

**Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in
die Betreuung und Pflege in Einrichtungen**

- Abschlußbericht -

Köln, im Mai 1996

Projektbearbeiter:

Prof. K.H. Urlaub, Fachhochschule Köln

U. Kremer-Preiß; Dr. D. Engels,
Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. (ISG), Köln

INHALT	Seite
Vorwort	1
1. Einleitung	3
1.1 Angehörigenarbeit im Spannungsfeld zwischen Lebenswelt und professionellem Hilfesystem	3
1.1.1 Lebensführung in einer veränderten Lebenswelt	5
1.1.1.1 Dimensionen und Kompetenzen der Identitätsbildung	6
1.1.1.2 Erhaltung der Identität beim Umzug ins Heim	9
1.1.1.3 Interne und externe Kompensation geschwächter Kompetenz	11
1.1.2 Die Einrichtung als professionelles Hilfesystem und als Lebenswelt	13
1.1.2.1 "Einrichtung" als Hilfesystem	13
1.1.2.2 "Einrichtung" als Teil der Lebenswelt der Bewohner	16
1.1.2.3 Überkompensation und Unterkompensation	17
1.1.3 Die Rolle der Angehörigen im Spannungsfeld zwischen Identitätserhaltung und Hilfesystem	19
1.2 Leitfragestellungen der Untersuchung	20
2. Konzeption und Durchführung der Untersuchung	24
2.1 Forschungsdesign	24
2.2 Untersuchungsmethoden	
3. Hilfen der Angehörigen bei der Integration - Analyse des Problemzusammenhangs anhand von Einzelfallstudien	72
3.1 Übersicht und Problemskizze	72

3.2	Theorieelemente	74
3.2.1	Der Übergang als Risikosituation	74
3.2.2	Belastungs-/Bewältigungsaspekte: soziale Unterstützung	75
3.2.3	Die individuellen Dimensionen der Bewältigung	76
3.2.4	Theorie der erlernten Hilflosigkeit	77
3.3	Ausgewählte Einzelfallstudien	78
3.4	Diskussion der ausgewählten Einzelfallstudien	88
3.4.1	Die institutionellen Bedingungen der Integration in das Pflegesystem	88
3.4.2	Integration in das Lebensweltsystem	89
3.4.3	Angehörige und Mitarbeiter	90
3.4.4	Beziehungsstrukturen im Prozeß der Integration	91
3.4.5	Strukturelle Qualitäten und Defizite in der Angehörigenarbeit der untersuchten Heime	95
3.5	Zusammenfassende Bewertung	97
4.	Angehörige als Teil der neuen Lebenswelt des Heimbewohners	41
4.1	Struktur der untersuchten Einrichtungen	
4.2	Bewohner und ihre Angehörigen	42
4.2.1	Besuchshäufigkeit von Angehörigen	42
4.2.2	Kinder als eigentliche Kontaktpersonen	43
4.2.3	Familiale und außerfamiliale Kontakte - ein Vergleich	44
4.2.4	Einflußfaktoren für die Kontakthäufigkeit	48
4.3	Angehörige als Mitgestalter der neuen Lebenswelt des Heimbewohners	56
4.3.1	Mitwirkungsbereitschaft der Angehörigen	56
4.3.2	Formen der Mitwirkung	57
4.4.3	Intensität der Mitwirkung	63

4.4	Institutionelle Rolle der Angehörigen	66
4.4.1	Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Angehörigen	67
4.4.2	Konfliktbereiche und Konflikthanlässe	69
5.	Angehörigenarbeit in Einrichtungen der stationären Altenhilfe	99
5.1	Arbeitskonzepte	99
5.2	Praxis der Angehörigenarbeit	101
5.2.1	Entwickelte Arbeitsformen	101
5.2.1.1	Gesamtüberblick	101
5.2.1.2	Informationszentrierte Arbeitsformen	104
5.2.1.3	Kooperationszentrierte Arbeitsformen	109
5.2.1.4	Hilfezentrierte Arbeitsformen	112
5.2.2	Intensität der Zusammenarbeit	115
5.2.3	Arbeitsstrukturen	119
5.2.3.1	Zuständigkeit für Angehörigenarbeit	119
5.2.3.2	Fachgruppenspezifische Kooperationsformen	121
5.3	Angehörigenarbeit als Prozeß	123
5.3.1	Veränderungen in der Angehörigenarbeit	124
5.3.2	Erzielte Wirkungen der veränderten Angehörigenarbeit	125

	Seite	
5.4	Erfahrungen mit der Angehörigenarbeit	127
5.4.1	Erfolge durch Angehörigenarbeit	128
5.4.2	Bestimmungsfaktoren für eine erfolgreiche Angehörigenarbeit	131
5.4.2.1	Systematisierung der Angehörigenarbeit	131
5.4.2.2	Arbeitsteilige Organisation der Angehörigenarbeit	134
5.4.2.3	Phasenspezifische bzw. bereichsspezifische Intensität der Zusammenarbeit	138
5.4.3	Strukturmerkmale der Einrichtungen mit erfolgreicher Angehörigenarbeit	141
6.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Empfehlungen	145
6.1	Angehörige eine Ressource?	145
6.2	Empfehlungen	147
6.2.1	Konzeptentwicklung	147
6.2.2	Systematisierung der Angehörigenarbeit	148
6.3	Angehörigenarbeit als Teil individueller Pflegeplanung	151
6.4	Grenzen gelingender Angehörigenarbeit	152
	Literaturverzeichnis	154

Vorwort

Das Projekt "Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen" ist Teil eines Projektverbundes, der sich mit den "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen" befaßt. Dieses vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte Gesamtprojekt ist als Situationsbeschreibung und Analyse des stationären Sektors die komplementäre Ergänzung zu der Untersuchung "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten". Um die unterschiedlichen Problemstellungen, die sich im Rahmen der Betreuung und Versorgung von Hilfe- und Pflegebedürftigen verschiedener Altersgruppen ergeben, angemessen zu berücksichtigen, hat das BMFSFJ zum 1. Januar 1994 einen Forschungsverbund eingesetzt, dem verschiedene Fachinstitute aus dem Bereich der Alten- und Behindertenhilfe angehören.

Im einzelnen handelt es sich

für den Untersuchungsschwerpunkt "Ältere Menschen" um

- das Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln (KDA)
Herrn Dr. W. Rückert, Herrn K. Besselmann, Frau Chr. Sowinsky
(Koordinierung des Untersuchungsschwerpunkts und Bearbeitung eines Handbuches "Wege zu einem selbständigeren Leben im Heim")
- das Institut für Gerontologische Forschung, Berlin (IGF e.V.)
Frau Dr. M. Heinemann-Knoch in Verbindung mit Herrn E. Hartmann,
Hamburg
(“Selbständigkeitsförderndes Arbeiten im Heim”)
- das Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte, Berlin (IGK e.V.)
Frau Dr. V. Garms-Homolová
(“Identifizierung von Potentialen für eine selbständigere Lebensführung”)
- Prof. K.H. Urlaub, Köln und das Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln (ISG e.V.)
Herrn Prof. Dr. K.H. Urlaub, Herrn Dr. D. Engels, Frau U. Kremer-Preiß
(“Familiäre Kontakte und Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen”)

Für den Untersuchungsschwerpunkt "Hilfe- und Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen" um

- die Forschungsstelle Lebenswelten behinderter Menschen der Universität Tübingen
Frau Dr. E. Wacker, Frau Dr. H. Metzler

Für den Teilbereich "Repräsentativerhebung zur Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen in Einrichtungen" um

- Infratest Sozialforschung und Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung, München
Herrn U. Schneekloth, Herrn U. Müller

Ziel des Forschungsverbundes ist es, Kenntnisse über Möglichkeiten und Bedingungen einer Verbesserung der Lebensqualität in Einrichtungen zu gewinnen. In diesem Zusammenhang wird angenommen, daß die Unterstützung einer selbständigeren Lebensführung entscheidend zur Qualitätsverbesserung der Pflege und Betreuung in Einrichtungen beiträgt. Die mit einer Heimübersiedlung verbundene Übernahme einer alle Lebensbereiche umfassenden Betreuung durch professionelle Mitarbeiter soll nicht verhindern, daß gleichzeitig Freiräume für noch vorhandene Kompetenzen erhalten bleiben und potentielle Fähigkeiten der Bewohner aktiviert werden.

Zu diesen Zielen können Angehörige in mehrfacher Hinsicht beitragen; jedoch fehlt in Deutschland bislang ein repräsentativer Überblick, welche Rolle die Angehörigen bei diesen Prozessen tatsächlich spielen und wie die Einrichtungen mit den Unterstützungsleistungen der Angehörigen umgehen. Prof. K.H. Urlaub und das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. wurden Ende 1994 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beauftragt, dies im Bereich der stationären Altenhilfe zu untersuchen.

Der Bericht beginnt mit einer Darstellung theoretischer Modelle zur "Lebensführung in Einrichtungen" und einer Ableitung der zentralen Fragestellungen der Untersuchung aus diesem Zusammenhang. Der zweite Teil vermittelt einen Überblick über die Konzeption und die methodischen Untersuchungsschritte (eine ausführliche Erläuterung findet sich im Anhang). Im dritten bis fünften Kapitel werden die empirischen Ergebnisse zum Zusammenwirken von Angehörigen, Heimbewohnern und Einrichtungen dargelegt. Der Bericht schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse und Empfehlungen, wie eine erfolgrei-

che Angehörigenarbeit in Einrichtungen der stationären Altenhilfe gestaltet werden sollte.

1. Einleitung

1.1 Angehörigenarbeit im Spannungsfeld zwischen Lebenswelt und professionellem Hilfesystem

Unter dem Eindruck seiner Erfahrungen in Einrichtungen für psychisch Kranke beschreibt *Goffman* Einrichtungen (in bewußter Überzeichnung) als "totale Institutionen" mit den Merkmalen der engen räumlichen Unterbringung von Personen, ihrer "Überwachung" durch professionelles Personal und der räumlichen Abgrenzung von der Außenwelt.¹ Die Lebensführung in einer Einrichtung steht im Kontrast zur Lebensführung in Privathaushalten, die durch die Wechselmöglichkeit zwischen privatem und öffentlichem Raum, durch selbst gestaltbare soziale Beziehungen (mit familiärem und freundschaftlichem Charakter) und durch selbstbestimmte Tagesabläufe gekennzeichnet ist. Der Wechsel in eine Einrichtung ist demgegenüber mit der Aufgabe zumindest eines Teils der Selbständigkeit verbunden und erfolgt daher in der Regel nicht freiwillig, sondern in Reaktion auf fortgeschrittene Einschränkungen der selbständigen Lebensführung im Privathaushalt. Die subjektiven Vorbehalte gegen diesen Verzicht² werden nur auf objektiven (gesundheitliche und Mobilitätseinschränkungen) und intersubjektiven (Grenzen der Leistungsfähigkeit des sozialen Unterstützungssystems) Druck hin überwunden, wobei die Entscheidung für einen Heimeintritt faktisch nicht nur auf Einsicht des Betroffenen, sondern erheblich auch auf Einfluß des sozialen Umfeldes und der professionellen Ratgeber hin erfolgt. Dem notwendigen Verlust von individuell gestalteten Lebensformen steht ein Gewinn an pflegerischer Hilfe, fachlicher Betreuung und Sicherheit in der alltäglichen Lebensführung gegenüber, der ab einem bestimmten Grad von Einschränkungen eine konzentrierte professionelle Hilfe erforderlich macht.

Diese intensive und kontinuierliche Unterstützungsleistung muß zwar nicht zwangsläufig in Form von Einrichtungen erbracht werden, sie kann prinzipiell auch im Zusammenwirken von informeller und professioneller ambulanter Hilfe geleistet werden. In dem Maße aber, wie sich insbesondere das familiäre Unterstützungsnetz als defizitär oder überfordert erweist, sind einer professionellen Individualbetreuung im Privathaushalt ökonomische (und faktisch auch versorgungsstrukturelle) Grenzen gesetzt. "Einrichtungen" sind kollektive Wohnfor-

1 E. Goffman: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt 1973

2 Vgl. etwa U. Schneekloth; P. Potthoff: *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten*, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 20.2, Stuttgart 1993, S. 156 ff.

men, in denen der spezifische Hilfe- und Dienstleistungsbedarf durch einen Stab professioneller Mitarbeiter in ökonomischer Weise abgedeckt werden kann.³ Das durch zumindest teilweisen Verzicht auf individuelle Lebensführung geprägte Wohnen in der Einrichtung ist somit der Preis für eine sicher erwartbare professionelle Unterstützung.

Für das Ziel der Untersuchung "Möglichkeiten und Grenzen selbständigerer Lebensführung in Einrichtungen", die Chancen für den weitgehenden Erhalt von Individualität und Selbständigkeit zu eruieren, ergeben sich hieraus folgende Fragen:

- (1) Läßt die kollektive Wohnsituation in der Einrichtung hinreichende Spielräume für individuelle Lebensgestaltung zu?
- (2) Läßt die professionelle Organisation der Hilfe hinreichende Spielräume für selbständige Aktivität des Pflegebedürftigen zu?
- (3) Wird die Komplementarität von familiärer und professioneller Hilfe, durch die das Hilfenetz im Privathaushalt in der Regel gekennzeichnet ist, zwangsläufig durch das ausschließliche und allumfassende professionelle Hilfesystem in der Einrichtung ersetzt (wie im Extremfall einer "totalen Institution" zu erwarten), oder läßt sich eine Komplementärversorgung durch Angehörige und Professionelle (wobei sich der Schwerpunkt auf die professionelle Hilfe verlagert) auch in der Einrichtung fortsetzen?

Die erste Frage thematisiert die Lebensführung in der Einrichtung als kollektiver Wohnform sowie den Umstellungsprozeß von der lebenslang gewohnten auf die unter neuen Bedingungen stehende Lebensform. Dieser Prozeß läßt sich beschreiben als Rekonstruktion persönlicher Identität unter veränderten Lebensweltbezügen.

Die zweite Frage betrifft die Beziehung zwischen den Bewohnern (mit unterschiedlich ausgeprägten Kompetenzen und einem entsprechend individuellen Grad an Hilfe- und Pflegebedarf) und dem professionellen Hilfesystem. Diese Beziehung kann von einer als "Dienstleistung" verstandenen Assistenz, die je nach punktuellen Interventionsbedarf dosiert ist, bis hin zu einer dominanten und fremdbestimmenden Allzuständigkeit der professionellen Mitarbeiter rei-

³ Goffman bezeichnet Institutionen als "soziale Zwitter, einerseits Wohn- und Lebensgemeinschaft, andererseits formale Organisation"; a.a.O., S. 23

chen. Dieses Spektrum läßt sich als Spannungsfeld zwischen Strukturen (wie etwa Verfügbarkeit und Strukturierung der Ressourcen Zeit, Geld, Kompetenz, Macht) und Funktionen des Systems (der Leistung einer qualitativ hochwertigen Pflege und Betreuung) beschreiben.

Die dritte Frage thematisiert die Beziehung sowohl der Pflegebedürftigen wie der professionellen Mitarbeiter zu den familiären und befreundeten Bezugspersonen der Pflegebedürftigen. Die Interessen der Bewohner und ihrer Angehörigen reichen von Distanz bzw. Entlastung bis zu aktiver Mitwirkung und kontinuierlicher Aufrechterhaltung enger Bindungen. Die Interessen des professionellen Systems liegen zwischen Ausgrenzung, wenn Angehörige primär als "Störfaktor" professioneller Routinen gesehen werden und Einbeziehung, wenn Angehörige als hilfreiche "Ressource" gesehen werden. Der Fokus der Untersuchung richtet sich auf Rigidität oder Flexibilität der Abgrenzungen zwischen früherem und aktuellem Stadium der Bewohnerbiographie, zwischen privater und institutioneller Lebenswelt sowie zwischen informellem und formellem Hilfesystem. Werden diese Abgrenzungen flexibel gehandhabt, stellt sich die weitere Frage, ob lediglich ein Vakuum (für persönliche Gestaltungsspielräume, informelle Mitwirkung von Angehörigen) gelassen oder konkrete Rollenmuster (etwa zur Einbeziehung von Angehörigen) unterbreitet werden.⁴

Die Teiluntersuchung über "Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen" steht im Kontext einerseits der Anforderungen, die die Veränderung der *Lebenswelt* an die Umstellung der persönlichen Identität des Pflegebewohners stellt, und andererseits der Flexibilität und Differenziertheit, mit der das *professionelle Hilfesystem* den individuellen Bedürfnissen des Bewohners begegnet.

1.1.1 Lebensführung in einer veränderten Lebenswelt

Die Art der "Lebensführung" hängt einerseits von der persönlichen Identität und Kompetenz, andererseits von der umgebenden Lebenswelt ab; sie vollzieht sich als ständiger Austauschprozeß zwischen Identität und Lebenswelt. Wenn Pflegebedürftige in eine Einrichtung umziehen, bedeutet dies den Wechsel von einer langjährig gewohnten Lebenswelt in eine neue Umgebung. Vorher sind sie (zum großen Teil) noch in das soziale Netz der Familie und in die vertraute Wohnumgebung eingebunden. Der Umzug in die Einrichtung ist mit einer Reihe

⁴ Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, Köln 1995

von Umstellungsproblemen verbunden, die von den Pflegebedürftigen in mehr oder weniger krisenhafter Form (und mit Hilfe externer Unterstützung) bewältigt werden. Die dabei erfolgende Veränderung in den Austauschprozessen zwischen der Person und ihrem Umfeld werden leichter verständlich, wenn zunächst die Lebensführung unter "normalen" Bedingungen skizziert wird.

1.1.1.1 Dimensionen und Kompetenzen der Identitätsbildung

Identitätstheoretisch lassen sich vier Kompetenzen unterscheiden, mittels derer Individuen ihre Identität im Austausch mit der sie umgebenden Lebenswelt ausbilden:⁵

(a) Interpretationskompetenz

Sie interpretieren sich selbst, ihre gesellschaftliche Situation und ihre Lebensentwürfe vor dem Hintergrund kultureller Weltanschauungs- und Deutungssysteme. Wahrnehmungen (von Personen, Dingen, Ereignissen, Äußerungen etc.) werden kognitiv strukturiert und gedeutet. Hierüber gewinnt die Person Orientierung in der Situation (Situationsdefinition, Selbstverständnis und Weltverständnis). Eine "gelungene" Identität läßt sich in kognitiver Hinsicht als "selbstbestimmte", "autonome" Identität umschreiben.

(b) Emotionale Kompetenz

Weiterhin wird die Identität durch die Kompetenz geprägt, eigene Gefühlszustände zu bearbeiten und zu klären sowie in Form von "Bedürfnissen" zu äußern. Dabei können - je nach Situation - positive Affekte (Freude auf ..., Wunsch nach ..., Liebe zu ...) oder negative Affekte (Angst vor ..., Trauer um ..., Wut auf ...) im Vordergrund stehen. Ziel der Identitätsbildung ist unter emotionalem Aspekt ein Zustand des "Wohlbefindens" und der "Zufriedenheit".

⁵ J. Habermas: Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 2, Frankfurt 1981; vgl. auch N. Luhmann, Die gesellschaftliche Differenzierung und das Individuum. In: Soziologische Aufklärung 6, Opladen 1995, S. 125 ff.

(c) Soziale Kompetenz

In sozialer Hinsicht bildet sich Identität durch Austauschbeziehungen mit Interaktionspartnern. In diesen Prozessen werden soziale Beziehungen geklärt und gemeinsames Handeln abgesprochen; sie setzen kommunikative Kompetenz/ Interaktionskompetenz voraus. Die Zielvorstellung in der sozialen Dimension der Identität ist mit der Einknüpfung der Person in ein soziales Netzwerk verbunden, das durch möglichst gleichberechtigte Austauschprozesse bestimmt ist.

(d) Somatische Kompetenz

Im Verhältnis zum eigenen Körper bildet sich persönliche Identität durch den uneingeschränkten und kontrollierten Gebrauch der Körperfunktionen. Die somatische (motorische und instrumentelle) Kompetenz umfaßt z.B. Mobilität und Bewegungsfähigkeit, Nahrungsaufnahme und kontrollierte Ausscheidung, Körperpflege und Hygiene. Die Ausübung der somatischen Kompetenz dient der Wahrung einer "körperlichen Integrität", wie sie etwa mit den Begriffen "Gesundheit" und "Selbständigkeit" verbunden wird.

Schema 1: Identitätskonstitution in vier Dimensionen

<u>Dimension</u>	<u>Funktion</u>	<u>Kompetenz</u>	<u>Norm/Ziel</u>
(a) kognitiv	Situationsdeutung Selbst-/Fremdbild Weltanschauung	Wahrnehmungs- und Interpretations- kompetenz	Orientierung, Kontrollüberzeugung, Selbstbestimmung
(b) affektiv	Affektklärung, Bedürfnisäußerung	emotionale Kompetenz	Zufriedenheit, Wohlbefinden
(c) interaktiv/ sozial	Verständigung, Absprachen, Gestaltung sozialer Beziehungen	kommunikative Kompetenz, Beziehungs- fähigkeit	gleichberechtigter Austausch, solidarische Gemeinschaft
(d) somatisch	Selbsterhaltung, materielle Reproduktion, Körperpflege	motorische und instrumentelle Kompetenz	körperliche Integrität Gesundheit/Hygiene/ Sättigung, Selbständigkeit

Die Dimensionen, in denen sich persönliche Identität bildet, stehen untrennbar miteinander in Beziehung:

- Die Klärung und Verarbeitung von Affekten und die Äußerung von Bedürfnissen (b) sind nur vor dem Hintergrund von Deutungsmustern (a) möglich; auch die sog. "primären" oder "Grundbedürfnisse", wie die Form der Nahrungsaufnahme, der Kleidung, des Schlafens, werden nur als interpretierte bewußt.
- Diese Deutungsmuster (a) wiederum sind kulturell gewachsen und werden in Interaktionsprozessen (c) kommuniziert, weiterentwickelt und internalisiert. Umgekehrt wird das Auftreten in Interaktionssituationen und gegenüber Interaktionspartnern (c) von persönlichen Erfahrungen und Vorurteilen, Interpretations- und Rollenmustern (a) geprägt.
- Körperliche Prozesse (d) beeinflussen unmittelbar die Affektlage (b), z.B. durch Zusammenhänge von "Nahrungsbedarf" und "Hungergefühl/ Appetit", somatischer "Krankheit" und psychischem "Unwohlsein" etc. Umgekehrt wirkt sich die psychische Verfassung (b) oft unmittelbar somatisch (d) aus.
- In sozialer Kommunikation (c) werden Übereinkommen ("Konventionen") getroffen, welche Prozesse der körperlichen Regeneration (d) in sozialem Rahmen (Mahlzeiten, Sauna, Sport etc.) und welche in privatem Rahmen bzw. unter Zugeständnis einer "Intimsphäre" (Sexualität, Schlaf, Körperreinigung, Ausscheidung etc.) erfolgen.
- Menschliche Lebensführung zielt nicht nur auf "Selbsterhaltung" und "bloßes Überleben" (d) ab, sondern ist mit Vorstellungen vom "guten Leben" (a,b) untrennbar verknüpft.⁶

Die Identitätsbildung erfolgt in ständigen, möglichst selbstbestimmten Austauschprozessen mit den entsprechenden Bereichen der Lebenswelt: mit kulturellen Deutungssystemen, mit dem persönlichen Privatbereich, mit sozialer Gemeinschaft und mit der physischen Umgebung.⁷

⁶ Zum "guten Leben" gehört auch die Antizipation eines "würdevollen Sterbens", was das Raster eines einfachen Organismus, für den es um "bloßes Überleben" geht, sprengt. Eine Ausnahme könnte in Situationen akuter Lebensgefahr gegeben sein, doch wird selbst hier die Zielsetzung eines "bloßen Überlebens", etwa unter den Bedingungen der "Apparatemedizin", kontrovers diskutiert.

⁷ Die "Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens" (AEDL) nach Krohwinkel differenzieren - aus pflegerischer Perspektive - die somatische Dimension (d) in sieben

Die *Interdependenz* der in unterschiedlichen Dimensionen erfolgenden Identitätsbildungsprozesse läßt sich durch das Fallbeispiel einer 88-jährigen Pflegebewohnerin veranschaulichen, in dem der Verlust von Kompetenzen vor der Heimübersiedlung beschrieben wird:⁸

"Die größte Beeinträchtigung bestand in der starken, zunehmenden Sehschwäche, die bis heute andauert und fortschreitet" (*somatischer Aspekt*). "Damit verbunden waren Angstzustände und starke Gefühle der Unsicherheit, da sie im wesentlichen alleine lebte und dies als Bedrohung empfand" (*psychischer Aspekt*). "Der kontinuierlich fortschreitende Krankheitsverlauf bedingte eine zunehmende Unselbständigkeit und einen erhöhten Hilfebedarf. Die Kontaktpflege beschränkte sich immer stärker auf das Telefon, und im Stadium vor der Übersiedlung war die Bewohnerin in ihrer eigenen Wohnung 'gefangen'. ... Sie lebte seit Auftritt der Behinderung zunehmend passiver und zurückgezogener" (*sozialer Aspekt*). Sie bezog die Einschränkung und die entstehende Einsamkeit in ihr Selbstbild mit ein und entwickelte zeitweise depressive Tendenzen" (*kognitiver Aspekt*).⁹

1.1.1.2 *Erhaltung der Identität beim Umzug ins Heim*

Mit Bezugnahme auf die o.g. identitätstheoretischen Aspekte lassen sich die Umstellungsprobleme beim Einzug in eine Einrichtung als mehrdimensionaler Krisenprozeß beschreiben.

(a) *Orientierungskrise*

Unter dem *Aspekt der Interpretation* stellt das neue Wohnumfeld eine Reihe von Orientierungsproblemen. Im Prozeß des Kennenlernens von Tagesabläufen und Räumlichkeiten, Mitarbeitern und Mitbewohnern bildet sich ein neues Selbstverständnis als "pflegebedürftiger Heimbewohner". Krisenhaft wirkt sich aus, wenn ein Rollenvakuum entsteht, biographische Brüche auftreten, die neue Situation als sinnlos erfahren wird und eine realistische Einschätzung eigener Fähigkeiten, Mitwirkungsmöglichkeiten und Grenzen nicht gelingt. Hin-

Kategorien aus (sich bewegen, vitale Lebensfunktionen aufrechterhalten, sich pflegen, essen und trinken, ausscheiden, sich kleiden, ruhen und schlafen). Der interaktiven Dimension (c) lassen sich drei Kategorien zuordnen (Kommunizieren, sich beschäftigen, soziale Bereiche des Lebens sichern); die affektive Dimension (b) wird in zwei Kategorien unterteilt (sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten, mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen); die Funktion kognitiver Orientierung (a) wird nicht explizit genannt, sondern scheint z.T. in der letztgenannten Kategorie enthalten zu sein (vgl. Sowinsky et al., Aktivitäten des täglichen Lebens, in: Forum Sozialstation, Sonderheft Juli 1993, S. 12 f.

⁸ Entnommen aus den 15 Fallstudien, die (jeweils zu drei Zeitpunkten) im Rahmen des Projektes durchgeführt wurden (s.u.).

⁹ Fallstudie A (Heim I), S. 2

weise auf *Fehlinterpretationen* der eigenen sozialen und somatischen Kompetenz lassen sich der zitierten Fallstudie entnehmen:

"Die Bewohnerin selbst schätzt ihre Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen (vor dem Hintergrund ihrer lebenslang engen Einbindung in soziale Netzwerke), als ausreichend ein. Dies fällt ihr allerdings aufgrund ihrer zunehmenden Unselbständigkeit immer schwerer. So wird der Kontakt zu der ehemaligen Nachbarin zunehmend schwächer und wird wohl in Kürze abbrechen." - "Die Bewohnerin fühlt sich jetzt (d.h. nach der Eingewöhnungsphase) besser als zu Beginn. Abweichend zu ihrer Selbsteinschätzung stellen die Mitarbeiter fest, daß zusätzlich zur Sehschwäche noch Herzbeschwerden und Schwindelgefühle auftreten, so daß die Bewohnerin stärker medikamentös behandelt werden muß."¹⁰

(b) *Emotionale Krise*

Der Umzug ins Heim muß vor allem *emotional* verarbeitet werden. Gefühle der Verunsicherung und Angst vor der unbekanntem Umgebung, Trauer bezüglich des beendeten Lebensabschnitts und der aufgegebenen Lebenswelt, Verlustängste angesichts der veränderten Rolle der Angehörigen sind zu klären und zu bewältigen. Zur Überwindung der emotionalen Krise in Richtung auf Zufriedenheit und Wohlbefinden ist der Aufbau von Vertrauen zu neuen Bezugspersonen ebenso wichtig wie die psychosoziale Stabilisierung durch die Angehörigen und die Möglichkeit, liebgewonnene Gegenstände (Möbelstücke, Familienfotos etc.) mitnehmen zu können.

"Die Auflösung der Wohnung war ein Auslöser für gesteigertes Mißtrauen. Seitdem ist der Pflegebewohnerin klar geworden, daß sie für immer im Altenheim bleiben muß. Ferner vermißt sie noch etliche Dinge aus ihrer Wohnung, die sie nun vergeblich von den Angehörigen einfordert, obwohl sie nicht mehr vorhanden sind."¹¹

(c) *Beziehungskrise*

Zu Personal und Mitbewohnern sind neue Beziehungen aufzubauen und zu gestalten (*sozialer Aspekt*). Das Verhältnis zwischen professionellen Mitarbeitern und pflegebedürftigen Bewohnern dürfte in der Regel eher durch Asymmetrie als durch gleichberechtigte Austauschbeziehungen gekennzeichnet sein, so daß der Umgang mit Macht (und eigener Ohnmacht) zu den gestellten Problemen gehört. Die Beziehung zu Angehörigen und Freunden, deren Rolle sich durch die Distanz zur Einrichtung und den "Besuchs"-Charakter von Kontakten verändert, bedarf einer Neugestaltung. Die Schwierigkeiten dieses Prozesses gehen aus dem folgenden Bericht hervor:

¹⁰ Fallstudie A (Heim I), S. 6

¹¹ Fallstudie A (Heim I), S. 8

"Die Beziehung zwischen der Bewohnerin und den Mitarbeitern ist von Oberflächlichkeit geprägt. Dies kann auch damit zusammenhängen, daß auf dieser Station eine hohe Personalfuktuation besteht, die ein enges Verhältnis verhindert." - "Soziale Beziehungen zu Mitbewohnern sind ansatzweise entstanden, ohne daß man von festen Bindungen oder Freundschaften sprechen könnte. Die Bewohnerin zieht sich nach wie vor gerne und oft zurück." - "In der unmittelbaren Eingewöhnungsphase fanden die Besuche (der Angehörigen) wesentlich öfter statt. Ihr Verhältnis zur Bewohnerin bewerteten sie in dieser Phase sogar besser als davor ... Dennoch war die starke Fixierung der Mutter auf den Sohn so stark, daß die Angehörigen die Anzahl der Besuche relativ schnell wieder reduzierten, um diesem Druck aus dem Weg zu gehen."¹²

(d) *Krise der somatischen Integrität*

Die mit der Heimübersiedlung auftretenden Umstellungsprobleme lassen sich unter *somatisch-physischem Aspekt* als die Aufgabe beschreiben, die körperliche Identität (mit ihren Kompetenzen, Einschränkungen und Handicaps) innerhalb der räumlich-physischen Umgebung einer Einrichtung zu arrangieren. Der Verlauf der Übergangskrise hängt sowohl von der psychosomatischen Konstitution des Pflegebedürftigen als auch von den Bedingungen des Wohnumfeldes (Ausstattung mit Ein- oder Mehrbettzimmern, wohnliche Atmosphäre, Freiräume für eigene Gestaltung etc.) ab.

"Die Bewohnerin hat nach etwa zwei Monaten das ersehnte Einzelzimmer (auf der gleichen Station) bezogen, in das sie sich langsam einlebt. Aufgrund ihrer fortschreitenden Sehschwäche ist für sie die im Einzelzimmer hinzugekommene Sicherheit sehr wichtig und trägt zur Stabilisierung ihres Zustandes bei ... Das Einzelzimmer stellt für die Bewohnerin ein Rückzugsareal dar, das ihr vertraut ist und in dem sie keiner stört (so wie vorher im Doppelzimmer)."¹³

1.1.1.3 *Interne und externe Kompensation geschwächter Kompetenz*

Das untrennbare Zusammenwirken der Kompetenzen bedingt, daß die Schwächung einer Kompetenz durch Stärkung anderer Kompetenzen (selektive Optimierung¹⁴) ausgeglichen oder zumindest abgefedert werden kann (*interne Kom-*

¹² Fallstudie A (Heim I), S. 5 u. 8

¹³ Fallstudie A (Heim I), S. 7

¹⁴ Vgl. R. Rupprecht/ E. Olbrich/ T. Gunzelmann/ W.D. Oswald: Erhaltung und Förderung von Kompetenz im höheren Lebensalter, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Expertisen zum ersten Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des ersten Altenberichts der Bundesregierung, Berlin 1991, S. 235 ff; vgl. ferner die Forschungsergebnisse zur Wechselwirkung kognitiver und psychosomatischer Interventionen: W.D. Oswald/ R. Rupprecht/ T. Gunzelmann: Das SIMA-Projekt: Effekte eines einjährigen kognitiven und psychomotorischen Trainings der Hirnleistungsfähigkeit im höheren Lebensalter, in: H.P. Tews/ T. Klie/ R.M. Schütz (Hrsg.): Altern und Politik, Schriftenreihe der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Fortbildung in der Altenhilfe Bd. 11, Melungen 1996, S. 277 ff

compensation). So kann etwa eine körperliche Beeinträchtigung (d) durch einen (z.B. weltanschaulich geprägten) Deutungsprozeß (a) akzeptiert und in das Selbstverständnis integriert werden. Ebenso können durch Mobilitätseinschränkungen bedingte Erfahrungsdefizite (d) durch gesteigerte Kommunikation (c) teilweise ausgeglichen werden. Reduzierte Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten lassen sich partiell durch phantasierte bzw. erinnerte Kommunikation (a,b) ausgleichen.

"Übereinstimmend berichten die Bewohnerin und die Angehörigen, daß die Bewohnerin nun verstärkt Kontakte knüpft, Unterhaltungen mit anderen Bewohnern sucht und Gruppenaktivitäten für wichtiger erachtet als noch vor drei Monaten. Dies kann damit zusammenhängen, daß die Bewohnerin alle visuell orientierten Tätigkeiten (wie z.B. Fernsehen) nur noch beschränkt ausüben kann und diesen Kompetenzverlust mit anderen noch verbleibenden Fähigkeiten kompensiert."¹⁵

Diese Möglichkeiten sind jedoch dadurch begrenzt, daß eine Optimierung von dem jeweils vorhandenen Kompetenzniveau ausgehen muß.¹⁶ Außerdem werden im Falle multifunktionaler Erkrankungen mehrere Kompetenzen gleichzeitig beeinträchtigt. So dürften die Möglichkeiten zu interner Kompensation sehr begrenzt sein, wenn Seh- oder Hörschwäche bereits zur Beeinträchtigung sozialer Beziehungen geführt haben und daraus affektiv-depressive oder Orientierungsstörungen resultieren.

In dem Maße, wie der eigenständigen, internen Kompensation Grenzen gesetzt sind, gewinnt die Nutzung von (technischen, personalen, organisatorischen) Hilfestrukturen an Bedeutung (*externe Kompensation*). Je nach der Dimension, in der ein Kompetenzverlust auftritt, lassen sich externe Hilfestrukturen unterscheiden: als Information und Orientierungshilfe (a), emotionale Zuwendung (b), kommunikatives Gesprächsangebot (c) oder medizinische und sachlich-technische Hilfe (d). Diese Unterstützung wird in Privathaushalten maßgeblich durch lebensweltliche Netzwerke ("social support") und ergänzend durch professionelle ambulante Hilfe geleistet. In einer Einrichtung gehören diese Unterstützungsleistungen in erster Linie zum Aufgabenfeld der professionellen Mitarbeiter.

Wenn persönliche Einschränkungen und Handicaps durch externe Hilfestrukturen kompensiert werden, so ist eine möglichst bedarfsgerechte Abstimmung der Hilfe auf den jeweils geschwächten Kompetenzbereich von zentraler Be-

¹⁵ Fallstudie A (Heim I), S. 7

¹⁶ Methoden zur Identifizierung von Kompetenzen und Potentialen wurden im Rahmen des Forschungsverbundes vom Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte untersucht.

deutung. Eine inadäquate Verknüpfung liegt etwa dann vor, wenn dem Körperbehinderten, der in einer bestimmten Situation lediglich eine technische Hilfestellung (somatisch-physische Dimension) benötigt, mit verstärkter Zuwendung (emotionale Dimension) und überbetonter Gesprächsbereitschaft (soziale Dimension) begegnet wird - dies könnte er als Mißachtung seiner emotionalen und interaktiven Kompetenzen empfinden. Ebenso deplaziert wäre eine Intervention, wenn ein Dementer, der Orientierungshilfe (a) und Zuwendung (b) benötigt, statt dessen mit technischer Routine (d) behandelt wird.

Die Grenzen externer Kompensation werden zum einen durch die Begrenztheit externer Hilfestrukturen markiert (Begrenztheit der finanziellen, emotionalen, zeitlichen etc. Ressourcen). Zum anderen ergeben sie sich aus Abstimmungsproblemen: Ein optimaler Ausgleich durch externe Hilfestrukturen würde voraussetzen, daß der Hilfebedarf adäquat diagnostiziert und die verfügbaren Hilfestrukturen bedarfsgerecht entwickelt wären. Faktisch erfolgt dieser Ausgleich häufig nicht in optimaler Weise, woraus sich Über- oder Unterkompensationen ergeben können.

1.1.2 Die Einrichtung als professionelles Hilfesystem und als Lebenswelt

Eine Pflegeeinrichtung ist zum einen ein institutionalisiertes Set an mehrdimensionalen Hilfestrukturen; als professionelles System differenziert sie pflegerische und sozialarbeiterische, therapeutische und hauswirtschaftliche Strukturen aus, um spezifische Unterstützung jeweils in den oben beschriebenen Dimensionen des Hilfebedarfs leisten zu können. Zum anderen bildet sie den Lebensraum, innerhalb dessen sich der Pflegebewohner verortet und seine Lebensführung reorganisiert.

1.1.2.1 "Einrichtung" als Hilfesystem

Auf übergeordneter Ebene kann eine Pflegeeinrichtung als ein System beschrieben werden, das unterstützende Funktionen für Pflegebedürftige erfüllt und zu diesem Zweck bestimmte Teilsysteme ausbildet¹⁷ wie etwa:

¹⁷ Insbesondere von der Größe der Einrichtung hängt es ab, zu welchem Grad Pflegedienst und Sozialdienst (oder auch Heimleitung und Verwaltung) in eigenständige Subsysteme ausdifferenziert sind.

- *Heimleitung* mit den Funktionen der übergreifenden Koordination und Kontrolle, der Erstellung eines (ggf. weltanschaulich ausgerichteten) Heimkonzeptes und einer "Heimordnung";
- *Pflegedienst* mit den Aufgaben pflegerischer und assistierender Leistungen, Betreuung und Kommunikation;
- vor allem größere Einrichtungen haben für Funktionen der Betreuung und Kommunikation mit dem *Sozialdienst* eine eigenständige Struktur ausdifferenziert;
- *Ärzte, Psychologen, Therapeuten* leisten medizinische und therapeutische Behandlung;
- der *Verwaltungsapparat* erbringt technische und Versorgungsleistungen in den Bereichen Hauswirtschaft, Sanitätstechnik, Haustechnik, Verwaltung und Buchhaltung.

Engt man die Perspektive auf die für die Lebensführung der Bewohner unmittelbar relevanten Funktionen ein (d.h. bei Ausblendung der Funktionen Verwaltung, Öffentlichkeitsarbeit, Haustechnik etc.),¹⁸ so lassen sich die Hilfestrukturen des professionellen Systems auf den in vier Dimensionen unterschiedenen Unterstützungsbedarf der Pflegebewohner beziehen (*Schema 2*).

- Die Orientierungs- und Interpretationskompetenz des Pflegebewohners wird auf der Grundlage psychologischer und seelsorgerischer Kompetenz unterstützt;
- die Hilfe zur Bearbeitung emotionaler Verunsicherung erfordert psychologisch-psychotherapeutische Kompetenz;
- bei gestörter Kommunikation und Interaktion wird auf der Grundlage sozialarbeiterischer Kompetenz interveniert;
- bei Krankheit und Behinderung werden medizinisch-pflegerisch behandelt oder durch Sanitäts- und Hauswirtschaftshilfen assistiert.

¹⁸ Eine detaillierte empirische Beschreibung der Altenhilfeeinrichtungen in der Bundesrepublik wurde im Rahmen des Projektverbundes seitens der Infratest Sozialforschung GmbH geleistet; strukturelle und qualifikatorische Faktoren wurden vom Institut für Gerontologische Forschung untersucht.

Schema 2: "Einrichtung" als vierdimensionales Hilfesystem

<u>Systemfunktion</u>	<u>Hilfestruktur</u>	<u>Fachliche Kompetenz</u>	<u>Krisensymptome</u>
(a) kognitiv	Orientierungs-/ Interpretationshilfe	Psychologie, Seelsorge	kognitive Desorientierung, Fehleinschätzung
(b) emotional	Hilfe bei der Affektklärung, psychische Stabilisierung	Psychotherapie, Psychologie	affektive Verwirrung, Trauer, Angst
(c) sozial	soziale Unterstützung, kommunikative Betreuung, Beziehungspflege	Sozialarbeit	Kommunikations-/Interaktionsstörungen
(d) somatisch-physisch-technisch	medizinische Behandlung, somatische Pflege, technische Hilfen, hauswirtschaftliche Hilfen	Medizin, Pflorgetechniken, Sanitätswesen, Hauswirtschaft	körperliche Behinderung, Krankheit

Die Akzeptanz der Hilfe ist ein Prozeß, der bereits im Privathaushalt beginnt. Die Entwicklungsmöglichkeiten reichen von Ablehnung der Hilfe über (notgedrungenes) Zulassen bis zur positiven Integration des Merkmals "hilfebedürftig" in das Selbstverständnis. Eine solche kognitive Integration der Hilfestruktur im Sinne eines "Regie-" oder "Kontrollbewußtseins" ist ein Ziel der Identitätsrekonstruktion des Pflegebedürftigen; zu vermeiden wäre eine Entwicklung in Richtung auf fatalistische Selbstunterschätzung oder realitätsferne Selbstüberschätzung.

Beim Heimeintritt stellt sich diese Integrationsaufgabe in verschärfter Form, da zum einen das Hilfesystem ununterbrochen präsent ist und sich mit der umgebenden Lebenswelt vermischt, zum anderen das Vertrauen in die eigene Kompetenz grundsätzlich erschüttert ist und unter den neuen Bedingungen erst wiedergewonnen werden muß.

1.1.2.2 "Einrichtung" als Teil der Lebenswelt der Bewohner

Neben der Funktion als Hilfesystem bildet die Einrichtung zugleich auch die lebensweltliche Grundlage zur fortlaufenden Konstitution der Identität eines Bewohners: Sie ist das neue Wohnumfeld, innerhalb dessen der Pflegebewohner sich um ein neues Selbstverständnis, Vertrautheit und Wohlbefinden, ein neues soziales Netzwerk und Wohnlichkeit bemüht (*Schema 3*). Die Einrichtung als Lebenswelt bietet kulturelle-weltanschauliche Orientierung, eine Privatsphäre zur Befriedigung persönlicher Bedürfnisse, soziale Gemeinschaft und einen (mehr oder weniger individuell gestaltbaren) Wohnbereich.

Schema 3: "Einrichtung" als Lebenswelt

<u>Lebensweltstruktur der Einrichtung</u>	<u>personale Dimension</u>	<u>externe Lebensweltstruktur</u>
kulturelle/weltanschauliche Ausrichtung	kognitiv	kulturelles Milieu, Weltanschauung
Privatsphäre	affektiv	Biographie/ persönliche "Eigenarten"
Mitbewohner	sozial	Angehörige, Freunde
architektonische Gestaltung, Zimmereinrichtung	somatisch/ räumlich	Besuche/Ausflüge in die außerstationäre Umwelt

Der Pflegebewohner bezieht sich auf beide Lebenswelten.¹⁹ Durch den Einzug ins Heim wird allerdings der Schwerpunkt auf die neue Lebensumgebung gelegt; frühere Lebensweltbezüge werden in der reduzierten Form von Angehörigenbesuchen, persönlichen Gewohnheiten und Erinnerungen fortgeführt. Die Krise des Übergangs in die Einrichtung wird in dem Maße bewältigt, wie die Neustrukturierung der Identität mit Bezug auf die Lebenswelt in der Einrichtung gelingt. Je größer aber die Umstellungsprobleme für den Pflegebedürftigen

¹⁹ Vgl. K.H. Urlaub: Strukturelle Voraussetzungen der Angehörigenarbeit - das Heim und sein Außensystem. In: Ders., Angehörigenarbeit in Heimen, a.a.O., S. 17 ff.

sind, desto wichtiger sind vor allem in der Eingewöhnungsphase Kompensation und Stabilisierung durch eine möglichst kontinuierliche Beibehaltung von früheren Lebensweltbezügen.

Die Beziehung zwischen Hilfesystem (*Schema 2*) und Lebenswelt (*Schema 3*) ist - dem Konzept nach - komplementär: Die Einrichtung als Hilfesystem soll dem Bewohner genau die Funktionen (und genau in der Dosierung) zur Verfügung stellen, die er zur kognitiven, emotionalen, sozialen und somatischen Konstitution seiner Identität benötigt, ohne sie aus eigener Kraft leisten zu können. Das Hilfesystem sollte lediglich als "Assistenz" in Erscheinung treten, Einschränkungen des Bewohners ausgleichen und dessen eigene Potentiale ebenso stärken²⁰ wie die Engagementpotentiale der Angehörigen.²¹

Die Abstimmung des Pflegeprozesses auf die Lebensführung erfordert auf seiten der Mitarbeiter eine professionelle kommunikative Kompetenz, um in bedarfsgerechter Weise Hilfe- und Pflegebedarf sowie vorhandene Kompetenzen diagnostizieren zu können und dabei vor allem auf persönliche Bedürfnisse eingehen und individuelle Deutungsmuster verstehen zu können. Entsprechend ergibt sich auf seiten der Einrichtung das Erfordernis, bei der Personal- und Einsatzplanung hinreichende Kommunikationsspielräume einzukalkulieren, um den Mitarbeitern die Wahrnehmung dieser Aufgaben zu ermöglichen.

1.1.2.3 Überkompensation und Unterkompensation

Der umfassende Charakter einer Einrichtung, zugleich Dienstleistungssystem und Lebenswelt zu sein, birgt die Gefahr einer *Überkompensation* von individuellen Einschränkungen, Behinderungen oder Krankheiten in sich:

- Die institutionalisierte Kompensation ist umfassend statt bereichsspezifisch angelegt. Dies kann Interventionen auch in den Bereichen zur Folge haben, in denen kein entsprechender Bedarf besteht. Diese Form der bereichsunspezifischen Überkompensation läßt sich auch als unverhältnismäßiger Eingriff der Hilfestruktur in die Lebenswelt beschreiben.²² Beispiele hierfür sind

²⁰ Zu Konzepten der "Assistenz" bzw. des "empowerment" vgl. den Beitrag der Forschungsstelle Lebenswelten behinderter Menschen.

²¹ E. Litwak: Theoretical Bases for Practice. In: R. Dobrof; E. Litwak: Maintenance of Family Ties of Long-Term Care Patients, Washington D.C. 1977, S. 80 ff.

²² Von Habermas mit dem Schlagwort der "Kolonialisierung der Lebenswelt" bezeichnet; vgl. Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 2, Frankfurt 1981

etwa eine umfassende hauswirtschaftliche Versorgung als pauschale Dienstleistung auch für psychisch Behinderte, die sich bei ausreichender Zeit und Anleitung auch selbst versorgen könnten; oder der soziale Interaktionsdruck durch "Gruppenangebote" auch gegenüber den Pflegebedürftigen, die über ausreichend selbststrukturierte Sozialbeziehungen verfügen; oder wenn die Einrichtung des Zimmers als Problem technisch-hauswirtschaftlicher Unterstützung statt als Bereich persönlicher Gestaltung behandelt wird.

- Der "Kontinuierungsverdacht"²³ bezeichnet die Tendenz professioneller Hilfe zur Verstetigung statt zur Überwindung des Hilfebedarfs. Die Hilfestrukturen in einer Einrichtung treten - im Gegensatz zum "Assistenzkonzept" - nicht nur sporadisch und unmittelbar bedarfsbezogen in Funktion (mit dem Ziel, nach erledigter Aufgabe sich selbst überflüssig zu machen), sondern sind auf den dauerhaften Verbleib der Bewohner ausgerichtet. Dies erschwert eine "Öffnung" der Einrichtung in Richtung auf die Zulassung von funktionalen Äquivalenten wie Selbsthilfe- und Mitwirkungspotentiale der Bewohner oder auch ihrer Angehörigen.

Die Gefahr der Überkompensation ist einerseits von der Einrichtung her strukturell gegeben, kann andererseits aber durch Verhalten und Einstellungen der Mitarbeiter verstärkt werden, etwa durch Machtmißbrauch ("professionelle Allzuständigkeit"), kognitive Defizite (ungenauere Kenntnis der Einschränkungen und Potentiale eines Pflegebewohners) oder kommunikative Defizite (mangelnde Fähigkeit oder Bereitschaft, Hilfebedarf im Gespräch zu spezifizieren und Handlungsfreiräume auszuhandeln).

Eine *Unterkompensation* läßt sich als Folge einer unzureichenden Abstimmung einzelner Hilfestrukturen (z.B. von medizinisch-medikamentöser Behandlung und pflegerischer Betreuung) aufeinander beschreiben. Im Zuge zunehmender Systemdifferenzierung wurde die Spezialisierung einzelner Funktionen des Hilfesystems vorangetrieben und zu spezifischen Professionen ausgebildet. Damit wurde einerseits eine Optimierung der Sachgerechtigkeit und Fachkompetenz des Hilfesystems erreicht, andererseits aber auch eine Separierung der Professionen. Eine verstärkte Kommunikation zwischen den ausdifferenzierten Hilfesubsystemen ist erforderlich, um die hohe Spezialisierung von Fachkompetenzen gleichzeitig in einem ganzheitlichen Pflegesystem zu integrieren.

²³ D. Baecker: Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft, Zeitschrift für Soziologie 2/1994. - L.A. Coser: Soziologie der Armut. In: KZfSS 32/1992, S. 34 ff. spricht in vergleichbarem Zusammenhang von der "Institutionalisierung einer strukturell asymmetrischen Beziehung" (a.a.O., S. 42).

Wenn die jeweilige Eigenlogik der Teilsysteme dominiert und deren spezifische Sichtweisen, Methoden und Ziele nicht adäquat miteinander vernetzt sind, kann der tatsächliche Hilfebedarf des Bewohners in den Hintergrund treten. So wird etwa eine ganzheitliche Unterstützung nicht erreicht, wenn ein mehrdimensionaler Hilfebedarf in Reduktion auf einzelne Routinen bearbeitet wird (der Informationsweitergabe *oder* der punktuellen Zuwendung *oder* der kommunikativen Einbindung *oder* der somatisch-technischen Behandlung).

1.1.3 Die Rolle der Angehörigen im Spannungsfeld zwischen Identitätserhaltung und Hilfesystem

Angehörige stehen im Spannungsfeld einerseits der Anforderungen, die die Veränderung der Lebenswelt an die Umstellung der persönlichen Identität des Pflegebewohners stellt, und andererseits der Flexibilität und Differenziertheit, mit der das professionelle Hilfesystem den individuellen Bedürfnissen des Bewohners begegnet. Sie bilden ein wichtiges Bindeglied zwischen der (notgedrungen) aufgegebenen Lebenswelt und dem neuen Lebensumfeld des Pflegebewohners. Dabei sind unterschiedliche Interessen, Interpretationen und Affekte der Bewohner und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen, die von Distanz bzw. Entlastung bis zu aktiver Mitwirkung und kontinuierlicher Aufrechterhaltung enger Bindungen reichen. Aus der Perspektive der Mitarbeiter schwankt die Einstellung gegenüber den Angehörigen zwischen Ausgrenzung, wenn sie primär als "Störfaktor" professioneller Routinen gesehen werden, und Einbeziehung, soweit ihr Mitwirken konstruktiv genutzt werden kann. Beide Tendenzen werden durch Systemstrukturen der Einrichtung maßgeblich beeinflusst.

Ziel der Teiluntersuchung über "Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen" ist es, dieses Spannungsfeld aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten und mit empirischen Befunden zur Weiterentwicklung der Angehörigenarbeit im stationären Bereich beizutragen.

1.2 Leitfragestellungen der Untersuchung

Es gibt bislang nur wenig abgesicherte Erkenntnisse, welcher Standard an Angehörigenarbeit in den stationären Altenhilfeeinrichtungen erreicht ist und wie sich die Beziehungen zwischen Bewohnern, Mitarbeitern und Angehörigen gestalten. Im Gegensatz zur Arbeit mit pflegenden Angehörigen in der häuslichen Pflege ist die Literatur zur Angehörigenarbeit in stationären Altenhilfeeinrichtungen nicht sehr umfangreich. Eine Literaturanalyse des Kuratoriums Deutsche Altershilfe zu den AEDL-Bereichen des Pflegemodells von *Krohwinke*²⁴ hat gezeigt, daß dieses Thema aber immer noch wenig Beachtung findet.²⁵

Die Mehrzahl der einschlägigen Projekte wurde im Ausland durchgeführt (Schweiz, USA, Finnland), und viele Erfahrungsberichte wurden in Krankenhäusern und gerontopsychiatrischen Kliniken gewonnen. In den USA stellte man bereits in den 60er Jahren Überlegungen zur Verbesserung des Verhältnisses zwischen Angehörigen und Mitarbeitern an. Erst mit Beginn der 80er Jahre werden die Beziehungen zwischen Angehörigen und Mitarbeitern in stationären Einrichtungen auch in Deutschland zunehmend thematisiert. Zunächst dominierten Erfahrungsberichte bzw. Veröffentlichungen zum Thema Angehörigenarbeit aus dem sozialpflegerischen Wissenschaftsbereich. Dabei stehen Erfahrungsberichte von betroffenen Mitarbeitern im Vordergrund, denen vor allem an der Entwicklung praktischer Vorschläge im Umgang mit Angehörigen in Heimen gelegen ist.²⁶ Die meist nicht empirisch abgesicherten Veröffentlichungen befaßten sich entweder nur mit der Situation der Angehörigen²⁷ oder haben ausschließlich Probleme aus der Sicht des Pflegepersonals im Blick.²⁸ Allgemeine

²⁴ Vgl. Krohwinkel, M: Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranke - Eine Studie der Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozeßpflege; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 16, Baden-Baden 1993

²⁵ Forum Sozialstation: Pflegepraxis im Spiegel der Fachpresse, Eine Analyse am Beispiel eines wissenschaftlichen Pflegemodells, 1/1993, S. 6 ff.

²⁶ Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe: Arbeitskreis Angehörige: Angehörige im Altenheim, Presse- und Informationsdienst, Köln 1988, S. 9 ff.

²⁷ Vgl. z.B. Irwin, B.; Meyer, J.: Supportive Measures for Relatives of the Fatally Ill. In: Batey, M.V. (Eds.): Communicating Nursing Research: Collaboration and Completion (Vol. 6) Colorado, Western Interstate Commission for Higher Education, 1973, S. 119-128; vgl. auch Raithelhuber, G.: Angehörigenbefragung. In: Hummel, K.: Steiner-Hummel, I.: Wege aus der Zitadelle, Vincentz-Verlag Hannover 1986, S. 111-113

²⁸ Vgl. Becker, J.: Erfahrungen im Umgang mit Angehörigen. In: Die Altenpflege - Informationsblatt der evangelischen Altenpflegerinnen und Altenpfleger, 1988, S. 5

Erfahrungsberichte machen auch heute noch einen großen Teil der Literatur zu dieser Thematik aus.²⁹

²⁹ Vgl. Herdemann, A.: Erfahrungen mit Angehörigenarbeit. In: Evangelische Impulse (1990)2, S. 24-25; vgl. auch Bender-Diebels, D.: Angehörige - nicht kooperativ? In: Krankenpflege, 47 (1993)5, S. 320-321

Steiner-Hummel war eine der ersten, die sich in Deutschland um eine theoretisch begründete Analyse dieses Problemfeldes bemühte und dafür sorgte, daß dieses Thema zunehmend eine Rolle in der Fachöffentlichkeit spielte.³⁰ Während aus den USA mehrere Studien vorliegen, in denen das Verhältnis zwischen Angehörigen und Mitarbeitern sowohl theoretisch beschrieben als auch empirisch überprüft wird,³¹ beginnt man in Deutschland erst Ende der 80er/ Anfang der 90er Jahre mit ersten systematischen empirischen Untersuchungen. Thematisch befassen sich diese entweder schwerpunktmäßig mit den Belastungen der Mitarbeiter³² oder denen der Angehörigen³³ oder mit den Beziehungen zwischen Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern.³⁴

Untersuchungen, die einen repräsentativen Überblick über die Situation der Angehörigenarbeit in Einrichtungen der Altenhilfe geben und auf dieser Grundlage die Interaktionsbeziehungen zwischen Bewohnern, Mitarbeitern und Angehörigen analysieren, fehlen weitgehend.³⁵ Die im Rahmen des Gesamtprojektes "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen" von *Infratest* erhobenen Daten zur Situation von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen³⁶ geben zwar einen guten Überblick über die Existenz von Angehörigengruppen in Einrichtungen sowie die Häufigkeit von Angehörigenkontakten; jedoch wurden weder in der personen- noch der einrichtungsbezogenen Erhebung der systematische Stellenwert der Angehörigenarbeit sowie der Grad der Praxiserfahrung erfaßt.

30 Vgl. Steiner-Hummel, I.: Wenn das Wichtigste gesagt ist: Überlegungen zu Angehörigenbesuchen im Heim. In: *Altenpflege* 7/1987, S. 468 ff.; dies.: Angehörigenarbeit in Einrichtungen der Altenhilfe. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 3/1988, S. 198 ff.

31 Vgl. Dobrof, R.: *The Care of the Aged - A Shared Function*. Unpublished Doctoral Dissertation, Columbia University of Social Work, 1976; vgl. auch Montgomery, R.J.: *Relationships of Residents of Long-Term Health Care Institutions to Their Families and Staff*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Minnesota, 1980; vgl. auch Rubin, A.; Shuttlesworth, G.E.: *Engaging Families as Support Resources in Nursing Home Care. Ambiguity in the Subdivision of Tasks*. In: *Gerontologist*, 23(1983)6, S. 632-636

32 Vgl. Rohner, R.; Terhorst, B.: *Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegenden im stationären Bereich: Möglichkeiten und Hindernisse*. In: Zeman, P.: *Hilfebedürftigkeit und Autonomie. (Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Bd. 74)* Berlin: DZA-Verlag 1989, S. 100-113

33 Vgl. Käppeli, S.: *Projekt "TREFFPUNKT". Ein Aktionsforschungsprojekt in einem Pflegeheim*. In: *Die Pflege*, 2(1989)1, S. 49-57; vgl. auch Meier, M.: *Angehörige in der Langzeitpflege*. In: *Die Pflege*, 2(1989)2, S. 92-104

34 Vgl. Kühnert, S.: *Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim*, Frankfurt/M. 1991

35 Vgl. K.H. Urlaub: *Angehörigenarbeit in Heimen*, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, Köln 1995

36 Vgl. *Infratest Sozialforschung: Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, Tabellarische Grundausswertung, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, München 1995

Die vorliegende Untersuchung wird daher durch zwei zentrale Leitfragen strukturiert:

- Welche Rolle spielen Angehörige in der neuen Lebenswelt des Heimbewohners und wie gestalten sich die Beziehungen zwischen Angehörigen und Pflegebewohnern?
- Wie geht das Hilfesystem mit den Angehörigen und ihren Unterstützungsleistungen um, und wie ist Angehörigenarbeit konzeptionell und praktisch in die Arbeit der Einrichtungen eingebunden?

Diese strukturierenden Leitfragestellungen ergeben sich nicht nur aus Forschungsdefiziten, sondern auch aus den Problemerkahrungen der Praxis. Die familiären Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege werden von vielen Heimen als noch ungelöstes Problem gesehen. In der Praxis ist zu beobachten, daß durch Schuldgefühle der Angehörigen, geringe soziale Akzeptanz der Heime und die häufige fachliche Vernachlässigung dieses Problems in den Heimen eine Häufung von Konflikten zwischen Angehörigen und Heimpersonal zu verzeichnen ist. Ablehnung und aggressiv belastete Beziehungen stören die Zusammenarbeit, so daß alle Beteiligten, Angehörigen, Pflegebewohner und Mitarbeiter, davon betroffen sind.

Andererseits lassen sich in vielen Heimen eine intensive Auseinandersetzung und zunehmende Veränderungen in diesem Bereich beobachten. Die Ablösung des klinisch-funktionellen Leitbildes durch das sozialpflegerisch-ganzheitliche in der pflegerischen Praxis sowie die Zuständigkeit auch der Sozialdienste für die Angehörigenarbeit hat dazu geführt, daß neue Konzepte der Beratung, der Mit- und Zusammenarbeit entwickelt und umgesetzt wurden. Angehörigenarbeit hat als Teil der professionellen Altenarbeit an Bedeutung gewonnen.

In den Heimen ist die Nachfrage nach Informationen bei der Entwicklung neuer Arbeitsformen sehr groß, und es besteht ein Bedürfnis nach Erfahrungsaustausch über das, was sich in der Angehörigenarbeit bewährt und was sich verändert hat.

Insgesamt liegt der Untersuchungsschwerpunkt auf der Analyse der *institutionellen Rahmenbedingungen* und weniger auf der Untersuchung individueller Bedingungsfaktoren in der Ausgestaltung der Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Angehörigen. Hierzu liegen im deutschsprachigen Raum bereits Stu-

dien vor;³⁷ was hingegen fehlt, ist vor allem ein Überblick über die institutionelle Arbeit mit Angehörigen. Insofern handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Bestandsaufnahme über die institutionell-methodischen Erfahrungen. Im einzelnen geht es darum,

- die in den Heimen entwickelten Arbeitsformen für die Angehörigenarbeit zu untersuchen,
- die Wirkungen dieser Arbeitsformen zu ermitteln,
- die erreichte Akzeptanz bei den Angehörigen zu erfassen,
- die vorhandene Bereitschaft zur Mitwirkung seitens der Angehörigen und die Einsetzbarkeit dieser Ressourcen zu prüfen.

Das Interesse der vorliegenden Untersuchung richtet sich auf Formen einer gelungenen Einbeziehung von Angehörigen und erfolgreiche Lösungen von Konflikten mit Angehörigen. Ziel ist es, Formen der Angehörigenarbeit in stationären Einrichtungen empirisch zu erheben und auf dieser Grundlage Möglichkeiten und Grenzen einer *gelungenen Angehörigenarbeit* zu bestimmen:

- Wie und wodurch verändert sich die Mitarbeit der Angehörigen im Prozeßverlauf? Wie ist der Anteil der Angehörigen durch gelingende Angehörigenarbeit beeinflussbar?
- Welche Veränderungen ergeben sich hinsichtlich der Situation der Pflegebewohner bei gelingender Angehörigenarbeit?
- Welche Arbeitssituation für die Mitarbeiter ergibt sich durch gelingende Angehörigenarbeit?
- Welche Konflikte in den Interaktionsbeziehungen ergeben sich und auf welche Weise lassen sich Konfliktsituationen und -verläufe beeinflussen?
- Wo liegen die Grenzen einer gelingenden Angehörigenarbeit?

Diese Fragestellungen schließen die Analyse der Beziehungen zwischen Angehörigen, Heimmitarbeitern und Bewohner ebenso ein wie die im Bereich der Angehörigenarbeit entwickelten Arbeitsformen, deren Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen.

³⁷ Vgl. Anm. 34

2. Konzeption und Durchführung der Untersuchung

2.1 Forschungsdesign

Die Untersuchung ist zweiteilig aufgebaut: Im ersten Untersuchungsteil wurden bewährte Konzepte der Angehörigenarbeit und die in der Praxis damit gewonnenen Erfahrungen aus der Einrichtungsperspektive evaluiert. In einem mehrstufigen Verfahren wurde zunächst ermittelt, welche Angehörigenarbeit die Einrichtungen praktizieren. Danach wurde genauer untersucht, unter welchen Bedingungen dies erfolgt und welche Ansätze sich bewährt haben. Dabei wurden Einrichtungen unterschiedlicher Größe und insbesondere die unterschiedlichen Bedingungen im früheren Bundesgebiet und in den neuen Bundesländern berücksichtigt.

Im zweiten Untersuchungsteil stand die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern, Pflegebedürftigen und Angehörigen auf der Mikroebene im Vordergrund der Analyse. Ausgehend von einem systemischen Ansatz wurden fördernde und hemmende Faktoren in der Interaktion der Beteiligten einbezogen. Beginnend mit dem Zeitpunkt des Heimeintritts wurde der Entwicklungsprozeß insbesondere in der Eingewöhnungsphase begleitend evaluiert; Veränderungen des Pflegebedürftigen im Hinblick auf gesundheitliches Befinden, sozial kommunikative Kompetenzen und die Eingewöhnung in die Abläufe des Heimalltags wurden zu Konzept und Vorgehen der Mitarbeiter sowie zu Mitwirkungsbereitschaft und -möglichkeiten der Angehörigen in Beziehung gesetzt. Institutionelle Rahmenbedingungen, Arbeitsformen und methodische Vorgehensweisen wurden erfaßt und auf ihren Einfluß auf den Eingewöhnungsprozeß hin untersucht.

Dieser Untersuchungsteil wurde als eine Prozeßanalyse angelegt, um die wichtigen Phasen der Erkrankung, Pflegebedürftigkeit und Entscheidung zur Heimunterbringung, die Risikophase des Überganges und die Integration in eine institutionell organisierte Lebenswelt dokumentieren zu können. In der Untersuchung von *Urlaub*³⁸ wurde nachgewiesen, daß sich die Angehörigenarbeit an solchen Phasen orientiert: Soweit seitens der Einrichtungen mit Angehörigen gearbeitet wird, ist in diesen Phasen eine deutliche Schwerpunktbildung festzustellen.

³⁸ Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, Köln 1995

Da dieser Untersuchungsteil auf plastische Weise die konkrete Situation der älteren Bewohner mit Pflegebedarf widerspiegelt, werden die hier gewonnenen Ergebnisse im vorliegenden Bericht in Kapitel 3 präsentiert. Die Ergebnisdarstellung der Repräsentativuntersuchung und der Intensivbefragung zur Angehörigenarbeit der Einrichtungen erfolgt in den Kapiteln 4 und 5.

2.2 Untersuchungsmethoden

Über die Methodik und den Verlauf der Untersuchung wird im folgenden ein kurzer Überblick gegeben. Eine ausführliche Beschreibung findet sich im Anhang. Die Untersuchung gliedert sich in

- eine repräsentative Erhebung,
- eine Intensivbefragung sowie
- Fallstudien in ausgewählten Einrichtungen.

Im Rahmen der Repräsentativuntersuchung wurden 500 Einrichtungen der stationären Altenhilfe befragt. Dabei wurden die wichtigsten Strukturdaten der Einrichtungen sowie konzeptionelle Aspekte und praktische Erfahrungen, die die Einrichtungen mit der Angehörigenarbeit gemacht haben, erfaßt. Insgesamt antworteten 226 Einrichtungen, dies entspricht einer Rücklaufquote von 45,2 %.

Die Einrichtungen, die sich aufgrund der Repräsentativerhebung als "Positivauswahl" mit einer bereits gut entwickelten Angehörigenarbeit herauskristallisiert haben, wurden im Rahmen von Intensivinterviews genauer untersucht. Von den Altenhilfeeinrichtungen, die sich an der Repräsentativbefragung beteiligten und von denen valide Ergebnisse vorliegen, haben 69 Einrichtungen (also rund ein Drittel) an dieser zweiten Erhebungsstufe teilgenommen. Darüber hinaus wurden 56 Einrichtungen angeschrieben, von denen bekannt ist, daß sie eine intensivere Angehörigenarbeit betreiben. Davon haben sich 29 Einrichtungen an der Untersuchung beteiligt, so daß insgesamt Informationen von 98 Einrichtungen vorliegen (Gesamtrücklaufquote von 43 %).

Parallel dazu wurden in fünf Einrichtungen mit entwickelter Angehörigenarbeit 15 Fallstudien durchgeführt, um das Zusammenwirken von Betroffenen und Mitarbeitern der Einrichtungen auf der Mikroebene zu erfassen. Der Prozeß von der Entscheidungsphase über die Risikophase der Übersiedlung ins Heim bis hin zur möglichen Integration und Stabilisierung wurde in die Untersuchung einbezogen. Die Dokumentation dieses in der Regel etwa sechsmonatigen Prozesses erfolgte zu jeweils drei Zeitpunkten (1., 3., 6. Monat) in Form von Intensivinterviews.

3. Hilfen der Angehörigen bei der Integration - Analyse des Problemzusammenhangs anhand von Einzelfallstudien

3.1 Übersicht und Problemskizze

Angehörige helfen und engagieren sich in bestimmten Phasen, wie Einzug, Übergang und Eingewöhnung. An solchen Problemphasen ist auch die Angehörigenarbeit orientiert (siehe Kapitel 5.2): Auch hier gibt es eine Schwerpunktbildung in den Phasen des Einzugs, des Übergangs und der Eingewöhnung. Dieser Schwerpunkt wird unter dem Begriff "Integration" zusammengefaßt. Ein weiterer Schwerpunkt der Zusammenarbeit entwickelt sich, wenn sich der Gesundheitszustand des Bewohners deutlich verschlechtert, insbesondere wenn seelisch-geistige Veränderungen hinzukommen. Viele Angehörige erleben solche Situationen selbst als Belastung und suchen Rat, Information und Unterstützung. Die Zusammenarbeit wird dann intensiviert. Der Sterbeprozess gehört ebenfalls zu den Phasen besonderer Zusammenarbeit. In der Untersuchung wurde die Analyse des Integrationsprozesses als ein zentraler Untersuchungsaspekt gewählt, weil die Risikosituation des Übergangs allgemein anerkannt und in verschiedenen Untersuchungen thematisiert worden ist.

Es wird davon ausgegangen (wie bereits dargelegt, vgl. Kapitel 1.1.2), daß das Heim ein differenziertes Angebot darstellt für ein *Hilfesystem*, das kontinuierlich und stabil Pflegeleistungen erbringt, und ein *Lebensweltsystem* mit der Möglichkeit des Wohnens, von Beziehungen, Gruppen und einem soziokulturellen Anregungsmilieu. Für den neuen Bewohner ist im Hinblick auf eine gelungene Integration entscheidend, daß das Hilfesystem und das Lebensweltsystem als Ressource, als Daseins- und Bewältigungshilfe so zur Verfügung stehen und von ihm so angenommen und gestaltet werden können,

- daß mit Hilfe der Pflegeassistenz eine identitätsbewahrende Selbständigkeit ermöglicht wird und
- daß er seine Lebensumwelt neu stabilisiert, seine Identitätsbedürfnisse und seine psychosozialen Bedürfnisse befriedigen kann.

Diese zunächst formale Zielumschreibung der Integration verweist auf den Tatbestand, daß es sich um institutionell entwickelte und angebotene Leistungen handelt. Auf der anderen Seite verlangt die Integration aber auch eine Gestaltungs- und Anpassungskompetenz vom neuen Bewohner.

Die Hilfe der Angehörigen ist diesen Prozessen zugeordnet. Welche Chancen bestehen in diesem Geschehen für die Angehörigen, dem Bewohner die Integration zu erleichtern, ihn in den Übergangskrisen so zu begleiten, mit den Mitarbeitern so zu kooperieren, daß eine stützende Rolle im Pflegesystem und im Lebensweltsystem möglich wird? Die Möglichkeiten, die Angehörige haben und wollen, hier unterstützend zu helfen und das Ausmaß, in welchem sie es tun, werden in dieser Untersuchung zum ersten Mal dokumentiert.

Zur Analyse der Einzelfallstudien sind folgende Aspekte relevant:

- Für die Pflegebewohner ist der Wechsel eine risikohafte Übergangssituation.
- Diese Situation ist entscheidend durch die Anforderung geprägt, eine neue, institutionsabhängige Lebensform gestalten zu müssen.
- Die Bewältigungsmöglichkeiten werden durch die Tätigkeit der professionellen Mitarbeiter, durch die Angehörigen und die Pflegebewohner selbst beeinflusst.
- Die Disposition des Pflegebewohners zur Bewältigung ist vor dem Hintergrund seiner Lebenssituation vor dem Heimeinzug zu sehen (physisch: Dauer der Pflegebedürftigkeit, psychisch: Bewältigungsgeschichte, kognitiv: "Kontrollüberzeugung" oder negatives Selbstbild des Nicht-Könnens, sozial: Selbständigkeit gegenüber oder Abhängigkeit von Angehörigen etc.).
- Es ist zu fragen, inwieweit Lösungsformen und Rollenmuster aus der früheren Lebenssituation auf die Heimsituation übertragen werden und welche Konflikte (zwischen Bewohnern und Angehörigen, aber auch mit den Mitarbeitern) sich daraus ergeben.

3.2 Theorieelemente

Verschiedene sozialwissenschaftliche Theorien wie: Übergangstheorie, Theorie der kritischen Lebensereignisse, Belastungs-/Bewältigungstheorie, Systemtheorie u.a. kommen bei der Analyse dieser Problemsituation zur Anwendung.

3.2.1 *Der Übergang als Risikosituation*

Die Leitfragestellung dieser Vertiefungsuntersuchung ist an der Tatsache orientiert, daß der Übergang in ein Heim in einer besonderen Weise eine Risiko- und Belastungssituation darstellt. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, daß in dieser Phase Verschlechterungen im Gesundheitszustand und im seelischen Befinden gehäuft auftreten. Die Belastungen und erlebten Beeinträchtigungen können so schwerwiegend sein, daß sie mit dem Auftreten von Verwirrtheitszuständen als psychosozialer Reaktion verbunden sind.³⁹ Nach *Grond* siedeln 60 % der Älteren gegen ihren Willen ins Heim über. Ein Drittel der unfreiwillig Eingewiesenen reagiert mit Verwirrtheit. Ebenso wird eine erhöhte Mortalitätsrate in dieser Phase beobachtet.⁴⁰ Die Notwendigkeit, aber auch die Wirkung der Angehörigenarbeit kann in diesem Zusammenhang daher besonders wichtig sein, da es darum geht, eine Stabilisierung in dem neuen Lebensgefüge zu erreichen.

Die mit Übergängen verbundenen Veränderungen betreffen jeweils die wichtigsten Zusammenhänge der Lebenssituation. Sie sind meist mit Krisen (Umstellungskrisen) verbunden und werden sozialepidemiologisch als Risikosituationen bezeichnet.⁴¹ In ihnen entwickelt sich immer wieder die Anforderung, Identität zu verändern (Anpassung) und/oder die Situation identitätsorientiert zu gestalten. Übergänge sind also immer destabilisierende Vorgänge, die mit Verlusten, aber auch mit der Notwendigkeit und Chance der Neugestaltung verbunden sind.⁴² Die Entwicklung von Symptomen, seelischen, psychosomatischen und auch sozialen Auffälligkeiten in den devianten Formen der Aggression oder auch des Rückzugs und der Selbstisolierung werden in diesem Kontext gesehen.⁴³

Für die Analyse der Heimintegration ist unter diesem Aspekt von Bedeutung:

- Es wird unterschieden zwischen antizipierbaren und nicht antizipierbaren Übergängen. Die Chancen einer konstruktiven Bewältigung erhöhen sich, wenn Übergänge antizipierbar sind. Daher ist auch die Frage von Bedeutung, wie sich die Bewohner auf das Heim vorbereitet haben, wie ihre Einstellung zum Heim ist und wer über den Umzug entschieden hat.

³⁹ Vgl. Grond, E.: Die Pflege verwirrter alter Menschen, 1984

⁴⁰ Vgl. Saup, W.: Bewältigung von Anforderungen und Belastungen im höheren Erwachsenenalter, in: Brüderl, L.: Belastende Lebenssituation, München 1988

⁴¹ Vgl. Hurrelmann, K.: Sozialisierung und Gesundheit, München 1988

⁴² Vgl. Badura, B.: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt 1981

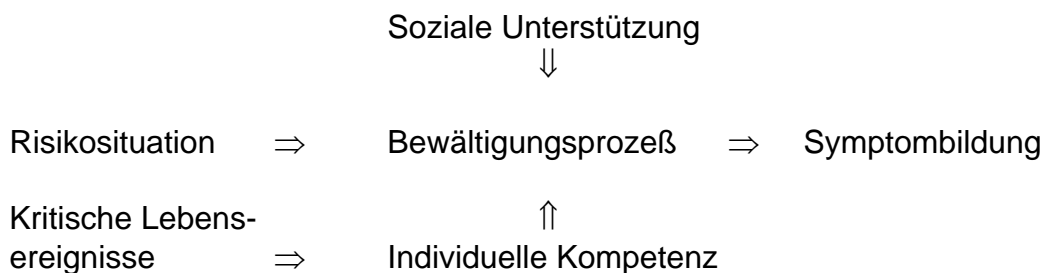
⁴³ Vgl. Badura, B.: ebenda; vgl. auch Pearlin, L. The stress process and strategies of intervention, in: Hurrelmann, K.: Social Intervention: Potential and constraints, Berlin 1987

- In der Belastungs-/Bewältigungsforschung gilt die Antizipation von Belastungen als eine der effektivsten Formen der Bewältigung. Die Analyse von Übergängen in ein Heim macht deutlich, daß ein sehr großer Teil der Betroffenen diesen Prozeß nicht selbstgestaltend bewältigt. Dazu würde die aktive Suche oder Mitbeteiligung an allen Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen gehören.

Zu den Ausgangstatbeständen, die erhoben werden müssen, gehört zu ermitteln, inwieweit die Selbstgestaltungsintention durch die Angehörigen beeinträchtigt wird, ob sie bereits durch die "Bewältigungsvorgeschichte" des Pflegebewohners reduziert ist, ob diese sich generalisiert hat oder nur sektoral wirksam ist (Analyse der "Kontrollüberzeugung").

3.2.2 **Belastungs-/Bewältigungsaspekte: soziale Unterstützung**

Die Fragestellungen der Übergangsanalyse beziehen sich gezielt auf die Bewältigungsaspekte. In den Modellen von Badura wird folgender Zusammenhang hergestellt:



Die soziale Netzwerkforschung hat die Bedeutung der sozialen Unterstützung für das Bewältigungshandeln nachgewiesen.⁴⁴ Für die Bewältigungsprobleme des älteren Kranken sind diese Zusammenhänge besonders wichtig. Soziale Unterstützung erhält er insbesondere seitens der Angehörigen, aber auch die Heimmitarbeiter sind Teil seines sozialen Unterstützungsnetzes.

Die soziale Unterstützung ist einerseits Voraussetzung für die Bewältigung von Belastungssituationen, andererseits kann sie einengen und Abhängigkeiten bewirken. Da Pflegebedürftigkeit soziale Abhängigkeit erhöht, muß dieser Aspekt besonders beachtet werden. Dies ist sowohl bei den Angehörigen als auch bei

⁴⁴ Vgl. Keup, H. Soziale Netzwerke, Frankfurt 1987; vgl. auch Badura, B.: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt 1981

den Pflegemitarbeitern zu überprüfen. In Verbindung mit der systemischen Analyse bedeutet dies, daß die soziale Unterstützung nur positiv ist, wenn die Subsysteme (hier: die des Pflegebewohners in ihren verschiedenen Dimensionen) adäquat beachtet werden.

3.2.3 Die individuellen Dimensionen der Bewältigung

In der Bewältigungsforschung wird die individuelle Dimension der Bewältigung insbesondere unter Bezugnahme auf Identitätskomponenten erfaßt.⁴⁵ In diesem Zusammenhang bezeichnet "Kontrollüberzeugung" die aus der Bewältigungsgeschichte gewonnene Überzeugung ("Kohärenzgefühl" nach Antonovsky), daß

- die Ereignisse im Leben strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- die individuellen und sozialen Ressourcen verfügbar sind, um den von den Ereignissen gestellten Anforderungen gerecht zu werden;
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Intervention und Engagement lohnen.

Eine Person mit stabiler Kontrollüberzeugung entfaltet eine motivationale Dynamik, um ihre lebensweltlichen Bezüge selbstkonzeptorientiert, also in Entsprechung zur kognitiven Selbst- und Weltinterpretation und zu affektiven Bindungen zu gestalten. Ein in diesem Sinne gelingender Gestaltungsprozeß stärkt die Erfahrung von "Selbstwert" und "Selbstwirksamkeit". Das Selbstwerterleben ist wiederum eine wichtige Voraussetzung für psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit ("salutogenetische Struktur").

"Identität" kann dadurch beeinträchtigt werden, daß affektive Bindungen an individuell bedeutsame Objekte an Stabilität verlieren, kognitive Konzepte nicht mehr realisierbar erscheinen (Rollenverlust, Gefühl des "Abgeschoben-Seins") und sich die Kontrollüberzeugung zur Resignation und zu Ohnmachtserleben verändert hat.

⁴⁵ Vgl. Badura, B.: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt 1981; vgl. auch Haußer, K.: Identitätsentwicklung, New York 1983; vgl. auch Pearlin, L. The stress process and strategies of inter-vention, in: Hurrelmann, K.: Social Intervention: Potential and constrains, Berlin 1987

Der dadurch bewirkte Verlust des Selbstwertgefühls kann als Depression identifiziert werden.⁴⁶ Depression ist damit nicht mehr vorwiegend ein psychisch-struktureller Sachverhalt, sondern ein relationales, prozeßhaftes Geschehen. Das Individuum ist in seinen Bindungen und in seiner Gestaltungsfähigkeit als Ergebnis von nicht bearbeitbaren Verlusterlebnissen beeinträchtigt. Die nicht gelungene Bewältigung von Verlusten aus dem Objektbereich (Personen, Rollen, lebensweltliche/ökologische Kontexte u.a.) ist aber auch bei einer Generalisierung und Fixierung nicht statisch, sondern durch soziale Unterstützung und neue Bindungsmöglichkeiten veränderbar.

Die Relevanz für die Analyse der Problemzusammenhänge in der Übergangsphase und der Heimintegration wird besonders deutlich, wenn man einen systemisch-strukturellen Bezugsrahmen verwendet. Mit dieser Theorie können die bisherige Lebenswelt des neuen Bewohners und damit seine Stabilitätsbedingungen erfaßt werden.

3.2.4 Theorie der erlernten Hilflosigkeit

In dieser Theorie werden die genannten Zusammenhänge in ein System gebracht. Die Aussagen sind unmittelbar auf die Problemanalyse beziehbar. "Die Entstehungsgeschichte der 'erlernten Hilflosigkeit' läßt sich als Serie von nacheinander erfolgenden Verlusten an Räumen deuten".⁴⁷ Der Übergang in ein Heim kann sich verstärkend auf diese Entwicklung auswirken, da der Verlust von Räumen sich dramatisch zuspitzt.

Die Ableitungen, die für die Analyse gemacht werden können, zielen darauf ab, die Verlusttatbestände einerseits und die Handlungsspielräume andererseits gezielt zu analysieren. "Die Erweiterung des Handlungsspielraumes ist die unabdingbare Voraussetzung dafür, daß sich auch die psychohygienisch wichtige Kontrollüberzeugung wieder entfalten kann".⁴⁸

Für die Analyse der Heimintegration ist von Bedeutung, das Selbstkonzept sowie die affektiven und sozialen Bindungen des Pflegebewohners zu ermitteln. Angehörige sind - besonders wenn eine Pflegebeziehung vorausgegangen ist - identitätsrelevante Bindungspersonen. Ebenso bedeutsam sind aber Bindungen

46 Vgl. Seligmann, M.: *Erlernte Hilflosigkeit*, München 1982

47 Vgl. Ruthemann, U.: *Einflußmöglichkeiten des Heimbewohners*, in: *Altenheim* 5/1992

48 Vgl. Ruthemann, U.: *Einflußmöglichkeiten des Heimbewohners*, in: *Altenheim* 5/1992

an Sachen, Räume, situative Zusammenhänge, speziell auch ökologische Bindungen. Die Stabilisierung in der neuen Umgebung geschieht durch Ähnlichkeitssuche;⁴⁹ Angehörige können hier eine wichtige Rolle übernehmen. Pflegemitarbeiter werden mehr oder weniger zu neuen Bindungspersonen. Damit werden sie ebenso wie der pflegende Angehörige Teil des neuen stabilisierenden Systems. Die hiermit verbundenen Problemaspekte werden in der Untersuchung besonders beachtet. Dimensionen der Handlungsspielräume müssen ermittelt, ihre Öffnung und Unterstützung durch Angehörige und Mitarbeiter erfaßt und im Sinne der Handlungsforschung auch beeinflußt werden.

3.3 Ausgewählte Einzelfallstudien

Die Fragestellung der Integration bezieht sich auf den Bewohner, die Angehörigen und die Heimmitarbeiter. Ihr Zusammenwirken wird als ein prozeßhaftes Geschehen im Rahmen der Einzelfallstudien analysiert. Zur Analyse des Problemzusammenhangs wurde auf sechs Einzelfallschilderungen in vier untersuchten Heimen zurückgegriffen, weil sie einerseits typische Problemkonstellationen dokumentieren. Andererseits handelt es sich um idealtypische Konstellationen, durch die Zusammenhänge generell diskutiert werden können.

Fall A (Heim I)

Fall A zeigt eine gescheiterte Integration: Die soziale Unterstützung der Angehörigen wird durch die Konfliktbeziehung zwischen Bewohnerin (Mutter) und Angehörigen (Tochter) beeinträchtigt. Die Hilfen des Sozialdienstes und der Pflegemitarbeiter reichen nicht aus bzw. sind nicht ausdauernd und intensiv genug, um die Motivation zur Selbstgestaltung wieder zu beleben. Die negative "Kontrollüberzeugung" bleibt bestehen.

(1) Vorgeschichte und Krankheitsverlauf

Die 85jährige Bewohnerin ist verwitwet und hat drei Töchter, die ihr wichtigster Lebensinhalt sind. Sie war nie berufstätig und definierte sich hauptsächlich über ihre Familie. Vor der Übersiedlung erlitt sie mehrere Schlaganfälle. Die Pflege wurde zunächst allein von den Töchtern übernommen. Später wurde die Pflegekraft einer Sozialstation hinzugezogen.

⁴⁹ Vgl. Fischer, M.: Phänomenologische Analysen der Person-Umwelt-Beziehung, in: Filipp, H.: Selbstkonzeptforschung, Stuttgart 1984

Die eingetretene Unselbständigkeit und Abhängigkeit von den Kindern wurde von der Pflegebedürftigen als sehr belastend und quälend empfunden. Ihre Reaktion darauf war jedoch nicht aktiv gestaltend, sondern resignierend inaktiv, so daß sich auch die Hilfeanforderungen an Töchter und Sozialstation steigerten. Von den Töchtern wurden die Intensität der Pflege, die zunehmende "Hilflosigkeit" und die permanente Kritik an ihren Pflegeleistungen seitens der Mutter als Belastung empfunden.

(2) Übergang

Die Entscheidung der Heimübersiedlung wurde nach den Aussagen der Angehörigen gemeinsam getroffen. Der Entscheidungsprozeß war von seiten der Bewohnerin aber geprägt durch Angst, Ablehnung und Mißtrauen gegenüber dem Heim. Sie hatte die Erwartung, von ihren Kindern gepflegt zu werden und fühlte sich durch die Entscheidung für den Umzug "im Stich gelassen".

Die Bewohnerin selbst erwartete primär eine gute Pflege und Versorgung. Die Angehörigen, die neben der Hilflosigkeit der Bewohnerin auch deren depressive Tendenzen erlebt hatten, erwarteten darüber hinaus Beschäftigungsangebote und Motivationsanreize von seiten des Hauses.

(3) Verlauf der Eingewöhnungsphase

Die Bewohnerin reagierte zunächst mit Orientierungslosigkeit und Passivität hinsichtlich der Gestaltung ihrer Umgebung. Zusätzlich verschlechterte sich ihr Gesundheitszustand.

Die praktischen Hilfen seitens der Angehörigen reduzierten sich auf Versorgung mit Wäsche und Kleidung sowie Begleitung der Bewohnerin bei Spaziergängen und Veranstaltungen. Die psychosoziale Unterstützung ist aber weiterhin sehr intensiv. Die (täglich) Besuche dauern etwa eineinhalb bis zwei Stunden.

An professioneller Hilfe wurden Grundpflege sowie Orientierungshilfen aufgrund zeitweiser Desorientiertheit geleistet.

Die Bewältigungsformen der Bewohnerin in dieser Phase werden von den Mitarbeitern als passiv beschrieben. Sie verleugnet ihre bedrohliche Situation; gleichzeitig reagiert sie angepaßt an die institutionellen Bedingungen. Sie zeigt sich zufrieden mit der Pflege und Versorgung, lehnt aber das Heim ab, ohne dieses Erleben mit den Mitarbeitern auszutauschen.

(4) Mittelfristige Integration (nach drei Monaten)

Der Gesundheitszustand verschlechtert sich, da verstärkte Unsicherheit, Immobilität, Inkontinenz und Abhängigkeit vom Rollstuhl eingetreten sind. Ihr Hilfebedarf erstreckt sich auf fast alle Tätigkeiten. Dennoch versucht sie, allein aufzustehen und ihre Intimpflege selbst zu machen. Das Pflegepersonal läßt dies aber aus Gründen der Sicherheit (Sturzgefahr) nicht zu.

In sozialer Hinsicht bleibt die Bewohnerin weiter passiv, sie nimmt die Angebote des Heimes nicht wahr. Ihr Tagesablauf ist dadurch sehr eintönig. Für sie ist es wichtig, in Begleitung der Tochter den Garten und die Cafeteria zu besuchen.

(5) Situation nach einem halben Jahr

Der Krankheitszustand ist nach sechs Monaten gleich geblieben, auch der Pflege- und Betreuungsbedarf ist unverändert umfassend. Es wird von der Bewohnerin und den Angehörigen als positiv und förderlich erlebt, die Integration ist in dieser Hinsicht gelungen.

Allerdings wurden die Versuche der Bewohnerin, im eigenen Lebensbereich wie beim Aufstehen und der Intimpflege wieder Selbständigkeit zu erlangen, nicht unterstützt. Die soziale Dimension der Pflege ist eher sachlich; die Bewohnerin hat keine vertraute Bezugsperson unter den Pflegemitarbeitern.

Die Bewohnerin nimmt auch weiterhin keine eigenständige Strukturierung ihrer Lebenswelt vor. Sie knüpft keine sozialen Kontakte, sondern bleibt auf ihre Töchter fixiert, was zu starken psychischen Spannungen führt.

Die Bewältigungsformen der Bewohnerin wechseln zwischen kritikloser "Anpassung" an die "institutionellen Bedingungen" und stark kritisierender Forderung gegenüber den Angehörigen. Diese Diskrepanz hat voneinander abweichende Einschätzungen der Mitarbeiter und der Angehörigen zur Folge: Die Mitarbeiter halten die Bewohnerin zwar für passiv, aber doch insgesamt für integriert. Die individuellen Konflikte, die dauernden Klagen gegenüber den Töchtern, der nicht aufgegebene Wunsch, von den Töchtern gepflegt zu werden, sind den Mitarbeitern nicht bekannt. Ein wichtiger Teil der individuellen Lebenswelt des Bewohners wird also aus der professionellen Perspektive nicht wahrgenommen.

(6) Interpretation

Der Bewohnerin gelingt es nicht, ihre Identität kognitiv, sozial oder emotional auf die neuen Lebensbedingungen umzustellen. Ein wichtiger Aspekt ist der Kontrollverlust: Die Bewohnerin hat nur eine geringe Motivation, ihre Lebenssituation zu gestalten.

Im Pflegesystem sind die Hilfen durch das Heim umfassend und intensiv. Die Angehörigen beschränken ihre Hilfe daher auf Alltagsnotwendigkeiten wie Kleidung und Mobilitätshilfen bei Spaziergängen.

Die Tochter, die in der Hauptsache die Mutter im Heim besucht, ist durchaus bereit und willens, die Mutter auch seelisch zu unterstützen. Unverarbeitete Konflikte belasten aber die Beziehung und beeinträchtigen die Motivation der Tochter. Die wichtige Funktion der "psychosozialen Unterstützung" kann sich daher nur sehr eingeschränkt entfalten.

Die professionelle Unterstützung zur Integration in die Lebenswelt erfolgte in dieser Einrichtung weniger intensiv als die pflegerische Unterstützung. Anfangs arbeitet der Sozialdienst mit den Angehörigen und dem Bewohner zusammen (intensive Gespräche, "soziale Diagnose"). Der Kontakt- und Beziehungsaufbau vor und zu Beginn des Umzugs ist also gegeben; allerdings gelingt es dem Sozialdienst nicht, eine soziale Integration der Bewohnerin zu fördern und deren Isolation zu verhindern.

Theoretisch läßt sich eine Identitätskrise als ein Prozeß der Destabilisierung von Strukturen, Beziehungen und Rollen beschreiben: Die Krise ist dann überwunden, wenn sich neue stabile Strukturen gebildet haben. Die neuen, stabilen Strukturen können jedoch auch defizitär, also deprivierend sein. Nach sechs Monaten hat sich für die Bewohnerin eine Struktur herausgebildet, die sie selbst als deprivierend erlebt. Die Angehörigen interpretieren dies genauso und kritisieren das Heim. Nach den dargelegten Kriterien ist die Integration aus der Perspektive der Bewohnerin gescheitert, wenn auch die Bewertung aus Sicht der Institution (die Bewohnerin ist zwar zu passiv, aber sozial unauffällig) positiver ausfällt.

Fall B (Heim I)

Eine ausgeprägte Kontrollüberzeugung und gut entwickelte soziale Kompetenz der Bewohnerin, eine wirkungsvolle (konfliktfreie) soziale Unterstützung seitens der Angehörigen sowie eine vertrauensvolle Hilfe durch die Mitarbeiter führen zu einer stabilen Integration.

(1) Vorgeschichte und Krankheitsentwicklung

Die Bewohnerin ist verwitwet; sie hat drei Söhne. Die Diagnose zum Zeitpunkt der Übersiedlung lautete auf kompensierte Herzinsuffizienz. Ihr Zustand verschlechterte sich kontinuierlich, bis etwa fünf Monate vor der Übersiedlung ein Schlaganfall dazu kam.

Die Pflegebedürftige wurde von ihren Söhnen unterstützt, wobei die Hauptlast auf einem Sohn lag, der täglich die Mutter etwa drei Stunden lang versorgte. Neben der zeitlichen Beanspruchung war es vor allem die seelische Situation, die zur Belastung wurde. Die Verweigerungshaltung und Passivität waren der entscheidende Punkt, warum der Angehörige auf eine Übersiedlung in ein Heim drängte.

(2) Übergang

Die Bewohnerin stand der Heimaufnahme positiv gegenüber. Sie erhoffte sich eine vollständige Versorgung, wollte aber auch neue Kontakte knüpfen. Der Sohn erwartete vor allem eine pflegerisch und medizinisch bessere Versorgung, aber auch psychosoziale Motivierung.

Vor der Aufnahme besuchte der Angehörige die Einrichtung und konnte mit allen Mitarbeitern sprechen. Der Sozialdienst besuchte die Mutter im Krankenhaus und vermittelte auch einen Besuch der Stationsleitung bei der Mutter im Krankenhaus.

(3) Integrationsverlauf

In der Anfangsphase war die Bewohnerin orientierungslos und passiv. Ihre Orientierungsprobleme treten auch in späteren Phasen immer wieder auf. Die Unterstützung durch die Söhne blieb konstant, ohne daß eine zu starke Abhängigkeit oder Fixierung entstanden wäre. Mehrere Komponenten der Identität, wie Selbstwert, Kohärenzsinn, Sinnerfahrung und insbesondere die Kontrollüberzeugung sind positiv. Diese Stabilisierung der Identität und die soziale Unterstützung ermöglichten der Bewohnerin eine positive Veränderung ihrer Situation und das Setzen von neuen Zielen: Kontakte und Netzwerk aufzubauen, das Anregungsmilieu zu nutzen.

In der mittleren Erhebung konnte festgestellt werden, daß die Bewohnerin freundschaftliche Kontakte zur Zimmermitbewohnerin und zu zwei weiteren Bewohnerinnen aufgebaut hat. Mit diesen verbringt sie regelmäßig mehrere Stunden am Tag in einem zur Station hin offenen Aufenthaltsraum. Die sozialen Beziehungen werden zwar dadurch erschwert, daß drei Viertel der Bewohner der Station geistig verwirrt sind, sie werden aber nicht verhindert.

Die Bewohnerin versucht, ihren eigenen Zeitrhythmus herauszubilden und diesen auch gegenüber dem unflexiblen Hausrhythmus durchzusetzen. Dazu gehört, daß sie ihre Ruhepausen individuell bestimmt und ihre Mahlzeiten nach Bedürfnis zeitlich einrichtet. Diese Bemühungen werden von den Mitarbeitern unterstützt.

(4) Professionelle Hilfe

Die pflegerischen Hilfeleistungen werden je nach Bedarf durch Einzel- und Gruppengymnastik sowie Bewegungstherapie ergänzt. Die Hilfe wird nach dem Konzept der aktivierenden Pflege sehr gezielt und dosiert geleistet.

Die psychosoziale Hilfe besteht in helfenden und unterstützenden Gesprächen, wodurch sich eine Vertrauensbeziehung zu den Mitarbeitern und insbesondere zur Stationsleitung entwickelt hat.

(5) Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Mitarbeitern

Der Kontakt zu den Angehörigen wurde durch Sozialdienst und Stationsleitung (Krankenhausbesuch) sehr früh aufgebaut. Der Angehörige hatte die Möglichkeit, seine Vorstellungen zu vermitteln. Es hat sich eine Zusammenarbeit entwickelt, die vor allem durch Austauschgespräche gekennzeichnet ist. Beide Seiten beurteilen die Zusammenarbeit als gut und problemlos.

Fall C (Heim II)

Herr C. ist nach sechs Monaten im Heim gestorben. Die Befragung seiner Tochter und der Mitarbeiter ergab, daß der Bewohner ein tiefes Gefühl der Hilflosigkeit gegenüber seiner Situation entwickelt hatte. Er habe resigniert und keinen Lebenswillen mehr gehabt. Acht Tage vor seinem Tod habe er das Essen verweigert.

(1) Vorgeschichte und Krankheitsentwicklung

Der 87jährige Herr C. wohnte bis zur Übersiedlung ins Heim allein in seiner Wohnung und wurde mehrere Stunden täglich von seiner Tochter versorgt, zusätzlich durch die Pflegekraft einer Sozialstation. Die Verschlechterung des Gesundheitszustands (Herzinsuffizienz, Asthmaanfälle, schweres Rheuma) führte zu einem dreimonatigen Krankenhausaufenthalt.

(2) Übergang

Im Anschluß daran entschied sich die Tochter für einen Umzug ins Heim, da sie sich durch die zunehmende Belastung (und zusätzlich die durch aggressive Forderungen seitens des Vaters geprägte Beziehung) überfordert fühlte. Der Umzug erfolgte gegen den Willen und gegen den Widerstand des Bewohners, was der bei der Tochter Schuldgefühle verursachte.

Der Übergang wurde erschwert durch die Unterbringung in einem Zweibettzimmer mit einem schwerstpflegebedürftigen Bewohner. Herr C. nahm zu diesem kaum Kontakt auf.

(3) Integrationsverlauf

(Somatischer Aspekt:) In seiner Mobilität ist Herr C. stark eingeschränkt durch die Angewiesenheit auf einen Rollstuhl, den er aufgrund seines Rheumas kaum bewegen kann. Er beschäftigt sich meist mit Lesen, was ihm aber wegen Verschlechterung des Sehvermögens zunehmend schwer fällt. *(Psychosozialer Aspekt:)* Die Bewältigungsform des Vaters ist weiterhin durch Aggression gegenüber der Tochter und Passivität gegenüber anderen Personen wie Mitarbeitern und Mitbewohnern geprägt. Zu anderen Bewohnern sucht er keinen Kontakt, da viele zu verwirrt und keine angemessenen Gesprächspartner seien. *(Interpretativer Aspekt:)* Herr C. sieht seinen Aufenthalt als vorübergehend an und hofft, bald wieder nach Hause kommen zu können. Die Tochter sieht dies zwar als unrealistisch an, wagt aber nicht, darüber zu sprechen. *(Räumlicher Aspekt:)* Infolge dieses Verständnisses hat er keine persönlichen Gegenstände ins Heim mitgebracht.

Die Tochter ist mit der pflegerischen Betreuung sehr unzufrieden und übernimmt einen erheblichen Teil der Pflege: Waschen, Kämmen, Wechseln und Waschen der Bettwäsche, meist auch Essensversorgung, da dem Vater das Essen im Heim nicht schmecke.

Aufgrund dieser Unzufriedenheit mit der Pflege ist das Verhältnis zwischen Angehöriger und den professionellen Mitarbeitern gespannt. Aus Sicht der Mitarbeiter macht die Tochter zuviel für ihren Vater, sie bevormunde ihn, die Besuche stellten eher eine Belastung des Pflegebedürftigen dar. Die professionelle Pflege werde übermäßig kritisiert; die Mitarbeit der Angehörigen wird als "Einmischung" empfunden.

(4) Mittelfristige Integration (nach drei Monaten)

Die mittelfristige Erhebung zeigt, daß sich der Gesundheitszustand des Bewohners verbessert hat. Er "arbeitet" weiter daran, wieder nach Hause zu kommen.

Die Beziehung zwischen Vater und Tochter hat sich langsam verbessert. Sie hat auch weniger Schuldgefühle. Auch ist sie jetzt mit der Pflege zufriedener als am Anfang. Aus Sicht der Mitarbeiter beginnt die Tochter, die Situation realistischer einzuschätzen. Der Kontakt zwischen Mitarbeitern und der Angehörigen hat sich verbessert, er komme aber noch immer nur über Kritik zustande.

(5) Professionelle Hilfe

Die Mitarbeiter erkennen die schwierige Situation, insbesondere die Integrationsprobleme des Bewohners; sie versuchen ihn aufzumuntern und sozial zu aktivieren. Inzwischen ist er in ein Einzelzimmer umgezogen, aber immer noch gibt es keine persönlichen Gegenstände im Zimmer.

Er hat inzwischen zu einer Nachbarin bei Tisch einen guten Kontakt.

(6) Abschluß

Das letzte Interview konnte mit dem Bewohner nicht mehr durchgeführt werden. Er war inzwischen verstorben. Die Erhebung bei Tochter und Mitarbeitern zeigte die gleiche Einschätzung. Herr C hatte ein tiefes Gefühle der Hilflosigkeit gegenüber seiner Situation entwickelt. Er resignierte. Er habe keinen Lebenswillen mehr gehabt. Acht Tage vor dem Tod habe er das Essen verweigert.

Fall D (Heim II)

Die in der familiären Pflege entwickelte Abhängigkeitsstruktur wird auf die Heimsituation übertragen. Dadurch entsteht eine abschottende Struktur, die zu Konflikten führt und die Integration erschwert.

(1) Vorgeschichte und Krankheitsverlauf

Die Kompetenzen zur Selbstgestaltung erscheinen bei der 81jährige Bewohnerin sehr reduziert. In der Übergangs- und Eingewöhnungsphase gehen von ihr keine Impulse aus, die Situation zu gestalten. Die Bewältigungsform ihrer Krankheiten (mehrere Lungenentzündungen, Parkinsonsyndrom, Herzinsuffizienz) sind sehr passiv. Es sind depressive Reaktionsbildungen mit Verwirrtheitsepisoden feststellbar, die schon vor der Übersiedlung sich entwickelt hatten, jetzt aber verstärkt auftreten.

Die Bewohnerin wurde zuhause von ihrer Tochter gepflegt. Zwischen beiden waren keine stark belastenden Konflikte festzustellen, allerdings erlebt sich die Tochter als "abhängige Tochter". Ihre Motivation zur Hilfe ist sehr ausgeprägt. In der Zeit der häuslichen Pflege ist eine enge Bindung zwischen beiden entstanden.

(2) Übergang

Die früheren Einstellungen und Erwartungen gegenüber dem Heim konnten in dieser Phase nicht ermittelt werden. Die Übersiedlung ins Heim hat bei der Tochter zu Schuldgefühlen geführt.

Die Entwicklung im Heim beginnt mit einer verstärkten Verunsicherung der Bewohnerin. Ihre Tochter als Angehörige versucht, durch tägliche Besuche die neue Situation zu bewältigen. Sie überträgt die Intensität der häuslichen Pflege auf die Heimsituation.

(3) Integrationsverlauf

Die Tochter der Bewohnerin kommt täglich für mehrere Stunden zu Besuch. Sie beteiligt sich intensiv an der Pflege und begleitet ihre Mutter beim Essen. Die Bewohnerin selbst hat in dieser Phase seelisch und körperlich nur eine geringe Kompetenz zur Bewältigung und Mitgestaltung.

Aus Sicht der Mitarbeiter kann die Tochter die Mutter nicht an das Heim "abgeben". Sie übernehme zu viele Pflegetätigkeiten, was die Mitarbeiter als Einmischung erleben. Die Mutter sei zu stark auf ihre Tochter fixiert, was eine Integration verhindere. Die Pflegetätigkeit der Tochter wird eher als Belastung erlebt.

Die Tochter kontrolliert sehr stark die Mitarbeiter. "Sie scheut keinen Konflikt, wenn sie meint, die Pflege der Mutter sei nicht gut". Es dauert insgesamt fast vier Monate bis eine Zusammenarbeit möglich wird.

(4) Unterstützung im Pflege- und Lebensweltsystem

Die Pflege wird sachgerecht und umfassend angeboten. Die Tochter ist dennoch unzufrieden und meint, die Pflege sei nicht sorgfältig genug; mit der Mutter müsse behutsamer umgegangen werden. Erst nach vier Monaten, nachdem die Zusammenarbeit zwischen Pflegemitarbeitern und Angehörigen möglich wurde, ist auch ihre Bewertung der Pflege positiv.

Die Bewohnerin wird von Mitarbeitern jeden Morgen zur "Morgenrunde" begleitet. Sie sitzt dort passiv mit dabei. Die Beobachtung zeigt, daß es ihr gefällt, obwohl sie sich nicht beteiligt. Die Tochter ist oft anwesend bei den Mahlzeiten. Sie versucht dann, alle Personen, die am Tisch sitzen, in das Gespräch miteinzubeziehen. Sie kümmert sich dabei auch um die anderen Bewohner. Mit Hilfe der Tochter hat die Mutter nach sechs Monaten einen Kontakt gefunden.

(5) Unterstützung in der Krisen- und Konfliktbewältigung

Der Bewohnerin wurden in der ersten Phase Orientierungshilfen gegeben. Auf die kritische Situation wurde aber nicht eingegangen. Die Konflikte wurden von den Mitarbeitern nicht adäquat diagnostiziert und dementsprechend nicht hinreichend bearbeitet.

(6) Interpretation

Dem Heim gelingt es in der Anfangsphase nicht, die neue Bewohnerin in das Pflegesystem zu integrieren. Die Mitarbeiter erleben diese Situation als Konflikt. Sie sind nicht in der Lage, diesen zu bearbeiten. Umgekehrt zeigt sich, daß die Angehörige im Laufe mehrerer Monate über die Austragung von Konflikten allmählich zu einer Kooperation mit den Mitarbeitern kommt. Die Mitarbeiter haben begonnen, auf die Kritik einzugehen und eine kontinuierlichere Situation herzustellen.

In der konflikthaften Beziehung zwischen Angehöriger und Mitarbeitern macht sich das Fehlen einer auf Kooperation hinzielenden Aufnahme phase bemerkbar. Während in

Heim I die Aufnahme als eine strategische Möglichkeit genutzt wird, um Beziehungen zwischen Mitarbeitern, Angehörigen und zukünftigen Bewohnern aufzubauen, beschränkt sich die Angehörigenarbeit in Heim II auf Gruppentreffen in den Stationen; trotz mancher positiver Effekte kann dadurch keine unmittelbare Arbeits- und Kooperationsbeziehung aufgebaut werden.

Das Heim ist weiterhin nicht in der Lage, eine ausreichende personelle Kontinuität in der Pflege herzustellen, so daß die Angehörige erst nach belastenden Konflikten eine Verbesserung erreichen konnte. Als Folge ist festzustellen, daß die in der familiären Hauspflege entwickelte Fixierung und gegenseitige Abhängigkeit auf das Heim übertragen wird und dieser "Pflegedual" sich im Heim abschottet. Diese bereits mitgebrachte Abschottungsmotivation wird durch die genannten Defizite des Heimes noch verstärkt. Die Integration gelingt erst, nachdem die Angehörige zu einer Veränderung dieser Strukturen gedrängt hat.

Die geschilderte Abschottungsproblematik beeinträchtigt zunächst auch die Integration in das Lebensweltsystem. Die Praxis der Tagesgestaltung im Heim, jeden Morgen auf der Station eine "Morgenrunde" zu machen und dazu alle Stationsbewohner einzuladen, eröffnet jedoch sehr gute Möglichkeiten, daß die Bewohnerin Kontakte und Beziehungen aufbauen kann. Frau D. sitzt zwar immer nur dabei, mit der Zeit verbessert sich aber ihre Befindlichkeit, sie fühlt sich bei diesen Treffen wohl. Durch diese Praxis wird von seiten des Freizeitmitarbeiters auch immer ein Beziehungsangebot gemacht. Neben diesen Arbeitsformen hat die Initiative der Tochter zu Kontakten geführt, die zu einer "Zuwendungsbeziehung" geführt hat.

Der Integrationsverlauf zeigt deutlich positive Ergebnisse. In der Gesamtentwicklung hat sich der Gesundheitszustand verbessert. Die Bewohnerin ist nicht mehr bettlägrig, und die Verwirrtheit ist zurückgegangen. Die Pflegebeziehungen sind stabil; die Angehörige ist damit auch zufrieden, und sie hat auch keine Schuldgefühle mehr.

Die Abschottung wurde aufgegeben. Die Tochter kommt jetzt nur noch dreimal pro Woche. Sie fühlt sich deutlich entlastet, was sich auch positiv auf ihren eigenen Gesundheitszustand auswirkt.

Fall E (Heim III)

Die Bewohnerin wird von ihrem Ehemann regelmäßig besucht und gepflegt. Die soziale Struktur der Partnerschaft wird in die Lebenswelt der Einrichtung übertragen. Die umfassende Unterstützung des Ehemannes führt allerdings zu Konflikten mit den professionellen Mitarbeitern.

(1) Vorgeschichte und Krankheitsverlauf

Die 82jährige Bewohnerin lebte vor dem Einzug ins Heim mit ihrem Ehemann zusammen, der sie zuhause versorgen konnte. Herzschwäche und Kreislaufprobleme, dauernde Sturzgefahr, die dann auch zu Brüchen führte, sowie Inkontinenz machten eine immer intensivere Unterstützung und Versorgung notwendig, die schließlich ihr Mann zuhause nicht mehr leisten konnte.

(2) Übergang

Die Bewohnerin hatte sich selbst entschieden, in das Heim zu übersiedeln. Der Ehemann besucht sie zweimal am Tage. Zunehmend entwickelte sich dabei die Notwendigkeit, daß

er beim Essen behilflich sein mußte, daß sie nur noch essen konnte und mochte, wenn er dabei und ihr behilflich war. Auch sonst tut er alles für sie.

(3) Integrationsverlauf

Die Bewohnerin lehnt die Angebote ab, die die Mitarbeiter des Heimes zur Integration in die soziale Lebenswelt des Heimes machten. Sie bleibt für sich und konzentriert sich auf ihren Ehemann. Die feste soziale Struktur der Partnerschaft wird in das Heim übertragen.

Mit der Qualität der Pflege ist die Bewohnerin zufrieden. Sie kann ihre Wünsche und auch Kritik mitteilen. Über einzelne Details ist ein Aushandeln möglich. Die Mitarbeiter können auf die geäußerte Kritik gut reagieren. Die Beziehungen entwickeln sich sachlich und freundlich.

Die Kompetenz der Bewohnerin zur situativen Gestaltung (Kontrollüberzeugung) war anfangs gut.

Im weiteren Verlauf der Integration tritt jedoch eine kritische Entwicklung ein, die sich darin äußert, daß die Bewohnerin zunehmend nur im Bett bleiben möchte. Sie hat Sorge zu stürzen. Ihre Schwäche wird zunehmend bedrohlicher; sie verweigert die Essensaufnahme.

(4) Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Mitarbeitern

Die Beziehung zwischen dem Ehemann und den Mitarbeitern war über längere Zeit schwierig und kritisch. Der Ehemann war bestrebt, Einfluß auf die Art der Pflege zu nehmen. Aus Sicht der Mitarbeiter übte er zuviel Kritik, sie erlebten sein Handeln als Einmischung in ihre Arbeit. Die Hilfe des Ehemannes bei der Nahrungsaufnahme beurteilten sie als überversorgend; sie meinten, dies führe zur Unselbständigkeit der Bewohnerin. Erst als die Nahrungsverweigerung bedrohlich wurde, änderte sich diese Einschätzung, und der Ehemann wurde aktiv in dieser Rolle bestärkt. Die Beziehung zwischen Mitarbeitern und Angehörigen entwickelte sich seitdem zu einer stützenden Austauschbeziehung.

(5) Abschluß

Die dritte Erhebung war nicht mehr möglich. Frau E. ist im fünften Monat nach Übersiedlung ins Heim gestorben.

Fall F (Heim IV)

Frau F. kann sich durch eigene soziale Kompetenz schnell in die soziale Lebenswelt des Heimes integrieren. Eine sie täglich besuchende große Familie bleibt ihre wichtige soziale Bezugsstruktur. Ein schwerer Konflikt mit der Familie führt zu einer Destabilisierung der zunächst gut verlaufenen Integration. Selbstwerterleben und das Erleben von Sinn und Erfüllung sind dadurch so beeinträchtigt, daß sie nicht mehr leben will.

(1) Vorgeschichte und Krankheitsverlauf

Frau F. ist 92 Jahre alt; sie hat vier Söhne und eine Tochter, die sich als Familie sehr um die Mutter sorgen und ihr helfen. Sie ist blind und wurde so von der Versorgung und Hilfe ihrer Angehörigen immer stärker abhängig.

(2) Übergang

Frau F. hatte sich selbst für den Umzug ins Heim entschieden. Ihre Situation war zuhause zwar abgesichert, aber sie fand es für sich und die Kinder besser, wenn sie im Heim versorgt würde. Die Kinder waren über die Entscheidung der Mutter sehr erleichtert.

Der Übergang ins das Heim wurde dadurch belastet, daß Frau E. in ein Zweibettzimmer mit einer stark verwirrten Frau gelegt wurde. Sowohl objektiv als auch im subjektiven Erleben waren die Eingewöhnungsmöglichkeiten dadurch sehr erschwert.

(3) Integrationsverlauf

Die Bewohnerin benötigt zwar Hilfe bei einigen Handreichungen, wie z.B. Kleider aussuchen bzw. zurechtlegen. Sie ist aber sonst in allen alltäglichen Verrichtungen selbständig und unabhängig.

Frau F. weist eine hohe soziale Kompetenz auf, was sich darin auswirkt, daß sie sehr aktiv von sich aus an vielen Gruppen und anderen Möglichkeiten des Heimes teilnimmt. Sie hat über die Stationen hinweg schnell Kontakte aufgebaut.

Trotz dieser Kontakte bleibt die Beziehung zu ihrer Familie die primäre soziale Lebensweltstruktur. Die täglichen Besuche der Söhne, der Tochter und der Enkel sind nicht nur zusätzliche soziale Kontakte, sondern prägen maßgeblich ihre soziale Identität.

(4) Professionelle Hilfe

Die zu Beginn der Übersiedlung festgestellte Schwierigkeit des Lebens im Doppelzimmer wurde durch das Heim bald behoben. Ein Mitarbeiter des Sozialdienstes, der die Situation angemessen einschätzte, konnte bewirken, daß Frau F. ein Einzelzimmer erhielt. Die zu Beginn deutliche Krise wurde durch diese Maßnahme recht schnell überwunden. Die soziale Integration verlief dann sehr schnell.

Die soziale Unterstützung der Kinder hat dies indirekt gefördert, da die Bewohnerin von einer psychosozial gut abgesicherten Position aus neue soziale Kontakte aufbauen konnte.

(5) Krisen- und Konfliktbewältigung

Die insgesamt gute Entwicklung wurde entscheidend beeinträchtigt, als der für die Verwaltungsangelegenheiten zuständige Sohn vom Sozialamt zur finanziellen Unterstützung der Mutter herangezogen wurde. Dieser Sohn machte der Mutter daraufhin massive Vorhaltungen, was sie stark erschütterte und ihr psychosoziales Gleichgewicht zerstörte. Bei der dritten Erhebung zeigte sie sich noch unter Einfluß dieses Schocks: sie weinte nur noch und konnte über anderes nicht sprechen; sie sagte, sie wolle nun nicht mehr leben.

In der Geschwistergruppe führte dies zu einem intensiven Konflikt. Die Geschwister wandten sich diesbezüglich an den Sozialarbeiter, der darauf hin eine Mittlerrolle zwischen den Geschwistern und auch zwischen diesen und der Mutter übernommen hat. Er regelt auch die finanziellen Angelegenheiten der Mutter.

3.4 Diskussion der ausgewählten Einzelfallstudien

3.4.1 Die institutionellen Bedingungen der Integration in das Pflegesystem

Die institutionellen Bedingungen und Leistungen werden in ihrer Qualität am deutlichsten im Pflegesystem. Die Erwartung der "Pflegebewohner" und der Angehörigen sind stark darauf bezogen. Die Erfahrungen der Überforderung in der familiären Pflege machen Angehörige sensibel gegenüber den institutionellen Pflegebedingungen.

Die Qualitätsdifferenzierung, wie sie der Bewohner erlebt, läßt sich an folgenden Merkmalen verdeutlichen: Der Bewohner wünscht eine individuell fürsorgliche Pflege. Diese ist nur bei personeller Kontinuität zu erreichen. Er möchte, daß hier ein Vertrauensverhältnis entsteht und somit auch eine Vertrauensperson vorhanden ist. Aus der Perspektive des Bewohners wird aus dem funktional-sachlichen, professionellen Handeln eine Aktivität, die zu seinem Privat- und Intimbereich gehört, also zu seiner ganz individuellen Lebenswelt.

Die aus der Perspektive der Einrichtung strukturell unterscheidbare Differenzierung zwischen "Pflegesystem" und "Lebenswelt" wird aus der Perspektive des Bewohners anders erlebt und strukturiert. Die Pflegetätigkeit wird über die handelnde Person in den Privatbereich integriert. Der Pflegenden wird damit Teil der Lebenswelt des Bewohners. Pflege wird also nicht nur dann als gut erlebt, wenn sie "sachlich" richtig und förderlich ist, sondern wenn sie durch zuwendenden und kontinuierlichen Personenbezug integriert werden kann.

Die in den Fallstudien begleiteten Bewohner sagen zunächst, sie seien mit der Pflege zufrieden und machen dann die Einschränkung, es gebe keine Verlässlichkeit, es gebe einen zu häufigen Wechsel, es gebe keine Vertrauensperson. Der Privat- und Intimbereich wird dann hinreichend beachtet, wenn der Bewohner in seinem Identitätserleben gesehen und berücksichtigt, wenn die Pflegetätigkeit in eine zuwendende Vertrauensbeziehung eingebunden ist. Ein von den Bewohnern als Integration erlebter Zustand besteht darin, daß die Pflegetätigkeit in seinen Privatbereich integriert werden kann.

Angehörige sind in der Bewertung der Pflege kritischer und offensiver. Ihre Erwartung hat - wie beim Bewohner - zwei Aspekte: daß die Pflege zum einen sachlich und fachlich sorgfältig und zum andern in eine persönliche Beziehung

eingebettet ist. Zur guten Pflege gehört aber auch, daß motiviert und aus der Passivität herausgeholfen wird. Der letzte Aspekt ist für Angehörige sehr wichtig, da hier eine eigene Problematik in der Beziehung zum Pflegebedürftigen berührt wird, die Hilflosigkeit auslöst. Angehörige machen aber auch die Erfahrung, daß hier die "Schwächen" der professionellen Betreuung liegen.

3.4.2 *Integration in das Lebensweltsystem*

Die Erwartungen der Bewohner, in das Lebensweltsystem eingebunden und integriert zu werden und sich selbst integrieren zu können, sind individuell sehr unterschiedlich. Ein Teil der Bewohner erlebt nur das Familiensystem als Lebenswelt. Hier ist ihre Identifikation verankert, hier sind auch die wichtigsten Erfahrungen von sozialer Unterstützung gemacht worden. Gerade in den kritischen und bedrohlichen Phasen der Verschlechterung der Gesundheit - auch der Todesnähe - werden diese als besonders wichtig und unersetzlich erlebt. Diese Bindungen können sich im Heim dann auch in Form einer Abschottung gegen neue Sozialkontakte auswirken. Dies wird sowohl von Bewohnern als auch von Angehörigen praktiziert.

Manche Bewohner suchen und freuen sich auf neue Kontakte und haben z.T. auch eine ausgeprägte soziale Kompetenz entwickelt. Die Erwartungen und Hoffnungen sind dagegen gering, wenn die Kompetenzen und die Gestaltungsmotivation nicht stark genug sind. Hilfe und Begleitung in diesen lebenswichtigen Beziehungen wird in den besuchten Heimen sehr unterschiedlich gewährt. Qualitätskriterien, die die Bewohner für das Lebensweltsystem des Heimes haben, sind nicht so genau zu ermitteln wie die für das Pflegesystem, sondern nur indirekt zu erschließen. Wenn ein Bewohner in die soziale Lebenswelt der Einrichtung integriert ist, fühlt er sich wohl, es geht ihm gesundheitlich und seelisch besser.

Die Angehörigen sind, wie die Bewohner, in ihren Erwartungen unterschiedlich, in der Mehrheit jedoch sehr daran interessiert, daß soziale Kontakte und Anregungen im Heim möglich sind und gefördert werden. Sie wünschen auch, jedenfalls in den untersuchten Fällen, daß die Heimmitarbeiter "etwas tun", wenn der Verwandte passiv und inaktiv ist.

Angehörige messen der sozialen Integration hohe Bedeutung bei. Sie sehen in der Einrichtung jedoch Defizite, wenn nur wenige Mitarbeiter für die psychoso-

ziale Betreuung zur Verfügung stehen. Angehörige fühlen sich eher entlastet, wenn die Bewohner wieder aktiver, gestaltender werden und neue Kontakte knüpfen.

3.4.3 *Angehörige und Mitarbeiter*

Angehörige benötigen und erwarten unter den Mitarbeitern einen Ansprechpartner. In allen untersuchten Fällen waren die Erwartungen folgendermaßen strukturiert:

Angehörige wünschen

- Informationen über die Situation des verwandten, kranken Bewohners,
- einen Austausch über geeignetes Vorgehen, wobei sie Anregungen, Vorstellungen und auch Forderungen mitteilen möchten,
- Verlässlichkeit und Kontinuität in dieser Beziehung zu professionellen Mitarbeitern,
- Unterstützung in ihrer eigenen persönlichen Situation.

Das Erwartungsprofil der Angehörigen und der Bewohner ist damit in wesentlichen Merkmalen identifiziert. Werden die genannten Erwartungen, die sich in der Rolle des Angehörigen konkretisieren, erfüllt, so entsteht Orientierung und Verhaltenssicherheit. Die befragten Angehörigen fühlten und erlebten sich im Heim erst dann "gut aufgehoben", wenn solche unterstützenden Austauschbeziehungen sich entwickelt hatten. Die Notwendigkeit solcher Beziehungen wurde in den Fällen sichtbar, in denen durch das Defizit an Erwartungserfüllung Konflikte entstanden sind. In allen Fällen wurden die Hilfe und Unterstützung des Angehörigen erst dann voll wirksam, wenn vertrauensvolle Austauschbeziehungen zu den Pflegemitarbeitern entstanden waren.

Der Angehörige hat im Heim mehrere Rollen zugleich. Er agiert zunächst eine Familienrolle: als Tochter, Sohn, Ehemann, die zum Privatbereich des Bewohners gehört. Wenn er helfend tätig wird, ist er gleichzeitig im Pflege- und/oder Lebensweltsystem des Bewohners und damit auch des Heimes tätig. Wenn

Abstimmung und Koordination fehlen, entstehen Konflikte (Fall C und D). Es handelt sich also auch hier um Rollen, die gestaltet werden müssen.

Die Entwicklung und Gestaltung der Rollen ist in keinem Heim, also in keinem der untersuchten Fälle das Ergebnis einer gezielten Praxis. Es gibt allerdings begünstigende und weniger begünstigende Bedingungen.

3.4.4 Beziehungsstrukturen im Prozeß der Integration

In den aufgezeigten Befunden wiederholen sich bestimmte Grundmuster infolge der Regelmäßigkeiten in der Verhaltenspraxis mehrerer Beteiligter. Diese "Mikrostrukturen" können in den Einzelfallstudien identifiziert werden. Als Grundtendenz haben sich verschiedene Formen des Zusammenwirkens systemisch-professioneller und lebensweltlich-personaler Strukturen gezeigt: Die Beziehungen zwischen Bewohner und Pflegemitarbeiter sind nicht nur sachlich-funktional, sondern auch personal-ganzheitlich. Dies ist aus der Sicht und dem Erleben des Bewohners ein Merkmal seiner Lebensqualität. Die beziehungsstrukturelle Qualität wird dadurch bestimmt, daß es neben dem funktionalen Interaktionsteil einen Beziehungsstrang gibt, der Austausch, zuwendende Individualisierung ermöglicht. Dies ist nicht nur ein Qualitätsmerkmal im Erleben der Bewohner, sondern auch eine fachlich notwendige Voraussetzung einer personenbezogenen, individualisierenden Pflege.

Abschottung oder Integration?

Die Analyse von Mikrostrukturen z.B. in familiären Förderbeziehungen zeigt, daß funktionale und personal-ganzheitliche Rollen zusammen, aber auch getrennt agiert werden können. Wenn nur funktional agiert wird, handelt es sich um eine Form der Abschottung. Dies ist auf beiden Seiten möglich. Die Abschottung bewirkt, daß keine Information, kein Austausch und keine psychisch stützende Hilfe und Begleitung möglich sind. Diese in der familienstrukturellen Analyse belegten Zusammenhänge konnten auch in den Mikrostrukturen zwischen Bewohnern, Pflegemitarbeitern und Angehörigen identifiziert werden.⁵⁰

Konstellation 1

⁵⁰ Vgl. Pfaff, Ch.: Konfrontation der individuellen Lebenswelt alter Menschen bei der Übersiedlung ins Heim mit der institutionellen Lebenswelt des Heimes, unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachhochschule Köln 1996

Sowohl der Angehörige als auch der Bewohner schotten sich gegenüber den professionellen Mitarbeitern ab. Es wird ein familiäres Beziehungsmuster auf die Heimsituation übertragen. Die Folge ist, daß die Mitarbeiter über die individuelle Befindlichkeit, über Bedürfnisse und Leidensformen keine oder nur unzureichende Informationen erhalten. Hilfe und Unterstützung wird dadurch sehr eingeschränkt. Deutlich wurde dies durch eine große Diskrepanz in den Einschätzungen über die individuelle Situation des Bewohners durch die Mitarbeiter (Fall A).

Konstellation 2

Die Abschottung wird seitens der Mitarbeiter praktiziert. Eine ganzheitlich-personale Beziehung kommt durch sehr häufigen Wechsel des Pflegemitarbeiters nicht zustande, oder sie wird nicht intendiert (weniger aus konzeptionellen Gründen als wegen knapper personeller Ressourcen). Die Bewohner erleben dies als eine Beeinträchtigung; sie wünschen eine vertrauensvolle, individuell abgestimmte, auch seelisch unterstützende "Pflege"-Beziehung.

Konstellation 3

Die Pflegebeziehung ist sowohl sachlich angemessen und förderlich als auch ganzheitlich gestaltet. In dieser Form wird sie von den Bewohnern als "gute" und "fürsorgliche" Pflege wahrgenommen. Mikrostrukturell bedeutet dies, daß der Bewohner den Pflegemitarbeiter und die Pflege in seine individuelle Lebenswelt integrieren kann. Das Erleben, in und von einer "Institution" betreut und unterstützt zu werden, schwindet. Der Mitarbeiter erhält damit auch wichtige Informationen über die Befindlichkeiten des Bewohners.

Konstellation 4

Die Abschottung wird seitens der Mitarbeiter gegenüber den Angehörigen praktiziert. Die Mitarbeiter intendieren keine vertrauensvolle Austausch- und Unterstützungsbeziehung zum Angehörigen. Die Folge sind Konfliktreaktionen der Angehörigen (wie in Fall D). Zur Konstellation gehört, daß der Angehörige sehr motiviert ist, eine gute Beziehung zu dem Mitarbeiter zu erreichen.

Konstellation 5

Statt der Abschottungspraxis wird von den Mitarbeitern und dem Angehörigen eine vertrauensvolle Austausch- und Unterstützungsbeziehung aufgebaut. Damit entsteht eine Interaktionsstruktur, die Merkmale einer erkennbaren Rolle hat. Damit ist der Angehörige in das Heim integriert. Die notwendige Verhaltenssicherheit wird über diese Rolle ermöglicht. Die Hilfe und Unterstützung, die der Angehörige gibt, kann konfliktfrei verlaufen.

Konstellation 6

Der Angehörige ist nicht wie in Konstellation 4 motiviert, es entsteht keine Interaktionsstruktur, die als klar definierte "institutionelle Rolle" erkennbar wäre. Der Angehörige verbleibt lediglich in seiner Familienrolle und handelt weiter ausschließlich als Verwandter. Soweit er pflegend tätig ist, wird dies seitens der professionellen Mitarbeiter als Einmischung erlebt (Fall C, Fall D, Fall F).

Konstellation 7

Die Übertragung der engen Abhängigkeitsstruktur auf die Heimsituation erschwert oder verhindert die Integration (Fall C, D, E). Die Integrationsprozesse verlangsamten sich. Mit dieser Konstellation ist auch eine Konflikthäufung zwischen Angehörigen und Mitarbeitern verbunden (Fall D). Strukturell sind hier Tendenzen vorhanden, die Grenzen zwischen Angehörigen und Bewohnern zu verwischen.

Mikrostrukturen und Kompetenzbeeinträchtigungen der Bewohner

Die Pflegepraxis ist daran orientiert, den durch körperliche Leiden und Beeinträchtigungen eingetretenen Hilfebedarf begleitend und assistierend abzudecken. Wenn die Kompetenzdefizite, wie z.B. eine geringe Kontrollüberzeugung, die bis zum Kontrollverlust über die Situation führen kann, ausgeprägt sind, entstehen entsprechende Mikrostrukturen. In Heim I ist in zweien von fünf untersuchten Fällen und in Heim II in dreien von fünf Fällen ein solcher Kontrollverlust festzustellen.

Konstellation 8

Die so entstehenden Mikrostrukturen bewegen sich in der Spannung zwischen gestaltend/nicht gestaltend, stark/schwach, kompetent/nicht kompetent. Solche

Strukturen führen im Identitätserleben zu weiteren Beeinträchtigungen. Das Selbstwerterleben wird reduziert, im "Befindlichkeitsprofil" waren die Werte der Merkmale "zufrieden", "ausgeglichen", "zuwenden", "gestaltend" negativ ausgeprägt.

Auffällig ist, daß Angehörige durch die seelischen Veränderungen sehr beunruhigt sind. Bei den Hilfen, die durch körperliche Beeinträchtigungen notwendig werden, haben Angehörige einen alltagspraktischen, vielfach durch eigene Erfahrungen bedingten Zugang. Bewältigungs- und Gestaltungsdefizite sowie Verarbeitungsformen, die sich in den sozialen, interaktiven und situativen Bedingungen in Form von Passivität, Rückzug usw. auswirken, schaffen eine große Motivation bei den Angehörigen, fachliche Hilfe nachzufragen und auch zu fordern. Angehörige suchen gerade bei psychischen und geistigen Veränderungen verstärkt eine Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern.

Konstellation 9

Angehörige erleben sich hilflos und sind in Sorge angesichts der seelischen Probleme, speziell des "Hilflosigkeitssyndroms" des kranken Angehörigen (Fall A). Sie erwarten eine entsprechende Hilfe von den Heimmitarbeitern.

Konstellation 10

Der Bewohner verbleibt in dieser Phase und in dieser Reaktions- und Bewältigungsform des Leidens. Das Pflegesystem ist darauf nicht kompetent eingestellt und kann keine Hilfe geben. Angehörige können nicht helfen. Die soziale Unterstützung hat keine Wirkung (Fall E). Der Zustand des Bewohners verschlechtert sich.

Konstellation 11

Das "Hilflosigkeitssyndrom" des Bewohners ist Merkmal einer Übergangskrise. Die Kompetenzen, speziell die Kontrollüberzeugung, sind nur verdeckt. Sowohl die Unterstützung der Angehörigen als auch die Hilfe der Mitarbeiter führen zu positiven Veränderungen, Stabilisierung und Reaktivierung der Gestaltungskompetenz (Fall B).

3.4.5 Strukturelle Qualitäten und Defizite in der Angehörigenarbeit der untersuchten Heime

Die untersuchten Fälle sind zunächst als Konstellationstypen dargestellt worden. Diese Übersicht macht die jeweils individuellen Fallkonstellationen deutlich. Während die Krankheitstatbestände und die Kompetenzen der Bewohner sowie die Einstellungen, Fähigkeiten und Motivationen der Angehörigen eher als vorgegebene Größen erscheinen, sind die strukturellen Tatbestände in den Heimen grundsätzlich veränderbar.

Die sechs dargestellten Fälle wurden in vier unterschiedlichen Einrichtungen (Heim I bis IV) mit unterschiedlicher Praxis der Angehörigenarbeit untersucht. In Heim I gehören die Aufnahme sowie eine Vorbereitungsphase einschließlich Hausbesuch und gegebenenfalls Krankenhausbesuch zum Aufgabenbereich des Sozialdienstes. Die Voraussetzungen für eine effektive Angehörigenarbeit waren in Heim I gegeben. Die Vorbereitung konnte gut durchgeführt werden, wobei in allen Fällen eine enge Zusammenarbeit mit den Stationsmitarbeitern möglich war. Dies eröffnet den Angehörigen und Bewohnern eine Chance zum Beziehungsaufbau schon vor und zu Beginn der Übersiedlung. Im Prozeß der Integration hat sich dies als sehr hilfreich und wirksam erwiesen.

In Heim II wird die Aufnahme von der Verwaltung übernommen. Eine Vorphase gibt es nicht, vielfach aber telefonische Kontakte. Der Sozialdienst hat in der Aufnahme vorwiegend nur die Funktion einer sozialrechtlichen Verwaltungshilfe. Er organisiert aber Angehörigentreffen auf den Stationen, die in Abständen von drei bis vier Monaten wiederholt werden. Diese Arbeitsform hat sich in den untersuchten Fällen als wenig hilfreich erwiesen. Sie schafft zwar erste Orientierungen und kann auch dazu dienen, wichtige Informationen z.B. über Demenzerkrankungen zu erhalten. Die Gruppentreffen haben für Angehörige im Austausch untereinander stützende Funktion, haben aber keinen unmittelbaren Einfluß auf die Beziehungen zwischen Angehörigen und Mitarbeitern.

In den Heimen III und IV wird die Aufnahme vom Sozialdienst durchgeführt. Es werden "soziale Diagnosen" erstellt. Der Sozialdienst kann hier in jedem Einzelfall die Problemkonstellation überblicken. Die Zusammenarbeit zwischen Sozial- und Pflegedienst hat aber in den untersuchten Fällen die Situation nicht beeinflußt.

Die Pflegequalität wird in drei von vier Einrichtungen von Bewohnern und Angehörigen als "gut" bezeichnet. Dieses Urteil bezieht sich zunächst auf die sachlich richtige und sorgfältige Pflege. Eine wichtige Einschränkung machen jedoch

Bewohner, wenn keine personelle Kontinuität gegeben ist und keine Vertrauensbeziehung entstehen kann.

Die Angehörigen in den untersuchten Einzelfällen sind "pflegende" und "psycho-sozial helfende und stützende" Angehörige. In allen Fällen steht eine "gute Pflege" im Zentrum ihrer Erwartungen (in dieser Hinsicht übernehmen sie häufig eine "kontrollierende" Funktion). Die Angehörigen reagieren beunruhigt, wenn der Pflegebewohner psychisch unter seiner Situation leidet und infolge dessen passiv und inaktiv wird (Konstellation 8). Die Erwartung richtet sich daher auch darauf, daß dem Bewohner geholfen wird, und zwar sowohl durch Angebote und Möglichkeiten in der Lebenswelt als auch durch funktionale Hilfe der Pflegemitarbeiter. Diese sind für die Angehörigen die wichtigsten Bezugspartner. In nur einem der untersuchten Heime sind die Voraussetzungen insofern günstig, als die Angehörigenarbeit bereits in der Vorphase beginnt und auch beim Einzug zwischen Sozialdienst- und Pflegedienstmitarbeitern eine Kooperation erfolgt. In den anderen Heimen sind diese Bedingungen nicht gegeben. In Heim II hat es z.B. mehrere Wochen, in einem Fall sogar sechs Wochen lang gedauert, bis Angehörige und Pflegemitarbeiter sich kannten.

Die Arbeitsformen zur Förderung der sozialen Integration sind in den Heimen sehr unterschiedlich. In Heim II wird auf den Stationen täglich eine "Morgensrunde" durchgeführt, zu der die einzelnen Bewohner eingeladen werden. Die Beschränkung auf die Station schafft gute Voraussetzungen dazu, daß sich die Bewohner untereinander kennenlernen. In anderen Heimen werden entsprechende Angebote stationsübergreifend gemacht, so daß es sich um sozial "fernere" Angebote handelt, die, den Beobachtungen zufolge, oft nur von den sozial Kompetenteren wahrgenommen werden. Kritisiert wird daher auch von den Angehörigen, daß für die Passiven zu wenig getan werde. (Gänzlich ungelöst ist in allen besuchten Heimen die Situation der Verwirrten.)

Zur Lebenswelt gehört auch das Wohnen. Die "Einweisung" in ein Doppelzimmer mit Verwirrten oder Schwerpflegebedürftigen hat in vier von sechs dargestellten Fällen zu schweren Beeinträchtigungen geführt. Die "Übergangskrise" hatte sich so verschärft, daß in drei Fällen noch während der Untersuchungszeit der Umzug in ein Einzelzimmer erfolgte.

3.5 Zusammenfassende Bewertung der Fallstudien

Die Analyse der Fallstudien hat gezeigt, daß es Bedingungskonstellationen gibt, die eine ungünstig verlaufende Integration zur Folge haben, während andere einen eher erfolgreichen Integrationsprozeß bewirken.

- In allen Fällen, in denen die Integration ungünstig verlaufen ist, hat die "Unfreiwilligkeit" des Umzugs eine Rolle gespielt.
- Als ebenfalls kritischer Faktor erweisen sich Differenzen zwischen Angehörigen und Bewohnern, die aus der früheren Lebenswelt in das Heim übertragen werden.
- Abhängigkeitsformen, die auf den ersten Blick als psychosoziale Unterstützung erscheinen können, wirken integrationshemmend.
- Die Unterstützungstätigkeit der Angehörigen ist dann am wirksamsten, wenn das Familiensystem auf eine den Bedürfnissen des Bewohners angemessene Weise erhalten bleibt, wenn der Besuch, die tätige Hilfe, die Beziehung und die Zuwendung zur Festigung der Identität beitragen.
- Bei einer ausgewogenen Struktur von Unterstützung, aber auch Abgrenzung und Autonomie von Bewohnern und Angehörigen, verbunden mit positiver "Kontrollüberzeugung" und sozialer Kompetenz, gelingt die Integration recht gut und schnell.
- Eine gelingende und in transparenten Rollenbeziehungen klar strukturierte Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und Angehörigen ist ein weiterer integrationsfördernder Faktor.
- Weiterhin beeinflußt es die Lebensqualität und damit die Integration, ob die "Pflegestruktur" entweder funktional reduziert oder aber ganzheitlich aufgefaßt und agiert wird.
- Von großem Einfluß ist die Bewältigung einer langen Erkrankung. Die "erlernte Hilflosigkeit", verknüpft mit dem kognitiven Selbstverständnis, die Situation nicht mehr beeinflussen und gestalten zu können, ist ein wichtiger kritischer Faktor.

Die genannten Faktoren sind in jedem Fall nur die Indikatoren für einen komplexen Prozeß. In jeder Faktorgruppe kann ein Handlungsbedarf identifiziert werden:

- So beeinflussen die Arbeitsformen der Heime, in denen eine Vorphasenpraxis vorhanden ist, den Beziehungsaufbau zwischen Mitarbeitern, Angehörigen und Bewohnern; sie geben die Möglichkeit, familiäre Konflikte zu identifizieren und ihre Wirksamkeit einzuschätzen.
- Der Faktor "erlernte Hilflosigkeit" erfordert eine langsame, begleitende Ausweitung des Handlungsspielraumes.
- Die "Ressource Angehörige" muß in eine Rollenstruktur eingebunden werden, damit sie konfliktfrei wirksam werden kann.

Das Zusammenwirken dieser Faktoren ist nicht als einfache Kausalbeziehung zu verstehen. Die sozialstrukturellen Modelle, wie sie von Paerlin⁵¹ und Antonovsky⁵² vertreten werden, sehen vielmehr eine gegenseitige Beeinflussung von "protektiven" und "Risikofaktoren". Damit erweitern sich die Chancen der Intervention und Hilfe: Man kann Risikofaktoren reduzieren und/oder protektive Faktoren fördern. Zu den protektiven Faktoren gehören die Angehörigen ebenso wie beziehungsfähige soziale Strukturen der Einrichtung. Diese sozialen Strukturen werden insbesondere durch die Mitarbeiter repräsentiert, aber auch durch die Form der "Wohneinheiten", die gegenseitige soziale Unterstützung fördern.⁵³

51 Vgl. Pearlin, L. The stress process and strategies of inter-vention, in: Hurrelmann, K.: Social Intervention: Potential and constrains, Berlin 1987

52 Vgl. Antonovsky, A. Health, stress and coping, London 1979

53 Vgl. Thiemann, B.: Übergangs- und Integrationsprobleme neuer Pflegebewohnerr und die Hilfe von Angehörigen, unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachhochschule Köln, 1996

4. Angehörige als Teil der neuen Lebenswelt des Heimbewohners

Der Umzug in die Einrichtung ist mit einer Reihe von Umstellungsproblemen verbunden, die von den Pflegebedürftigen in mehr oder weniger krisenhafter Form bewältigt werden (siehe Kapitel 1.1.1 und 1.1.2). Angehörige sind ein wichtiges Bindeglied zwischen der aufgegebenen alten Lebenswelt und der neuen Lebenswelt des Pflegebewohners. Die vorliegende Untersuchung gibt Anhaltspunkte, welche Rolle Angehörige in der neuen Lebenswelt der Heimbewohner spielen und inwieweit sie für den Bewohner als Ressource zu betrachten sind.

4.1 Struktur der untersuchten Einrichtungen

Da die Untersuchung erstmals einen repräsentativen Überblick über die Angehörigen und ihre Bewohner sowie die Angehörigenarbeit in stationären Einrichtungen der Altenhilfe gibt, soll zunächst die untersuchte Einrichtungsstichprobe genauer beschrieben werden. Die Strukturdaten zu den Einrichtungen - wie zu den Bewohnern - bilden die Grundlage für eine differenzierte Darstellung der Untersuchungsergebnisse.

Einrichtungsstruktur

Die Untersuchung geht davon aus, daß strukturell unterschiedliche Rahmenbedingungen Einfluß auf die Art und Weise der praktizierten Angehörigenarbeit haben. Deshalb wurden die Strukturdaten der Einrichtungen differenziert erfaßt.

Die meisten Einrichtungen werden seit 1970 betrieben; knapp ein Drittel der Einrichtungen sind moderne Häuser, die seit 1985 oder später arbeiten.

Tabelle 1: Alter der Einrichtungen (n=174)

Alter der Einrichtungen	n	%
Alte Einrichtungen (bis 1969)	55	31,6
Mittelalte Einrichtungen (1970-1984)	68	39,1
Moderne Einrichtungen (seit 1985)	51	29,3
	174	100,0

Die befragten Einrichtungen verfügen insgesamt über 17.365 Plätze. Im Durchschnitt entfallen auf jede der 202 Einrichtungen 86 Plätze. Dieser Durchschnittswert liegt etwas höher als die von *Infratest* ermittelte durchschnittliche Platzzahl in Alteneinrichtungen in Höhe von 82.⁵⁴ Ähnlich wie in der Erhebung von Infratest handelt es sich aber auch bei den Einrichtungen, die sich an der ISG-Untersuchung beteiligten, zu etwa zwei Dritteln um Heime mit weniger als 100 Plätzen und zu etwa einem Drittel um Einrichtungen mit 100 und mehr Plätzen.

Tabelle 2: Größe der Einrichtungen

Größe der Einrichtung	ISG-Untersuchung		Infratest 1995	
	n	%	n	%
unter 20 Plätzen	12	6,0	32	8,6
20 bis unter 50 Plätze	44	22,0	120	31,7
50 bis unter 100 Plätze	77	38,5	124	33,0
100 bis unter 150 Plätze	40	20,0	48	12,6
150 und mehr Plätze	27	13,5	53	14,1
insgesamt	200	100,0	377	100,0

⁵⁴ Vgl. Infratest Sozialforschung 1995, a.a.O. S. 6

Von den untersuchten Einrichtungen liegen rund ein Sechstel in kleinen Gemeinden (mit bis zu 5.000 Einwohnern), jede vierte in Kleinstädten (mit 5.000 bis 20.000 Einwohnern) und 29 % in einer Großstadt (ab 100.000 Einwohnern)

Tabelle 3: Lage der Einrichtungen (n=202)

Lage der Einrichtungen	n	%
500.000 u. mehr Einw.	24	11,9
100.000 bis 500.000 Einw.	34	16,8
20.000 bis 100.000 Einw.	59	29,2
5.000 bis 20.000 Einw.	52	25,7
bis zu 5.000 Einw.	33	16,3
	202	100,0

Bewohnerstruktur

Die Untersuchung geht davon aus, daß die Angehörigenarbeit in den Einrichtungen je nach der Struktur des Klientels variiert. Einrichtungen, die überwiegend eine gerontopsychiatrisch erkrankte Klientel versorgen, müssen eine andere Angehörigenarbeit betreiben als Einrichtungen, in denen die Bewohner noch weitgehend rüstig sind. Zu 16.862 Bewohnern liegen detaillierte Informationen über ihre Pflegesituation vor.

Einen ersten Anhaltspunkt über die Struktur der Bewohnerschaft gibt die nachfolgende Tabelle. Sie bietet für die Einrichtungen, die entsprechende Angaben machen konnten, eine Übersicht über den Hilfe- und Pflegebedarf der Bewohner nach Pflegestufen.

Tabelle 4: Verteilung der Bewohner nach Pflegestufen (n=15.782)

Pflegestufen	n	%
leicht pflegebedürftig	3.224	20,4
erheblich pflegebedürftig	2.821	17,9
schwer pflegebedürftig	5.748	36,4
schwerstpflegebedürftig	3.010	19,1
gerontopsych. Erkrankte (mit spez. Tagessatz)	979	6,2
Bewohner zusammen	15.782	100,0
Bewohner in Einrichtungen ohne Angabe	1.080	
Bewohner insgesamt	16.862	

Da zum Untersuchungszeitpunkt die zweite Stufe der Pflegeversicherung noch nicht in Kraft getreten war, mußte bei der Erfassung des Hilfebedarfs des Klientels auf die seinerzeit geltende Einteilung der Heimbewohner nach Pflegestufen zurückgegriffen werden. In den einzelnen Bundesländern wurde eine Skalierung der Pflegebedürftigkeit in Pflegestufen vorgenommen, die Grundlage zur Bestimmung gestaffelter Pflegesätze in den Pflegesatzkommissionen je nach dem Grad der Hilfebedürftigkeit war. Die Skalierungen waren abgeleitet von den Funktionsdefiziten der Heimbewohner. Die länderspezifischen Stufungen waren zwar in Anlehnung an die im Bundessozialhilfegesetz⁵⁵ skizzierten Pflegestufen definiert, variierten aber dennoch zwischen einzelnen Bundesländern. Um die in den Bundesländern obligaten Skalierungen untereinander vergleichbar zu machen, wurden die Pflegestufen "leicht und erheblich pflegebedürftig" zur Kategorie "erhöhte Pflege" und die Pflegestufen "schwer, schwerst- und außergewöhnlich pflegebedürftig" zur Kategorie "schwere Pflege" zusammengefaßt.⁵⁶ Danach können fast zwei Drittel der Bewohner als schwer Pflegebedürftige einge-

⁵⁵ Vgl. §§ 68/69 BSHG in der bis zum 31. 3. 1995 geltenden Fassung

⁵⁶ Vgl. Hinschützer, U.: Pflegesätze in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, Bd. I: Ergebnisse einer Bestandsaufnahme, Berlin 1988

stuft werden. Ein gutes Drittel sind erhöht Pflegebedürftige. Das Ergebnis entspricht den Erfahrungswerten der *Infratest*-Erhebung, wonach 63 % der Bewohner von Altenhilfeeinrichtungen als pflegebedürftig eingestuft werden können.⁵⁷ Ein differenzierterer Vergleich zum Pflegebedarf von Heimbewohnern nach den Ergebnissen von *Infratest* ist jedoch wegen unterschiedlicher methodischer Erhebungsformen und anderer Kategorisierungen nicht möglich.

In der Untersuchung wurden auch Informationen über den Anteil psychisch Erkrankter in den Einrichtungen der Altenhilfe ermittelt. Erfasst wurden zum einen Personen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen, für die ein spezieller Tagessatz erhoben wird. Zum anderen sollte der Anteil der gerontopsychiatrisch Erkrankten geschätzt werden. Da nicht nach einzelnen Krankheitsbildern gefragt wurde, handelt es sich nicht um eine exakte Zuordnung nach medizinischen Diagnoseschlüsseln. Unter Berücksichtigung beider Anteilswerte (genaue Pflegesatz-Anteile und geschätzte Anteile) läßt sich der durchschnittliche Anteil von psychisch erkrankten Bewohnern je Einrichtung auf 27 % veranschlagen.

Insgesamt bilden die gewonnenen Daten über die Einrichtungen und ihre Bewohner eine repräsentative Grundlage, um einschätzen zu können, welcher Standard an Angehörigenarbeit in der stationären Altenhilfe in Deutschland derzeit erreicht ist.

4.2 Bewohner und ihre Angehörigen

Von besonderem Interesse ist im vorliegenden Kontext, wie viele der Bewohner von stationären Einrichtungen überhaupt noch Angehörige haben und wie intensiv die Kontakte zu diesen sind. Die Untersuchung bestätigt, daß der überwiegende Teil der Heimbewohner noch lebende Angehörige hat. Von 16.647 Bewohnern haben nach Kenntnisstand der befragten Einrichtungen 84 % Verwandte (in den neuen Bundesländern liegt dieser Anteil noch etwas höher); nur rd. ein Sechstel hat keine Angehörigen mehr. Dieses Ergebnis deckt sich mit aktuellen Vergleichsuntersuchungen in Deutschland.⁵⁸

Tabelle 5: Bewohner mit und ohne Angehörige (n = 16.647)

⁵⁷ Vgl. *Infratest Sozialforschung* 1995, a.a.O.

⁵⁸ Vgl. *Infratest Sozialforschung* 1995, a.a.O. S. 59

Bewohner der Einrichtungen	Bewohner mit Angehörigen		Bewohner ohne Angehörige	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Westliche Bundesländer	11.114	83,5	2.194	16,5
Neue Bundesländer	2.885	86,4	454	13,6
insgesamt	13.999	84,1	2.648	15,9

4.2.1 Besuchshäufigkeit von Angehörigen

Für eine tragfähige Einbeziehung der Angehörigen in die Betreuung und Pflege sind regelmäßige Kontakte zu den Heimbewohnern unerlässlich. Unsere Untersuchungsergebnisse belegen, daß der Übergang ins Heim bei der Mehrheit der Bewohner nicht mit einem Verlust der familiären Kontakte verbunden ist. Von den rd. 14.000 Bewohnern, die noch Angehörige haben, erhalten fast 40 % regelmäßig (mindestens einmal in der Woche) Besuch von ihren Verwandten; ein Drittel hat ein- bis mehrmals monatlich Kontakt. Rund ein Viertel bekommt selten oder nie Besuch von seinen Angehörigen.

Graphik: Besuchshäufigkeit von Angehörigen

4.2.2 Kinder als eigentliche Kontaktpersonen

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat für das Projekt "Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen" als ein Untersuchungsteil eine Sonderauswertung der KDA-Pflegebedürftigkeitsuntersuchung aus dem Jahre 1992 durchgeführt. Die Sonderauswertung konzentrierte sich auf Fragen, die für eine Abschätzung von Potentialen für eine Einbeziehung von Angehörigen in die Pflege und Betreuung von Heimbewohnern von Bedeutung sind.⁵⁹ Sie enthält auch differenzierte Daten zur Struktur der Angehörigen, auf die hier zurückgegriffen werden kann. Hier bestätigt sich, was auch andere Untersuchungen mehrfach belegt haben: Es sind vor allem die Kinder (und Enkelkinder) - und hier insbesondere die Töchter und Schwiegertöchter -, die regelmäßig Kontakt zu den Bewohnern der Heime unterhalten.

Knapp ein Viertel aller Bewohner der Untersuchungsgruppe aus der KDA- Pflegebedürftigkeitsuntersuchung erhält mindestens einmal wöchentlich Besuch von den Kindern/Enkeln. Weitere 13 % der Bewohner erhalten 14tägigen Besuch von ihren Kindern/Enkeln. Die regelmäßige Kontakthäufigkeit zu anderen Verwandten ist mit 6 % (bezogen auf alle Bewohner) deutlich niedriger. Bei der Gruppe der Bewohner, die Besuch von anderen Verwandten erhalten, beschränken sich diese Kontakte meist auf wenige Besuche im Jahr.

Das Potential für Angehörigenarbeit und insbesondere Angehörigenmitarbeit ist damit vor allem bei den Kindern und Enkelkindern gegeben. Quantitativ kann bei ca. 25-30 % der Bewohner mit einem entsprechendem Potential gerechnet werden.⁶⁰ Bei den anderen Verwandten dürfte eine stärkere Einbeziehung nur im Einzelfall möglich sein.

4.2.3 Familiäre und außerfamiliäre Kontakte - ein Vergleich

Die *Infratest*-Untersuchung des Forschungsverbundes "Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Heimen"⁶¹ weist mit 47 % eine etwas stärkere regelmäßige Besuchshäufigkeit für Bewohner von stationären Altenhilfeeinrichtungen auf. Die stärkere Besuchshäufigkeit basiert im wesentlichen darauf, daß hier nicht nur

59 Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe: 3. Zwischenbericht 1995, a.a.O.

60 ebenda, S. 10

61 Vgl. *Infratest* Sozialforschung 1995, a.a.O. S. 58

nach Kontakten mit Familienangehörigen, sondern auch nach Kontakten mit anderen Bekannten gefragt wurde. Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich dagegen auf die familiären Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen, weil sie als wichtigste Kontaktpersonen angesehen werden können. Eine Erweiterung der Untersuchung auf Kontakte mit Freunden, Nachbarn und ehrenamtlichen Helfern hätte zudem z.T. ein anderes Untersuchungsdesign erforderlich gemacht. Jedoch wurden Einzelaspekte der erweiterten Außenkontakte im Rahmen der Intensivbefragung und im Rahmen der Sonderauswertung der Pflegebedürftigkeitsuntersuchung des *Kuratoriums Deutsche Altershilfe* aus dem Jahre 1992⁶² mit erfaßt.

Nach der *KDA*-Pflegebedürftigkeitsuntersuchung hat rund jeder zehnte Bewohner von stationären Einrichtungen keine Kontaktperson außerhalb der stationären Einrichtungen, also weder zu Kindern/Enkeln oder sonstigen Verwandten noch zu Bekannten. Ein bis zwei Kontaktpersonen haben rund ein Drittel der Bewohner, 41 % haben zu drei bis sechs Personen außerhalb des Heims Kontakt und 16 % zu sieben und mehr Personen. Die meisten Bewohner scheinen also relativ gut sozial eingebunden zu sein. Dies relativiert sich jedoch, wenn man berücksichtigt, daß 38 % der Bewohner keinen persönlichen Kontakt zu Kindern oder Enkelkindern haben, gut die Hälfte hat keinen Kontakt zu anderen Verwandten und 55 % keinen Kontakt zu nicht-familiären Bekannten außerhalb der Heime.⁶³

Graphik: Anzahl der Kontaktpersonen außerhalb des Heimes insgesamt (KDA)

⁶² Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe: 3. Zwischenbericht 1995, a.a.O.

Aus unseren Untersuchungsergebnissen wird deutlich, daß sich das Besuchsverhalten der Freunde und Bekannten der Heimbewohner von dem der Angehörigen unterscheidet: Es ist von einer geringeren Intensität. Dies hat einen wesentlichen Grund darin, daß die älteren Menschen insgesamt geringere außerfamiliäre Kontakte haben, weil viele von den Freunden und Bekannten verstorben sind oder bereits vor dem Einzug ins Heim wegen eingeschränkter Mobilität Kontakte kaum aufrechtzuerhalten waren. Dies macht aber auch deutlich, daß familiäre Beziehungen für diesen Personenkreis die dominanten Beziehungsformen sind. Angehörige sind für Heimbewohner die wichtigsten Kontaktpersonen außerhalb des Heimes.

Graphik 3.2: Besuchshäufigkeit von Nachbarn, Freunden, Bekannten

Daß familiäre Kontakte in der Regel enger und kontinuierlicher sind als zu nichtfamiliären Bekannten, beruht auf der stärkeren Kontakthäufigkeit der Kinder und Enkelkinder. Andere Verwandte scheinen sich in ihrer Besuchshäufigkeit äh-

63 Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe: 3. Zwischenbericht 1995, a.a.O. S. 8 ff.

lich zu verhalten wie Freunde, ihre Kontakte beschränken sich meist auf sporadische Besuche.

Regelmäßige außerfamiliale Kontakte bestehen am ehesten zu ehrenamtlichen Betreuern und organisierten Besuchsdiensten. Nachbarn und Freunde kommen höchstens ein- bis mehrmals im Monat zu Besuch, eher noch seltener. Jeder sechste Heimbewohner hat keine außerfamilialen Kontakte.

Tendenziell zeigen die Ergebnisse, daß Heimbewohner, die keine Angehörigen mehr haben, öfter regelmäßigen Besuch von Nachbarn, Freunden und ehrenamtlichen Betreuern erhalten. Vor allem von ehrenamtlichen Betreuern und organisierten Besuchsdiensten werden diese regelmäßiger besucht. Die Einrichtungen haben hier auf die besondere Situation der Heimbewohner ohne familiäre Beziehungen reagiert.

Graphik 3.2a: Regelmäßige außerfamiliale Kontakte von Heimbewohnern mit und ohne Angehörige

Geht man davon aus, daß die Einbeziehung in die Angehörigenarbeit bzw. eine Mitarbeit durch Angehörige nur bei einer regelmäßigen Besuchshäufigkeit ge-

währleistet werden kann, so gehören rund 40 % der Angehörigen zu den potentiellen Adressaten für die Angehörigenarbeit der Einrichtungen. Das Potential für die Mitarbeit in der Betreuung und Pflege erhöht sich um rund 19 % durch die regelmäßigen Kontakte zu Freunden und Bekannten sowie ehrenamtlich organisierten Besuchsdiensten. Bezieht man dies auf alle Bewohner stationärer Altenhilfeeinrichtungen (33,6 % aller Bewohner haben regelmäßig Kontakt zu Angehörigen), so kann davon ausgegangen werden, daß bei rund *der Hälfte aller Bewohner* potentiell Personen zur Verfügung stehen, die in die Betreuung und Pflege eingebunden werden können. Allerdings ist dies ein Maximalwert, da nur ein kleiner Teil bereit und in der Lage ist, sich in der Pflege und Betreuung zu engagieren.

4.2.4 Einflußfaktoren für Kontakthäufigkeit

Da davon ausgegangen wird, daß die Förderung von Kontakten - vor allem zu Angehörigen und/oder Bekannten - außerhalb der Einrichtungen einen wichtigen Stellenwert bei der Sicherung und Verbesserung der Lebensqualität von Heimbewohnern hat und daß die Kontakthäufigkeit Grundlage für die Strukturierung der Angehörigenarbeit in den Einrichtungen ist, ist zu fragen, welche Faktoren die Kontakthäufigkeit beeinflussen.

Im Rahmen der Intensivbefragung wurden die Pflegedienstmitarbeiter danach befragt, warum Bewohner, die noch Angehörige haben, keine Kontakte zu ihren Verwandten unterhalten. Die wichtigsten Gründe wurden in folgender Reihenfolge benannt:

1. Große räumliche Entfernung
2. Familienstreitigkeiten
3. keine Kontakte vor Heimeintritt
4. Zeitmangel, Interessenlosigkeit der Angehörigen
5. Alter und Krankheit der Angehörigen
6. Fortgeschrittene Krankheit des Bewohners
7. Bewohner ohne Interesse an Außenkontakten

Insgesamt ist zwischen personalen und strukturell-institutionellen Faktoren zu unterscheiden, die die Kontakthäufigkeit beeinflussen.

Personelle Faktoren

Ein wesentliches Bestimmungsmoment, inwieweit Angehörige bereit sind, sich in der Pflege und Betreuung zu engagieren, ist die Qualität der Beziehungen zwischen Bewohner und Angehörigen: Im Falle stark belasteter Beziehungen kann sich eine kontinuierliche Fortführung kontraproduktiv auswirken; die Gewinnung von Distanz kann sich dann zunächst als ratsam erweisen. Nur wenn keine gravierenden Spannungen bestehen, kann die Bereitschaft zum Engagement möglicherweise hergestellt und der Verwandte eventuell für die Angehörigenarbeit der Einrichtung gewonnen werden.

Neben unseren Fallstudien gibt die Sonderauswertung der *KDA*-Pflegebedürftigkeitsuntersuchung einige Anhaltswerte zu den persönlichen Beziehungen zwischen Bewohnern und Angehörigen. Hier wurden die Pflegemitarbeiter gefragt, wie sie die Beziehungen der Kontaktpartner von außerhalb zu den Bewohnern einschätzen. Wie sich auch in den Fallstudien zeigte, nehmen die Kenntnisse der Mitarbeiter über die Qualität der Beziehungen ab, je seltener die Angehörigen zu Besuch kommen. Informationen über die Qualität der Beziehungen liegen primär über die Angehörigen vor, die regelmäßig kommen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, daß die "Beziehungen für die Mehrzahl derjenigen, die wöchentlich oder 14tägig besucht werden, auf einer recht tragfähigen Basis zu stehen (scheinen)".⁶⁴ Bei jeweils rund drei Vierteln der Bewohner hat das Pflegepersonal den Eindruck, daß es sich um ein "herzliches" Verhältnis zwischen Kindern/Enkelkindern und Bewohner handelt. Eine ähnliche Relation ergibt sich, wenn man die anderen Verwandten einbezieht.

Bei selteneren Besuchen gestalten sich die Beziehungen nach Einschätzung der Mitarbeiter offensichtlich problematischer. Bezogen auf alle selten besuchten Bewohner kann nach Einschätzung des Personals nur bei einem Drittel von "herzlichen" Verhältnissen gesprochen werden.⁶⁵ Allerdings fallen hier dem Personal insgesamt Einschätzungen schwerer, und es ist nicht auszuschließen, daß häufigere Kontakte schon vom Personal als Kriterium für ein besseres Verhältnis gewertet werden.

Neben der persönlichen Beziehung bildet der Gesundheitszustand des Heimbewohners eine wesentliche personale Komponente, die die Kontakthäufigkeit

⁶⁴ Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe: 3. Zwischenbericht 1995, a.a.O. S. 14

⁶⁵ ebenda

beeinflusst. Dies bestätigen auch die Ergebnisse der Repräsentativbefragung. So steigt die regelmäßige Besuchshäufigkeit von Angehörigen von leichter zu erheblicher Pflegebedürftigkeit, sinkt jedoch wieder bei Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen. Dies kann daran liegen, daß zunächst zunehmender Hilfebedarf zu einer Intensivierung der Kontakte führt. Die Konfrontation mit der zunehmenden Hilfebedürftigkeit des Angehörigen, vor allem bei dementen Heimbewohnern, kann aber auch zu einer Reduktion des Kontaktes führen.

Graphik 3.3: Zusammenhang von regelmäßigen Kontakten und Pflegebedarf

Auch die Aufenthaltsdauer des Heimbewohners hat Einfluß darauf, wie oft er von seinen Angehörigen besucht wird. Die regelmäßige Kontakthäufigkeit nimmt linear mit zunehmender Verweildauer in der Einrichtung ab. Die anfänglich kontinuierliche Beziehung zu dem Angehörigen weicht im Zeitverlauf einer zunehmenden Distanz.

Graphik 3.4: Zusammenhang von regelmäßigen Kontakten und Verweildauer

Strukturell-institutionelle Faktoren

Neben den personalen Faktoren wird die Besuchshäufigkeit der Angehörigen wesentlich von strukturellen und institutionellen Faktoren bestimmt. Schon in der Vorstudie wurde deutlich, daß die "Heimpolitik" in Richtung auf eine Einbindung bestimmender Faktor für die Angehörigenarbeit ist. Heime, die eine offensive Angehörigenarbeit anstreben, achten darauf, daß die neuen Bewohner möglichst aus der Umgebung der Einrichtung kommen.⁶⁶ Dem liegt die Annahme zugrunde, daß eine stärkere örtliche Nähe die Voraussetzung für regelmäßige Besuche und somit eine objektive Bedingung für eine intensive Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Mitarbeitern ist.

⁶⁶ Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, Köln 1995

Unsere Untersuchungsergebnisse zeigen hier einen eindeutigen Zusammenhang. Mit zunehmender Entfernung sinkt die regelmäßige Kontakthäufigkeit der Angehörigen zu den Heimbewohnern.

Graphik 3.5: Zusammenhang von regelmäßiger Kontakthäufigkeit und Wohnort des Angehörigen

In diesen Kontext gehört auch, daß Heimbewohner in größeren Städten häufiger regelmäßig von ihren Verwandten besucht werden als Bewohner von Einrichtungen in kleineren Städten oder in Gemeinden. Angehörige in Großstädten wohnen eher in den "Einbindungsgebieten" der Einrichtungen und kommen auch aufgrund der vergleichsweise besseren Infrastruktur häufiger zu Besuch.

Graphik 3.6: Zusammenhang von regelmäßiger Kontakthäufigkeit und Lage der Einrichtung

Hinsichtlich der Art der Einrichtungen scheinen mehrgliedrige Einrichtungen, die neben Altenheim/Altenpflegeheim auch Angebote wie Kurzzeitpflege und Tagespflege umfassen, regelmäßige Besuche von Angehörigen eher anzuregen als reine Alten- und Pflegeheime. Von 100 Heimbewohnern einer mehrgliedrigen Einrichtung erhalten 45 mindestens einmal pro Woche Besuch von ihren Angehörigen. Bei Bewohnern von reinen Alten- und Pflegeheimen sind dies nur 37 von 100. Darin könnte sich die konzeptionell andere Ausrichtung in Richtung auf eine stärkere "Öffnung der Heime" durch das mehrgliedrige Versorgungsangebot manifestieren.

In der *Infratest*-Untersuchung innerhalb des Forschungsverbundes wurde deutlich, daß der Personenkreis, der selten oder nie Kontakt zu anderen Personen außerhalb des Heimes hat, tendenziell häufiger in größeren Einrichtungen zu finden ist. "Der Zusammenhang von Größe der Einrichtung und eher selteneren

sozialen Kontakten sowohl zu Bewohnern innerhalb, als auch zu Personen außerhalb des Heimes ist also unabhängig von den vorhandenen Beeinträchtigungen oder auch dem Alter der Bewohner statistisch signifikant".⁶⁷ Unsere Untersuchungsergebnisse bestätigen den Befund, daß die Bewohner von großen Einrichtungen (mit 150 und mehr Plätzen) seltener Kontakte zu Angehörigen unterhalten. Allerdings zeigt sich dieser Effekt auch bei sehr kleinen Einrichtungen (unter 50 Plätze), während in Einrichtungen mittlerer Größe die Kontakte intensiver sind.⁶⁸ Dieser Befund bereitet Interpretationsschwierigkeiten; allerdings läßt sich festhalten, daß in größeren Einrichtungen besondere Initiativen zur Förderung von Kontakten erforderlich erscheinen.

Graphik 3.6a: Zusammenhang von seltenen Kontakten zu Größe der Einrichtungen

Auffallend ist, daß Angehörige in den alten Bundesländer Heimbewohner häufiger regelmäßig besuchen als Angehörige in den neuen Bundesländern. Von 100 Einrichtungsbewohnern erhalten im Westen 41 mindestens einmal pro Wo-

⁶⁷ Vgl. Infratest Sozialforschung 1995, a.a.O. S. 60

⁶⁸ Dieser Effekt wird weder durch die Lage noch durch das Alter der Einrichtung beeinflusst.

che von ihren Angehörigen Besuch, im Osten trifft dies nur auf 30 von 100 Einwohnern stationärer Einrichtungen zu. Da die pflegenden Angehörigen zu einem großen Teil Töchter und Schwiegertöchter sind, könnte dies mit der unterschiedlichen Rolle der Frau in den beiden alten Gesellschaftssystemen und der unterschiedlichen Art der familialen Beziehungen zusammenhängen: Die stärkere Erwerbsbeteiligung hat die Frauen in der ehemaligen DDR möglicherweise eher aus der dominant familialen Rolle einschließlich der Zuständigkeit für die pflegerische Betreuung ihrer Angehörigen entpflichtet, was in einer geringeren Besuchshäufigkeit der Angehörigen in stationären Einrichtungen zum Ausdruck kommen kann.

Graphik3.7: Zusammenhang von Kontakthäufigkeit und Lage der Einrichtungen in neuen oder alten Bundesländern

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß nicht nur personale Faktoren die Besuchshäufigkeit der Angehörigen beeinflussen; daneben läßt sich eine ganze Reihe von strukturellen und institutionellen Bestimmungsgrößen benennen. Geht man davon aus, daß die Besuchshäufigkeit von Angehörigen wesentliches Bestimmungsmoment für die Qualität der Beziehungen in der

neuen Lebenswelt und objektives Kriterium für eine intensive Zusammenarbeit mit Angehörigen ist, wird bei der konzeptionellen Entwicklung der Angehörigenarbeit in den Einrichtungen auf diese Faktoren Bezug genommen werden müssen.

4.3 Angehörige als Mitgestalter der neuen Lebenswelt des Heimbewohners

Inwieweit die Angehörigen die Umstellung der persönlichen Identität des Pflegebewohners in die veränderte neue Lebenswelt unterstützen, hängt nicht nur von der Kontakthäufigkeit ab, sondern auch davon, inwieweit sie sich mitgestaltend in die neue Lebensumwelt einbringen bzw. einbringen wollen. Dabei sind unterschiedliche Interessen, Interpretationen und Affekte der Bewohner und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen, die von Distanz bzw. Entlastung bis zu aktiver Mitwirkung und kontinuierlicher Aufrechterhaltung enger Bindungen reichen.

4.3.1 *Mitwirkungsbereitschaft der Angehörigen*

Die Initiative zur Einbindung der Angehörigen geht eher von diesen selbst als von den Bewohnern aus. Drei Viertel der Mitarbeiter schätzen die Bereitschaft der Angehörigen zur Mitarbeit sehr hoch ein. Als Grund für die Mithilfe der Angehörigen wurde von den befragten Pflegediensten an oberster Stelle genannt, daß dies von den Angehörigen gewünscht werde. Ein entsprechendes Interesse der Bewohner meint dagegen nur die Hälfte der befragten Mitarbeiter feststellen zu können. Jeder zehnte Mitarbeiter sieht die Einbeziehung der Angehörigen durch personelle Engpässe und entsprechende Betreuungsdefizite veranlaßt.

Graphik: Anlässe für die Mitarbeit der Angehörigen

4.3.2 Formen der Mitwirkung

Die Mitwirkung der Angehörigen geschieht in vielschichtiger Weise und Häufigkeit. Sie wirken bei der Betreuung und hauswirtschaftlichen Zusatzversorgung mit, und sie leisten Hilfe bei der grundpflegerischen Versorgung wie auch bei Aktivierungsmaßnahmen. Sie können in diesem Kontext zur Bewältigung von eventuell auftretenden Orientierungskrisen, emotionalen Krisen, Beziehungskrisen und Krisen der somatischen Integrität beim Übergang des Heimbewohners in die neue Lebensumwelt beitragen.

Übersicht: *Betätigungsspektrum der Angehörigen*

Angehörige arbeiten mit bei ...	
⇒ hauswirtschaftlicher Versorgung:	Erledigung von Besorgungen, Behördengängen, Finanzverwaltung, Wäsche in Ordnung halten, Zimmer aufräumen, säubern
⇒ grundpflegerischer Versorgung:	Essenshilfen, Körperpflege (An-/Ausziehen, Kämmen/Rasieren, Waschen/Duschen, Toilettengang), Begleitung zum Arzt, Betreuung über Nacht
⇒ medizinischer Behandlungspflege:	Wundversorgung, Einreibungen
⇒ aktivierenden Maßnahmen:	Gehübungen, Sitzübungen, Bewegungsübungen, Orientierungs-/Gedächtnistraining
⇒ psychosozialer Betreuung:	Regelmäßige Kontaktpflege, Hilfen bei der Kontaktpflege; Orientierungshilfen und Mitgestaltung der neuen Umgebung (Zimmereinrichtung, Teilnahme an und Mitorganisation von Festen, Ausflügen), Informationsvermittlung zur Verbesserung der Pflegeplanung, Unterstützung in Krisen (Sterbebegleitung)

Die schon Mitte der 70er Jahre angenommene eindeutige Funktionsteilung zwischen Familie und Institution, derzufolge Angehörige fast ausschließlich in der Bewohnerbetreuung und ergänzenden Zusatzversorgung tätig sind,⁶⁹ konnte in dieser Untersuchung nochmals bestätigt werden. Zwar übernehmen Angehörige auch Aufgaben in der pflegerischen Versorgung der Bewohner, die eigentlich in den Zuständigkeitsbereich der Heime fallen. Unter dem somatisch-physischen Aspekt der Umstellungsprobleme bei der Heimübersiedlung tragen sie so mit dazu bei, die körperliche Eingewöhnung in die räumlich-physische

⁶⁹ Vgl. Dobrof, R.: The Care of the Aged - A Shared Function. Unpublished Doctoral Dissertation, Columbia University of Socialy Work, 1976; vgl. auch Litwak, E.: Theoretical bases for practice. In: Dobrof, R., Litwak, E. (Eds.): Maintenance of family ties of long-term care patients: Theory and guide to practice. Washington DC: US Department of Health Education and Welfare 1977, 80-116

Umgebung der Einrichtung zu unterstützen. Jedoch ist eine regelmäßige pflegerische und therapeutische Mithilfe von seiten der Angehörigen eher eine Ausnahme als die Regel - und wenn, geschieht dies primär im Bereich der Essenshilfe. Ebenso ist eine Mitwirkung der Angehörigen an der Pflegeplanung in der Mehrzahl der Fälle nicht üblich. Die Untersuchung bestätigt auch noch einmal, daß Angehörige auf dem Gebiet der medizinischen Behandlungspflege weniger beteiligt werden.⁷⁰ Eine regelmäßige Mitarbeit der Angehörigen bei der medizinischen Behandlung führten nur 1,2 % der Pflegedienstmitarbeiter an.

Graphik: Mitwirkung der Angehörigen in der Pflege

⁷⁰ Vgl. Kühnert, S.: Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim. Eine Untersuchung über Begegnungsformen, insbesondere über Konflikte und Zusammenarbeit. (Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie, Bd. 350) Frankfurt: Peter Lang 1991, S. 325

Graphik: Mitwirkung der Angehörigen bei aktivierenden Maßnahmen

Andererseits ist die Zusammenarbeit bei organisatorischen Aufgaben wie auch bei der hauswirtschaftlichen Zusatzversorgung nicht so intensiv, daß sich die Rolle der Angehörigen auf diesen Bereich reduzieren ließe.⁷¹ Die regelmäßige Mitwirkung in diesem Tätigkeitsfeld beschränkt sich in den meisten Fällen auf das Erledigen von Besorgungen.

⁷¹ Vgl. Litwak, E.: Theoretical bases for practice. In: Dobrof, R., Litwak, E. (Eds.): Maintenance of family ties of long-term care patients: Theory and guide to practice. Washington DC: US Department of Health Education and Welfare 1977, 80-116

Graphik: Mitwirkung der Angehörigen bei der Betreuung und hauswirtschaftlichen Zusatzversorgung

Eine entscheidende Bedeutung kommt den Angehörigen vor allem im Hinblick auf die psychosoziale Stabilisierung der Bewohner zu:

- Angehörige geben wichtige Informationen für eine *individuelle Pflegeplanung* und gewährleisten so ein Stück Kontinuität in der neuen Lebenswelt: Von drei Vierteln aller Sozial- und Pflegedienste wird die biographische Aufarbeitung als wichtiger Anlaß für eine intensive Zusammenarbeit gewertet (wenn auch, wie die Praxis zeigt, die Biographiearbeit nicht immer in der wünschenswerten Konsequenz durchgeführt wird). Vor allem bei kommunikationseingeschränkten alten Menschen (Dementen) kann eine individuelle Abstimmung der Pflege auf die Gewohnheiten und Bedürfnisse nur dann erreicht werden, wenn diese Gewohnheiten und Bedürfnisse von den Angehörigen mitgeteilt bzw. interpretiert werden.

- Bei der *Neuorientierung* leisten die Angehörigen wichtige Hilfen: Das neue Wohnumfeld stellt den Pflegebedürftigen vor eine Reihe von Orientierungsproblemen. Im Prozeß des Kennenlernens von Tagesabläufen und Räumlichkeiten, Mitarbeitern und Mitbewohnern bildet sich ein neues Selbstverständnis als "pflegebedürftiger Heimbewohner". Angehörige können krisenhafte Entwicklungen, z.B. durch biographische Brüche veranlaßt, auffangen helfen. Daß sie es tun, zeigen unsere Untersuchungsergebnisse: Sie suchen die Einrichtung entweder allein oder zusammen mit dem Bewohner nach dessen Bedürfnislage aus. Sie begleiten den Bewohner beim ersten Besuch in der Einrichtung und sind vor allem in den ersten Tagen regelmäßig da. Sie gestalten aber auch die neue Lebenswelt mit und geben so Orientierungshilfen: Immerhin die Hälfte aller Heime arbeitet intensiv bei der Zimmereinrichtung mit den Angehörigen zusammen.
- Angehörige sind oft einziger *vertrauter Bezugspunkt* in einer neuen Umgebung: Der Umzug ins Heim muß vor allem emotional verarbeitet werden. Zur Überwindung der emotionalen Krise ist der Aufbau von Vertrauen zu neuen Bezugspersonen ebenso wichtig wie die psychosoziale Stabilisierung durch die Angehörigen. 40 % der Bewohner stationärer Altenhilfeeinrichtungen erhalten ein- bis mehrmals wöchentlich Besuch von Angehörigen, und gerade in der Anfangszeit liegt dieser Anteil noch höher (vgl. oben 4.1.4). Die Kontakte zu Freunden und Bekannten sind deutlich seltener, und auch der Kontaktaufbau zu den anderen Heimbewohnern gelingt nur sehr zögerlich. Unsere Fallstudien bestätigen, daß der ständige Kontakt zu den Angehörigen einen wesentlichen Aspekt der sozialen Lebensqualität der Heimbewohner darstellt (vgl. Kapitel 3). Angehörige repräsentieren ein Stück Lebensgeschichte und Kontinuität für den alten Menschen, sie sind damit gleichzeitig Halt und oft auch Lebenssinn für Pflegebedürftige. Die Heimbewohner aus den Fallstudien benannten als eine der wichtigen Unterstützungsformen durch die Angehörigen, daß sie über diese etwas von zu Hause, also von der ehemals vertrauten Außenwelt erfahren. D.h. sie gewährleisteten nicht nur die Kontinuität zwischen alter und neuer Lebenswelt, sondern sind auch Bindeglied zur Außenwelt.
- Vor allem in *Krisen* geben sie wichtige psychische Unterstützung: Der Prozeß der Integration verläuft in der Regel wellenförmig, und die Intensität der Angehörigenmitarbeit korrespondiert dieser Verlaufsform. Die Fallstudien belegen, daß die Häufigkeit der Kontakte mit den Angehörigen vor allem zu Be-

ginn besonders intensiv ist; sie schwächt sich dann wieder ab, um in Krisen jeweils erneut anzusteigen.

Unter identitätstheoretischen Aspekten lassen sich die Umstellungsprobleme beim Einzug in eine Einrichtung als ein mehrdimensionales Krisengeschehen beschreiben. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, daß die Angehörigen bei der Bewältigung dieser Krisenprozesse - vor allem im Bereich der psychosozialen Stabilisierung - wichtige Unterstützungsleistungen erbringen.

4.3.3 *Intensität der Mitwirkung*

Angehörige sind keine homogene Gruppe. Sie bringen unterschiedliche Fähigkeiten und unterschiedliche Bereitschaften zur Mitwirkung mit. Auf der Basis unserer Untersuchungsergebnisse lassen sich Angehörige in verschiedene Gruppen einteilen, die entsprechend unterschiedlich bei der Bewältigung der Krisenprozesse im Rahmen der Übersiedlung mitwirken:

Delegierende Angehörige: Diese Gruppe nimmt das Heim primär als Serviceeinrichtung. Delegierende Angehörige kommen unregelmäßig und sehen ihr Hauptaugenmerk auf die Überwachung und Bewertung der Pflegeleistungen. Sie bekommen Entwicklungen bei gesundheitlichen Verschlechterungen nicht mit und machen dafür nicht selten die Einrichtung verantwortlich. Die Mitarbeiter haben häufig ein sehr gespanntes Verhältnis zu diesen Angehörigen. Es kommt aufgrund der ungeklärten Vorstellungen und Einschätzungen häufig zu latenten und offenen Konflikten. Rund ein Viertel aller Angehörigen lassen sich dieser Gruppe zuordnen (siehe Graphik auf der folgenden Seite).

Pflegende Angehörige: Diese Gruppierung von Angehörigen sieht sich von ihrem Selbstverständnis her der Pflegeaufgabe verpflichtet, jedoch in unterschiedlicher Art und Weise. Rund drei Viertel aller Angehörigen gehören zu dieser Gruppierung; sie lassen sich unterteilen in:

- *Aktiv pflegende Angehörige:* Sie kommen fast täglich - teilweise auch mehrmals täglich - und sehen ihre Aufgabe wesentlich in der aktiven pflegerischen Betreuung und Mithilfe bei einfachen aktivierenden Übungen. Sie geben den Bewohnern durch ihre regelmäßige Anwesenheit auch Orientierung und psychische Unterstützung. Häufig setzt sich hier eine Pflegebeziehung fort, wie sie vor dem Heimeintritt auch bestand. Die Angehörigen haben z.T. ein schlechtes Gewissen und versuchen, dem durch Aktivität zu begegnen. Die

Angehörigen können Pflege und Verantwortung nicht abgeben. Dies kann dazu führen, daß sich die Bewohner nicht integrieren können. Der primäre soziale Bezugspartner bleibt der Angehörige. Die intensive Mitarbeit der Angehörigen führt leicht zu einer Überforderung, und daraus erwachsen nicht selten auch Konflikte mit den Heimbewohnern, aber auch mit den Mitarbeitern.

"Ich bin froh, daß ich meine Frau unterstützen kann. Bei jedem Besuch nur die Hand halten, das ist nichts für mich, ich muß was tun". Fallstudie E (Heim III)

Graphik: Gruppen von Angehörigen

Nach unseren Untersuchungsergebnissen gehört rd. jeder achte Angehörige von pflegebedürftigen Heimbewohnern zu dieser Gruppe. Als Zuordnungskriterium wurden dabei die Besuchshäufigkeit und die regelmäßige Mitwirkung im Bereich der Pflege zugrundegelegt. Die Gruppe von Angehörigen, die täglich zu

Besuch kommen, wirken überdurchschnittlich häufig im Bereich der aktivierenden Übungen und bei der Durchführung von Ausfahrten und Spaziergängen mit. Eine Baseler Untersuchung über die "Pflege betagter Patienten durch ihre Angehörigen"⁷² kommt zu ähnlichen Ergebnissen, auch wenn die Kriterien der Kategorisierung nicht genau übereinstimmen.

- *Psychisch stabilisierende Angehörige* kommen ebenfalls regelmäßig, sehen ihre Aufgabe jedoch nicht in der aktiven Pflege - gerade in diesem Bereich haben sie eine Entlastung gesucht. Ihr Betätigungsschwerpunkt liegt auf der psychischen Betreuung. Sie bringen an ihren Besuchstagen sehr viel Zeit mit und gehen ganz auf den Bewohner ein. Dieser Zusammenhang wird darin deutlich, daß die Gruppe der Angehörigen, die ein- bis mehrmals wöchentlich zu Besuch kommen, überdurchschnittlich häufig an der Vermittlung von Informationen für eine Verbesserung der Pflegeplanung und bei der Sterbebegleitung mitwirken. Die gegenseitigen Erwartungen bezüglich der Unterstützung durch den Angehörigen entsprechen sich meist, konflikthafte Beziehungen zu den Bewohnern oder Mitarbeitern sind eher selten. Bei dieser Gruppe gelingt die Integration des Bewohners am leichtesten.

"Wenn ich meine Mutter besuche, dann gehört der ganze Tag meiner Mutter, ich nehme mir für den Tag nichts anderes vor". Fallstudie F (Heim IV)

- *Distanzierte Angehörige*: Auch diese Angehörigen kommen regelmäßig zu Besuch. Sie sehen ihre Hauptaufgabe aber lediglich in der hauswirtschaftlichen Zusatzversorgung (Einkaufen, Finanzverwaltung, Wäsche in Ordnung halten). Die Angehörigen haben nicht den Wunsch, sich stärker an der Pflege und Betreuung zu beteiligen. Statistisch zeigt sich dieser Zusammenhang darin, daß Angehörige, die ihre Bewohner nur ein- bis mehrmals monatlich besuchen, durchschnittlich seltener in der Pflege mitarbeiten, dafür aber etwas häufiger an der Erledigung von organisatorischen Aufgaben (wie z.B. Regelung von Finanzen) mitwirken. Die Beziehungen zwischen Angehörigen und Bewohner sind oft gespannt. Zum Teil resultiert dies aus Beziehungsschwierigkeiten, die vor der Heimübersiedlung schon bestanden. Die gegenseitigen Erwartungen zwischen Bewohner und Angehörigen bezüglich eines Lebens im Heim sind widersprüchlich.

"Wir können uns nicht noch mehr um den Vater kümmern. Mein Mann ist herzkrank, und ich bin berufstätig, er hat doch alles, was er braucht und fühlt sich hier mittlerweile auch

⁷² Vgl. Stähelin, H.B. et al.: Pflege von betagten Patienten durch ihre Angehörigen. In: Sozial- und Präventivmedizin, (1985)30, S. 290-311

wohl"; "Man gewöhnt sich an alles - auch an das Hängen am Galgen" Fallstudie G (Heim III)

Eine genaue quantitative Bestimmung der letzten beiden Gruppierungen ist schwierig. Nach den vorliegenden Ergebnissen kann davon ausgegangen werden, daß jeweils ein Drittel der Angehörigen zur Gruppe der psychisch stabilisierenden bzw. zur Gruppe der distanzierenden Angehörigen zu rechnen ist (auch hier wiederum festgemacht an der Besuchshäufigkeit und den Formen der Mitwirkung durch die Angehörigen).

Insgesamt handelt es sich bei dieser Gruppenbildung um eine analytische Trennung; die Grenzen zwischen den Gruppen sind fließend, und die Gruppenzugehörigkeit kann im Prozeß der Integration wechseln.

4.4 Institutionelle Rolle der Angehörigen

Pflegeeinrichtungen sind zum einen ein Lebensraum, innerhalb dessen sich der Pflegebewohner verortet und seine Lebensführung reorganisiert, und zum anderen zugleich ein professionelles System mit differenzierten pflegerischen, sozialarbeiterischen, therapeutischen und hauswirtschaftlichen Strukturen, die auf den Hilfebedarf der Bewohner abgestimmt sind. Angehörige stehen daher nicht nur in Beziehung zu den Pflegebewohnern und ihren Integrationsproblemen, sondern auch zu den Mitarbeitern des professionellen Hilfesystems. Als Teil der neuen Lebenswelt kommt ihnen in der Interaktion mit den Mitarbeitern auch eine institutionelle Rolle zu, die sich durch wechselseitige Erwartungen und Anforderungen herausbildet.

Aus der Perspektive der Mitarbeiter schwankt die Einstellung gegenüber den Angehörigen zwischen Ausgrenzung, wenn sie primär als "Störfaktor" professioneller Routinen gesehen werden, und Einbeziehung, soweit ihr Mitwirken konstruktiv genutzt werden kann. Die Untersuchung liefert eine Reihe von Daten, die beschreiben, wie die Einrichtungen mit den Angehörigen und ihren Unterstützungsleistungen umgehen.

4.4.1 **Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Angehörigen**

Nach bisher vorliegenden Erfahrungsberichten werden die Interaktionen und Kontakte zwischen Angehörigen und Pflegemitarbeitern als häufig angespannt und konfliktbeladen beschrieben.⁷³ In der Literatur werden in vielfältiger Weise Problemsituationen zwischen Angehörigen und Mitarbeitern dargestellt.⁷⁴ Auch in der Vorstudie hat sich gezeigt, daß in vielen Heimen aggressiv belastete Beziehungen die Zusammenarbeit aller Beteiligten stören.⁷⁵

Jedoch deutete sich schon dort an, daß sich in dieser Hinsicht Veränderungen ergeben haben. Die folgende Graphik zeigt, daß nach Einschätzung der von uns befragten Pflege- und Sozialdienste das Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Angehörigen überwiegend durch Verständnis und Hilfsbereitschaft gekennzeichnet ist und nur gelegentlich durch Kritik und Konflikte.

Graphik: Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Angehörigen

⁷³ Vgl. Lind, S.: Angehörige als Kooperationspartner in Einrichtungen der Altenhilfe. In: Evangelische Impulse , 13 (1991)2, S. 11-12; vgl. auch Kühnert, S.: Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim. Eine Untersuchung über Begegnungsformen, insbesondere über Konflikte und Zusammenarbeit. (Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie, Bd. 350) Frankfurt: Peter Lang 1991, S. 325

⁷⁴ Vgl. Steiner-Hummel, I.: Angehörigenarbeit (3). Beziehungskiste oder nüchterne Dienstleistung? In: Altenpflege, (1987)3, S. 148-149; vgl. auch Rogahn, G.: Angehörigenarbeit erfordert institutionelle Veränderungen. In: Altenheim, 30(1991)3, S. 156-161

⁷⁵ Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, Köln 1995

Dieses Ergebnis stellt sich allerdings für die einbezogenen Berufsgruppen unterschiedlich dar: Sozialdienste haben positivere Erfahrungen im Umgang mit den Angehörigen gemacht als Pflegedienstmitarbeiter. Für diese Einschätzung dürfte nicht unwesentlich sein, daß die Sozialdienstmitarbeiter eher begleitend bzw. im Vorfeld mit Angehörigen kommunizieren, während die Mitarbeiter der Pflegedienste in der täglichen Pflegearbeit mit den Erwartungen der Angehörigen konfrontiert werden.

Ein großer Teil der stationären Einrichtungen scheint in den vergangenen Jahren auf die vielfach konflikthafter Beziehungen mit Angehörigen reagiert zu haben. Bei jeder dritten Einrichtung haben sich nach unseren Ergebnissen Veränderungen in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen ergeben. Hierbei handelt es sich wesentlich um institutionelle Veränderungen. So wurde die personale Betreuungssituation in diesem Bereich verändert, und es wurden neue Betreuungsangebote ausprobiert. Die Veränderungen haben nach Einschätzung von zwei Dritteln der Sozialdienste und der Hälfte der Pflegedienste auch zu einer Reduktion von Konflikten mit den Angehörigen geführt (siehe hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 5.3).

4.4.2 *Konfliktbereiche und Konflikthanlässe*

Wenn es zu Spannungen und Konflikten kommt, so sind nach bisher vorliegenden Erfahrungen primär die *unterschiedlichen Einstellungen und Erwartungen* zwischen Angehörigen und Mitarbeitern bezüglich der *Pflege, Versorgung und Betreuung* des Heimbewohners dafür verantwortlich.

Untersuchungen aus den USA belegen, daß Angehörige neben der psychosozialen Betreuung ihr Hauptaugenmerk auf die Überwachung und Bewertung der Pflegeleistungen legen. Ihre Vorstellungen über die Leistungsqualitäten und Standards in der Pflege und Betreuung weichen häufig von denen der Pflegemitarbeiter ab, und es kommt aus diesem permanenten Diskrepanzerleben immer wieder zu latenten und offenen Konflikten.⁷⁶ *Kühnert* hat deutlich gemacht, daß Angehörige eher Kritik an der praktizierten Pflege und Versorgung üben, weil sie die häusliche Situation und die Lebensbedingungen im Heim vergleichen können, was für das Heim eher negativ ausfällt. Demgegenüber verfügen Angehörige in medizinischen Angelegenheiten über keine Erfahrungen und ver-

⁷⁶ Vgl. Tobin, S.S.; Kulys, R.: The family and services. In: Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 1, 1980, 370-399

trauen deshalb auf die Sachkompetenz der Pflegekräfte. Sie äußern deshalb eher Zufriedenheit über die medizinisch-pflegerische Versorgung der Bewohner durch das Heim. Die vergleichsweise geringe Kritik an der psychosozialen Betreuung im Heim verdeutlicht, daß den Mitarbeitern auf diesem Gebiet weniger Zuständigkeiten zugeschrieben werden und daß Angehörige, ebenfalls aus der eigenen Erfahrung, die Grenzen der psychischen Belastbarkeit aus eigener Erfahrung kennen. Mitarbeiter beklagen demgegenüber, daß die Angehörigen nicht hinreichend zur psychosozialen Unterstützung beitragen, während sie deren Mitwirkung bei Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung eher als befriedigend einschätzen.⁷⁷

Auch unsere Untersuchung bestätigt, daß es in den Bereichen der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung des Heimbewohners eher zu Konflikten kommt als in der psychosozialen Begleitung oder medizinisch-pflegerischen Versorgung. So kommt es bei der Zusammenarbeit in der Pflege und der Regelung von Finanzen bzw. bei der Zimmereinrichtung häufiger zu Konflikten, während die Organisation und Durchführung von Festen, Ausflügen oder die Zusammenarbeit bei Ausfahrten eher unproblematisch sind. Sofern Konflikte in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung auftreten, erwachsen sie vielfach aus der strukturellen Unklarheit der Situationen: Fehlende oder unspezifische Vereinbarungen über die Rolle und Funktion von Angehörigen in den Arbeitsabläufen der Einrichtung verursachen die Konfliktdynamik zwischen Angehörigen und Mitarbeitern. In den Bereichen der psychosozialen Betreuung und der medizinisch-pflegerischen Versorgung sind die Rollen und Funktionen von Angehörigen eindeutiger abgeklärt.

Graphik: Konfliktbereiche

⁷⁷ Vgl. Kühnert, S.: Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim. Eine Untersuchung über Begegnungsformen, insbesondere über Konflikte und Zusammenarbeit. (Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie, Bd. 350) Frankfurt: Peter Lang 1991, S. 325

Vergleicht man jedoch die Konflikthanlässe übergreifend, so zeigt sich, daß Spannungen und Unstimmigkeiten zwischen den Angehörigen und den Mitarbeitern nicht primär aus einer Unzufriedenheit mit der Pflege und Versorgung erwachsen. Dies haben nicht nur die befragten Mitarbeiter in der Intensivbefragung so eingeschätzt, auch die befragten Angehörigen der beim Integrationsprozeß begleiteten Heimbewohner haben in diesen Bereichen so gut wie keine Kritik geäußert.

Tabelle 6: Konflikthanlässe

Häufige Konflikte	Sozialdienste in %	Pflegedienste in %
wegen Kritik an mangelnder Hygiene	1,4	1,3
wegen mangelnder Pflege	2,8	2,4
wegen unzureichender medizinischer Versorgung	2,8	3,6
wegen unzureichender Tages- und Freizeitgestaltung	5,6	7,8
wegen mangelnder personeller Ausstattung	16,7	18,7
wegen der Kosten	25,0	17,3
wegen Einschränkung der individuellen Selbstbestimmung der BewohnerInnen	50,0	3,3

Nach Einschätzung der Pflegedienstmitarbeiter und Sozialdienstmitarbeiter liegen die hauptsächlichen Konfliktpunkte primär in *strukturellen Defiziten des Systems*. So wurden von den Pflege- und Sozialdiensten die Einschränkungen der individuellen Selbstbestimmung der Bewohner, die Kosten und die mangelnde personelle Ausstattung als häufigste Anlässe für den Ausbruch von Konflikten benannt. Allerdings gibt es zwischen den einzelnen Berufsfachgruppen

hier unterschiedliche Einschätzungen: Die Sozialdienstmitarbeiter sehen die Einschränkung der individuellen Selbstbestimmung der Bewohner als häufigsten Konfliktpunkt, bei den Pflegedienstmitarbeitern dominiert die mangelnde personelle Ausstattung. Zu geringe personelle Ausstattung und dadurch bedingter Zeitmangel im Umgang mit den Pflegebedürftigen wurde auch von den im Rahmen der Fallstudien befragten Angehörigen als oft einziger Kritikpunkt benannt.

Will man die institutionelle Rolle der Angehörigen zusammenfassend beschreiben, so wird deutlich, daß viele Einrichtungen heute kooperative Beziehungen zu den Angehörigen unterhalten. Die Einrichtungen haben in den vergangenen Jahren mit Veränderungen auf die oft dysfunktionalen Beziehungen reagiert. Konflikte zwischen Angehörigen und Mitarbeitern erwachsen eher aus strukturellen Defiziten des Systems als aus unterschiedlichen Vorstellungen über Pflege und Betreuung der Bewohner. Angehörigenarbeit verlangt daher zur Bewältigung der Problemsituationen nicht nur methodische, sondern vor allem auch institutionelle Änderungen.

5. Angehörigenarbeit in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Ein repräsentativer Überblick, wie stationäre Altenhilfeeinrichtungen mit den Angehörigen umgehen, wie sich die Angehörigenarbeit entwickelt hat und welche Erfahrungen mit der Angehörigenarbeit gemacht wurden, lag bisher nicht vor. Neben der Beschreibung der Beziehungen zwischen Angehörigen, Heimbewohner und Mitarbeitern in der Lebensumwelt Heim lag daher ein weiterer Schwerpunkt der Untersuchung auf der Analyse der praktizierten Angehörigenarbeit in stationären Altenhilfeeinrichtungen, um auf dieser Grundlage Bedingungen für eine erfolgreiche Angehörigenarbeit zu eruieren.

5.1 Arbeitskonzepte

In der Einrichtungsperspektive ist Angehörigenarbeit als ein konzeptionelles Vorhaben zu sehen, Kooperationsformen zu regeln. Ohne eine institutionelle Strukturierung wird das Handeln der Angehörigen im Heim dysfunktional, d.h., es entstehen Konflikte. Es ist also davon auszugehen, daß Einrichtungen, die eine formal strukturierte systematische Angehörigenarbeit betreiben, eher positive Erfahrungen im Umgang mit Angehörigen machen.

Die Ergebnisse zeigen, daß die untersuchten Einrichtungen begonnen haben, in vielfältiger Weise die Beziehungen zwischen Heim und Angehörigen institutionell zu bewältigen. Jedoch fehlt in den meisten Einrichtungen eine systematische Strukturierung der Kooperationsformen. Die Interaktionen zwischen den Angehörigen und Mitarbeitern sind durch einen Mangel an geregelten Aussprache- und Verhandlungsmöglichkeiten gekennzeichnet. Die Kontakte zwischen den Interaktionspartnern verlaufen in der Mehrzahl nicht-institutionalisiert oder informell. So gaben nur drei Einrichtungen an, über ein schriftlich ausgearbeitetes Konzept für Angehörigenarbeit zu verfügen. Ein Viertel der Einrichtungen war zum Befragungszeitpunkt damit befaßt, ein solches Konzept zu erarbeiten. Hier deutet sich ein Wandel an, der möglicherweise auch vor dem Hintergrund der Einführung der Pflegeversicherung zu verstehen ist: Die stärker als bisher zu erwartende Konkurrenzsituation könnte sich als Druck in Richtung auf eine Qualitätssteigerung auch im Bereich der konzeptionell geleiteten Angehörigenarbeit bemerkbar machen. Knapp drei Viertel der Einrichtungen arbeiten jedoch noch ohne schriftlich ausgearbeitetes Konzept und planen auch keine entsprechende Weiterentwicklung. Das Bewußtsein für die Bedeutung der An-

gehörigenarbeit als Teil professioneller Arbeit in Einrichtungen scheint sich in der Praxis nur sehr zögerlich durchzusetzen.

Graphik: Konzepte für Angehörigenarbeit

Konzeptionelles Arbeiten versteht sich als Arbeiten nach beschreibbaren Zielen und Arbeitsansätzen. Schon in der Vorstudie hat sich aber gezeigt, daß auch erfahrene Mitarbeiter oft eine wenig reflektierte Praxistheorie haben. Sie arbeiten eher intuitiv und im Rahmen ihrer Berufserfahrung, können aber ihre eigenen Methoden nicht bewußt reflektieren und sie auch nicht methodisch an andere weitergeben.⁷⁸ Das Kriterium "schriftlich ausgearbeitetes Konzept" als einziges Anzeichen für strukturierte Angehörigenarbeit zu werten, ist daher zu eng. Ein großer Teil der praktischen Arbeit mit Angehörigen verläuft in informellen Strukturen, die aber durchaus als Teil eines Konzeptes zu verstehen sind. Grundsätzlich wird die formale methodische Arbeit getragen von weniger deutlich erfaßten Tätigkeiten und Erfahrungen, formelle und informelle Aspekte ergänzen sich dabei. Eine Analyse der praktizierten Arbeitsformen muß daher die

⁷⁸ Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, Köln 1995

formal faßbaren Arbeitsformen und die informellen Strukturen untersuchen, wie sie in Einstellungen und praktischen Erfahrungen der Mitarbeiter sichtbar werden.

5.2 Praxis der Angehörigenarbeit

5.2.1 Entwickelte Arbeitsformen

Neben den formalen Aspekten der Angehörigenarbeit gibt die Untersuchung erstmals einen repräsentativen Überblick über die Bereiche, in denen mit Angehörigen in der Praxis zusammengearbeitet wird sowie über die Intensität dieser Zusammenarbeit. Dies bildet die Grundlage für eine Einschätzung der praktizierten Angehörigenarbeit in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Das Spektrum der entwickelten Arbeitsformen soll hier in seinen Zielsetzungen und seiner praktischen Handhabung beschrieben werden.

5.2.1.1 Gesamtüberblick

Angebot und Spektrum der Arbeitsformen im Bereich der Angehörigenarbeit sind vielfältig. Sie reichen vom allgemeinen Informationsaustausch über konkrete Maßnahmen zur Beteiligung der Angehörigen an der Betreuung, Versorgung und Pflege des Heimbewohners bis hin zu Hilfen für Angehörige, um deren Belastungen zu vermindern. Das aufgezeigte Spektrum von Veranstaltungen und Arbeitsformen ist nicht neu und wird seit Jahren in einer Reihe von Heimen praktiziert. So wurde schon in den 80er Jahren über Vortragsreihen für Angehörige von Heimbewohnern berichtet,⁷⁹ von Gesprächskreisen für Angehörige und Mitarbeiter⁸⁰ und von Abenden für Angehörige.⁸¹ Die Angehörigenarbeit in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe hat sich in den letzten Jahren deutlich ausdifferenziert und intensiviert.

⁷⁹ Vgl. Steiner-Hummel, I.: Angehörigenarbeit im Pflegeheim. Nähe auf Distanz. In: Altenpflege (1984)11, S. 638-640

⁸⁰ Vgl. Röhlich-Spitzer, D.: Angehörigenarbeit im Arnold-Overzier-Haus, Köln. In: Das Altenheim, (1988)1, S- 36-37

⁸¹ Vgl. Jülich, M.: Abend für Angehörige. Eine Möglichkeit der Zusammenarbeit. In: Das Altenheim (1986)4, S. 89

Übersicht: Formen der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Mitarbeitern

Information der Angehörigen

- ⇒ Informationsveranstaltungen
- ⇒ regelmäßige Sprechstunden
- ⇒ Gesprächsrunden/Angehörigenabende
- ⇒ Einzelfallberatung
- ⇒ Einführungsgruppen
- ⇒ Haus-/Krankenhausbesuche

Hilfe für Angehörige

- ⇒ Gesprächskreise/Angehörigengruppen
- ⇒ Kontaktpflege nach dem Tod
- ⇒ Übernachtungsmöglichkeiten, Besuchszimmer

Kooperation mit Angehörigen

- ⇒ Beteiligung an der Pflege (z.B. Informationsvermittlung, Pflegehilfen)
- ⇒ Beteiligung an aktivierenden Maßnahmen (z.B. Gehhilfen, Bewegungshilfen)
- ⇒ Beteiligung an der organisatorischen und hauswirtschaftlichen Versorgung (z.B. Finanzregelung, Zimmereinrichtung, Einkäufe)
- ⇒ Beteiligung an der psychosozialen Unterstützung der Bewohner (Hilfen und Teilnahme an Ausflügen, Festen, Gruppenaktivitäten)

Graphik 1: Bereiche der Angehörigenarbeit

Im Rahmen des breiten Spektrums an Austausch- und Kooperationsformen gibt es eindeutige Schwerpunkte. Die Untersuchung macht deutlich, daß der Informationsaustausch und spezifische Kooperationsformen bei der Bewohnerversorgung die vorherrschenden Beziehungsmuster im Rahmen der Angehörigenarbeit der Heime sind. Die Einzelberatung ist die am meisten genutzte Form der Angehörigenarbeit. Besonders intensiv ist auch die Zusammenarbeit bei der Einrichtung von Bewohnerzimmern und bei der Regelung von Finanzen. Andere Kooperationsformen sind nicht so ausgeprägt. So gibt es nur selten eine intensive Zusammenarbeit bei der Organisation und Durchführung von Ausflügen und Festen. Im eigentlichen Pflegebereich und bei therapeutischen Maßnahmen fehlt häufig eine intensive Zusammenarbeit. Lediglich im Rahmen der Sterbebegleitung intensiviert sich die Zusammenarbeit wieder.

Die entwickelten Arbeitsformen sind nicht in allen Heimen einheitlich, und es wird z.T. auch innerhalb einer Einrichtung sehr unterschiedlich mit den Angehörigen verfahren. Es gibt Heime, in denen stationsübergreifende Arbeitsformen in der Angehörigenarbeit praktiziert werden, jedoch ist damit keineswegs verbunden, daß auf allen Wohnbereichen spezielle Angehörigenarbeit praktiziert wird. Es gibt Heime, in denen in einzelnen Wohnbereichen eine konzeptionsgebundene Angehörigenarbeit durchgeführt wird und in anderen nicht. Auch ist es nicht immer selbstverständlich, daß alle Mitarbeiter eines Wohnbereichs gleichermaßen in eine konzeptionsgebundene Angehörigenarbeit einbezogen sind und diese mittragen.

5.2.1.2 Informationszentrierte Arbeitsformen

Konfliktvolle Beziehungen zwischen Angehörigen und Mitarbeitern erwachsen vor allem aus einem Mangel an Informationen übereinander. Berührungängste gehen auf fehlende Kenntnis voneinander zurück. Weiterhin hängt das Gelingen einer Neustrukturierung der Identität des Bewohners innerhalb der Lebenswelt der Einrichtung entscheidend davon ab, in welchem Maße den Mitarbeitern Informationen über dessen biographisch gewachsene Identitätsstrukturen und individuelle Bedürfnislagen bekannt sind. Soweit die Bewohner selbst dies nicht oder nur schwer verständlich vermitteln können, bilden Angehörige die einzige Informationsquelle über den biographischen Hintergrund. Dem Informationsaustausch kommt daher in der Angehörigenarbeit eine Bedeutung auf zwei Ebenen zu: Er dient der wechselseitigen Verständigung von Mitarbeitern und Angehörigen über ihre jeweiligen Anliegen und Handlungsweisen ebenso wie der Verständigung über Befinden und Hilfebedarf des Bewohners.

Der Informationsaustausch hat daher die Ziele,

- die Institution kennenzulernen
- Gelegenheit für einen Austausch von Anliegen und Kritik zu geben
- Informationen über den Bewohner weiterzuleiten
- Verständnis für die Arbeitsweisen des Pflegepersonals zu vermitteln.

Der Informationsaustausch zwischen Angehörigen und Mitarbeitern erfolgt in der Praxis in Form von Einzelgesprächen, aber auch in Gruppenform. Er ist ein kontinuierlicher Prozeß mit unterschiedlicher Intensität in der Phase des Heimübergangs, in der laufenden Konsolidierung und bis in die Sterbephase hinein.

Die Einrichtungen versuchen, diesen Prozeß durch unterschiedliche Formen anzuregen und in Gang zu halten. Hierzu gehört zum einen das Erstgespräch auch im Rahmen eines Haus- oder Krankenhausbesuches vor dem Heimeintritt. Des weiteren gehören dazu Informationsveranstaltungen wie Vortragsreihen über die Institution oder über spezifische Themen sowie regelmäßige Angehörigenabende. Die wichtigste Form stellt jedoch die Einzelberatung dar; sie wird als feste Sprechstunde angeboten oder informell nach Vereinbarung durchgeführt.

Informationsveranstaltungen

49 % aller untersuchten Einrichtungen haben Informationsveranstaltungen als regelmäßige Veranstaltungsform entwickelt und damit experimentiert. Die einzelnen Konzepte und Erfahrungen sind jedoch sehr unterschiedlich. Es gibt eine größere Anzahl von Heimen, die - meist in einem halbjährlichen Rhythmus - thematisch zentrierte *Großveranstaltungen* durchführen. Aus der Vorstudie ist bekannt, daß in einigen Heimen 60 % bis 80 % der Angehörigen an solchen Großveranstaltungen teilnehmen.⁸² Die Themen sind vielfältig und umfassen meist Fachvorträge über Krankheiten oder Rechtsprobleme.

In anderen Einrichtungen werden Angehörige, deren Bewohner sich gerade in der Umzugs- und Umstellungsphase befinden, in kleinen Gruppen zusammengefaßt und im Rahmen sehr persönlicher Treffen zu einer Infoveranstaltung eingeladen. Diese Angebote werden gut angenommen, wenn sie in der Anfangsphase in den Wohnbereichen gemacht werden. Viele Heime haben auch die Erfahrung gemacht, daß solche *Kleingruppenveranstaltungen* nicht nur als Informationsforum dienen, sondern der Beginn der Zusammenarbeit sind und sich nicht selten daraus festere Gesprächskreise aufbauen lassen.

Diese Kleingruppeninformationsveranstaltungen werden meist von den Pflegedienstmitarbeitern oder Sozialdienstmitarbeitern durchgeführt, während die Großveranstaltungen in der Regel von den Heimleitungen organisiert werden. Etwa jeder siebte Pflege- und Sozialdienst führt derartige Informationsveranstaltungen durch.

⁸² Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, S. 29, Köln 1995

Angehörigenabende

Angehörigenabende sind Gruppenveranstaltungen, die dem regelmäßigen Informationsaustausch dienen; sie werden regelmäßig nur von jeder fünften Einrichtung durchgeführt, und zwar durchschnittlich in einem vierteljährlichen Rhythmus. In der Regel werden sie in den Wohnbereichen von den dortigen Mitarbeitern organisiert.

Angehörigenabende sind stark informationszentriert, jedoch haben die in Kleingruppen besprochenen Probleme einen starken persönlichen Bezug. Von einem Teil der Heime wird dies als Grund genannt, warum sie solche Gruppen nicht anbieten: Einzelberatung sei nach ihrer Erfahrung die bessere Form der Beratung bei persönlichen Problemen. Als wichtigsten Grund, warum keine Angehörigenabende durchgeführt werden, nannten rund die Hälfte aller befragten Sozial- und Pflegedienste, daß nach ihrer Einschätzung hierfür kein Bedarf bestehe. Personalmangel wird als zweitwichtigster Grund genannt. Jeder zehnte Pflege- und Sozialdienst hat ohne Erfolg den Versuch gemacht, diese Arbeitsform regelmäßig anzubieten.

Einzelberatung

Die wichtigste Form des regelmäßigen Informationsaustausches stellt die *Einzelfallberatung* dar. Sie wird von den Mitarbeitern als häufigste Form praktiziert und auch von den Angehörigen am meisten nachgefragt. Hier kommt dem Erstgespräch eine ganz zentrale Rolle zu (siehe Kapitel 5.2.2).

Bei Sachanliegen und vor allem bei seelischen und gesundheitlichen Veränderungen des Bewohners suchen die Angehörigen über das Einzelgespräch Kontakt zu den Mitarbeitern. Diese sind wichtige Gesprächspartner für die Sorgen und Nöte mit ihrem Verwandten, aber auch für eigene Probleme. Für die verschiedenen Anliegen sind jeweils unterschiedliche Berufsfachgruppen zuständig. Während die Pflegedienste von den Angehörigen eher mit Sachanliegen und der Erörterung von gesundheitlichen oder pflegerischen Problemen konfrontiert werden, suchen die Angehörigen bei den Sozialdienstmitarbeitern eher Rat in sozialrechtlichen Fragen und bei Konflikten zwischen Bewohner und Angehörigen.

Graphik: Häufigste Gründe für die Einzelfallberatung

Bei der Einzelberatung ist zu unterscheiden zwischen formeller, in festen Sprechstunden angebotener Beratung und informellen Beratungskontakten. 66 % aller befragten Einrichtungen bieten *feste Sprechstunden* zum regelmäßigen Informationsaustausch an. Diese Beratungsform wird überwiegend von der Heimleitung und zu einem geringen Maße von Sozialdiensten durchgeführt. Pflegedienste bieten nur selten feste Sprechstunden an: Während 14,3 % der befragten Sozialdienste regelmäßig meist einmal die Woche Sprechstunden für Angehörige durchführen, tun dies nur 1,8 % der befragten Pflegedienste. Wenn Pflegedienste feste Sprechstunden anbieten, geschieht dies auch seltener als durch die Sozialdienste, nämlich durchschnittlich nur zweimal im Monat. Dadurch verwenden sie insgesamt auch weniger Zeit auf eine Beratung in dieser festgelegten Form, nämlich durchschnittlich nur 1,7 Stunden pro Monat gegenüber durchschnittlich 1 Stunde pro Woche, die sich die Sozialdienste für diese Form des Informationsaustausches Zeit nehmen.

Ein Grund, warum von den Sozial- und Pflegediensten doch eher selten feste Sprechstunden angeboten werden, liegt in der geringen Akzeptanz seitens der Angehörigen. Sowohl die Pflege- als auch die Sozialdienste haben die Erfahrung gemacht, daß die Mehrheit der Angehörigen nicht regelmäßig zu diesen festen Sprechstunden kommt. Die von uns befragten Pflegedienste gaben an, daß mehr als die Hälfte der Angehörigen nie an diesen festen Sprechstunden teilnehmen; bei den Sozialdiensten war es immerhin ein Drittel. Als wesentlicher Grund für dieses geringe Interesse wurde mehrfach angeführt, daß diese Form nicht der Bedarfslage der Angehörigen entspreche. Angehörige können häufig erst abends einen Besuch machen, dann sind aber die zuständigen Mitarbeiter nicht mehr erreichbar. Darüber hinaus haben Angehörige - dies hatte sich schon in der Vorstudie gezeigt - mit formellen Angeboten grundsätzlich Schwierigkeiten: Formelle Einladungen oder formelle Sprechstunden scheinen für viele eher eine Barriere als eine Aufforderung zu sein.⁸³

Im Gegensatz zu den festen Sprechstunden ist die Nachfrage nach *informellen Gesprächskontakten* sehr groß. Daher erfolgt die Einzelfallberatung überwiegend informell, in lockerer Form. Zeiträume für einen derartigen Informationsaustausch zwischen Angehörigen und Mitarbeitern ergeben sich in der Regel spontan vor und nach den Besuchen, aber auch in telefonischer Beratung oder individuell vereinbarten Sprechstunden.

Tabelle 7: Begegnungsanlässe bei der informellen Beratung

	Pflegedienste	Sozialdienste
⇒ vor und nach dem Besuch	93,0 %	85,5 %
⇒ nach individueller Vereinbarung	38,0 %	68,7 %
⇒ in Form von telefonischer Beratung	79,8 %	71,1 %
⇒ anders	7,6 %	15,2 %

⁸³ Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, S. 44, Köln 1995

Die sich spontan ergebenden Gesprächssituationen vor und nach dem Besuch werden von den Angehörigen in starkem Maße gesucht. Problematisch ist jedoch, daß sie weder vom zeitlichen Rahmen noch von der Zuständigkeit her klar geregelt sind und daß sie nicht immer ungestört verlaufen. Häufig fehlt überhaupt ein zeitlicher Spielraum von seiten der Mitarbeiter für diese Art von gewünschten Kontakten. Bei einer konzeptionellen Entwicklung von Angehörigenarbeit wäre es wichtig, spezielle Strukturen zu schaffen, um die notwendigen Voraussetzungen für diese informellen Kontakte zu gewährleisten. Dazu könnte es gehören, das Mitarbeiterzimmer auf den Wohnbereichen für Angehörige zu öffnen oder von seiten der Mitarbeiter Kontakte zu den Angehörigen vor und nach den Besuchen zu initiieren. Es geht darum, den Rahmen für diese Kommunikationsformen zu verändern und einen Austauschprozeß zwischen Angehörigen und Mitarbeitern in Abstimmung auf diese spezifische Bedarfslage anzuregen. Eine andere Form, dies zu gewährleisten, wären individuell vereinbarte Sprechzeiten. Hier sind der zeitliche Rahmen und die Zuständigkeit geklärt. Sie ermöglichen aber nicht jene problemorientierte Spontaneität in der Begegnung, wie die Kontakte vor und nach dem Besuch, sondern hier bedarf es konkreter Anlässe zur Begegnung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß der Informationsaustausch die zur Zeit in der Praxis vorherrschende Form von Angehörigenarbeit darstellt. Es gibt unterschiedliche Formen, in denen dies geschieht, jedoch zeigt die Praxis, daß informationszentrierte Angebote von den Angehörigen vor allem dann angenommen werden, wenn der Informationsaustausch nicht in fester Form, sondern in kleinem persönlichen Rahmen verläuft und an dem Bedarf der Angehörigen orientiert ist. Jedoch fehlen in der Mehrheit der Einrichtungen klare arbeitsorganisatorische Strukturen, um diese Situationen zu gestalten. Dies wird bei der konzeptionellen Entwicklung von Angehörigenarbeit in Einrichtungen zu berücksichtigen sein.

5.2.1.3 Kooperationszentrierte Arbeitsformen

Neben dem Informationsaustausch ist die Beteiligung von Angehörigen an der Betreuung und Pflege des Heimbewohners ein weiterer zentraler Aspekt der Angehörigenarbeit von Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

Damit werden unterschiedliche Ziele verfolgt:

- Entlastung der Mitarbeiter
- Gewährleistung einer individuellen Pflege für den Bewohner (in biographischer Kontinuität)
- Ermöglichung von Betreuungsformen, die auf spezielle Zielgruppen (z.B. Demente) abgestimmt sind
- Einbindung der Angehörigen in die gemeinsame Sorge und Verantwortung

Die Strategien der Einrichtungen hinsichtlich der Einbindung der Angehörigen in die Betreuung und Pflege sind unterschiedlich. Bei einzelnen Einrichtungen reduziert sich die Kooperation mit den Angehörigen auf die für den Heimalltag wichtige *Helferrolle* bei Festen und Ausflügen. Zwar ist der Anteil der Angehörigen, die sich hier stärker engagieren, eher klein. Nach unseren Untersuchungsergebnissen ist eine intensive Zusammenarbeit in diesen Bereichen nur bei 13 % aller befragten Einrichtungen zu finden. Die Helfergruppengrößen schwanken zwischen 10 und 30 Personen, die sich hier regelmäßig engagieren.⁸⁴ Jedoch sind diese Hilfen für die Einrichtungen sehr wichtig, da manche Veranstaltungen ohne diese Angehörigen kaum zu realisieren wären (z.B. Theaterbesuche, Urlaubsfahrten).

Bei anderen Einrichtungen wird die Mitwirkung der Angehörigen an der Betreuung und Pflege von einem Teil der Pflege- und Sozialdienstmitarbeiter bewußt als Teil eines Konzeptes gefördert. Ein Drittel der von uns befragten Pflegedienste (31,9 %) und mehr als die Hälfte der befragten Sozialdienste (55,8 %) unterstützen die Mitwirkung von Angehörigen als Teil eines Konzeptes. Die Sozialdienste scheinen offener für die konzeptionelle Einbindung der Angehörigen in den Betreuungsprozeß und die damit verbundene kooperative Beteiligung der Angehörigen zu sein.

Bei den von diesen Pflege- und Sozialdienstmitarbeitern bewußt geförderten und praktizierten "Einbindungsstrategien" geht es darum, die Angehörigen in die *gemeinsame Sorge- und Verantwortungsrolle* einzubinden und kontinuierliche und verlässliche Kooperationsformen anzustreben. Mitarbeiter vermitteln den Angehörigen, welche unterstützenden Hilfen ihrerseits für den Verwandten

⁸⁴ Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, S. 51, Köln 1995

möglich sind. Vor allem bei verwirrten Bewohnern stellen Einrichtungen nicht selten verpflichtende Erwartungen. Hier geht es auch darum, Angehörige an Tätigkeiten zu beteiligen. Gerade bei schwer Pflegebedürftigen oder verwirrten Bewohnern erleben sich die Angehörigen oft als bedeutungslos, wenn eine Kommunikation und andere aktive Formen der Hilfe kaum noch möglich sind. Die Besuche bestehen nur noch aus "Hand halten". Die Erfahrung, selbst keine Hilfen mehr leisten zu können, wird als unangenehm erlebt und führt längerfristig zu einer Reduzierung der Besuche. In einigen Einrichtungen wird die Strategie verfolgt, Angehörigen einen Spielraum zur Mitwirkung bei einfachen Tätigkeiten zu geben wie Betten zu richten, Mahlzeithilfen zu geben oder sich an Gruppenarbeit mit Verwirrten zu beteiligen, um den Alltag der Bewohner mitzugestalten.

In diesen Kontext gehört auch, durch einen regelmäßigen Austausch psychische Belastungen zwischen Mitarbeitern und Angehörigen zu teilen. Mitarbeiter, die Bewohner betreuen, die sich in einer kritischen Krankheitsentwicklung befinden, suchen regelmäßig Kontakt zu den Angehörigen. Die Kontakte zwischen Angehörigen und Bewohner intensivieren sich in den krisenhaften Phasen der Heimsituation (siehe Kapitel 5.2.2). Dieser Austausch im Rahmen der gemeinsamen Sorge- und Verantwortungsrolle dient der gegenseitigen Unterstützung.

Eine weitere wichtige Einbindungsstrategie ist die gemeinsame Lebensraumgestaltung - also die Einbindung der Angehörigen in eine *Gestaltungsrolle*. Einrichtungen, die nach diesem Konzept verfahren, streben eine intensive Kooperationsarbeit an. In einzelnen Einrichtungen verbinden sich damit weitgehende Zielvorstellungen, die an dem Konzept der Lebensraumgestaltung orientiert sind und alle Beteiligten in diesen Prozeß einbinden wollen. In der Vorstudie wird betont, daß eine solche Einbindungsstrategie im Rahmen der Angehörigenarbeit für alle Beteiligten an Lernprozesse gebunden ist, in denen das Eingehen auf die Anregungen anderer und gemeinsam entworfene Gestaltungen eingeübt werden.⁸⁵

Eine spezielle Kooperationsform im Rahmen dieser Einbindungsstrategie stellt die Zusammenarbeit bei der Einrichtung der Bewohnerzimmer dar. Unsere Ergebnisse zeigen, daß diese Arbeitsform von den Angehörigen gern angenommen wird. 92 % der Einrichtungen arbeiten in diesem Bereich eng mit den Angehörigen zusammen, nur 8 % praktizieren hier keine Zusammenarbeit. Die

⁸⁵ Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, S. 31, Köln 1995

von den Einrichtungen gewährten Spielräume sind jedoch unterschiedlich. In der Mehrheit beschränkt sich die Einrichtung der Bewohnerzimmer auf die Gestaltung der unmittelbaren Umgebung, wie Bilder, eigener Sessel, Fernseher, Telefonanschluß.

Wie viele Angehörige von den Einrichtungen jeweils in die unterschiedlichen Verantwortungsbereiche eingebunden werden, ist in Kapitel 4.2 über die Mitwirkungsformen der Angehörigen im neuen Lebensumfeld des Heimbewohners umfassend erörtert worden. Insgesamt verlaufen die Kooperationsformen vielfach in unstrukturierter Form, es fehlen klare Beschreibungen über die Kooperationsmöglichkeiten der Angehörigen. In den Fallstudien konnte beobachtet werden, daß Angehörige vielfach aufs neue ihre Beteiligungsmöglichkeiten erarbeiten müssen und daß diese Rollenfindung z.T. mit erheblichen Reibungsverlusten verbunden ist. Konkrete Hilfestellungen, wie der Angehörige sich an der Pflege und Betreuung beteiligen kann, werden kaum gewährt.

5.2.1.4 *Hilfezentrierte Arbeitsformen*

Angehörigenarbeit in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe beschränkt sich nicht nur auf Informationsaustausch und Kooperation zwischen Angehörigen und Mitarbeitern zur besseren Betreuung und Pflege der Bewohner, sondern beinhaltet auch Arbeitsformen, die das Ziel verfolgen, den Angehörigen als wirklichen Partner ernst zu nehmen und ihm Hilfen und Unterstützung bei eigenen Problemen anbieten. Neben dem Umgang mit kritischen und aggressiven Äußerungen sind die Probleme der Angehörigen der Aspekt, der Mitarbeiter am stärksten belastet und oft überfordert. Von einem großen Teil der Mitarbeiter wird die Auffassung vertreten, daß nicht nur die Heimbewohner, sondern öfter auch Angehörige selbst Hilfe benötigen.⁸⁶ Dafür stellt ein Teil der Einrichtungen ein entsprechendes Hilfeangebot für hilfeschuchende Angehörige bereit.

⁸⁶ Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, S. 38, Köln 1995

Tabelle 8: Leistungen für hilfeschende Angehörige (n=196)

Leistungen für Angehörige	n = 196	%
Individuelle Information und Beratung	182	92,9
psychische Unterstützung	140	71,4
Organisation und Durchführung von Gesprächskreisen	27	13,8
Vermittlung an andere Stellen	159	81,1
Sonstiges	15	7,7

Neben der allgemeinen individuellen Beratung und psychischen Unterstützung sollen die Angehörigen vor allem in Gesprächskreisen und Angehörigengruppen Unterstützung erfahren. In solchen Gruppen können Angehörige Entlastung finden. Sie ermöglichen den Abbau von Ängsten und Schuldgefühlen bezüglich der Institutionalisierung des alten Menschen; sie vermitteln eine realistische Einschätzung des Zustandes und der Behandlungsmöglichkeiten des Bewohners; sie verringern schließlich das Gefühl eigener Hilflosigkeit. Über die Entlastungsmöglichkeiten der Angehörigen hinaus können sie die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Mitarbeitern verbessern. Angehörige können durch Informationen über das Heim mehr Verständnis und Anerkennung für die Arbeit des Pflegepersonals gewinnen. Mitarbeiter können im Gespräch mit Angehörigen wichtige Informationen über den Bewohner und dessen Familienverhältnisse erfahren und Mißtrauen abbauen. So kann sich in einer offenen, vertrauensvollen Atmosphäre eine kooperative Zusammenarbeit entwickeln.

Auch die praktischen Erfahrungen mit der Gruppenarbeit sind insgesamt positiv zu bewerten. Nach unseren Untersuchungsergebnissen verbessert sich bei einer intensiven Zusammenarbeit mit Angehörigen in Gruppen das Klima in den Wohngruppen (von 51 % auf 60 %), die Angehörigen sind eher bereit, Aufgaben zu übernehmen (38 % gegenüber 26 %), die Bewohner sind aktiver (60 % gegenüber 47 %) und die Beziehung zwischen Angehörigen und Bewohner verbessert sich (88 % gegenüber 51 %; vergleiche hierzu Kapitel 5.3). Wichtig für den Erfolg der Angehörigenarbeit in Gruppen ist, daß der äußere Rahmen persönlich gestaltet ist (z.B. persönliche, keine schriftlichen Einladungen) und

die Mitarbeiter auf die Bearbeitung von Kritik sowie den Umgang mit den persönlichen Ängsten der Angehörigen vorbereitet werden.

Trotz der Vorteile und positiven Erfahrungen spielen Gesprächskreise und Angehörigengruppen in der praktischen Arbeit der Heime eine eher untergeordnete Rolle. Nach unseren Untersuchungsergebnissen bietet nur jede siebte Einrichtung Gesprächskreise an (13,8 %). Sie finden durchschnittlich fünf- bis sechsmal im Jahr statt und werden von ca. sieben bis acht Angehörigen besucht. Nach der Repräsentativbefragung arbeiten nur 7 % der Einrichtungen intensiv im Rahmen von Gruppenarbeit mit den Angehörigen zusammen; 72 % der Einrichtungen praktizieren keine Gruppenarbeit. Gruppenarbeit wird eher in den Heimen angeboten, in denen die konzeptionelle Diskussion weiter entwickelt ist und die Zusammenarbeit zwischen Sozial- und Pflegediensten zu einer guten Kooperation geführt hat. 8 % der von uns befragten Einrichtungen, die konzeptgeleitete und strukturierte Angehörigenarbeit betreiben, arbeiten im Rahmen von Gruppen eng mit Angehörigen zusammen, gegenüber nur 2 % der Einrichtungen, die unstrukturiert arbeiten.

Einen wesentlichen Grund, warum diese hilfezentrierten Arbeitsformen nicht Standardelement der Angehörigenarbeit sind, sehen zwei Drittel der Pflege- und Sozialdienste in mangelndem Bedarf bzw. fehlender Nachfrage. Personal-mangel ist bei jeder dritten Einrichtung der Grund. Ohne Erfolg hat jede zehnte Einrichtung dies angeboten. Insgesamt bestätigen unsere Ergebnisse, daß Angehörige zu einer Teilnahme an einer Angehörigengruppe nur schwer zu motivieren sind.⁸⁷ Die Akzeptanz von Angeboten zur Informationsvermittlung und Vermittlung praktischer Hilfestellungen ist auch heute noch größer als die Akzeptanz der Angebote, die eine Auseinandersetzung mit der eigenen Situation anregen.⁸⁸

Angesichts der Bedeutung, die dieser Form der Zusammenarbeit zukommt, wird es erforderlich sein, Konzeptionen von Angehörigenarbeit zu entwickeln, die die Angehörigen nicht überfordern, sie aber auch nicht mit ihren Schwierigkeiten im Heim allein lassen. Es geht darum, abgesicherte Informationen über Bedürfnisse und Probleme der betroffenen Angehörigen, aber auch der Mitarbeiter zu gewinnen. Die Auswirkungen von Unterstützungsangeboten sind sys-

⁸⁷ Vgl. Roozman-Weigensberg, C.; Fox, M.: A group approach with adult children of institutionalized elderly: An investment in the future. In: Journal of Gerontological Social Work, 24, 1980, 355-362

⁸⁸ Vgl. Steiner-Hummel, I.: Angehörigenarbeit. Vom Klienten zur Kooperation. In: Das Altenheim, (1986)4, S. 96-99

tematisch zu erheben, um den Bedarf an entsprechenden Maßnahmen einschätzen zu können.

5.2.2 Intensität der Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen verläuft nicht gleichförmig. Es gibt unterschiedliche Phasen, in denen besonders intensiv mit Angehörigen zusammengearbeitet wird und in denen spezielle Formen zum Tragen kommen.

Graphik 2: Intensität der Zusammenarbeit in den einzelnen Phasen

Am intensivsten wird beim Einzug, bei der Verschlechterung des körperlichen oder psychischen Zustands des Heimbewohners und in der Sterbephase zusammengearbeitet. Auch in den Fallstudien hat sich gezeigt, daß die Kontakte vor allem in der Eingewöhnungsphase sehr stark sind und daß sie sich danach

deutlich abschwächen, um erst bei Veränderungen im Gesundheitszustand wieder anzusteigen. Bei all diesen Phasen handelt es sich um krisenhafte Entwicklungen. In diesem Sinne ist bzw. verlangt Angehörigenarbeit immer auch eine Art Krisenmanagement. Bei der konzeptionellen Entwicklung von Angehörigenarbeit wird es wichtig sein, dies zu berücksichtigen.

Aber nicht nur die Intensität der Zusammenarbeit verändert sich, sondern die Arbeitsschwerpunkte in den einzelnen Phasen sind unterschiedlich:

Die Anfangssituation hat in den meisten Einrichtungen eine feste Struktur erhalten. Zu den zentralen Bausteinen der Angehörigenarbeit in der Anfangsphase gehören spezielle Informationsveranstaltungen und die Einzelberatung bei der Aufnahme - das Erstgespräch bei Haus-/Krankenhausbesuchen oder in der Einrichtung. Diese Arbeitsformen dienen der ersten Integration, sie können aber auch mit der Intention verbunden sein, Angehörigen den Weg zur Zusammenarbeit zu eröffnen.

Eine Schlüsselstellung im Rahmen der Angehörigenarbeit kommt dem *Erstgespräch* zu. Die Erstgespräche haben verschiedene Schwerpunkte und in diesem Kontext verschiedene Funktionen:

- Erstgespräche im Sinne von Aufnahmegesprächen dienen zur gegenseitigen Information, vor allem zur Klärung verwaltungstechnischer und finanzieller Fragen.
- Erstgespräche dienen dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, um Konflikte und Probleme eher konstruktiv bearbeiten zu können.
- Erstgespräche mit dem und über den Pflegebedürftigen vermitteln Hintergrundinformationen über dessen biographische Identität und bisherige Lebenswelt.
- Mit dem Erstgespräch kann die Intention einer "Einbindungsstrategie" verfolgt werden. Es wird dann versucht, Angehörige mit den Arbeitsformen der Mitarbeiter vertraut zu machen.
- Das Erstgespräch zielt darauf ab, Angehörige in ein Kooperationsgefüge einzubinden. Mit den Angehörigen wird eine für notwendig gehaltene Arbeitsteilung erörtert. Es werden die Kooperationsbereitschaft und die Beteiligungsmöglichkeiten abgeklärt.
- Im Rahmen der Hausbesuche im Vorfeld der Heimaufnahme können Erstgespräche zu einer Öffnung der Heime nach außen beitragen.

Graphik: *Art der Angehörigenarbeit beim Übergang und Sterbephase*

Das Erstgespräch kann daher als "die strategische Basis in der Angehörigenarbeit" beschrieben werden.⁸⁹ In der Anfangsphase werden durch diese Arbeitsform in spezifischer Abstimmung auf die verschiedenen Gruppen von Angehörigen Absprachen möglich, wie sie sich jeweils einbringen wollen und können, welche Rolle sie in der Institution Heim einnehmen wollen.

Hausbesuche und Erstgespräche gehören heute zum Standard der Angehörigenarbeit in der Anfangsphase. 84 % der von uns befragten Pflegedienste und 92 % der Sozialdienste führen mit den Angehörigen und/oder Bewohnern ein Einführungsgespräch; 65 % der Pflegedienste und 73 % der Sozialdienste machen Haus-/Krankenhausbesuche. Das Ergebnis zeigt aber auch, daß jede fünfte Einrichtung vor dem Heimeintritt keinen Kontakt zu den Angehörigen und/oder Heimbewohnern hat.

In der Sterbephase stehen die psychische Betreuung und damit hilfezentrierte Arbeitsformen sowohl bei den Pflegediensten, aber noch mehr bei den Sozialdiensten als wichtigste Arbeitsform der Angehörigenarbeit im Vordergrund. Bei den Sozialdiensten spielt daneben die sozialrechtliche Beratung noch eine Bedeutung, was nur von jedem fünften Pflegedienst als Angehörigenarbeit in der Sterbephase benannt wurde. Große Bedeutung hat auch die Kontaktpflege nach dem Tod. Jeder dritte Pflegedienst und sogar jeder zweite Sozialdienst praktiziert diese Art von Angehörigenarbeit. Sie muß als ein Standardteil der Angehörigenarbeit zur Trauerbewältigung konzeptionell berücksichtigt werden.

5.2.3 Arbeitsstrukturen

Das Interesse an der Angehörigenarbeit ist je nach Berufsgruppe unterschiedlich. Dies ergibt sich insbesondere aus der jeweiligen Arbeitsteilung im Heim. Von daher ist zu erwarten, daß die Art der entwickelten Angehörigenarbeit davon bestimmt ist, wer für die Angehörigenarbeit in den Einrichtungen hauptsächlich zuständig ist und wie die Arbeitsteilung gestaltet ist.

⁸⁹ Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, S. 32, Köln 1995

5.2.3.1 Zuständigkeit für Angehörigenarbeit

Während ursprünglich vielfach die Heimleitungen und/oder Pflegedienstmitarbeiter für die Kontakte mit Angehörigen zuständig waren, wurde in den vergangenen Jahren der Sozialdienst durch dezidierte konzeptionelle Zielbeschreibungen für diesen Aufgabenbereich besonders legitimiert. "Kontakte im Vorfeld der Heimaufnahme, Betreuung während der Integrationsphase, Beratung bei Konflikten zwischen Bewohnern, zwischen Bewohnern und Mitarbeitern, zwischen Bewohnern und Angehörigen, zwischen Mitarbeitern und Angehörigen"⁹⁰ werden als originäre Aufgaben der Sozialdienste benannt; damit wird die Angehörigenarbeit als gewichtiger Teil der Sozialdienstarbeit zugeordnet. In der Praxis sind aber sehr unterschiedliche Arbeitsteilungen und Kooperationsformen anzutreffen.

Bei der Mehrheit der Einrichtungen liegt die Zuständigkeit für die Angehörigenarbeit entweder in der Hand der Heimleitung, oder sie wird zum überwiegenden Teil von den Mitarbeitern der Sozialdienste oder den Pflegedienstleitungen praktiziert. Nur bei einem Viertel der Einrichtungen sind die Mitarbeiter des Pflegebereichs hauptsächlich für Angehörigenarbeit zuständig. Bei fast der Hälfte aller Einrichtungen sind diese selten oder gar nicht für Angehörigenarbeit zuständig. Darin könnte sich auch widerspiegeln, daß von der Heimleitung - die zur Einschätzung der Zuständigkeit befragt wurde - eher formale Angebote und weniger der tägliche Kontakt mit den Angehörigen im "Tür-und-Angel-Gespräch" zur eigentlichen Angehörigenarbeit gezählt werden. Bei einem Drittel der Einrichtungen sind Sozialdienste selten oder gar nicht für Angehörigenarbeit zuständig.

Graphik: Zuständigkeit für Angehörigenarbeit in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (n=98)

Etwa jede zweite Einrichtung arbeitet im Bereich der Angehörigenarbeit nach arbeitsteiligen Konzepten (46,9 %). Wenn Arbeitsteilung praktiziert wird, ist hauptsächlich die Pflegedienstleitung (61,3 %) für die Angehörigenarbeit zuständig. Wenn die Angehörigenarbeit in einer Hand liegt, wird sie überwiegend von der Heimleitung praktiziert (61,1 %).

Im Bereich der Angehörigenarbeit verfahren die Einrichtungen aus den westlichen Bundesländern eher arbeitsteilig (51,1 %) als die aus den östlichen Bundesländern (35,0 %); und es sind eher größere als kleine Einrichtungen, die in der Angehörigenarbeit Arbeitsteilung praktizieren. Es ergibt sich eine lineare Steigerung von 20,0 % bei kleinen Einrichtungen, 26,7 % bei mittelgroßen Einrichtungen und 53,3 % bei großen Einrichtungen. Je größer die Einrichtung, desto eher wird Arbeitsteilung in der Angehörigenarbeit praktiziert.

Es hat sich auch gezeigt, daß Arbeitsteilung oft Teil eines strukturierten Konzeptes zur Angehörigenarbeit ist. Arbeitsteilung in der Angehörigenarbeit wird deutlich häufiger von den Einrichtungen praktiziert, die eher konzeptionell geleitet arbeiten und feste strukturierte Angebote zur Angehörigenarbeit bereithalten (87,1 %) als von Einrichtungen, die eher unstrukturierte Angehörigenarbeit betreiben (12,9 %).

5.2.3.2 Fachgruppenspezifische Kooperationsformen

Wenn eine Arbeitsteilung praktiziert wird, dann läuft diese sowohl phasen- als auch bereichsspezifisch unterschiedlich: Die verschiedenen Berufsfachgruppen haben in der Praxis unterschiedliche Tätigkeitsprofile und Kooperationsformen im Bereich der Angehörigenarbeit entwickelt.

Während die Sozialdienste am stärksten vor dem Heimeintritt und beim Übergang mit den Angehörigen zusammenarbeiten, halten die Pflegedienstmitarbeiter am intensivsten in der Sterbephase mit den Angehörigen Kontakt. Die Aufnahmephase wird mehrheitlich von den Sozial- oder Pflegediensten gestaltet, die Heimleitungen sind hier seltener aktiv. Gruppenarbeit wird von beiden Diensten zusammen auf den Stationen durchgeführt, aber auch jeweils getrennt praktiziert. Beratung führen beide Berufsgruppen durch, jedoch überwiegt bei

⁹⁰ Vgl. Arbeitsgruppe Sozialarbeit in der stationären Altenhilfe: Soziale Arbeit in der stationären Altenhilfe. KDA-Schriftenreihe "thema". Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe 1989

den Pflegedienstmitarbeitern die informelle Beratung (siehe Übersicht auf der folgenden Seite).

Übersicht: Phasen- und bereichsspezifische Arbeitsteilung

Phasenspezifische Arbeitsteilung	
<u>Phase</u>	<u>Einrichtungsstruktur</u>
Übergangsphase:	Sozialdienste/Heimleitung
Aufnahmephase:	Sozialdienste/Pflegedienstmitarbeiter
Heimphase bis Sterbephase:	Pflegemitarbeiter
Tod:	Heimleitung/Sozialdienste

Bereichsspezifische Arbeitsteilung	
<u>Aufgaben</u>	<u>Einrichtungsstruktur</u>
informelle Einzelberatung, alltäglicher regelmäßiger Kontakt, psychische Unterstützung:	überwiegend Pflegemitarbeiter
soziale/rechtliche Beratung, psychische Unterstützung der Angehörigen, formelle und/oder informelle Einzelberatung, Hausbesuche, Erstgespräche:	überwiegend Sozialdienste
Beschwerden, Vorträge, Angehörigentreffen, formelle Einzelberatung, finanzrechtliche Beratung, Informationsveranstaltungen, Einführungsgespräche:	überwiegend Heimleitung

Eine wirksame Arbeitsteilung bei der Angehörigenarbeit hängt wesentlich davon ab, ob Pflege- und Sozialdienste gut miteinander kooperieren. In der Hälfte der untersuchten Heime aus der Vorstudie hat sich gezeigt, daß die Kooperation zwischen den Sozialdiensten und den Pflegediensten gut entwickelt ist.⁹¹

Wenn die Aufgabenteilung so geregelt ist, daß der Sozialdienst die Heimaufnahme durchführt und auch die Integration des neuen Bewohners begleitet, muß eine enge Verbindung zu den Pflegedienstmitarbeitern bestehen. In der Praxis hat sich gezeigt, daß dieser Austausch nicht immer reibungslos funk-

⁹¹ Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, S. 70, Köln 1995

tioniert. Nicht selten ist es so, daß die im Rahmen des Aufnahmegespräches erhobenen wichtigen Informationen, Ängste und Sorgen der Angehörigen sowie die in der Sozialanamnese zusammengefaßten Daten die Mitarbeiter auf den Stationen nicht erreichen. Im Rahmen der Fallstudien hat sich gezeigt, daß z.T. sogar die Verwandtschaftsbeziehung zwischen Bewohnern und Angehörigen den Pflegedienstmitarbeitern nicht bekannt war.

Zu Kooperationsstörungen kann es kommen, wenn arbeitsteilige Angehörigenarbeit innerhalb hierarchischer Strukturen verläuft oder wenn bei arbeitsteiliger Angehörigenarbeit kein geregelter Austausch erfolgt. Wenn Heimleitungen oder Sozialdienste ihre Rolle bei der Aufnahme hierarchisch praktizieren, werden Informationen nur dosiert oder gar nicht an die Mitarbeiter auf den Stationen weitergegeben. Es wird versucht, eine einseitige Vertrauensbindung herzustellen, so daß bei Problemen und Konflikten auf den Stationen die Sozialdienste oder Heimleitungen Ansprechpartner bleiben. Eine solche Situation schafft eine schwierige Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegedienstmitarbeitern. Kooperationsstörungen erwachsen in vielen Einrichtungen aber auch aus einem mangelnden Austausch sowie fehlenden Absprachen über die unterschiedlichen Kompetenzen der einzelnen Berufsfachgruppen an den Schnittstellen.

Die Weiterentwicklung der Angehörigenarbeit wird entscheidend davon abhängen, ob und wie die Sozialdienst- und Pflegedienstmitarbeiter die Arbeit gemeinsam tragen. Angehörigenarbeit setzt in einigen Bereichen unterschiedliche Kompetenzen voraus, für die einzelnen Berufsfachgruppen besser ausgebildet sind (z.B. Sozialdienste und Gruppenarbeit). Wenn beide Berufsfachgruppen gut zusammenarbeiten, entwickelt sich ein fruchtbarer Lernprozeß für beide Seiten, der für eine erfolgreiche Angehörigenarbeit grundlegende Voraussetzung ist.

5.3 Angehörigenarbeit als Prozeß

Bisher wurde Angehörigenarbeit in ihren gegenwärtigen Arbeitsansätzen und Ergebnissen analysiert. Angehörigenarbeit ist aber kein in sich geschlossener Arbeitsbereich. Sie war und ist Veränderungsprozessen unterworfen. Die dargestellten Arbeitsformen in der praktischen Angehörigenarbeit sind das Ergebnis dieses Prozesses. Zu ihrem Verständnis und zur Evaluierung der Möglichkeiten

und Grenzen der Angehörigenarbeit ist die Analyse dieser Entwicklungsprozesse ebenso wichtig.

5.3.1 Veränderungen in der Angehörigenarbeit

Nach unseren Untersuchungsergebnissen haben sich bei mindestens jeder dritten Einrichtung in den vergangenen Jahren Veränderungen in der Angehörigenarbeit ergeben. Ein Drittel der von uns befragten Pflege- und sogar die Hälfte der Sozialdienste gab an, daß sich in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen etwas verändert habe. Allerdings gibt es z.T. unterschiedliche Einschätzungen, um welche Veränderungen es sich handelt.

Graphik: Veränderungen in der Angehörigenarbeit

Während die Sozialdienste vor allem die verstärkte Nachfrage nach einzelnen Hilfen und das Ausprobieren neuer Angebote als Ursache für die Veränderungen benannten, sind es bei den Pflegediensten die veränderten Ansprüche und Erwartungen der Bewohner. Von beiden gleichwertig wurde eine veränder-

te Personalsituation als Ursache genannt. Demgegenüber scheint nur maximal bei jeder fünften Einrichtung das veränderte Engagement der Angehörigen ursächlich für die Veränderungen verantwortlich zu sein. Dabei heben sich die positiven und negativen Wirkungen anscheinend gegenseitig auf. Nach Einschätzung der Sozialdienste engagieren sich 18,3 % der Angehörigen mehr und 16,3 % weniger in der Pflege. Bei den Pflegediensten war die Differenz bezüglich eines gewachsenen (23,7 %) oder gesunkenen Engagement der Angehörigen (15,8 %) in der Pflege etwas ausgeprägter.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, daß die Veränderungen wesentlich im institutionellen Bereich der Einrichtungen liegen, z.T. bedingt durch die veränderten Ansprüche der Bewohner aufgrund deren zunehmender Hilfebedürftigkeit. Das Ausprobieren neuer Angebote (z.B. Begleitdienste, Angehörigennachmittage, Gruppenarbeit) sowie ein veränderter Personaleinsatz im Betreuungsbereich und ein verändertes Qualifikationsniveau führten zu den genannten Entwicklungen.

5.3.2 Erzielte Wirkungen der veränderten Angehörigenarbeit

In Reaktion auf die vielfach konflikthafter Beziehungen mit Angehörigen hat ein großer Teil der Einrichtungen Veränderungen im institutionellen Bereich vorgenommen, die zu einer Verbesserung der Betreuung der Bewohner durch die Angehörigen und zu einer optimierten Kommunikation über und Bearbeitung von Konflikten mit den Angehörigen geführt hat. Schon in der Vorstudie wurde deutlich, daß die in der Angehörigenarbeit entwickelten Arbeitsformen auf Konflikte und den daraus resultierenden Problemdruck reagieren. Die Mehrheit der dort befragten Mitarbeiter analysierte ihre Angehörigenarbeit als Problembearbeitung einer Ausgangssituation, die sie als unbefriedigend und konflikthaft erlebte. Auch *Steiner-Hummel* 1987 und *Rogahn* 1990 schildern solche Problemsituationen. Diese erlebten Schwierigkeiten waren Ausgangspunkt für die von einem Teil der Einrichtungen durchgeführten Veränderungsmaßnahmen. "Angehörigenarbeit ist eine Reaktion auf die wiederholte Erfahrung bestimmter Problemsituationen und damit auch Ausdruck eines veränderten fachlichen Selbstverständnisses der Heime".⁹²

⁹² Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, S. 59, Köln 1995

Graphik: Wirkungen veränderter Angehörigenarbeit

Die Veränderungen in der Angehörigenarbeit führten zu deutlichen Verbesserungen der Situation aller Beteiligten:

- Die Bewohner werden besser durch die Angehörigen betreut. Diese Einschätzung vertreten 60 % der Pflegedienste und 67 % der Sozialdienste.
- Die Konflikte der Mitarbeiter mit den Bewohnern lassen sich unter den Bedingungen einer veränderten Angehörigenarbeit besser bearbeiten, so meinen 43 % der Pflege- und 47 % der Sozialdienste.
- Insbesondere Konflikte zwischen Mitarbeitern und Angehörigen lassen sich unter den veränderten Bedingungen deutlich besser lösen als vorher. Sowohl

die Pflegedienste (zu 62 %) als auch die Sozialdienste (zu 69 %) berichten Erfolge in dieser Hinsicht, während lediglich 4 bis 6 % hier eine Verschlechterung ausmachen.

- Positive Auswirkungen auf die eigene Arbeitssituation hatten die Veränderungen in der Angehörigenarbeit nach Einschätzung von 69 % der Sozialdienste und 49 % der Pflegedienste. Bei letzteren liegt allerdings der Anteil derer, die für ihre eigene Arbeit eher eine Zunahme an Schwierigkeiten sehen, mit 20 % etwa doppelt so hoch wie bei den Sozialdiensten.

Die positiven Entwicklungen spiegeln sich am deutlichsten in den veränderten Beziehungen zwischen Angehörigen und Mitarbeitern wider. Nach Einschätzung der Mitarbeiter ist das Verhältnis zu den Angehörigen überwiegend durch Verständnis und Hilfsbereitschaft geprägt und nur gelegentlich durch Kritik, Konflikte und Ungeduld. Diesbezüglich herrscht Konsens zwischen beiden befragten Mitarbeitergruppen. Im Hinblick auf die Betreuung der Bewohner, die Konflikte mit den Bewohnern und die veränderten Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter fällt auf, daß die Mitarbeiter der Pflegedienste die - insgesamt positiv bewerteten - Veränderungen eher auch skeptisch beurteilen, als dies seitens der Sozialdienste erfolgt.

Die Veränderungen haben insgesamt jedoch zu einer deutlichen Verbesserung der Arbeitssituation geführt. Während vor rund 10 Jahren Untersuchungen in Altenhilfeeinrichtungen in Berlin noch ergeben haben, daß von den Pflegedienstmitarbeitern die Angehörigen als zusätzliche Belastung empfunden wurden,⁹³ fühlen sich die Mitarbeiter durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen heute eher entlastet als belastet. In den Einrichtungen, die in den vergangenen Jahren Veränderungen durchgeführt haben, herrscht ein besseres Klima in den Wohnbereichen: 59 % der befragten Pflegedienste und 40 % der befragten Sozialdienste, deren Einrichtungen die Zusammenarbeit mit Angehörigen verändert hat, konnten dieser Erfahrung zustimmen (gegenüber 38 % der befragten Pflegedienste und 35 % der befragten Sozialdienste, deren Einrichtungen keine Veränderungen vorgenommen haben). Ebenso fühlen sich die Mitarbeiter dieser Einrichtungen durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen eher entlastet (29 % der befragten Pflegedienste und 25 % der Sozialdienste, deren Einrichtungen Veränderungen durchgeführt haben, konnten dieser Erfahrung zustim-

⁹³ Vgl. Rohner, R.; Terhorst, B.: Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegenden im stationären Bereich. In: Zeman, P. (Hrsg.): Hilfsbedürftigkeit und Autonomie. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen 1988, S. 100-113

men, gegenüber 13 % der befragten Pflegedienste und 17 % der Sozialdienste der Einrichtungen ohne Veränderungen). Die positiven Effekte, die die genannten Veränderungen der Angehörigenarbeit bewirkt haben, werden hierin durchgängig und in markanter Ausprägung dokumentiert.

5.4 Erfahrungen mit der Angehörigenarbeit

Das im Rahmen der Untersuchung erhobene Material ermöglicht nicht nur, die Arbeitsweisen der Einrichtungen im Umgang mit den Angehörigen zu beschreiben. Darüber hinaus erlaubt es die Auszeichnung von "Positivbeispielen", anhand derer ein genaues Bild über Konzepte, Implementationsprozesse, Praxiserfahrungen und Rahmenbedingungen einer *erfolgreichen* Angehörigenarbeit gewonnen werden kann.

5.4.1 Erfolge durch Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit stellt einen Interaktionsprozeß zwischen drei Interaktionspartnern dar, nämlich den Bewohnern, den Angehörigen und den Mitarbeitern. Die unterschiedlichen Erfahrungen für diese drei Interaktionspartner gilt es zu beleuchten. Von positiven Effekten im Bereich der Angehörigenarbeit kann ausgegangen werden,

- wenn sich die *Bewohner* ausgeglichen und wohl fühlen, wenn sie wieder aktiver werden und ihnen die Integration in die neue Lebensumwelt Heim gelingt. Dies sind Indikatoren dafür, daß die unter identitätstheoretischen Aspekten beschriebenen Umstellungsprobleme und mehrdimensionalen Krisen beim Einzug in eine Einrichtung (siehe Kapitel 1.1) bewältigt wurden.
- wenn *Angehörige* aktiv mitarbeiten und diese aktive Mitwirkung sowohl für die Bewohner als auch die Mitarbeiter funktionale Wirkungen hat. Dies sind Indikatoren dafür, daß sich die Angehörigen aktiv in das System integrieren können. Als "gelingen" kann dann nicht nur die Integration der Bewohner, sondern auch die der Angehörigen in das System "Heim" gelten. Es geht darum, daß Mitarbeiter und Angehörige ihre jeweiligen Kompetenzen kooperativ und komplementär einbringen. Die Mitarbeiter werden durch solche kooperative Arbeitsformen in der "Sorgerolle" entlastet. Kooperation mit den Angehörigen zu praktizieren - in welcher Intensität auch immer - bewirkt, daß

die soziale Kontinuität in den Beziehungen des Bewohners gerade in Krisenprozessen gewahrt bleibt, daß ein stabilisierender, stützender Privatbereich des Bewohners erhalten bleibt. Die Lebensform der sozialen Privatheit ist konstitutiv für die Lebensqualität und damit auch für die psychische Gesundheit des Bewohners.

- wenn die *Mitarbeiter* positive Rückmeldung erfahren und von einer entlasteten Arbeitssituation berichten. Dies sind Indikatoren dafür, daß Belastungsfaktoren - wie Schwierigkeiten mit Angehörigen - durch Angehörigenarbeit positiv beeinflusst werden können. Damit verbunden ist auch eine erhöhte Berufszufriedenheit, was angesichts der "Burnout-Problematik" in Berufen der stationären Altenhilfe von großer Bedeutung ist.

Wenn diese Wirkungen erzielt werden, kann von einer erfolgreichen Angehörigenarbeit gesprochen werden. Um empirisch überprüfen zu können, ob und welche Einrichtungen in diesem Sinne erfolgreiche Angehörigenarbeit betreiben, haben wir die Einrichtungen nach ihren Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Angehörigen befragt. Indikatoren waren

- ob sich die Bewohner nach Einschätzung der Mitarbeiter durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen leichter integrieren und/oder sich ausgeglichener, aktiver und wohler fühlen;
- ob die Angehörigen aktiv mitarbeiten und die Bewohner und Mitarbeiter durch diese Aktivitäten positiv beeinflusst werden;
- ob die Mitarbeiter durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen entlastet sind, positive Rückmeldung erfahren und sich das Klima in den Wohngruppen verbessert.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, daß die Einrichtungen viele positive Erfahrungen gemacht haben, wenn sich die Angehörigen an der Betreuung und Pflege beteiligen. Diese positiven Erfahrungen beziehen sich sowohl auf die Integration des Bewohners und das Engagement der Angehörigen als auch auf die Arbeitssituation der Mitarbeiter.

Die Hälfte der befragten Einrichtungen hat die Erfahrung gemacht, daß die Bewohner sich leichter integrieren und ausgeglichener sind, wenn sich die Angehörigen an der Betreuung beteiligen. Über 90 % der Einrichtungen haben diese

Erfahrung zumindest gelegentlich gemacht. Nach Einschätzung jeder dritten Einrichtung verbessert sich durch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen auch die Beziehung zwischen Bewohner und Angehörigen, d.h. Angehörige stützen den Prozeß der Integration des Bewohners in die Einrichtung. Dies verdeutlicht auch, daß Angehörige in ihrer Rolle für die Bewohner als maßgebliche Unterstützung eingeschätzt werden. Sie stellen einen wesentlichen Aspekt der sozialen Lebensqualität der Heimbewohner auch nach Einschätzung der Einrichtungsmitarbeiter dar.

Graphik: Erfahrungen mit der Angehörigenarbeit

Mehr als ein Drittel der Einrichtungen hat darüber hinaus die Erfahrung gemacht, daß durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen sich das Klima in den Wohn- und Pflegebereichen verbessert und die Mitarbeiter eher positive Rückmeldungen bekommen. 90 % der Einrichtungen konnten dieser Einschätzung zumindest teilweise zustimmen. Die Mitarbeiter fühlen sich zudem eher entlastet als zusätzlich belastet, wenn Angehörige sich an der Betreuung und Pflege der Bewohner beteiligen. Nur jede zehnte Einrichtung sah sich mit zusätzlichen Belastungen durch die Angehörigenarbeit konfrontiert, fast ein Viertel aller Ein-

richtungen konnten solchen Belastungserfahrungen nicht zustimmen. Demgegenüber fühlte sich jede sechste Einrichtung aus unserer Untersuchung durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen entlastet.

5.4.2 Bestimmungsfaktoren für eine erfolgreiche Angehörigenarbeit

Jedoch haben nicht alle Einrichtungen in gleicher Weise diese positiven Erfahrungen im Umgang mit den Angehörigen gemacht. Dies wirft die Frage nach den konzeptionellen und institutionellen Bedingungen auf, die zu einer erfolgreichen Angehörigenarbeit führen.

5.4.2.1 Systematisierung der Angehörigenarbeit

Unsere Untersuchungsergebnisse zeigen, daß vor allem die Einrichtungen positive Erfahrungen gemacht haben, die eine systematische Angehörigenarbeit betreiben. Wenn Einrichtungen konzeptionsgeleitet arbeiten und fest strukturierte Angebote der Zusammenarbeit für die Angehörigen bereithalten, wirkt sich dies positiv auf die Beziehungen aller Interaktionspartner im Heim aus.

Graphik: Wirkungen bei systematischer Angehörigenarbeit

Eine systematisch betriebene Angehörigenarbeit führt eher dazu, daß sich die Bewohner leichter integrieren, ausgeglichener und aktiver sind. Rund die Hälfte aller Einrichtungen, die systematische Angehörigenarbeit betreiben, haben diese Erfahrung gemacht, gegenüber rund einem Drittel der Einrichtungen, die nicht systematisch arbeiten. Systematisch betriebene Angehörigenarbeit führt also dazu, daß die Bewohner den Prozeß der Integration in die Einrichtung leichter bewältigen können und ist insofern auch ein Baustein für eine selbständigere Lebensführung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen.

Einrichtungen, die eine systematische Angehörigenarbeit betreiben, berichten über ein deutlich besseres Klima in den Wohnbereichen. 42 % der Einrichtungen konnten diese Erfahrung machen, gegenüber 29 % der Einrichtungen, die keine systematische Angehörigenarbeit betreiben. Ungünstige Rahmenbedingungen von seiten der Institution wie unklare Rollenzuweisungen an Angehörige oder das Fehlen von Orientierungs- und Unterstützungsangeboten verstärken bei den Angehörigen Unsicherheiten, leisten Mißverständnissen Vorschub und begünstigen die Entstehung von Konflikten. Klarere Absprachen zur Regelung der Zusammenarbeit bei der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Bewohner durch konzeptgeleitetes Arbeiten und regelmäßige Angebote der Zusammenarbeit scheinen den Umgang miteinander in den Wohnbereichen positiv zu beeinflussen.

Jedoch hat dies nicht zur Folge, daß die Zusammenarbeit weniger konfliktbeladen wäre. In Einrichtungen, die eher systematische Angehörigenarbeit betreiben, treten in den Bereichen der Pflege, Versorgung und medizinischen Behandlung sogar etwas häufiger Konflikte in der Zusammenarbeit mit Angehörigen auf als in Einrichtungen ohne systematische Angehörigenarbeit. Lediglich der Bereich der Bewohnerbetreuung ist in gleicher Weise unproblematisch. Diese Konflikte haben jedoch nicht die gleiche inhaltliche Qualität wie die konflikthaften Auseinandersetzungen ohne geregelte Angehörigenarbeit. Während die Konflikte dort aus eher diffusem Unmut über fehlende Regulierung erwachsen, geht es hier, auf einer höheren Stufe, um konkrete Formen der Klärung gegenseitiger Ansprüche. Bei systematischer Angehörigenarbeit entstehen eher Reibungspunkte durch die höhere Intensität der Zusammenarbeit und die explizite Kommunikation und Bearbeitung von Spannungen. Die Konflikte werden nicht weniger, sondern sie treten explizit hervor; sie sind hier nicht dysfunktional, sondern Bestandteil eines konstruktiven Prozesses der Annäherung (siehe Graphik auf der folgenden Seite).

Graphik: Systematische Angehörigenarbeit und Konflikte

Eine systematisch betriebene Angehörigenarbeit führt auch dazu, daß die Angehörigen durchgängig in nahezu allen Bereichen aktiver mitarbeiten. D.h. konzeptgeleitetes Arbeiten und fest strukturierte Angebote der Zusammenarbeit motivieren die Angehörigen, eine aktivere Rolle im Heimgeschehen zu übernehmen. In dieser aktiven Kooperation manifestiert sich ihre Integration in das Hilfesystem (siehe Graphik auf der folgenden Seite).

Graphik: Systematische Angehörigenarbeit und Mitarbeit der Angehörigen

5.4.2.2 Arbeitsteilige Organisation der Angehörigenarbeit

Die arbeitsteilige Organisation von Angehörigenarbeit ist ein weiterer institutioneller Faktor, der sich positiv auf die Beziehungen der drei Interaktionspartner im Heimgeschehen auswirkt. Die organisatorische Ausdifferenzierung eines Aufgabenbereichs führt in der Regel zu einer Ausweitung, Intensivierung und kompetenteren Bearbeitung. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, daß die positiven Wirkungen in der Zusammenarbeit mit Angehörigen vor allem in den Einrichtungen erreicht wurden, in denen die Angehörigenarbeit nicht in einer Hand liegt, sondern kooperativ zwischen Pflege- und Sozialdienstmitarbeitern aufgeteilt ist (siehe Graphik auf der folgenden Seite).

Graphik: Wirkungen von Arbeitsteilung in der Angehörigenarbeit

Die Bewohner integrieren sich leichter und sind ausgeglichener, wenn Pflege- und Sozialdienste arbeitsteilig für die Angehörigenarbeit zuständig sind. Fast zwei Drittel aller befragten Einrichtungen hat diese Erfahrung gemacht. In fast der Hälfte der befragten Einrichtungen ist das Klima in den Wohngruppen deutlich besser, wenn Arbeitsteilung in der Angehörigenarbeit praktiziert wird. Kooperationschwierigkeiten, die bei dieser Arbeitsform auftreten können, scheinen dem nicht entgegenzustehen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, daß auch die Angehörigen bei einer arbeitsteiligen Organisation der Angehörigenarbeit in allen Bereichen aktiver sind. Auf das Aktivitätsniveau der Angehörigen hat das Merkmal "arbeitsteilige Organisation" einen noch stärkeren Einfluß als das Merkmal "systematische Konzeption" (siehe Graphik auf der folgenden Seite).

Graphik: Arbeitsteilung in der Angehörigenarbeit und Mitarbeit der Angehörigen

Auch hier zeigt sich, daß die mit der Arbeitsteilung verbundenen positiven Effekte in der Angehörigenarbeit nicht mit einer geringeren Konflikthäufigkeit der Beziehungen korrelieren. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen in Einrichtungen, die arbeitsteilig arbeiten, ist fast in allen Bereichen konflikthafter als in Einrichtungen, in denen die Angehörigenarbeit in einer Hand liegt. Auch dies dürfte Ausdruck einer stärkeren konstruktiven Auseinandersetzung mit Angehörigen sein (siehe Graphik auf der folgenden Seite).

Graphik: Arbeitsteilung in der Angehörigenarbeit und Konflikte

Im Vergleich zeigt der Faktor "systematische Angehörigenarbeit" markantere Effekte für die Bewohner und die Mitarbeiter als der Faktor "arbeitsteilige Organisation" der Angehörigenarbeit. Um diese Wirkungen für die Bewohner und das Klima in den Wohngruppen zu erzielen, wird bei der konzeptionellen Entwicklung von Angehörigenarbeit der Schwerpunkt eher auf einer systematischen Angehörigenarbeit liegen müssen. Will man eher die Angehörigen zur Mitarbeit motivieren, so wird es bei der organisatorischen Entwicklung von Angehörigenarbeit wichtig sein, die Zuständigkeit für Angehörigenarbeit auf mehrere Berufsgruppen zu verteilen.

5.4.2.3 Phasenspezifische bzw. bereichsspezifische Intensität der Zusammenarbeit

Ob die Einrichtungen positive Erfahrungen mit der Angehörigenarbeit gemacht haben, hängt auch von der Intensität der Zusammenarbeit in den einzelnen Bereichen und Phasen ab. Um herauszufinden, in welchen Phasen und in welchen Bereichen besonders intensiv mit den Angehörigen zusammengearbeitet werden soll, haben wir die Wirkungen der unterschiedlich intensiven Zusammenarbeit in den einzelnen Phasen und Bereichen untersucht.

Nicht nur die Sozialdienste, sondern auch die Pflegedienste haben die Erfahrung gemacht, daß eine intensive Zusammenarbeit mit den Angehörigen vor dem Heimeintritt und vor allem beim Übergang ins Heim dazu führt, daß die Bewohner ausgeglichener sind: 77 % der Pflegedienste berichten über intensive Zusammenarbeit vor Heimeintritt bzw. beim Übergang (gegenüber 72 % intensiver Zusammenarbeit in allen anderen Phasen). Dies wirkt sich positiv auf ein besseres Klima in den Wohnbereichen aus (63 % bei intensiver Zusammenarbeit in der Anfangsphase gegenüber 50 % bei Schwerpunktsetzung in den anderen Phasen), und die Mitarbeiter fühlen sich eher entlastet (23 % bei intensiver Zusammenarbeit in der Anfangsphase gegenüber 17 % bei Schwerpunktsetzung in anderen Phasen). Auch sind die Angehörigen eher bereit, Aufgaben zu übernehmen, wenn beim Übergang besonders intensiv zusammengearbeitet wird (33 % gegenüber 22 % bei Schwerpunktsetzung in anderen Phasen).

Dieses Ergebnis macht deutlich, daß die Pflegedienst- und Sozialdienstmitarbeiter in der intensiven Zusammenarbeit in der Anfangsphase eine Schlüsselstelle für eine gelingende Angehörigenarbeit sehen. Die Intensität der Zusammenarbeit in den anderen Phasen wirkt sich nicht in vergleichbarer Weise auf die Bewohner, die Entlastung der Mitarbeiter und die Mitarbeit der Angehörigen aus. Nach Einschätzung beider Berufsgruppen muß die Zusammenarbeit bei der Übersiedlung deutlich stärker gewichtet werden, als dies zur Zeit der Fall ist (siehe Graphik auf der folgenden Seite).

Graphik: Intensität der Zusammenarbeit beim Übergang soll/ist

Dem Erstgespräch wird daher bei der konzeptionellen Entwicklung der Angehörigenarbeit eine zentrale Rolle zukommen. Hier kann die Grundlage für eine individuelle Pflegeplanung gelegt werden und die Einbeziehung der Angehörigen nach ihrer Bedürfnislage erfolgen. Dies kann das Klima in den Wohnbereichen positiv gestalten und so zur Entlastung der Mitarbeiter beitragen. Für das Erstgespräch wird im Rahmen einer konzeptionell strukturierten Angehörigenarbeit sowohl von seiten der Sozialdienste als auch der Pflegedienste ein zeitlich großzügig bemessener Rahmen zur Verfügung stehen müssen, um diese positiven Wirkungen erreichen zu können.

In bezug auf die bereichsspezifische Zusammenarbeit gibt es keine eindeutigen Wirkungen für alle Interaktionspartner, sondern bestimmte Arbeitsbereiche sind für Angehörige, Bewohner oder Mitarbeiter von jeweils unterschiedlicher Bedeutung. So hat sich gezeigt, daß sich die Bewohner ausgeglichener und wohler fühlen, wenn die Einrichtungen vor allem bei der Pflege und Pflegeplanung mit

den Angehörigen intensiv zusammenarbeiten. Zu aktivieren sind sie eher, wenn sich die Angehörigen an der Organisation und Durchführung von Festen und Ausflügen beteiligen. Die Mitarbeiter fühlen sich demgegenüber deutlich stärker belastet, wenn eine intensive Zusammenarbeit bei der Pflege praktiziert wird. Jedoch verbessert sich das Klima in den Wohnbereichen, wenn sich die Angehörigen aktiv an der Betreuung und Pflege beteiligen. Entlastet fühlen sich die Mitarbeiter vor allem durch eine Zusammenarbeit bei der Organisation von Festen und Ausfahrten sowie eine Mithilfe bei der Sterbebegleitung. Gerade im Rahmen der Sterbebegleitung muß nach Einschätzung der Pflege- und Sozialdienste eine deutliche Intensivierung der Zusammenarbeit erfolgen.

Graphik Intensive Zusammenarbeit bei der Sterbebegleitung soll/ist

Eine Aktivierung der Angehörigen erfolgt am ehesten, wenn mit diesen in Gruppenform zusammengearbeitet wird. Um die Angehörigen eher zur Mitarbeit zu motivieren, wird das Angebot von Gruppenarbeit als Teil systematischer Angehörigenarbeit unumgänglich sein.

5.4.3 Strukturmerkmale der Einrichtungen mit erfolgreicher Angehörigenarbeit

Als wesentliche Bestimmungsfaktoren, um eine erfolgreiche Angehörigenarbeit zu betreiben, haben sich die systematische und arbeitsteilige Gestaltung der Zusammenarbeit mit Angehörigen herauskristallisiert. Faßt man beide Faktoren zusammen, so wird deutlich, daß 22 % der von uns untersuchten Einrichtungen eine in diesem Sinne erfolgreiche Angehörigenarbeit (systematische und arbeitsteilige Angehörigenarbeit) betreiben. 18 % der Einrichtungen arbeiten weder systematisch noch arbeitsteilig.

Graphik: Einrichtungen mit erfolgreicher Angehörigenarbeit

Es stellt sich die Frage, welche Einrichtungen derzeit eine solche erfolgreiche Angehörigenarbeit betreiben. Um erfolgreiche und weniger erfolgreiche Angehörigenarbeit klar voneinander abgrenzen zu können, läßt sich ein typisierender Vergleich vornehmen. Dabei werden gegenübergestellt:

Positivfälle (40 %) die Einrichtungen, die (a) arbeitsteilige und (b) zumindest teilweise auch systematisch strukturierte Angehörigenarbeit betreiben und

Negativfälle (60 %) die Einrichtungen, die (a) nicht arbeitsteilig und (b) nicht oder nur teilweise systematisch verfahren

Im Vergleich beider Einrichtungstypen lassen sich folgende strukturelle und institutionelle Unterschiede benennen:

- Es sind eher die stationären Einrichtungen in den westlichen Bundesländern als die im Osten, die eine in diesem Sinne "positive" Angehörigenarbeit betreiben. In Westdeutschland arbeitet knapp die Hälfte (47 %) der Einrichtungen in dieser Form mit den Angehörigen zusammen, in den neuen Bundesländern ist es nur ein Viertel (25 %).
- Vor allem jüngere Einrichtungen gehen mit neuen Konzeptionen an die Angehörigenarbeit heran. 67 % der Einrichtungen, die nach 1985 und später erbaut wurden, betreiben eine erfolgreiche Angehörigenarbeit, gegenüber 35 % der Einrichtungen die zwischen 1970 und 1984 eingerichtet wurden und 47 % der Einrichtungen, die vor 1970 eröffnet wurden.
- Schließlich sind es eher größere Einrichtungen als kleine, die erfolgreich im Bereich der Angehörigenarbeit verfahren. 41 % der Einrichtungen mit einem Platzangebot von 80 und mehr Plätzen leisten erfolgreiche Angehörigenarbeit gegenüber 29 % der Einrichtungen, die nur 50 und weniger Bewohner aufnehmen können. Dies hängt wesentlich damit zusammen, daß arbeitsteilige Organisationsstrukturen eher in größeren Einrichtungen zu finden sind.

Demgegenüber zeigen sich keine eindeutigen Zusammenhänge hinsichtlich der Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals und der Qualität der Angehörigenarbeit (siehe Graphik auf der folgenden Seite).

Graphik: Qualifikation des Personals bei erfolgreicher und weniger erfolgreicher Angehörigenarbeit

Die Vermutung, daß examinierte Alten- und Krankenpflegekräfte aufgrund ihrer umfassenderen pflegerischen Kenntnisse häufiger eine erfolgreiche Angehörigenarbeit betreiben würden, kann anhand der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. 46 % der Pflegemitarbeiter sind sowohl bei erfolgreicher wie bei weniger erfolgreicher Angehörigenarbeit qualifizierte Pflegekräfte. Auch arbeiten in den Einrichtungen mit weniger erfolgreicher Angehörigenarbeit nicht überwiegend ungelernete Pflegekräfte. 37,5 % sind hier ungelernete Pflegekräfte, bei erfolgreicher Angehörigenarbeit sind es 34,8 %. D.h. erfolgreiche Angehörigenarbeit ist nicht zwingend an eine höhere Qualifikation des Personal gebunden und muß damit auch nicht mehr finanzielle Ressourcen binden. Es geht vielmehr um eine andere arbeitsorganisatorische Gestaltung der Angehörigenarbeit, die nicht immer mehr personelle und finanzielle Ressourcen verlangt.

Sachkenntnis und Sicherheit im Umgang mit den Angehörigen können nicht nur durch eine qualifizierte Ausbildung, sondern möglicherweise auch durch Berufs- und Lebenserfahrung gewonnen werden. Wir haben daher untersucht, inwieweit das Alter der Pflegekräfte mit erfolgreicher Angehörigenarbeit zusammenhängt. Die Ergebnisse widerlegen in signifikanter Weise den vermuteten Einfluß des Faktors "Berufs- und Lebenserfahrung". Einrichtungen, die erfolgreiche Angehörigenarbeit betreiben, haben ein etwas jüngeres Pflorgeteam. Darin kann sich widerspiegeln, daß jüngere Mitarbeiter häufiger an Fortbildungen teilnehmen, von denen sie neue Ideen auch zur Angehörigenarbeit mitbringen. Daß jüngere und kürzer im Beruf stehende Mitarbeiter sich weniger an traditionellen Pflegekonzepten im Bereich der Angehörigenarbeit orientieren, haben auch schon andere Untersuchungen bestätigt.⁹⁴

Tabelle 9: Alter der Mitarbeiter bei erfolgreicher Angehörigenarbeit

<u>Alter der Mitarbeiter</u>	Einrichtungen insgesamt	darunter mit	
		erfolgreicher Angehörigenarbeit	weniger erfolgreicher Angehörigenarbeit
unter 36 Jahren	30 %	38 %	26 %
36 Jahre und älter	70%	63 %	74 %
insgesamt	100%	100 %	100%

⁹⁴ Vgl. Kühnert, S.: Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim. Eine Untersuchung über Begegnungsformen, insbesondere über Konflikte und Zusammenarbeit. (Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie, Bd. 350) Frankfurt: Peter Lang 1991, S. 325

6. Zusammenfassung der Ergebnisse und Empfehlungen

6.1 Angehörige eine Ressource?

Wenn Pflegebedürftige in eine stationäre Einrichtung einziehen, müssen sie sich in eine neue Lebenswelt integrieren. Dieser Wechsel ist mit einer Reihe von Umstellungsproblemen verbunden, die von den Pflegebedürftigen in mehr oder weniger krisenhafter Form bewältigt werden.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung zeigen, daß die Angehörigen von Heimbewohnern *wichtige Unterstützungsleistungen* bei dieser Umstellung erbringen und ein wichtiger Rückhalt im Prozeß der Neustrukturierung der Identität des Bewohners sind. Mithelfende Angehörige übernehmen vor allem ergänzende hauswirtschaftliche, aber durchaus auch pflegerische Versorgungsleistungen. Jedoch ist die Zusammenarbeit der Einrichtungen mit den Angehörigen bei der Zusatzversorgung und organisatorischen Unterstützung nicht so intensiv, daß sich darauf ihre Rolle beschränken ließe. Regelmäßige grundpflegerische, behandlungspflegerische oder therapeutische Hilfen von seiten der Angehörigen sind eher die Ausnahme als die Regel.

Die eigentliche Bedeutung der Angehörigen für die Bewohner liegt im *psycho-sozial stabilisierenden* Bereich: Angehörige geben wichtige Informationen für eine individuelle Abstimmung der Pflegeplanung und gewährleisten so ein Stück Kontinuität der neuen gegenüber der früheren Lebenswelt; sie geben wichtige Hilfen bei der Neuorientierung in der neuen Umgebung und gestalten diese auch mit; Angehörige sind vielfach einziger vertrauter Bezugspunkt, an dem der Aufbau eines sozialen Netzes in der neuen Umgebung anknüpfen kann; sie sind gleichzeitig Halt und spielen in der subjektiven Sinnkonstruktion des Pflegebedürftigen eine zentrale Rolle. Sie wirken unterstützend bei den im Rahmen der Umstellung auftretenden Orientierungs-, emotionalen und Beziehungskrisen sowie bei gesundheitlichen Krisen und körperlichen Einschränkungen. Somit leisten die Angehörigen unter identitätstheoretischen Aspekten Hilfestellung bei der Umstrukturierung der Identität des Heimbewohners im Austausch mit seiner neuen Lebensumwelt Heim. Für die Bewohner von stationären Einrichtungen sind Angehörige daher eine wichtige Ressource, jedoch sind sie dies in unterschiedlicher Weise.

Unsere Untersuchungsergebnisse zeigen, daß Angehörige keine homogene Gruppe sind. Sie bringen unterschiedliche Fähigkeiten und unterschiedliche

Bereitschaften zur Mitwirkung mit. Die Angehörigen lassen sich unterscheiden in die Gruppe der *delegierende* Angehörigen, die das Heim primär als Serviceeinrichtung wahrnehmen und lediglich in gewissem Maße Verantwortung übernehmen, und die Gruppe der *pfllegenden* Angehörigen, die der Pflegeaufgabe verpflichtet bleiben und in unterschiedlicher Weise und Intensität eine Gestaltungsrolle im Heimalltag einnehmen. Nur ein Teil der Angehörigen ist bereit, eine solche Gestaltungsrolle zu übernehmen. Nach unseren Untersuchungsergebnissen gehören rund 40 % der Angehörigen zu dieser Gruppe und sind somit potentielle Adressaten für eine aktive Angehörigenarbeit der Einrichtungen.

Für die Einrichtungen und ihre professionellen Mitarbeiter scheinen die Angehörigen weniger eine Ressource zu sein. Angehörige leisten nur selten intensive Pflegehilfen oder therapeutische Hilfen, auch die Mitwirkung bei Ausflügen und Festen ist nicht so intensiv, wie erwartet worden war. Bemerkenswert ist aber, daß nur etwa jede zehnte Einrichtung sich durch die Angehörigenarbeit zusätzlich *belastet* fühlt, während deutlich mehr Mitarbeiter sich durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen *entlastet* fühlen. Diese Entlastung darf aber nicht als Personalentlastung im Sinne einer Einsparung mißverstanden werden. Sie hat qualitativen Charakter, es geht um eine psychische Entlastung der Mitarbeiter. Durch die Mitarbeit der Angehörigen stabilisiert sich die Situation des Bewohners, die Mitarbeiter werden in ihrer Verantwortung entlastet, sie erfahren engagierte Rückmeldungen, die Berufszufriedenheit erhöht sich. In diesem Sinne lassen sich Angehörige auch für die Einrichtungen als hilfreiche Ressource sehen.

Die Einrichtungen der Altenhilfe haben die Bedeutung der Angehörigen in dieser Hinsicht erkannt. Viele der befragten Einrichtungen haben in den letzten Jahren Veränderungen vorgenommen, um die Beziehungen zu den Angehörigen funktionaler zu gestalten. So hat nach unseren Untersuchungsergebnissen jede dritte Einrichtung im institutionellen Bereich Veränderungen vorgenommen, die entweder zu einer Reduktion von Konflikten mit den Angehörigen geführt haben, oder diese Konflikte kommunizierbar und einer konstruktiven Bearbeitung zugänglich gemacht haben. Das manifestiert sich darin, daß heute das Verhältnis zwischen Angehörigen und Mitarbeitern überwiegend durch Verständnis, konstruktive Kritik und Hilfsbereitschaft gekennzeichnet ist und nur gelegentlich durch destruktive Kritik und grundsätzliche Ablehnung. Ein großer Teil der stationären Altenhilfeeinrichtungen sieht in den Angehörigen heute eher einen Kooperationspartner als einen Störfaktor.

Trotz der eher positiven Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Angehörigen und der positiveren Einstellung gegenüber den Leistungen der Angehörigen scheint eine *systematische* Angehörigenarbeit in den meisten Einrichtungen immer noch kein fester Bestandteil professioneller Altenarbeit zu sein. Nur rd. ein Viertel aller Einrichtungen arbeiten im Bereich der Angehörigenarbeit nach einem schriftlich ausgearbeiteten Konzept bzw. erstellen z.Zt. ein solches. Die Kontakte finden in der Mehrzahl in nicht-institutionalisierten oder informellen Bereichen statt. Nur ein Teil der Einrichtungen hat fest strukturierte Angebote der Zusammenarbeit.

Dieser Befund ist vor allem deshalb bemerkenswert, weil unsere Untersuchungsergebnisse zeigen, daß eine systematisch betriebene Angehörigenarbeit sich positiv auf die Beziehungen im Heim auswirkt. Bei systematischer Angehörigenarbeit integrieren sich - nach Einschätzung der Mitarbeiter - die Bewohner leichter, sind aktiver und ausgeglichener als in Einrichtungen ohne systematische Angehörigenarbeit; das Klima in den Wohngruppen ist besser und die Mitarbeiter fühlen sich entlastet; die Angehörigen sind aktiver, d.h. sie können sich kooperativ einbringen. Diese positiven Effekte sind Kennzeichen einer erfolgreichen Angehörigenarbeit. Sie stehen einerseits in Zusammenhang mit einer systematischen *Konzeptionalisierung* der Angehörigenarbeit, andererseits aber auch mit deren *arbeitsteiliger Organisation* sowie einer *phasen- und bereichsspezifischen Abstimmung*. So kommt der intensiven Zusammenarbeit beim Heimeintritt und vor allem in der Übergangsphase eine Schlüsselfunktion für eine erfolgreiche Zusammenarbeit des professionellen Hilfesystems mit den Angehörigen zu. Eine in diesem Sinne erfolgreiche Angehörigenarbeit betreiben nach unseren Untersuchungsergebnissen knapp ein Viertel aller Einrichtungen.

6.2 Empfehlungen

Angeichts der positiven Wirkungen, die die Einbeziehung der Angehörigen auf die Integration der Bewohner und die Berufszufriedenheit der Mitarbeiter hat, sollten die Altenhilfeeinrichtungen sich verstärkt um die Einbindung der Angehörigen bemühen. Lebensqualität im Heim wird sich immer auch daran messen lassen, wie sich die Beziehungen zu den Angehörigen gestalten.

6.2.1 Konzeptentwicklung

Ein Schritt für die Einbindung der Angehörigen besteht in der Institutionalisierung der Zusammenarbeit. Durch strukturelle Unklarheiten, also fehlende Vereinbarungen über die Rolle und Funktion von Angehörigen im Heimalltag wird eine Konfliktdynamik zwischen Angehörigen und Mitarbeitern verursacht. Für die Praxis ist es wichtig, ein Konzept für die Angehörigenarbeit zu entwickeln. Die Selbstverständnisfrage, welche Rolle Angehörige haben können und sollen, die Ziele, Arbeitsformen und Zuständigkeiten müssen darin geklärt werden. Es geht darum, einen verbindlichen Rahmen für den Umgang miteinander auf allen Ebenen und in den unterschiedlichen Phasen des Integrationsprozesses zu schaffen.

Zu den wesentlichen Bestandteilen eines solchen Konzeptes gehört es, Erwartungen und Formen der Zusammenarbeit zwischen Heim und Angehörigen zu beschreiben, Ziele und Arbeitsformen für die unterschiedlichen Angehörigengruppen zu benennen und Zuständigkeiten zu regeln. Darüber hinaus ist die Integration dieser Arbeitsform in die anderen Formen und Abläufe des Heimalltags zu regeln.

6.2.2 Systematisierung der Angehörigenarbeit

Ein wesentlicher Aspekt im Rahmen der Konzeptentwicklung ist die Systematisierung der Zusammenarbeit. Diese umfaßt

- *Intensivierung des Informationsaustausches*

Die Ergebnisse aus der Praxis zeigen, daß viele der Konflikte und dysfunktionalen Beziehungen zwischen Angehörigen und Mitarbeitern aus mangelnden Informationen übereinander erwachsen. Strukturierte Informationsweitergabe und individuelle Kontaktmöglichkeiten sind nach unseren Untersuchungsergebnissen chancenreiche Arbeitsformen. Dazu gehören z.B. allgemeine Informationsveranstaltungen für alle Angehörigen und Einführungsgruppentreffen für Angehörige in den Wohngruppen; die Herausgabe einer angehörigenorientierten Informationsbroschüre und/oder regelmäßiger Heimnachrichten; die Initiierung und fachliche Begleitung von Angehörigenbeiräten; die Organisation von Fortbildungsangeboten für Angehörige zur psychosozialen und pflegerischen Kompetenzsteigerung.

Ein wesentlicher Aspekt in diesem Zusammenhang ist aber die Schaffung eines Rahmens für regelmäßige und zeitlich ausreichende informelle Einzelgespräche, die über den Status von Gesprächen "zwischen Tür und Angel" hinaus entwickelt werden sollten. Für diese informellen Gespräche müssen personelle und räumliche Voraussetzungen geschaffen werden. Zu den personellen Voraussetzungen gehört, daß für die Einzelfallberatung entsprechende zeitliche Ressourcen eingeplant und kommunikative Kompetenzen gefördert werden. Wichtiges Merkmal ist hierbei die Kontinuität des Kontaktes, also die Bestimmung von Bezugspersonen aus dem Pflorgeteam als Ansprechpartner für Angehörige. Die Untersuchung hat gezeigt, daß solche Beziehungen von den Angehörigen eher angestrebt werden als von den Mitarbeitern. Angehörige brauchen eine Arbeitsform, die zwar institutionell verankert und ermöglicht wird, die aber personen- und beziehungsgebunden ist. Eine vertrauensvolle Austauschbeziehung muß sich entwickeln können. Arbeitsformen, die in die Wohngruppen eingebunden sind, haben dabei mehr Chancen auf Akzeptanz. Formell-institutionelle Angebote schaffen dagegen eher eine Barriere.

- *Entwicklung adressatenspezifischer Kooperationsformen*

Eine erfolgreiche Angehörigenarbeit muß kooperative Arbeitsformen entwickeln, die den unterschiedlichen Angehörigengruppen eine jeweils spezifisch abgestimmte Rolle anbieten, die den Intentionen der Angehörigen, der Bewohner und denen der Mitarbeiter entspricht. Dies setzt voraus, daß unterschiedliche Gruppen von Angehörigen identifiziert werden, um für diese entsprechend unterschiedliche Angebote und Formen der Zusammenarbeit entwickeln zu können. Wichtig ist in diesem Kontext die Intensivierung des Anfangsgespräches, um die unterschiedlichen Motivationen und Kompetenzen zur Mitwirkung auszuloten, abzuklären und zu strukturieren. Den Angehörigen soll vermittelt werden, welche Leistungen das Heim erbringen kann und welche nicht. Mit den Angehörigen soll über deren Motive, Bedürfnisse und Möglichkeiten gesprochen werden. In einem zweiten Schritt gilt es, genauer und gemeinsam mit ihnen ihre Rolle zu klären und zu gestalten.

Für die Gruppe der pflegenden Angehörigen geht es darum, eine Gestaltungsrolle inhaltlich zu füllen. Dies gelingt am ehesten, wenn in den Wohngruppen ein Lebensformkonzept praktiziert wird. Diese Angehörigen erhalten so die Möglichkeit, die Lebenswelt des eigenen Verwandten sozial mitzugestalten. Ein As-

pekt hierbei wäre z.B. auch die Mitarbeit von Angehörigen bei dementiell Erkrankten in Tagesgruppen. Arbeitsformen für delegierende Angehörige sind notwendig anders zu gestalten als die für die pflegenden Angehörigen: Die delegierenden gehören zum Außensystem und haben eine Rolle, die man eher als kritisch-kontrollierend bezeichnen kann. Für diese Gruppe wurden in der Befragung keine konkreten Arbeitsformen identifiziert. Für die delegierenden Angehörigen ist jedoch die Initiierung eines regelmäßigen (telefonischen) Informationsaustausches notwendig. Die größere Distanz, weniger Informationen und die Kontakte in größeren Abständen führen dazu, daß diese Gruppe von Angehörigen mehr Kritik üben und z.T. destruktive Konflikte auslösen. Hier ist es das Ziel der Angehörigenarbeit, den sporadischen Kontakt zum Heim zu stabilisieren, indem Informationen über die Arbeit allgemein und speziell über den verwandten Bewohner vermittelt werden.

In diesen Kontext gehört auch, institutionell unterschiedliche Kooperationsformen auszdifferenzieren. Während in Altenheimen vorwiegend versucht werden sollte, die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegekräften durch eine Verbesserung des Informationsaustausches und den Abbau von Vorurteilen und Berührungängsten zu verbessern, sollten in der Gerontopsychiatrie die Angehörigen darüber hinaus auch Hilfestellungen bei der Bewältigung ihrer durch die Erkrankung des alten Menschen entstandenen Problem erhalten.

- *Entwicklung von krisenspezifischen Kooperationsformen*

Die Integration in die neue Lebenswelt verlangt eine Reihe von Umstellungen, in deren Verlauf vom Pflegebewohner vielfältige Krisen zu bewältigen sind. Die Krisen treten gehäuft in verschiedenen Phasen des Integrationsprozesses - wie beim Einzug oder bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes - auf, in denen sich die Zusammenarbeit mit den Angehörigen intensiviert. Angehörige tragen wesentlich zur Krisenbewältigung bei; insofern ist Angehörigenarbeit in Einrichtungen immer auch eine Art Krisenmanagement.

Ein wichtiger Beitrag zur Bewältigung derartiger Krisen ist die Entwicklung von krisenspezifischen Kooperationsformen wie z.B. die Gestaltung eines Vorbereitungsprogrammes beim Heimeintritt (Haus- und Krankenhausbesuche); durch Angebote der Übernachtung in Krisensituationen (Rooming-In); durch Hilfeangebote für Angehörige selbst bei seelischen Belastungen (Gesprächskreise, Selbsthilfegruppen). Die Ergebnisse haben gezeigt, daß eine intensive Vor-

phasen- und Übergangsarbeit zudem gute Voraussetzung für die Entwicklung einer vertrauensvollen Austauschbeziehung zwischen Angehörigen und Mitarbeitern schafft und somit den weiteren Verlauf der Kooperation entsprechend prägt.

Bei erfolgreicher Angehörigenarbeit werden in bestimmten Phasen spezielle Arbeitsformen praktiziert, die sich in der Praxis bewährt haben. So gehört zur Vorphase vor dem Heimeintritt eine detailliert konzipierte Öffentlichkeitsarbeit der Heime: Informationsveranstaltungen für Interessierte, Öffnung zum Stadtteil etc. In der Kontakt- und Entscheidungsphase stehen Haus- und Krankenhausbesuche, die Abklärung von Erwartungen und der Beziehungsaufbau im Vordergrund. Bei der Heimaufnahme und in der Eingewöhnungsphase haben sich begleitende Einzelgespräche, Einführungsgruppentreffen auf den Stationen und Informationsveranstaltungen in Großgruppen als förderlich erwiesen. Zu den Arbeitsschwerpunkten in der Umsetzungs- und Kontinuitätsphase gehören kontinuierliche Gesprächsmöglichkeiten für delegierende Angehörige, zugehende Arbeit in den Wohngruppen, Freizeitarbeit auf den Stationen auch mit Hilfe der Angehörigen und Netzwerkarbeit mit den Bewohnern und ihren Angehörigen.

- *Entwicklung von arbeitsteiligen Kooperationsformen*

Hierzu gehört eine allgemeine arbeitsteilige Gestaltung der Angehörigenarbeit durch verschiedenen Berufsgruppen. Die Praxis zeigt, daß die Angehörigenarbeit in einer gelingenden Kooperation von Sozial- und Pflegediensten die besten Ergebnisse bringt. Sozialarbeiter und Pflegemitarbeiter bringen unterschiedliche Kompetenzen mit ein, die sich förderlich auf eine erfolgreiche Angehörigenarbeit auswirken. Auftretenden Kooperationsschwierigkeiten - wie sie sich in der Praxis zeigen - müssen die Einrichtungen durch entsprechende arbeitsorganisatorische Gestaltung begegnen. Die Ergebnisse haben gezeigt, daß sich für alle Seiten fruchtbare Lernprozesse entwickeln, wenn eine gute Zusammenarbeit der Berufsgruppen gelingt. Die Zusammenarbeit ist dann besonders gesichert, wenn der Sozialdienst in der Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit in den Wohnbereichen präsent und ein reibungsloser Informationsaustausch zwischen beiden Mitarbeitergruppen gewährleistet ist.

6.3 Angehörigenarbeit als Teil individueller Pflegeplanung

Ein weiterer Schritt in Richtung auf eine stärkere Einbindung der Angehörigen könnte in einer Flexibilisierung des Hilfeangebotes in Richtung auf stärker "kundenorientierte" Pflegemodelle bestehen. Hierzu gehört die Gewährung von hinreichenden Freiräumen für individuelle Pflegekonzepte auch im Bereich der Angehörigenarbeit (z.B. Aufhebung fester Besuchszeiten) und das Experimentieren mit neuen Angeboten (z.B. Besuchscafés). Auf diesem Wege können neue Formen der Zusammenarbeit ausgelotet werden.

Hierzu gehört auch die gemeinsame Erarbeitung der Pflegepläne und Therapieziele durch Angehörige und Mitarbeiter sowie die Entwicklung einer Partnerschaft des gegenseitigen voneinander Lernens (Studium und Übernahme von Interaktionsstilen der Angehörigen, Einführung der Angehörige in Therapiekonzepte und Kommunikationsstile der Mitarbeiter). Dies ist ein Schritt zur Kombination von privater Familienpflege und professioneller Pflege.

Gegenwärtig sind Wandlungsprozesse in der stationären Altenhilfe in Richtung auf eine Entinstitutionalisierung des Dienstleistungssystems und den Umbau zu "Heimen zum Leben" mit Schwerpunkten auf sozialen Wohnformen nach den Maßstäben einer biographisch orientierten ganzheitlichen Pflege und Betreuung zu beobachten, die immer auch die Einbeziehung von Angehörigen und Freunden impliziert. Ganzheitliche Pflege bedeutet, die psychischen, kognitiven und sozialen Aspekte stärker zu beachten, Heime zu öffnen, den alten Menschen nicht durch die Organisation einer Vollversorgung von seinem bisherigen Lebensumfeld zu isolieren, sondern gewachsene Beziehungen zu erhalten und sie in ein entsprechendes Konzept zu integrieren. "Die Kombination von Angehörigen- und professioneller Fremdpflege schafft im Heim die Voraussetzungen dafür, daß die Milieu- und Lebensgestaltung im stationären Bereich stärker als bisher auf die Bewohner hin orientiert ist".⁹⁵ Die Fortführung der Familienpflege unter veränderten Bedingungen schafft den Rahmen für eine individualisierte Pflege in den stationären Altenhilfeeinrichtungen.

6.4 Grenzen gelingender Angehörigenarbeit

Die dargelegten Elemente einer erfolgreichen Angehörigenarbeit sind zum Teil durch entsprechende andere arbeitsorganisatorische Gestaltungen zu bewerk-

⁹⁵ Vgl. Lind, S.: Angehörigenmitarbeit im Pflegeheim. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.): Ideenbörse vorbildlichere Altenpflege. :Stuttgart: Eigenverlag 1990, S. 55-60

stelligen, die nicht in jedem Falle mehr zeitliche und personelle Ressourcen verlangen. Angehörige werden aber nicht quantitativ zur Personalentlastung beitragen. Angehörigenarbeit kann nicht defizitäre Entwicklungen in anderen Arbeitsbereichen der stationären Altenhilfe auffangen und kompensieren. Wenn die angestrebten Ziele in der Angehörigenarbeit erreicht werden sollen, müssen sich die Mitarbeiter intensiv mit den Angehörigen befassen. Für gewisse Teilbereiche der Angehörigenarbeit kann dies auch den Einsatz von mehr personellen Ressourcen bedeuten.

Die Analysen haben aber auch gezeigt, daß Konflikte mit Angehörigen vielfach aus strukturellen Defiziten des professionellen Dienstleistungssystems erwachsen. Die Gewährung zu geringer individueller Freiräume oder/und zu geringer personeller Ressourcen belasten die Beziehungen zu den Bewohnern und Angehörigen. Ein weiteres Problem sind qualifikatorische Grenzen - nämlich die kommunikativen Kompetenzen der Mitarbeiter, um auf Angehörige und deren Anliegen angemessen eingehen zu können. In dieser Hinsicht bedarf es grundlegender struktureller Veränderungen (wie die bewußte Erweiterung von Handlungsspielräumen und das Training der Mitarbeiter), um Angehörige in die stationären Einrichtungen so zu integrieren, daß diese einen Beitrag leisten können auf dem Weg zu einer selbständigen Lebensführung von Pflegebedürftigen auch in einer Einrichtung.

Literatur

- Aegerter, H.: Der Patient als Mitglied einer Familie, in: Pflege 2/1989, S. 36 ff.
- Antonovsky, A. Health, stress and coping, London 1979
- Arbeitsgruppe Sozialarbeit in der stationären Altenhilfe: Soziale Arbeit in der stationären Altenhilfe. KDA-Schriftenreihe "thema". Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe 1989
- Badura, B.: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt 1981
- Baecker, D.: Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft, Zeitschrift für Soziologie 2/1994
- Becker, J.: Erfahrungen im Umgang mit Angehörigen. In: Die Altenpflege - Informationsblatt der evangelischen Altenpflegerinnen und Altenpfleger, 1988, S. 5
- Bender-Diebels, D.: Angehörige - nicht kooperativ? In: Krankenpflege, 47 (1993)5, S. 320-321
- Bundesminister für Familie und Senioren: Pflegebedürftige in Heimen, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Schriftenreihe Band 4, Bonn 1992
- Bundesministerium für Familie und Senioren: Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung", Bonn 1993
- Coser, L.A.: Soziologie der Armut. In: KZfSS 32/1992, S. 34 ff.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Nomenklatur der Veranstaltungen, Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe, Frankfurt 1979
- Dobrof, R.: The Care of the Aged - A Shared Function. Unpublished Doctoral Dissertation, Columbia University of Social Work, 1976
- Dobrof R.: Maintenance of Family Ties of Long-Term Care Patients, Washington D.C. 1977, S. 80 ff.
- Fischer, M.: Phänomenologische Analysen der Person-Umwelt-Beziehung, in: Philipp, H.: Selbstkonzeptforschung, Stuttgart 1984

- Forum Sozialstation: Pflegepraxis im Spiegel der Fachpresse, Eine Analyse am Beispiel eines wissenschaftlichen Pflegemodells, 1/1993, S. 6 ff.
- Goffman, E.: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt 1973
- Grond, E.: Die Pflege verwirrter alter Menschen, 1984
- Habermas, J.: Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 2, Frankfurt 1981
- Haußer, K.: Identitätsentwicklung, New York 1983
- Herdemann, A.: Erfahrungen mit Angehörigenarbeit. In: Evangelische Impulse (1990)2, S. 24-25
- Hinschützer, U.: Pflegesätze in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, Band I: Ergebnisse einer Bestandsaufnahme, Berlin 1988
- Hurrelmann, K.: Sozialisation und Gesundheit, München 1988
- Infratest Sozialforschung: Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, Tabellarische Grundausswertung, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München 1995
- Irwin, B.; Meyer, J.: Supportive Measures for Relatives of the Fatally Ill. In: Batey, M.V. (Eds.): Communicating Nursing Research: Collaboration and Completion (Vol. 6) Colorado, Western Interstate Commission for Higher Education, 1973, S. 119-128
- Jülich, M.: Abend für Angehörige. Eine Möglichkeit der Zusammenarbeit. In: Das Altenheim (1986)4, S. 89
- Käppeli, S.: Projekt "TREFFPUNKT". Ein Aktionsforschungsprojekt in einem Pflegeheim. In: Die Pflege, 2(1989)1, S. 49-57
- Keup, H.: Soziale Netzwerke, Frankfurt 1987
- Krohwinkel, M.: Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranke - Eine Studie der Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozeßpflege; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 16, Baden-Baden 1993
- Kühnert, S.: Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim, Frankfurt/M. 1991
- Kuratorium Deutsche Altershilfe: Arbeitskreis Angehörige: Angehörige im Altenheim, Presse- und Informationsdienst, Köln 1988, S. 9 ff.

- Kuratorium Deutsche Altershilfe: 3. Zwischenbericht, Teil B: Auswertung der Pflegebedürftigkeitsuntersuchung des KDA aus dem Jahre 1992; Sekundäranalytische Untersuchungen im Rahmen von Teilprojekt 4, November 1995
- Kruse, A.: Chronisch Kranke und ihre Angehörigen, in: *Altenpflege* 3/1988, S. 169 ff.
- Lind, S.: Angehörigenmitarbeit im Pflegeheim. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.): *Ideenbörse vorbildlichere Altenpflege*. Stuttgart: Eigenverlag 1990, S. 55-60
- Lind, S.: Angehörige als Kooperationspartner in Einrichtungen der Altenhilfe. In: *Evangelische Impulse*, 13 (1991)2, S. 11-12
- Litwak, E.: Theoretical Bases for Practice. In: R. Dobrof; E. Litwak: *Maintenance of Family Ties of Long-Term Care Patients*, Washington D.C. 1977, S. 80 ff.
- Luhmann, N.: Die gesellschaftliche Differenzierung und das Individuum. In: *Soziologische Aufklärung* 6, Opladen 1995, S. 125 ff.
- Meier, M.: Angehörige in der Langzeitpflege, in: *Die Pflege* 2/1989, S. 92 ff.
- Montgomery, R.J.: *Relationships of Residents of Long-Term Health Care Institutions to Their Families and Statt*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Minnesota, 1980
- W.D. Oswald/ R. Rupprecht/ T. Gunzelmann: Das SIMA-Projekt: Effekte eines einjährigen kognitiven und psychomotorischen Trainings der Hirnleistungsfähigkeit im höheren Lebensalter, in: H.P. Tews/T. Klie/R.M. Schütz (Hrsg.): *Altern und Politik*, Schriftenreihe der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Fortbildung in der Altenhilfe Bd. 11, Mel-sungen 1996, S. 277 ff
- Paff, Ch.: *Konfrontation der individuellen Lebenswelt alter Menschen bei der Übersiedlung ins Heim mit der institutionellen Lebenswelt des Heimes*, unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachhochschule Köln 1996
- Pearlin, L.: The stress process and strategies of intervention, in: Hurrelmann, K.: *Social Intervention: Potential and constrains*, Berlin 1987
- Raithelhuber, G.: Angehörigenbefragung. In: Hummel, K.: *Steiner-Hummel, I.: Wege aus der Zitadelle*, Vincentz-Verlag Hannover 1986, S. 111-113
- Rogahn, G.: Angehörigenarbeit erfordert institutionelle Veränderungen. In: *Altenheim*, 30(1991)3, S. 156-161

- Rohner, R.; Terhorst, B.: Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegenden im stationären Bereich: Möglichkeiten und Hindernisse. In: Zeman, P.: Hilfebedürftigkeit und Autonomie. (Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Bd. 74) Berlin: DZA-Verlag 1989, S. 100-113
- Roosman-Weigensberg, C.; Fox, M.: A group approach with adult children of institutionalized elderly: An investment in the future. In: Journal of Gerontological Social Work, 24, 1980, 355-362
- Röhlich-Spitzer, D.: Angehörigenarbeit im Arnold-Overzier-Haus, Köln. In: Das Altenheim, (1988)1, S- 36-37
- Rubin, A.; Shuttlesworth, G.E.: Engaging Families as Support Resources in Nursing Home Care. Ambiguity in the Subdivision of Tasks. In: Gerontologist, 23(1983)6, S. 632-636
- Rupprecht, R./ E. Olbrich/ T. Gunzelmann/ W.D. Oswald: Erhaltung und Förderung von Kompetenz im höheren Lebensalter, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Expertisen zum ersten Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des ersten Altenberichts der Bundesregierung, Berlin 1991, S. 235 ff.
- Ruthemann, U.: Einflußmöglichkeiten des Heimbewohners, in: Altenheim 5/1992
- Saup, W.: Übersiedlung ins Altenheim, Weilheim 1984
- Saup, W.: Bewältigung von Anforderungen und Belastungen im höheren Erwachsenenalter, in: Brüderl, L.: Belastende Lebenssituationen, München 1988
- Seligmann, M.: Erlernte Hilflosigkeit, München 1982
- Schneekloth; U.; Potthoff, P.: Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 20.2, Stuttgart 1993, S. 156 ff.
- Stähelin, H.B. et al.: Pflege von betagten Patienten durch ihre Angehörigen. In: Sozial- und Präventivmedizin, (1985)30, S. 290-311
- Steiner-Hummel, I.: Angehörigenarbeit im Pflegeheim. Nähe auf Distanz. In: Altenpflege (1984)11, S. 638-640
- Steiner-Hummel, I.: Angehörigenarbeit. Vom Klienten zur Kooperation. In: Das Altenheim, (1986)4, S. 96-99
- Steiner-Hummel, I.: Angehörigenarbeit (3). Beziehungskiste oder nüchterne Dienstleistung? In: Altenpflege, (1987)3, S. 148-149

Steiner-Hummel, I.: Wenn das Wichtigste gesagt ist: Überlegungen zu Angehörigenbesuchen im Heim, in: *Altenpflege*, 7/1987, S. 468 ff.

Steiner-Hummel, I.: Angehörigenarbeit in Einrichtungen der Altenhilfe, in: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 3/1988, S. 198 ff.

Thiemann, B.: Übergangs- und Integrationsprobleme neuer Pflegebewohnern und die Hilfe von Angehörigen, unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachhochschule Köln, 1996

Tobin, S.S.; Kulys, R.: The family and services. In: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 1, 1980, 370-399

Urlaub, K.-H.: Angehörigenarbeit in Heimen, Konzepte und Erfahrungen - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, KDA thema-heft Nr. 109, Köln 1995

Anhang: Untersuchungsverlauf und Repräsentativität

Untersuchungsmethoden

Methodisch gliedert sich die Untersuchung in

- eine repräsentative Erhebung,
- eine Intensivbefragung sowie
- Fallstudien in verschiedenen Einrichtungen.

Die Untersuchung wurde mit einer repräsentativen Kurzbefragung bei 500 Einrichtungen der stationären Altenhilfe begonnen. Sie vermittelt einen Einblick in die gegenwärtig praktizierte Angehörigenarbeit in den Heimen. Dabei wurden die wichtigsten Strukturdaten der Einrichtungen sowie konzeptionelle Aspekte und praktische Erfahrungen, die die Einrichtungen mit der Angehörigenarbeit gemacht haben, erfaßt. Die zu untersuchenden Problemzusammenhänge waren im wesentlichen durch die Untersuchung "Angehörigenarbeit in Heimen"⁹⁶ - die in diesem Kontext als Voruntersuchung gelten kann - vorstrukturiert und abgesichert.

Um den besonderen Bedingungen gerecht zu werden, unter denen Einrichtungen in den neuen Bundesländern arbeiten, wurde das Erhebungsinstrument mit einer Reihe von Experten, die über die spezifische Situation dort genaue Kenntnis besitzen, abgestimmt.⁹⁷

Die Einrichtungen, die sich aufgrund der Repräsentativerhebung als "Positivauswahl" mit einer bereits gut entwickelten Angehörigenarbeit herauskristallisiert haben, wurden im Rahmen von Intensivinterviews genauer untersucht. In 60 Einrichtungen (40 aus den alten und 20 aus den neuen Bundesländern) sollte ein genaues Bild über Konzepte, Implementationsprozesse, Praxiserfahrungen und Rahmenbedingungen einer systematisch angelegten Angehörigenarbeit gewonnen werden. Auch hier ist eine Abstimmung der Erhebungsinstrumente mit einer Expertenrunde aus den neuen Bundesländern erfolgt.

Parallel dazu wurden in fünf Einrichtungen mit entwickelter Angehörigenarbeit 15 Fallstudien durchgeführt, um das Zusammenwirken von Betroffenen und

⁹⁶ K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, Köln 1995

⁹⁷ Die Experten wurden vom Kuratorium Deutsche Altershilfe und vom Paritätischen Wohlfahrtsverband vermittelt.

Mitarbeitern der Einrichtungen auf der Mikroebene zu erfassen. Der Prozeß von der Entscheidungsphase über die Risikophase der Übersiedlung ins Heim bis hin zur möglichen Integration und Stabilisierung wurde in die Untersuchung einbezogen. Die Dokumentation dieses in der Regel etwa sechsmonatigen Prozesses erfolgte zu jeweils drei Zeitpunkten (1., 3., 6. Monat) in Form von Intensivinterviews.

Das *Kuratorium Deutsche Altershilfe* führte projektbegleitend sekundäranalytische Untersuchungen durch, und zwar eine Literaturanalyse und eine Sonderauswertung der *KDA-Pflegebedürftigkeitsuntersuchung*⁹⁸.

Rücklauf und Repräsentativität

Repräsentativbefragung

Im Februar 1995 wurden insgesamt 500 stationäre Einrichtungen der Altenhilfe mittels eines zweiseitigen Kurzfragebogens angeschrieben. Die Auswahl der Einrichtungen basiert auf einer geschichteten Zufallsstichprobe. Die Stichprobenziehung erfolgte in Anlehnung an das Auswahlverfahren der *Infratest*-Untersuchung "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen - Repräsentative Erhebung zur Situation Hilfe- und Pflegebedürftiger in Heimen".⁹⁹ Im Unterschied zur *Infratest*-Erhebung wurde für die hier vorliegende Untersuchung keine plätzeproportionale, sondern eine heimproportionale Ziehung vorgenommen. Weiterhin wurden nur Altenhilfe-, nicht aber Behinderteneinrichtungen in das Auswahlverfahren einbezogen. Ansonsten wurde die Stichprobe analog zur *Infratest*-Erhebung nach den Kriterien Platzzahl, Einrichtungsart, -träger sowie Bundesland und Siedlungsstrukturtypen geschichtet.

Insgesamt antworteten 226 Einrichtungen, dies entspricht einer Rücklaufquote von 45,2 %. Von 202 Einrichtungen liegen valide Ergebnisse vor. Die anderen 24 Einrichtungen konnten nicht in die Auswertung einbezogen werden, weil sie sich entweder in Umstrukturierungsprozessen befanden oder als reine Wohneinrichtungen gar nicht oder nur zum Teil die entsprechenden Fragen beantworten konnten.

⁹⁸ Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe: 3. Zwischenbericht, Teil B: Auswertung der Pflegebedürftigkeitsuntersuchung des KDA aus dem Jahre 1992, Sekundäranalytische Untersuchungen im Rahmen von Teilprojekt 4, November 1995

⁹⁹ Vgl. Infratest Sozialforschung 1995, a.a.O.

Das Rücklauf-Sample kann als repräsentative Grundlage für eine Gesamtschätzung der Angehörigenarbeit in Einrichtungen der stationären Altenhilfe gewertet werden. Leichte Verschiebungen bei den Schichtungsauswahlkriterien können vernachlässigt werden bzw. sind für die Auswertung der weiteren Untersuchung nicht relevant.

Tabelle A1: Vergleichsanalyse der Ausgangsgesamtheit mit dem Rücklauf-Sample nach ausgewählten Schichtungskriterien

Schichtungskriterien	Ausgangssample in %	Rücklaufsample in %
Lage	n = 500	n = 202
Westliche Bundesländer	84,6	80,2
Neue Bundesländer	15,4	19,8
Größe	n = 500	n = 200
bis 20 Plätze	12,0	6,0
20 - 50 Plätze	28,9	22,0
50 -100 Plätze	28,4	38,5
100150 Plätze	15,4	20,0
150 - 200 Plätze	8,2	9,5
200 - 300 Plätze	5,1	4,0
300 - 500 Plätze	1,4	--
500 - 1.000 Plätze	0,5	--
Art	n = 500	n = 202
Altenheim	23,6	22,6
Pflegeheim	20,5	10,0
Alten- und Pflegeheim	30,6	45,3
Wohnheim/Appartement	4,6	--
mehrgliedrige Einrichtungen	20,7	22,1
Träger	n = 500	n = 202
Arbeiterwohlfahrt	8,1	8,9
Caritasverband	22,8	24,8
Der Paritätische WV	6,1	3,8
Deutsches Rotes Kreuz	6,1	6,4
Diakonisches Werk	21,9	19,7
Arbeitsgem. Privater Heime	1,4	0,6
BV priv. Alten- u. Pflegeheime	8,6	7,6
Freie Altenh. auf Bundesebene	3,9	4,5
Verband Dt. Alten- u. Beh.-hilfe	1,9	--
Verband priv. Altenheime BW	1,4	6,4
Öffentliche Hand	17,8	17,2
	100,0	100,0

Innerhalb des Rücklauf-Samples sind die Einrichtungen aus den neuen Bundesländern etwas stärker vertreten (19,8 %) als im Ausgangs-Sample (15,4 %), jedoch haben sich die Relationen nicht grundsätzlich verschoben. Abweichungen gibt es auch hinsichtlich der Größe der Einrichtungen. Im Rücklauf-Sample sind sehr kleine und sehr große Einrichtungen etwas seltener vertreten als in der Ausgangsgesamtheit; der Rücklauf kumuliert um die Mittelgrößenklasse. Hinsichtlich der Einrichtungsart gibt es insofern Abweichungen, als reine Wohnheime/Appartements in der Untersuchungsgruppe nicht mehr vertreten sind. Sie wurden herausgenommen, da hier in der Regel keine spezielle Angehörigenarbeit gemacht wird und auch die Angehörigenkontakte von den Institutionen nur ungenau beschrieben werden konnten. Relativ selten sind reine Pflegeheime in der Untersuchungsgruppe vertreten; demgegenüber besteht ein Überhang an kombinierten Alten- und Pflegeheimen. Dies dürfte für die Angehörigenarbeit der Einrichtungen keine große Rolle spielen. Hinsichtlich der Trägerstruktur gibt es keinen nennenswerten Unterschied zwischen dem Ausgangs- und dem Rücklauf-Sample.

Intensivbefragung

Im Anschluß an die Repräsentativbefragung war eine Intensivbefragung bei Einrichtungen geplant, die sich aufgrund der Repräsentativerhebung als "Positivauswahl" mit einer bereits gut entwickelten Angehörigenarbeit herauskristallisiert haben. Es sollten 60 Einrichtungen (40 in den alten und 20 in den neuen Bundesländern) befragt werden.

Die Feldarbeiten zur Intensivbefragung wurden im Mai 1995 begonnen und im Juli abgeschlossen. Um einen möglichst breiten Pool an Einrichtungen zu haben, die als **Positivbeispiele** für die Angehörigenarbeit ausgewählt werden können, wurden zunächst alle Einrichtungen, die sich an der Repräsentativbefragung beteiligt haben, erneut angeschrieben. Aus der Repräsentativbefragung konnten zwar erste Anhaltspunkte gewonnen werden, wer eine intensivere Angehörigenarbeit betreibt, jedoch gab es über dieses formale Kriterium hinaus keine genauen Informationen. Vor allem für den gesamten Bereich der informellen Zusammenarbeit, der als Kriterium für Positivbeispiele nicht unberücksichtigt gelassen werden kann, ergab die Repräsentativbefragung kaum Anhaltspunkte, hinsichtlich einer erfolgreich praktizierten Angehörigenarbeit. Um von vornherein einseitige Festlegungen zu vermeiden, wurden - abwei-

chend vom ursprünglichen Konzept - alle Einrichtungen der Repräsentativbefragung in die Intensivbefragung einbezogen. Dies ermöglicht zusätzlich, Positiv- und Negativbeispiele gegenüberzustellen, um auch auf diesem Wege weitere Anhaltspunkte für eine erfolgreiche Angehörigenarbeit in stationären Einrichtungen der Altenhilfe zu gewinnen.

Um sicher zu gehen, daß genügend Positivbeispiele im Pool vertreten sind, wurden darüber hinaus Einrichtungen befragt, über die aus der Voruntersuchung¹⁰⁰ oder aus der Zusammenarbeit mit Trägern bekannt ist, daß sie eine intensivere Angehörigenarbeit betreiben.

Als Erhebungsinstrument wurde der in der Voruntersuchung¹⁰¹ entwickelte und getestete Fragebogen zugrunde gelegt und im Hinblick auf die spezifische Ausrichtung der hier geplanten Untersuchung modifiziert. Da Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtung ganz unterschiedlich praktiziert werden kann, wurden drei z.T. verschiedene Fragebögen entwickelt: ein Fragebogen für die Heimleitung, einer für die Mitarbeiter der Sozialdienste und einer für die Mitarbeiter der Pflegedienste. Die Mitarbeiter der Pflegedienste wurden gebeten, mindestens zwei Fragebögen auszufüllen, um auch hier die unterschiedlichen Vorgehensweisen und Einschätzungen zur Angehörigenarbeit erfassen zu können. Alle Erhebungsinstrumente wurden mit Ost-Experten auf die dort spezifische Situation abgestimmt.

Von den 202 Altenhilfeeinrichtungen, die sich an der Repräsentativbefragung beteiligt haben und von denen valide Ergebnisse vorliegen, haben 69 auch an der Intensivbefragung teilgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 34,2 %, also rund einem Drittel aller Einrichtungen. Darüber hinaus wurden 56 Einrichtungen angeschrieben, von denen bekannt ist, daß sie eine intensivere Angehörigenarbeit betreiben. Davon haben sich 29 Einrichtungen an der Untersuchung beteiligt, was einer Rücklaufquote von 51,8 % entspricht. Insgesamt liegen also Informationen von 98 Einrichtungen vor (166 Pflegedienste und 84 Sozialdienste), wobei von einer Gesamtrücklaufquote von 43 % ausgegangen werden kann.

100 Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, Köln 1995

101 ebenda

Tabelle A 2: Strukturmerkmale der Einrichtungen aus der Intensivbefragung				
	Teilnahme an ...			
	Intensivbefragung		Repräsentativbefragung	
West	49	71,0%	161	80,5%
Ost	20	29,0%	39	19,5%
Insgesamt	69	100,0%	200	100,0%
<i>Bundesland ...</i>				
Schleswig-Holstein	3	4,3%	10	5,3%
Mecklenburg-Vorpommern	2	2,9%	3	1,6%
Hamburg	0	0,0%	4	2,1%
Bremen	0	0,0%	3	1,6%
Niedersachsen	7	10,1%	18	9,6%
Berlin	2	2,9%	6	3,2%
Brandenburg	3	4,3%	4	2,1%
Sachsen-Anhalt	3	4,3%	4	2,1%
Nordrhein-Westfalen	19	27,5%	42	22,3%
Hessen	4	5,8%	15	8,0%
Thüringen	4	5,8%	8	4,3%
Sachsen	6	8,7%	15	8,0%
Rheinland-Pfalz	5	7,2%	6	3,2%
Saarland	0	0,0%	2	1,1%
Baden-Württemberg	5	7,2%	27	14,4%
Bayern	6	8,7%	21	11,2%
insgesamt	69	100,0%	188	100,0%
<i>Träger der Einrichtung ...</i>				
Arbeiterwohlfahrt	5	8,8%	14	8,9%
Caritasverband	20	35,1%	39	24,8%
Der Paritätische Wohlfahrtsverband	2	3,5%	6	3,8%
Deutsches Rotes Kreuz	1	1,8%	10	6,4%
Diakonisches Werk	7	12,3%	31	19,7%
Arbeitsgemeinschaft privater Heime	0	0,0%	1	0,6%
Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime	2	3,5%	12	7,6%
Freie Altenhilfe auf Bundesebene	3	5,3%	7	4,5%
Verband der priv. Altenheime Baden-Württemberg	4	7,0%	10	6,4%
Öffentliche Hand	13	22,8%	27	17,2%
insgesamt	57	100,0%	157	100,0%
<i>Art der Einrichtung ...</i>				
Altenheim	12	17,9%	43	22,6%
Pflegeheim	10	14,9%	19	10,0%
Alten- und Pflegeheim	33	49,3%	86	45,3%
Wohnheim	0	0,0%	1	0,5%
mehrgliedrig	12	17,9%	41	21,6%
insgesamt	67	100,0%	190	100,0%
<i>Baujahr der Einrichtung ...</i>				
1900 bis 1969	19	34,5%	55	31,6%
1970 bis 1984	17	30,9%	68	39,1%
1985 und später	19	34,5%	51	29,3%
insgesamt	55	100,0%	174	100,0%
<i>Anzahl der Plätze ...</i>				
unter 20	1	1,0%	12	6,0%
20 bis unter 50	22	22,4%	44	22,0%
50 bis unter 100	44	44,9%	77	38,5%
100 bis unter 150	22	22,4%	40	20,0%
150 und mehr	9	9,2%	27	13,5%
insgesamt	98	100,0%	200	100,0%
<i>Einwohnerzahl der Gemeinde/Stadt ...</i>				
500.000 und mehr	5	7,2%	24	11,9%
100.000 bis 500.000	16	23,2%	34	16,8%
20.000 bis 100.000	19	27,5%	59	29,2%
5.000 bis 20.000	22	31,9%	52	25,7%
bis zu 5.000	7	10,1%	33	16,3%
insgesamt	69	100,0%	202	100,0%

Bei einem Vergleich der Einrichtungen, die sich an der Repräsentativ- und Intensivbefragung beteiligt haben, zeigen sich leichte strukturelle Verschiebungen. Unter den intensiv befragten zeigt sich ein leichter Überhang an Einrichtungen aus den neuen Bundesländern (29 % gegenüber 19,5 % in der Repräsentativbefragung), etwas größeren Einrichtungen (durchschnittlich 89 Plätze pro Einrichtung in der Intensivbefragung gegenüber 87 Plätzen in der Repräsentativbefragung) und etwas mehr Einrichtungen in kleineren Städten (Abweichungen von 6 Prozentpunkten). Jedoch sind die Abweichungen nicht so gravierend, daß die grundlegenden Relationen verschoben worden wären.

Hinsichtlich der Bewohnerstruktur zeigt sich eine etwas stärkere Besetzung bei den erheblich, schwer und Schwerstpflegebedürftigen (Unterschiede von 3 Prozentpunkten). Bei den für uns wichtigen Untersuchungsfragen nach den Angehörigen der Bewohner und deren Besuchshäufigkeit gibt es keine Unterschiede.

Tabelle A3: Struktur der Bewohner und ihrer Angehörigen

	Teilnahme an ...			
	Intensivbefragung		Repräsentativbefragung	
<i>Pflegebedarf:</i>				
leicht	1.012	18,5 %	3.365	21,6 %
erheblich	1.141	20,9 %	2.912	18,7 %
schwer	2.131	39,0 %	6.001	38,6 %
schwerst	1.180	21,6 %	3.278	21,1 %
insgesamt	5.464	100,0 %	15.556	100,0 %
<i>Bewohner mit/ ohne Angehörige</i>				
mit Angehörigen	5.067	84,3 %	14.188	84,1 %
ohne Angehörige	946	15,7 %	2.674	15,9 %
insgesamt	6.013	100,0 %	16.862	100,0 %
<i>Besuchshäufigkeit der Angehörigen</i>				
täglich	369	7,5 %	1.077	7,8 %
ein- bis mehrmals pro Woche	1.476	29,9 %	4.390	31,9 %
ein- bis mehrmals pro Monat	1.784	36,1 %	4.970	36,2 %
selten	1.018	20,6 %	2.601	18,9 %
nie	295	6,0 %	704	5,1 %
insgesamt	4.942	100,0 %	13.742	100,0 %

Ebenso wenig unterscheiden sich beide Untersuchungsgruppen hinsichtlich ihrer Angehörigenarbeit. Dies betrifft sowohl deren Entwicklungsstand (78 %

der Einrichtungen aus der Intensivbefragung leisten eine strukturierte Angehörigenarbeit gegenüber 76 % der Einrichtungen aus der Repräsentativbefragung) wie auch die Intensität der Zusammenarbeit mit den Angehörigen in den einzelnen Bereichen. Etwas seltener haben die an der Intensivbefragung beteiligten Einrichtungen konflikthafte Erfahrungen mit der Angehörigenarbeit gemacht. Nur bei der aktiven Mithilfe der Angehörigen in der Pflege und bei der Regelung finanzieller Angelegenheiten kommt es bei ihnen etwas häufiger zu Konflikten. Dafür ist die eigentliche Zusammenarbeit mit Angehörigen bei der Einzelberatung, Mithilfe bei der Zimmereinrichtung, Organisation von Ausflügen und bei Gruppenarbeiten etwas weniger konfliktbeladen. Insgesamt deuten diese Daten auf einen leichten Überhang an Einrichtungen mit positiveren Erfahrungen im Bereich der Angehörigenarbeit hin (siehe Tabelle A4 auf der nächsten Seite).

Fallstudien

Zusätzlich zur Repräsentativ- und Intensivbefragung wurden Fallstudien durchgeführt, um die Beteiligungsprozesse von Angehörigen auf der Mikroebene zu untersuchen. Es war vorgesehen, 15 Fallstudien in fünf Einrichtungen durchzuführen.

Zu einem "Fall" gehören: ein Pflegebewohner, sein wichtigster Angehöriger als zentrale Bezugsperson und ein oder mehrere Mitarbeiter. Die Fallstudien sind methodisch der qualitativen Forschung zuzuordnen. Es wurden Interviewleitfäden und Ratingskalen entwickelt, deren einzelne Dimensionen ausdifferenziert und die wiederholt zu mehreren Zeitpunkten eingesetzt wurden. Daneben wurden narrative Untersuchungsformen angewendet, um phänomenologisch die subjektiven Lebensräume zu erfassen.

Die Betroffenen wurden zu drei verschiedenen Zeitpunkten im Zeitraum von sechs Monaten befragt, um den Prozeß der Integration und der Veränderung der Beziehung zwischen Angehörigen, Bewohnern und Mitarbeitern zu dokumentieren:

Tabelle A4: Strukturdaten zur Angehörigenarbeit

	Teilnahme an ...			
	Intensivbefragung		Repräsentativbefragung	
<i>Konzepte für Angehörigenarbeit</i>				
ja	2	2,9%	3	1,5%
nein	49	71,0%	145	72,5%
z.Zt. in Arbeit	18	26,1%	52	26,0%
insgesamt	69	100,0%	200	100,0%
<i>Angebote für Angehörige (Mehrfachnennungen möglich):</i>				
Informationsveranstaltungen	29	46,8%	84	48,8%
Sprechstunden	37	59,7%	114	66,3%
Gruppenarbeit	4	6,5%	17	9,9%
sonstiges	36	58,1%	93	54,1%
insgesamt	62	100,0%	172	100,0%
<i>Strukturierte Angehörigenarbeit</i>				
nein	15	21,7%	49	24,5%
ja	54	78,3%	151	75,5%
insgesamt	69	100,0%	200	100,0%
<i>Zusammenarbeit mit Angehörigen - intensiv oder gelegentlich - (Mehrfachnennungen möglich)</i>				
Organisation und Durchführung von Festen	48	69,6%	135	67,5%
Organisation und Durchführung von Ausflügen	37	53,6%	113	56,5%
Mithilfe bei der Zimmereinrichtung	62	89,9%	178	89,0%
Gruppenarbeit für Angehörige	18	26,1%	52	26,0%
einzelne Beratungsgespräche	68	98,6%	192	96,0%
Vermittlung v. Infos z. Verbesserung d. Pflegeplanung	46	66,7%	144	72,0%
Mithilfe bei Pflege	51	73,9%	148	74,0%
Mithilfe bei einfachen aktivierenden Übungen	47	68,1%	133	66,5%
Mithilfe bei Sterbebegleitung	60	87,0%	175	87,5%
Mithilfe bei Regelung von Finanzen	64	92,8%	188	94,0%
Mithilfe bei Ausfahrten und Spaziergängen	57	82,6%	167	83,5%
<i>Erfahrungen mit der Zusammenarbeit mit Angehörigen (nur Kategorie "trifft zu")</i>				
Integrieren sich Bewohner leichter?	34	49,3%	96	48,0%
Sind Bewohner ausgeglichener?	35	50,7%	97	48,5%
Sind Bewohner aktiver?	24	34,8%	72	36,0%
Ist das Klima im Wohn-/Pflegebereich besser?	25	36,2%	75	37,5%
Sind Mitarbeiter zusätzlich belastbar?	7	10,1%	20	10,0%
Bekommen Mitarbeiter positive Rückmeldung?	23	33,3%	62	31,0%
Werden Mitarbeiter entlastet?	12	17,4%	35	17,5%
Sind andere Angeh. eher bereit, Aufg. zu übernehmen?	13	18,8%	33	16,5%
Verbessert sich d. Beziehung d. Bew. zu den Angeh.?	20	29,0%	60	30,0%
<i>Konflikt mit Angehörigen - häufig oder manchmal - (Mehrfachnennungen möglich)</i>				
Organisation und Durchführung von Festen	1	1,4%	3	1,5%
Organisation und Durchführung von Ausflügen	0	0,0%	3	1,5%
Mithilfe bei Zimmereinrichtung	10	14,5%	40	20,0%
Gruppenarbeit für Angehörige	3	4,3%	11	5,5%
einzelne Beratungsgespräche	23	33,3%	69	34,5%
Vermittlung v. Infos zur Verbesserung d. Pflegeplanung	9	13,0%	40	20,0%
Mithilfe bei Pflege	22	31,9%	55	27,5%
Mithilfe bei einfachen aktivierenden Übungen	12	17,4%	31	15,5%
Mithilfe bei Regelung von Finanzen	39	56,5%	101	50,5%
Mithilfe bei Ausfahrten oder Spaziergängen	5	7,2%	13	6,5%

1. Erhebungsintervall (Präinstitutionalisierung)

Das erste Erhebungsintervall befaßt sich inhaltlich mit der Vorphase vor dem Heimeintritt, der Entscheidungsphase sowie der Risikophase der Übersiedlung.

2. Erhebungsintervall (Institutionalisierung)

Das zweite Erhebungsintervall thematisiert schwerpunktmäßig die Art und Form der Begegnungen der drei Interaktionspartner sowie die Anlässe und Bewältigungen von Konflikten im Kontext der ersten Stabilisierung.

3. Erhebungsintervall (Postinstitutionalisierung)

Im dritten Erhebungsintervall werden primär die Begegnungen im Hinblick auf Selbstständigkeitsförderung, Qualitätssicherung sowie Entlastung des Personals vor dem Hintergrund der angehenden Integration erfaßt und Veränderungsmöglichkeiten ausgelotet.

Um den Entwicklungsprozeß der Integration der Pflegebedürftigen in die Einrichtung zu dokumentieren, wurden in allen Erhebungsphasen

- die Besuchshäufigkeit der Angehörigen
- die Art der Mitarbeit der Angehörigen
- der Hilfebedarf des Bewohners
- die Art und Einschätzung der Beziehungen zwischen Angehörigen und Bewohner bzw. zwischen Mitarbeitern und Bewohner

erfaßt.

Das erste Untersuchungsintervall der Fallstudien wurde im August 1995 begonnen. Es wurden fünf Einrichtungen im Kölner Raum ausgewählt, mit deren Heimleitern und/oder Sozialdienstleitungen Vorgespräche über die Untersuchungsanlage geführt wurden. Von allen fünf Einrichtungen war aus der Vorstudie¹⁰² bekannt, daß sie eine intensivere Angehörigenarbeit betreiben.

¹⁰² Vgl. K.H. Urlaub: Angehörigenarbeit in Heimen, KDA-Reihe "thema", Bd. 109, Köln 1995

Wichtige Kriterien für die Auswahl der Fälle war, daß die Bewohner noch nicht lange in der Einrichtung waren (maximal 3 Monate) und noch Angehörige haben. In zwei Einrichtungen wurden Interviewer eingesetzt, die dort arbeiten. Sie untersuchten auch Fälle desorientierter Personen. Dafür wurden spezielle Beobachtungsbögen entwickelt.

Insgesamt wurden 18 Fälle in vier Einrichtungen untersucht. Die Fallzahl wurde höher angesetzt, da im Laufe der drei Erhebungsintervalle mit Ausfällen zu rechnen war. Während der Erhebungsphasen sind drei Bewohner verstorben; bei einem Fall verweigerten die Angehörigen nach der ersten Erhebungswelle die weitere Teilnahme.

Die Auswahl der Personen für die Fallstudien erwies sich als nicht unproblematisch. Oft waren die Bewohner zu stark desorientiert, oder sie verweigerten trotz Absprache die Mitarbeit. Einige Bewohner sind noch vor dem Interviewtermin gestorben und es dauerte länger, bis wieder ein geeigneter Fall gefunden werden konnte. Da der Zeitpunkt für die erste Untersuchungswelle nicht weiter ausgedehnt werden konnte, blieb es bei der oben genannten Fallzahl in vier Einrichtungen.