feststellung oder Einschätzung einer Demenz, in welchem Stadium sich eine Demenzerkrankung befindet. Also ob es sich um einen Alzheimer Typ I oder Typ II handelt.

Hier gibt es z.B. die Instrumente, die einen Erhebungsbogen beinhalten, wie der Minimantel (vgl. *Kapitel 2*, Unterabschnitt 2.2), der DemTect (vgl. *Kapitel 2*, Unterabschnitt 2.2) oder das Psychobiografische Pflegemodell bei Demenz nach Prof. Böhm (vgl. Böhm, 2004).

Diese Konzepte, Verfahren und Instrumente sind in der Einrichtung nicht bekannt.

„Nein. (460-469)!“

Auch im Hinblick auf eine gewisse milieuthérapeutische Akzentuierung in der Gestaltung der Wohnbereiche kann nur sehr fragmentiert auf eine demenzspezifische Milieugestaltung rückgeschlossen werden (vgl. *Kapitel 6*, 6.1.2).

Qualifikationsmatrix/Qualifizierung

Für die Pflegeeinrichtung besteht eine eindeutig gegliederte Qualifikationsübersicht in Form eines Hierarchieorganigramms zu den bestehenden Funktionen, die von den Mitarbeitern wahrzunehmen sind.

Qualifikationsprofil

Demzufolge steht in der Gesamtleitung der Einrichtung die Heimleiterin mit zwei weiteren Mitarbeitern in der Verwaltung und einem Haustechniker.

In der Fachverantwortung für den Pflege- und Betreuungsbereich ist der Heimleitung die Pflegedienstleiterin untergeordnet, die in der hier beschriebenen Einrichtung zugleich die Stabsstelle der Qualitätsbeauftragten ausfüllt.

Dann gibt es noch zwei Wohnbereichsleitungen, von denen eine die Pflegedienstleitung im Falle von Abwesenheit vertreten muss. Darüber hinaus hat jeder Wohnbereich eine Schichtleitung mit zugewiesenen Verantwortlichkeiten. Dass der Begleitende Dienst keine eigene Bereichsleitung hat, ist sicherlich der omnipräsenten Berufsgruppe der Pflege in der Einrichtung geschuldet.

Wie kann die Pflegedienstleitung die fachliche Arbeit des Begleitenden Dienstes konzipieren, koordinieren, steuern und kontrollieren?

Zur Einrichtung gehören weiter eine Hauswirtschaftsleitung, eine Diplom-Sozialpädagogin, eine Ergotherapeutin, staatlich anerkannte Kranken- und Altenpflegefachkräfte, einjährige Kranken- und Altenpflegehelfer, angelernte Hilfskräfte für die Pflege und Betreuung sowie angelernte Hilfskräfte für die Reinigung. Fach- und Hilfskräfte für eine hauseigene Küche werden nicht benötigt, da das gesamte Verpflegungsmanagement für die Einrichtung durch ein ebenfalls zum Trägerverbund gehörendes Krankenhaus täglich organisiert wird.

Qualifizierung

Zum Thema Qualifizierung ist wissenswert, wie die Einrichtung ihr Fachwissen erweitert. Dazu berichtet Frau Anton:

“Oft ist es ja so, dass also gerade die langjährigen Mitarbeiter, die in der Altenhilfe tätig sind, mit diesen Dingen ja wenig Berührung hatten. Besonders vor der Pflegeversicherung. ... Ja, wir haben Fortbildungen. Ich denke, genug Fortbildungen, gezielte Fortbildungen und wir besprechen uns halt ganz oft. Ja, auch andere externe, aber auch hausintern. Hausintern, das ist also eigentlich gezielter, weil man dann mehr Mitarbeiter zum gleichen Thema geschult hat. Das ist besser als wenn einer fährt und was mitbringt und es dann aus seiner eigenen Sicht wieder aus dem eigenen Blickwinkel vermittelt. Also von daher und die Zeit ist geringer. Es fährt keiner weg, die Kosten sind eigentlich in das Haus zu holen. Gut zunehmend, aber ja, so einige Mitarbeiter fahren auch noch (275-297).“

Frau Anton schildert, dass mit Einführung der Pflegeversicherung nun auch die Träger angehalten sind, regelmäßig Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowohl intern als auch extern durchzuführen.

Damit ist jedoch auch impliziert, dass der gesamte Bereich der Qualifizierung in der Altenhilfe in Gänze den aktuellen Anforderungen dringend angepasst werden muss. Dies beginnt in der Ausbildung und erstreckt sich bis in die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Altenhilfepolitische Situation in der Region

Der altenhilfepolitischen Positionierung der Untersuchungsstadt steht Frau Anton insgesamt eher kritisch gegenüber:

„Wenn das Zielsetzung ist, die ambulanten oder die ambulante Versorgung zu fördern. Gut, das ist ja Auftrag der Politik (750-760).“

Wie schätzen Sie die Bemühungen der Politik ein, bessere Vernetzungsangebote zwischen ambulant und stationär zu schaffen, um die stationäre Altenhilfe in eine bessere gemeindenahe Versorgung einzubinden?

„Seitdem ich hier bin habe ich das nicht so gehört und mitgekriegt, was die Stadt (Name) da macht. Und dann geht man genauso miteinander um, wie ich es eben geschildert habe. Man begegnet sich, man kennt sich, man redet miteinander, aber alles doch mehr verhalten und oberflächlich. Jeder hat seine Pflicht erfüllt, geht nach Hause und macht dann in seiner Einrichtung für die Einrichtung weiter. Nämlich jeder sieht zu, dass er ja sein Haus voll kriegt, da wird er dem anderen nicht helfen (735-760).“

Gibt es denn einen regionalen Arbeitskreis für Heimleitungen oder Qualitätsbeauftragte oder Pflegedienstleitungen über den eigenen Einrichtungsträger hinaus?

„Das gab es mal sehr intensiv, aber ich denke so mit zunehmender ja, ich sage einfach mal dieses Wort Konkurrenz ist das weniger geworden und bis hin, ja es ist eigentlich eingeschlafen. Es ist also wirklich diese ... Ehrlichkeit, die man untereinander des Trägers hat. Mehr oder weniger.“

Die ist also mit Sicherheit nicht gegeben, wenn man mit mehreren Trägern an einem Tisch sitzt. Aber wenn von der Stadt organisiert wird oder vom Kreis organisiert, dann natürlich sind alle Anbieter, und ich denke mal man kennt sich ja auch in der Regel. Und dann wird über das eine oder andere geredet. Man begegnet sich schon. Aber, ja, so erlebe ich es nicht mehr so mit dieser Offenheit, wie es früher mal war. Ach da ist ein Kollege, den mag ich auch, sondern jeder denkt doch mehr unternehmensbezogen. Versucht, versucht vom anderen was zu erfahren, aber nach Möglichkeit selber wenig mitzuteilen (687-734).“

Dies ist ein offenes und mutiges Statement von Frau Anton zum Umgang zwischen allen beteiligten Akteuren der regionalen Altenhilfe der Untersuchungsstadt. Sie impliziert ausdrücklich die bestehenden Spannungsfelder zwischen der regionalen Kreis- und Stadtverwaltung als Träger der staatlichen Aufsichtsbehörde zur Durchsetzung des Heimgesetzes einerseits und Kostenträgerfunktion, als Vertragspartner neben den Pflegekassen gegenüber stationären Pflegeeinrichtungen andererseits. Hinzu kommt die Situation der Kommune, die Eckpfeiler der Pflegeversicherung in der Verantwortung zur Ausführung des Landespflegegesetzes in NRW mit den beteiligten ambulanten, teilstationären und stationären Institutionen unter Berücksichtigung der kommunalen altenhilfepolitischen Rahmenbedingungen in der Region umsetzen zu müssen. Bei so viel Interessenkollision darf es dann auch durchaus den verantwortlich handelnden Akteuren hier und da an Vertrauen in das eigene Handlungsfeld und in die Politik fehlen.

Zusammenfassung des Interviews mit Frau Anton

Im Gespräch mit Frau Anton sind mehrere wichtige Themen zur inneren und äußeren Organisation der Einrichtung zur Sprache gekommen.

Zum einen ist das Thema Baugeschichte zu nennen. Hier konstatiert Frau Anton selbstkritisch, dass die Einrichtung in vielen Bereichen nicht mehr der aktuellen Heimgeneration entspricht, mit 23 Doppelzimmern, teilweise ohne Nasszelle im Zimmer und mit Gemeinschaftstoiletten auf den Fluren. Diese Situation ist heute an anderen Orten kaum noch zu finden. Weiterhin ist sie offen mit dem Thema 'Demenz' umgegangen.

Sie habe fast 86% Bewohner mit einer Demenzdiagnose in unterschiedlichen Stadien im Heim, aber eine milieuthérapeutische und fachspezifische Arbeit mit Demenzkranken, orientiert an einem theoriegeleiteten Demenzkonzept, findet dennoch nicht statt.

Schließlich hat Frau Anton die passive Kommunikationskultur aller Akteure im Handlungsfeld der regionalen Altenhilfe angemahnt. Damit hat sie eingeschlossen, dass Vernetzungswünsche im Sinne einer gemeindenahen Versorgung in den Segmenten der ambulanten, teilstationären und stationären Altenhilfe wohl auch zukünftig eher Visionen bleiben werden.

6.2.3 Monografie „Herr Metzler“

Zur Person von Herrn Metzler

Der Heimleiter, Herr Metzler, Anfang 50, ist der Interviewpartner in diesem Expertengespräch. Er ist staatlich anerkannter Krankenpfleger und hat über viele Jahre Berufserfahrung im Krankenhaus sammeln können. Bevor er 2001 in den Bereich der Altenhilfe gewechselt ist, war er auf einer internistischen Station eines Krankenhauses tätig, das ebenfalls zum gleichen Träger gehört wie die stationäre Pflegeeinrichtung, die er heute als verantwortlicher Heimleiter führt. Zudem verfügt er über eine zwanzigjährige Leitungserfahrung im intensivmedizinischen Bereich. In der Altenhilfe war er zunächst als Pflegedienstleiter tätig und seit 2002 in Doppelfunktion für eine weitere stationäre Pflegeeinrichtung in der Region als Heim- und Pflegedienstleitung. Seit 2005 arbeitet er für den gleichen Träger als Heimleitung der hiesigen Einrichtung.

„Also, ich bin jetzt seit 2001 in der Altenhilfe. Komme ursprünglich aus der Krankenpflege. Mitte der 1970er Jahre habe ich meine Ausbildung zum Krankenpfleger gemacht. War im Krankenhaus internistisch drei Jahre tätig. Bin gerne im Intensivbereich, Anästhesiebereich zu Hause gewesen. Auch in der Führung. Das fast 20 Jahre lang. Bin dann vom Träger auch gebeten worden, eine Weiterbildung zu machen, zur Pflegedienstleitung. Die habe ich dann berufsbegleitend über drei Jahre gemacht. War aber da noch für alles offen. In der Funktion zu arbeiten.“

Habe dann 2001 erst einmal befristet für ein Jahr, für den Altenhilfeverein geguckt als Pflegedienstleiter. Da war ich in (Ort). Habe dann aber schon erkannt, dass dort noch, letztendlich ganz viel zu leisten ist, in der Versorgung, Betreuung der alten Menschen und bin im Grunde dann in der Altenhilfe geblieben. Bin dann 2002 im Frühjahr Heim- und Pflegedienstleiter in einer Funktion geworden. Das war 2002. Habe dann parallel dazu das Qualitätsmanagement mit aufgebaut. Mit den anderen Einrichtungen oder Arbeitskreise mit Heimleitern, Pflegedienstleitern gemacht. Auch beim gleichen Träger. Wohlfahrtsverbandliche Altenhilfe. Und habe dann 2005 zu diesem Haus, parallel ein weiteres Heim mit übernommen. Als Heimleiter, dass ich quasi zwei Heime hatte. Hatte aber dann in (Ort) eine Pflegedienstleitung vor Ort, die ich auch dabei war einzuarbeiten, von 2005 bis letztes Jahr Juni. Dass ich zwei Einrichtungen hatte und letztes Jahr Juni ist dieses Heim dann eröffnet worden und dann bin ich dann für dieses Heim zuständig gewesen und habe das andere Haus abgegeben und dort gab es dann eine neue Heimleitung. Und seit letztem Jahr Juni bin ich das am aufbauen, dass die Prozesse laufen und, und, und. So ist so mein Gang (79-121).“

Nach 20 Jahren Berufserfahrung als Krankenpfleger ist Herr Metzler 2001 aus dem Krankenhausbereich in die stationäre Altenhilfe gewechselt. Für seine heutige Leitungstätigkeit in der Pflegeeinrichtung „Im Grünen“ hat er sich nochmal einer zweijährigen Qualifizierungsmaßnahme zum Heimleiter nebenberuflich unterziehen müssen. Herr Meyer ist von schlanker Statur, trägt eine dunkelblaue Jeanshose, ein grauweiß gestreiftes Hemd und eine schwarze Strickjacke.

Baugeschichte

Im Jahr 2005 hat der christlich orientierte wohlfahrtsverbandliche Trägerverein der Pflegeeinrichtung „Im Grünen“ ein bis dahin kommunal geführtes Altenpflegeheim übernommen. Da das Gebäude insgesamt nicht mehr den aktuellen Anforderungen entsprach, entstand in den Jahren 2005 bis 2006 ein so genannter Ersatzneubau, jedoch an einem anderen Standort in südlicher Stadtrandlage inmitten eines Waldgebiets mit Naherholungscharakter. Herr Metzler schildert die Situation folgendermaßen:

„...Das ehemalige kommunal geführte Haus wurde abgegeben, weil dort ein Investitionsstau war. Brandschutz und so. Diese ganzen Dinge. Die haben es abgegeben, mit der Maßgabe, dass wir alle Mitarbeiter übernommen haben. Alle, die da waren. Ich sage immer alle Guten, alle Schlechten. Und die Bewohner hatten die Möglichkeit auch mit in das neue Heim zu ziehen (140-171).“

Der Ersatzneubau

„... Letztes Jahr, am 01. Juni, das waren 75 Bewohner, die an einem Tag dann hier in dieses Haus eingezogen sind. Die wir logistisch, ja das waren auch über 20 Liegentransporte, 30 Rollstühle und der Rest konnte so einigermaßen laufen. Ich sage einmal die ganzen Medikamente, Papiere, die ganze EDV-Dokumentation, dann der Bewohner selbst, dass er sicher hier ankam, die Kleidung, der Fernseher. Das ist ja so, der will ja abends möglichst wieder Fernsehen gucken. ... Dann wird schon gepackt und dann stand auf jedem Karton, MÜLLER, LUISE, ZIMMER, was weiß ich. So viel im alten Haus, der muss im neuen Heim in Zimmer sowieso und was drin ist, so in etwa. Und das wirklich die Kartons dann richtig hier ankamen. Ja. Und sage immer, wir brauchen auch ein Jahr. Wir haben auch ein ganz hartes Jahr hinter uns gebracht (140-171).“

Alle Bewohner und Mitarbeiter zogen im Sommer 2006 in den Ersatzneubau ein. Dieser wurde im Herbst 2006 offiziell seiner Bestimmung übergeben und Herr Metzler in sein Amt als Heimleiter des neuen Hauses eingeführt. Mit der Fertigstellung des Ersatzneubaus im Juni 2006 ist ein modernes Pflegeheim als Kompromisslösung zwischen der 3. und 4. Pflegeheimgeneration entstanden.

Nutzung vollstationäre Pflege

Die Einrichtung *“Im Grünen“* hat mit den Kostenträgern für diese neue Einrichtung einen Versorgungsvertrag über vollstationäre Pflege mit insgesamt 98 Plätzen abgeschlossen und gehört somit in der Region zu den Pflegeeinrichtungen, die uneingeschränkt stationäre Leistungen nach den Vorgaben der Pflegeversicherung erbringen dürfen. Ein durch die Kostenträger anerkannter pflegerischer Schwerpunkt wurde nicht vereinbart.

Darauf angesprochen ob sie sich als eine klassische Altenhilfeeinrichtung verstehen, antwortet Herr Metzler:

„Ja, sind schon als Altenhilfeeinrichtung ausgerichtet, ja. Sodass wir konzeptionell auch die Pflege, die wir laut Versorgungsvertrag ja leisten, auch erbringen können (547-557).“

Bewohnerstruktur

„... parallel auch geguckt, was haben wir für Bewohner. Und da fiel gleich auf, dass wir ein Klientel an Bewohner haben und teilweise hatten, die Alkoholprobleme haben. Großes Suchtpotential. Viele junge Menschen. ...Ich will schon Menschen in dieser Einrichtung haben, die pflegebedürftig sind, nach Pflegestufe I, II oder III (448-476).“ Also die Kriterien der Pflegeversicherung erfüllen? *„Das erfüllen, ja und wenn jetzt einer ein Alkoholproblem hat, ist ja auch eine Krankheit, Alkoholsucht, dass der vielleicht schon in eine Einrichtung geht, so wie die, die chronisch mehrfach Abhängige haben, in (Name) in diese Einrichtung. Dass er da besser aufgehoben ist, ist sicher. Eine Tagesstrukturierung vorfindet, die ihm, denke ich, in diesem Krankheitsbild mehr bringen würde (448-476).“*

Herrn Metzler ist daran gelegen, die inhaltliche Arbeit an einer Klientel in der Einrichtung auszurichten, die primär durch die Zielgruppenbeschreibung in der Pflegeversicherung verankert ist. In diesem Sinne werden im Altenpflegeheim „Im Grünen“ pflegebedürftige Bewohner mit multimorbiden und chronischen Erkrankungen aufgenommen. In diesem Zusammenhang konzentriert sich die Einrichtung besonders auf zwei Bewohnergruppen, die durch Herrn Metzler näher beschrieben werden:

„Also, was ich hier so letztendlich meine, wir haben ja zwei Sonderbereiche. Ein Sonderbereich wäre einmal der Beschützende Bereich der Demenzkranken. Da habe ich auch das Konzept zu geschrieben (477-480).“

Was verstehen Sie unter Beschützender Bereich, können Sie das bitte kurz erläutern?

„Beschützender Bereich heißt beschützender oder geschlossener Bereich. Kann ich Ihnen später nachher auch mal zeigen. Dort sind Menschen untergebracht oder dort wohnen Menschen, wir sind ja im Pflegeheim, wo die Menschen wohnen, die Pflegebedürftigen. Die, bedingt durch ihre Erkrankung, Weglauftendenzen haben. Und wenn die weglaufen würden, wären die orientierungslos und wären da einer Gefahr ausgesetzt. Die dort wohnen, da gibt es einen richterlichen Beschluss, wo der Richter sagt, ja diese Menschen gehören hinter diese verschlossene Tür. Da sind wir ganz schnell auch im Thema Freiheitsentziehende Maßnahmen. Die Tür ist abgeschlossen. Das heißt ‚beschützt‘. Das macht der Richter sich auch nicht leicht. Der lässt sich da auch ein Gutachten geben. Von einem Gerontopsychiater, der ihm dann noch einmal ganz speziell auf diese Person bezogen auch ein ärztliches Gutachten zukommen lässt (481-503)“.

Das ist der eine Schwerpunkt, den Sie hier anbieten. Wie viele Plätze haben Sie in diesem Beschützenden Bereich?

„Rund zwölf. Zwölf Plätze (507-508). Dann haben wir einen zweiten Bereich wo wir junge Pflegebedürftige unterbringen möchten. MS-Erkrankte, Richtung Apallika. Ja, die so auch teilweise ganz verstreut in den Heimen unterwegs sind. Unsere Vorstellung geht dahin, einen Bereich vielleicht, ja aufzubauen, dann letztendlich zu haben, wo speziell junge Menschen auch unter sich sind. Und da sind wir im Moment bei so was, ja ich denke wir haben zwar die ersten jungen Pflegebedürftigen da, aber wir sind noch dabei für die eine Tagesstrukturierung zu finden, die sich schon abgrenzt von dem, was wir jetzt älteren Menschen bieten. Die Älteren, ja ich sag mal, die gucken Heinz Rühmann oder Marianne Koch. Das wollen die jungen Menschen nicht. Die wollen denn, ja was so ihre Zielgruppe ist, soweit sie noch in der Lage sind, das zu gucken, ja. Oder ich habe denen einen Computer hingestellt. So dass wir dabei sind, diese Dinge speziell für diese jungen Menschen, ja aufzubauen, anzubieten. Zum Beispiel, der Apallika. Wir haben einen 28-Jährigen zurzeit, Apallika, einen Anfang 30 Jahre, der MS-erkrankt ist, der gelähmt ist so und quasi die Gliedmaßen nicht mehr bewegen kann. Dem man Essen reichen muss. Bei dem wir quasi alles übernehmen müssen. Einen relativ jungen Mann nach Apoplex.“

Der aber auch relativ mobil ist. Dann haben wir zurzeit in der Kurzzeitpflege¹¹ ein Down-Syndrom aufgenommen. Etwas über 40 Jahre. So, da findet sich diese Altersgruppe bis 60 Jahre (516-544).“

Sicherlich handelt es sich bei der Beschreibung der zweiten Zielgruppe um junge Menschen, die die Anspruchsvoraussetzungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz für eine Aufnahme in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung zunächst erfüllen.

Somit handelt die Einrichtung *“Im Grünen“* auch hier vertragskonform. Dennoch stellt sich dabei die Frage, ob junge, pflegebedürftige Menschen mit den von Herrn Metzler angeführten Beispieldiagnosen in einer Institution der primär stationären Altenhilfe richtig aufgehoben sind. Dies gilt besonders im Hinblick auf die für stationäre Altenpflegeeinrichtungen vorgesehene Personalausstattung, die sich nicht an jungen, pflegebedürftigen Menschen orientiert, sondern an den überwiegend hochbetagten Menschen mit ihren facettenreichen Erkrankungsbildern. Hier liegt der originäre Auftrag, den die stationäre Altenhilfe zu erbringen hat. Für die von Herrn Metzler angesprochene Zielgruppe der jungen Pflegebedürftigen, der geistig und mehrfach körperbehinderten Menschen sowie für psychisch Kranke gibt es genügend andere Einrichtungen, die auf die komplexe Pflege- und Betreuungssituation dieser Zielgruppe aus Sicht der Autorin besser vorbereitet sind und den Betroffenen auch fachlich näher stehen als stationäre Altenpflegeeinrichtungen. So bieten Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Langzeitwohnheime und Rehabilitationseinrichtungen in den sozialpädagogischen Handlungsfeldern der Behindertenhilfe und Psychiatrie heute für die benannte Zielgruppe vielfältige Betreuungs- und Wohnkonzepte sowie individuell zugeschnittene Betreuungseingagements an, die weit über eine stationäre pflegerische Versorgung in einem Altenpflegeheim hinausgehen und dementsprechend die betroffene Klientel mit zielgerichteten sozialpädagogischen und weitergehenden therapeutischen Interventionen in der alltagspraktischen Lebensgestaltung begleiten, fördern und fordern können.

¹¹ Als Kurzzeitpflege wird eine vorübergehende Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung für einen Zeitraum von längstens bis zu 28 Kalendertagen im laufenden Jahr bezeichnet. Es handelt sich dabei um eine Leistung der Pflegeversicherung nach § 42 SGB XI (vgl. Anhang) .

Konzeptionelle inhaltliche Ausrichtung

Es ist bereits deutlich geworden, dass die inhaltliche Arbeit durch die Grundprämissen der Pflegeversicherung bestimmt wird. Dies gilt insofern auch für die konzeptionelle Festlegung der Altenpflegeeinrichtung.

„Ausgerichtet, ja, sodass wir konzeptionell auch die Pflege leisten, die wir laut Versorgungsvertrag vereinbart haben (547-557).“

Pflegetheoretische Grundlage

Die theoretische Verortung der pflegefachlichen Leistungserbringung liegt auch in dieser Einrichtung in der Umsetzung der Fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel, wie der Heimleiter berichtet.

„Auch unser Pflegekonzept haben wir ja nach der Frau Krohwinkel entwickelt, so die einzelnen AEDL's¹² (547-557).“

Und was bedeutet das für Ihre Arbeit in der Einrichtung?

„Ja, Monika Krohwinkel ist ja eine der Deutschen, die sich Gedanken zu Pflegetheorien gemacht hat. Die Pflegetheorien, die wir sonst kennen, kommen einmal nur grundsätzlich nur von Frauen, soviel wie mir bekannt ist. Und überwiegend ja auch aus Amerika. Das war ja schon Anfang des 19. Jahrhunderts und Frau Krohwinkel ist ja die Professorin, die in Darmstadt lebt, die sich Gedanken auch zu Pflegetheorien gemacht hat. Und das ist ja die Fördernde Prozesspflege und da sind ja die einzelnen AEDL's, die hat sie ja vorgegeben, wie sie Pflege versteht und wir haben das aufgegriffen, als Grundlage unserer Arbeit. Und das findet sich als Grundlage in unserer Arbeit wieder. Und das findet sich ja auch im Ganzen, auch letztendlich in unserer Dokumentation wieder.“

¹² **Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL)**

Dass wir so die einzelnen Dinge, wo wir gucken, wo sind Defizite bei den Menschen, wo bestehen Risiken. Was muss ich jetzt ganz vordergründig bearbeiten. Für mich ist erst einmal ganz wichtig oder ich vermittele das auch so den Mitarbeitern, wenn ein neuer Bewohner kommt muss grundsätzlich nach dem Pflegeprozess gearbeitet werden. Ich habe auch so gemerkt in diesen Jahren, Pflege, Pflegeprozess, dass für viele Menschen in der Pflege, der Pflegeprozess nur als Wort existiert. Für die Profis. Und dass sie leider gar nicht so viel damit anfangen können. Das ist ganz wichtig, zum Beispiel als Grundstock meiner Pflege an dem Menschen, die Anamnese, dass ich einfach weiß, was ist da, wen habe ich da vor mir. Und das ich am Anfang schon gleich erkenne, welche Risiken hat der Mensch. Was muss ich jetzt als erstes bearbeiten, was hat oberste Priorität.

Da bin ich schon ganz schnell so im Risikomanagement. Dass ich zum Beispiel, wenn jemand bettlägerig ist und sich gar nicht bewegen kann, bin ich schon ganz schnell bei dem Thema Dekubitus. Oder ganz schnell beim Thema Pneumonie. Und ganz schnell auch bei den Themen Prophylaxe.... Das versuche ich immer so möglichst mit einfachen Worten auch dem Pfleger zu vermitteln. Und dass ich da schaue, Anamnese, die Biografie gehört natürlich auch dazu, dass ich auch zu dem Menschen, ja weiß, was hat er vielleicht für ein Leben gelebt. Ihn irgendwo auch in bestimmten Pflegesituationen besser einordnen kann. Und dann bin ich ganz schnell über die Prophylaxen in dem Thema Pflegeplanung und Maßnahmen und Ziele festlegen und nach einem bestimmten Zeitraum wieder gucken, inwieweit habe ich die Ziele erreicht. Bin ich wieder am evaluieren (585-612).“

Die Beschreibung der pflegetheoretischen Grundlage von Herrn Metzler verweist auf die Schwierigkeit, pflegetheoretisches Wissen in der Praxis der Altenhilfe zu verstehen, umzusetzen und schließlich auch sichtbar zu machen. Dies gilt insbesondere für die Anwendung von pflegetheoretischen Modellen oder Konzeptansätzen als Grundlage in der Arbeit mit dementen Menschen. In diesem Zusammenhang erklärt Herr Metzler auf die Frage, ob die Fördernde Prozesspflege auch im Beschützenden Bereich der Einrichtung zur Anwendung kommt:

„Ja, das wird da auch angewandt. Das ist schon ganz automatisch bedingt durch das Pflegedokumentationssystem, was wir haben. Was wir jetzt ganz neu haben. Ein computergestütztes. Das habe ich auch mit ausgesucht (613-629).“

Ob auch noch auf andere pflegetheoretische Modelle oder Konzeptansätze zurückgegriffen wird, ist von Herrn Metzler zu erfragen:

„Nein, Es gibt ja auch sehr viel, auch der Herr Böhm (vgl. Böhm, 2004 und Kapitel 3, Unterabschnitt 3.3.2) aus Österreich. Das haben wir hier so noch nicht gemacht. Wir haben uns erst einmal an der Frau Krohwinkel orientiert (655-659).“

Ein demenzspezifisches Konzept findet im Beschützenden Bereich der Demenzkranken bisher keine Berücksichtigung.

Sozialer Dienst/Begleitender Dienst der Einrichtung

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt hat der Soziale/Begleitende Dienst in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe in NRW eine Tradition, die lange vor die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 im stationären Bereich zurückgeht. Daher ist von Interesse, wie der Soziale Dienst im Altenpflegeheim „Im Grünen“ unter den aktuellen Gegebenheiten organisiert ist. Es stellt sich also nach der Ausstattung und den vertretenen Qualifikationen in diesem Arbeitsbereich. Herr Metzler berichtet dazu:

„Das ist einmal eine Dame, die ist Sozialarbeiterin. Die Frau (Name) hat eine ganze Stelle. Und eine Ergotherapeutin. Mit einer dreiviertel Stelle (953-957). Dann haben wir zurzeit einen FSJler (Freiwilliges Soziales Jahr), und jemand der im Ein-Euro-Job unterwegs ist. Der so Begleitung macht, Mensch-Ärger-Dich-Nicht spielt und so was (960-963). ...Die sind dabei eine Konzeption zu erstellen. Für die gesamte Einrichtung. Die Gliederung gibt es da schon. Die haben wir schon fertig. Und die sind jetzt dabei wie gesagt,.... die einzelnen Punkte zu bearbeiten und dann werden wir gemeinsam gucken (964-995).“

Die von Herrn Metzler erwähnte Gliederung des Konzeptes für den Sozialen Dienst und die Ergotherapie enthält folgende Punkte die durch die Mitarbeiter noch ausgearbeitet werden müssen:

„Beschreibung des Arbeitsfeldes Sozialer Dienst/Ergotherapie“

Mitarbeiterstruktur

Grundsätze zum Verhalten der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern

Beschreibung der Bewohnerstruktur

Methoden und Setting der angewandten Konzepte

Gesprächsführung/ Validation

Biografiearbeit

Gedächtnistraining

10-Minuten-Aktivierung

Kreativ-handwerkliche Techniken

Bewegung/ Musik

Gruppengröße und Räumlichkeiten

Aktivierendes Konzept

Gymnastik

Passives bewegen/ Feinmotorik

Lauftraining/ Spaziergänge

Kochen und Backen

Gedächtnistraining

Kommunikatives Konzept

Einzelgespräch

Hilfe zur Eingewöhnung/ Erstgespräch

Krisenintervention

Seelsorgerische Begleitung

Vorlesen/ Gesprächsrunde/ Spielen

Stimulatives Konzept

Basale Stimulation

Erinnerungsarbeit/ Biografiegespräch

Kreatives Konzept

Werken/ Kreatives Gestalten

Singen und Musizieren

Veranstaltungen außerhalb des Hauses

Ausflüge

Seniorenveranstaltungen in der Stadt

Feste und Feiern

Koordination und Begleitung ehrenamtlicher Arbeit

Betreuung von Kurzzeitpflegegästen

Erstellung von Organisationsplänen

Dokumentation der Betreuungsarbeit

Abbildung 22: Gliederung zum Konzept des
‘Sozialen Dienstes’ des Altenpflegeheims
„Im Grünen“, Stand 2008

Sozialbetreuerische und/oder pflegerische Angebote

Der Gliederungsansicht ist zu entnehmen, dass der Soziale Dienst für die gesamte Einrichtung ein breit gestreutes Angebot zur Unterhaltung und Beschäftigung der 94 Bewohner bereithält, das durchweg gängige und durchaus anerkannte methodische Konzepte und Ansätze in der sozialen Betreuungsarbeit der stationären Altenhilfe berücksichtigt.

Spezifische Betreuungsangebote für Demenzkranke scheint es demnach nicht oder nicht ausreichend genug zu geben. Der Beschützende Bereich bedarf jedoch einer fachlich kompetenten Ausdifferenzierung der Betreuungsengagements bezogen auf die individuellen psychosozialen Bedarfe der dort lebenden Bewohner. Diese müssen unbedingt über die pflegepraktischen, hauswirtschaftlichen Interventionen und allgemeingültigen tagesstrukturierenden Maßnahmen für die Bewohner hinausgehen.

Versorgung demenzkranker Menschen in der Einrichtung

Das bedeutet außerdem, dass es im Hinblick auf die Versorgung für Demenzkranke im Beschützenden Bereich des Hauses der Klientel noch an einer angemessenen und fachspezifischen Betreuungsstruktur fehlt, die durch eine ebenfalls noch zu entwickelnde Haltung bzw. Kultur der dort tätigen Mitarbeiter schließlich auch mit allen Belastungen getragen werden kann. Für diesen professionell anzuleitenden Evaluierungsprozess ist ein einrichtungsinterner Diskurs zu evidenzbasierten, ausgewählten und bereits umgesetzten Demenzkonzepten in Deutschland dringend empfohlen. Die vorhandene Struktur wird von Herrn Metzler wie folgt beschrieben:

„Ja, es ist so bei den zwölf Bewohnern haben wir immer eine Pflegefachkraft vorrätig plus eine Hilfskraft, eine Krankenschwester oder Krankenpfleger und eine Dame im Team ist gerontopsychiatrisch entsprechend ausgebildet. ... Die decken den Dienstplan ab. Nachts wird das vom ganzen Haus abgedeckt. Weil es einfach personell nicht anders geht. Und unten (im Kellergeschoss) werden auch die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen.

Es wird so sein, oder ich sage immer, wenn man von dieser Tür kommt, das ist quasi eine große Familie. Auch die Servicekraft gehört einfach mit dazu. Mit zum Team. Das ist ein Team, die sich um diese 12 Bewohner kümmern. Der Soziale Dienst kommt punktuell von außen dazu. Die haben dann auch noch einmal entsprechend, ich glaube montags haben die immer Aktivitäten unten, wo auch dann mal Waffeln gebacken oder mal dies oder jenes gemacht wird. Oder wir sind mit denen auch zum Weihnachtsmarkt gefahren. Auch mit den Demenzerkrankten. So und das, das wird dann schon angeboten. Punktuell. (698-721).“

Gibt es fachspezifische, gezielte Angebote zur Förderung der Kognition von Demenzkranken? Werden bestimmte geriatrische Assessments eingesetzt, um zunächst überhaupt mal zu schauen, wo sich der demente Mensch befindet?

„Das haben wir. Wie gesagt, wir sind da auch noch eine Einrichtung, die haben wir jetzt, im Juni sind wir eingezogen, im August haben wir den Wohnbereich eröffnet. Seit Dezember ist entsprechend auch alles erst belegt worden. Wir haben ein Konzept geschrieben, so wie wir uns das vorstellen und sind im Moment in der Phase wo wir das nach und nach umsetzen wollen. Von basaler Stimulation. Wir haben unten einen Raum, der noch eingerichtet wird als Snozelenraum. Und solche Sachen (722-737).“

Aktuelle Situation im Jahr 2010

Die oben beschriebene Situation zur Versorgung demenzkranker Menschen im Beschützenden Bereich der Altenpflegeeinrichtung „Im Grünen“ scheint sich aktuell nicht signifikant verändert zu haben. Zumindest gibt der Transparenzbericht zur Qualitätsüberprüfung der Einrichtung von Dezember 2009 (für die Datenerhebung noch aktuell, da er zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit noch auf der Homepage des AOK Pflegeheimnavigators¹³ nachzulesen war) Anlass zu dieser Feststellung. Dabei hat das Pflegeheim „Im Grünen“ im Prüfbereich ‘Umgang mit demenzkranken Bewohnern’ die Note 4,5 erreicht.

¹³ Vgl. www.aok-pflegeheimnavigator.de

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, steht die Bewertungssystematik in der Fachöffentlichkeit in der Kritik und sollte nicht als allein geltende Leistungsbeurteilung der Einrichtung herangezogen werden. Dennoch hinterlässt die Qualitätsbewertung Hinweise auf gewisse Defizite in der Erbringung der durch das Pflegeversicherungsgesetz geforderten vollstationären Leistungserbringung. Im Einzelnen wurden im Demenzbereich der Pflegeeinrichtung „Im Grünen“ die Kriterien zum Qualitätsprüfbereich B 2 ‘Umgang mit demenzkranken Bewohnern‘ wie folgt bewertet:

Pflegeteam „Im Grünen“
Stand 09/2010

Nr.	Kriterium (In Klammern ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen angegeben, bei denen dieses Kriterium geprüft werden konnte.)	Ergebnis (Note)
36	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt? (5)	3.4
37	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen? (2)	5.0
38	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt? (5)	3.4
39	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? (5)	4.8
40	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	1.0
41	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	1.0
42	Gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?	5.0
43	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z. B. Fotos, gearbeitet?	5.0
44	Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung? (5)	1.9
45	Gibt es bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	5.0
Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich		4.5*
<small>*Die Bereichsnote ergibt sich aus den Mittelwerten der Punktebewertung der Einzelkriterien.</small>		

Abbildung 23: Auszug aus dem Pflegetransparenzbericht zur Pflegeeinrichtung „Im Grünen“ 9/2010: Qualitätsbereich B2/ Umgang mit demenzkranken Bewohnern (Quelle: www.aok-pflegeheimnavigator.de)

Die hier durch den MDK im Auftrag der Kostenträger bewerteten Einzelkriterien spiegeln ein ähnliches Bild zur Versorgungs- und Betreuungssituation der Demenzkranken im Beschützenden Bereich der Pflegeeinrichtung „Im Grünen“ wieder, wie dies bereits zum Zeitpunkt des Expertengesprächs im Jahr 2008 vorgefunden wurde.

Qualifikationsmatrix und Qualifizierung

Bezüglich der Qualifikationsmatrix und Qualifizierung befindet sich die Einrichtung seit der Übernahme des kommunalen Eigenbetriebes noch immer in einem internen Umstrukturierungsprozess, der die Weiterentwicklung der fachlichen Qualität im Haus vorantreiben soll. Dies ist ein besonderes Anliegen der Heimleitung. Immer wieder kommt Herr Metzler im Verlauf des Interviews auf die Themen Qualifikation und Qualifizierung zu sprechen: „...*die haben das abgegeben, mit der Maßgabe, dass wir alle Mitarbeiter übernommen haben. Alle die da waren. Ich sage immer, alle Guten, alle Schlechten (140-171).*“

Das Qualifikationsprofil

„...Wir hatten personell mit einer hohen Bereichsleitung schon Probleme, das hat uns auch noch mal ein ganzes bisschen runter gezogen. Da hat es aber dann einen Wechsel gegeben. Da haben wir noch mal einiges verändert. Mussten an der Personalstruktur arbeiten. Seit dem merkt man schon gleich, dass es die richtige Veränderung war. Und seitdem geht es jetzt auch aufwärts (172-178).“

Zusätzlich wurde die gesamte Personalstruktur einer längerfristigen Revision unterzogen, bevor sich auch von Mitarbeitern getrennt wurde, die für die neue Ausrichtung der Arbeit in der Einrichtung aus der Sicht von Herrn Metzler nicht mehr tragbar waren. Dazu Herr Metzler weiter:

„Wir haben erst einmal versucht und sind auch vorsichtig daran gegangen, weil natürlich auch Ängste bei Mitarbeitern sind. Man muss sich kennenlernen. Die müssen uns als neue Führung kennenlernen, umgekehrt müssen wir auch die einzelnen Mitarbeiter kennenlernen. Wir müssen uns ein Bild von deren Leistung machen.

Ein Bild auch von der, von der Versorgung der Bewohner, da sind schon so die ersten Monate irgendwo in's Land gegangen. Es waren viele Leute krank, wir mussten schon sehr viel Urlaub mit übernehmen, der einfach noch bestand. ...und ich habe mir dann natürlich auch in dieser Phase die Leitungsfunktionen, vielmehr auch die Personen angeguckt, die in diesen Funktionen drin waren. Das hat sich dann so (gedehnt gesprochen) mittlerweile ergeben von den drei Wohnbereichsleitungen, der PDL (Pflegedienstleitung), die es dort gab, gibt es nur noch eine Wohnbereichsleitung, die wir übernehmen konnten, weil die einfach von ihrer Qualität zu gebrauchen war. Den anderen mussten wir sagen, tut uns leid, Sie sind nicht die Personen, die wir uns vorstellen. Und die sind halt jetzt in anderen Funktionen. Die PDL ist jetzt als Wohnbereichsleitung in einer anderen Funktion im Hause, nicht bei uns, aber wo anders tätig. Das war auch einfach, schon mal geguckt, von oben, wie sind die einzelnen Stellen besetzt. Mit welchen Personen können wir das letztendlich umsetzen. Und auch die für die Hauswirtschaft tätig war. Wir haben es versucht, mit Gesprächen, aber die waren mit den Dingen, so wie wir als Träger auch das von unserem Träger so vorgeben, waren die letztendlich einfach überfordert mit den Dingen. ...Ich denke so im Nachhinein, waren das schon auch die richtigen Entscheidungen (374-411).“

Nach einer Klärung der hausinternen Personal- und Leistungsstruktur sind für die neue Einrichtung nunmehr alle Funktionsbereiche der Einrichtung mit den jeweiligen Tätigkeitsmerkmalen und konkreten Anforderungen an die Stelleninhaber beschrieben. Den höchsten Qualifikationsabschluss hat die diplomierte Sozialpädagogin im 'Sozialen Dienst'. Der Heimleitung, wie auch die Pflegedienstleitung der Einrichtung, kommen beide aus der Krankenpflege. Insbesondere Herr Metzler identifiziert sich auch in seiner Funktion als Heimleiter noch immer sehr stark mit seiner Tätigkeit als Krankenpfleger im Krankenhaus: „...da ist irgendwo die Krankenpflege, die Diagnostik, die Medizin. Hat einfach ein höheres Ansehen (201-204)“.

Qualifizierung

„Und das habe ich dann auch so tatsächlich erlebt, dass Altenpfleger, da war ja die (kurze Redepause) Ausbildung so mehr auf Betreuung ausgerichtet, in der Vergangenheit.“

Inzwischen ist das ja alles ein bisschen anders geworden und da war für mich einfach wichtig, da muss unbedingt, ja da muss durch Weiterbildung, Fortbildung einfach mehr Kompetenz zu den einzelnen Menschen transportiert werden, um vielleicht mit Krankheitsbildern oder mit Situationen besser umgehen zu können, um da auch entsprechend zu agieren, zu reagieren, wenn die Situation X eintritt... (204-213). Müssen ja viel mehr Behandlungspflege und diesen ganzen Pack können. Das kann ich ja letztendlich nur mit motivierten kompetenten Mitarbeitern, die halt diesen Aufgaben gewachsen sind, auch das auch ableisten. ...es muss an diesen Dingen noch ganz intensiv gearbeitet werden (216-228).“

Also fokussiert dann auch im Bereich der Behandlungspflege?

„Behandlungspflege... . Sterilität. Wie mache ich einen Verbandswechsel, ja. Wie gehe ich mit aseptischen, septischen Dingen um. So diese Bandbreite (229-241).“

Hier ist Herrn Metzler immer wieder anzumerken, wie sehr er sich mit der Rolle des Krankenpflegers identifiziert. Er leitet aber jetzt eine stationäre Altenpflegeeinrichtung, wo Behandlungspflege zwar einen wichtigen Stellenwert neben vielen anderen Handlungsschwerpunkten im Heimbetrieb einnimmt, wo Behandlungspflege aber in dem von Herrn Metzler beschriebenen Maße zum primären Handlungsauftrag einer Altenpflegeeinrichtung gehört. Vielmehr steht der psychosoziale Betreuungsauftrag im Vordergrund, die Betreuung von demenzkranken, depressiven und anderen gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen, die eine ständig wachsende Zielgruppe in den Einrichtungen der Altenhilfe darstellen und alle Mitarbeitenden vor immer größere Herausforderungen in der täglichen Beziehungsarbeit mit den Bewohnern und deren Bezugspersonen stellt. Daher gehören diese Aspekte auch seit einigen Jahren zentral zur Ausbildung von Altenpflegefachkräften, die sich zugleich genau deswegen durch eine gezielte curriculare Schwerpunktsetzung in Bezug auf die Beziehungsarbeit in den Ausbildungsinhalten von der der Krankenpflegeausbildung unterscheidet. In der Pflegeeinrichtung „Im Grünen“ arbeiten sowohl Alten- als auch Krankenpflegefachkräfte. Zu der Frage, ob in seinem Haus mehr Krankenpflegekräfte als Altenpfleger eingesetzt sind nimmt Herr Metzler wie folgt Stellung:

„Wir haben sowohl als auch. Obwohl Altenpflege noch überwiegt. Oh ja, und da habe ich jetzt auch keine Probleme mit, dass es noch überwiegt und ich denke, wir bilden ja auch aus (242-249).“

Im Rahmen der novellierten Ausbildungsverordnung für die Alten- und Krankenpflege im Jahr 2003 hat sich Herr Metzler intensiv mit den curricularen Inhalten beschäftigt. So engagiert sich die Einrichtung auch seit einiger Zeit in der Ausbildung von Altenpflege- und Krankenpflegekräften.

„Wir sind ja auch Ausbildungsbetrieb. Und ich habe mich auch ganz intensiv, ab 2003 mit der neuen Ausbildungsverordnung beschäftigt. Ich habe zum Beispiel in einer Projektarbeit mit allen Praxisanleitern des Trägers, sind ja einige Einrichtungen, haben wir ein Konzept, ein Curriculum geschrieben, wo die Praxis sich wiederfindet. Weil wir ja laut diesem Gesetz über die Ausbildung zur Altenpflege, sind wir als Einrichtung ja gehalten, ein Konzept vorzuhalten, wo wir zeigen, das kann der Schüler bei uns lernen und das entsprechend dann auch durch Beurteilungen bescheinigen und dass er so gewisse Kataloge abarbeitet. Das habe ich entwickelt (250-334).“

Ob das Curriculum mit den Schulen abgestimmt ist, beantwortet Herr Metzler nachstehend :

„Also, das habe ich denen vorgegeben und die Schulen waren jetzt ja einmal gefordert. Und wenn es dann kam ist gut, aber wir wollen aber auch unser Ding haben, ja. Das wollen die auch haben. Aber nichtsdestotrotz haben wir gesagt, dann müssen wir halt doppelgleisig fahren. Wir wollen das, wir suchen uns jetzt Schüler aus. Wir wollen den so beurteilen, haben aber auch kein Problem damit, wenn das so eine ganz dicke Mappe ist. Und das war schon sehr sehr viel Arbeit und ich hab da schon gesehen, wie, ja wenn wir in die Ausbildung gehen, dass es da ja im Grunde schon anfängt, kompetente Menschen in der Altenpflege großzuziehen, für die Zukunft (250-334).“

Deutlich wird hier, dass Herr Metzler als Vertreter einer stationären Altenhilfeeinrichtung und als Kooperationspartner in der Ausbildung von Alten- und Krankenpflegern auch selbst über die curricularen Inhalte entscheidend mitbestimmen möchte,

da die Pflegeeinrichtungen als Praxisbetriebe aus seiner Sicht sehr wohl beurteilen könnten, welche Ausbildungsinhalte für eine spätere Tätigkeit als staatlich anerkannter Kranken- und/oder Altenpfleger relevant erscheinen, um den Anforderungen an eine qualifizierte Berufsausübung in diesem Handlungsfeld auch gerecht werden zu können.

„...Wir haben zwei Schüler. ... Einen haben wir im Herbst und einen zweiten haben wir jetzt seit Januar, der aus einem anderen Pflegeheim zu uns gekommen ist, da er da nicht mehr zurecht kam. Haben wir übernommen. ... Und im Herbst nehmen wir wieder den nächsten Schüler. Das passt schon, auch als Ausbildungsbetrieb fungieren zu können (250-334).“

Nachwuchs auszubilden ist dem Heimleiter sehr wichtig:

„Mir ist es schon ein besonderes Anliegen. Ich nehme auch diese Menschen, ja sag ich mal, um die auch an diesen Beruf heranzuführen. Weil, wie gesagt, gibt es die demografische Entwicklung. Es gibt weniger, ja, Kinder, die geboren werden und ob in Zukunft vielleicht mal alle in diese Berufe wollen. Wer geht schon gerne in die Pflege rein? Ich meine, so reizvoll ist dies ja letztendlich nicht (250-349).“

Altenhilfepolitische Situation in der Region

Zur altenhilfepolitischen Situation in der Region berichtet Herr Metzler, dass seine Einrichtung mit anderen Institutionen wie Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen in Kontakt steht, um die Zusammenarbeit zunächst mit den handelnden Akteuren im Feld der Altenhilfe aufzubauen. Dies brauche aber auch noch Zeit:

„Wir arbeiten mit der geschlossenen Abteilung des Kreiskrankenhauses, Kreisklinikum zusammen, weil wir dort auch Bewohner übernommen haben. Ehemalige Patienten. Sind auch mit dem Sozialen Dienst dort im Gespräch. ... Wir haben einen Neurologen, der uns regelmäßig besucht.... Und sind auch dabei oder haben auch schon Kontakte zur Alzheimer Gesellschaft. Und sind dabei, auch Gruppen von außen halt in die Einrichtung zu holen... (752-778).“

Wie gesagt wir sind noch im Aufbau, in der Findungsphase und das muss man irgendwo immer noch berücksichtigen. Und das dauert einfach (779-797).“

An Arbeitstreffen, die durch den Kreis- oder die Stadtverwaltung organisiert und durchgeführt wurden, hat Herr Metzler noch nicht teilgenommen.

Zusammenfassung des Interviews mit Herrn Metzler

Herr Metzler hat im Interview mit seiner fachlichen Expertise als Krankenpflegefachkraft die innere Organisation einer stationären Pflegeeinrichtung in den Vordergrund gestellt. Dabei ist an verschiedenen Stellen im Verlauf des Interviews deutlich geworden, dass Herr Metzler über eine hohe Identifikation als Krankenpfleger verfügt. Diese Wahrnehmung spiegelt sich auch in seiner jetzigen Tätigkeit als Heimleiter wider, in der er sich besonders in der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung von Altenpflege- und Krankenpflegekräften engagiert. In der konzeptionellen Ausrichtung der Versorgungsstruktur des Altenpflegeheims hat Herr Metzler an sich selbst und an die Einrichtung den Anspruch, mehreren Zielgruppen zugleich ein bedarfsgerechtes, pflegerisches und betreuungsbezogenes Angebot zu unterbreiten. Dabei geht es ihm besonders um junge, pflegebedürftige Menschen, für die er eine angemessene Versorgungsstruktur im Altenpflegeheim vorhalten möchte.

6.2.4. Monografie „Herr Mettmann“

Zur Person von Herrn Mettmann

Das Altenpflegeheim „Mittendrin“ wird seit 2005 von dem gelernten Krankenpfleger Herrn Mettmann geleitet. Er ist Mitte 50 und trägt am Tag des Interviews einen dunkelblauen Anzug mit einem hellblauen Hemd und einer blaurot - gestreiften Krawatte. Herr Mettmann sagt von sich selbst, dass er „... eine lange Biografie...“ (56-121) habe. Sie beginnt mit 14 Jahren in Baden-Württemberg:

„Ich bin mit 14 Jahren im Beruf eingestiegen als Textilgroßhandelskaufmann, bin dann zur Bundeswehr, habe da Lagerverwalter gelernt und bin dann mit 21 Jahren

aus der Bundeswehr raus und habe mich neu orientiert. Habe umgeschult zum Krankenpfleger. Dann, das war in Rheinland-Pfalz, dann von Baden-Württemberg in diese Stadt und habe 1981 in dem zum Träger zugehörigen Krankenhaus da angefangen und da war Ziel immer Unterrichtspfleger. Damals hieß es noch Unterrichtspfleger. Dann habe ich einen Stationsleitungslehrgang gemacht und dann 1991 bis 1996 bin ich dann in die Krankenpflegeschule als Unterrichtspfleger und habe dann meine Ausbildung zum Lehrer für Pflegeberufe 1991 bis 1993 in (Ort) gemacht damals. ... Ja, dann bin ich zurück ins Krankenhaus und war dann noch eineinhalb Jahre tätig und dann war in der Zeit hier diese Pflegedienstleitungsstelle frei und wurde zunächst mal auch ausgeschrieben. Der Herr (Name) (ehemaliger Pflegedienstleiter) hat sich wieder an seine Pfarrei zurückintegriert. Der Herr (Name) ist dann Heimleiter geworden. Und dann brauchte er einen Pflegedienstleiter und wir standen vor dem Krankenhaus und habe mich auch hierfür beworben und ja, ich habe es nicht bereut und bin dann jetzt seit drei Jahren Heim- und Pflegedienstleiter (56-121).“

Zu der Frage, ob Herr Mettmann die Weiterbildung zur Heimleitung dennoch machen musste, erklärte er:

„Doch, die musste ich machen. Sind die Gesetze so auch von der Heimaufsicht, die haben, haben gesagt, gut ich habe zwar eine kaufmännische Ausbildung, von der anderen Seite her, aber die pädagogische Befähigung nicht, nach dem Sinne des Heimgesetz den Heimleiterlehrgang nicht. Also musste ich den auch noch machen (56-121).“

Herr Mettmann ist beruflich geprägt durch eine längere berufliche Tätigkeit als Krankenpfleger im Krankenhaus. Auch in seiner jetzigen Heimleitertätigkeit schwingt immer noch sein Interesse am Bereich der Unterrichtspflege mit, indem er in den 1990er Jahren eine Weile an der ebenfalls zur Trägerorganisation gehörenden Krankenpflegeschule tätig war.

Baugeschichte der Einrichtung

Die Anfänge als Altenheim

Der Chronik des Altenpflegeheims „Mittendrin“ ist zu entnehmen, dass die Einrichtung seit 1929 an diesem Standort besteht und das älteste Seniorenheim der Untersuchungsstadt ist. *„In den vergangenen Jahren war es ein Haus, in dem immer etwas passierte.“*¹⁴

Ebenfalls historisch gewachsen wurde das christlich geprägte Altenheim im Laufe der Jahrzehnte kontinuierlich weiterentwickelt und modernisiert. Die letzte große Umbaumaßnahme erfolgte 1993/1994, um die Einrichtung den gewachsenen Anforderungen an die 3. Generation im Pflegeheimbau anzupassen und die bis dahin immer noch vorhandenen Doppelzimmer in Einzelzimmer umzuwandeln. Schließlich wolle man auch den verbliebenen Altenheimbereich in einen zeitgemäßen Altenpflegebereich überführen.

Nutzung vollstationäre Pflege

Durch die im Laufe der Jahrzehnte kontinuierlich durchgeführten Baumaßnahmen war der Einrichtungsträger in der Lage, mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 für alle 119 Plätze im heute bestehenden Altenpflegeheim „Mittendrin“ einen Versorgungsvertrag über die vollstationäre Leistungserbringung nach den einschlägigen Vorgaben durch das Pflegeversicherungsgesetz ohne Einschränkung abzuschließen.

„Wir haben 119 Bewohner. Sind auf vier Wohnbereiche eingeteilt (982-991).“

Ob diese alle als Pflegeheimplätze anerkannt sind, wollte ich noch wissen. *„Ja (982-991).“*

Ein anerkannter Pflegeschwerpunkt wurde mit dem Abschluss des Versorgungsvertrages zwischen den Vertragsbeteiligten nicht vereinbart.

¹⁴ Chronik des Altenpflegeheims „Mittendrin“ zum 70-jährigen Bestehen

Bewohnerstruktur

Die Pflegeeinrichtung „Im Grünen“ nimmt nach den Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftige alte Menschen mit multimorbiden Erkrankungen in allen Pflegestufen auf. Darüber hinaus hat sich die Einrichtung auf zwei besondere Bewohnergruppen eingestellt, allerdings nicht als gesondert anerkannte und dadurch auch finanziell besser ausgestattete Pflegeschwerpunkte im Sinne des Gesetzgebers.

Diese durch das SGB XI definierte Unterscheidung scheint Herrn Mettmann im Augenblick des Interviews jedoch nicht vor Augen zu sein. Als er nach der Vorhaltung eines pflegerischen Schwerpunktes gefragt wird, antwortete er:

„Ja, inzwischen zwei. Wir haben den gerontopsychiatrischen Bereich. Das ist ein Schwerpunkt, der vor sechs Jahren aufgebaut wurde. Und jetzt den neuen Bereich mit neurologischen Bewohnern (753-762).“

Das heißt also auch Wachkoma-Patienten?

„Hatten wir, ja. Wobei jetzt, da jetzt haben wir zurzeit kein Wachkoma, aber wir haben eine Bewohnerin, die ist querschnittgelähmt bis zum Hals. Viele Schlaganfälle, Multiple Sklerose, ja und Morbus Parkinson (753-762).“

Mit dieser Aussage verdeutlicht Herr Mettmann, dass es sich bei den genannten Erkrankungsbildern um die klassischen Typen handelt - abgesehen von der Wachkomaerkrankung, die wir immer wieder in Altenpflegeheimen antreffen.

Konzeptionelle inhaltliche Ausrichtung

Wie bereits erläutert bildet der mit den Kostenträgern vereinbarte Versorgungsvertrag über die Erbringung vollstationärer Pflegeleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz die Rahmenstruktur der inhaltlichen konzeptionellen Arbeit in der Einrichtung.

Erste zertifizierte Einrichtung nach DIN EN ISO 9001 in Deutschland

Zusätzlich hat sich die Einrichtung „Mittendrin“ unmittelbar nach der Einführung der Pflegeversicherung für stationäre Pflegeeinrichtung auf den Weg zur Qualitätssicherung begeben, indem sie sich als erste Altenpflegeeinrichtung in Deutschland überhaupt nach der DIN ISO 9001¹⁵ hat zertifizieren lassen.

„Ja genau. Richtig, wir waren die erste Einrichtung in Deutschland, die nach DIN 9001 zertifiziert worden ist (128-133).“

Bezieht sich diese Zertifizierung auch auf pflegfachliche und betreuungsbezogene Inhalte?

„Ja weil da haben wir Standards und wir haben Verfahrensanweisungen, die sich in den Bereichen von der Verwaltung, gruppenübergreifender Dienst und die Pflege hineinziehen. Sodass wir für jeden Bereich, da wo Knackpunkte sind eine genaue Beschreibung haben, wie im Moment, ja Ganzwaschung, in meiner speziellen Situation, wie das auszusehen hat. Was muss ich dafür vorbereiten, um das Ziel dann entsprechend zu erreichen.“

Die Standards, die Herr Mettmann meint, sagen jedoch noch nichts über die eigentliche Qualität der Leistungserbringung aus. Dies ist auch nicht die Zielsetzung der DIN ISO - Zertifizierung. Die Norm verlangt lediglich, dass geeignete Standards zur Leistungserbringung durch die Einrichtung erstellt werden. Diese müssen jeweils dem aktuellen Stand entsprechen. Die Beurteilung der Leistungserbringung durch die Einrichtung findet dabei keine Berücksichtigung.

¹⁵ Die Normenreihen DIN ISO 9000-9004 stellen gemeinsam ein abgestuftes System dar, in dem Richtlinien für ein Qualitätsmanagementsystem nach dem jeweils aktuellen Stand mit der Zielsetzung gesetzt werden, beschreibend und erklärend darzustellen, was die Einrichtung unter ihrem Qualitätsmanagementsystem versteht. Dabei sollen keine QM-Systeme genormt werden, sondern ein Leitfaden zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung eines QM-Systems gegeben werden, um damit umfassend die trägerspezifische Sorgfaltspflicht bezüglich der Qualitätssicherung beschreiben zu können. Anhand dieser Strukturierung sollen Anwender dieser Normenreihe in die Lage versetzt werden, eine Auswahl für die Erarbeitung eines einrichtungs- bzw. organisationsspezifischen QM-Systems zu treffen. Die Normenreihe heißt konkret DIN EN ISO, wobei DIN für die nationale Normenstelle, EN für die europäische und der dritte Teil für internationale Normenorganisation (International Standard Organisation) steht (vgl. D'Arrigo, Diplomarbeit, 2005, Universität Siegen, S. 25).

Exkurs: Zugelassene Pflegeeinrichtungen sind gemäß § 112 SGB XI verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachte Dienstleistungsqualität nachzuweisen. Mit dem im Jahr 2008 in Kraft getretenen Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurden das interne Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen sowie die externe Qualitätssicherung grundlegend weiterentwickelt. Bei der Entwicklung von Qualitätsmanagementsystemen, wie sie in den Segmenten der Altenhilfe laut Pflegeversicherungsgesetz umgesetzt werden müssen, unterscheidet der Qualitätsbegriff drei Dimensionen, die auf Avedis Donabedian (vgl. Julio, F., 2000) zurückgehen. So differenziert Donabedian die Dimensionen in die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität:

*„In der Dimension der **Strukturqualität** werden die Rahmenbedingungen beschrieben, die für die Leistungserbringung unmittelbar benötigt werden. Hier gehören die Ressourcen, d.h. die physische und die organisatorische Umgebung der Leistungserbringung ebenso wie die organisatorischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen dazu. Es müssen somit auch sogenannte Strukturstandards definiert werden.*

*Bezogen auf die Dimension der **Prozessqualität** werden die Abläufe der Pflege zusammengefasst. Maßgebend ist hierbei insbesondere die Orientierung an festgelegten Prozessstandards. Es wird nach der konkreten Leistungserbringung gefragt.*

*In der Dimension der **Ergebnisqualität** konzentriert sich zielgerichtetes und qualitätsorientiertes Handeln auf die Wirkung der Leistung, die als wichtiges Kriterium für die Beurteilung des Managementsystems gilt. Der Grad der Gesundheit und Zufriedenheit der Leistungsnehmer wird mit Hilfe von zuvor festgelegten Ergebnisstandards gemessen, wie auch die Erreichung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der erbrachten Leistung“ (vgl. D’Arrigo, 2005, S. 20-21).*

Diese von Donabedian definierten Qualitätsdimensionen sind analytisch betrachtet getrennte Kategorien, die allerdings in Interdependenz zueinander stehen.

Bezogen auf diese drei Qualitätsdimensionen schließen die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Sozialhilfeträger sowie die Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des MDK und weiterer externer unabhängiger Sachverständiger gemeinsam und einheitlich gemäß §§ 113, 114 SGB XI Vereinbarungen über Grundsätze und Maßstäbe für Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsprüfung und Qualitätsmanagemententwicklung ab.

Pflegetheoretische Grundlage

Die Fördernde Prozesspflege nach Krohwinkel ist das pflegetheoretische Konzept, an dem sich die pflegefachliche Leistungserbringung im Pflegeheim „Mittendrin“ orientiert. Herr Mettmann berichtet dazu:

„Pflegetheoretisch haben wir eine Einbeziehung von der Konzeption her. Ich sage eher Konzept, viele sagen Theorie. Für mich ist es nach wie vor ein Konzept von den AEDL's von Krohwinkel. Ja, und der Pflegetheorie von Orem¹⁶ (512-631).“

Herr Mettmann verdeutlicht nochmals, dass in der Einrichtung nach Krohwinkel und nach Orem gearbeitet wird.

„Ja. ... wir haben das uns auf die Fahne geschrieben. ‘Hilfe zur Selbsthilfe‘, wie, wie macht man das. Ich habe zumindest in der damaligen Zeit, wo wir uns als Unterrichtskräfte über diese Unterschiede in den Pflegetheorien unterhalten haben, da war das in der Krankenpflege, oh je. Da gibt es ja so viele Pflegetheorien. Was sollen wir denn, wie soll man das denn umsetzen? In der Krankenpflege werden diese Theorien hier in Deutschland nie umgesetzt. Geht gar nicht. Weil da haben wir ja die DRG's, die sind ja nur noch ein bis zwei Tage im Krankenhaus. Das heißt, wie will eine Schwester letztendlich dann diese Theorie, wenn sie sagt, sie richtet sich nach einer Theorie dann beim Patienten, das umsetzt.

¹⁶ Orem, Dorothea E., Krankenschwester, Pflegetheoretikerin, (1914-2007), Begründerin der Selbstpflegetheorie, 1957, vgl. www.pflegewiki.de

In der Altenpflege ist das möglich, aber da müsste das dann auch diese Theorie hergeben, wo wir sagen, wo ist die Selbsthilfe mit bei (512-631).“

Aufgrund der vorausgegangenen Erläuterungen von Herrn Mettmann stellt sich die Frage, wie lange bereits in der Einrichtung nach Krohwinkel und Orem gearbeitet wird und warum beide Konzepte gewählt wurden:

„Die Konzeption nach Krohwinkel haben wir deshalb gewählt, weil das das einzige Konzept war, was im Altenheimbereich sich auch neben den ADL's um die existenziellen Erfahrungen und die Wünsche und um die sozialen Beziehungen bemüht. Das ist in der Krankenpflege nicht mit drin. Also war das das Einzige, wo wir sagen können, gut, hier richten wir uns auch nach. Dann hat auch das, jetzt fällt mir der Name nicht ein, wie heißt das jetzt dort in der Altenhilfe (512-631).“

Meinen Sie das Kuratorium Deutsche Altershilfe?

„Das Kuratorium Deutsche Altershilfe. Die haben das ja auch aufgegriffen, die haben das auch publiziert und das weiter gemacht und auch gestärkt. Wir haben uns am Anfang auch dann dieses Konzept noch mal näher durchgelesen. Das ist ja noch nicht so alt. Dieses Konzept hat mir mal sehr gut gefallen und gedacht, das ist das Einzige, so was man sagen kann, hier können die Mitarbeiter sich anhand dessen eine Struktur erarbeiten und das Wissen. Und Orem habe ich durch meine Ausbildung so mit einbezogen (512-631).“

Noch Immer steht die Frage im Raum, seit wann in der Einrichtung nach Krohwinkel und Orem gearbeitet wird.

„Wir haben die im Konzept drin, seit 1998, 1999 (512-631).“

Die Pflegeeinrichtung „Mittendrin“ kombiniert demnach die von Herrn Mettmann benannten pflegetheoretischen Konzeptansätze nach Krohwinkel und Orem in der täglichen Arbeit mit den Bewohnern.

Pflegemodell im Demenzbereich

In Bezug auf die Versorgung von demenzkranken Bewohnern spricht Herr Mettmann von einem weiteren Pflegemodell, mit dem ebenfalls in der Einrichtung gearbeitet wird:

„Ja, da ist jetzt in diesem Jahr auch anders, wir haben darin auch ein geronto - psychiatrisches Konzept erarbeitet (777-787). ... Wir haben so angefangen, wir haben erst einmal uns Informationen aus ganz Deutschland geholt. ... Wir lehnen uns an den Weg an, den das Haus (Name einer anderen trägerinternen Einrichtung) in der Zwischenzeit gegangen ist. Das Haus hat zu mindestens eine feste Struktur nach der Theorie von Böhm aufgebaut (840-950).“

Offensichtlich bezieht die Einrichtung auch das psychobiografische Pflegemodell bei Demenzkranken mit ein. Herr Mettmann bejaht dies:

„Ja, von Professor Böhm und versuchen das zu integrieren. Dazu gab es auch so eine Fort- und Weiterbildung im Haus. ...Mit dem Institut von Böhm. Und sind jetzt von einem Wohnbereich in den zweiten Wohnbereich, haben diesen jetzt ausgeweitet. Also die haben das sehr gut gemacht und sehr viel Erfahrung jetzt damit gewonnen. Wobei wir hier uns nicht direkt an Böhm halten, sondern es wird wahrscheinlich hier eine Mischform werden zwischen Böhm und, jetzt weiß ich nicht genau, müsste ich oben noch mal nachfragen, Dementia Care Mapping (DCM)¹⁷, ja, jetzt fällt es mir ein. Das hatten wir bei uns zum Beispiel in unserem Pflegeleitbild mit drin. Wir machen es aber gar nicht. Wir können es ja nicht machen. Viel zu aufwändig. Also lässt sich in der Praxis gar nicht umsetzen.“

Ja, das heißt aber auch, dass mit Krohwinkel auch gearbeitet wird, frage ich nochmals nach.

„Ja. Ja, ja (840-950).“

¹⁷ Dementia Care Mapping ist ein Beobachtungsverfahren, das speziell für Menschen mit Demenz entwickelt wurde, bei denen Zufriedenheitsbefragungen nicht oder nur bedingt möglich sind (vgl. Kapitel 3 der Dissertation, Unterabschnitt 3.3.4)

Also gibt es eine Mischung zwischen der Fördernden Prozesspflege und dem psychobiografischen Modell nach Böhm im Demenzbereich?

„Ja (840-950).“

Sozialer Dienst/Begleitender Dienst der Einrichtung

Da es sich bei dem Altenpflegeheim „Mittendrin“ um eine Einrichtung handelt, die einen Versorgungsvertrag zur Erbringung vollstationärer Pflegeleistungen hat, werden auch Leistungen der sozialen Betreuung durch einen sogenannten gruppenübergreifenden Dienst erbracht. Dieser gruppenübergreifende Dienst ist organisatorisch dem Pflegebereich vollständig zugeordnet.

„... Das heißt, wenn ich mir Altenpflege vorstelle, gehört die Betreuung immer dazu. Die steht irgendwo immer in der Mitte. Aber die Betreuung, die muss auch eine therapeutische Betreuung sein. Nicht die Betreuung im Betüddeln. Das muss eine andere, muss eine andere halt sein. Und das sehe ich, da weiß ich nicht, da weichen die Schulen, die weichen davon ab. Die bilden zur Krankenschwester oder Altenpflegerin aus. Und die bilden sie nicht zur Fachtherapeutin für gerontopsychiatrische Arbeit aus. Und das vermisse ich einfach (364-389).“

Da für Herrn Mettmann zum beruflichen Auftrag der Kranken- und Altenpflege immer auch die Betreuung dazugehört, ist nachvollziehbar, dass der gruppenübergreifende Dienst im Pflegeheim im „Grünen“ zum Pflegebereich gehört. Zum gruppenübergreifenden Dienst gehören eine ausgebildete Sozialpädagogin, eine Ergotherapeutin und zwei angelernte Hilfskräfte. Sie sind für das Veranstaltungsmanagement in der gesamten Einrichtung zuständig. Im Demenzbereich ist der gruppenübergreifende Dienst bewusst nicht präsent, da das Betreuungssetting als integrierter Bestandteil durch die Adaption des psychobiografischen Pflegemodells bereits enthalten ist. Die strukturelle und inhaltliche Ausgestaltung des Tages wird durch alle Bereichsmitarbeiter koordiniert.

Sozialbetreuerische und/oder pflegerische Angebote

Zu den Aktivitäten gehören die Organisation und Durchführung von jahreszeitlich ausgerichteten Festen und regelmäßige themenzentrierte Gruppen- und Einzelaktivitäten sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung sowie die Angehörigenarbeit.

Als Beispiel für die Betreuung der Bewohner des Hauses führt Herr Mettmann die Methode der Zehn-Minuten-Aktivierung¹⁸ an, die für ihn in der fachlich angeleiteten Betreuungsarbeit einen hohen Stellenwert einnimmt.

„Wie schwer ist es hier bei den Pflegekräften diese Zehn-Minuten-Aktivitäten zu etablieren, sodass die diese auch umsetzen. Die Zehn-Minuten-Aktivierung ist eine Methode von Schmidt-Hackenberg, die den alten Menschen mit einbezieht, mit hinein, dass auch der alte Mensch, der sehr viel Erinnerung an früher hat, dadurch in Kontakt kommt. Und um jetzt Kontakt zu ihm zu bekommen oder sich wohl zu fühlen, ja zur Vergangenheit und zur Gegenwart diesen Kontakt zu knüpfen. Dies ist möglich, indem ich ihn über ein ganz bestimmtes Thema, wie zum Beispiel Knöpfe, Schuhe, Taschentücher oder sonstiges, in den Mittelpunkt stelle. Dafür haben wir solche Kisten. In jeder Kiste gibt es die unterschiedlichsten Knöpfe von früher (226-232).

Als weiteres Beispiel führt der Heimleiter Bewegungsübungen an, die durch alle Mitarbeiter, im Rahmen der Zehn-Minuten-Aktivierung erbracht werden sollen. Herrn Mettmann missfällt die Tatsache, dass im Zuge der Ausbildung von Pflegefachpersonal aus seiner Sicht nicht ausreichend auf die Erbringung von Betreuungsleistungen vorbereitet wird:

„... Da muss ich so ansetzen, was ich für therapeutische Mittel habe. Aber das ist ein langer Weg, da müssen die Kräfte erst einmal gedanklich dahinter kommen. Deswegen sage ich, ist noch ein steiniger Weg (438-453).“

¹⁸ Aktivierungsmethode von Schmidt-Hackenberg, Ergotherapeutin

Dieser Einwand von Herrn Mettmann impliziert zugleich eine fachliche Kritik an der Kranken- und Altenpflegeausbildung insgesamt.

Versorgung demenzkranker Menschen in der Einrichtung

Dass es im Altenpflegeheim „Mittendrin“ einen fachlich ausgewiesenen Demenzbereich gibt, ist bereits deutlich geworden. Zu ergänzen ist an dieser Stelle, dass es sich dabei um einen offenen Bereich mit 32 Pflegeplätzen handelt, in dem keine Türen abgeschlossen werden.

Umsetzung des demenzspezifischen Konzepts

In diesem Kontext hat der Heimleiter auch bereits auf die Anwendung des Psychobiografischen Pflegemodells nach Böhm aufmerksam gemacht. Um eine Übersicht zu den dort vorhandenen Krankheitsbildern zu bekommen, bitte ich Herrn Mettmann um eine Beschreibung der Klientel, die sich in diesem gerontopsychiatrischen Böhm-Wohnbereich aufhält:

„Zunächst mal sind es Bewohner mit fortschreitender Demenz bis zur aggressiven Demenz. Dann hin zum hirnorganischen Abbausyndrom, Bewohner mit Alzheimererkrankungen. Eine Bewohnerin mit einer Schizophrenie und jetzt so weitere Differenzierungen müsste man jetzt noch mal sehen, was andere jetzt noch alles feiner ausdifferenzieren (777-787).“

Und wie unterscheidet sich die Arbeit in diesem gerontopsychiatrischen Bereich von den anderen Bereichen?

„Ja, da ist jetzt in den letzten Jahren auch ein gerontopsychiatrisches Konzept damals erarbeitet worden. Dieses Konzept ist von einer Mitarbeiterin erarbeitet worden. Wir haben so angefangen, wir haben uns erst einmal in ja drei Stunden, vier Stunden uns nur mit diesen Bewohnern auseinandergesetzt. Dann wurde daraus eine Frühstücksgruppe. Aus der Frühstücksgruppe wurde dann nach zwei Jahren eine Tagesgruppe. Von Montag bis Freitag. Und das war dann auch nicht mehr ausreichend und da wurde aus der Tagesgruppe dann ein Wohnbereich.“

Mit einem Anteil der Mitarbeiter, wo wir dieses gerontopsychiatrische Konzept erarbeitet haben. Mit einer Tagesablaufstruktur, Realitätsorientierungstraining¹⁹ (ROT) wurde da implementiert und eine Struktur für jeden Bewohner selbst. Dass er an jedem Tag auch gleiche Ansprechpartner hat. Es wurde noch ein Ziel verfolgt, ... dass alle Mitarbeiter in diesem Bereich im Rahmen einer Inhouse-Schulung durch das Institut von Böhm in das Psychobiografische Pflegemodell eingeführt wurden (840 -950).“

Die Beschreibung von Herrn Mettmann zur Entstehung dieses Demenzwohnbereiches zeigt auf, dass dieser Prozess einen intensiven Diskurs, angefangen von der Leitung über alle beteiligten Mitarbeiter mit dem Thema Demenz benötigt und voraussetzt, um schließlich zu einem fachspezifischen Handlungsansatz wie in der Pflegeeinrichtung „Mittendrin“ zu gelangen. Auch wird dadurch impliziert, dass dieser Prozess fortwährend evaluiert werden muss.

Aktuelle Situation im Jahr 2009/2010

Der durch die Einrichtung betriebene Aufwand für die Verbesserung der Versorgungsqualität für Demenzerkrankte im stationären Pflegebereich ist aktuell durchaus immer noch gerechtfertigt, zumindest ist diese Feststellung aus dem Ergebnis des Pflegetransparenzberichts über die durchgeführte Qualitätsüberprüfung durch den MDK im September 2009 so abzuleiten. Demnach ist das Pflegeheim „Mittendrin“ im Qualitätsprüfbereich B 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ mit einer 3,0 bewertet worden.

¹⁹Vgl. www.wikipedia.org., ROT ist ein von Taulbee und Folsom entwickeltes nichtmedikamentöses Verfahren zur Betreuung dementiell Erkrankter zur Verbesserung der räumlichen, zeitlichen, situativen und personenbezogenen Orientierung (vgl. Kapitel 3)

Pflegeheim
„Mittendrin“
Stand 09/2010

Kriterium	Ergebnis (Note)
Wie oft wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Pflegegestaltung berücksichtigt?	5.0
Wie oft werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?	4.1
Wie oft wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?	5.0
Wie oft wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	4.8
Wie oft sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	1.0
Wie oft sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	1.0
Wie oft gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?	1.0
Wie oft wird mit individuellen Orientierungshilfen, z. B. Fotos, gearbeitet?	1.0
Wie oft werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	4.8
Wie oft gibt es bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	1.0
Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich	3.0*
Die Bereichsnote ergibt sich aus den Mittelwerten der Punktebewertung der Einzelkriterien.	

Abbildung 24: Auszug aus dem Pflegetransparenzbericht zur Pflegeeinrichtung „Mittendrin“ 9/2010, Qualitätsbereich B2/Umgang mit demenzkranken Bewohnern (vgl. www.aok-pflegeheimnavigator.de)

Qualifikationsmatrix und Qualifizierung

Die Themen Qualifikation und Qualifizierung sind Herrn Mettmann im Laufe seiner beruflichen Tätigkeit eigen geworden.

„Ich wollte schon vor zehn Jahren Lehrer für die Praxis sein und werden und habe alles in die Wege geleitet mit Praxisanleitungsaufbau, mit Ordnen und dort, wo ich Pflegedienstleitung war, habe ich die mitgenommen, in den unterschiedlichen Einrichtungen. Und dann hatte ich irgendwann keine Geduld mehr und deswegen bin ich dann auch umgesprungen hier in das Heim (163-174).“

Geblieden ist Herrn Mettmann offensichtlich das Interesse an den Themen Fort- und Weiterbildung sowie Qualifizierung.

Qualifikationsprofil

Auf Nachfrage berichtet Herr Mettmann zum Qualifikationsprofil, welches er sich für die Pflegeeinrichtung „Mittendrin“ wünscht:

„Ein Profil, wenn man jetzt so ein Profil von der Altenpflege oder von der Profession her geht, sicherlich jetzt das Fachwissen in, ja in den Grundarten der Psychologie und so weiter und sofort. Krankheitslehre, aber auch ein Profil, wo man die Möglichkeit hat, sich zur Fachaltenpflegerin ausbilden lassen zu können. Also, ein Profil der Flexibilität. Auf der einen Seite ein Stückchen, also eine Mischung, also ich sage mal Altenpflege steht für mich zur Zeit auf vier Pfeilern. Das ist die Gerontopsychiatrie, das ist die Rehabilitation mit und/oder neurologischen Erkrankungen, die innere Medizin und die Onkologie. Diese vier Bereiche so (348-363).“

Derzeit lässt sich das Qualifikationsprofil für die Einrichtung von Herrn Mettmann wie folgt abbilden:

Herr Mettmann als Heimleiter hat eine volle Stelle und ist von seiner Ausbildung her staatlich anerkannter Krankenpfleger. Die Pflegedienstleitung, ebenfalls Krankenpflegerin, die zusätzlich noch über ein abgeschlossenes pflegewissenschaftliches Studium verfügt. Im Sozialen Dienst sind eine Sozialpädagogin, eine Ergotherapeutin und eine angelernte Hilfskraft tätig.

Alle vier Wohnbereichsleitungen im Haus verfügen entweder über eine Ausbildung zur examinierten Pflegefachkraft der Richtung Altenpflege/Krankenpflege.

Weiterhin sind in der Einrichtung Verwaltungsfachangestellte, zwei Haustechniker, ausgebildete Hauswirtschafterinnen und angelernte Hilfskräfte in den vielfältigen Tätigkeitsbereichen beschäftigt. Da die Einrichtung lediglich über eine Verteilerküche und mehrere Wohnküchen in den jeweiligen Bereichen verfügt, gibt es keine spezielle Küchenfachkraft.

Qualifizierung

Es wurde bereits deutlich, dass das Thema Qualifizierung Herrn Mettmann ein besonderes Anliegen ist. Er hat dafür gesorgt, dass in der Einrichtung für die Mitarbeiterschaft eine große Tafel mit einem Fortbildungsplaner aushängt. Danach finden regelmäßig und häufig zu den unterschiedlichsten Themenbereichen im Haus diverse Fortbildungsveranstaltungen statt. Herr Mettmann ist für berufliche Qualifizierungsmaßnahmen für seine Mitarbeiter und für sich selbst offen und engagiert sich dafür in seiner Position als Heimleiter:

„Die Mitarbeiter, die müssen gefördert werden. Mitarbeiter unterstützen, sie ernst nehmen, sie bilden, im Grunde genommen. Und es beweist sich, dann machen die auch die Arbeiten. Die machen es dann für einen. Die können die ganzen Gedanken und Ideen dann auch tragen. Und die muss man hegen und pflegen (219-225).“

Altenhilfepolitische Situation in der Region

Herr Mettmann wird um seine Einschätzung zur altenhilfepolitischen Situation in der Stadt gebeten. In diesem Zusammenhang ist von Interesse, ob es Kontakte zur Verwaltung oder auch zu anderen Institutionen im Handlungsfeld der Altenhilfe gibt. Dazu Herr Mettmann:

„Eigentlich so einen ‚Runden Tisch‘, haben wir so nicht. Wir arbeiten hier mit einem Doktor (Name) zusammen. Von der ambulanten Psychiatrie. Ja. Und einen ‚Runden Tisch‘. Gut, wir halten Kontakt zu den anderen Häusern und Einrichtungen, aber einen ‚Runden Tisch‘ haben wir noch nicht. Wir haben jetzt jemand hier schon mal eingeladen. Von der Alzheimer-Gesellschaft, die hier einen Vortrag gehalten hat. Das müsste noch ausgebaut werden (951-981).“

Mit den anderen Trägern gemeinsam gibt es offenbar nichts. Gibt es einen regelmäßigen fachlichen Austausch mit den städtischen Gremien um eben die Versorgungslücken aufzuspüren und schließlich in Abstimmung mit den anderen Trägern der stationären Altenhilfe trägerübergreifende Absprachen zu treffen?

„Nein, also das wüsste ich nicht. ... Nicht auf dieser kommunalen Ebene (951-981).“

Zusammenfassung des Interviews mit Herrn Mettmann

Die Begegnung mit Herrn Mettmann hat gezeigt, dass er ein umtriebiger und engagierter Mitstreiter im Segment der stationären Altenhilfe ist. Der gelernte Krankenpfleger stellt die eigene Profession selbstkritisch in Frage und bemängelt, dass die heutigen Ausbildungsinhalte nicht mehr den Anforderungen an eine zeitgemäße Qualifizierung in der Alten- und Krankenpflege entsprechen. Hier sieht er einen deutlichen Änderungsbedarf. Durch seine biografische Prägung steht er fachlichen Änderungen immer offen gegenüber und setzt sich so mit neuen Konzeptansätzen der stationären Altenhilfe auseinander. Hierbei bezieht er die Mitarbeiter bereits aktiv in die inhaltliche Entwicklung mit ein. Dabei lässt er sich durch externen Sachverstand auch beraten und unterstützen. Die fachlich angeleiteten Betreuungsleistungen sind Herrn Mettmann bei seiner täglichen Arbeit mit der Klientel der Einrichtung besonders wichtig. Er setzt sich in diesem Zusammenhang unter anderem auch für eine aktive demenzspezifische Arbeit in seiner Einrichtung ein.

6.2.5 Monografie „Monografie Frau Kraft“

Zur Person von Frau Kraft

Frau Kraft ist examinierte Krankenschwester und seit 1992 Mitarbeiterin des Altenpflegeheimes „In der Kernstadt“, einer Einrichtung in Trägerschaft eines freigemeinnützigen Wohlfahrtsverbandes. Frau Kraft ist schätzungsweise Anfang 50, trägt Jeans und einen Blazer.

Ihre berufliche Laufbahn hat Frau Kraft direkt als Wohnbereichsleitung begonnen, da sie bereits damals über die entsprechende Zusatzqualifikation verfügte. Später hat sie auf Kosten des Trägers eine Zusatzausbildung zur Pflegedienstleitung und 2001 dann eine weitere Ausbildung zur Heimleitung absolviert.

„Also, ich heiÙe Barbara Kraft: Ich bin von Haus Krankenschwester. Bin hier im Haus seit 1992 und habe damals als Wohnbereichsleitung angefangen, dann bin ich über die Pflegedienstleitung schließlich 2001 in die Heimleiterfunktion benannt berufen worden und ja, seit dem mache ich das. (38-43).“

Baugeschichte der Einrichtung

Die Pflegeeinrichtung „In der Kernstadt“ gehört zu den jüngeren Altenpflegeheimen in der Untersuchungsstadt. Die Einrichtung wurde in den letzten Monaten bei laufendem Betrieb einer grundlegenden Modernisierungsmaßnahme unterzogen.

„Die Einrichtung gibt es seit 1971. Also, das sind schon 37 Jahre. Das ist schon eine lange Zeit... (73-75).“

Umbau als Kernsanierung

„Die wachsenden Anforderungen, die, die kennen Sie wahrscheinlich auch aus Ihrer Zeit noch. So, wir haben jetzt ja 2007 im Januar eine Umbaumaßnahme begonnen, die wir jetzt kürzlich abgeschlossen haben. War eine Kernsanierung bei laufendem Betrieb. Wir haben in der Zeit von 127 auf 85 Bewohner reduziert (44-48). Sind jetzt dabei wieder auf unsere neue Platzzahl von 113 aufzustocken, das heißt, wir haben ganz viele Neueinzüge und werden wohl Anfang übernächster Woche... wieder voll belegt sein (49-56). Wir hatten letzte Woche Eröffnung und Sommerfest am Donnerstag, alles an einem Tag, so mit offiziellen, geladenen Gästen... (58-65).“

Zunächst sind Veränderungen, die sich durch den Umbau für die Pflegeeinrichtung ergeben haben, von Interesse. Hierzu Frau Kraft:

„... der Umbau war auch dringend notwendig. Wir sind damals ja gestartet, eigentlich als modernstes Haus hier in der Stadt. Wir hatten überwiegend Einbettzimmer, 96 und nur 16 Zweibettzimmer. Und die Zimmer hatten alle schon ein eigenes Badezimmer. Also, zwar ohne Dusche, nur mit Waschbecken und WC, aber das war für die damalige Zeit schon ein sehr großer Fortschritt, aber das reicht halt heute den Bedingungen nicht mehr.

Wir haben jetzt umgebaut, die ganzen Loggien zurückgebaut, in die Zimmer integriert. Wir haben die Badezimmer vergrößert in den Zimmern. Die sind alle barrierefrei, mit Dusche, WC, und Waschbecken. Wir haben dezentrale Speiseräume. Die haben wir auf jeder Etage aufgestockt, hatten wir vorher auch nicht, mit Verteilerküche und einem Wohnzimmer und einen Freisitz dann daran. Wir haben im Anbau drüben die ganzen Zweibettzimmer reduziert auf Einzelzimmer. Dadurch kommt auch die Platzdifferenz von 127 zu 113 zustande (66-117)“.

Mit dem Umbau hat die Einrichtung die Voraussetzung geschaffen, um durch den veränderten Charakter der inneren Gebäudestruktur, die Wohn- und Lebensqualität für die Bewohner grundlegend zu verbessern.

„Wir haben die ganze Infrastruktur verbessert. Das heißt, wir haben auf jeder Etage ein Dienstzimmer oder einen Stützpunkt, sodass die Pflegekräfte also auch da vor Ort ihre Dokumentation machen können. Direkt da die Medikamente stellen und verteilen können und nicht immer über zwei oder drei Etagen laufen müssen. Wir haben diese Verwaltungsräume. Das war früher unser großer Speisesaal, und da haben wir jetzt die Verwaltungsräume. Das platzte auch alles aus den Nähten. Da, wo die Verwaltung früher war, sind zum Teil wieder Bewohnerzimmer entstanden und der andere Teil ist zum Cafe geworden. Unsere Küche, die haben wir auch verlegt innerhalb des Hauses. Diese ist ins Untergeschoss gewandert. Wir haben die Warmküche ausgegliedert, mittags. Da haben wir einen Caterer (externer Dienstleister). Und die alten Küchenräume sind umgebaut worden zu Räumen für die Tagesbetreuung, Snozelenraum und einer großen Bewohnerküche, mit Ruheraum und Sanitätseinrichtungen (66-117).“

Insgesamt hat sich durch den Umbau die gesamte Raumstruktur in der Einrichtung verändert. Die einzelnen Wohnbereiche verfügen nunmehr mehr über Platz auf den Etagen und haben alle eine Wohnküche mit einem lichtdurchfluteten Wintergarten erhalten. Dadurch ist für die Bewohner im Hauptaufenthaltsbereich mehr Wohnlichkeit entstanden. Zudem wurde der gesamte Kellerbereich umgebaut, wo jetzt u.a. die Tagesbetreuung für die Demenzkranken mit einem entsprechend großzügigen Raumangebot untergebracht wurde.

Nutzung vollstationäre Pflege

Der Versorgungsvertrag über die vollstationäre Leistungserbringung bezieht sich nach der Umbaumaßnahme auf 113 statt auf 127 Plätze, die die Einrichtung bis dahin hatte.

„Wir haben im Anbau drüben die ganzen Zweibettzimmer reduziert auf Einbettzimmer. Dadurch kommt die Platzdifferenz von 127 zu 113 ja zustande (66-117).“

Zusätzlich hat die Einrichtung noch einen Versorgungsvertrag über zehn Kurzzeitpflegeplätze mit den Kostenträgern abgeschlossen:

„Wir haben noch Kurzzeitpflegeplätze. Zehn Stück (155-156).“

Ansonsten ist auch nach der Umbauphase kein pflegefachlich anerkannter Schwerpunkt mit den Kostenträgern vereinbart.

Bewohnerstruktur

In der stationären Pflegeeinrichtung „*In der Kernstadt*“ wird auch nach der Sanierungsmaßnahme die Klientel aufgenommen, die nach dem Pflegeversicherungsgesetz einen Pflegebedarf in einer der drei Pflegestufen aufweist. Dazu gehören die vielschichtigen multimorbiden Erkrankungen genauso wie die gerontopsychiatrischen Krankheiten. In der Einrichtung besteht ein hoher Anteil an Demenzerkrankungen. Die Heimleitung schätzt die Häufigkeit auf einen Anteil von etwas mehr als der Hälfte aller Bewohner, die unter einer Demenz leiden.

„... wenn man von 60% Demenzkranken spricht. ...In den unterschiedlichsten Stadien. Es gibt auch eine ganze Reihe darunter, die schon wirklich im letzten Stadium sind. Die dann nur noch bettlägerig sind, und wo wir nur über Einzelbetreuung dann überhaupt noch irgendwas erreichen können (196-215).“

Konzeptionelle inhaltliche Ausrichtung

Aus dem bisherigen Gesprächsverlauf mit der Heimleiterin ist deutlich geworden, dass durch die grundständige Sanierungsmaßnahme in der Pflegeeinrichtung „In der Kernstadt“ die Strukturqualität zum Wohnen und Leben pflegebedürftiger alter Menschen den aktuellen Bedingungen in der stationären Altenhilfe angepasst werden konnte. Frau Kraft fasst die Entwicklung der letzten Monate wie folgt zusammen:

„Wir haben die ganze Infrastruktur verbessert (66-117).“

Nunmehr stellt sich die Frage nach der Sanierung des Gebäudekomplexes parallel auch die Ausgestaltung der inhaltlichen Arbeit verändert hat oder noch verändern wird. Dazu berichtet Frau Kraft, dass in der Einrichtung - basierend auf dem zugrunde liegenden Versorgungsvertrag - ein Pflege- und Betreuungskonzept besteht.

Pflegetheoretische Grundlage

„Also, unser Pflege- und Betreuungskonzept läuft auf dem Modell von Monika Krohwinkel (vgl. Monografie Herr Meyer) nach den AEDL's (175-185).“

Die fördernde Prozesspflege von Krohwinkel ist die konzeptionelle Grundlage, an die sich die Einrichtung theoretisch zunächst anlehnt. Inhaltlich hat die Einrichtung ein zweites Konzept für die Betreuung der gerontopsychiatrischen Bewohner eingeführt.

„Also, der Träger hat einmal ein Rahmenkonzept für die Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner entwickelt, was wir dann natürlich auf unsere Einrichtung speziell zuschneiden müssen, aber es wird da jetzt kein speziell, also wir sagen nicht, wir wollen ausschließlich den validativen Ansatz²⁰ machen oder ausschließlich den realitätsorientierten Ansatz (vgl. Kapitel 2), sondern, ja, da muss man einfach schauen (279-329).“

²⁰ Gesprächsführungsmethode in der Pflege nach Naomi Feil, Begründerin der Validation

Die Pflegeeinrichtung konzentriert sich in ihrem Bemühen auf eine Weiterentwicklung der Versorgungs- und Betreuungsqualität von demenzkranken Menschen. Dabei hat der Träger, wie Frau Kraft berichtet, einen konzeptionellen Rahmen bestimmt, den die einzelnen Einrichtungen schließlich inhaltlich individuell ausgestalten sollen:

„Es gibt also keine übergreifende theoretische Grundlage jetzt dafür, sondern es werden einfach die verschiedenen Möglichkeiten aufgezeigt, die man hat, im Umgang mit Demenzerkrankten. ... Also, wir haben vom gesamten Konzept her eher einen integrativen Ansatz. Wir haben also keinen segregativen Ansatz, dass wir jetzt sagen, wir haben einen bestimmten Bereich im Haus, wo demenzkranke Bewohner wohnen.“

Wie ist es zu dieser Entscheidung gekommen, einen integrativen Ansatz zu wählen?

„Also im Moment ist das noch so, dass unser Verband der Meinung ist (kurze Redepause), dass man keine Ausgrenzung will. Im Alltag allerdings stellt sich das oft schwierig dar und zwar von beiden Seiten. Sowohl von den orientierten Bewohnern als auch von den desorientierten Bewohnern. Ich persönlich meine, dass man eigentlich auf Dauer gar nicht darum herum kommt, einen speziellen Bereich nur für Demente zu haben (330-377).“

Sozialer Dienst/Begleitender Dienst der Einrichtung

Die soziale Betreuung im Pflegeheim „In der Kernstadt“ wird durch den Sozialen Dienst des Hauses wahrgenommen, wie die Heimleiterin berichtet.

„Der Soziale Dienst. Da haben wir zwei Sozialdienstmitarbeiter (695-707). ... Einen Sozialarbeiter und ein Sozialpädagogen (707-734).“

Sozialbetreuerische und/oder pflegerische Angebote

Die Aufgabenwahrnehmung der beiden Sozialpädagogen ist nach Schilderung von Frau Kraft bei einer bestehenden Platzzahl von insgesamt 121 sehr umfangreich. Zunächst ist der Soziale Dienst der Einrichtung für das gesamte Heimaufnahmeverfahren verantwortlich.

„Ja, der Soziale Dienst ist derjenige, der die Aufnahme macht. Der regelt die Aufnahme. Die fahren zu Heimaufnahmegesprächen, die führen die Kundengespräche, ... ja, das ist auch bei uns im QM-Handbuch so hinterlegt (657-672). Ich sag mal, den Verwaltungsteil macht die Verwaltungsmitarbeiterin, also die Vorbereitung des Heimvertrages nach den Angaben des ‘Sozialen Dienstes‘ aus dem Erstgespräch. Im Erstgespräch sollte immer die entsprechende Bereichspflegekraft dann mit dabei sein. ... Manchmal kommt es auch vor, dass gar niemand kann, wenn es besonders eng ist. Aber dann erfolgt die Übergabe, die Information in der Übergabe. ... Die Biografie wird ja auch nicht direkt am ersten Tag erstellt. Also das finde ich jetzt ein bisschen heftig für die Angehörigen und für die Bewohner, wenn die so ausgefragt werden innerhalb der ersten Woche (673-690).“

Und wie geht es dann weiter?.

„... Wenn der eine jetzt gerade mit der Heimaufnahme beschäftigt ist und es kommt eine neue Anfrage, dann übernimmt der andere und die sind dann auch im Grunde die Ansprechpartner. Das heißt, die gehen in den ersten Tagen immer wieder hin, schauen, wie es mit der Eingewöhnung und ob es irgendwie Probleme gibt. Ob noch irgendwas geklärt werden muss (695-707). Wir machen dann nach sechs Wochen ein Integrationsgespräch. Da fragen wir genau ab, wie sich der Bewohner hier eingewöhnt, wie hat er sich eingelebt hat und ob er zufrieden ist. Hat also auch so einen Aspekt von Kundenbefragung dann. Das macht der ‘Soziale Dienst‘ dann wieder mit dieser Bereichsbezugspflege. ... Mit dem Bewohner zusammen, wenn der Bewohner dazu in der Lage ist (707-734).“

Und außer der Heimaufnahme ist der Soziale Dienst mit welchen Aufgaben noch betraut?

„Mit der Angebotsplanung, die Betreuungsangebote durchzuführen oder zumindest zu organisieren. Wir arbeiten an verschiedenen Punkten mit externen Anbietern zusammen. Das heißt, da kommt zum Singkreis zum Beispiel jemand von außen, als Honorarkraft oder so. Wir haben für die Gymnastik und das Gedächtnistraining jemand, der von außen kommt. Haben jetzt ein neues Angebot installiert für unsere bettlägerigen Bewohner oder für die Bewohner, die jetzt aus anderen Gründen ihr Zimmer einfach nicht verlassen. Da haben wir einmal eine Musiktherapeutin, die kommt einmal in der Woche. Und einmal im Monat, das ist jetzt nicht so viel, aber es hat ja auch immer was mit Finanzen zu tun. Dann kommt ein so genannter, ja aus der Kinderheilkunde kennt man das, so ein Klinikclown, der dann zu den bettlägerigen Bewohnern geht. Das sind ja die, die immer am leichtesten hinten runter fallen. Wer den Mund auftun kann, der fordert und der kriegt auch dann (735-760).“

Wie hoch sind die Stellenanteile, mit denen in der sozialen Betreuung gearbeitet wird:

„Wir haben zwei volle Stellen (761-764).“

Die Mitarbeiter des 'Sozialen Dienstes' sind zudem auch noch in die Betreuung der demenzkranken Bewohner eingebunden. Für diese Klientel organisieren und veranstalten nach Aussage von Frau Kraft die Sozialpädagogen Beschäftigungsgruppen und themenzentrierte Veranstaltungen:

„Der Soziale Dienst führt eine Spielegruppe durch und, ja, wie nennen wir denn diese Gruppe, also da wird Zeitungen gelesen, im Grunde genommen. Da wird versucht über die Tageszeitung Interessen, Themen aufzugreifen, anzuregen, ein Gespräch zu führen. Und das speziell für Demente (765-776).“

Der *Soziale Dienst* in der Pflegeeinrichtung „In der Kernstadt“ hat eine umfassende Aufgabenzuweisung, die sowohl administrative Tätigkeiten als auch betreuungsbezogene Tätigkeiten beinhaltet. So schildert Frau Kraft, dass die Mitarbeiter des *Sozialen Dienstes* zunächst einmal federführend für jede Heimaufnahme zuständig sind.

Dazu gehört u.a. die Erstellung von Biografien, die Begleitung der Bewohner während einer sechswöchigen Eingewöhnungsphase einschließlich der Organisation und Durchführung der sich an die Eingewöhnungsphase anschließenden Integrationsgespräche unter Beteiligung des Pflegebereiches, der Bewohner und deren Angehörigen. Schließlich ist der Soziale Dienst zuständig für die gesamte konzeptionelle Umsetzung der individuellen Betreuungsplanungen, deren Durchführung und Evaluierung sowie der hausübergreifenden Veranstaltungen innerhalb und auch außerhalb der Einrichtung. Dies alles mit der personellen Kapazität von lediglich zwei Vollzeitstellen.

Versorgung demenzkranker Menschen in der Einrichtung

Mit der Kernsanierung hat sich im Heimbetrieb die Versorgungssituation der im Haus lebenden demenzkranken Bewohner verändert. Frau Kraft berichtet zunächst von den bestehenden Schwierigkeiten, die bis zum Umbau der Einrichtung in der Versorgungsqualität für die Demenzkranken bestanden haben:

„... da wir ja vorher keine entsprechenden Räumlichkeiten hatten, das war vorher ganz schwierig mit Räumlichkeiten überhaupt. Wir hatten eigentlich außer diesem Speiseraum, einen Raum unten im Untergeschoss, wo wir auch immer gleichzeitig unser Café hatten und einen kleinen Speiseraum im Anbau, keine Räumlichkeiten, wo wir Bewohnerbetreuung durchführen konnten. Und das war schon schwierig. Wir haben dann immer mal versucht für unsere dementen Bewohner so eine Frühstücksgruppe zu installieren, aber das ging immer nur so lange gut, wie wir auch das entsprechende Personal dafür hatten. Also haben wir dann häufig Pflegehelferinnen zusammen mit Schülerinnen oder Praktikanten eingesetzt. Aber sobald dann diese Praktikanten wegbrachen oder die Schüler, weil der Einsatz vielleicht beendet war oder größere Krankheitsfälle hereinbrachen, so im Laufe des Jahres. Dann brach das immer wieder weg. Das war also ganz schwer zu stabilisieren (187-207).“

Tagesbetreuung für Demenzkranke

„Und wir sind jetzt dabei aufgrund der schönen, neuen Räumlichkeiten für die Tagesbetreuung natürlich ein Konzept zu erstellen. Das ist noch nicht fertig. Da sind wir dran (207-210).“

Dieses neue Angebot der Tagesbetreuung richtet sich ausschließlich an die Demenzkranken, wie Frau Kraft in der Folge beschreibt:

„Wir werden also versuchen eine häusliche Situation herzustellen. Dass die Bewohner also gemeinsam, möglichst mit dem Frühstück anfangen. Da werden maximal 16 Bewohner teilnehmen können. Das ist nicht viel, wenn man von 60% Demenzkranken spricht. Wir sind im Moment dabei dieses Konzept zu erstellen. Wir haben dabei auch Unterstützung. Nämlich eine Diplomandin von der Uni. Die über dieses Thema, Tagesbetreuung bei Demenzkranken, ihre Diplomarbeit schreibt. Wir sind sozusagen in der Phase, wo man guckt, wie kann man die Gedanken, die wir jetzt schon haben, in den Räumlichkeiten auch umsetzen. Wir wollen eine häusliche Situation herstellen. Mit Beginn Frühstück morgens, wo dann auch, ja, wo der Kaffee dann auch dort gekocht wird, wo von der Küche nur die Zutaten angeliefert werden. Wo aber selber Brot geschnitten wird, ja wo das noch in richtige Brotkörbchen auf den Tisch kommt, und wo die Marmelade dann noch im Kühlschrank verbleibt und die Butter und nicht wieder zurück geht, sodass die Bewohner auch da die Möglichkeit haben, zwischendurch vielleicht mal was zu essen. Wir werden das Mittagessen auch dann dort einnehmen. Ja und den Tag dann eben mit entsprechenden Angeboten gestalten. Mit Spielen, Singen, Gymnastik, Gedächtnistraining. Alles, was man sich da so gerade vorstellt. Hängt auch ein bisschen vom Klientel ab (196-215).“

Frau Kraft beschreibt den angedachten Konzeptansatz, der zukünftig in der Versorgung und Betreuung der demenzkranken Bewohner in der Einrichtung umgesetzt werden soll. Dabei handelt es sich um eine integrierte Tagesbetreuungsform, wo die Bewohner fernab von ihren Wohnbereichen im Untergeschoss im Rahmen einer Kernzeit von ca. 08:00 Uhr bis einschließlich 17:00 Uhr verbleiben und den Tag gemeinsam verbringen.

Aktuelle Situation 2010

Auch das Altenpflegeheim „In der Kernstadt“ wurde bereits einer externen Qualitätsprüfung nach Vorgabe des Pflegeversicherungsgesetzes im Auftrag der Verbände der Pflegekassen durch den MDK im Jahr 2010 unterzogen.

Die Prüfung bezieht sich also auf den Zeitraum nach Fertigstellung des Umbaus. Der Prüfbericht wird auszugsweise, wie der Gesetzgeber es vorgesehen hat, im Internet auf der Homepage des AOK Pflegeheimnavigators veröffentlicht. In dem Transparenzbericht schneidet die Einrichtung im Prüfbereich B2 'Umgang mit demenzkranken Bewohnern' mit einer Bewertungsnote 3,9 ab.

The image shows a screenshot of a web browser displaying a quality assessment report. The browser title is 'Pflegekarte - Windows Internet Explorer'. The URL is 'heimnavigator.de/index.php?module=nursinghome&id=5742&action=popup&popuptitle=showDetailPflegekarte'. The main heading is 'Qualitätsbereich B2 Umgang mit demenzkranken Bewohnern'. There is a handwritten note in blue ink: 'Pflegeheim „In der Kernstadt“ Stand 09/2010'. The table below lists 11 criteria (Nr. 36-45) with their respective results (Note). The final 'Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich' is 3.9, which is circled in red. A footnote states: '*Die Bereichsnote ergibt sich aus den Mittelwerten der Punktebewertung der Einzelkriterien.'

Nr.	Kriterium (In Klammern ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen angegeben, bei denen dieses Kriterium geprüft werden konnte.)	Ergebnis (Note)
36	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt? (3)	5.0
37	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen? (3)	5.0
38	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt? (3)	2.9
39	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? (3)	5.0
40	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	1.0
41	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	1.0
42	Gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?	5.0
43	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z. B. Fotos, gearbeitet?	1.0
44	Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung? (3)	2.9
45	Gibt es bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	5.0
Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich		3.9*
*Die Bereichsnote ergibt sich aus den Mittelwerten der Punktebewertung der Einzelkriterien.		

Abbildung 25: Auszug aus dem Pflegetransparenzbericht zur Pflegeeinrichtung „In der Kernstadt“ 9/2010 Qualitätsbereich B2/Umgang mit demenzkranken Bewohnern (vgl. www.aok-pflegeheimnavigator.de)

Qualifikationsmatrix und Qualifizierung

Die Pflegeeinrichtung „*In der Kernstadt*“ verfügt über eine bereichsspezifische Aufschlüsselung der gesetzlich vorgesehenen Qualifikationsanforderungen an die Mitarbeiter einer stationären Pflegeeinrichtung.

Das Qualifikationsprofil

Zunächst ist Frau Kraft als Heimleiterin der Einrichtung zu nennen, die über eine Ausbildung zur staatlich anerkannten Krankenschwester sowie über eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung und Heimleitung verfügt.

Frau Kraft verantwortet die organisatorische Leitung der Einrichtung. Aufgrund der Größe der Einrichtung gibt es eine weitere pflegfachlich ausgebildete Person mit staatlicher Anerkennung zur Altenpflegerin, die ebenfalls eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung absolviert. In ihre Zuständigkeit fällt die Fachverantwortung für den gesamten Pflegebereich, zu dem sowohl weitere Pflegefachkräfte mit staatlich anerkannten Abschluss zur Krankenpflegefachkraft oder Altenpflegefachkraft gehören, die zum Teil eine Zusatzqualifikation zur Wohnbereichsleitung oder auch zur Qualitätsbeauftragten besitzen als auch mehrere angelernte pflegerische Hilfskräfte.

Zum Bereich des Sozialen Dienstes gehören zwei diplomierte Sozialpädagogen mit einem Fachhochschulabschluss, die unmittelbar der Heimleitung unterstellt sind.

In der Verwaltung der Einrichtung sind eine Verwaltungsfachangestellte und zwei angelernte Hilfskräfte mit der Abwicklung der administrativen Aufgabenerledigung betraut. Der hauswirtschaftliche Bereich wird von einer staatlich anerkannten Hauswirtschaftsmeisterin geleitet. Zu ihrem Team zählen noch weitere angelernte Hauswirtschaftshelfer. Zur Einrichtung gehören außerdem noch zwei Haustechniker mit einer Ausbildung zum Energieanlagenelektroniker und zwei Zivildienstleistende.

Mit dem von Frau Kraft beschriebenen Qualifikationsprofil erfüllt die Pflegeeinrichtung „*In der Kernstadt*“ die vertraglich geschuldeten Anforderungen an die Aufnahme eines vollstationären Pflegeheimbetriebes nach der Heimpersonalverordnung und den gesetzlichen Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes.

Die beiden Sozialpädagogen der Einrichtung haben mit einem abgeschlossenen Fachhochschulstudium den höchsten Qualifikationsabschluss.

Qualifizierung

Für den neu konzipierten Bereich der Tagespflege für Demenzkranke in der Einrichtung gibt es noch keine speziell ausgebildeten Mitarbeiter. Vielmehr, so berichtet Frau Kraft, möchte man entsprechend qualifiziertes Personal von außen in diesem Bereich einsetzen, das bereits über diverse Vorerfahrungen verfügt.

„Also, wir haben uns jetzt natürlich im Sinne der Personalbeschaffung uns da auch besonders orientiert, welche Interessen oder Vorqualifikationen die Bewerber schon mitbringen. Wir haben eine Bewerberin im Auge, die spezielles Interesse daran hat, eine gerontopsychiatrische Ausbildung zu machen. Aber sie hat halt noch nicht. Nun ja, eine Fachpflegeperson, weil wir ja einen integrativen Ansatz haben und diese Person nicht ausschließlich dort beschäftigt sein wird. Das wird so ein bisschen unter der Oberhand sag ich mal des Sozialen Dienstes liegen. Und dann gibt es ja die Möglichkeit über diese besondere Betreuung (vgl. § 45a SGB XI im Anhang), im Rahmen der Pflegeversicherungsreform, dann spezielles Personal noch einzusetzen. Was das dann für Personal ist, das ist ja noch gar nicht so wirklich klar. Also, wenn man den Gerüchten traut, glauben kann, dann sind das Hartz IV-Empfänger, die da geschult werden und da habe ich so, ohne den Menschen jetzt was zu wollen, aber da habe ich so meine Schwierigkeiten. Also wir haben hier Hartz IV-Beschäftigte. Da gibt es eben auch, wie überall, ganz unterschiedliche Menschen. Die einen, die würde ich gerne hier einstellen, und kann ich nicht, und die anderen na, ja. ... Also ich glaube, dass wir da, ich weiß das, ich weiß, dass wir da noch einen ganz großen Batzen Arbeit vor uns haben. Weil wir jetzt immer noch an den Folgen dieses Umbaus herumknapsen (393-480).“

Frau Kraft schildert die für sie bestehenden Schwierigkeiten, die sich nach dem Umbau nunmehr insbesondere in der personellen Weiterentwicklung für die integrierte Tagespflege für Demenzkranke ergeben.

Hier sei sie in der konzeptionellen Umsetzung eines qualifiziertes Angebotes für die Betreuung von Demenzkranken auf speziell qualifiziertes Personal angewiesen, was sie bislang so in der Einrichtung nicht habe.

Vor- und Nachteile sähe sie jedoch auch in der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, die seit 1. Juli 2007 die Möglichkeit mit § 45 a SGB XI in Verbindung mit § 87 SGB XI für den stationären Pflegebereich eröffnet, für diesen benannten Personenkreis der Dementen zusätzliches Personal einstellen zu können. Dabei sieht der Gesetzgeber vor, insbesondere Langzeitarbeitslose und Hartz IV-Empfänger für eine solche Tätigkeit zu qualifizieren.

Altenhilfepolitische Situation in der Region

Nachfolgend möge Frau Kraft eine Einschätzung zur bestehenden Versorgungslandschaft in der Region abgeben. Natürlich ist dabei die Situation von Demenzkranken in der Stadt von besonderem Interesse. Gibt es in der Stadt vorhandene Netzwerkstrukturen? In diesem Zusammenhang erläutert Frau Kraft:

„Nein. Gut, ich bin jetzt ein bisschen raus aus dem was wo anders so vielleicht ist. Ich habe mitbekommen, dass ein anderer Träger diese Demenzberatungsstelle glaube ich bekommen hat. Die Förderung dafür und die haben auch eine Abfrage gemacht, aber da an diesen Dingen, die haben wir im letzten Jahr alle hinten runter fallen lassen. Von daher weiß ich nicht genau, was in anderen Einrichtungen jetzt im Moment in der Zeit alles entstanden ist. Aber wenn ich mir überlege, dass wir einen Facharzt oder eine Fachkraft haben, in der Stadt oder im Kreis (Name) für Gerontopsychiatrie, dann halte ich das, also, für viel zu wenig. Klar, es sind ganz viele Dinge in Bewegung... (846-889).“

Gibt es beispielsweise einen 'Runden Tisch', wo sich die Akteure oder nur die Heimleitungen regelmäßig treffen und zu fachlichen Themen austauschen?

„Doch, den hat es schon mal gegeben. Ja, es gibt ja diese AGENDA 2020. Aber die gibt es doch viel zu wenig (846-899).“

Gibt es ein Netzwerk?

„Das ist im Aufbau begriffen. Also das was ich immer noch so mitbekommen haben, jetzt in den anderthalb Jahren, in den letzten.

Das ist im Aufbau begriffen. Aber ja, vielleicht bin ich da ein bisschen ungeduldig. Ich weiß, wie aufwändig und wie intensiv die Arbeit mit demenzkranken Bewohnern ist. Und der Bedarf steigt ja, und wir hinken immer hinterher. Wenn wir den Bedarf, den wir heute haben, in zwei Jahren gedeckt haben, dann ist der eigentliche tatsächliche Bedarf schon wieder um ein Vielfaches höher. Das sehe ich für den ambulanten und den stationären Bereich so. Und wir haben ja schon das Problem, dass immer weniger arbeiten und immer mehr versorgungsbedürftig sind. Die Demenzkranken sind ja nur ein Ausschnitt. Da gibt es ja noch alle die alten Menschen, die einfach nur somatisch erkrankt sind und versorgt werden müssen. Dann gibt es Kinder, Behinderte. Ja. Die wollen ja auch alle versorgt werden (889-934).“

Frau Kraft erläutert in groben Zügen die Bemühungen, um eine Vernetzung der Akteure der Altenhilfe in der Stadt, jedoch macht sie auch deutlich, dass das Engagement um eine Verbesserung der Versorgungslandschaft für demenzkranke Menschen gegenwärtig nicht ausreicht. Diese Einschätzung verbindet sie auch mit einer Prognose für die nahe Zukunft, in der der Bedarf von pflegebedürftigen demenzkranken Menschen noch weiter ansteigen wird und entsprechende Versorgungsstrukturen dringend von Nöten seien.

Zusammenfassung des Interviews mit Frau Kraft

Die Bemühungen von Frau Kraft spiegeln sich in ihrem Engagement als Heimleiterin der Pflegeeinrichtung „In der Kernstadt“ um eine Verbesserung der milieutherapeutischen und konzeptionell-inhaltlichen Weiterentwicklung der vollstationären Pflegeeinrichtung wider.

Nach der durch Frau Kraft geschilderten Kernsanierung, die in der Einrichtung bei laufendem Betrieb stattgefunden hat, ist es der gelernten Pflegefachkraft und Heimleiterin der Einrichtung aktuell ein besonderes Anliegen, die neu eingerichtete integrierte Tagespflege für Demenzkranke inhaltlich auf den Weg zu bringen, um die

Versorgungsqualität der Demenzkranken, die zugleich auch ein Stück Lebensqualität für die Betroffenen ausmacht, in der Einrichtung zu verbessern.

6.2.6 Monografie „Herr Jacobs“

Zur Person von Herrn Jacobs

Die Geschehnisse der stationären Altenhilfeeinrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ werden von Herrn Jacobs, Heimleiter des christlich-anthroposophisch geprägten Altenpflegeheimes, gesteuert.

Herr Jacobs ist Mitte 50 und kommt ursprünglich nicht aus dem Pflegebereich. Er ist gelernter Bankkaufmann und hat viele Jahre in einem Bankenzentrum in einer deutschen Großstadt gearbeitet. Vor etwa 20 Jahren hat er seine heutige Ehefrau, eine examinierte Krankenschwester, kennengelernt und hat seit dieser Zeit einen verstärkten Einblick in den Arbeitsbereich der stationären Altenhilfe bekommen. Vor etwa 15 Jahren hat er nach den Richtlinien der Heimpersonalverordnung des Heimgesetzes die Heimleitungsqualifikation erworben und ist seitdem Heimleiter im Altenpflegeheim „*Im lokalen Nahraum*“.

Die Ehefrau von Herrn Jacobs ist ebenfalls in der Einrichtung als Pflegedienstleitung tätig. Beide verbindet eine enge Beziehung zu dem christlich-anthroposophisch geprägten Trägerverein des Pflegeheimes.

Baugeschichte der Einrichtung

Das in christlicher und anthroposophischer Tradition geführte Altenpflegeheim „*Im lokalen Nahraum*“ besteht seit 1953 in der Untersuchungsstadt. Die Einrichtung blickt auf eine lange Geschichte als Seniorenheim zurück und ist die zweitälteste Einrichtung in der Stadt.

„Das Haus ... ist eine Einrichtung des Trägervereines (Name) und wurde als Altenheim im Jahre 1953 gegründet.“²¹

²¹ Vgl. Homepage der Einrichtung, „*Im lokalen Nahraum*“, Über uns, September 2010

Bis 2005 war das Pflegeheim an einem anderen Standort untergebracht. Das 1953 fertig gestellte und eröffnete Altenheim konnte über Jahrzehnte hinweg die ständig wachsenden Anforderungen an ein Altenpflegeheim gemäß den gesetzlichen Bestimmungen schließlich nicht mehr in vollem Umfang erfüllen. Auch der Standort war zudem für den Betrieb einer stationären Altenhilfeeinrichtung aus heutiger Sicht nicht mehr geeignet, sodass der Trägerverein sich 2003 auf die Suche nach einem anderen Standort begeben hat, an dem sich jetzt seit 2005 der Ersatzneubau des Altenpflegeheimes „Im lokalen Nahraum“ befindet.

„Im Laufe der Jahre und durch die Einführung der Pflegeversicherung richtete sich die Arbeit und das Geschehen in der Einrichtung „Im lokalen Nahraum“ stärker aus an der Pflege der Bewohner und Bewohnerinnen.“²²

Der Ersatzneubau

Dieser Entwicklung entsprechend fand der Trägerverein in der Untersuchungsstadt ein neues Grundstück, auf dem das neue Pflegeheim „Im lokalen Nahraum“ 2005 errichtet wurde, das nun 84 Menschen Heimat bietet. Gleichzeitig hat sich das Haus am neuen Standort zu einem Pflege- und Begegnungszentrum weiterentwickelt mit der Zielsetzung, dem Stadtteil und allen darüber hinaus Interessierten ein Ort der Begegnung, des Verweilens und der geistigen Anregung zu sein.

Die innere Baustruktur der neu entstandenen Pflegeeinrichtung ist konsequent an die 4. Generation im Pflegeheimbau (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt 3.1) angepasst worden. Die Pflege und Betreuung lehnt sich demnach an das Hauswohngemeinschaftsprinzip (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt 3.1) an. Herr Jacob beschreibt die wichtigsten Merkmale dieser Wohn- und Betreuungsform in seiner Einrichtung so:

„Wohngemeinschaften zu begründen im Rahmen der vollstationären Pflege, so glaube ich, gibt es eine gewisse Unterscheidungsmöglichkeit. Nämlich in der Reinrassigkeit, wie es dann umgesetzt wird. Man muss dann mal schauen, wenn neue Häuser entstehen und die dann auch sagen, wir machen das in Wohngemeinschaftsformen, wir machen das in ähnlicher Weise, wie die anderen

²² Homepage der Einrichtung, „Im lokalen Nahraum“, Leitbild, September 2010

auch und haben auch kleine Gruppen. Dann ist zu hinterfragen, mit welchen Gruppengrößen arbeiten die und wie ist diese tatsächlich in der baulichen Substanz dargestellt worden. Lässt sich das denn so wie im alltäglichen Leben, das ist ja was, was als Grund dahinter steht, wenn man so bauen möchte, wie im alltäglichen Leben, umsetzen. Was man mit den Bewohnern dann erleben möchte. Und oftmals glaube ich noch, um es nicht ganz, ich will es auch nicht abwertend sagen, sondern ich glaube noch, das sind diese finanziellen, wie auch räumlichen Forderungen an einen Bau, der maßgeblich darüber entscheidet, dass es nicht ganz im Tagesgeschehen so sich darstellt, wie es eigentlich sein könnte (17-38).“

Herr Jacobs schildert die bestehende Situation allein um die derzeitige Schwierigkeit einer eindeutigen Beschreibung davon, wann von einer Hauswohngemeinschaft im Sinne der 4. Generation im Pflegeheimbau gesprochen werden kann. Viele Hausgemeinschaften und Wohngemeinschaften sind in den letzten Jahren in der stationären Altenhilfe in Deutschland entstanden, die sich nach eigenem Bekunden alle mit ihren Konzepten und der jeweiligen Baustruktur an die Empfehlungen des KDA zur 4. Generation im Pflegeheimbau halten. In diesem Zusammenhang gibt es bis heute unterschiedliche Interessenbewegungen in der stationären Altenhilfelandchaft, die eindeutige Kriterien für die Umsetzung der 4. Pflegeheimgeneration festlegen wollen. Hier ist sicherlich zu hinterfragen, wem eine solch eindeutige Festschreibung dienlich ist, und ob diese schließlich im Sinne einer vielschichtigen Vorhaltung von Pflege- und Betreuungseingagements für die Nutzer dieser vollstationären Angebote in der Altenhilfe überhaupt wünschenswert ist.

Nutzung vollstationäre Pflege

Die umgesetzte Hausgemeinschaftsstruktur im Pflegeheim „Im lokalen Nahraum“ setzt wie in allen anderen Heimen der stationären Pflege einen Versorgungsvertrag auf der bestehenden Rechtsgrundlage des Pflegeversicherungsgesetzes voraus. Mit dem Ersatzneubau und den 84 Plätzen erfüllt die Einrichtung von Herrn Jacobs die Voraussetzung und erbringt am neuen Standort in der Untersuchungsstadt das gesamte Leistungsspektrum der vollstationären Pflege. Ein anerkannter Pflegeschwerpunkt wurde mit den Kostenträgern nicht vereinbart.

Bewohnerstruktur

Dementsprechend werden nach Auskunft von Herrn Jacobs pflegebedürftige alte Menschen mit multimorbiden Erkrankungen im Haus aufgenommen, die stationäre Pflegeleistungen nach § 28 SGB XI benötigen. Hierzu gehören insbesondere auch demenzkranke Bewohner.

„... wir nehmen die Menschen schon nach ihren Pflegestufen auf. Egal welche das sind. Und tatsächlich haben wir von 0 bis 3 alle vertreten hier. Und wir werden auch weiterhin so aufnehmen, dass wir die Plätze, die wir zu vergeben haben, nicht nach den Defiziten alleine vergeben, so dass wir da keine Ballung haben in bestimmten Wohngemeinschaften, sondern dass wir eine Mischung haben, wo alle Menschen da sein können, von 0 bis 3 (193-209).“

Konzeptionelle inhaltliche Ausrichtung

Herr Jacobs hat bereits verdeutlicht, dass sich die Bau- und Organisationsstruktur des Ersatzneubaus an die Empfehlungen des KDA zur Umsetzung der 4. Generation im Pflegeheimbau stützt. Damit ist auch ein erster Hinweis gegeben, auf welcher konzeptionellen Grundlage sich die pflegerische und betreuungsbezogene Leistungserbringung im Pflegeheim „*Im lokalen Nahraum*“ bezieht.

Das Normalitätsprinzip

Das Hauswohngemeinschaftsprinzip der 4. Pflegeheimbaugeneration für pflegebedürftige und/oder verwirrte alte Menschen orientiert sich am Leitbild der 'Normalität' in Gemeinschaften von sechs bis zehn Bewohnern, die gemeinsam im Rahmen einer 'Alltagsnormalität' miteinander leben. Was das konkret für die konzeptionelle Umsetzung in der Einrichtung von Herrn Jacobs bedeutet, schildert er aus seinem unmittelbaren Erfahrungshintergrund wie folgt:

„Wenn man eine Wohngemeinschaft haben möchte, dann kann man die auch so begründen, dass deren Lebensmittelpunkt tatsächlich die Wohnküche ist.“

Und nicht ein Raum, der irgendwo an einer Seite gebaut, sehr schön groß ist, aber kein, kein Leben haben wird, weil da, das was man haben möchte und sucht als älterer Mensch, die Sicherheit und so, eigentlich nicht gegeben ist, weil das das nicht hergeben kann. Weil die Strukturen, die Tagesstrukturen sich auch nicht unbedingt an der Bezugspflege orientieren, sondern eher an den Fertigkeiten oder an den organisatorischen Rahmenbedingungen (38-50). ... Darüber hinaus haben wir uns als Konzept überlegt, dass wir im ganz engen Zusammenhang mit hauswirtschaftlichen Kräften zusammenarbeiten und dann noch denjenigen Bereich, der auch manchmal unterschätzt wird, das ist der hausmeisterliche Bereich (52-59). Und zwar so eng, dass die hauswirtschaftlichen Präsenzkräfte sich tatsächlich an Ort und Stelle, vor Ort befinden. Dort ist ihr Arbeitsplatz, nämlich in der Wohnküche der zwölf Bewohner. Sich vor Ort mit den Bewohnern beschäftigen. Die erleben alles gemeinsam, was da passiert, ob da gebügelt wird, gekocht wird, ob da abgewaschen wird oder ob da irgendeine sozialdienstliche Stunde stattfindet, aktuelle Stunde, was auch immer. Man erlebt das gemeinsam. Das ist offen und das ist wirklich offen. Das ist die Zentrale. Und wir haben darüber hinaus aber immer noch die Möglichkeit zu sagen, derjenige, der das jetzt mal als zu viel an Enge empfindet, der setzt sich dann, soweit er dann auch kann, entweder ab in seinen privaten Bereich, sein Zimmer, oder er geht in das Café, in das Restaurant oder auf dem Gelände spazieren. Also er kann immer im Wechsel, wie das zu Hause so auch ist, mal sagen, jetzt ist genug, will ich Euch nicht mehr. Jetzt möchte ich alleine sein (60-75).“

Herr Jacobs schildert die Grundpfeiler des Wohngemeinschaftsprinzips, das in seiner Einrichtung gelebt wird, als ein konzeptionelles Modell basierend auf der Wohnküche als Lebensmittelpunkt für die Bewohner und die Mitarbeiter zugleich. Die Wohnküche gilt in der von Herrn Jacobs geleiteten Pflegeeinrichtung als milieuorientierter Rahmen zur Ausgestaltung der Tagesstruktur. Diese Tagesstruktur, so betont Herr Jacobs, lehnt sich ganz eng an die hauswirtschaftlichen Verrichtungen an, die in einem häuslichen Umfeld den Tagesrhythmus und letztlich darüber hinaus auch die Tagesaktivitäten der Bewohner bestimmen und vorgeben. Daher ist das Wohngemeinschaftskonzept im Pflegeheim „*Im lokalen Nahraum*“ von Beginn an so angelegt gewesen, dass rund um die Uhr eine hauswirtschaftliche Präsenzkraft das Geschehen in der Wohnküche in Abstimmung mit der Pflege koordiniert.

Pflegetheoretische Grundlage

Die konzeptionelle inhaltliche Ausrichtung in der Einrichtung berücksichtigt, wie Herr Jacobs erklärt, die Adaption einer anerkannten pflegetheoretischen Konzeption.

„Nach dem Pflegekonzept von Juchli²³ kann man alles abdecken, was im Tagesgeschehen im Rahmen der Pflegeplanung notwendig wird (52-59). ... Also, wir haben im alten Haus angefangen und da gab es nur Juchli. Dann haben wir darüber nachgedacht, wie sich das im Qualitätsmanagementverfahren mit integrieren lässt. Und da wir ein eigenes Qualitätssicherungs- und Entwicklungsverfahren haben, nach der GAB²⁴, war es wichtig für uns, dass wir nicht stehen bleiben bei Juchli. Im alten Haus haben wir danach noch gearbeitet, aber vor Jahren haben wir dann angefangen und haben im Rahmen des GAB-Verfahrens auch die Pflegeplanung neu erstellt und sind dann natürlich bei Krohwinkel gelandet. Und das ist jetzt auch unser Verfahren, was wir im Zusammenhang mit der GAB dann hier als das Richtige empfinden. Wichtig ist dabei, dass wir nicht, auf gar keinen Fall, eben egal wie das heißen würde, Krohwinkel oder Juchli, dass wir nicht nach Defiziten schauen. Wir schauen auf die Ressourcen und das, was ein Mensch, der in einem gewissen Alter zu uns kommt, noch kann. Das ist das Entscheidende. Wir führen diese Pflegeplanung auch nach genau diesen Gesichtspunkten, dass wir sagen, in den einzelnen AEDL's ist nicht immer irgendwo ein Defizit, sondern es gibt ganz viele Möglichkeiten noch. Und da, wo der Bewohner von sich aus sagt, ich komme mit bestimmten Sachen nicht zurecht. Wo er sagt, ich habe ein Problem, wo nicht die Pflege sagt, ich mag das nicht, dass der, sagen wir mal, ein Bein ab hat und dadurch nicht mehr zu Fuß gehen kann. Das kann ja ein pflegerisches Problem sein. Aber das kann ja nicht das Problem des Bewohners sein, der kommt damit unheimlich gut zurecht. Er hat nichts, also müssen wir da nichts konstruieren. Wir schauen auf seine positiven Seiten und was er denn noch kann (151-192).“

²³ Vgl. www.pflegewiki.de, Juchli, Liliane, schweizerische Kranken- und Ordensschwester, Begründerin des Pflegemodells der Aktivitäten des täglichen Lebens aus ganzheitlicher Sicht.

²⁴ Siehe dazu. www.gab-verfahren.de, „Mit dem GAB-Verfahren lässt sich ein individuelles, zur Kultur der Einrichtung passendes Qualitätsmanagement aufbauen. Mit ihm kann eine Einrichtung alle an sie gestellten gesetzlichen Anforderungen erfüllen, wie z.B. die Anforderungen der nach dem Pflegeversicherungsgesetz u.a.. Ein Qualitätsmanagement auf der Grundlage des GAB-Verfahrens kann nach ISO 9001 zertifiziert werden.“

Nach der Beschreibung der in der Pflegeeinrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ umgesetzten pflegetheoretischen Grundlage steht die Berücksichtigung der Fähigkeitsorientierung nach Krohwinkel ganz im Mittelpunkt des pflegerischen und betreuungsbezogenen Handelns. Jedoch betont Herr Jacobs in diesem Zusammenhang auch, fast gar nicht auf vorhandene Defizite bei den Bewohnern zu schauen. Das Pflegemodell von Krohwinkel nimmt eine ganzheitliche Sicht der Pflege- und Lebenssituation der Bewohner ein, wozu unbedingt auch die Berücksichtigung von Defizitbereichen gehört. Diese müssen durch die Pflege- und Betreuungskräfte zunächst erkannt werden, um dementsprechend die Pflege und Betreuung individuell und ganzheitlich orientiert an die vorhandene Pflege- und Betreuungssituation in der Einrichtung anpassen zu können.

Sozialer Dienst/Begleitender Dienst der Einrichtung

Der Soziale Dienst des Pflegeheims „*Im lokalen Nahraum*“ ist nur punktuell in die Gestaltung der tagesstrukturierenden Angebote in den Wohngemeinschaften eingebunden. Nach dem sogenannten Normalitätsprinzip organisieren und koordinieren die Wohngemeinschaften alle pflegerischen, betreuungsbezogenen und hauswirtschaftlichen Maßnahmen eigenständig. Daher übernimmt der Soziale Dienst in dieser Einrichtung, wie Herr Jacobs berichtet, vorwiegend in den Wohngemeinschaften übergreifende Aktivitäten und bietet den Bewohnern Hilfestellung in administrativen Angelegenheiten. Zum Team des Sozialen Dienstes gehören ein Sozialarbeiter mit einem Stellenanteil von 1,0 und eine Ergotherapeutin mit 0,5-Stellenanteil.

Sozialbetreuerische und/oder pflegerische Angebote

Zu den übergreifenden Angeboten gehören nach einer Beschreibung im Konzept des Sozialen Dienstes:

„Orientierungstraining, kreatives Gestalten, Wahrnehmungsförderung, Vorlesegruppe, Spaziergänge, Sturzprophylaxe, Sing- und Musikgruppe,

*Gedächtnistraining, Sitzgymnastik, therapeutische Spiele, soziale Kontakte pflegen, Gesprächsgruppen, Einzelbetreuung, Beratung und Arztbesuche.*²⁵

Diese Angebote werden durch die zwei Mitarbeiter im Sozialen Dienst regelmäßig wiederkehrend für die gesamte Einrichtung angeboten. Spezifische Angebote für Demenzkranke werden in der Einrichtung nicht gemacht. Darüber hinaus findet die Tagesstrukturierung in den Wohnbereichen statt, die dort vor Ort aufgrund der gelebten Wohngemeinschaften multiprofessionell gewährleistet werden soll.

Versorgung demenzkranker Menschen in der Einrichtung

Meiner Fragestellung folgend, bitte ich Herrn Jacobs die Versorgung der Demenzkranken in den Wohngemeinschaften zu beschreiben.

„Die integrieren wir insofern, als dass wir keine segregative Pflege durchführen. Und auch keine einzelne Abteilung haben oder Station, ein Wohnbereich, wo wir sagen können, das sind jetzt zwölf mal Alzheimer Stufe A oder B oder 1 oder 2 oder 3... Und Demente und weniger Demente (193-209). Und es ist aber unsere Erfahrung, im alten Haus, schon seit vielen Jahren, auch die Erfahrung der Mitarbeiterschaft, wo wir ja relativ einen guten Bestand hatten, den wir mitnehmen konnten, das heißt auch, langjährige Mitarbeiter, die die Erfahrung auch tragen und aushalten können, das ist natürlich in einer solchen Situation, wo nicht demente, teildemente, schwerstdemente Menschen zusammen leben können, zu Reibungskonflikten kommt ist klar. Aber damit können wir umgehen. Das ist anstrengender, das ist nicht so einfach und so, so gut zu lösen, wie in einer Alzheimergruppe, wo es relativ gleich bleibende Anforderungen gibt, an das Personal. Aber damit glaube ich, haben wir viele, viele Gespräche mit dem Personal geführt, glaube ich, haben wir den richtigen Weg gefunden, dass die Bezugspflege gewollt ist, gewünscht. Und dass dann damit der verbundene Mehreinsatz durch viel Kommunikation aufgehoben wird (193-224).“

²⁵ Vgl. dazu Konzeption des Sozialen Dienstes der Pflegeeinrichtung „Im lokalen Nahraum“.

Nach Schilderung von Herrn Jacobs bietet die Einrichtung keine spezifische Versorgungskonzeption für demenziell veränderte Bewohner an. Vielmehr leben demenzerkrankte Bewohner im Pflegeheim „*Im lokalen Nahraum*“ mit nicht demenzerkrankten Bewohnern zusammen in kleinen Wohngemeinschaften mit maximal zwölf Plätzen. Hier sorgt dann ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Pflegefach- und Hilfskräften sowie Präsenzkraften mit einer Mindestqualifizierung von 140 Stunden für eine bestmögliche Integration und Unterstützung der dementen und nicht dementen Bewohner in der Wohngemeinschaft.

Die Einrichtung bietet...

„...nur die Rahmenbedingungen. Also, wir haben das ganze Geschehen ausgerichtet, sodass es für demenziell erkrankte Menschen oder anders herum, für die dementen Menschen, eine Hilfe ist. Die kleine Wohngruppe ist schon einmal für sich eine Hilfe. Das gemeinsame enge Zusammenarbeiten mit den Kräften der Hauswirtschaft und Pflege, das ist die zweite Hilfe. Dann die farbliche Gestaltung der Räumlichkeiten ist eine Hilfe und ich glaube, dass wir auf die Art und Weise und die Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen ist das Weitere, sodass wir das als ein Gesamtes ansehen können, wo wir glauben, den Bewohnern gerecht zu werden (225-237).“

Aktuelle Situation 2010

Im Frühjahr 2010 hat eine erste Qualitätsüberprüfung durch den MDK gemäß des gesetzlichen Prüfauftrages durch die Verbände der Pflegekassen im Ersatzneubau der Einrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ stattgefunden. Auch zu dieser Einrichtung findet sich nachfolgend das Prüfergebnis zum Prüfbereich B2 „Umgang mit Demenzkranken“. Dabei haben die Wohngemeinschaften in der Pflegeeinrichtung mit der Note 3,9 abgeschlossen.

Kriterium (In Klammern ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen angegeben, bei denen dieses Kriterium geprüft werden konnte.)	Ergebnis (Note)
Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt? (3)	5.0
Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen? (3)	5.0
Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt? (3)	2.9
Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? (3)	5.0
Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	1.0
Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	1.0
Gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?	5.0
Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z. B. Fotos, gearbeitet?	1.0
Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung? (3)	2.9
Gibt es bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	5.0
Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich *Die Bereichsnote ergibt sich aus den Mittelwerten der Punktebewertung der Einzelkriterien.	3.9*

Abbildung 26: Auszug aus dem Pflege-transparenzbericht zur Pflegeeinrichtung „Im lokalen Nahraum“ 9/2010 Qualitätsbereich B2 / Umgang mit demenzkranken Bewohnern (vgl. www.aok-pflegeheimnavigator.de)

Qualifikationsmatrix und Qualifizierung

Die Anforderung an ein Qualifikationsprofil und an die Qualifizierung von Mitarbeitern in einer Einrichtung der 4. Generation wie hier beschrieben stellt sich nicht grundlegend anders dar als in einer Pflegeeinrichtung der 3. Generation.

Das Qualifikationsprofil

Lediglich die inhaltlichen Akzentuierungen in der konzeptionellen Ausgestaltung von Wohn- oder Hauswohngemeinschaften fordern unter Umständen von den Mitarbeitern andere Schlüsselqualifikationen, die sie in der täglichen Arbeit der Gemeinschaften benötigen. Auch gibt es für diese Art der Wohnform in der stationären Altenhilfe keinen höheren Personalschlüssel.

Das Qualifikationsprofil der Einrichtung weist den höchsten Berufsabschluss im Sozialen Dienst auf: Hier ist es der Sozialarbeiter, der über einen Fachhochschulabschluss mit Diplom verfügt. Die zweite Person in der sozialen Betreuung hat einen Berufsabschluss als staatlich anerkannte Ergotherapeutin. Der Heimleiter hat zunächst eine Ausbildung zum Bankkaufmann absolviert, war dann über einen langen Zeitraum für ein Bankunternehmen tätig, bevor er die Heimleitungsqualifikation in Form einer beruflichen Weiterbildung erworben hat.

Die Pflegedienstleitung verfügt über einen staatlich anerkannten Berufsabschluss zur examinierten Krankenschwester und hat eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung absolviert. Sie leitet heute den Pflegebereich der Einrichtung „Im lokalen Nahraum“ mit mehreren examinierten Pflegefach- und Hilfskräften sowie vier Hauswirtschafterinnen und weiteren Hauswirtschaftshilfen.

In der Einrichtung gibt es weiterhin eine Verwaltungsfachangestellte und eine angelernte Schreibkraft, einen Haustechniker sowie zwei Zivildienstleistende.

Qualifizierung

Von Interesse ist die Qualifizierung des Personals im Hinblick auf den Umgang mit demenzkranken Bewohnern. Daher erläutert Herr Jacobs auf Nachfrage, wie die Mitarbeiter in diesem Kontext auf die an sie gestellten Anforderungen vorbereitet und schließlich auch im Pflege- und Betreuungsalltag begleitet werden.

„Wie gehen wir in Konfliktsituationen miteinander um? Wie nah lasse ich auch das an mich selbst heran als Mitarbeiter, wenn jemand vielleicht aus seiner momentanen Verwirrung heraus, die Situation so ausnutzt, dass der Mitarbeiter angegangen wird? Verbal oder auch körperlich. Wie lässt sich das auffangen, eine Situation, die jetzt kritisch ist, in einer Gruppe? Wie kann die andere Berufsgruppe da mithelfen? Aber wichtig ist immer selber den Weg, die Einstellung zu finden und darauf zu achten, dass es auf eine Art professionelle Pflege hinaus läuft und nicht auf eine so persönliche, individuelle nur, sondern natürlich muss die professionell sein. Ich muss nicht persönlich gekränkt sein, wenn mich ein dementer Mensch anspricht, als ... Ausdruck und Wort kann man ja weglassen. Also, da gibt es viel, viel Bedarf und es gibt ja auch neue Mitarbeiter, die dann vielleicht noch nicht in den Genuss gekommen sind.“

Diese entsprechende Unterstützung mit unserem Fachseminar in (Name der Stadt) arbeiten wir gerne, oder auch mit den in der (Name der Stadt), mit denen müssen wir das noch nachschulen und dann ist das immer wieder gut, dass wir darüber hinaus jemanden haben, der auch intern Supervision macht, mit uns. Und da kann man auch schon einiges mit aufarbeiten (238-264).“

Herr Jacobs schildert auszugsweise die thematischen Schwerpunkte, die in Zusammenarbeit mit einem trägernahen Fachseminar für Altenpflege in regelmäßig wiederkehrenden Qualifizierungsmaßnahmen aufgearbeitet werden. Zudem bietet der Träger in Kooperation mit dem Fachseminar für Altenpflege nach Bedarf weitere Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter an. Zu einem in der Einrichtung gelebten Grundverständnis gehört für alle Mitarbeiter des Hauses, alle zwei Monate an einer hausinternen Supervision teilzunehmen. Dies ist für eine Einrichtung der Altenhilfe bisweilen nicht unbedingt selbstverständlich, da für die Teilnahme der Mitarbeiter und für den moderierenden Supervisor Kosten entstehen, die nicht über den Pflegesatz refinanziert werden können.

Altenhilfepolitische Situation in der Region

In Zusammenhang mit der altenhilfepolitischen Situation in der Untersuchungsstadt bitte ich Herrn Jacobs um seine Sichtweise zur inhaltlichen Arbeit der AGENDA 2020.

„Ich glaube die Agenda ist zum einen sehr fiskalisch orientiert und zum anderen ist sie nicht ergebnisoffen. Also das ist kein Workshopcharakter, den ich gerne gehabt hätte. Also, einen fachlichen Workshopcharakter, wo man sagt, Mensch, da hole ich jetzt mal die Experten. Das bin nicht ich, aber das wären andere, dass man die holt und sagt mal hier, was notwendig ist. Was ganz schwierig ist, ist die Betroffenenbeteiligung, weil natürlich, da hat man überhaupt keinen, nach meiner Ansicht wenig Gedanken verwendet. ... Und dann ist es natürlich, das ist sicher auch für die Verwaltung schwierig, wenn man natürlich mit verschiedenen Trägern zusammensitzt, ist natürlich auch die Frage der Konkurrenz im Raum. Das ist leider auch keine gute Situation, bei knapper werdenden Ressourcen habe ich leider nicht erlebt, dass wir besser zusammenarbeiten, sondern ganz im Gegenteil.

Viele kommen, um zu hören und wenig zu sagen. Das ist natürlich auch schlecht. Das ist auch schlecht für so eine, so eine Runde. Zu der Einführung der AGENDA 2020 möchte ich noch sagen, damals hatte ich das ja mitbekommen und es sollte ja abgefragt werden, durch dieses Institut. Das, was der Bedarf tatsächlich ist bei denjenigen, um die es geht. Ich hatte aber den Eindruck, das war alles tatsächlich festgelegt. Es war nicht ergebnisoffen (675-752).“

Herr Jacobs gibt zur Frage, ob es in der Untersuchungsstadt Treffen der Heimleitungen gegeben hat und wer diese dann organisiert hat, folgendes an:

„Wir hatten regelmäßige Treffen. Die Heimleitungen selbst. Im Wechsel immer so. Ganz autonom. Wir haben unsere Probleme untereinander sehr offen besprochen und haben dann immer aktiv, aktuelle Thematiken da mit hereingenommen. Da war auch Herr (Name des Dezernenten) mal mit bei. ... Auf einmal bröckelte das so weg, nachdem eben doch der Wechsel im Amte des Verwaltungschefs stattfand. Und eben doch enge Bezüge auf einmal deutlicher wurden. Von Trägerschaft zu Kreis und wie auch immer. Und seit dieser Zeit, ist das jetzt eben auch gerade seit dieser Zeit, seitdem wir darüber sprechen, dass im vollstationären Bereich...der Konkurrenzgedanke auf einmal wieder so stark geworden ist (753-809). ... Ein Träger ist ja ganz besonders groß hier im Raum. Der hat dann die nächsten Kontakte, wieder zu dem nächstgrößeren Träger genommen und auf dieser Heimebene, Heimleiterebene dann Sachen durchgeboxt, die waren aber nur speziell für diese beiden interessant. Und für die anderen nicht. Und dann haben die anderen auch gesagt, das interessiert uns gar nicht. ...Und jetzt müssten wir eigentlich da einen Weg herausfinden, aus dieser Geschichte.... ...Aber das ist so stark und monopolistisch mittlerweile meine ich, dass wir da auf einer unteren Ebene wieder zusammenkommen müssen (810-828).“ ... Vernetzung, das wäre mein Wunsch (850-858).“

Herr Jacobs ist mit der altenhilfepolitischen Situation in der Untersuchungsstadt nicht zufrieden. Der Heimleiter kritisiert, dass die Stadt- und auch die Kreisverwaltung in der Region aus seiner Sicht keinen offenen Dialog zwischen allen beteiligten Akteuren in den Segmenten der Altenhilfe fördert und die Verwaltung lediglich daran interessiert sei, eigene Interessen durchzusetzen.

So gebe es seit einiger Zeit sogar Polarisierungstendenzen, durch die ein großer regionaler Altenhilfeträger ständig bevorteilt werde. Das alles sei für eine konstruktive Zusammenarbeit im Sinne einer Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungslandschaft in den Segmenten der Altenhilfe für die Region nicht unbedingt zuträglich, so die Sichtweise von Herrn Jacobs.

Zusammenfassung des Interviews mit Herrn Jacobs

Die Interviewsituation war in ihrer inhaltlichen Ausprägung eher ausgewogen. Alle relevanten Themenbereiche wurden von Herrn Jacobs abgearbeitet und diskutiert. Als Repräsentant der Einrichtung war ihm durchaus wichtig, die konzeptionelle Relevanz der baustrukturellen und konzeptionell inhaltlichen Ausrichtung des pflegerischen Leistungsgeschehens des neuen Altenpflegeheimes in Anlehnung an die Umsetzungsempfehlung des KDA zur 4. Pflegeheimbaugeneration hervorzuheben und sich dadurch gegenüber den anderen stationären Altenhilfeanbietern in der Stadt abzuheben. Hierbei gilt sicherlich ebenfalls zu berücksichtigen, dass es sich bei dem Trägerverein um eine christlich-antroposophisch geprägte Organisation handelt, der es gelungen ist, den Ersatzbau ohne öffentliche Gelder zu finanzieren und die so in der Lage ist, eine innenarchitektonisch andere Milieustruktur vorhalten zu können, die nicht mit den anderen Einrichtungen der stationären Altenhilfe in der Untersuchungsstadt vergleichbar ist.

7 Vergleichende Betrachtung

Es folgt eine Darstellung von Befunden, die im Rahmen der Untersuchung zur Ausgestaltung von Sinneswelten für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe erhoben wurden. Diese verweisen

einerseits auf die Unterschiede in der Ausgestaltung von demenzgerechten Pflege- und Betreuungssettings

und andererseits auf die Schwierigkeit evidenzbasierte Demenzkonzepte in den Einrichtungen umzusetzen.

Die vorliegenden Ergebnisse beziehen sich auf die sechs beteiligten Pflegeheime als „*Institutionen des Alters*“ für Demenzkranke und orientieren sich an den Fragestellungen, die in *Kapitel 4* vorgestellt wurden.

Die Ergebnisse der Experteninterviews mit den Heimleitungen sowie die Erkenntnisse der teilnehmenden Beobachtung, lassen sich in folgende Aspekte bündeln:

1. Welche Einrichtungsmodelle stehen für die stationäre Pflege und Betreuung von Demenzkranken im ausgewählten Untersuchungsfeld zu Verfügung?
2. Sind die Orte der stationären Altenhilfeeinrichtungen als *Sinneswelten* für Menschen mit Demenz erlebbar?
3. Ist die stationäre Altenhilfe noch immer eine „*totale Institution*“ im Sinne Goffmanns?

Diese Fragestellungen stehen im Mittelpunkt einer vergleichenden Betrachtung.

Die Ausgangssituation der Versorgung von demenzkranken Menschen in den untersuchten Pflegeeinrichtungen ist eindeutig: Das Ausmaß und die Bedeutung der gesellschaftlichen Herausforderungen durch den rasanten Anstieg der Demenzkrankheit im 21. Jahrhundert beschäftigen längst die verantwortlichen Akteure der stationären Altenhilfe. So auch die Mitarbeitenden der Einrichtungen dieser Studie.

Die Aussagen der Heimleitungen belegen das, was auch der einschlägigen Fachliteratur zu entnehmen ist. Es gibt einen wachsenden Bedarf an spezifischen Pflege- und Betreuungsengagements für Menschen mit der Diagnose Demenz in der stationären Altenhilfe. Allerdings sind die Einrichtungen noch nicht ausreichend auf die Versorgung dieser Klientel eingestellt, wenngleich es nicht an der Notwendigkeit und der Bereitschaft der Träger und des Personals mangelt, neue Wege in der Begleitung von Demenzkranken zu gehen. Dies belegen auch die Ergebnisse der Einrichtungen.

Die Gegenüberstellung der Ergebnisse der durchgeführten Studie wird dazu beitragen, mögliche Ursachen für eine noch nicht, bzw. eine noch nicht ausreichend vorhandene demenzgerechte Wohn- und Betreuungskultur im Segment der stationären Altenhilfe der Region zu identifizieren und zugleich Verbesserungspotentiale für die Ausgestaltung von stationären *Sinneswelten* für Demenzkranke aufzuzeigen.

7.1 Die Einrichtungen im Vergleich der Pflegeheimgenerationen

In diesem Abschnitt soll eine Formulierung von Modellen für die Häuser als ‚*Institutionen des Alters*‘ in Anlehnung an die Pflegeheimgeneration des KDA vorgenommen werden, bevor dann die Frage erörtert wird, ob und inwieweit Demenzkranke die stationäre Altenhilfe als Sinneswelten erleben können.

Vor dem Hintergrund der gesetzlich geregelten Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgungsstruktur gemäß § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB XI²⁶ lag der Schwerpunkt in der vorliegenden Studie ausschließlich auf einer differenzierten Betrachtung der stationären Leistungserbringung nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Bereits erwähnt, stellt sich die regionale Versorgungsstruktur der stationären Pflegeeinrichtungen insgesamt unterschiedlich dar. Auf der Grundlage von gemeinsamen Strukturmerkmalen, die in den Ergebnissen der Studie sichtbar werden, sind individuelle milieuspezifische Kontraste und Besonderheiten der Einrichtungen erkennbar.

²⁶ § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB XI „Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.“

So verfügen alle sechs Untersuchungseinrichtungen zunächst einmal über folgende gemeinsame Strukturmerkmale:

- *Gemeinnützige Trägerorganisationen*
- *Pflegeheime sind regional geprägte Einrichtungen*
- *Baugeschichte/Ersatzneubau*
- *Gemeinsamer Versorgungsvertrag (vgl. § 72 SGB XI im Anhang)*
- *Gemeinsame Zielgruppe (vgl. § 28 SGB XI im Anhang)*
- *Fördernde Prozesspflege als gemeinsame pflertheoretische Grundlage*
- *Examinierte Altenpfleger/Krankenpfleger als Basisqualifikation der Heimleitung*
- *Versorgung von Menschen mit Demenz*

Gemeinnützige Trägerorganisationen

Gemeinsam ist den sechs beteiligten Häusern, dass diese alle in freigemeinnütziger Trägerschaft geführt werden. Die trägerspezifische Verortung ist ein zentraler Indikator für die Auswertung der gemeinsamen Merkmale im Hinblick auf die Konzepterstellung und die Ausgestaltung institutionalisierter Pflege- und Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz. Schließlich entscheidet in der Regel der Träger über die strukturellen Rahmenbedingungen der Leistungserbringung in der Pflegeeinrichtung. Dazu gehören insbesondere die konzeptionelle Ausrichtung in der Schwerpunktsetzung des pflegerischen und betreuungsbezogenen Leistungssettings und die damit verbundene Gestaltung der räumlichen Ordnung in der Einrichtung. Diese strukturellen Bedingungen wirken sich zudem auf die innere Ausgestaltung der milieuspezifischen Besonderheiten der Institution als Pflegeheim und seiner dort in Interaktion stehenden Akteure aus, wie die weiteren Ergebnisse dieser Studie noch belegen werden.

Pflegeheime sind regional geprägte Einrichtungen

Die in die Studie einbezogenen Pflegeheime sind alle als Bestandseinrichtungen zu bezeichnen. Lange bevor es die erste regionale Altenhilfeplanung (Mitte der 1990er Jahre) für die Region gegeben hat, gehörten die Häuser zur Regelversorgung der Stadt.

Sie verfügten lange bis in die 4. Generation auch über sogenannte Wohnheimplätze. Unter anderem war für sie kennzeichnend, dass sie vorwiegend als Wohnheime ohne Pflegebereich konzipiert wurden und zugleich durch mehrere Pflegeheimgenerationen begleitet wurden. Aus der historischen Entwicklung begründet, war dieses Heimmodell anfänglich institutionell vorwiegend gekennzeichnet durch den Versorgungsaspekt und weniger durch eine Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet.

Im Nachkriegsdeutschland waren die Alten „...kaum in der Lage am ‘Wirtschaftswunder‘ nach Gründung der Bundesrepublik teilzunehmen; Pensionen und Renten bildeten lange Zeit das Schlusslicht beim Aufbau des bundesdeutschen Sozialstaates. Vorerst ist es primär der materielle Mangel, der auf die alten Menschen aufmerksam werden lässt. Sie stellen im Nachkriegsdeutschland einen wachsenden Anteil der Fürsorgeunterstützten“ (Landwehr, Baron, 1991, S.288-289). Aus dieser Notlage der alten Menschen heraus, werden besonders die, „... die sich nicht mehr selbst versorgen können - ohne krank zu sein- in Altersheimen untergebracht. Der Bedarf an Altersheimplätzen stieg nach 1945 aus den genannten Gründen erheblich an“ (Landwehr, Baron, 1991, S. 289). So entstand zunächst die Generation der Heime, die wir heute in Anlehnung an die Beschreibung der Pflegeheimgenerationen durch das KDA als 1. Generation im Pflegeheimbau definieren, in denen das Leitbild eben das „Verwahren der Insassen in der Verwahranstalt“ war (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt 3.1).

Das Heim der 1. Generation entwickelte sich zwar in der Folgezeit bis in die heute bestehende 4. Pflegeheimgeneration weiter, doch die historischen Wurzeln aus dieser Zeit dominierten und veränderten letztlich die inhaltlich-konzeptionelle Gestaltung der Pflege und Betreuung in den Heimen nur sehr zögerlich, wie auch der historische Abriss in *Kapitel 3* bereits gezeigt hat. So verwundert es auch nicht dass es bei den beteiligten Einrichtungen über Jahrzehnte gedauert hat, auch die letzten Wohnheimplätze in vollstationäre Pflegeplätze umzuwandeln.

Alle sechs Häuser weisen aufgrund ihrer Entwicklungsgeschichte noch immer Merkmale auf, die eine eindeutige Zuordnung zu einer der vier Pflegeheimgenerationen erschweren. Diese Feststellung bezieht sich zum Teil auf Hinweise in der räumlichen Architektur, aber auch zu einem Großteil auf die Ausgestaltung der inhaltlichen Konzepte in den Pflegeeinrichtungen.

Baugeschichte/Ersatzneubau

Interessant ist, dass die sechs Häuser bezüglich ihrer Baugeschichte gewisse Gemeinsamkeiten aufweisen, wie die Schilderungen der Heimleitungen belegen. Wie oben angemerkt, handelt es sich um alt eingesessene Altenhilfeinstitutionen, die heute als Bestandseinrichtungen angesehen werden.

Bis auf eine Einrichtung waren zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie alle wesentlichen Baumaßnahmen in den einzelnen Häusern abgeschlossen. So ergibt sich für die jeweiligen Einrichtungen folgendes Bild:

Die Baumaßnahmen rund um das Pflegeheim „*In der Zwischenstadt*“ (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.1) waren zum Untersuchungszeitraum komplett abgeschlossen.

Die Baugeschichte der Pflegeeinrichtung „*Mittendrin*“ (vgl. hierzu Portrait, *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.4) blickt auf eine ähnliche Historie zurück wie das Pflegeheim „*In der Zwischenstadt*“. Das Haus wurde im Laufe der Jahrzehnte kontinuierlich weiterentwickelt und modernisiert. Die letzte große Umbaumaßnahme erfolgte 1993/1994. In dieser Zeit wurden die bis dahin noch vorhandenen Doppelzimmer in Einzelzimmer umgewandelt und der noch vorhandene Altenheimbereich komplett saniert. Nur dadurch konnte die Einrichtung einer Nutzung als Altenpflegeheim ganz entsprechen.

Auch die Pflegeeinrichtung „*Mittendrin*“ entspricht mit dem vorhandenen Baukörper, der architektonischen Gestaltung der Wohnbereiche und der Pflegezimmer nicht den aktuellen Kriterien eines stationären Heimbetriebs entsprechend den Empfehlungen zur 4. Generation laut KDA.

Die Einrichtung „Mittendrin“ weist auch nach einer weitreichenden Umbauphase noch immer wesentliche Merkmale einer Pflegeeinrichtung der 3. Generation auf.

Der institutionelle Charakter der Einrichtung „*In der Kernstadt*“ (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.5,) lässt trotz einer umfassenden Kernsanierung des Gebäudekomplexes noch immer auf einen krankenhausähnlichen Baukörper schließen.

Mit dem Bau der Pflegeeinrichtung „*In der Kernstadt*“ in den 1970er Jahren hat der Trägerverein sich konsequent an das damals vorherrschende Leitbild im Pflegeheimbau der 2. Generation gehalten. Die Versorgung der pflegebedürftigen Patienten orientierte sich an der Konzeption des Krankenhauses (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt 3.1). Als letzte Einrichtung in der Region wurde diese 2007 einer großen Umbaumaßnahme unterzogen.

Wenn damit auch nicht der aktuelle Standard der 4. Generation erreicht wurde, ist durch die vollzogenen Modernisierungsmaßnahmen eine Weiterentwicklung in einem veränderten Charakter der inneren Gebäudestruktur erzielt worden, der auch die Wohn- und Lebensqualität für die in diesem Haus lebenden Bewohner grundlegend verbessert hat. Zentraler Schwerpunkt bei den Umbauarbeiten lag in der Veränderung der Funktionsräume des Heimes.

Insgesamt hat sich durch den Umbau die gesamte Raumstruktur in der Einrichtung verändert. Nicht zuletzt ist für die Bewohner sichtbar mehr Wohnlichkeit entstanden.

Wie bereits angedeutet handelt es sich bei der Pflegeeinrichtung „*In der Kernstadt*“ um eine zwar kernsanierte und modernisierte Einrichtung, die aber trotz vielerlei Bemühungen in der Ausgestaltung noch immer zentrale Merkmale der 2. Generation aufweist, die jedoch eine Öffnung hin zur 3. Generation sichtbar erkennen lässt. Dennoch entspricht das Haus nicht dem aktuellen konzeptionellen Verständnis der 4. Generation.

Die Einrichtung „*Geprägte Randlage*“ (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.2) wurde bis in die 1970er Jahre als Klinikgebäude genutzt. Im Jahr 1985 wurde diese Klinik dann mit geringem Aufwand in ein Altenpflegeheim umgewandelt. In der Folge der Pflegeheimgenerationen standen die 1980er Jahre ganz im Zeichen des Wohnheims der 3. Generation.

Dazu gehörte, wie bereits erwähnt, ein erhöhter Anteil an Einzelzimmern oder auch Appartements, barrierefreie Sanitärbereiche und ein Mehr an Wohnqualität. Diese Merkmale sind in der Pflegeeinrichtung „*Geprägte Randlage*“ nur eingeschränkt wiederzufinden.

Die Struktur determinanten des Hauses deuten auf den generationsspezifischen „*Klassiker*“ der 2. Pflegeheimgeneration hin. Auch die noch immer überwiegend vorhandenen Doppelzimmer sind typisch für die 2. Generation.

Alles in allem präsentiert sich das Pflegeheim „*Geprägte Randlage*“ als eine vollstationäre Pflegeeinrichtung der 2. Generation nach den Entwicklungstendenzen des KDA mit den beschriebenen Strukturmerkmalen aus dieser Generation.

Das Altenpflegeheim „*Im Grünen*“ hat sich (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.3) aus einer ehemals kommunal geführten Einrichtung 2006 herausgelöst und wurde mit Übernahme einer christlich orientierten Trägerorganisation an einem anderen Standort in der Untersuchungsstadt neu gebaut.

Die Gesamtsituation des Hauses ist durchaus mit denen der anderen an dieser Studie beteiligten Einrichtungen vergleichbar. Insofern gibt es auch eine Baugeschichte, eben nur mit einem Ersatzneubau an einem anderen Standort. Notwendig wurde der Ersatzbau, da das alte Gebäude insgesamt nicht mehr den aktuellen Anforderungen im Pflegeheimbau entsprach.

Mit der Fertigstellung eines Neubaus im Jahr 2006 ist ein Pflegeheim der 3. Generation entstanden.

Nach den Kriterien zur Entwicklung des Pflegeheimbaus verwundert es schon, dass sich die „*innere*“ Ausgestaltung des 2006 fertiggestellten Ersatzbaus der Einrichtung „*Im Grünen*“ bei der Konzipierung der internen Versorgungsstruktur noch immer stark an der 3. Generation (1980er Jahre) mit dem Leitbild des Wohnheimes gehalten hat und sich nicht an der mittlerweile verbreiteten Konzeption der 4. Generation orientiert. Dies bezieht sich insbesondere auf die Umsetzung der Arbeitsorganisation und auf die architektonische Gestaltung des „*Inneren*“.

Als zweitälteste Einrichtung der Stadt hat sich auch das nachfolgende Pflegeheim aufgrund eines erheblichen Investitionsstaus dafür entschieden, einen Ersatzneubau an einem größeren Standort im Stadtgebiet zu errichten.

Die Einrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.6) besteht in christlicher und anthroposophischer Tradition seit 1953 in der Stadt. Bis 2005 war das Pflegeheim an einem anderen Standort untergebracht. Das Haus konnte die über Jahrzehnte hinweg ständig wachsenden Anforderungen an eine vollstationäre Pflegeeinrichtung gemäß den gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht mehr erfüllen.

Viele der aufgrund dieser Vorgaben gebauten Altenheime bekamen mit der Einführung der Pflegeversicherung erhebliche Probleme. Nicht anerkannte Doppelzimmer konnten nicht mit pflegebedürftigen Bewohnern belegt werden. Mehr Individualität und Autonomie des einzelnen Bewohners stand seit Mitte der 1990er Jahre im Mittelpunkt der stationären Altenhilfe. So mussten schließlich auch die vorhandenen Doppelzimmer in Heimen abgebaut, Einzelzimmer umgebaut werden und zwar mit einem eigenen angrenzenden Bad. Dies waren ganz einschneidende Probleme von vielen Einrichtungen mitten in einem grundlegenden Paradigmenwechsel der stationären Altenhilfe mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995. Die Beschreibung kennzeichnet auch die Entwicklung der Pflegeeinrichtung „*Im lokalen Nahraum*“, wie Herr Jacob sie angedeutet hat.

Bei der Umsetzung und Konzepterstellung hat sich der Trägerverein leiten lassen von der 4. Generation im Pflegeheimbau, orientiert an dem aktuell bestehenden Leitbild „*Familie-Alte Menschen erleben Geborgenheit und Normalität*“ in Anlehnung an das KDA (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt 3.1).

Exkurs: Einige Besonderheiten zu Haus- und Wohngemeinschaften

Zahlreiche Haus- und Wohngemeinschaften sind in den letzten Jahren in der stationären Altenhilfe in Deutschland entstanden, die sich nach eigenem Bekunden alle mit ihren Konzepten und auch der baulichen Umsetzung an die Empfehlungen des KDA zur 4. Generation im Pflegeheimbau gehalten haben. Auch gibt es sehr unterschiedliche Interessenbewegungen in der Landschaft der stationären Altenhilfebetreiber, die eindeutige Kriterien zur Umsetzung dieser 4. Generation festlegen wollen.

Die Frage, die sich dabei allerdings stellt ist, wem eine solche eindeutige Festschreibung dienlich ist, und ob diese im Sinne einer vielschichtigen Vorhaltung von möglichst individuellen Pflege- und Betreuungsengagements für die Nutzer dieser Angebote in der Altenhilfe überhaupt wünschenswert ist.

Schließlich sollen doch mit dieser Generation noch immer stark verkrustete institutionelle Merkmale aufgeweicht werden, um multimorbiden alten Menschen eine räumliche Umwelt anbieten zu können, die sich mehr und mehr an der Normalität des Alltages orientiert, wo sich der Bewohner nicht in einer künstlich geschaffenen institutionalisierten Lebenswelt mit noch immer vielen Merkmalen einer „geschlossenen Welt“ im Sinne Goffmanns wiederfindet. Daher bleibt zu hoffen, dass sich viele unterschiedliche Haus- und Wohngemeinschaften in der stationären Altenhilfe durchsetzen mögen, die diese Zielsetzung verfolgen und durch eine bunte Vielfalt Lebenswelten schaffen, die sich an dem Leitbild, dem sogenannten „Normalitätsprinzip“ dieser 4. Generation orientieren.

In der Einrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ gibt es sieben Wohngemeinschaften mit je zwölf Einzelzimmern. Diese Wohngemeinschaften bilden den inneren Kern der Konzeptidee. Den zentralen Mittelpunkt jeder Wohngemeinschaft bildet der Wohn-/Ess- und Aufenthaltsbereich. Ein Blick in die Wohngemeinschaften zeigt unmissverständlich, dass architektonisch mit viel Mühe das Grundprinzip der 4. Generation als Leitidee in der Untersuchungseinrichtung konsequent umgesetzt wurde.

Allein durch die konsequente architektonische Umsetzung des Raumkörpers nach den Empfehlungen zur 4. Generation hebt sich das Pflegeheim „*Im lokalen Nahraum*“ mit der Baustruktur und der „inneren“ Ausgestaltung der Wohngemeinschaften bei zunächst übereinstimmender Ausgangssituation von den anderen Häusern in der Stadt deutlich ab und hat mit der Adaption der konzeptionellen Mindestanforderungen an das Wohngemeinschaftsprinzip der 4. Generation die Anschlussfähigkeit an den aktuellen Stand der stationären Altenhilfe in Deutschland erreicht. Natürlich ist damit noch keine Aussage zur Qualität der gelebten Pflege- und Betreuungskultur getroffen. Hierzu kann erst nach Auswertung der noch ausstehenden Strukturmerkmale Stellung zu genommen werden.

Gemeinsamer Versorgungsvertrag

Die Pflegeheime verfügen alle über einen mit den Landesverbänden der Pflegekassen von NRW abgeschlossenen Versorgungsvertrag über vollstationäre Dauerpflege gemäß § 72 SGB XI (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.2).

Der Versorgungsvertrag verpflichtet die Betreiber stationärer Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer zur Versorgung Pflegebedürftiger auf der Grundlage der Pflege- und Betreuung nach § 43 SGB XI (vgl. Anhang) sowie zur Gewährleistung der Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI (vgl. Anhang).

Darüber hinaus hat keine der sechs Einrichtungen im Stadtgebiet einen pflegfachlichen Schwerpunkt zur Leistungserbringung, z.B. in der Versorgung von Menschen mit Demenz oder Menschen im Wachkoma oder Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung vereinbart. Die Leistungserbringung erfolgt somit zunächst auf einer allgemeingültigen Grundlage nach den gesetzlichen Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Damit ist die Voraussetzung als gegeben anzusehen, die strukturellen Rahmenbedingungen und das inhaltliche Leistungsspektrum dieser sechs Einrichtungen in der Untersuchungsregion auf dieser Grundlage miteinander zu vergleichen.

Gemeinsame Zielgruppe

Bedingt durch die verbindliche Gemeinsamkeit eines bestehenden Versorgungsvertrages aller sechs Heime gemäß § 72 SGB XI gibt es insofern auch eine gemeinsame Zielgruppe der zu versorgenden Klientel (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.2).

Fördernde Prozesspflege als gemeinsame pflegetheoretische Grundlage

Wie schon im Verlauf der bisherigen Ausführungen dargelegt, hat sich mit der Einführung der Pflegeversicherung 1996 in der deutschen Pflegelandschaft ein radikaler, aber durchaus notwendiger Paradigmenwechsel vollzogen, der bis heute die Träger von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen herausfordert, von einer

defizitversorgenden Pflege wegzukommen zu Gunsten einer aktivierenden Pflege und Betreuung. Dieser konzeptionelle Ansatz ist in § 28 Absatz 4 SGB XI verankert.

Somit spiegelt sich auch hier eine Gemeinsamkeit in der Qualitätssicherung der Leistungserbringung der sechs Untersuchungseinrichtungen wider (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.2).

Examinierte Altenpfleger/Krankenpfleger als Basisqualifikation der Heimleitung

Auffällig ist eine weitere Übereinstimmung, die nicht unwesentlich Auswirkungen auf die Ausgestaltung des „Inneren“ einer stationären Pflegeeinrichtung hat. So verfügen - bis auf eine Ausnahme - fünf Einrichtungsleitungen über einen ähnlichen Werdegang in der Pflege und haben als gemeinsame Basisqualifikation mindestens eine pflegerische Ausbildung zum examinierten Altenpfleger oder Krankenpfleger absolviert. Ein Einrichtungsleiter hat zunächst eine Lehre zum Bankkaufmann gemacht und dann eine Heimleiterausbildung einige Jahre später abgeschlossen (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.2).

Versorgung von Menschen mit Demenz

Die bisherigen Ergebnisse der Interviews mit den Experten der Heimleitungen aus den sechs Einrichtungen haben deutlich gezeigt, dass es einen wachsenden Anteil demenzerkrankter Bewohner in der stationären Altenhilfe gibt, der zukünftig noch weiter ansteigen wird, wenn man die demografische Entwicklung und die Veränderungstendenzen in den Lebenslagen für die nächsten Jahre und Jahrzehnte zu Grunde legt (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.2).

Ausgangssituation dieser Studie war, die stationären Altenhilfeeinrichtungen als *‘Institutionen des Alters’* in der Ausgestaltung von Pflege- und Betreuungssettings für Menschen mit Demenz aus der Perspektive von *‘innen heraus’* in den Blick zu nehmen und auf ihre Evidenz zu überprüfen.

In diesem Zusammenhang soll nun die soziale Wirklichkeit der Versorgungssituation von Demenzkranken aus dem Erleben und in der Ausgestaltung in den einzelnen Pflegeheimen durch die Heimleitungen kontrastiert werden.

Übereinstimmend haben die Einrichtungsleitungen über einen gestiegenen Anteil von Bewohnern mit einer Demenzerkrankung bei gleicher Ausgangssituation der Pflegeeinrichtungen berichtet, wie durch die Aufarbeitung der einzelnen Strukturmerkmale in diesem Unterabschnitt deutlich wurde (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.2.).

Wie aber erfolgt die Ausgestaltung der Leistungserbringung der Pflege und Betreuung bei Demenzkranken aus Sicht der Heimleitungen auf der Grundlage des bestehenden Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI?

Nach Auskunft von Herrn Meyer gibt es in der Pflegeeinrichtung „*In der Zwischenstadt*“ bisher keine Pflege- und Betreuungskultur in der Ausgestaltung einer spezifischen Versorgungsstruktur für demenzkranke Menschen. Besondere Betreuungsangebote finden im Erhebungszeitraum ebenfalls noch nicht statt. Der Bedarf nach einem eigenen Pflege- und Betreuungssetting für dementiell veränderte Bewohner steht allerdings für Herrn Meyer außer Frage, da in der Einrichtung erste Überlegungen angestellt wurden, wie der immer größer werdenden Gruppe von Demenzkranken begegnet werden kann. Einen demenzspezifischen pflegerischen Schwerpunkt gibt es jedoch nicht. Auch wird kein demenzspezifisches Konzept in der Einrichtung „*In der Zwischenstadt*“ umgesetzt (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.2.1).

Die Situationsbeschreibung aus der Einrichtung „*In der Zwischenstadt*“ lässt sich fast eins zu eins auf das Heim „*Geprägte Randlage*“ übertragen (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.2.2). Trotz der Feststellung der Heimleitung, Frau Anton, dass über 86% Bewohner mit einer Demenzdiagnose in diesem Haus leben, gibt es keinen pflegerischen Schwerpunkt für diese Klientel. Die Pflegekonzeption beinhaltet die Umsetzung der theoriegeleiteten Konzeption der „Fördernden Prozesspflege“ nach Krohwinkel, wie bereits beschrieben wurde. Darüber hinaus gibt es keine fachspezifischen Angebote für Demenzkranke in der Einrichtung, wie von Frau Anton im Experteninterview zu erfahren war.

Ganz anders verhält sich die Pflege- und Betreuungssituation von Menschen mit Demenz dagegen im Pflegeheim „*Im Grünen*“ (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.2.3.).

Bereits dargestellt wurde, dass die Einrichtung über einen sogenannten *Beschützenden Bereich* für Demenzkranke verfügt, der von Herrn Metzler beschrieben wird als ein

„‘Beschützender Bereich‘ oder geschlossener Bereich. ... Die dort wohnen, da gibt es einen richterlichen Beschluss, wo der Richter sagt, ja diese Menschen gehören hinter diese verschlossene Tür. ... Die Tür ist abgeschlossen. Das heißt beschützt... (481-503).“

Die Bezeichnung *Beschützender Bereich* wird in der Praxis der Altenhilfe oft gewählt. Zunächst ist die Formulierung *Beschützender Bereich* eindeutig Augenwischerei, wenn die Tür dauerhaft definitiv abgeschlossen ist. Immer dann handelt es sich faktisch um eine geschlossene Abteilung, in der Menschen mit einem richterlichen Unterbringungsbeschluss weggeschlossen werden. Anders ausgedrückt handelt es sich dabei um eine Dauerfixierung. Diese geschlossene Welt mit verschlossener Eingangstür und Klingel von außen ist zudem eine bewusste Abbildung sozialer Ungleichheit. Demnach erfolgt eine bewusste Segregation, wenn Menschen mit einer Demenzerkrankung in einem *Beschützenden Bereich* geschlossen untergebracht werden. Diese Situation verändert sich auch nicht, wenn zu dieser Unterbringung eine richterliche Genehmigung (sogenannter Unterbringungsbeschluss) vorliegen muss.

Exkurs zur geschlossenen Unterbringung

Insbesondere in der Pflege und Betreuung von hochbetagten, multimorbiden alten Menschen mit einer Demenzerkrankung muss kritisch hinterfragt werden, ob eine geschlossene Unterbringung in der stationären Altenhilfe als therapeutisch sinnbringende Intervention eingesetzt werden sollte.

Aus Sicht der Autorin stellt die geschlossene Unterbringung einen Rückschritt in der Weiterentwicklung der stationären Versorgungsqualität für Demenzkranke dar. Selbst in der Geschichte der Psychiatriebewegung hat man erkannt, dass psychiatrisch auffällige Langzeitpatienten nicht weggeschlossen werden müssen. Nein, vielmehr hat die Sozialpsychiatriereform in den 1970er Jahren dazu beigetragen, dass insbesondere offene und integrierte, gemeindenahere Versorgungssysteme die Aktivierung jeder Form von Selbsthilfe des betroffenen psychisch Kranken, der betroffenen Familie, der Nachbarschaft, des Wohnbezirks, der Gemeinde und ihrer Organisationen und eben aller

psychiatrischen Einrichtungen (vgl. Dörner, Plog, 1984) mehr fördern und fordern als psychiatrische Langzeitpatienten durch die Unterbringung in speziellen Anstalten zu separieren.

Und heute, im Jahr 2010, begeht die Altenhilfe in der gerontopsychiatrischen Pflege und Betreuung von hochbetagten Demenzkranken diesen Irrweg erneut? Die Antwort muss eindeutig nein lauten.

Schließlich kann in einer geschlossen räumlich-sozialen Umwelt das Wohlbefinden, die Selbstbestimmung und die Autonomie alter und demenzkranker Menschen nicht positiv beeinflusst werden, da die Gesamtsituation eben nicht dem in der Altenhilfe viel umworbene Anspruch entspricht, die Rahmenbedingungen an das „Normalitätsprinzip“ anzupassen. Diese formale besondere Organisationsform der „geschlossenen Unterbringung“ gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen schafft auch für die beteiligten Pflege- und Betreuungspersonen ein eingeschränktes Wirklichkeitsverständnis. Vielmehr müssen wir dafür sorgen, würdige Bedingungen sowohl für die betroffene Klientel zu schaffen als auch für die Mitarbeiter. Dies gilt im Besonderen für das Segment der stationären Altenhilfe, wie auch im weiteren Sinne für die ambulante und teilstationäre Pflege.

Bereits in den 1980er Jahren hat Dörner diesen Anspruch für sich formuliert: „*Nicht nur dem Individuum ist zu helfen, sondern auch die Umgebung, das System, ist in die Wahrnehmung einzubeziehen*“ (Dörner, Plog, 1986, S. 27).

Leider gibt es zur Frage der geschlossenen Unterbringung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe bisher keinerlei wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse. Auch werden bis heute durch die Statistischen Landesämter keine Daten zu geschlossenen Unterbringungsmaßnahmen in vollstationären Pflegeheimen in Deutschland erhoben. Handlungsbedarf scheint hier dringend geboten.

Es gibt, wie die diese Studie bereits in *Kapitel 3* gezeigt hat, ausgewiesene Versorgungskonzepte für demenzkranke Menschen, die eine wirkliche Alternative zur geschlossenen Unterbringung darstellen.

Dort wird der demente Mensch in seinem Personsein mit seiner Würde und seiner noch vorhandenen ganz individuellen Autonomie wahrgenommen und unterstützt und eine geschlossene Unterbringung ist nicht erforderlich.

Die Architektur des geschlossenen Bereiches der Untersuchungseinrichtung „*Im Grünen*“ unterscheidet sich zu den anderen Wohnbereichen zunächst sichtbar nur durch eine definitiv verschlossene Tür (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.1.3).

Bekanntermaßen basiert die konzeptionelle Ausrichtung der Pflege und Betreuung in der Einrichtung „*Im Grünen*“ auf der theoretischen Grundlage der Fördernden Prozesspflege von Krohwinkel. Diese Konzeption wird nach Auskunft von Herrn Metzler auch im Beschützenden Bereich umgesetzt.

Die Pflegeeinrichtung „*Mittendrin*“ hat ebenfalls einen pflegfachlichen Schwerpunkt für Menschen mit Demenz eingerichtet. Heimleiter Mettmann berichtet von der Implementierung des Psychobiografischen Pflegemodells nach Böhm (ebenda).

„Ja, ... wir haben auch ein gerontopsychiatrisches Konzept erarbeitet (777-787). ... Wir haben erst einmal Informationen aus ganz Deutschland geholt. ... Wir lehnen uns an den Weg an, den das (Name einer anderen trägerinternen Einrichtung) in der Zwischenzeit gegangen ist. Das Haus hat zu mindestens eine feste Struktur nach der Theorie von Böhm (vgl. Böhm, 2004) aufgebaut (840-950).“

Die Darlegung von Herrn Mettmann zur Entstehung eines Demenzwohnbereiches zeigt auf, dass dieser Prozess einen intensiven Diskurs - angefangen von der Leitung bis hin zu allen beteiligten Mitarbeitern mit dem Thema Demenz - benötigt und voraussetzt, um schließlich zu einem fachspezifischen Handlungsansatz wie in der Pflegeeinrichtung „*Mittendrin*“ zu gelangen. Auch wird dadurch impliziert, dass dieser Prozess fortwährend evaluiert werden muss (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.2.4).

Mit der Kernsanierung hat sich im Heimbetrieb der Pflegeeinrichtung „*In der Kernstadt*“ die Versorgungssituation der im Haus lebenden demenzkranken Bewohner verändert (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.2.5).

Tagesbetreuung für Demenzkranke

„Und wir sind jetzt dabei aufgrund der schönen neuen Räumlichkeiten für die Tagesbetreuung natürlich ein Konzept zu erstellen. Das ist noch nicht fertig. Da sind wir dran (207-210).“

Dieses neue Angebot der Tagesbetreuung richtet sich ausschließlich an die Demenzkranken, wie die Heimleiterin Frau Kraft, in der Folge beschreibt:

„Wir werden also versuchen da eine häusliche Situation herzustellen (249-264).“

Es handelt es sich um eine integrierte Tagesbetreuungsform in Anlehnung an das Normalitätsprinzip, wo die Bewohner fernab von ihren Wohnbereichen im Untergeschoss im Rahmen einer Kernzeit von ca. 08:00 Uhr bis einschließlich 17:00 Uhr verbleiben und den Tag gemeinsam verbringen. Die fördernde Prozesspflege von Krowinkel ist die konzeptionelle Grundlage, an die sich die Einrichtung theoretisch zunächst anlehnt.

Die Einrichtung konzentriert sich in ihrem Bemühen auf eine Weiterentwicklung der Versorgungs- und Betreuungsqualität von demenzkranken Menschen. Dabei hat der Träger, wie Frau Kraft berichtet, einen konzeptionellen Rahmen bestimmt, den die einzelnen Einrichtungen schließlich inhaltlich individuell ausgestalten sollen:

„... Es gibt also keine übergreifende theoretische Grundlage jetzt dafür, sondern es werden einfach die verschiedenen Möglichkeiten aufgezeigt, die man hat, im Umgang mit Demenzerkrankten. ... Also, wir haben vom gesamten Konzept her eher einen integrativen Ansatz. Wir haben also keinen segretativen Ansatz, dass wir jetzt sagen, wir haben einen bestimmten Bereich im Haus, wo demenzkranke Bewohner wohnen (330-377).“

Bisher gibt es zu dieser integrierten Tagesbetreuungsform für demenzkranke Bewohner in der stationären Altenhilfe ebenfalls keine evidenzbasierten Erkenntnisse zu deren Auswirkungen auf die Lebensqualität.

In der Pflegeeinrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ wird keine Unterscheidung nach Diagnosen getroffen. Somit gibt es auch keinen spezifischen Demenzbereich im Haus (vgl. *Kapitel 6*, Unterabschnitt 6.2.6). Herr Jacobs erklärt dazu:

„Die integrieren wir insofern, als dass wir keine segregative Pflege durchführen. Und auch keine einzelne Abteilung haben oder Station, ein Wohnbereich, wo wir sagen können, das sind jetzt zwölf mal Alzheimer Stufe A oder B oder 1 oder 2 oder 3... Und Demente und weniger Demente (193-209).“

Die Demenzkranken leben in der Einrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ mit nicht demenzerkrankten Bewohnern zusammen in kleinen Wohngemeinschaften mit maximal zwölf Plätzen. Hier sorgt dann ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Pflegefach- und Hilfskräften sowie Präsenzkraften mit einer Mindestqualifizierung von 140 Stunden für eine bestmögliche Integration und Unterstützung der Klientel. Die Einrichtung bietet

„... nur die Rahmenbedingungen. Also, wir haben das ganze Geschehen ausgerichtet, sodass es demenziell erkrankten Menschen oder anders herum, für die dementen Menschen eine Hilfe ist. Die kleine Wohngruppe ist schon einmal für sich die Hilfe...,(225-237).“

Die konzeptionelle inhaltliche Ausrichtung orientiert sich an der Fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel. In der organisatorischen Rahmenstruktur der inhaltlichen Milieugestaltung lehnt sich die Pflegeeinrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ ganz eng an das Hausgemeinschaftsprinzip der 4. Generation im Pflegeheimbau an.

Demnach orientiert sich die Ausgestaltung des inneren Wohn- und Pflegemilieus der Wohngemeinschaften am sogenannten Leitbild der „*Normalität*“.

Herr Jacobs hat die Grundpfeiler des Wohngemeinschaftsprinzips am Beispiel der Pflegeeinrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ dargelegt. Das konzeptionelle Modell basiert auf der Wohnküche als Lebensmittelpunkt für die Bewohner und die Mitarbeiter zugleich. Die Wohnküche gilt in dem von Herrn Jacobs geleiteten Heim als milieuorientierter Rahmen zur Ausgestaltung der Tagesstruktur.

Diese Tagesstruktur, so betont Herr Jacobs, lehnt sich ganz eng an die hauswirtschaftlichen Verrichtungen an, die in einem häuslichen Umfeld den Tagesrhythmus und letztlich darüber hinaus auch die Tagesaktivitäten der Bewohner bestimmen und vorgeben. Daher ist das Wohngemeinschaftskonzept im Pflegeheim „*Im lokalen Nahraum*“ von Beginn an so angelegt gewesen, dass rund um die Uhr eine hauswirtschaftliche Präsenzkraft das Geschehen in der Wohnküche in Abstimmung mit der Pflege koordiniert.

Zusammenfassung

Die Häuser verfügen in der Ausgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen als anerkannte Pflegeeinrichtungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz über eine lange Tradition als Pflegeheime. Die älteste Pflegeeinrichtung „*Mittendrin*“ wurde bereits im Jahr 1929 in der Stadt gegründet, das jüngste Haus „*Geprägte Rاندlage*“ ist 1985 dazugekommen. Somit sind die sechs Einrichtungen als Bestandseinrichtungen anzusehen, die eine ähnliche Entwicklungsgeschichte in ihrer ‚*äußeren*‘ und insbesondere auch in ihrer ‚*inneren*‘ Ausgestaltung einer angemessenen Wohn- und Lebenswelt für multimorbide alte und demenzkranke Menschen aufweisen. So haben die sechs Institutionen im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte grundlegend ihre Raumstrukturen, ihre Handlungsorientierungen und ihre Handlungskonzepte verändert.

Der vollzogene Wandlungsprozess der Pflegeheime wurde in diesem Unterabschnitt am Beispiel von sieben Strukturmerkmalen, die die Einrichtungen gemeinsam aufweisen, einer vergleichenden Betrachtung unterzogen. Dabei sollte insbesondere der Frage nachgegangen werden, wie die sechs Häuser aktuell aufgestellt sind und wie sich die Wohn- und Lebensformen in den einzelnen Heimen auf die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz regional eingestellt haben. Entscheidend ist dabei im Ergebnis zunächst, ob die Einrichtungen anschlussfähig an den aktuell bestehenden Versorgungstrend der stationären Altenhilfe in Deutschland sind.

Ein qualitativer Indikator zur Bestimmung dieser Anschlussfähigkeit bildet zunächst die Verortung der Einrichtungen an die Generationen der Pflegeheimmodelle in Anlehnung an die Entwicklungstendenzen im Pflegeheimbau durch das KDA (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt 3.1).

Demnach weist die Einrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ die größte Übereinstimmung in den erhobenen Strukturmerkmalen zur aktuell bestehenden 4. Pflegeheimgeneration, den „Hausgemeinschaften“, nach den Empfehlungen des KDA auf. *„Das KDA hat immer wieder Alternativen zum klassischen Pflegeheim gesucht: Weg von straff organisierten, wirtschaftlich orientierten Institutionen, hin zu möglichst viel gelebter Normalität. ... Denn jeder Mensch hat das Grundbedürfnis nach selbstbestimmtem Wohnen - auch bei Hilfe- und Pflegebedarf“* (Maciejewski, Sowinski 1999, S. 34).

„Hausgemeinschaften sind betreute Gemeinschaften Älterer. Sie setzen sich aus einer überschaubaren Gruppe zwischen sechs und acht Personen zusammen. Die Gruppengröße und Zusammensetzung darf auf keinen Fall die Ausbildung eines persönlichen sozialen Gefüges behindern oder gar unterbinden“ (Winter, 1999, S. 15).

Die Einrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ entspricht in der Ausgestaltung des Wohn- und Lebensmilieus diesen von Maciejewski, Sowinski und Winter u.a. beschriebenen wichtigsten Prinzipien des Hauswohngemeinschaftskonzeptes. Die daraus entwickelten Kernelemente der Dezentralisierung, der Sicherstellung einer kontinuierlich festen Bezugsperson (Präsenzkraft oder Alltagsbegleiterin) und die Orientierung der Alltagsgestaltung nach dem „*Normalitätsprinzip*“ sowie die Überschaubarkeit der Hausgemeinschaftsgröße wird durch die Pflegeeinrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ ebenfalls umgesetzt.

Die hier nochmals hervorgehobenen Prinzipien des Hauswohngemeinschaftskonzeptes gelten nach heutigen Erkenntnissen ebenso, wenn nicht insbesondere auch für die Gestaltung von stationären Wohn- und Betreuungsmilieus für Menschen mit Demenz. Welche Wechselwirkungen und Wirkzusammenhänge in Wohngemeinschaften bzw. Hauswohngemeinschaften bestehen, in denen sowohl demente als auch nichtdemente Bewohner zusammenleben, kann abschließend nicht beurteilt werden, da noch zu wenige aussagekräftige Untersuchungen dazu vorliegen. Besonders hervorzuheben ist jedoch, dass die Einrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ als einzig bestehendes Altenpflegeheim dieser Studie noch über eine hauseigene Küche verfügt. Die Speisenzubereitung erfolgt somit noch vollständig in der Einrichtung. In den Wohngemeinschaften werden zum Teil Komponenten mit den Bewohnern gemeinsam vor- und zubereitet.

In der Einordnung der Pflegeheimgenerationen ist der Pflegeeinrichtung *„In der Kernstadt“* als erstes zu bescheinigen, dass durch die umfangreichen Modernisierungsmaßnahmen eine qualitative Weiterentwicklung in einem stark veränderten Charakter der inneren Gebäudestruktur erzielt werden konnte. Dadurch hat sich sichtbar die Wohn- und Lebensqualität besonders durch milieuspezifische Akzentuierungen verbessert.

So hat sich insgesamt die Raumstruktur in der Einrichtung verbessert. Die einzelnen Bereiche verfügen über mehr Platz auf den Etagen und haben alle einen Wohnaufenthaltsbereich mit einem lichtdurchfluteten Wintergarten und einer unmittelbar angrenzenden Etagenküche erhalten. Zusätzlich hat sich durch die Umbaumaßnahme die Pflege- und Betreuungssituation für die Bewohner verändert, da diese jetzt tagsüber aus allen Bereichen in der hausinternen integrierten Tagesbetreuung im Untergeschoss in einem homogenen Wohn- und Pflegemilieu nach dem realitätsorientierten Ansatz den Tag miteinander ausgestalten.

Die konzeptionelle Umsetzung kommt in der konkreten Ausgestaltung dem *„Normalitätsprinzip“* der Hauswohngemeinschaften der 4. Pflegeheimgeneration sehr nah. Dennoch unterscheidet sich die reale Pflege- und Betreuungssituation erheblich von den Prinzipien der Hauswohngemeinschaften. Die feinen Unterschiede ergeben sich insbesondere in einer nicht ausreichend vorhandenen Größe der Demenzgruppe in der Tagesbetreuung. Zudem stellt sich der ständige Wechsel vom Wohnbereich in die Tagesbetreuung und wieder zurück in den Wohnbereich für die Bewohner als eine zusätzliche psychische Belastung dar. Bedingt dadurch ergibt sich in der Gruppe eine größere Unruhe, tagsüber ist kein Rückzug in die Privaträume der Bewohner möglich, daher kann es zu Einschränkungen des persönlichen sozialen Gefüges kommen.

Auch zu dieser integrierten Tagesbetreuungsform für Demenzkranke gibt es derzeit noch keine abgeschlossenen evidenzbasierten Erkenntnisse zu den Auswirkungen auf die Lebensqualität dieser. Große Vorteile ergeben sich indes für die Ausgestaltung der Auf- und Ablauforganisation in der Einrichtung und einer besseren Beaufsichtigung der Demenzkranken.

In letzter Konsequenz hat das Heim *„In der Kernstadt“* den aktuell favorisierten Standard der 4. Generation im Pflegeheimbau trotz größter Anstrengungen noch nicht erreicht. Zu viele Merkmale der 2. Generation sind noch erkennbar, wie der noch immer bestehende krankenhaushähnliche Baukörper.

Jedoch ist auch eine Öffnung zur 3. Generation sichtbar. Dies gilt für die themenzentrierte Ausgestaltung der ‚inneren‘ Wohnmilieus in den Bereichen, wie dies bereits ausführlich beschrieben wurde. Durch den bestehenden krankenhaushähnlichen Baukörper war die durchgeführte Kernsanierung eine kostengünstigere Variante gegenüber einem Ersatzneubau. Diesem Aspekt muss sicherlich in der heutigen Zeit auch Rechnung getragen werden.

Zusätzlich setzt sich die Einrichtung mit der ‚inneren‘ Ausgestaltung einer Sinneswelt für Demenzkranke auseinander, indem sie nach dem Umbau begonnen hat, milieutherapeutische Gestaltungsmerkmale in die Wohn- und Pflegebereiche zu platzieren. Eine konzeptionelle Festlegung im Hinblick auf die Ausgestaltung einer Sinneswelt für demenzkranke Bewohner innerhalb der Einrichtung hat aber noch nicht stattgefunden.

Die räumliche Umwelt in der Einrichtung „*In der Zwischenstadt*“ entspricht nach Fertigstellung des Ersatzneubaus noch immer in der ‚inneren‘ Ausgestaltung der 3. Pflegeheimgeneration. Die Kennzeichen dafür finden sich deutlich in der architektonischen Gestaltung des Baukörpers, der Anordnung der Wohnbereiche und der vorhandenen Organisationsstruktur der Einrichtung. Besondere Merkmale in der Ausgestaltung einer demenzorientierten Sinneswelt sind nicht ausreichend berücksichtigt. Die Wohn- und Lebenssituation der Bewohner in der konzeptionellen Ausgestaltung noch stark in einer versorgenden Haltung der Leistungserbringung in Orientierung an die 2. Generation verhaftet und steht damit dem bereits lange vollzogenen Paradigmenwechsel in der stationären Altenhilfe entgegen.

Hier bedarf es dringend einer konzeptionellen Anpassung in einer veränderten Haltung der Mitarbeiterschaft der Einrichtung „*In der Zwischenstadt*“.

Eine ähnliche Bewertung ist für die Einrichtung „*Geprägte Randlage*“ vorzunehmen. Die jüngste als Pflegeheim genutzte Einrichtung wurde in den 1970er und 1980er Jahren als eine Privatklinik genutzt. Nach der Übernahme des heutigen freigemeinnützigen Altenhilfebetreibers wurde das Haus mit nur geringem Aufwand in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung umgewandelt. Zwar wurde durch kleinere Umbaumaßnahmen die Außenfassade aufgefrischt, das Eingangsfoyer und das Treppenhaus modernisiert, aber der Klinikcharakter ist noch immer deutlich im gesamten Raumkörper zu erkennen.

Alleine diese Strukturmerkmale in der räumlichen Ausgestaltung verweisen auf einen Heimtyp der 2. Pflegeheimgeneration, der allerdings auch in der ‚inneren‘ Ausgestaltung eines dem heutigen Standard entsprechenden Wohn- und Betreuungsmilieus für die Bewohner der Einrichtung nur wenig anzubieten hat.

Die wenigsten Zimmer verfügen über ein eigenes barrierefreies Bad, die Privatzimmer der Bewohner sind noch alle wie im Krankenhaus mit einer Lichtleiste über den Betten ausgestattet. Der Doppelzimmeranteil in der Einrichtung entspricht heutigen Anforderungen an die Wahrung einer Privatsphäre in keiner Weise mehr. Konzeptionell steckt das Haus ebenfalls noch in der 2. Generation. Dies wird insbesondere auch daran deutlich, dass konzeptionell noch von Stationsbereichen und Patienten gesprochen wird. Eine spezifische milieuorientierte Ausgestaltung für Demenzkranke ist auch nicht zu erkennen.

Um die Altenhilfeeinrichtung „*Geprägte Rاندlage*“ an den heutigen Standard anzupassen, ist die Beseitigung des in diesem Heim vorhandenen Investitionsstaus, den die Einrichtungsleitung auch selbst im Interview beschrieben hat, unumgänglich und mehr als dringend notwendig. Denn nur über eine angemessene Ausgestaltung des Raummilieus kann eine den heutigen Anforderungen entsprechende Pflege- und Betreuungskultur erfolgreich entwickelt werden, in der sich sowohl in erster Linie die Bewohner als auch Mitarbeiter, Angehörige, Freunde und Nachbarn aufgehoben fühlen.

Schließlich ist aus wissenschaftlicher Sicht bekannt, dass sich räumlich-soziale Umwelten, in ganz konkreter Weise auf das Wohlbefinden und die Selbstbestimmung alter und besonders auch demenzkranker Menschen auswirken. Die Kulturwissenschaftlerinnen Damir-Geilsdorf und Hartmann beschreiben die bestehende Interdependenz so: *„Räume repräsentieren und werden repräsentiert. In Repräsentationen des Raumes, denen Wahrnehmungen und Imaginationen des Raums vorausgehen, spiegeln sich die Bedeutungen wieder, die ihm beigemessen werden. Solche Bedeutungen können soziale Identifikationen sein; Repräsentationen von Raum drücken dann Zugehörigkeiten und Charakteristika aus, die dem Selbst oder dem ‚Anderen‘ durch dessen Verortung im Raum verliehen werden“* (Damir-Geilsdorf, Hartmann, 2005, S. 44).

Die Einrichtung „Im Grünen“, ist aus einem kommunal geführten Haus im Jahr 2006 herausgelöst worden und wurde mit der Übernahme einer christlich orientierten Trägerorganisation an einem anderen Standort in der Stadt neu gebaut. Somit gilt dieses Haus genau wie alle anderen Heime der Stadt als sogenannte Bestandseinrichtung.

Mit dem Ersatzneubau ist ein Pflegeheim mit deutlichen Merkmalen der 3. Generation entstanden. Dabei ist besonders auffällig, dass sich die innere Ausgestaltung des Raumkörpers und die konzeptionelle Versorgungsstruktur der Einrichtung stark an dem Leitbild eines Wohnheimmodells orientiert. Dies spiegelt eindeutig die Anordnung der Wohnbereiche und der Wohngruppen wider. Das Wohn- und Betreuungsmilieu lässt ebenfalls in der ‚inneren‘ Ausgestaltung noch Gestaltungsmerkmale vermissen, die sich an dem Normalitätsprinzip des Alltags orientieren und der künstlich geschaffenen institutionalisierten Lebenswelt des Pflegeheims entgegenwirken. Dies gilt besonders in Bezug auf die Ausgestaltung des Demenzbereiches.

Der von der Heimleitung benannte Beschützende Bereich ist eine geschlossene Abteilung für die Unterbringung von Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten in Folge einer Demenzerkrankung. Der zunächst augenscheinlich baugleiche Wohnbereich erinnert durch seine räumliche Aufteilung und in der Ausgestaltung des Wohn- und Betreuungsmilieus insgesamt noch mehr an eine geschlossene Abteilung einer Psychiatrie.

Im Beschützenden Bereich der Einrichtung gibt es in der Ausbildung einer gelebten Pflege-/Betreuungskultur keine konzeptionelle spezifische Orientierung.

Also auch hier, in einer neu gebauten und im Jahr 2006 fertiggestellten Pflegeeinrichtung, sind noch immer Kernmerkmale der 2. Generation erkennbar. Eigentlich unverständlich, weil gerade in der Gestaltung von Lebenswelten für Menschen mit Demenz in den letzten Jahren viele unterschiedliche „Best Practices“ Einrichtungen, Wohnbereiche oder Hauswohngemeinschaften nach unterschiedlichen Konzeptansätzen und Pflegemodellen entstanden sind und mit Erfolg geführt werden. Letztlich konzentriert sich auch die konzeptionelle Ausrichtung der Pflege und Betreuung noch mehr an den Leitbildern der 2. und 3. Pflegeheimgeneration.

Das älteste Pflegeheim der Untersuchungsstadt ist das Haus „*Mittendrin*“, das ebenso wie die anderen Objekte umfangreiche Sanierungs- und Umbauarbeiten hinter sich hat. Mit dem heute vorhandenen Baukörper, der architektonischen Gestaltung der Wohnbereiche wie auch der Pflegezimmer entspricht das Haus nach den aktuellen Kriterien an einen stationären Heimbetrieb auch nicht den Empfehlungen der 4. Generation. Vielmehr sind deutliche Merkmale sowohl der 2. als auch der 3. Pflegeheimgeneration noch erkennbar.

In der ‚*inneren*‘ Ausgestaltung der Wohn- und Betreuungsmilieus verfügt die Einrichtung über einen pflegefachlichen Schwerpunkt für Menschen mit Demenz für demenziell veränderte Bewohner, der sich an das Psychobiografische Pflegemodell nach Böhm (vgl. Böhm, 2004) anlehnt.

Das Modell schafft zunächst durch eine milieutherapeutische Akzentuierung des Wohnbereiches eine soziale Raumgestaltung, die sich unmissverständlich am „*Normalitätsprinzip*“ orientiert und den Alltag der dort lebenden Bewohner thematisch rekonstruiert, um die Sinne der Bewohner anzuregen und ein „*Daheimgefühl*“ zu erzeugen. Zudem werden mit der milieutherapeutischen Ausgestaltung des Demenzbereiches institutionelle Merkmale einer „*totalen Institution*“ nach Goffmann reduziert und nehmen so auch Einfluss auf die Pflege- und Betreuungskultur. Gleichsam erfolgt eine vertiefte Internalisierung bei dem Mitarbeiterteam über die Wert- und Normvorstellungen der in diesem Bereich befindlichen Klientel und sorgt so für eine bessere Kommunikation im Bereich.

Ein großer Vorteil bei diesem Modellansatz besteht in der Adaption in die stationäre Altenhilfe. Das Psychobiografische Modell nach Böhm ist pflegeheimgenerationsübergreifend in jedem Einrichtungstyp möglich, wenn auf der Grundlage eines verstehenden, hermeneutischen Vorgehens psychosoziale Bedürfnisse und Probleme der Bewohner von Mitarbeitern wahrgenommen werden. Dies setzt einen hohen fachlichen Anspruch an die Pflege- und Betreuungskräfte voraus. So müssen diese über ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit verfügen und eine ausgeprägte soziale Kompetenz besitzen.

Erst dann erreicht das Modell die gewünschte Ausstrahlung in der Praxis der stationären Betreuung und pflegerischen Versorgung von demenzkranken Bewohnern und ermöglicht dadurch, die Autonomie und die soziale Kompetenz alter und dementer Menschen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten, zu fördern oder unter Umständen auch zu rehabilitieren.

Die Einrichtung „*Mittendrin*“ zeigt durch die Implementierung des Psychobiografischen Pflegemodells nach Böhm, dass sie sich zumindest in der Ausgestaltung des ‚*Inneren*‘ um eine Anschlussfähigkeit besonders im Hinblick auf die Begleitung von Menschen mit Demenz bemüht und mit den damit verbundenen Herausforderungen an die stationäre Altenhilfe auseinandersetzt.

Insgesamt stellt sich für die an dieser Studie teilgenommenen Einrichtungen heraus, dass sich die sechs Pflegeheime der Stadt in sehr unterschiedlicher Weise um eine Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstruktur insgesamt bemühen. Die Ergebnisse der Studie am Beispiel dieser Institutionen haben aber auch gezeigt, dass es in der Ausgestaltung von *Sinneswelten* für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe noch einen erheblichen Nachholbedarf gibt, um die Anschlussfähigkeit an den derzeit aktuellen Standard in Deutschland zu erreichen.

7.2 Sind Orte der stationären Altenhilfe als *Sinneswelten* für Menschen mit Demenz erlebbar?

Pflegeheime als ‚*Institutionen des Alters*‘ haben sich in den letzten Jahren grundlegend verändert. Akteure im Handlungsfeld der stationären Altenhilfe haben sich auf den Weg begeben, die bestehenden Wohn-/Pflege- und Betreuungsformen und die damit verbundenen fachlichen Konzepte inhaltlich weiterzuentwickeln. Insbesondere hat man sich dabei um eine nachhaltige Verbesserung in der Ausgestaltung von stationären Versorgungsstrukturen für Demenzkranke bemüht, da der Anteil der demenzerkrankten Menschen, die in Einrichtungen der stationären Altenhilfe leben ständig zunimmt, wie auch die Resultate dieser Studie bestätigen. So wurden in traditionellen Pflegeheimen neue Betreuungsansätze entwickelt und auf ihre Praxistauglichkeit hin erprobt.

Für die Entwicklung spezifischer Versorgungskonzepte für demenzkranke Menschen gelten in der Fachwelt besonders Frankreich, die Niederlande, die Schweiz und Österreich als Vorreiter (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt 3.2).

Die im Rahmen dieser Arbeit herangezogenen Wohn- und Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz, verfolgen als gemeinsame Zielsetzung, dass die demenzkranken Menschen in ihrem Personsein, mit ihrer Autonomie wahrgenommen und wertgeschätzt werden und sich dabei um eine größtmögliche Aufrechterhaltung dieser bemühen. Untermuert wird dieses Ansinnen unter anderem auch durch Chardin, der diese primäre Zielsetzung in gewisser Weise nochmal durch folgendes Zitat bekräftigt:

„Gespräche mit Demenzkranken und die Beobachtung ihrer Reaktionen im Alltag zeigen, wie wichtig Bewegungsfreiheit und Autonomie für die Betroffenen sind. Bewegungsfreiheit bedeutet für sie die Möglichkeit, den Aufenthaltsort selbst zu bestimmen und nach Belieben zu verändern, über Art und Zeitpunkt der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse entscheiden zu können, sich der sozialen Umgebung anzupassen oder sie zu wechseln und eigene Vorstellungen vom glücklichen und erfolgreichen Leben entwickeln und realisieren zu können“
(Chardin, in Wojnar, 2007, S. 152).

Die hier angeführten Versorgungsansätze haben gemeinsam, dass sie sich zunächst einmal in der Ausgestaltung von Lebenswelten für Demenzkranke in der stationären Altenhilfe auf eine Adaption der Umweltbedingungen als ein spezifisch angelegtes Milieu konzentrieren, in der die Lebensqualität der demenzerkrankten Menschen größte Priorität haben soll.

Bekanntermaßen leiden Demenzkranke nämlich oftmals unter Orientierungsproblemen, wovon auch die räumliche Wahrnehmung betroffen ist. Nach Heeg reagieren demente Menschen panisch, wenn sie beispielsweise in einen dunklen Flur ohne Ausgang geraten. Sie schaffen es dann nicht aus eigener Kraft, diesen Bereich wieder zu verlassen (vgl. Heeg 2000, S. 233-241). Demnach muss es bei der Berücksichtigung der Umweltbedingungen zur Ausgestaltung von Räumen für Demenzkranke Orte geben, mit denen sie sich identifizieren können. *„Ein Ort bezeichnet einen Platz, eine Stelle, konkret benennbar, meist geographisch markiert. Orte werden durch die Platzierung sozialer Güter oder Menschen kenntlich gemacht.“*

Die Konstitution von Raum bringt systematisch Orte hervor, so wie Orte die Entstehung von Raum erst möglich machen“ (Löw, Martina, 2001, S. 224).

Somit ist bereits geklärt, dass die Konstitution von *Sinneswelten* für Demenzkranke in der stationären Altenhilfe möglich ist und durch demente Bewohner erlebt werden kann, wenn primär die Umweltbedingungen in Bezug auf die milieuthapeutische Ausgestaltung von Orten und Plätzen in der Alltagswirklichkeit auf die Bedürfnislagen von Menschen mit Demenz eingehen und deren Selbstbestimmung größtmöglich unterstützt wird. Weyerer fasst die milieuthapeutische Ausrichtung zusammen als eine Welt, in der *„Demenzkranken besonders auf eine beschützende materielle Umwelt angewiesen sind“* (Weyerer, Schäufele, 2006, S. 24).

Die von Lawton entwickelten Umweltdimensionen für die o.g. beschützende materielle Umwelt gehen von einer Differenzierung zwischen einer objektiv gegebenen Umwelt und einer erlebten Umwelt mit ihren Bedingungen und der erlebten Lebensqualität aus. In der jeweils individuellen Gestaltung der sozialen und räumlichen Umwelt sieht das Modell eine für Demenzkranke besonders wichtige Interventionsmaßnahme. Für die Förderung des individuellen Wohlbefindens sind diese Dimensionen als Anforderungsstrukturen in der *‘inneren‘* Ausgestaltung von *Sinneswelten* für Demenzkranke zu sehen. Damit erreicht das milieuthapeutische Setting eine Umgebung, die demenzerkrankten Menschen *„ein menschenwürdiges, der persönlichen Lebensgeschichte angepasstes Leben ermöglicht und ihre sensorischen, emotionalen, kognitiven und psychischen Einschränkungen ausgleicht“* (Brüggemann, Brucker, u.a. 2009, S.109).

Um den doch sehr unterschiedlichen Bedürfnislagen von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe gerecht zu werden, reicht es jedoch nicht aus, *Sinneswelten* lediglich milieuthapeutisch auszurichten, wie die unterschiedlichen Beispiele, die dieser Studie zugrunde gelegt sind, bereits gezeigt haben. Vielmehr benötigen Einrichtungen der stationären Altenhilfe eine umfassende konzeptionelle Ausrichtung, die auch die Qualifizierung und die Begleitung der in den Pflegeeinrichtungen tätigen Mitarbeiter rund um das Thema Demenz in den Blick nimmt. Nur durch eine auf Lernen und Verstehen ausgerichtete Pflege- und Betreuungsarbeit kann letztlich eine ganzheitlich ausgerichtete Gestaltung von *Sinneswelten* für Menschen mit Demenz erfolversprechend im Sinne aller Beteiligten umgesetzt werden.

Einrichtungen, die sich auf einen dementsprechend offenen Diskurs einlassen, schaffen es, die „Alltagsnormalität“ wieder in den Heimalltag zurückzuholen und gemeinsam mit den demenzerkrankten Bewohnern zu leben.

7.3 Die stationäre Altenhilfe, noch immer eine „Totale Institution“?

Ausgehend von dem Bezugsrahmen einer „Totalen Institution“ von Goffmann soll in diesem Unterabschnitt die Fragestellung aufgegriffen werden, ob unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen Altenpflegeheime immer auch noch Merkmale einer „Totalen Institution“ im Sinne Goffmanns aufweisen.

In sozialwissenschaftlichen Kontexten vielfach rezipiert und noch immer aktuell hat vor 40 Jahren der amerikanische Soziologe Erving Goffmann Ergebnisse über seine berühmte Studie zur sozialen Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen veröffentlicht. Mit der Methode der teilnehmenden Beobachtung hat er erstmals aus der „Innenperspektive“ sozialer Einrichtungen Einflussfaktoren und Wirkungszusammenhänge von sozialen Institutionen auf die Insassen hin untersucht. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses von Goffmann standen besonders psychiatrische Einrichtungen. Aber auch Altenpflegeheime, Gefängnisse, Internate, Klöster, Kasernen etc. gehörten dazu, die er ebenfalls als „Totale Institutionen“ bezeichnete (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt 3.1).

Die Alltagswirklichkeit von Menschen in solchen, wie von Goffmann beschriebenen „Totalen Institutionen“ ist geprägt von enormen psychischen Stressbelastungen bis hin zu gravierenden Persönlichkeitsstörungen wie Hospitalismus, wenn die Anpassungsbemühungen an diese „geschlossenen“ Welten der Betroffenen scheitern.

Diesen Merkmalen zu Folge werden beispielsweise Bewohner in Pflegeeinrichtungen durch die dort tätigen Mitarbeiter fremdbestimmt und reglementiert. Zudem fordert diese Situation eine hohe Anpassungsfähigkeit an die bestehenden Normen und Regeln durch die zumeist unfreiwilligen Mitglieder der sozialen Organisationen.

Es steht außer Frage, dass solche von Goffmann definierten Merkmale „*Totaler Institutionen*“ durchaus noch immer auch in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu finden sind, wenngleich in diesem Zusammenhang die Frage zu beantworten ist, wie „*total*“ die vorgefundenen Merkmale durch die Institution auf das Innenleben von Pflegeheimen und die Interaktionsstrukturen der dort lebenden Bewohner und tätigen Mitarbeiter tatsächlich ausstrahlen. In der Folge der Studie von Goffmann ist 1997 die Gerontologin Koch-Straube im Rahmen einer ethnologischen Studie dieser Fragestellung für den stationären Altenhilfebereich nachgegangen.

Im Ergebnis kommt auch sie zu dem Schluss, dass Pflegeheime noch immer als Institutionen anzusehen sind, die eine soziale Ethnie (soziale Einheit) mit ganz eigenen Merkmalen aufweisen (vgl. Koch-Straube, 1997, S. 64-65).

Die spezifischen Merkmale in diesen geschlossenen Welten eröffnen sich dem Betrachter eines Pflegeheimes allerdings erst durch die persönliche Wahrnehmung, der „*Atmosphäre des Hauses oder auch im Spüren einer gelebten Haltung (Kultur) der Mitarbeiter*“ (Koch-Straube, S. 64). Koch-Straube beschreibt zudem, dass „...*der Grad der empfundenen Fremdheit, Orientierungslosigkeit oder Verhaltensunsicherheit*“ (ebenda, S. 64.) durchaus als Hinweis dienlich sein kann, in welchem Maß die soziale Ethnie sich von anderen sozialen Ethnien bzw. von dem sie umgebenden sozialen Umfeld und den dort vorherrschenden Bedingungen unterscheidet. So erleben „*BewohnerInnen und MitarbeiterInnen das Heim als eine relativ geschlossene Welt, und sie spüren – besonders beim Wechsel oder an der Schwelle von drinnen nach draußen – die Trennung*“ (ebenda, S. 65) so Koch-Straube weiter. Die Gründe für die noch immer vorzufindenden Merkmale „*Totaler Institutionen*“ sind vielschichtig und weitreichend. Ein Zusammenhang ist sicherlich auch in der tradierten und schwierigen Historie der stationären Heimgenerationen insgesamt zu suchen, die ausführlich in *Kapitel 3* dieser Studie beschrieben wurde.

Im Ergebnis der vorliegenden Untersuchung zur Ausgestaltung von *Sinneswelten* für Menschen mit Demenz aus der Perspektive der „*Binnenstrukturen*“ in der stationären Altenhilfe weisen auch die ausgewählten sechs Untersuchungseinrichtungen trotz größter Bemühungen um eine Weiterentwicklung und Verbesserung der bestehenden Wohn- und Pflegeformen und fachlich angepassten Konzepten noch immer Merkmale „*Totaler*

Institutionen“ in unterschiedlicher Ausprägung nach Goffmann auf. Diese sind an den unterschiedlichsten Stellen der Einrichtungsportraits und der Monografien der Experteninterviews zu erkennen. Die Befunde der Lokalstudie weisen deutlich auf einen noch immer bestehenden Zielkonflikt zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern hin, wie die gesetzlichen Mindestanforderungen an eine evidenzbasierte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe sicherzustellen sind.

8 Möglichkeiten und Grenzen von *Sinneswelten* für demenzkranke Menschen in stationären Pflegeheimen

Die vorliegende Untersuchung hat sich insgesamt mit der Komplexität der Alltagswirklichkeit von Pflegeheimen als *'Institutionen des Alters'* in der Ausgestaltung von Sinneswelten für Menschen mit Demenz auseinandergesetzt. Kaum ein Thema in der Diskussion um eine stetig ansteigende Lebenserwartung, bedingt durch einen gravierenden Wandel der Altersstruktur in Deutschland, hat in den letzten Jahren ein so deutliches gesellschaftspolitisches Interesse hervorgerufen wie das der Demenz.

Vor dem Hintergrund von ca. 1,2 Millionen betroffenen Demenzkranken und schätzungsweise 180.000 Neuerkrankungen jährlich gilt es, die Lebensbedingungen, die Verbesserung der Lebensqualität durch die Gestaltung von Lebenswirklichkeiten von und für demenzkranke Menschen in der Versorgungslandschaft der ambulanten, teilstationären, stationären und offenen Altenhilfe in Deutschland weiterzuentwickeln und zu vernetzen. Nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes leben rund 700.000 Menschen mit einer Demenzdiagnose in stationären Pflegeheimen.

Im Rahmen der durchgeführten Studie stand die Frage im Mittelpunkt, wie die stationäre Altenhilfe aus einer Perspektive von *'innen'* heraus in ihren Einrichtungen Pflege- und Betreuungsarrangements für demenzkranke Menschen vor dem Hintergrund der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 gestaltet hat. Dabei konnte durch die vorliegende Lokalstudie insgesamt deutlich aufgezeigt werden, dass sich die stationäre Pflegelandschaft und ihr institutioneller Charakter durch die Versorgung von demenzkranken Menschen in den letzten 15 bis 20 Jahren deutlich verändert hat.

Die Hauptzielgruppe in der vollstationären Dienstleistungserbringung sind heute Menschen, die primär unter einer Demenzerkrankung leiden. Durch diesen Veränderungsprozess wurde die stationäre Altenhilfe vor große Herausforderungen gestellt, um diesen wachsenden Anforderungen an gegenwärtige und zukunftsweisende Pflege- und Betreuungsstrukturen für diese Klientel auch gerecht werden zu können.

Bei allem Bemühen allerdings kann von einer bestmöglichen stationären Versorgungsstruktur noch immer nicht ausgegangen werden.

Zu viele Defizite weisen vielerorts die Einrichtungen in ihrem Bemühen um eine qualitativ hochwertige Versorgungskultur für die besagte Zielgruppe noch auf. Dies belegen ebenso die Ergebnisse dieser Studie.

Ausgehend von der historischen Entwicklung der 4. Pflegeheimgenerationen seit der Nachkriegszeit (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt, 3.1) gibt es heute in der stationären Altenhilfe unterschiedliche Wohn- und Betreuungsformen, die in ihrer Ausgestaltung als *Sinneswelten* für Menschen mit Demenz adäquate Pflege- und Betreuungsstrukturen aufweisen und sich an besonderen fachlichen Konzepten und Betreuungsansätzen für Demenzkranke orientieren. Insbesondere finden sich hierzu zwei Hauptformen, die sich in der Ausgestaltung von stationären *Sinneswelten* für Demenzkranke unterscheiden werden. Diese sind die Form der sogenannten „...*Wohngruppen oder Hausgemeinschaften für Demenzkranke*“ (Weyerer, Schäufele, 2006, S. 23) und die „...*Speziellen Pflegebereiche (Special Care Units), in denen ausschließlich Demenzkranke betreut werden*“ (Weyerer, Schäufele, 2006, S. 23).

Diese speziell ausgewiesenen Versorgungskonzepte für demenzkranke Menschen (siehe hierzu *Kapitel 3.*, Unterabschnitt 3.2) verfolgen als gemeinsame Zielsetzung, demenzkranke Menschen in ihrem *Personsein* größtmöglich zu unterstützen und in ihrer Autonomie wahrzunehmen.

Zusätzlich haben die im Verlauf dieser Studie ausführlich dargelegten Versorgungsansätze gemeinsam, dass sich die Ausgestaltung von *Sinneswelten* für Demenzkranke zunächst auf eine Anpassung der Umweltbedingungen als ein spezifisch angelegtes Milieu konzentriert, in dem die Lebenswelt der Demenzkranken und ihre Lebensqualität größte Priorität haben soll.

Folgende Indikatoren gelten in der aktuellen Diskussion als Gradmesser für eine institutionell ausgestaltete *Sinneswelt* für Demenzkranke in Pflegeheimen der aktuellen 4. Generation:

- Personsein und Person bleiben (wertschätzende Haltung)
- das Prinzip der Vertrautheit (als zentraler Maßstab)
- das Prinzip der Alltagsnormalität (Gestaltung der Tagesstruktur)
- die homogene Wohn- und Lebenssituation (räumlich klar abgegrenzt)

- das Prinzip der Wohnlichkeit (Häuslichkeit, Daheim)
- kleine Wohngruppen (acht bis zwölf Bewohner)
- Dezentralisierung (autonome Versorgung)
- Orientierung an den Bedürfnissen der Dementen (Individualität, Autonomie und Wohlbefinden)

Unter Berücksichtigung dieser Indikatoren gibt es Einrichtungen in Deutschland, die als „*Best Practices*“ mit Erfolg besondere Demenzmilieus entwickelt und umgesetzt haben. Leider gibt es noch keine abgeschlossenen Forschungsergebnisse über die tatsächliche Wirksamkeit dieser spezifischen Demenzmilieus auf das unmittelbare Erleben und die Lebenszufriedenheit der dort lebenden demenzkranken Menschen.

Dennoch, kleinräumige Betreuungsformen in der Ausgestaltung homogener Pflege- und Betreuungsmilieus werden übereinstimmend von Experten der Praxis und der Forschung als angemessene Pflege- und Betreuungssettings für Demenzkranke in stationären Pflegeheimen angesehen. Aber nur dann, wenn diese - und dass beweisen die Konzepte und Betreuungsansätze die dieser Dissertation zugrunde gelegt wurden (vgl. *Kapitel 3*, Unterabschnitt 3.3) - in ihrer Ausgestaltung aus einer Perspektive von ‚*innen heraus*‘, also aus der Perspektive der Alltagswirklichkeit von Demenzkranken in den stationären Einrichtungen heraus entwickelt werden und die noch immer nachweislich vorhandenen Merkmale ‚*totaler Institutionen*‘, wie geschlossene Abteilungen oder beschützende Wohnbereiche, große Wohnbereiche, zentrale und starre Organisationsstrukturen, keine Spiegelung der Alltagsnormalität, kein Prinzip der Wohnlichkeit etc. für Demenzkranke in Pflegeheimen im Verständnis von Goffmann weiter aufgeweicht werden.

Erst dann bestehen mehr Möglichkeiten als jemals Grenzen vorhanden waren, Sinneswelten in der stationären Altenhilfe so auszugestalten, damit sich Menschen mit einer Demenzerkrankung in einer ihnen vertrauten Umgebung in ihrer Würde und in ihrer Autonomie angenommen und gestärkt fühlen.

In ihrem letzten ‚*Daheim*‘!

9 Ausblick

Unbestritten ist, dass das Krankheitsbild der Demenz die deutsche Pflegelandschaft und besonders die Pflege und Betreuung in stationären Pflegeheimen völlig auf den Kopf gestellt hat.

In diesem Zusammenhang hat sich besonders die Ausgestaltung von demenzgerechten Pflege- und Betreuungsmilieus für Demenzkranke in den Einrichtungen in den letzten 15 bis 20 Jahren stark verändert, wie dies auch die vorliegende Studie im Einzelnen belegt. Faktisch weisen die bestehenden Wohn-/Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten jedoch noch immer große Versorgungsbrüche und Lücken im bestehenden Versorgungssystem für Menschen mit einer Demenzerkrankung auf.

Glaukt man den statistischen Hochrechnungen für die nächsten Jahre und Jahrzehnte, wird unsere Gesellschaft immer älter. Letztlich hat die Lebensphase des Alters auch Auswirkungen auf Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit, Einschränkung der unabhängigen Lebensführung und das Wohlbefinden.

In ihrer Ausprägung ist die Demenz wohl eine der folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen einer immer älter werdenden Gesellschaft. Dammann und Gronemeyer sprechen sogar von einer *„Jahrhundertkrankheit, als neue Geißel der Menschheit, die sich in den demografisch alternden Gesellschaften wie eine Epidemie ausbreitet und weltweit bereits rund 25 Millionen Menschen ihrer erwachsenen Persönlichkeit beraubt - mit dramatischen Steigerungsraten“* (Dammann, Gronemeyer, 2009, S. 10). Was ist also zu tun? Insbesondere wird es in der Ausgestaltung von *Sinneswelten* für Demenzkranke zukünftig darum gehen müssen:

- ◆ Die Qualität und Attraktivität stationärer Pflegeheime in der Ausgestaltung von integrativen und segregativen Wohn-, Pflege- und Betreuungsangeboten für Menschen mit Demenz weiter wissenschaftlich zu evaluieren und systematisch ihre Versorgungspotenziale unter Einbeziehung des *„Normalitätsprinzips“* konzeptionell zu beschreiben und dadurch ein lernendes Umfeld für alle beteiligten Akteure zu schaffen,

- ◆ nichtmedikamentöse Therapieansätze für Demenzkranke weiter zu entwickeln,
- ◆ die Wirksamkeit von integrativen und segregativen Demenzmilieus auf die Lebenszufriedenheit der Bewohner hin empirisch zu untersuchen,
- ◆ die Sinnhaftigkeit von geschlossenen Unterbringungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz in stationären Pflegeheimen wissenschaftlich zu untersuchen (es gibt bisher keine statistische Übersicht über die Anzahl von geschlossenen oder beschützenden Abteilungen für Demenz in deutschen Pflegeheimen),
- ◆ *Sinneswelten* in der stationären Altenhilfe besonders auch für sterbende demenzkranke Menschen erlebbar zu machen,
- ◆ geronto-psychiatrische Qualifizierungsangebote und Supervision für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter in der Demenzarbeit auszubauen und besonders interdisziplinäre Arbeitskontexte zu fördern,
- ◆ die unzureichende Personalsituation in der stationären Demenzarbeit zu verbessern,
- ◆ regionale Versorgungsstrukturen für Demenzkranke auf die Angemessenheit unterschiedlicher Bedarfe hin regelhaft zu evaluieren,
- ◆ stationäre Pflegeheime noch mehr als Wohn- und Lebensorte in die regionalen Wohnquartiere hinein zu öffnen.

Die hier erhobenen Wünsche und Forderungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie beweisen aber dennoch einmal mehr, dass noch viele offene Fragen im Zusammenhang mit der Vorhaltung einer angemessenen Versorgungssituation für Demenzkranke im Segment der stationären Altenhilfe bestehen, die beantwortet sein wollen.

In der Konsequenz einer erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Betrachtung müssen sich substantiell die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die Unterstützungsleistungen einer auf Demenz ausgerichteten Lebensinfrastruktur in der stationären Altenhilfe an einer verstärkten Förderung der individuellen Selbstbestimmung im Personsein der Menschen mit Demenz orientieren.

10 Literaturverzeichnis

Albrecht, I.; Bernath, A.; Thieswald, S.: Das „Cantou-Konzept“ im „Foyer Emilie de Rodat“, Frankreich. In: Albrecht, I.; Bernath, A.; Thieswald, S.; Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Eine zukunftsorientierte Betreuungsform für Menschen mit Demenz: Das Wohngruppenkonzept „Clara Zetkin“, Teil I-Innovative Betreuungskonzeptionen in der Altenhilfe. Köln: KDA, 2007, 30-32

Albrecht, I.; Bernath, A.; Thieswald, S.: Das „Anton-Pieck-Hofje“ in Haarlem, Niederlande. In: Albrecht, I.; Bernath, A.; Thieswald, S.; Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Eine zukunftsorientierte Betreuungsform für Menschen mit Demenz: Das Wohngruppenkonzept „Clara Zetkin“, Teil I-Innovative Betreuungskonzeptionen in der Altenhilfe. Köln: KDA, 2007, 32-34

Albrecht, I.; Bernath, A.; Thieswald, S.: Das Drei-Welten-Modell. In: Albrecht, I.; Bernath, A.; Thieswald, S.; Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Eine zukunftsorientierte Betreuungsform für Menschen mit Demenz: Das Wohngruppenkonzept „Clara Zetkin“, Teil I-Innovative Betreuungskonzeptionen in der Altenhilfe, Köln: KDA, 2007, 35-38

Bartholomeyczik, S.; Halek, M.; Müller-Hergl, C. u. a.: Institut für Forschung und Transfer in der Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz: Konzept. In: Pflege & Gesellschaft 13. Jg., Heft 4, Weinheim: Juventa Verlag, 2008, 337-349

Beck, U.: Risikogesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1986

Bickel, H.: Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, C.-W., Förstl, H., (Hrsg.): Demenzen. Referenzreihe Neurologie – Klinische Neurologie, Stuttgart, New York: Thieme Verlag, 2005, 1-15

Bogner, A.; Menz, W.: Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. I Die methodologische Mehrdeutigkeit des Experteninterviews. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009, 3. Auflage, 61-67

Bogner, A.; Menz, W.: Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. II Wer gilt als Experte? Eine methodisch orientierte Reformulierung des Expertenbegriffs. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009, 3. Auflage, 67-98

Böhm, E.: Krankenpflege-Brücke in den Alltag. Wien, München, Bern: Verlag Wilhelm Maudrich, 1985

Böhm, E.: Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm. Band 1, Wien, München, Bern: Verlag Wilhelm Maudrich, 2004, 3. Auflage

Braam, S.: Ich habe Alzheimer. Wie die Krankheit sich anfühlt, Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 2010

- Brüggemann, J.; Brucker, U.; Eben, E. u.a.:** Milieuthherapie. In: Brüggemann, J.; Brucker, U.; Eben, E.; u.a.; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg.): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen: MDS, 2009, 109-110
- Brüggemann, J.; Brucker, U.; Eben, E. u.a.:** Psychobiografisches Modell nach Erwin Böhm. In: Brüggemann, J.; Brucker, U.; Eben, E.; u.a.; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg.): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen: MDS, 2009, 128-130
- Brüggemann, J.; Brucker, U.; Eben, E. u.a.:** Erlebensorientierte Pflege – mäeutischer Ansatz. In: Brüggemann, J.; Brucker, U.; Eben, E.; u.a.; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg.): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen: MDS, 2009, 123-125
- Brüggemann, J.; Brucker, U.; Eben, E. u.a.:** Personenzentrierte Pflege nach Kitwood. In: Brüggemann, J.; Brucker, U.; Eben, E.; u.a.; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg.): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen: MDS, 2009, 110-112
- Chardin, P.-T. de:** In: Wojnar, J.: Die Welt der Demenzkranken. Leben im Augenblick. Hannover: Vincentz Verlag, 2007
- Damir-Geilsdorf, S.; Hendrich, B.:** Orientierungsleistungen räumlicher Strukturen und Erinnerung. Heuristische Potentiale einer Verknüpfung der Konzepte Raum, mental maps und Erinnerung. In: Damir-Geilsdorf, S.; Hartmann, A.; Hendrich, B. (Hrsg.): Mental Maps-Raum-Erinnerung. Kulturwissenschaftliche Zugänge zum Verhältnis von Raum und Erinnerung. Band 1, Münster: Lit Verlag, 2005, 25-48
- D'Arrigo, F.:** Qualitätsmanagement in der stationären Altenhilfe zwischen gesetzlichem Anspruch und der Alltagswirklichkeit. Eine Bestandsaufnahme. Diplom-Arbeit, Universität Siegen. Siegen: 2005
- Dammann, R.; Gronemeyer, R.:** Ist Altern eine Krankheit? Wie wir die gesellschaftlichen Herausforderungen der Demenz bewältigen. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2009
- Deeke, A.:** Experteninterviews. Ein methodologisches und forschungspraktisches Problem. In: Brinkmann, C. (Hrsg.); Deeke, A. (Hrsg.); Völkel, B. (Hrsg.): Experteninterviews in der Arbeitsmarktforschung. Diskussionsbeiträge zu methodischen Fragen und praktischen Erfahrungen. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit, 1995, 7-22
- Denzler, P.:** In: Frölich L.; Markowitsch H. J.: Demenz im Alter. Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 1989

Dörner, K.: Wofür brauchen wir in Zukunft stationäre Einrichtungen in der sozialen Arbeit? In: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Hrsg.): Wofür brauchen wir in Zukunft stationäre Einrichtungen der sozialen Arbeit? Frankfurt/M: DPWV, 1984

Dörner, K.: Leben und Sterben wo ich hingehöre: Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Paranus Verlag, 2007

Dörner, K.; Plog, U.: Aspekte der Umarbeitung von 1984. In: Dörner, K.; Plog, U. Irren ist Menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie Verlag, 1986, 3. Auflage

Dörner, K.; Plog, U.: Die Landschaft der psychiatrisch Tätigen. In: Dörner, K.; Plog, U. Irren ist Menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie Verlag, 1986, 3. Auflage

Feldhaus, D.: Entwicklung der Heimarchitektur. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin: 2006, 59-62

Fischer, H.: Feldforschung. In: Fischer H. (Hrsg.): Ethnologie. Einführung und Überblick. Ethnologische Paperbacks. Berlin und Hamburg: Reimer Verlag, 1992, 81

Flick, U.: Qualitative Evaluationsforschung zwischen Methodik und Pragmatik. Einleitung und Überblick. Geschichte und Aktualität der Evaluationsforschung. In: Flick, U. (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 2006, 11-12

Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I.: Theorie qualitativer Forschung. In: Flick, U.; von Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 2005, 4. Auflage, 106-250

Flick, U. : Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 2005, 4. Auflage, 13-29

Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I.: Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 2000, 13-29

Flick, U.: Von der Theorie zum Text. Kennzeichen qualitativer Forschung. In: Flick, U. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 2006

Först, H.: Behandlung und Verlauf. Was sind die Grundlagen der medikamentösen Behandlung? In: Krämer, G.; Förstl, H.: Alzheimer und andere Demenzformen. Stuttgart: Trias Verlag, 2008

Friebertshäuser, B.; Panagiotopoulou, A.: Ethnografische Feldforschung. In: Friebertshäuser, B., Langer, A., Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa, 2010, 3. Auflage, 301-322

Gallert, M.: Catou. In: Radzey, B.; Heeg, S.; Goerlich, C.; Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden. 4 Ideologische Grundprinzipien. Köln: KDA, 1999, 13-14

Gatterer, G.; Jenny, M.: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen unter Berücksichtigung des höheren Lebensalter (Demenz). In: Beiglböck, W.; Feselmayer: Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung. Wien, New York: Springer Verlag, 2000

Geertz, C.: Dichte Beschreibung, Bemerkungen zu einer deutenden Theorie von Kultur. In: Geertz, C.: Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft Verlag, 1987

Geißler, R.: Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Bilanz zur Vereinigung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2008, 5. Auflage

Gerber, W. D.: In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, 1994, S. 37

Goffmann, E.: Asyle. Über die soziale Situation Psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1961

Gutzmann, H.: Psychisch kranke alte Menschen. Wo sind sie geblieben? In: Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Fachzeitschrift. Berlin: 2001, 242

Gutzmann, H.; Zank S.: Einführung. In: Gutzmann, H.; Zank: Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2005

Gutzmann, H.; Zank, S.: Diagnostik und Klinik der Demenzen. In: Gutzmann, H.; Zank, S.: Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2005

Hautzinger, M.: Realitätsorientierung. In: Hautzinger, M.: Verhaltenstherapiemanual. Wien: Springer Verlag, 2005

Heeg, S.: Bauliches Milieu und Demenz. In: Wahl, H.-W./Tesch-Römer, C., (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag, 2000, S. 233-241

Held, C.: Das Drei-Welten-Modell der Sonnweid. In: Albrecht, I; Bernath, A; Thieswald, S.; Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Eine zukunftsorientierte Betreuungsform für Demenz: Das Wohngruppenkonzept „Clara Zetkin“. Teil I-Innovative Betreuungskonzeptionen in der Altenhilfe. Köln: KDA, 2007, 35-38

Hellweg, R.; Strittmatter, E.: Gerontopsychiatrie. Organische Störungen. In: Gaßmann, M.; Marschall, W., Utschakowski, J. (Hrsg.): Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege–Mental Health Care. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2006, 322-335

- Hirsch, R.:** Behandlung und Versorgung von Demenzkranken. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Qualitative Anforderungen an den Pflegeheimbau unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen. Dokumentation über ein Expertengespräch am 25./26. März in Braunschweig. Köln: KDA, 2001, 16-33
- Hradil, S.:** Soziale Ungleichheit in Deutschland. Lehrbuch. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 8. Auflage, 2005
- Huber, G:** Chronische (irreversible) Formen. Demenz. In: Huber, Gerd: Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2005, 7. Auflage
- Hummel, K.:** Öffnet die Altersheime. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 1998
- Ihl, R.:** Therapie der Demenz. In: Kanowski S.; Igl, G.; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: BMFSFJ, 2002, 288-291
- Engels, D.; Pfeuffer, F.:** Analyse der pflegerischen Versorgungsstrukturen in ausgewählten Regionen. In: Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten (MuG 3). Köln: 2004, 5-109
- Julio, F.; Donabedian, A.:** In: The International Journal of Public Health. Volume 78, Number 6: New York, Wien: Springer Verlag, 2000, S. 1475
- Kaiser, G.:** Stationäre Pflegeeinrichtungen heute. Die Entwicklung der Pflegeeinrichtungen. In: Kaiser, Gudrun, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft. Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen Köln: KDA, 2008, 25-31
- Krämer, G.; Förstl, H.:** Abgrenzung von anderen Störungen und Krankheiten. Was sind Hirnleistungsstörungen und was ist ein hirnorganisches Psychosyndrom? In: Krämer, G.; Förstl., H.: Alzheimer und andere Demenzformen. Stuttgart: Trias Verlag, 2008, 5. Auflage
- Kitwood, T.:** Demenz. Der personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe von C. Müller-Hergl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag, 2005, 4. Auflage
- Koch-Straube, U.:** Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag, 1997
- Klie, T.:** § 112 Qualitätsverantwortung. In: Klie, T.; Kraemer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlag, 3. Auflage, 2009, 1042-1046

Klie, T.: § 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung. In: Klie, T.; Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlag, 3. Auflage, 2009, 1046-1054

Klie, T.: § 114 Qualitätsprüfungen. In: Klie, T.; Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlag, 3. Auflage, 2009, 1064-1070

Krohwinkel, M.: Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System. Bern: Hans Huber Verlag, 2007

Kuse, A.; Steinhagen-Thiessen, E. u.a.: Gesundheit und Versorgungssysteme als Ressource. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, 69-162

Landwehr, R., Baron, B.: Entwicklungslinien der freien Wohlfahrtsverbände. In: Landwehr, R., Baron, R. (Hrsg.): Geschichte der Sozialarbeit. Hauptlinien ihrer Entwicklung im 19. und 20. Jahrhundert. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 1991, 140-161

Lamnek, S.: Zentrale Prinzipien qualitativer Sozialforschung. Die Offenheit. In: Lamnek: Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie. Weinheim und Basel: Beltz Verlag 1995, 3. Auflage

Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Methodologie. Band 1. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 1995, 3. Auflage

Lawton, M. P.; Weismann, G.D.; Sloane, P.D.; Calkins, M.: Assessing environment for older people with chronic illness. In: J. Teresi, M.P. Lawton, Holmes, D., Ory, M. (Hrsg.): Measurement in elderly chronic care populations. New York: Springer Verlag, 1997, 1993-209

Lawton, M.P.: Assessing quality of life in Alzheimer disease research. Alzheimer Dis.Assoc.Disord. Polisher Research Institute, Philadelphia Geriatric Center: Pennsylvania, USA, 1997, 11 Suppl 6: 91-99

Lind, S.: Umgang mit Demenz. Literaturrecherche und Sekundäranalyse der Fachliteratur in internationalen Pflegezeitschriften zur psychogeriatrischen Pflege und Betreuung Demenzkranker. Paul-Lempp-Stiftung. Stuttgart: Paul-Lempp-Stiftung, 2000

Löw, M.: Zusammenfassende Betrachtung der Konstitution von Raum. In: Löw, M. Raumsoziologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 2001

Lüders, C.; Reichertz, J.: In: Maschke, Sabine: Qualitative Forschung. Klassentreffen-eine biografische (Gruppen-) Reise. Eine empirische Untersuchung über Biografisierungsprozesse im Rahmen von Klassentreffen. Dissertation. Fachbereich 2 der Universität Siegen. Siegen: 2003

Lüders, C.; Reichertz, J.: Wissenschaftliche Praxis ist, wenn alles funktioniert und keiner weiß warum. Bemerkungen zur Entwicklung qualitativer Sozialforschung.
In: Sozialwissenschaftliche Literatur Rundschau 12. Neuwied: 1986, 90-102

Maciejewski, B.; Sowinski, Ch.: Hausgemeinschaften aus pflegerischer Sicht.
In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Qualitative Anforderungen an den Pflegeheimbau unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen. 6. Hausgemeinschaften.
Köln: KDA, 2001, 34-47

Mackhann, G. u.a.: In: Kitwood, T. Demenz. Der personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag, 2005, 4. Auflage

Maschke, S.: Qualitative Forschung. In: Maschke: Klassentreffen - eine biografische (Gruppen-) Reise. Eine empirische Untersuchung über Biografisierungsprozesse im Rahmen von Klassentreffen. Dissertation. Fachbereich 2, Universität Siegen. Siegen: 2003

Maurer, K. und U.: Alzheimer. Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit.
München: Piper Verlag, 1999, 2. Auflage

Mayring, P.: Die qualitative Wende. In: Mayring, P. (Hrsg.): Die qualitative Wende. Arbeiten zur qualitativen Forschung. Forschungsstelle für Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie. Universität Augsburg. Augsburg: 33 Literatur Rang, 1988

Meuser, N.; Nagel, U.: Experteninterviews. Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B., Langer, A., Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2010, 3. Auflage, 457-471

Meuser, M.; Nagel, U.: Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion.
In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009, 35-60

Möller, H.-J.: Organische Psychosyndrome. In: Förstl, H.; Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A. Zeitschrift für Psychiatrie und Psychotherapie. Duale Reihe. Nürnberg: Novartis Verlag, 2001

Muchow, M.; Muchow, H. H.: Der Lebensraum des Grosstadtkindes. In: Schonig, B., Zinnecker, J. (Hrsg.): Der Lebensraum des Grosstadtkindes. Mit einer Einführung von Jürgen Zinnecker. Bensheim: Extra-Buchverlag, 1980, 2. Auflage, 7-92

Nootbaar, H.: Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Bundesrepublik 1949-1962. Der alte Mensch als Problem der Fürsorge. In: Landwehr, R., Baron, R. (Hrsg.): Geschichte der Sozialarbeit. Hauptlinien ihrer Entwicklung im 19. und 20. Jahrhundert. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 1991, 2. Auflage, 251-299

Pfaff, H.: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Pflegestatistik 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2011, 3-29

Plantholz, M.; Pöld-Krämer, S.: § 28 Leistungsarten, Grundsätze. In: Klie, T.; Krahrmer, U. (Hrsg.): Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlag, 3. Auflage, 2009, 346-360

Plantholz, M.; Schmäing, K.: § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag. In: Klie, T.; Krahrmer, U. (Hrsg.): Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlag, 3. Auflage, 2009, 715-730

Plantholz, M.: § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung. In: Klie, T.; Krahrmer, U. (Hrsg.): Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlag, 3. Auflage, 2009, 745-762

Platon, N.: In: Schäfer, D.: Demenz vor Alzheimer? Altern und Gedächtnis in der Frühen Neuzeit. In: Groß, D.; Karenberg, Axel (Hrsg.): Medizingeschichte im Rheinland. Beiträge des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker. Band 1. Universität Kassel. Kassel: University press GmbH, 2009, 105-124

Pöld-Krämer, S.; Richter, R.: § 43 Inhalt der Leistung. In: Klie, T.; Krahrmer, U. (Hrsg.): Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlag, 3. Auflage, 2009, 502-517

Radzey, B.; Heeg, S.; Goerlich, C.: Ideologische Grundprinzipien. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden. Köln: KDA, 1999, 12-16

Rösler, M.: Rechtliche Probleme und forensische Beurteilungsfragen. In: Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Stuttgart: Thieme Verlag, 2005

Schindler, U.: Erlebensorientierte Pflege-Mäeutik. Grundzüge erlebensorientierter Pflege. In: Schindler, U. (Hrsg.): Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag. Hannover: Vincentz Verlag, 2003, 9-18

Schmidt, C.: Auswertungsleitfaden für Leitfadeninterviews. In: Friebertshäuser, B., Langer, A., Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft: Weinheim, München: Juventa, 2010, 3. Auflage, 473-486

Schmidtke, K.; Hüll, M.: Alzheimer Demenz. In: Wallesch, C., Förstl, H. (Hrsg.): Demenzen. Stuttgart: Thieme Verlag, 2005, 152-175

Schnieder, B.: Betreutes Wohnen: Situation, Genese und Entwicklungstendenzen der Alterswohnversorgung. Frankfurt/Main: 1991

Schütz, A.; Luckmann, T.: Aufschichtungen der Lebenswelt des Alltags. I. Der Erlebnisstil der alltäglichen Lebenswelt. In: Schütz, A.; Luckmann, T.: Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UTB Verlag, 2003

Schütz, A.; Luckmann, T.: Kapitel 1. Die Lebenswelt des Alltags und die natürliche Einstellung. Die Lebenswelt als unbefragter Boden der natürlichen Weltanschauung In: Schütz, A.; Luckmann, T.: Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UTB Verlag, 2003

Schütz, A.; Luckmann, T.: Strukturen der Lebenswelt. Neuwied, Darmstadt: UTB Verlag, 1975

Schütz, A.; Luckmann, T.: Strukturen der Lebenswelt. Neuwied, Darmstadt: UTB Verlag, 1972

Schweiger, D.: Der Altenheim-Leiter. Hannover: Vincentz Network GmbH & Co. 1994

Tölle, R.: Psychiatrie einschließlich Psychotherapie. In: Tölle, R.; Lempp, R.: Psychiatrie. Wien, New York: Springer Verlag, 1999, 12. Auflage

van der Kooij, C.: Die Wechselwirkung von Gefühlen - Basis der Pflegebeziehung. In: Nübel, G., Kuhlmann, H.P. (Hrsg.): Die ungepflegten Alten. Jahrbuch der Gerontopsychiatrie. Gütersloh: 2000a, 49-52

van der Kooij, C.: Die Methode des gefühlsmäßigen Wissens. In: Schindler, U. (Hrsg.): Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag. Hannover: Vincentz Verlag, 2003, 21-25

Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Referenz-Reihe Neurologie-Klinische Neurologie Stuttgart: Thieme Verlag, 2005

Weyerer, S.: Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet demenzieller Erkrankungen in Deutschland. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Statistisches Bundesamt. Altersdemenz. Heft 28. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, Nachdruck 2007, 23-24

Weyerer, S.: Aktuelle Ergebnisse zur Verbreitung der Demenz in Deutschland. Prävalenz der Demenz. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Statistisches Bundesamt. Altersdemenz. Heft 28. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, Nachdruck 2007, 11-16

Weyerer, S.: Krankheitsformen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Statistisches Bundesamt. Altersdemenz. Heft 28. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch Institut, Nachdruck 2007, 8-9

Weyerer, S.: Therapie der Demenz. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Statistisches Bundesamt. Altersdemenz. Heft 28. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, Nachdruck 2007, 17-19

Weyerer, S.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I.: Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2006

Weyerer, S.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I. u.a.: Spezielle Formen der Langzeitversorgung demenzkranker Menschen. In: Weyerer, S.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I. u.a.: Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2006

Weyerer, S.; Schäufele, M.: Wohn- und Betreuungsform. In: Schneekloth, U., Wahl, H. W. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Stationären Einrichtungen (MuG IV). Integrierter Abschlussbericht. München: BMFSFJ, 2007, 222 und 23

Winter, J.: Umgang mit Demenzkranken. In: Dokumentation zum 2. Sassenberger Kongress „Leben und Arbeiten mit Verwirrten“. 29. September 1998, Sassenberg: Altenzentrum St. Josef, S. 6-15

Winter, H. P.; Gennrich, R. Haß, P.: KDA Hausgemeinschaften. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. Eine Dokumentation von 34 Projekten. Band 9. Köln: KDA, 2001/ 2002

Zinnecker, J.: Pädagogische Ethnographie. Ein Plädoyer. In: Behnken, I.; Jaumann, O. (Hrsg.): Kindheit und Schule. Kinderleben im Blick von Grundschulpädagogik und Kindheitsforschung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 1995, 21-38

Zinnecker, J.: Einige strategische Überlegungen zur hermeneutisch-lebensgeschichtlichen Forschung. In: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie Heft 2/82, Weinheim: Beltz Verlag, 1982, 302

11 Anhang

A1 Auszüge aus dem Pflegeversicherungsgesetz

§ 28 Leistungsarten, Grundsätze

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. Pflegesachleistungen (§ 36),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),
4. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
8. Vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43,a),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
11. Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (§ 44 a),
12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
13. Zusätzliche Betreuungsleistungen (§45 b),
14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches.

(1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen Anspruch auf Pflegeberatung (§7a).

(2) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

(3) Die Pflegekassen und die Leistungserbringer haben sicherzustellen, dass die Leistungen nach Absatz 1 nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden.

(4) Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und soweit, dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.

§ 43 Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teil Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 1 023 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1 279 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
 - a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,
4. Für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind,
 - a) 1 750 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1 825 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1 918 Euro ab 1. Januar 2012.

Der von der Pflegekasse einschließlich einer Dynamisierung nach § 30 zu übernehmende Betrag darf 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen.

(3) Die Pflegekassen können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschal in Höhe des nach Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 geltenden Betrages übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Appallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als 5 vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.

(4) Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe des in § 36 Abs. 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes.

(5) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87 a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

(2) Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist; für mehrere oder selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden. Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich.

(3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die

1. Den Anforderungen des § 71 genügen,
2. Die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen,
3. Sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln,
4. Sich verpflichten, alle Expertenstandards nach § 113 a anzuwenden;

ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange der Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden. Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen zu erbringen sind.

(4) Mit Abschluß des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –Vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsabschluß zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.

(2) Die Verträge regeln insbesondere:

1. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,
2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,
3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
5. Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim,
6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,
7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
8. die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten,
9. die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können.

Durch die Regelung der sächlichen Ausstattung in Satz 1 Nr. 3 werden Ansprüche der Pflegeheimbewohner nach § 33 des Fünften Buches auf Versorgung mit Hilfsmitteln weder aufgehoben noch eingeschränkt.

- (3) Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr.3 sind entweder
1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder
 2. landesweite Personalrichtwerte

zu vereinbaren. Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen. Die Personalrichtwerte nach Satz 1 Nr. 2 können als Bandbreiten vereinbart werden und umfassen bei teil-oder vollstationärer Pflege wenigstens

1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegestufen (Personalanhaltszahlen), sowie
2. im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

Die Heimpersonalverordnung bleibt in allen Fällen unberührt.

(4) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 festgesetzt. Satz 1 gilt auch für Verträge, mit denen bestehende Rahmenverträge geändert oder durch neue Verträge abgelöst werden sollen.

(5) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Schiedsstelle nach Absatz 4 getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt unmittelbar nach Aufhebung der gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr.3 erlassenen Rechtsverordnung in Kraft und ist den im Land tätigen zugelassenen Pflegeeinrichtungen von den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich bekannt zu geben. Sie ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

§ 112 Qualitätsverantwortung

(1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5).

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113 a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

(3) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung berät die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.

(4) Liegen den Landesverbänden der Pflegekassen Ergebnisse zur Prozess- und Strukturqualität aus einer Prüfung vor, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurde, so haben sie den Umfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern. Voraussetzung ist, dass die vorgelegten Prüfergebnisse nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln

1. an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen,
2. an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Abs. 4 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation sowie
3. an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 4, die den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen.

(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.

(3) Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. März 2009 ganz oder teilweise nicht zustande, kann jede Vertragspartei oder das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 113 b anrufen. Die Schiedsstelle setzt mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarungen fest.

§ 114 Qualitätsprüfungen

(1) Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von ihm bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfumfang. Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung. Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen.

(2) Die Landesverbände veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung). Zu prüfen ist, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87 b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Sie kann sich auch auf die Abrechnung der gesamten Leistungen erstrecken. Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, soweit ihnen auf Grund einer Prüfung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde oder aus einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind.

(4) Liegen den Landesverbänden der Pflegekassen Ergebnisse zur Prozess- und Strukturqualität aus einer Prüfung vor, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurde, so haben sie den Umfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern. Voraussetzung ist, dass die vorgelegten Prüfungsergebnisse nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als ein Jahr zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1 a veröffentlicht werden. Eine Prüfung der Ergebnisqualität durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist stets durchzuführen.

(5) Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus; er umfasst eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität. Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel-oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auf Kosten der Pflegeeinrichtung eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Auf Antrag und auf Kosten der Pflegeeinrichtung ist eine Wiederholungsprüfung von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veranlassen, wenn wesentliche Aspekte der Pflegequalität betroffen sind und ohne zeitnahe Nachprüfung der Pflegeeinrichtung unzumutbare Nachteile drohen.

A2 Muster des Schreibens an die Heimleitungen

FRANCA D' ARRIGO

Dipl. Päd./ Dipl. Soz.arb.
Friedhofstraße 3
37215 Witzenhausen
Phone:05542-999663
Fax: 05542-501296
francadarrigo@aol.com

**Altenpflegeheim
„Im Grünen“
Herrn Metzler
Heimleitung
Straße
Untersuchungsstadt**

Witzenhausen, den 17. 02. 2007

**Dissertation zum Thema „*Demenz in der Stadt (Name)*“ an der Universität Siegen
Expertengespräch mit Ihnen als Heimleiter**

Telefongespräch am 16. 02. 2007

Sehr geehrter Herr Metzler,

zunächst danke ich Ihnen herzlich für Ihre Bereitschaft, mir im Rahmen meiner Dissertation zum o.g. Thema als Experte zur Verfügung zu stehen.

Somit bestätige ich auch gerne den telefonisch gemeinsam abgestimmten Termin zur Durchführung eines Informationsgesprächs am

Freitag, den 23. 02.2007 um 10. 00 Uhr im Altenpflegeheim „Im Grünen“

Mit freundlichen Grüßen

Franca D' Arrigo
-Doktorandin im Fachbereich 2-
Universität Siegen

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Altersspezifische Prävalenz von Demenzerkrankungen auf der Grundlage von Meta-Analyse (Angaben in Prozent)

Verzeichnis der Abbildungen

- Abb. 1 Schätzung der Prävalenz von Demenzkranken in Deutschland
Zum Ende des Jahres 2002
- Abb. 2 Demenzformen und ihre Hauptsymptome
- Abb. 3 Demenz Definition nach ICD-10
- Abb. 4 Die Pflegeheimgenerationen in Deutschland, KDA
- Abb. 5 1. Generation stationärer Pflegeheime, KDA
- Abb. 6 2. Generation stationärer Pflegeheime, KDA
- Abb. 7 3. Generation stationärer Pflegeheime, KDA
- Abb. 8 4. Generation stationärer Pflegeheime, KDA
- Abb. 9 Darstellung der gemeinsamen Kategorien zu den
Themensequenzierungen
- Abb. 10 Lageskizze der Einrichtung „*In der Zwischenstadt*“
- Abb. 11 Aufsicht der Pflegeeinrichtung „*In der Zwischenstadt*“
- Abb. 12 Lageskizze der Einrichtung „*Geprägte Randlage*“
- Abb. 13 Aufsicht der Pflegeeinrichtung „*Geprägte Randlage*“
- Abb. 14 Lageskizze der Einrichtung „*Im Grünen*“
- Abb. 15 Draufsicht der Pflegeeinrichtung „*Im Grünen*“

- Abb. 16 Lageskizze der Einrichtung „*Mittendrin*“
- Abb. 17 Draufsicht der Pflegeeinrichtung „*Mittendrin*“
- Abb. 18 Lageskizze der Einrichtung „*In der Kernstadt*“
- Abb. 19 Draufsicht der Pflegeeinrichtung „*In der Kernstadt*“
- Abb. 20 Lageskizze der Einrichtung „*Im lokalen Nahraum*“
- Abb. 21 Draufsicht der Pflegeeinrichtung *Im lokalen Nahraum*“
- Abb. 22 Beschreibung des Arbeitsfeldes Sozialer Dienst/ Ergotherapie der Einrichtung „*Im Grünen*“
- Abb. 23 Auszug aus dem Pflege-transparenzbericht zur Pflegeeinrichtung „*Im Grünen*“ 9/ 2010: Qualitätsbereich B2/ Umgang mit demenzkranken Bewohnern
- Abb. 24 Auszug aus dem Pflege-transparenzbericht zur Pflegeeinrichtung „*Mittendrin*“ 9/ 2010, Qualitätsbereich B 2/ Umgang mit demenzkranken Bewohnern
- Abb.25 Auszug aus dem Pflege-transparenzbericht zur Pflegeeinrichtung „*In der Kernstadt*“ 9/ 2010 Qualitätsbereich B 2/ Umgang mit demenzkranken Bewohnern
- Abb. 26 Auszug aus dem Pflege-transparenzbericht zur Pflegeeinrichtung „*Im lokalen Nahraum*“ 9/ 2010 Qualitätsbereich B 2/ Umgang mit demenzkranken Bewohnern

Verzeichnis der Skizzen

- Skizze 1 Titelbild, Sinneswelten in der stationären Altenhilfe
- Skizze 2 Pflegeeinrichtung „*In der Zwischenstadt*“
- Skizze 3 Pflegeeinrichtung „*Geprägte Randlage*“
- Skizze 4 Pflegeeinrichtung „*Im Grünen*“
- Skizze 5 Pflegeeinrichtung „*Mittendrin*“
- Skizze 6 Pflegeeinrichtung „*In der Kernstadt*“
- Skizze 7 Pflegeeinrichtung „*Im lokalen Nahraum*“

Verzeichnis der Fotografien

- Foto 1 Einblick in einen Bettensaal um 1960
- Foto 2 Typische Einsichten in die 2. Generation stationärer Pflegeheime, lange Flure
- Foto 3 Typische Einsichten in die 2. Generation stationärer Pflegeheime, Doppelzimmer mit Waschmöglichkeit im Raum
- Foto 4 Typische Einsichten in die 3. Generation stationärer Pflegeheime, Pflegezimmer mit Wohncharakter
- Foto 5 Typische Einsichten in die 3. Generation stationärer Pflegeheime, Ess-Aufenthaltsbereich im Wohnbereich
- Foto 6 Wohnküche als Qualitätskriterium der 4. Generation stationärer Pflegeheime