

Günter Burkart

# Weg ins Heim

Lebensläufe und Alltag  
von BewohnerInnen in  
der stationären Altenhilfe

ARBEIT GRENZEN POLITIK HANDLUNG METHODEN GEWALT SPRACHE WISSEN  
SCHAFT DISKURS SCHICHT MOBILITÄT SYSTEM INDIVIDUUM KONTROLLE  
ZEIT ELITE KOMMUNIKATION WIRTSCHAFT GERECHTIGKEIT STADT WERTE  
RISIKO ERZIEHUNG GESELLSCHAFT RELIGION UMWELT SOZIALISATION  
RATIONALITÄT VERANTWORTUNG MACHT PROZESS LEBENSSTIL DELIN  
QUENZ KUNST UNGLEICHHEIT ORGANISATION NORMEN REGULIERUNG  
IDENTITÄT HERRSCHAFT VERGLEICH SOZIALSTRUKTUR BIOGRAFIE KRITIK  
WISSEN MASSEN MEDIEN EXKLUSION GENERATION THEORIE HIERARCHIE  
GESUNDEHEIT NETZWERK LEBENS LAUF KONSUM FREIHEIT BETEILIGUNG  
GEMEINSCHAFT INFORMATION WANDEL DIFFERENZ WOHLFAHRTSSTAAT  
ETHNIE BERUF RITUAL KÖRPER MODERNISIERUNG GESCHLECHT DEMOKRA  
TIE EVOLUTION INTEGRATION KAPITAL REALITÄT KRIEG BILDUNG ALLTAG  
KULTUR VERTRAUEN LIEBE WERBUNG GLOBALISIERUNG BEOBACHTUNG  
RECHT EXTREMISMUS STATISTIK INTERAKTION KRIMINALITÄT ZUKUNFT  
ALTER ERKENNTNIS MORAL RAUM KLASSE STEUERUNG GELD ZIVILISATION  
EMPIRIE AUFKLÄRUNG ARMUT ENTSCHEIDUNG TECHNIK MIGRATION ÖFFENT



VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Günter Burkart

Weg ins Heim

Günter Burkart

# Weg ins Heim

Lebensläufe und Alltag  
von BewohnerInnen in  
der stationären Altenhilfe



**VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

1. Auflage 2009

Alle Rechte vorbehalten

© VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2009

Lektorat: Katrin Emmerich / Sabine Schöller

VS Verlag für Sozialwissenschaften ist Teil der Fachverlagsgruppe  
Springer Science+Business Media.

[www.vs-verlag.de](http://www.vs-verlag.de)



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Krips b.v., Meppel

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in the Netherlands

ISBN 978-3-531-17022-0

# Inhaltsverzeichnis

1	Persönliche Vorbemerkung.....	7
2	Von der Fragestellung zur Konzeption des Forschungsprojekts.....	11
2.1	Lebensläufe von BewohnerInnen in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe und deren Alltag im Pflegeheim: „Weg ins Heim“ oder „weg ins Heim?“ .....	11
2.2	Vorläufige Überlegungen zur Fragestellung und zu den Zielen des Forschungsprojekts.....	13
2.3	Das CQJ-Seniorenzentrum C-burg.....	16
2.4	Konzeptioneller Rahmen und MitarbeiterInnen des Seniorenzentrums	18
2.5	Die BewohnerInnen des Pflegeheims .....	21
2.6	Stand der Forschung und theoretische Orientierung.....	24
2.7	Präzisierung der Fragestellung .....	49
3	Methodische Überlegungen .....	56
3.1	Zum Verhältnis quantitativer und qualitativer Sozialforschung.....	56
3.2	Der erste Fokus: Quantitative Erhebungen.....	60
3.3	Datenerhebung und Auswertung im zweiten Fokus: Ethnographische Feldbeobachtung .....	64
3.4	Datenerhebung und Auswertung im dritten Fokus: Narrativ- biographische Interviews.....	74
4	Die Vorbereitung und die Feldphase des Forschungsprojekts .....	84
4.1	Die Steuerungsgruppe .....	84
4.2	Das Seminar „qualitative und quantitative Methoden in der Pädagogik“ in der Vorbereitungsphase .....	85
4.3	Die Feldphase im Wintersemester 2004/2005 und im Sommersemester 2005.....	86
5	Ergebnisse.....	100
5.1	Formale Charakteristika der Ergebnisse.....	100
5.2	Ergebnisse im quantitativen Fokus.....	100
5.3	Ergebnisse im ethnographischen Fokus.....	114

5.4	Ergebnisse im biographischen Fokus .....	187
5.5	Typenbildung im biographischen Fokus .....	271
5.6	Multivariate Auswertung .....	274
5.7	Quantitative Typenbildung .....	278
5.8	Vergleich der Typen im quantitativen und qualitativen Fokus und diesbezügliche Probleme .....	283
5.9	Personelle Situation im Bereich Pflege und Assistenz in Einrichtungen der stationären Altenpflege: Irritationen .....	287
6	Interpretation der Ergebnisse .....	296
6.1	Rückbesinnung auf die Fragestellung und einige sehr vorläufige Antworten hierauf .....	296
6.2	Ist das Pflegeheim ein Ort der Abgeschobenen? .....	296
6.3	Sind weitgehende Einschränkungen von Autonomie und Kommunikation durch die Konstitution der BewohnerInnen bestimmt? .....	298
6.4	Gibt es Lebensqualität im Pflegeheim? .....	300
6.5	Das Seniorenzentrum, eine Totale Institution? .....	301
6.6	Methodenkombination: Was bringt die Kombination der drei Foki im Forschungsprojekt unterm Strich? .....	304
7	Zusammenfassung .....	307
8	Ausblick: Und wenn sie nicht gestorben sind .....	309
9	Danksagung an die Beteiligten .....	312
10	Literatur .....	314

# 1 Persönliche Vorbemerkung

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklungen und trotz eines deutlichen Ausbaus ambulanter Hilfeformen in den letzten beiden Jahrzehnten ist auch nach der Jahrtausendwende für einen Teil der alten Menschen in der BRD der Weg in ein Pflegeheim<sup>1</sup> die vorläufige Endstation ihres Lebensweges. Durch mehr als zwei Jahrzehnte in der ambulanten Arbeit mit Senioren konnte ich die Stationen und Krisen einiger solcher Wege verfolgen und teilweise beratend begleiten. Dass die Gruppe der Alten keine homogene Gruppe darstellt, sondern sich in vielerlei Hinsicht differenziert, wurde mir in dieser Zeit klar. Allerdings erschien mir aus der „ambulanten Perspektive“ der Schritt in ein Pflegeheim als ein letzter und endgültiger, als einer jedenfalls, der im Interesse des Betroffenen so lange wie irgend möglich vermieden werden sollte.

In der praktischen Arbeit im Sozialdienst eines Altenheims in Trägerschaft des CQJ<sup>2</sup> schließlich traf ich in den letzten Jahren<sup>3</sup> auf Menschen, die diesen Schritt hinter sich hatten. Einige meiner Vorstellungen zu deren Befindlichkeit in einem Pflegeheim passten nicht zu dem, was ich hier im täglichen Umgang mit alten Menschen erfahren konnte. Wo ich bei den BewohnerInnen überwiegend Trauer, Verzweiflung und Niedergeschlagenheit erwartet hatte, fand ich das Gegenteil vor: Beziehungen und deren aktive Gestaltung, positives Annehmen der Situation, Interesse an der eigenen Entwicklung. Zwar konnte ich auch beobachten, dass sich manche BewohnerInnen „abgeschoben“ fühlten, andere jedoch ließen das Gegenteil im Sinne einer bewussten Entscheidung für ein oder gar für dieses besondere Pflegeheim erkennen. Auch lernte ich einige BewohnerInnen kennen, die im Heim nicht die letzte Station ihres Lebens sahen, sondern eine vorübergehende Bleibe auf dem Weg zurück in verbreitete, nicht-institutionalisierte Lebensformen.

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird der Begriff Heim bzw. Pflegeheim ausschließlich für Einrichtungen der stationären Altenhilfe im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes verwendet. Damit gemeint sind also *nicht* Seniorenwohnanlagen, Wohnheime für Senioren, Einrichtungen des "Betreuten Wohnens" und Mischformen wie mehrgliedrige Einrichtungen.

<sup>2</sup> CQJ ist die anonymisierte Bezeichnung für einen Verein im Rahmen der Träger-Verbände der freien Wohlfahrtspflege

<sup>3</sup> Seit Jahresbeginn 2004

Vor der weiteren Beobachtung, dass sich viele dieser alten Menschen gern mit jüngeren unterhalten und vor allem freudig die eigene Lebensgeschichte erzählen, entstand die Idee zur Untersuchung von Lebensläufen der Heimbewohner und wie diese schließlich in ein Pflegeheim führten. Dabei sollte, neben dem eigentlichen Erkenntnisinteresse, besonders der Dialog zwischen den beteiligten Generationen gefördert werden. Dies mit Studierenden zu organisieren und durchzuführen entstand aus der Überzeugung, neben der Vermittlung und Anwendung entsprechender Methoden zur Bearbeitung relevanter Fragestellungen auch einen Einblick in ein interessantes Praxisfeld zu gewährleisten. Die Realisierung solcher Ideen wurde erleichtert durch einen Lehrauftrag am Fachbereich Erziehungswissenschaften der Goethe Universität in Frankfurt am Main, wo ich seit 1998 Methoden der empirischen Sozialforschung unterrichte und inzwischen, nach meinem Abschied vom CQJ im April 2008, als Lehrkraft für besondere Aufgaben arbeite.

Bei der Planung des Projekts wurde weiterhin davon ausgegangen, dass beteiligte BewohnerInnen einen nicht unwesentlichen Gewinn aus diesen Interviews und den übrigen Begegnungen mit den Studierenden ziehen würden<sup>4</sup>. Wenn sich dies so zeigen sollte, hätten im Idealfall alle Beteiligten Gewinn und Nutzen, vielleicht sogar Spaß bei der Angelegenheit:

- Die BewohnerInnen, die ihre Geschichte erzählen und deren Geschichte noch dazu niedergeschrieben wird, die aber auch Gelegenheit für zusätzliche Aufmerksamkeit durch ihre „Enkel-Generation“ erhalten.
- Die Studierenden durch Zugang zu Methoden der Sozialforschung „in Anwendung“ in einem klar umrissenen Praxisfeld.
- Das Heim durch zusätzliche Informationen in anonymisierter Form über die Biographie und die Wahrnehmung des Heimalltags eines Teils seiner BewohnerInnen, aber nicht zuletzt auch durch die mit dem Projekt verbundene Öffentlichkeitsarbeit.
- Die Pflegenden durch zusätzliche Unterstützung bei Hilfen für die BewohnerInnen<sup>5</sup>, aber auch durch Beachtung und Anerkennung für ihre Tätigkeit durch Außenstehende.

Die Form des Zugangs über Erzählungen von Lebensgeschichten setzte allerdings auf Seiten der BewohnerInnen die Fähigkeit zur angemessenen sprachlichen Kommunikation voraus. Realistisch betrachtet, konnte sich dieses Angebot

---

<sup>4</sup> So auch die Einschätzung der Leitung und der MitarbeiterInnen des Sozialdienstes des Seniorenzentrums.

<sup>5</sup> Selbstverständlich nur außerhalb der eigentlichen Pflege Tätigkeiten.

hauptsächlich nur an solche BewohnerInnen wenden, die sich noch weitgehend in ihrer eigenen Geschichte orientieren konnten<sup>6</sup>.

Neben qualitativen Interviews sollte in diesem Zusammenhang auch ein quantitatives Bezugssystem entwickelt und eine Erhebung über die psychische und soziale Situation aller BewohnerInnen des Heims erstellt werden. Dieser quantitative Teil sollte zunächst dazu beitragen, die Interviews in einem Gesamtrahmen von Befunden über alle BewohnerInnen zu verorten. Dimensionen dieser Einordnung sollten beispielsweise der Grad der Orientierung und das Maß der Isolation des einzelnen Bewohners sein. Befragte dieser Erhebung wären dann eher die MitarbeiterInnen des Hauses im Bereich der Pflege und Betreuung. Soviel zur Idee.

Schließlich erweiterte sich in der Diskussion mit den beteiligten Studierenden (und ob der schiereren Anzahl jener, die unbedingt an dem Projekt teilnehmen wollten und sich auch durch die Androhung von viel Arbeit, umfänglichen Zeitaufwandes<sup>7</sup> usw. nicht abschrecken ließen) die Forschungsfragestellung um noch einen weiteren methodischen Zugang zum Alltag der BewohnerInnen: Eine Teilgruppe der Teilnehmer sollte mit den Methoden der Ethnographie den Heimalltag und seine Routinen festhalten.

Die drei Wege des Herangehens sollten schließlich zusammen geführt werden und eine „dichte Beschreibung“ (vgl. Geertz 1987) einer Einrichtung der stationären Altenpflege und ihrer BewohnerInnen ergeben, die geeignet sein sollte, mehr als nur einen oberflächlichen Eindruck vom Leben alter Menschen in diesem Pflegeheim zu geben. Formal betrachtet wurde also eine Einzelfallstudie angestrebt: Der einzelne „Fall“ war dabei dieses Pflegeheim mit seinen BewohnerInnen.

Von Seiten der Heimleitung wurde die Idee ausdrücklich begrüßt und unterstützt. Dies war erfreulicherweise auch bei den Mitarbeitern des Hauses, den BewohnerInnen und deren Angehörigen der Fall. Das Projekt begann mit Ende des Sommersemesters 2004 und endete im Februar 2006. Danach erfolgten letzte Auswertungen und die Verschriftung der Ergebnisse.

Allerdings kam neben den genannten drei noch eine vierte Blickrichtung im Laufe der Untersuchung hinzu: Die der Fotografie nämlich, insbesondere die der Porträt-Fotografie. Nachdem während des Forschungsprojekts ohnehin eine Vielzahl von Aufnahmen zur Interaktion von BewohnerInnen, Studierenden und

---

<sup>6</sup> Wobei einige Formen von Demenz durchaus für die Untersuchung und Angebote zugänglich erschienen: Etwa wenn trotz gestörtem Kurzzeitgedächtnis länger zurückliegende Phasen der eigenen Geschichte gut erinnert werden konnten. Allerdings wurden sie dann häufig im gleichen Interview mehrfach wiederholt.

<sup>7</sup> Die Teilnehmer waren regelmäßig mindestens acht bis neun Stunden pro Woche im Heim vor Ort, einige allerdings noch in viel größerem zeitlichen Umfang.

Mitarbeitern entstanden waren, wurde unter dem Titel „Antlitz des Alters - Menschen im Heim“ eine Serie von Porträts einiger BewohnerInnen erstellt. Die Idee hierbei war, die Besonderheit und Schönheit alter Menschen festzuhalten und mit diesen und mit Außenstehenden auf dem Weg der Fotografie zu kommunizieren. Allerdings wird dieser Zugang hier nicht ausführlich vorgestellt und auch nicht methodisch diskutiert.

Die vorliegende Untersuchung wurde im Wesentlichen zusammen mit Studierenden in dem von mir geleiteten Seminar „Qualitative und quantitative Methoden in der Pädagogik“ im Wintersemester 2004/2005 und im Sommersemester 2005 an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main durchgeführt. Im Sommersemester 2005 erhielt ein Teil der Studierenden über die Teilnahme am Seminar hinaus Gelegenheit, in einem folgenden Seminar die zuvor erhobenen Daten auszuwerten, weitere Daten zu erheben und mit anderen, auch quantitativen Methoden zu arbeiten und zu forschen. Im Wintersemester 2005/2006 wurden dann mit größtenteils „neuen“ Studierenden die Auswertung der entstandenen Dokumente erneut durchgeführt, allerdings in den Räumen der Universität und, von zwei Exkursionen in die Einrichtung abgesehen, ohne umfangreichen Kontakt der Beteiligten zu den BewohnerInnen des Seniorenzentrums.

In diesem Projekt bin ich als Person<sup>8</sup> gegenüber den Beteiligten in mindestens vier Rollen aufgetreten, die jedoch für diese nicht immer klar trennbar und unterscheidbar waren: Zum Einen als Leiter dieses Forschungsprojekts, der um Vermittlung und Verständigung zwischen den „Eindringlingen“, also den Studierenden und Forschenden auf der einen und den BewohnerInnen und Mitarbeitern auf der anderen Seite bemüht war. Zweitens war ich Lehrender gegenüber den Studierenden, das heißt weder „Chef“ noch Kollege. Drittens war ich als Prüfer der Hausarbeiten und Diplomarbeiten für einige Studenten in noch anderer, ggf. sanktionierender Weise unterwegs. Und schließlich war ich im Feld tätiger professioneller Sozialpädagoge, der auch dort den Ansprüchen an ihn ausgesetzt war. Im Nachhinein kann ich bekennen: Ziemlich vielschichtig, das Ganze. Aber es hat vor allem Spaß gemacht und ich habe von jeder Seite Engagement und Interesse an der Sache erlebt, deshalb schon an dieser Stelle mein Dank an alle Beteiligten.

---

<sup>8</sup> Die Rollen der übrigen Beteiligten werden weiter unten noch ausführlich beleuchtet. Deshalb beschränke ich mich hier zunächst auf meine Person.

## 2 Von der Fragestellung zur Konzeption des Forschungsprojekts

### 2.1 Lebensläufe von BewohnerInnen in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe und deren Alltag im Pflegeheim: „Weg ins Heim“ oder „weg ins Heim?“

Im Dezember 2005 waren 2,13 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); mehr als zwei Drittel davon (68%) waren Frauen (vgl. Statistisches Bundesamt 2007)<sup>9</sup>. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt mit fortschreitendem Lebensalter deutlich an:

„Mit zunehmendem Alter sind Menschen i. d. R. eher pflegebedürftig. Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen 'nur' jeder zwanzigste (5%) pflegebedürftig war, wurde für die 90- bis unter 95-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Menschen dieser Altersgruppe betrug dabei 60%. Auffallend ist, dass Frauen ab ca. dem achtzigsten Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen – also eher pflegebedürftig sind als Männer dieser Altersgruppen. So beträgt z. B. bei den 90- bis unter 95-jährigen Frauen die Pflegequote 65%, bei den Männern gleichen Alters hingegen 'nur' 44%“ (Statistisches Bundesamt 2005: S. 4).

Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen wurde zu Hause versorgt (68%), fast ein Drittel von ihnen (676.582 Personen) lebte jedoch in einem von 10.424 Pflegeheimen; dabei hat die Quote der Pflegebedürftigen mit stationärer Unterbringung gegenüber dem Jahr 2001 deutlich zugenommen. Auch die Anzahl der Pflegeheime ist im gleichen Zeitraum gestiegen (Statistisches Bundesamt 2007). Die Tendenz zur erhöhten „Heimquote“ der Pflegebedürftigen wird vom Statistischen Bundesamt bereits zwei Jahre zuvor bemerkt und beschrieben (Statistisches Bundesamt 2005: S. 7):

---

<sup>9</sup> Das Statistische Bundesamt veröffentlicht seine Pflegestatistik alle zwei Jahre, jeweils rückblickend z.B. für 2007 mit Stand Ende 2005. Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes von 2005 beziehen sich also auf den Zeitpunkt Dezember 2003 usw.

„Gegenüber 2001 hat die Bedeutung der stationären Versorgung zugenommen. Die Zahl der Heime stieg um 6,3% bzw. rund 600; die Zahl der Heime mit vollstationärer Dauerpflege um 5,3% bzw. 440 Heime. Die Zahl der zugelassenen Plätze nahm insgesamt um 5,8% (39.000 Plätze) zu; die Plätze für vollstationäre Dauerpflege um 5,5% (35.000 Plätze). Zunehmend Bedeutung gewinnen dabei die Plätze in 1-Bett Zimmern (+ 11,0% bzw. 34.000 Plätze). Bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen ist insgesamt ein Anstieg um 5,9% (36.000 Pflegebedürftige) zu verzeichnen. Die Zahl der vollstationären Dauerversorgten nahm dabei um 5,1% bzw. 30.000 zu. Am stärksten ist hier der Anstieg im Bereich der Pflegestufe I (16.000 bzw. 8,6%)“ (Statistisches Bundesamt 2005: S. 7).

In diesen stationären Pflegeeinrichtungen arbeiteten 2005 insgesamt 546.000 Personen, umgerechnet in Vollzeitäquivalente (Vollzeitstellen) entsprach dies 405.000 Stellen. Die MitarbeiterInnen waren mit 85% zum überwiegenden Teil weiblich und etwa zur Hälfte (50% der Personen und 53% der Vollzeitäquivalente) ausgebildete Pflegefachkräfte, also vor allem Altenpflegerinnen oder Krankenschwestern (Altenpflegehelferinnen wurden nicht als Fachkräfte gezählt). In der Tendenz fanden sich in den Heimen die älteren und im Sinne der Pflege hilfebedürftigeren Menschen. Ebenso ist der Anteil der Frauen im Heim mit 77% deutlich höher als bei den zuhause Gepflegten (63%).

„Von den zu Hause Versorgten waren im Dezember 2005 64% Frauen. Der Frauenanteil im Heim war mit 78% deutlich höher. Die Heimbewohner waren zudem älter als die zu Hause Gepflegten: Bei den Heimbewohnern waren ungefähr die Hälfte (46%) 85 Jahre und älter, bei den zu Hause versorgten ca. ein Viertel (27%). Schwerstpflegebedürftige wurden zudem eher im Heim versorgt: Der Anteil der Pflegebedürftigen der Stufe III (höchste Pflegestufe) betrug im Heim 21% – bei den zu Hause Versorgten 10%“ (Statistisches Bundesamt 2007: S. 4).

Das Pflegeheim ist damit in der Tendenz ein Ort der schwer- und schwerstpflegebedürftigen, hochaltrigen Frauen. Die Gründe für den hohen Anteil des weiblichen Geschlechts dürften in der höheren Lebenserwartung von Frauen, in den überproportional männlichen Opfern des zweiten Weltkriegs und in der höheren Bereitschaft von Frauen zur Pflege ihres Lebensgefährten liegen. Der „Feminisierung in der Gruppe der Pflegebedürftigen“ (Hanisch-Berndt und Göritz 2005: 2.1.) entspricht eine vergleichbare Entwicklung bei den Angestellten in diesen Einrichtungen: Auch sie sind in sieben von acht Fällen weiblich.

Nicht nur die Anzahl der Pflegebedürftigen ist in den letzten Jahren gewachsen. Der Anteil der Menschen in Pflegeheimen wächst gegenüber den Pflegebedürftigen insgesamt überproportional, wie die folgende Tabelle über einen Zeitraum von sechs Jahren verdeutlicht (vgl. Statistisches Bundesamt 2007: S. 24).

*Tabelle 1:* Pflegebedürftige insgesamt und in Pflegeheimen von 1999 bis 2005

	15.12.1999	15.12.2001	15.12.2003	15.12.2005	Steigerung gegenüber 1999
Pflegebedürftige insgesamt	2.016.091	2.039.780	2.076.935	2.128.550	+ 5,58%
Pflegebedürftige in Heimen	573.211	604.365	640.289	676.582	+ 18,03%

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen scheint also nicht an Bedeutung zu verlieren, eher zeichnet sich für die Zukunft mit zunehmender Lebenserwartung der Bevölkerung und zunehmendem Anteil von hochaltrigen Menschen das Gegenteil ab. Damit stellt sich die Frage, wie Menschen in solch ein Pflegeheim gelangen und was sie dort erwartet. Entscheiden sie sich für ein Leben im Heim oder bleibt ihnen nichts anderes übrig? Werden sie überhaupt gefragt, oder entscheiden das andere für sie? Ist also der Übergang von alten, pflegebedürftigen Menschen in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe für die Betroffenen ein „Weg ins Heim“, oder werden sie in solche Hilfeformen „gesteckt“, im Sinne von „weg ins Heim“<sup>10</sup>? Und wenn es dann soweit gekommen ist, was erwartet einen alten Menschen in solch einer Einrichtung? Ist das Heim für die BewohnerInnen ein Ort der Abgeschobenen, Einsamen und Verzweifelten?

## 2.2 Vorläufige Überlegungen zur Fragestellung und zu den Zielen des Forschungsprojekts

Die Untersuchung soll die Frage beantworten, welche Konstellationen und Bedingungen für ältere Menschen oder deren Angehörige zu einer Entscheidung für das Leben in einem Altenpflegeheim führen. Weiterhin auch die Frage, wie sich ihnen der Alltag in einem solchen Heim und konkret in dieser Einrichtung<sup>11</sup> darstellt. Dabei stellt sich gleich zu Beginn das Problem, wer die Entscheidung für ein Pflegeheim bezüglich des Betroffenen getroffen hat. Damit ergeben sich im Einzelnen folgende Teilaspekte, die zu klären sind:

---

<sup>10</sup> "Weg ins Heim oder weg ins Heim?" war unter den Beteiligten die geläufige Kurzbezeichnung für das Forschungsprojekt.

<sup>11</sup> Einer Einrichtung, die zweifellos ihre besondere "Eigenart" mitbringt, wie alle übrigen Einrichtungen dieser Art natürlich auch; gemeint ist die jeweilige "Kultur" der Institution, die nach dem Vorverständnis nicht unerheblich sein könnte.

1. Durch welche Konstellation von Umständen wurde die Entscheidung für den Übergang in ein Pflegeheim getroffen?
2. Wer hat diese Entscheidung getroffen, wer war außerdem beteiligt?
3. Was erwartet die neue HeimbewohnerIn nach dem Einzug, mit welchen Bedingungen, welchen Möglichkeiten und Einschränkungen hat sie künftig zu leben?

Entlang dieser Aspekte der Fragestellung sollte durch drei Formen der Annäherung an den Untersuchungsgegenstand Material erhoben werden: Zum einen durch die Beschreibung der HeimbewohnerInnen anhand quantitativer Merkmale wie Alter, Dauer des Aufenthalts in der Einrichtung usw. im quantitativen Fokus. Weiterhin sollte durch teilnehmende Beobachtung im ethnographischen Fokus der Heimalltag festgehalten werden. Im biographischen Fokus schließlich sollte durch Interviews die Lebensgeschichte von BewohnerInnen aufgezeichnet und hinsichtlich der Gründe für einen Heimübergang untersucht werden.

Vermutet wurde, dass sich in den Lebensläufen der BewohnerInnen dieses Pflegeheims prozesshafte Strukturen finden lassen, die mit der Aufnahme in die stationäre Pflege in Zusammenhang stehen und die im Rahmen einer Typologie darstellbar und vergleichbar sind. Damit wird für die biographische Betrachtung eine Orientierung an den Methoden des narrativen Interviews bereits nahegelegt (vgl. Schütze 1983: S. 284f.; Flick 2002: S. 146 ff.; Hopf 2003: S. 355 ff.).

Die Entscheidung für ein Pflegeheim wurde vorerst als das Ergebnis einer Reihe von Krisen im Lebenslauf des Betroffenen verstanden; nach dem Vorverständnis waren es eine oder mehrere dieser Krisen, die zur Entscheidung für das Heim geführt haben. Im Lebenslauf des Betroffenen dürfte das aber nicht die letzte solcher kritischen Veränderungen gewesen sein: Im Heim stellen sich neue Herausforderungen, vor allem wegen neuer Beziehungen und Konflikte. Hier begegnen sich aus Sicht des „Neuzugangs“ (intern übliche Bezeichnung für gerade hinzugezogene BewohnerInnen) im Wesentlichen drei Gruppen von Personen: Einerseits die anderen BewohnerInnen, die schon den Alltag im Heim mitbestimmen. Andererseits die MitarbeiterInnen des Hauses, zu denen die Neuen zwangsläufig schon wegen der großen Nähe bei pflegerischen Hilfen in eine Beziehung eintreten. Nicht zuletzt die Angehörigen, die eigenen, aber auch die fremden. Zwischen diesen drei Gruppen findet der Heimalltag statt und wird im Konflikt ausgetragen, ausgehandelt oder vollzieht sich freundlich. Die klassische Dreiecke jedes pädagogisch fassbaren Verhältnisses: Der Klient, der Angehörige, der Professionelle<sup>12</sup>. Welche Formen der Kommunikation, welche Kontakte und welche „Rituale“ sind dabei mit dem Leben in diesem Heim verbunden?

---

<sup>12</sup> Vgl. Goffman 1972: S 309. Goffman beschreibt nicht nur das Verhältnis von Pädagogen, Angehörigen und unmittelbaren Klienten der Pädagogen (nicht unähnlich auch den Pflegeberufen): Er stellt

Im Heim stellen sich meist auch zusätzliche Veränderungen der persönlichen, gesundheitlichen und kognitiven Fähigkeiten des Bewohners ein, meist langfristig nicht zum Besseren. Sind Altenpflegeheime Einrichtungen, wo es „zum Sterben hingeh“? Wo der endgültige Abgang aus diesem Leben einigermaßen würdig (oder auch nicht) begleitet wird? Wie empfinden die Betroffenen dabei? Ist es für sie ein „Weg ins Heim“ oder ein „weg ins Heim?“ – ein Abgeschobensein oder ein neuer, zu gestaltender Lebensabschnitt? Und wie viel aktive Gestaltung, wie viel Abhängigkeit, wie viel Freiheit bleibt hierbei jeweils übrig? Auch hierzu könnten sich Angaben in den Lebensgeschichten finden lassen, ergänzend sollten aber vor allem in den ethnographischen Texten entsprechende Hinweise vorkommen.

Es wurde bereits angedeutet, dass nicht ausschließlich qualitativ geforscht werden sollte. Die Trennung zwischen beiden Forschungstraditionen, die zeitweise sehr strikt betrieben wurde, erscheint heute erfreulicherweise nicht mehr so hart (oder dogmatisch?) zu verlaufen (vgl. z.B. Kelle u. Erzberger 2003: S 299 ff.; Kromrey, 1998: S. 524). Im Projekt schien es jedenfalls von vornherein notwendig, die Grundgesamtheit, über die eine Aussage getroffen werden sollte, in Gänze quantitativ zu beschreiben. Dies schien schon deshalb wichtig, um ausgewählte Gruppen von Personen wie die Interviewten etwa, in dieser Gesamtheit „verorten“ zu können. Es dürfte leicht nachvollziehbar sein, dass Menschen mit fortgeschrittenen Formen der Desorientierung für eine Serie narrativer Interviews schwer zugänglich sind. Umso wichtiger erschien es daher, die Interviewten im Verhältnis zu den übrigen BewohnerInnen in ein quantitativ beschreibbares Verhältnis zu setzen.

Dabei stellt sich natürlich das Problem, über wen oder was eigentlich mit den Ergebnissen etwas ausgesagt werden soll: Aussagen getroffen werden hier einerseits über einzelne BewohnerInnen und ihre Geschichte, soweit es sich um die Interviewten handelt; hierzu wurden die teilweise recht umfangreichen, verschrifteten Interviews von 22 Bewohnerinnen und Bewohnern<sup>13</sup> ausgewertet. Zugleich werden Aussagen über dieses konkrete Pflegeheim und seine BewohnerInnen getroffen, die sich in den Beschreibungen und Protokollen im ethnographischen Focus in der entsprechenden Auswertung wiederfinden.

Es war ebenfalls ein Ziel des Projekts, die verschiedenen methodischen Zugänge insofern zusammen zu führen, dass die Ergebnisse aller drei methodischen

---

ab auf grundsätzlich jede Expertendienstleistung und grenzt diese gegenüber sich expertisierend darstellenden "Verkäufern" von Dienstleistungen ab (vgl. ebenda).

<sup>13</sup> Übrigens ist im Folgenden mit der männlichen Form auch die weibliche gemeint. Und umgekehrt. Wenn ich ein bestimmtes Geschlecht meine, schreibe ich das also ausdrücklich dazu. Überwiegend verwende ich allerdings die inzwischen übliche Form "BewohnerIn", und "MitarbeiterIn", was schon allein der belegten Tatsache überwiegend weiblicher Akteure in allen drei Gruppen geschuldet ist.

Herangehensweisen auch den anderen Blickwinkeln zur Verfügung gestellt werden sollten: Wenn also einer der „Ethnographen“ in einem Gespräch mit einem der Interviewten wesentliche Erkenntnisse oder Einblicke in die Lebensgeschichte eines solchen Bewohners erhielt und protokollierte, stellte er dies den „Biographen“ zur Verfügung, wie umgekehrt Beschreibungen des Heimalltags aus der Sicht der „Interviewten“ weiter gegeben wurden. Die quantitativen Ergebnisse wurden ohnehin an alle Beteiligten weitergegeben<sup>14</sup>.

Es sollte also, zusammenfassend gesagt, bei dieser Untersuchung um typische Formen gehen, wie ein alter Mensch in ein Pflegeheim gelangt, wie sie oder er sich mit den Verhältnissen dort arrangiert und wie dies von Seiten der Einrichtung reguliert wird. Neben den schon erwähnten Zielen der Vermittlung von Methoden der empirischen Sozialforschung gegenüber den beteiligten Studierenden hatte die Untersuchung das Ziel, auf die Lebensbedingungen alter Menschen und der Pflegenden in stationären Einrichtungen der Altenhilfe aufmerksam zu machen und die Diskussion um die Ausgestaltung solcher Einrichtungen anzuregen.

### **2.3 Das CQJ-Seniorenzentrum C-burg**

Das CQJ-Seniorenzentrum C-burg<sup>15</sup>, fertig gestellt 1998, steht in der Kreisstadt C-burg des Kreises N-burg etwa fünf Gehminuten westlich des neuen Stadtzentrums mit Rathaus, Kreisverwaltung und Einzelhandelsgeschäften. In C-burg leben etwa 33.000 Einwohner. Im Süden des Zentrums, nur durch eine wenig befahrene Nebenstraße getrennt, findet sich ein weitläufiger Park mit Spielplätzen und Biergarten. In den Nachbargebäuden des Zentrums sind Wohnungen des „Betreuten Wohnens“ und eine Beratungsstelle für Senioren, beides in städtischer Trägerschaft, untergebracht. Eine der größeren Durchgangsstraßen der Stadt geht in etwa 400 Metern Entfernung am Zentrum vorbei.

Vor dem Gebäude befindet sich ein kreisförmiger Platz mit Brunnen in der Mitte, der von Sitzbänken umgeben ist. In den wärmeren Jahreszeiten wird der Platz als Treffpunkt genutzt. Dort finden auch das jährliche Sommerfest und gelegentliche Grillpartys statt.

Das Seniorenzentrum ist ein Gebäude mit fünf Geschossen und ungewöhnlichem Grundriss: Dieser ist punktsymmetrisch als dreistrahliger Stern aufgebaut, dessen Strahlen sich am Ende nochmals in je zwei Flure verzweigen. Die Gebäudestruktur hat damit einen fraktal anmutenden Charakter, es gibt keine

---

<sup>14</sup> Die Beteiligten waren zuvor schriftlich zur Verschwiegenheit außerhalb des Projekts verpflichtet worden. Sofern im Folgenden Namen von Bewohnern genannt werden, sind diese anonymisiert.

<sup>15</sup> Auch die Namen von Städten und Gemeinden sind im Folgenden anonymisiert wiedergegeben.

endlos langen Gänge. Insgesamt wirkt das Gebäude von außen zwar groß - es ist deutlich größer als die Nachbargebäude - aber nicht klotzig, von innen hell und luftig.

Im oberen Stockwerk sind sieben Wohnungen des „Betreuten Wohnens“ in Trägerschaft des CQJ vorhanden, im ersten, zweiten und dritten Stockwerk befindet sich der Bereich des Pflegeheims mit den Bewohnerzimmern für 96 BewohnerInnen in drei Wohnbereichen (abgekürzt WB), die den Stockwerken entsprechen. Von den 96 Betten<sup>16</sup> befinden sich 32 in Doppelzimmern mit etwa 25 Quadratmetern Wohnfläche. Die Einzelzimmer haben eine Fläche von etwa 22 Quadratmetern; alle Zimmer verfügen über ein eigenes Badezimmer. In den Wohnbereichen 1 und 2 sind je sechs Doppelzimmer und 24 Einzelzimmer, im WB 3 sind es vier Doppelzimmer und 16 Einzelzimmer; hier fehlt der nördliche der Gänge, statt dessen befindet sich dort ein großer Wintergarten mit vorgelagerter Dachterrasse. Die Preise pro Tag und Person sind zwar, wie in solchen Einrichtungen üblich, nach Pflegestufen differenziert, aber nicht nach der Zimmerform, also bei Unterbringung im Doppelzimmer gleich hoch wie im Einzelzimmer<sup>17</sup>. Die Einzelzimmer werden nach einer Warteliste vergeben, sodass jede neue BewohnerIn zunächst einige Monate sein Zimmer mit einer weiteren BewohnerIn teilt; zum Teil werden die Doppelzimmer von Ehepaaren bewohnt.

Im Zentrum jedes Wohnbereichs befindet sich der Besprechungs- und Aufenthaltsraum der MitarbeiterInnen von Pflege und Hauswirtschaft, der für BewohnerInnen und BesucherInnen frei zugänglich ist. Davon abgeschlossen ist ein zum Flur hin verglasteter, von außen einsehbarer, in der Regel aber verschlossener Raum mit Medikamenten und Kommunikationseinrichtungen. In unmittelbarer Nähe hierzu finden sich auch Funktionsräume wie Wannenbäder, Lagerräume für Material und Geräte und die beiden Aufzüge. In jedem der Gänge befinden sich im Bereich ihrer Verzweigung ein heller Speisebereich für 12 Personen, der zu den Fluren hin offen gestaltet wurde, ein weiterer Aufenthaltsbereich mit Sofa und Sesseln und eine kleine Küche. Daneben findet sich in jedem Wohnbereich ein kleiner Gemeinschaftsraum, „Wohnzimmer“ genannt, mit Fernsehgerät, Sofas und Sesseln, der zum Flur hin ebenfalls verglast ist. Wände und Tische sind mit Bildern und Dekorationsmaterial unterschiedlich und abwechslungs-

---

<sup>16</sup> Von den 96 Betten werden planmäßig nur 95 Betten belegt. Ein Bett wird i.d.R. für "Kurzzeitpflege" oder für Notfälle freigehalten, etwa wenn ein Bewohner wegen ansteckender Krankheiten nach Klinikaufenthalt "isoliert" werden muss.

<sup>17</sup> Die Kosten pro Tag betragen derzeit für die erste Pflegestufe € 73,10 (als Gesamtpreis; darin enthalten sind die Kosten für Pflege, Unterkunft, Verpflegung, Reinigung, Wäscheservice usw.). Dem stehen durchschnittliche Kostenbeiträge der Pflegekassen in Höhe von etwa € 34,10 täglich gegenüber (monatlich € 1.023,- bei Pflegestufe I); die Differenz von ca. € 39,00 täglich ist vom Bewohner, seinen Angehörigen oder vom Sozialhilfeträger zu finanzieren.

reich gestaltet. Jeder Wohnbereich hat eine spezifische, dominierende Farbe, so ist z.B. der WB1 der „blaue Wohnbereich“.

Im Erdgeschoss des Gebäudes befinden sich im Nordflügel die Gemeinschaftsräume, drei davon, durch verschiebbare Wände getrennt, können zu einem großen Festsaal für 150 Personen verbunden werden, in dem die meisten Veranstaltungen und Festlichkeiten stattfinden. Der Mittelteil dieses Saals öffnet sich über mehrere große Glastüren zum weitläufigen Garten und zur vorgelagerten Terrasse der Anlage. Daneben sind hier weitere Räume für Kleingruppen, sowie das Büro des Hausmeisters und ein Verwaltungsbüro beherbergt.

Im südöstlichen Flügel ist eine Großküche untergebracht, wo die Mahlzeiten für die BewohnerInnen frisch hergestellt werden. In diesem Teil findet sich neben einem Friseur-Salon auch das Bistro mit Blick auf den Brunnenvorplatz und den Park, getrennt in einen Raucher- und einen Nichtraucher-Bereich. Das Bistro ist nicht nur für BewohnerInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen zugänglich, sondern öffnet sich auch BesucherInnen aus der Umgebung. Insbesondere BewohnerInnen des umliegenden „Betreuten Wohnens“ essen hier regelmäßig zu Mittag oder kommen auf ein Eis oder ein Glas Wein vorbei. Dabei wird vom Haus konzeptionell auch das Ziel verfolgt, BewohnerInnen des Seniorenzentrums Gelegenheit zur Begegnung mit Außenstehenden zu geben.

Im südwestlichen Flügel schließlich befinden sich im Erdgeschoß die Räume von Verwaltung, Heim- und Pflegedienstleitung und Sozialdienst, dahinter eine Tagesstätte für an Demenz erkrankte Senioren mit eigenem Garten. Im Eingangsbereich, der „Halle“ des Zentrums ist der offene Empfang untergebracht, daneben vielfältige, jahreszeitlich wechselnde Dekoration, Hinweistafeln zu den Gruppenangeboten im Haus und zu aktuellen Themen, Aquarien, mehrere Sofas und weitere Sitzgelegenheiten.

## **2.4 Konzeptioneller Rahmen und MitarbeiterInnen des Seniorenzentrums**

Der Begriff „Seniorenzentrum“ wird innerhalb und außerhalb der Einrichtung und des Trägers durchaus unterschiedlich verwendet. Einerseits sprechen Außenstehende vom Seniorenzentrum als baulicher Einheit, die ebenso das Betreute Wohnen des CQJ und die Tagesstätte im Haus umfasst; im Bereich der Pflege wird der Begriff dagegen nur auf den inneren Kern, nämlich das eigentliche Pflegeheim, angewandt. In diesem Sinn wird der Begriff auch hier verwendet: Wenn von der Baulichkeit die Rede ist, wird das gesamte Gebäude gemeint, wenn von BewohnerInnen gesprochen wird, sind die BewohnerInnen im Pflegebereich gemeint. Wenn von Mietern des Betreuten Wohnens des CQJ und BesucherInnen der Tagesstätte die Rede ist, wird das entsprechend betont.

Die Gründe für diesen etwas kompliziert wirkenden Sprachgebrauch liegen historisch in organisatorischen Besonderheiten der Aufgabenbereiche unter diesem Dach: Zuständig und verantwortlich für den Bereich des Kerns, des eigentlichen „Pflegeheims“ war und ist die Heimleitung. Sie ist für das Betreute Wohnen weder verantwortlich noch ist sie weisungsbefugt gegenüber den dortigen Mitarbeitern; gleiches gilt für die Tagespflege: Das eine wird gesteuert, verwaltet und betreut vom CQJ-Kreisverband N-burg, dem Träger des Zentrums. Die Tagespflege befindet sich zwar auch in der Trägerschaft des CQJ-Kreisverbands N-burg, war allerdings zuvor eine Gliederung eines Altenheims (typische Bezeichnung von Pflegeheimen vor Einführung der Pflegeversicherung / SGB XI) in Trägerschaft der kreisfreien Stadt N-burg. Durch eine Vereinbarung zwischen CQJ und der Stadt N-burg wurde danach Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts eine gemeinsame Trägerschaft zwischen Wohlfahrtsverband und Kommune besiegelt<sup>18</sup>. Alte Zuständigkeiten und Differenzierungen, unterschiedliche Arbeitsverträge der MitarbeiterInnen<sup>19</sup> und eine gewisse „Vielfalt“ innerhalb des Hauses sind die Folge.

Konzeptionelle Festlegungen der ganz grundsätzlichen Art finden sich u.a. im Pflegeleitbild einer Einrichtung der stationären Pflege. Das Pflegeleitbild des CQJ-Seniorenzentrums C-burg definiert folgende Ziele für Pflege und Betreuung seiner BewohnerInnen:

„Wir, das CQJ-Seniorenzentrum C-burg, haben uns in Anlehnung an die (...) Grundsätze des CQJ zur Aufgabe gemacht, unseren Bewohnern in Kooperation mit allen an der Betreuung und Pflege beteiligten Berufsgruppen, eine ganzheitliche und aktivierende Pflege zukommen zu lassen. Wir setzen unsere professionellen Fähigkeiten ein, um jede BewohnerIn, unter Berücksichtigung der einzelnen Biographie und Persönlichkeit, eine adäquate Versorgung anbieten zu können. Unsere Pflege basiert in Theorie und Praxis auf dem Modell der Monika Krohwinkel und schließt Angehörige und Bezugspersonen gleichermaßen in die Pflege mit ein. Es hebt die Individualität des Menschen, sowie sein Selbstbestimmungsrecht, bis in hohe Alter hervor“ (CQJ-Seniorenzentrum C-burg 2003).

Die Selbstverpflichtung der Einrichtung stellt also in hohem Maß ab auf individuelle, an den Bedürfnissen der BewohnerInnen orientierter Betreuung und Pflege, die „ganzheitlich“, also unter Berücksichtigung aller Lebensaspekte<sup>20</sup> und der

---

<sup>18</sup> Und in der zweiten Jahreshälfte 2005 wieder aufgelöst.

<sup>19</sup> Auch im selben Team, durch Versetzungen, Austausch von Mitarbeitern, neue organisatorische Überlegungen und Besitzstandswahrung.

<sup>20</sup> Hierfür steht der Verweis auf die Pflegewissenschaftlerin Krohwinkel, die mit ihrem Modell der ATL, der "Aktivitäten des täglichen Lebens" eine grundlegende Orientierung für die Pflegeberufe im umfassenden Sinn geschaffen hat.

besonderen Lebensgeschichte auf den einzelnen Menschen eingeht<sup>21</sup>. Das Pflegeziel der „aktivierenden Pflege“ bedeutet darüber hinaus das Bestreben, die aktuellen Möglichkeiten des Bewohners nicht nur zu erhalten, sondern nach Möglichkeit zu verbessern<sup>22</sup>. Im Pflegeleitbild ist ebenfalls die angestrebte Haltung der Einrichtung und ihrer MitarbeiterInnen gegenüber den Menschen im Heim als Ziel idealisierend beschrieben:

„Unser Bestreben ist es, allen Bewohnern partnerschaftlich zu begegnen und ihnen die Möglichkeit zu geben, auch bei physischer Einschränkung ihre Eigenständigkeit zu bewahren und vorhandene Ressourcen fachgerecht zu fördern. Wir möchten, dass die Bewohner in unserer Einrichtung, Sicherheit, Geborgenheit, kompetente Beratung und Unterstützung erfahren. Wir grenzen auch das Sterben und den Tod nicht aus, da dies für uns ein selbstverständlicher Teil des Lebens ist“ (CQJ-Seniorenzentrum C-burg 2003).

Diese Ziele sollen die MitarbeiterInnen des Hauses in ihrer Arbeit leiten. Den engsten und häufigsten Kontakt zu den BewohnerInnen haben dabei die in den drei Wohnbereichen Beschäftigten. Die MitarbeiterInnen in den Wohnbereichen des Seniorenzentrums sind überwiegend Pflegefachkräfte mit einer Ausbildung in der Alten- oder Krankenpflege und angelegene Kräfte, vor allem Pflegehelfer und Hauswirtschaftskräfte. Dabei bilden die MitarbeiterInnen relativ feste, „bereichstreu“ Teams, die in Wechselschicht hauptsächlich den Frühdienst von 6:15 bis 14:01 Uhr und den Spätdienst von 13:00 bis 20:46 Uhr leisten. Früh- oder Spätdienst sind je WB mit vier bis sechs Mitarbeitern besetzt, die schwerpunktmäßig bestimmte Flügel betreuen. Der Nachtdienst, meist nur zwei bis drei Pflegefachkräfte für das ganze Zentrum, rekrutiert sich aus solchen Mitarbeitern, die auf eigenen Wunsch überwiegend Nachtdienst und nur in Ausnahmefällen Früh- oder Spätdienst leisten (von 20:15 bis 7:00 Uhr). Für jeden Wohnbereich ist eine Wohnbereichsleitung und eine Stellvertretung eingesetzt, die der Pflegedienstleitung unterstellt sind.

Zwischen jedem Schichtwechsel besprechen sich die im Wohnbereich diensthabenden MitarbeiterInnen in einer sogenannten „Übergabe“ zu aktuellen Vorkommnissen und Erfordernissen, die umfangreichste Übergabe findet täglich von 13:00 bis 14:00 Uhr statt. Zu dieser Besprechung werden auch bedarfsweise MitarbeiterInnen aus anderen Aufgabenbereichen wie Küche oder Sozialdienst hinzu gezogen oder melden ihrerseits ihre Teilnahme an. Krankengymnastik,

---

<sup>21</sup> "Ganzheitliche Pflege – Ein Pflegeverständnis, das den Menschen als untrennbare Körper-Seele-Geist-Einheit wahrnimmt und die Pflege in diesem Sinne konzipiert" (Koch-Straube 2003: S. 434).

<sup>22</sup> "Aktivierende Pflege – Eine über die Grund- und Behandlungspflege hinausgehende oder besser sie integrierende Versorgung, die die Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der (alten) Menschen zum Ziel hat" (Koch-Straube 2003: S. 433).

Logopädie, Fußpflege und dergleichen werden von externen Kräften erbracht, gleiches gilt für die ärztliche Versorgung.

Die für die BewohnerInnen erbrachten Leistungen werden in verschiedenen „Bewohnerakten“ im Wohnbereich dokumentiert, getrennt nach Leistungen der Pflege und des Sozialdienstes. Diese Dokumentationen sind wesentliche Grundlagen der regelmäßigen Überprüfung der Einrichtung durch die Heimaufsicht einerseits und der Pflegekassen, vertreten durch den Medizinischen Dienst der Pflegekassen (MDK) andererseits; beide Institutionen tauschen die Ergebnisse ihrer Kontrollen aus.

## 2.5 Die BewohnerInnen des Pflegeheims

Die BewohnerInnen der Wohnbereiche sind allesamt „pflegebedürftig“ im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (Gesetz zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit – PflegeVG; auch: 11. Sozialgesetzbuch, SGB XI). Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist im Gesetzestext definiert. Dort werden in Abhängigkeit von der Pflegebedürftigkeit die Voraussetzungen genannt, nach denen Versicherungsleistungen gewährt werden:

„Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“ (§ 14 SGB XI).

Als Ursachen für den Hilfebedarf werden im Gesetz „körperliche, geistige und seelische Krankheiten oder Behinderungen“ genannt; dies wird im Abs. 2 des § 14 SGB XI näher erläutert:

„Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind: 1.) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, 2.) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, 3.) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.“ (§ 14 SGB XI).

Die Arten des Hilfebedarfs und der Hilfeleistung sind in Abs. 3 des § 14 SGB XI beschrieben:

„Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens

oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.“ (§ 14 SGB XI).

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI wird der Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und der hauswirtschaftlichen Versorgung berücksichtigt. Diese Verrichtungen sind in § 14 Abs. 4 SGB XI wie folgt aufgeführt:

„Gewöhnliche und regelmäßige wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.“ (§ 14 SGB XI).

Nach der individuellen Bewertung des Hilfebedarfs durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erfolgt bei entsprechendem Bedarf die Einstufung in eine von drei Pflegestufen, die einem Mindestbedarf an Hilfen pro Tag entspricht. Diese sind im § 15 des Gesetzes festgelegt:

„(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.“ (§ 15 SGB XI).

Dementsprechend sind die im Pflegebereich lebenden Menschen erheblich pflegebedürftig oder schwer- und schwerstpflegebedürftig. Interessenten ohne Pflegestufe (mindestens Pflegestufe 1) werden nicht aufgenommen. Allerdings kommt es in seltenen Fällen vor, dass BewohnerInnen nach erneuter Begutachtung durch den MDK die Pflegebedürftigkeit „aberkannt“ wird, was dann gelegentlich zu Finanzierungsschwierigkeiten für die Betroffenen führt<sup>23</sup>.

Interessenten werden bei entsprechender Pflegebedürftigkeit nur aufgenommen, wenn sie mindestens 60 Jahre alt sind, wobei es auch hier fallspezifische Ausnahmen gibt; so war die jüngste Bewohnerin zum Zeitpunkt der Erhebung gerade 56 Jahre alt. Solche Ausnahmen bedürfen regelmäßig der besonderen Genehmigung durch die Heimaufsicht<sup>24</sup>.

Der Aufnahme durch den Sozialdienst (SD) des Hauses geht die Prüfung der Möglichkeit zur entsprechenden pflegerischen Versorgung durch die Pflegedienstleitung voraus; die Grundlage für diese Prüfung bilden schriftliche Berichte des behandelnden Arztes. Dabei muss berücksichtigt werden, dass das Seniorenzentrum ein so genanntes „offenes Haus“ ist, in dem kein Bereich besonders gesichert oder abgeschlossen ist. Hochmobile und gleichzeitig hochgradig demenziell veränderte Pflegebedürftige werden daher regelmäßig als Bewerber abgelehnt<sup>25</sup>.

Zwar sollen bei den Interessenten beide Geschlechter gleich behandelt werden. Das Problem für männliche Pflegebedürftige, überhaupt in diesem Haus aufgenommen zu werden, liegt aber bei den Doppelzimmern: Jeder Neuankömmling wird zunächst, nicht zuletzt aus Gründen der Gleichbehandlung, im Doppelzimmer aufgenommen. Bei einem deutlich erhöhten Anteil von weiblichen BewohnerInnen zusammen mit dem Zugang im Doppelzimmer haben Männer daher eine deutlich geringere Chance, in das Seniorenzentrum zu kommen. Entsprechend ist die Verteilung der Geschlechter, nämlich mehr als vier Bewohnerinnen auf einen Bewohner.

Der Besuch von Angehörigen der BewohnerInnen und deren Präsenz im Haus ist im Seniorenzentrum erwünscht und wird vom Haus unterstützt. Dies zeigt sich beispielsweise auch darin, dass Angehörige bei Tagesaktivitäten, Gruppenangeboten und Veranstaltungen oder Festivitäten regelmäßig (teilweise in großer Anzahl) vertreten sind.

---

<sup>23</sup> Nicht aber zwingenderweise zum Auszug aus dem Seniorenzentrum. Diese Entscheidung bleibt dem Bewohner überlassen.

<sup>24</sup> Es finden sich in Deutschland eine Reihe von Wohn- und Pflegeheimen, die auf besondere Personengruppen ausgerichtet sind; dies sind vor allem jüngere Menschen mit geistiger, aber auch mit körperlicher Behinderung.

<sup>25</sup> Auch hier gibt es Pflegeheime mit beschützenden Abteilungen oder Wohngruppen für diesen Personenkreis.

Die Betten des Pflegeheims sind immer belegt. Wenn BewohnerInnen versterben, sind in der Regel bereits nächste Interessenten zur Aufnahme bekannt. Der Kontakt dieser Anwärter zur Aufnahme wird von diesen selbst, ihren Angehörigen, den gesetzlichen Betreuern oder den Krankenhäusern der Umgebung hergestellt. Eine Warteliste im eigentlichen Sinn wird nicht geführt, es werden auf Wunsch aber die Daten von Interessenten festgehalten, die sich vorsorglich mit dem Haus in Verbindung setzen. Bei dringendem Bedarf von Interessenten, beispielsweise bei bevorstehender Entlassung aus einer Klinik, wird zur Übergangsweisen ambulanten oder stationären Pflege mit Pflegediensten, Einrichtungen der Kurzzeitpflege und anderen Pflegeheimen kooperiert, falls zur Zeit kein Platz im Seniorenzentrum C-burg verfügbar ist.

## **2.6 Stand der Forschung und theoretische Orientierung**

In der sozialwissenschaftlichen Literatur finden sich zwar gelegentlich Aussagen über Menschen in Pflegeheimen, selten aber wurden Studien aus der „Innenperspektive“ solcher Einrichtungen heraus durchgeführt. Es hat auf den ersten Blick den Anschein, dass diese besondere Form des Gemeinschaftslebens im Alter von Wissenschaft und Gesellschaft weitgehend ausgeblendet wird. Die Auseinandersetzung mit solchen „Soziotopen“ erfolgt meist aus der Distanz heraus und ist überwiegend von kritischer Natur, wie etwa in den Ausführungen von Johan Galtung zu der Frage von neu zu formulierenden Menschenrechten und deren Chancen zur Durchsetzung:

„Meine Liste könnte ganz gut das Recht der Alten auf ein Leben in ihrer Familie enthalten. Es ist klar, dass sich dieses Recht gegen Alten- und Pflegeheime richtet. Dabei ist die Frage nach der Wahrscheinlichkeit, dass ein solches Recht von jenen Ländern, die in großem Stil ihre Alten von den Familien trennen und ins Altersheim stecken, jemals formell angenommen wird, gar nicht einmal das zentrale Problem. Denn in punkto Umsetzung - und darauf käme es an –wären die führenden Länder der Ersten Welt bei einem Menschenrecht wie diesem mit Sicherheit ganz am Ende der Skala. Es würde sich die übliche Rangordnung also glatt umkehren, und das ist für die maßgebenden Länder Grund genug, sich der Umsetzung eines solchen Rechts zu widersetzen.“ (Johan Galtung 2000 in Hirsch, 2002: S. 16).

Hier zeigt sich die Vermutung, dass „Alte ins Heim gesteckt“ werden, dass also ein hohes Maß an Fremdbestimmung mit der Heimaufnahme verbunden ist und dem alten Menschen von der Gesellschaft zudem eine Herausnahme aus der Familie in eine für ihn neue und erzwungene institutionalisierte Sozialform zugemutet wird. Dies wird auch bei Hirsch deutlich, der eine Ursache hierfür in der

Anwendung des Betreuungsrechts, eine andere in der Organisation der medizinischen Versorgung alter Menschen sieht:

„Kaum ein alter Mensch geht freiwillig in ein Pflegeheim. Er wird auch selten gefragt. Wenn ein alter Mensch 'unter Betreuung steht', ist sein Wille zwar de jure mitentscheidend, de facto aber 'völlig uninteressant'. Das - eigentlich sozialpsychiatrischen Vorstellungen entsprechende - Betreuungsrecht, welches für den zu Betreuenden eingerichtet wurde, fördert in der Praxis eine 'problemlose' Heimeinweisung oder unnötige Zwangsmaßnahmen. Der (auch mutmaßliche) Wille des Betreuten wird kaum berücksichtigt. Die heute gängige Praxis nach Kosteneinsparung hat dazu geführt, dass kranke alte Menschen häufig einer ineffizienten (Früh-)Diagnostik, einer mangelhaften und im stationären Bereich unter dem Diktat der kurzen Verweildauer liegenden Behandlung ausgesetzt sind mit der Folge, dass sie rascher und häufiger als notwendig in einem Pflegeheim untergebracht werden. Die strikte Trennung zwischen 'Behandlungs-' und 'Pflegefall' der verschiedenen Kostenträger (Krankenkasse vs. Pflegekasse) fördert dieses Vorgehen. Zwischen den gerontopsychiatrischen, geriatrischen und allgemeinmedizinischen/ internistischen Kliniken und der stationären Altenhilfe sind Verschiebebahnhöfe entstanden, die zu einer rascheren Verschlechterung führen und zudem kostentreibend sind“ (Hirsch 2002: S. 18).

In dem Beitrag von Thomas Klein und Ingeborg Salaske untersuchen beide die „Bedeutung sozialer Beziehungen für das Heimeintrittsrisiko im Alter“ (Klein und Salaske 1994: S. 642). Die Datenbasis liefert hierfür das „Sozioökonomische Panel“ aus den Jahren 1984 bis 1991, einer weiteren bundesweiten Repräsentativerhebung in privaten Haushalten: Hieraus wurden 1230 Personen über 64 Jahre in die Untersuchung einbezogen, von denen im Untersuchungszeitraum 55 Personen in einem Heim aufgenommen wurden. Diese Personen wurden mit dem statistischen Verfahren der Ereignisanalyse auf Bedingungen familiärer und anderer sozialer Zusammenhänge hinsichtlich der Heimaufnahme untersucht (Klein und Salaske 1994: S. 653).

Von zentraler Bedeutung bei der Frage nach Heimunterbringung im Alter erscheint den Autoren im Sinne der untersuchungsleitenden Vermutungen das soziale Netzwerk alter Menschen, insbesondere die Beziehung zum Ehepartner, den Kindern, den Geschwistern und anderen Verwandten, den Freunden und den Nachbarn zu sein, was als „informelles Versorgungspotential“ bezeichnet wird (vgl. Klein und Salaske 1994: S. 641). Die Bedeutung der Vertreter dieses Versorgungspotentials ist aus ihrer Sicht hierarchisch abgestuft:

„Innerhalb des sozialen Unterstützungsnetzwerkes alter Menschen wird (was die praktische Unterstützung betrifft) von einer hierarchischen Ordnung ausgegangen, wobei die engere Familie (Ehepartner und Kinder) – soweit vorhanden – von größter

Bedeutung ist, gefolgt von Verwandten, Freunden und Nachbarn.“ (Klein und Salaske 1994: S. 643).

Weil nach dem Ergebnis der Untersuchung Ehepartner und Kinder – vor allem die Töchter – bei der häuslichen Versorgung alter Menschen bezüglich der Heimeintrittsvermeidung eine entscheidende Rolle spielen (Klein und Salaske 1994: S. 656).

„ ... deutet sich an, dass das soziale Netzwerk, das ledigen Älteren oder auch geschiedenen Älteren zur Verfügung steht, weniger als Garant für praktische Unterstützung zu sehen ist als insbesondere der Ehepartner, oder auch die Kinder. Dies bedeutet nicht unbedingt, dass der Ehepartner oder die Kinder Betreuungsarbeiten lieber übernehmen als Freunde oder Nachbarn. Eventuell spielen in diesem Zusammenhang Normvorstellungen der Gesellschaft und der davon ausgehende Druck auf die Angehörigen und finanzielle Aspekte eine nicht unbedeutende Rolle.“ (Klein und Salaske 1994: S. 657).

Manchmal bestätigt empirische Forschung eben auch nur Naheliegendes.

In einer weiteren Untersuchung von T. Klein und I. Salaske zusammen mit H. Schilling, S. Schneider und E. Wunder beschäftigen diese sich ebenfalls mit den Gründen für einen Übergang in ein Pflegeheim und deren Zusammenhängen mit sozialstrukturellen Charakteristika von Altenheimbewohnern. Die BewohnerInnen von Einrichtungen der stationären Altenhilfe werden dabei im Vergleich zu der nicht-institutionalisierten Bevölkerung im fortgeschrittenen Alter in Deutschland betrachtet (Klein u.a. 1997). Die Datenbasis der bundesweiten Repräsentativerhebung für die Bevölkerung in Heimen bildet der Altenheimsurvey (vgl. Klein und Gabler 1996), darin wurden etwa 3000 BewohnerInnen von entsprechenden Einrichtungen im Alter über 60 Jahren befragt. Durch die ergänzende Anwendung von so genannten „Proxi-Interviews“ wurden auch solche BewohnerInnen einbezogen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr selbst befragt werden konnten, indem neben den BewohnerInnen auch Pflegepersonen interviewt wurden. Ein Ziel der Untersuchung war die Analyse von objektiven und subjektiven Gründen für den Heimeintritt (Klein u.a. 1997: S. 55). Zu den Inhalten des Surveys vermerken die Autoren:

„Zum Gegenstand des Altenheimsurveys gehören insbesondere auch Angaben zur Familienbiographie, zur Gesundheitsbiographie, zu den Lebensumständen und den Wohnverhältnissen vor dem Heimeintritt und zur Veränderung der Kontakthäufigkeit und der geografischen Entfernung zu den Kindern“ (Klein u.a. 1997: S. 54).

Verglichen wurden die Daten der Bevölkerung in Einrichtungen mit den Ergebnissen des genannten Sozioökonomischen Panels für die Bevölkerung über 60

Jahren in Privathaushalten. Die Auswertung der Daten hinsichtlich objektiver Gründe für die Heimunterbringung wird mit den Mitteln der multivariaten Statistik vorgenommen (Ereignisanalyse), um überlappende Einflüsse mehrerer Variablen konstant halten zu können:

„Zur Analyse der Heimeintrittsrates sind deshalb multivariate Analysen notwendig, bei der die Einflüsse der einzelnen Faktoren gegenseitig konstant gehalten werden. Die Betrachtung einzelner Faktoren lässt außerdem unberücksichtigt, dass sich die Wirkung verschiedener Faktoren gegenseitig verstärken oder abschwächen kann. Bei einer Analyse möglicher Bestimmungsgründe der Heimeintrittsrates müssen deshalb auch Interaktionseinflüsse Berücksichtigung finden“ (Klein u.a. 1997: S. 59).

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, „dass jedes zusätzliche Altersjahr über 60 Jahre die Heimeintrittsrates um etwa 37% erhöht“ (Klein u.a. 1997: S. 54), dass aber „der Alterseffekt nicht auf die mit dem Alter zunehmende Verwitwung und den sich verschlechternden Gesundheitszustand zurückzuführen ist“. Weiterhin, „dass die Heimeintrittsrates von Frauen nicht statistisch signifikant über der von Männern liegt, wenn der Familienstand und andere Faktoren statistisch konstant gehalten werden. Die oben festgestellte Überrepräsentation von Frauen in Altenheimen hat also offenbar nichts mit einer von anderen Faktoren unabhängig höheren Eintrittsrates von Frauen zu tun“ (ebenda).

Bei der Betrachtung subjektiver Gründe für den Heimeintritt kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass diese überwiegend in der gesundheitlichen Situation, gefolgt von fehlenden Sozialkontakten und wohnungsbedingten Gründen zu finden sind (Klein u.a. 1997: S. 60). Zusammenfassend vermerken sie:

„Unter den als bedeutsam ermittelten Faktoren ergibt sich weitgehend eine Kongruenz der objektiven Gründe mit der subjektiven Sicht der Heimbewohner: Eine angegriffene Gesundheit, ein defizitäres soziales Netzwerk und eine der Pflegebedürftigkeit unangemessene Wohnungssituation kristallisieren sich als subjektive Motive des Heimeintritts heraus“ (Klein u.a. 1997: S. 66).

In einer weiteren repräsentativen Stichtagserhebung zum Jahresende 1994 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ nennt Ulrich Schneekloth bei den Gründen des Heimübergangs vor allem die gesundheitliche Situation (62% der Heimbewohner im Westen Deutschlands und 64% der Bewohner im Osten), gefolgt von einer problematischen Pflegesituation (43% im Westen, 46% im Osten), sowie dem Wunsch nach sozialer Einbindung bzw. Betreuung (41% im Westen, 46% im Osten; Mehrfachnennungen). Weitere Gründe waren die mangelnde Eignung der bisherigen Wohnung und der

Wunsch, Angehörigen nicht zur Last zu fallen (Schneekloth 1997: S. 41). Der Zugang zum Pflegeheim erfolgt nach dieser Untersuchung zu 37% aus Kliniken und Übergangseinrichtungen.

Als Indikatoren für Handlungsspielräume der Bewohner in Heimen sieht Schneekloth einerseits die Kontrolle der Bewohner über ihren unmittelbaren Nahbereich, z.B. Umfang der Möglichkeiten zur Gestaltung ihres Zimmers (Bilder, Kleinmöbel, auch Haustierhaltung), andererseits die kontrollfreie Verfügung über Bargeld und Schlüssel für Zimmer und Hauseingangstür. Im erweiterten Sinn nennt er hierzu ebenfalls individuelle Essenszeiten und die Möglichkeit, Besucher auch in der Nacht zu beherbergen.

Andere Darstellungen der Realität im Pflegeheim sind zwar aus der Innenperspektive solcher Einrichtungen heraus geschrieben, haben jedoch oft eine deutliche journalistisch-skandalisierende Tendenz, wie z.B. die Ausführungen von Markus Breitscheidel mit dem Titel „Abgezockt und totgepflegt“. In einem Vorwort von Günter Wallraff heißt es dort:

„Aus seiner Heim-Suchung in die soziale Hölle entstand ein zutiefst aufrüttelnder Insider- und Tatsachenbericht. Empfehlenswert für alle, die nicht verdrängen wollen, dass sie auch einmal alt und pflegebedürftig werden können. Und Pflichtlektüre für die Ausnahmepolitiker, die sich noch ein Gewissen leisten und soziale Verantwortung spüren“ (Wallraff 2005: S. 9).

Das Heim als „soziale Hölle“? Die meisten Berichte dieser Art betonen, dass nicht behauptet werde, dass alle Pflegeheime schlecht sind. Andererseits geben die Autoren regelmäßig zu bedenken, dass ohne solche Berichterstattung, die ja schließlich nicht aus der Luft gegriffen sei, kaum jemand die tatsächliche allgemein beklagte Misere in den deutschen Pflegeheimen hinterfragen würde.

Auch Claus Füssek und Sven Loerzer kommen in ihrem Bericht mit dem Titel „Alt und abgeschoben“ zu ähnlichen Ergebnissen (Füssek, Loerzer 2005). Als eine der Ursachen für die von ihnen beschriebenen Zustände sehen sie allerdings die Form der Selbstdarstellung von stationären Einrichtungen gegenüber den Kostenträgern und der Öffentlichkeit: Dabei beklagen die Heime einerseits Personalmangel, gleichzeitig behaupten sie, qualitativ hochwertige oder gar optimale Pflege zu leisten. Hierzu vermerkt Claus Füssek ironisch:

„Dann ist doch alles in Ordnung, oder? Warum sollte eine qualitativ hochwertige Pflege durch Personalzuschaltungen noch hochwertiger und damit noch teurer werden“ (Füssek, Loerzer 2005: S. 168).

Als Gründe für Missstände in Pflegeheimen werden häufig hohe Arbeitsbelastung, Mängel in der Ausbildung, Angst und schlechte Bezahlung der Pflegenden genannt.

„Bedingt durch die Arbeitsbelastung und die ihnen kaum zugebilligte gesellschaftliche Anerkennung, haben Pflegekräfte oft Angst, verfügen über keine Kräfte mehr oder wissen nicht, sich adäquat gegen die auf sie einwirkende Gewalt - überwiegend strukturelle und kulturelle - zu wehren. Es gilt, den Entscheidungs-, Handlungs-, Bewegungs- und Gestaltungsfreiraum für Heimbewohner lebensweltorientiert zuzulassen und eine möglichst optimale Selbstbestimmung zu gewährleisten. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Freiräume entsprechend auch für die Pflegepersonen ermöglicht werden.“ (Hirsch 2002: S. 19).

Eine der wenigen qualitativen Studien zu Pflegeheimen aus der „Innenperspektive“ ist die Arbeit von Ursula Koch-Straube mit dem Titel „Fremde Welt Pflegeheim“ (Koch-Straube 2003). Es handelt sich dabei um eine „ethnologische Studie“, wie dies bereits der Untertitel ausweist. Koch-Straube beschreibt ein Altenheim in einer süddeutschen Stadt. Die Wahl des methodischen Zugangs zu den Menschen im Heim wird begründet mit ungenügenden Forschungsergebnissen der gerontologischen Forschung, die nur punktuell die „Lebenswirklichkeit der alten Menschen oder die Arbeitssituation der MitarbeiterInnen“ (Koch-Straube 2003: S. 25) beleuchten.

„Anstatt von außen, aus der Distanz auf das Forschungsfeld zu schauen, nötigt der ethnologische Weg zur Erkenntnis zur Binnensicht. Nicht anders als z.B. eine afrikanische Kultur im Vergleich mit einer europäischen kann das Pflegeheim als ein fremdes Territorium gegenüber anderen sozialen Einheiten betrachtet werden, ausgestattet mit einer eigenen, sich von anderen unterscheidenden Kultur, eigener Philosophie des Lebenssinns, eigenen Werten, Normen und Regeln zur Bewältigung des Alltags“ (Koch-Straube 2003: S. 25).

Durch kontinuierliche Beobachtung der Ethnie Pflegeheim soll dabei das Verstehen des sozialen Systems und seiner Alltagsroutinen ermöglicht werden, „die Rekonstruktion des Alltags in einer dichten Beschreibung der Bedeutungsstrukturen von Ereignissen und Handlungen“ (Koch-Straube 2003: S. 26) vor dem theoretischen Hintergrund der Ethno-Psychoanalyse: Das Anliegen der Ethno-Psychoanalyse nach Koch-Straube ist „das Verstehen von Individuen in ihren sozialen Kontexten, ihren kulturbiographischen Prägungen und um das Erfassen von Lebenswelten auf dem Weg des ‚szenischen Verstehens‘“ (Koch-Straube 2003: S. 29). Dabei wird davon ausgegangen, dass der Forschende in seinem Unbewussten das Forschungsobjekt in Form von „Übertragungsgeflechten“ erkennt, die der kritischen Reflexion (in diesem Fall mit Mitteln der Supervision)

zugänglich und analysierbar sind. Der Forschende soll damit auch ihm irrational erscheinende Selbstdefinitionen und Verhaltensmuster erkennen können. Die Studie von Ursula Koch-Straube belegt jedenfalls eindrucksvoll, dass die Ethnomethodologie für die Ethnie Pflegeheim geeignete Methoden bereitstellt.

Einen anderen Weg zur Innenperspektive findet Holger Düx in seiner Untersuchung „Lebenswelten von Menschen in einem Alten- und Pflegeheim“ (Düx 1997). Der Autor wählt den Weg der verdeckten Beobachtung in einem Alten- und Pflegeheim, wo er als Pflegehelfer seit 1992 kontinuierlich arbeitete. Als Gründe für die „verdeckte Ermittlung“, deren moralische und forschungsethische Bedenklichkeit der Autor durchaus diskutiert, nennt er zwei Gründe:

„Zum einen blieb auf diese Weise die jeweilige Interview- und Erzählsituation natürlich und unbeeinflusst durch mein spezifisches Erkenntnisinteresse; die Alten- und PflegeheimbewohnerInnen konnten sich darüberhinaus – ohne Furcht vor etwaigen Nachteilen/Repressionen seitens der Institution – völlig frei und unbefangen äußern. Zum anderen hätte die Offenbarung meines Forschungsvorhabens mit Sicherheit zu einer Einflußnahme, wenn nicht gar zur grundsätzlichen Infragestellung des gesamten Projekts von ‘offizieller’ Seite (Institutionsträger, Heimleitung) geführt“ (Düx 1997: S. 10 f.).

Der Autor arbeitet dabei mit verschiedenen Methoden, vor allem mit Gedächtnis-Interviews, „rezeptiven Interviews“<sup>26</sup> und Feldbeobachtung. Das untersuchte Alten- und Pflegeheim ist in einen Wohn- und einen Pflegeheimbereich aufgeteilt, deren BewohnerInnen der Autor in seinen Ergebnissen häufig kontrastiert, z.B. hinsichtlich unterschiedlicher „Identitätsbildungs- und Differenzierungsprozessen“ (Düx 1997: S. 117): Sind im Wohnheim vor allem Gruppenzugehörigkeiten und damit verbundenes Prestige konstitutiv für Identität und Integration der BewohnerInnen, steht dem im Pflegeheim Krankheit versus Gesundheit als identitätsstiftend gegenüber:

„Im Pflegeheim werden dagegen ‘Krankheiten’ bzw. die individuelle ‘Gesundheit’ zum zentralen lebensweltlichen Identitätsbildungs- und Differenzierungskriterium. Sämtliche Chancen und Möglichkeiten zugunsten einer autonomen und kommunikativen Lebensführung hängen von der physischen und psychischen Konstitution der Betroffenen ab. (...) Die untersten Positionen in der Sozialhierarchie besitzen die geistig verwirrten BewohnerInnen“ (Düx 1997: S. 117).

---

<sup>26</sup> Diese rezeptiven Interviews nach Kleinig (1994) sind hinsichtlich der Interviewsituation, der Zurückhaltung des Interviewers in der Haupterzählung und der erzählungsgenerierenden und –erhaltenden Begleitung durch aktives Zuhören (vgl. Düx 1997: S. 13) den im Projekt eingesetzten Methoden des narrativen Interviews ähnlich. Die Methode von Kleinig wird daher hier nicht ausführlich diskutiert.