



PhD-FLSHASE-2018-12
Fakultät für Sprachwissenschaften und Literatur, Geisteswissenschaften, Kunst und
Erziehungswissenschaften

DISSERTATION

vorgelegt am 13/04/2018 in Luxemburg

zur Erlangung des Titels

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DU LUXEMBOURG EN PSYCHOLOGIE

von

Nadine Pax

geboren am 20. August 1984 in Ettelbrück (Luxemburg)

BEWOHNERORIENTIERTE BETREUUNG FÜR LUXEMBURGS ALTEN- UND PFLEGEHEIMBEWOHNER:

THEORETISCHE UND EMPIRISCHE ANALYSEN ZUR ENTWICKLUNG UND IMPLEMENTIERUNG EINES NEUEN BETREUUNGSMODELLS

Prüfungskommission

Dr. Thomas Boll, Betreuer der Doktorarbeit
Senior Researcher, Universität Luxemburg

Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Fernand Anton, Vorsitzender
Professor, Universität Luxemburg

Dr. Isabelle Albert, Vize-Vorsitzende
Research Scientist, Universität Luxemburg

Prof. Dr. med. Reto W. Kressig, Betreuer der Doktorarbeit
Professor, Extraordinarius und Chefarzt für Geriatrie, Universität und Universitätsspital Basel (CH)

Prof. Dr. Günter Krampen
Professor Emeritus, Universität Trier (D)

In memoriam

Prof. Dr. Dieter Ferring

(1958 – 2017)

Mein Doktorvater bis zu seinem Tod

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt habe und dass ich, die aus fremden Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Ausführungen als solche kenntlich gemacht habe. Ich habe die Dissertation bisher keinem anderen Prüfungsamt in gleicher oder vergleichbarer Form vorgelegt.

Ringel, den 3. März 2018

Nadine Pax

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die mich während der Arbeit an meiner Dissertation unterstützt oder ermutigt haben und somit zum Gelingen dieser Forschungsarbeit beigetragen haben.

An erster und hervorgehobener Stelle möchte ich meinem sehr geschätzten, aber leider viel zu früh verstorbenen Doktorvater Herrn Prof. Dr. Dieter Ferring danken, der mir ein wertvoller akademischer Lehrer war und der meine Forschungsarbeit mit grossem persönlichem Einsatz gefördert hat.

Ebenso gilt mein besonderer Dank Herrn Dr. Thomas Boll, der mich während der gesamten Promotionsarbeit beratend und unterstützend begleitet hat und sich nach dem plötzlichen Tod von Herrn Prof. Dr. Ferring kurzfristig bereit erklärt hat, die Stelle des Doktorvaters zu übernehmen.

Ein herzlicher Dank gilt zudem den Mitgliedern des „Comité d'encadrement de thèse“ Frau Dr. Isabelle Albert, die freundlicherweise nach dem Tod von Herrn Prof. Dr. Ferring die Stelle des zweiten Betreuers in diesem Gremium eingenommen hat und Herrn Prof. Dr. Prof. Reto W. Kressig für die Betreuung meiner Dissertation.

Danken möchte ich außerdem allen Studienteilnehmern, die die sich die Zeit genommen haben meinen Fragebogen auszufüllen, da ohne sie die Durchführung dieser Studie nicht möglich gewesen wäre.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei den Direktorinnen und den Direktoren, der an der Studie beteiligten Altenhilfeinstitutionen, bedanken, die mir ermöglicht haben, die Erhebungen bei den Mitarbeitern ihrer Alten- und/oder Pflegeheime durchzuführen.

Kurzzusammenfassung

Den Ausgangspunkt der Dissertation bildet die These, dass die Arbeit in Luxemburgs Alten- und Pflegeheimen auf Pflegemodellen basiert, die – gemessen am heutigen gerontologischen Erkenntnisstand – in einigen Hinsichten veraltet sind. Das wird im theoretischen Teil in (Literatur-)Analysen zu folgenden Themen begründet: Altern und Alterstheorien, Lebensbedingungen in den nationalen Heimen, Qualifikation der Altenpflegekräfte, bislang genutzte Pflegemodelle, zentrale Bedürfnisse älterer Menschen aus Sicht von Pflegemodellen und neuerer Forschung.

Im zweiten Teil stellt die Autorin ihr vor diesem Hintergrund entwickeltes Betreuungsmodell für luxemburgische Alten- und Pflegeheime vor, das die Förderung von Kompetenzen, Autonomie und Selbstbestimmung sowie die Erfüllung zentraler Bedürfnisse von Alten- und Pflegeheimbewohnern ins Zentrum rückt. Die Komponenten des Modells werden präsentiert und die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung im Hinblick auf gesetzlich-administrative Regelungen, Qualifikation des Pflegepersonals, Sensibilisierung der Heimbewohner und ihrer Angehörigen sowie der Öffentlichkeit umfassend herausgearbeitet und durch Überlegungen zur Qualitätssicherung und zu den Grenzen des Modells ergänzt.

Im Zentrum des dritten Teils steht eine empirische Studie bei Pflegekräfte aus dem luxemburgischen Altenpflegebereich mit Ziel einer Ermittlung von Bedarf und Bedingungen für die Einführung des neuen Betreuungsmodells. In einer Fragebogenstudie wurden, bei $n = 155$ Teilnehmer unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, deren typisches Pflegeverhalten sowie pflegerelevante Überzeugungen, Ziele und Emotionen erhoben. Mittels Clusteranalysen wurden – erwartungsgemäß – eine Gruppe von Pflegekräften identifiziert, welche zu einem Autonomie fördernden Pflegeverhalten tendiert, während – wider Erwarten – sich keine Gruppe von Pflegepersonen mit einem ausschließlich Autonomie einschränkenden Pflegeverhalten ergab. Stattdessen resultierte eine Gruppe mit einer inkonsistenten Pflegeweise, die teils durch Förderung und teils durch Einschränkung der Autonomie der Heimbewohner gekennzeichnet ist. Ein ähnliches Clustermuster ergab sich für die pflegerelevanten Ziele und Überzeugungen. Ein anschließender Vergleich der Cluster des Pflegeverhaltens ergab systematische Unterschiede in Zielen und Überzeugungen, die Autonomieförderung bzw. -einschränkung begünstigen. Die Befunde sprechen insgesamt für einen Bedarf an autonomiefördernder Betreuung alter Menschen in Luxemburg. Abschließend werden Wege zur schrittweisen Einführung eines entsprechenden Betreuungsmodells skizziert.

Keywords: Altenpflege; Langzeitpflege; Wohneinrichtungen für Pflegebedürftige; Pflegeheime; Alten- und Pflegeheimbewohner; Altenpflegekräfte; Pflegemodelle; Betreuungsmodell; Selbstbestimmung; Klientenbeteiligung; Gesundheitsversorgungssystem; Ziele; Überzeugungen; Emotionen.

Abstract

The starting point of the dissertation is the thesis that the work in Luxembourg's nursing homes is based on nursing models that are - in today's sense of gerontology - outdated in some respects. This is explained in the theoretical part in (literary-) analyzes on the following topics: Aging and theories of aging, living conditions in the national homes, qualification of geriatric nursing staff, previously used nursing models, central needs of older people from the perspective of nursing models and recent research.

In the second part, the author presents her support model for Luxembourg nursing homes developed in this context, which focuses on the promotion of competences, autonomy and self-determination as well as the fulfillment of the central needs of residents of care institutions. The components of the model are presented and the prerequisites for a successful implementation with regard to legal-administrative regulations, qualification of the nursing staff, sensitization of the inhabitants of residential nursing institutions and their relatives as well as the public are comprehensively elaborated and completed by considerations of quality assurance and the limits of the model.

In the center of the third part is an empirical study of Luxembourg nursing staff with the aim of identifying needs and conditions for the introduction of the new support model. In a questionnaire study, with $n = 155$ participants of different qualification levels, their typical nursing behavior as well as caregiver-related convictions, goals and emotions were surveyed. By cluster analysis - as expected - a group of caregivers has been identified that tends to promote nursing behavior that promotes autonomy, while - contrary to expectations - no group of caregivers has shown nursing behavior that limits autonomy. Instead, there was a group with inconsistent care, characterized partly by promotion and partly by restriction on the autonomy of inhabitants of residential care institutions. A similar cluster pattern emerged for the nursing goals and beliefs. A subsequent comparison of the care behavior clusters revealed systematic differences in goals and beliefs favoring autonomy or limitation. Overall, the findings indicate a need for autonomous support and care for elderly people in Luxembourg. Finally, ways are sketched for the gradual introduction of a corresponding support model.

Keywords: elder care; long term care; residential care institutions; nursing homes; inhabitants of residential care institutions; aging nurses; nursing models; self-determination; client-participation; health care delivery; goals; beliefs; emotions.

Inhaltsverzeichnis

Kurzzusammenfassung	V
Abstract	VII
Inhaltsverzeichnis	IX
Tabellenverzeichnis	XVI
Abbildungsverzeichnis	XIX
Abkürzungsverzeichnis	XXI
Einleitung	1
I. Theoretische Grundlagen und Stand der Forschung	7
1 Der alte Mensch	9
1.1 Der demografische Wandel	9
1.1.1 Die demografische Situation in Europa	10
1.1.2 Die demografische Situation in Luxemburg	13
1.2 Das Alter – das Altern	14
1.2.1 Das Alter	14
1.2.2 Das Altern	17
1.2.3 Alternsformen	24
1.2.4 Die Alternstheorien und Alternsmodelle	25
1.2.5 Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit im Alter	33
2 Leben im Alten- oder Pflegeheim	41
2.1 Motive für den Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim	41
2.2 Die Herausforderungen eines Umzugs ins Alten- oder Pflegeheim	43
2.3 Alten- und Pflegeheime in Luxemburg	45
2.3.1 Die Heimbewohner	45
2.3.2 Die Pflegekräfte im Bereich der luxemburgischen Altenpflege	46
2.3.3 Der aktuelle Stand der Qualifikation der Altenpflegekräfte in Luxemburg	49
2.4 Potentielle Belastungen für pflegebedürftige Heimbewohner	51

3	Pflegemodelle als Grundlage der Altenarbeit	54
3.1	Ziele der Pflegekräfte und Pflegeverhalten im Pflegemodell	54
3.2	Unterschiedliche Arten von Pflegemodellen	57
3.3	Bedeutende Pflegemodelle der letzten Jahrzehnte	59
3.3.1	Bekannte Bedürfnispflegemodelle	59
3.3.2	Pflegemodelle für den Umgang mit Bewohnern mit Demenz	65
4	Zentrale menschliche Grundbedürfnisse im Alter	69
4.1	Bedürfnisse alternder Menschen	69
4.2	Bedürfnisbefriedigung im Wandel	72
4.3	Sensibilisierung der Bewohner für die Bedürfnisbefriedigung	74
4.3.1	Das topografischen Modell	74
4.3.2	Der Einfluss des topographischen Modells auf die Altenarbeit	74
4.4	Die Bedürfnisse der Bewohner mit Demenz	75
4.5	Die Bedürfnisse von Bewohnern in der Terminal- und/oder in der Sterbephase	78
4.6	Literaturstudie zu den Bedürfnissen alter und/oder pflegebedürftiger Menschen	80
4.6.1	Auswahl der bedeutsamsten Bedürfnisse	80
4.6.2	Wichtigkeit der Erfüllung der Bedürfnisse der Alten- und Pflegeheimbewohner	82
4.6.2.1	Kommunizieren	83
4.6.2.2	Sich bewegen	85
4.6.2.3	Vitale Körperfunktionen bewahren	90
4.6.2.4	Sich pflegen	91
4.6.2.5	Ausscheiden	94
4.6.2.6	Sich kleiden	97
4.6.2.7	Essen und trinken	99
4.6.2.8	Schlafen, ruhen und entspannen	103
4.6.2.9	Die eigene Geschlechtlichkeit leben	107
4.6.2.10	Lernen, sich entwickeln, sich beschäftigen	111
4.6.2.11	Für die eigene Sicherheit sorgen	115

4.6.2.12 Soziale Beziehungen sichern	118
4.6.2.13 Spiritualität	122
4.6.2.14 Lebenssinn finden	128
II. Entwicklung eines eigenen Betreuungsmodells	133
5 Ein Betreuungsmodell für luxemburgische Alten- und Pflegeheime	135
5.1 Die Grundidee eines aktivierenden, kompetenz-, bedürfnis- und präventionsorientierten Modells	137
5.2 Zielpopulation	138
5.3 Der konzeptionelle Rahmen	139
5.3.1 Ein neuer Name für ein neues Modell	139
5.3.2 Die Bausteine des Betreuungsmodells	141
5.3.2.1 Aktivierung (Aktivierende Betreuung)	142
5.3.2.2 Autonomieerhalt und/oder Autonomieförderung	144
5.3.2.3 Bedürfniserfüllung	146
5.3.2.4 Kompetenzerhalt, Kompetenzförderung	147
5.3.2.5 Prävention	149
5.3.3 Die Rolle der Alterstheorien und der Altersmodelle im Betreuungsmodell	151
5.4 Die neuen alten Aktivitäten der Bewohner	155
5.5 Der Respekt der Normalität und der Biografie der Bewohner	157
5.6 Der gesetzliche Rahmen	158
5.6.1 Die gesetzliche Zulassung (agrément ministériel)	159
5.6.2 Zusatzleistungen für den Aufenthalt in Alten- oder Pflegeheimen (L'accueil gérontologique)	160
5.6.3 Die Pflegeversicherung	161
5.7 Die Finanzierung	162
5.7.1 Die Kosten für die Heimbewohner	162
5.7.2 Die Kosten für die Institutionen	162
5.7.3 Einsparungen durch die Umsetzung des Modells	163
5.8 Öffentlichkeitsarbeit	165

5.9 Die Bedeutung des Betreuungsmodells für die Bewohner	165
5.9.1 Der Sinn des Betreuungsmodells für die Bewohner	165
5.9.2 Medizinische Versorgung im Betreuungsmodell	168
5.9.3 Die Bewohner mit Demenz im Betreuungsmodell	169
5.9.4 Die Terminal- und Sterbephase im Betreuungsmodell	171
5.10 Die Bedeutung des Betreuungsmodells für die Heimmitarbeiter	172
5.10.1 Die Rolle der Mitarbeiter bei der Umsetzung des Modells	173
5.10.2 Die Qualifikation des Personals	174
5.10.3 Eigenschaften des Personals für eine gelungene Altenarbeit	175
5.11 Die Qualitätssicherung	179
5.12 Die Implementierung eines bewohnerorientierten, aktivierenden, kompetenz-, bedürfnis- und präventionsorientierten Modells	182
5.12.1 Die Aufgaben der einzelnen Arbeitsbereiche in der Praxis	182
5.12.2 Eine multidisziplinäre Zusammenarbeit	186
5.13 Grenzen und Schwierigkeiten des Modells	187
III. Empirische Analyse	191
6 Die Forschungsfragen	193
6.1 Forschungsfrage 1: Pflegepraxis und ihre Korrelate	194
6.2 Forschungsfrage 2: Pflegerelevante Zielsetzungen und Überzeugungen und ihre Korrelate	196
6.3 Forschungsfrage 3: Positive und negative Gefühle im Rahmen der Pflege und Betreuung	198
7 Methode	201
7.1 Die Stichprobe und der Untersuchungsablauf	201
7.1.1 Die Gewinnung der Stichprobe	201
7.1.2 Beschreibung der Stichprobe	202
7.1.3 Der Ablauf der Erhebung	205
7.1.4 Die Rücklaufquote	206

7.2	Das Erhebungsinstrument	207
7.2.1	Die Auswahl des Erhebungsinstrumentes	207
7.2.2	Der Aufbau des Fragebogens	208
7.2.3	Der Pretest	211
7.3	Erläuterungen zu den Untersuchungsvariablen	212
7.3.1	Teil II.1-2 Wissen über Pflegemodelle, Alterstheorien und Altersmodelle	212
7.3.2	Teil II.3 Einschätzung der Wichtigkeit verschiedener Pflegegrundsätze oder Pflegekonzepte in der eigenen Institution	213
7.3.3	Teil II.4 Einschätzung der Bedürfniserfüllung der Bewohner durch die in der Institution praktizierten Pflegegrundsätze und -konzepte	216
7.3.4	Teil III: Verhalten in vier typischen Pflegesituationen	216
7.3.4.1	Situation 1 : Einschränkung der motorischen Fähigkeiten der Hände	217
7.3.4.2	Situation 2 : Entscheidung über Teilnahme an sozialen Aktivitäten	219
7.3.4.3	Situation 3 : Verweigerung der Körperpflege	221
7.3.4.4	Situation 4 : Transfer eines Bewohners mit eingeschränkter Mobilität	223
7.3.5	Teil IV: Ziele, Überzeugungen, Fortbildungsinteressen und Gefühle der Mitarbeiter	225
7.3.5.1	Die Ziele des Probanden in Bezug auf die Bewohner	225
7.3.5.2	Die Ziele der Probanden in Bezug auf sich selbst	231
7.3.5.3	Die Überzeugungen der Probanden zu verschiedenen Entwicklungen und Aussagen zur Pflege bzw. Betreuung von Heimbewohnern	234
7.3.5.4	Das Interesse der Probanden an Fortbildungen	236
7.3.5.5	Gefühlserlebnisse der Probanden im Pflegealltag	239
7.3.5.6	Die Erwartungen der Probanden zu den Konsequenzen der Einführung eines neuen Modells	242
7.4	Auswertungsverfahren und statistische Analysen	244
7.4.1	Deskriptive Parameter der Fragebogen-Items	244
7.4.2	Ergebnisse der Faktoren- und Skalenanalysen des Fragebogens	250
7.4.2.1	Verhalten der Pflegekräfte in unterschiedlichen Pflegesituationen	253
7.4.2.2	Ziele, Überzeugungen, Fortbildungsinteressen und Gefühle der Mitarbeiter	259
7.4.2.3	Ziele der Probanden in Bezug auf die Bewohner	259
7.4.2.4	Die Ziele der Probanden in Bezug auf sich selbst	265

7.4.2.5	Die Überzeugungen der Probanden zu verschiedenen Aspekten der Pflege bzw. Betreuung von Heimbewohnern	269
7.4.2.6	Gefühlserlebnisse des Probanden im Pflegealltag	273
7.4.3	Durchführung der Clusteranalysen	276
8	Ergebnisse	279
8.1	Das statistische Auswertungsdesign	279
8.2	Ergebnisse zur Fragestellung und Hypothese 6.1: Pflegepraxis und ihre Korrelate	280
8.3	Ergebnisse zur Fragestellung und Hypothese 6.2: Pflegerelevante Zielsetzungen und Überzeugungen und ihre Korrelate	288
8.4	Ergebnisse zur Fragestellung und Hypothese 6.3: Positive und negative Gefühle im Rahmen der Pflege und Betreuung	299
9	Diskussion der Forschungsergebnisse	309
9.1	Pflegepraxis und ihre Korrelate	310
9.2	Pflegerelevante Zielsetzungen und Überzeugungen und ihre Korrelate	321
9.3	Positive und negative Gefühle im Rahmen der Pflege und Betreuung	329
9.4	Methodische und inhaltliche Reflexion	337
IV.	Schlussbetrachtung	341
10	Schlussbetrachtung	343
10.1	Resümee	343
10.2	Ausblick	347
V.	Literaturverzeichnis und Anhänge	351
11	Literaturverzeichnis	353
12	Anhänge	399
12.1	Anhang A – Ausbildung Krankenpfleger: Lehrplanübersicht	401
12.2	Anhang B – Ausbildung Krankenpfleger: Lehrprogramm Geriatrie	405
12.3	Anhang C – Ausbildung Krankenpfleger: Pflegemodell Henderson	425

12.4 Anhang D: Ausbildung Hilfspfleger: Lehrplanübersicht	439
12.5 Anhang E : Ausbildung Aide socio-familiale: Lehrplanübersicht einschließlich Unterrichtsunterlagen zu Pflegemodellen	445
12.6 Anhang F - Ausbildung Altenpfleger und Altenpflegehelfer: Lehrplanübersicht	451
12.7 Anhang G: Schreiben an Heimleitungen: Antrag für Genehmigung der Erhebung	455
12.8 Anhang H : Erhebungsinstrument - Fragebogen	459
12.9 Anhang I - Tabellenanhang	483

Tabellenverzeichnis

<i>Table 1</i> : ausgewählte altersbedingte physiologische Veränderungen (angelehnt an Specht-Tormann 2015; Brendebach 2007; Trögner & Sieber 2006; Walter & Schwartz 2001; Hansen 2007).	19
<i>Table 2</i> : Beschreibung der Stichprobe ($n = 155$).	204
<i>Table 3</i> : Bekannteste Pflegemodelle bei der Stichprobe.	212
<i>Table 4</i> : Deskriptive Statistik zu den Angaben bezüglich der Einschätzung der Bedeutsamkeit unterschiedlicher Pflegegrundsätze oder Pflegekonzepte für die Pflegekräfte.	215
<i>Table 5</i> : Deskriptive Statistik zu den Angaben bezüglich der persönlichen Einschätzung der Pflegekräfte zur Bedürfniserfüllung der Heimbewohner.	216
<i>Table 6</i> : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Situation „Einschränkung der motorischen Fähigkeiten der Hände“.	218
<i>Table 7</i> : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Situation „Auswahl der Beteiligung an Aktivitäten“.	220
<i>Table 8</i> : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Situation „Verweigerung der Körperpflege“.	222
<i>Table 9</i> : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Situation „Transfer eines Bewohners mit eingeschränkter Mobilität“.	224
<i>Table 10</i> : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Ziele der Pflegekräfte in Bezug auf die Bewohner.	228
<i>Table 11</i> : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Ziele der Pflegekräfte in Bezug auf sich selbst.	233
<i>Table 12</i> : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Einstellungen der Pflegekräfte zu unterschiedlichen Aussagen zur Betreuung und Pflege.	235
<i>Table 13</i> : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich des Interesses der Pflegekräfte an verschiedenen Fortbildungsangeboten.	237
<i>Table 14</i> : Deskriptive Statistiken zu den Angaben der Pflegekräfte in Bezug auf ihre unterschiedlichen Gefühle im Rahmen der Pflege und Betreuung.	240
<i>Table 15</i> : Deskriptive Statistiken zu den Angaben der Pflegekräfte in Bezug auf die Konsequenzen bei Einführung eines neuen Pflegestils.	243
<i>Table 16</i> : Faktorenladungsmatrix und Kommunalitäten zum Pflegeverhalten.	254
<i>Table 17</i> : Autonomie einschränkender Pflegestil.	257
<i>Table 18</i> : Autonomie fördernder Pflegestil.	258
<i>Table 19</i> : Faktorenladungsmatrix und Kommunalitäten zu den Zielen der Pflegekräfte in Bezug auf die Bewohner.	260

<i>Tabelle 20</i> : Autonomie einschränkende Ziele in Bezug auf die Bewohner.	263
<i>Tabelle 21</i> : Autonomie fördernde Ziele in Bezug auf die Bewohner.	264
<i>Tabelle 22</i> : Faktorenladungsmatrix und Kommunalitäten zu den Zielen der Pflegekräfte in Bezug auf sich selbst.	266
<i>Tabelle 23</i> : Autonomie einschränkende Ziele der Mitarbeiter in Bezug auf sich selbst.	267
<i>Tabelle 24</i> : Autonomie fördernde Ziele der Mitarbeiter in Bezug auf sich selbst.	268
<i>Tabelle 25</i> : Faktorenladungsmatrix und Kommunalitäten zu Überzeugungen der Pflegekräfte zu verschiedenen Aussagen zur Pflege bzw. Betreuung von Heimbewohnern.	270
<i>Tabelle 26</i> : Autonomie einschränkende Überzeugungen zu verschiedenen Aussagen zur Pflege bzw. Betreuung von Heimbewohnern.	271
<i>Tabelle 27</i> : Autonomie fördernde Überzeugungen zu verschiedenen Aussagen aus dem Bereich der Altenpflege.	272
<i>Tabelle 28</i> : Faktorenladungsmatrix und Kommunalitäten zu den Gefühlen der Pflegekräfte während der Pflege / Betreuung.	274
<i>Tabelle 29</i> : Positive Gefühle während der Pflege und/oder Betreuung.	275
<i>Tabelle 30</i> : Negative Gefühle während der Pflege und/oder Betreuung.	276
<i>Tabelle 31</i> : Deskriptive Kennwerte der beiden Cluster bezüglich das Pflegeverhalten der TIn in unterschiedlichen Pflegesituationen.	280
<i>Tabelle 32</i> : Vergleich bezüglich der beruflichen Positionen der TIn und den Clustern ihres Pflegeverhaltens.	283
<i>Tabelle 33</i> : Vergleich der Cluster bezüglich dem Pflegeverhalten der TIn und ihrer Berufserfahrung.	283
<i>Tabelle 34</i> : Vergleich der Cluster bezüglich dem Pflegeverhalten der Pflegekräfte und ihrem Ausbildungsland.	284
<i>Tabelle 35</i> : Anzahl der Nennungen der bekanntesten Pflegemodelle.	286
<i>Tabelle 36</i> : Vergleich der Cluster bezüglich das Pflegeverhalten der TIn mit den Zielen und Überzeugungen der TIn.	286
<i>Tabelle 37</i> : Deskriptive Kennwerte und Mittelwertvergleich der beiden Cluster betreffend die Ziele der TIn in Bezug auf die BW.	289
<i>Tabelle 38</i> : Deskriptive Kennwerte und Mittelwertvergleich der zwei Cluster betreffend die Ziele der TIn in Bezug auf sich selbst.	291
<i>Tabelle 39</i> : Deskriptive Kennwerte und Mittelwertvergleich der zwei Cluster betreffend die Überzeugungen der TIn zu Entwicklungen und Aussagen betreffend den Altenpflegebereich.	292
<i>Tabelle 40</i> : Vergleich der beruflichen Positionen und den Clustern bezüglich der Ziele und Überzeugungen der TIn.	296

<i>Tabelle 41</i> : Vergleich der Cluster bezüglich den Zielen und Überzeugungen der TIn und ihrer Berufserfahrung.	297
<i>Tabelle 42</i> : Vergleich der Cluster bezüglich den Zielen und Überzeugungen der TIn und ihrem Ausbildungsland.	299
<i>Tabelle 43</i> : Mittelwerte und Mittelwertvergleich der Gefühlsvariablen der TIn in Abhängigkeit von ihrem Pflegeverhalten.	300
<i>Tabelle 44</i> : Mittelwerte und Standardabweichung der Gefühlsvariablen in Abhängigkeit vom Alter der TIn.	303
<i>Tabelle 45</i> : Durchschnittswerte der PA und der NA der TIn in Abhängigkeit ihrer beruflichen Positionen.	305
<i>Tabelle 46</i> : Durchschnittswerte der PA und der NA in Abhängigkeit des Ausbildungslandes der TIn.	306
<i>Tabelle 47 – I 1</i> : Kreuztabelle der Variable <i>Geschlecht</i> mit den Clustern bezüglich der Ziele und Einstellungen der Studienteilnehmer.	485
<i>Tabelle 48 – I 2</i> : Durchschnittswerte der positiven und der negativen Gefühle der TIn in Bezug auf das Geschlecht der TIn.	485
<i>Tabelle 49 – I 3</i> : Durchschnittswerte und Standardabweichungen der Gefühlsvariablen in Abhängigkeit des Alters der TIn.	486
<i>Tabelle 50 – I 4</i> : Durchschnittswerte und Standardabweichungen der Gefühlsvariablen in Abhängigkeit der beruflichen Position der TIn.	487
<i>Tabelle 51 - I 5</i> : Durchschnittswerte und Standardabweichungen der Gefühlsvariablen in Abhängigkeit der Berufserfahrung der TIn.	489
<i>Tabelle 52 - I 6</i> : Mittelwerte und Mittelwertvergleiche der Gefühlsvariablen der TIn in Abhängigkeit von ihrem Ausbildungsland.	491

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i> Bevölkerungspyramiden, EU-28, 2014 und 2080 (in % der Gesamtbevölkerung) (Eurostat, 2015a).	10
<i>Abbildung 2:</i> Altersstruktur der Bevölkerung (Stand am 1.1.2017) (STATEC, 2017, S. 13).	13
<i>Abbildung 3:</i> Verlauf der fluiden und kristallinen Intelligenz (Baltes & Salthouse, o.D., S.11).	22
<i>Abbildung 4:</i> Allgemeines Wohlbefinden nach Perrig-Chiello (1997, S. 115f.).	34
<i>Abbildung 5:</i> Bedürfnispyramide nach Maslow (vgl. Mötzing, 2013a, S. 3).	70
<i>Abbildung 6:</i> Pflegemodelle im Vergleich (nach Kellnhauser et al., 2004 zit. in Thieme, 2011, S. 27).	71
<i>Abbildung 7:</i> Grafik frei nach Ruch & Zimbardo, 1974, S. 366, angelehnt an S. Freud.	74
<i>Abbildung 8:</i> Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz (Eisenmann et al., 2015, S. 5).	76
<i>Abbildung 9:</i> Entwicklung der Altenpflege in den letzten 50 Jahren (Eigene Darstellung).	135
<i>Abbildung 10 :</i> Darstellung des Betreuungsmodells	141
<i>Abbildung 11:</i> Tabellarische Zusammenfassung der verschiedenen Präventionsstufen angelehnt an Specht-Tomann, 2015, S.10f.; Neubart, 2015, S.70.	150
<i>Abbildung 12:</i> Positive Funktionen von Humor (Schmidt, 2010, S.846).	178
<i>Abbildung 13:</i> Multidisziplinäre Zusammenarbeit (angelehnt an Graf, 2011, S. 216).	186
<i>Abbildung 14:</i> Scree-Plot zum Pflegeverhalten.	253
<i>Abbildung 15:</i> Scree-Plot zu den Zielen der Pflegekräfte in Bezug auf die Bewohner.	260
<i>Abbildung 16:</i> Scree-Plot zu den Zielen der Pflegekräfte in Bezug auf sich selbst.	265
<i>Abbildung 17:</i> Scree-Plot zu Überzeugungen der Pflegekräfte zu verschiedenen Aussagen der Pflege bzw. Betreuung von Heimbewohnern.	269
<i>Abbildung 18:</i> Scree-Plot zu den Gefühlen der Pflegekräfte während der Pflege / Betreuung.	273
<i>Abbildung 19:</i> Veranschaulichung der Clustermittelwerte betreffend das Pflegeverhalten in unterschiedlichen Pflegesituationen.	281
<i>Abbildung 20:</i> Veranschaulichung der Clustermittelwerte betreffend die Ziele der TIn in Bezug auf die Bewohner.	290
<i>Abbildung 21:</i> Veranschaulichung der Clustermittelwerte betreffend die Ziele der TIn in Bezug auf sich selbst.	291
<i>Abbildung 22:</i> Veranschaulichung der Clustermittelwerte betreffend Überzeugungen der TIn zu Entwicklungen und Aussagen aus dem Altenpflegebereich.	293
<i>Abbildung 23:</i> Ausprägungen der unterschiedlichen Gefühle in Abhängigkeit der Pflegeverhaltens- Cluster. 302	

<i>Abbildung 24:</i> Ausprägung der einzelnen PA und NA der TIn in Abhängigkeit ihres Alters.	304
<i>Abbildung 25 :</i> Ausprägung der unterschiedlichen PA und NA der TIn in Abhängigkeit ihres Ausbildungshintergrundes.	307
<i>Abbildung 26:</i> Ausprägungen der unterschiedlichen PA und NA der gesamten Stichprobe.	308
<i>Abbildung 27:</i> Stress-Leistungskurve von Yerkes-Dodson (zit. Breuer & Frot, 2012, S.74)	335
<i>Abbildung 28 – I 1 :</i> Ausprägung der unterschiedlichen PA und NA Gefühle der TIn in Verbindung mit ihrer beruflichen Position.	488
<i>Abbildung 29 - I 2 :</i> Ausprägung der unterschiedlichen PA und NA Gefühle der TIn in Abhängigkeit mit ihrer Berufserfahrung.	490

Abkürzungsverzeichnis

ABEDL	Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens
AE	Autonomie einschränkend
AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
AF	Autonomie fördernd
ASF	Aide socio-familiale
ATL	Aktivitäten des Täglichen Lebens
BW	Bewohner
CIPA	Centre Intégré pour Personnes Âgées
COPAS	Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins
ENPP	Europäisches Netzwerk für Psychobiographische Pflegeforschung
FINGER	Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability
ICN	International Council of Nurses
IMOZ	Institut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk
IVA	Integrative Validation
LA	Life Activities
LTPES	Lycée Technique pour Professions Éducatives et Sociales
LTPS	Lycée Technique pour Professions de Santé
NA	Negative Affekte
PA	Positive Affekte
PANAS	Positive and Negative Affect Schedule
PDL	Pflegedienstleiter
RLT-Modell	Roper-Logan-Tierney-Modell
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TIn	Teilnehmer
VA	Validation

*“And you cannot help men permanently by doing for them
what they can and should do for themselves.”*
William J.H. Boetcker (1873 – 1962)

Einleitung

Bereits Hippokrates (460-377 v.Chr.) hat darauf aufmerksam gemacht, dass es unerlässlich ist, alle Teile des Körpers bis ins hohe Alter zu aktivieren, um auch während des Alterungsprozesses, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit zu erreichen bzw. um Altersverfall, Altersabbau und/oder Krankheiten vorzubeugen. *„Alle Teile des Körpers, die zu einer Funktion bestimmt sind, bleiben gesund, wachsen und haben ein gutes Alter, wenn sie mit Maß gebraucht werden und in den Arbeiten, an die jeder Teil gewöhnt ist, geübt werden. Wenn man sie aber nicht braucht, neigen sie eher zu Krankheiten, nehmen nicht zu und altern vorzeitig.“* (Hippokrates, *de articulis reponendis* 56; vgl. Müri; zit. nach Lehr, 1979, S. 12). Dabei geht es nicht nur um körperliche Aktivität, sondern auch darum durch geistige und soziale Aktivitäten zu verhindern, dass Fertigkeiten verkümmern, Kompetenzen verloren gehen und/oder Vereinsamung droht.

Die verschiedenen Arten der Aktivitäten ändern sich im Laufe des Lebens, aber Sinn und Zweck bleiben die Gleichen. Aktivitäten sollen den Menschen in seiner positiven Lebensgestaltung bis ins hohe Alter unterstützen, auch wenn es mit zunehmendem Alter schwieriger wird, Tätigkeiten selbstständig auszuführen. Ab dann sollen die Betroffenen in der Ausführung ihrer Tätigkeiten oder Aktivitäten unterstützend begleitet werden, aber keinesfalls von ihrer Eigenbeteiligung und ihrer Selbstbestimmung abgehalten werden. Dies trifft besonders auf im Heim lebende alte Menschen zu, denn ihr Umzug in eine Altenhilfeeinrichtung ist oftmals einer gesteigerten Pflegebedürftigkeit geschuldet, welche eine regelmäßige Aktivierung zunehmend erschwert.

Aktivierung oder Aktivität im dritten und vierten Alter sind nicht ausschließlich gleichzusetzen mit der Ausübung von sportlichen Aktivitäten oder regelmäßigen Trainingseinheiten. Natürlich ist es von Vorteil, wenn der Gesundheitszustand es den alten Menschen erlaubt, bis ins hohe Alter sportlich aktiv zu sein. In der vorliegenden Forschungsarbeit wird Aktivität aber eher als Aktivierungsmaßnahme verstanden, die die Autonomie, die Selbstbestimmung und/oder die Selbstkontrolle alter und/oder pflegebedürftiger Heimbewohner¹ durch kleine

¹ Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Dissertation eine geschlechtsneutrale Formulierung gewählt. Selbstverständlich sind aber jeweils beide Geschlechter gemeint. Bei

Tätigkeiten oder Alltagsaktivitäten, die das Potenzial einer aktiven Lebensführung beinhalten, steigert und die in ihrer Aufsummierung, positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit der alten Menschen haben.

Allerdings sind es genau diese, aus der Lebensgeschichte herrührenden, gewohnten Alltagsaktivitäten, die bei Heimbewohnern wegfallen, da sich die Alten- und Pflegeheime in den letzten 50 Jahren vom Heim mit einfachster Sanitärausstattung und Mehrbettzimmern zu komfortablen Einrichtungen entwickelt haben, mit einem starken Hotelcharakter (durchweg Vollversorgung, Zubereitung der Mahlzeiten, Reinigung der Zimmer, usw.), welcher den Bewohnern deutlich weniger Aktivierungsmöglichkeiten bietet, als dies noch vor einigen Jahrzehnten der Fall war, als die Hotelisierung weitaus weniger fortgeschritten war und als die Bewohner verstärkt in den Heimalltag eingebunden wurden (vgl. Vercauteren & Hervy, 2009, S. 26f.).

Zudem sind in Luxemburg mit Einführung der Pflegeversicherung² (1999) und des „Accueil gérontologique³“ (2004) die Ausführung der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sowohl für Pflegeheimbewohner als auch für die Bewohner der Centres Intégrés pour Personnes Âgées reglementiert worden und die Betroffenen sind von den kleinen Alltagsaktivitäten im Heimalltag „befreit“ worden. Im Nachhinein stellt sich die Frage, ob dies ein Schritt in die richtige Richtung gewesen ist, denn nach Auswertung zahlreicher Forschungsberichte und zurückgreifend auf die diesbezüglichen Erfahrungsberichte früherer Zeiten, „Nichtaufhören, Weitermachen, ständiges Üben in allem - das sei die Maxime“ (Cicero; zit. nach Lehr, 1979, S. 13) oder die „Dis-use-Hypothese⁴“ von Berkowitz und Green (1965), lässt sich erahnen, dass diese Aktivitätseinschränkungen bedingt durch den Wegfall der Eigenbeteiligung am Heimalltag, nicht im Sinne einer Steigerung oder Erhaltung des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit bis ins hohe Alter sein kann.

wörtlichen Zitaten wurde die ursprüngliche Rechtschreibung sowie die darin verwendete weibliche oder männliche Form beibehalten.

² „Die Pflegeversicherung wurde durch das Gesetz vom 19. Juni 1998 ins Leben gerufen. Am 1. Januar 1999 trat das Gesetz in Kraft“ (Nickels, 2008).

³ Der „accueil gérontologique“ entspricht den Zusatzleistungen für den Aufenthalt in Alten- oder Pflegeheimen gemäß einer großherzoglichen Verordnung vom 27. September 2004, welche den Nationalen Solidaritätsfond ermächtigt, sich an der Finanzierung der Dienstleistungen zu beteiligen, welche bei Heimaufenthalten anfallen (vgl. Légilux, 2004, S. 2536 ff.; vgl. Kapitel 5.6.2).

⁴ Lehr (1979) erklärt die „Dis-use-Hypothese“ wie folgt: „Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern!“ (S. 12).

Mittlerweile gibt es einschlägige Forschungsarbeiten bzw. Forschungsergebnisse, die auf die Bedeutsamkeit von Aktivität bzw. Aktivierung alter Menschen für den Erhalt ihrer Autonomie und ihrer Kompetenzen, für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse und/oder für die Früherkennung, die Verhinderung oder die Minimierung von Krankheiten, hinweisen.

Allerdings gibt es bisher nur wenige, in Luxemburg durchgeführte, Forschungsarbeiten, die sich mit der tatsächlichen Umsetzung von Aktivierungsmaßnahmen bei Heimbewohnern oder der Entwicklung von aktivierenden Alternativmodellen zu den gängigen Pflegemodellen befassen. Die Ausarbeitung eines Betreuungsmodells, welches eigens für eine aktivierende kompetenz-, bedürfnis- und präventionsorientierte Altenarbeit, entwickelt wird, ist demnach ein Novum für die luxemburgische Altenarbeit. Um sicher zu gehen, dass auch in der Praxis der Bedarf für ein neues angepasstes Modell besteht, wird eine empirische Analyse durchgeführt, anhand welcher ermittelt werden soll, welches Pflegeverhalten bzw. welche Pflegemodelle zurzeit in luxemburgischen Altenhilfeinstitutionen bevorzugt werden und wie weit sich die luxemburgische Altenarbeit bereits den internationalen Forschungserkenntnissen einer Autonomie fördernden Altenpflege angepasst hat.

Somit ist die vorliegende Dissertation dreigeteilt. Neben der Literaturanalyse zu den theoretischen Grundlagen der Thematik (Teil I), wird ein Betreuungsmodell für den Bereich der luxemburgischen Altenhilfe ausgearbeitet (Teil II), welches als Alternative zu den klassischen Pflegemodellen umgesetzt werden kann und sich dahingehend von den bisherigen Modellen unterscheiden soll, dass die *Pflege* der alten Menschen nicht mehr die Hauptkomponente des neuen Modells ist, sondern, dass, wie die Änderung des Namens verdeutlicht, das Hauptaugenmerk des Modells auf der *Betreuung*, d.h. auf einer Kombination aus Aktivierung, Begleitung und Pflege der Heimbewohner, liegen soll, wobei alle Komponenten als gleichwertig zu betrachten sind. Dadurch, dass von der Bezeichnung *Pflegemodell* Abstand genommen wird, soll deutlich gemacht werden, dass in der luxemburgischen Altenarbeit einen Wandel vonstattengeht. Das Betreuungsmodell wird sich von der Reduzierung der Heimbewohner auf ihre Defizite distanzieren und sich für die Bewahrung ihrer Autonomie, ihrer Würde und ihrer Selbstbestimmung einsetzen. Sein Ziel wird darin bestehen, aus der Verknüpfung von objektiven Lebensbedingungen; der Erfüllung von persönlichen Bedürfnissen und unter Beachtung der subjektiven Einschätzung der individuellen Lebenslagen, eine hohe Lebensqualität der Bewohner zu erreichen (vgl. Neise & Zank, 2016, S. 7f.; Erlemeier, 2011, S. 240).

Des Weiteren soll das neue Modell dazu beitragen, ein neues Image für die Altenhilfeeinrichtungen bzw. das Leben im Heim zu erstellen. Bedingt durch die

Fokussierung des Modells auf die Steigerung der Lebensqualität der Heimbewohner durch die Erfüllung ihrer Bedürfnisse, den Erhalt der Unabhängigkeit und die Bewahrung der Würde der alten Menschen, muss zukünftig, der Umzug in ein Heim nicht mehr mit „dem Verlust von Autonomie und Würde assoziiert“ (Abt-Zegelin & Reuther, 2011, S. 322) werden. Außerdem soll vermieden werden, dass auch weiterhin „der ‚Gang‘ in ein Altenheim für viele Menschen die Erwartung von Siechtum“ (Abt-Zegelin & Reuther, 2011, S. 322) bedeutet. Das Betreuungsmodell soll dafür stehen, dass auch das Leben in einem Heim bedeuten kann, eigenbestimmt und in Würde einen sinnvollen Lebensabend zu verbringen und dabei unterstützend betreut zu werden, ganz im Sinne von Hippokrates (460-377 v. Chr.), Plato (427-347 v. Chr.), Cicero (106-43 v. Chr.), Paracelsus (1494-1541) u. a. (vgl. Lehr, 1979, S.12; 2003b, S. 8f.), nur eben in einer, der heutigen Zeit angepassten, Art und Weise. „Diejenigen, die gewöhnt sind, gewohnte Anstrengungen zu ertragen, ertragen sie, auch wenn sie alt und schwach sind, leichter als Starke und Junge, die daran nicht gewöhnt sind“ (Hippokrates, Aphorismi II; 49/50, vgl. Müri; zit. nach Lehr, 1979, S. 12).

Der dritte Teil der Arbeit besteht aus einer empirischen Studie (Teil III), die untersucht, inwiefern die, in luxemburgischen Altenhilfeinstitutionen, angewandten Pflegemodelle noch zeitgemäß sind, d.h. ob in luxemburgischen Heimen eher nach klassischen Pflegemodellen gepflegt wird oder ob das Pflegepersonal bereits eine Autonomie fördernde Altenarbeit umsetzt. In diesem Zusammenhang stellt sich dann auch die Frage, ob die Qualifikation bzw. die Ausbildung der Mitarbeiter in den luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen einen Einfluss auf die umgesetzte Pflegepraxis hat und ob es Zusammenhänge zwischen den Arbeitsweisen der Studienteilnehmer und ihren Gefühlen, während der Pflege der Heimbewohner gibt.

Der erste Teil der Dissertation ist in vier Kapitel unterteilt und umfasst die Darstellung der theoretischen Grundlagen betreffend die Thematik der Forschungsarbeit.

Das erste Kapitel geht auf den Alterungsprozess ein. Dabei wird der demografische Wandel in Europa und in Luxemburg vorgestellt. Anschließend wird sich mit der Lebensphase *Alter* und den verschiedenen Arten, Formen, Theorien und Modellen des Alterns sowie den diesbezüglichen Veränderungen befasst. Zudem werden Begriffe wie Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität beleuchtet, da ihnen in den folgenden Kapiteln dieser Dissertation eine bedeutsame Rolle zukommt.

Das zweite Kapitel betrifft die Heimbewohner, ihren Umzug in ein Heim, die diesbezüglichen Motive und die daraus entstehenden Belastungen. Außerdem wird in diesem Kapitel auf die

aktuelle Situation in luxemburgischen Alten- und Pflegeheimen eingegangen und die Qualifikation der, in den luxemburgischen Altenhilfeinstitutionen tätigen, Pflegekräften wird analysiert.

Kapitel 3 geht näher auf die Entwicklung verschiedener Pflegemodelle aus dem deutschsprachigen Raum ein. Dabei ist eine Auswahl der bekanntesten Pflegemodelle getroffen worden, da es eine Vielzahl an Pflegemodellen unterschiedlicher Orientierungen gibt, die aber in dieser Arbeit nicht alle vorgestellt werden können (vgl. Messer, 2004, S. 77; Thieme, 2011, S. 26; Kämmer et al., 2008, S. 133ff.; Sadowski, 2003, S. 75ff.).

Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit den Bedürfnissen alter Menschen, wobei auch auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz oder von alten Menschen im Sterbeprozess eingegangen wird. Von besonderer Bedeutung ist der letzte Teil dieses Kapitels, wo anhand von Literaturstudien die neuesten Erkenntnisse der Forschung zur Wichtigkeit der Befriedigung der individuellen Bedürfnisse der alten Menschen, aufgeführt werden.

Kapitel 5 umfasst den zweiten Teil der Forschungsarbeit und ist der Entwicklung des Betreuungsmodells gewidmet. Unter anderem wird auf die Notwendigkeit der Einführung eines neuen Modells, seine Zielpopulation, seine Grundideen und auf die notwendigen Rahmenbedingungen für die Umsetzung eingegangen. Des Weiteren wird die Bedeutung des Betreuungsmodells für die Heimbewohner und die Rolle der Mitarbeiter der Institutionen beleuchtet. Ferner werden eventuelle Schwierigkeiten und/oder Grenzen aufgeführt, mit denen bei der Umsetzung des Modells zu rechnen ist.

Der dritte Teil der Dissertation befasst sich mit der empirischen Studie in Form einer Fragebogenerhebung zum Pflegeverhalten, zu den Zielen und Überzeugungen sowie den Emotionen der Studienteilnehmer und den Ergebnissen der Studie. Er umfasst vier Kapitel.

Die Forschungsfragen werden in Kapitel 6 näher erörtert und in Kapitel 7 wird auf die Methode der empirischen Studie, auf das Forschungsmaterial und auf den Ablauf der Erhebung eingegangen.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden in Kapitel 8 dargestellt und diese werden in Kapitel 9, im Rahmen der Beantwortung der Forschungsfragen, diskutiert und erläutert. Außerdem wird in diesem Kapitel eine inhaltliche und methodische Reflexion zur vorliegenden Forschungsarbeit durchgeführt.

Im letzten Kapitel werden die Ausarbeitung des Betreuungsmodells und die Beantwortung der Forschungsfragen kurz resümiert, bevor ein, auf die vorliegende Forschungsarbeit

aufbauender Ausblick auf zukünftige Entwicklungen bzw. zukünftige Forschungsarbeiten, die Dissertation abschließt.

I. Theoretische Grundlagen und Stand der Forschung

1 Der alte Mensch

In der vorliegenden Dissertation soll sich mit der Betreuung von alten Menschen in luxemburgischen Alten- und Pflegeheimen auseinandergesetzt werden. Dabei ist es unerlässlich sich vorab mit dem demografischen Wandel, den unterschiedlichen Altersphasen und Altersformen, sowie den verschiedenen Dimensionen des Wohlbefindens der Zufriedenheit und der Lebensqualität im Alter auseinanderzusetzen.

1.1 Der demografische Wandel

Der Wandel der Bevölkerungsstruktur und die steigende Lebenserwartung stellen die öffentlichen Instanzen, die Forschung und die Gesellschaft vor große Herausforderungen. Die Menschen werden zunehmend älter und diese Entwicklung wird auch in Zukunft weitergehen, denn die Bevölkerungsalterung ist eine langfristige Entwicklung. Sie wird Veränderungen mit sich bringen, die in der Gesellschaft immer spürbarer werden (vgl. Haustein & Mischke, 2011, S. 15). Die Auswirkungen dieses demografischen Wandels sind tiefgreifend. Der erwerbstätige Teil der Gesellschaft wird in Zukunft mit erhöhten Sozialabgaben rechnen müssen für Renten, Gesundheitsversorgung, Pflege und Betreuung des wachsenden Anteils an alten Menschen in der Gesellschaft, denn materielle Absicherung ist ein wichtiges Fundament für Lebensqualität im Alter. Des Weiteren müssen sich die Senioren in die Gesellschaft integrieren können, um zu verhindern, dass sich die zunehmende ältere Bevölkerungsschicht ausgegrenzt und isoliert bzw. einsam fühlt und ein Leben ohne Sinnhaftigkeit führen muss, was wiederum negative Konsequenzen auf den Alterungsprozess haben würde.

Allerdings hat der demographische Wandel nicht nur negative Seiten, denn die zunehmende Lebenserwartung bietet vor allem den älteren Menschen auch neue Perspektiven, wenn sie es denn schaffen sich den neuen Herausforderungen zu stellen: Senioren können auch im Alter noch sehr produktiv sein und in neue Rollen schlüpfen (z.B. ehrenamtliche Tätigkeiten oder Aufgaben innerhalb der Familie übernehmen, usw.) oder einfach die Dinge tun für die während der Erwachsenenphase, bedingt durch Beruf und/oder Kinderbetreuung, keine Zeit war. „Altern ist nämlich weder nur ein biologisches Schicksal noch nur ein gesellschaftliches Schicksal, Altern ist im Wesentlichen auch individuelle Selbstbestimmung“ (Perrig-Chiello, 2007, S. 2).

1.1.1 Die demografische Situation in Europa

Der demografische Wandel in Europa wird sich in den kommenden Jahren fortsetzen, denn die weiterhin niedrigen Geburtenraten und die gesteigerte Lebenserwartung werden zu einer wesentlichen Alterung der Bevölkerung führen, besonders weil in den nächsten Jahren die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegsjahre in den Ruhestand treten werden. Somit wird ein Großteil der finanziellen und gesellschaftlichen Belastungen auf die sinkende erwerbsfähige Bevölkerung abgewälzt werden. Der Gesamtbelastungsquotient⁵ bei den 28 europäischen Staaten betrug, für das Jahr 2014, 51,8 Prozent, was gleichbedeutend ist mit der Tatsache, dass auf einen nicht erwerbsfähigen Einwohner nur noch etwa zwei erwerbsfähige kommen. Nach Schätzungen von Eurostat (2015) wird dieser Gesamtbelastungsquotient bis zum Jahr 2080 voraussichtlich auf 77,9 % ansteigen (vgl. Eurostat, 2015a).

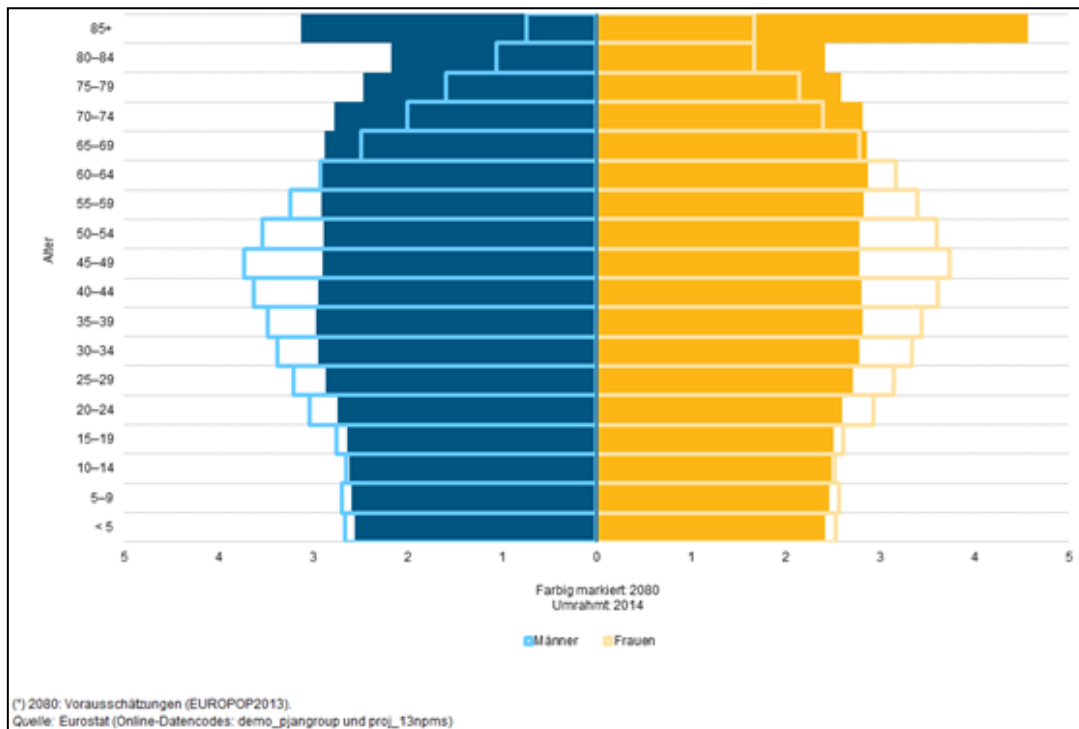


Abbildung 1: Bevölkerungspyramiden, EU-28, 2014 und 2080 (in % der Gesamtbevölkerung) (Eurostat, 2015a).

⁵ "The total age-dependency ratio is a measure of the age structure of the population. It relates the number of individuals who are likely to be "dependent" on the support of others for their daily living – the young and the elderly – to the number of those individuals who are capable of providing this support. The total-age-dependency ratio is the ratio of the sum of the number of young and the number of elderly people at an age when both groups are generally economically inactive, (i.e. under 15 years of age and aged 65 and over), compared to the number of people of working age (i.e. 15-64 years old)" (Eurostat, 2013).

Bereits zum jetzigen Zeitpunkt stellt die Bevölkerungspyramide (vgl. Abbildung 1) der 28 europäischen Staaten keine wirkliche Pyramide mehr dar, d.h. dass sie nicht mehr an der Basis (Kinder und Jugendliche) breiter ist und sich gleichmäßig nach oben hin (durch alle Altersklassen hindurch) zuspitzt. Die Alterspyramide für das Jahr 2014 ähnelt eher einer Raute, die in der Mitte (die Alterssegmente der 20- bis 59-Jährigen betreffend) etwas breiter ist und nahe der Basis (Kinder und Jugendliche) und zur Spitze hin (ältere Menschen und Hochbetagte) schmaler wird und somit anzeigt, dass zur Zeit die Altersgruppe zwischen 20 und 59 Jahren stärker ausgeprägt ist, als die Kinder und Jugendlichen respektive die Über-60-jährigen. Die geschätzte Alterspyramide für das Jahr 2080 (vgl. Abbildung 1) ähnelt sogar eher einem Rechteck oder einem „Block“, in welchem kein Alterssegment, außer dem der hochbetagten Frauen, deutlich hervorsticht (vgl. Eurostat, 2015a).

Diese Vorausschätzung lässt darauf schließen, dass der Alterungsprozess der Bevölkerung in den europäischen Staaten in den kommenden Jahren weitergehen wird. Am 1. Januar 2015 entsprach der Bevölkerungsanteil der Menschen über 65 Jahren in den EU-Staaten 18,9 Prozent (vgl. Destatis, 2017) mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 80,6 Jahren („83,3 Jahre für Frauen und 77,8 Jahre für Männer“) (vgl. Eurostat, 2015b). Bis 2080 sollen die alten Menschen 28,7 Prozent der Bevölkerung der 28 europäischen Staaten ausmachen (vgl. Eurostat, 2015a). Demnach wird der demografische Wandel in den europäischen Staaten weiter voranschreiten, allerdings in einem regionalen und zeitlich unterschiedlichen Verlauf. Während zum Beispiel in Irland der Anteil der über 65-Jährigen seit langem relativ konstant und am niedrigsten von allen EU-Ländern ist (11,3 %), leben in Deutschland mit 20,7 % die meisten Menschen im Alter über 65 Jahre. Allerdings wird auch z.B. Irland in den kommenden Jahren, bedingt durch die sinkenden Geburtenziffern, mit einem steigenden Anteil an älteren Menschen rechnen müssen (vgl. Eurostat, 2015a).

Auch die Anzahl an Hochbetagten nimmt in Europa stark zu. So lebten zum Beispiel in den Niederlanden 2010 mehr als 1700 Menschen, die 100 Jahre alt oder älter waren, was im Vergleich zu 1960 ein Anstieg von 2800 Prozent bedeutet, denn damals gab es lediglich 60 Personen in dieser Altersklasse (die niederländische Gesamtbevölkerung ist im gleichen Zeitraum um etwa 45 % gewachsen) (vgl. Haustein & Mischke, 2011, S. 14). Die gleiche Tendenz besteht auch in anderen europäischen Ländern wie zum Beispiel in Deutschland, wo die Zahl der Über-100-jährigen von 100 Personen im Jahr 1956 auf 14 000 im Jahr 2012 angestiegen ist (vgl. Schwentker & Elmer, 2014), gleichbedeutend mit einer Zunahme von 14 000 %.

Auch in Zukunft wird sich der demografische Wandel in Europa, bedingt durch sinkende Geburtenzahlen und steigende Lebenserwartung, weiter fortsetzen. Dabei können Migranten, die meist relativ jung sind bei ihrer Einwanderung, zwar einen „Verjüngungseffekt“ auf die Bevölkerungsstruktur ausüben (vgl. Haustein & Mischke, 2011, S. 15), aber um die Tendenz des Alterns der Bevölkerung zu reduzieren oder gar zu wenden, müssten es große Einwanderungswellen in Europa geben. „Die Größenordnungen der zum Ausgleich notwendigen Migrationsströme (Einwanderungsquoten) sind viel größer, als man gemeinhin glaubt. In Deutschland müssten beispielsweise in den nächsten 50 Jahren mehr als 100 Millionen einwandern, um diese Verschiebung in der Altersstruktur zu verhindern“ (Baltes, 2005, S. 13).

Inwieweit, der seit dem Jahr 2015 verstärkt einsetzende Flüchtlingsstrom den demografischen Wandel in den europäischen Ländern verändern wird, bleibt abzuwarten. Laut Angaben von Oberhuber (2015) kann diese Migrationswelle den Alterungsprozess der europäischen Bevölkerung aber durchaus beeinflussen. „Auf einen Schlag kommen sehr viele Menschen nach Europa – und sie sind mehrheitlich jung: Knapp 80 Prozent aller Flüchtlinge, die in diesen Tagen die EU erreichen, sind jünger als 35 Jahre. Menschen, die älter als 50 Jahre sind, muss man fast mit der Lupe suchen. Insgesamt, so hat die Statistikbehörde der Europäischen Union errechnet, drücken die Asylsuchenden den Bevölkerungsschnitt in der EU um 6,5 Jahre von durchschnittlich 41,2 Jahren auf 34,7 Jahre. So jung war Europa schon lange nicht mehr.“ (Oberhuber, 2015).

1.1.2 Die demografische Situation in Luxemburg

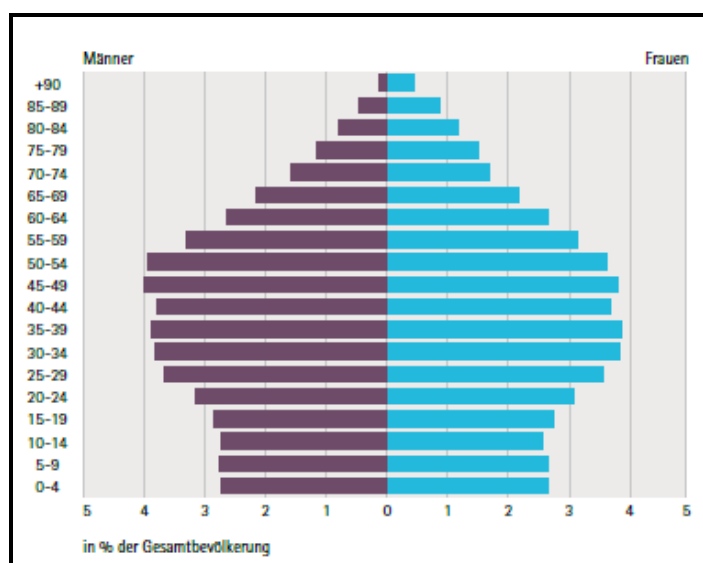


Abbildung 2: Altersstruktur der Bevölkerung (Stand am 1.1.2017) (STATEC, 2017, S. 13).

Luxemburg hatte am 1. Januar 2017, 83 879 Einwohner, die älter als 65 Jahre waren (Gesamtbevölkerungszahl: 590 700 Personen) (STATEC, 2017, S. 12f., vgl. Abbildung 2) gegenüber 70 046 Über-65-jährigen im Jahr 2010 (Gesamtbevölkerungszahl: 524 853 Einwohner) (vgl. Zahlen, 2011, S. 1; 2012, S. 1) und 33 809⁶ Senioren im Jahr 1960 (Gesamtbevölkerungszahl: 313 050 Einwohner) (vgl. Zahlen, 2012, S. 1). Dies bedeutet ein Anstieg von etwa 60%⁷ der Über-65-jährigen in Luxemburg innerhalb von 57 Jahren. Allein in den letzten sieben Jahren hat die Zahl der Senioren in Luxemburg um 13 833 Personen zugenommen, was einer Steigerung von 20%⁸ seit 2010 gleichkommt. Die durchschnittliche Lebenserwartung in Luxemburg liegt laut Eurostat bei den Frauen bei 84,7 Jahren und bei den Männern bei 80,0 Jahren (vgl. Destatis, 2017).

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung von 590 700 Personen (Stand am 1. Januar 2017) waren 14,2 Prozent der Einwohner älter als 65 Jahre und davon waren mehr als die Hälfte weiblich (7,9%) (vgl. STATEC, 2017, S. 11f.). Zu diesem Zeitpunkt waren 4% der Gesamtbevölkerung (23 600 Personen) älter als 80 Jahre (vgl. Eurostat, 2016). Mit dem Prozentsatz von 14,2% lag Luxemburg noch etwa 4,7% unter dem durchschnittlichen

⁶ Eigene Berechnung anhand von Daten von Zahlen (2012).

⁷ Eigene Berechnung anhand von Daten von STATEC (2017) und Zahlen (2012).

⁸ Eigene Berechnung anhand von Daten von Zahlen (2011) und Zahlen (2012).

Bevölkerungsanteil der über 65-jährigen EU-Einwohner, welcher am 1. Januar 2015, 18.9 Prozent betrug (vgl. Eurostat, 2017).

Laut Zahlen (2011) wird aber auch der prozentuale Anteil der älteren Menschen in Luxemburg in den kommenden 50 Jahren stärker innerhalb der Gesamtbevölkerung ansteigen, insbesondere im Vergleich zu den vergangenen fünf Jahrzehnten (vgl. S. 2). 2060 werden (bei einer geschätzten Gesamteinwohnerzahl von 774 000 Einwohnern) etwa „197 000 Personen“ in Luxemburg leben, die älter als 65 Jahre sind (Zahlen, 2011, S. 2), im Vergleich zu 83 879 Senioren im Jahr 2017. Dies bedeutet ein Anstieg von 134.86⁹ Prozent innerhalb von 43 Jahren. (Zum Vergleich: In den vergangenen 57 Jahren betrug der prozentuale Anstieg 3.4%)¹⁰. Die Senioren werden im Jahr 2060 voraussichtlich 25 Prozent der Bevölkerung ausmachen, im Vergleich zu 14.2 Prozent im Jahr 2017 (vgl. Zahlen, 2011, S. 2; STATEC, 2017, S. 11f.).

1.2 Das Alter – das Altern

Man muss einen Unterschied machen zwischen dem *Alter*, als Lebensabschnitt und dem *Altern*, als Prozess der Veränderung während einer Lebensphase. „Wenn der Begriff Alter verwendet wird, stehen die älteren Menschen und das Resultat des Altwerdens im Vordergrund, das Alter als Lebensperiode und die Alten als Bestandteil der Gesellschaft. Wenn dagegen von Altern gesprochen wird, liegt der Schwerpunkt auf der Untersuchung von Prozessen und Mechanismen, die zum Alter führen und die dem Altwerden zugrunde liegen“ (Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 8).

1.2.1 Das Alter

Der menschliche Lebensweg wird oftmals in drei Phasen aufgeteilt: die Kindheit respektive Jugendzeit, das Erwachsenenalter und das Alter oder nach Tesch-Römer und Wurm (2009): „Bildungsphase, Erwerbstätigkeits- und Familienphase, sowie Ruhestand“ (S. 9). Dabei rückt zur Zeit besonders die Lebensphase „Alter“, bedingt durch den demografischen Wandel, in den Vordergrund, insbesondere weil sich dieser Lebensabschnitt in den vergangenen

⁹ Eigene Berechnung anhand von Daten von STATEC (2017) und Zahlen (2011).

¹⁰ Trotz einer deutlich ansteigenden Seniorenzahl in den vergangenen Jahrzehnten, ist der Anteil der Über-65-jährigen, im Vergleich zum Rest der Bevölkerung, zwischen 1960 und 2017 (also in 57 Jahren) nur um 3.4% gestiegen von 10,8 Prozent im Jahr 1960 auf 14.2 Prozent im Jahr 2017 (vgl. Thill-Ditsch, 2010, S. 1; STATEC, 2017, S. 11f.). Diese Tatsache beruht auf dem gesamten Bevölkerungswachstum Luxemburgs und ist bedingt durch die große Zahl an Zuwanderern, die sich in der Vergangenheit hauptsächlich im arbeits- und/oder gebärfähigen Alter in Luxemburg niedergelassen haben (vgl. Zahlen, 2011, S. 1).

Jahrzehnten deutlich verlängert hat, zum einen durch die gesteigerte Lebenserwartung und zum anderen durch die Tendenz zu einem früheren Eintritt in den Ruhestand, denn oft wird der Beginn der Lebensphase „Alter“ mit der Pensionierung gleichgestellt (vgl. Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 9).

Obwohl es durch die frühere und flexiblere Berentung keine feste Altersgrenze mehr für den Eintritt in den Ruhestand gibt, „wird in der Gerontologie der Beginn des Alters nicht selten mit einer chronologischen Altersgrenze von 60 oder 65 Jahren angesetzt“ (Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 9). Bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung in Europa von 80,6 Jahren (vgl. Kapitel 1.1.1.) kann der Lebensabschnitt „Alter“ demnach mehrere Jahrzehnte dauern. Daher wird in der Gerontologie diese Lebensphase oft noch einmal unterteilt, in „Drittes Alter“ und „Viertes Alter“. Als Grundlage für diese Aufteilung dient für zahlreiche Autoren die Berliner Altersstudie¹¹, aus welcher hervorgeht, dass ab dem kalendarischen Alter von 80 bis 85 Jahren verstärkt biologische, kognitive und psychische Veränderungen festzustellen sind und auch im medizinischen Bereich, ab diesem Alter, vermehrt körperliche und/oder psychische Erkrankungen auftreten (vgl. Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 9).

Da es aber keine bestimmbareren Richtlinien gibt, die den Wechsel von einer Altersphase in die nächste definieren, und weil die meisten Veränderungen während des Alters von den individuell unterschiedlichen Alterungsprozessen mitbestimmt werden und somit schwierig am chronologischen Alter festgemacht werden können, ist es fragwürdig, ob es richtig ist das „Dritte“ und das „Vierte“ Alter von einander zu unterscheiden. Dies erklärt vielleicht auch, warum in unterschiedlichen Publikationen der Beginn des „Vierten Alters“ anders definiert wird, zum Beispiel geben Tesch-Römer und Wurm (2009) für den Beginn dieser Periode 80 bis 85 Jahre an (vgl. S. 9), für Paul Baltes (2005) dagegen beginnt diese Lebensphase meistens erst mit 85 bis 90 Jahren (vgl. S. 9). Allerdings beschreibt auch er, in seiner Publikation von 2004, das „Dritte Alter“ als eine Phase für „die 60- bis 80-Jährigen“. Dies zeigt, dass der genaue Beginn des „Vierten Alters“ schwer zu bestimmen scheint. Aber alle Autoren sind sich einig, dass mit dem Erreichen der Phase des „Vierten Alters“ auch die „Wahrscheinlichkeit für Gesundheitsprobleme – wie etwa Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und Demenz“ (Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 9) deutlich zunimmt (vgl. Amrhein, 2011; Baltes, 2005); 2007; Tesch-Römer & Wurm, 2009).

¹¹ „Die Berliner Altersstudie ist eine multidisziplinäre Untersuchung alter Menschen im Alter von 70 bis über 100, die im ehemaligen Westteil Berlins lebten. In der Hauptstudie (1990–1993) wurde eine Kernstichprobe (siehe Stichproben) von 516 Personen in 14 Sitzungen hinsichtlich ihrer geistigen und körperlichen Gesundheit, ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit und psychischen Befindlichkeit sowie ihrer sozialen und ökonomischen Situation untersucht“ (Lindenberg et al., 2010).

Das Dritte Lebensalter

Das Dritte Lebensalter betrifft den Lebensabschnitt von 60 bis 80 Jahren (Baltes, 2004; Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 9). Amrhein (2011) bezeichnet diesen Lebensabschnitt als die „Phase der persönlichen Errungenschaften und Erfüllung“ (S. 5). Vordergründig geht es während dieser Periode darum, dass die „Jungen Alten“ durch die Weiterentwicklung der Gesellschaft und durch eigene Initiativen das Altern selber mitgestalten können. „Plastizität“ oder Gestaltbarkeit des Alters spielt besonders im Dritten Lebensalter eine wichtige Rolle, denn während dieser Phase haben die Senioren vermehrt die Möglichkeit ihre Fähigkeiten und Kompetenzen so einzusetzen, dass sie den Prozess des Alterns in unterschiedlichen Bereichen mitgestalten und individuell beeinflussen können, sei es physisch durch körperliche Übungen, um zum Beispiel die Kraft der Muskeln zu stärken oder geistig durch „Lern- und Gedächtnistraining“, um „hirnorganisch bedingte“ Verluste auszugleichen (vgl. Höpflinger, 2009). Dadurch sind die jungen Alten heute, mit 70 Jahren, in einer vergleichbar guten körperlichen und geistigen Verfassung, wie vor 30 Jahren etwa die 65-jährigen Senioren oder vielleicht sogar wie die damals 60-Jährigen. Somit ist diese Altersklasse um fünf bis zehn aktive Lebensjahre verlängert worden.

Die Lebensqualität und der Gesundheitsstatus in dieser Altersphase haben sich gegenüber früheren Generationen verbessert und scheinen künftig sogar noch steigerbar zu sein (vgl. Baltes, 2007, S. 17; 2004). Außerdem verfügen diese Senioren mehrheitlich über verbesserte finanzielle Grundlagen und über ein höheres „Bildungs- bzw. Qualifikationsniveau“ als Gleichaltrige früherer Generationen (vgl. van Dyck & Lessenich, 2009, S. 11). All diese Voraussetzungen geben ihnen die Möglichkeit, dass sie während eines längeren Zeitraumes „zu einer selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung fähig sind“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 29) und dass die Senioren dieser Altersklasse in Zukunft „länger in der Lage sein werden, einen aktiven Beitrag zum Wohle der Gesellschaft zu leisten und ein gewisses Maß an Reziprozität zwischen den von anderen in Anspruch genommenen und den für andere erbrachten Leistungen aufrechtzuerhalten“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 29).

Das Vierte Lebensalter

„Das Leitmotiv der Gerontologie ‚Add more life to years, not more years to life‘ scheint im hohen Alter immer weniger umsetzbar“ (Baltes, 2004), besonders im „Vierten“ Lebensalter, welches in den Industrieländern des Westens etwa ab dem kalendarischen Lebensalter von 85 bis 90 Jahren beginnt (vgl. Baltes, 2005, S. 9).

Während dieser letzten Altersphase nehmen die gesundheitlichen Probleme und Einschränkungen, egal ob physischer, kognitiver oder psychischer Natur, erheblich zu. Es gibt allerdings auch Ausnahmeerscheinungen, die auch bis ins sehr hohe Lebensalter durchaus fit bleiben. So beschreibt Baltes (2005) in einem Beispiel aus der Berliner Altersstudie, dass „die psychometrisch gemessene Intelligenz einer Über-100-jährigen im oberen Bereich der 70-Jährigen“ (S. 4) lag. Aber im allgemeinen gilt dieser Lebensabschnitt als Phase, wo sich eine „Schere zwischen Lebenslänge und Lebensqualität“ bildet (Baltes, 2005, S. 9), und dies weil Menschen mittlerweile durch die medizinischen Fortschritte auch im hohen Alter „ohne Lebensqualität und voll auslebbarer Menschenwürde länger und länger leben“ (Baltes, 2005, S. 9) können.

„Die ‚risques heureux‘ des guten Dritten Alters geraten im Vierten Alter für fast alle zu ‚risques malheureux‘“ (Baltes, 2005, S. 8f.). Selbst für Menschen dieser Altersklasse, ohne auffällige Pathologien oder Einschränkungen, wird es zunehmend schwieriger neue „Inhalte“ zu erlernen (vgl. Baltes, 2004). Die Berliner Altersstudie hat belegt, dass unter Menschen, die etwa 90 Jahre alt sind, zirka 50 Prozent an Demenz leiden, wobei es bei den 80-jährigen nur 10 bis 15 Prozent sind und unter den 70-Jährigen sogar weniger als fünf Prozent (vgl. Baltes, 2005, S. 10). Auch pathologische, psychologische und soziale Einschränkungen und Einbußen machen sich verstärkt ab dem Vierten Lebensalter bemerkbar. „Jenseits von 85 Jahren liegt die Zahl derer, die unter chronischen Belastungen leiden und niedrige Funktionswerte zeigen, fast fünfmal höher als bei den 70- bis 85-Jährigen“ (Baltes, 2005, S. 9f.).

Ob diese Begleiterscheinungen des hohen Alters, in Zukunft durch neue Forschungserkenntnisse, verbessert werden können, bleibt abzuwarten, denn laut Baltes (2004) muss man sich bewusst sein, dass für die Hochbetagten, die Gestaltbarkeit des Alters erheblich schwieriger ist als für die Jungen Alten. Die Herausforderung für die Zukunft wird es demnach sein, „das Vierte Alter durch Vorsorge und Therapie von seinen schlimmsten Übeln, wenn nicht zu befreien, so zumindest zu entlasten“ (Baltes, 2004).

1.2.2 Das Altern

Altern oder *Älterwerden* beschreibt Prozesse oder Abläufe, die sich im Laufe eines Lebens im menschlichen Körper abspielen und während denen Veränderungen im Lebenslauf eines Menschen, aber auch in dessen Körper vor sich gehen. *Altern* ist normalerweise mit Einbußen von körperlichen und geistigen Fähigkeiten verbunden. Je älter man wird, um so größer scheinen die Verluste und Einschränkungen zu sein: auf physiologischer Basis durch

körperliche Veränderungen, auf geistiger Ebene durch Abbau und Verlust von fluiden Intelligenz und auf sozialer Ebene durch Rollenverluste oder den vermehrten Verlusten von nahestehenden Menschen und umso größerer sind die Bedrohungen durch gesundheitliche Probleme und Belastungen. *Altern* ist ein individueller Prozess, der bei jedem Menschen anders abläuft und von zahlreichen Faktoren, wie zum Beispiel von der Genetik, von Umwelteinflüssen (Beruf, Ernährung, Stress, Alkohol-, Nikotin-, Medikamentenkonsum, usw.), von Zellveränderungen, von bewältigten Krankheiten, usw. abhängt, aber *Altern* ist auch durch Eigeninitiative der einzelnen Personen gestaltbar und veränderbar. *Altern* ist demnach nicht nur an die Zahl der Lebensjahre gebunden, sondern auch an physiologische, biologische, psychologische und soziale Prozesse (vgl. Baltes, 2005; Baltes, 2007; Zürcher & Fassl-Garbani, 2010; Tesch-Römer & Wurm, 2009; Kade, 2009, S. 38).

Die verschiedenen Arten des Alterns

Das kalendarische oder chronologische Altern

Das kalendarische oder chronologische Altern drückt das Alter in Lebensjahren aus, d.h. es gibt an, wie lange ein Mensch bereits lebt und in welcher Lebensphase er sich gerade befindet. Aber wenn man das Alter nur nach Lebensjahren betrachtet, sagt dies sehr wenig über die physische und psychische Beschaffenheit oder Leistungsfähigkeit, über die Kompetenzen, über das Wesen oder über die Individualität einer Person aus. Allerdings sind viele Verpflichtungen und Aufgaben an das kalendarische Lebensalter gebunden und beim Erreichen einer vorgegebenen Altersgrenze wird von der Gesellschaft erwartet, dass diese dann umgesetzt werden, ohne dabei die psychischen, physischen oder sozialen Kompetenzen der betroffenen Personen zu beachten (vgl. Jasper, 2002, S. 59).

Das biologische oder physiologische Altern

Mit steigendem kalendarischem Alter kommt es oftmals zu fortschreitenden Modifikationen verschiedener Funktionen des menschlichen Körpers. Diese können fast unmerklich vonstattengehen, sie können aber auch von ausgeprägter Natur sein. Dies ist abhängig von den individuellen Alterungsprozessen. Eine Ursache für das biologisch-physiologische Altern (ohne den zusätzlichen Einfluss von Krankheiten) kann sein, dass die „Zellteilung des Organismus, die für eine ständige endogene Erneuerung der Zellen sorgt, nicht mehr ausreichend funktioniert“ (Kade, 2009, S. 38). Dabei darf man aber keinesfalls biologisches oder physiologisches Altern mit Krankheit verwechseln. Es ist aus Sicht der menschlichen Entwicklung ein normales Phänomen, welches allerdings durch Krankheit oder exogene Einflüsse beschleunigt werden kann, bzw. physiologische Veränderungen (vgl. Tabelle 1)

können die Ursache dafür sein, dass der Organismus anfälliger wird für Krankheiten und dass dadurch das biologische Altern beeinflusst wird (vgl. Kade, 2009, S. 38; Trögner & Sieber, 2006, S. 42; Erlemeier, 2002, S. 64).

Physiologische Veränderungen während des Alterns

Tabelle 1 : ausgewählte altersbedingte physiologische Veränderungen (angelehnt an Specht-Tormann 2015; Brendebach 2007; Trögner & Sieber 2006; Walter & Schwartz 2001; Hansen 2007).

Organ/System	Art der physiologischen Veränderungen
Allgemein	Wasserverlust des Körpers; Zunahme des Körperfetts; Abnahme des Durstgefühls; Zunahme der Sättigungsperzeption
Atmung	reduzierte Sauerstoffaufnahme durch fortschreitenden Elastizitätsverlust der Lungen
Augen	Verminderung der Sehschärfe, der Farb- und Kontrastwahrnehmung; Linsenablagerungen (Verdickung, Trübung als Folge); Altersweitsichtigkeit
Gehirn	Abnahme der Gehirnmasse; Verlangsamung der Informationsverarbeitung durch Verminderung der Nervenleitgeschwindigkeit und Veränderungen an den Nervenzellen; Abnahme der Merkfähigkeit; sinkende Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit; Auftreten von regressiven Merkmalen, wie senilen Plaques, Ablagerung von Lipofuscin und neurofibrillären Veränderungen; Abnahme der Gehirnmasse
Gehör	Altersschwerhörigkeit
Geruchs- und Geschmackssinn	Abnahme der Anzahl der Geschmackszellen, Geschmacksknospen und der Geruchszellen; Reduktion der Geschmacksempfindung
Haare	Haare werden dünner und/oder grauer; Haarverlust
Haut	zunehmender Verlust an Elastizität und Festigkeit der Haut (Hautveränderungen, Falten, usw.); Haut wird dünner; Zunahme von Pigment- und Lipofuscinflecken auf der Haut
Herz-Kreislauf-System	Einlagerung von Fett und Bindegewebe im Herzmuskel; Abnahme von Muskelmasse; sinkende Herzfrequenz durch geringere Leistungsfähigkeit des Herzens; Abnahme des Sauerstofftransports; Erhöhung des arteriellen Blutdrucks; Blutgefäße werden starrer und enger
Hormone	Hormonelle Steuerungsvorgänge werden durch Rezeptorenveränderungen der Zellen anfälliger für Fehler

(Tabelle wird fortgesetzt)

Tabelle 1 (Fortsetzung)

Organ/System	Art der physiologischen Veränderungen
Immunsystem	weniger Aktivität des Immunsystems: verzögerte Wundheilung, höhere Anfälligkeit für Infektionen, Tumorbildungen und andere Erkrankungen
Skelett und Gelenke	geringere Belastbarkeit und gesteigerte Gefahr von Knochenbrüchen durch geringere Festigkeit der Knochen bedingt durch Abnahme der Knochendichte; Verlust an Elastizität von Sehnen, Bändern und Knorpelgewebe; Gelenksveränderungen; Zunahme von Verkalkungen und Verknöcherungen; Veränderung der Körperhaltung: Körpergröße nimmt ab, gebückte Haltung, Rundrücken, usw.
Magen-Darm-Trakt	Veränderung der Schleimhaut und der Muskulatur des Magen-Darm-Traktes; Verlangsamung der Dickdarmbewegungen; Divertikelbildung; Funktionsstörungen (Obstipation und Stuhlinkontinenz)
Mundhöhle	Verlust von Zähnen und Reduzierung von Geschmacksknospen
Muskulatur	fortschreitende Abnahme der Muskelfasern, Muskelmasse und Muskelkraft bei gleichzeitig zunehmenden Einlagerungen von Binde- und Fettgewebe
Nierenfunktion	Schlechtere Durchblutung und Verkleinerung der Nieren
Organe	Verkleinerung der Organe und Verlust an Leistungskraft durch Verringerung des Wassergehaltes des Gewebes
Tastsinn	Abnahme der Hautsensibilität; Verminderung der Tastkörper
Urogenitaltrakt	Reduktion des Tonus und des Fassungsvermögens der Harnblase; Prostatavergrößerung; Harninkontinenz

Das psychologische Altern

Psychologisches Altern ist ein Prozess, der aus verschiedenen Entwicklungsphasen besteht. Dabei können verschiedene Bereiche der psychischen Funktionen von Defiziten, von Entwicklung und/oder von Beständigkeit geprägt sein. Hierbei handelt es sich um die kognitiven Ressourcen und Kompetenzen, die eigene Identität und/oder das „emotionale Erleben“. In diesen Bereichen lassen sich im Laufe des psychologischen Alterns Modifikationen feststellen, die durch den Alterungsprozess bedingt sind und die Einflüsse auf die Autonomie, das Wohlbefinden und auf die soziale Eingliederung der alten Menschen haben (vgl. Gunzelmann, 2008, S. 75).

Bei den kognitiven Leistungen geht es um Änderungen in „sensorischer, kognitiver, affektiver und psychomotorischer Hinsicht“ (Stracke-Mertes, 2003, S. 34), wobei sich die alten Menschen den individuellen Herausforderungen der altersbedingten Veränderungen stellen müssen. Bei den Einflüssen auf die Persönlichkeit handelt es sich um „das subjektive Erleben des eigenen Alters. Selbstbild, Identität und Selbstbewertung eigener Fähigkeiten charakterisieren das psychologische Alter“ (Stracke-Mertes, 2003, S. 34).

Unter psychologischem Altern versteht man aber auch „das Streben nach Persönlichkeitsentwicklung unter den erschwerten Bedingungen der Alterssituation. Das Streben hat etwas zu tun mit Sinnerfüllung und möglichst positiver Lebensbilanzierung“ (Erlemeier, 2002, S. 64f.). Dabei spielt die Erfüllung von bewussten und unbewussten, von objektiven und subjektiven Bedürfnissen und Erwartungen eine bedeutende Rolle. „Die entscheidende Voraussetzung für ein erfolgreiches, zufriedenes Altern ist eine Übereinstimmung von kognitiver Strukturen und Bedürfnissen des alternden Menschen, eine Ausgewogenheit zwischen Bedürfnissen und erlebter Realität“ (Backes & Clemens, 2008, S. 98).

Mit zunehmendem Alter wird dies immer schwieriger, denn zwar können auch sehr betagte Menschen noch Kompetenzen haben, um mit existentiellen Erfahrungen wie Verlust, Tod, usw. umzugehen, doch es fehlen ihnen doch verschiedene Bewältigungsstrategien von Adaptationsabläufen, die es ihnen vereinfachen könnten ihr inneres Gleichgewicht einfacher wieder herzustellen. Da diese Anpassungsstrategien nur noch bedingt vorhanden sind, werden die Betroffenen, bedingt durch einschränkende Behinderungen und/oder Krankheiten, psychisch und seelisch verletzlicher (vulnerabler). „Umso wichtiger werden psychische Rahmenbedingungen und die Sinnhaftigkeit des Seins, die durch Interessen, soziale Bedingungen und sinnvolle Aufgaben gekennzeichnet sind“ (Backes & Clemens, 2008, S. 102).

Psychische Veränderungen im Alter

Kognitive Fähigkeiten ändern sich im Alter auf unterschiedliche Art und Weisen, was aber nicht gleichbedeutend ist mit der Tatsache, dass sie dadurch ausschließlich eingeschränkt oder abgebaut werden (vgl. Abbildung 3). Mit zunehmendem Alter sind zwar Veränderungen im Bereich der Intelligenzleistungen der alten Menschen festzustellen, allerdings muss hier ein Unterschied zwischen fluider und kristalliner Intelligenzleistung gemacht werden.

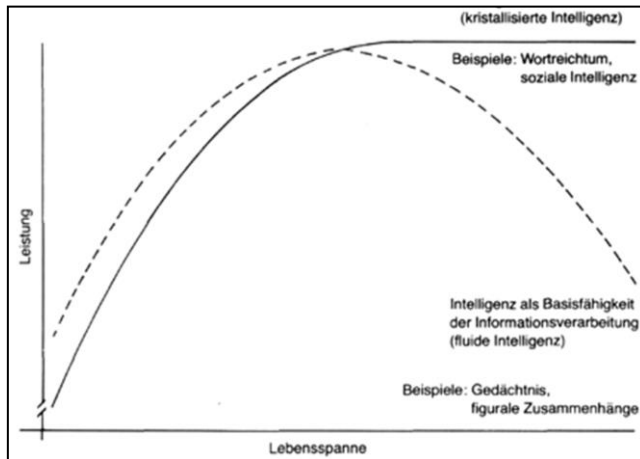


Abbildung 3: Verlauf der fluiden und kristallinen Intelligenz (Baltes & Salthouse, o.D., S.11).

Lediglich die fluide Intelligenz, (die sich bereits in der Kindheit sehr schnell entwickelt), nimmt während des Älterwerdens, zwar individuell verschieden, aber doch stetig ab. Sie umfasst Leistungen wie „die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“, die Fähigkeit zur Lösung kognitiver Probleme, die „Verschlüsselung von Information“ im „Kurzzeit- oder Arbeitsgedächtnis“ und deren Übertragung in den „Langzeitspeicher“ sowie das „Neuerlernen“ oder die „Kontrolle von Lernvorgängen“ (Kruse, 2001, S. 4; Gatterer & Croy, 2005, S. 4). Die wirklichen geistigen Stärken des Alters liegen in der kristallinen Intelligenz, welche „stärker bildungs-, erfahrungs- und übungsabhängig“ (Gatterer & Croy, 2005, S. 4) ist, oder wie Kruse (2001) es ausdrückt: „Potentielle(n) Stärken des Alters“ liegen „in den primär erfahrungs-, wissens- und fertigkeitbasierten Leistungen“¹² (S. 4). Die Leistungen der kristallinen Intelligenz (z.B. Sprachkompetenz, soziale Fähigkeiten oder „Fachwissen“) können durch Übungen oder Training bis ins hohe Alter bewahrt oder sogar gefördert werden, wenn sie nicht durch Erkrankungen negativ beeinflusst oder behindert werden. Besonders die „fertigkeitbasierten Leistungen“ im Zusammenhang mit der Entwicklung von Vorgehensweisen im Umgang mit kognitiven Herausforderungen und Belastungen des Alltags sind besonders wichtig für die Entwicklung der „psychischen Widerstandsfähigkeit“, welche maßgeblich am Wohlbefinden älterer Menschen beteiligt ist, da diese während ihres Lebens, Fähigkeiten entwickeln, die ihnen im Alter helfen, Verluste und Einschränkungen besser zu verarbeiten (vgl. Kruse, 2001, S. 4; Baltes, 2004).

¹² „Die reflektierte Auseinandersetzung mit neuen Erfahrungen und Anforderungen - als Grundlage erfahrungsbasierter Leistungen -, die kontinuierliche Erweiterung unseres Wissens und dessen Organisation zu Wissenssystemen - als Grundlage wissensbasierter Leistungen - sowie die Ausbildung und Verfeinerung von Strategien zur Lösung kognitiver und alltagspraktischer Anforderungen - als Grundlage fertigkeitbasierter Leistungen“ (Kruse, 2001, S. 4).

Laut Kruse (2001) ist die "kognitive Plastizität" im Alter sehr ausgeprägt, so dass durch gezieltes Üben oder Training, geistige Einbußen verringert und sogar länger nicht genutzte Fähigkeiten (zum Beispiel, Kompetenzen, die in jüngeren Jahren geprägt und danach vernachlässigt worden waren) wieder aktiviert werden können. Außerdem besitzen auch alte Menschen die Fähigkeit, neue kognitive Handlungsweisen zu entwickeln, die sie einsetzen können, um altersbedingte Einbußen teilweise auszugleichen (Kruse, 2001, S. 4).

Zum psychologischen Altern und den Veränderungen während dieser Phase gehört aber auch die verstärkte Entwicklung von „psychischen Alterskrankheiten“ (Grond, 2006, S. 123). Zu den meist diagnostizierten Störungen gehören Demenzen, Depressionen oder Deliren. Laut der Berliner Altersstudie (BASE) weisen mehr als die Hälfte der über 70-jährigen Teilnehmer psychische Störungen auf (nur 44% zeigen keine psychischen Störungen). 14 Prozent der Teilnehmer litten an einer Form von Demenz und 9 Prozent litten an Depressionen (vgl. Helmchen et al., 2010). Laut Kruse (2001) leiden unter den alten Menschen zusätzlich „16 bis 34 Prozent“ an „leichten kognitiven Beeinträchtigungen“, wobei es schwierig ist zu unterscheiden, ob es sich hier um „gutartige Altersvergesslichkeit“ oder eine beginnende Demenz handelt (vgl. S. 9f.).

Das soziale Altern

Der Alternsprozess läuft bei jedem Menschen anders ab. Dies hängt unter anderem von der Einstellung der alternden Menschen ab, aber auch von ihrem sozialen Umfeld und den Einflüssen der Gesellschaft, denn soziales Altern beinhaltet, dass sich für die Senioren ihre sozialen Rollen, Positionen oder Funktionen während des Alterungsprozesses verändern. Etwa ab dem 65. Lebensjahr, also dem Alter des Eintritts in den Ruhestand, wird ein Mensch von seinen Mitmenschen häufig als „alt“ bezeichnet und „es werden nun oft andere Verhaltensweisen von ihm erwartet als von jungen Menschen“ (Jasper, 2002, S. 59).

Die Berentung ist meist der erste Rollenverlust den Menschen in der Lebensphase „Alter“ erleben¹³. Studien (vgl. Maercker, 2015, S. 8f.) belegen, dass es in diesem Zusammenhang zwar zu negativen Erlebnissen wie „Trauer, Verbitterung“ oder dem Gefühl der Sinnlosigkeit kommen kann, dass es aber mittlerweile viele Möglichkeiten gibt, um seinem Leben eine neue „Sinnhaftigkeit“ zu geben. Der Mehrzahl der Senioren gelingt es auch, diesen sozialen Rollenverlust zu bewältigen und sich neuen Herausforderungen zu stellen (vgl. Maercker, 2015, S. 8f.).

¹³ Der Rollenverlust der „erziehenden Eltern“ findet ja bereits im Erwachsenenalter statt (vgl. Maercker, 2015, S. 8).

Beim sozialen Altern fällt der Gesellschaft und dem sozialen Umfeld der alten Menschen eine besonders wichtige Rolle zu. Wingchen (2004) zitiert den Gerontologen Thomae, der „Altern als soziales Schicksal“ (S. 122) bezeichnet hat, denn es sind nicht immer gesundheitliche Einschränkungen, die die alten Menschen von Aktivitäten abhalten, sondern es können auch die Erwartungshaltungen des Umfeldes sein, die die Senioren in ihrem Lebensraum einschränken und sie dazu bewegen, Aktivitäten ausfallen zu lassen, die sie zwar gerne tun würden, die sie aber nicht mehr ausüben, weil die Gesellschaft etwas „anderes“ von ihnen erwartet (vgl. Wingchen, 2004, S. 122). So können festgefahrene Altersbilder die persönliche und gesellschaftliche Entwicklung von Fähigkeiten und „eine selbstverantwortliche und mitverantwortliche Lebensführung älterer Menschen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014b, S. 22) beeinflussen, genauso wie sie den Alterungsprozess beschleunigen oder verlangsamen können, je nachdem wie es den Betroffenen gelingt sich mit ihnen auseinanderzusetzen und so ihr "Selbstkonzept" zu stabilisieren (vgl. Hollstein, 2002, S. 22).

Laut Kruse (2001) eröffnen der altersbedingte Verlust von gesellschaftlichen Rollen und der damit verbundene Zwang zur Neuorientierung den alternden Menschen aber auch neue Perspektiven, denn so erhalten sie durch ihre „Entpflichtung“ von Aufgaben, die sie über lange Zeit ausgeübt haben, auch die Möglichkeit neue Erfahrungen zu machen und sich neuen Herausforderungen zu stellen, die vielleicht ihren „persönlichen Interessen und Bedürfnissen“ näherkommen als die bisher ausgeübten Tätigkeiten. Somit kann das soziale Altern auch als „Chance zur Verwirklichung der späten Freiheit“ betrachtet werden (vgl. Kruse, 2001, S. 4).

1.2.3 Alternsformen

„Altern kann unter biomedizinischen Aspekten, abhängig von der Vitalität in normales, krankhaftes und optimales Altern unterteilt werden“ (Gerok et al., 1994 zit. nach Zürcher & Fassi-Garbani, 2010, S. 950).

Normales Altern

„Normales“ Altern bedeutet das Erreichen eines durchschnittlichen kalendarischen Lebensalters, in Bezug auf die Lebenserwartung einer Gruppe von gleichaltrigen Menschen und unter Berücksichtigung von altersbedingten Verlusten und Einschränkungen auf körperlicher und geistiger Ebene ohne dabei von Krankheiten betroffen zu sein (vgl. Gerok & Brandstädter, 1994, S. 356).

Optimales Altern

„Optimales“ Altern beschreibt einen positiv verlaufenden Prozess des Alterns, während dem die erzielte Lebensspanne, die Werte der Körperfunktionen sowie die „subjektive Lebensqualität“ höher sind als die durchschnittlichen Werte einer gleichalterigen Zielbevölkerung. Das Ziel eines optimalen Alterns ist es, ein Höchstmaß an Lebensdauer und zugleich an Lebensqualität zu erreichen. Dabei gehen Gerok und Brandstädter (1994) davon aus, dass eine Minderung der Leistungskraft und herabgesetzte Anpassungsfähigkeiten im Alter nicht ausschließlich auf den Alterungsprozess zurückzuführen sind, sondern dass auch Umweltfaktoren darauf Einfluss nehmen können. Eine Verminderung der Morbiditätsrate im Alter und/oder eine „Kompression“ der Krankheitsdauer können, ihrer Meinung nach, durch Aktivierungsmaßnahmen und/oder das Ausschalten von „Risikofaktoren“ positiv beeinflusst werden (vgl. S. 356ff.).

Pathologisches Altern

Von „krankhaftem“ oder „pathologischem“ Altern spricht man, wenn während des Alterns Erkrankungen auftreten, die zu Verlusten der Leistungsfähigkeit, zu Einschränkungen der Körperfunktionen und so zur Verminderung der Lebensqualität führen, d.h. wenn es zu Einbußen kommt, die beim „normalen“ Altern nicht auftreten und die, in Bezug auf eine Vergleichspopulation, zu einer Verkürzung der Lebensdauer führen. „Das Krankheitsspektrum ist durch Multimorbidität und das Vorherrschen chronischer Krankheiten geprägt“ (Gerok & Brandstädter, 1994, S. 356).

1.2.4 Die Alternstheorien und Alternsmodelle

Neben den biologischen, psychologischen und sozialen Prozessen während des Alterns gibt es auch noch Theorien und Modelle, die versuchen „das Verhalten und Erleben älterer Menschen unter gesellschaftlichen Aspekten zu beschreiben und zu erklären“ (Ekert & Ekert, 2014, S. 162).

Alterstheorien befassen sich mit dem Lebensabschnitt „Alter“, sie versuchen die, durch das Altern bedingten Änderungen und Wechsel, im gesellschaftlichen Zusammenhang darzustellen, sie beschreiben die Perspektiven und die Einschränkungen des Alters, erklären die Gestaltung des Alltags und des Umfeldes der Senioren und gehen auf den Umgang mit den Senioren ein. Allerdings ist der Alterungsprozess sehr personenspezifisch und nicht universell planbar. Daher gibt es verschiedene Theorien, die unterschiedliche Alterungsformen erklären und begleiten können (vgl. Ekert & Ekert, 2014, S. 162).

Nach Matolycz (2011) sind Alternstheorien und –modelle für die Altenarbeit von grosser Bedeutung, da „Pflegeinterventionen genau genommen erst vor dem Hintergrund derartiger Annahmen geplant werden können.“ (S. 14). Da Alternstheorien und –modelle im Grunde alle alten Menschen betreffen, wird im Folgenden eine Auswahl der Theorien getroffen, die besonders für Heimbewohner wichtig erscheinen, ohne dabei aber einen Anspruch auf Vollständigkeit der Auswahl zu erheben.

Die Defizitmodelle

Defizitmodelle gehen davon aus, dass während des Alterungsprozesses Einbußen der geistigen Leistungsfähigkeit und der Verlust von kognitiven Fähigkeiten stattfinden. Dieser Prozess verläuft bei allen Senioren ähnlich und er betrifft alle kognitiven Fertigkeiten (vgl. Pfäfflin-Müllenhoff, 2011a, S. 16).

Die Defizitmodelle gehen zurück auf eine, von Yerkes im Jahr 1921 veröffentlichte Studie, bei der sich amerikanische Rekruten einer Intelligenzmessung¹⁴ unterzogen hatten, welche ergab, dass ab dem 30. Lebensjahr ein intellektueller Abbau bei den Rekruten festzustellen war. Yerkes warnte zwar damals vor der Verallgemeinerung der Tests und machte darauf aufmerksam, dass nicht unbedingt der Alterungsprozess für den Intelligenzverlust verantwortlich sein müsste, sondern noch andere Faktoren dazu beigetragen haben könnten, trotzdem setzte sich die These des altersbedingten Abbaus durch. Besonders da auch andere Autoren wie zum Beispiel Foster, Taylor oder Miles, in den 1920^{er} Jahren, die Ergebnisse von Yerkes Studie bestätigten (vgl. Brockmann, 1998, S. 8).

In den 1940^{er} Jahren entwickelte dann der Psychologe David Wechsler die „Bellevue-Wechsler-Intelligenzskala¹⁵“ (Lehr, 2007, S. 50) und auch er bestätigte mit diesem Test in etwa die Ergebnisse der Studien der 1920^{er} Jahre. Er beschreibt den Alterungsvorgang als einen unwiderruflichen Prozess des Abbaus der geistigen Leistungsfähigkeit (vgl. Brockmann, 1998, S. 9). Nach Lehr (2007) ist die Wechsler-Skala „derart populär geworden, dass sie vielleicht an dem generellen Defizit-Modell des Alterns nicht ganz unschuldig ist und

¹⁴ „Army-Alpha und Army-Beta Tests“ als „Gruppenprüfungstests zur Messung von Intelligenz“ (Winkels, 2007, S. 55f.).

¹⁵ Der „Wechsler-Bellevue-Test, Kurzbezeichnung für einen amerikanischen, von D. Wechsler entwickelten und heute in verschiedenen Fassungen vorliegenden Intelligenztest, der zu den meistbenutzten Verfahren dieser Art gehört. Die erste Ausgabe wurde 1939 als Bellevue Intelligence Scale veröffentlicht.“ (Wirtschaftslexikon, 2015).

sicher zu manchen negativen Einstellungen und verallgemeinernden Aussagen geführt hat“ (Lehr, 2007, S. 51).

Die Entwicklungsmodelle

Eines der bekanntesten Entwicklungsmodelle ist das von Erik Erikson. Er beschreibt in seinem Stufenmodell acht Lebensphasen, von denen sich die achte und letzte Phase mit dem „reifen Erwachsenenalter“, also dem Alter beschäftigt. Für Erikson ist diese achte Etappe, die der „Ich-Integrität“ versus die Verzweiflung. Um diese Phase zu bewältigen muss der alte Mensch sein Leben bewerten und annehmen, aber er muss sich auch mit dem nahenden Tod auseinandersetzen. Er muss ein Gefühl der Kohärenz und der Zufriedenheit gegenüber dem Leben, das er geführt hat, entwickeln, anstatt in Verzweiflung und Trauer zu versinken. Die Menschen, die diese letzte Mission erfolgreich abschließen, entwickeln das Gefühl, dass ihr Leben einen Sinn hat bzw. hatte. Die Weisheit, eine Eigenschaft, die sich während dieser letzten Lebensphase entwickeln kann, erlaubt es dem Menschen seine eigene Unvollkommenheit wie auch die der ihm nahestehenden Personen zu akzeptieren und bereit zu sein den Tod (seinen eigenen und auch den von Angehörigen und Freunden) anzunehmen. Trotzdem bleibt für Erikson, auch wenn die Krise überwunden ist und die „Ich-Integrität“ hergestellt ist, eine gewisse Verzweiflung, bedingt durch die menschliche Verwundbarkeit und Vergänglichkeit.

Erikson geht in seinem Modell aber auch davon aus, dass alte Menschen in das gesellschaftliche Leben einbezogen werden müssen, selbst wenn ihre körperlichen Fähigkeiten schwächer werden. Sie müssen weiterhin angeregt werden und sich neuen Herausforderungen stellen. Für Erikson kann das Gefühl der Integrität nicht nur aus den Gedanken an die Vergangenheit erreicht werden, sondern ebenfalls durch eine aktive Teilnahme am sozialen Leben der Gegenwart, zum Beispiel durch kreative Tätigkeiten, politische Aktivitäten, sportliche Betätigungen, usw. (vgl. Papalia et al., 2010, S. 404).

Die Disengagementtheorie

Eine der ältesten Alterstheorien ist die Disengagementtheorie (Cumming & Henry, 1961), welche ein erfolgreiches Altern durch den Rückzug der alternden Menschen aus der Gesellschaft beschreibt und welche eine gewisse Form der sozialen Isolation und der Reduktion der sozialen Verbindungen für notwendig hält, damit sich der alte Mensch in dieser Phase „glücklich und zufrieden“ fühlt (Lehr, 2007, S. 59). Für die Befürworter dieser Theorie sind der Abbau der körperlichen Funktionen und der nahende Tod, Ursachen die die Senioren dazu bringen sich von ihren verschiedenen sozialen Rollen und von ihren

Verpflichtungen in der Gesellschaft zurückzuziehen und sich einem eher introspektiven Leben zu widmen, während die Gesellschaft ihrerseits aufhört sie in Aufgaben und Tätigkeiten einzubinden. Laut Lehr (2007) bezweifelten Cumming und Henry, dass die alten Menschen die Gefühle eine „Funktion zu haben“ oder „gebraucht zu werden“ wirklich benötigten, um zufrieden zu sein. Ihrer Meinung nach, versuchen die Senioren eher die Eigenschaften - „nützlich zu sein“ oder „gebraucht zu werden“ - aufrecht zu halten, weil sie fürchten, dass sie „verstoßen und hilflos“ sein würden, wenn sie nicht mehr gebraucht würden. Demnach sollte der Wunsch nach Disengagement überwiegen, wenn den Senioren genügend „Hilfsdienste“ oder andere Sicherheitsmaßnahmen zur Verfügung stehen, die ihnen eine gewisse Sicherheit garantieren. Gemäß der Disengagementtheorie wird das Loslösen von früheren Rollen oder Lebensaufgaben und die Verlagerung der Aufmerksamkeit auf die eigene Person, Gefühle von „Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit“ (Ekert & Ekert, 2014, S. 163) bei diesen Menschen auslösen (vgl. Papalia et al., 2010, S. 404; Lehr, 2007, S. 59).

Die Aktivitätstheorie

Als Gegentheorie zur Disengagementtheorie geht man bei der Aktivitätstheorie (Havighurst, 1964) davon aus, dass für ein erfolgreiches Altern die alten Menschen so aktiv wie möglich bleiben müssen, um zufrieden zu sein und sich auch im Alter wohlfühlen. Dabei geht es darum, dass sie selbstbestimmend über den „Grad und die Art ihrer Aktivitäten“ entscheiden können (Habermann, 2005, S. 31). Da die verschiedenen Aktivitäten und Tätigkeiten an soziale Rollen gebunden sind, bringt ein Verlust dieser Funktionen und Aufgaben (z. B. bedingt durch Eintritt in den Ruhestand, gesundheitliche Einschränkungen, Umzug ins Heim, usw.), mit sich, dass die älteren Menschen weniger Lebenszufriedenheit verspüren, wenn es ihnen nicht gelingt für die erlittenen Verluste, neue Ausgleichstätigkeiten zu finden, um weiterhin aktiv zu bleiben. Gemäß der Aktivitätstheorie ist es wichtig, dass die alten Menschen aktiv bleiben, um ein positives „Selbstbild“ zu bewahren und so nicht den Abbau der physischen und geistigen Gesundheit zu riskieren, welche eine wichtige Voraussetzung für Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden im Alter ist. Erfolgreich altern demnach diejenigen, die immer wieder Ersatz für die Rollen finden, die sie im Laufe der Lebensphase „Alter“ verlieren (vgl. Papalia et al., 2010, S. 404f.; Lehr, 2007, S. 57, Habermann, 2005, S. 31).

Die Kontinuitätstheorie

Die Kontinuitätstheorie (Atchley, 1989) findet ihren Platz zwischen der Aktivitätstheorie und der Disengagementtheorie und sie unterstreicht die Notwendigkeit, alten Menschen die Gelegenheit zu geben, eine Verbindung zwischen der Vergangenheit und der Gegenwart aufrecht zu erhalten, auch wenn ihre Kompetenzen schwinden oder sich verändern, d.h. ihnen die Möglichkeit zu geben ihren altgewohnten Rhythmus an die neue Lebenssituation im Alter (Rollenwechsel, neues Wohnumfeld, usw.) anzupassen oder in einer ähnlichen Art und Weise weiterzuleben. Laut dieser Theorie muss der alte Mensch, um erfolgreich zu altern, die Möglichkeit haben einen Ausgleich zu finden zwischen der Kontinuität seiner bisherigen Lebensführung und den Veränderungen, die das Alter mit sich führt, sowohl auf dem Gebiet der internen Strukturen des Lebens (Bedürfnisse, Neigungen, Gefühle, Kompetenzen, Emotionen, Wertschätzung, Würde, Wohlergehen) als auch auf dem der externen Strukturen des Lebens (im vertrauten Umfeld verbleiben, Bewahren von sozialen Beziehungsgeflechten und Rollen, finanzielle Absicherung, Durchführen von gewohnten Tätigkeiten, Kontakte zu bekannten Personen), um seine Lebenszufriedenheit und sein Wohlbefinden zu steigern oder beizubehalten. Es ist also nicht die Natur der Aktivität an sich ausschlaggebend, sondern die Tatsache, dass eine Aktivität durchgeführt wird und dies eine Kontinuität in der Lebensführung der alten Menschen darstellt. Es geht in der Hauptsache darum, nach dem früheren gewohnten „Lebensstil“ leben zu können, egal ob es sich dabei um ein aktives oder ein eher zurückhaltendes Leben handelt. Die Senioren sollen ihre Gewohnheiten und Einstellungen beibehalten können, um gute Voraussetzungen zu schaffen für ein erfolgreiches Altern (vgl. Westerink, 2005, S. 43; Papalia et al., 2010, S. 405; Ekert & Ekert, 2014, S. 166).

Das Modell der Selektiven Optimierung durch Kompensation (SOK - Modell)

Für Baltes und Baltes (1989) beruht das erfolgreiche Altern auf dem Modell der *Selektiven Optimierung durch Kompensation* (SOK-Modell). Auch bei diesem Modell steht die „Aktivierung aller eigenen Kräfte“ (Lehr, 2007, S. 65) im Mittelpunkt, wenn es darum geht dem Alterungsprozess entgegenzuwirken und eine größere Lebenszufriedenheit und ein stärkeres Wohlbefinden zu erlangen. Bei den drei Aspekten des SOK-Modells geht es um *Selektion*, d.h. um das Auswählen von Fertigkeiten, die die alten Menschen noch bewältigen können; um die *Optimierung* der Umsetzung der ausgewählten Ressourcen, d.h. diese Fertigkeiten möglichst gut (optimal) umzusetzen und um die *Kompensation* von wegfallenden Ressourcen, d.h. neue Wege zu finden, um die Einbußen auszugleichen (zu kompensieren), z.B. durch „vermehrte Übung und Anstrengung, Gebrauch externer Hilfe, therapeutische

Interventionsmittel“ (Baltes & Salthouse, o.D., S. 18). Die Senioren sollen sich auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten konzentrieren, die sie noch umsetzen können und diejenigen reduzieren, die sie zu sehr erschöpfen oder wozu ihnen die notwendigen Ressourcen fehlen oder wozu diese schwächer werden. So kann es sein, dass sie zwar weniger Aktivitäten durchführen oder sich weniger Ziele setzen, aber dass sie ihre Kräfte in Tätigkeiten investieren, die ihren Interessen und ihren Kompetenzen am meisten entsprechen. Diese Konzentration auf eine begrenzte Anzahl an Aktivitäten, kann auch den Erwerb neuer Fertigkeiten vereinfachen oder neue Interessen entfachen (vgl. Papalia, 2010, S. 405f.; Lehr, 2007, S. 65).

Das SOK-Modell erlaubt es dem Menschen, sich lebenslänglich an den Ausgleich zwischen Wachstum und Abbau der Ressourcen anzupassen. Wenn während der Kindheit die meisten Fertigkeiten für das Wachstum genutzt werden, so widmen alte Menschen ihre Ressourcen vermehrt dem Erhalt ihrer Gesundheit und der Kontrolle ihrer verbleibenden Fähigkeiten. Demnach erlaubt es die *Selektive Optimierung* dem Menschen sich auf Tätigkeiten zu konzentrieren für die ihm die meisten Fähigkeiten verbleiben und diejenigen einzuschränken, die ihn zu sehr ermüden oder anstrengen. Um positiv mit dem Altern umgehen zu können, müssen die Senioren sich dieser Änderungen bewusst sein und ihre eigenen Normen so einstellen, dass sie sie noch erfüllen können (vgl. Papalia, 2010, S. 405f.; Lehr, 2007, S. 65).

Die Kognitive Alterstheorie nach Thomae

Die bekannteste kognitive Alterstheorie wurde zu Beginn der 1970^{er} Jahre von Hans Thomae entwickelt. Sie beschäftigt sich vor allem damit, wie der alte Mensch den Alterungsprozess auslegt und wahrnimmt. Thomae geht davon aus, dass die subjektiven Einschätzungen und Interpretationen größeren Einfluss auf das Verhalten und die Reaktionen der alten Menschen haben als die objektiven Grundlagen, d.h. wie der alte Mensch sich in bestimmten Situationen verhält, hängt eher von seinen subjektiven Wahrnehmungen dieser Situation ab, als vom Einfluss der objektiven Tatbestände¹⁶. Dieses subjektive Empfinden wird dabei von den Bedürfnissen und Erwartungen der alten Menschen, aber auch von denen ihres sozialen Umfeldes beeinflusst (vgl. Wingchen, 2011, S. 20). Wichtig ist dabei, dass diese subjektiven Einschätzungen durchaus Vorteile für die alten Menschen mit sich bringen können. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn die Annahmen und Überzeugungen eines alten

¹⁶ Thomae berief sich dabei auf eine Studie, welche in verschiedenen Altenheimen durchgeführt wurde, die ergab, dass die „Lebenszufriedenheit“ dieser Heimbewohner kaum in Relation stand, zu den von Experten getätigten Qualitätseinschätzungen, wohl aber zu den subjektiven Einschätzungen der Bewohner (vgl. Lehr, 2007, S. 70).

Menschen, nach welchen er sich noch für fähig hält die „Kontrolle“ über bestimmte Situationen zu haben, eine weitere Abhängigkeit oder Pflegebedürftigkeit vermindern oder verhindern können und somit auch eine Verschlechterung des psychischen Zustandes verhindert oder aufgeschoben werden kann. Demnach kann auch die Förderung des subjektiven Gefühls immer noch die „Kontrolle“ über bestimmte Situationen zu haben zur Kompetenzsteigerung im Alter führen (vgl. Lehr, 2007, S. 69f.).

In der kognitiven Alterstheorie spielen die subjektiven Einschätzungen und Evaluationen der individuellen Lebenslage der einzelnen Bewohner und ihres gesundheitlichen Befindens eine ausschlaggebende Rolle für das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit der alten Menschen.

Das Kompetenzmodell

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts wird das Altern aus einer anderen Perspektive, als nur als Lebensphase des Abbaus, des Verfalls, der Einbußen und der Einschränkungen betrachtet. Die Forschung hat offengelegt, dass der Alterungsprozess, im Gegensatz zu den Erkenntnissen der ersten Alterstheorien des 20. Jahrhunderts (z.B. Defizitmodelle) kein unaufhaltsamer Abbauprozess der körperlichen und geistigen Funktionen und Fähigkeiten ist, sondern dass alte Menschen Kompetenzen besitzen, die sie bewahren, fördern oder kompensieren können. Dabei kann Hilfsbedürftigkeit sogar vermindert oder verhindert werden bzw. der Alterungsprozess verlangsamt werden.

Die Lebensweise im Alter muss „– ebenso wie in anderen Teilen der Biographie – aus dem Verhältnis von Anforderungen an die Person und deren Ressourcen zu deren Bewältigung verstanden werden“ (Olbrich, 1992, S. 320). Die alten Menschen werden nach ihren individuellen Entwicklungspotentialen, ihren unterschiedlichen Verhaltensweisen und ihren Lern- und Veränderungskompetenzen („Variabilität“ und „Plastizität“) bis ins hohe Alter unterschieden. Dabei schließt das Kompetenzmodell eine „altersspezifische Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit“ nicht aus, allerdings stellt es klar, dass es sich dabei um Einbußen bei der fluiden Intelligenz (vgl. Kapitel 1.2.2) handelt. Die „geistige Leistungsfähigkeit“, die der kristallinen Intelligenz (vgl. Kapitel 1.2.2) zugeordnet wird, genau wie die „Kreativität“, kann durch die entsprechende Förderung und Stimulation, bis ins hohe Alter bewahrt, gesteigert oder kompensiert werden. Eine solche Förderung (Training) der Kompetenzen macht sich in allen Lebensbereichen der alten Menschen bemerkbar: auf psychologischer Ebene durch die Steigerung kognitiver Kompetenzen; auf physiologischer Ebene durch die Verminderung der körperlichen Einbußen und/oder durch das

Wiedererlangen von bereits verlorenen Kompetenzen und Fertigkeiten und auf sozialer Ebene durch Eingrenzung sozialer Isolation durch Einbindung der alten Menschen in gesellschaftliche Aktivitäten.

Die situationsbedingten Anforderungen und Förderungsmöglichkeiten sollen so auf die zur Verfügung stehenden Fertigkeiten und Kompetenzen abgestimmt werden, dass die alten Menschen bis ins hohe Alter, die Möglichkeit erhalten ihren Alltag zu bewältigen bzw. mitzugestalten und so ein sinnvolles Leben mit bedeutsamen Aktivitäten zu führen. Demnach wird Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden, laut Kompetenzmodell, erreicht, wenn alte Menschen ein Gleichgewicht zwischen ihren individuellen Fertigkeiten und den Ansprüchen und Anforderungen des Umfeldes finden, in welche sie durch sinnvolle Aktivitäten eingebunden werden und dabei eine aktive Rolle übernehmen können (vgl. Prezewowski, 2007, S. 68; Lubitz, 2014, S. 27; Habermann, 2005, S. 32; Ekert & Ekert, 2014, S. 167; Pfäfflin-Müllenhoff, 2011a, S. 16).

Stanjek (2017) betrachtet, entsprechend ihrem Inhalt, die verschiedenen Alterstheorien aus unterschiedlichen Blickwinkeln bzw. er ordnet sie unterschiedlichen Aspekten zu. Seines Erachtens nach, geht es bei den Alterstheorien nicht ausschließlich darum, wissenschaftliche Theorien darzulegen, sondern es werden auch „objektive Daten zum Alter“ zusammengefasst und/oder der „subjektive Prozess des Alterns und die sich daraus ergebenden Probleme“ beschrieben. Die, in Kapitel 1.2.4 dieser Arbeit, beschriebenen Alterstheorien und –modelle teilt Stanjek (2017) unter die Rubriken „psychologische Alterstheorien“, „soziologische Alterstheorien“ und „pädagogische Alterstheorien“ auf, wobei er bei den psychologischen Alterstheorien „das subjektive Denken, Fühlen, Erleben älterer Menschen“ in den Mittelpunkt stellt. Es geht um das „Selbstbild“ der alten Menschen und um ihre geistige Entwicklung (Disengagementtheorie, Aktivitätstheorie, Kontinuitätstheorie, kognitive Theorien). Zur Gruppe der soziologischen Alterstheorien gehören, laut Stanjek (2017), überwiegende Alterstheorien, die sich mit der Altersrolle der Senioren auseinandersetzen, die diese übernehmen bzw. mit dem Status, den eine Gesellschaft den alternden Menschen zuweist (Entwicklungsmodelle und Selektive Optimierung durch Kompensation). „Die pädagogischen Alterstheorien“ (Kompetenztheorie) beziehen sich auf Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erworben hat. Die Kompetenztheorie definiert einen Menschen nicht negativ über seinen Abbau, sondern positiv über seine Kompetenzen und Ressourcen. Sie betont die Produktivität des Alters und die Chance auf Erfahrungen zurückgreifen zu können (vgl. Stanjek, 2017, S. 170).

Wingchen (2011) hat ebenfalls die verschieden definierten Alterstheorien in unterschiedliche Gruppen aufgeteilt, welche bei ihm, zum einen eine Gruppe mit Alterstheorien repräsentiert, deren Inhalte seiner Meinung nach, als „Voraussetzung für ein zufriedenes Leben“ beschrieben werden und eine zweite, von ihm beschriebene, Gruppe die Alterstheorien beinhaltet, deren Hauptziel es nicht nur ist, dass die alten Menschen zufrieden sind, sondern dass sie auch noch Kompetenzen bewahren, d.h. „sie beschreiben den Alterungsprozess in Beziehung zu bestimmten Aufgaben“ (Wingchen, 2011, S. 22), deren selbstbestimmte Umsetzung je nach Kompetenzen, Fertigkeiten und Ressourcen der alten Menschen auf die Erfüllung von Aufgaben abzielt, die es dem einzelnen alten Menschen ermöglichen „sich zu erhalten, sich wohlfühlen und sich zu entwickeln“ (Wingchen, 2011, S. 23).

1.2.5 Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit im Alter

Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit sind die Resultate individueller Abläufe, die mit ändernden Lebenssituationen wechseln und sich diesen anpassen. Perspektiven, Ansichten und „Vergleichsmaßstäbe“ ändern sich im Laufe eines Lebens und so kann eine höhere Lebenszufriedenheit das Ergebnis von erreichten Lebenszielen oder aber auch von gemäßigten Ansprüchen sein. Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit im Alter werden demnach nicht unbedingt von objektiven Sachlagen diktiert, sondern viel mehr von den subjektiven Interpretationen von Lebenssituationen und Lebensumständen (vgl. Höpflinger, 2005, S. 70).

Lebenszufriedenheit im Alter

Wenn man die Anwendung der Begriffe „Wohlbefinden“ und „Lebenszufriedenheit“ in der Literatur betrachtet, bemerkt man, dass eine klare Definition dieser Termini sich als schwierig erweist. Beide Begriffe werden sogar manchmal synonym gebraucht, was aber irreführend ist, da *Lebenszufriedenheit*, laut Perrig-Chiello oder Höpflinger, lediglich ein einzelner Faktor (welcher die kognitive Dimension betrifft) des „mehrdimensionalen“ Gesamtkonstrukts *Wohlbefinden* ist und somit nicht als gleichbedeutend mit dem Begriff *Wohlbefinden* gelten kann.

Demnach kann *Lebenszufriedenheit* als Bewertungssystem definiert werden, welches die gesamte Lebenslage der alten Menschen oder lediglich Teilbereiche davon evaluiert. Die Einschätzung der *Lebenszufriedenheit* ist ein subjektiver Vorgang, der einen längeren Zeitraum erfasst. Sie bezieht sowohl das Nachdenken über das bisherige Leben als auch Reflexionen über „Lebensziele“ der Gegenwart oder der Zukunft ein (vgl. Sayvanska, 2015,

S. 26). *Wohlbefinden* dagegen umfasst sowohl die kognitive Dimension als auch die emotionale Dimension und beinhaltet so auch Faktoren wie „Glücksgefühl“, „Freuden“ und „Belastungsfreiheit“¹⁷ (Höpflinger, 2005, S. 69f.).

Die verschiedenen Dimensionen des Wohlbefindens

Perrig-Chiello hat in den 1990^{er} Jahren ein eigenes „Modell für die Qualität des Alterns“ (Schmugge, 2007, S. 2) in Bezug auf das Wohlbefinden der Senioren entwickelt. Sie geht davon aus, dass das „subjektive“ *Wohlbefinden*, welches sie als „allgemeines“¹⁸ *Wohlbefinden* bezeichnet, als dreiteiliges Konstrukt besteht (vgl. Abbildung 4): dem physischen, dem psychischen und dem sozialen Wohlbefinden, „wobei eine strikte Trennung im Erleben kaum möglich ist“ (Schmugge, 2007, S. 3). In Perrig-Chiellos Dreiteilung wird dem psychischen Wohlbefinden die größte Wichtigkeit zugeordnet (vgl. Schmugge, 2007, S. 3ff.; Marti, 2014, S. 45ff.; Schulz-Hausgenoss, 2005/2006, S. 7f).

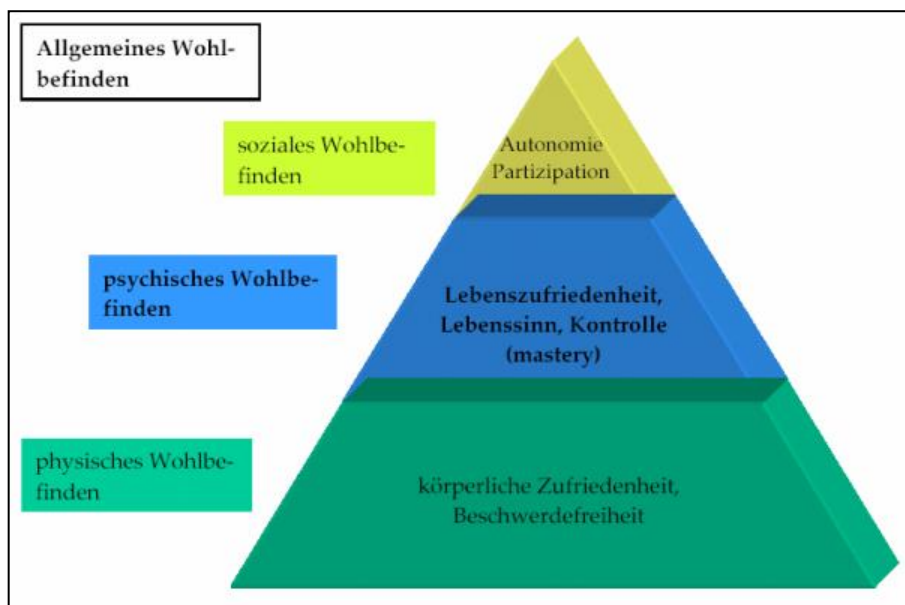


Abbildung 4: Allgemeines Wohlbefinden nach Perrig-Chiello (1997, S. 115f.).

- Das *physische Wohlbefinden* wird sehr stark von den subjektiven persönlichen individuellen Einschätzungen des physischen „Gesundheitszustandes“ der alten

¹⁷ „... als Freiheit von einschneidenden kritischen Lebensereignissen, chronischen Belastungen oder alltäglichen Sorgen“ (Höpflinger, 2005, S. 70).

¹⁸ „Der Begriff „allgemeines“ statt „subjektives“ Wohlbefinden wurde in der Studie (von Perrig-Chiello, 1997) vorgezogen, da jede Befindlichkeit subjektiven Charakter hat, d.h. wirklich objektiv nichts empfunden werden kann. Allgemeines Wohlbefinden ist letztendlich das Resultat eines komplexen Ursachennetzes bzw. einer komplexen Ressourcennutzung“ (Marti, 2014, S. 45).

Menschen beeinflusst. Dabei ist es wichtig, dass die Senioren die Kontrolle respektive die Überzeugung, dass sie noch die Kontrolle über den eigenen Gesundheitszustand haben, nicht verlieren, denn besonders diese „Kontrollüberzeugungen“ und die „Selbstverantwortlichkeit“ tragen erheblich zum physischen Wohlbefinden bei (vgl. Schmutge, 2007, S. 3ff.). Das heißt, wenn alte Menschen der Überzeugung sind, dass sie durch ihre Verhaltensweise dazu beitragen ihren Gesundheitszustand zu verbessern, ist ihr Wohlbefinden höher (auch wenn ihr Zustand rein objektiv sich nicht verändert) als wenn ein alter Mensch der Meinung ist der Krankheit nichts entgegensetzen zu können. Auch der Konsum von Medikamenten ist stark mit dem subjektiven Wohlbefinden verbunden, denn „nicht wer krank ist, konsumiert mehr Medikamente, sondern wer sich krank fühlt!“ (Schmutge, 2007, S. 5).

- *Das soziale Wohlbefinden* im Alter wird beeinflusst von der persönlichen Einschätzung der Integration in die Gesellschaft, aber auch von anderen Faktoren wie Wohnungszufriedenheit, die finanzielle Situation, Freizeitgestaltung, usw. (vgl. Schmutge, 2007, S. 3ff.). Wichtig sind dabei laut Perrig-Chiellos Modell, das Streben der alten Menschen nach Eigenständigkeit („Autonomie“), Selbstbestimmung und Zugehörigkeit („Partizipation“), denn durch die eigene Überzeugung, selbst noch Kompetenzen und Möglichkeiten zu haben, um seinen Lebensablauf zu beeinflussen, wird das soziale Wohlbefinden erhöht. Dabei ist es nicht die „Quantität“ der sozialen Kontakte, die das Wohlbefinden steigert, sondern deren „Qualität“ (vgl. Schmutge, 2007, S. 4f.).
- *Das psychische Wohlbefinden* gilt als die wichtigste Dimension von Perrig-Chiellos Modell und ist in drei weitere Ebenen unterteilt: „Lebenszufriedenheit, Lebenssinn und Lebenskontrolle, und zwar unter Berücksichtigung aller Zeitdimensionen: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“ (Schmutge, 2007, S. 3).
 - „*Lebenszufriedenheit*“, (wie oben erwähnt) als Bewertungs-, Einschätzungs- oder Bilanzierungssystem für das in der Vergangenheit Erreichte, für die Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation und für die Erfolgsaussichten von Lebenszielen in der Zukunft (vgl. Schmutge, 2007, S. 9).
 - „*Lebenssinn*“, dabei geht es darum, ob der alte Mensch einen Sinn in seinem bisher gelebten Leben („Lebensstolz“) sieht, aber auch darum, ob er einen Sinn in seinem aktuellen Dasein und in der noch verbleibenden Lebenszeit sieht, ob er für die Gegenwart und die Zukunft Ziele und Aufgaben hat, die er als sinnvoll,

sinnhaft oder bedeutsam einschätzt, die seinem Leben einen Sinn geben und die sein Leben lebenswert machen. „Ohne Lebenssinn kein Wohlbefinden.“ (Schmugge, 2007, S. 9).

„*Lebenskontrolle oder Selbstbestimmung (,mastery‘)*“ (Schmugge, 2007, S. 3), wobei die Lebenseinstellung und die „Kontrollüberzeugung“¹⁹ entscheidende Einflüsse auf das Wohlbefinden haben. Die „Überzeugung“ während des Alterns auf sein eigenes Leben einwirken zu können und das Wohlbefinden sind eng miteinander verknüpft. Dabei sind „gesundheitliche Kontrollüberzeugungen“ in dieser Lebensphase von entscheidender Bedeutung, sowohl für das psychische als auch für das physische Wohlbefinden (vgl. Höpflinger, 2005, S. 82; Schmugge, 2007, S. 5; Perrig-Chiello, 2007, S. 3). Das, mittlerweile als „klassisch“ beschriebene, „Interventionsexperiment“ von Langer und Rodin²⁰, Nacherhebungen²¹ von Mercer und Mitarbeiter (1979) sowie von Banziger und Mitarbeiter (1983) belegen, dass Heimbewohner, die mehr Kontrolle über ihr

¹⁹ Die optimalste Ausgangsposition für „Kontrollüberzeugung“ ist, wenn sie „flexibel“ bleibt, d.h. dass sich der alte Mensch nicht starr daran festklammert alles im Griff zu haben, sondern sich auch an verschiedene Situationen anpassen kann, d.h. „eine gewisse Ausgeliefertheit im Leben“ (Schmugge, 2007, S. 4) akzeptiert. Studien haben gezeigt, dass „Leute, die keine großen Belastungen im Leben überwunden haben, es schwerer haben, sich im Alter an unvermeidliche Verluste anzupassen als Leute, die einige Belastungen erlebt haben“ (Schmugge, 2007, S. 4) und damit fertig geworden sind. Anders ist es bei Menschen, die in der Vergangenheit zahlreiche Lasten zu tragen hatten, sie sind oft im Alter unflexibler (vgl. Schmugge, 2007, S. 4).

²⁰ „In einer Station wurden die dorthin verlegten Bewohner von der Heimleiterin darauf hingewiesen, dass ihnen für bestimmte Dinge durchaus Wahlmöglichkeiten innerhalb ihres Tageslaufs gewährt würden. Die Bewohner einer anderen, von der erstgenannten völlig getrennten Station wurden dagegen bei ihrer Ankunft dahingehend informiert, dass das Personal einzig und allein für das Wohlbefinden der Bewohner verantwortlich sei und deshalb seine Anordnungen zu befolgen seien. Unmittelbar nach dieser Interventionsmaßnahme zeigte sich schon ein deutlicher Unterschied zwischen den Bewohnern der beiden Stationen: Jene mit dem induzierten Erlebnis gewisser Wahl- und Kontrollmöglichkeiten über die eigene Situation waren zufriedener und aufmerksamer als die Kontrollgruppe. Nach den Beobachtungen des Personals unterhielten sie auch deutlich mehr Sozialkontakte“ (Slivinske et al., 1987 zit. nach Lehr, 2007, S. 317).

²¹ „Mercer et al. (1979) und Banziger et al. (1983) fanden ähnliche Auswirkungen von induzierten Erlebnissen von wenn auch beschränkten Möglichkeiten der Wahl und der ‚Kontrolle‘ über die eigene Situation. Nacherhebungen in der Institution von Langer und Mitarbeiter (1976) zeigten, dass die positiven Auswirkungen stärkerer Kontrollüberzeugung nicht nur anhielten, sondern sich verstärkten. Darüber hinaus wiesen die Patienten mit induzierter Kontrollüberzeugung nach dem Arzturteil auch einen besseren Gesundheitszustand und eine niedrigere Mortalitätsrate auf. Auch innerhalb von Seniorensiedlungen wurden günstige Effekte von Interventionsmaßnahmen in Bezug auf das Gefühl eigener Kontrolle über die Situation nachgewiesen“ (Slivinske et al., 1987 zit. nach Lehr, 2007, S. 317).

eigenes Leben im Heim haben, „zufriedener und aufmerksamer“ sind, in einem besseren gesundheitlichen Zustand sind und eine niedrigere Erkrankungsrate aufweisen als Bewohner, denen vorgegeben wird, dass das Heimpersonal einzig und allein für das Wohlergehen der Bewohner zuständig ist (vgl. Lehr, 2007, S. 317).

Das Gefühl „selber etwas bewirken“ zu können, selber über ihr Leben bestimmen zu können und die Tatsache, dass ihr Leben nicht von anderen Personen oder vom Schicksal fremdbestimmt wird, sind wichtige Voraussetzungen, dass alte Menschen sich wohlfühlen können. Dieses Gefühl der Verantwortung für sich selber, ist eine wichtige geistige Fertigkeit, welche besonders im Alter zum Tragen kommt. Wichtig ist es daher für alte und/oder pflegebedürftige Menschen, dass Eingriffe in ihren Alltag nur im Zusammenwirken mit ihren Erwartungen ablaufen. Interventionsmöglichkeiten, bei denen ihnen nicht das „Heft des Lebens“ aus der Hand genommen wird und sie die Möglichkeit der Selbstbestimmung bewahren können, sind allgegenwärtig im Alltag der alten Menschen. „Man muss sie nur sehen lernen.“ (Schmugge, 2007, S. 9). Denn die Förderung der „Selbstverantwortlichkeit“ wirkt sich nicht nur positiv auf das Wohlbefinden, sondern auch auf die Gesundheit und Selbstständigkeit der Senioren aus.

Psychisches Wohlbefinden im Alter kann man demnach erklären als: seine Vergangenheit annehmen, mit der Gegenwart „zufrieden“ sein und keine Angst vor der Zukunft zu haben. Außerdem bedeutet es, überzeugt zu sein, selbst über sein Leben bestimmen zu können und dies auch in der Zukunft umsetzen zu können. Die Herausforderung für die Senioren und auch für das sie begleitende Umfeld, besteht also darin, die vorhandenen Fertigkeiten zu erkennen und die Voraussetzungen zu schaffen, dass die alten Menschen sie solange wie möglich selbstbestimmend umsetzen können. „Das heißt, dass ich als Fachperson nicht die alte Person zu ‚ändern‘ habe oder primär Änderungen anstreben sollte, damit ihr Wohlbefinden steigt, sondern ich muss meinen Blick oder meine Wahrnehmung ändern und offener werden“ (Schmugge, 2007, S. 7f.).

Außerdem bestätigt die Basler Interdisziplinäre Altersstudie (IDA) aus den 1990^{er} Jahren eine Verknüpfung der biografischen Daten der alten Menschen mit dem Erreichen des Wohlbefindens in der Lebensphase „Alter“, wobei es keinesfalls darum geht, „die objektive Wahrheit des eigenen Lebens ausfindig zu machen, jedoch den subjektiven Sinn, der

plausibel erscheint und sich als tragfähig für das Leben angesichts des nahenden Lebensendes erweist“ (Perrig-Chiello, 2007, S. 5).

Das Paradox des Wohlbefindens oder das Zufriedenheitsparadox

Unterschiedliche Studien bestätigen, dass Wohlbefinden und/oder Lebenszufriedenheit im Alter nicht entscheidend vom „objektiven Gesundheitszustand“, von körperlichen Einschränkungen oder von den, im Alter verstärkt auftretenden, sozialen Verlusten (Rollenverluste, Verluste von nahestehenden Personen, Verluste von Netzwerken, usw.) beeinflusst werden. Der Alterungsprozess und der damit einhergehende körperliche Abbau sind nicht unweigerlich mit der Abnahme von Wohlbefinden und/oder Lebenszufriedenheit alter Menschen verknüpft, sondern Senioren können auch trotz widriger Lebensumstände und Leistungseinbußen zufrieden sein und sich wohl fühlen. Demnach darf man nicht zwangsläufig davon ausgehen, dass ältere Menschen mit „ungünstigeren Lebensbedingungen“ ein schlechteres Wohlbefinden bzw. eine niedrigere Lebenszufriedenheit haben, als Personen mit guten „objektiven Lebensbedingungen“²².

Einschränkungen oder Belastungen durch das Alter werden oft von den Betroffenen subjektiv anders erlebt als sie sich objektiv für Außenstehende darstellen, was diesen Umstand als „paradox“ auf Nicht-Betroffene wirken lässt. In der Literatur wird dieses Phänomen als „Paradox des Wohlbefindens“ („Wohlbefindensparadox“) oder „Zufriedenheitsparadox“ beschrieben (vgl. Perrig-Chiello, 2007; Staudinger, 2000, Brandstädter, Wentura, 1995; Brandstädter & Lundenberg, 2007; Höpflinger, 2004; u.a.).

Staudinger (2000) definiert dieses Paradoxon als „der Sachverhalt, dass sich widrige Lebensumstände (z.B. gesundheitliche und finanzielle Beeinträchtigungen) im Gruppenmittel – solange existentielle Mindestanforderungen nicht unterschritten werden – kaum bis gar nicht in den Bewertungen des subjektiven Wohlbefindens der Betroffenen widerspiegeln“ (S. 186).

Bei der Entwicklung des Wohlbefindens- oder Zufriedenheitsparadoxes scheinen Prozesse der Selbstregulierung und der Willenskraft von grosser Bedeutung zu sein, wobei es wichtig ist, persönliche geistige Fertigkeiten wie eigene Einschätzungen, Bewältigungs- oder

²² „Es ist beileibe nicht so, dass ein Mensch mit mehreren Behinderungen und Beeinträchtigungen unglücklich ist. Auf der anderen Seite kann auch nicht zwingend erwartet werden, dass Menschen, die ‚alles haben‘ – also gute Gesundheit, Partner und finanziellen Wohlstand – glücklich sind“ (Ferring, 2014, S. 41).

Adaptationsstrategien aufrechtzuerhalten und diese gezielt und effizient einzusetzen, um so mit den Veränderungen des Alters umzugehen (vgl. Perrig-Chiello, 2007, S. 3).

Baltes (2006) spricht in diesem Zusammenhang von der „adaptiven Ich-Plastizität“, wobei die alternden Menschen, um ihr Selbstbild zu erhalten, ihre eigenen Erwartungen an die Realitäten des Alltags anpassen und so ihr positives Lebensgefühl aufrechterhalten (vgl. Baltes, 2006, S. 30). Andere Autoren gehen davon aus, dass das positive Lebensgefühl, trotz Einschränkungen und Belastungen, entweder damit zusammenhängt, dass die alten Menschen ihre Erwartungen begrenzen und sich an eigenen Altersbildern oder am „Vergleich innerhalb der eigenen Altersgruppe“ (Stoppe, 2009, S. 49) orientieren oder aber das „Konzept der Resilienz“²³ (Beutel et al., 2005, S. 243) zum Tragen kommt. Bei diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass die alten Menschen eine Art „Verlustmanagement“ (Staudinger & Greve, 2001, S. 101) entwickeln, d.h. dass sie gewisse psychische Widerstandsfähigkeiten entwickeln, die es ihnen ermöglichen schwierige Lebenssituationen wie zunehmende körperliche und geistige Leistungseinbußen bzw. individuelle und soziale Verluste (z.B. Rollenverluste oder Verluste von Angehörigen, usw.) ohne anhaltende Beeinträchtigungen zu überstehen (vgl. Wadenpohl, 2016, S. 78). Durch das Verarbeiten dieser Schwierigkeiten kann sich bei den Betagten eine Kompetenz entwickeln, welche ihnen helfen kann, sich widrigen Lebensumständen anzupassen und sich nicht von diesen entmutigen zu lassen (vgl. Erlemeier, 2011, S. 237). In der Literatur wird das Phänomen der Resilienz verschiedentlich als „Strategie der Stehauf-Menschen“ (Gruhl, 2014) betitelt oder mit dem Prinzip des „Stehaufmännchens“ (Bilinski, 2016; Fey, 2014; Menning, 2015; u.a.) verglichen, denn egal wie sehr das Stehaufmännchen „aus dem Gleichgewicht gebracht wird – es findet immer zur Mitte zurück“ (Bilinski, 2016, S. 96).

²³ „Resilienz ist ein Begriff, der ursprünglich aus der Werkstoffkunde stammt. Mit Resilienz wird eine besondere Materialeigenschaft beschrieben, die bewirkt, dass resiliente Gegenstände aufgrund ihrer „Biegsamkeit, Geschmeidigkeit und Widerstandsfähigkeit“ sich äußerem Druck (durch Belastungen oder Störungen) anpassen und in ihren Urzustand zurückkehren, wenn der Druck oder die Belastungen nachlassen (Promberger et al., 2015, S. 268).

Lebensqualität

Anders als bei der Definition von Wohlbefinden im Alter, wo vornehmlich auf die unterschiedlichen Ebenen des subjektiven Befindens der alten Menschen eingegangen wird, werden bei der Erklärung von Lebensqualität im Alter noch weitere Faktoren berücksichtigt.

Um Lebensqualität definieren zu können, müssen die objektiven Lebensumstände, die subjektive Einschätzungen dieser Lebensumstände und die Erfüllung menschlicher Bedürfnisse kombiniert betrachtet werden. Als wichtigste objektive Umstände gelten der Gesundheitszustand, das physische Leistungspotenzial, die wirtschaftliche Lage, die „Wohnsituation“ sowie die Beschaffenheit und die Stärke sozialer Beziehungsgeflechte. Zu den subjektiven Indikatoren zählen die persönlichen Vorlieben, Wünsche und Zielsetzungen sowie gefühlsmäßige Faktoren wie die bisherige Lebenszufriedenheit, Zukunftsperspektiven, aber auch Kummer, Besorgnis oder Zukunftsängste (vgl. Erlemeier, 2011, S. 240). Außerdem wird „Lebensqualität durch das Ausmaß bestimmt, in dem individuelle Bedürfnisse befriedigt sind, resp. unter den gegebenen Bedingungen der Lebenssituation angemessen befriedigt werden können.“ (Filipp & Mayer, 2002, S. 333).

Demzufolge ist nur das Individuum selbst in der Lage, unter Berücksichtigung „der Konstellation aus objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden“ (Glatzer, 2002, S. 249) seine Lebensqualität entsprechend einzuschätzen, denn eine externe Beurteilung durch Forscher oder wissenschaftliche Experten, die die Lebensqualität mit Hilfe von Fachkenntnissen und/oder „Messtechniken“, aber „über die Köpfe der Betroffenen hinweg“ ermitteln wollen, erweist sich als unzuverlässig (vgl. Wacker et al, 2005; Kruse & Wahl, 2010; Kruse, 2013).

Eine hohe Lebensqualität entsteht demnach aus der Verknüpfung von objektiven Lebensbedingungen, der Erfüllung von elementaren persönlichen menschlichen Bedürfnissen und der subjektiven Einschätzung der individuellen Lebenslage (vgl. Neise & Zank, 2016, S. 7f.; Erlemeier, 2011, S. 240).

Für alte und/oder pflegebedürftige Menschen kann Lebensqualität, laut Erlemeier (2011), zum Beispiel positiv beeinflusst werden, wenn als objektive Bedingung eine „qualifizierte Pflegestruktur“ gegeben ist, aus subjektiver Einschätzung eine zufriedenstellende Pflegesituation besteht und die individuellen menschlichen Grundbedürfnisse dahingehend erfüllt werden, dass z.B. Würde, Autonomie, Selbstbestimmung, Selbstkontrolle oder das „Bestreben sich selbst als kompetent und wirksam (self-efficacy) zu erleben“ (Filipp & Mayer, 2002, S. 333) gefördert und/oder erhalten werden (vgl. S. 240).

2 Leben im Alten- oder Pflegeheim

Lebensqualität im Alter ist eng mit den Wohnverhältnissen der alternden Menschen verbunden, denn besonders für ältere Menschen wird das Wohnumfeld immer mehr zum Mittelpunkt der Lebensgestaltung. Heutzutage stehen Senioren zahlreiche unterschiedliche Wohnmöglichkeiten zur Verfügung, beginnend mit der Möglichkeit den Lebensabend im gewohnten Zuhause zu verbringen, über Betreutes Wohnen, Mehrgenerationenprojekte, organisierte Seniorenwohngemeinschaften bis hin zu Alten- oder Pflegeheimen. Welches sein ideales Altersdomizil ist, muss jeder einzelne alte Mensch für sich persönlich entscheiden.

Von allen möglichen Varianten bringt der Umzug aus der vertrauten Wohnung in ein Alten- oder Pflegeheim für die alten Menschen wohl die einschneidendsten Veränderungen mit sich. Es ist nicht nur der Umzug in eine andere Wohnumgebung, mit oftmals erheblich verringerter Wohnfläche, welche laut Lehr (2007) von manchen Heimbewohnern „als zu klein“ und als „subjektiv beengend“ eingestuft wird, sondern es ist auch der Umzug vom Privathaushalt in einen Kollektivhaushalt, was ebenfalls große Veränderungen für die Gewohnheiten der alten Menschen mit sich bringt (S. 319). Die Motive für diesen Schritt können sehr unterschiedlich sein und diese Übersiedlung stellt die alten Menschen vor neue, große Herausforderungen (vgl. Seifert & Schwelling, 2011, S. 1).

2.1 Motive für den Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim

Laut Lehr (2007) kann man „bei weiten Kreisen der Bevölkerung geradezu von einer generellen Ablehnung des Wohnens im Altenheim ausgehen“ (S. 313). Das negative Bild der Heime in der Öffentlichkeit, aber auch die Furcht vor dem Verlust der „persönlichen Freiheit“, vor dem Kollektivhaushalt in den Heimen, vor einem Autonomie- oder Selbstbestimmungsverlust oder vor der Einschränkung der Privatsphäre sind Gründe, die die alten Menschen von einem Umzug ins Alten- oder Pflegeheim abhalten (vgl. Lehr, 2007, S. 313f.; Backes & Clemens, 2008, S. 247). „Der ältere Mensch entscheidet sich i.d.R. nicht freiwillig und ohne extrinsische Notwendigkeit für den Einzug in ein Pflegeheim“ (Ackermann, 2005, S. 24). Wenn alte Menschen mit dem Umzug in ein Heim einverstanden sind, muss es dafür triftige Gründe geben. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang zwischen „Pushfaktoren“ (Einflussfaktoren an der Ausgangssituation) und „Pullfaktoren“ (Anziehungskräfte an der Zielsituation) unterschieden (vgl. Seifert & Schelling, 2013, S. 1).

„*Pushfaktoren*“ sind Gründe, die gegen die alte Wohnform (z.B. Privatwohnung) sprechen, und die dazu führen, dass der alte Mensch diese Situation verlassen will oder muss, wie zum Beispiel somatische Erkrankungen, die die Selbstversorgung in der Wohnung behindern bzw. erschweren; fortgeschrittene Mobilitätseinschränkungen in Kombination mit dafür ungeeignetem Wohnraum; Einbußen der kognitiven Leistungsfähigkeit, z.B. durch „Demenz“-Erkrankungen; Überforderung oder unzureichende Unterstützung der pflegenden Angehörigen; „Druck“ von nahestehenden Personen oder professionellen Dienstleistern; Risiko der Vereinsamung, besonders von alleinstehenden oder verwitweten Senioren oder Faktoren, die die eigene Sicherheit gefährden, z.B. erhöhtes Sturzrisiko (vgl. Habermann, 2005, S. 117; Ekert & Ekert, 2014, S. 285).

„*Pull-Faktoren*“ sind Gründe, die für eine neue Wohnform (Alten- oder Pflegeheim) sprechen, die die Attraktivität der Zielsituation erhöhen, wie z.B. das Bestreben den Angehörigen nicht zur Last zu fallen; Sicherheitsgefühl durch permanente pflegerische Versorgung und Betreuung; Befreiung von Alltags- und/oder Selbstversorgungspflichten; Barrierefreiheit des Wohnraums; bessere soziale Integration (vgl. Habermann, 2005, S. 118; Schmidt, 2015, S. 8f.).

Besonders wenn die gesundheitlichen Probleme der alten Menschen stark zunehmen oder plötzlich auftreten bzw. Pflegebedürftigkeiten sich drastisch verschlechtern, steigt die Bereitschaft der Betroffenen, doch in ein Alten- oder Pflegeheim überzusiedeln (vgl. Lehr, 2007, S. 314). Oftmals geschieht dann sogar der Umzug ins Heim im direkten Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus, insbesondere wenn es sich um plötzliche Erkrankungen handelt, die die Autonomie und/oder die Selbstbestimmung der alten Menschen bedrohen und zur plötzlichen Hilfsbedürftigkeit führen wie z.B. Schlaganfälle, Stürze mit Knochenbrüchen, Krankheiten mit starken Einschränkungen der Leistungsfähigkeiten, usw. (vgl. Lehr, 2007, S. 315; Ackermann, 2005, S. 24f.).

2.2 Die Herausforderungen eines Umzugs ins Alten- oder Pflegeheim

Man kann zwei Gruppen von Senioren unterscheiden, die in ein Heim einziehen: Diejenigen, die „selbstbestimmt und freiwillig die Entscheidung für den Einzug“ (Seibold, 2011b, S. 873) getroffen haben und so genügend Zeit haben sich darauf vorzubereiten und diejenigen, die durch „eine plötzlich auftretende schwere Erkrankung oder eine andere Notlage“ (Seibold, 2011b, S. 873) meist nicht freiwillig und oftmals unter Druck in ein Heim einziehen und somit keine oder nur wenig Zeit haben sich mit der neuen Lebenssituation auseinanderzusetzen, was den Eingliederungsprozess im Heim noch zusätzlich erschwert. „Dies und das Wissen um die Unumkehrbarkeit der Situation bewirken eine soziale Entwurzelung, die dazu führen kann, dass die Betroffenen das Leben im Heim eher wie ein Gefängnis erleben statt wie ein Zuhause. Für manche Menschen kann der Einzug ins Pflegeheim daher zum ‚sozialen Tod‘ führen“ (Seibold, 2011b, S. 873).

Aber auch die Bewohner, die ohne Zwang entschieden haben in ein Heim umzuziehen, werden mit Ängsten, Hoffnungen, Ungewissheiten und Erwartungen konfrontiert, denn sie alle haben unterschiedliche individuelle Bedürfnisse und Erwartungen, die nur zum Teil in den Heimen erfüllt werden können (vgl. Seifert & Schelling, 2011, S. 1f.). Die Betroffenen glauben zwar an eine erleichterte Lebenssituation im Heim und schätzen ihre zukünftige Lebensqualität als eher „günstig“ ein, trotzdem gehen sie davon aus, dass ihre „persönlich zu erwartenden Verluste besonders hoch“ sein werden (vgl. Lehr, 2007, S. 314).

Die bedeutendsten Verluste beim Umzug ins Heim sind laut Literaturstudien, besonders die Beeinträchtigung des „Selbstwertgefühls“, Einbußen bei der „Selbsteinschätzung“, das Nachlassen der „Anpassungsfähigkeit“, soziale Rollenverluste durch das Verlassen des gewohnten sozialen Umfeldes, die Aufgabe der vertrauten Umgebung, der Wohnung und der Nachbarn, das Zurücklassen des Mobiliars mitsamt der daran hängenden Erinnerungen und der Verlust des Geborgenheits- und Heimatgefühls. Durch die notwendigen Anpassungsmaßnahmen an die neue Wohnstruktur müssen festgefahrene Gewohnheiten, Lebensrhythmen, Tagesstrukturierungen wie auch Hobbys und soziale Rollen (z.B. Ehrenämter) aufgegeben werden. Des Weiteren wird die Privatsphäre der betagten Menschen erheblich eingeschränkt und sie müssen finanzielle Einbußen durch die Kosten für den Heimaufenthalt hinnehmen (vgl. Lehr, 2007, S. 316; Ekert & Ekert, 2014, S. 285f.).

Ob trotz all der erlittenen oder zu erwartenden Verluste, eine positive befriedigende Adaptation an die neue Lebenssituation gelingt, hängt insbesondere vom „Ausmaß der gebotenen Anregungen, der Vielfalt sensorischer Reize und der möglichen Abwechslung

innerhalb eines Heims ab“ (Lehr, 2007, S. 316), wobei die Qualität der angebotenen Anregungen höher einzustufen ist als deren Quantität.

Obwohl man vorsichtig mit dem Begriff „Institutionalisierungseffekte“ (Lehr, 2007, S. 316) umgehen muss, - denn verschiedene Verhaltensweisen oder Verlustempfindungen von Heimbewohnern sind nicht ausschließlich Folgen des Umzugs ins Heim, sondern können auch Folgen der Ursachen (z.B. Erkrankungen) für den Umzug sein -, macht Lehr (2007) darauf aufmerksam, dass Studien und Analysen belegen, dass „Unzufriedenheit, negative Stimmungslagen, Depressionen, das Gefühl der Sinnlosigkeit, äußerst geringe Zukunftsorientierungen, geringe Anregbarkeit und Desinteresse am Tagesgeschehen“ (Lehr, 2007, S. 316), die Folgen von „sensorischer Deprivation“²⁴ (Lehr, 2007, S. 316) im Heim sein können, welche das Zufriedenheitsgefühl der Bewohner negativ beeinflussen und ihren Alterungsprozess beschleunigen können.

Wie die Bewohner das Alltagsgeschehen im Heim erleben und wahrnehmen, hängt viel von den Institutionen selber ab, von den Freiheiten und den Bewegungsspielräumen, die sie den Bewohnern innerhalb der Heime zugestehen, d.h. wie viel Kontrolle den Bewohnern über das eigene Leben und das eigene Handeln bleibt. Dies betrifft z.B. die Möblierung der Zimmer, die Strukturierung der Tagesabläufe, die Organisation der sozialen Kontakte oder die Mithilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Lehr (2007) zitiert Wilbers (1999), der beschreibt, dass Tätigkeiten, wie z.B. bei der ‚Zubereitung des Essens mitzuwirken, den Tisch zu decken, die Wäsche zusammenzulegen‘, Aktivitäten sind, die an die Verpflichtungen der Bewohner vor ihrem Heimeinzug anknüpfen und erinnern und demnach für diese Menschen „noch bedeutender sind als Freizeitangebote wie Sitztanz, Seidenmalerei oder Basteln“ (Wilbers, 1999, zit. in Lehr, 2007, S. 319) (vgl. Habermann, 2005, S. 118; Lehr, 2007, S. 319). Auch andere Autoren beschreiben, dass die von den Heimbewohnern erlebte Eintönigkeit des Alltags eine weitere Belastung für die alten Menschen darstellt, denn „ihnen fehlt eine Aufgabe, mit der sie die Stunden des Tages ausfüllen können“ (Kruse, Krähn et al., 1992, zit in Lehr, 2007, S. 319). Dies fördert das Gefühl der „Nutzlosigkeit“ (Lehr, 2007, S. 319).

²⁴ „Sensorische Deprivation: langanhaltende und vollständige Ausschaltung aller Sinneseindrücke beim Menschen. Als Folge steigt das Verlangen nach Sinnesreizen und Körperbewegung. Je länger dieser Zustand dauert, desto mehr lassen sich Störungen des Denkablaufs, Konzentrationsschwäche, depressive Verstimmungen und in einzelnen Fällen auch Halluzinationen beobachten“ (Lexikon der Psychologie, 2000).

2.3 Alten- und Pflegeheime in Luxemburg

2.3.1 Die Heimbewohner

Am 1. Oktober 2017 standen in Luxemburg 3 871 Betten in 31 Centres Intégrés pour Personnes Âgées (CIPAs/Altenheimen) und 2 379 Betten in 21 Pflegeheimen zur Verfügung (Becker, Jacqueline, Email zu Bettenzahl in Alten- und Pflegeheimen, 13.11.2017). Demnach lebten 7,5²⁵ Prozent (6 250 Personen) der über 65-jährigen Einwohner (83 879 Personen) aus Luxemburg in einem Alten- oder Pflegeheim (STATEC, 2017, S. 12f.). Das Durchschnittsalter der Senioren liegt bei ihrem Einzug in ein CIPA bei 84,2 Jahren bei den Frauen und bei 83,2 Jahren bei den Männern. Beim Einzug in ein Pflegeheim sind die Frauen 83,3 Jahre alt und die Männer haben durchschnittlich 79,7 Jahre. Die durchschnittliche Verweildauer der Frauen beträgt im CIPA 60,8 Monate und im Pflegeheim 41,7 Monate. Die Verweildauer der männlichen Bewohner liegt im CIPA bei 40 Monaten und im Pflegeheim bei 29,8 Monaten (Becker, Jacqueline, Email zur Verweildauer von Heimbewohnern in Altenhilfeeinrichtungen, 13.11.2017)

4 755 Heimbewohner (76%²⁶ der aktuellen Alten- und Pflegeheimbewohner in Luxemburg) waren am 31. Dezember 2016 pflegebedürftig²⁷ bzw. wurden von der Pflegeversicherung unterstützt. Von diesen Pflegebedürftigen lebten 2 606 Personen in einem CIPA und 2 149 Betroffene waren Pflegeheimbewohner. Der Unkostenbeitrag der Pflegeversicherung betrug durchschnittlich pro Monat und pro Bewohner in einem CIPA 5 094 Euro und in einem Pflegeheim 6 178 Euro (vgl. Gesondheetskees, 2017a, S. 21). Bei diesen 76% pflegebedürftigen Bewohnern waren die pflegebedürftigen Personen noch nicht inbegriffen, deren Anträge auf Bewilligung der Unterstützung durch die Pflegeversicherung noch nicht definitiv bewilligt sind, die aber bereits in den Heimen leben.

²⁵ Eigene Berechnung auf Basis von Daten von Jacqueline Becker (2017) und STATEC (2017).

²⁶ Eigene Berechnung auf Basis von Daten der Gesondheetskees (2017a) und STATEC (2017).

²⁷ Pflegebedürftig sein bedeutet, dass die Heimbewohner entweder wöchentlich länger als 210 Minuten die Hilfe eines Pflegers oder Betreuers benötigen, der sie bei den „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) unterstützt oder sie sind vollkommen erblindet, haben „Artikulationsschwierigkeiten und Kommunikationsprobleme“ aufgrund „schwerer Hörschäden“ bzw. leiden unter „Spina Bifida“ (vgl. Ministère de la Sécurité sociale, 2015, S. 14f.).

Die Heimbewohner wurden am 1. Januar 2015²⁸ von 5 379 Mitarbeitern der luxemburgischen Alten- und Pflegeheime unterstützt. Davon waren 3 649 Mitarbeiter im Pflegebereich tätig, 176 Personen arbeiteten im sozioedukativen Bereich, 278 Personen waren im administrativen Bereich beschäftigt und 1 556 Arbeitnehmer gehörten zum hauswirtschaftlichen, zum technischen und zum logistischen Personal (Ministère de la Sécurité Sociale, 2016, S. 98).

2.3.2 Die Pflegekräfte im Bereich der luxemburgischen Altenpflege

Zur Zeit besteht das Altenpflegepersonal in den luxemburgischen Alten- und Pflegeheimen hauptsächlich aus Krankenpflegern (infirmiers), Hilfspflegern (aide-soignants), aides socio-familiales, Lebensbetreuern (auxiliaires de vie), aides senior, Altenpflegern und Erziehern (éducateurs). Hinzu kommen noch spezialisierte Berufsgruppen, die nicht zum eigentlichen Stamm-Pflegepersonal gehören und die nur vereinzelt in den Institutionen eingesetzt werden, wie Kinesitherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialpädagogen, Psychologen, Sozialarbeiter, usw.

Die Hauptverantwortung bei den Pflegeinterventionen, aber auch bei Führungsaufgaben (vgl. Demortier, 2014, S. 47), obliegt den Krankenpflegern, obwohl sie keine spezialisierte Ausbildung weder im Bereich der Altenpflege, noch im Bereich der Personalführung (z.B. Aufsicht über aides socio-familiales und/oder auxiliaires de vie) absolviert haben (vgl. Anhang A). In der Krankenpflegerausbildung der luxemburgischen Schulen für Gesundheitsberufe entfallen lediglich 46 der insgesamt 920 Unterrichtsstunden aus dem theoretischen Ausbildungsprogramm auf den Bereich „Soins en Gériatrie“ (vgl. Anhang B). Auch im Bereich der praktischen Ausbildung ist lediglich im 2. Studienjahr der Krankenpflegerausbildung ein sechswöchiges Praktikum im geriatrischen Bereich (vgl. Roland, Müller, Gespräch, 2.01.2018), sowie im 3. Studienjahr, ein Praktikum von 460 Stunden im Bereich Medizin, Geriatrie und Kinderkrankenpflege vorgesehen (vgl. Anhang A).

Für die theoretische Einführung in die Grundgedanken der Pflegemodelle im Bereich der Altenpflege, sind für das Pflegemodell von Naomi Feil 2 Unterrichtsstunden und für das Pflegemodell von Erwin Böhm 8 Unterrichtsstunden vorgesehen. Sie sind Teil der 46-stündigen Ausbildung im Bereich „Soins en Gériatrie“ (siehe Anhang B, COSPI 3).

²⁸ Bei den statistische Daten betreffend die Mitarbeiterzahl in luxemburgischen Alteneinrichtungen konnten lediglich auf Angaben vom 1.1.2015 zurückgegriffen werden, da zum Zeitpunkt der Abgabe der Dissertation noch keine rezenteren Daten vorlagen.

Für die Einführung in die 14 Grundbedürfnisse von Virginia Henderson sind 136 Unterrichtsstunden vorgesehen (vgl. Anhang C). Sie sind Teil der verbleibenden 874²⁹ theoretischen Unterrichtsstunden betreffend den Bereich der Krankenpflegeausbildung. Auch die restlichen 1 420 Unterrichtsstunden der praktischen Ausbildung bestehen hauptsächlich aus Praktika im Krankenhausbereich oder im Bereich der Pflegedienste (vgl. Anhang A).

Neben den Krankenpflegern sind die Hilfspfleger diejenigen, die die meiste Verantwortung in der luxemburgischen Altenpflege übernehmen. Ihre Ausbildung basiert ausschließlich auf dem Pflegemodell von Virginia Henderson. Auch sie sind fachlich nicht spezifisch auf die Altenpflege vorbereitet. In ihrer Ausbildung betreffen, laut Lehrplanübersicht, drei von insgesamt 31 Fächern die Altenpflege: „Comprendre le vieillissement“, „Occuper la personne âgée“, „Nursing de la personne démente“ (vgl. Anhang D).

Neben den Kranken- und Hilfspflegerinnen arbeiten in den Alten- und Pflegeheimen noch die „aides socio familiales“³⁰ und die Lebensbetreuer (auxiliaires de vie³¹), deren Ausbildungen nicht zu den Gesundheitsberufen gehören.

Die Ausbildung zur „aide socio familiale“ ist berufsbegleitend und umfasst lediglich 239 Stunden allgemeine theoretische Ausbildung zuzüglich 115 Stunden theoretische Ausbildung in einem der drei angebotenen Bereiche: Kinderbetreuung – Krankheit und Handicap – alte Menschen (Wahlmodul) und 80 Stunden Praktikum im Bereich „médico-socio-éducatif“ in einem Bereich nach eigener Auswahl (Bruna Martine, persönliches Gespräch, 23.11.2015). Die Ausbildung wird mit einem „certificat d'aptitude aux fonctions d'aide socio-familiale“ abgeschlossen (Legilux, 1999, S. 2319) und gehört in den Bereich des „personnel à tâche artisanale et manuelle“ (Legilux, 2017, Art.35). Da die Unterrichtszeit sehr begrenzt ist, lernen die zukünftigen aides socio-familiales, Pflegemodelle nur in einem sehr kurzen

²⁹ Eigene Berechnung: Theoretische Gesamtausbildung von 920 Unterrichtsstunden minus 46 Unterrichtsstunden betreffend geriatrische Pflege.

³⁰ « Les fonctions d'aide socio-familiale comportent des missions d'accompagnement, d'encadrement, de guidance et d'aide. Elles se situent dans le cadre global du travail social et familial dans le but de contribuer au bien-être physique, psychique et social de l'usager. » (Ministère de la Famille, de l'Intégration et de la Grande Région, 2015).

³¹ « L'auxiliaire de vie s'occupe principalement d'accompagner, guider et assister les personnes dépendantes de tout âge dans le but de contribuer à leur bien-être physique et psychique. Il agit au sein d'une équipe pluridisciplinaire sous la responsabilité d'un professionnel de santé ou socio-éducatif respectivement dans un ménage. L'auxiliaire de vie peut exercer son métier dans les crèches, garderies, centres d'accueil, les foyers de jour, maisons de retraite et de soins ou dans le secteur de l'aide et du maintien à domicile. » (Agence pour le développement de l'emploi, 2015).

Überblick kennen. Dabei handelt es sich um die Modelle von Henderson, Juchli und Krohwinkel (vgl. Anhang E).

Die Lebensbetreuer (*auxiliaire de vie*) absolvieren eine dreijährige Ausbildung mit integrierten Praktika, welche mit einem Gesellenbrief (DAP - *diplôme d'aptitude professionnel*) abgeschlossen wird. In der Ausbildung sind 10 Unterrichtsstunden für das explizite Kennenlernen des Pflegemodells und der Grundbedürfnisse nach Henderson inklusiv den sechs Schritten des Pflegeprozesses vorgesehen. Auch bei komplexeren Themen wie dem Umgang mit kranken, schwerkranken oder dementiell erkrankten Menschen oder dem Thema „Essen und Trinken“, usw., dient immer das Pflegemodell von Henderson als Grundlage, so wie dies von der „Entente des Hôpitaux“ in Luxemburg vorgeschlagen wird. Pflegemodelle von Feil und Böhm werden kurz angesprochen (Schmitz Mariette, E-Mail zur Ausbildung der „*auxiliaire de vie*“, 18.01.2016). Nur in den Lehrbüchern (die zur Zeit auf dem Lehrplan der Lebensbetreuer stehen) findet man noch zusätzlich das Pflegemodell der ATLs von Liliane Juchli, aber dies auch nur, weil es sich um deutschsprachige Lehrbücher handelt und auf diese zurückgegriffen werden muss, weil es in Luxemburg selbst kein entsprechendes Schulungsmaterial gibt (Schmitz Mariette, E-Mail zur Ausbildung der „*auxiliaire de vie*“, 18.01.2016).

Des Weiteren arbeiten in den luxemburgischen Einrichtungen für alte Menschen noch „*aides senior*“. Das sind unqualifizierte Arbeitskräfte ohne spezifische Ausbildung im Umgang mit alten Menschen.

Die wenigen ausgebildeten Altenpfleger und Altenpflegehelfer, die in luxemburgischen Institutionen arbeiten, sind meist deutschstämmig und haben ihre Ausbildung in Deutschland absolviert. Dort dauert die Ausbildung des Altenpflegers drei Jahre (siehe Anhang F). Das Ausbildungsprogramm ist bundesweit durch das Altenpflegegesetz (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014a, S. 79ff.) geregelt und besteht aus mindestens 4 600 Stunden, wovon 2 100 für den theoretischen Teil der Ausbildung und 2 500 Stunden für den praktischen Teil vorgesehen sind (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014a, S. 28). Die Ausbildung umfasst vier Lernbereiche: „Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege (1200 Stunden); Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung (300 Stunden); rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit (160 Stunden); Altenpflege als Beruf (240 Stunden)“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014a, S. 37). 200 Unterrichtsstunden sind zur freien Unterrichtsgestaltung vorgesehen. Bereits im ersten Ausbildungsjahr lernen die Auszubildenden das Pflegemodell nach Krohwinkel kennen.

Später kommen dann noch weitere wie Friedemann, Orem, usw. hinzu (Simon Anne, E-Mail zur Ausbildung der Altenpfleger, 18.01.2016). Die Berufsgruppe der „Altenpfleger“, die ausschließlich in Deutschland ausgebildet werden, da es in Luxemburg keine diesbezügliche Spezialisierung gibt, wird in Luxemburg nicht als separate Berufsgruppe anerkannt und mit den Hilfspflegerinnen aus der Krankenhausausbildung gleichgesetzt.

Die Ausbildung des Altenpflegehelfers (siehe Anhang F) dauert lediglich ein Jahr. Sie ist „in die dreijährige Altenpflegeausbildung integriert, was bedeutet, dass die Inhalte im ersten Ausbildungsjahr der dreijährigen Ausbildung identisch sind mit der einjährigen Helferausbildung“ (Simon Anne, E-Mail zur Ausbildung der Altenpfleger, 18.01.2016).

Die luxemburgischen Pflgeteams in den Strukturen für alte Menschen werden noch teilweise von Erziehern unterstützt. Diese haben überhaupt keine Erfahrung mit Pflegemodellen und deren Inhalten, denn während ihrer vierjährigen Ausbildung lernen sie keine Pflegemodelle kennen (Loens Nikola, E-Mail zur Ausbildung der Erzieher, 17.11.2015), sondern sie beschäftigen sich lediglich mit Alterstheorien und Altersmodellen (Defizitmodell, Lebensphasenmodell nach Erikson, SOK-Modell, Kompetenzmodelle, Aktivitätstheorie, Disengagementtheorie, Kontinuitätstheorie).

2.3.3 Der aktuelle Stand der Qualifikation der Altenpflegekräfte in Luxemburg

Im Prinzip gibt es in Luxemburg überhaupt keine spezialisierte Ausbildung für Pflege- oder Betreuungspersonal im Bereich der Altenpflege, was umso erstaunlicher ist, denn es gibt in Luxemburgs Alten- und Pflegeheimen mehr als doppelt soviel Betten, und demnach alte Menschen zu betreuen, als Betten in den luxemburgischen Krankenhäusern: 2017 standen Luxemburgs Altenhilfeeinrichtungen 6 250 Betten zur Verfügung (Becker, Jacqueline, Email zu Bettenzahl in Alten- und Pflegeheimen, 13.11.2017) gegenüber 2 746 Krankenhausbetten in den Kliniken des Großherzogtums (vgl. STATEC, 2017, S. 20). Bei den über 6 000 zu betreuenden Senioren wurden die alten Menschen, die zu Hause von Pflegediensten betreut werden und dort auch eine altengerechte Betreuung durch spezialisiertes Fachpersonal brauchen, nicht berücksichtigt.

Die fehlende Spezialisierung dürfte, laut Demortier (2014), auch die Ursache dafür sein, dass dem luxemburgischen Pflegepersonal in den Alten- und Pflegeheimen nicht nur wichtige Grundkenntnisse und Kompetenzen³² im Bereich der Altenpflege fehlen, sondern auch

³² „Pénurie en termes de compétences: besoins clés en matière de soins à la personne âgée dépendante“ (Demortier, 2014, S. 19ff.).

spezialisiertes und/oder praxiserprobtes Wissen, zum Beispiel in den Bereichen der Demenz bzw. im Umgang mit dementiellen Krisen; im Bereich von Präventionsmaßnahmen; bei der Palliativpflege von Heimbewohnern, usw. fehlt (vgl. S. 19ff.).

Im Abschlussbericht der Studie des Institut Universitaire International Luxembourg (2014) betreffend die Altenpflege in Luxemburg, nennt Demortier (2014), eine der großen Schwächen und Gefahren im Bereich der luxemburgischen Altenpflege, dass „la formation initiale a une connotation principalement hospitalière, ne traitant pas assez les aspects gérontologiques et gériatriques. Les techniques de soins applicables sur le terrain et les réflexes pratiques nécessaires à la prise en charge de la personne âgée dépendante peuvent ne pas être suffisamment bien maîtrisés“ (Demortier, 2014, S. 49).

Den Mitarbeitern aus dem Bereich der Altenpflege fehlen die nötigen Kompetenzen, um ihren Beruf effizient ausüben zu können und es besteht die Notwendigkeit, die einzelnen Pflegekräfte besser auf das Berufsleben im Altenhilfebereich vorzubereiten, um sie auf Dauer in diesen Berufen zu halten und sie nicht physisch und psychisch zu überfordern (vgl. Demortier, 2014, S. 18³³; S. 23). Bereits im Jahr 2014 machte Demortier auf eine „fatigue morale³⁴“ (S. 23) des Personals aufmerksam, welche ihrer Meinung nach ausgelöst wird, durch die zunehmende Verantwortung, die, besonders in den Altenpflegestrukturen, auf das Personal und insbesondere auf die Krankenpfleger übertragen wird, ohne dass diese Pflegekräfte, die dafür notwendigen Grundausbildungen haben (vgl. Demortier, 2014, S. 47). Des Weiteren zeigt die Studie des Institut Universitaire International Luxembourg, dass die fehlenden Kenntnisse sowie die nicht vorhandene Spezialisierung in diesem Bereich, besonders die jüngeren Mitarbeiter belasten und sie beim Eintritt ins Berufsleben einen „choc de la réalité“ (Demortier, 2014, S. 43) erleiden können und so das Risiko besteht, dass sie den Beruf schnellstmöglich wieder verlassen. „Everyone is a genius, but if you judge a fish on its ability to climb a tree, it will live its whole life believing it is stupid“ (Einstein, zit. in Reitzer, 2014, S. 203)

Dennoch ist es wohl eine Illusion, davon auszugehen, dass man in kürzester Zeit, das Personal aus dem Bereich der Altenpflege dahingehend schulen könnte, dass die von Demortier (2014) angeschnittenen Mängel beseitigt werden können. Trotzdem sollte man

³³ „En termes de compétences: les personnes formées n'ont pas les compétences adéquates pour effectuer leur métier de manière efficiente. ... Nécessité de mieux préparer les individus au métier, les attirer et les fidéliser« (Demortier, 2014, S. 18).

³⁴ „La fatigue morale du personnel de soins peut aussi s'expliquer par les responsabilités croissantes qui lui sont confiées, notamment dans les établissements de soins“ (Demortier, 2014, S. 23).

versuchen mit Hilfe von Fortbildungen die Pflegekräfte dahingehend schulen, dass sie besser auf ihre Aufgaben im Alltag mit den alten Menschen vorbereitet sind. „Es kommt in der Praxissituation nicht so sehr darauf an, dass sie einzelne Muskeln und Knochen mit Namen kennen, sondern dass sie eine fachlich hilfreiche Unterstützung für ältere Menschen bieten können.“ (Sowinski & Michell-Auli, 2011, S. VII). Dabei sollte aber auch darauf geachtet werden, dass nicht zuviel Verantwortung auf die Schultern der Krankenpfleger übertragen wird (so wie Demortier (2014) dies beschrieben hat), sondern dass die Vorgesetzten, die Mitarbeiter tatkräftig unterstützen, besonders im Bereich der Führungsaufgaben, wo dem Personal jegliche Ausbildung fehlt.

2.4 Potentielle Belastungen für pflegebedürftige Heimbewohner

Der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim ist ein sehr „komplexer Prozess“, der „mit verschiedensten Belastungen versehen“ (Thiele, 2000, S. 64) ist. Für pflegebedürftige Bewohner ist der Heimaufenthalt noch stärker von Belastungsfaktoren geprägt, da die Übersiedlung ins Heim oft plötzlich und ohne entsprechende Vorbereitungsphase, welche für einen „belastungsreduzierten“ (Thiele, 2000, S. 62) Aufenthalt wichtig wäre, abläuft.

Belastung lässt sich als „situationsspezifisches, mehrdimensionales Konstrukt betrachten, wobei die Trennung zwischen objektiver und subjektiv wahrgenommener Belastung zentral ist“ (Zank & Schacke, o.D., S. 14), und wobei die subjektiven Belastungen, die Folge sind der individuellen Situations- und Ressourceneinschätzungen (vgl. Zank & Schacke, o.D., S. 15).

Belastungen für Heimbewohner können aus „Umwelt- und Situationsbedingungen“ (Thiele, 2000, S. 60) entstehen, die bereits vor dem Heimeinzug bestanden haben, die sich aber nach dem Einzug verstärken, durch Erkrankungen verschlimmert werden oder altersbedingt verstärkt auftreten. Sie können sich aber auch neu entwickeln oder aus dem Umstand des Umzugs in die neue Wohnumgebung entstehen. Ursachen für solche Belastungsfaktoren sind:

- die Pflegebedürftigkeit, als Folge unheilbarer Krankheiten oder irreversibler Einschränkungen;
- das Abhängig-Sein von der Unterstützung durch Pfleger oder Betreuer;
- die Tatsache, im Heim leben zu müssen (vgl. Schmidt, 2015, S. 9).

Aus dem Zustand der *Pflegebedürftigkeit* entstehen „objektive Belastungen“ durch den Bedarf an Unterstützung bei der Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens; durch geistige Einschränkungen oder durch pathologisch bedingte Verhaltensschwierigkeiten.

„Subjektive Belastungen“ können Schmerzen, „Trauer“, Verbitterung, das Gefühl des Nutzlos-Seins oder Verlustempfindungen sein, z.B., weil bisher wichtige Rollen oder Tätigkeiten nicht mehr ausgeübt werden können (vgl. Schmidt, 2015, S. 9).

Aus der *Abhängigkeit von Hilfe und Unterstützung* entstehen „objektive Belastungen“ durch die knapp bemessene Zeit des Pflege- und Betreuungspersonals; durch den Verlust der Selbstkontrolle und durch die „Machtasymmetrie“ zwischen Heimbewohner und Heimpersonal. „Subjektive Belastungen“ sind das Gefühl der Isolation, der Eingriff in die Privatsphäre und/oder die Missachtung der Würde der alten Menschen (vgl. Schmidt, 2015, S. 9).

An den Umstand *im Heim leben zu müssen*, sind „objektive Belastungen“ geknüpft, wie Auseinandersetzungen, die aus dem Zusammenleben von Menschen mit unterschiedlichen Bedürfnissen, Wünschen und Erwartungen auf engstem Raum entstehen. Weitere Belastungen hängen von den Gegebenheiten und Beschränkungen der Institutionen ab. „Subjektive Belastungen“ wachsen aus den forcierten Gewohnheitsänderungen der alten Menschen; aus der „Sinnleere“, die durch das Gefühl des Nicht-ausgefüllt-Seins und aus dem Mangel an Reizen entstehen, sowie aus der Furcht vor dem verwirrenden Verhalten anderer Heimbewohner (vgl. Schmidt, 2015, S. 9).

Diese objektiven und subjektiven Belastungen werden nicht von allen Bewohnern in gleichem Ausmaß wahrgenommen oder mit den gleichen Kompetenzen bewältigt. Das Ausmaß der Belastungen und wie diese bewältigt werden, hängt zum einen von den Institutionen ab, d.h. inwieweit sie die Betroffenen unterstützen und auf ihre Bedürfnisse eingehen. Zum andern hängt der Umgang oder die Bewältigung aber auch von den Bewohnern selbst ab. Hier spielt der Grad ihrer Verletzlichkeit („Vulnerabilität“) eine bedeutende Rolle. „Geringe Vulnerabilität erfordert viele Belastungen, um eine psychische Störung auszulösen, während bei hoher Vulnerabilität bereits geringe Belastungen zur Überforderung führen“ (Thiele, 2000, S. 59). Aber die Bewältigung der Belastungen und der Stressfaktoren hängt noch von anderen Faktoren wie den Ressourcen der Bewohner, ihren individuellen Prägungen, ihrer Biografie, dem individuellen Umgangspotential mit Belastungen und der Unterstützung durch das soziale Netz ab. „Was im konkreten Fall fachlich angezeigt ist, entscheidet sich individuumsbezogen in der Gestaltung des Hilfsprozesses auf der Grundlage einer Situationsfeststellung (Assessment) und hierauf aufbauender erweiterter Pflegeplanung“ (Schmidt, 2015, S. 10).

Ähnlich wie Schmidt (2015) geht auch Perrig-Chiello (2007) darauf ein, dass viel vom sozialen Umfeld und von den Institutionen abhängt, wie die alten Menschen mit den Belastungen des Heimlebens umgehen und ob sich daraus negative Konsequenzen, wie Autonomie-Einschränkungen oder „psychische Beeinträchtigungen“ (Thiele, 2000, S. 60) entwickeln. „Wir wissen aber auch, dass mit zunehmender Fragilität und vor allem in bestimmten Settings (wie beispielsweise durch zu viel Bevormundung in Alters- und Pflegeheimen) viele Menschen die Verantwortung an andere abgeben und hilflos werden. Ein unheilvoller Teufelskreis wird damit ausgelöst: je mehr Hilfe gegeben wird, desto hilfloser; und je hilfloser, desto mehr Hilfe wird benötigt. Man ist eben in der Regel eher interessiert an angepassten und pflegeleichten Alten als an widerspenstigen, selbstbewussten und unbequemen“ (Perrig-Chiello, 2007, S. 3f.).

3 Pflegemodelle als Grundlage der Altenarbeit

Ein Grund, warum Heimbewohner in den, von Perrig-Chiello (2007) angesprochenen „Teufelskreis“ der Hilflosigkeit geraten können, kann die Anwendung von zu Autonomie einschränkenden Pflegemodellen in den Alten- und Pflegeheimen sein, denn Pflegemodelle bilden die Grundlage für die Pflege und Betreuung der Heimbewohner und tragen somit entscheidend zum Autonomieerhalt oder zum Autonomieverlust bei, bzw. beeinflussen den Erhalt von Selbstbestimmung, Würde und Selbstkontrolle der Heimbewohner.

Pflegemodelle setzen sich aus Gegenstand³⁵ und Zielen sowie Aufgaben und Tätigkeiten des Pflegepersonals zusammen und bilden somit die Grundlagen für die Festlegung der Struktur der individuellen Pflegeplanungen der Heimbewohner (vgl. Ulatowski, 2016, S. 12). „Die Wahl eines Pflegemodells stellt ein wesentliches, wenn nicht sogar das entscheidende Kriterium für den Erfolg der Einrichtung im pflegerischen Bereich dar“ (Müller, 2015, S. 45).

3.1 Ziele der Pflegekräfte und Pflegeverhalten im Pflegemodell

Laut Müller (2015) bildet, das von den Altenhilfeeinrichtungen ausgewählte Pflegemodell, die Grundlage für die Pflegeziele und für die Pflegepraxis, welche von den Pflegekräften formuliert bzw. umgesetzt werden: Einerseits werden auf der Basis von Pflegemodellen *die Ziele der pflegerischen Leistungen* formuliert und andererseits sind Pflegemodelle ausschlaggebend für die *Orientierung der Pflegepraxis*, denn das, für eine Institution ausgewählte Pflegemodell, „beschreibt und erklärt die professionelle Pflege in Bezug zum Menschen, seiner Umgebung, Gesundheit und Krankheit“ (Müller, 2015, S. 44) und zeichnet somit professionelle Altenarbeit aus (vgl. Müller, 2015, S. 45).

Die Wichtigkeit der Ziele. „Wer nicht weiß, wo er hin will, darf sich nicht wundern, wenn er ganz wo anders ankommt.“ (Mark Twain). Dies gilt auch in der Altenpflege. Wer kein festes Ziel hat, wird nicht fähig sein, einen gradlinigen Weg einzuschlagen und konkrete Pflegeziele zu formulieren, woraus sich die notwendigen konsequenten oder konsistenten Strategien und Pflegepraxen für den Arbeitsalltag ableiten lassen. Ziele in der Altenpflege sind an Wichtigkeit nicht zu unterschätzen (vgl. Müller, 2015, S. 43). Konkret formulierte Ziele erleichtern nicht nur den Alltag der Pflegekräfte, sondern auch der Führungskräfte und der Heimleitungen, wenn sie im Rahmen des Pflegeprozesses bewohnerorientiert im Pflegealltag umgesetzt werden. Zielorientierungen, Zieldefinitionen oder Zielvereinbarungen

³⁵ Gegenstand = theoretische Beschreibung des grundlegenden Pflegeverständnisses: Was ist Pflege? Wer pflegt? Wie wird gepflegt?

müssen gemeinsam ausgearbeitet werden, denn Ziele sollen „nicht einfach von oben nach unten verordnet werden“ (Müller, 2015, S. 38). Zielformulierungen bzw. Zielorientierungen müssen, um erfolgreich zu sein, mit den Heimbewohnern, den Pflegekräften und eventuell mit den Angehörigen abgestimmt werden. Die Hauptbetroffenen (die Bewohner) sollen ihre Wünsche, Erwartungen und Einstellungen äußern und mit in die Zielsetzungen einfließen lassen können. Ziele sollen so formuliert werden, dass „sie ein Ergebnis der pflegerischen bzw. betreuenden Handlung realistisch und überprüfbar beschreiben“ (Link, 2016, S. 42), sowohl für die Pflegeteams als auch für die Bewohner und deren Angehörige.

Um im Rahmen von individuellen Zielsetzungen bzw. Zielvereinbarungen, bewohnerorientierte Ziele eindeutig definieren und später auswerten zu können, bietet sich die, von Doran (1981) ausgearbeitete S.M.A.R.T.³⁶-Formel an, nach welcher die festgelegten Ziele, zumindest einen Teil der folgende Eigenschaften erfüllen sollten :

S = „Specific – target a specific area for improvement“ (spezifisch).

M = „Measurable – quantify or at least suggest an indicator of progress“ (messbar).

A = „Assignable – specify who will do it“ (akzeptiert).

R = „Realistic – state what results can realistically be achieved, given available resources“ (realistisch).

T = „Time-related – specify when the result(s) can be achieved“ (terminiert).

(Doran, 1981, S. 36; vgl. Müller, 2015, S. 40; Lummer, 2015, S. 44; Rogall-Adam, 2008, S. 39; u.a.). Müller (2015) fügt noch hinzu, dass für ihn Ziele „sich nicht widersprechen“ dürfen (S. 39) und dass sie „transparent“ sein müssen, damit sie von allen Beteiligten verstanden werden, um Fehlinterpretationen bestmöglichst zu vermeiden (vgl. S. 38).

Da die S.M.A.R.T.-Regel, eine relativ breitgefächerte Beschreibung der Zielvereinbarungen vorgibt, muss je nach Bedarf der Bewohner eine detailliertere Zieloptimierung vorgenommen werden, indem Nah- und Fernziele ausgearbeitet werden. Insbesondere Nahziele fördern die Motivation der Heimbewohner, da es sich dabei um kleinere Etappenziele handelt, welche leichter zu erreichen sind (Müller, 2015, vgl. S. 39).

Damit die S.M.A.R.T-Formel bzw. die von Müller hinzugefügten Bedingungen erfolgreich umgesetzt werden können, müssen auch institutionsinterne Zielhierarchien bestehen, deren Existenz den reibungslosen Ablauf der Umsetzung von bewohnerorientierten Zielvereinbarungen bestmöglich garantieren, auch wenn, bei solchen Zielvorgaben,

³⁶ Akronym für **S**pecific **M**asurable **A**ssignable **R**ealistic **T**ime-related (Doran, 1981, S.36).

unvorhergesehene Ereignisse im Pflegealltag eine ständige Anpassung der Prioritäten verlangen. Unter diese institutionsinternen Zielkategorien fallen: Die *Grundsatz- oder Leitziele*, wobei es sich hier um qualitative übergeordnete Ziele handelt, welche Grundsätzliches, z.B. Wertvorstellungen, enthalten, die für einen längeren Zeitraum gelten (z.B. Leitbilder). Die Zuständigkeit für diese Ziele liegt bei der oberen Führungsebene. Die *Rahmen- oder Teilziele* sind quantitative Ziele, die die Grund- oder Leitziele konkretisieren. Sie gelten für kürzere Zeiträume, sind präziser formuliert, können aber häufigeren Veränderungen unterliegen. Sie unterliegen der Verantwortung der mittleren Führungsebene (Pflegedienst- oder Hauswirtschaftsleitung). Die *Ergebnis-, Handlungs- oder Arbeitsziele* können sowohl quantitative als auch qualitative Ziele sein. Sie sind so konkret wie möglich formuliert und gelten für einen kurzen Zeitraum (bis zu zwölf Monaten) und können sich an den definierten Nahzielen der Bewohner orientieren, wobei es vor allem darum geht, die täglich anfallenden Aufgaben, zielorientiert, zu erledigen. Für die Umsetzung dieser Ziele ist die ausführende Ebene (Pflege- und Hauswirtschaftspersonal) zuständig (vgl. Dress & Klinkowski, 2010, S. 6ff.; Müller, 2015, S. 40f.).

In Anbetracht der unterschiedlichen Zielarten unterscheidet Müller (2015) noch zusätzlich zwischen den persönlichen Zielen der Pflegekräfte und den Zielen der Institutionen, wobei für den Autor persönliche Ziele der Pflegenden stärker von deren eigenen Ressourcen und Wertvorstellungen abhängen, welche aber wiederum zeitweise durch institutionelle Vorgaben eingengt werden können. „Organisationsziele“ bzw. Ziele der Institutionen sind Ziele, die „das zeitlich begrenzte, zielgerichtete Handeln“ aller Pflegekräfte darstellen, wobei es darum geht „den Pflegebedürftigen bei der Erfüllung bestimmter sozialer Bedürfnisse zu unterstützen“ (S. 42), die er aus eigener Kraft nicht mehr erreicht. „Optimal“ wäre für Müller (2015), wenn zwischen beiden Zielarten eine große Übereinstimmung erreicht würde (vgl. S. 43).

Das Pflegeverhalten (Pflegepraxis) als Basis der Pflegemodelle. „Aus den formulierten Zielen ergeben sich die notwendigen Strategien und Arbeitsschritte für die tägliche Arbeit“ (Müller, 2015, S. 43). Demnach werden nicht nur die Pflegeziele auf der Basis der Pflegemodelle und der darin festgehaltenen Bedürfnisse oder Aktivitäten formuliert, sondern auch das Pflegeverhalten bzw. die Pflegepraxis der Pflegekräfte hängt von den vorgegebenen Pflegemodellen ab. Von den Institutionen ausgewählte Pflegemodelle steuern das Pflegeverhalten der Pflegekräfte, indem sie durch konkrete Vorgaben dafür sorgen, dass „einheitliche Wertvorstellungen und Kriterien von den Pflegenden durchgeführt werden können“ (Müller, 2015, S. 44) und, dass die Pflegekräfte ein einheitliches und fundiertes

Pflegeverständnis erhalten. Müller weist auf die Wichtigkeit von ausgewählten Pflegemodellen als Grundlage einer fundierten Pflege hin, da seiner Meinung nach, eine Ursache für fehlende Pflegequalität dadurch entstehen kann, wenn die „Pflegerinnen ein unterschiedliches oder nicht entsprechendes fundiertes theoretisches Pflegeverständnis haben“ (Müller, 2015, S. 45), insbesondere weil Pflegemodelle den „Rahmen und die Struktur“ für das Pflegeverhalten der Mitarbeiter bilden, sowie deren Aufgaben und Tätigkeiten im Pflegealltag definieren sollen. (vgl. Thieme, 2015, S. 67; Müller, 2015, S. 45).

Für die einzelnen Altenhilfeeinrichtungen ist es nicht immer einfach, ein passendes Pflegemodell zu finden, zumal die Pflegemodelle eigentlich für die Krankenpflege entwickelt wurden. Demnach gilt es durch Vergleichen und durch Abwägen von Vor- und Nachteilen der verschiedenen Pflegemodelle, ein für die jeweilige Institution passendes, Pflegemodell auszuwählen. Hier eine Entscheidung zu treffen ist nicht einfach, insbesondere weil sich viele Pflegemodelle auf den ersten Blick gleichen, aber in ihren Grundgedanken, Überzeugungen und Charakteristiken unterschiedlich sind.

3.2 Unterschiedliche Arten von Pflegemodellen

Den Grundstein für das erste Pflegemodell hat Florence Nightingale 1860 mit ihrem Werk „Notes on Nursing“ (Nightingale, 1860) gelegt. Es war das erste Buch in dem pflegerische Grundsätze schriftlich festgehalten wurden. Dieses Werk wird heute noch als « système Nightingale » (McPherson, 2005, S. 77) oder „das Nightingale System“ (Lauber, 2007, S. 52) bezeichnet. Nightingale gilt als Pionierin der modernen Krankenpflege, denn sie legte, als erste „Pflegetheoretikerin“, Richtlinien fest, die den Grundstein für die Weiterentwicklung der professionellen Krankenpflege bildeten (vgl. Lauber, 2007, S. 52).

Nach der Entwicklung des Nightingale Systems hat es nahezu 100 Jahre gedauert, bis weitere einschlägige Pflegemodelle entwickelt wurden. Erst ab Mitte des 20. Jahrhunderts sind weitere neue Pflegemodellen entstanden, deren Anzahl ab dann schnell gewachsen ist. Laut Hallensleben (2003) werden aktuell in den paramedizinischen Lehrbüchern zwischen 30 und 50 verschiedene Pflegemodelle aufgeführt und in der Realität ist die Zahl noch höher, da in vielen Institutionen nach eigenen, von den veröffentlichten Pflegemodellen abgewandelte Varianten, angewandt werden (vgl. S. 60).

Bei den Pflegemodellen wird zwischen drei verschiedenen Arten unterschieden: Pflegeergebnismodelle, Interaktionsmodelle und Bedürfnismodelle.

Pflegeergebnismodelle: Das Hauptaugenmerk dieser Modelle liegt auf dem Resultat der Pflege. Der kranke Mensch hat Probleme und Pflege ist notwendig, „um Stabilität, Harmonie mit der Umwelt und die innere Balance wiederherzustellen.“ (Brög-Kurzemann et al., 2000, S. 25). Es geht bei diesem Modell hauptsächlich um die Frage *Warum* die Pflege durchgeführt wird.

Interaktionsmodelle: In diesen Modellen steht das Verhältnis zwischen Betreuungs- oder Pflegefachkraft und Pflegebedürftigem bzw. betreuter Person im Zentrum der Aktionen. „Jede Aktion erzeugt eine gewünschte oder unerwünschte Gegenreaktion.“ (Gatterer & Croy, 2005, S. 173). Dabei spielen „Kommunikation und zwischenmenschliche Beziehung“ eine entscheidende Rolle. Es geht bei diesen Modellen um die Frage: *Wie* handeln Pflegenden in der „Patient-Betreuer-Beziehung.“ (Gatterer & Croy, 2005, S. 173).

Bedürfnismodelle: Bei diesen Modellen ist die Erfüllung der Bedürfnisse der Menschen vordergründig. Falls Personen nicht mehr fähig sind, selbst diese Bedürfnisse zu stillen, dann brauchen sie Pflege (vgl. Brög-Kurzemann et al., 2000, S. 24f.). Bei diesen Modellen stellt sich die Frage: *Was* können Pflegenden für die betroffenen Personen tun?“ (vgl. Gatterer & Croy, 2005, S. 173).

Die meisten Pflegemodelle im deutschsprachigen Raum sind Pflegebedürfnismodelle. Einige der bekanntesten dieser Modelle sind:

- das Pflegemodell der 14 Grundbedürfnisse des Menschen von Virginia Henderson;
- das Selbstpflegetdefizitmodell oder Selbstpflege-Modell von Dorothea Orem;
- das Pflegemodell der 12 Lebensaktivitäten (LA) nach Nancy Roper, Winifred Logan Alison Tierney (auch RLT-Modell genannt);
- das Pflegemodell der 12 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL-Modell) nach Liliane Juchli;
- das Pflegemodell der 13 Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL) nach Monika Krohwinkel

(vgl. Kellnhauser et al., 2004 zit. in Thieme, 2011, S. 27; Schmidt & Meissner, 2009, S. 201f.)

Daneben gibt es noch verschiedene Modelle, die besonders für die Betreuung von Personen mit Demenz geschaffen sein sollen. Die bekanntesten unter ihnen sind :

- die Validation nach Naomi Feil.
- das psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm ;
- der person-zentrierte Ansatz nach Tom Kitwood;
die erlebensorientierte Pflege – mäeutischer Ansatz nach Cora van der Kooij;
- die integrative Validation (IVA) nach Nicole Richard®.

(vgl. Rüsing, 2014; Demenz-Leitlinie, 2012)

3.3 Bedeutende Pflegemodelle der letzten Jahrzehnte

Im Folgenden werden, die von Kellnhauser und Mitarbeiter (2004) hervorgehobenen wichtigen Pflegemodelle des deutschsprachigen Raumes näher erläutert (vgl. Kellnhauser et al. zit. nach Thieme, 2011, S. 27). Alle diese Modelle haben als gemeinsames Ziel, die Pflegepraxis zu verbessern, „das Wesen der Pflege zu beschreiben, die Eigenständigkeit des Berufes hervorzustellen und Richtlinien zu geben, wie Pflege idealerweise sein soll“ (Sadowski, 2003, S. 87). Allerdings setzen sich die verschiedenen Pflegemodelle differenziert mit den Inhalten der Pflege auseinander.

3.3.1 Bekannte Bedürfnispflegemodelle

Das Pflegemodell nach Virginia Henderson

Henderson hat ihr Pflegemodell gegen Mitte des 20. Jahrhunderts veröffentlicht. Ihr Modell enthält 14 Grundbedürfnisse, die auf die Bedürfnispyramide von Maslow aufgebaut sind, welche aber von ihr noch detaillierter definiert wurden als von Maslow. Aus den, von ihr genannten Grundbedürfnissen, werden Pflegehandlungen abgeleitet, mit Hilfe welcher, die Pflegenden den Patienten helfen sollen. Henderson geht davon aus, dass die Pflegenden für die Erfüllung der Grundbedürfnisse der Patienten „allein verantwortlich“ sind (vgl. Herold, 2001, S. 70). Eigentlich ist das Modell von Henderson für die Altenbetreuung wenig geeignet, da sehr viel Aktivität von der Pflegeperson ausgeübt wird und der Klient dabei wenig Möglichkeiten hat seine Kompetenzen zu entwickeln oder Ressourcen zu bewahren. Aber dieses Modell bildet die Basis für sehr viele, der später entwickelten Pflegemodelle und Pflege-theorien (vgl. Sadowski, 2003, S. 73). Man kann sagen, dass dieses Pflegemodell, das für die Pflege von kranken Menschen entwickelt wurde, in der Altenpflege sehr stark mit „dem medizinischen Modell“ der Altenheime der 60^{er} und 70^{er} Jahre verbunden ist, wo Altenheime „an den Krankenhäusern mit einer Betonung von Technik und Hygiene orientiert“

(Heinzelmann, 2004, S. 24) waren. Zu der Zeit wurde Alter, laut Heinzelmann (2004), „häufig als Krankheit“ und Heimbewohner als Patienten bewertet und auch dementsprechend behandelt (S. 24). Im Pflegemodell von Henderson wurden vor allem die Defizite der Patienten als Ausgangspunkte genommen und diese Defizite wurden als Bedürfnisse gewertet, die es galt zu befriedigen. Die 14 Grundbedürfnisse von Henderson spielten, in den vergangenen Jahrzehnten, in der Entwicklung von weiteren Pflegemodellen und in der Ausbildung des Pflegepersonals eine entscheidende Rolle, denn Hendersons „Grundregeln der Pflege sind 1960 vom ICN³⁷ als verbindliche Richtlinien für professionelle Pflege übernommen und in viele Landessprachen übersetzt worden“ (Krohwinkel, 2013, S. 33). Bei ihren 14 Grundbedürfnissen handelte es sich um folgende:

1. „Normal atmen
2. Ausreichend essen und trinken
3. Abfallprodukte des Körpers ausscheiden
4. Sich zu bewegen und eine gewünschte Stellung beizubehalten
5. Zu schlafen und zu ruhen
6. Passende Kleidung zu wählen, sich an- und auszuziehen
7. Die Körpertemperatur durch passende Kleidung und Veränderung der Umwelt in einem normalen Bereich zu halten
8. Den Körper rein und gut gepflegt zu halten und die Haut zu schützen
9. Gefahren der Umwelt zu vermeiden und zu verhindern, andere zu verletzen
10. Mit anderen zu kommunizieren durch das Ausdrücken von Emotionen, Bedürfnissen, Ängsten oder Meinungen
11. Seinen Glauben auszuüben
12. So zu arbeiten, dass man ein Gefühl der Erfüllung hat
13. Zu spielen oder an verschiedenen Formen der Erholung teilzunehmen
14. Zu lernen, zu entdecken oder die Neugierde zu befriedigen, die zu einer normalen Entwicklung und Gesundheit führt, und die verfügbaren Gesundheitseinrichtungen zu nutzen“ (Sadowski, 2003, S. 76).

³⁷ International Council of Nurses

Das Selbstpflegemodell nach Dorothea E. Orem

Das Pflegemodell von Dorothea E. Orem unterscheidet sich von anderen Modellen, wie z.B. von dem von Henderson, weil Orem davon ausgeht, dass nicht nur die Pflegenden über die Pflege entscheiden sollen, sondern „der Patient entdeckt und agiert selbst.“ (Lührmann, 2010, S. 10). Aus dieser Aussage entstammt auch der Name des Modells: Selbstpflegemodell.

Orem spricht nicht von Bedürfnissen oder Aktivitäten, sondern von verschiedenen „Erfordernissen“ („Handlungen“), die der Mensch erlernen bzw. beherrschen muss, um gesund und zufrieden leben und sich weiterentwickeln zu können. Orem nennt diese Handlungen „Selbstpfleegerfordernisse/Selbstpflegeziele“ (Lührmann, 2010, S. 11).

Diese Handlungen können noch von äußeren Umständen wie Alter oder Krankheit beeinflusst werden und sie sind in drei Gruppen unterteilt: „allgemeine Selbstpfleegerfordernisse“; „gesundheitsbedingte Selbstpfleegerfordernisse“ und „entwicklungsbedingte Selbstpfleegerfordernisse“ (Lührmann, 2010, S. 11).

1. „Allgemeine Selbstpfleegerfordernisse:
Ausreichende Aufnahme von Sauerstoff, Flüssigkeit und Nahrung
Körperpflege und Ausscheidung von Exkrementen
Gleichgewicht bzw. Aktivität und Ruhe
Vorbeugung gegen Risiken und Förderung der Normalität
2. Gesundheitsbedingte Selbstpfleegerfordernisse:
Überwachung von Symptomen und Auswirkung von Behandlungen
Inanspruchnahme und Gewährleistung einer angemessenen medizinischen Unterstützung
Effektive Ausführung von medizinischen Verordnungen
Erforderliche Veränderung des Selbstbildes und des Lebensstils
3. Entwicklungsbedingte Selbstpfleegerfordernisse:
Gewährleistung von Bedingungen, die die Entwicklung fördern
Persönlicher Einsatz der Selbstentwicklung
Vorbeugen oder Überwindung der Auswirkungen von Bedingungen und Lebenssituationen, die die menschliche Entwicklung negativ beeinflussen können“ (Lührmann, 2010, S. 11)

Wenn die Menschen die Selbstpflege nicht mehr selbst bewältigen können, spricht Orem vom „Selbstpflegedefizit“, wobei die Betroffenen dann auf Unterstützung, Hilfe oder Pflege durch andere Menschen angewiesen sind. Auch bei der Pflege unterscheidet Orem noch einmal drei verschiedene Arten: (vgl. Lührmann, 2010, S. 11)

- „vollständig kompensatorisches Pflegesystem“ (Lührmann, 2010, S. 11)
Die Pflegenden übernehmen sämtliche Selbstpflegeerfordernisse für die Pflegebedürftigen, da diese außerstande sind, die Handlungen selbst durchzuführen, z.B. Menschen, die im Koma liegen, usw. (vgl. Lührmann, 2010, S. 11).
- „teilweise kompensatorische Pflegesysteme“ (Lührmann, 2010, S. 11)
Dabei übernehmen die Pflegenden nur noch teilweise die Ausführung der Selbstpflegeerfordernisse, ein Teil wird wieder vom Pflegebedürftigen selbst ausgeführt. (vgl. Lührmann, 2010, S.11).
- „unterstützend-erzieherisches Pflegesystem“ (Lührmann, 2010, S. 11)
Bei diesem System werden die Selbstpflegeerfordernisse von den Pflegebedürftigen selbst durchgeführt und sie werden dabei von den Pflegenden nur dort unterstützt, wo sie noch „leichte“ Hilfe brauchen, ansonsten werden sie angeleitet, begleitet, ermutigt oder bei der Umsetzung der Handlungen beraten (vgl. Lührmann, 2010, S. 11).

Die „12 Lebensaktivitäten“ (LA) nach Roper, Logan und Tierney

Die englische Pflegewissenschaftlerin Nancy Roper und ihre Kollegen Winifried Logan und Alison Tierney nahmen Ende der 1970^{er} Jahre das Bedürfnismodell von Henderson als Grundlage für ihr erweitertes, gestrafftes und abgewandeltes eigenes Pflegemodell. Sie sprechen allerdings nicht mehr (wie Henderson) von Bedürfnissen, sondern von „Aktivitäten (d.h. beobachtbaren Äußerungen menschlichen Verhaltens)“ (Sadowski, 2003, S. 77). Außerdem änderten sie deren Reihenfolge und fügten „*Sexualität*“ als weitere Lebensaktivität hinzu, da es dieses Bedürfnis im Pflegemodell von Henderson nicht gab. Dafür wurden andere Bedürfnisse aus Hendersons Modell straffer geordnet, so dass das Modell der Lebensaktivitäten schlussendlich noch 12 Aktivitäten enthielt. Die Reihenfolge wurde nach biologischen, psychologischen, soziokulturellen, umgebungsabhängigen und wirtschaftspolitischen Faktoren geordnet (vgl. Lauber, 2012, S. 124). Die 12 Aktivitäten des Lebens waren:

- „Für eine sichere Umgebung sorgen
- Kommunizieren
- Atmen
- Essen und trinken
- Ausscheiden
- Den eigenen Körper pflegen und kleiden
- Die Körpertemperatur regulieren

- Bewegen
- Arbeiten und spielen
- Sexualität erleben
- Schlafen
- Sterben“ (Lauber, 2012, S. 124)

Das Modell der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

In den 1990^{er} Jahren hat Liliane Juchli ihr Pflegemodell der 12 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) veröffentlicht. Ihr Modell gründet auf den Grundbedürfnissen bzw. Lebensaktivitäten von Virginia Henderson und Nancy Roper. Allerdings hat auch sie die Reihenfolge der Bedürfnisse/Aktivitäten der Philosophie ihres Pflegemodells angepasst. Auch sie geht davon aus, dass die Aktivitäten des täglichen Lebens von äußeren Faktoren beeinflusst werden und sie teilt ihre 12 ATLs daher auf drei Ebenen auf: die „physische Ebene“, die „*psychosoziale Ebene*“ und die „*geistige Ebene*“ und ordnet ihnen die dazu passenden Aktivitäten zu. Ähnlich wie Maslow geht sie davon aus, dass verschiedene Bedürfnisse ineinander übergreifen. „Die Bedürfnisse unterliegen einer gewissen Rangfolge. Jeder setzt dabei seine eigenen Schwerpunkte“ (Thieme, 2011, S. 28). Daher handelt es sich bei der Reihenfolge der 12 ATLs auch nicht, um eine zufällige Aneinanderreihung:

Physische Ebene

1. „Wach sein und schlafen
2. Sich bewegen
3. Sich waschen und kleiden
4. Essen und trinken
5. Ausscheiden
6. Körpertemperatur regulieren
7. Atmen“ (Thieme, 2011, S. 27)

Psychosoziale Ebene

8. „Sich sicher fühlen und verhalten
9. Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen“ (Thieme, 2011, S. 27)

Geistige Ebene

10. „Kommunizieren
11. Kind, Frau, Mann sein
12. Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen“ (Thieme, 2011, S. 27)

Die Aktivitäten, Beziehungen des existenziellen Lebens nach Monika Krohwinkel

Krohwinkel entwickelt die Pflegemodelle von Henderson, Roper bzw. Juchli weiter und fügt weitere Aktivitäten bzw. Beziehungen hinzu: „Beziehungen sichern und gestalten können“, und „Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können“ (Krohwinkel, 2013, S. 40), da diese beiden Aktivitäten für sie äußerst wichtig sind in der ganzheitlichen Pflege. Die Aktivitäten früherer Pflge-theoretiker hat Krohwinkel gestrafft, so dass ihr Modell, nach der Fertigstellung, aus 13 Aktivitäten, Beziehungen des existenziellen Lebens, den 13 ABEDLs, besteht. Sie ändert zwar auch die Reihenfolge der Aktivitäten/Beziehungen im Vergleich zu früheren Modellen, allerdings soll ihre Anordnung keine Hierarchie ausdrücken, sondern ist die Folge einer, von ihr selbst durchgeführten, Studie über die Wichtigkeit der verschiedenen Aktivitäten für pflegebedürftige Personen (Krohwinkel, 2008, S. 242):

1. „kommunizieren zu können
2. sich bewegen zu können
3. vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten zu können
4. sich pflegen zu können
5. sich kleiden zu können
6. ausscheiden zu können
7. essen und trinken zu können
8. ruhen, schlafen und sich entspannen zu können
9. sich beschäftigen, lernen und entwickeln zu können
10. die eigene Sexualität leben zu können
11. für eine sicher und fördernde Umgebung sorgen zu können
12. soziale Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können
13. mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich hierbei entwickeln zu können“ (Krohwinkel, 2013, S. 40)

Krohwinkel stellt individuelle, noch bestehende Fähigkeiten oder Kompetenzen in den Mittelpunkt bei der Umsetzung ihres Pflegemodells und geht nicht von den Defiziten der zu pflegenden Menschen aus. Obwohl es sich um ein Pflegemodell handelt, stellt sie nicht ausschließlich die Pflege in den Mittelpunkt, sondern sie will mit ihrem Modell die Autonomie der Menschen durch eine unterstützende Aktivierung fördern. „Das pflegerische Ziel liegt im Erhalten, Fördern und Wiedererlangen von Fähigkeiten zur Schaffung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden innerhalb der AEDL“ (Sadowski, 2003, S. 88).

3.3.2 Pflegemodelle für den Umgang mit Bewohnern mit Demenz

Die Validation (VA) nach Naomi Feil

Laut Leuenberger (2010) basiert die Theorie von Naomi Feils Validationsmethode auf der Annahme, dass „unerledigte Aufgaben und geleugnete Krisen in früheren Lebensphasen – das sind die Stoffe, die im Alter zu Verwirrung und Desorientierung führen können.“ (Leuenberger, 2010, S. 10ff.) De Klerk-Rubin (2013) beschreibt Validation als einen „Prozess, der Vertrauen und Nähe braucht, um zu wachsen“ (S. 12). Betreuer oder andere Begleiter von desorientierten alten Menschen sollten keine wertende Haltung einnehmen, um so einfacher eine Vertrauensbasis zu den Betroffenen aufbauen zu können „und die persönliche Realität des alten Menschen zu explorieren“ (de Klerk-Rubin, 2013, S. 12). Wertschätzung und Empathie helfen Gefühle auszutauschen und die alten Menschen werden ermutigt, sprachlich und/oder körperlich zu kommunizieren. Betreuer oder Angehörige sollen den desorientierten Menschen helfen, Gefühle auszudrücken, die sie bisher unterdrückt haben. Es geht darum die Menschen mit Demenz „bei der Aufarbeitung bislang unerledigt gebliebener Aufgaben aus früheren Lebensphasen (zu) begleiten“ (de Klerk-Rubin, 2013, S. 13), damit sie wieder einen Teil der „Selbstachtung“ wiedererlangen und der „emotionale Stress“ abgebaut wird, was das Ziel der Validation ist. Denn emotionaler Stress kann eine Ursache für die verschiedenen belastenden Verhaltensweisen von desorientierten Menschen sein (vgl. de Klerk-Rubin, 2013, S. 12f.).

Das psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm

Böhm (2004b) distanziert sich von den obengenannten Bedürfnispflegemodellen mit der Aussage, dass sie in der Altenpflege nur eine Alibi-Funktion haben. „Um zu verhindern, dass sich das Pflegepersonal zum Narren gehalten fühlt (Bewohner statt Patienten als Wunschvorstellung – Patienten statt Bewohner in der Praxis), erfand man verschiedene Pflegemodelle, um zu retten, was zu retten war.“ (Böhm, 2004b, S. 198).

Daher entwickelte er Ende der 1990^{er} Jahre sein eigenes „psychobiografisches Pflegemodell“, in welchem, laut Böhm (2004a), „Symptome des Alters nicht aus der Sicht der Krankheitsbilder, sondern als Ausdruck biographischer Phänomene“ (S. 18) betrachtet werden.

Die Biografie des alten Menschen ist der Ausgangspunkt für Böhms Pflegemodell. Es sieht vor, die Seele der alten Menschen wiederzubeleben, bevor man mit der physiologischen Reaktivierung beginnt. Erst wenn man die Seele aktiviert, „dann entwickeln sich wieder neue

Lebensmotive, und der Mensch beginnt erneut seinen Willen und sein Wollen einzusetzen.“ (Böhm, 2004a, S. 24).

Böhm geht davon aus, dass wenn man alte Menschen verstehen will, man ihren psychobiographischen Hintergrund kennen muss. „Die psychogeriatrische Pflege nach Böhm berücksichtigt uralte Gewohnheiten und die sehr persönliche Art, wie diese Menschen mit dem Leben fertig geworden sind“ (Prell, 2011, S. 2).

Dadurch, dass das Personal in den Heimen den Bewohnern alle Tätigkeiten abnimmt, auch wenn sie diese noch selber ausführen könnten, kommt es laut Böhm zu „einer Hotelisierung, Altenheimisierung und Demotivierung der Menschen. Sie gingen ‚sterben‘, wie Böhm das nannte. Böhm wollte ihnen die Aktivitäten wieder zurückgeben, sie wieder am Leben teilhaben lassen“ (ENPP-Böhm Bildungs- und Forschungsgesellschaft, o.D.).

Der person-zentrierte Ansatz nach Tom Kitwood

Für Kitwood, der seinen person-zentrierten Ansatz in den 1980^{er} Jahren in England zusammen mit dem Dementia Research Group³⁸ entwickelte, steht der Ablauf einer Demenzerkrankung in engem Zusammenhang mit dem psychosozialen Umfeld und der Lebensweise der Betroffenen. Er wendet sich gegen „das biomedizinische Modell der Demenz“ (Welling, 2004, S. 4), welches davon ausgeht, dass hauptsächlich neurologische Beeinträchtigungen die Entstehung und den Ablauf einer Demenzerkrankung diktieren (vgl. Welling, 2004, S. 4). Für ihn spielen auch andere individuelle psychosoziale Faktoren eine entscheidende Rolle und für die Pflege der desorientierten alten Menschen setzt er auf „das person-zentrierte Verständnismodell mit den fünf Ursachenkomplexen Persönlichkeit, Biographie, körperliche Gesundheit, neurologische Beeinträchtigung und Sozialpsychologie.“ (Welling, 2004, S. 5). Für Kitwood (2004) ist „jedes psychosoziale Ereignis (...) gleichermaßen auch ein Ereignis oder Zustand des Gehirns, das bzw. der von einem Gehirn ‚getragen‘ wird, dessen Struktur von den Faktoren der Entwicklung und der Pathologie bestimmt worden ist.“ (S. 40).

Die erlebensorientierte Pflege – mäeutischer Ansatz nach Cora van der Kooij

Die „erlebensorientierte Pflege“ integriert inhaltliche Werte, das Fachwissen des Personals, ihre kommunikativen Fertigkeiten und erlebensorientierte Konzepte. „Die Pflegenden werden gezielt darin geschult, Kontakte und Beziehungen bewusst zu erfahren und als wesentlichen

³⁸ Heute : Bradford Dementio Group (vgl. Welling, 2004, S. 4).

Teil ihrer Arbeit wertzuschätzen.“ (Institut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk - IMOZ, o.D., S. 1). Im mäeutischen Pflegemodell geht es um Pflege, die sich am Leben orientiert, die Pflegenden sollen sich in die pflegebedürftigen Menschen hineinversetzen und sich mit ihnen verbinden. Gleichzeitig sollen sie dabei wissen, wie sie gezielt mit den daraus entstehenden emotionalen Konsequenzen umgehen. Eine fachkundige Haltung zeichnet sich dabei durch drei Haupteigenschaften des Personals aus: „Kontakt, Kreativität und Kommunikation“ (van der Kooij, 2012, S. 48). Der Kontakt ist die emotionale Interaktion mit gewinnbringenden Konsequenzen sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für das Pflegepersonal. Die Kreativität entwickelt sich aus der Verknüpfung von Eigenständigkeit und Raffinesse. Kommunikation, ob verbal oder non-verbal, ist wichtig um mit den alten Menschen in Kontakt zu kommen und sich auf die pflegebedürftigen Menschen einzulassen. Kommunikation ist aber auch wichtig für eine gute Zusammenarbeit im Team und um sich untereinander zu beraten, um so eine hochwertige Pflege zu ermöglichen und eine Art Verbundenheit untereinander entstehen zu lassen, welche Sicherheit vermittelt und „freies Handeln“ stimuliert. Die Pflegenden lernen ihre „Intuition ernst zu nehmen“ und ihre Erfahrungen einzubringen (vgl. van der Kooij, 2012, S. 48f.).

Die integrative Validation (IVA) nach Nicole Richard®

Die Integrative Validation nach Richard® entstand in Deutschland aus einer „fünfjährigen Bundesarbeitsgemeinschaft zwischen Praktikern, Leitungs- und Lehrkräften der Altenhilfe“ (Richard, 2012). Sie ist ein Progress der Validation von Naomi Feil, allerdings gilt Nicole Richards IVA-Methode als weniger schwierig im Erlernen und in der Anwendung für das Personal. Richards geht, von der Demenz zugrunde liegenden neurologischen Beeinträchtigungen und den dadurch entstehenden Einschränkungen der Betroffenen, aus. Bei der Anwendung der IVA stehen die Fähigkeiten, Emotionen und Prägungen der dementiell Erkrankten im Zentrum der Pflege. „Integrativ“ steht dabei dafür, dass das teilweise auffällige Verhalten dieser Menschen in den Kontext des Alltags jedes Betroffenen integriert wird und sich diese Person somit wieder besser in sein Umfeld einfügt. Des Weiteren integriert sich so auch die Validation in den Alltag der Demenzkranken, aber auch in alle andern angrenzenden Bereiche wie „Körpersprache, Biografie-, Milieuarbeit, Umgang mit sexualisierten Begegnungen, mit herausforderndem Verhalten, mit dem Energiefresser Aufregung, Ernährung usw.“ (Richard, 2012).

Anders als bei den unter Abschnitt 3.2.1 beschriebenen Pflegemodellen, kommt es im Bereich der Pflege von Demenzkranken oftmals zu einer Differenzierung der Pflegemodelle

mit sehr unterschiedlichen Zielen, wie zum Beispiel personenzentrierte Ansätze, Mäeutik, Validation, Modelle mit lerntheoretischen Schwerpunkten, usw. (vgl. Lind, 2007, S. 18).

Für alle Pflegemodelle (vgl. Abschnitt 3.2.1 und 3.2.2) gilt aber, dass mittlerweile festgestellt werden kann, dass „ein stetiges Auseinanderdriften zwischen der Pflege einschließlich ihrer theoretischen Konzeptbildung und der Forschung zu beobachten ist“ (Lind, 2007, S. 17f.).

4 Zentrale menschliche Grundbedürfnisse im Alter

In der gerontologischen Forschung spielt insbesondere die Erfüllung menschlicher Bedürfnisse eine bedeutsame Rolle, wohingegen zahlreiche, zur Zeit in der Altenpflege angewandten, Pflegemodelle die alten Menschen auf ihre Defizite reduzieren. Im Folgenden wird auf die Bedürfnisse alternder Menschen, Heimbewohnern mit Demenz und alter Menschen in der Terminal- oder Sterbephase eingegangen sowie eine Literaturstudie zu den aktuellen Forschungserkenntnissen der einzelnen Bedürfnisse durchgeführt.

4.1 Bedürfnisse alternder Menschen

„Bedürfnisse sind sozusagen der Motor des Lebens. Sie motivieren Menschen, einen Spannungszustand, der durch einen Mangel entstanden ist, zu beheben. Durch die Erfüllung eines Bedürfnisses wird der Mangelzustand aufgehoben, es entsteht wieder ein Gleichgewicht (Homöostase)“ (Mötzing, 2013a, S. 2).

Mittlerweile spielt die Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse eine immer bedeutendere Rolle im Gesundheitswesen und somit auch in der Altenarbeit. Menschen haben viele verschiedene Bedürfnisse, welche von unterschiedlichen Theoretikern in unterschiedlichen Theorien, Modellen oder Konzepten beschrieben wurden und werden. Eines der bekanntesten Modelle, welches als Grundlage für etliche weitere Bedürfnismodelle dient, ist die Bedürfnispyramide des amerikanischen Psychologen Abraham Maslow aus den 1950^{er} Jahren (vgl. Abbildung 5). Maslow ordnete die menschlichen Bedürfnisse nach Prioritäten in einer hierarchisch aufsteigenden Reihenfolge an und stellte sein Modell in Form einer fünfstufigen Pyramide dar, beginnend mit den physiologischen (körperlichen) Bedürfnissen über soziale und psychische Bedürfnisse bis hin zu den emotionalen Bedürfnissen. Die verschiedenen Bedürfnisse bauen aufeinander auf und Maslow geht davon aus, dass erst wenn die Bedürfnisse einer Stufe weitestgehend erfüllt sind, die Befriedigung der Bedürfnisse der nächst höheren Stufe angestrebt werden kann (vgl. Mötzing, 2013a, S. 4).



Abbildung 5: Bedürfnispyramide nach Maslow (vgl. Mötzing, 2013a, S. 3).

Verschiedene, in der Altenpflege angewandten Pflegemodelle basieren auf dem Maslowschen Bedürfnismodell. So hat Virginia Henderson in der 1960^{er} Jahren Maslows Bedürfnispyramide als Grundlage für die Ausarbeitung ihres Pflegemodells zur Befriedigung der Bedürfnisse kranker Menschen genutzt. Allerdings hat sie die Bedürfnisse nach Maslow noch detaillierter ausgearbeitet und so ist ihr Pflegemodell der „14 Grundbedürfnisse des Menschen“ entstanden. Dieses, ursprünglich für die Krankenpflege entwickelte, Pflegemodell wird bis heute in vielen Altenhilfeeinrichtungen als Grundlage für die Bedürfnisbefriedigung der Bewohner angewandt oder bildet die Grundlage für weitere Bedürfnispflegemodelle (vgl. Abbildung 6). So haben zum Beispiel auch Dorothea E. Orem; Roper, Logan und Tierney; Liliane Juchli oder Monika Krohwinkel u.a., Bedürfnispflegemodelle entwickelt. Die menschlichen Grundbedürfnisse sind in allen Pflegemodellen in etwa die gleichen, lediglich die Rangfolge ändert oder die Inhalte werden je nach Pflege-theoretiker detaillierter oder gestrafter ausgelegt. Der Hauptunterschied besteht in der Interpretation der verschiedenen Pflege-theorien inklusiv des darin beschriebenen Umgangs mit den einzelnen Bedürfnissen, ein Unterschied, welcher bereits durch die unterschiedlichen Bezeichnungen unterstrichen wird. Was Henderson als Grundbedürfnisse bezeichnete, heißt bei Orem „Erfordernisse“ oder „Handlungen“; Roper, Logan und Tierney betiteln diese als „Lebensaktivitäten“ - „Life Activities“ („LA“), Juchli nennt sie „Aktivitäten des täglichen Lebens“ („ATL“) und Krohwinkel spricht von „Aktivitäten des Lebens“ (AEDL).

14 Grundbedürfnisse des Menschen nach Henderson	12 Lebensaktivitäten (LA) nach Roper (Bild), Logan, Tierney (veränderte Reihenfolge)	12 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Juchli (veränderte Reihenfolge)	13 Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL) (veränderte Reihenfolge)
1. Normal atmen	1. Atmen	1. Atmen	3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können
2. Angemessen essen und trinken	2. Essen und Trinken	2. Essen und Trinken	7. Essen und Trinken können
3. Körperrauscheidungen beseitigen	3. Ausscheiden	3. Ausscheiden	6. Ausscheiden können
4. Bewegung und angemessene Körperhaltung bewahren	4. Sich bewegen	4. Sich bewegen	2. Sich bewegen können
5. Ruhen und Schlafen	5. Schlafen	5. Wachsein und schlafen	8. Ruhen, schlafen, sich entspannen können
6. Auswahl angemessener Kleidung sowie aus- und ankleiden	6. Sich sauber halten und kleiden	6. Sich waschen und kleiden	5. Sich kleiden können
7. Körpertemperatur im Normalbereich halten	7. Regulieren der Körpertemperatur	7. Körpertemperatur regulieren	7. Essen und Trinken können
8. Körper sauber halten; Pflege und Schutz der Haut			4. Sich pflegen können
9. Gefahren der Umgebung sowie Gefährdung anderer vermeiden	8. Für eine sichere Umgebung sorgen	8. Sich sicher fühlen und verhalten	11. Für eine sichere/fördernde Umgebung sorgen können
10. Kommunizieren mit anderen zum Austausch von Emotionen, Meinungen und Sorgen	9. Kommunizieren	10. Kommunizieren	1. Kommunizieren können
	10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten	11. Kind, Frau, Mann sein	10. Seine eigene Sexualität leben können
11. Ausübung des eigenen Glaubens		12. Sinn finden im Werden – Sein – Vergehen	13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können
12. Einer Arbeit nachgehen, die ein Gefühl von Zufriedenheit erzeugt	11. Arbeiten und Spielen	9. Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen	9. Sich beschäftigen, lernen und entwickeln können
13. An verschiedenen Arten der Erholung teilnehmen			
14. Neugierde, Entdeckung und Lernen ermöglichen, die die Gesundheit fördern			
	12. Sterben		12. Soziale Bereiche sichern und gestalten können

Abbildung 6: Pflegemodelle im Vergleich (nach Kellnhauser et al., 2004 zit. in Thieme, 2011, S. 27).

Die Anwendung von Pflegemodellen in der Altenpflege kann, nach neuesten Forschungserkenntnissen, eine Autonomie fördernde Altenarbeit einschränken, da Pflegemodelle in erster Linie für die Krankenpflege entwickelt wurden und sich somit hauptsächlich auf die Verwaltung von Defiziten konzentrieren, d.h. wenn alte Menschen ihre Bedürfnisse nicht mehr selbst befriedigen können, wird diese Tätigkeit vom Pflegepersonal übernommen und dabei geht es in erster Linie darum Defizite auszugleichen und nicht darum Autonomie und Selbstbestimmung der alten Menschen zu fördern (vgl. Biedermann & Hoffmann, 2005, S. 56).

Gatterer (2015a) sieht zwei mögliche Konfliktpotenziale, im Falle, wo Pflegende verstärkt die Tätigkeit der Bedürfnisbefriedigung alter Menschen übernehmen, ab dem Zeitpunkt wo diesen die nötigen Ressourcen fehlen: Einerseits die Tatsache, dass die Bedürfnisse älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen sich von denen der meist jüngeren Pfleger unterscheiden und dies zu Unstimmigkeiten führen kann, weil die Jüngeren zuweilen für die Bedürfnisse der Älteren weniger Verständnis aufbringen können. Andererseits, weil es zu Schwierigkeiten bei der Einordnung der Wichtigkeit der Erfüllung der verschiedenen Bedürfnisse für die älteren Menschen kommen kann, wiederum bedingt durch die Tatsache, dass die Jüngeren die Rangfolge für die Wichtigkeit der Bedürfnisbefriedigung der Älteren nicht nachvollziehen können und somit die Wichtigkeit der Bedürfniserfüllung nach ihrem persönlichen Empfinden umsetzen (vgl. S. 38f.).

4.2 Bedürfnisbefriedigung im Wandel

Besonders in den letzten Jahrzehnten hat die Rolle der alternden Menschen in der Gesellschaft sich verändert, denn diese streben verstärkt nach der Erfüllung ihrer Bedürfnisse, da sie erkannt haben, dass die Befriedigung ihrer Sehnsüchte und Wünsche zu ihrem Wohlbefinden und ihrer Lebensqualität beiträgt.

Wünsche, Vorstellungen und Einstellungen alternder Menschen sind verschiedenartiger und selbstbestimmter geworden. Dies liegt zum einen daran, dass die Menschen immer älter werden, dass Prävention und Gesundheitsförderung auch im Alter eine wichtigere Rolle spielen, dass Bedürfnisse kognitiv gesteuert werden, d.h. durch Wissen bzw. Kenntnisse oder gesellschaftliche Normen beeinflusst werden (vgl. Pudiel & Westenhöfer, 2003); dass verbesserte finanzielle Rahmenbedingungen ihnen neue Perspektiven eröffnen und, dass die Senioren so lange wie möglich ein selbstbestimmtes autonomes Leben führen wollen (vgl. Vercauteren & Hervy, 2009, S. 44; Gatterer, 2015a, S. 38f.).

Dies gilt nicht nur für zuhause lebende Senioren, sondern auch für die Bewohner von Alten- und/oder Pflegeheimen. Daher müssen die Betreuung der Heimbewohner und die angewandten Pflegemodelle zukünftig verstärkt den individuellen Bedürfnissen angepasst werden. Die Wünsche und Vorlieben der Heimbewohner müssen prioritär berücksichtigt werden, denn biografisch orientiertes Wohlbefinden wird in Zukunft immer mehr gefragt sein. Dementsprechend müssen auch „die Heime moderne Heime sein“ (Gatterer, 2015b) und

dies insbesondere weil die alten Menschen immer mehr die Rolle von zahlenden³⁹ „Kunden im Gesundheitswesen“ (Gatterer, 2015a, S. 38) übernehmen.

Auch darf man sich nicht dazu verleiten lassen, davon auszugehen, dass die Bedürfnisse im Alter identisch mit denen aus früheren Lebensphasen sind oder bleiben, denn Bedürfnisse können sich durchaus während des Alterungsprozesses verändern. Zum einen, weil sich die Interessen der alternden Menschen ändern und zum andern, weil die Senioren, bedingt durch Einschränkungen (Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Umzug ins Heim, usw.) oder Verluste (Tod von Angehörigen, Rollenverluste, Entberuflichung, usw.), andere Bedürfnisse entwickeln (vgl. Matolycz, 2011, S. 8). Sicherlich spielen die Wahrung der Normalität und der Respekt der Biografie bei der Bedürfniserfüllung alternder Menschen eine bedeutende Rolle, trotzdem müssen auch neu entwickelte Bedürfnisse respektiert werden und nicht als altersbedingte Verhaltensstörungen abgetan werden (vgl. Gatterer, 2015a, S. 40; Vercauteren & Hervy, 2009, S. 44).

Da Selbstbestimmung und Autonomie eine bedeutende Rolle bei der Bedürfnisbefriedigung spielen, ist es wichtig, dass alte und/oder pflegebedürftige Heimbewohner mit körperlichen Einschränkungen, die sie bei der selbständigen Befriedigung ihrer Bedürfnisse behindern, Unterstützung durch das Betreuungspersonal erhalten. Die Aufgabe der Betreuer ist es die Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen, zu respektieren und diese Bewohner, unter Erhalt größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung bei ihrer Bedürfniserfüllung, zu unterstützen. Aktivierung, Kompetenzerhalt und/oder Kompetenzförderung der Heimbewohner müssen in den Vordergrund rücken, um mit dem Klischee aufzuräumen, dass Altenhilfeeinrichtungen als Institutionen gelten, „in denen die BewohnerInnen unter der Zuschreibung von Inkompetenz und eines daraus resultierenden Autonomie- und Identitätsverlust leiden müssen“ (Huber, 2005, S. 15). Allerdings sind hier auch die Bewohner gefordert, sich soweit es ihr Gesundheitszustand erlaubt, aktiv an der Umsetzung der Erfüllung ihrer Bedürfnisse zu beteiligen. Insgesamt geht es darum, mehr Bewusstsein für die Wichtigkeit der aktiven Beteiligung der Heimbewohner an der Bedürfnisbefriedigung zu schaffen.

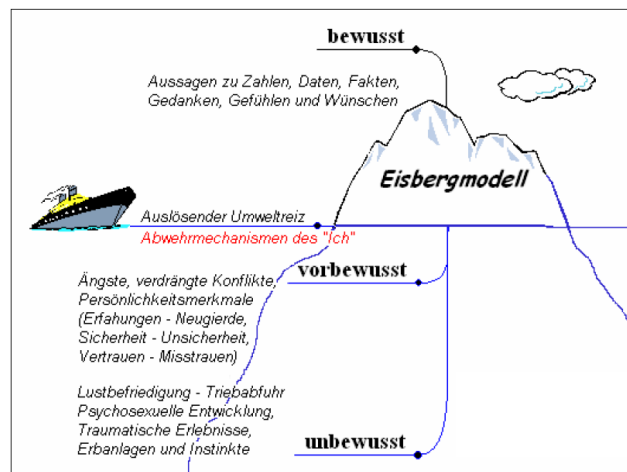
³⁹ „Beruflich erbrachte Pflege ist eine Dienstleistung, für die der Staat aber auch der Mensch mit Pflegebedarf bzw. dessen Angehörige bezahlen“ (Haas & Gehrs, 2011, S. 48).

4.3 Sensibilisierung der Bewohner für die Bedürfnisbefriedigung

Die Bewohner und ihre Angehörigen müssen sensibilisiert werden und ihnen allen muss bewusst werden, dass ein zufriedenes Altern aus einer Kombination der Erfüllung der subjektiven und der objektiven Bedürfnisse der Bewohner besteht, d.h. der Bedürfnisse derer sie sich bewusst sind, aber auch derer, deren sie sich nicht bewusst sind.

4.3.1 Das topografischen Modell

In seinem ersten topografischen Modell unterteilt Freud die menschliche Psyche in drei Systeme: „*Bewusst, Vorbewusst* und *Unbewusst*“ (Hechler, 2015, S. 244). Er unterscheidet drei Etappen der Bewusstheit: *das Bewusste*, das gegenwärtig und abrufbar für den Menschen ist, was er weiß, erkennt oder fühlen kann; *das Vorbewusste*, was nicht



präsent ist, dessen Bedeutung oder Sinn nicht sofort erklärt werden kann, was aber

Abbildung 7: Grafik frei nach Ruch & Zimbardo, 1974, S. 366, angelehnt an S. Freud.

mit etwas Mühe ins Bewusstsein gerufen werden kann und *das Unbewusste*, welches aus Ereignissen, Trieben, Emotionen und Phantasien besteht, deren sich der Mensch nicht bewusst ist und deren er sich nur unter besonderen Einflüssen bewusst wird (vgl. Boeger, 2009, S. 31). Zum besseren Verständnis von Freuds Vorstellung dient das „Iceberg-Modell“ (vgl. Abbildung 7), es visualisiert, wie die drei Ebenen des Bewusstseins sich darstellen (vgl. Boeger, 2009, S. 31).

4.3.2 Der Einfluss des topographischen Modells auf die Altenarbeit

Um die Bedürfnisse und die Reaktionen der Bewohner besser zu verstehen und/oder richtig zu deuten, ist es wichtig das topografische Modell von Freud zu kennen und zu verstehen, denn durch Freuds Erkenntnisse ist es einfacher zu verstehen, dass es durchaus vorkommen kann, dass nicht jeder Bewohner weiß, „welche Bedürfnisse oder welchen Grund für eine Handlung er hat.“ (Ekert & Ekert, 2014, S. 55). Demnach kann es sein, dass es für die Heimbewohner oft schwierig ist, ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Dies liegt nicht daran, dass sie ihre Bedürfnisse durch Behinderungen, Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit nicht mehr äußern können, sondern daran, dass sich die Bewohner eines Teils ihrer

Bedürfnisse nicht bewusst sind. Meist sind sie sich nur ihrer subjektiven Bedürfnisse bewusst, aber nicht der objektiven Bedürfnisse, deren Befriedigung aber trotzdem für ein autonomes selbstbestimmtes zufriedenes Leben, auch im hohen Alter, von grosser Wichtigkeit sein kann (vgl. Brater & Maurus, 1999, S. 28ff.).

Damit sich die Bewohner über die Wichtigkeit der Erfüllung der subjektiven aber auch der objektiven Bedürfnisse bewusst werden, müssen Maßnahmen ergriffen werden, bzw. der Dialog mit ihnen gesucht werden, um ihnen diese Tatsache bewusst zu machen. Sie müssen sich bewusst sein, dass sie, auch wenn sie älter und/oder pflegebedürftig sind, die Initiative ergreifen können oder sogar müssen, um größere gesundheitliche Schäden abzuwenden, zu verlangsamen oder sich davor zu schützen. Denn, wenn diese Bewusstseinsänderung der Bewohner und ihrer Angehörigen nicht gelingt, wird es extrem schwierig sein, sie aus der aktuellen bequemen Situation, dass nahezu alle Tätigkeiten vom Personal der Institutionen übernommen werden und, dass das Heimpersonal den Großteil der Bedürfnisse der Bewohner erfüllt, herauszulocken und sie zu mehr Eigenverantwortung und Eigenbeteiligung anzuhalten.

4.4 Die Bedürfnisse der Bewohner mit Demenz

„Menschen mit Demenz sind ‚Menschen‘ wie du und ich und haben deshalb auch dieselben Bedürfnisse. Sie können sie nur bei fortgeschrittener Demenz nicht so äußern. Weiters werden manche Bedürfnisse leicht als pathologisch wahrgenommen, obwohl sie ‚normal‘ sind.“ (Gatterer, o.D., S. 18). Genau wie bei Menschen ohne Demenz entstehen Bedürfnisse bei dementiell erkrankten Personen auch aus einem Mangelzustand heraus, den es zu beheben gilt, um die bestehenden Bedürfnisse zu befriedigen (vgl. Grond, 2009, S. 26). Aber insbesondere diese Bedürfniserfüllung gestaltet sich bei Demenzerkrankten als schwieriger, bedingt durch die oftmals fehlenden Kommunikationsmöglichkeiten, besonders in fortgeschrittenen Demenzstadien. Dies kann das Betreuungspersonal vor Probleme stellen, denn die Versorgung dieser Bewohner, das Erkennen oder die Erfüllung ihrer Bedürfnisse kann zu einer echten Herausforderung werden, zumal bisher auch wissenschaftliche Erkenntnisse, um die Bedürfnisse aus der letzten Lebensphase dementiell erkrankter Menschen noch nicht ausreichend erfasst waren. Bisher basierte ihre Betreuung mehrheitlich auf Erfahrungswerten, ohne dass es dafür wissenschaftliche Begründungen gab. Nach Gatterer (2015a) birgt dies die Gefahr, dass bedingt durch fehlende Kommunikationsmöglichkeiten bzw. Wissenslücken, die Betreuer dazu verleitet werden, bei der Erfassung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz sich von „eigenen Erwartungen“ und „eigenen Bedürfnissen“ (Gatterer, 2015a, S. 39) (der Betreuer) leiten zu lassen.

Da die Fehlinterpretation oder das Nicht-Erkennen von Mangelsituationen bei dementiell erkrankten Bewohnern, deren Wohlbefinden und Lebensqualität erheblich beeinflusst, hat das Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln ein Forschungsprojekt durchgeführt, um „die Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase zu ermitteln und eine praxisgerechte Arbeitshilfe zur Verbesserung der (palliativen) Versorgungssituation in der stationären Altenhilfe zu entwickeln“ (Eisenmann et al., 2015, S. 3). Da die Auswertung des Datenmaterials eine Vielzahl an Bedürfnissen hervorgebracht hat und um diese besser mit den bereits bekannten Bedürfnissen der älteren Menschen, ohne Demenz vergleichen zu können, wurden diese tabellarisch zusammengefasst (vgl. Abbildung 8) und in drei verschiedene Bereiche eingeteilt: „körperliche Bedürfnisse“, „psychosoziale“ Bedürfnisse und „spirituelle Bedürfnisse“ (Eisenmann et al., 2015, S. 4f.).

Bereich	Bedürfniskategorie	Bedürfnis
Körperliche Bedürfnisse	Nahrungsaufnahme	Essen und Getränke zu sich nehmen / nicht unter Hunger und Durst leiden
	Körperliches Wohlbefinden	Sich pflegen / gepflegt werden (Körperpflege) Erhalt der Zähne / Intakte Mundschleimhaut Ausscheiden Sich kleiden Abwesenheit von Schmerzen Vermeidung von Unbehagen aufgrund körperlicher Erkrankungen Intakte Haut / Wundversorgung Wahmehmen von Körper- und Sinneserfahrungen
	Körperliche Aktivität und Erholung	Sich bewegen / körperlich aktiv sein / bewegt werden Ruhem und schlafen
Psychosoziale Bedürfnisse	Reizanpassung	Abschirmen von Reizen Vermitteln von Reizen
	Kommunikation	Emotionen ausdrücken Im Austausch / Kontakt mit anderen sein
	Zuwendung	Angesprochen / wahrgenommen / verstanden werden Andere berühren / berührt werden
	Teilhabe	Alltag und Gemeinschaft erleben Sich beschäftigen / aktiv sein
	Vertrautheit und Sicherheit	Vertrautheit Abwesenheit von Angst / Sich nicht bedroht fühlen
	Selbstbestimmung	Eigenen Willen ausdrücken So-Sein-Dürfen
Spirituelle Bedürfnisse	Religion	Religiosität ausdrücken An religiösen Ritualen teilnehmen

Abbildung 8: Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz (Eisenmann et al., 2015, S. 5).

Mit dem Abschlussbericht über die „Erfassung palliativer Bedürfnisse von Menschen mit fortgeschrittener Demenz in der stationären Altenhilfe“ der Uniklinik Köln (2015) liegt ein

Kriterienkatalog vor, der sich mit den wirklichen Bedürfnissen der Menschen mit Demenz befasst und somit gibt es eine Grundlage, nach der man ein entsprechendes Modell für die Betreuung dieser Heimbewohner festlegen kann. Aus diesem Bericht geht zum einen klar hervor, dass auch Bewohner mit Demenz Bedürfnisse haben und zum andern, dass es in etwa die gleichen sind, wie die von Menschen ohne Demenz und somit haben auch diese, an Demenz erkrankten Bewohner, wie alle andern, ein Recht darauf, in sinnvolle, bedeutsame, ihre Bedürfnisse erfüllende Aufgaben bzw. Aktivitäten eingebunden zu werden.

Außerdem unterstreichen Eisenmann und Mitarbeiter (2015), dass „die innere Haltung oder das vorhandene Wissen der Mitarbeiter über die Bewohner sowie die Organisationskultur der Einrichtung“ (S. 6) ausschlaggebend für die Erkennung und Befriedigung der Bedürfnisse der Bewohner mit Demenz ist. Nur wenn die Betreuer die Bewohner auch erreichen und ansprechen können, können sie diese auch bedürfnisorientiert betreuen und pflegen. Allerdings gilt es hier auch die geeigneten Zugänge zu den Bewohnern zu finden, da diese individuell sind und auf die einzelnen Bewohner angepasst werden müssen, denn es gibt verschiedene Art und Weisen, wie man mit dementiell erkrankten Bewohnern (auch mit einer schweren Demenz) kommunizieren kann, sei es durch biografisch orientierte Ansätze oder mittels verbaler oder non-verbaler Kommunikation (vgl. Schmidt et al., 2015, S. 2; Gatterer, 2015a, S. 42).

Bisher sind viele Institutionen davon ausgegangen, dass Personen mit Demenz nach speziellen Modellen, losgelöst von den Pflegemodellen für andere Pflegebedürftige, gepflegt werden müssten. Allein in Deutschland gibt es „an die 40 unterschiedliche Konzepte“ (Lind, 2007, S. 18) in der Altenpflege speziell für an Demenz erkrankte Personen: von konventionellen Pflegemodellen über Humorthérapie, person-zentrierte Pflegemodelle, Snoezeln bis hin zum psychobiographischen Pflegemodell nach Böhm (vgl. Lind, 2007, S. 18f.). Lind (2007) schreibt, dass „der Umgang mit den Verwirrten selbst in eine Phase der Verwirrung geraten ist“ (S. 19). Ein besonderes Problem sieht er darin, dass die Betreuer die Leidtragenden sind, weil sie bei dem vielen Hin-und-Her nicht mehr wissen, welche Handlungsweise von ihnen gefordert wird bzw. welche die richtige ist, zumal laut Lind (2007) die erprobten und funktionierenden Strategien der „Ablenkung“, des „Mitgehens“ bzw. des „Mitwirkens“, in den person-zentrierten Modellen wie denen von Kitwood oder Feil als „Betrug, Täuschungspraktiken“ oder „therapeutische Lügen“ bezeichnet werden, diese Methoden aber in der Praxis, also bei der Bedürfnisbefriedigung der Bewohner, zum Erfolg führen (vgl. S. 19).

4.5 Die Bedürfnisse von Bewohnern in der Terminal- und/oder in der Sterbephase

Da verschiedene Bedürfnisse unabhängig sind von Kompetenzen und Ressourcen, bleiben sie bis zum Tod, also auch während der Terminalphase⁴⁰ oder der Sterbephase⁴¹ eines Bewohners, erhalten. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Bedürfnisse nach Kommunikation und Kontakten, denn Menschen brauchen sensorische und perzeptive Reize, wie die Studien⁴² von Bexton, Hebb, Heron und Scott (1954) und weitere wissenschaftliche Studien zeigen. Auch sterbende Menschen brauchen diese sinnlichen Reizungen oder Stimulierungen, um zu verhindern, dass, wie Behrens (2008) es nennt, sich „seelische Ausnahmestände“ einstellen. Leider wird die Terminal- und/oder die Sterbephase oft dahingehend interpretiert, dass man die Sterbenden in Ruhe lassen will, nicht überfordern will oder dass es den Betreuern einfach am nötigen Wissen betreffend die Wichtigkeit der Zuwendung oder der Stimulierung fehlt. So wird weitestgehend auf die „sinnliche Anregung“ (Behrens, 2008, S. 81), also eine Art Reizaktivierung während dieser letzten Lebensphase verzichtet, was gleichbedeutend ist, mit der Nicht-Erfüllung der letzten menschlichen Bedürfnisse.

Genau wie Behrens (2008) beschreiben auch Köther und Seibold (2011) „Berührung zusammen mit der menschlichen Stimme“ (also das Bedürfnis der Kommunikation) als eines der wichtigsten Bedürfnisse der Sterbenden. Weitere Verhaltensweisen, die Bedürfnisse von Sterbenden erfüllen, sind „Blickkontakt, eine freundlich zugewandte Mimik, ein bequemes Bett, etwas zu trinken und zu essen, gewaschen und gesäubert werden und die Sorge für Ruhe und Bequemlichkeit“ (Köther & Seibold, 2011, S. 686). Des Weiteren zählen der Wunsch nach Schmerzfreiheit, die Möglichkeit der Darmentleerung, angepasste Mundpflege und ein Gefühl der „Sicherheit“, Nähe und Zuwendung durch die Präsenz einer Nachtwache,

⁴⁰ „Wahrscheinlicher Eintritt des Todes innerhalb von Tagen“ (Bausewein, Roller & Voltz, 2010, S. 5).

⁴¹ „Die letzten Stunden bzw. Minuten“ (Bausewein, Roller & Voltz, 2010, S. 5).

⁴² Zusammengefasst, hat die Studie von Bexton, Hebb, Heron und Scott (1954) in Folgendem bestanden: „Studenten wurden für mehrere Tage in reizabgeschirmte Räume gebracht, dabei trugen sie Brillen, Manschetten an Armen und Händen. Somit wurde gesichert, dass jegliche taktile und visuelle Wahrnehmung unmöglich war. Während des Experimentes kam es bei den Studenten zu schweren Halluzinationen und schwerer Beeinträchtigung der intellektuellen Fähigkeiten.“ (Frühsammer, 2003). Lefrancois (1986) gibt sogar an, dass kein Student länger als 48 Stunden bei diesem Experiment durchgehalten hat. Dass die Ergebnisse der Experimente der Mc Gill Universität zuverlässig waren, bestätigten spätere Untersuchungen von anderen Wissenschaftlern, die „gleiche oder ähnliche Resultate erzielt“ haben (vgl. Lefrancois, 1986, S. 77).

sowie die Nähe eines Angehörigen oder eines Freundes zu den Bedürfnissen in der Endphase des Lebens (vgl. Köther & Seibold, 2011, S. 686) und/oder der „Wunsch nach bestimmten soziokulturellen oder spirituellen/religiösen Ritualen“ (Eychmüller & Grossbacher-Gschwend, 2017, S. 626).

„Bedürfnisse sind kein statischer Zustand, sondern verändern sich auch im Sterbeprozess immer wieder.“ (Rutenkröger & Boes, 2006, S. 17). Ihre Intensität und ihre Ausprägung hängt sehr eng mit dem Fortschreiten des Zustandes der sterbenden Bewohner und den ihnen verbleibenden Möglichkeiten zusammen. Für die Betreuer heißt dies, dass sie kontinuierlich ihre Betreuungsmaßnahmen evaluieren bzw. hinterfragen müssen, um sicher zu sein, dass sie der Entwicklung der Sterbephase noch angepasst sind. Dies erfordert „sehr viel fundiertes Wissen, einführendes Begleiten und Aufmerksamkeit.“ (Rutenkröger & Boes, 2006, S. 17).

Ein elementares Bedürfnis von im Sterbeprozess befindlichen Menschen, ist das Bedürfnis nach körperlicher Schmerzfreiheit oder Schmerzlinderung, d.h. während der Endphase des Lebens keine oder so wenig wie möglich Schmerzen zu erleiden. Dieses Bedürfnis kann durch die Weiterentwicklung der Medizin zum größten Teil erfüllt werden, auch wenn man laut Mayer und Maier (2011) den Sterbenden keine absolute Schmerzfreiheit versprechen bzw. garantieren kann, da diese trotz medizinischer Fortschritte nicht immer gewährleistet/erreicht werden kann (vgl. Mayer und Maier, 2011, S. 16).

Auch den dementiell erkrankten Menschen bleiben in der Sterbephase noch Bedürfnisse erhalten, auch wenn sie sie meist nicht mehr äußern können. Aber nach Teschauer (2013) bleiben die Bedürfnisse nach Kommunikation und nach Sicherheit bis zuletzt bestehen. Falls die verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist, sollte auf non-verbale Aktivitäten, wie Körperkontakt, Berühren, Halten, sanfte Massage, z.B. der Hände zurückgegriffen werden. Diese Maßnahmen befriedigen sowohl das Bedürfnis zu kommunizieren als auch das Bedürfnis nach Sicherheit (nicht allein zu sein). „Die emotionale Erlebnis- und Aufnahmefähigkeit bleibt bis zum Tod erhalten, selbst wenn die geistige Leistungsfähigkeit gänzlich verloren gegangen ist. Auch in der Sterbephase reagieren Demenzkranke auf den Beziehungsgehalt einer Botschaft, also auf Lautstärke, Tonfall, Gestik, Mimik, und weniger auf den Sachverhalt, also auf Inhalte.“ (Teschauer, 2013, S. 13). So spielt das Wissen um die Biografie der Menschen auch in der Sterbephase eine wichtige Rolle, damit biografische Wünsche, Riten und Vorlieben zur Bedürfnisbefriedigung eingesetzt werden können.

4.6 Literaturstudie zu den Bedürfnissen alter und/oder pflegebedürftiger Menschen

„Bedürfnisse stellen im Leben von Menschen einen wesentlich Faktor für Wohlbefinden dar. Sie definieren oft auch unser Verhalten, bzw. kollidieren mit den Bedürfnissen und den Verhaltensweisen anderer Menschen. Bedürfnisse definieren sich über verschiedene Konzepte. Ein wesentlicher Faktor ist aber das Verspüren eines Defizits oder Mangels, mit dem Wunsch diese zu beheben oder zu beseitigen“ (Gatterer, 2015a, S. 38).

4.6.1 Auswahl der bedeutsamsten Bedürfnisse

Wenn man sich demnach mit den wichtigsten Bedürfnissen von alten und/oder pflegebedürftigen Menschen zu Beginn des 21. Jahrhunderts auseinandersetzt, kann man zwar auf bereits bestehende Pflegemodelle oder Pflegekonzepte zurückgreifen, welche initial auf Maslows Bedürfnispyramide gründen allerdings darf man, damit die aktuelle Bedürfniserfassung möglichst vollständig wird, sich nicht auf ein einzelnes Pflegemodell beziehen, sondern mehrere vergleichen und gegebenenfalls fehlende Bedürfnisse hinzufügen.

Wenn man die Bedürfnisse oder Handlungen vergleicht, welche in den, in Kapitel 3 dieser Arbeit, beschriebenen Pflegemodellen aufgeführt sind, fällt auf, dass sich die Modelle in vielen Bereichen sehr ähneln und verschiedene Bedürfnisse in nahezu allen Pflegemodellen enthalten sind. Demnach kann man davon ausgehen, dass es bestimmte elementare Bedürfnisse gibt, die alle Menschen gemeinsam haben.

Um eine Auswahl der wichtigsten Bedürfnisse für alte Menschen zu treffen, ohne dabei den Anspruch auf die Vollständigkeit der Aufstellung zu erheben, wurde ein Vergleich einiger bedeutender Pflegemodelle der letzten 50 Jahre im deutschsprachigen Raum angestrebt. Nach Literaturstudien, z.B. bei Kellnhauser und Mitarbeiter (2004), wurden Pflegemodelle von Henderson, Roper/Logan/Tierney, Juchli und Krohwinkel verglichen (vgl. Kapitel 3.2.1 und Abbildung 6 in Kapitel 4.1) und aus diesen Vergleichen wurde eine Bedürfnistabelle mit 14 zurückbehaltenen Bedürfnissen erstellt, welche eine Übersicht der wichtigsten Grundbedürfnisse alter und/oder pflegebedürftiger Menschen, angepasst an die Besonderheiten der heutigen Zeit, darstellen soll:

Kommunizieren
Sich bewegen
Vitale Körperfunktionen bewahren
Sich pflegen
Ausscheiden
Sich kleiden
Essen und trinken
Schlafen, ruhen, entspannen
Die eigene Geschlechtlichkeit leben
Lernen, sich entwickeln, sich beschäftigen
Für die eigene Sicherheit sorgen
Soziale Beziehungen sichern
Spiritualität
Lebenssinn finden

Dabei bleibt anzumerken, dass z.B. Krohwinkels 13. Aktivität „mit existentiellen Erfahrungen umgehen“ nicht übernommen wurde, sondern durch zwei weitere einzeln aufgeführte Bedürfnisse: „Spiritualität“ und „Lebenssinn finden“, ersetzt wurde. Das separate Aufführen dieser beiden Bedürfnisse erlaubt einerseits, dass man einzelne Bedürfnisse wie „seinen Glauben leben“ von Henderson oder „Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen“ von Juchli besser einordnen kann und andererseits wird, durch die getrennte Aufführung der Bedürfnisse *Spiritualität* und *Lebenssinn finden* auf die, in den letzten Jahren, zunehmende Bedeutsamkeit dieser beiden Bedürfnisse in der „modernen Industriegesellschaft“ (vgl. Göckel, 2011, S. 49), bzw. „in einer modernen multikulturellen Welt“ (vgl. Gerhard, 2015, S. 136) hingewiesen, denn „in den letzten Jahren hat die spirituelle Dimension an Gewicht gewonnen“ (Marti, 2014, S. 60).

Die Bedürfnisse wurden nicht hierarchisch gegliedert, denn die Gliederung, und damit die Einschätzung der Wichtigkeit der einzelnen Bedürfnisse, ist eine persönliche individuelle Entscheidung eines jeden alten Menschen. Um trotzdem eine Auflistung der Bedürfnisse vornehmen zu können, wurde sich an der Auflistung von Krohwinkel (2013) orientiert, da ihre Strukturierung, auf Forschungsergebnissen⁴³, aus, von ihr selbst durchgeführten

⁴³ Die von Krohwinkel gemachten „Erhebungen und Analysen in stationären und ambulanten Pflegekontexten erstreckten sich – mit wenigen Unterbrechungen – über einen Zeitraum von beinahe 30 Jahren (1982-2010). (...) Zur Population der Pflegebedürftigen gehörten vor allem Personen und Gruppen, welche unter den Folgen chronisch verlaufenden Erkrankungen litten. Personen und ihre

Untersuchungen, stammt, welche zum Teil auch bei alten Menschen durchgeführt wurden. Krohwinkel hat die Aktivitäten als Wichtigste (als Erste) eingeordnet, welche sich „prioritär verursachend negativ“ auf den Erhalt und/oder die Förderung der Autonomie, des Wohlbefindens oder der Kompetenzen der Zielpopulation ausgewirkt haben (vgl. Krohwinkel, 2013, S. 88f.). Diese Reihenfolge kann somit auch in der vorliegenden Arbeit übernommen werden, da auch in der vorliegenden Dissertation, der Erhalt der Autonomie, das Wohlbefinden und der Kompetenzerhalt bzw. die Kompetenzförderung alter Menschen bzw. Heimbewohner eine bedeutende Rolle spielen.

Bleibt noch hinzuzufügen, dass die Erfüllung der Bedürfnisse zwar getrennt voneinander geschieht, allerdings können die Bedürfnisse unter sich als eine Art Netzwerk gesehen werden, da sie sich untereinander beeinflussen oder in einer wechselseitigen Beziehung zueinanderstehen und so untereinander die Befriedigung der unterschiedlichen Bedürfnisse mehr oder weniger stark beeinflussen können. So kann z.B. durch die Erfüllung des Bedürfnisses „*sich bewegen*“ (mobil bleiben), das Bedürfnis „*soziale Beziehungen sichern*“ besser erfüllt werden, da mobile Menschen Sozialkontakte besser pflegen können, usw. Die Wichtigkeit und Stärke dieser Vernetzung hängt immer von den jeweiligen individuellen Lebenssituationen ab.

4.6.2 Wichtigkeit der Erfüllung der Bedürfnisse der Alten- und Pflegeheimbewohner

„Werden Bedürfnisse auf seelischer, psychischer und sozialer Ebene missachtet oder unterdrückt, kann dies verheerende Folgen für den Bewohner haben und ihm zusätzlichen Stress in physiologischer wie psychologischer Hinsicht bescheren“ (Meyer-Kühling, 2016, S. 50). Diese körperlichen und seelischen Vorgänge können sich als psychosomatische Erkrankungen, als körperliche Missempfindungen, als psychische bzw. emotionale Veränderungen oder als Verhaltensauffälligkeiten äußern und so die alten Menschen nach ihrem Heimeinzug zusätzlich belasten (vgl. Meyer-Kühling, 2016, S. 50). Um eine bedürfnis-kompetenz- und präventionsorientierte Betreuung durchführen zu können, müssen die Pfleger und Betreuer über die Wichtigkeit der Erfüllung der einzelnen Bedürfnisse und über deren adäquate Umsetzung informiert sein, um so die Bewohner bestmöglich in ihrem Alltag

Familien, welche die Auswirkungen von Erkrankungen zu bewältigen hatten wie: appoplektischer Insult, hirntraumatische Schädigung, Parkinson, Multiple Sklerose, (...) rheumatische Erkrankungen, (...) onkologische Erkrankungen“ (Krohwinkel, 2013, S. 22). Erst ab Ende der 1990^{er} Jahre sind pflegebedürftige Bewohner von Alteninstitutionen in den Fokus von Krohwinkels „Fördernder Prozesspflege“ gerückt (vgl. Krohwinkel, 2013, S. 25).

begleiten zu können und ihnen zu ermöglichen ein Höchstmaß an Wohlbefinden und Lebensqualität zu empfinden.

4.6.2.1 Kommunizieren

Kommunikation ist „ein unaufhörlicher Prozess zwischen Mensch und Umgebung“ (Krohwinkel, 2013, S. 90), welcher kontinuierlich abläuft und erst mit dem Sterben endet (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 100). Watzlawick und Mitarbeiter (2007) nennen es „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (S. 51). Cizek und Mitarbeiter (2005) vergleichen Kommunikation mit einem Fischnetz in dem die Menschen die Knoten darstellen und der Faden die Kommunikation, um zu unterstreichen, dass Kommunikation einer der bedeutendsten Aspekte der humanen Verhaltensweise ist, die Personen zusammenführt und deren Bindung fördert. Daher ist Kommunikation unentbehrlich für die menschliche Existenz. Zum Kommunizieren braucht man mindestens zwei Individuen (Sender und Empfänger), die miteinander in Verbindung stehen, sei es verbal, non- oder paraverbal. Der Sender vermittelt eine Botschaft und der Empfänger nimmt sie auf, entschlüsselt sie und reagiert darauf. Beide - Sender und Empfänger - sind von gleicher Bedeutsamkeit (vgl. Bartoszek et al., 2011, S. 147; Cizek et al. 2005, S. 3; S. 11; Kastner & Löbach, 2010, S. 100).

Da Kommunikation ein unaufhaltsamer lebenslanger Prozess ist, bleibt das Bedürfnis nach Kommunikation auch im Alter erhalten. Besonders in der Phase, wo verbale Kommunikation noch gut möglich ist, kann es sein, dass der alte Mensch sogar ein gesteigertes Kommunikationsbedürfnis hat, da er durch den Wegfall verschiedener Aufgaben oder Rollen aus früheren Lebensphasen, ein Mehr an Zeit hat (vgl. Bartoszek et al., 2011, S. 154).

Auch wenn die Kommunikationsfähigkeiten der alten Menschen beeinträchtigt sind, durch physische oder psychische Einschränkungen, so haben diese Personen ein Recht auf Kommunikation⁴⁴. Die Art und Weise, wie der betagte Mensch kommunizieren kann oder will, ob verbal (durch Wortsprache), non-verbal bzw. averbal (durch Gesichtsausdrücke, Blickverhalten, Gesten, Körperhaltung, Körperbewegungen, Berührungen) oder paraverbal (durch Stimmfärbung, Tonlage, Sprechtempo, Stimmlage, Lautstärke) (vgl. Tschan, 2010, S. 81), hängt unter anderem von seinen erhaltenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ab. Wichtig

⁴⁴ Das „Recht auf Kommunikation“ alter und/oder pflegebedürftiger Menschen ist sowohl in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen der deutschen Bundesministerien für Familien, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Gesundheit als auch in der Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen enthalten (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit, 2010, S. 18; Bundesinteressenvertretung - biva, 2014, S. 16).

ist, dass das Umfeld des alten Menschen auf seine Form der Kommunikation eingeht und er so die Möglichkeit behält, seinen Willen auszudrücken und, trotz gesundheits- oder altersbedingter Einschränkungen und/oder Verlusten, noch seine Wünsche und Bedürfnisse ausdrücken bzw. noch an Entscheidungen beteiligt werden kann, auch wenn dies nur noch durch minimale Kommunikationszeichen möglich ist. Dies ist wichtig für das Wohlbefinden des Betroffenen, da er so das Gefühl behält, die Kontrolle (Selbstkontrolle) und Selbstbestimmung nicht gänzlich über sein Leben zu verlieren (vgl. Bartoszek et al., 2011, S. 154).

Laut Mantz (2015) spielt die verbale Kommunikation des Betreuungspersonals während Pflege- und Betreuungsinterventionen, eine besonders wichtige Rolle, denn „Kommunikation belebt den Geist und das Herz des Gesprächspartners“ (Mantz, 2015). Dies gilt auch für gesundheitlich eingeschränkte Senioren, die sich nicht mehr aktiv an der Unterhaltung beteiligen können. Vom Betreuer bewusst eingesetzt, hilft das Gespräch Vertrauen aufzubauen, Geborgenheit zu vermitteln und den Beziehungsprozess zwischen Betreuer und Bewohner zu steuern, damit der Bewohner im Zentrum des „Geschehens“ steht, denn es gilt sein Bedürfnis nach Kommunikation zu stillen und zu respektieren. Dazu zählt auch, ihn über Pflegemaßnahmen zu informieren, Abläufe zu erklären, Fragen zu beantworten bzw. ihn bei Bedarf zu trösten oder zu beruhigen, so dass sich der Bewohner geborgen, d.h. menschlich und fachlich gut aufgehoben, fühlt (vgl. Mantz, 2014).

Kommunikation und Demenz

Dies ist auch bei dementiell erkrankten Bewohnern sehr wichtig (vgl. Mantz, 2014). Auch wenn bei diesen Menschen, besonders in fortgeschrittenen Phasen der Krankheit, die Sprach-, die Lese- und/oder die Schreibkompetenz nachlassen oder ganz verloren gehen, so bleiben non- und/oder paraverbale Kompetenzen sehr lange erhalten. Daher kommunizieren Menschen mit Demenz verstärkt durch ihr Verhalten oder ihre Handlungsweise und sind darauf angewiesen, dass die Betreuer diese Aussagen und Mitteilungen richtig auslegen, und/oder so ihre Wünsche bzw. Bedürfnisse erkennen. Demnach ist es ebenso wichtig wie bei nicht-dementen Personen, dass die Betreuer mit ihnen während der Pflegeinterventionen kommunizieren. Dabei ist Kongruenz von den Betreuern verlangt, da die Betroffenen, bedingt durch ihre gesteigerte Feinfühligkeit, schnell bemerken, wenn sie nicht ernstgenommen werden (vgl. Mantz, 2014).

Auch Wenger (2009) bestätigt, die Wichtigkeit von Kommunikation für das Wohlbefinden von dementiell erkrankten Personen, denn Studien belegen, dass Menschen auch in

fortgeschrittenen Phasen der Demenzerkrankung noch kommunizieren können und dies insbesondere auf der Emotionsebene, da sie sowohl auf Gefühle reagieren als auch selbst noch Emotionen zeigen können (S. 28f.), weil ihre gefühlsmäßige „Erlebnissfähigkeit“ im Verlauf der Krankheit erhalten bleibt, d.h. dass Geborgenheit, Freude und Trauer bis zum Tod des dementen Menschen empfunden und erlebt werden können (vgl. Schwerdt & Tschainer, 2002, S. 266; Kastner & Löbach, 2010, S. 100f.; Wilkening & Kunz, 2005, S. 97; Mantz, 2014). Wenn die Betreuer es demnach nicht schaffen, mit diesem Bewohner zu kommunizieren, „bleibt er gefangen in seiner Welt, die er nicht mehr versteht, wohl aber noch auf diese gefühlsmäßig reagiert“ (Schäfer & Rüter, 2004, S. 14).

4.6.2.2 Sich bewegen

« Rien n'est si insupportable à l'homme que d'être dans un plein repos, sans passions, sans affaire, sans divertissement, sans application. Il sent alors son néant, son abandon, son insuffisance, sa dépendance, son impuissance, son vide. Incontinent il sortira du fond de son âme l'ennui, la noirceur, la tristesse, le chagrin, le dépit, le désespoir. » (Blaise Pascal).

Mobilität und Bewegung sind Grundfunktionen des menschlichen Lebens und gehören zu den Grundbedürfnissen der Menschen. Bewegung ist eng mit Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden verbunden, aber nicht nur im Sinne der sozialen Aspekte, indem Mobil- bzw. Beweglich-Sein bedeuten unabhängig, flexibel und eigenständig zu sein (vgl. Lehr, 2009, S. 11; Reuther et al., 2010, S. 139), sondern auch im Sinne der Wichtigkeit von körperlichen Aktivitäten für den Erhalt bzw. die Förderung der Gesundheit und der geistigen Leistungsstärke (vgl. Hollmann et al., 2006, S. 11).

Laut Zegelin (2013) sind viele Menschen überzeugt, „dass Ruhe und Schonung heilsam sind“ (S. 8). Diese These wurde mittlerweile wissenschaftlich widerlegt und „Bettruhe als Therapieempfehlung“ wird als falsch eingestuft, da die Folgen längerer Liegezeiten zu ungünstig sind, wobei es sich nicht um Liegezeiten von Tagen oder Wochen handelt, sondern bereits nach „24 Liegestunden tritt eine Kaskade an körperlichen Pathologien auf – besonders ungünstig sind Muskelschwund, Kreislauf- und Atemprobleme und Stoffwechselveränderungen.“ (Zegelin, 2013, S. 8). Daher geht man mittlerweile in der Medizin sogar dazu über, Kranke sehr früh zu mobilisieren, „selbst auf der Intensivstation“ (Zegelin, 2013, S. 8), um Folgeschäden durch fehlende Bewegung zu vermeiden.

Demnach muss auch in den Altenhilfeeinrichtungen, wo die Bewohner oftmals weniger aktiv sind als zuhause wohnende Senioren, der Erhalt der Mobilität der Bewohner absolute Priorität erhalten, um Langzeitschäden und damit verbundene körperlichen und kognitiven

Einschränkungen und Verlusten vorzubeugen. „Gefordert ist die kontinuierliche und regelmäßige Förderung der vorhandenen Fähigkeiten beziehungsweise deren Reaktivierung.“ (Tschan, 2011, S. 2). Allerdings haben Studien des Departement Pflegewissenschaft der Universität Witten/ Herdecke gezeigt, dass innerhalb der ersten 18 Monate nach einem Heimeinzug „etwa 30 bis 50 Prozent“⁴⁵ (Abt-Zegelin & Reuther, 2011, S. 324) der neuen Bewohner „ortsfixiert“⁴⁶ und somit immobil werden, ohne dass es dafür eine eindeutige Erklärung gibt. Der Grund scheint fehlende Bewegung, welche laut Abt-Zegelin und Reuther (2011) auf einer falschverstandene Sturzprophylaxe (vgl. S. 324) oder auf unangepassten Reaktivierungsmaßnahmen⁴⁷, auf ungenügender Motivation und Stimulation durch das Personal (Tschan, 2011) und/oder auf einer falschen Personalbemessung⁴⁸ beruhen kann (Lehr, 2009, S. 14).

Zur Zeit schätzen Forscher, dass „70%“ der altersabhängigen gesundheitlichen Veränderungen durch mehr Bewegung zu Gunsten der Betroffenen beeinflusst werden könnten, denn der Zusammenhang zwischen „Gesundheit und körperlicher Aktivität“ (Hollmann et al., 2006, S. 11) ist mittlerweile nachgewiesen. Dabei geht es nicht um anstrengende kraftraubende körperliche Tätigkeiten oder Sport, sondern um einfache alltägliche Handlungen oder Tätigkeiten/Aktivitäten, die einen positiven Einfluss auf die Ausdauer und die Kognition (Aktivitäten des Alltags wie zum Beispiel spazieren gehen, „ein

⁴⁵ „Seit 2007 führen Abt-Zegelin und ihr Forschungsteam weitere Studien in bisher fünf deutschen Altersheimen durch. Befund: Etwa die Hälfte der 500 Heimbewohnenden in den untersuchten Institutionen war ortsfixiert. Und dies meist ohne ersichtlichen Grund, wie 50 nähere Fallanalysen zeigten: Die Menschen wurden innerhalb eines Jahres immobil, obwohl sie noch gehend ins Heim eingezogen waren. Oder sie wurden das, was die Wissenschaftlerin ‚scheinmobil‘ nennt: zwar nicht bettlägerig, aber nur noch mit dem Rollstuhl unterwegs. Das betrachteten viele Pflegenden fälschlicherweise bereits als Bewegungsförderung, wie Abt-Zegelin festgestellt hat: ‚In den Rollstuhl mobilisiert‘, werde dann oft in der Pflegedokumentation vermerkt. Indes: ‚Mobil ist da nur der, der den Rollstuhl schiebt.‘“ (Wenger, 2010, S. 12).

⁴⁶ „Ortsfixiert“ sind Menschen, wenn sie nicht mehr in der Lage sind, einen selbstständigen Wechsel zwischen Bett, Rollstuhl oder Sessel vorzunehmen. Sie bleiben an einen Ort (Möbel) fixiert und sind beim Transfer auf Hilfe angewiesen. Sie verbringen den überwiegenden Teil des Tages im Rollstuhl oder halten sich im Bett auf und richten sich auf den vorhandenen Radius ein.“ (Berger & Hennings, 2014, S. 27).

⁴⁷ „Ein bloßes „Heraussetzen“ aus dem Bett in den Rollstuhl oder in den Sessel, „ändern an der Ortsfixierung nichts“ (Abt-Zegelin & Reuther, 2011, S. 325).

⁴⁸ „Natürlich bedarf es auch eines Personalschlüssels, der nicht dazu führt, dass noch gefähige Senioren in den Rollstuhl gesetzt werden aus momentanen Zeitersparnisgründen: so wird Immobilität antrainiert und die nächst höhere Pflegestufe herbeigeführt ohne zwingende Notwendigkeit!“ (Lehr, 2009, S. 14).

Getränk holen“, auf die Toilette gehen, usw.), und somit auf die Gesundheitsförderung haben (vgl. Hollmann et al., 2006, S. 15; Zegelin, 2013, S. 8; Löllgen, 2015, S. 139). Außerdem haben Hollmann und Strüder (2000) nachgewiesen, dass es eine positive Auswirkung von Bewegung auf Gehirnfunktionen gibt. So können feinmotorische Bewegungen der Finger, wie sie zum Beispiel beim Klavierspielen ausgeübt werden, die Durchblutung des Gehirns um „20-30%“ steigern (vgl. S. 950ff.). Körperliche Bewegung kann bis ins hohe Alter die Bildung neuer Nervenzellen, „Synapsen“ und „Spines“ im Gehirn anregen, positive Auswirkungen auf die „Gehirnplastizität“ haben und die Durchblutung des Gehirns verbessern, so dass Struktur und Funktion des Gehirns äußerst positiv beeinflusst werden (vgl. Hollmann & Strüder, 2004, S. 266).

Bewegung und Beweglichkeit sind demnach nicht nur bedeutsame Voraussetzungen für den Erhalt von „Sicherheit“, „Würde“, gesellschaftlicher Partizipation, Integration und Weiterentwicklung der alten Menschen (vgl. Wenger, 2010, S. 12; Reuther et al., 2010, S. 139), sondern sie spielen auch eine entscheidende Rolle in der Vorbeugung, Verzögerung oder Verminderung von gesundheitlichen Problemen wie „Herz-Kreislauferkrankungen, Stoffwechselliden, Krebskrankheiten, Beschwerden am Halte- und Bewegungsapparat und altersbedingte körperliche und geistige Leistungseinbußen“ (Hollmann et al., 2006, S. 11; Löllgen, 2015, S. 139; vgl. Löllgen & Löllgen, 2009, S. 553ff.). „Die Wirkung bei den verschiedenen Krankheiten zur Risikominderung (Mortalität und Morbidität) beträgt etwa 20-30%. Sie ist damit vergleichbar oder besser als eine Monotherapie mit gesichert wirksamen Medikamenten.“ (Löllgen, 2015, S. 139).

Des Weiteren wurde in Studien bewiesen, dass Bewegung bzw. Aktivität, Endorphine freisetzt, welche bedeutende schmerzdämpfende Einflüsse haben und somit Bewegung und Aktivierung sogar schmerzlindernd sein können (vgl. Hollmann & Strüder, 2000, S. 950f.; 2004, S. 265). Ferner machen Hollmann und Strüder (2004) auf die stimmungsaufhellende Wirkung von körperlicher Betätigung aufmerksam, welche durch die „Endorphin- und Serotoninveränderungen“ im Blut nach Aktivitäten hervorgerufen wird (S. 265f.), eine Eigenschaft, welche wichtig ist für Wohlbefinden und Zufriedenheit der alten Menschen, zumal Bartoszek und Mitarbeiter (2011) darauf hinweisen, dass fehlende Beweglichkeit bei Senioren eine Reihe psychischer Probleme nach sich ziehen kann, wie zum Beispiel „Depressionen, Wut, Feindseligkeit, Passivität und Angst“ (S. 194f.). Außerdem können durch die Steigerung der körperlichen Tätigkeiten und die daraus entstehende Verminderung der Immobilität, soziale Probleme wie Vereinsamung, Isolierung oder sogar, die von

Bartoszek (2011), angesprochene „Verwahrlosung“ (S. 195) vermindert werden oder ausbleiben (vgl. Hollmann & Strüder, 2000; 2004; Bartoszek, 2011, S. 194f.)

Laut Abt-Zegelin und Reuther (2011; 2013a) haben alte Menschen immer das Bedürfnis sich zu bewegen, und besonders unter den Heimbewohnern sind viele, die nicht glücklich sind, weil ihnen durch den Umzug ins Heim nahezu alle Aufgaben abgenommen werden und sie so zum Nichts-Tun verdammt werden, was für viele verbunden ist mit Bewegungsmangel bis hin zur Immobilität. Alte Menschen wollen sich bewegen und zugleich etwas Sinnvolles bewirken, damit die Anstrengungen sich auch lohnen. Sie bewegen sich zielgerichtet und brauchen „Beweggründe“ und sinngebende Aktivitäten bzw. Aufgaben, in die sie bestenfalls noch ihren Erfahrungsschatz und ihre Kompetenzen miteinfließen lassen können. Um ihr Gefühl der Wertschätzung, des Selbstwertgefühles zu steigern, ist es wichtig ihnen die notwendigen Möglichkeiten für sinngebende Aktivitäten anzubieten. In der Literatur werden sinnvolle Aktivitäten für alternde Menschen mehrheitlich in den alltäglich anfallenden Aktivitäten des Alltags beschrieben (vgl. Abt-Zegelin, 2013, S. 29f.; Reuther & Abt-Zegelin, 2011, S. 324; Wenger, 2010, S. 12; Kastner & Löbach, 2010, S. 101f). „Sämtliche „Bewegungsübungen“, Kraft- und Balancetrainings, Angebote in Fitnessräumen sind nur Beiwerk, sie bringen kaum etwas, wenn der Pflegealltag eher die Passivität begünstigt“ (Abt-Zegelin, 2013a, S. 30).

In Anbetracht der Wichtigkeit von Bewegung und Beweglichkeit muss demnach alles daran gesetzt werden, um auch hilfs- und stark pflegebedürftigen Bewohnern die Möglichkeit zu geben, an körperlichen Aktivitäten teilzunehmen. Es darf nicht dazu kommen, dass sich Bewohner aus Rücksicht auf das Arbeitspensum des Personals zurücknehmen und weniger Hilfe anfragen oder um weniger Unterstützung bitten, um das Personal zu schonen oder weil sie sich schämen auf Hilfe angewiesen zu sein und gleichzeitig sich so ihre individuelle Gesundheitssituation verschlechtert. Es muss den Verantwortlichen der Institutionen bewusst sein, dass bereits, wie Reuther und Zegelin (2011) sowie Hollmann und Mitarbeiter (2000; 2004) angeben nach kurzer Zeit (wenige Tage) der Inaktivität, der Bettlägerigkeit oder Immobilisierung im Rollstuhl oder Sessel, eine „Liegepathologie“ einsetzt und diese sich bis zur Immobilität, zur Ortsfixierung bzw. dauerhaften Bettlägerigkeit weiterentwickeln kann, wenn nicht die entsprechenden mobilisierenden Maßnahmen ergriffen werden.

Die Förderung der körperlichen Aktivierung muss im Mittelpunkt stehen und die Bewohner müssen dafür sensibilisiert werden, denn sie müssen verstehen, dass Aktivität und Bewegung, wichtig ist für den Erhalt ihrer Autonomie, Selbstbestimmung und ihr Selbstwertgefühl, auch wenn sie Angst haben vor Stürzen oder bei verschiedenen Aktivitäten

Schmerzen verspüren. Außerdem sollte man nicht übersehen, dass sich die Erfüllung des Bedürfnisses der Bewegung zugleich vorbeugend auf die Entwicklung von Thrombosen, Embolien oder Dekubitus auswirkt und auch, wenn es kontradiktorisch klingt, die Sturzgefahr vermindert (vgl. Tschan, 2011, S. 2; Abt-Zegelin, 2010, S. 146; Abt-Zegelin & Reuther, 2011, S. 323; Hollmann et al., 2006, S. 11).

Die Wichtigkeit der Bewegung für Menschen mit Demenz

Da das Bedürfnis nach Bewegung ein Grundbedürfnis aller Menschen ist, gilt dessen Wichtigkeit auch für dementiell erkrankte Bewohner. Und auch wenn Demenz bereits diagnostiziert worden ist, gilt auch für diese Menschen immer noch, dass regelmäßige Bewegung zwar Demenz nicht heilen oder verhindern kann, aber sie kann das Fortschreiten der Symptome oder den Verlauf verlangsamen (vgl. Hollmann & Strüder, 2004, S. 266; Hollmann et al., 2006, S. 15; Abbott et al., 2004, S. 1447; Nugandu et al., 2015; Bonifer, 2016, S. 102; Lautenschlager et al., 2008, S. 1036; Reimers et al.⁴⁹, 2012, S. 289).

Dies gewinnt besonders an Bedeutung, wenn der Bewegungsdrang, den die dementiell erkrankten Menschen oft zu Beginn der Erkrankung verspüren nachlässt und die Betroffenen ihr Bedürfnis nach Bewegung nicht mehr selbst wahrnehmen und oft nur noch bewegungslos vor sich hindämmern. Hier ist das Personal gefordert, diese Bewohner so anzuregen, dass sie, wenn auch nur minimale, körperliche Tätigkeiten durchführen, zum Beispiel in dem sie sie, wenn auch nur minimalst, in die täglichen Aktivitäten integrieren. Auch hier gilt nach Abt-Zegelin (2013a), dass adaptierte Bewegungsübungen (Krankengymnastik, „Bewegungsübungen“, usw.) nur Begleitprogramme („Zusatzangebote“) sind (S. 30). Eine entscheidende Gefahr für diese immobilen Bewohner scheint, laut Abt-Zegelin (2013a) sowie Berger und Hennings (2014), dass diese Menschen bei starker Arbeitsbelastung des Personals „durch die Maschen fallen“ und somit in die negative Spirale der Bettlägerigkeit, einschließlich der anhaftenden Risikofaktoren wie Thrombosen, Dekubitus, usw., geraten (vgl. Zegelin, 2013a, S. 13; Berger & Hennings, 2014, S. 29).

⁴⁹ „Es wurde zudem eine Metaanalyse prospektiver Kohortenstudien zur Entwicklung kognitiver Defizite mit und ohne regelmäßige körperliche Aktivität bei älteren Personen vorgenommen. Es zeigt sich, dass körperliche Aktivität sowohl kurz- als auch langfristig einen positiven Einfluss auf kognitive Funktionen ausüben kann, wobei allerdings der Effekt bei bereits bestehenden kognitiven Einschränkungen gering bis sogar fraglich ist. Hingegen zeigt die Metaanalyse, dass regelmäßige körperliche Aktivität – in der Regel im aeroben Bereich – das Risiko eines Abbaus kognitiver Leistungsfähigkeit bei älteren Personen um etwa 25% (undifferenzierte Demenzen), 37% (Demenz vom Alzheimer-Typ) und 46% (leichtes kognitives Defizit) reduzieren. Lediglich das Risiko vaskulärer Demenzen wurde nicht signifikant gesenkt.“ (Reimers et al., 2012, S. 276).

4.6.2.3 Vitale Körperfunktionen bewahren

„Vitale Körperfunktionen“, Vitalfunktionen oder Vitalzeichen des menschlichen Körpers sind „Funktionssysteme des Organismus, die die Grundvoraussetzung für das menschliche Leben darstellen. Zu den Vitalfunktionen zählen: Hirnfunktion (zentrales Nervensystem), Atemfunktion (respiratorisches System), Herz-Kreislauf-Funktion (kardiozirkulatorisches System), Stoffwechselregulation, Wasser/Elektrolyt- und Säure/Basen-Haushalt-Regulation, Temperaturregulation“ (Thierbach, 2002, S. 469).

Es handelt sich hierbei um Vorgänge im Körper, die nicht vom Menschen willentlich steuerbar sind. Meistens werden sie unbewusst wahrgenommen und erst, wenn es zu Funktionseinschränkungen kommt, welche sich negativ auf die Gesundheit, auf die Autonomie, auf die Selbstbestimmung bzw. auf die Ausführung der Aktivitäten des alltäglichen Lebens auswirken, werden sich die Menschen der Wichtigkeit ihrer Vitalfunktionen bewusst. Störungen oder Beeinträchtigungen dieser Funktionen können den Alltag einer Person negativ beeinflussen oder können lebensbedrohliche Situationen hervorrufen, in welchen die Betroffenen negativen Gefühlen wie Nervosität, Anspannung und/oder großen Ängsten (bis hin zur Todesangst) ausgesetzt sind (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 104; Krohwinkel, 2013, S. 135). Da vitale Körperfunktionen die Grundlage des menschlichen Lebens darstellen, sind sie für den Menschen überlebenswichtig und tragen somit maßgeblich zu seinem Wohlbefinden und zu seiner Lebensqualität bei.

Um den Bewohnern bestmöglich die oben erwähnten negativen Erfahrungen zu ersparen, ist es wichtig, dass das Personal die entsprechenden Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzt, um aus der Kombination, der gemachten Beobachtungen, der Erfassung von medizinischen Indikatoren der Vitalfunktionen (Blutdruck-, Puls-, Körpertemperaturmessung/-kontrolle) und den vorliegenden medizinischen Befunden, die Voraussetzungen zu schaffen, die vitalen Körperfunktionen der Bewohner zu bewahren (vgl. Said & Schön, 2011, S. 227f.; Krohwinkel, 2013, S. 136).

Wenn es gelingt, diese lebenswichtigen Funktionen aufrechtzuerhalten oder vielleicht sogar noch zu verbessern, so kann dies nicht nur den Gesundheitszustand der Betroffenen entscheidend beeinflussen, sondern auch zu einem gesteigerten Wohlfühleffekt und einem verbesserten körperlich-seelischen Ausgleich der alten Menschen beitragen. So ist zum Beispiel die Atmung ein „Verbindungselement“ bzw. „Ausdrucksmittel“, welches auf den seelischen Zustand einer Person hinweist. „Gutes Durchatmen“ hat nicht nur einen positiven Einfluss auf die Muskulatur des Körpers und auf das Herz-Kreislaufsystem, es wirkt sich

auch positiv auf die Gesamtheit der Gefühle aus und somit auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität des Betroffenen (vgl. Tschan, 2010, S. 111).

Vitale Körperfunktionen bei dementiell erkrankten Menschen bewahren

Vitale Körperfunktionen bei dementiell erkrankten Personen aufrecht zu erhalten, ist schwieriger als bei Menschen ohne Demenz, da sie oftmals ihre Beschwerden nicht sprachlich äußern können, Krankheitssymptome nicht mehr richtig deuten bzw. mitteilen können oder das Personal nicht mehr über eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes informieren können. Daher sind bei diesen Bewohnern regelmäßige Kontrollen der Vitalwerte und eine aufmerksame Beobachtung des Verhaltens überlebensnotwendig und wichtig, um ihnen unnötige Qualen durch Schmerzen, Atemnot, usw. zu ersparen. Daher spielt bei der Bewahrung von lebenswichtigen Körperfunktionen dementer Menschen, das Beobachten und das Inbetracht-Ziehen nonverbaler und/oder paraverbaler Verhaltensänderungen eine besonders wichtige Rolle (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 104).

4.6.2.4 Sich pflegen

"Sich pflegen" beinhaltet die Aspekte der Körperpflege und umfasst somit Vorgehensweisen, welche die Hygiene und das äußere Erscheinen eines Menschen beeinflussen. Zu diesen Handlungen gehören: Baden, Duschen, Teilkörperwaschungen, Hautpflege, Haarpflege, Rasur, Maniküre, Pediküre, Mund- und Zahnhygiene, Augen-, Ohren- oder Nasenpflege (vgl. Krohwinkel, 2013, S. 152; Sirsch & Bartoszek, 2011, S. 229). Sich unabhängig und selbstständig pflegen zu können, ohne dabei auf die Hilfe von anderen Menschen zurückgreifen zu müssen oder zumindest so lange wie möglich darauf verzichten zu können, ist ein fundamentales Bedürfnis des Menschen (vgl. Sirsch & Bartoszek, 2011, S. 229).

Eigenständige Körperpflege oder Sich-Pflegen gehört für Senioren bis ins hohe Lebensalter zum „selbstverständlichen Teil“ ihrer Lebensweise dazu, denn Studien von Bergler (2009) belegen, dass insbesondere die „Gepflegtheit im eigenen Erleben und in der Wirkung auf andere“ von grosser Bedeutung für 85 Prozent der Studienteilnehmer waren. Somit ist Sich-Pflegen mehr als nur die Reinigung des eigenen Körpers, sondern hat auch eine entscheidende Bedeutung für das seelische Befinden eines Menschen (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 103; Bergler, 2009, S. 118).

Das Bedürfnis und die Art und Weise seinen Körper zu pflegen, ist von Person zu Person verschieden und sehr persönlich. Jeder Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens eigene

Gepflogenheiten, Rituale oder Vorgehensweisen⁵⁰, wie er sich pflegt (bevorzugte Hilfsmittel, Pflegemittel, Ort, Zeit, usw.). Des Weiteren wird der Akt des Sich-Pflegens auch von biografischen, d.h. sozialen, kulturellen, finanziellen und/oder geschlechtlichen Faktoren beeinflusst. Somit spielen Prägungen aus früheren Lebensphasen, wie bestimmte Frisuren oder die Verwendung von bestimmten Körperpflegemitteln (Cremes, Deomitteln, Duftwasser, Mundwasser, Haarwasser, usw.) und/oder Kosmetika, eine Rolle bei der Erfüllung dieses Bedürfnisses, denn viele alte Menschen wollen, auch im Alter, nicht darauf verzichten, da diese für sie zu ihrer eigenen „Persönlichkeit“ dazugehören (vgl. Tschan, 2010, S. 138; Sirsch & Bartoszek, 2011, S. 229; Kastner & Löbach, 2010, S. 103).

Laut Bergler (2009) „besteht ein Zusammenhang zwischen Körperpflege, Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität“ (S. 119). Ein gepflegtes Äußeres erzeugt ein „Wohlgefühl“, steigert das persönliche Selbstwertgefühl, die persönliche Stimmungslage und das Selbstbewusstsein, alles Eigenschaften, die in einem erfolgreichen Alterungsprozess eine wichtige Rolle spielen. Alte Menschen, die sich sauber und gepflegt fühlen und mit ihrer Ausstrahlung und ihrem äußeren Erscheinungsbild zufrieden sind, haben keine Angst durch „sichtbare und riechbare Beeinträchtigungen“ (Bergler, 2009, S. 118) bedingt durch fehlende Körperpflege aufzufallen. Sauberkeit, Gepflegt-Sein und „subjektive Attraktivität“ unterstützen das Selbstwertgefühl und erleichtern die soziale Integration, zumal nach den Studienergebnissen von Bergler (2009) die alten Menschen großen Wert auf ihre Wirkung nach außen und auf ihre „soziale Attraktivität“ (Bergler, 2009, S. 118) legen. Somit können eine angepasste Körperpflege und ein gepflegtes Erscheinungsbild auch Risikofaktoren der sozialen Ausgrenzung, wie soziale Isolation, das Gefühl ständig von anderen beobachtet zu werden, „soziale Stigmatisierung, Minderwertigkeitsgefühle, Unzufriedenheit mit sich selbst, Ausbildung selbstbezogener Aggression, Ekelgefühle“ (Bergler, 2009, S. 118) verhindern.

Daher ist es umso wichtiger, dass betagte Menschen, auch wenn sie in ihren Fähigkeiten eingeschränkt sind, die Möglichkeit erhalten sich selbst, um ihre Körperpflege und um ihr persönliches äusseres Erscheinungsbild zu kümmern, sei es, dass sie noch selbst in der Lage sind ihren Körper entsprechend zu pflegen, sei es, dass sie ihre Wünsche äusseren

⁵⁰ „Die Bedürfnisse des alten Menschen sind in diesem Bereich lebenslang geprägt: Wer sich die längste Zeit seines Lebens am Spülstein in der Küche gewaschen hat und einen sparsamen Umgang mit Wasser und Seife pflegte, wird im Alter andere Bedürfnisse an seine Körperpflege haben als derjenige, der sich früher täglich mindestens 1-mal geduscht hat. (...) Andere hingegen würden sich gerne weiter am Spülstein waschen, lehnen duschen ab und möchten stattdessen 1-mal wöchentlich baden“ (Sirsch & Bartoszek, 2011, S. 230).

und das Personal sie bei der Umsetzung unterstützt⁵¹. Alte Menschen fühlen sich wohl, wenn ihr Aussehen nach ihren Wünschen oder wie sie es gewohnt sind, umgesetzt wird. Dies steigert ihr Selbstvertrauen, ihr Selbstwertgefühl und hilft Minderwertigkeitskomplexe abzubauen (vgl. Bergler, 2009, S. 118). Alte Menschen, die sich um ein gepflegtes Aussehen bemühen, unterstreichen dadurch nicht nur Lebensfreude, sondern auch ihre Eigeninitiative und die Tatsache, dass sie Verantwortung für sich selber übernehmen (vgl. Tschan, 2010, S. 138, Bergler, 2009, S. 119). Außerdem dürfen beim Bedürfnis der Körperpflege, der gesundheitliche Aspekt und die Prävention vor weiteren Pathologien nicht vergessen werden, denn eine angepasste Körperpflege kann weitere gesundheitliche Probleme verhindern, zum Beispiel durch eine angemessene Hautpflege, Mundpflege, usw. (vgl. Bergler, 2009, S. 119).

Körperpflege und Demenz

Auch die Körperpflege von dementiell erkrankten Menschen sollte weitestgehend nach deren Bedürfnissen ausgerichtet sein, daher ist es wichtig, dass das Personal sowohl über ausreichend biografische Kenntnisse der Betroffenen verfügt als auch über deren individuelle Körperpflegerituale informiert ist, damit gewohnte Handlungsabläufe auch weiterhin in gleicher Weise durchgeführt werden können (bevorzugte Waschform, Wassertemperatur, usw.) (vgl. Lind, 2010, S. 1190ff.). Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf brauchen diese Menschen mehr Unterstützung bei der Körperpflege, was aber nicht gleichzeitig bedeutet, dass sie außer Stande sind eigene Entscheidungen zu treffen. Um die „Eigenständigkeit und Selbstbestimmung“ (Sirsch & Bartoszek, 2011, S. 263) der Betroffenen so lange wie möglich zu bewahren, müssen ihre Entscheidungen auch Ernst genommen und berücksichtigt werden. „Es gilt nicht für sie, sondern im besten Fall mit Ihnen Entscheidungen zu treffen.“⁵² (Sirsch & Bartoszek, 2011, S. 263).

⁵¹ Hierbei spielt z.B. die Haarpflege eine wichtige Rolle, denn „gepflegte Haare kleiden das Gesicht eines Menschen, sie spiegeln seinen körperlichen und seelischen Zustand wider.“ (Sirsch, 2007, S. 143). Das Tragen der gewohnten Frisur ist für viele alte Menschen, besonders bei Pflegebedürftigkeit, von grosser Bedeutung. Das Verändern dieser vertrauten Haartracht, (um z.B. den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals zu erleichtern), durch das Abschneiden langer Haare oder durch das Umwandeln gewellter Frisuren in Glatthaarfrisuren, kann bei den Betroffenen große Schwierigkeiten hervorrufen „ein neues Selbstbild aufzubauen“ (Sirsch, 2007, S. 143) oder es kann für die Betroffenen „fast unmöglich sein, sich selber mit einem Kurzhaarschnitt zu akzeptieren.“ (Sirsch & Bartoszek, 2011, S. 244).

⁵² Hinter der „fehlerhaften Annahme, dass Menschen mit Demenz keine Entscheidungen mehr treffen können, steht eigentlich die Meinung, dass Menschen mit Demenz nicht immer Entscheidungen in der Form treffen, wie Pflegende es wünschen. Da allgemein davon ausgegangen wird, dass nur kognitiv

Die Körperpflege von Menschen mit Demenz besteht aus zwei Dimensionen: „dem Pflegen als Tätigkeit (die körperliche Ebene) und dem Beruhigen und Ablenken (die psychische Ebene)“ (Lind, 2010, S. 1190). Wenn sich die dementiell Erkrankten gegen die Körperpflege sträuben⁵³, sollen die Pflegenden versuchen mit „Einfühlungsvermögen, Erfahrung, Gelassenheit und Kreativität“ (Kastner & Löbach, 2010, S. 104) zusammen mit den Betroffenen eine Lösung zu finden, um die Körperpflege durchzuführen oder eine Hilfestellung leisten zu können. Sollte dies nicht gelingen, so sollte nach einer „flexiblen“ Lösung gesucht werden, aber „keinesfalls“ auf die „Durchführung der Pflegemaßnahmen“ bestanden werden (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 104; Schwerdt & Tschainer, 2002, S. 267; Lind, 2010, S. 1190).

4.6.2.5 Ausscheiden

Die vier wichtigsten Ausscheidungsorgane des menschlichen Körpers sind: das Harnorgan (Blase), der Darm, die Haut und die Lunge. „Die Ausscheidungen des menschlichen Körpers dienen der regelmäßigen Entfernung von Schadstoffen und Stoffwechselendprodukten und damit der Aufrechterhaltung der natürlichen Funktion des Organismus.“ (Mittermayer, 2005, S. 237). Demnach ist die Fähigkeit „ausscheiden zu können“ ein überlebenswichtiges menschliches Bedürfnis.

Während der Mensch auf Ausscheidungen wie Schweiß und Atem keinen entscheidenden Einfluss nehmen kann und auf diese Exkretionen auch weniger sensibel reagiert, so ist für ihn die selbstbestimmte Kontrolle von Harnorgan und Darm von umso größerer Bedeutung. Die Ausscheidungen von Blase und Darm autonom zu kontrollieren, gilt als Merkmal von menschlicher Unabhängigkeit und Selbstbestimmung.

nicht eingeschränkte Menschen richtige Entscheidungen treffen können, werden Entscheidungen von Menschen mit Demenz folglich oft nicht ernst genommen.“ (König & Zemlin, 2015, S. 16).

⁵³ Da dementiell erkrankte Menschen zunehmend Unterstützung oder Begleitung bei der Körperpflege brauchen, kann es vorkommen, dass es diesen Menschen nicht bewusst ist, dass sie Hilfe brauchen und sie sich schämen Hilfe bei der Intimpflege anzunehmen und dementsprechend überreagieren. „Auch kann es vorkommen, dass Personen mit Demenz die Situation als sexuelle Annäherung interpretieren und dann ihrerseits mit distanzlosem Verhalten reagieren. Oder aber sie missverstehen die Situation als sexuellen Übergriff und zeigen massives Abwehrverhalten.“ (Kastner & Löbach, 2010, S. 103).

Ein Kontrollverlust über diese Organe (Harn- und/oder Stuhlinkontinenz⁵⁴) kommt einem „Machtverlust“ und Identitätsverlust gleich, denn die Betroffenen können die Kontrolle über ihren Körper nicht mehr entsprechend den Normen der Gesellschaft ausüben und verstoßen somit gegen die Grundsätze der „intakten sauberen Person“, so dass sie Scham-, Ekel- und Peinlichkeitsgefühl gegen sich selbst und gegenüber Dritten empfinden und somit die „Selbstachtung“ der Betroffenen in Gefahr ist. Außerdem entwickelt sich die Angst vor Stigmatisierung, Ablehnung, Respektlosigkeit oder Geringschätzung durch die Gesellschaft, wenn die selbstbestimmte Kontrolle über den eigenen Körper verloren geht. Dieser Vorgang beeinflusst das „Selbstwertgefühl“, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 107; Hayder, 2004, S. 6); Hayder et al. 2012, S. 35; Hayder-Beichel, 2013, S. 10; Sachsenmaier, 2011, S. 297).

“Incontinence doesn’t kill you, but it takes your life away.” (Wagner & Subak, 2010, S. 2184). Dieses Statement verdeutlicht, wie schwerwiegend die Auswirkungen und das Belastungserleben für betroffene ältere Menschen sind, wobei deutlich zwischen mehreren Ebenen der Belastung unterschieden wird. So hat eine Studie von Ahnis und Knoll (2008) ergeben, dass die Betroffenen in erster Linie unter psychischen Belastungen leiden: Frustration, Angst vor unkontrolliertem Urinverlust, Wut bis hin zur Aggression über die Unmacht die Situation zu kontrollieren, Depressionen, „Mutlosigkeit“, „Scham“, „Ekel“, „Peinlichkeit“. An zweiter Stelle stehen die sozialen Belastungen: Rückzug aus der Gesellschaft, Isolation, starke Einschränkung der Mobilität, Einschränkung sozialer Aktivitäten, Abbruch von Beziehungen, und an dritter Stelle rangieren die „Belastungen der Verhaltensebene“: verstärkte Hygienemaßnahmen, um unangenehme Gerüche oder Flecken zu verhindern, Wechsel des Kleidungsstil, um Inkontinenzmaterial unsichtbar zu machen, Handwäsche oder Verstecken von beschmutzter Kleidung oder Bettwäsche. Physische Belastungen („Schmerzen, Entzündungen“) und finanzielle Belastungen (durch Mehrausgaben für Inkontinenz- und Hygieneprodukte) spielen eher untergeordnete Rollen (Ahnis & Knoll, 2008, S. 251ff.; Ahnis et al., 2008, S. 67; Emmons & Robinson, 2014; Ko et al., 2005, S. 109; Hayder, 2004, S. 6; Hayder, Kuno & Müller, 2012, S. 37; Tschan, 2010, S. 133).

⁵⁴ Unter Harn- und/oder Stuhlinkontinenz versteht man den Zustand von unkontrollierbarem Verlust von Urin und/oder von Stuhlgang. „Inkontinenz ist ein häufiges Symptom im Alter. Hochrechnungen gehen davon aus, dass 8% der selbstständig lebenden Bevölkerung über 65 Jahre und bis zu 50% der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen inkontinent sind.“ (Berting-Hüneke, Langner, Lüttje & Pastina, 2002, S. 142).

Um die oben erwähnten Belastungen so gering wie möglich zu halten, ist es wichtig das Grundbedürfnis, die eigenen Ausscheidungen eigenständig zu kontrollieren, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu unterstützen und dieses sensible Thema zu enttabuisieren (vgl. Nies, 2012, S. 392, Hayder, 2004, S. 6), damit frühzeitig angepasste gesundheitsfördernde sowie Präventionsmaßnahmen in die Wege geleitet werden können. Zumal sich Fachkreise einig sind, dass durch Aufklärung, Beratung, Begleitung und adaptierte „Maßnahmen“ wie Hilfestellungen bei der Flüssigkeitsaufnahme, Bewahrung und Förderung der Mobilität, situationsangepasste Kleider, Anpassung der Umgebungsfaktoren, „Blasentraining“ und/oder „Toilettentrainingsprogramme⁵⁵“ (Hayder et al., 2012, S.92), die Unabhängigkeit und die „Selbsthilfepotenziale“ der alten Menschen entschieden positiv beeinflusst werden können (vgl. Eichleter, 2016, S. 134; Hayder et al., 2012, S. 83ff.).

Ausscheidungen und Demenz

Bei Menschen mit Demenz, die im Zuge ihrer Erkrankung zunehmend die Kontrolle über ihre Ausscheidungen verlieren, geht es insbesondere darum, sie während der Zeitspanne, wo sie erst von einer „funktionellen⁵⁶ Inkontinenz“ betroffen sind, zu unterstützen. Es müssen alle möglichen Maßnahmen ergriffen werden, dass diese Bewohner, trotz reduzierter sprachlicher Kompetenzen; trotz Problemen mit den äußeren Umständen, die einen reibungslosen Ablauf des Toilettengangs voraussetzen, wie z.B. sich entkleiden, Toilette finden, Intimreinigung, usw. oder durch das Fehlen entsprechender Mobilität oder Hilfsmitteln, dahingehend unterstützt werden (vom Personal), dass ihnen das eigenständige Ausscheiden ermöglicht wird. Hierbei können Unterstützungsmaßnahmen hilfreich sein, wie Toilettentraining, Orientierungshilfen, Änderung an vertrauten Kleidern; eine intensivere Beobachtung des Verhaltens oder das bessere Deuten der nonverbalen Kommunikation, um zu erkennen, wann diese Bewohner zur Toilette müssen (Unruhe, Nesteln an Kleidern, Beine zusammenpressen, unruhiges Umherirren im Zimmer, usw.). So kann auch diesen kranken

⁵⁵ „Toilettentrainingsprogramme haben sich bei Menschen mit unterschiedlichen Einschränkungen der Kognition und Mobilität als wirksam erwiesen und sind in der Umsetzung überwiegend von Pflegepersonen abhängig. Blasentraining hingegen fordert intakte geistige Fähigkeiten, um mitarbeiten zu können, und ist in der Umsetzung vom Betroffenen abhängig.“ (Hayder et al., 2012, S. 92)

⁵⁶ „Man spricht von „funktioneller Inkontinenz“, weil die Betroffenen den Harn- oder Stuhl drang noch spüren und ausschließlich deshalb einnässen oder einkoten, weil sie in anderen AEDL-Bereichen Probleme haben.“ Bei „funktioneller Inkontinenz“ liegt das Augenmerk auf der Lösung der Pflegeprobleme in den mitbeteiligten AEDL-Bereichen (Kastner & Löbach, 2010, S. 107f.)

Menschen so lange wie möglich einen Teil ihrer Selbstbestimmung, Selbstkontrolle und Würde erhalten bleiben (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 108; Beier, 2016).

4.6.2.6 Sich kleiden

Das Bedürfnis sich zu kleiden, ist ein Grundbedürfnis, welches lebenslänglicher Befriedigung bedarf und dessen Erfüllung besonders im Alter einen äußerst positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der alten Menschen hat. Bekleidung hat für jede Person ihren eigenen Stellenwert. Für die einen Menschen ist sie „Gebrauchsgegenstand“, für die andern „wichtiger Bestandteil eines Lebensgefühls“ (Tschan, 2010, S. 148). Kleidung oder „sich kleiden“ erfüllt mehrere Grundfunktionen: körperliche, sexuelle, kulturelle und soziale.

In seiner *körperlichen* Funktion schützt Kleidung gegen Witterungs- und Umwelteinflüsse, gegen Körperschädigungen und Blessuren. Ihre *sexuelle* Funktion liegt vor allem im Schutz des Schamgefühles und der Intimität, da der Mensch mit seiner Kleidung Körperteile verhüllen kann, welche in seinem Kulturkreis oder nach seinem persönlichen Ermessen verborgen oder verhüllt sein sollten (vgl. Köther, 2011a, S. 341f.; Tschan, 2010, S. 147; Grützner, 2004, S. 211). In ihrer *kulturellen* Funktion macht sie Ethnizität sichtbar. Durch die entsprechende Kleidung (Kopfbedeckungen, Gesichtsschleier, Umhänge, usw.) wird die Zugehörigkeit zu einer Volksgruppe oder zu einem Kulturkreis signalisiert (vgl. Barnes & Eicher, 1993, S. 3; Köther, 2011a, S. 351; Peters, 2006, S. 14; Grützner, 2004, S. 211). In ihrer *sozialen* Funktion dient Kleidung als nonverbales Kommunikationsmittel, indem Kleidung Signale aussendet, die auf andere (bewusst oder unbewusst) in bestimmter Weise wirken, oder um Unterschiede von sozialen Stellungen, Rängen, Alter oder Geschlecht klarzustellen (vgl. Starbatty, 2009, S. 86; Köther, 2011a, S. 341).

Außerdem unterstreicht Kleidung die Individualität („Persönlichkeit“) und die Identität eines Menschen, denn jeder Mensch hat seinen persönlichen Kleidungsstil, welcher meistens durch seine Biografie geprägt ist (vgl. Tschan, 2010, S. 147; Starbatty, 2009, S. 86; Köther, 2011a, S. 341)

„Kleider machen Leute“ (Keller, 2009) ist demnach auch heute noch ein Statement, welches auch auf alte Menschen zutrifft. Kleidung hat einen großen Einfluss darauf, wie alte Menschen von der Gesellschaft wahrgenommen werden und was ihnen noch zugetraut wird, denn „unsere soziale Existenz wird stark durch diese äußere Schicht mitbestimmt.“ (Tschan, 2010, S. 147). Sich selbst kleiden zu können, stärkt nicht nur die Gefühle von Selbstbestimmung und Autonomie, sondern auch das Selbstwertgefühl (vgl. Messer, 2004,

S. 158; Kastner & Löbach, 2010, S. 108f.), sowie das Gefühl „des Wohlbefindens und der Individualität“ (Messer, 2004, S. 158). „Ist ein Mensch nicht mehr in der Lage, seine Bekleidung nach eigenen Vorstellungen auszuwählen und entsprechend zu tragen, geht viel von seiner persönlichen Ausdruckskraft, seiner Identität verloren“ (Köther, 2011a, S. 342). Besonders dann, wenn das Personal noch zusätzlich vertraute Kleidungsstücke gegen ungewohnte Kleidung tauscht, zwecks Arbeitserleichterung oder besserer Waschbarkeit, usw., z.B. Tausch von „Anzughosen“ oder Röcken gegen „Trainingshosen“ (Köther, 2011a, S. 345) oder „Schlupfhosen“ (Köther, 2011a, S. 350).

Es bleibt demnach auch für kranke bzw. pflege- und/oder hilfsbedürftige alte Menschen eine wichtige Voraussetzung für das Erleben von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung, an welche Wohlbefinden und Lebensqualität gekoppelt sind, dass sie sich so kleiden können wie sie es wünschen oder wie sie es gewohnt sind. „Nicht der modische Geschmack der Pflegenden, sondern die individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten der Bewohner bestimmen die tägliche Bekleidungsentscheidung“ (Zenneck, 2008, S. 166).

Menschen mit Demenz und das Bedürfnis „sich kleiden“

Auch bei Menschen mit Demenz sind die Wahrung ihrer „Persönlichkeit“, ihrer Identität, ihrer „Würde“ und ihres „Selbstwertgefühl“ und somit die Steigerung ihres Wohlbefindens, die wichtigsten Ziele der Erfüllung des Kleiderbedürfnisses (Köther, 2011a, S. 350). Dazu ist es wichtig, dass das äußere Erscheinungsbild der dementen und/oder pflegebedürftigen Personen erhalten bleibt und die persönlichen Kleidungsünsche respektiert werden, denn vertraute Kleidungsstücke, welche identitäts- und biografiegebunden sind, geben den Betroffenen nicht nur Sicherheit, sondern können auch Orientierungshilfen für sie sein, da diese Kleider eine beruhigende Wirkung auf sie ausüben können und sie sich somit wohler und gelassener fühlen (vgl. Köther, 2011a, S. 350; Kastner & Löbach, 2010, S. 107).

Nach Tschan (2010) ist es besonders wichtig, dass Menschen mit Demenz so lange wie möglich „ihre Selbstverantwortung“ (S. 150) in Bezug auf ihre Kleidung behalten, denn besonders dieses Bedürfnis hat einen großen Einfluss auf das menschliche Selbstwertgefühl. Demnach sollen sie auch so lange wie möglich an der Ausführung des An- und Auskleidens beteiligt werden, um so neben dem psychischen Wohlbefinden auch noch vorhandene physische Kompetenzen bei den Betroffenen zu stimulieren und möglichst lange zu erhalten (vgl. Köther, 2011a, S. 350f.). Solange die Bewohner sich demnach am Bekleiden beteiligen können, auch wenn dies in der Spätphase der Demenz nur noch non-verbal oder paraverbal ist, so bleiben sie doch noch selbstverantwortlich für ihr Handeln und

ihnen bleibt das Gefühl, dass ihre Selbstständigkeit beachtet wird (vgl. Tschan, 2010, S. 150; Kastner & Löbach, 2010, S. 107; vgl. Köther, 2011a, S. 345).

Außerdem ist die Art der Kleidung der pflegebedürftigen Menschen auch wichtig für ihr „soziales Umfeld“ (Tschan, 2010, S. 148), denn die Angehörigen schätzen es, wenn die, auf Hilfe angewiesenen, Personen auch bei fortschreitender Krankheit oder Pflegebedürftigkeit entsprechend ihrem Status und ihren Bekleidungsgehnheiten gekleidet werden und liebgewonnene Kleidungs- oder Schmuckstück tragen können, da diese den alten Menschen Sicherheit geben und bei den Angehörigen positive Erinnerungen wecken (vgl. Tschan, 2010, S. 148).

4.6.2.7 Essen und trinken

„Ernährung ist mehr als nur funktionale Versorgung der Körperzellen. Ernährung bedeutet die Aufrechterhaltung von Körper, Seele und Geist.“ (Biedermann & Hoffmann, 2005, S. 131). Demnach hat die Aufnahme von Speisen und Getränken nicht nur die biologische Funktion, Menschen zu sättigen und dem Körper Nährstoffe zuzuführen, sondern sie ist auch von hoher sozialer Bedeutung und hat einen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der betagten Menschen und dies unabhängig von der Tatsache, ob es sich um Senioren handelt, die zuhause wohnen oder um Heimbewohner (vgl. Biedermann & Hoffmann, 2005, S. 104f.).

Allerdings können sich im Alterungsprozess die Wichtigkeit der verschiedenen Funktionen von Essen und Trinken im Vergleich zu früheren Lebensphasen verändern, denn mit zunehmendem Alter wird die Nahrungsaufnahme durch Einschränkungen und/oder spezifische physiologische altersbedingte Veränderungen beeinflusst (vgl. Pudiel & Westerhöfer, 2003, S. 46f.; Müller-Busch, 2005, S. 367). Diese Altersveränderungen, oftmals begleitet von Erkrankungen und/oder Medikamenteneinnahmen, sind in ihrer Quantität und Intensität von Mensch zu Mensch verschieden: Der Energiebedarf des Körpers nimmt ab, dafür aber die individuelle körperliche Untätigkeit der Senioren oftmals zu, was eine Abnahme der Muskelmasse und eine Zunahme der Körperfettmasse bedeuten. Dahingegen ändert sich der Bedarf an Nährstoffen, Mineralien und Vitaminen nicht, so dass eine Zufuhr qualitativ hochwertiger Lebensmittel mit einer hohen Nährstoffdichte mit zunehmendem Alter umso wichtiger wird. Außerdem kann es zu Verschlechterungen bei den Sinneswahrnehmungen (Geschmack, Geruch, Sicht, usw.) kommen, alles Faktoren, die einen negativen Einfluss auf die Nahrungsaufnahme und den Appetit der Betroffenen haben. Weitere Einschränkungen sind z.B. eine abnehmende Speichelproduktion bzw. eine

Veränderung am Mundgewebe und/oder am Zahnapparat, die Kautätigkeit erschweren oder verminderte Organfunktionen (Magen, Darm, usw.), die die Verdauung verlangsamen (vgl. Kahla-Witzsch & Platzer, 2007, S. 150; vgl. Schmid & Hesecker, 2009, S. 1ff.). Des Weiteren wird das Hungergefühl abgeschwächt und das Durstempfinden lässt nach, so dass es durch eine eingeschränkte Nahrungs- und/oder Nährstoffzufuhr zu Unter- oder Mangelernährung bzw. durch unzureichende Flüssigkeitszufuhr zu Dehydratationen kommen kann (vgl. Kahla-Witzsch & Platzer, 2007, S. 150; Schmid & Hesecker, 2009, S. 1ff.; Biedermann & Hoffmann, 2005, S. 127). Besonders „Mangelernährung“⁵⁷ scheint bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und oder bei Bewohnern aus Altenhilfeeinrichtungen ein erhöhtes Risiko darzustellen, denn laut Studien aus mehreren Industrieländern leiden in den dort ansässigen Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen „zwischen 20 und 80%“ der Bewohner an „Mangelernährung“ (Kreiss & Immel-Sehr, 2016, S. 242).

Wenn demnach die Nahrungsaufnahme im Alter und besonders bei Heimbewohnern, durch physiologische, alters- und/oder krankheitsbedingte Veränderungen erschwert werden kann, so gibt es Möglichkeiten durch „bewohnerorientierte Verpflegungsansätze das Wohlbefinden der Bewohner zu steigern und ihre Lebensqualität zu verbessern.“ (Biedermann & Hoffmann, 2005, S. 104). Zum einen werden durch die Anpassung der Kostformen an die Fähigkeiten der alten Menschen ihre Kompetenzen und nicht ihre Defizite bei den Mahlzeiten in den Mittelpunkt gestellt und zum andern erhalten die Bewohner durch angemessene Verteilungssysteme wie „Buffets“ oder das Servieren nach dem „Schöpfsystem“⁵⁸, die Möglichkeit selbstständig eine Auswahl zu treffen und ihre Portionen zu den jeweiligen Mahlzeiten zusammenzustellen (Quantität der Lebensmittel und Auswahl der verschiedenen Nahrungsmittel), was wiederum zu einer Stärkung ihrer Selbstbestimmtheit, ihrer Autonomie und/oder ihrer „Entscheidungsfähigkeit“ führt (vgl. Biedermann & Hoffmann, 2005, S. 115f.; Schön, 2011, S. 279; Kastner & Löbach, 2010, S. 105).

⁵⁷ „Der Begriff *Mangelernährung* ist nicht verbindlich definiert. Mangelernährung bedeutet im geriatrischen Verständnis eine Situation mit defizitärer Energie- und/oder Nährstoffversorgung und sich daraus entwickelnden ungünstigen klinischen Folgen. Zeichen einer Mangelernährung sind ein rascher, ungewollter Gewichtsverlust, Schwäche, Appetitmangel und einseitiges Essen (Küpper, 2010, S. 204).

⁵⁸ „Das Schöpfsystem ist eine Form der dezentralen Ernährungsversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Hierbei kommen die einzelnen Komponenten entweder in Schüsseln aus der Küche auf den Wohnbereich oder werden in beheizbaren Speiseausgabewagen transportiert. Diese Form der Speiseausgabe steigert die Verzehrsmengen bei den Pflegebedürftigen, da sie der häuslichen Situation viel stärker entsprechen.“ (Schön, 2011, S. 279).

Gleichzeitig kann auch, durch unterschiedlichen Gerüche und Düfte der Speisen und/oder durch das farblich bunt gestaltete Speiseangebot auf dem Essbuffet, der Appetit angeregt werden und eine alters- oder krankheitsbedingte Appetitlosigkeit überwunden oder zumindest reduziert werden. Auch biografische Erfahrungen und Abenteuer können durch gustatorische und olfaktorische Stimulation in Erinnerung gerufen werden (vgl. Biedermann, 2011, S. 10; Kastner & Löbach, 2010, S. 105). Daher hat, laut Biedermann (2011), die basale Stimulation einen besonderen Effekt auf das Wohlbefinden der alten Menschen, denn sie verleiht auch bei zunehmenden Einschränkungen, Mobilitätsverlusten, Krankheiten, Verlusten von Angehörigen, Rollenverlusten, usw. den Betroffenen die Möglichkeit „ihrem alten Leben für einige Momente lang wieder die Farbe der Jugend und somit ein Stück an Vitalität zurückzugeben“ (S. 10).

Aber nicht nur die ausgewogene Zufuhr von Nährstoffen und Energie und/oder die angepassten Verteilungssysteme fördern das Wohlbefinden und die Lebensqualität der alten Menschen, auch die soziale Komponente der Nahrungsaufnahme ist von elementarer Bedeutung, denn „Essen in Gemeinschaft hat einen unbestrittene starken seelischen Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden“ (Tschan, 2010, S. 121) und sein Stellenwert gewinnt, laut Müller-Busch (2005), in Altenhilfeeinrichtungen noch an Bedeutung (S. 367), da gemeinsame Mahlzeiten verbinden, das Gefühl der Zusammengehörigkeit stärken und das Bedürfnis nach Eingliederung in die Gemeinschaft stillen. So wird Essen zu einem gesellschaftlichen Bestandteil, welcher besonders wichtig ist für Heimbewohner, da diese oft einsamer und reizärmer leben und somit das Essen nicht nur ihrer Tagesstrukturierung dient, sondern ihnen auch die Möglichkeit für Kontaktaufnahmen, für Austausch und für „Zusammen-Sein“ bietet (vgl. Biedermann & Hoffmann, 2005, S. 104f.; Huber, 2005, S. 52; Biedermann, 2011, S. 10).

Aber neben den sozialen Kontakten und der Integration in die Gemeinschaft, ist es auch wichtig, dass die Bewohner ihre Essgewohnheiten, Tischsitten und Rituale (religiöse, jahreszeitliche oder kulturgebundene Feiertage) weitestgehend beibehalten können, denn so können sie ihre Identität und somit auch ihre soziale, kulturelle und religiöse Zugehörigkeit unterstreichen (vgl. Klopper, 2016, S. 5f.). Dies spielt eine umso wichtigere Rolle, wenn es sich bei den Senioren um Migranten handelt, deren Rituale, Geschmäcker und Ernährungsgewohnheiten oftmals kulturellen und/oder religiösen Vorschriften unterliegen und ihre Essgewohnheiten sich somit (zumindest teilweise) von den landesüblichen Gepflogenheiten unterscheiden (vgl. Peters, 2006, S. 14; Kastner & Löbach, 2010, S. 105). Es gilt zu beachten, dass Nahrungsmittel und Mahlzeiten von kulturellen Strukturen geprägt

sind. „Im Hinblick auf die Bedeutung von Essen und Trinken für die Identität, erfüllen Speisen aus der Heimat für Einwanderer oft eine wichtige Funktion eines emotionalen Ausgleichs im schwierigen Vorgang der Auseinandersetzung mit der Identität in der Fremde.“ (Bartholomeyczik et al., 2008, S. 29).

Dementiell erkrankte Menschen und ihr Bedürfnis nach Essen und Trinken

Dass der Akt der Nahrungsaufnahme physiologische, psychische, soziale und kulturelle Funktionen hat, welche alle zur Steigerung des Wohlbefindens, der Lebensqualität und der Zufriedenheit der alten Menschen beitragen, gilt nicht nur für gesunde Senioren, sondern auch für Menschen mit körperlichen oder kognitiven Einschränkungen und somit auch für demenziell erkrankte Personen. Besonders für Letztere ist es wichtig, zur Wahrung oben genannter Faktoren, dass das persönliche Umfeld noch enger den Bedürfnissen der Kranken angepasst wird. Der demenzkranke Mensch braucht eine, seinen Fähigkeiten entsprechende, „stressfreie“ Unterstützung, die an seine verbleibenden Ressourcen angepasst ist und diese, mit in die Nahrungsaufnahme einbindet. Es ist wichtig, dass die Essenssituation in einer entspannten Atmosphäre abläuft und dass die Person durch keine anderen Tätigkeiten abgelenkt wird. An Demenz erkrankte Menschen sollen „so lange wie möglich selbstständig essen und trinken.“ (Sieber et al., 2012, S. 120). Damit dies auch im fortgeschrittenen Stadium der Demenz noch weitestgehend möglich bleibt, wird die Nahrungsaufnahme den physischen und kognitiven Möglichkeiten der Betroffenen angepasst, z.B. durch Fingerfood, durch angepasste Bestecke, Teller und Trinkgefäße, bzw. bei unruhigen alten Menschen kann „eat by walking“ eine Alternative sein (vgl. Sieber et al., 2012, S. 6). Auch sollten während dieser Phasen die individuellen „Essmanieren“ der Betroffenen „weitgehend toleriert werden“, denn Maßregelungen für nicht adäquates Verhalten können meistens nicht mehr verstanden werden.

Zur Bewahrung von Selbstbestimmung und Autonomie, muss, auch in fortgeschrittenem Krankheitsstadium, bei der Nahrungsaufnahme versucht werden, bestehende Kompetenzen zu erhalten und „verbleibende Selbstständigkeit“ zu fördern (Sieber et al., 2012 S. 6). So kann z.B., wenn sprachliche Motivation nicht mehr ausreicht, um eine Person zum Essen zu stimulieren, Mit-Essen oder „Spiegeln“ eine weitere Stimulationsform sein (vgl. Sieber et al., 2012, S. 6).

4.6.2.8 Schlafen, ruhen und entspannen

Schlafen gehört zu den Basisfunktionen des menschlichen Organismus. Während des Schlafens erholen sich Leib und Seele und der Körper tankt neue Kraft (vgl. Garms-Homolová, 2016, S. 17). Daher ist „gesunder Schlaf“⁵⁹ auch unerlässlich für das körperliche, das mentale, das emotionale und das seelische Wohlbefinden eines Menschen, unabhängig von seinem Alter. Der menschliche Körper braucht den ausgewogenen, gesunden Schlaf, um zu „überleben“, um sich wohl zu fühlen, leistungsfähig zu sein, um ausgeglichen und zufrieden zu sein. Dieser Wichtigkeit sind sich, laut Studien und Untersuchungen des Meinungsforschungsinstituts Gallup, auch ältere Menschen bewusst⁶⁰ (vgl. Lyons, 2005b).

Behauptungen, dass Senioren weniger Schlaf brauchen oder, dass Schlafstörungen Teil des Alterungsprozesses sind, werden in der Literatur nicht bestätigt oder sogar kategorisch als „falsch“ bezeichnet (vgl. Garms-Homolová, 2016, S. 12; S. 16f.; Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, 2011; Anton, 2011b, S. 357; Ern & Fischbach, 2008, S. 70; Garms-Homolová & Flick, 2013, S. 9; u.a.). „Alte Erwachsene brauchen etwa genau soviel Schlaf wie Jugendliche: im Durchschnitt sieben bis acht, höchstens neun von 24 Stunden.“ (Garms-Homolová, 2016, S. 12). Wenn betagte Menschen weniger schlafen, liegt es oft daran, dass sie an Schlafstörungen leiden, wohlwissentlich, dass Schlafstörungen nicht Teil eines gelungenen Altersprozesses sind, sondern dass diese eher durch psychische oder physische Probleme oder Störungen ausgelöst werden. Zahlreiche Autoren (vgl. Garms-Homolová, 2016, S. 12; Garms-Homolová & Theiss, 2013, S. 55ff.; Ishak et al, 2012, S. 13; Léger et al., 2012, S. 43; Krystal, 2007, S. 63; u.a.) unterstreichen, dass Schlafstörungen erheblich zur Verschlechterung der Lebensqualität alter Menschen beitragen. Laut Anton (2011b) sind besonders viele Heimbewohner von diesem Phänomen betroffen, denn Schlafstörungen treten vermehrt in den ersten zwei Jahren nach Umzügen in Alten- und/oder Pflegeheime auf (vgl. S. 357). Laut Garms-Homoková (2016) sind dann etwa 45 Prozent der neuen Heimbewohner davon betroffen, hauptsächlich ausgelöst durch Stress und Angst (vgl. S. 49f.), Faktoren, welche durch eine intensive Unterstützung durch das

⁵⁹ „Als normaler gesunder Schlaf wird im Allgemeinen der Schlaf bezeichnet, der sich kurze Zeit nach dem Zubettgehen einstellt, in der Dauer dem Alter angemessen ist, nicht durch mehrmaliges Aufwachen gestört und am Morgen als erholsam empfunden wird.“ (Weichler-Oelschlägel, 2012, S. 206).

⁶⁰ „Bei Umfragen des Markt- und Meinungsforschungsinstituts Gallup bei mehr als 1000 älteren amerikanischen Bürgern, gaben 80 Prozent der Befragten an, dass der Schlaf einen sehr großen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden hat.“ (Lyons, 2005b).

Personal und die Übernahme von biografischen Schlafritualen auf ein Minimum reduziert werden können, um so die Lebensqualität im Heim zu steigern.

Laut Studien und Berichten verschiedener Autoren (vgl. Garms-Homolová & Theiss, 2013, S. 23ff.; Ern & Fischbach, 2008, S. 67f.) wird der individuelle Gesundheitszustand durch ausgewogenen „gesunden“ Schlaf erheblich verbessert oder es kann, sowohl auf psychischer als auch auf physischer Ebene, Krankheiten vorgebeugt werden. So können Heimbewohner mit einem „gesunden Schlaf“ sich besser konzentrieren, haben eine bessere Aufnahmefähigkeit, bessere Gedächtnisfunktionen und ein stärkeres „Immunsystem“ und sind somit widerstandsfähiger gegen Krankheiten (Garms-Homolová, 2016, S. 17f.; Lyons, 2005a). Außerdem sind sie weniger anfällig für psychische Störungen wie Angstgefühle, seelische Verstimmungen, „Depressionen“ (Garms-Homolová, 2016, S. 17f.) „erhöhte Reizbarkeit, verminderte/r Antrieb/Motivation oder Hyperaktivität, emotionale Labilität und Impulsivität“ (Kastner & Löbach, 2010, S. 110). Des Weiteren hat der ausgewogene Schlaf einen positiven Effekt auf die physische „Funktions- und Leistungsfähigkeit“ (Garms-Homolová, 2016, S. 17f.; vgl. Lyons, 2005a) und auf Pathologien oder Symptome wie Übergewicht, Arthritis, Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemnot, Atemwegserkrankungen, Schmerzempfinden, u.a., denn diese sind bei ausgeruhten entspannten Menschen weniger weit verbreitet (vgl. Lyons, 2005a; Krystal, 2007, S. 63; Kripke et al., 2002, S. 134; Kastner & Löbach, 2010, S. 110; National Institutes of Health, 1990).

In Bezug auf die Autonomie, die Individualität bzw. die Selbstbestimmung der Bewohner ist es wichtig, den biografischen Schlafrhythmus der Bewohner zu beachten. Sie sollten selbst bestimmen können, wann sie aufstehen und wann sie schlafen gehen, so wie sie dies zeitlebens gewohnt waren. Auch wenn in den Heimen dann Kompromisse gefunden werden müssen, um das Arbeitspensum des Personals und die Bedürfnisse der Bewohner zusammen zu bringen, so muss es, trotz knapper Personalbemessung und/oder anderen organisatorischen Gegebenheiten, möglich sein, dass zumindest Grundbedürfnisse der Bewohner bestmöglichst erfüllt werden. Der persönliche Biorhythmus⁶¹, der individuelle

⁶¹ Laut der Deutschen Enzyklopädie bedeutet Biorhythmus, unterschiedliche Bereitschafts- und Leistungsphasen im Leben eines Menschen, die sich regelmäßig wiederholen und seine körperlichen Aktivitäten, das Gefühlsleben und die intellektuellen Tätigkeiten betreffen. Dänische Untersuchungen haben bestätigt, dass der Biorhythmus individuell ist. Etwa „25 Prozent“ der Bevölkerung sind „Abendmenschen“ und „15 Prozent“ sind „Morgenmenschen“. Der Rest kann nicht klar einer der beiden Gruppen zugeordnet werden (vgl. Gunster, 2011, S. 105).

Schlafbedarf und die unterschiedlichen Schlaftypen – „Morgenmenschen⁶²“ oder „Abendmenschen⁶³“ (Anton, 2011b, S. 356), „Kurz- oder Langschläfer“ – (Zennek, 2008, S. 190) oder biografisch verankerte Einschlafrituale⁶⁴ müssen respektiert werden, wenn die Bewohner nicht durch falsche Einschätzungen oder Herangehensweisen des Personals in einem Teufelskreis von Schlaflosigkeit, Medikamenteneinnahmen, Unzufriedenheit, fehlendem Wohlbefinden und schlechter Lebensqualität enden sollen (vgl. Anton, 2011b, S. 357).

In diesem Sinne sollen Bewohner auch nicht länger in ihren Betten verbleiben müssen, als sie wirklich schlafen, denn Begebenheiten, wie sie Garms-Homolová und Theiss (2013) beschreiben, wo Bewohner bis zu 13 Stunden im Bett liegen, weil niemand ihnen beim Aufstehen hilft (S. 35), sind für die Entwicklung eines gesunden Schlafs kontraproduktiv, da Bewohner durch diese uneffektive deprimierende Situation, „Schlaflosigkeit erlernen“ (Anton, 2011b, S. 359) oder „Einschlafunfähigkeit erlernen“ (Garms-Homolová & Theiss, 2013, S. 13).

Zur Ruhe und Entspannung zählt im Alter sicherlich der Mittagsschlaf oder ein „Nickerchen“ dazu. Auch wenn diese Ruhepause während des Tages äußerst wichtig und erholsam ist, damit ältere Menschen für den zweiten Teil des Tages aufmerksamer, konzentrierter, leistungsfähiger und ausgeglichener sind, darf die Liegezeit nicht übertrieben werden oder wie Garms-Homolová, (2016) es ausdrückt, „übermäßig ausgedehnt“ werden, damit das Personal während dieser Zeit liegengebliebene Tätigkeiten aufarbeiten kann (S. 54; vgl. Kaiser, 1988, S. 256; Staedt et al., 2009, S. 95). Der Mittagsschlaf sollte demnach nur etwa 30 Minuten dauern und am frühen Nachmittag, am besten nach dem Mittagessen, stattfindet. Längere Pausen gehen, laut Professor Garms-Homolová (2016) zu Lasten der Bewohner, denn „wer tagsüber viel liegt, der nickt immer wieder ein. Das Zeitgefühl und das Empfinden des Unterschieds zwischen dem wachen Zustand und dem Schlafen gehen verloren. Auf diese Weise wird der Wach-Schlaf-Zyklus nachhaltig, oft unwiederbringlich, zerstört“ (S. 53).

⁶² Morgenmenschen oder auch Lerchentypen genannt „sind bereits in den Morgenstunden aktiv, schlafen schnell und früh ein und gelangen schnell in den Tiefschlaf“ (Anton, 2011b, S. 356).

⁶³ Abendmenschen auch Eulentypen genannt „kommen morgens nur schwer aus dem Bett, sind bis kurz vor Mitternacht aktiv und leistungsfähig und gelangen erst spät in den Tiefschlaf“ (Anton, 2011b, S. 356).

⁶⁴ Beispiele für biografische Einschlafrituale: „warmes Fußbad“, „warme Milch“, „beruhigende Tees“, „Anziehen von Bettsocken“, „Abendspaziergang“, „Gebet“, „Zurechtlegung der Kleidung“, „Wunschlagerung“, Bettflasche, kurzes Handhalten, usw. (Anton, 2011b, S. 357; Kastner & Löbach, 2010, S. 111).

Außerdem ist ein zu langer Mittagsschlaf oft Ursache für nächtliche Schlafstörungen und somit mit negativer Wirkung auf den Wohlfühleffekt der Bewohner und dem Risiko in die oben erwähnte Teufelsspirale zu gelangen (vgl. Garms-Homolová, 2016, S. 54; Rudolf, 1990, S. 62).

Demenz und Schlaf

Auch bei dementen Personen sollte die Länge des Mittagsschlafes nicht übermäßig ausgedehnt werden, denn „frühes Zubettgehen, zu langes Schlafen oder ausgedehnte Schlafphasen von mehr als 30 Minuten am Tag“ (Anton, 2011b, S. 366) können bei Menschen mit Demenz unnötige Schlafstörungen provozieren, denn diese Bewohner sind bereits auf Grund ihrer Erkrankung nachts oft unruhig. Diese Unruhe kann durch medizinische Fakten, wie das Absinken des Blutzuckerspiegels und/oder des Blutdrucks erklärt werden, was zu vermehrten „Verwirrtheitszuständen“ führen kann (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 111). Die Demenz an sich bewirkt auch, dass Betroffene ihren „Impulsen folgen“, d.h. wenn sie nicht schlafen können oder unruhig sind, folgen sie ihrem Bewegungsdrang, sie stehen auf und wandern umher. Wenn man die Bedürfnisse dieser Menschen demnach erfüllen will, muss man sie darin unterstützen, dass sie Ruhe finden und sich entspannen können, besonders weil sie durch das Fortschreiten der Krankheit nicht mehr in der Lage sind, sich aus eigener Kraft zu beruhigen oder selbstständig die Ursache für ihre Unruhe herauszufinden. Daher ist die Unterstützung durch die Betreuer unerlässlich, besonders da diese auf die verschiedenen altbekannten Rituale oder biografischen Gepflogenheiten zurückgreifen können, um so den Betroffenen den Wohlfühleffekt oder Ruhepol zu vermitteln, den sie brauchen, um zur Ruhe zu kommen oder welcher schlaffördernd oder zumindest entspannend wirken kann (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 111).

Sollten Demenzkranke am Sundown-Syndrom (abendliche Erregbarkeit) oder an einer ausgeprägten „Tag-Nacht-Umkehr“ (Weniger, 2011, S. 443) leiden und dementsprechend in den Abendstunden bis in die Nacht hinein verstärkt aktiv sein, so müssen die Betreuer zum einen versuchen die Bewohner durch kleine Aktivitäten zu beschäftigen, abzulenken, zu beruhigen und zu entspannen. Auf der anderen Seite müssen aber auch alle möglichen Vorkehrungen getroffen werden, dass es zu einer „deutlichen Regulierung der Tages- und Nachtaktivitäten“ (Anton, 2011b, S. 366) während des Tages kommt. Die betroffenen Bewohner müssen während des Tages ausreichend stimuliert werden, damit sie nicht im Tagesschlaf vor sich hin dösen oder wegen Unterforderung immer wieder einnicken. Außerdem muss ihr Umfeld am Abend atmosphärisch so gestaltet werden, dass biografische

Erinnerungen und das Einbringen von altbekannten Ritualen, Massagen, Körperkontakt, usw. Entspannung herbeiführen, um eine Verbindung herzustellen, zwischen dem „Tag ausklingen lassen und dem Zubett gehen“ und so ein Einschlafen erleichtern. Der Versuch demente Personen zu zwingen im Bett zu bleiben, ist zum Scheitern verurteilt und kann negative Folgen, wie z.B. Verletzungen nach sich ziehen. In diesem Fall ist es sinnvoll, diesen Personen die Möglichkeit zu bieten sich in einem hausinternen Nachtcafé aufzuhalten und sich dort zu beschäftigen bzw. beschäftigt zu werden (vgl. Anton, 2011b, S. 366; Weniger, 2011, S. 443; Kastner & Löbach, 2010, S. 111; Scherdt & Tschainer, 2002, S. 266).

4.6.2.9 Die eigene Geschlechtlichkeit leben

Das Bedürfnis die eigene Geschlechtlichkeit leben zu können oder wie Krohwinkel (2013) es ausdrückt „die eigene Sexualität leben zu können“ (S. 88), entspricht dem Wunsch oder dem Begehren einer Person sich als Mann oder Frau fühlen zu können, ohne dass dieses Bedürfnis dabei ausschließlich auf den „Geschlechtsakt“ (Tschan, 2010, S. 155) reduziert wird. Die eigene Sexualität zu leben oder sich seinem Geschlecht entsprechend zu fühlen, umgreift noch andere Bereiche als sexuelle Befriedigung und Erotik (vgl. Tschan, 2010, S. 155).

Zu diesem Bedürfnis gehören neben der geschlechtlichen Vereinigung auch Sozialkontakte, „das Bedürfnis nach Geborgenheit und Sicherheit, Gefühle von Scham sowie Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem eigenen Körper“ (Anton et al., 2011, S. 837) oder einfach nur die Entfaltung und/oder das Bewahren der eigenen geschlechtlichen Identität, d.h. dass sich diese Personen als Mann oder als Frau fühlen können und auch als diese anerkannt und respektiert werden und diese Rolle auch in der Gesellschaft einnehmen können (vgl. Baer, 2014; Thieme, 2011, S. 315). Zumal es zu beachten gilt, dass es sich hier um Menschen unterschiedlicher „sexueller Orientierungen“⁶⁵ oder unterschiedlicher „sexueller Identitäten“⁶⁶ handeln kann. Nicht nur heterosexuelle Menschen haben das Recht ihr Bedürfnis nach ihrer eigenen Sexualität im Alter auszuleben, das Gleiche gilt für Homosexuelle, Bisexuelle,

⁶⁵ „Sexuelle Orientierung meint die Ausrichtung der sexuellen und emotionalen Bedürfnisse eines Menschen auf andere Menschen des gleichen oder des anderen Geschlechts oder auf beide Geschlechter. Dabei werden die gegengeschlechtliche Orientierung als heterosexuell, die gleichgeschlechtliche als homosexuell und die auf beide Geschlechter bezogene Orientierung als bisexuell bezeichnet.“ (Göth & Kohn, 2014, S. 6).

⁶⁶ „Sexuelle Identität bezeichnet die Identität, die ein Mensch ausgehend von seiner sexuellen Orientierung entwickelt. Diese Entwicklung wird von der individuellen, gesellschaftlichen und kulturellen Situation, in der er sich befindet und lebt, und intersektional durch weitere Aspekte seiner Identität beeinflusst.“ (Göth & Kohn, 2014, S. 6).

Transsexuelle oder Transvestiten, usw. (vgl. Krohwinkel, 2013, S. 197). Wichtig ist, dass all diese Menschen, die Möglichkeit haben, ihre persönliche geschlechtliche Orientierung oder Identität zu leben, ohne dabei von Vorurteilen, Ausgrenzungen oder Stigmatisierung getroffen zu werden (vgl. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit, 2014).

Die Erfüllung des Bedürfnisses, das eigene Geschlecht bzw. die eigene geschlechtliche Orientierung oder Identität leben zu können sowie der Anspruch auf Intimität und Privatsphäre, hängen in besonderem Maße von den Pflegenden und dem Umfeld der Heimbewohner ab. Auch, und vielleicht sogar besonders, für Heimbewohner ist es von großer Bedeutung, die Würde, die Identität und die Wertschätzung dieser Menschen zu bewahren und nicht z.B. wie Gnamm (2007) schildert „unaufgefordert in die Zimmer und Toiletten zu stürmen, als hätten die Bewohner mit der Heimaufnahme gleichzeitig ihre Persönlichkeit vor der Tür abgelegt“ (S. 683). Außerdem hängt es insbesondere bei pflegebedürftigen und auf Hilfe angewiesenen Bewohnern von der Unterstützung der Betreuer ab, ob sich diese alten Menschen als Mann oder Frau fühlen können, denn ein gepflegtes Erscheinungsbild, entsprechende Körperpflege und Kleidung tragen dazu bei, dass sich auch Pflegebedürftige „attraktiv und wertgeschätzt fühlt“ (Grond, 2011, S. 110).

Da wie Tschan (2010) es ausdrückt, es kein „Verfallsdatum“ für „Bedürfnisse nach Körpernähe, nach gefühlvollen Empfindungen, nach Zärtlichkeit, nach Wärme und nach Körperkontakt gibt, ist es wichtig, den alten Menschen und demnach auch den Heimbewohnern die Möglichkeit zu geben, diese Bedürfnisse auszuleben (vgl. Tschan, 2010, S. 158), denn laut Grond (2011) stärkt die Befriedigung sexueller Bedürfnisse die physische und seelische Gesundheit sowie das Wohlbefinden der alten Menschen (vgl. Wieland, 2014, S. 7). „Regelmäßiger Sex stärkt auch bei Älteren das Immunsystem, beugt Erkältungen vor und verlängert das Leben.“ (Grond, 2011, S. 110).

Zärtliche Berührungen und das Gefühl, geliebt zu werden, haben in allen Lebensphasen eine lebensbestimmende Wirkung auf den Menschen und dies besonders im Alter, wo Intimität, Nähe und Wärme, „die Selbstentfaltung und das Glücksempfinden in entscheidendem Maße“ (Thieme, 2011, S. 319) beeinflussen können, wobei der Geschlechtsakt im hohen Alter⁶⁷ nicht vordergründig ist. Meistens steht der Wunsch nach Körperkontakt, nach Nähe, nach

⁶⁷ Laut einer Studie von Baer (2014) sind „von den Menschen, die über 80 Jahre alt sind und die nicht in einer Partnerschaft leben, zwischen 0% bei den Frauen und 7% bei den Männern noch sexuell aktiv“ (Baer, 2014). Bei denjenigen, die in einer Partnerschaft leben sind zwischen 25 und 30 % sexuell aktiv“ (Baer, 2014).

zärtlicher Zuneigung und nach einfühlsamem, vertrautem Berühren an erster Stelle (vgl. Tschan, 2010, S. 155f.; Matolycz, 2011, S. 192; von Sydow, 2008, S. 53).

Zärtlichkeiten, Berührungen, Einreibungen, Massagen können zudem auch schmerzlindernd sein, da durch sie mehr Endorphine im Körper freigesetzt werden oder aber sie können das verstärkte Ausschütten des „Wohlfühlhormons Oxytocin“ (Grond, 2011, S. 107) auslösen und somit zu einem Abbau von Aggressionen und Angstzuständen führen, zur Beruhigung beitragen und die Stimmungslage verbessern, usw. (vgl. Grond, 2011, S. 107; Wieland, 2014, S. 7). Daher scheint das Einbinden von Sexualassistenten⁶⁸ in die Altenarbeit in Zukunft an Bedeutung zu gewinnen (vgl. Grond, 2011, S. 62; De Vries, 2011, S. 22ff.; Walter, 2015, S. 11ff.; u.a.), auch wenn Autoren wie z.B. Baer (2014) nicht von dieser Art der Betreuung überzeugt sind. Sexualassistenten sind fachlich für die Erfüllung der intimen Bedürfnisse der betagten und/oder pflegebedürftigen Bewohner ausgebildet und können insbesondere die Bedürfnisse der beiden äußeren Kreisen von Sporkens Drei-Kreise-Modell⁶⁹ erfüllen. So tragen sie maßgeblich zur Steigerung des Wohlbefindens bei und beeinflussen zusätzlich noch die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden der alten Menschen positiv (vgl. Wieland, 2014, S. 7; Grond, 2011, S. 107; Majerus, 2000, S. 170) und tragen dazu bei den „Alterungsprozess zu verzögern“ (Majerus, 2000, S. 168). Außerdem können jene starken seelischen Belastungen vermindert oder verhindert werden, die durch ungestillte sexuelle Bedürfnisse entstehen (vgl. Paulsen, 2015).

Demenz und Geschlechtlichkeit leben

„Sexualität oder Geschlechtlichkeit leben“ betrifft auch dementiell erkrankte Menschen, denn auch in fortschreitenden Demenzphasen muss der Respekt vor dem Geschlecht dieser

⁶⁸ „Sexualassistentenz ist eine Dienstleistung, die es immobilen Menschen ermöglicht, ihre Sexualität würdevoll, diskret und mit entgegen gebrachtem Respekt erleben zu können. Die Begleitung kann aktiv oder passiv erfolgen. So zählen Gespräche, die persönliche Hilfe bei der Selbstbefriedigung oder eine Beratung über geeignete sexuelle Hilfsmittel zur passiven Sexualassistentenz. Die aktive sexuelle Assistentenz umfasst erotische Massagen, den Austausch von Zärtlichkeiten (wie sich gegenseitig streicheln und umarmen)...(Oral-, Geschlechtsverkehr und Zungenküsse schließt *Nessita* aus).“ (Nessita, 2015).

⁶⁹ Der niederländische Medizinethiker Paul Sporken (1974) hat die unterschiedlichen Ebenen der sexuellen Bedürfnisse in seinem „Drei-Kreise-Modell“ aufgeteilt. „Der äußerste, größte Kreis versinnbildlicht den äußeren Bereich der Sexualität. Das sind allgemeine Verhaltensweisen in menschlichen Beziehungen, wie Blicke, Gespräche, Anteilnahme, Gesten der Zuneigung, Kommunikation usw., also alles, was wir zunächst noch lange nicht mit Sexualität in Verbindung bringen. Der mittlere Kreis, also der mittlere Bereich der Sexualität, steht für Zärtlichkeit, Erotik, Sinnlichkeit, Berührungen, Streicheleinheiten usw., sowie den gesamten Gefühlsbereich. Allein der innerste – kleinste! – Kreis, steht für den genitalen Bereich der Sexualität“ (Meudt, 2012, S. 3).

Bewohner, ihrer Persönlichkeit und ihrer Identität bewahrt werden, d.h. sie müssen als selbstbestimmte Personen (als Mann oder Frau) wahrgenommen werden und es darf nicht zu einer Verkindlichung und somit zu einer Entwürdigung dieser Bewohner kommen. Auch wenn diese Menschen sich nicht mehr verbal äußern können, so fühlen sie doch ob sie respektvoll, ihrem Alter und ihrem Geschlecht entsprechend, behandelt werden, besonders in Bezug auf die Intimpflege oder auf Schamgefühle (vgl. Gatterer & Croy, 2005, S. 215).

Zum andern darf auch das Bedürfnis von Menschen mit Demenz nach den unterschiedlichen Dimensionen von Liebe und Zärtlichkeit nicht tabuisiert oder vernachlässigt werden (vgl. Schwerdt & Tschainer, 2002, S. 266). „Das Sexualverhalten verwirrter Menschen hat häufig vor allem eine wichtige Appellfunktion, äußert den Wunsch nach Wärme, Nähe und Zuwendung.“ (Majerus, 2000, S. 178). Auch wenn diesen Menschen die Kompetenzen abhanden kommen, um über ihre Wünsche zu sprechen, so können Sehnsüchte und Verlangen dennoch vorhanden bleiben (vgl. Gatterer & Croy, 2005, S. 215).

Besonders in Fällen, wo die dementiell erkrankten Menschen ihre sexuellen Wünsche in einer „drastischen Art und Weise“ äußern, so dass sich die Pflegenden und/oder das Umfeld physisch oder verbal belästigt fühlen, kann die Unterstützung durch Sexualassistenten zur Entspannung solcher Situationen beitragen. Grond (2011) unterstreicht sogar, dass „sexuelle Befriedigung die Aggressivität dämpft oder sogar aufhebt“ (S. 63). Es geht demnach nicht nur darum die Würde des Demenzkranken zu schützen (S. 62), indem man ihm die Möglichkeit gibt seine sexuellen Bedürfnisse auszuleben und ihm so eventuell ungehemmtes sexuelles Verhalten in der Öffentlichkeit zu ersparen. Es geht auch darum, die Würde der Pflegenden zu schützen (vgl. Grond, 2011, S. 62), da sie sich oft hilf- und machtlos gegenüber den enthemmten Verhaltensweisen der Bewohner fühlen. Allerdings sollte das Personal in Bezug auf den Einsatz von Sexualassistenten geschult werden, um falsche oder unangepasste Reaktionen zu vermeiden⁷⁰ (vgl. Grond, 2011, S. 63).

„Ob Menschen ihre Sexualität als dornige Distel, freundliche Blume oder starken Lebensbaum erfahren, hängt immer wieder mit vom Umfeld ab, von der Begleitung und Unterstützung, die sie dort erfahren.“ (Majerus, 2000, S. 175)

⁷⁰ „Leider halten manche Heim- und Pflegedienstleiter Fortbildungen über Alterssexualität für unerheblich und bieten sie gar nicht erst an. Für manche Heimträger und Heimleiter ist es auch heute noch unvorstellbar, den Besuch von Prostituierten und damit die Selbstbestimmung der Bewohner zu ermöglichen, weil sie glauben, dass das mit den Prinzipien einer christlichen Einrichtung unvereinbar sei.“ (Grond, 2011, S. 63).

4.6.2.10 Lernen, sich entwickeln, sich beschäftigen

Der aktuelle Wandel des Altersbildes unterstreicht, dass Altern nicht mehr nur als biologischer Abbauprozess, sondern vielmehr als individuell geprägter Lern- und Entwicklungsprozess angesehen werden muss. Longlife-learning ist voll im Trend. Allerdings muss man bei alten Menschen beachten, dass der Bedarf an Lern- und Entwicklungsangeboten sehr unterschiedlich ist und insbesondere abhängig ist von biografischen und/oder gesundheitlichen Voraussetzungen. Wichtig ist dabei, dass die Lernkonzepte die Selbstbestimmung, die Eigenverantwortung und die Autonomie der interessierten Senioren in den Vordergrund stellen. Dabei muss es sich nicht grundsätzlich um das Vermitteln von „Wissen“ in Form von organisierter Weiterbildung handeln. Es kann auch „Lernen ‚en passant“ (Schramek & Bubolz-Lutz, 2016, S. 169) sein, welches sich aus alltäglichen Lebenssituationen ergibt und aus welchem „sich sukzessive ein Vertrauen in die eigene Handlungs- und Entwicklungsfähigkeit“ (Schramek & Bubolz-Lutz, 2016, S. 169) entwickelt. Es kann aber auch „um den Umgang mit komplexen Sachverhalten, Wissensbeständen und Mediennutzung“ (Malwitz-Schütte, 2003, S. 10) gehen, Herausforderungen deren Bewältigung die eigene Wertschätzung der alten Menschen steigern, zumal die Senioren hier ihre „bisherigen Lebenserfahrungen an ihre aktuelle Lebenssituation“ (Mötzing, 2013a, S. 26) anpassen können und somit von ihrem reichen Erfahrungsschatz profitieren können.

Lehr (2003) definiert „Lernen“, „Um-Lernen und Neu-Lernen“ bis ins hohe Alter als „Existenznotwendigkeit“ (S. 2) und/oder als „Voraussetzung zu zunehmender Langlebigkeit“ (S. 3), wenn es den alten Menschen gelingt sich mit den Veränderungen in ihrer Umwelt auseinanderzusetzen und sich dahingehend weiterzuentwickeln oder Verhaltensänderungen zu erlernen, die ihnen helfen die neusten Erkenntnisse, z.B. auf dem Gebiet der Medizin, der Ernährung, der Kommunikation, der Technik, usw. auf ihre individuellen Lebensverhältnisse anzupassen.

Die literarischen Recherchen zeigen, dass das Bedürfnis sich beschäftigen zu können, bzw. eine Beschäftigung zu haben und/oder sich selbst an der Auswahl der entsprechenden Aktivitäten zu beteiligen, im Vergleich zur Befriedigung der anderen Bedürfnisse, außergewöhnlich viele positive Auswirkungen auf die Bewohner zu haben scheint, denn die Autoren nennen eine Vielzahl von positiven Effekten.

Forst (2011) gibt an, dass Beschäftigung zu folgenden Förderungen beiträgt: „Selbstbewusstsein, ressourcenorientiertes Denken bei der Person selbst und in ihrem Umfeld, Erleben einer sinnvollen Tagesstruktur, Selbstbestimmung der Person, soziale

Kontakte, Motorik, Sensibilität, Freude an Aktivität, Ablenkung von Krankheit und negativen Gedanken, Wahrnehmung, Kommunikation, Emotionalität, psychisches Wohlbefinden“ (S. 887).

Für Mötzing (2013a) liegt die Wichtigkeit der Beschäftigung für ältere Menschen in folgendem: „Tages- und Wochenstrukturierung“, „ein sinnvoll erlebtes Leben führen“, „soziale Kontakte zu knüpfen, um Sicherheit, Vertrauen, Schutz, Anerkennung und Wertschätzung durch andere zu erfahren“ (S. 11), die „Förderung der Kommunikation“ als „Austausch von Wissen und Informationen auf rationaler, intellektueller und auch emotionaler Ebene“ (S. 11); „Wahrnehmungsförderung (visuell, akustisch, olfaktorisch, gustatorisch, taktil)“ (S. 12); „positives Erleben: Wichtig ist das Erleben ‚Ich kann noch etwas‘“ (S. 13); „Spaß, Freude und Wohlbefinden“, um die Freude am Leben und die Lebensqualität zu steigern und so Erkrankungen, Schmerzen, Pflegebedürftigkeit, Seelentiefs (Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Trauer, usw.), „Depressionen“ oder Selbstmordgefährdungen zu minimieren (S. 13); Förderung von „Selbstständigkeit und Selbstentscheidung“ und Steigerung des „Selbstwertgefühls“ (S. 13); „Förderung von Mobilität und Motorik“ zur Bewahrung motorischer Funktionen, koordinativer Fähigkeiten, menschlicher Bewegungsabläufe und Muskelaufbau oder Muskelerhalt (vgl. S. 14); „Förderung der Alltagskompetenzen (sensomotorische, kognitive, psychische, soziale und Orientierungskompetenz)“ (S. 14). Außerdem kann eine „angemessene Beschäftigung ablenkend wirken und so die Widerstandskraft gegen Schmerzen erhöhen oder die Rekonvaleszenz unterstützen“ (Mötzing, 2013b, S. 16).

Auch Lindner (2005) stellt die Wichtigkeit der Beschäftigung von betagten Menschen bis ins hohe Alter in den Mittelpunkt. Für sie ist das „Selbstbewusstsein, die Restfähigkeiten, das persönliche Wissen und Können eines jeden Menschen (sind) etwas Einmaliges. Darum ist der Erhalt dieser individuellen Fähigkeiten so wichtig“ (S. V). Für sie wirken sinnvolle Beschäftigungsmaßnahmen der „Vereinsamung, Resignation, Selbstaufgabe und Angst vor weiteren Gebrechen“ vor oder verhindern Sentimentalität, „Langeweile, Unruhe, Unsicherheit, Angst und Aggression“ (S. V). Das fortwährende Einbinden in Aktivitäten soll außerdem der „Antriebsarmut, Orientierungslosigkeit und damit verbundener Hoffnungslosigkeit“ vorbeugen, um so „einer Verschlechterung der Lebensqualität und des Gesundheitszustandes entgegenzuwirken“ (S. VI).

Wichtig ist dabei allen Autoren, dass die Aktivitäten an denen sich die Bewohner beteiligen sinnvoll sind, und die alten Menschen selbst entscheiden können an welchen Tätigkeiten sie sich beteiligen wollen, denn ob eine Aktivität als „sinnvoll“ interpretiert wird, hängt

insbesondere von den einzelnen Teilnehmern ab, von ihren Erwartungen, von ihren Biografien, von ihren vorhandenen Ressourcen, in wie weit die Aktivität für sie erfolgreich⁷¹ war oder wie zufrieden sie mit dem Verlauf waren, aber auch von gesellschaftlichen Werten und Ansprüchen (vgl. Mötzing, 2013b, S. 17). Laut Tschan (2010) erkennen viele Bewohner eine Tätigkeit oder eine Aktivität als sinnvoll an, wenn sie das Gefühl haben „gebraucht zu werden. Eine Aufgabe zu haben, bei der sie sich nützlich machen können, gibt ihrem Leben einen Inhalt.“ (S. 163). Lehr (2003) spricht in diesem Zusammenhang vom „feeling of being needed“ (S. 8).

Daher ist es wichtig, den Bewohnern die Möglichkeit zu geben sich an „alltagspraktischen“ Tätigkeiten zu beteiligen, denn es sind genau diese Tätigkeiten, die sie aus ihrer Biografie kennen und die ihnen das Gefühl geben nicht unnützlich zu sein, außerdem können sie hier auf ihren lebenslang angeeigneten Erfahrungsschatz zurückgreifen. Auch wenn viele von ihnen ins Heim umgezogen sind, weil sie zuhause ihren Alltag nicht mehr allein bewältigen konnten, so sind ihnen Restfähigkeiten geblieben oder sie können Tätigkeiten noch teilweise ausführen. Diese Kompetenzen müssen dringend erhalten bleiben, denn „hier gilt das biologische Gesetz der Anpassung, nach dem Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern, dagegen, Funktionen, die entsprechend ihrer Ausrichtung gebraucht werden, (länger) erhalten bleiben“ (Eisenburger, 2015, S. 27; S. 30). Das Gleiche gilt für geistige Fähigkeiten. Wissen, welches regelmäßig angewandt wird, bleibt verfügbar, Wissen, welches nur selten abgerufen wird, ist weitaus schwieriger aktivierbar (vgl. Mötzing, 2013b, S. 13; Tschan, 2010, S. 163; Forst, 2011, S. 889; Höwler, 2004, S. 349).

Allerdings sollte im Gegensatz zu den regelmäßigen Aktivitäten des Alltags, auch für Aktivitäten zur Ablenkung, Entspannung und für ein soziales Miteinander gesorgt sein. Hier können zum Beispiel Spiele (Gesellschaftsspiele, Kartenspiele, Aktivierungsspiele, usw.) eine willkommene Abwechslung sein. Spiele bereichern den Alltag, unterstützen die sozialen Kontakte, fördern die Geselligkeit, regen zu Gesprächen und zum Lachen an, vertreiben die Zeit, verbreiten Spaß, muntern auf. Sie fördern und fordern somit „spielend“ Kompetenzen, indem sie die Durchblutung und dadurch das Gehirn anregen sowie das Sprechen und die Kommunikation untereinander fördern.

Auch wenn viele betagte Bewohner während ihres aktiven Erwachsenenlebens wenig oder gar keine Zeit hatten für Freizeitaktivitäten, wie z.B. Spiele, so können sie diese Art der

⁷¹ „Erfolgsenerlebnisse sind die Basis für eine als sinnvoll empfundene Beschäftigung. Daraus entsteht eine positive Haltung zum Leben“ (Mötzing, 2013b, S. 17).

Beschäftigung im Alter neu entdecken und vielleicht Spaß, Freude oder Interesse daran finden, so dass sie nicht nur von unangenehmen Erscheinungen des Alterungsprozesses abgelenkt werden, sondern dass sie auch die „viel leere Zeit“ (Tschan, 2010, S. 164f.), welche durch die fehlenden häuslichen Aufgaben, die die Heimbewohner noch von zuhause kennen, entsteht, durch neue Betätigungen auffüllen können (vgl. Tschan, 2010, S. 164f.).

Beschäftigung von Menschen mit Demenz

„Beschäftigt zu sein bedeutet auf ganz persönlich bedeutsame Weise und mit den zur Verfügung stehenden Kräften einer Person in den Lebensprozess eingebunden zu sein“ (Gröning, 2012, S. 35). Demnach steht auch dementiell erkrankten Personen das Recht zu, Beschäftigungen nachzugehen oder an Aktivitäten teilzunehmen, die ihren vorhandenen Kompetenzen und Interessen entsprechen. Auch diese Menschen wollen gebraucht werden, sich nützlich fühlen und sinngebende Tätigkeiten durchführen können, damit ihr Leben einen Sinn hat, denn laut Engel (2006) ist „eine der stärksten Kränkungen“ für Demenzkranke „das Gefühl nichts mehr zustande zu bringen, keine Aufgaben mehr zu tun zu haben“ (S. 160). „Spüren, dass man etwas tun und bewirken kann, ist auch für Demenzerkrankte ein zentraler Punkt für das eigene Wohlbefinden“ (Berner et al., 2013, S. 10). Oftmals trägt auch eine „Unterstimulation“ der dementen Person, die Schuld für sein „unruhiges Verhalten“ oder für herausfordernde Verhaltensstörungen, welche sich wiederum negativ auf die Betreuer auswirken (vgl. Berner et al., 2013, S. 10).

Des Weiteren ist die Aktivierung dieser Menschen auch wichtig, um zu verhindern, dass noch vorhandene Kompetenzen durch einen Mangel an Stimulation abgebaut werden. Die angebotenen Aktivitäten sollen den Fähigkeiten der Teilnehmer entsprechen, ihnen Freude bereiten und mit Interesse angenommen werden. Daher dürfen die Handlungen die Betroffenen auch nicht überfordern, denn sonst besteht die Gefahr, dass sie sich nach einer misslungenen Handlung als Versager fühlen (vgl. Engel, 2006, S. 154; Mötzing, 2016, S. 69). Daher scheint die Beschäftigung mit vertrauten alltäglichen Aufgaben eine Möglichkeit zu sein, dementiell erkrankte Menschen zu aktivieren, ohne sie dabei zu überfordern, da die Handlungen bereits aus früheren Lebensphasen bekannt sind. Es ist die Aufgabe der Betreuer die Betroffenen zu begleiten und sie die Aufgaben durchführen zu lassen, die sie noch eigenständig erledigen können und bei den Aktivitäten, bei deren Umsetzung, die Teilnehmer Schwierigkeiten haben, diskret Unterstützung zu leisten, ohne die alten Menschen dabei zu brüskieren oder zu überfordern. Wenn die Betroffenen unter „Antriebs- und Motivationslosigkeit“ (Engel, 2006, S. 161) leiden, brauchen sie manchmal nur einen „Anstoß“, um selbstständig Tätigkeiten durchzuführen, welche nach gelungenem Abschluss

ein Gefühl der Zufriedenheit vermitteln und das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl, der oft unsicheren Betroffenen steigern. „Nicht das perfekte Resultat einer Tätigkeit zählt, sondern ein befriedigendes Tun“ (Radenbach, 2009, S. 10).

4.6.2.11 Für die eigene Sicherheit sorgen

„Ein elementares Bedürfnis alter Menschen ist es sich in ihrem persönlichen Lebensbereich sicher zu fühlen“ (Köther, 2011b, S. 376). Alte Menschen haben meistens ein höheres Sicherheitsbedürfnis als junge Menschen (vgl. Kaiser, 2000, S. 435), dabei ist Sicherheit⁷² ein weitläufiger Begriff, sie kann nicht einheitlich definiert werden und wird oft subjektiv empfunden.

Laut Autoren wie Kastner und Löbach (2010), Seel und Hurling (2005) oder Seel (2003) sind die Sicherheitsbedürfnisse der alten Menschen in verschiedene Bereiche aufgeteilt: den physischen (körperliche Sicherheit), den seelischen („innere“ (Seel, 2003, S. 272) oder „psychologische“ (Köther, 2011b, S. 371) Sicherheit), den sozialen (soziale Sicherheit) und den wirtschaftlichen (finanzielle/materielle Sicherheit) Bereich. Außerdem gibt es, besonders bei alten und/oder behinderten Menschen noch den Bereich der „Sicherheit durch technische Hilfsmittel“.

Die *physische* Sicherheit ist geprägt durch den Schutz vor Unfällen, Stürzen, Verletzungen, Gewalt, Einbruch, Diebstahl, Brandschutz, Infektionen usw. (Köther, 2011b, S. 378ff.; Meyer, 2013, S. 17). Die Merkmale der *inneren/psychologischen* Sicherheit sind „Geborgenheit, Vertrauen und ein positives Selbstwertgefühl“, „Wertschätzung, Selbstsicherheit, Selbstachtung, Unabhängigkeit und Freiheit, Würde“ oder „Selbstfindung und Selbstsinn“ (Köther, 2011b, S. 371). Diese Gefühle entstehen durch „Zuwendung, Akzeptanz, Zuneigung, Liebe und das Gefühl, gebraucht zu werden“ (Seel, 2003, S. 272). Die *soziale* Sicherheit eines Menschen besteht aus dem persönlichen sozialen Netz, dem er angehört, der Gesellschaft, der Familie, dem Freundeskreis, d.h. seinem Umfeld, welches ihn in Krisenzeiten schützt und/oder stützt. Der Verlust von nahestehenden Verwandten oder Freunden kann die soziale Sicherheit belasten (Köther, 2011b, S. 370f.) und „die Veränderung gewohnter sozialer Strukturen, z.B. durch einen Einzug ins Altenheim kann zur

⁷² Laut Duden wird „Sicherheit“ wie folgt definiert: „Zustand des Sicherseins, Geschütztseins vor Gefahr oder Schaden; höchstmögliches Freisein von Gefährdungen; Gewissheit, Bestimmtheit; das Freisein von Fehlern und Irrtümern; Zuverlässigkeit; Gewandtheit, Selbstbewusstsein, sicheres Auftreten“ (Dudenredaktion, o. D.)

Erschütterung der sozialen Sicherheit führen.“ (Seel, 2003, S. 272). *Finanzielle* Sicherheit betrifft „gesicherte finanzielle Verhältnisse wie Vermögen, Eigentum und eine ausreichende Altersversorgung“ (Seel & Hurling, 2005, S. 544). Sicherheit durch *technische Hilfsmittel* besteht darin, dass Hilfsmittel, wie Notruf- oder Ortungssysteme Mobiltelefone, Beleuchtungssysteme mit Bewegungsmeldern, Geh-, Seh- oder Hörhilfen, „Mobilitätshilfen“, usw. (vgl. Bertsch, 2016; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2015b, S. 32), es alten, behinderten und/oder pflegebedürftigen Menschen auch bei „Einschränkungen und Hilfsbedarf“ erlauben selbstständig, selbstbestimmt und selbstbewusst zu leben (vgl. Bertsch, 2016; Wissmann & Ganss, 2009, S. 7).

Der Begriff „Sicherheit“ ist demnach vielschichtig und berührt viele verschiedene Ebenen des menschlichen Lebens. Im Optimalfall gilt das Bedürfnis nach einem gesicherten Leben in einer förderlichen Umgebung als erfüllt, wenn die Bedürfnisse aller Bereiche erfüllt sind. Diese Bedingung ist aber schwierig, zu erfüllen, denn zum einen sind, bedingt durch die Lebensumstände, das Umfeld und die Biografie des Einzelnen, nicht immer alle Bereiche ebenwertig zu erfüllen und zum andern haben die Menschen, je nach Prägung, Lebensgeschichte, Charakter, Alter, usw., unterschiedliche Sicherheitsbedürfnisse, d.h. unterschiedliche Ansprüche an die Sicherheitsnormen, die individuell befriedigt werden müssen, um zur zufriedenstellenden Erfüllung des Sicherheitsbedürfnisses zu führen (vgl. Köther, 2011b, S. 371; Kastner & Löbach, 2010, S. 117).

Gesunde erwachsene Menschen können normalerweise eigenständig für eine sichere Umgebung sorgen. Alte, hilfs- und/oder pflegebedürftige Menschen mit nachlassenden physischen und psychischen Kräften, mit gesundheitlichen Einschränkungen oder größeren kognitiven Verlusten, brauchen oft Unterstützung, damit ihr Bedarf an Sicherheit(-sgefühl) gedeckt wird (vgl. Köther, 2011b, S. 371; Kastner & Löbach, 2010, S. 117).

Besonders wenn Menschen, Probleme haben für ihre eigene Sicherheit zu sorgen, und/oder durch kognitive Verluste Gefahr laufen sich oder andere Personen zu gefährden und deshalb in eine Altenhilfeeinrichtung ziehen (müssen), ist es wichtig sie in ihrer Autonomie und Selbstbestimmung zu unterstützen, denn laut Seel (2003) erschüttert bereits der Umstand des Umzuges in ein Heim das soziale Sicherheitsgefühl der neuen Heimbewohner (vgl. S. 272), so dass die Stärkung der anderen Bereiche der Sicherheit umso wichtiger ist, insbesondere der Bereich der psychologischen Sicherheit (der Bereich der körperlichen Sicherheit wird größtenteils von der Einrichtung übernommen).

„Das Wohlbefinden der betagten Menschen in stationären Einrichtungen wird vom menschlichen und räumlichen Lebensumfeld (Milieu) stark beeinflusst.“ (Tschan, 2010, S. 65). Demnach ist es wichtig die Bewohner in die Gestaltung ihres direkten Umfeldes einzubinden, denn eine vertraute Umgebung, gibt ihnen das Gefühl von Geborgenheit, Sicherheit und Wohlbefinden (vgl. Tschan, 2010, S. 65; Krohwinkel, 2013, S. 203) und dies insbesondere in „stationären Einrichtungen“ (Krohwinkel, 2013, S. 203). Das Mitspracherecht bei der Gestaltung des direkten Umfeldes, der Respekt der Privatsphäre der Bewohner, die Möglichkeit „vertraute Einrichtungsgegenstände und Erinnerungsstücke“ (Krohwinkel, 2013, S. 204) mit ins Heim zu nehmen, die Gelegenheit sich selbstbestimmt und autonom zu bewegen (bedingt durch infrastrukturelle Anpassungen an die Bedürfnisse der körperlichen Sicherheit), und die Unterstützung durch technische Hilfsmittel erhöhen das Selbstwertgefühl der Bewohner, da sie sich verantwortlich fühlen für ihre Sicherheit und ihr Handeln, auch wenn dies mit der diskreten Begleitung des Personals geschieht. So gewinnen die Bewohner an Selbstvertrauen und Selbstachtung, eine Tatsache, die psychologische und die soziale Sicherheit positiv beeinflusst.

Die Befriedigung des Bedürfnisses nach Sicherheit ist umso wichtiger, da ansonsten die Gefahr besteht, dass sich laut Köther (2011b) negative Gefühle wie „Unsicherheit, Angst, Unruhe und Sorge“ oder „Furcht, Misstrauen und Argwohn“ (S. 371) entwickeln und diese die Bewohner für den Rest ihres Lebens nicht mehr loslassen.

Die Sicherheit vom Menschen mit Demenz

Allerdings ist die Erfüllung des Sicherheitsbedürfnisses nicht immer einfach, denn: „Alle Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung einer sicheren Umgebung erforderlich sein können, reiben sich häufig mit den Maßnahmen, die auf ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben ausgerichtet sind“ (Köther, 2011b, S. 376). Dies trifft insbesondere bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen oder bei dementiell erkrankten Bewohnern zu. Durch die kognitiven Verluste haben sie Orientierungsdefizite und/oder können Gefahren und Bedrohungen nicht mehr richtig einschätzen, so dass sie während des Fortschreitens ihrer Krankheit riskieren sich und andere zu gefährden (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 117) und eine Autonomie-Einschränkung zu ihrem Selbstschutz oder zum Schutz ihres Umfeldes beitragen würde und das Leben der Angehörigen vereinfachen würde.

Trotzdem ist es laut Tschan (2010) wichtig, dass auch diese Bewohner die Möglichkeit haben ihre „sozialen Kontakte“ auch außerhalb des Heimes aufrecht zu erhalten oder anderen Bedürfnissen nachzugehen, um ihren „Lebens- und Bewegungsraum und ihre

Lebenswelt“ nicht zu sehr einzuschränken (vgl. S. 65). Auch Schmidt und Doebele (2016) sprechen sich dafür aus, Menschen mit Demenz „Erlebens- und Aktivitätsräume“ (S. 88) zuzugestehen. Ihrer Meinung nach muss ein „Kompromiss“ gefunden werden, zwischen auf der einen Seite so viel Sicherheit wie möglich zu bieten und auf der anderen Seite den Demenzkranken so viel Freiraum wie möglich zu lassen. „Das Leben ist immer mit Risiken verbunden“ (Schmidt & Doebele, 2016, S. 88), ein Restrisiko bleibt immer, wenn Menschen aktiv sind. Die 100-prozentige Sicherheit gibt es, ihrer Meinung nach, nicht (vgl. Schmidt & Doebele, 2016, S. 88).

4.6.2.12 Soziale Beziehungen sichern

“Der Mensch ist ein gesellschaftliches Wesen, er braucht den Kontakt zu anderen Menschen, ansonsten stirbt er lange vor dem biologischen Tod den sozialen Tod.“ (Popp, 2006, S. 80).

Als soziale Beziehungen bezeichnet man Verbindungen und/oder Kontakte zwischen einzelnen oder mehreren Personen, welche durch aufeinander bezogenes Handeln, Denken oder Fühlen dieser Personen entstehen oder sich durch „Austausch“ untereinander entwickeln (vgl. Tesch-Römer, 2010, S. 41). „Als Person im Kontakt sein und bleiben zu können mit sich und mit anderen, ist die Grundlage für den Aufbau und das Halten tragfähiger sozialer Beziehungen“ (Krohwinkel, 2013, S. 206). Diese zwischenmenschlichen Beziehungen geben dem Menschen das Gefühl zum sozialen Gefüge der Gesellschaft dazuzugehören. Soziale Beziehungen spielen in jeder Lebensphase eine wichtige Rolle, wandeln sich aber im Verlauf des Lebens, bedingt durch sich verändernde Lebensverhältnisse (berufliche Veränderungen, Auszug der Kinder, Eintritt in den Ruhestand, Krankheit, usw.), durch Rollenverluste, durch den Tod von Angehörigen, Freunden oder Bekannten (vgl. Höflinger, 2014, S. 1; Backes & Clemens, 2003, S. 230ff) oder weil Sozialkontakte beendet werden, weil sie den alten Menschen nicht mehr wichtig oder eng genug erscheinen (vgl. Lang, 2011, S. 322).

Auch wenn die Quantität und die Dichte der Sozialkontakte somit während des Alterns abnimmt, so darf man nach Angaben von Lehr (2007) oder Kaiser, (2008) nicht automatisch davon ausgehen, dass ein reduziertes soziales Netzwerk oder fehlende soziale Beziehungen im Alter ein „generelles Schicksal der alten Menschen sind“ (Kaiser, 2008, S. 90) und dieses im Alter als selbstverständlich und/oder unabwendbar gilt. Alte Menschen sind durchaus offen für soziale Kontakte, aber dabei ist ihnen die Qualität dieser Sozialkontakte und die Zusammensetzung des, sie umgebenden, Netzwerkes wichtiger als die Zahl der Kontakte

(vgl. Höpflinger, 2014, S. 1; Backes & Clemens, 2003, S. 233). Demnach muss man auch, wenn es um Lebensqualität und Wohlbefinden der älteren Menschen geht, unterscheiden, ob es sich bei fehlenden sozialen Beziehungen, um „Isolation“ oder um „Einsamkeit“ handelt, denn beide werden irrtümlicherweise manchmal als gleichbedeutend interpretiert.

In der Literatur wird „Isolation“ als der objektive Zustand einer Person bezeichnet, der tiefer gehende Beziehungen (die über den oberflächlichen Austausch wie „Begrüßungsfloskeln“ hinausgehen) zu anderen Menschen fehlen und daher in der Quantität und in der Intensität als mangelhaft gelten (vgl. Lehr, 2007, S. 296; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010, S. 122; Backes & Clemens, 2003, S. 232; Kaiser, 2008, S. 91; Schulze, 1998, S. 47). Isolation kann freiwillig sein, wenn jemand auf eigenen Wunsch den Kontakt zu anderen meidet. Dann ist Isolation, ähnlich wie Singularisierung, weder positiv noch negativ einzuschätzen, denn nach Schnurr (2011) ist es jedem Individuum selbst überlassen, wie es seine Lebenssituation gestaltet (vgl. Schnurr, 2011, S. 78).

„Einsamkeit“ hingegen bezeichnet die individuelle, subjektive, geistige Beurteilung der eigenen sozialen Beziehungen und des sozialen Austausches, welche persönlich als nicht befriedigend oder mangelhaft hinsichtlich Quantität und Intensität eingeschätzt werden, da sie den eigenen Wünschen und Ansprüchen nicht entsprechen. Die fehlende Nähe zu anderen wird als negativ empfunden, womit Einsamkeit als Ausdruck eines negativen Gefühls gilt. Man kann zwei Arten der Einsamkeit erleben, zum einen die „emotionale Einsamkeit“, welche an das Fehlen inniger Beziehungen mit Partnern oder engen Freunden gebunden ist und zum andern die „soziale Einsamkeit“, welche durch die Abwesenheit eines breiteren Netzwerkes bestehend aus Bekannten, entfernten Verwandten, Nachbarn, usw. geprägt wird (vgl. Lehr, 2007, S. 296; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010, S. 122; Backes & Clemens, 2003, S. 232; Kaiser, 2008, S. 91; Schulze, 1998, S. 47; Tesch-Römer et al., 2014, S. 3).

Dabei ist es wichtig zu verdeutlichen, dass das subjektive Gefühl der Einsamkeit nicht mit dem objektiven Zustand der Isolation übereinstimmt oder von diesem bestimmt wird, denn laut Schulze (1998) oder Lehr (2007) steht das Gefühl der Einsamkeit eher in Verbindung mit individuellen Wünschen und Erwartungen in Hinsicht auf die Quantität der sozialen Kontakte und wird nicht bestimmt von den tatsächlich stattfindenden Kontakten (vgl. S. 47; S. 296). „Manch einer fühlt sich einsam, ist aber – an Ausmaß und Art objektiv feststellbarer Sozialkontakte gemessen – keineswegs isoliert. Andere Menschen hingegen, die objektiv

verhältnismäßig wenige Sozialkontakte haben und nach außen hin isoliert erscheinen, fühlen sich jedoch keineswegs einsam“ (Lehr, 2007, S. 296).

Hawkley & Cacioppo (2010) gehen davon aus, dass ein sicheres soziales Umfeld dem Menschen, als soziales Wesen, nicht nur zu einem gesteigerten Wohlbefinden und einer besseren Lebensqualität verhilft. Sie haben auch nachgewiesen, dass zufriedenstellende soziale Beziehungen einen positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand der Menschen haben. Daher muss das Bedürfnis nach zwischenmenschlichen Beziehungen unbedingt erfüllt werden, um negative gesundheitliche Folgen für Körper und Geist abzuwenden und einen Anstieg von Morbidität und/oder Mortalität der einsamen Menschen zu verhindern, denn ihre Studien belegen, dass bei fehlenden Sozialkontakten vermehrt physische Krankheiten (Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwächung des Immunsystems, usw.) und/oder psychische Probleme (Psychose, beschleunigter kognitiver Abbau, Selbstmord, depressive Verstimmungen, usw.) auftreten. Alles gesundheitliche Probleme, die sich negativ auf die Lebenserwartung der Betroffenen auswirken (vgl. Hawkley & Cacioppo, 2010; S. 2ff.; Holt-Lunstad et al., 2010, S. 14f.; Steptoe et al., 2013, S. 1ff.; Böger & Huxhold, 2014, S. 12f.). Hinzu kommt noch, dass Menschen, die mit ihren Sozialkontakten zufrieden sind, sich schneller von Erkrankungen erholen und auch kritische Lebenssituation besser bewältigen (vgl. Wenger, 2014, S. 21). Menschen mit einem zufriedenstellenden sozialen Netzwerk haben, nach Holt-Lunstad und Mitarbeiter (2010), eine um 50 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit länger zu leben (vgl. S. 14).

Bennett und Riedel (2013) haben ferner bewiesen, dass sich soziale Beziehungen nicht nur positiv auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebensqualität auswirken, sondern auch die Lebenszufriedenheit positiv beeinflussen. Sie belegen, dass sowohl bei den hochaltrigen Menschen als auch bei den alten Menschen, die unter relativ starken Kompetenzverlusten, Kompetenzverringierungen oder Behinderungen leiden, die Senioren am zufriedensten sind, die „das stärkste soziale Netzwerk“ haben (vgl. Bennett & Riedel, 2013, S. 25).

Laut Lehr (2007) gibt es auch eine Verbindung zwischen „Einsamkeit“ und „Abhängigkeit“, denn bei Personen, die auf die Hilfe anderer angewiesen sind, können „in verstärktem Masse Einsamkeitsgefühle hervorgerufen werden“ (S. 297), denn auch wenn Pflege und Unterstützung hilfsbedürftiger Menschen häufigere pflegerische Interaktionen mit sich bringen, so heißt dies nicht, dass dadurch auch die Bedürfnisse nach sozialen Kontakten

befriedigt werden (vgl. S. 297). Auch Krankheit bzw. körperliche oder kognitive Einschränkungen können das Einsamkeitsgefühl der Betroffenen verstärken, denn sie „können nicht nur die Möglichkeiten zu sozialen Interaktionen einschränken, sondern auch als chronischer Stressor fungieren, der bestehende Beziehungen belastet“ (Böger & Huxhold, 2014, S. 12). Tschan (2010) berichtet von Einsamkeit im Zusammenhang mit Veränderungen der Lebensgewohnheiten, wie z.B. Umzügen in Altenhilfeeinrichtungen, welche das bisherige soziale Netz der Betroffenen erheblich beeinträchtigen (vgl. S. 180f.). Demnach ist das Sichern von sozialen Beziehungen für Heimbewohner besonders wichtig, da bei dieser Population alle drei Faktoren (Abhängigkeit, gesundheitliche Einschränkungen und Veränderungen der Lebensgewohnheiten) zusammentreffen können.

Auch wenn heute die Bewahrung externer sozialer Kontakte leichter geworden ist durch die Entwicklung moderner Kommunikationstechnologien (Mobiltelefone, Internet, E-Mail, Skype, Chatprogramme, soziale Medien wie Facebook, Twitter, usw.) oder die Weiterentwicklung der Verkehrstechnik durch verbesserte Verkehrskonzepte für Fahrzeuge, Züge und Flugzeuge (vgl. Lehr, 2003, S. 3), so ist es doch wichtig für das Selbstwertgefühl der Heimbewohner, dass sie innerhalb der Institutionen neue Kontakte knüpfen und neue soziale Beziehungen aufbauen können, denn „Beachtung und Anerkennung durch die Mitmenschen, sowie Integrationsgrad und Rang innerhalb einer Gruppe/Gemeinschaft sind wichtige Faktoren, die Selbstwertgefühl und Wohlbefinden eines Menschen entscheidend beeinflussen.“ (Kastner & Löbach, 2010, S. 118).

Soziale Beziehungsgeflechte von Menschen mit Demenz

Dass das Aufrechterhalten von sozialen Beziehungen auch einen positiven Einfluss auf das psychische und physische Wohlbefinden von dementiell erkrankten Menschen hat, haben unter anderem Oppikofer und Mitarbeiter (2002) in der Käferberg-Besucherstudie⁷³ bewiesen. Die Ergebnisse der Studie haben gezeigt, dass „Unterstützung und Zuwendung generell vom dementen Patienten registriert und als wohltuend empfunden wird“ (S. 46). Die Sozialkontakte beeinflussen das körperliche, das seelische und das soziale Wohlbefinden

⁷³ „Die Teilnehmer der Experimentalgruppe wurden über 10 Wochen einmal wöchentlich während jeweils 60 Minuten besucht. Die freiwilligen Helfer konnten selbst bestimmen, was sie mit den Betreuten unternehmen wollten. Die einzigen Auflagen waren, dass der Besucher allein mit dem Betreuten zusammen war und dass nicht ferngesehen wurde.“ (Oppikofer, 2002, S. 42). Die Experimentalgruppe bestand aus 43 Teilnehmern im Alter zwischen 65 und 95 Jahren mit einer bestätigten Demenzdiagnose (MMS = 5 - 25). Die freiwillige Helfergruppe bestand aus 23 Personen (vgl. Oppikofer, 2002, S. 41f.).

der Betroffenen äußerst positiv, sie lindern, die durch physische Erkrankungen hervorgerufenen Schmerzen und Beeinträchtigungen und sie scheinen die Folgen des Verlustes geistiger Kompetenzen auf die „Leistungsfähigkeit“ zu vermindern. Die Studie hat auch gezeigt, dass die dementen Bewohner die sozialen Kontakte wahrnahmen und sich „daran zu erinnern schienen“. Da an der Studie leicht bis schwer kognitiv beeinträchtigte Bewohner („MMS 5 - 25“) (Oppikofer et al., 2002, S. 39) teilnahmen, wird hier nachgewiesen, dass sich dementiell erkrankte Bewohner noch in fortgeschrittenen Krankheitsstadien an Sozialkontakte erinnern können (vgl. Oppikofer et al., 2002, S. 39).

Neben den gesundheitlichen Aspekten sind auch die sozialen Effekte von Sozialkontakten für demente Menschen von äußerster Wichtigkeit, um ihre Selbstwert- und Selbstbestimmungsgefühle zu steigern und um negative Auswirkungen wie Einsamkeit, Teilnahmslosigkeit, Gleichgültigkeit, depressive Verstimmungen und Bewegungsunfähigkeit zu verhindern oder zu reduzieren und die Monotonie des Alltags zu unterbrechen. Auch dementiell erkrankte Personen haben, wie Nicht-Demente, das Bedürfnis nach einem zufriedenstellenden Netzwerk, welches ihnen „Anerkennung, Wertschätzung, Sicherheit und Nähe vermittelt, um sich aufgehoben und angenommen zu fühlen.“ (Kastner & Löbach, 2010, S. 119). Da sie aber im Verlauf der Erkrankung die Kompetenzen verlieren, um diese Kontakte selbst herzustellen oder zu erhalten, brauchen sie Unterstützung aus dem Umfeld, damit auch sie von den Vorteilen ausreichender Sozialkontakte profitieren können (vgl. Popp, 2006, S. 80; Kämmer, 2013, S. 67; Kastner & Löbach, 2010, S. 119).

4.6.2.13 Spiritualität

„Der Begriff Spiritualität stammt ursprünglich aus der christlich-theologischen Tradition und bedeutet, sein Leben aus der Kraft des Heiligen Geistes zu führen. Außerhalb des theologischen Zusammenhangs, beispielsweise in der gerontologischen Diskussion, wird Spiritualität hingegen sehr allgemein als eine Dimension menschlicher Erfahrung aufgefasst“ (Eglin, 2015, S. 58). So kann Spiritualität als „innere Einstellung“, „innerer Geist“ oder das Suchen nach dem Lebenssinn gedeutet werden, womit Menschen versuchen, Lebenserfahrungen zu begegnen und mit Krisen und Lebensbedrohungen zu leben (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2007, S. 1).

Spiritualität gehört zu den menschlichen Grundbedürfnissen, aber nicht jeder Mensch ist sich dessen bewusst (vgl. Schweiz. Eidgenössische Kommission, 1995, S. 480; International Workgroup on Death, Dying and Bereavement, 1990, S. 75). Spirituelle Bedürfnisse sind eng mit den menschlichen Lebensgeschichten verbunden und ihre Bedeutung bzw. Bewertung

ändert im Laufe des Lebens. Besonders während des Alterungsprozesses nimmt das Bedürfnis nach „Spiritualität und Fragen der Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit“ (Plischke, 2011, S. VI) zu.

Daher gehört Spiritualität auch zur Betreuung alter und/oder pflegebedürftiger Menschen dazu (vgl. Krause, 2016, S. 6; Bücken & Niggemeier, 2014, S. 80), zumal das Altern oft als schwierige Lebenssituation empfunden wird und die alternden Menschen in der Spiritualität Trost und Unterstützung suchen bzw. finden. Um eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten, müssen Betreuer und Begleitpersonal offen sein für die spirituellen Belange, sowohl der alten Menschen, die der Religion skeptisch gegenüber stehen, als auch derer, die eng mit ihrer Religion verbunden sind. Dabei gilt es „differenzieren zu können zwischen dem Wunsch nach Spiritualität und dem Wunsch nach Religiosität“ (Bücken & Niggemeier, 2014, S. 80), damit sich die Betagten „mit ihren spirituellen Fragen und Sorgen – zumindest – verstanden und respektiert“ (Weiher, 2009, S. 14) fühlen.

Spiritualität bezieht sich auf die Persönlichkeit des Einzelnen, auf das Selbst einer Person, auf ihre „Werte“ und auf alle Aspekte, welche ihrem Dasein „Sinn, Hoffnung, Vertrauen und Würde“ verleihen (Schweiz. Eidgenössische Kommission, 1995, S. 1). Spiritualität ist eng mit Religiosität verbunden, darf aber nicht darauf reduziert werden, damit verwechselt werden oder als gleichbedeutend angenommen werden, denn Spiritualität geht über das Religiöse hinaus, auch wenn Spiritualität viele religiösen Traditionen einschließt. Spiritualität gilt auch als Ressource für alle Menschen oder als Kraftquelle, insbesondere in einer Zeit, wo Menschen immer öfter Antworten auf die existenziellen Fragen ihres Lebens in nicht-kirchlichen oder nicht-religiösen Kontexten suchen. Spiritualität beinhaltet demnach „die Möglichkeit spiritueller Praktiken, welche es erlauben, jenseits des Denkens und Fühlens grundlegende Seinserfahrungen zu machen“ (Telger, 2014, S. 3). Dabei kann es sich um „ein weites Spektrum geistiger Übungen der Meditation und Kontemplation teils mit körperlicher Beteiligung“⁷⁴ (Telger, 2014, S. 3) handeln. „Religion is ritual and from the head. Spirituality is what you are feeling from the heart“ (Marler & Hadaway, 2002, S. 296). Bei Spiritualität kann es sich sowohl um die Suche nach Gott handeln als auch um die Suche

⁷⁴ Beispiele für spirituelle Aktivitäten der inneren Sammlung, des Nachdenkens, der mystischen kontemplativen Versenkung können Übungen sein „wie im Yoga oder Chi Gong, teils in Verbindung mit Kampfsport oder alltäglichen Verrichtungen wie beim Bogenschießen oder der Tee-Zeremonie. Die geistigen Exerzitien sind weder mit hohen moralischen Ansprüchen noch mit intellektuellen Höchstleistungen verbunden. Vielmehr handelt es sich hierbei um sehr einfache und sehr wirkungsvolle Übungen in der Stille, welche allerdings mit gewisser Disziplin, Beharrlichkeit und Regelmäßigkeit praktiziert werden sollten“ (Telger, 2014, S. 3).

„nach dem Ich“ oder um die Suche nach dem Sinn des Lebens. In schwierigen, unkontrollierbaren und verunsichernden Lebensphasen kann sie dem Menschen „Sinn, Verbundenheit, Perspektive, Verstehbarkeit, Kontrollierbarkeit, Sicherheit, Schutz und Unterstützung“ (Krause, 2015, S. 21) bieten und/oder Furchtsamkeit, Ängstlichkeit und Verzweiflung reduzieren. Entwicklungs-psychologisch gesehen, beinhaltet Spiritualität somit wichtige kraftspendende Ressourcen für die Bewältigung von Lebenskrisen und kann so eine wichtige Funktion im Leben von Menschen – die sich in besonderen Lebenssituationen befinden – übernehmen (vgl. Krause, 2015, S. 21).

Aber bei Spiritualität geht es nicht nur um „Sinnsuche und Sinnfindung, um die Bewältigung von Verlusten und nachlassende Fähigkeiten, um Hoffnung und Kraft zum Leben“ (Bücker & Niggemeier, 2014, S. 80), Spiritualität kann auch direkten Einfluss auf die körperliche und/oder mentale Gesundheit der Menschen nehmen. Nach Plischke (2011) zeigen „neuere, faszinierende Erkenntnisse der Hirnforschung wie auch der Psychoimmunologie und Psychosomatik auf, wie intensiv der Zusammenhang zwischen Körper und Geist eigentlich ist“ (S. VI). Demnach scheint Spiritualität eine äußerst positive Wirkung auf „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (Krause, 2015, S. 90), auf den psychischen Gesundheitszustand, auf die Morbidität und auf eine höhere Lebenserwartung, eine gesündere Lebensweise und/oder eine schnellere Genesung von Krankheiten zu haben (vgl. Krause, 2015, S. 90; Miller & Thoresen, 2003, S. 32; Seybold & Hill, 2001, S. 22). Zahlreiche Studien belegen ihren positiven Einfluss auf körperliche und mentale Erkrankungen, wie z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Blutdruck, Cholesteroll, Schlaganfälle, Lungen- und/oder Nierenerkrankungen, Zirrhosen, Krebsleiden, chronische Schmerzen, Demenz, Depressionen und Angstzustände (vgl. Zimmer et al., 2016, S. 376; Koenig, 2012, S. 5ff.; Crowther et al., 2002, S. 617; Seybold & Hill, 2011, S. 22). Crowther und Mitarbeiter (2002) streichen noch zusätzlich den besonderen Einfluss von Spiritualität und Religiosität auf das menschliche Immunsystem hervor (vgl. S. 616). Nach Untersuchungen von Zimmer und Mitarbeiter (2016) fällt auf, dass spirituelle Aktivitäten besonders bei älteren Menschen einen äußerst positiven Einfluss auf deren mentale Gesundheit, auf depressive Verstimmungen oder Angstgefühle haben (vgl. S. 376).

Des Weiteren bestätigen etliche Studien, dass meditative und besinnliche Aktivitäten, wie z.B. das Gebet, oder das (Vor-)Lesen besinnlicher Texte einen positiven Einfluss auf Stressbewältigung, bzw. die Bewältigung von Angstgefühlen haben und in engem Zusammenhang stehen mit Glücksgefühlen und allgemeinem Wohlbefinden (vgl. Zimmer et al., 2016, S. 376; Krause, 2015, S. 97). Auch Klein und Albani (2011) belegen anhand von

etlichen Studien (vgl. S. 11) einen Zusammenhang zwischen Spiritualität und der psychischen Gesundheit, Stress, Angststörungen, Todesängsten und Depressionen in der Lebensphase Alter (vgl. Klein & Albani, 2011, S. 11), wobei sie hervorheben, dass es besonders bei Frauen einen engen Zusammenhang zwischen Spiritualität, psychischer Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit gibt. Dies kann, nach Klein und Albani (2011) daher rühren, dass Frauen eher Unterstützung in spirituellen Gemeinschaften suchen als Männer (vgl. S. 11f.)

Nach Crowther und Mitarbeiter (2002) bzw. Koenig (2012) kann bei alten und/oder kranken Menschen Spiritualität einerseits die Gefühle der Hoffnungslosigkeit und/oder der Hilflosigkeit vermindern und Gefühle der Selbstbestimmung, der Lebenszufriedenheit, des Wohlbefindens und des Optimismus steigern. Andererseits kann Spiritualität auch präventiv wirken, denn Studien belegen, dass Menschen, die bewusst ihre Spiritualität leben, weniger schädliche Substanzen wie Zigaretten oder Alkohol konsumieren (vgl. Crowther et al., 2002, S. 616; Koenig, 2012, S. 8). Außerdem sind diese Menschen, durch die spirituellen bzw. religiösen Gemeinschaften oftmals besser in soziale Netzwerke eingebunden und durch spirituelle Praktiken, wie z.B. das Gebet oder die Teilnahme an spirituellen Treffen (Gottesdiensten, usw.) können die alten Menschen bis ins hohe Alter aktiviert werden und so Einschränkungen und Erkrankungen vorbeugen (vgl. Crowther, 2002, S. 617; Koenig, 2012, S. 8f.).

Spiritualität und Demenz

Spiritualität hat häufig für dementiell erkrankte Menschen eine tiefe emotionale Bedeutung und kann ein Schlüssel sein, um sie in ihrer Welt zu erreichen, zumal diese Menschen ein tief verankertes Bedürfnis nach Geborgenheit, Trost, Halt und Sinnggebung haben. Nach Eglin (2015) ist die Erfüllung dieses Bedürfnisses das Ziel von Spiritualität bei Demenzkranken, nämlich ihnen „Geborgenheit zu vermitteln, sie in ihrem Leiden zu trösten und ihnen zu helfen, einen Sinn in ihrem Dasein zu finden. Sie trägt dazu bei eine lebensfördernde Haltung zu unterstützen und stärkt damit die Lebensqualität von Menschen mit Demenz“ (Eglin, 2015, S. 63). Nach Schmid (2009) und Eglin (2015) sind spirituelle Bedürfnisse sehr individuell und abhängig von der Lebensgeschichte der Betroffenen, denn „schon in der Kindheit wird der Mensch mit religiösen oder spirituellen Riten, Werten oder moralischem Handeln konfrontiert egal welcher oder gar keiner Religion sein Umfeld angehört.“ (Schaade, 2009, S. 118). Auch wenn die Demenzerkrankung kognitive Verluste mit sich bringt und somit das Umsetzen von Werten oder moralischem Handeln

eingeschränkt wird, so bleiben die, in früheren Lebensphasen, eingepprägten Rituale im Langzeitgedächtnis tief verankert und Betroffene können, trotz Verluste von geistigen Kompetenzen und/oder abstrakter Denkfähigkeit, noch sehr lange darauf zurückgreifen, was diese als „wohltuend und schön empfinden“ (Schaade, 2009, S. 118).

Trotzdem sind Personen mit Demenz auf die Unterstützung der Betreuer angewiesen, da es mit fortschreitender Demenz immer schwieriger wird die Rituale, auch wenn sie fest verankert sind, eigenständig und ohne fremde Hilfe zu praktizieren. Daher sind spirituelle Impulse oder eine spirituelle Begleitung durch die Betreuer wichtig, um zu verhindern, dass die dementiell Erkrankten eine religiöse oder spirituelle Leere empfinden und ihnen dabei eine Möglichkeit genommen wird, Hoffnung zu schöpfen, Zuflucht zu suchen oder sich sicherer zu fühlen (vgl. Müller, 2015).

Es bestehen auch für Demenzkranke sowohl religiöse als auch nicht religiöse oder konfessionsunabhängige Formen der Spiritualität. Alle erfüllen den gleichen Zweck, allerdings scheint es, als ob die religiöse Form der spirituellen Begleitung in den Altenhilfeeinrichtungen stärker verwurzelt ist. Tatsächlich haben viele dementiell erkrankten Heimbewohner religiöse Wurzeln oder gehören einer Generation an, die mit der Kirche aufgewachsen und mit religiösen Riten vertraut ist (vgl. Schmid, 2009, S. 5f.), was aber nicht heißt, dass diese Menschen mittlerweile nicht auch oder trotzdem die Form, der nicht religiösen Spiritualität bevorzugen.

Bei der spirituellen Begleitung geht es in erster Linie darum, „worauf ein Mensch im Tiefsten vertraut, was ihn hoffen lässt und sinnstiftend ist“ (Eglin, 2015, S. 60), was ihm Vertrauen schenkt und was Geborgenheit und Sicherheit verschafft. Schmid (2009) versteht unter einer nicht religiösen Spiritualität, „etwa die Geborgenheit in der Natur, das Eingebettetsein im Jahreskreis als Analogie des Lebens mit dem Erblühen im Frühling und dem Absterben im Herbst. Feste feiern, weltliche und kirchliche, die den Jahreskreis unterstreichen, ist in allen Heimen außerordentlich wichtig“ (Schmid, 2009, S. 5). Sitten und Gebräuche aus früheren Lebensphasen pflegen, kann eine tiefe Geborgenheit vermitteln (vgl. Schmid, 2009, S. 5). Hierzu zählt auch das Aufgreifen von vertrauten Liedern, Gedichten, Gebeten oder Ritualen aus früherer Zeit, welche dementiell erkrankten Menschen in schwierigen Situationen und auch in fortgeschrittenen Stadien der Demenz Halt geben können (vgl. Fiedler & Kerlen, 2010, S. 15; Eglin, 2015, S. 60). „Sie vermitteln ein Stück emotionale Heimat. In den vertrauten Worten und Liedern können Menschen mit Demenz oftmals Trost und Geborgenheit erleben, die sie bei anderen Angeboten nicht finden. Denn die aus Kindheit und Jugend bekannten Texte können wie Inseln im Meer des Vergessens wirken“ (Fiedler &

Kerlen, 2010, S. 15). Dabei kann, aber muss, es sich nicht um religiöse Lieder, Symbole oder Texte handeln (vgl. Eglin, 2015, S. 60). Bewiesen ist, dass unabhängig von Religionen und Konfessionen, Sprichwörter, Gedichte, Lieder und Märchen aber eben auch Gebete, welche im Laufe eines Lebens sehr oft wiederholt wurden, „tiefe Spuren im Gedächtnis hinterlassen“ (Fiedler & Kerlen, 2010, S. 15). Bedingt durch die überwiegend religiöse Erziehung, der heute alten Menschen, sind Gebete und religiöse Rituale besonders stark im Gedächtnis verankert und können in der Betreuung von Demenzkranken verbliebene Fähigkeiten aufgreifen und ihr herabgesetztes Selbstwertgefühl stärken (vgl. Fiedler & Kerlen, 2010, S. 15).

So kann zum Beispiel das Vater Unser⁷⁵ oder das Ave Maria⁷⁶ für Demenzkranke „wie ein Anker im Alltag sein“ (Fiedler & Kerlen, 2010, S. 18), denn sogar Menschen, die eine lockere Verbindung zur Religion pflegen, ist das Vater Unser aus ihrer Kinder- und Jugendzeit bekannt und kann auch in fortgeschrittenen Demenzstadien noch lange mitgesprochen werden und so den Personen mit Demenz zu mehr Zufriedenheit und Selbstvertrauen verhelfen, weil sie das Gefühl haben, neben allen negativen Erfahrungen, doch noch etwas zu können. Empfindungen wie „ ‚Das kann ich noch‘ und ‚Ich gehöre dazu‘ “, stärken so das Selbstwertgefühl und die Selbstachtung. Außerdem vermitteln die gesprochenen Texte von früher bekannte „Gefühle von Vertrauen und Trost“ (Fiedler & Kerlen, 2010, S. 18). Diese positiven, aufwertenden Gefühle machen den Wert des Vater Unser und/oder des Ave Maria für Demenzkranke aus (vgl. Fiedler & Kerlen, 2010, S. 18). Ähnliches gilt für eingeprägte Kirchenlieder, welche zusätzlich durch die Musik, eine noch stärkere emotionale Wirkung entfalten können und das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl der Betroffenen stärken, auch bedingt durch das positive Erlebnis, trotz aller Rückschläge, noch etwas zu können (vgl. Fiedler & Kerlen, 2010, S. 35ff.).

Auch das Sprechen von Gute-Nacht-Gebeten kann die oben erwähnten positiven Gefühle auslösen und ist außerdem noch mit den, aus der Kinderzeit assoziierten Gefühlen „von Geborgenheit und Beschützsein“ (Fiedler & Kerlen, 2010, S. 30) verbunden. Des Weiteren können diese Gebete sich in der Betreuung dementer Menschen positiv auf deren Schlaf auswirken, insbesondere wenn die Betroffenen „schlecht zur Ruhe kommt und gerade beim

⁷⁵ „Das Vater Unser ist das bekannteste und älteste christliche Gebet, man nennt es auch das Grundgebet der Christen“ (Fiedler & Kerlen, 2010, S. 18).

⁷⁶ „*Ave Maria – Gegrüßet seist du Maria*. Das Ave Maria kann für katholische Christen genauso bedeutsam sein, wie das Vater Unser. Die Marienverehrung hat in der katholischen Kirche eine besondere Bedeutung“ (Fiedler & Kerlen, 2010, S. 19).

Dunkelwerden von Ängsten geplagt“ (Fiedler & Kerlen, 2010, S. 30) werden. „Es gibt die Erfahrung, dass weniger Schlafmittel gebraucht werden, wenn ein Gebet als festes Abendritual eingeführt wird“ (Fiedler & Kerlen, 2010, S. 30ff.).

Müller-Hergl (2007) berichtet über verschiedene Studien, welche belegen, dass „religiöse Aktivitäten“ bei Menschen mit Demenz Agitiertheit und Erregungszustände vermindern, Stress abbauen, Sicherheit bzw. Vertrauen schaffen. Ferner wurde aufgezeigt, dass, sowohl religiöse als auch nicht religiöse Musik, Lieder, Texte oder Verse bzw. das Sprechen von Gebeten einen beruhigenden Einfluss auf dementiell erkrankte Menschen haben und so zu einer höheren Lebensqualität der Betroffenen beitragen. Spiritualität steht demnach auch für Demenzkranke in einem engen Verhältnis zur Lebenszufriedenheit und zur Lebensqualität: „je höher die Werte für Spiritualität, je höher die Werte für Lebenszufriedenheit“ (Müller-Hergl, 2007, S. 24f.).

4.6.2.14 Lebenssinn finden

„Lebenssinn ist nicht etwas einmal ‚Gefundenes‘, das wir dann besitzen, sondern Lebenssinn ist dynamisch. Lebenssinn muss in einer Auseinandersetzung mit den jeweils gegebenen Lebensumständen immer wieder neu gefunden, besser gesagt, neu konstruiert werden. In diesem Sinne lässt sich Lebenssinn als spezieller Bereich des Selbstkonzepts auffassen, das durch eine ebensolche Dynamik gekennzeichnet ist“ (Staudinger, 2005, S. 752f.).

Besonders Heimbewohner stellen sich die Frage nach dem Lebenssinn öfters, da nach dem Umzug ins Heim oftmals vertraute Sinnvorgaben im alltäglichen Leben verloren gehen und es innerhalb der Altenhilfeinstitutionen „kaum sinnstiftende Aufgaben und Ziele“ (Höwler, 2004, S. 349) gibt, welche die alten Menschen ausfüllen und ihnen ein Gefühl der Zufriedenheit vermitteln. Lebenssinn im Heim finden, bedeutet nach Höwler (2004), kleine Aufgaben zu haben, um das neue, „andere“ Leben sinnvoll zu gestalten und „um nicht in der Routine der Abhängigkeit seine Persönlichkeit aufzugeben“ (Höwler, 2004, S. 349).

Nach Tartler (1964) ist es sehr wichtig, dass der Lebenssinn des alten Menschen „in der Kontinuität seiner Existenz“ (S. 189) erhalten werden muss. Alte Menschen sollen die Aufgaben, welche ihrem Leben einen Sinn geben, in den lebensnotwendigen Aktivitäten des Alltags finden, denn nur so kann vermieden werden, dass diese Menschen den Sinn ihres Lebens in Frage stellen oder ihr Leben seinen Sinn gar ganz verliert. Maßnahmen zur „Zerstreuung“ oder zur „Tötung der Langeweile“ scheinen nach Tartler (1964) weniger geeignet, um das Bedürfnis nach einer sinnvollen Lebensführung im Heim zu erfüllen (vgl.

Tartler, 1964, S. 189). Aktivitäten, in denen die Betroffenen einen Sinn sehen, wie z.B. „Tischdecken, Blumengießen oder Vorlesen“ (Seel & Hurling, 2005, S. 568), können ein positives Lebensgefühl wecken und dem Leben des Einzelnen einen Sinn geben, wohlwissentlich, dass auch dies von der jeweiligen Person abhängt, da nicht jeder den gleichen erfüllenden Sinn in den verschiedenen Handlungen sieht (vgl. Seel & Hurling, 2005, S. 568).

Wenn betagte Menschen die Sinnfrage stellen, bedeutet dies, dass sie die Wichtigkeit ihres Lebensinhaltes für sich selbst und/oder für andere Mitmenschen einschätzen oder beurteilen. Sie suchen nach dem Sinn ihres Lebens, wobei es nur zu einem Teil darum geht, ob sie ihr Leben zu diesem Zeitpunkt als sinnvoll oder als nutzlos empfinden, sondern es geht bei dieser Suche auch darum, ob sie die Möglichkeit haben Erfahrungen, Einstellungen und Werte aus früheren Lebensphasen sinnvoll in die Lebensphase „Alter“ zu integrieren (vgl. Schnell, 2016, S. 6; Wenger, 2015, S. 14; Kreimer, 2004, S. 184). Dabei gilt es zu beachten, dass Lebenssinn keine unveränderliche Konstante ist, sondern dass er immer wieder, gemäß den sich ändernden Lebensumständen bzw. Lebenssituationen, neu erschlossen werden muss. „Es ist ein menschliches Bedürfnis, Sinn zu erfahren, zu erleben oder zu empfinden“ (Seel & Hurling, 2005, S. 567).

Alte Menschen, die ihr Leben als sinnvoll oder nützlich einschätzen, „entwickeln Lebensfreude und -kraft“ (Seel & Hurling, 2005, S. 567). Sie haben eine positive Einstellung zu ihrem Leben, woraus Gefühle des Wohlbefindens entstehen können und welche den betagten Menschen die Kraft geben Krisensituationen zu meistern. Menschen, die ihr Leben als sinnlos oder sich selbst als nutzlos einschätzen, verspüren ein Gefühl des Unwohlseins oder empfinden sich selber als Pflegelast, beides Empfindungen, die dazu führen können, dass die empfundene Sinnlosigkeit „zu innerer Leere, zur persönlichen Krise und zu Krankheit führen“ (Seel & Hurling, 2005, S. 568) können. Die Betroffenen sind dann oft nicht stark genug, um in bedrohlichen Situationen oder in sich ändernden Lebenssituationen wie Erkrankungen, Behinderungen, Tod von nahestehenden Menschen, Umzug in ein Heim, usw. ihr Schicksal meistern zu können, da solche bedrohlichen Ereignisse unweigerlich die Auseinandersetzung mit oder die Suche nach den Hintergründen des Lebenssinnes fordern, um sich dem Leben aktiv zu stellen. Daher ist es wichtig, dass die Betroffenen Unterstützung bei der Suche nach der Sinnfindung erhalten (vgl. Seel & Hurling, 2005, S. 567f.). „Eine Pflege, die die Autonomie und die Fähigkeiten alter Menschen in den Vordergrund stellt, fördert die Existenz stützender Erfahrungen wie Selbstverwirklichung, Anerkennung,

Unabhängigkeit und Sinnfindung. Daraus erwachsen ein positives Selbstwertgefühl und Wohlbefinden sowie Zuversicht und Hoffnung“ (Seel & Hurling, 2005, S. 568).

Neben den positiven seelischen Auswirkungen hat die Sinnfindung auch eine aufwertende Wirkung auf die Gesundheit alter Menschen. Hill und Turiano (2014) belegen in einer Studie, dass Menschen, die einen Sinn in Ihrem Leben finden, länger leben, d.h. dass Menschen mit einem ausgefüllten Leben, die ihr Dasein als sinnvoll einschätzen und Aufgaben und Ziele haben, eine höhere Lebenserwartung haben als Personen die keinen Sinn in ihrem Leben finden (vgl. S. 1482ff.). Auch Forscher der Mount Sinai St. Luke's und Mount Sinai Roosevelt in New York (2015) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis wie Hill und Turiano, auch sie entdecken in ihren Studien einen engen Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung von Menschen mit einem sinnhaften Leben und einem geringeren Sterblichkeitsrisiko. Des Weiteren belegen sie in einer Metaanalyse, dass Personen, die einen Sinn in ihrem Leben sehen, weniger oft an kardiovaskulären Erkrankungen leiden, wobei sie bereits in früheren Studien den Zusammenhang zwischen Herz-Kreislaufkrankungen und psychischen Störungen, wie z.B. Depressionen, Angstzuständen, fehlendem Optimismus und/oder fehlenden sozialen Beziehungen, alles Symptome welche unter anderem durch fehlenden Lebenssinn ausgelöst werden können, nachgewiesen haben (vgl. Woods, 2015).

Auch Boyle und Mitarbeiter (2012) bestätigen die Ergebnisse von Hill und Turiano, aber sie gehen in ihren Studien noch weiter und geben an, dass die Tatsache sein Leben als zweckvoll zu erachten, eng mit den Aspekten von psychologischer Gesundheit, wie Glück, Zufriedenheit oder einem besseren Schlaf verbunden sind, und ein Zusammenhang besteht mit den Aspekten der Persönlichkeit (z.B. Neurotizismus, Extraversion oder Gewissenhaftigkeit) oder Symptomen von Depressivität. Ferner sind Menschen, die ihr Leben als sinnhaft empfinden, eher offen für gesundheitliche Präventionsmaßnahmen und soziale Eingliederung (vgl. S. 504).

Lebenssinn und Demenz

Nach Grond (2014) können auch Menschen mit Demenz noch einem Sinn in ihrem Leben finden, auch wenn sie in fortgeschrittenen Krankheitsphasen unter starken kognitiven Verlusten leiden, trotzdem gibt es auch für sie Möglichkeiten Lebenssinn zu finden, zum Beispiel „im jetzigen Erleben einer Ich-Du-Begegnung, im Erleben von Natur, Kunst, Musik oder Gott je nach Weltanschauung“ (S. 58). Daher brauchen gerade diese Menschen Beschäftigungen, die einen Sinn ergeben und gleichzeitig ihren Fähigkeiten angepasst sind, um so eine positive Wirkung auf ihr Selbstwertgefühl zu haben oder auch um ihre

Stimmungslage stabil zu halten. Nach Angaben der Schweizerischen Alzheimervereinigung (2007) können Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Demenz entstehen, weil die Betroffenen keine sinnvolle Beschäftigung mehr haben, wie zum Beispiel Alltagsaufgaben, welche sie aus früheren Lebensphasen kennen und sie sich somit als Last empfinden, bzw. dass Langeweile einkehrt, aus welcher Gefühle von „Nutzlosigkeit, Unzufriedenheit und Frustration“ (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2007) oder Verhaltensänderungen wie „Interesselosigkeit, aber auch Aufregung oder Aggressionen“ (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2007) entstehen können.

Nach Boyle und Mitarbeiter (2012) kann bei Menschen, die einen Sinn in ihrem Leben sehen und Ziele haben, eine Demenzerkrankung hinausgezögert werden. Zwar kann die Tatsache einen Lebenssinn zu haben, den pathologischen Ablauf der Demenz nicht aufhalten, aber bei Betroffenen die ihr Leben als sinnvoll ansehen, bleiben ihre geistigen Kompetenzen, trotz ähnlichem Fortschreiten des krankhaften Prozesses wie bei Demenzkranken ohne Lebenssinn, deutlich länger erhalten. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass bei Menschen, die sinnhafte Beschäftigungen haben, das Gehirn effizienter arbeitet und so kognitive Fähigkeiten besser bewahrt werden können, trotz des fortschreitenden pathologischen Abbaus.

Nach Gerhard (2015) stellt sich für Menschen in lebensbedrohlichen Situationen wie bei schweren bzw. zum Tode führenden Erkrankungen oder im Sterbeprozess die Frage nach dem Lebenssinn besonders „intensiv“ (vgl. S. 136). In Situation von solchen existenziellen Bedrohungen fragen sie sich, z.B. weshalb diese Erkrankung gerade zu diesem Zeitpunkt eintritt oder warum sie gerade sie trifft (vgl. Gerhard, 2015, S. 136), oder sie stellen sich Fragen wie: „Welchen Sinn hatte mein Leben?“ (Mayer & Maier, 2011, S. 22) oder „Wird es etwas oder jemanden geben, der/die mich nach dem Sterben hält, mir Sicherheit gibt?“ (Mayer & Maier, 2011, S. 22). Solche schwierigen Lebenssituationen werden oft von Mutlosigkeit und Hoffnungslosigkeit dominiert und Werte oder Weltanschauungen werden angezweifelt. „Eventuell werden neue Prioritäten bezüglich des Lebenssinns gesehen“ (Gerhard, 2015, S. 136).

Während dieser Phase brauchen die Betroffenen Unterstützung und Begleitung durch Betreuer, Pflegende und/oder Angehörige. Auch wenn es in solchen Situationen keine allgemeingültigen Antworten auf die Frage nach dem Lebenssinn oder dem Sinn des Sterbens gibt, bzw. dass diese Fragen nur persönlich beantwortet werden können, so kann eine einfühlsame menschliche Begleitung doch eine unverzichtbare Hilfestellung darstellen, welche in unterschiedlichen Art und Weisen angeboten werden kann, z.B. „in der Vermittlung

philosophischer und religiöser Texte; auch Gespräche mit Vertretern entsprechender Lebensanschauungen und Religionen oder ganz einfach mit ‚lebensreifen‘ Menschen, können bereichernd und hilfreich sein“ (Seel, 2003, S. 889).

Eine weitere Möglichkeit die Betroffenen zu unterstützen, dass sie auch in solch schwierigen Situationen einen Sinn in ihrem Leben finden, ist nach Weiher (2009) das „Halt-Geben“ (S. 212). Durch ihre fühlbare Anwesenheit oder ihre Nähe können die Betreuer den alten Menschen bei existenziellen Bedrohungen Halt geben, indem sie ihr Bedürfnis nach Schutz und Geborgenheit, nach Berührung und Gehaltenwerden erfüllen ohne dabei an Fähigkeiten des Verstehens oder der Kognition zu appellieren. „Das Erleben von Zuwendung und Resonanz knüpft an die grundlegenden Vermittlungen von Lebenssinn an, die der Mensch vom Anfang seines Lebens an und im Lauf des Lebens immer neu braucht“ (Weiher, 2009, S. 212).

II. Entwicklung eines eigenen Betreuungsmodells

5 Ein Betreuungsmodell für luxemburgische Alten- und Pflegeheime

In den vergangenen 50 Jahren hat auch in Luxemburg ein Umbruch in der Altenarbeit stattgefunden. Die Bewohner haben sich von Patienten (1960^{er} und 1970^{er} Jahre) zu unabhängigen, selbstbestimmenden Senioren gewandelt, die bis an ihr Lebensende Kompetenzen entwickeln können. Seit der 1960^{er} Jahre haben sich Alterstheorien entwickelt, die sich hauptsächlich mit dem *erfolgreichen Altern* – *successfull aging* beschäftigen, und auch wenn sie ursprünglich mehrheitlich in Amerika oder Großbritannien entstanden sind, so wurden sie nach und nach von europäischen Theoretikern an die europäischen Verhältnisse angepasst und von der westeuropäischen Altenpopulation übernommen.

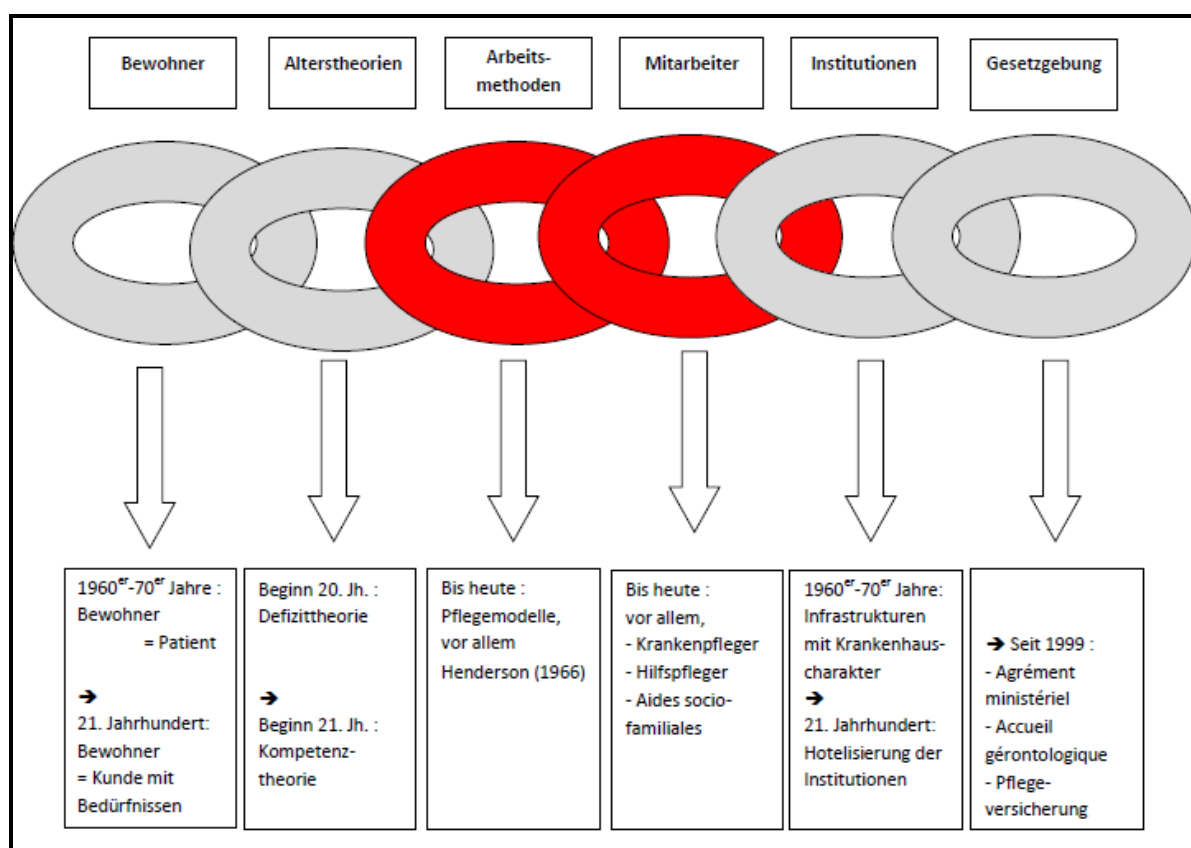


Abbildung 9: Entwicklung der Altenpflege in den letzten 50 Jahren (Eigene Darstellung).

Auch die Alten- und Pflegeheime haben sich an dieser Entwicklung beteiligt. Aus den krankenhaushähnlichen Infrastrukturen mit sterilen Mehrbettzimmern wurden komfortable Wohneinheiten mit Einzelzimmern und integrierten Sanitäranlagen. Außerdem gibt es seit

Ende der 1990^{er} Jahre gesetzliche Bestimmungen, welche den „accueil gérontologique“⁷⁷ und die ministeriellen Zulassungen (agréments ministériels) regeln.

Die zwei einzigen Elemente der Altenhilfe, die keine wirklich auffällige Wandlung durchgemacht haben, sind einerseits die Modelle bzw. Konzepte, nach welchen das Personal die Bewohner der modernisierten Institutionen pflegt und andererseits die Ausbildung des Personals (vgl. Abbildung 9): Es handelt sich immer noch um Pflegemodelle, die von, für die Krankenpflege ausgebildetem Pflegepersonal, umgesetzt werden. Besonders beliebt ist dabei das Pflegemodell von Virginia Henderson, welches von ihr in den 1960^{er} Jahren für die Krankenpflege entwickelt worden war. Dieses Pflegemodell bildet auch die Grundlage für die Ausbildung der Pflegekräfte in den luxemburgischen Schulen für Gesundheitsberufe (vgl. Kapitel 2.3.2).

Um mit der Entwicklung der Altenarbeit in den übrigen Bereichen mitzuhalten, und um besser auf die Bedürfnisse der Alten- und Pflegeheimbewohner eingehen zu können, müssten demnach zwei entscheidende Änderungen vorgenommen werden:

- Es müssen neue Modelle und/oder Konzepte entwickelt werden, die eine aktivierende, bedürfnis-, kompetenz- und präventionsorientierte Betreuung der Heimbewohner sicherstellen, so wie dies bereits in den Alterstheorien beschrieben wird.
- Die Ausbildung der Mitarbeiter der Alten- und Pflegeheime muss dahingehend angepasst werden, dass das Heimpersonal den Herausforderungen und Ansprüchen der Altenarbeit des 21. Jahrhunderts gewachsen ist und nicht vornehmlich im Bereich der Krankenpflege geschult wird.

⁷⁷ Die Zusatzleistungen für den Aufenthalt in Alten- oder Pflegeheimen („accueil gérontologique“) ist eine großherzogliche Verordnung vom 27. September 2004, betreffend die Ausführung des Gesetzes vom 30. April 2004, welches den Nationalen Solidaritätsfonds (Fonds national de solidarité - FNS), ermächtigt, sich an der Finanzierung der Dienstleistungen zu beteiligen, welche im Rahmen der Aufnahme in einem Altenheim, Pflegeheim oder sonstigen sozialmedizinischen Einrichtungen, die eine Tag- oder Nachtbetreuung gewährleisten, anfallen (vgl. Legilux, 2004, S. 2536 ff.).

5.1 Die Grundidee eines aktivierenden, kompetenz-, bedürfnis- und präventionsorientierten Modells

„En 2000, nous n'en sommes plus à donner un souffle à la vie dans l'institution, ou à occuper le résident, mais bien à définir à la fois un état d'esprit, un mode d'organisation interpersonnel, à apporter des réponses individuelles à des attentes, à créer une prise en charge préventive et à stimuler les plaisirs des résidents à la fois dans un but humaniste et pour des finalités économistes complexes qui permettent de conserver au résident un maximum d'autonomie, et à un établissement d'avoir des ‚clients‘ “ (Vercauteren & Hervy, 2009, S. 44).

Bereits im Jahr 2000 haben Vercauteren und Hervy auf die, sich ändernden Ansprüche der Heimbewohner hingewiesen und verdeutlicht, dass es zukünftig in den Altenhilfeeinrichtungen darum ginge autonomie-, kompetenz und bedürfnisorientiert zu arbeiten, um wettbewerbsfähig zu bleiben. In Luxemburg haben aber bis dato keine entscheidenden Änderungen im Altenhilfebereich stattgefunden. Die institutionelle Altenpflege wird immer noch ausschließlich nach Pflegemodellen, welche für die Krankenpflege entwickelt wurden, organisiert. Um den Entwicklungen der Alterstheorien, der Bedürfnisse der Heimbewohner und der Infrastrukturen der Institutionen, in Bezug auf ein „successfull aging“, gerecht zu werden, sollte ein neues Modell, welches sich weniger stark auf *Pflege* konzentriert und sich eher in Richtung *Betreuung* (fr. *encadrement*; engl. *support*) bewegt, ausgearbeitet werden. Die Mitarbeiter der Altenhilfeeinrichtungen sollen die Bewohner begleiten und sie im Alltag unterstützen, aber die Hauptakteure müssen die Bewohner bleiben. Grundsätzlich sollen Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstkontrolle im Mittelpunkt der Altenarbeit stehen und die Heimbewohner sollen nicht mehr wie vor etwa 50 Jahren – wie Kranke – gepflegt oder wie seit Ende der 1990^{er} Jahre – wie Hotelgäste – umsorgt werden, sondern sie sollen aktiv am Alltagsgeschehen teilnehmen und soweit es ihr Gesundheitszustand erlaubt, selbst Initiativen ergreifen.

Wichtig ist dabei, dass die Bewohner nicht als „Patient“ oder „Pflegefall“ und der Wohnbereich nicht als „Station“ angesehen werden, sondern dass die alten Menschen als individuelle Persönlichkeiten gelten, die zwar altersbedingte Schwächen und/oder Einschränkungen aufweisen, die aber auch Stärken haben, die es zu erhalten bzw. zu fördern gilt, damit diese Bewohner ein zufriedenes ausgefülltes Leben im Heim führen können.

Um möglichst viele sinnvolle Aktivitäten für die Bewohner zu schaffen, so dass diese sich einerseits nicht unnütz oder überflüssig fühlen, und dass sie andererseits gleichzeitig Fähigkeiten und Ressourcen bewahren bzw. fördern können, sollen die bisherigen zum Teil

passiven Pflegeinterventionen z.B. der Grundpflege, in Aktivitäten des Alltags umgewandelt werden, an denen sich die Heimbewohner aktiv beteiligen sollen. Diese Aufgaben sollen sich an den gesundheitlichen Voraussetzungen und an den Kompetenzen der Bewohner orientieren, um diese weder zu überfordern, noch zu unterfordern. Durch die Integration der Bewohner in den Pflegealltag, kann vermieden werden, dass den Bewohnern Aktivitäten angeboten werden, mit dem Ziel „tuer le temps“, un temps qui pourtant manque de plus en plus à la personne âgée, ce qui équivaudrait à dire que l'on « tue » doublement le résident!“ (Vercauteren und Hervy, 2009, S. 55).

Die Heimbewohner des 21. Jahrhunderts müssen verinnerlichen, dass ein erfolgreiches Altern als Prozess „of promoting gains and preventing losses“ (Freund & Baltes, 2007, S. 250) auch in Altenhilfeeinrichtungen im Mittelpunkt stehen soll, wobei es darum geht, die Autonomie der Bewohner zu fördern, Kompetenzen zu erhalten und Bedürfnisse zu erfüllen, und sich nicht mit dem „Verwalten“ von Defiziten und Verlusten zufrieden zu geben. Allerdings müssen die Senioren dann auch bereit sein sich neuen Herausforderungen zu stellen, um in den Genuss der Vorteile der Bedürfnisbefriedigung, der Aktivierung, des Kompetenzerhalts bzw. der Kompetenzförderung durch mehr bedeutsame Aktivitäten zu kommen und somit ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität zu steigern. Für Gatterer (1996) ist es keine Frage, ob die alten Menschen sich den Anforderungen stellen *wollen* oder *können*, seiner Meinung nach „*müssen* auch an den älteren Menschen Anforderungen gestellt werden, um ihm ein möglichst gesundes, erfolgreiches und zufriedenes Altern zu ermöglichen.“ (S. 483).

5.2 Zielpopulation

Ein bedürfnis- und kompetenzbezogenes Modell kann in allen Bereichen der Altenarbeit eingesetzt werden, d.h. sowohl in Altenheimen (CIPAs) als auch in Pflegeheimen (Maisons de Soins). Wichtig ist, dass die Bewohner und/oder deren Angehörige die Neuorientierung des Betreuungsmodells verstehen und sich damit auseinandersetzen. Eine der größten Herausforderungen besteht darin, die alten Menschen zu stimulieren und zu motivieren, so dass sie sich nicht an ihren Defiziten orientieren und sich als „Pflegelast“ sehen, sondern ihre nützlichen Seiten, ihre Selbstständigkeit und ihre Individualität in den Vordergrund rücken, wobei sie sich eingestehen sollen, dass sie zwar Unterstützung im Alltag brauchen, aber noch fähig sind selbst Aktivitäten durchzuführen, ganz gleich wie minimal ihr dazu geleisteter Beitrag ist.

Demnach gehören zur Zielgruppe auch die Bewohner mit Demenz, denn heute geht die Wissenschaft davon aus, dass auch Menschen mit einer Demenzerkrankung ein „subjektiv erfülltes und zufriedenstellendes Leben führen“ (Bär, 2010, S. 33) können, und dass sinnvolle Aktivitäten, die physischen Prozesse positiv beeinflussen können, im Gegensatz zum klassischen medizinischen Modell der Demenz, welches von „irreversiblen, psychologisch nicht beeinflussbaren Abbauprozessen im Gehirn“ (Bär, 2010, S. 33) ausgeht. Es geht darum, den Bewohnern mit Demenz ein „möglichst sinnerfülltes und zufriedenstellendes Leben“ zu ermöglichen (vgl. Bär, 2010, S. 33).

5.3 Der konzeptionelle Rahmen

5.3.1 Ein neuer Name für ein neues Modell

“If you can’t name it, you can’t control it, finance it, research it, teach it, or put it into public policy” (Clark & Lang, 1992, S. 109). Dieses Zitat von Clark und Lang (1992) bringt auf den Punkt, warum die Veränderung der Inhalte des Modells auch eine Änderung seines Namens erfordert, denn wie kann man die Umsetzung eines Modells kontrollieren, finanzieren, analysieren oder die Öffentlichkeit dafür begeistern, wenn man keinen konkreten Namen für das hat, was man vermitteln oder durchsetzen will. Die Änderung des Namens bietet die beste Möglichkeit Aufmerksamkeit bei den Bewohnern, bei den Mitarbeitern und in der Öffentlichkeit zu erregen, denn eine Namensänderung setzt ein Zeichen, sie zieht die Aufmerksamkeit auf das Modell. Ein Name bedeutet eine Identität geben, seine Einzigartigkeit nach außen darstellen. „Denn ohne Einzigartigkeit entsteht keine Alleinstellung und damit nichts ‚Besonderes‘, was ein Produkt, eine Marke oder ein Unternehmen auszeichnen könnte. Und ohne dieses ‚Besondere‘ sind Eigenschaften austauschbar und es stellt sich sehr schnell die Frage nach der Existenzberechtigung und damit nach dem Erfolg“ (Halek & Nyiri, 2002, S. 21).

Ein neuer Name⁷⁸ in welchem das Wort „*Pflege*“ durch den Begriff „*Betreuung*“ ersetzt wird, ist eine Alternative. Ein Namenswechsel, weg vom *Pflegemodell* hin zum *Betreuungsmodell*, würde auf Anhieb klarstellen, dass ein Mentalitätswechsel stattgefunden hat. Nicht mehr die

⁷⁸ Erwin Böhm hatte bereits Ende des 20. Jahrhunderts bei der Entwicklung seines Pflegemodells in Erwägung gezogen eine Namensänderung vorzunehmen und es nicht mehr als Pflegemodell, sondern als „dynamische Systemtheorie“ zu bezeichnen. Aber er hat davon abgesehen „um nicht noch mehr Verwirrung bezüglich der heutigen Pflgeterminologie herzustellen“ (Böhm, 2004a, S. 49).

Pflege, im Sinne der Krankenpflege (Defizitmodell), sondern die *Betreuung* im Sinne der Begleitung und der Förderung der Bewohner (Kompetenzmodell) soll im Mittelpunkt stehen.

Damit der Name des Modells seinen Zweck erfüllt, muss er sich mit dem Inhalt des Modells identifizieren. So hat das Wort *Pflegemodell* initial genau das ausgedrückt, was seine Hauptbestimmung war, nämlich die *Pflege* von Kranken zu organisieren und zu strukturieren und den zukünftigen Pflegenden als Studiervorlage zu dienen. Genau das war es, was die Pioniere der Pflegemodelle (Nightingale, Orem, Henderson, usw., die selbst in der Krankenpflege beschäftigt waren) mit der Einführung ihrer Pflegemodelle erreichen wollten. Für sie stand bei der Entwicklung ihrer Modelle, die Pflege von Kranken und die Ausbildung von Krankenpflegern im Mittelpunkt. Und auch heute noch, wird das Wort *Pflege*, (bewusst oder unbewusst), im Sprachgebrauch bei seinen meisten Anwendungen in Zusammenhang mit Krankheit, Krankenhaus, Immobilität, Pflegebedürftigkeit, Hilflosigkeit, usw. benutzt und auch laut Duden ist die erste Bedeutung des Wortes *pflegen* „sich sorgend um jemanden [der krank, gebrechlich ist] bemühen, um ihn in einen möglichst guten [gesundheitlichen] Zustand zu bringen oder darin zu erhalten“ (Dudenredaktion, o.D.).

Betreuen hingegen bedeutet, „vorübergehend in seiner Obhut haben, in Obhut nehmen; für jemanden, etwas sorgen“ oder „ein Sachgebiet o. Ä. fortlaufend bearbeiten; die Verantwortung für den Ablauf von etwas haben“ (Dudenredaktion, o.D.), wobei *Obhut* durch „fürsorglicher Schutz, Aufsicht“ (vgl. Dudenredaktion, o.D.) ersetzt werden kann. Demnach kann *Betreuung* (in diesem Modell), so erklärt werden, dass die Bewohner unter der fürsorglichen Aufsicht oder dem Schutz der Mitarbeiter Aktivitäten ausüben und sie diese Ausübung durch die fachliche Unterstützung des Personals fortlaufend verbessern („bearbeiten“), wobei das Personal die Verantwortung dafür übernimmt, dass die Aktivitäten die Bewohner weder über- noch unterfordern. Das heißt, das Betreuungsmodell übernimmt die Funktion eines Begleitmodells, wo die Mitarbeiter der Institutionen nur eingreifen, wenn es notwendig ist.

Im Gegensatz zum Ausdruck *Pflege-Modell*, welches eher auf die Defizite bzw. Verluste der Bewohner hinweist (Hilfe bei Krankheit, Schwäche, usw.), soll das *Betreuungs-Modell* also auf ihre Kompetenzen, auf die Anregung ihrer „Selbsthilfekräfte“ („Hilfe durch Selbsthilfe“) hinweisen: „So viel Hilfe wie nötig und so wenig Hilfe wie möglich!“ (Charlier, 2001, S. 100).

5.3.2 Die Bausteine des Betreuungsmodells

Im Betreuungsmodell geht es darum, den Heimbewohnern zu ermöglichen, bei möglichst hoher Lebensqualität lange autonom und selbstbestimmt zu bleiben, d.h. die Phase von Krankheit, Gebrechlichkeit und/oder Pflegebedürftigkeit auf ein Minimum zu reduzieren und ihr Wohlbefinden und ihre Lebenszufriedenheit zu bewahren bzw. zu steigern. Dabei stellen die Aktivierung, der Autonomieerhalt bzw. Autonomieförderung, die Bedürfnisbefriedigung, der Erhalt bzw. die Förderung der Kompetenzen der Heimbewohner sowie die Präventionsmaßnahmen vor neu auftretenden und/oder fortschreitenden Einschränkungen oder Erkrankungen, Grundelemente wie Teile eines Puzzles dar, die die Gesamtheit der Betreuung bzw. des Betreuungsmodells ausmachen und die allesamt das gleiche Ziel verfolgen, nämlich die Lebensqualität (vgl. Kapitel 1.2.5) der Heimbewohner positiv zu beeinflussen.

Bildliche Darstellung des Betreuungsmodells

Die bildliche Darstellung des Betreuungsmodells soll einen Gesamtüberblick über die eng zusammenhängenden Dimensionen des Modells ermöglichen. Der wichtigste Aspekt besteht darin, zu veranschaulichen, dass das neue Modell kein schwer verständliches, kompliziertes⁷⁹ Betreuungssystem ist, sondern die bildliche Ausführung soll auf einen Blick verdeutlichen, dass *die Betreuung der Heimbewohner* im Mittelpunkt steht.

Die Darstellung erfolgt anhand eines Konstruktes, welches in seiner Gesamtheit die Altenhilfeeinrichtung mit ihren wichtigsten Komponenten darstellt:

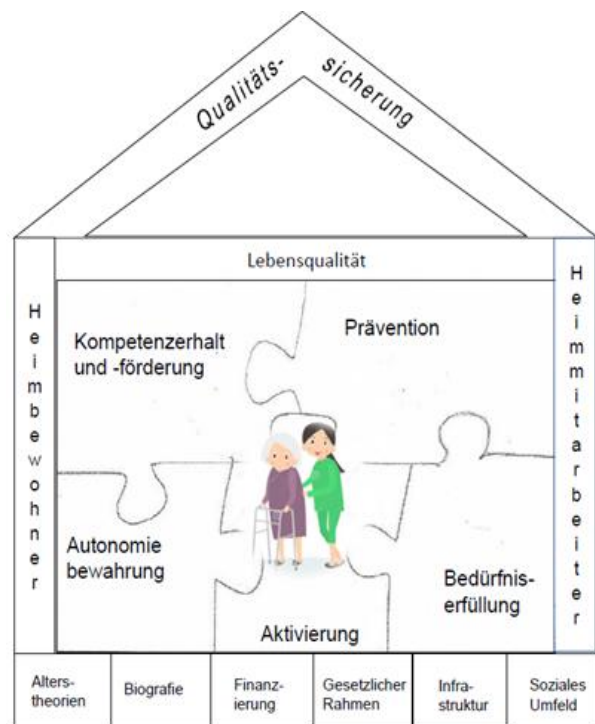


Abbildung 10 : Darstellung des Betreuungsmodells (Eigene Darstellung).

⁷⁹ Aus vielen Einzelheiten bestehend und daher schwer zu durchschauen und zu handhaben (Dudenredaktion, o.D.).

Das *Fundament* des Gebildes besteht aus den Elementen, die ausschlaggebend sind für ein qualitativ hochwertiges Leben in einer Altenhilfeeinrichtung; da sie entweder Teil des Lebens der Bewohner sind oder das Leben in der Institution regeln oder beeinflussen.

Das „*Mauerwerk*“ des Konstruktes stellt die wichtigsten Komponenten einer Altenhilfeeinrichtung dar: die Heimbewohner mit ihren individuellen Wertvorstellungen und die Heimmitarbeiter, die dafür sorgen sollen, dass das Betreuungskonzept zum Wohle der Bewohner umgesetzt wird und die Lebensqualität entsprechend positiv beeinflusst wird. Das Dach „sichert“ die Qualität der Leistungen und repräsentiert die Qualitätssicherung der angebotenen hochwertigen Dienstleistungen im Rahmen des Betreuungsmodells (vgl. Abbildung 10).

Die Innenausrichtung des Konstruktes stellt die verschiedenen Bausteine des Betreuungsmodells in Form von Puzzleteilen dar. So wird auf die Flexibilität des Modells und auf das Zusammenspiel der Bausteine hingewiesen. Durch das Zusammenfügen der verschiedenen Puzzleteile entsteht ein Gesamtbild. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass ein Puzzleteil einfach nicht mehr passt, z.B. wenn durch Verschlechterung des Allgemeinzustandes, wie z.B. in der Sterbephase (vgl. Kapitel 5.9.4) oder durch Koma, der Kompetenzerhalt nicht mehr möglich ist. Dann entsteht zwar eine Lücke im Gesamtbild, aber die verbleibenden Teile behalten trotzdem ihre Wichtigkeit und man kann die Lücke jederzeit wieder mit dem aussortierten Puzzleteil füllen, wenn sich die Möglichkeit ergibt (z.B. wenn sich der Bewohner erholt).

5.3.2.1 Aktivierung (Aktivierende Betreuung)

Synonyme für *aktivieren* sind *aktiv werden, anregen, anspornen, anstacheln, antreiben, auffrischen, aufmuntern, beleben, mobilisieren, stimulieren* (vgl. Dudenredaktion, o.D.). Wie wichtig Aktivierung und Stimulierung im Allgemeinen und auch für Heimbewohner sind, zeigten bereits Experimente (vgl. Kapitel 4.5) wie die „sensorische Deprivationsstudie“ oder „perzeptive Isolationsstudie“ von Bexton, Hebb, Heron, und Scott aus den 1950^{er} Jahren (vgl. Lefrancois, 1986, S. 77). Für Frühsammer (2003) zeigt das Ergebnis dieser Studien bzw. dieser Experimente, dass der menschliche Körper verschiedene Reize braucht und er schließt daraus, dass es manchen Heimbewohnern so ergeht, wie den Probanden aus den Studien, da zeitweilig „Heimbewohner ohne die taktilen und visuellen Wahrnehmungen leben müssen. Menschen, die regungslos in ihren Betten dahin vegetieren. Menschen die durch starke körperliche Einschränkungen keine eigenständige Wahrnehmung mehr haben und ohne eigene Reize sind. Reize können durch Aktivierung ausgelöst werden“ (Frühsammer,

2003). Demnach muss man davon ausgehen, dass die Aktivierung, sei sie auch noch so gering, z.B. nur Berührungen, Massage, Blickkontakte, usw. sowohl physische wie auch psychische Reflexe auslösen kann und der menschliche Körper diese braucht, um zu funktionieren.

Zur Zeit wird hauptsächlich durch die, in den Heimen angebotenen Animations- oder Freizeitangebote versucht, die Bewohner zu aktivieren. Diese Aktivitäten erfüllen ein Basisangebot, so wie es z.B. der „accueil gérontologique“ vorsieht. Aber solche Angebote reichen für eine fördernde Aktivierung im Sinne von Mobilitätserhalt oder Kompetenzerhalt nicht aus. Nach Abt-Zegelin (2013a) sind sie nur „Beiwerk, sie bringen kaum etwas, wenn der Pflegealltag eher die Passivität begünstigt“ (S. 30).

Die Aktivitäten, die sich demnach als Aktivierungsmaßnahmen anbieten, sind an erster Stelle die Aktivitäten des alltäglichen Lebens, die aktuell für pflegebedürftige Bewohner zur täglichen Grundpflege (pflegerische Interventionen durch Pflegepersonal) oder zu den hauswirtschaftlichen Aufgaben (Betten machen, Tisch eindecken, usw. durch Hauswirtschaftspersonal) zählen, die aber einen großen Einfluss auf die individuelle Bedürfnisbefriedigung und auf psychologische Effekte wie Steigerung der Autonomie, der Selbstbestimmung bzw. der Selbstachtung haben könnten. Im neuen Modell gilt es die Bewohner an diesen Aktivitäten zu beteiligen bzw. verstärkt einzubinden, da diese Aufgaben zum einen sinnvoll und nützlich sind, und zum andern eine Vielfalt an motorischen Fähigkeiten stimulieren, die sonst über monotone Übungen durch weiteres Personal, als Rehabilitationsprogramm, ausgeführt werden müssen. „Einem alten Menschen aus einem falschverstandenen Berufsverständnis oder aus Zeitersparnisgründen die Tätigkeiten abzunehmen, die er noch selbstständig ausführen kann, wird auf Dauer zum Verlust dieser Fähigkeiten führen. Über einen längeren Zeitraum gesehen, entwickelt sich dadurch ein komplexes, sozusagen „hausgemachtes“ Problem mit vermehrtem Pflegeaufwand“ (Forst, 2011, S. 888).

Eine verbesserte Aktivierung kann demnach dazu beitragen, dass Bewohner weniger oder weniger schnell pflegebedürftig werden. Aber Aktivierung darf auch nicht missverstanden und als Wundermittel angepriesen werden, so dass die Bewohner glauben, dass sie durch Aktivierung von allen Symptomen oder Pathologien geheilt oder befreit würden, denn verschiedene Schwächen oder Einschränkungen können zwar durch Aktivierung minimiert oder der Gesundheitszustand verbessert werden, aber eine Garantie für die Wiederherstellung des Urzustandes gibt es nicht (vgl. Sirsch, 2011, S. 101f.).

5.3.2.2 Autonomieerhalt und/oder Autonomieförderung

Das Wort *Autonomie* setzt sich zusammen aus den griechischen Wörter *auto* (= selbst) und *nomos* (= Gesetz) und heißt somit wörtlich übersetzt *Selbstgesetzgebung*, *Eigengesetzlichkeit* oder *Selbstbestimmung* (vgl. Pohlmann, 1971, S. 702). Andere Begriffe, die häufig synonym mit *Autonomie* gebraucht werden, sind *Eigenständigkeit*, *Eigenverantwortlichkeit* und *Selbstverwaltung* (vgl. Dudenredaktion, o. D.). Abstand nehmen sollte man aber, laut Bremer (2005), von der Gleichsetzung der Begriffe *Autonomie* und *Selbstständigkeit*, insbesondere in Bezug auf alte, kranke und/oder pflegebedürftige Menschen, denn nach Bremer (2005) kann man sehr wohl autonom sein bzw. selbstbestimmt handeln, d.h. in der Lage sein, Entscheidungen auf der Grundlage eigener Wertvorstellungen zu treffen, wenn man unselbstständig ist und nicht mehr fähig ist, sein Leben aus eigener Kraft zu führen und/oder auf die Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen ist (vgl. Fenchel & Brandenburg, 1999, S. 25; Bremer, 2005, S. 33).

Bei Autonomieerhalt bzw. Autonomieförderung, wie sie laut Betreuungsmodell umgesetzt werden soll, geht es darum die Ressourcen, die die Heimbewohner für den Erhalt der Selbstbestimmung, der Eigenständigkeit, der Eigenverantwortlichkeit und/oder der Selbstverwaltung benötigen, zu bewahren bzw. zu fördern. Nach Kuhlmeiy und Tesch-Römer (2013) war die Altersforschung in den vergangenen Jahrzehnten entweder auf ein „erfolgreiches Altern“ in Verbindung mit dem Vermeiden von Erkrankungen oder mit der „Entstehung von Erkrankungen sowie krankheitsbezogenen Interventionen fokussiert“ (S. 9). Dabei ist die Wichtigkeit des Autonomieerhalts bzw. der Autonomieförderung scheinbar in den Hintergrund gerückt (vgl. Kuhlmeiy & Tesch-Römer, 2013, S. 9) und dies, obwohl die Bedeutsamkeit der Autonomie alter Menschen seit langem bekannt ist, denn bereits Langer und Rodin (1976) hatten diese Tatsache in einer Studie⁸⁰ belegt. Mittlerweile haben weitere

⁸⁰ “A field experiment was conducted to assess the effects of enhanced personal responsibility and choice on a Group of nursing home residents. It was expected that the debilitated condition of many of the aged residing in institutional settings is, at least in part, a result of living in a virtually decision-free environment and consequently is potentially reversible. Residents who were in the experimental group were given a communication emphasizing their responsibility for themselves, whereas the communication given to a second group stressed the staff’s responsibility for them. In addition, to bolster the communication, the former group was given the freedom to make choices and the responsibility of caring for a plant rather than having decisions made and the plant taken care of for them by the staff, as was the case for the latter group. Questionnaire ratings and behavioral measures showed a significant improvement for the experimental group over the comparison group on alertness, active participation, and a general sense of well-being” (Langer & Rodin, 1976, S. 191).

Autoren, wie z.B. Kruse, Kröhn, Langerhans und Schneider (1992); Bremer (2005) oder Brandenburg (2005), u.a., es geschafft, auf die Wichtigkeit von Autonomieerhalt bzw. -förderung von Heimbewohnern in Bezug auf die Steigerung derer Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit nach dem Umzug in eine Altenhilfeeinrichtung, aufmerksam zu machen.

Damit die Heimbewohner autonom bleiben, ist die diesbezügliche Zielsetzung des neuen Modells, einerseits die individuellen Fähigkeiten („Einsichts-, Entscheidungs- und Denkfähigkeit“) der Bewohner zu erhalten und andererseits situative Voraussetzungen zu schaffen, damit ihnen Wahlalternativen bzw. Entscheidungs- und Handlungsfreiheiten zur Auswahl stehen. Es geht demnach darum, die Ressourcen zu bewahren oder zu fördern, die eine selbstbestimmte Lebensgestaltung dieser alten, oft mehrfach erkrankten und/oder pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, denn besonders die „Multimorbidität stellt eine Herausforderung für den Erhalt der Autonomie alter Menschen dar“ (Kuhlmey & Tesch-Römer, 2013, S. 17).

Zumal Autonomieerhalt oder Autonomieförderung zuweilen auch die Betreuer vor das Dilemma stellt, sich zwischen Autonomieerhalt bzw. Autonomieförderung und Verantwortlichkeit bzw. Fürsorglichkeit entscheiden zu müssen. Dieser existenzielle Widerspruch tritt dann ein, wenn Bewohner durch zunehmende physische Einschränkungen, fortschreitende psychische Erkrankungen und/oder der Minderung geistiger Fähigkeiten, z.B. bei Demenz im fortgeschrittenen Stadium, in ihrer Wahlfreiheit und/oder Selbstbestimmung eingeschränkt werden, bzw. „nur sehr begrenzt in der Lage sind, ihre Autonomie auch selbstverantwortlich zu leben“ (Heimerl, 2016, S. 278). Dieser Widerspruch betrifft, laut Heimler (2016), das Gesundheitswesen und die Gesellschaft generell, tritt aber in Altenhilfeeinrichtungen, bedingt durch die hohe Zahl an pflegebedürftigen Bewohnern deutlicher hervor. Loewy (1989) spricht hier von Dialektik zwischen Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit (vgl. S. 70). “In society at large and in medical practice, there is an ongoing dialectic between autonomy on the one hand and paternalism (couched in terms of responsibility) on the other. Autonomy seeking to maximize personal moral agency, and responsibility, as an expression of benevolence, both have their place. Neither can become a moral obsession” (Loewy, 1989, S. 70). Allerdings muss sicher gestellt werden, dass „auf Grund objektiver Assessments Informationen über körperliche, soziale und psychologische Faktoren angemessen erfasst sind“ (Brandenburg, 2005, S. 37), um einschätzen zu können, inwieweit kognitive Einschränkungen vorhanden sind, die zu Fehlurteilen führen können und inwieweit die Bewohner somit die Folgen ihrer Handlungen noch absehen können. Es muss sicher gestellt werden, dass nicht den Heimbewohnern Unfähigkeit zur Autonomie oder

fehlende Entscheidungskompetenz unterstellt wird, nur weil ihr Verhalten im Heimalltag als unpopulär bzw. unzweckmäßig gilt oder die Routine der Einrichtung stört.

Um die Selbstbestimmung der betroffenen Bewohner, deren Entscheidungskompetenz krankheitsbedingt minimiert wird, trotzdem zu fördern, spricht der Deutsche Ethikrat (2012) von „assoziierter Selbstbestimmung“, wobei biografieorientierte Wahrnehmungen, Bezugspersonen oder Angehörige mit in die Entscheidungen eingebunden werden. Aber auch hier gilt es, nach Brauer und Strub (2016) zu beachten, dass diese einbezogenen Begleitpersonen nicht unbedingt die Ressourcen der betroffenen Heimbewohner vertreten, sondern auch eigene Bedürfnisse, Interessen oder Überzeugungen verfolgen können, die dann wiederum die Autonomie der Bewohner einschränken können (vgl. Kapitel 5.13; vgl. Brauer & Strub, 2016, S. 58; Deutscher Ethikrat, 2012, S. 50).

Der Leitgedanke in Bezug auf den Autonomieerhalt muss demnach sein, aus den vorhandenen „personalen, sozioökonomischen, sozialen und räumlichen sowie medizinischen, pflegerischen und institutionellen Faktoren“ (Kuhlmey & Tesch-Römer, 2013, S. 10) und den individuellen Ressourcen der Heimbewohner, Maßnahmen zu entwickeln, die die alten Menschen darin unterstützen mit einem Höchstmaß an Selbstbestimmung leben zu können.

5.3.2.3 Bedürfniserfüllung

Laut Gatterer (2015a) beziehen sich die Bedürfnisse von Senioren immer mehr auf das Individuum selbst (werden immer individueller) „mit neuen Werten, Normen, Rollen und Einstellungen zum Leben. Der ältere Mensch sieht sich auch immer mehr als Kunde im Gesundheitswesen“ (S. 38) und stellt, besonders in Altenhilfeeinrichtungen „als zahlender Klient“ (vgl. Vercauteren & Hervy, 2009, S. 44) auch vermehrt Anforderungen damit seine Bedürfnisse erfüllt werden, zumal die Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse, um die es in erster Linie geht, vor allem Bedürfnisse des alltäglichen Lebens sind, welche auch schon während früheren Lebensphasen bestanden haben. Die Erfüllung dieser zentralen menschlichen Bedürfnisse müssen insbesondere in der Lebensphase „Alter“ an die, mit dem Altersprozess verbundenen, spezifischen Merkmale (soziale Veränderungen, Einschränkungen, Verluste, usw.) angepasst werden (vgl. Kapitel 4.6.2).

Eine bedeutsame Aufgabe im Betreuungsmodell wird sein, diese individuellen, recht persönlichen Bedürfnisse zu erfassen. Dabei ist es wichtig, dass sich die Betreuer nicht durch Kommunikationsprobleme fehlleiten lassen oder durch „eigene Normen, Wünsche, Bedürfnisse, ethische Überlegungen, aber auch gesellschaftliche und organisatorische

Faktoren“ ablenken lassen. Es wird darum gehen, die Bedürfnisse der Heimbewohner bestmöglich zu erfassen und deren Erfüllung in die Aktivitäten des Alltags einfließen zu lassen, auch wenn man besonders bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Erkrankungen manchmal an Grenzen stoßen wird (vgl. Gatterer, 2015a, S. 42). Dabei dürfen sich die Betreuer nicht zu sehr auf den Erhalt der Normalität (aus den biografischen Daten) der Bewohner fixieren, denn im Rahmen des Alterungsprozesses oder eines Krankheitsprozesses kann eine Person durchaus neue Vorgaben oder Vorlieben für die Erfüllung von Bedürfnissen entwickeln, die nicht mehr mit den früheren Befriedigungen dieser Bedürfnisse übereinstimmen (vgl. Gatterer, 2015a, S. 40; Huber, 2005, S. 39). „Mittels solcher Überlegungen kann es gelingen, auch bei Menschen mit Demenzerkrankungen bedürfnisorientiert zu betreuen. Das erfordert jedoch ein Umdenken vom Prinzip der ‚Bewahrung der Normalität‘ hin zum Prinzip der ‚Bewahrung der Lebensqualität‘.“ (Gatterer, 2015a, S. 42).

5.3.2.4 Kompetenzerhalt, Kompetenzförderung

Die Ansicht, dass man Alten- und/oder Pflegeheime nicht nur als Orte betrachten soll, an denen die Bewohner den letzten Abschnitt ihres Lebens verbringen, sondern dass die alten Menschen dort die Möglichkeit haben ihre Kompetenzen zu bewahren oder noch neue Fähigkeiten zu entwickeln und so ihrem Leben mehr Sinn geben können, bzw. ihre Selbstständigkeit, ihre Selbstbestimmung und ihr Selbstwertgefühl zu steigern, ist noch nicht allzu verbreitet. Daher ist es wichtig, eine Grundlage zu schaffen, damit Kompetenzerhalt und Kompetenzförderung in Altenhilfeinstitutionen zur Selbstverständlichkeit werden können.

Um Kompetenzen zu erhalten oder zu fördern, müssen keine außergewöhnlichen Bedingungen erfüllt werden, denn diese Maßnahmen sind in allen, den alten Menschen zugänglichen Bereichen, möglich, so zum Beispiel bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme, bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, usw. Jeder Kompetenzerhalt bzw. jede Kompetenzsteigerung, sei sie auch noch so gering, kann als Erfolg gewertet werden.

Laut Theunissen (2002) entwickeln sich Kompetenzen im Alter besonders dadurch, dass sich die alten Menschen verstärkt mit den Ansprüchen ihrer Umgebung auseinandersetzen und sich dadurch stimulieren lassen. Demnach ist Kompetenzerhalt/Kompetenzförderung ein Zusammenspiel bestehend aus situationsbezogenen Forderungen an die Bewohner, aus dem Versuch der Erfüllung ihren eigenen Bedürfnisse und aus vorhandenen oder abrufbaren Fähigkeiten zur Ausführung verschiedener Tätigkeiten (vgl. S. 38).

Der Erhalt oder die Förderung der Kompetenzen bedeutet demnach, die Fähigkeiten bei den Bewohnern „freizulegen“, welche gemäß ihrem Gesundheitszustand noch vorhanden und umsetzbar sind; aus verschiedenen Gründen aber vernachlässigt, verschüttet oder bisher nicht entdeckt worden sind. Es geht also darum den Bewohnern die Gelegenheit zu geben, sich Situationen zu stellen, an die sie sich, aus Krankheits- oder Altersgründen, nicht mehr herangewagt haben, die sie aber, wenn auch vielleicht mit etwas Unterstützung durch Pflegenden, zu leisten imstande sind. Solche kompetenzerhaltenden Tätigkeiten fördern nicht nur den Gesundheitszustand (Prävention vor fortschreitenden Einschränkungen) der Heimbewohner, sie steigern auch das Selbstvertrauen und die Selbstachtung der alten Menschen.

Leider sind laut Horn und Schaeffer (2011) aber nicht alle Institutionen an Kompetenzförderung ihrer Bewohner interessiert, da bei einer knallharten Finanzberechnung, viele Aktivitäten der Kompetenzförderung nicht im Leistungskatalog der Pflegeversicherung verankert sind und somit kein Geld einbringen. Demnach ist die erfolgreiche Umsetzung der Kompetenzförderung eng an die Finanzierung der Institutionen gekoppelt und die Gefahr besteht, dass das System der Pflegekassen indirekt eher „Pflegebedürftigkeit unterstützt und nicht die Selbstständigkeit der Bewohner fördert“ (Horn & Schaeffer, 2011, S. 19). Allerdings kann es auch sein, dass hier der Dialog zwischen den Institutionen und den Sozialkassen fehlt, eine Tatsache, die verhindert, dass alle an einem Strang ziehen können.

In Luxemburg, zum Beispiel, sind die Mitarbeiter der Altenhilfeinstitutionen gesetzlich verpflichtet, den Bewohnern täglich die Betten zu machen, egal ob sie dies noch eigenständig erledigen können oder nicht. Hier handelt das Ministerium mit Sicherheit kontraproduktiv zum Konzept der Kompetenzbewahrung oder der Kompetenzförderung, aber nicht im Zusammenhang mit Finanzberechnungen, sondern wohl eher aus fehlenden Informationen betreffend die wissenschaftlichen Entwicklungen und Erkenntnisse im Altenhilfebereich (vgl. Legilux, 2004, S. 2538). Bei der, im neuen Modell, geforderten verstärkten Eigenbeteiligung am Heimaltag, geht es sicher nicht darum, Arbeitskräfte einzusparen, sondern die Mitarbeiter sollen die Bewohner begleitend bei der Ausführung, z.B. von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, unterstützen, so dass diese sich aktiv beteiligen können ohne sich dabei zu überfordern und so ihre Kompetenzen möglichst lange bewahren, da diese ihre Autonomie, ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstachtung und folglich Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit steigern.

5.3.2.5 Prävention

„In der Biomedizin und den Gesundheitswissenschaften versteht man unter Prävention die Gesamtheit aller Maßnahmen, die eine gesundheitliche Schädigung gezielt verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder ihren Eintritt verzögern. Präventive Eingriffe sollen das Risiko des Neuauftretens von Krankheiten, von Behinderungen oder eines vorzeitigen Todes senken, und sie sollen dazu beitragen, Selbstständigkeit im fortschreitenden Alter möglichst lang zu erhalten“ (Franzkowiak, 2008, S. 195). Die Bedeutung von Präventionsmaßnahmen in der Altenarbeit wird immer stärker thematisiert. Selbst die Weltgesundheitsorganisation weist mittlerweile auf die Wichtigkeit von „Prävention im Alter“ hin und klärt auf über die Zusammenhänge von Prävention und Elementen zum Steigern von Wohlbefinden und Lebensqualität im Alter, wie zum Beispiel ein verbesserter Gesundheitszustand, gesteigerte Wertschätzung, mehr Autonomie und verstärkte soziale Beziehungen (vgl. Schüz & Wurm, 2009, S. 160).

Demnach zählen in Zukunft die alten und sehr alten Menschen verstärkt zu den Zielgruppen für Prävention (vgl. Sirsch, 2011, S. 99). Allerdings wird es bei dieser Zielpopulation nicht nur darum gehen, Krankheiten vorzubeugen, sondern auch der Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegenzuwirken, denn so können Präventionsmaßnahmen auch noch bei sehr alten, bereits erkrankten und/oder pflegebedürftigen Menschen Sinn machen. Die Mitarbeiter der Alten- und Pflegeheime werden sich somit zukünftig verstärkt mit dem Thema Prävention auseinandersetzen müssen, da durch Prävention, zum einen Schmerzen, Krankheiten, Körperschädigungen, usw., bei den Bewohnern reduziert werden können und zum anderen die Gesundheits- und Pflegekassen entlastet werden, da die Verzögerung oder das Verhindern von gesundheitlichen Verschlechterungen, die Kassen weniger belastet.

Marc Fischbach, Präsident des Dachverbandes der luxemburgischen Pflegedienstleiter (COPAS⁸¹) unterstreicht ebenfalls die Wichtigkeit von Prävention in der luxemburgischen Altenhilfe, einerseits zum Wohle der alten Menschen und zum anderen im Hinblick auf die Entlastung des Budgets der Pflegeversicherung (vgl. Molitor, 2014, S. 10).

Prävention und die zuvor erwähnten Zielsetzungen des neuen Betreuungsmodells, wie die Aktivierung und die Kompetenzförderung hängen eng zusammen, da bereits durch deren Erfüllung, ein Teil der Präventionsmaßnahmen automatisch erfüllt wird. Denn jede körperliche Bewegung oder Aktivität, und sei sie auch noch so gering, kann als Präventionsmaßnahme gewertet werden, z.B. gegen Dekubitus, Obstipation, Stürze, Thrombosen, Vereinsamung, usw.

⁸¹ Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins

Auch wenn Horn und Schaeffer (2011) darauf hinweisen, dass Prävention oder „Gesundheitsförderung“ in Langzeiteinrichtungen immer schwieriger wird, da mittlerweile „die Kränksten der Kränksten in die Einrichtungen kommen“ (S. 19), so muss man doch darauf verweisen, dass auch bei Menschen mit erheblichen physischen und kognitiven Behinderungen oder Einschränkungen durch angepasste Vorbeugemaßnahmen „wie der geriatrischen Rehabilitation“ (Schüz & Wurm, 2009, S. 160) und/oder fördernden Pflege- und Betreuungsmaßnahmen durchaus gesundheitliche Verbesserungen möglich sind. Außerdem darf nicht vergessen werden, dass Prävention auch Maßnahmen betrifft, wie zum Beispiel das Vorbeugen von Wundliegen oder Druckgeschwüren durch eine angepasste Lagerung; das Vorbeugen gegen grippale Infekte oder Lungenentzündungen durch rechtzeitige Impfungen oder präventive Zahn-, Gehör- oder Augenkontrollen, usw., um weitere Schmerzen von den bereits schwerkranken, pflegebedürftigen und/oder dementen Bewohnern, die ihr Schmerzempfinden oftmals nicht mehr selbst äußern können, fernzuhalten.

Mittlerweile unterscheidet man vier verschiedene Formen von Prävention (vgl. Abbildung 11) mit unterschiedlichen zeitlichen Abläufen und unterschiedlichen Zielen:

Präventionsstufen	zeitlicher Beginn	Ziel
Primäre Prävention	vor dem Auftreten einer Krankheit	Erhalt der Gesundheit
Sekundäre Prävention	frühes Stadium einer Krankheit (oft noch kein Krankheitsgefühl)	Früherkennung von Krankheiten; Verhinderung des Fortschreitens oder des überdauernden Auftretens einer Krankheit
Tertiäre Prävention	fortgeschrittenes Stadium einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden, Rückfällen und Komplikationen; Minimierung von Risikofaktoren und Verschlechterungen
Quartäre Prävention	krankheitsabhängig	Verhinderung unnötiger medizinischer Interventionen; Vermeidung unnötiger Polymedikation

Abbildung 11: Tabellarische Zusammenfassung der verschiedenen Präventionsstufen angelehnt an Specht-Tomann, 2015, S.10f.; Neubart, 2015, S.70.

Zu den drei bisher bekannten Präventionsstufen (primär, sekundär und tertiär) ist eine vierte Stufe, die quartäre Prävention⁸², hinzugekommen. „Die quartäre Prävention hat in der

⁸² „Die quartäre Prävention dient der Verhinderung unnötiger Medizin oder Übermedikalisierung. 1986 vom Hausarzt Marc Jamouille erstmals beschrieben, wurde das Konzept 1999 durch das Internationale Klassifikationskomitee der Wonca anerkannt und 2003 im Wonca Dictionary of General/Family Practice veröffentlicht“ (Baumann, 2012, S. 215).

Geriatric eine herausgehobene Bedeutung. Hierunter wird die Vermeidung aller übertriebenen medizinischen Aktivitäten (diagnostisch wie medizinisch) so wie eine Übermedikation verstanden“ (Neubart, 2015, S. 70).

Bei der quartären Prävention geht es demnach darum zu verhindern, dass Menschen durch eine Polymedikation⁸³ gefährdet werden, d.h. dass ihnen ein Zuviel an Medikamenten verabreicht wird, eine Maßnahme die vielleicht mehr schadet, als nützt. Die quartäre Prävention überschneidet sich mit Überlegungen aus der Palliativpflege, wo abgewogen wird, „welche medizinischen Eingriffe auch im Sinne der Überlegung ‚Lebensqualität vor Lebensquantität‘ zu tätigen sind“ (Specht-Tomann, 2015, S. 10).

Prävention oder Vorbeugemaßnahmen im hohen und im höchsten Alter haben demnach verschiedene Ziele: altersbedingten Einschränkungen oder Pathologien (z.B. Demenz) vorzubeugen oder hinauszuzögern; Krankheiten, welche im Altersprozess auftreten können (z.B. Diabetes, Osteoporose, usw.), vorzubeugen; bestehende Krankheiten zu verringern oder ihr Fortschreiten zu verlangsamen und einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes der alten Menschen und somit einer Verringerung ihrer Lebensqualität vorzubeugen (vgl. Schüz & Wurm, 2009, S. 160). „Durch gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, die in gut konzipierten Präventionsmaßnahmen gezielt gefördert werden, kann die Zunahme der Lebenserwartung auch wirklich ein Zugewinn an guten und gesunden Jahren sein.“ (Schüz & Wurm, 2009, S. 165)

5.3.3 Die Rolle der Alterstheorien und der Altersmodelle im Betreuungsmodell

Die Betreuung der alten Menschen in den Alten- und Pflegeheimen wird inzwischen aber auch von zahlreichen Alterstheorien und Altersmodelle beeinflusst, die insbesondere in den vergangenen Jahrzehnten entwickelt wurden. Auch wenn bisher immer offiziell nur in den Heimen von Pflegemodellen und Pflege-theorien gesprochen wird, so haben verschiedenen Pflege-theoretiker doch schon Inhalte der Alterstheorien und -modelle in ihre Pflegemodelle einfließen lassen, so zum Beispiel Krohwinkel.

Bei der Umsetzung des Betreuungsmodells spielt das Wissen um die verschiedenen Alterstheorien und –modelle eine wichtige Rolle, denn es hilft die Reaktionen, Wünsche und

⁸³ Zum Beispiel beschreibt Neuner-Jehle (2012) den Fall einer 72-jährigen Frau, die täglich 16 verschiedene Medikamente (30 verschiedene Einnahmen) zu sich nehmen musste. Die Medikamentengabe konnte auf die Hälfte reduziert werden, ohne dabei ein signifikantes Gesundheitsrisiko einzugehen oder gesundheitliche Verschlechterungen festzustellen (S. 3; S. 18).

Bedürfnisse der Bewohner besser zu verstehen und richtig einzuordnen. Denkfehler oder falsche Erkenntnisse, die auch heute noch in den Köpfen verschiedener Menschen bestehen, können nur dadurch entkräftet oder ausgeschaltet werden, dass man anhand der Entwicklung verschiedener neuer Theorien (die durch Studien und Forschungen belegt sind) beweist, dass alte Theorien nur bedingt oder gar nicht mehr zutreffen.

Das Defizitmodell

Ein Altersmodell aus der Vergangenheit, welches eigentlich als das absolute Gegenteil des, in dieser Forschungsarbeit vorgestellten Modells der aktivierenden bedürfnis-, kompetenz- und präventionsorientierten Betreuung, betrachtet werden kann, ist das Defizitmodell. Eigentlich darf dieses Modell, welches die Defizite des Alterns in den Vordergrund stellt, bei der bedürfnisorientierten Betreuung keine Rolle mehr spielen. Dabei muss allerdings darauf geachtet werden, dass das Defizitmodell nicht noch unterschwellig Einfluss auf die Betreuung der Bewohner nehmen kann, und zwar weil, obwohl die Wissenschaft dieses Modell als überholt einstuft, diese Denkweise noch manchmal beim Heimpersonal, bei Betreuern, bei Angehörigen oder in der Gesellschaft zum Vorschein kommt, so dass Altern doch noch, bewusst oder unbewusst, automatisch mit dem „Abbau kognitiver und sozialer Fähigkeiten“ (Matolycz, 2011, S. 14) in Zusammenhang gebracht wird, ein Vorgang, der längst überholt sein müsste. Im bedürfnisorientierten Betreuungsmodell sollte es demnach nicht vorkommen, wie Ekert & Ekert (2014) es beschreiben, dass das Umfeld von Bewohnern z.B. „Pfleger, Angehörige, Therapeuten oder Ärzte“ (S. 162) darüber entscheidet, dass „durchaus erfolgversprechende therapeutische Maßnahmen“ unterlassen werden mit dem Argument „das lohnt nicht mehr, der Patient ist doch schon so alt“ (Ekert & Ekert, 2014, S. 162).

Hier sollten im Betreuungsmodell die Wünsche und Fähigkeiten der Bewohner respektiert werden, denn zum Beispiel Frühsammer (2003) schildert die Situation einer älteren Frau, die von den Ärzten, nach einer schweren Operation, aufgegeben wurde, aber wieder durch die motivierende aktivierende Pflege und Betreuung des Personals soweit genesend wurde, dass sie nur noch Hilfe beim „Anziehen der Kompressionsstrümpfe“ brauchte (Frühsammer, 2003).

Die Disengagementtheorie

Auch die *Disengagementtheorie* spielt heute noch eine Rolle im Umgang mit verschiedenen Heimbewohnern, auch wenn ihre Entwicklung auf den Beginn der 1960^{er} Jahre zurückgeht und nach ihr bereits zahlreiche weitere Theorien entstanden sind, die sich größtenteils mit

Aktivität, Kontinuität oder Weiterentwicklung beschäftigen. Es ist äußerst wichtig, dass die Mitarbeiter der Heime diese Theorie und die möglichen Gründe für den (freiwilligen) Rückzug alter Menschen kennen, um diese Bewohner nicht irrtümlich falsch einzuschätzen und vielleicht als depressiv einzustufen und schlimmstenfalls sogar in diese Richtung zu therapieren. Denn es ist durchaus möglich, dass ein zurückgezogenes Leben ohne viele soziale Kontakte oder Teilnahmen an Aktivitäten, Teil der Biographie und der Normalität verschiedener Bewohner ist, und dann gilt es dies auch im Alter zu respektieren, besonders im Betreuungsmodell, wo die Bedürfnisse der Bewohner im Mittelpunkt stehen sollen. Allerdings muss das Personal auch wachsam sein und die betroffenen Bewohner regelmäßig auf die, im Heim angebotenen Aktivitäten aufmerksam machen, damit diese alten Menschen jederzeit die Möglichkeit haben sich doch noch weiterzuentwickeln, ganz im Sinne der Kompetenzentwicklung (Kompetenzmodell). Wichtig ist es auch herauszufinden, ob dieser Rückzug wirklich freiwillig ist oder ob nicht etwa andere Gründe dahinterstecken wie, z.B. von Ekert & Ekert (2014) angegeben, dass die Bewohner sich unsicher fühlen und Angst haben; sich schämen, weil sie glauben nicht „mithalten“ zu können oder sich zu „blamieren“ (S. 164). Auch die Heimumgebung oder die Mitbewohner können Grund für einen solchen unfreiwilligen Rückzug sein, der dann aber nichts mehr mit der Disengagementtheorie zu tun hat. „So bleibt mancher Pflegeheimbewohner lieber in seinem Zimmer als mit demenziell erkrankten Bewohnern zusammensitzen.“ (Ekert & Ekert, 2014, S. 164).

Die Aktivitätstheorie, die Kontinuitätstheorie und das Modell der Selektiven Optimierung und Kompensation

Eine besonders wichtige Rolle im Betreuungsmodell spielen natürlich die *Aktivitätstheorie*, die *Kontinuitätstheorie* und das *Modell der Selektiven Optimierung und Kompensation (SOK-Modell)*. Bei all diesen Theorien und Modellen geht es nicht darum die Bewohner rund um die Uhr zu beschäftigen, sondern gezielt ihre Bedürfnisse nach entsprechenden Aktivitäten, zu befriedigen. Dabei kommt es nicht unbedingt auf die Quantität der Aktivitäten an, sondern vor allem auf deren Qualität, und ob sie die Interessen und die Kompetenzen der Bewohner befriedigen können (vgl. Ekert & Ekert, 2014, S. 165; Backes & Clemens, 2008, S. 133). Dabei sollte die Biografie der Bewohner beachtet werden, sie sollen die Möglichkeit haben in der Kontinuität ihres früheren Lebens Aktivitäten weiterzuführen, soweit es ihr Gesundheitszustand erlaubt. Sie sollen aber auch die Möglichkeit haben neue Erfahrungen zu machen. Hier bietet das SOK-Modell einen ausgezeichneten Ansatz, denn gemäß ihren Bedürfnissen und ihren gesundheitlichen Möglichkeiten können die Bewohner Aktivitäten selektionieren, die ihnen wichtig und interessant erscheinen, die sie anschließend besonders

optimieren wollen, indem sie sich intensiver damit auseinandersetzen. Fehlende oder nachlassende Kräfte oder Ressourcen, bedingt durch Alter, Schwäche, Pflegebedürftigkeit oder Krankheit können so mit Hilfe der Betreuer oder anderen Hilfsmaßnahmen aber auch Hilfsmitteln (Gehhilfen, Sehhilfen, usw.) kompensiert werden. Laut Ekert und Ekert (2014) eignet sich das SOK-Modell hervorragend für Heimbewohner, weil „vielen Bewohnern gelingt es, sich in einem Pflegeheim einzuleben, indem sie die Strategien des SOK-Modells einsetzen“ (S. 288), da es die Bewohner weder über- noch unterfordert. Allerdings muss dabei darauf geachtet werden, dass im Betreuungsmodell wirklich die Heimbewohner im Mittelpunkt der Aktivitäten stehen und nicht wie Margret Baltes und ihren Mitarbeitern festgestellt haben, „dass Heimbewohner durch wohlgemeintes Verhalten des Pflegepersonals immer stärker in eine Erwartungshaltung völliger Abhängigkeit gebracht wurden“ (Lehr, 2007, S. 317), weil ihnen alle Tätigkeiten abgenommen wurden.

Das Kompetenzmodell

Das Altersmodell, welches am engsten mit dem Betreuungsmodell verbunden ist, ist das *Kompetenzmodell*, denn „hinter den Kompetenztheorien steht die Erkenntnis, dass Funktionen und Fähigkeiten sich beim Älter werden in unterschiedlicher Weise verändern, in ihrer Summe aber nicht automatisch abnehmen müssen“ (Jasper, 2002, S. 43). Selbstverständlich kann es sein, dass Kompetenzen aus Gründen des Alters (fehlende Feinmotorik, Sehprobleme, Kräfteabbau, usw.) oder durch Krankheit nicht mehr wahrgenommen werden können, aber sie können durch andere Fähigkeiten ersetzt oder kompensiert werden. Auch kann es sein, wie Tavier (2003) es beschreibt, dass ein Mensch während seines früheren Lebens, bedingt durch äußere Umstände, nicht die Möglichkeit hatte seine Kompetenzen oder seine Kreativität zu entwickeln, zum Beispiel durch berufliche oder partnerschaftliche Einschränkungen und dass dieser Mensch so erst im Alter, wenn er von all diesen Zwängen befreit ist, seine Kompetenzen entwickeln kann (vgl. Tavier, 2003, S. 90). Jasper (2002) spricht in diesem Zusammenhang von der Wichtigkeit der „Kompetenz-Balance“, einem ausgeglichenen „Verhältnis zwischen den Anforderungen der Umwelt und den eigenen Fähigkeiten auf der einen Seite sowie zwischen Sicherheit und Autonomie (...) auf der anderen Seite“ (S. 46), und dass es die Aufgabe der Betreuer ist, die alten Menschen dahingehend zu unterstützen, dass sie es bestmöglich schaffen, diese „Kompetenz-Balance“ im Gleichgewicht zu halten. Auch wenn die Ressourcen pflegebedürftiger Bewohner nicht mehr ausreichen, um die Aktivitäten des Alltags ohne Unterstützung zu bewältigen, so sollte es die Aufgabe der Betreuer sein, sie so anzuleiten und zu unterstützen, dass ihnen zumindest ein Minimum an „Kompetenzgefühl erhalten“ bleibt (vgl. Jasper, 2002, S. 46).

5.4 Die neuen alten Aktivitäten der Bewohner

Im Betreuungsmodell wird verstärkt Wert auf individuelle aktivierende bedürfnis-, kompetenz- und präventionsorientierte Aktivierungsmaßnahmen gelegt, welche die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten der Bewohner in den Vordergrund stellen. Bei diesen Aktivitäten handelt es sich um die Umwandlung von bisherigen oftmals einseitigen Pflegeinterventionen (z.B. aus der Grundpflege) in Aktivitäten an denen sich die Bewohner beteiligen können und die sie nicht nur „über sich ergehen lassen“ sollen. Die, dadurch wachsende Anzahl an bedeutsamen, sinnvollen Aktivitäten soll dazu führen, dass die Bewohner wieder regelmäßige Aufgaben und Pflichten haben, die einen Sinn ergeben und so ihre teils „depressive Stimmung“ (Seibold, 2011a, S. 880) vermindert wird oder gar nicht erst aufkommt und sie durch die neuen Herausforderungen autonomer, selbstbestimmter und zufriedener bleiben.

Wenn man von Aktivierungsmaßnahmen oder Aktivitäten spricht, muss man unterscheiden zwischen Aktivitäten, die eher den Charakter von Freizeitaktivitäten haben und Aktivitäten, die das Pflichtbewusstsein anregen. Hier kann man sich an Vercauteren und Hervy (2009) orientieren, die bei Aktivitäten in Alteneinrichtungen zwischen „activité“ und „récréativité“ unterscheiden. „Avoir une activité n'exclut pas le plaisir de cette activité, mais suppose que, avant de se fonder sur cette notion, le principe s'ancre soit dans une obligation relevant d'une astreinte individuelle (...), soit dans un mécanisme d'attribution sociale (comme faire son lit ou aller faire ses courses) (...) La récréativité fait allusion à la ‚récréation, période de plaisir, quand, dans les écoles primaires, nous profitons de temps de détente‘. Elle fait aussi allusion au ‚récréatif‘, c'est-à-dire tout ce qui touche à l'amusement, au divertissement. Mais il y a une autre dimension au sens ‚récréation‘ : il s'agit d'un temps de pause qui interrompt l'activité produite par le travail. Nous sommes donc bien au cœur d'une complémentarité entre les deux termes“ (Vercauteren & Hervy, 2009, S. 65).

Es kann demnach unterschieden werden zwischen Aktivitäten aus dem Bereich der *Animation*⁸⁴, Aktivitäten, so wie sie vom „accueil gérontologique“ vorgeschlagen werden und den *Aktivitäten* bzw. Aufgaben aus dem Alltag, welche verstärkt zur Aktivierung, Kompetenzbewahrung/-förderung oder als Präventionsmaßnahmen dienen. Beide Arten von Aktivitäten sind zwar unterschiedlich in ihrer Ausführung, greifen aber ineinander und

⁸⁴ « animation socioculturelle, la promotion des compétences individuelles et l'assistance philosophique et religieuse comportant ... l'organisation au sein du service, au moins une fois par semaine, d'activités dirigées de loisirs, accessibles également aux usagers à mobilité réduite; l'organisation régulière de manifestations à caractère culturel, sportif ou touristique et de promenades, d'excursions, de visites, de séances de gymnastique, de danses, ou d'initiatives similaires; la mise à disposition des usagers d'ateliers équipés en vue d'activités libres à caractère artistique, artisanal ou autre » (Legilux, 2004, S. 2538f.).

verfolgen das gleiche Ziel: die Steigerung des Wohlbefindens, der Zufriedenheit und der Lebensqualität der Bewohner.

Anfänglich kann das verstärkte Beteiligen der Heimbewohner an Aktivitäten oder Aufgaben des Alltags zur Herausforderung werden, denn die Bewohner müssen verstehen, dass sie sich nach dem Heimeinzug nicht als „Pflegelast“ sehen sollen, sondern dass sie durchaus noch für sich selbst Sorge tragen und daher weiterhin Aufgaben übernehmen sollen, die ihre Autonomie und ihre Selbstbestimmung fördern, auch wenn diese neue Herangehensweise mit dem, in vielen Altenhilfeeinrichtungen vorherrschenden, „Schonungsparadigma“ (Zegelin, 2013, S. 8) bricht. Die Beteiligung an den Alltagsaktivitäten stellt die „Heilkraft der Bewegung“ (Zegelin, 2013, S. 8) in der Vordergrund, steht damit aber im Widerspruch zu den Verpflichtungen der Alteninstitutionen, im Rahmen ihrer Serviceleistungen, den Bewohnern nahezu alle Aufgaben abzunehmen. „Dès lors, en structure, tout personnel qui ne prendrait pas en compte la possibilité pour un résident de continuer à avoir une activité, voire exercer une fonction (et donc d'évaluer son potentiel à son entrée dans la structure), s'adonnerait à une maltraitance, pour le moins à une malveillance préjudiciable au respect de l'être humain“ (Vercauteren & Hervy, 2009, S. 66). Allerdings muss es sich dabei um Aktivitäten handeln, die einen Sinn ergeben, so dass die Bewohner sich nicht mit kindlichen Beschäftigungsmaßnahmen abgeben müssen bzw. sich nicht ernst genommen fühlen, da die angebotenen Aktivitäten einen infantilen Charakter haben (z.B. Plastikenten angeln, usw.).

Hier bieten aus früheren Lebensphasen bekannte Alltagsaktivitäten den Vorteil, dass sie regelmäßiger und häufiger, z.B. täglich oder mehrmals wöchentlich, ausgeführt werden können und dass ihre Sinnhaftigkeit den Bewohnern bekannt ist, da sie deren Abläufe größtenteils aus früheren Lebensphasen kennen und wissen, dass sie erledigt werden müssen (z.B. Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Kleiden, usw.). Die alten Menschen können sich selbstständig und selbstbestimmt an der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse beteiligen. Außerdem füllen diese Aktivitäten mehr Zeit aus und die Heimbewohner verbringen weniger leere Stunden, denn nach Höwler (2004) hat der alte Mensch „es nicht gelernt mit so viel Zeit umzugehen“ (S. 349), die ihm plötzlich durch die Enthebung nahezu aller Aufgaben zufällt. Dies ist besonders irritierend für verwirrte alte Menschen, die ihr Leben lang für ihre Angehörigen gesorgt haben und mit dem „absoluten Nichtstun“ (Höwler, 2004, S. 349) nicht zurechtkommen und daher eigenständig nach Aufgaben suchen, wie z.B. „Schränke ausräumen, an fremdem Eigentum hantieren, Wäschestücke zählen oder zerschneiden“ (Höwler, 2004, S. 349).

5.5 Der Respekt der Normalität und der Biografie der Bewohner

Im Betreuungsmodell nimmt auch der Respekt der Normalität und/oder der Biografie der Bewohner eine wichtige Rolle ein, wenn es darum geht, die Bewohner bedürfnis- und kompetenzbezogen zu aktivieren, auch wenn diese Normalität manchmal befremdlich auf die Betreuer wirken kann. Aber bei der Begleitung „alter Menschen ist es besonders wichtig, sich nicht an den Bedürfnissen der Einrichtung oder der Mitarbeitenden auszurichten. Es sollte immer berücksichtigt werden, dass die eigenen Werte und Zielvorstellungen nicht der Maßstab sind, sondern die der betroffenen Menschen“ (Sirsch, 2008, S. 139). Wenn die Bewohner zum Beispiel den Richtlinien des Betreuungsmodells folgend, die Tische in den Wohnbereichen eindecken, müssen die Verantwortlichen der Einrichtungen akzeptieren, dass die Tische so eingedeckt werden, wie es die Bewohner von früher gewohnt sind und dies vielleicht nicht den Tischgedeckregeln der Institutionen entspricht. Wichtig ist dabei, dass weder die Betreuer noch die Institution ihre eigene Normalität auf die Normalität der Bewohner überträgt.

Allerdings dürfen die Achtung des Normalitätsprinzips und die damit verbundene Betreuung gemäß den biografischen Prägungen auch nicht dazu führen, dass die Bewohner von jeglichen Neuerungen oder innovativen Ideen oder Erfahrungen zurückgehalten oder ausgeschlossen werden. Es geht darum, den Bewohnern die Entscheidung zu überlassen, wie und welche Bedürfnisse und/oder Wünsche sie ausleben bzw. befriedigen wollen. Das Personal soll ihnen dabei unterstützend zur Seite stehen, sie aber so weit es die individuellen Einschränkungen zulassen, selbstständig entscheiden lassen. Für ein gesteigertes Selbstwertgefühl, die Bewahrung der Unabhängigkeit, der Selbstbestimmung und/oder der Autonomie der Bewohner ist es wichtig, dass sich das Personal nach den Vorlieben, Gewohnheiten und Prägungen der Bewohner richtet, diese als „normal“ betrachtet und respektiert. Allerdings kann dies zu Schwierigkeiten bei der Organisation des Heimalltags führen, da jeder Bewohner seinen eigenen Tagesrhythmus und/oder individuelle Lebensarten hat. Wenn man demnach den Bewohnern ein aktives Mitwirken in der bisherigen Kontinuität ihrer Lebensgewohnheiten garantieren will, so bedeutet dies, doch zuweilen Kompromisse mit den Bewohnern auszuhandeln, um einen geordneten Ablauf des Heimalltags nicht zu gefährden (vgl. Bär, 2004, S. 35).

Des Weiteren weist Gatterer (2015a) auch darauf hin, dass es in der bedürfniserfüllenden Betreuung durchaus dazu kommen kann, dass die „Normalität“ in den Hintergrund rückt und die „Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und Bedürfnisbefriedigung“ (S. 40) an Bedeutung gewinnt, besonders dann, wenn ältere und/oder dementiell erkrankte Menschen Bedürfnisse

äußeren oder deren Erfüllung suchen, welche in ihrem früheren Leben eher weniger oder keinen Platz hatten, unterdrückt wurden oder die im Rahmen einer Demenz „durch einen Wegfall gelernter Hemmungen (Frontallappen) gelebt werden können“, z.B. verstärktes Bedürfnis nach Nähe oder nach Sexualität, unkontrolliertes Essen, Bewegungsdrang, usw. Nach Gatterer (2015a) dürfen diese Bedürfnisse im Alter nicht als „Verhaltensstörung“, „auffälliges Verhalten“ (S. 37) oder „Pathologisierung“ (S. 40) gelten, nur weil sie nicht der Normalität der Gesellschaft, d.h. den „eigenen Normen, Wünschen, Bedürfnissen, ethischen Überlegungen, aber auch gesellschaftlichen und organisatorischen Faktoren“ entsprechen (S. 41). Es muss beachtet und respektiert werden, dass im Alterungsprozess oder besonders bei Menschen mit Demenz, körperliche und geistige Verluste bzw. Einschränkungen, Änderungen der Persönlichkeit und/oder der Identität und somit auch der personenspezifischen Normalität, Änderungen der biografischen Bedürfnisse mit sich bringen können. Um dann ein Höchstmaß an Lebensqualität und Wohlbefinden für die alten Menschen zu erlangen, muss zwischen der, in der Biografie verankerten, Normalität (die somit eine gewisse Sicherheit verleiht durch festgefahrene Bahnen) und den sich in der letzten Lebensphase entwickelnden Bedürfnissen entschieden werden.

5.6 Der gesetzliche Rahmen

Ob Pflegemodell oder Betreuungsmodell, der gesetzliche Rahmen bleibt der Gleiche, denn es geht bei der Einführung eines, an die Bedürfnisse, die Aktivierung und die Kompetenzen der Bewohner angepassten, Modells nicht darum Leistungen zu kürzen, sondern lediglich die Leistungen anders auszulegen oder anders umzusetzen, aber alles im Rahmen der ministeriellen Standards. Um nicht in finanzielle Schwierigkeiten zu kommen, müssen die gesetzlich festgehaltenen Normen eingehalten werden.

„Die luxemburgische Regierung hat Mindeststandards für die Struktur- und Organisationsqualität von Heimpflegeanbietern festgelegt. Des Weiteren hat die Regierung einen Qualitätskontrollausschuss eingerichtet, um die Erbringung von Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung zu regulieren, ergänzt durch Eignungsanforderungen und Leitlinien für bewährte Praxis. Mit Hilfe von Anschlussbesuchen wird evaluiert, ob Anbieter den Vorgaben des Rechtsrahmens entsprechen. Die Einhaltung vertraglicher Vereinbarungen wird einmal pro Jahr überprüft.“ (OECD, 2013).

Die „Eignungsanforderungen und Leitlinien“ wurden in zwei großherzogliche Verordnungen geregelt: die Zulassung - (agrément) und der „accueil gérontologique“. Die Pflege- und Hilfeleistungen für pflegebedürftige alte Menschen werden über die Pflegeversicherung geregelt.

5.6.1 Die gesetzliche Zulassung (agrément ministériel)

Die Zulassung oder das „agrément ministériel“ ist eine grossherzogliche Verordnung vom 8. Dezember 1999, betreffend die Zulassung für Einrichtungen für ältere Menschen, abgeändert durch eine grossherzogliche Verordnung vom 10. Dezember 2009 (vgl. Legilux, 2010, S. 1869ff.).

Die Zulassung für Anbieter von Dienstleistungen für ältere Menschen, beinhaltet:

- die verschiedenen Dienstleistungsbereiche aus dem Altenhilfebereich, mit ihren jeweiligen Bestimmungen, die eine solche Zulassung brauchen,
- die allgemeinen Verpflichtungen der einzelnen Dienstleistungsbereiche gegenüber ihren Klienten,
- die Qualifikationen, die Missionen und die Einsatzbereiche des Personals, welches in den Dienstleistungseinrichtungen arbeiten kann,
- genaue Vorgaben für die Infrastrukturen, sowohl für die baulichen Maßnahmen als auch für das Mobiliar und andere Ausrüstungen (Bodenbeläge, Farben, Kennzeichnungen, Alarmsysteme, Sanitäranlagen, usw.), der verschiedenen Strukturen, um die größtmögliche Sicherheit für die Klienten zu gewährleisten,
- die Bestimmungen, welche Räumlichkeiten sich in den Strukturen befinden müssen (Küche, Speisesäle, Technikräume, Freizeit- und Formationsräume, Gemeinschaftsräume für die Bewohner, Büroräume, Umkleiden und Aufenthaltsräume für das Personal), aber auch Räume für andere Dienstleistungen wie z.B. Ergotherapie, Kinesiotherapie, usw.,
- die Bestimmungen über Erste-Hilfe-Koffer und angepasstes Ausrüstungsmaterial für die Bedürfnisse der Klienten, wie z.B. Rollstühle, Rollatoren, Betten, Matratzen und Materialien zur Dekubitusprophylaxe, Blutdruckmesser, Heber, usw.,
- die Bestimmungen über den Ablauf von staatlichen Kontrollen,
- die Bestimmungen für die einzureichenden Anträge betreffend die staatliche Zulassung einer Einrichtung,

- die Verfügungen über die Qualifikationen des Personals im Bereich der Palliativpflege in Alten- und Pflegeheimen und bei den Pflegediensten (vgl. Legilux, 2010, S. 1869ff.).

5.6.2 Zusatzleistungen für den Aufenthalt in Alten- oder Pflegeheimen (L'accueil gérontologique)

Die Zusatzleistungen für den Aufenthalt in Alten- oder Pflegeheimen („accueil gérontologique“) ist eine großherzogliche Verordnung vom 27. September 2004, betreffend die Ausführung des Gesetzes vom 30. April 2004, welches den Nationalen Solidaritätsfonds (Fonds national de solidarité - FNS), ermächtigt, sich an der Finanzierung der Dienstleistungen zu beteiligen, die im Rahmen der Aufnahme in einer Altenhilfeinstitution oder sonstigen sozialmedizinischen Einrichtungen, die eine Tag- oder Nachtbetreuung gewährleisten, anfallen (vgl. Légilux, 2004, S. 2536 ff.).

Der « accueil gérontologique » definiert :

- die Modalitäten und die Höhe der finanziellen Zusatzleistungen für Bewohner aus Alten- oder Pflegeheimen (oder sonstigen sozialmedizinischen Einrichtungen, die eine Tag- oder Nachtbetreuung anbieten), die nicht die ausreichenden finanziellen Mittel zur Verfügung haben, um die Unkosten für ihre Betreuung, ihre Unterbringung und den „Eigenbedarf“ in den Heimen zu finanzieren,
- die Dienste, die von den Institutionen zu leisten sind, und welche im monatlichen Grundpreis der Heime inbegriffen sein müssen, betreffend die hauswirtschaftlichen Leistungen und die Unterbringung; die Sicherheit und die Gesundheit; die Unterstützung auf dem Gebiet des täglichen Lebens; der soziokulturellen Unterhaltung, der Förderung der individuellen Kompetenzen und der spirituellen Unterstützung,
- die Gegebenheiten, wann die Dienstleister, verschiedene Dienste (z.B. Wäsche waschen, Begleitung bei Arztterminen, administrative Tätigkeiten, usw.) gegen Zahlung eines monatlichen Pauschalbetrages für die Klienten übernehmen müssen (vgl. Legilux, 2004, S. 2536ff.; 2004, S. 1057ff.).

5.6.3 Die Pflegeversicherung

„Die Pflegeversicherung ist ein eigenständiger Zweig der gesetzlichen Sozialversicherung in Luxemburg“ (Ministère de la Sécurité Sociale, 2014). Sie besteht seit 1999 und unterstützt pflegebedürftige Personen mit Geld- und/oder Sachleistungen bzw. übernimmt die Kosten für die Pflege- und Hilfeleistungen sowohl der zuhause lebenden, als auch der in Institutionen untergebrachten, pflegebedürftigen Menschen. Bei einem Heimaufenthalt muss der Pflegebedürftige aber die „Hotelkosten“, d.h. die Kosten für Unterkunft und Verpflegung eigenständig finanzieren (vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2014). Um von der Pflegeversicherung unterstützt zu werden, muss der Hilfebedarf der pflegebedürftigen Person bei mindestens 210 Minuten pro Woche liegen, und voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen bleiben oder unumkehrbar sein. Dabei legt die Pflegeversicherung besonderen Wert auf Hilfe- und Pflegeleistungen, die die Betroffenen bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen: Bekleidung, Ernährung, Körperausscheidungen, Körperpflege und Mobilität (vgl. Gesundheitskees, 2017b).

Die Form der Hilfeleistungen kann in der vollständigen oder teilweisen Übernahme der Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens, durch Pflegekräfte oder andere Helfer, bestehen, wenn körperliche und/oder psychische Einschränkungen vorliegen, die es den Betroffenen unmöglich machen, diese Tätigkeiten selbst durchzuführen. Die Hilfeleistungen können aber auch darin bestehen die pflegebedürftigen Menschen zu begleiten, zu unterstützen, anzuleiten und/oder anzuregen, damit diese die Möglichkeit haben, sich an den Aktivitäten des täglichen Lebens zu beteiligen, soweit es ihr Gesundheitszustand erlaubt. Diese Art der Pflege- und Hilfeleistungen beinhaltet somit unterschiedliche Interventionsformen: Motivation, Unterstützung, Anleitung und Beaufsichtigung der pflegebedürftigen Menschen (vgl. Mémorial A 1089, 2017, S. 8)⁸⁵.

⁸⁵ « Les aides et soins dans le domaine des actes essentiels de la vie peuvent être fournis sous différentes formes :

- effectuer à la place de la personne tout ou partie des actes essentiels de la vie : forme d'aide qui consiste en une intervention physique effective dans la réalisation de l'acte et qui s'adresse aux personnes physiquement ou psychiquement incapables de poser l'acte;
- surveiller ou soutenir la personne en vue de permettre l'exécution des actes essentiels de la vie : forme d'aide qui consiste en une intervention verbale ou en une présence lors de la réalisation de l'acte et qui s'adresse aux personnes incapables de réaliser l'acte pour des raisons liées à un déficit psychique ou mental. Cette forme d'aide englobe toutes les formes d'intervention, à savoir la motivation, le soutien, l'instruction, la surveillance. » (Mémorial A 1089, 2017, S. 8).

5.7 Die Finanzierung

5.7.1 Die Kosten für die Heimbewohner

Das Umsetzen des Betreuungsmodells würde für die Heimbewohner nichts an der bisherigen Finanzierung der Heimpflege verändern. Die Unterkunfts- und Verpflegungskosten müssen vom Heimbewohner selbst getragen werden, die Pflegekosten werden von der zuständigen Krankenkasse der Heimbewohner und über die Pflegeversicherung erbracht, falls ein Pflegevertrag vorliegt. Pflegesonderwünsche, die nicht vorab von den Kassen genehmigt wurden, müssen von den Bewohnern eigenständig finanziert werden. Für den Fall, dass die monatlichen Einkünfte nicht ausreichen, um die Unterkunfts- und Verpflegungskosten zu decken, kann ein Antrag auf ergänzenden Sozialhilfe⁸⁶ beim Fonds National de Solidarité gestellt werden.

5.7.2 Die Kosten für die Institutionen

Für die Altenhilfeeinrichtungen bzw. deren Träger wird die Implementierung des Modells mit höheren Unkosten verbunden sein, welche auf zwei Ebenen entstehen:

Zum einen muss in die Fortbildung des Personals investiert werden. Hier kann man versuchen die Kosten durch interne Multiplikatorenschulungen niedriger zu halten. Man sollte aber keinesfalls hier an der falschen Stelle sparen und versuchen die Zahl der Schulungen, aus finanziellen Gründen zu drücken, denn eine ordentliche Ausbildung bildet die Basis für das Gelingen der Umsetzung.

Zum anderen wird die Betreuung der Bewohner nach den Vorgaben des neuen Modells anfangs mit Sicherheit mehr Zeit in Anspruch nehmen und es werden mehr Teambesprechungen notwendig sein, so dass wahrscheinlich für die Einstiegsperiode mehr Personal gebraucht wird, auch um die Fehlzeiten durch die Fortbildungen auszugleichen. Dieser Mehrbedarf an Personal sollte sich aber nach der Einführungszeit „amortisieren“ (van der Kooij, 2012, S. 182), weil die Bewohner ein weniger „problematisches Verhalten“ (van der Kooij, 2012, S. 182) aufweisen, bzw. weil „langfristig die Pflege zufriedener Patienten und Bewohner wesentlich leichter“ (Ekert & Ekert, 2014, S. 165) wird. Auch wird nach van der Kooij (2012) das Personal zufriedener und braucht weniger Zeit um „Dampf abzulassen

⁸⁶ « Loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit » (Legilux, 2004b, S.1057).

und vor der Arbeit zu flüchten“ (S. 182f.). Diese Zeit steht dann für die Betreuung der Bewohner zur Verfügung. Es kann auch durchaus sein, dass im neuen Modell einzelne Arbeitsgänge eingespart werden können, die im alten Modell zusätzlich Zeit und Geld kosteten, jetzt aber bereits in den Aktivitäten des neuen Modells integriert sind, z.B. Bewegungsübungen zur Mobilisierung der Bewohner. Dies wirkt sich dann positiv auf die Finanzierung des neuen Modells aus.

Außerdem könnte man versuchen eine Vereinbarung mit der Pflegeversicherung zu treffen, dass das Umsetzen der, in der Pflegeversicherung⁸⁷ festgelegten „Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit“, welche die fünf Grundbedürfnisse „Hygiene, Toilettengang, Ernährung, An- und Auskleiden, Mobilität“ (vgl. Gesondheetskees, 2017b) betreffen, direkt in die neuen Aktivitäten des Betreuungsmodells integriert werden können. So könnten die betroffenen Bewohner, die ihnen individuell zugestandene Zeit (maximum fünf Stunden pro Woche pro Bewohner), im direkten Zusammenhang mit dem Kompetenzerhalt ihrer abbauenden Fähigkeiten einsetzen und die verstärkte Eigenbeteiligung der Bewohner würde wahrscheinlich eher zum Kompetenzerhalt beitragen, als während des Tages, von Erziehern oder Krankenpflegern durchgeführte Übungseinheiten zum entsprechenden Kompetenzerhalt, zumal Abt-Zegelin (2013a), angibt, dass „sämtliche Bewegungsübungen, Kraft- und Balancetrainings nur Beiwerk“ sind, die kaum etwas bringen, „wenn der Pflegealltag eher die Passivität begünstigt“ (S. 31).

5.7.3 Einsparungen durch die Umsetzung des Modells

Schwieriger zu berechnen und zu beweisen, sind die Einsparungen, die man durch die Einführung des Betreuungsmodells bei der Krankenkasse und der Pflegeversicherung machen könnte und die eigentlich keinen direkten Einfluss auf die Finanzierung des Modells innerhalb der Institutionen haben, die aber für die Bewohner und die Steuerzahler interessant sind: Studien belegen, dass durch die zusätzliche oder fortwährende Mobilisierung der alten Menschen, die Pflegebedürftigkeit verlangsamt, verschoben oder sogar verhindert werden kann. So kann zum Beispiel, laut der finnischen FINGER⁸⁸ Studie (vgl. Ngandu et al., 2015), Studien von Reiners und Mitarbeiter (Reiners et al., 2012, S. 276ff.) oder der Studie von Robert Abbott⁸⁹ (vgl. Abbott et al., 2004, S. 1447ff.), das Risiko

⁸⁷ Reform der Pflegeversicherung seit 1. Januar 2018.

⁸⁸ FINGER: Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability

⁸⁹ „Bewegungsarmut ist ähnlich schädlich, wie rauchen. Inaktive haben ein um 90 Prozent erhöhtes Risiko, an koronaren Herzleiden zu erkranken. Ältere Männer mit weniger Bewegung als 400 Meter

an Demenz zu erkranken oder das Fortschreiten dieser Erkrankung, verlangsamt werden bzw. ein Ausbruch verschoben werden, wenn sich die alten Menschen ausreichend bewegen. Reimers und Mitarbeiter (2012) sprechen in diesem Zusammenhang von „enormen gesundheitsökonomischen Konsequenzen“, die durch eine Verzögerung des Beginns einer Demenzerkrankung erreicht würden (vgl. S. 278).

Weitere Studien und Recherchen, z.B. von Abt-Zegelin (2013b, S. 29ff.); Hollmann und Mitarbeiter (2006); Tschan (2011); Löllgen und Löllgen (2009) oder Roth und Gäthje (2011) belegen, dass auch andere Erkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck, usw., aber auch Stürze, Muskelschwäche, Druckgeschwüre, Obstipation, usw., durch eine verbesserte Aktivierung und daraus entstehende Prophylaxen verlangsamt, verschoben oder gar verhindert werden können. Dies würde sich natürlich an erster Stelle auf das Wohlbefinden der Bewohner auswirken, aber auch die Krankenkasse und die Pflegeversicherung entlasten, wohlwissentlich, dass in Luxemburg der Beitrag der Pflegeversicherung im Jahr 2016 pro pflegebedürftigen Heimbewohner durchschnittlich 67 632⁹⁰ Euro betragen hat, wobei die Zahl der Pflegebedürftigen um 2.6% jährlich ansteigt (vgl. Gesondheetskees, 2017a, S. 21). Am 31. Dezember 2016 waren 76% gleichbedeutend mit 4 755 Heimbewohner pflegebedürftig, was ein Gesamtunkostenbetrag für 2016, allein für die Pflegeversicherung, von ca. 318 617 832 Euro ergeben hat (vgl. Gesondheetskees, 2017a, S. 21).

Dieser Betrag beinhaltet lediglich die Ausgaben der Pflegeversicherung. Die Rückerstattungen der Krankenkasse für Arztbesuche, Medikamente, Krankentransporte, Krankenhausaufenthalte, usw., die pro Heimbewohner entrichtet werden, müssen noch hinzugerechnet werden. Wenn es hier also gelingen sollte durch Aktivierung und/oder Prävention, die Pflegebedürftigkeit auch nur eines Teiles der Heimbewohner zu verlangsamen, zu verschieben oder verschiedene Erkrankungen bzw. Stürze, Druckgeschwüre oder Ähnliches zu verhindern, könnten größere Geldbeträge eingespart werden und man könnte das Budget der Sozialkassen erheblich entlasten.

pro Tag erkranken doppelt so häufig an Demenz wie Männer mit mehr als 3200 Meter Bewegung“ (Abbott, White, Webster Ross et al., 2004 zit. in Forst, 2011, S. 890).

⁹⁰ Der Unkostenbeitrag der Pflegeversicherung hat 2016 für einen pflegebedürftigen CIPA-Bewohner durchschnittlich pro Jahr 61 128 Euro betragen und für einen Pflegeheimbewohner hat diese Unterstützung 74 136 Euro betragen (vgl. Gesondheetskees, 2017a, S. 21).

5.8 Öffentlichkeitsarbeit

Ob die Implementierung des Betreuungsmodells sich wird durchsetzen können, wird zu einem großen Teil davon abhängen, ob und wie es gelingt die Bewohner und die Mitarbeiter der Alten- und Pflegeheime für die Inhalte des Betreuungsmodells zu begeistern und die Unterstützung der Angehörigen und der Gesellschaft zu erhalten. Daher wären unterstützende Sensibilisierungsmaßnahmen in der Öffentlichkeit sicher von Vorteil. Da es oft schwierig ist, die Menschen mit Rundbriefen oder Aushängen für Projekte zu begeistern, muss man andere Wege finden, um auf die Problematik der fehlenden Aktivierung und der notwendigen Präventionsmaßnahmen aufmerksam zu machen. Dabei könnte man sich an kabarettistischen Aufführungen inspirieren, wie sie zum Beispiel in Deutschland als OMA F.R.I.E.D.A. (Lindner, o. D.) oder in Österreich als Ermi-Oma (Hirtler, o. D.) angeboten werden. Beide Kabarette machen auf humoristische Art und Weise, Menschen in und außerhalb der Seniorenheime, mit viel Charme und Witz, auf verschiedene Problematiken des Alters aufmerksam.

5.9 Die Bedeutung des Betreuungsmodells für die Bewohner

5.9.1 Der Sinn des Betreuungsmodells für die Bewohner

An sich geht es im Betreuungsmodell darum Heimbewohner dahingehend zu motivieren und zu unterstützen, dass sie auch nach ihrem Umzug in ein Heim, unter Mithilfe des Heimpersonals, noch an sich arbeiten, damit sie gesundheitliche Einschränkungen und eine etwaige Pflegebedürftigkeit möglichst lange hinauszögern oder verhindern können. Gemäß der „gerontopsychologischen Botschaft für ein erfolgreiches Altern“ nach Oswald (2008): „‘use it or lose it.“ (S. 1), welche Oswald übersetzt als „Gebrauche täglich Deinen Kopf und Deinen Körper oder verliere!“ (Oswald, 2008, S. 1) geht es darum, physische und kognitive Kompetenzen auch nach dem Heimeinzug zu bewahren, indem sich die Bewohner aktiv am Leben im Heim und am Befriedigen ihrer individuellen Bedürfnisse beteiligen⁹¹. Das

⁹¹ In den bisherigen Bedürfnispflegeteilen wurde es eher als Aufgabe des Pflegepersonals gesehen, die durch Alter oder Pflegebedürftigkeit verhinderte Bedürfnisbefriedigung zu gewährleisten. Dies war die Ausgangsbasis für die Entwicklung der Pflegemodelle. Hierin wurden „Funktionen und Rollen von Pflegekräften beschrieben. Die Konzeptualisierung von Funktionen dient dazu Pflegekräften mit den Begriffen einer Bedürfnishierarchie zu betrachten. Wenn eines dieser Bedürfnisse nicht befriedigt und eine Person nicht imstande ist, sich die Bedürfnisse zu erfüllen, dann ist Versorgung/Fürsorge von Pflegekräften gefragt. Pflegekräfte erfüllen dann die notwendigen Funktionen und spielen die zur Erfüllung der Bedürfnisse des Kranken notwendigen Rollen“ (Meleis, 1999, S. 302).

Betreuungsmodell kann so, neben den positiven Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bewohner, noch nebenbei dazu beitragen, dass das negative Image, dass „der ‚Gang‘ in ein Altenheim für viele Menschen die Erwartung von Siechtum“ (Abt-Zegelin & Reuther, 2011, S. 322) bedeutet, widerlegt werden kann.

Eine aktivierende kompetenz- und bedürfnisbezogene Betreuung bedeutet demnach, dass die Bewohner selbstbestimmt und autonom im Heim agieren sollen und sich soweit es ihre Kompetenzen und Ressourcen erlauben auch an den alltäglichen Aufgaben wie Körperpflege, Nahrungsaufnahmen, Kleiden, usw. beteiligen können. Die Mitarbeiter der Altenhilfeeinrichtungen stehen dabei stützend oder begleitend an ihrer Seite, greifen aber nur dann ein, wenn die alten Menschen Hilfe und Unterstützung brauchen und nicht zum Beispiel, um Zeit zu sparen oder weil die Betreuer sich durch die zunehmende Hotelisierung der Heime dazu verpflichtet fühlen, den Bewohnern möglichst viele Aufgaben abnehmen.

Es geht darum die Bewohner durch aktivierende, kompetenz- und bedürfnisorientierte Tätigkeiten sinnvoll zu beschäftigen, um so ihre Bedürfnisse nach Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Selbstkontrolle zu steigern und zu vermeiden, dass durch die „Rundum-Versorgung“ (Abt-Zegelin, 2013a, S. 30) im Heim „alles für die Bewohner gemacht wird“ und diese wie auf einem „Abstellgleis“ (vgl. Abt-Zegelin, 2013a, S. 30) leben oder wie Fühssammer (2003) es ausdrückt, die „Übersorgung“ der Heimbewohner zu einer „schleichenden Entmündigung“ führt. Alte Menschen wollen wertgeschätzt werden und sich in den Alltag einbringen. „In der Psychologie ist dieses Streben unter dem Begriff ‚Reziprozität‘ (Wechselseitigkeit) bekannt – wer sich nur noch als ‚Pflegelast‘ sieht, wird auch keine Perspektive der Beweglichkeit entwickeln. Überhaupt folgt die körperliche Aktivität eher der seelischen Bewegung und der sozialen Aufforderung“ (Abt-Zegelin & Reuther, 2011, S. 325).

Es ist demnach zum Vorteil der Heimbewohner, wenn sie in Tätigkeiten - natürlich nur soweit ihre Kompetenzen es erlauben (Körperpflege, Betten machen, Tisch eindecken, usw.) eingebunden werden und diese Aktivitäten über den Tag verteilen können. „Heimbewohner, die einen Alltag erleben, in dem sie gefordert sind, fühlen sich zufrieden und gut. Sehr wichtig ist dabei jedoch, dass die Beschäftigung tatsächlich sinnvoll ist.“ (Seibold, 2011a, S. 880). Neben den positiven Effekten für die physische Gesundheit, geht es auch darum, dass die Bewohner seelisch zufrieden sind und nicht tagsüber viele leere Stunden verbringen müssen oder Situation erleben müssen, wie sie Böhm (2004a) schildert: „Dafür dass sich der Bewohner in der Früh beeilt, hat er mit einem ereignislosen Nachmittag und

mit einer frühen Liegezeit zu rechnen, für die er ca. 80% seiner Pension bezahlen muss“ (S. 240).

Betreuung beinhaltet aber auch, die Bewohner und ihre Biografien zu kennen und diese richtig zu interpretieren. Bewohner, die ihre Ruhe haben wollen und die zeitlebens zurückgezogen⁹² gelebt haben, müssen dies auch in Zukunft tun können und nicht zur Teilnahme an Aktivitäten genötigt werden. Ihr Verhalten darf nicht automatisch als krankhaft gewertet werden oder mit psychischen Erkrankungen oder Depressionen in Verbindung gebracht werden. Hier muss die Tatsache respektiert werden, dass diese Bewohner in der Kontinuität ihres früheren Lebens weiterleben wollen. Besonders in solchen Situationen hängt viel vom Personal ab, ob sie ihre Aufgabe im Betreuungsmodell richtig verstehen und den Ausgleich finden zwischen: den Rückzug der Bewohner zu akzeptieren (Disengagement), aber auch immer wieder das Verhalten dieser Bewohner zu hinterfragen und unterstützend einzugreifen, falls diese drohen aus der selbst gewählten Isolation in die Einsamkeit abzurutschen. Es geht hier keinesfalls um „eine Mobilisierung, um jeden Preis“ (Zegelin, 2013, S. 13). Die Bedürfnisse der Bewohner sollen im Mittelpunkt stehen und berücksichtigt werden. Daher ist es, wichtig auch die Wünsche der Heimbewohner zu respektieren, die sich zurückziehen wollen (vgl. Wenger, 2010, S. 14). Nach Zegelin (2013) ist die Anzahl derjenigen, die einen wirklichen Rückzug wollen allerdings sehr gering. In Wirklichkeit ziehen sich oft Menschen zurück, die auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, um dem Personal weniger Mehrarbeit aufzubürden (vgl. S. 13). „In solchen Situationen der Abhängigkeit ‚dosieren‘ pflegebedürftige Menschen ihre Hilfeanfragen und schrauben ihre Ansprüche zurück. Sie wollen keine Arbeit machen, nicht zur Last fallen“ (Abt-Zegelin & Reuther, 2011, S. 323). Die meisten der alten Menschen, die auf Hilfe angewiesen oder „ortsfixiert“ sind, sind sehr unglücklich darüber, nehmen dieses Los aber hin, weil sie sich an die gegebenen Verhältnisse anpassen wollen oder müssen (vgl. Zegelin, 2011, S. 13).

Wenn die Bewohner sich selbstständig an der Grundpflege beteiligen, kann es durchaus sein, dass die alltäglichen Betreuungsinterventionen länger dauern als die aktuellen Pflegeinterventionen. Dadurch entstehen aber für die Bewohner eine größere Anzahl an sinnvollen Aktivitäten als bisher, welche über den Tag verteilt stattfinden können, und als Nebeneffekt wird noch zusätzlich die Mobilität der Bewohner gefördert und präventiv auf

⁹² „Falsch wäre es jedoch anzunehmen, dass ältere Menschen umso glücklicher sind, je mehr sie an Aktivierungsangeboten teilnehmen. Aktivierungen, die bei älteren Patienten oder Pflegeheimbewohnern gegen ihren Willen und entgegen eigene Interessen gerichtet sind, steigern das Wohlbefinden i.d.R. nicht“ (Ekert & Ekert, 2014, S. 164f.).

weitere Pathologien gewirkt. Zum Beispiel werden Dekubitus-, Sturz- und/oder Obstipationsprophylaxen durch mehr Bewegung (bedingt durch die Beteiligung an den alltäglichen Aktivitäten) automatisch und ohne Mehraufwand oder monotone Übungen umgesetzt. Der größere Zeitaufwand wird auch dadurch kompensiert, dass die Bewohner Bewegungsübungen automatisch durchführen und diese besser annehmen als ein speziell anberaumtes Übungsprogramm, denn laut Abt-Zegelin und Reuther (2011) muss „Bewegung auch Freude machen, Sinn ergeben – ein stumpfes Balance- und Krafttraining wird rasch wieder aufgegeben“ (S. 325). Nach Ekert und Ekert (2014) wird die „aktivierende Pflege“ verschiedentlich aus „Zeit- und Kostengründen zu wenig praktiziert“ (S. 165). Allerdings wird dabei „übersehen, dass aktivierende Pflege oft nicht mehr erfordert und wenn doch, dass der anfangs erhöhte Zeitaufwand sich lohnt, wird doch langfristig die Pflege zufriedener Patienten und Bewohner wesentlich leichter“ (Ekert & Ekert, 2014, S. 165).

5.9.2 Medizinische Versorgung im Betreuungsmodell

Die Betonung von *Betreuung* im neuen Modell bedeutet nicht automatisch, dass dadurch die medizinische Pflege vernachlässigt oder wegrationalisiert wird. Das Aufrechterhalten der Vitalfunktionen gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen und auch eine adäquate medizinische Betreuung, das Lindern von Schmerzen oder die Behandlung von Krankheiten werden weiterhin Teil des Betreuungsmodells bleiben, auch wenn dieses dann nicht mehr Pflegemodell heißt. Hier wird es keinen Qualitätsabschlag geben. Aber wie bereits eingangs erwähnt, wird es zukünftig bedeutsamer werden, gesundheitliche Einschränkungen zu verzögern und/oder diesen vorbeugend entgegenzuwirken.

Natürlich wird die palliative Pflege und die Sterbebegleitung, sowie dies im Gesetz vom 16. März 2009 (Legilux, 2009) festgehalten wurde, auch im Betreuungsmodell eine wichtige Rolle in der Begleitung von Menschen im Sterbeprozess spielen, zumal einerseits gesetzlich festgelegt ist, dass jeder Sterbende das Recht auf Palliativpflege hat und zum andern die entsprechende Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter aus den Altenhilfeinstitutionen im Bereich der Palliativpflege vom luxemburgischen Staat sichergestellt wird. So können die sterbenden Heimbewohner von professionellen, spezialisierten Mitarbeitern, die auch in der Endphase des Lebens, deren Würde respektieren und „die über spezifische Kenntnisse in Palliativpflege verfügen“ (Ministère de la Famille et de l'Intégration ; Ministère de la Santé ; Ministère de la Sécurité Sociale, 2009, S. 23) bis zu ihrem Tod betreut werden. Auch wenn das Betreuungsmodell nicht so exklusiv auf die Betreuung von Sterbenden ausgerichtet ist, wie dies zum Beispiele bei angewandten Modellen in Hospizen der Fall ist, so wird auch weiterhin (wie bisher) gemäß den Anforderungen der Palliativpflege, die Betreuung, der in

der Sterbephase befindlichen Bewohner, fachgerecht durchgeführt werden. Auch hier wird das Betreuungsmodell sicherlich einen wichtigen Beitrag leisten können, zumal auch in der Palliativpflege die Erfüllung der Gesamtheit der körperlichen, geistigen und spirituellen Bedürfnisse (vgl. Legilux, 2009) der Betroffenen abgedeckt werden soll, oder zum Beispiel im Bereich der Prävention, wo sich, nach Specht-Tomann (2015), die Vorbeugemaßnahmen zur Vermeidung einer Polymedikation oder eines „Zu-viel“ an therapeutischen Handlungen aus der quartären Prävention mit den „palliativen Versorgungskonzepten“ (S. 10) überschneiden.

5.9.3 Die Bewohner mit Demenz im Betreuungsmodell

Mittlerweile hat die Wissenschaft erkannt, dass auch bei, an Demenz erkrankten Menschen, „ein subjektiv erfülltes“ und zufriedenes Leben positive Effekte auf deren Wohlbefinden und deren Lebensqualität hat (vgl. Bär, 2010, S. 30) und, dass diese Menschen in etwa die gleichen Bedürfnisse haben wie die Bewohner ohne Demenz (vgl. Kapitel 4.4). Daher muss den Betreuern bewusst sein, dass sowohl positive wie negative Einflüsse durch die Betreuung den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand der betroffenen Bewohner beeinflussen (vgl. Bär, 2010, S. 30). Es ist also das Ziel der Betreuung dieser Bewohner, dass auch sie an sinnvollen und zufriedenstellenden Aktivitäten teilnehmen können, damit sie ihre noch vorhandenen Fähigkeiten im Rahmen des Möglichen so lange wie möglich bewahren können, bzw. durch Aktivitäten weiteren Erkrankungen oder Folgeerscheinungen vorbeugen können und ihre leere Zeit auffüllen können (vgl. Höwler, 2004, S. 349).

Der Abschlussbericht der Uniklinik Köln (vgl. Kapitel 4.4) bestätigt definitiv, dass „bedeutsame Aktivitäten“ wichtigste Elemente zur Verbesserung von Wohlbefinden und Lebensqualität von dementen Personen sind und diese Aktivitäten nicht aus infantilen Beschäftigungsmaßnahmen bestehen sollen. Handlungen oder Tätigkeiten, die individuell an die Fähigkeiten der Bewohner mit Demenz angepasst sind, vermitteln ihnen das Gefühl wichtig zu sein und eine Aufgabe zu haben. Bewohner, die an Aktivitäten teilnehmen, sei es aktiv oder passiv, sind einfacher in ihre Umgebung zu integrieren und vor Absonderung und sozialem Rückzug zu schützen. Bei ihnen werden weniger Verhaltensstörungen bemerkt, da sie nicht versuchen, aus Langeweile, sich selbst zu beschäftigen. Demnach kommt es so auch zu weniger Zwischenfällen wie „an fremdem Eigentum hantieren“ oder „Wäsche zerschneiden“ (Höwler, 2004, S. 349).

Im neuen Modell steht der demente Bewohner im Mittelpunkt. „Wo erlebt er sich als kompetent, fühlt er sich ‚in seinem Element‘, wann hat er das Gefühl, sein Leben und seinen

Alltag selbst zu bestimmen?“ (Bär, 2010, S. 32). „Mit den Menschen zu reden, auf sie, ihre Geschichte und ihre Bedürfnisse einzugehen und sie nicht wie eine Topfpflanze zu behandeln“ (Faber, 2015), ist von besonderer Wichtigkeit, wenn es darum geht die Identität und die Würde der dementiell erkrankten Bewohner zu bewahren.

Aktivierungsmaßnahmen für Bewohner mit Demenz

Bewohnern mit Demenz genügen oftmals sehr einfache Aktivitäten des Alltags zur Aktivierung und/oder Bedürfnisbefriedigung, Handlungen die sie aus früheren Lebensphasen kennen und die vor allem einen Sinn ergeben. In wieweit sie in die Aktivitäten eingebunden werden können, hängt von den individuell vorhandenen Fähigkeiten jedes Einzelnen ab.

In fortgeschrittenen Demenzstadien kann es sein, dass bereits die Unterstützung beim Greifen eines Waschlappens und das, sich über das Gesicht und die Arme streichen mit dem Lappen als Aktivierung gilt. „Hier steht nicht die selbstständige Körperpflege im Vordergrund, sondern die Begegnung durch Interaktion, die alle Sinne mit einbezieht“ (Rutenkröger & Boes, 2006, S. 12).

Des Weiteren weisen Rutenkröger und Boes (2006) daraufhin, dass Bewegung für Menschen mit Demenz äußerst wichtig ist, da sie ihnen das Gefühl von Autonomie vermittelt. Jede Bewegung, die sie ausführen können, bedeutet Selbstständigkeit und gibt ihnen die Möglichkeit an einer Aktivität teilzunehmen oder sie ist bereits eine Aktivität. Außerdem kann Bewegung sich positiv auf eventuelle weitere Pathologien auswirken oder diesen präventiv entgegenwirken. Bewegung bleibt auch im Endstadium der Demenz wichtig, allerdings verändert sie ihre Form. Es genügen dann bereits einfache, kurze Aktivierungen wie zum Beispiel eine „wohltuende Massage oder kinästhetische Unterstützung zur Veränderung der Körperposition (...), um gleichzeitig dabei in einen engen Kontakt mit dem Betroffenen zu treten“ (Rutenkröger & Boes, 2006, S. 13).

Auch können Betreuer, z.B. aus der vitalen Funktion „Atmen“, eine Aktivität für dementiell erkrankte Bewohner machen, indem sie ihnen die Möglichkeit bieten „frische Luft einzuatmen“⁹³ (vgl. Tavier, 2003, S. 91f.) und sie ins Freie begleiten, um ihnen während eines Spaziergangs bzw. eines Aufenthaltes im Garten oder auf einer Terrasse, sowohl die Möglichkeit zu bieten freier atmen zu können und gleichzeitig in Kontakt mit alt bekannten

⁹³ « L'habitude institutionnelle consiste à enfermer la personne désorientée sans tenir compte dudit besoin. Face à cela, la réaction logique de cette personne est de vouloir sortir et de fuguer. Dans cet exemple, une prise en charge correcte serait de prévoir des moments « d'aération » dans lesquels la personne désorientée pourrait s'oxygéner.“ (Tavier, 2003, S. 91f.).

Düften, Geräuschen oder Farben zu kommen, denn Demenzkranke bleiben bis zu ihrem Lebensende über die Sinnesorgane (durch Düfte, Geräusche, Farben, usw.) erreichbar. Natürlich bedeutet diese Umwandlung des Bedürfnisses „Atmen“ nicht, dass die Betreuer, die Atmung nicht mehr medizinisch überwachen sollen, aber das Ziel des neuen Modells ist es, eine Kombination der verschiedenen Auslegungen zu ermöglichen, um den Bewohnern ein Höchstmaß an Wohlbefinden und Lebensqualität zu garantieren. Gleichzeitig können während des Aufenthalts an der frischen Luft noch die Bedürfnisse nach Bewegung und nach Sicherheit erfüllt werden, da der Bewohner sich zum einen sicher fühlt (keine Angst hat), da er nicht allein gehen muss und zum andern das Gehen seinen Bewegungsdrang befriedigt.

Andere Aktivitäten, wie leichte Handmassagen im Rahmen von Einzelaktivitäten oder Gesprächs- oder Erzählrunden, können das Bedürfnis nach Zuwendung und nach Kommunikation erfüllen. Dies gilt auch für Bewohner, z.B. im Endstadium der Demenz, die nur noch passiv an Gesprächen teilnehmen können. Wenn Menschen mit Demenz in Aktivitäten eingebunden werden, kann die dadurch entstehende Ablenkung und/oder Beschäftigung ein ruhigeres Verhalten der Betroffenen bewirken, ein Zustand, den man ansonsten durch medikamentöse Therapien herbeiführen muss. „Unruhige Patienten durch Medikamente ‚ruhigzustellen‘, erweist sich nun einmal als die pragmatischste Lösung bei Überbelastung des Personals“ (Faber 2015). Aber diese Lösung ist nicht unbedingt anzustreben, denn „Ruhigstellung kann verwirren“ (Faber 2015), zumal dann oftmals mehrere verschiedene Medikamente verabreicht werden müssen, was leicht zu einer Polymedikation führt und dies wiederum fordert eine angepasste Betreuung von Seiten des Personals, was aber in Luxemburg schwierig ist, da es an genügend geschultem Fachpersonal für solche Behandlungsmaßnahmen, fehlt (vgl. Faber 2015).

5.9.4 Die Terminal- und Sterbephase im Betreuungsmodell

Auch während der Sterbephase behält das Betreuungsmodell seine Wichtigkeit. Allerdings darf es nicht missverstanden werden. Es geht nicht darum die Bewohner bis zu ihrem Tod, unbedingt aktivieren oder anleiten zu wollen oder um „Aktivierung bis zu letzt“ wie Zegelin (2013, S.13) es bezeichnet, sondern es geht darum eine mögliche, das Wohlfühl steigende, Aktivierung der Bewohner jeweils ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Aktivierungen in der Sterbephase können nach Rutenkröger & Boes, (2006) eine „wohltuende Massage“ oder „kinästetische“ Lagerungsänderungen sein, um die Position des

Körpers zu verändern (S. 13). Aktivierung wird dem Zustand, den Bedürfnissen, den Wünschen und dem Schmerzempfinden des Bewohners angepasst.

Kompetenzerhalt oder -förderung spielt in diesem Stadium keine tragende Rolle mehr. Aber genau wie während des gesamten Heimaufenthalts, steht auch in der Sterbephase immer noch das Wohlbefinden der Bewohner im Mittelpunkt und laut Köther und Seibold (2011) müssen auch in dieser Phase immer noch die Autonomie und Wünsche der Sterbenden berücksichtigt werden, was manchmal eine echte Herausforderung für das Personal darstellt. Bei Sterbenden, die sich nicht mehr verbal äußern können, muss dabei auf „Mimik und Gestik“ geachtet werden, damit es trotz ihrer Abhängigkeit und ihrer Hilflosigkeit, möglich ist ihre Bedürfnisse zu erfüllen und diese bestehen, laut Behrens (2008), Köther und Seibold (2011) oder nach Studien von Bexton, Hebb, Heron und Scott und andern Wissenschaftlern, unter anderem aus einer angepassten, auf die Bedürfnisse der Sterbenden abgestimmten Kommunikation (eine Art Reizaktivierung) mit dem Sterbenden (vgl. Kapitel 4.5).

Auch *Prävention*, bleibt während der Sterbephase wichtig, zum einen gilt es die quartäre Prävention, die während der Palliativphase eine entscheidende Rolle spielt, zu beachten und zum anderen müssen Präventionsmaßnahmen ergriffen werden, um zum Beispiel Verstopfungen, Lungenentzündungen oder Druckgeschwüre und somit weitere Schmerzen von den Sterbenden fernzuhalten. Von besonderer Wichtigkeit ist in dieser Phase auch die Prävention gegen Mundtrockenheit, denn eine ausgetrocknete Zunge und trockene Mundschleimhäute, bedingt durch Sauerstoffgaben, das Atmen mit offenem Mund oder fehlende Speichelproduktion können sehr schmerzhaft sein und zu weiteren Entzündungen⁹⁴, verbunden mit weiteren Schmerzen, führen (vgl. Köther & Seibold, 2011, S. 687ff.).

5.10 Die Bedeutung des Betreuungsmodells für die Heimmitarbeiter

Für die Mitarbeiter der Altenhilfeeinrichtungen bedeutet die Einführung des neuen Modells einen Mentalitätswechsel, denn bisher stand die Pflege und somit ein routinemäßiger Tagesablauf im Mittelpunkt. Beim Betreuungsmodell aber steht Individualität und Selbstbestimmung im Vordergrund und somit sind Flexibilität, Verständnis und Kreativität gefragt, Kriterien, die bei einer routinemäßigen Pflege eher im Hintergrund stehen. Ob die Mitarbeiter fähig sein werden, ihre Aufgabe im Sinne der Bewohner und des erfolgreichen Alterns ausführen, hängt vor allem davon ab, wie sie an das neue Modell herangeführt und

⁹⁴ z.B. „Parotitis, Ohrspeicheldrüsenentzündung“, usw. (Köther & Seibold, 2011, S. 688).

auf ihre neuen Aufgaben vorbereitet werden. Dabei sind die Vorgesetzten und die Heimleitungen gefordert, die Mitarbeiter zu unterstützen, zu begleiten und zu motivieren: „Wenn Du ein Schiff bauen willst, dann trommele nicht die Männer zusammen, um Holz zu beschaffen, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern lehre die Männer die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer“ (Antoine de Saint-Exupéry).

5.10.1 Die Rolle der Mitarbeiter bei der Umsetzung des Modells

Institutionen, die das neue Modell umsetzen wollen, sind auf die Unterstützung der gesamten Belegschaft angewiesen. Dies geht aus den Erfahrungen bei der Einführung anderer Modelle, wie zum Beispiel dem mäeutischen Konzept hervor. Van der Kooij (2012) weist daraufhin, dass einer der wichtigsten Faktoren bei der Einführung eines neuen Modells, die Identifikation der Mitarbeiter mit dem neuen Modell und den dazugehörigen Umstellungen, ist. Es ist wichtig, dass sie sich durch die neuen Ideen und die Veränderungen durch das Modell zur Mitarbeit angespornt fühlen. Die Begeisterung des Personals, zusammen neue Wege zu beschreiten, ist der Motor, welcher die gesamte Mannschaft motiviert und sie auch bei Rückschlägen zusammenhalten lässt und immer wieder für neuen Dynamismus sorgt, damit nicht bei den ersten auftauchenden Schwierigkeiten, ob vorhersehbar oder nicht, das Projekt aufgegeben wird (vgl. van de Kooij, 2012, S. 163).

Allerdings brauchen Mitarbeiter, die an der Umsetzung eines neuen Modells beteiligt sind auch eine „fördernde und zugleich kompetente Begleitung“ (van der Kooij, 2012, S. 163), damit sie aufgabenorientiert und gezielt arbeiten können und die vorgegebenen Ziele erreichen können (vgl. Müller, 2015, S. 27). Laut van der Kooij (2012) hat es bei der Umsetzung der alten Pflegemodelle oft Problem gegeben, weil die Führungskräfte zu wenig Kontrolle über die Abläufe und die angestrebten Veränderungen in den Institutionen hatten. Sie hat festgestellt, dass der Dreh- und Angelpunkt für das Gelingen einer Umsetzung bei der Einführung eines neuen Modells, die Wohnbereichsleitung ist. Von ihr hängt „ein Erfolg in hohem Masse“ ab (S. 176), besonders dann, wenn Mitglieder des Betreuungsteams vor den neuen Aufgaben zurückschrecken, da sie jetzt mehr Eigenverantwortung übernehmen müssen, da eingefahrene Routinearbeiten wegfallen und sie sich jeden Tag neu auf die Tagesform der Bewohner einstellen müssen. Wenn es darum geht, die Fähigkeiten der Bewohner einzuschätzen, damit adäquate Aktivitäten angeboten werden können, kommt es auf die Kenntnisse der Betreuer an. Routinearbeiten werden seltener. Das Personal wird stärker gefordert und in die Verantwortung genommen. Das, von Böhm (2004b) angesprochene, „Akkordarbeiter-Verhalten“ (S. 240) wie „Waschen-Kämmen-Anziehen“, möglichst noch vor dem morgendlichen Kaffeetrinken und ohne Beteiligung der Bewohner,

wird im Betreuungsmodell die Ausnahme sein, wenn die Bewohner eingebunden und ihre Bedürfnisse beachtet werden sollen.

Hier werden Pflegedienstleiter und Wohnbereichsleiter besonders gefordert sein, wenn es darum geht die Mitarbeiter davon zu überzeugen und zu befähigen auch andere Aufgaben als die erlernten Pfl egetätigkeiten zu übernehmen. Dabei sind keine ausgefallenen Aktivitäten verlangt. Schon kurze Aktivierungen können eine große Wirkung haben, zum Beispiel die Unterstützung durch die Betreuer beim täglichen Zeitung-holen (im Briefkasten oder an der Rezeption der Institutionen) oder Vorleseaktivitäten bzw. Gesprächsrunden über aktuelle Themen für Bewohner mit Leseschwierigkeiten, usw. Das Einbinden der Bewohner in derartige Aktivitäten wird neue Herausforderungen für die Betreuer darstellen, wo sie die volle Unterstützung und Motivation ihrer Vorgesetzten brauchen.

5.10.2 Die Qualifikation des Personals

Damit die Aktivitäten nach den Richtlinien des neuen Modells umgesetzt werden können, spielen aber auch die Fähigkeiten des Betreuungspersonals, d.h. ihr Wissen, ihre Kompetenzen und ihr Engagement eine wichtige Rolle. Daher muss ihre Qualifikation an die neuen Herausforderungen angepasst werden. Die Mitarbeiter müssen die Fähigkeiten erwerben, um Ressourcen und Kompetenzen bei den Bewohnern zu erkennen, richtig einzuschätzen und entsprechend zu fördern, ohne dabei die alten Menschen zu über- oder unterfordern. Diese Umgangsformen müssen Teil der entsprechenden Berufsausbildung sein, die dem Personal die nötigen Kenntnisse vermittelt. Die Mitarbeiter müssen über Sinn und Zweck sowie die Folgen und die Umsetzung von Aktivierungs- und Präventionsmaßnahmen informiert werden und lernen wie diese sinnvoll umzusetzen sind.

Hier muss das Personal eine faire Chance bekommen, sich diesen Anforderungen zu stellen und es müssen Alternativen geschaffen werden, um einer Überforderung oder dem „crazy-making⁹⁵“ der Mitarbeiter vorzubeugen. Falls diesen Anforderungen in der aktuellen Ausbildung nicht in dem Maße nachgekommen wird, wie es erforderlich ist, ist es unumgänglich, dass diese Wissenslücken über interne oder externe Weiterbildungskurse geschlossen werden.

⁹⁵ „Dieses Wollen und Nicht Können, diese unerfüllbare Forderung durchzuführen führt zum „Crazy-making“-Verhalten beim Personal: Ich soll aktivieren, der Patient lässt sich aber nicht“ (Böhm, 2004b, S. 204).

5.10.3 Eigenschaften des Personals für eine gelungene Altenarbeit

Neben dem Fachwissen brauchen die Mitarbeiter der Alteneinrichtungen aber auch die notwendigen zwischenmenschlichen Kompetenzen, damit das Verhältnis zwischen Bewohner und Pflegekräften stimmt. Carl Rogers hat drei Pfeiler definiert, die laut Kreuziger (2000) „notwendig und unerlässlich für eine zwischenmenschliche Beziehung“ sind: „Wertschätzung und bedingungsfreies Akzeptieren, Empathie, Kongruenz“ (Kreuziger, 2000). Daneben spielen auch noch weitere Kompetenzen, wie z.B. ein ausgewogenes Nähe-Distanz-Verhalten und eine gesunde Dosis Humor bzw. eine Portion heitere Gelassenheit, eine wichtige Rolle, um ein möglichst entspanntes Verhältnis zwischen Bewohner und Betreuer zu pflegen.

Wertschätzung

Die Bewohner sollen spüren, dass sie als Mensch geschätzt werden und ihre Bedürfnisse wahrgenommen bzw. ernst genommen werden und sie Hilfe bekommen bei der Erfüllung dieser Bedürfnisse.

Ein besonderes Zeichen der Wertschätzung und des Respektes vor den Bewohnern als reife Persönlichkeiten, zeichnet sich durch die Anrede der alten Menschen aus. Auch wenn Bartoszek und Mitarbeiter (2011) ein Anreden der Bewohner mit „Sie“ und dem Nachnamen, „ggf. auch mit dem Titel“ (S. 150), für selbstverständlich hält, so scheint dem nicht immer so zu sein, denn laut Türl (2011) belegen Studien, dass „das DU von Pflegepersonen gegenüber Gepflegten wird als verletzend erachtet und löst glz. Ängste vor dem Verlust der eigenen Würde aus“ (S. 28). Demnach ist es wichtig das Personal besonders über die Wichtigkeit der Wertschätzung aufzuklären, weil der Name ist „das zentrale Zeichen persönlicher Identität, das bleibt, auch da wo so viel Persönliches, Individuelles zurückgelassen werden muss, wie beim Einzug ins Heim“ (Bartoszek et al., 2011, S. 150), bei fortschreitender Pflegebedürftigkeit oder beim Verlust kognitiver Fähigkeiten. Oft wird dies vom Personal missverstanden und sie glauben, den Bewohnern durch das Anreden mit Kosenamen oder der Verniedlichung des Namens mehr Nähe zu vermitteln. Charlier (2007) ordnet das „unaufgeforderte Duzen“ oder die „respektlose Anrede wie ‚Oma‘“ als Form der „Gewalt in der Pflege“ ein (S. 403). Darum ist es unerlässlich, dass jede Änderung der Anrede eines Bewohners in der Pflege- oder Betreuungsdokumentation festgehalten wird, denn wirklich anzuraten, ist die Änderung nur auf ausdrücklichen Wunsch der Bewohner oder bei Personen mit Demenz, die auf ihren Nachnamen nicht mehr reagieren (vgl. Matolycz, 2011, S. 119f.; Böhm, 2004b, S. 225; Bartoszek et al., 2011, S. 150; Türl, 2011, S. 28; Flehsenberger, 2011, S. 448).

Empathie

„Es gibt nichts, was mehr über das Gelingen zwischenmenschlichen Umgangs entscheidet, als die Fähigkeit zur Empathie“ (Weckert, 2011). Laut Dudenredaktion (o.D.) bedeutet Empathie die „Bereitschaft und Fähigkeit, sich in die Einstellungen anderer Menschen einzufühlen“. Besonders im Rahmen einer bedürfnisorientierten Betreuung ist ein solches empathisches Verhalten der Betreuer von großer Bedeutung, um eine bedürfnisorientierte Kommunikation zwischen Bewohnern und Betreuern aufzubauen, denn die alten Menschen müssen sich öffnen und den Betreuern ihre Bedürfnisse mitteilen. Es muss eine Vertrauensbasis entstehen, die es beiden Seiten ermöglicht, eng miteinander zu kooperieren. Empathie bedeutet, sich in die Bewohner einfühlen zu können, bereit zu sein, sich auf ihr Befinden einzulassen und sie gefühlsmäßig zu unterstützen. „Gefühle werden dabei ernst genommen und nicht vorschnell ‚weggetröstet‘“ (Bartoszek et al., 2011, S. 149). Wichtig für echtes empathisches Verhalten den alten Menschen gegenüber, ist außerdem ein aktives, „bewusstes und engagiertes Zuhören“ und zwar so, dass dabei auf alle verbalen und non-verbalen Zeichen der Bewohner geachtet wird, um besser zu verstehen, was sie fühlen und was sie brauchen (vgl. Bartoszek et al., 2011, S. 149). Durch diese Gefühlsnähe sollen die Bewohner stimuliert werden, den Betreuern ihre Bedürfnisse mitzuteilen.

Weckert (2011) stellt auch klar, dass „Empathiefähigkeit“ nicht mit „Selbstlosigkeit“ verwechselt werden darf. Er behauptet, dass nur wenn man zur „Selbstepathie⁹⁶“ fähig ist, man auch im Stande ist, einen empathischen Umgang mit anderen zu pflegen. Für ihn gilt „Selbstepathie“ als eine „entscheidende Ressource zur Bewahrung der eigenen Arbeitszufriedenheit. Sie schützt vor Selbstüberforderung und Hilflosigkeit, die bei professionellen Helfern immer häufiger auftritt und einen idealen Nährboden für das Burnout-Syndrom bietet“ (Weckert, 2011).

Kongruenz

Kongruenz stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „Zusammenwachsen“. Wenn man demnach von kongruentem Verhalten im Zusammenhang mit der Betreuung von Heimbewohnern spricht, ist das Zusammenwachsen von Bewohnern und Betreuern gemeint. Dies bedeutet, für Bewohner und Betreuer „dass das Ziel des Prozesses ein tiefes Kennen

⁹⁶ „Empathie beschreibt das Erkennen von dem, was in einem anderen vorgeht. *Selbstepathie* das Erkennen von dem, was in einem selbst vorgeht. Selbstepathie steht auch in enger Verbindung zu dem Begriff Selbstkompetenz, der neben Selbstepathie aber auch weitere Aspekte beinhaltet, beispielsweise die Fähigkeiten, eigenständig Entscheidungen zu treffen, Lebenspläne zu entwickeln und zu verwirklichen.“ (Empathie-Akademie, 2013).

und Erkennen des jeweils anderen und der eigenen Person im Beziehungsprozess sein soll“ (Bauer, 2002, S. 18). Der Betreuer soll dem Bewohner so gegenüber treten, wie er wirklich ist, denn nur durch ein ehrliches, unverstelltes Auftreten kann er das Vertrauen des Bewohners gewinnen. Wenn sich der Betreuer aber verstellt und der Bewohner dies durch Aussagen und Körpersprache bemerkt, besteht die Gefahr, dass er sich verschließt und es schwierig sein wird, ein offenes Betreuungsverhältnis aufzubauen. Besonders bei der bedürfnisorientierten Betreuung ist ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Bewohner und Betreuer wichtig, denn die Aktivitäten sind ein Zusammenspiel zwischen beiden Akteuren und nicht wie bei Pflegeinterventionen einseitige Aktivitäten von Seiten der Pflegenden. Besonders dementiell erkrankte Menschen sind oft sehr sensibel für inkongruentes Verhalten der Betreuer und können diese im Rahmen der Kommunikation „erspüren“ (vgl. Welling, 2004, S. 4).

Nähe-Distanz-Verhalten

Neben den von Carl Rogers vorgegebenen Eigenschaften für die zwischenmenschliche Kommunikation, fordert Bartoszek und Mitarbeiter (2011) eine weitere Fähigkeit des Personals in der Altenarbeit: ein ausgewogenes Nähe-Distanz-Verhalten. Es ist wichtig hier ein Gleichgewicht zu finden, um effizient mit den Bewohnern umzugehen. „Zu viel Nähe“ kann die Bewohner überfordern und „zu viel Distanz“ kann als „Gleichgültigkeit“ und/oder „Ablehnung“ bewertet werden (vgl. Bartoszek et al., 2011, S. 149). Für das Personal ist dies ein Balanceakt, denn besonders die Erfüllung der individuellen Bedürfnisse und die körpernahen Aktivitäten der täglichen Interventionen fördern kontinuierlich die Nähe zwischen beiden Parteien und erschweren das, von Bartoszek und Mitarbeitern (2011) geforderte, „Einhalten eines angemessenen räumlichen Abstandes“ (S. 149). Auf der einen Seite sollen die Betreuer Nähe und Gefühle zu lassen und zeigen, um ein Vertrauensverhältnis zu den Bewohnern aufzubauen, auf der andern Seite aber müssen sie wieder die nötige Distanz einhalten, um deren Intimsphäre nicht zu verletzen. Für viele Betreuer ist es eine wirkliche Herausforderung diese Balance herzustellen.

Humor

„Humor hat drei Hauptfunktionen: eine kommunikative, eine soziale und eine psychologische. Humor dient dazu, wichtige Botschaften zu übermitteln, soziale Bindungen zu knüpfen und bei der Bewältigung der Widrigkeiten und ‚delikaten‘ Situationen“ (Robinson, 2002, S. 46) zu helfen. Besonders in der Betreuung von alten und/oder pflegebedürftigen Menschen kann Humor viele positive Funktionen haben, wie an der Abbildung von Schmidt (2010) zu erkennen ist (vgl. Abbildung 12).



Abbildung 12: Positive Funktionen von Humor (Schmidt, 2010, S.846).

Besonders wichtig für die Mitarbeiter ist dabei, dass sie Humor als fürsorglichen Umgang nutzen können, um in schwierigen Situationen eine entspanntere Atmosphäre zu schaffen (vgl. Schmidt, 2010, S. 847).

Rattner und Danzer (2011) gehen davon aus, dass Humor zum „Bewältigen“ der „alltäglichen Lebensaufgaben dazu gehört“ und dass man manchmal mit etwas Humor, „private Nöte und Sorgen“ relativieren und/oder entschärfen kann (vgl. S. 74). Humor in der Altenhilfe bedeutet nicht „Immer-lustig-und-gut-drauf-Sein, mit Lachen und Grölen über alles Mögliche“ (Wittmer, 2015, S. 2) und auch nicht „jemanden oder etwas auslachen“ (Wittmer, 2015, S. 2), sondern dem Alltag, durch eine Prise Humor, einen Teil seiner Schwere zu nehmen und ihn so erträglicher zu gestalten. Es ist wichtig, den Humor den Situationen angepasst zu dosieren, denn eine Portion Humor kann unangenehmen oder prekären Situationen die Brisanz nehmen. „Auch einmal über uns selbst zu lachen, tut uns gut“ (Lombris & Anderegg, 2013, S. 2). Taktvoller Humor ist „eine stille Kraft“, die wir ernst nehmen sollten und niemals verlieren sollten, denn „Humor ist gesunder Menschenverstand, der tanzt.“ (Wittmer, 2015, S. 2).

Außerdem kann humorvoller Umgang mit den Bewohner auch gesundheitliche Probleme vermindern oder vermeiden und den Alltag der alten Menschen erleichtern, denn „Lachen verändert den Blutdruck und den Puls, es wirkt auf die Endorphinausschüttung und senkt die stressbedingte Kortisolausschüttung. Lachen fördert die Zwerchfellarbeit. Es unterstützt das Husten, die Sekretlockerung, die Atemtiefe und beeinflusst damit auch die Atemvolumina. Durch die Bewegung des Bauches wird die Darmperistaltik angeregt. Lachen ist damit sogar ein bisschen Obstipationsprophylaxe“ (Schmidt, 2010, S. 846f.).

5.11 Die Qualitätssicherung

Bei der Qualitätssicherung in der Betreuung von alten Menschen geht es darum, die Qualität der Dienstleistungen innerhalb der Einrichtungen zu sichern, zu bewahren, zu prüfen oder zu verbessern. Dafür gibt es unterschiedliche Qualitätssicherungsverfahren, die aber in einer ersten Phase der Einführung des neuen Modells nicht unbedingt alle umsetzbar oder anzuraten sind. Außerdem gibt es in den meisten Einrichtungen bereits Qualitätssicherungsmaßnahmen, welche diese Institutionen dann vielleicht auch zur Qualitätsüberprüfung des neuen Modells anwenden könnten. Demnach muss die Heimleitung entscheiden, ob sie das neue Modell nach den gleichen Maßstäben bewerten will wie die bisherigen Leistungen oder ob sie weitere hinzuziehen will. Besonders in der Einführungsphase können verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen einfacher und effizienter umsetzbar sein als andere.

Dokumentation und Teambesprechung

Genau wie beim Pflegemodell ist auch beim Betreuungsmodell, die Dokumentation der Betreuungsmaßnahmen das Qualitätssicherungsmittel erster Wahl. Die Dokumentation dient der Kommunikation und der Information für das gesamte Betreuer-Team und anhand der Dokumentierungen kann man auch im Beschwerdefall nachweisen, welche Maßnahmen in einer bestimmten Situation ergriffen wurden. Außerdem unterstützen diese Dokumentationen die periodische Evaluation der Bewohner und die Planung der weiteren Betreuung. Wie auch beim Pflegemodell stehen regelmäßige Teambesprechungen in engem Zusammenhang mit der ordnungsgemäßen Dokumentation.

Qualitätszirkel

„Qualitätszirkel eignen sich insbesondere dazu, die Erfahrungen und Kenntnisse der Mitarbeiter von der Basis in den Prozess der Qualitätssicherung und –entwicklung aufzunehmen“ (Müller, 2005, S. 353). Ein Qualitätszirkel ist ein Arbeitskreis, der aus mehreren Mitarbeitern besteht, dessen Mitgliederzahl zwischen fünf und zehn Personen variieren kann (vgl. Köther & Anton, 2011, S. 978; Müller, 2005, S. 353). In einer solchen Arbeitsgruppe versuchen Mitarbeiter aus verschiedenen Personalbereichen oder auch aus einer speziellen Berufsgruppe, Probleme oder Themen zu untersuchen und entsprechende Lösungen zu finden, indem sie die Sachlage aus ihrer Perspektive betrachten. Insbesondere bei der Einführung eines neuen Modells kann es hilfreich sein, solche „Qualitätszirkel“ zu bilden, die sich dann mit unterschiedlichen Problematiken befassen und diese dann aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten. So können die Kompetenzen des Personals,

ihre „Kreativität“ und „Flexibilität“ konstruktiv mit in den Entwicklungsprozess, der Institutionen eingebunden werden. Zudem werden die Mitarbeiter wertgeschätzt und können an der Gestaltung ihrer Zukunft mitarbeiten, was ihre Zufriedenheit erhöhen dürfte und somit auch einen positiven Einfluss auf die Arbeitsqualität hat.

Mitarbeiterbegleitung

Eine weitere Maßnahme für die Qualitätssicherung, die zwar arbeitsintensiv aber sehr aufschlussreich ist, ist die Mitarbeiterbegleitung, in Deutschland (im Pflegebereich) auch als „Pflegevisite“ bekannt. Dabei wird jeweils ein Betreuer vom „Pflegedienstleiter oder dessen Stellvertreter“ (Hellmann & Kundmüller, 2006, S. 14), in festgelegten Zeitabständen, bei seiner täglichen Arbeit begleitet. Jede Institution muss für sich entscheiden, wie diese Zeitabstände zu regeln sind und wie die Visiten bzw. Begleitungen ablaufen sollen. Hellmann und Kundmüller (2006) schlagen vor, alle Bewohner (die sich vorab bzw. beim Einzug ins Heim, mit solchen Visiten einverstanden erklärt haben) halbjährlich zu besuchen, d.h. die Begleitungen müssen so organisiert werden, dass zum einen alle Bewohner im Halbjahrestakt besucht werden, und dass zum andern dabei auch alle Mitarbeiter begleitet werden, denn es geht nicht nur darum zu überprüfen, wie sich die Bewohner entwickeln, sondern auch darum die Arbeits- und Umgangsweise der Betreuer zu überprüfen. Diese Art der Qualitätssicherung bedarf also einer präzisen Planung durch die Vorgesetzten und ist zeitaufwendiger als andere Qualitätskontrollen, aber dafür liefert die Kontrolle „sofort“ Resultate und man muss nicht auf langwierige Auswertungen und Vergleiche warten. Eine vorab ausgearbeitete „Checkliste“ erleichtert das Notieren der verschiedenen Beobachtungen, so dass alle Informationen auch im Nachhinein nachprüfbar sind. Dem Mitarbeiter kann ein „Ergebnisprotokoll“ ausgehändigt werden und es kann eine „Nachbesprechung“ erfolgen, die aber auch mit dem jährlichen Mitarbeitergespräch zusammengelegt werden kann. Bei diesen Mitarbeiterbegleitungen können, laut Hellmann und Kundmüller (2006), Qualitätsüberprüfungen auf fünf Ebenen gleichzeitig stattfinden: die direkte Qualität der Betreuung, die Arbeitsweise des Personals, der Zustand der Bewohner, der Bedarf an Weiterbildungen und die „Wirtschaftlichkeit“ der Einrichtung (vgl. Hellmann & Kundmüller, 2006, S. 11).

Um dem Betriebsklima nicht zu schaden, darf Mitarbeiterbegleitung vom Personal nicht missverstanden und als Überwachung oder Schikane empfunden werden, sondern die Betreuer müssen verstehen, dass Qualitätssicherung wichtig ist für die eigene Weiterentwicklung und auch für die Steigerung der Qualität innerhalb der Einrichtungen. Um das Personal nicht unnötig unter Druck zu setzen, sollte daher darauf geachtet werden,

dass die Zahl, der zu betreuenden Bewohner durch die begleitete Fachkraft, am Tag der Begleitung herabgesetzt wird, so dass Zeit für Gespräche zwischen Begleiter und Betreuer oder Begleiter und Bewohner bleibt. Des Weiteren muss auch dafür gesorgt werden, dass sich die Bewohner nicht übergangen oder verunsichert fühlen, zum Beispiel durch Gespräche zwischen Begleiter und Betreuer, die „über den Kopf des Bewohners hinweg“ geführt werden (vgl. Hellmann & Kundmüller, 2006, S. 15).

Bewohnerbefragung

Eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, die während der Einführungszeit des Modells nicht unbedingt zu empfehlen ist, ist die Bewohnerbefragung, denn während der Einführungsphase müssen sich die Bewohner erst an die Herausforderungen des aktiveren Lebens gewöhnen und hier sind Unstimmigkeiten vorprogrammiert, die es dann mit Diplomatie und Geschick zu überwinden gilt. Zu diesem Zeitpunkt kommt eine Bewohnerumfrage zu früh.

Außerdem hegt das deutsche Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006) Zweifel an der Zuverlässigkeit von Bewohnerumfragen, weil es viele Faktoren gibt, die die Bewertung erheblich verzerren können. Psychologische Faktoren können eine Rolle spielen, enge Verhältnisse zwischen Bewohnern und Betreuern oder die Resignation angesichts des nahenden Todes. Des Weiteren „formulieren Befragte in Heimen häufig weniger die Zufriedenheit über die Einrichtung als über ihr ‚gelebtes Leben‘, so dass unter Umständen ganz andere Faktoren gemessen werden.“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2006, S. 5).

5.12 Die Implementierung eines bewohnerorientierten, aktivierenden, kompetenz-, bedürfnis- und präventionsorientierten Modells

Für die Implementierung des Betreuungsmodells sollte vorzugsweise eine operative Einführung (Bottom-up-Einführung) ausgewählt werden, da so die Möglichkeit besteht, die Implementierung schrittweise (z.B. als Pilotprojekt) und in Zusammenarbeit mit den Heimmitarbeitern aus einer oder einiger Institutionen durchzuführen. Diese operative Implementierungsstrategie hätte den Vorteil, dass schnelle Erfolge erzielt und bewertet werden könnten, dass aber auch eventuelle Fehlschläge schnell sichtbar würden, welche sofort durch Veränderungen der Betreuungsinterventionen oder der Fortbildungen der Mitarbeiter korrigiert werden könnten, da nur ein relativ kleiner Teilnehmerkreis betroffen wäre.

5.12.1 Die Aufgaben der einzelnen Arbeitsbereiche in der Praxis

Das Betreuungspersonal

Der Hauptanteil der Umsetzungsarbeit liegt beim Betreuungspersonal, also den Mitarbeitern, die direkt mit der Umwandlung der Pflegeinterventionen in Aktivitäten konfrontiert sind. Sie haben bisher die Pflege durchgeführt, also obliegt es ihnen auch jetzt, diese Pflegeinterventionen (aus der Grundpflege) in Aktivitäten umzuwandeln, an denen sich die Bewohner beteiligen können. Sie müssen vor der Umsetzung des neuen Modells entsprechend geschult werden, damit sie bestens informiert sind, wie die Umwandlung in Betreuungsaktivitäten vorstatten gehen soll, denn sie müssen sich sicher fühlen, um ihre neuen Pflichten korrekt ausführen zu können. Sie müssen auch ein Mitspracherecht haben, falls geplante Maßnahmen zu schwierig oder gar nicht umsetzbar sind. Laut van der Kooij (1997) werden die „Intelligenz“ und die „Kreativität“ der Betreuungskräfte oft unterschätzt und ihr Einsatz und ihre Kenntnisse nicht genügend wertgeschätzt (vgl. S. 5f.). Auch bei der Umsetzung des neuen Modells wird es gleiche oder ähnliche Situationen geben wie früher, wo es darum geht, dass die Mitarbeiter die Reaktionen der Bewohner verstehen und sich und ihre Arbeitsweise nicht ständig selbst in Frage stellen können, sondern verstehen müssen, dass unangepasste Verhaltensweisen der Bewohner tiefgründigere Ursachen haben können. „Geschlagen, beschimpft oder sexuell angegriffen werden, sind Erfahrungen, die Pflegekräfte verwirren und böse machen. Sie weisen den Bewohner zurück, auch wenn der ganz klar nicht zurechnungsfähig ist. Im Prinzip kann der Pflegenden jedoch beinahe alles akzeptieren, wenn er es nur versteht“ (van der Kooij, 1997, S. 5). Es ist wichtig, dass die Betreuer verstehen, dass sie nicht nur als Marionetten funktionieren sollen, sondern, dass

ihre Meinung und vor allem ihre Mitarbeit und eine multidisziplinäre Zusammenarbeit gefordert sind.

Trotzdem wird es immer Mitarbeiter geben, die unmotiviert an die Umsetzung herangehen und als Argument für ihre schwache Leistung „Zeitmangel“ (van der Kooij, 2012, S. 177) angeben. Ihr Verhalten birgt das Risiko, dass sich das motivierte Personal von diesem kontraproduktiven, destruktiven Verhalten anstecken lässt und so die Umsetzung verlangsamt oder blockiert wird. In diesem Fall müssen, nach van der Kooij (2012) die Wohnbereichsleiter eingreifen und klären, ob es sich hier um „Widerstand“ oder um „Unwillen“ handelt. „Widerstand weist auf Engagement hin: Der betreffende Mitarbeiter sieht noch zu viele mögliche Probleme und hält lieber an der sicheren Routine fest“ (van der Kooij, 2012, S. 177). Dies kann ein Zeichen dafür sein, dass der Betreuer mit der neuen Situation überfordert ist und weitere Unterstützung bzw. weitere Schulungen braucht, um das neue Modell zu verinnerlichen. Diese Haltung kann sich nach einer gewissen Zeit zum Positiven wenden. „Wer Veränderungen jedoch konstant entgegenarbeitet und diese unterminiert, passt nicht mehr in das Team“ (van der Kooij, 2012, S. 177).

Die Wohnbereichsleitung

Nach van der Kooij (2012), ist die Wohnbereichsleitung, (Wohnbereichsleiter und Pflegedienstleiter), der „Dreh- und Angelpunkt für das Gelingen“ (S. 176) der Umsetzung eines neuen Modells. Allerdings sind sie sich leider allzu oft ihrer wichtigen Rolle nicht bewusst, denn nach van der Kooijs Erfahrungen vertreten manche Wohnbereichsleiter oder Pflegedienstleiter die Meinung: „Das müssen die Pflegenden selbst regeln, schließlich sind sie doch Profis!“ (van der Kooij, 2012, S. 176). Hier scheinen die Vorgesetzten zu vergessen, dass das Personal für die Krankenhauspflege ausgebildet wurde und in der Altenarbeit ihren erlernten Beruf neu einordnen oder anpassen muss und dies vielleicht nicht schafft, weil ihm die nötige Unterstützung und/oder die notwendigen Kompetenzen dazu fehlen. Daher rät van der Kooij, das Personal „gleich zu Anfang zu fragen, welche Unterstützung sie brauchen, als zu warten, bis sie irgendwo festgefahren“ (van der Kooij, 2012, S. 177) sind.

Um die Umsetzung des neuen Modells optimal durchzuführen, bedarf es einer kontinuierlichen Überwachung und Optimierung der veränderten Arbeitsweisen. Diese Kontrollen sind, laut Kämmer (2005), Aufgabe des Pflegedienstleiters, der sein Team durch „Steuerungs- und Fachaufsicht“ „befähigt und unterstützt“ (S. 6).

Die Pflegedienstleitung

Auch wenn es nicht immer einfach ist, das Personal davon zu überzeugen, altbekannte Modelle durch neue zu ersetzen, so ist es die Aufgabe des Pflegedienstleiters mit „Überzeugungskraft und Hartnäckigkeit“ (Kämmer, 2005, S. 6) dies voranzutreiben und die Mitarbeiter durch Wertschätzung, Aufwertung und Bestätigung stark zu machen und ihnen das nötige Selbstvertrauen zu vermitteln um das neue Modell umzusetzen. Die Mitarbeiter sollen wissen, dass, ihre positive Herangehensweise, ihre Einsatzbereitschaft und ihre Kenntnisse das „echte Kapital“ sind. „PDL sparen hier oft an der falschen Stelle, überfordern durch zu wenig strukturierte und oft nicht ausreichend kommunizierte Anforderungen. Die Falle heißt: zu viel, zu schnell, zu unklar!“ (Kämmer, 2005, S. 6). Hier lohnt sich ein Umdenken des Pflegedienstleiters, denn er muss sich vor Augen führen, dass zahlreiche Mitarbeiter hohe Erwartungen an sich selber haben und frustrieren und blockieren, wenn sie dann keine präzisen Vorgaben ihrer Vorgesetzten erhalten, um ein Projekt erfolgsversprechend umzusetzen. Für Kämmer (2005) ist es wichtig, dass der Pflegedienstleiter sich zusammen mit dem Personal ein Bild über eventuelle Schwierigkeiten, bei der Ausübung einer Tätigkeit macht, denn nur so kann er sich einen Überblick über Fähigkeiten und Wissenslücken der Mitarbeiter machen und sie zukünftig auf Grund dieser Erkenntnisse gezielt fördern, unterstützen und dort Hilfe anbieten, wo sein Rat oder sein Coaching gebraucht wird (vgl. Kämmer, 2005, S. 6).

Die Heimleitung

„Die Aufgabe der Heimleitung ist es nicht nur dafür zu sorgen, dass die Mitarbeiter, die Bewohner im Interesse der Institutionen fachgerecht betreuen, sondern sie muss auch für die entsprechenden „Rahmenbedingungen“ sorgen und dabei gleichzeitig ein Vorbild für die Mitarbeiter sein. Laut Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2008) liegt es in der Verantwortung der Heimleitung, dass trotz eines knappen Personalschlüssels, das Personal durch eine perfekt durchdachte Organisation des Alltages, die Möglichkeit erhält auf die Bedürfnisse der Bewohner einzugehen (vgl. S. 15).

Die Heimleitungen „sind die Instanz, die maßgeblich das Klima in der Einrichtung, das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Bereitschaft zur gemeinsamen Umsetzung der Qualitätsziele in der alltäglichen Praxis der Pflege und Betreuung prägen. Sie repräsentieren das Leitbild der Einrichtung und von deren Managementkompetenzen hängt es ab, ob es gelingt, die verfügbaren Ressourcen und Potentiale produktiv zu verknüpfen und wirksam werden zu lassen.“ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2008, S. 15).

Das Personal aus der Führungsetage braucht „ein grosses visionäres Engagement“ (Pamminger, 2005, S. 308) und das Fingerspitzengefühl für eine „verständnisvolle Geschäftsleitung“ (Pamminger, 2005, S. 308), um das Entwicklungspotenzial in den Institutionen auszuschöpfen und gleichzeitig die Qualität der Betreuung und die finanziellen Möglichkeiten im Gleichgewicht zu halten (vgl. Pamminger, 2005, S. 308).

Für van der Kooij (2012) ist die Einführung eines neuen Modells ohne eine interessierte unterstützende Geschäftsleitung nicht umsetzbar. Sie muss hinter dem Projekt stehen, besonders dann, wenn es zu Spannungen oder Schwierigkeiten mit Angehörigen, Ärzten oder Trägern kommt (vgl. S. 180). Auch andere Autoren, wie zum Beispiel Reuther und Abt-Zegelin (2010) gehen davon aus, dass eine Mentalitätsänderung innerhalb der Heime, „die ‚Förderung einer Bewegungskultur im Altenheim (...) vor allem Einstellungssache‘ ist, und durch ‚Unterstützung durch die ‚Chefetage‘ und die Einstellung der Stationsleitungen gelingt“ (Universität Wien, 2011, S. 5). Führungskräfte müssen voll und ganz hinter den vorgegebenen Konzepten stehen, und „diese verbindlich (vor-)leben“. Nur so werden die Mitarbeiter der Institutionen einem neuen Modell Vertrauen schenken und nur so wird „eine nachhaltige und messbare Wirksamkeit möglich“ sein (Löffing & Löffing, 2010, S. 8).

Das Hauswirtschaftspersonal (Küchen-, Bedienungs- und Reinigungspersonal)

Das Hauswirtschaftspersonal hat oftmals einen besonderen Bezug zu den Bewohnern, da die Bewohner sie mit anderen Augen sehen als das Pflegepersonal. Hauswirtschaftspersonal hat oft ein persönliches und vertrauliches Verhältnis zu den alten Menschen aufgebaut. Daher ist es, wichtig auch sie mit in die Umsetzung des neuen Modells einzubinden, besonders, weil verschiedenen Hauswirtschaftsaufgaben sich als gute Möglichkeiten der Aktivierung für die Bewohner anbieten, wie zum Beispiel Betten machen, Wäsche einräumen, Wäsche sortieren, Tisch eindecken, abräumen, abwischen, usw. (vgl. van der Kooij, 2012, S. 168ff.).

Das Empfangspersonal

Das Empfangspersonal muss ebenfalls mit eingebunden werden, da sie eine Anlaufstelle für Bewohner und Angehörige sind, wenn diese Auskünfte brauchen. Aber sie werden auch mit, an Demenz erkrankten, Bewohnern konfrontiert, wenn diese desorientiert sind und Schwierigkeiten haben, ihre Zimmer zu finden, ihre Post zu sortieren oder sonstige Orientierungspunkte suchen. Daher ist es wichtig, dass auch diese Mitarbeiter über neue Betreuungsformen informiert werden, denn so können sie gezielter, z.B. im Umgang mit Bewohnern mit Demenz oder bei Beschwerden der Angehörigen, betreffend fehlenden

Dienstleistungen reagieren oder Verhaltensweisen besser verstehen (vgl. van der Kooij, 2012, S. 168ff.). Außerdem kann das Empfangspersonal die Bewohner bei administrativen Vorgängen (Ausfüllen von Formularen, Bankangelegenheiten, Bestellungen, usw.) unterstützen.

Die Mitarbeiter des technischen Dienstes

Die Mitarbeiter des technischen Dienstes werden aus dem gleichen Grund eingebunden, wie das Empfangspersonal. Sie lernen in den Schulungen das Verhalten der Bewohner besser verstehen, denn auch sie werden manchmal mit Situationen konfrontiert, die sie überfordern, wenn sie nicht die notwendigen Informationen erhalten haben. Wenn sie die Änderungen durch das Betreuungsmodell kennen, können sie die Reaktionen der Bewohner und derer Angehörigen besser verstehen und sie lernen automatisch, wie sie sich in bestimmten Situationen richtig verhalten, um keine Eskalationen zu provozieren, zum Beispiel bei demenziellen Krisen von Bewohnern (vgl. van der Kooij, 2012, S. 168ff.). Auch sie haben die Möglichkeit, Bewohner in Aktivitäten aktiv oder passiv einzubinden, wie z.B. Gartenarbeit, Blumenpflege oder andere kleinere handwerkliche Tätigkeiten, denn es geht bei der Aktivierung nicht ausschließlich darum, dass die Bewohner „mitarbeiten“, auch das bloße Zuschauen (passive Aktivität) und die Anregung über die Tätigkeiten selbst oder über Selbsterfahrungen von früher zu sprechen, können schon als Aktivierung gewertet werden.

5.12.2 Eine multidisziplinäre Zusammenarbeit

Die Einbeziehung aller Mitarbeiter und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Berufszweige, gelten als wichtige Elemente für das Gelingen der Umsetzung eines neuen Modells. Teamwork wird eine wichtige Devise für die Einführungsphase aber auch für den späteren Erfolg des Modells sein (vgl. Abbildung 13).



Abbildung 13: Multidisziplinäre Zusammenarbeit (angelehnt an Graf, 2011, S. 216).

Besonders wichtig ist, dass die Vorgesetzten felsenfest hinter der Umsetzung des Modells stehen.

Mit Halbherzigkeit ist es nicht umzusetzen, denn sie werden unermüdlich das Personal motivieren müssen. Die Versuchung ist zu groß, aus Zeitmangel oder aus Bequemlichkeit wieder in die früheren Muster zurückzufallen. Wohnbereichsleiter und Pflegedienstleiter werden kontrollieren müssen, ob das Modell korrekt umgesetzt wird und dies nicht nur

während einiger Monate, sondern während der gesamten Umsetzungsphase⁹⁷ und vielleicht sogar darüber hinaus. Bei den Kontrollen durch die Vorgesetzten handelt es sich nicht um „Schikane“ gegenüber den restlichen Mitarbeitern (auch das muss beim Personal klargestellt werden, um Unstimmigkeiten zu vermeiden), sondern es geht darum ihnen zur Seite zu stehen, dort wo sie Unterstützung brauchen, ihnen Mut zu machen, wenn sie an ihren Kompetenzen zweifeln, oder um sie auf Fehler hinzuweisen, die sie aus Betriebsblindheit nicht sehen.

Außerdem müssen die Vorgesetzten (Pflegedienst- und Wohnbereichsleiter) in schwierigen Situationen, z.B. während einer dementiellen Krise eines Bewohners, Vorort sein und das Personal anleiten, wie sie diese Situation angehen und meistern sollen, zumal aus den bereits zitierten Berichten des „Institut Universitaire International Luxembourg“ (2014) und RBS (2008) hervorgeht, dass das Personal Wissenslücken in vielen Bereichen hat und demnach fachlich kompetente Unterstützung, auch bei der Arbeitseinteilung, braucht. „Das Argument ‚keine Zeit‘ kann zu recht sein, jedoch auch ein Zeichen von Unsicherheit bedeuten. Das Zuweisen von Aufgaben an die Pflegenden hat zur Folge, dass sich nicht jeder für alles verantwortlich fühlt, sondern jeder für etwas Bestimmtes. Gut zuhören, was die Pflegenden zu sagen haben, ist sinnvoll, denn sie haben viele gute Ideen und ihr Widerstand gegenüber Veränderungen kann gute Gründe haben“ (IMOZ, o.D., S. 11).

5.13 Grenzen und Schwierigkeiten des Modells

Eine Herausforderung, die es zu meistern gilt, ist darauf zu achten, dass die Bewohner nicht durch die Einführung des neuen Modells und die damit verbundenen Änderungen im Tagesablauf oder durch sich ändernde Aktivitäten unter Druck gesetzt werden. Sie dürfen nicht glauben, dass sie sämtliche Defizite des Alters verleugnen müssen, um als zufrieden und autonom zu gelten, denn dadurch wird der Prozess des bewussten Verarbeitens des Alterns verhindert und „ein wichtiger Reifungsprozess würde unterbleiben“ (Pfäfflin-Müllenhoff, 2011a, S. 16).

Hier muss ein Gleichgewicht gefunden werden, um die Bewohner zu stimulieren sich aktiv an dem neuen Angebot an Möglichkeiten zur Aktivierung, zum Kompetenzerhalt, zur Kompetenzförderung oder zur Vorbeugung zu beteiligen. Allerdings kann das Betreuungsmodell hier auf Grenzen stoßen, wenn Bewohner sich weigern, sich aktiv an den Aktivitäten zu beteiligen und auf die aktuelle Rundum-Versorgung bestehen, oder wenn

⁹⁷ Van der Kooij (2012) hat für die Umsetzung ihres Modells 3 Jahre (S. 182) gerechnet und Böhm (2004a) spricht bei seinem Modell von 4 Jahren (S. 177).

Angehörige darauf bestehen, dass den alten Menschen alle Aufgaben entsprechend den gesetzlichen Verpflichtungen abgenommen werden (vgl. Kapitel 5.6). Tschan (2010) spricht in diesem Zusammenhang von „Trägheit“ der Heimbewohner, die bei ihrem Einzug in eine Altenhilfeeinrichtung „oftmals auf Versorgung und Bedienung ‚wie im Hotel‘ eingestellt“ seien (S. 35). Allerdings muss man sich auch bewusst sein, dass insbesondere Menschen, die in ein Pflegeheim einziehen (manchmal plötzlich oder unerwartet), eine „Art Schock-Haltung“ (vgl. Tschan, 2010, S. 35) entwickeln und diese nicht mit Trägheit oder systematischer Verweigerung verwechselt werden darf.

Des Weiteren gibt es eine Widersprüchlichkeit zwischen dem neuen Modell und der großherzoglichen Verordnung betreffend den „accueil gérontologique“: Das neue Modell will die Bewohner zwecks Aktivierung daran beteiligen, im Heim ihnen bekannte hauswirtschaftliche Tätigkeiten wieder zu übernehmen oder weiterzuführen, so z.B. das Bett machen, Tisch decken, usw. Die Verordnung betreffend den „accueil gérontologique“ schreibt aber „la réfection du lit au moins une fois par jour“ (Légilux, 2004, S. 2538) als Aufgabe der Mitarbeiter der Institutionen vor. Demnach ist diese Art der Aktivierung erst möglich, wenn das Ministerium sein Einverständnis dafür gibt, da ansonsten das Risiko besteht, dass Reklamationen von Bewohnern und/oder Angehörigen an die zuständigen Ministerien weitergeleitet werden.

Eine weitere Hürde, ist die Tatsache, dass die neue Art des Heimlebens verschiedene Bewohner Überwindung kosten wird, um das aktuell bequeme Heimleben gegen ein aktiveres Leben einzutauschen und dabei wird es, wie Frühsammer (2003) beschreibt, zu negativen Reaktionen von Seiten der Bewohner und/oder deren Angehörigen kommen: „Bei einer Bewohnerin habe ich die Erfahrung gemacht, dass sie die aktivierende Pflege als Handlung gegen sie wertet und Drohungen ausspricht: ‚Ich werde mich bei der Heimleitung beschweren, dass sie mich nicht gut pflegen!‘. Andere wiederum kommen mit Argumenten: ‚Was soll das alles, ich bin alt und sterbe bald, für wen soll ich das tun?‘, oder ‚Warum bezahle ich hier Unsummen und soll mich auch noch abmühen, dass das Personal weniger arbeiten muss?‘“ (Frühsammer, 2003). Vercauteren und Hervy (2009) äußern sich ähnlich: „puisque le résident ‚paye‘ sa présence dans la structure, il ne voit pas la nécessité d’y poursuivre certaines activités “ (S. 56) oder Höwler (2004) beschreibt die Aussage eines Angehörigen: „Mutter hat in ihrem Leben schon so viel gearbeitet, sie möchte jetzt ihre Ruhe haben und den ganzen Tag einmal nichts tun und überhaupt der Pflegeplatz kostet bereits sehr viel Geld, da können die Pflegerinnen doch auch das Bett von Mutter machen!“ (S. 349).

Eine weitere Schwierigkeit ist, laut Frühsammer (2003), die Tatsache, dass nicht alle Mitarbeiter an einem Strang ziehen. Verschiedene Mitarbeiter gehen den oben erwähnten Auseinandersetzungen mit den Bewohnern bewusst aus dem Weg, indem sie ihnen weiterhin alle Aufgaben abnehmen, auch wenn dies nicht das Ziel der ganzheitlichen Betreuung ist. „Eine Überversorgung spart natürlich Zeit und scheint einigen Bewohnern zu gefallen“ (Frühsammer, 2003).

Für andere Mitarbeiter ist es schwierig, ihr „Helfersyndrom“ (Frühsammer, 2003) zu überwinden, zumal sie auch noch während ihrer Ausbildung vermehrt nach den Pflegemodellen der Krankenhauspflege ausgebildet wurden. Frühsammer stellt das, wie folgt dar: „Ich konnte mir erst nicht viel darunter vorstellen, fand es sogar, ein wenig herzlos nur dabeizustehen und Anleitungen zu geben“ (Frühsammer, 2003). Hier brauchen die Mitarbeiter die Unterstützung und immer wiederkehrende Kontrollen ihrer Vorgesetzten, die dann zur Stelle sind, wenn die Mitarbeiter zweifeln und Aufmunterung brauchen, um nicht wieder auf alte Methoden zurückzugreifen.

Aber auch für den Teil der Führungskräfte, die laut Demortier (2014) aus dem Bereich der Krankenpflege (vgl. S. 47) stammen, wird die Umsetzung eine Herausforderung werden, denn auch sie haben während ihrer Ausbildung hauptsächlich das Pflegemodell von Henderson kennengelernt (vgl. Kapitel 2.3.2), dies betrifft besonders die Mitarbeiter, die vor ihrer Führungsposition als Krankenpfleger gearbeitet haben (vgl. S. 47). Auch sie müssen jetzt das neue Modell mit allen Spezifitäten verinnerlichen, akzeptieren und für ihre Mitarbeiter eine Vorbildfunktion einnehmen. Dies könnte sich zum Problem entwickeln, denn Demortier (2014) gibt an, dass die Krankenpfleger in den Alten- und Pflegeheimen oft sehr schnell und ohne die nötigen Vorkenntnisse Führungsaufgaben übernehmen, obwohl sie nicht bereit scheinen diese auch auf sich nehmen zu können (vgl. S. 37). Hier sieht sie die Gefahr, dass „les équipes peuvent être encadrées de manière inadéquate: mauvaise répartition du travail, des rôles et responsabilités au sein des équipes“ (S. 47).

Ein weiteres Hindernis für die Umsetzung des Modells kann die Finanzierung sein, zumal die Budgets der Pflege- und Krankenkassen begrenzt sind. Hier wird dann das neue Modell an Grenzen stoßen, wenn es sich herausstellen sollte, dass zumindest während der Einführungsphase mehr Personal gebraucht werden sollte. Es wird von den Trägern abhängen, ob sie dem neuen Modell eine Chance geben wollen und den Aussagen von van der Kooij und Ekert und Ekert glauben, dass sich die neue, andere Herangehensweise an die Bewohner langfristig „auszahlt“.

In jedem Fall wird es wichtig sein im empirischen Teil dieser Forschungsarbeit herauszufinden, in wie weit die Mitarbeiter der luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen sich bereits mit aktivierenden kompetenz-, bedürfnis- und präventionsorientierten Betreuungsmethoden auskennen und/oder bereit sind sich damit auseinanderzusetzen. Denn auch wenn das vorliegende Betreuungsmodell auf der Grundlage der neuesten Forschungserkenntnisse der internationalen Altenarbeit ausgearbeitet wurde, muss überprüft werden, ob ein Bedarf für ein solches Modell besteht.

**III. Empirische Analyse zu
pflegebezogenem Verhalten,
zu pflegebezogenen Zielen
und Überzeugungen der
Pflegekräfte**

6 Die Forschungsfragen

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich hauptsächlich mit der Entwicklung der Pflege und/oder Betreuung in luxemburgischen Alten- und Pflegeheimen. Dabei stehen die, in der luxemburgischen Altenpflege angewandten, Pflegemodelle (inklusive Pflegeverhalten, Pflegeziele und Überzeugungen), sowie die Ausbildung des Pflegepersonals im Fokus. Alle anderen Bereiche der Altenhilfe, wie die Infrastrukturen der Heime (Einbettzimmer, integrierte Sanitäranlagen, usw.); die Gesetzgebung, welche die Altenhilfe regelt; die Alterstheorien, die die sich mit dem erfolgreichen Altern beschäftigen und die Bedürfnisse und Ansprüche der Bewohner haben sich in den letzten Jahrzehnten im Interesse der Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität der Heimbewohner weiterentwickelt. Es scheint lediglich, dass das „Herzstück“ der Altenarbeit, - die Modelle für die Umsetzung des Wohlfühleffektes und die Ausbildung des dafür vorgesehenen Pflegepersonals - nicht auf dem gleichen fortgeschrittenen Stand sind wie die anderen Bereiche der Altenhilfe. Demnach ist es das Ziel dieser Forschungsarbeit herauszufinden, inwieweit diese Hypothese stimmt.

In der Einleitung ist bereits gefragt worden, ob die zur Zeit in der luxemburgischen Altenarbeit angewandten Pflegemodelle noch zeitgemäß sind, oder ob es eine Alternative für die Zukunft gibt, um sich besser, der oben erwähnten Weiterentwicklung des Altenhilfebereiches anzupassen. Diese Frage wurde im theoretischen Teil bereits beantwortet, indem auf Basis von Literaturstudien, ein Modell ausgearbeitet worden ist, welches sich verstärkt der Aktivierung, dem Kompetenzerhalt/-förderung, der Befriedigung der Bedürfnisse der Bewohner und der Prävention im Seniorenalter widmet.

Im empirischen Teil der Arbeit geht es darum, den letzten Teil der Fragestellung aus der Einleitung aufzugreifen und anhand der Forschungsfragen zu ermitteln, in wieweit sich die zur Zeit umgesetzte Altenpflege in luxemburgischen Altenhilfeinstitutionen, den Entwicklungen der Alterstheorien angepasst hat, d.h. ob eher nach Autonomie einschränkenden Modellen oder Pflegestilen gearbeitet wird, wie sie Mitte des letzten Jahrhunderts eingeführt worden sind, oder ob Autonomie fördernde kompetenzorientierte Methoden übernommen worden sind, wie sie z.B. Baltes und Baltes (1989) oder Olbrich (1987) in ihren Alterstheorien beschrieben haben und dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Ausbildung der luxemburgischen Pflegekräfte weitestgehend auf dem, in den 1960^{er} Jahren von Virginia Henderson entwickelten, Pflegemodell beruht.

6.1 Forschungsfrage 1: Pflegepraxis und ihre Korrelate

Inwieweit zeigt sich eine Autonomie einschränkende oder eine Autonomie fördernde Pflegepraxis bei den Pflegekräften in luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen und steht das Pflegeverhalten der Pflegekräfte in Zusammenhang mit soziodemographischen Merkmalen bzw. mit bekannten Pflegemodellen? Lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Pflegeverhalten der Pflegekräfte und ihren Zielen und Überzeugungen erkennen?

Hypothese: Es wird erwartet, dass die Pflegekräfte, die während ihrer Ausbildung hauptsächlich Erfahrung mit dem Pflegemodell von Virginia Henderson gemacht haben, eher zu einer Autonomie einschränkenden Pflegepraxis neigen, da dieses Pflegemodell für die Krankenpflege und somit eher für die Verwaltung von Defiziten (Pflegeabhängigkeit) entwickelt worden war. Im Bereich der Pflege von Menschen mit Demenz könnte es sein, dass Autonomie fördernder gearbeitet wird, da hier die Pflegemodelle von Erwin Böhm und Naomi Feil, die eher als aktivierende Modelle gelten, zumindest kurz, in der in Luxemburg stattfindenden, Ausbildung angeschnitten werden. Außerdem wird erwartet, dass soziodemografische Merkmale wie z.B. das Ausbildungsland, die Pflegepraxis beeinflussen, da in luxemburgischen Altenhilfeinstitutionen ebenfalls Pflegekräfte arbeiten, die im Ausland ausgebildet wurden. In Bezug auf die Ziele und/oder Überzeugungen zu Entwicklungen aus dem Altenpflegebereich wird davon ausgegangen, dass deren Orientierung in die gleiche Richtung geht wie diejenige des Pflegeverhaltens, da das Pflegeverhalten aus den Zielen abgeleitet wird.

Das Forschungsinteresse besteht demnach in erster Linie darin, in der vorgestellten Studie, zu ermitteln, welche Pflegepraxis – Autonomie einschränkend oder Autonomie fördernd – die Pflegekräfte in den luxemburgischen Altenhilfeinstitutionen bevorzugen. Hierzu werden Clusteranalysen durchgeführt, die die Studienteilnehmer, aufgrund ihrer Antworten zu ihrem Pflegeverhalten, in Gruppen ordnen. Es wird erwartet, dass sich dabei Cluster zeigen, die zwischen Autonomie-Förderung oder Autonomie-Einschränkung in der Pflege differenzieren. Daher stellen sich folgende Unterfragen:

6.1.a) Bilden sich Cluster, welche die Pflegekräfte in Subgruppen mit Autonomie einschränkendem versus Autonomie förderndem Pflegeverhalten ordnen?

Vor dem Hintergrund, dass in den luxemburgischen Schulen für Gesundheitsberufe vornehmlich ein Autonomie einschränkendes Pflegemodell gelehrt wird, gleichzeitig aber in den angebotenen Fortbildungen neuere Autonomie fördernde Pflegemodelle vorgestellt

werden und auch Pflegekräfte in Luxemburg tätig sind, die nicht in Luxemburgs Schulen für Gesundheitsberufe ausgebildet worden sind, kann es durchaus sein, dass sich mehrere Cluster bilden, deren Teilnehmer sich durch ihre unterschiedlichen Pflegepraxen unterscheiden. Ob sich ein deutlicher Unterschied zwischen Autonomie-Einschränkung und Autonomie-Förderung herauskristallisiert, muss die Clusteranalyse zeigen.

6.1.b) Unterscheiden sich die Pflegeverhaltens-Cluster hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale der Pflegekräfte in luxemburgischen Altenhilfeinstitutionen?

Bei der Analyse des Pflegeverhaltens der Pflegekräfte in Luxemburgs Alten- und Pflegeheimen stellt sich neben der Frage nach den angewandten Pflegemodellen auch die Frage, ob nicht noch andere Aspekte das Pflegeverhalten der Pflegenden beeinflussen und inwieweit der Ausbildungshintergrund der Pflegekräfte Einfluss auf deren Pflegemethoden oder Pflegestile nimmt, insbesondere in Anbetracht der Arbeitnehmer aus dem nahen Ausland (Grenzgänger oder *travailleurs frontaliers*)⁹⁸, die in der luxemburgischen Altenpflege tätig sind.

6.1.c) Unterscheiden sich die Pflegeverhaltens-Cluster hinsichtlich der Kenntnisse der Pflegemodelle der Pflegekräfte?

„Die Schwierigkeiten bei der Einführung und Umsetzung des Pflegeprozesses beruhen häufig darauf, dass die Pflegenden ein unterschiedliches oder nicht entsprechend fundiertes theoretisches Pflegeverständnis haben. Theoriegeleitetes Arbeiten soll eine fördernde Pflege gewährleisten und die Pflegequalität verbessern, kreative Impulse für die Praxis geben und damit das Fundament für die praktische Arbeit bilden (...). Die Wahl eines Pflegemodells stellt ein wesentliches, wenn nicht sogar das entscheidende Kriterium für den Erfolg der Einrichtung im pflegerischen Bereich dar“ (Müller, 2015, S. 44f.). In Bezug auf das Zitat von Müller (2015) soll untersucht werden, inwieweit das Pflegeverhalten der Teilnehmer, durch ihre Kenntnisse von Pflegemodellen, geprägt wird.

⁹⁸ „Les travailleurs frontaliers dans les secteurs des soins vivent dans les régions proches des frontières. L'analyse des flux frontaliers dans les trois secteurs des soins du Luxembourg montre que les frontaliers entrants vivent en majorité à proximité des frontières luxembourgeoises.... Plus d'un tiers des salariés travaillant dans les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées et les services d'intervention à domicile du Luxembourg ne vivent pas au Grand-Duché“ (Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle, 2017).

6.1.d) Unterscheiden sich die Pflegeverhaltens-Cluster hinsichtlich der gruppen-konstituierten Variablen der Ziele bzw. der Überzeugungen der Pflegekräfte?

In Anbetracht der wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass die „Pflege in einer Pflegeeinrichtung nach einheitlichen Wertvorstellungen und Kriterien von den Pflegenden“ (Müller, 2015, S. 38) auf Basis eines für die Einrichtung ausgewählten Pflegemodells durchgeführt werden soll, und dass auf Basis dieses Pflegemodells die „Ziele der zu erbringenden pflegerischen Dienstleistungen formuliert werden“ sollen (Müller, 2015, S. 38), wurde erwartet, dass sich das Pflegeverhalten und die Ziele der Pflegekräfte an den gleichen Pflegestilen orientieren würden, zumal sich aus den, von den Pflegekräften, formulierten Zielen, die notwendigen Strategien und Pflegepraxen für den Pflegealltag ergeben (vgl. Müller, 2015, S. 38).

6.2 Forschungsfrage 2: Pflegerelevante Zielsetzungen und Überzeugungen und ihre Korrelate

Inwiefern kann man bei den Zielen der Pflegekräfte für die Bewohner bzw. für sich selbst und bei ihren Überzeugungen zur Entwicklung in der Altenpflege eine Tendenz zu einer Autonomie einschränkenden oder zu einer Autonomie fördernden Pflegepraxis erkennen? Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Zielsetzungen bzw. den Überzeugungen der Pflegekräfte und ihren soziodemografischen Merkmalen?

Hypothese: Vor dem Hintergrund einer eher Autonomie einschränkenden Ausbildung im Bereich der Pflegemodelle kann man davon ausgehen, dass auch die Ziele und die Überzeugungen der Pflegenden zu einem Autonomie einschränkenden Pflegestil tendieren, nach dem Grundsatz von Henderson: „On' est celui qui soigne, qui s'occupe (le pourvoyeur), parce qu'on y voit/trouve son avantage“ (Lycée Technique pour Professions de Santé, 2012, S. 19) und es somit zum Ziel der Pflegenden wird „in die Haut des Bewohners zu schlüpfen“ (Steppe, 1990 zit. in Schewior-Popp, 2012, S. 48) und für ihn zu entscheiden, was zu geschehen hat. Allerdings besteht auch die Möglichkeit, dass die persönlichen Ziele und Überzeugungen der Pflegekräfte nicht mit dem, in der Ausbildung erlernten, Pflegemodell übereinstimmen, bedingt durch äußere Einwirkungen wie Fortbildungen oder die persönliche Offenheit der Pflegenden für die internationalen Erkenntnisse und Forschungsergebnisse im Bereich der Altenpflege. Außerdem können auch hier der Ausbildungshintergrund oder andere soziodemografische Merkmale der Pflegekräfte Einfluss nehmen.

Das Forschungsinteresse besteht darin, zu ermitteln, ob die persönlichen Ziele und Überzeugungen der Studienteilnehmer einem Pflegestil – Autonomie einschränkend oder Autonomie fördernd – zugeordnet werden können. Hierzu werden Clusteranalysen durchgeführt, die die Studienteilnehmer aufgrund ihrer Antworten zu ihren persönlichen Zielen und Überzeugungen in Gruppen ordnen. Es wird erwartet, dass dabei Cluster entstehen, die zwischen der Wichtigkeit von Autonomie einschränkenden oder Autonomie fördernden Zielen bzw. Überzeugungen in der Altenpflege unterscheiden. Eine erste Unterfragestellung heißt demnach:

6.2.a) Bilden sich Cluster, welche die Pflegekräfte in Subgruppen mit Autonomie Einschränkung versus Autonomie Förderung begünstigenden Zielen und/oder Überzeugungen ordnen?

Vor dem Hintergrund, dass in luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen zahlreiche Pflegekräfte mit unterschiedlichen soziodemografischen und berufsspezifischen Merkmalen (Ausbildungshintergründe, verschiedene Berufsgruppen, usw.) tätig sind, kann es durchaus sein, dass Ziele und Überzeugungen dieser Studienteilnehmer unterschiedlich sind und demnach unterschiedliche Subgruppen entstehen. Zu prüfen, ob hier aber Cluster entstehen, die ausschließlich auf Autonomie-Einschränkung oder Autonomie-Förderung hinweisen, bleibt Ziel der Forschungsarbeit.

6.2.b) Unterscheiden sich die Cluster bezüglich der Ziele und Überzeugungen hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale der Pflegekräfte in luxemburgischen Altenhilfeinstitutionen?

Es wird vermutet, dass von den soziodemografischen Merkmalen der Teilnehmer insbesondere das Ausbildungsland, die berufliche Position und eventuell die Länge der Berufserfahrung eine wichtige Rolle bei den persönlichen Zielen und Überzeugungen der Pflegekräfte spielen: Das *Ausbildungsland*, weil sich, durch die im Ausland ausgebildeten Pflegenden in den luxemburgischen Heimen, Menschen mit anderen Bildungshintergründen unter die, eher nach AE-Pflegemodellen ausgebildeten, Pflegekräfte aus Luxemburg mischen. Die *berufliche Position*, da die unterschiedlichen Berufsgruppen oftmals durch eine bestimmte Pflegepraxis geprägt sind und die *Berufserfahrung*, weil sich manchmal mit zunehmender Erfahrung die Ziele und Ideen der Pflegenden ändern und sie sich von Arbeitsweisen der Kollegen oder von Maßnahmen, die das Wohlbefinden der Bewohner positiv oder negativ beeinflussen, leiten lassen.

6.3 Forschungsfrage 3: Positive und negative Gefühle im Rahmen der Pflege und Betreuung

Ist ein Zusammenhang zwischen den Gefühlen der Pflegekräfte und ihrem Pflegeverhalten erkennbar? Falls ja, verzeichnet sich ein Zusammenhang zwischen der Autonomie einschränkenden oder der Autonomie fördernden Pflegepraxis und positiven bzw. negativen Emotionen der Pflegenden? Spielen soziodemografische Merkmale bei der Entwicklung der Emotionen, während der Pflege, eine Rolle?

Hypothese: Vor dem Hintergrund, dass nahezu alle Bereiche, die die Altenpflege betreffen, sich weiterentwickelt haben und sich somit auch die Anforderungen an die Pflegekräfte gesteigert haben, kann es sein, dass diese sich den Aufgaben im Altenpflegebereich, auf die sie eigentlich in ihrer Ausbildung nicht vorbereitet werden⁹⁹, nicht gewachsen fühlen und nicht immer wissen, wie sie reagieren müssen oder sollen, da ihnen die entsprechende Ausbildung fehlt. Im Hinblick auf die, von Demortier (2014), angesprochene „fatigue morale“ bzw. Überforderung der Pflegenden (vgl. Demortier, 2014, S. 23; Müller, 2015, S. 27) durch das „Zuviel“ an Verantwortung und Aufgaben; durch den Zeitdruck und durch das Spagat zwischen Pflichterfüllung gegenüber dem Arbeitgeber (AE-Pflegemodell) und Bedürfniserfüllung der Bewohner (AF-Pflegepraxis), kann es sein, dass es den Pflegenden nicht an Motivation bzw. Einsatzwille fehlt, sondern dass sie aus Hilflosigkeit oder Verzweiflung, weil sie ihre Arbeit nicht zu ihrer eigenen Zufriedenheit, zur Zufriedenheit der Bewohner und/oder zur Zufriedenheit des Arbeitgebers verrichten können, negative Gefühle entwickeln.

Demnach besteht das Forschungsinteresse darin, zu ermitteln, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen den Gefühlen der Pflegekräfte und ihrem Pflegeverhalten und ob diesbezüglich möglicherweise soziodemografische Merkmale die Gefühlslage der Teilnehmer beeinflussen. Daraus ergeben sich die zwei folgenden Unterfragen:

6.3.a) Unterscheiden sich die positiven und negativen Gefühlen der Pflegekräfte hinsichtlich des Pflegeverhaltens der Pflegekräfte?

Nach Tietz (2017) werden Entscheidungen und Verhaltensweisen in der Pflege von positiven und negativen Gefühlen der Pflegekräfte beeinflusst bzw. überlagert (vgl. S. 214). In der vorgestellten Studie wird erwartet, dass Pflegekräfte, die eher Autonomie einschränkend

⁹⁹ Fehlende Kompetenzen und fehlendes Wissen beim Umgang mit Demenzkranken oder fehlende Kenntnisse im psycho-geriatrischen Bereich (vgl. Demortier, 2014, S. 43).

pflegen zu negativeren Emotionen neigen, bedingt durch die eingeschränkteren Pflegemaßnahmen der AE-Pflegepraxis oder die fehlende Fachausbildung. Es wird vermutet, dass Pflegenden, die autonomiefördernder pflegen, verstärkt auf die Bedürfnisse der Bewohner eingehen können, die Bewohner in ihrer Gesamtheit wertschätzen, was wiederum positivere Reaktionen bei den Bewohnern hervorruft, welche zur psychischen Stärkung und zu positiveren Gefühlen bei den Pflegekräften führen kann.

6.3.b.) Unterscheiden sich die Gefühlslagen hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale der Pflegekräfte in luxemburgischen Altenhilfeinstitutionen?

Vor dem Hintergrund, dass Demortier (2014) angibt, dass jüngere Mitarbeiter schneller einen „Choc de la réalité“ (S. 43) erleiden, geht es bei dieser Unterfrage darum, zu ermitteln, ob soziodemografische Daten wie Alter, Berufserfahrung, berufliche Position oder Ausbildungsland einen Einfluss auf die Gefühle der Studienteilnehmer, während der Pflege, haben.

7 Methode

In den bisherigen Ausführungen wurden die theoretischen Grundlagen der Forschungsarbeit erläutert und daraus die Forschungsfragen und die Hypothesen abgeleitet. In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen dieses Forschungsgegenstandes beschrieben, beginnend mit der Vorstellung der Stichprobe und dem Erhebungsablauf (Abschnitt 7.1). Anschließend werden das Erhebungsinstrument und der Vortest beschrieben (Abschnitt 7.2). Sodann werden die einzelnen Messinstrumente erläutert (Abschnitt 7.3) und die Auswertungsstrategien werden erörtert (Abschnitt 7.4).

7.1 Die Stichprobe und der Untersuchungsablauf

Zunächst folgt eine Beschreibung der Auswahl der Forschungsgruppe (Abschnitt 7.1.1). Anschließend wird die Stichprobe anhand der soziodemografischen Daten (Abschnitt 7.1.2) dargestellt und es wird der modale Teilnehmer skizziert.

7.1.1 Die Gewinnung der Stichprobe

Da im Zentrum der Forschungsarbeit die Pflegestile und die Qualifikation der Pflegekräfte aus dem Bereich der luxemburgischen Altenpflege standen, setzte sich die Forschungsgruppe auch aus Mitarbeitern aus dem Bereich der Pflege und Betreuung zusammen.

Zunächst war es wichtig, Probanden zu finden, die im Altenpflegebereich arbeiteten und bereit waren, an der Erhebung teilzunehmen. Um dieses Ziel zu erreichen, schien es am sinnvollsten, verschiedene Heimleitungen luxemburgischer Altenhilfeeinrichtungen zu kontaktieren, und um die Erlaubnis zu bitten beim dortigen Pflegepersonal die Befragung durchführen zu können.

Da Befragungen in allen luxemburgischen Institutionen nicht umsetzbar waren, da dies nur mit Onlinebefragungen möglich gewesen wäre und diese aus unterschiedlichen Gründen nicht durchgeführt werden konnte (vgl. Abschnitt 7.2.1), wurde eine Vorauswahl unter den luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen getroffen. Dabei spielten folgende Auswahlkriterien entscheidende Rollen: Die Heime sollten in etwa die gleiche Bettenzahl haben, (es wurde sich auf etwa 120 Betten geeinigt, da dies die ungefähre Durchschnittsbettenzahl in den luxemburgischen Alten- und Pflegeheimen ist), um somit in etwa die gleichen logistischen Voraussetzungen für alle Beteiligten zu haben, wohlwissentlich, dass dies nicht bedeutete, dass in allen Heimen der Personalspiegel, die Arbeitsmethoden oder die Arbeitsbelastung

die Gleichen sind. Die ausgewählten Institutionen sollten über ganz Luxemburg verteilt sein, um eine möglichst homogene Angabe der Eindrücke und Einstellungen der Pflegenden aus Altenhilfeeinrichtungen aus den verschiedenen Landesteilen zu bekommen.

Nachdem eine Vorauswahl getroffen worden war, wurden die Heimleitungen, der in Frage kommenden Institutionen kontaktiert, um schriftlich bei Ihnen, um die Erlaubnis zu bitten, die Erhebung bei den Pflegekräften ihrer Einrichtungen durchführen zu dürfen (vgl. Anhang G).

Die Zielpopulation in den ausgewählten Heimen bestand schlussendlich aus 287 Pflegekräften, welche die Basis für die empirische Untersuchung bildeten und welche alle im Bereich der Pflege bzw. Betreuung alter und/oder pflegebedürftiger Menschen beschäftigt waren: Pflegedienstleiter, Wohnbereichsleiter, Krankenpfleger, Hilfspfleger, Altenpfleger, Aides socio-familiales, Aides senior, Verantwortliche des Betreuungsbereiches, Erzieher. Sie stellten, zum Zeitpunkt der Befragung, in etwa 8,3 Prozent des gesamten Pflegepersonals der luxemburgischen Alten- und Pflegeheime dar.

Alle Teilnehmer schienen praktische Erfahrung mit Pflegemodellen zu haben, denn alle Direktoren bzw. Pflegedienstleiter der teilnehmenden Institutionen gaben an, sich bei der Pflege und Betreuung der Bewohner auf mindestens ein Pflegemodell, vorwiegend das von Virginia Henderson, zu basieren. Allerdings wurde nur in einer Einrichtung ausschließlich nach dem Pflegemodell von Henderson gearbeitet, alle andern gaben mindestens noch eines der folgenden Pflegemodelle an, welches sie mit in die Pflege einfließen ließen: Erwin Böhm, Tom Kitwood, Dorothea Orem und/oder Andreas Fröhlich.

7.1.2 Beschreibung der Stichprobe

Aus Gründen des Datenschutzes konnte nicht auf die soziodemografischen Informationen der gesamten Ausgangsstichprobe, d.h. aller 287 Pflegekräften, welche in den ausgewählten Einrichtungen arbeiteten, zurückgegriffen werden. Es konnten demnach nur die soziodemografischen Daten der Probanden, welche sich tatsächlich an der Befragung beteiligt hatten und welche somit freiwillig ihre Daten im Fragebogen zur Verfügung gestellt hatten, verglichen werden. Sie werden nachfolgend als „Stichprobe“ bezeichnet.

Diese Stichprobe bestand aus 155 Pflegekräften aus dem Bereich der Altenpflege im Alter zwischen 17 und 60 Jahren ($M = 37.07$, $SD = 10.79$). Diese Probanden stammten aus den verschiedenen, im Vorfeld ausgewählten, luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen und sie waren dort im Bereich der Pflege und/oder Betreuung von alten und/oder pflegebedürftigen Menschen tätig.

In Bezug auf die Verteilung der Geschlechter war eine signifikant stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechts mit 83.2% (129 Frauen) gegenüber dem männlichen mit 16.8% (26 Männer) festzustellen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 37.07 Jahre. Die Altersverteilung der Teilnehmer war sehr heterogen und die Angaben wurden in fünf Altersklassen eingeteilt. Der Altersschwerpunkt der Beteiligten lag mit 50 Teilnehmern (34.48%) in der Altersklasse zwischen 21 und 30 Jahren. Der Altersklasse der 31- bis 40-Jährigen gehörten nur knapp weniger Teilnehmer an (41 Personen, 28.26%). Die wenigsten Teilnehmer (3 Testpersonen, 2.08 %) entstammten der Altersgruppe zwischen 17 und 20 Jahren.

Zum Zeitpunkt der Erhebung arbeiteten 20 Teilnehmer (12.9 %) in einem Pflegeheim und 134 Personen (86.5 %) waren in einem Centre Intégré pour Personnes Âgées (CIPA) beschäftigt.

Nach ihrem Ausbildungshintergrund gefragt, gab die Mehrheit der Teilnehmer (73 Personen, 47,1%) an, in Deutschland ausgebildet worden zu sein. Insgesamt 69 Teilnehmer (44,5%) nannten Luxemburg als ihr Ausbildungsland und 13 Teilnehmer (8.3%) wurden in Belgien, Frankreich oder den Niederlanden ausgebildet.

Zu ihren beruflichen Positionen zum Zeitpunkt der Erhebung gab ein Viertel (40 Teilnehmer, 25.8%) an als Hilfspfleger zu arbeiten, ein Fünftel (32 Probanden, 20.6%) war als Krankenpfleger beschäftigt; 27 Befragte (17.4%) übten eine Tätigkeit als aides socio-familiales aus und 19 Mitwirkende (12,3%) führten an als Altenpfleger tätig zu sein. Nur ein Teilnehmer arbeitete als „aide senior“. 16 Probanden (10.3%) teilten mit, als Erzieher zu arbeiten und insgesamt 13 Teilnehmer (8.4%) hatten eine leitende Position als Pflegedienstleiter, Verantwortliche des Betreuungsbereiches oder Wohnbereichsleiter inne.

Hinsichtlich der Dauer der Berufserfahrung wurden den Teilnehmern Kategorien von vier bzw. fünf Jahren vorgegeben und sie konnten hier durch Ankreuzen der passenden Jahreszahl ihre berufliche Erfahrung mitteilen. Die meisten Probanden (37 Personen, 23.9%) gaben eine Berufserfahrung von 5 bis 9 Jahren an; nur eine geringe Anzahl von 8 Pflegenden (5.2%) berichtete über eine Berufserfahrung von mehr als 35 Jahren. Bei 30 Teilnehmer (19.4%) streute die Berufserfahrung zwischen 0 bis 4 Jahren; 28 Teilnehmer (18.01%) hatten berufliche Erfahrung zwischen 10 und 14 Jahren. Insgesamt 21 Mitwirkende (13.5%) übten ihren Beruf zwischen 15 und 19 Jahren aus. Ab einer 20-jährigen Berufserfahrung lag die Beteiligung pro Kategorie deutlich unter 10%.

Tabelle 2 : Beschreibung der Stichprobe (n = 155).

Merkmale	Häufigkeiten ^a	
	Absolut	Relativ
Geschlecht:		
männlich	26	16.8
weiblich	129	83.2
Alter :		
	–	–
Arbeitsplatz :		
Pflegeheim	20	12.9
Centre Intégré pour Personnes Âgées (CIPA)	134	86.5
Ausbildungsland:		
Luxemburg	69	44.5
Deutschland	73	47.1
Frankreich	3	1.9
Belgien	9	5.8
anderes Land	1	0.6
Aktuelle berufliche Position:		
Führungskräfte ¹⁰⁰	13	8.4
Krankenpfleger	32	20.6
Hilfspfleger (Aide-soignant)	40	25.8
Aide socio-familiale (ASF)	27	17.4
Altenpfleger	19	12.3
Aide senior	1	0.6
Auxiliaire de vie	0	0.0
Erzieher	16	10.3
andere	0	0.0
Berufserfahrung :		
0 – 4 Jahre	30	19.4
5 – 9 Jahre	37	23.9
10 – 14 Jahre	28	18.0
15 – 19 Jahre	21	13.5
20 – 24 Jahre	9	5.8
25 – 29 Jahre	11	7.1
30 – 34 Jahre	11	7.1
≥ 35 Jahre	8	5.2

Anmerkung. ^a absolute Häufigkeit = Anzahl der Probanden; relative Häufigkeit in % = prozentualer Anteil an der Stichprobe.

Selbst auf die Gefahr hin zu generalisieren, hätte der modale Teilnehmer an dieser Forschungsumfrage, bezogen auf die aus dieser Erhebung stammenden soziodemografischen Daten, wie folgt aussehen können:

¹⁰⁰ Unter *Führungskräfte* wurden *Pflegedienstleiter*, *Verantwortliche-Animation* und *Wohnbereichsleiter* zusammengefasst.

Der Teilnehmer war weiblich, zwischen 21 und 30 Jahre alt und arbeitete als Hilfspflegerin in einem Centre Intégré pour Personnes Âgées. Sie wurde in Deutschland ausgebildet und hatte zwischen 5 und 9 Jahren Berufserfahrung.

7.1.3 Der Ablauf der Erhebung

Nachdem die Heimleitungen der ausgewählten Altenhilfeinstitutionen (vgl. 7.1.1) schriftlich kontaktiert worden waren, um ihre Erlaubnis für die Teilnahme an der Erhebung in ihrer Institution zu erfragen, fand die Erhebung zwischen dem 15. Januar 2016 und dem 15. Februar 2016 in den ausgewählten Institutionen statt, denn alle Heimleiter hatten der Teilnahme zugestimmt.

Die Pflegedienstleiter der teilnehmenden Altenhilfeeinrichtungen teilten dem Messenden die Anzahl der in Frage kommenden Mitarbeiter mit, so dass die Fragebögen in ausreichender Zahl vorbereitet werden konnten.

Im Sinne des Datenschutzes wurden die Heimleitungen nicht um die Adressen der in Frage kommenden Mitarbeiter gebeten, sondern die Pflegedienstleiter bzw. Wohnbereichsleiter der einzelnen Heime sollten die Verteilung der Fragebögen an die einzelnen Pflegekräfte in den Institutionen übernehmen. Daher wurden jeder teilnehmenden Institution die angefragte Anzahl an Fragebögen inklusiv Begleitschreiben und einem Kuvert für den Rücklauf überbracht, zusammen mit einer Sammelbox für den Rücklauf der Fragebögen.

Die Pflegedienstleitung bzw. Stationsleitung sollte die Fragebögen mitsamt Kuverts an die Pflegekräfte verteilen und den abwesenden Pflegenden die Fragebögen in ihre interne Postablage legen. Um Unklarheiten auszuschließen, wurde den Pflegedienstleitern noch einmal, in einem beiliegenden Schreiben, der präzise Ablauf der Verteilung der Fragebögen erklärt. Im Sekretariat der teilnehmenden Institutionen wurde über die gesamte Dauer der Befragung eine festverschlossene Einwurfkiste mit einem Briefeinwurf aufgestellt, damit die Teilnehmer ihre Fragebogen jederzeit einwerfen konnten und so der Rücklauf so einfach wie möglich gestaltet werden konnte.

Nach Ablauf der Rückgabefrist wurden die Einwurfkisten ungeöffnet eingesammelt und später ausgezählt. Alle Fragebogen wurden mit einer fortlaufenden Nummer versehen und die Antworten wurden in das Auswertungstool SPSS („Statistical Package for Social Sciences“) eingetragen.

7.1.4 Die Rücklaufquote

287 Fragebogen waren an die Institutionen weitergeleitet worden, 155 Fragebogen befanden sich bis zum Abgabetermin in der Sammelbox, was einer Rücklaufquote von 54.01 Prozent entspricht. Nach Angaben des Wirtschaftslexikons (2015), erreichen die Ausschöpfungsquoten von schriftlichen Befragungen „i. d. R. selten Werte über 40%, häufig sogar nur unter 30%“. Nach Porst (1996) hängt der Rücklauf am entscheidendsten von der „Intensität des Nachfassens“ ab, aber auch die Relevanz des Themas, das Interesse für die Thematik und die Länge des Fragebogens spielen, nach Porsts Aussagen, dabei eine Rolle.

Vergleicht man also die Rücklaufquote von 54 Prozent mit den Angaben des Wirtschaftslexikons, so liegt die Ausschöpfungsquote über dem zitierten Wert, was positiv zu bewerten ist, zumal man beachten muss, dass nach dem Ausliefern der Fragebögen auf Grund der fehlenden postalischen Anschriften keine Nachfassaktionen mehr bei den Mitarbeitern der beteiligten Institutionen gemacht wurden. Schnell, Hill und Esser (2011) sprechen von zwei Nachfassaktionen (S. 355), Porst (1996) gibt sogar drei bis vier Nachfassaktionen an, um eine höhere Rücklaufquote zu erzielen, wobei er dann von Umfragen mit einem Rücklauf von 50 bis 76 Prozent berichtet (S. 11). Mit einer Rücklaufquote von 54 Prozent liegt diese Umfrage bereits ohne Nachfassaktion in dieser Norm.

Des Weiteren wurden auch keine „Incentives“, wie die von Porst (2001), Berger (2006) oder Stadtmüller (2009) genannten monetären/geldwertigen oder nicht-monetären Belohnungen oder Anreize, wie z.B. „Lotterielose“, „Spendenbeiträge“ „Kugelschreiber“ (Stadtmüller, 2009, S. 168), „Anstecknadeln“, „Schraubendreher oder ähnliche Dinge“, „Gutscheine“, „Briefmarken“ oder „Telefonkarten“ (Porst, 2001, S. 11) angeboten, um der Zielpopulation einen Anreiz zur Teilnahme an der Studie zu bieten und so die Rücklaufquote zu erhöhen. „Die Wirkung monetärer oder geldwerter Anreize auf die Teilnahmebereitschaft steht in der Literatur außer Frage“ (Porst, 2001, S. 9). Trotzdem wurde sich bewusst gegen eine solche künstliche Stimulation des Rücklaufs entschieden, da auch eine unbeeinflusste Rücklaufquote eine Aussage zum Interesse bzw. zur „Indifferenz“ der Teilnehmer am Thema machen konnte (vgl. Porst & von Briel, 1995, S. 6; S. 9).

Wichtig für das Vermeiden einer Rücklaufverzerrung bei schriftlichen Befragungen ist die korrekte Verteilung der Fragebögen, welche bei dieser Forschungsarbeit nicht mit absoluter Sicherheit gewährleistet werden konnte, da die Fragebögen bei den Pflegedienst- bzw. Wohnbereichsleitern abgegeben wurden, zwecks Weitergabe an die Pflegekräfte. Ob auch

wirklich alle Mitglieder der Studiengruppe einen Fragebogen erhalten haben, musste angezweifelt werden, denn in einer Institution wurden 50 Prozent der angefragten Fragebögen nach Ablauf der Abgabefrist zusammen mit der Sammelbox an den Messenden zurückgeben, mit der Erklärung, dass diese nicht verteilt worden wären, ohne dabei einen Grund für das Nicht-Verteilen anzugeben. Die Tatsache, dass innerhalb dieser Institution scheinbar nicht alle Fragebögen verteilt worden waren, kann auf interne Kommunikationsschwierigkeiten oder auf Desinteresse am Thema, wie oben angeschnitten (vgl. Porst & von Briel, 1995, S. 6; S. 9), beim leitenden Personal, die das Verteilen hätten durchführen sollen, zurückzuführen sein, ein Aspekt, der auch bereits im theoretischen Teil der Forschungsarbeit behandelt wurde (vgl. Kapitel 5.13).

7.2 Das Erhebungsinstrument

7.2.1 Die Auswahl des Erhebungsinstrumentes

In dieser Forschungsarbeit wurde als Messinstrument ein schriftlicher standardisierter Fragebogen (vgl. Anhang H) eingesetzt, da er eine Verallgemeinerung der Ergebnisse erlaubt und zudem organisatorische Vorteile bot, da es sich bei der Stichprobe um mehr als 200 Befragte handelte. In einem solchen Fall soll, nach Schnell, Hill und Esser (2011) auf eine schriftliche Befragung zurückgegriffen werden, um den Personalaufwand im Rahmen der Befragung (hohe Zahl an Interviewern) und den Zeitaufwand (viele Einzelinterviews bzw. Befragungen) zu minimieren (vgl. S. 351). Mündliche Befragungen und Leitfrageninterviews mit qualitativen Auswertungen wurden daher bei der Auswahl des geeigneten Instrumentes nicht berücksichtigt. Auf eine schriftliche Online-Umfrage wurde verzichtet, da nicht sichergestellt werden konnte, dass alle Teilnehmer Zugang zu einem Computer hatten; dass jeder Teilnehmer ausreichend Kenntnisse im Bereich von digitalisierten Befragungen hatte; und/oder dass alle Computer, in Bezug auf Hard- und Software, für eine derartige Befragung ausreichend ausgerüstet waren (vgl. Thielsch & Weltzin, 2009, S. 70).

Nach Schnell, Hill und Esser (2011) bietet eine schriftliche Befragung zudem mehrere Vorteile, so zum Beispiel, dass die Objektivität der Untersuchung nicht durch Interviewer oder Messende beeinflusst werden kann; Antwortverzerrungen durch die Präsenz, durch Reaktionen, Mimik oder Gesten von Interviewern wegfallen oder Fehler durch Interviewer vermieden werden. Auch die glaubwürdige Zusicherung der Anonymität ist bei schriftlichen Messungen einfacher. Außerdem können die Antworten ehrlicher, fundierter und/oder „überlegter“ sein als bei mündlichen Interviews, weil sich die Befragten besser auf die

Thematik konzentrieren können; weil sie eigenständig bestimmen können, wann sie die Fragen beantworten, und/oder weil sie nicht einem gewissen „Druck durch Interviewer“ ausgesetzt sind (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 351; S. 359; Kaya, 2009, S. 53).

Nachteile schriftlicher Untersuchungen können „höhere Ausfallquoten“ sein als bei persönlichen Befragungen und es besteht die Möglichkeit, dass weitere Personen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen nehmen können oder dass es bei der Beantwortung an der nötigen Seriosität fehlt. Auch kann ein möglicher „Halo-Effekt¹⁰¹“ (Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 352) zu Antwortverzerrungen führen, dadurch dass Probanden sich vor dem Ausfüllen des Fragebogens einen Überblick über alle Fragen verschaffen können. Des Weiteren können Fehler bei der späteren Datenübertragung in das Datenauswertungstool entstehen (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 352; Kaya, 2009, S. 54).

Die Ausarbeitung eines Fragebogens für eine schriftliche Befragung erfordert äußerste Sorgfalt, weil die Formulierung der Fragen ein Höchstmaß an Genauigkeit verlangt, zum einen, um die Beantwortung der Fragen nicht zu beeinflussen (vgl. Porst, 2014, S. 13) und zum anderen, weil die Befragten nicht auf die Unterstützung eines Interviewers zurückgreifen können, wenn Schwierigkeiten mit den Fragestellungen auftreten (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 353).

Des Weiteren spielt das Layout und die Präsentation des schriftlichen Untersuchungsmaterials eine bedeutende Rolle, denn bereits die Text- und Bildgestaltung des Fragebogens können sich positiv oder negativ auf die Teilnahme der Studienteilnehmer auswirken, je nach dem ob sie Ernsthaftigkeit, Bedeutsamkeit bzw. eine einfache Handhabung vermitteln und ansprechend auf die Teilnehmer wirken (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 354).

7.2.2 Der Aufbau des Fragebogens

Da es keine etablierten Messinstrumente zum vorliegenden Forschungsgegenstand gab und somit keine geeigneten bestehenden Untersuchungsinstrumente zur Verfügung standen, auf welche man hätte zurückgreifen oder sich daran anlehnen können, um einen Fragebogen für diese Forschungsarbeit zusammenzustellen, mussten neue Fragen bzw. ein neuer

¹⁰¹ „Halo-Effekt: Wenn eine Frage im Kontext zu vorhergehenden Fragen steht, kann diese von den vorigen Fragen bzw. Antworten beeinflusst werden. Der Befragte orientiert sich dann also an den vorangegangenen Fragen und Antworten. Diese Problematik wird als Halo- bzw. Ausstrahlungseffekt bezeichnet“ (Schnell et al., 1999, S. 320).

Fragebogen entworfen werden (vgl. Anhang H). Daher gab es auch vorab keine konkreten Angaben zur Objektivität, Reliabilität und Validität der Fragen des Fragebogens.

Der Fragebogen für diese Forschungsarbeit bestand aus zehn Seiten, wobei die erste Seite als Begleitschreiben diente, welches sowohl das Logo der Universität Luxemburg, den Titel der Befragung und den Namen sowie die Emailadresse des Messenden enthielt. Des Weiteren wurden in einem kurzen Text die Teilnehmer über die Zweckmäßigkeit, den Nutzen und die Bedeutsamkeit der Studie aufgeklärt; ihnen wurde absolute Anonymität zu gesichert; sie wurden über die Relevanz ihrer Teilnahme am Gelingen und an der Aussagekräftigkeit der Untersuchung unterrichtet und es wurde ihnen mitgeteilt, dass der Fragebogen in einer zweisprachigen Version (deutsch und französisch) vorliegen würde (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011, S.355), um möglichst die gesamte Forschungsgruppe zu erreichen. Außerdem war im Begleitschreiben vermerkt, wie und bis zu welchem Datum der Rücklauf erfolgen sollte.

Die verbleibenden neun Seiten der Unterlagen bildeten den eigentlichen Fragebogen zur Forschungsarbeit. Sie bestanden aus Fragen nach Eigenschaften, nach Verhalten, nach Zielen, nach Überzeugungen, nach Einstellungen und nach Emotionen (vgl. Porst, 2014, S.53). Dabei handelte es sich um vorformulierte geschlossene und halboffene Fragen. Zwar werden normalerweise bei standardisierten Befragungen geschlossene Fragen vorgezogen, allerdings wurde sich bei dieser Befragung auch für halboffene Fragen entschieden, weil bei verschiedenen Fragen ausschließlich vorgegebene Antwortkategorien die Teilnehmer zu stark eingeschränkt hätten und so weitaus weniger Informationen hätten gesammelt werden können, bzw. die vorgegebenen Antwortblöcke hätten die Meinung der Teilnehmer zu stark beeinflusst (vgl. Mayer, 2002, 90f.).

Der Aufbau des Fragebogens umfasste vier große Themenblöcke: Fragenblock I betraf die soziodemografischen Daten und personenbezogenen Merkmale der Teilnehmer, Block II begriff vier allgemeine Fragen betreffend Pflegemodelle, Alterstheorien, Konzepte und Grundsätze aus der Altenpflege. Themenblock III bestand aus vier Pflegeverhaltensfragen, d.h. aus der Beschreibung von vier unterschiedlichen Situationen aus dem Pflegealltag, wo die Teilnehmer angeben konnten, wie sie ihr Verhalten in diesen konkreten Situationen einschätzten. Block IV umfasste sechs Fragen, welche sich mit den Einstellungen und Gefühlen der Mitarbeiter auseinandersetzten. Dabei ging es um die Ziele, die die Probanden für die Bewohner oder für sich selber hatten, um individuelle Überzeugungen zu Entwicklungen und Aussagen zu Themen der Altenpflege, um Fortbildungsmaßnahmen zu

unterschiedlichen Pflegebereichen oder um Einstellungen zu Veränderungen im Pflegealltag. Eine Frage befasste sich mit den Gefühlen der Probanden während ihres Arbeitsalltags.

Bei den zwei halboffenen Fragen aus dem Fragenkomplex des Fragebogens wurde den Teilnehmern die Möglichkeit gelassen, sich zu erst zwischen den Antworten „ja/nein“ zu unterscheiden und im Falle einer Bejahung der Frage, sie ihre Antwort durch stichwortartige Angaben erweitern konnten. Die Antwortformate der weiteren zwölf themenbezogenen Fragen bestanden aus vier- oder fünfstufigen Rating-Skalen. Bei den vierstufigen Skalen wurde die mittlere Antwortmöglichkeit „ich weiss es nicht“ oder „weder/noch“ weggelassen, um so bei diesen Fragen „leichte Tendenzen in der Sicht des Befragten besser identifizieren“ zu können, da dies bei der Auswertung dieser spezifischen Fragen doch wichtig schien (vgl. Thielsch, Lenzner & Melles, 2012, S. 233).

Damit die Antworten nach dem Rücklauf der Fragebögen in die Auswertungssoftware SPSS eingegeben werden konnten, wurden die einzelnen Anker jedes Items in den Antwortblöcken durchnummeriert und es wurden Wertelabel vergeben, d.h. Antworten auf den mehrstufigen Rating-Skalen wurden dabei ansteigend mit Ziffern codiert (von 1 bis 5, je nach Anzahl der Anker), in einer Weise, dass eine höhere Zahl eine zunehmende Häufigkeit, eine stärkere Wichtigkeit, Zustimmung, Intensität usw. bedeutete.

Bei der Befragung ging es nicht darum Fachkenntnisse der Teilnehmer zu überprüfen, sondern die persönliche Ansichten, Einstellungen und Erfahrungen der Mitarbeiter waren von besonderer Wichtigkeit, um einschätzen zu können, inwieweit die Realität (im Arbeitsalltag) mit den Forschungsfragen übereinstimmte. Demnach gab es bei der Beantwortung der Fragen auch keine richtigen oder falschen Antworten.

Um die gesamte Forschungsgruppe zu erreichen, wurde der Fragebogen und der Begleitbrief zweisprachig - in deutsch und französisch - ausgearbeitet, um so sicherzustellen, dass auch die ausländischen Mitarbeiter der luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen keine sprachlichen Einschränkungen bei der Untersuchung haben sollten. Es wurde sich für die deutsche und die französische Sprache entschieden, da alle Mitarbeiter neben der luxemburgischen Sprache auch eine weitere landesübliche Sprache (deutsch oder französisch) beherrschen müssen. Von den 155 Fragebögen, die in die Auswertung einbezogen wurden, entsprachen 141 (90.97%) der deutschen und 14 (9.03%) der französischen Version.

Zum Abschluss enthielt die letzte Seite des Fragebogens eine Dankesformel, um den Teilnehmern noch einmal einzeln für ihr Engagement und die Unterstützung an diesem Forschungsprozess zu danken (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 354).

7.2.3 Der Pretest

Besonders bei einem neu entworfenen Fragebogen ist ein Pretest vor dem Verteilen des Untersuchungsmaterials an die Forschungsgruppe unerlässlich. Demnach wurde auch dieser Fragebogen, nachdem er fertiggestellt war, um eventuelle Fehlerquellen vor Anlauf der Untersuchung zu erkennen oder aufzudecken, mit Hilfe eines Pretests (Vortests) überprüft. Dazu wurde Kontakt mit mehreren Personen aufgenommen, die aus den gleichen Berufssparten stammten wie die Teilnehmer der Forschungsgruppe (also der Studiengruppe ähnelten), aber nicht in den teilnehmenden Institutionen arbeiteten. An ihnen wurde der Fragebogen erprobt. Dabei wurde darauf geachtet, dass sowohl die deutsche als auch die französische Version der Unterlagen ausreichend getestet wurde (vgl. Pilshofer, 2001, S. 19; Bohndick, 2015; Möhring & Schlütz, 2010, S. 169f.).

Die Aufgabe der Testgruppe war es, den Fragebogen unter Feldbedingungen zu testen, d.h. den Begleitbrief zu lesen und anschließend den Fragebogen auszufüllen, ohne dabei zusätzliche mündliche Informationen zu erhalten. Beim Pretest ging es darum neben den Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität (vgl. Möhring & Schlütz, 2010, S. 169) auch das Erscheinungsbild und die Übersichtlichkeit des Fragebogens sowie auf die Verständlichkeit, Univozität, Zweckmäßigkeit, Verschiedenheit und Bedeutsamkeit der Testfragen zu überprüfen und in einem darauffolgenden Gespräch mit dem Messenden Rückmeldung zu geben, welche Schwierigkeiten die Testpersonen beim Ausfüllen der Unterlagen hatten, ob ihnen Fehler aufgefallen waren oder ob es andere Unklarheiten gab (vgl. Pilshofer, 2001, S. 19; Bohndick, 2015; Möhring & Schlütz, 2010, S. 169f.).

Da beim Vortest dieses entworfenen Fragebogens keine Schwierigkeiten aufgetaucht waren, mussten auch keine Umänderungen oder Verbesserungen vorgenommen werden.

7.3 Erläuterungen zu den Untersuchungsvariablen

Die Items aller Fragen, außer der Frage betreffend die Gefühle der Mitarbeiter während der Pflege, wurden selbst formuliert, da es keine passenden bestehenden Messinstrumente gab. Im Folgenden werden die Quellen und Autoren aufgeführt, welche die Angaben in den Items bestätigen. Für jedes Item wurde festgelegt, ob es dem Autonomie einschränkenden oder dem Autonomie fördernden Pflegestil entsprochen hat.

Des Weiteren wurden die Daten, die sich nach Abschluss aller Messungen ergeben hatten, in tabellarischer Form gesammelt und deskriptiv statistisch aufbereitet. Dabei wurde für jedes Item folgende grundsätzliche Parameter in Form von deskriptiven Statistiken bestimmt: Mittelwert, Modalwert, Median, Standardabweichung und der Kolmogorov-Smirnov Wert.

Die a priori gedachte Zuordnung nach Autonomie förderndem (aktivierende kompetenz-, bedürfnis- und/oder präventionsorientierte Betreuung) sowie Autonomie einschränkende Pflegestile werden zur Vereinfachung für den Leser ebenfalls in den Tabellen angegeben.

7.3.1 Teil II.1-2 Wissen über Pflegemodelle, Alterstheorien und Altersmodelle

Hier wurde über zwei halboffene Fragen exploriert, ob den Teilnehmern Pflegemodelle oder spezifische Alterstheorien und –modelle bekannt sind. Dabei konnte der Proband zuerst mit „ja“ oder „nein“ antworten, anschließend hatte er die Möglichkeit, die ihm bekannten Pflegemodelle oder Alterstheorien aufzulisten. Bei diesen Fragen wurde bewusst auf ein geschlossenes Format verzichtet, um den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, nur die Pflegemodelle und/oder Alterstheorien anzugeben, die sie aus Erfahrung kannten. Sie sollten sich – wie dies bei vorgegebenen Antworten der Fall sein kann – nicht dazu verleiten lassen, auch nur flüchtig bekannte Modelle anzukreuzen.

Tabelle 3 : Bekannteste Pflegemodelle bei der Stichprobe.

Pflegemodelle	Häufigkeit	Prozentzahl
Böhm	22	14,2
Henderson	22	14,2
Krohwinkel	10	6,5
Böhm und Henderson	24	15,5
Böhm und Krohwinkel	25	16,1
Henderson und Krohwinkel	7	4,5
Böhm, Henderson und Krohwinkel	3	1,9
Andere	9	5,8
Keine Kenntnisse	18	11,6
Ungültige Angaben	15	9,7

Auf diese Frage haben 122 Teilnehmer (78.7%) geantwortet, dass sie ein oder mehrere Pflegemodell(e) kennen. 18 Probanden (11.6%) gaben an kein Pflegemodell zu kennen und 9.7% gaben zwar an Pflegemodelle zu kennen, gaben dann aber nur ungültige¹⁰² Antworten. Bei den bekannten Pflegemodellen handelte es sich mehrheitlich um die Modelle von Böhm, Henderson und Krohwinkel. Verschiedene Mitwirkende gaben auch mehrere Pflegemodelle gleichzeitig an, die ihnen bekannt waren. Die Häufigkeiten wurden in Tabelle 3 dargestellt. Dabei wurden, um die Übersichtlichkeit der Tabelle für die Leser zu erhöhen, nur die Pflegemodelle berücksichtigt, welche eine Häufigkeit von mehr als 5%, d.h. mindestens sieben Mal bei der Erhebung aufgeführt worden waren. Die Pflegemodelle wurden in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

In Bezug auf die Alterstheorien gaben 20% der Teilnehmer (31 Personen) an Alternstheorien oder Alternsmodelle zu kennen. Auffällig war, dass Teilnehmer, die eine Alterstheorien nennen konnten, oftmals mehrere angeben konnten. Die Majorität der Probanden (51.6%) gab an keine diesbezüglichen Modelle oder Theorien zu kennen. 14.2% der Mitwirkenden (22 Personen) hatten diese Frage ausgelassen und ebenfalls 14.2% der Studienteilnehmer hatten ungültige¹⁰³ Antworten abgeben, so dass lediglich 20% der Teilnehmer tatsächlich eine oder mehrere Alterstheorien kannten. Davon waren die drei bekanntesten Alterstheorien, die Aktivitätstheorie (21 Antworten), das Defizitmodell (18 Antworten) und die Kompetenztheorie (17 Antworten). Alle andern Alternstheorien- oder Alternsmodelle wurden weniger als dreimal genannt.

7.3.2 Teil II.3 Einschätzung der Wichtigkeit verschiedener Pflegegrundsätze oder Pflegekonzepte in der eignen Institution

Bei dieser Frage ging es darum, dass der Proband die Wichtigkeit der vorgegebenen fünf Pflegegrundsätze oder -konzepte in der Institution anhand einer vierstufigen Rating-Skala im Antwortformat einschätzte (1 = sehr wichtig, 2 = eher wichtig, 3 = eher unwichtig, 4 = sehr unwichtig) (vgl. Tabelle 4).

Item 1 „*Biographiearbeit*“ betrifft ein Konzept, dem für eine erfolgreiche Aktivierung und Förderung von Kompetenzen eine große Wichtigkeit zukommt. Biografiearbeit kann dazu

¹⁰² Als „ungültig“ galten Antworten, die keinem Pflegemodell zugeordnet werden konnten, z.B. „On vise le bien-être du résident“ oder „biographisch-sozio-kulturelles Modell“ oder „Gruppenpflege, Einzelpflege“, usw..

¹⁰³ Als ungültig galten Antworten wie „Zellalterungstheorie“, „Erbtheorie“, „Mehrgenerationenhaus“, „AltersWG“, usw..

dienen, dass das Personal besser für die Bedürfnisse der Bewohner sensibilisiert werden kann, effizienter reagieren kann und auch Reaktionen oder Verhaltensweisen der Bewohner besser verstehen kann. Betreuer gehen anders mit Bewohnern um, wenn sie nicht nur deren Krankenakten, sondern auch ihre Lebensgeschichten kennen.(vgl. Siegel, 2005, S. 119; Schaade, 2009, S. 6; Pfäfflin-Müllenhoff, 2011b, S. 88; Grond, 2014, S. 152f.).

Item 2 „*Warm-Satt-Sauber Pflege*“ bezieht sich auf eine versorgende Pflege, welches nach Tschan (2010) „ausgedient“ (S. 136) hat, weil dieses Konzept seine primären Aufgaben darinsieht, „den Körper warm und sauber zu halten und ihn mit Nahrung zu versorgen“ (S. 136). Nach Tschan (2010) werden die Bewohner in diesem Konzept nur „versorgt statt miteinbezogen“ und „einzig von ihrer ‚Nichtkönnen‘-Seite gesehen“. Psychische oder soziale Belange der Bewohner spielen in diesem Konzept keine Rolle (vgl. S. 136). Nach Matolycz (2016) hat diese Pflegeform bis in die 1970^{er} - 1980^{er} Jahre gereicht, wo lediglich körperliche Belange der Bewohner im Vordergrund standen, psychischen oder sozialen Bedürfnissen aber keine Beachtung geschenkt wurde (vgl. S. 236; Menner, 2004, S. 23ff.).

Item 3 „*Erfüllung der Grundbedürfnisse*“ geht initial auf die Bedürfnispyramide von Maslow zurück, auf welche die meisten Pflegemodelle aufgebaut sind (vgl. Kapitel 3.2.1.). Die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse spielt in einer aktivierenden, kompetenz- und präventionsorientierten Betreuung eine wichtige Rolle (vgl. Kapitel 4).

Item 4 „*Kompetenzförderung der Bewohner*“ lehnt an rezenteren Alterstheorien an (z.B. Olbrich, 1987) und wird in den meisten Pflegemodellen nicht thematisiert. Dass Heimbewohner in den Altenhilfeeinrichtungen Kompetenzen bewahren sollen (vgl. Kapitel 5.3.2.4), gehört zu den neueren Entwicklungen und steht im krassen Gegenteil zu der bisherigen Annahme, dass „der ‚Gang‘ in ein Altenheim für viele Menschen die Erwartung von Siechtum“ (Abt-Zegelin & Reuther, 2011, S. 322) bedeutete.

Item 5 „*Medizinische Versorgung der Bewohner*“ spielt eine besonders große Rolle in der Altenpflege mit klassischen Pflegemodellen, denn z.B. für Virginia Henderson ging es in ihrem Pflegemodell ausschließlich um Krankenpflege (vgl. Kapitel 3.2.1.). Auch wenn heute noch die medizinische Versorgung eine wichtige Rolle in der Altenarbeit spielt, so muss man trotzdem davon ausgehen, dass in einer aktivierenden bedürfnis-, kompetenz- und präventionsorientierten Betreuung oder in der Betreuung von Menschen mit Demenz andere Modelle und Konzepte im Vordergrund stehen.

Tabelle 4 : Deskriptive Statistik zu den Angaben bezüglich der Einschätzung der Bedeutsamkeit unterschiedlicher Pflegegrundsätze oder Pflegekonzepte für die Pflegekräfte.

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b				Statistik ^c					t-Test ^d
		Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Sehr unwichtig	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i> ^e	
1. Biographiearbeit (BIO)	AF	82 (52.9)	44 (28.4)	26 (16.8)	3 (1.9)	3.32	4	4	.82	.31***	> WSS < BASE; MED
2. Warm-Satt-Sauber Pflege (WSS)	AE	54 (34.8)	52 (33.5)	25 (16.1)	19 (12.3)	2.94	4	3	1.02	.23***	< BIO BASE, KOM, MED
3. Erfüllung der Grundbedürfnisse (BASE)	AF	94 (60.6)	50 (32.3)	5 (3.2)	4 (2.6)	3.53	4	4	.69	.36***	> BIO WSS, KOM, MED
4. Kompetenzförderung der Bewohner (KOM)	AF	89 (57.4)	46 (29.7)	14 (9.0)	5 (3.2)	3.42	4	4	.79	.33***	> WSS
5. Medizinische Versorgung der Bewohner (MED)	AE	101 (99.4)	51 (32.9)	1 (0.6)	1 (0.6)	3.64	4	4	.53	.40***	> BIO WSS KOM

Anmerkung. ^a a priori Zuordnung nach Autonomie förderndem (AF) und Autonomie einschränkendem (AE) Pflegestil; ^b Zellen enthalten die absolute und die relative Häufigkeit; ^c *M* = Mittelwert; *Mo* = Modus; *Md* = Median; *SD* = Standardabweichung; *K-S* = Kolmogorov-Smirnov-Test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .000$; ^d Signifikante Mittelwertdifferenzen bei $p < .005$ (Bonferroni-adjustiert); ^e Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

7.3.3 Teil II.4 Einschätzung der Bedürfniserfüllung der Bewohner durch die in der Institution praktizierten Pflegegrundsätze und -konzepte

Bei dieser Frage sollten die Teilnehmer einschätzen, ob die Modelle oder Konzepte, nach welchen sie an ihrem aktuellen Arbeitsplatz arbeiten, die Bedürfnisse der Bewohner befriedigen. Der Antwortblock bestand aus einer vierstufigen Rating-Skala mit den Ankern *vollkommen*, *weitgehend*, *eher nicht*, *gar nicht* (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Deskriptive Statistik zu den Angaben bezüglich der persönlichen Einschätzung der Pflegekräfte zur Bedürfniserfüllung der Heimbewohner.

	Antwortskala ^a				Statistik ^b				
	Vollkommen	Weitgehend	Eher nicht	Gar nicht	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i> ^c
<i>n</i>	18	103	28	5	2.87	3	3	.64	.37***
(%)	(11.6)	(66.5)	(18.1)	(3.2)					

Anmerkung. ^a *n* = Anzahl und Prozente (in Klammern) der TIn; Zellen enthalten die absolute und die relative Häufigkeit; ^b *M* = Mittelwert; *Mo* = Modalwert; *Md* = Median; *SD* = Standardabweichung; *K-S* = Kolmogorov-Smirnov-Test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .000$; ^c Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

7.3.4 Teil III: Verhalten in vier typischen Pflegesituationen

Die vier Fragen aus dem Themenblock III waren Fragen nach dem Verhalten der Probanden in verschiedenen Situationen des Pflegealltags. Dabei gilt nach Eckert (1999) zu beachten, dass es sich hier um Selbstwahrnehmungen der Teilnehmer handelt und diese nicht immer mit dem wirklichen Verhalten übereinstimmen müssen, welches in der Realität abgerufen wird, einerseits weil die Teilnehmer ihr Verhalten anders einschätzen können als es von Außenstehenden wahrgenommen wird und andererseits, weil das beschriebene Verhalten einfach nur reines „Wunschdenken“ (Eckert, 1999, S. 379) des Probanden sein kann (vgl. Eckert, 1999, S. 379).

Das Antwortformat aller vier Verhaltensfragen war eine fünfstufige Rating-Skala mit den Ankern *sehr oft*, *oft*, *manchmal selten*, *nie*. Bei den selbst entworfenen Items wurde darauf geachtet, dass die Items einer aktivierende bedürfnis-, kompetenz- oder präventionsorientierte Betreuung (Autonomie fördernder Pflegestil) in einem ausgewogenen Verhältnis zu den Items der Autonomie einschränkenden Pflegestile stehen.

7.3.4.1 Situation 1 : Einschränkung der motorischen Fähigkeiten der Hände

In dieser Situation wurde ein Bewohner beschrieben, der bedingt durch die Einschränkungen der motorischen Fähigkeiten seiner Hände, Schwierigkeiten hatte das Besteck bei den Mahlzeiten zu führen. Der Antwortblock enthielt vier Items, mit unterschiedlichen Beschreibungen von Verhaltensmöglichkeiten des Probanden (vgl. Tabelle 6). Die Teilnehmer wurden gebeten die Häufigkeit anzukreuzen, wie sie in den jeweiligen Situationen vorgehen würden.

Item 1 beschrieb einen Autonomie einschränkenden Pflegestil (vgl. Kapitel 4.6.2.7), welcher nach Biedermann und Hoffmann (2005) nicht mehr zeitgemäß ist (vgl. S. 133) und nach Furer-Fawer (2010) weitere Pathologien, z.B. bedingt durch Verkümmierungen am Kauapparat, an der Schluck-, Gesichts- und Zungenmuskulatur, provozieren kann (vgl. S. 25).

Auch Item 2 gehörte zur Autonomie einschränkenden Pflege (vgl. Kapitel 4.6.2.7) oder (vgl. Biedermann & Hoffmann, 2005, S. 104).

Item 3 war Teil des autonomiefördernden Pflegestils (vgl. Kapitel 4.6.2.7) oder (vgl. Biedermann & Hoffmann, 2005, S. 139), genau wie Item 4 (vgl. Lendner, 2015, S. 123) oder (vgl. Kapitel 4.6.2.7).

Tabelle 6 : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Situation „Einschränkung der motorischen Fähigkeiten der Hände“.

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b					Statistik ^c				
		Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i> ^d
1. Ich gebe dem Bewohner nur weiche oder pürierte Kost, so kann er alles mit dem Löffel essen.	AE	5 (3.2)	20 (12.9)	32 (20.6)	28 (18.1)	62 (40.0)	2.17	1	2	1.21	.28***
2. Ich reiche dem Bewohner das Essen an.	AE	19 (12.3)	26 (16.8)	54 (34.8)	29 (18.7)	20 (12.9)	2.97	3	3	1.20	.19***
3. Ich schmiere die Butterbrote für den Bewohner und schneide diese ebenso wie die anderen Nahrungsmittel in mundgerechte Portionen, so dass der Bewohner selbstständig essen kann (z.B. Fingerfood).	AF	89 (57.4)	49 (31.6)	10 (6.5)	1 (0.6)	6 (3.9)	4.38	5	5	.93	.31***
4. Ich gebe dem Bewohner angepasste Bestecke und Geschirr (Teller, usw.), die es ihm erlauben, selbstständig zu essen.	AF	70 (45.2)	47 (30.3)	19 (12.3)	12 (7.7)	5 (3.2)	4.08	5	4	1.09	.25***

Anmerkung. ^a a priori Zuordnung nach Autonomie förderndem (AF) und Autonomie einschränkendem (AE) Pflegestil; *n* = Anzahl und Prozentzahl (in Klammern) der TIn; ^b Zellen enthalten die absolute und die relative Häufigkeit; ^c *M* = Mittelwert; *Mo* = Modalwert; *Md* = Median; *SD* = Standardabweichung; *K-S* = Kolmogorov-Smirnov-Test, * *p* < .05, ** *p* < .01, *** *p* < .000; ^d Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

7.3.4.2 Situation 2 : Entscheidung über Teilnahme an sozialen Aktivitäten

In dieser Situation ging es um die Teilnahme an anmeldepflichtigen hausinternen Aktivitäten. Da nicht auf psychische Einschränkungen des Bewohners hingewiesen wurde, konnte man davon ausgehen, dass es sich, um einen Heimbewohner ohne kognitive Einschränkungen handelte. Den Probanden wurden im Antwortblock vier Items vorgestellt (vgl. Tabelle 7) und sie sollten durch Ankreuzen in einer fünfstufigen Rating-Skala angeben, wie sie vorgehen würden, um geeignete Aktivitäten auszuwählen.

Item 1 entsprach dem Autonomie einschränkenden Pflegestil (vgl. Kapitel 4.6.2.10), denn bei Autonomieförderung stehen die Bewohner im Mittelpunkt. „Es gilt nicht für sie, sondern im besten Fall mit Ihnen Entscheidungen zu treffen“ (Sirsch & Bartoszek, 2011, S. 263).

Auch *Item 2* gehörte zur Autonomie einschränkenden Pflege, ähnlich wie *Item 1* (vgl. Kapitel 4.6.2.10; Sirsch & Bartoszek, 2011, S. 263).

Item 3 beschrieb die Vorgehensweise während einer Autonomie fördernden Pflege (vgl. Kapitel 4.6.2.10; 4.6.2.14).

Item 4 war Teil eines Autonomie fördernden Pflegestils (vgl. Kapitel 4.6.2.1; 4.6.2.14; Sirsch, 2008, S. 139).

Tabelle 7 : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Situation „Auswahl der Beteiligung an Aktivitäten“.

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b					Statistik ^c				
		Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i> ^d
1. Ich lasse die Familienangehörigen entscheiden, an welchen Aktivitäten die Bewohner teilnehmen sollen.	AE	1 (0.6)	6 (3.9)	22 (14.2)	52 (33.5)	58 (37.4)	1.85	1	2	.89	.25***
2. Ich suche die Aktivitäten für die Bewohner nach den ihnen zustehenden Leistungen der Pflegeversicherung aus.	AE	7 (4.5)	16 (10.3)	23 (14.8)	28 (18.1)	63 (40.6)	2.09	1	2	1.25	.27***
3. Ich lasse die Bewohner selbst entscheiden, an welchen Aktivitäten sie teilnehmen wollen.	AF	82 (52.9)	49 (31.6)	7 (4.5)	2 (1.3)	6 (3.9)	4.36	5	5	.95	.29***
4. Ich unterstütze die Bewohner bei der Auswahl der Aktivitäten und berücksichtige dabei ihre Wünsche und Kompetenzen.	AF	92 (59.4)	40 (25.8)	4 (2.6)	3 (1.9)	5 (3.2)	4.47	5	5	.92	.36***

Anmerkung. ^a a priori Zuordnung nach Autonomie förderndem (AF) und Autonomie einschränkendem (AE) Pflegestil; ^b Zellen enthalten die absolute und die relative Häufigkeit; ^c *M* = Mittelwert; *Mo* = Modalwert; *Md* = Median; *SD* = Standardabweichung; *K-S* = Kolmogorov-Smirnov-Test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .000$; ^d Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

7.3.4.3 Situation 3 : Verweigerung der Körperpflege

In dieser Situation wurde ein Bewohner mit Demenz beschrieben, der die Körperpflege verweigerte und sich heftig dagegen wehrte. Die Teilnehmer wurden gebeten in der Rating-Skala die Häufigkeit anzukreuzen, wie sie in den jeweiligen Situationen reagieren würden (vgl. Tabelle 8).

Item 1 beschrieb eine Autonomie einschränkende Pflegepraxis (vgl. Faber 2015).

Item 2 entsprach der Autonomie fördernden Pflege (vgl. Sirsch & Bartoszek, 2011, S. 263; Lind, 2011, S. 1191).

Auch *Item 3* war Teil eines Autonomie fördernden Pflegestils (vgl. Lind, 2004, S. 38; Lind, 2011, S. 52f.; Kastner & Löbach, 2010, S. 104; Schwerdt & Tschainer, 2002, S. 267; Kapitel 4.6.2.4).

Auch *Item 4* gehörte zur Autonomie fördernden Pflegepraxis (vgl. Kapitel 4.6.2.4.; Sirsch & Bartoszek, 2011, S. 263; Kastner & Löbach, 2010, S. 104; Schwerdt & Tschainer, 2002, S. 267).

Tabelle 8 : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Situation „Verweigerung der Körperpflege“.

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b					Statistik ^c				
		Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie	M	Mo	Md	SD	K-S ^d
1. Damit der Bewohner sich weniger wehrt, gebe ich ihm vorab ein, vom Arzt verordnetes, Beruhigungsmittel.	AE	0 (0.0)	1 (0.6)	16 (10.3)	32 (20.6)	99 (63.9)	1.45	1	1	.71	.41***
2. Ich informiere mich über frühere Körperpflege-Gewohnheiten des Bewohners und versuche die Körperpflege daran anzupassen.	AF	39 (25.2)	78 (50.3)	20 (12.9)	8 (5.2)	6 (3.9)	3.90	4	4	.98	.32***
3. Ich versuche, den Bewohner zu beruhigen und abzulenken, um so die Körperpflege zu ermöglichen.	AE	57 (36.8)	65 (41.9)	18 (11.6)	5 (3.2)	6 (3.9)	4.07	4	4	.99	.28***
4. Wenn sich der Bewohner wehrt, lasse ich die Körperpflege ausfallen.	AE	13 (8.4)	29 (18.7)	55 (35.5)	30 (19.4)	23 (14.8)	2.86	3	3	1.16	.21***

Anmerkung. ^a a priori Zuordnung nach Autonomie förderndem (AF) und Autonomie einschränkendem (AE) Pflegestil; ^b Zellen enthalten die absolute und die relative Häufigkeit; ^c M = Mittelwert; Mo = Modalwert; Md = Median; SD = Standardabweichung; K-S = Kolmogorov-Smirnov-Test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .000$; ^d Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

7.3.4.4 Situation 4 : Transfer eines Bewohners mit eingeschränkter Mobilität

Die vierte Situation beschrieb einen Bewohner, der für den Transfer in den Speisesaal einen Rollstuhl brauchte. Da präzisiert wurde, dass der Bewohner den Rollstuhl für einen Transfer brauchte (also für eine längere Strecke), handelte es sich hier nicht um einen ständigen Rollstuhlfahrer. Die Teilnehmer wurden gebeten, anzukreuzen wie oft sie die beschriebenen Vorgehensweisen bei der Begleitung eines solchen Bewohners anwenden würden (vgl. Tabelle 9).

Item 1 entsprach dem Autonomie einschränkenden Pflegestil, da aus Autonomie fördernder Sicht das Sitzen auf einem Stuhl sowohl therapeutisch als auch psychologisch die höchste Wirkung hat (vgl. Hayek (van) & Weniger, 2006, S. 413; Reuther et al., 2010, S. 139ff.; Kapitel 4.6.2.2.).

Item 2 beschrieb die Autonomie fördernde Pflegeweise (vgl. Kapitel 4.6.2.2; Abt-Zegelin, 2010, S. 12ff.; 2011, S. 2f.; Reuther, Abt-Zegelin. & Simon., 2010, S. 139ff.).

Item 3 konnte als Teil der Autonomie fördernden Pflege betrachtet werden (vgl. Kapitel 4.6.2.2.; Hayek (van) & Weniger, 2006, S. 413; Abt-Zegelin & Reuther, 2011, S. 322ff.).

Item 4 zählte zum Autonomie einschränkenden Pflegestil (vgl. Kapitel 4.6.2.2; 4.6.2.7; Zegelin, 2013, S. 8).

Tabelle 9 : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Situation „Transfer eines Bewohners mit eingeschränkter Mobilität“.

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b					Statistik ^c				
		Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i> ^d
1. Ich begleite den Bewohner an seinen Platz und schiebe den Rollstuhl in Position, so dass der Bewohner seine Mahlzeit einnehmen kann.	AE	54 (34.8)	29 (18.7)	31 (20.0)	22 (14.2)	17 (11.0)	3.53	5	4	1.39	.23***
2. Ich begleite den Bewohner, lasse ihn kurz vor Erreichen des Tisches aus dem Rollstuhl aussteigen, damit er die letzten 2 – 3 Schritte zum Tisch zu Fuß gehen und sich auf einen Stuhl setzen kann.	AF	64 (41.3)	48 (31.0)	28 (18.1)	11 (7.1)	4 (2.6)	4.01	5	4	1.06	.24***
3. Ich begleite den Bewohner und setze ihn dann am Tisch vom Rollstuhl auf einen Stuhl um.	AF	61 (39.4)	58 (37.4)	23 (14.8)	8 (5.2)	4 (2.6)	4.06	5	4	.99	.23***
4. Ich bringe Bewohnern, die sich nicht selbstständig in den Speisesaal begeben können, das Essen aufs Zimmer.	AE	4 (2.6)	6 (3.9)	13 (8.4)	36 (23.2)	93 (60.0)	1.63	1	1	.98	.37***

Anmerkung. ^a a priori Zuordnung nach Autonomie förderndem (AF) und Autonomie einschränkendem (AE) Pflegestil; ^b Zellen enthalten die absolute und die relative Häufigkeit; ^c *M* = Mittelwert; *Mo* = Modalwert; *Md* = Median; *SD* = Standardabweichung; *K-S* = Kolmogorov-Smirnov-Test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .000$; ^d Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

7.3.5 Teil IV: Ziele, Überzeugungen, Fortbildungsinteressen und Gefühle der Mitarbeiter

Die Fragen aus diesem Themenblock betrafen die Überzeugungen, Ziele und/oder Gefühle der Mitarbeiter in Bezug auf sich selbst oder auf die Bewohner. Bei der ersten Frage ging es um die Ziele, die der Studienteilnehmer in Bezug auf die Bewohner hatte (Abschnitt 7.3.5.1), die zweite Frage betraf die Ziele, die die Pflegekräfte in Bezug auf sich selbst hatten (Abschnitt 7.3.5.2), in Frage 3 ging es, um die Überzeugungen des Probanden für unterschiedliche Aussagen im Zusammenhang mit der Betreuung und der Pflege von Heimbewohnern (Abschnitt 7.3.5.3). Frage 4 beschäftigte sich mit der Einstellung des Personals zu unterschiedlichen Fortbildungsthemen (Abschnitt 7.3.5.4). Frage 5 ging auf die Gefühle des Personals ein, die diese im Rahmen der Pflege/Betreuung erleben (Abschnitt 7.3.5.5) und Frage 6 beschäftigte sich mit der Einschätzung des Probanden zu den Konsequenzen einer verstärkt aktivierenden, kompetenz-, bedürfnis- und/oder präventionsorientierten Pflege bzw. Betreuung (Abschnitt 7.3.5.6). Alle Fragen sollten in einer vier- oder fünfstufigen Rating-Skala beantwortet werden. Die Items aller Fragen, außer die Frage aus Abschnitt 7.3.5.5 wurden auf Basis von intensiven Literaturrecherchen zum Thema Pflege bzw. Betreuung selbst formuliert (vgl. Bühner, 2006, S. 100). Alle Fragen wurden mit Hinweisen für das Vorgehen bei der Beantwortung versehen.

7.3.5.1 Die Ziele des Probanden in Bezug auf die Bewohner

In dieser Frage wurden den Probanden vierzehn Items vorgelegt, welche zum Thema Pflege/Betreuung von Heimbewohnern, selbst formuliert worden waren und unterschiedliche Zielsetzungen für die Bewohner beschrieben (vgl. Bühner, 2006, S. 100). Dabei wurde darauf geachtet, dass die Items betreffend die Ziele, die auf Aktivierung, Bedürfniserfüllung, Prävention oder Kompetenzerhalt gerichtet waren und die Ziele eines eher Autonomie einschränkenden Pflegestils sich in einem ausgeglichenen Verhältnis befanden. Die Reihenfolge der Items in der Itemselektion unterlag einer zufälligen Anordnung (vgl. Tabelle 10). Jeder Proband konnte seine Einschätzung der Wichtigkeit der einzelnen Items in einer vierstufigen Rating-Skala mit den Ankern *sehr wichtig*, *eher wichtig*, *eher unwichtig*, *sehr unwichtig* ankreuzen. Dabei wurde durch Unterstreichen der Worte *in Ihrem Arbeitsalltag* hervorgehoben, dass es insbesondere um die persönlichen Ziele des Probanden in seinem Arbeitsalltag ging.

Im Antwortformat fand man rechts über der Rating-Skala den einleitenden Satz: „*Es ist mir in meinem Arbeitsalltag ...*“. Darunter standen dann die vier Anker *sehr wichtig*, *eher wichtig*,

eher unwichtig, sehr unwichtig und der Satz konnte mit den, in der linken Hälfte des Fragenblocks befindlichen, Items vervollständigt werden, von welchen jedes ein separates Ziel verfolgte.

Item 1 beruhte laut Behrendt (2008) auf einem „medizinischen Denkmodell“ und war somit eher Autonomie einschränkend ausgerichtet. Behrendt (2008) zitierte in diesem Zusammenhang Pflegemodelle von Henderson bzw. Roper und Mitarbeiter (vgl. S. 38).

Item 2 betreffend den Erhalt der geistigen Fähigkeiten wurde in den Kapiteln 4.6.2.2 und 4.6.2.10 ausführlich behandelt.

Item 3 galt als Autonomie einschränkend und steht im Widerspruch zum aktivierenden Pflegestil, wo es darum geht, wie in Kapitel 5.3.2.1 beschrieben, Fähigkeiten oder Ressourcen aus früheren Lebensphasen zu mobilisieren oder zu reaktivieren, um die Selbstachtung und/oder das Selbstbild (vgl. Höwler, 2004, S. 89; Riedl, 2006, S. 19) der Heimbewohner zu steigern.

Item 4 entsprach dem Autonomie einschränkenden Pflegestil, da Schmerzfreiheit, ähnlich wie *Item 1*, eher dem medizinischen Denkmodell entspricht. In der Autonomie fördernden Pflege muss der Bewohner nicht ganz schmerzfrei bleiben, um sich trotzdem wohl und zufrieden zu fühlen. Nach Zegelin (2011) muss es „sich für die Bewohner lohnen, den Schmerz, der erstmal durch die Bewegung entsteht, auszuhalten“ (Universität Witten/Herdecke, 2011).

Item 5 zählte zum aktivierenden bedürfnis- und kompetenzorientierten Pflegestil (vgl. Eisenburger, 2015, S. 27; vgl. Kapitel 4.6.2.2).

Item 6 gehörte eindeutig zum Autonomie einschränkenden Pflegestil (vgl. Kapitel 4.6.2.10 und 4.6.2.14).

Item 7 gehörte zur aktivierenden bedürfnis- und kompetenzorientierten Betreuung/Pflege (vgl. Kapitel 4.6.2.4).

Item 8 zählte zum Autonomie einschränkenden Pflegestil (vgl. Kapitel 4.6.2.2; Abt-Zegelin & Reuther, 2011, S. 324; Lehr 2009, S. 14).

Item 9 war Teil der aktivierenden bedürfnis-, kompetenz- und/oder präventionsorientierten Betreuung/Pflege und wurde durch etliche Literaturstudien in Kapitel 4.6.2 belegt.

Item 10 zählte zum Autonomie einschränkenden Pflegestil (vgl. Kapitel 4.6.2.5; Böhm, 2004a, S. 240).

Item 11 gehörte zum aktivierenden bedürfnis-, kompetenz- und präventionsorientierten Pflegestil, der den Bewohner, seine Wünsche und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt stellt (vgl. Kapitel 4.6.2.10).

Item 12 zählte eher zum Autonomie einschränkenden Pflegestil, da es den sozialen Rückzug des Bewohners fördert und dem Bewohner wichtige Möglichkeiten nimmt, sich zu bewegen und so bestehende Kompetenzen zu bewahren (vgl. Kapitel 4.6.2.7).

Item 13 gehörte zum Autonomie fördernden Pflegestil (vgl. Kapitel 4.6.2.10).

Item 14 gehörte zur aktivierenden bedürfnis-, kompetenz- und präventionsorientierten Pflegepraxis, wo die Bedürfnisse und Wünsche im Mittelpunkt stehen und nicht die Ansichten oder Vorlieben der Pflegenden oder die Normen der Institutionen (vgl. Sirsch & Bartoszek, 2011, S. 263; Zenneck, 2008, S. 166).

Tabelle 10 : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Ziele der Pflegekräfte in Bezug auf die Bewohner.

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b				Statistik ^c				
		Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Sehr unwichtig	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S^d</i>
1. dass die Bewohner medizinisch exzellent betreut werden.	AE	75 (48.4)	65 (41.9)	11 (7.1)	0 (0.0)	3.42	4	3	.63	.32***
2. dass die geistigen Fähigkeiten der Bewohner erhalten bleiben.	AF	93 (60.0)	52 (33.5)	9 (5.8)	0 (0.0)	3.55	4	4	.61	.38***
3. dass der Gesundheitszustand der Bewohner stabil bleibt.	AE	99 (63.9)	51 (32.9)	3 (1.9)	0 (0.0)	3.63	4	4	.52	.41***
4. dass die Bewohner auf keinen Fall Schmerzen haben.	AE	136 (87.7)	18 (11.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.88	4	4	.32	.51***
5. dass die körperlichen Fähigkeiten der Bewohner erhalten bleiben.	AF	109 (70.3)	42 (27.1)	2 (1.3)	1 (0.6)	3.68	4	4	.53	.44***
6. dass den Bewohnern die allermeisten Aufgaben abgenommen werden, damit sie sich nicht anstrengen müssen (Betten machen, ...).	AE	13 (8.4)	34 (21.9)	71 (45.8)	34 (21.9)	2.17	2	2	.87	.27***
7. dass die Bewohner immer ein gepflegtes Erscheinungsbild haben.	AF	84 (54.2)	60 (38.7)	10 (6.5)	0 (0.0)	3.48	4	4	.62	.34***

(Tabelle wird fortgesetzt)

Tabelle 10 (Fortsetzung)

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b				Statistik ^c				
		Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Sehr unwichtig	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S^d</i>
8. dass sich sturzgefährdete Bewohner möglichst nur noch im Rollstuhl fortbewegen, um Risiken zu vermeiden.	AE	15 (9.7)	40 (25.8)	65 (41.9)	32 (20.6)	2.25	2	2	.90	.26***
9. dass die Bewohner grundlegende Tätigkeiten selbstständig ausführen können (z.B. sich waschen, anziehen, zur Toilette gehen, usw.).	AF	102 (65.8)	48 (31.0)	4 (2.6)	0 (0.0)	3.64	4	4	.53	.42***
10. dass die Grundpflege bei allen Bewohnern vor dem morgentlichen Kaffeetrinken abgeschlossen ist.	AE	28 (18.1)	32 (20.6)	70 (45.2)	24 (15.5)	2.42	2	2	.96	.28***
11. dass die Bewohner selbst über ihren Tagesablauf bestimmen können.	AF	90 (58.1)	60 (38.7)	3 (1.9)	1 (0.6)	3.55	4	4	.57	.36***
12. dass die Bewohner ihre Mahlzeiten in der Regel in ihren Zimmern einnehmen können.	AE	7 (4.5)	19 (12.3)	66 (42.6)	59 (38.1)	1.83	2	2	.82	.24***
13. dass die Bewohner ihren bisherigen Lieblingsbeschäftigungen nachgehen können.	AF	95 (61.3)	51 (32.9)	8 (5.2)	0 (0.0)	3.56	4	4	.59	.39***

(Tabelle wird fortgesetzt)

Tabelle 10 (Fortsetzung)

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b				Statistik ^c				
		Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Sehr unwichtig	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i> ^d
14. dass die Wünsche der Bewohner stets Priorität haben.	AF	110 (71.0)	42 (27.1)	1 (0.6)	0 (0.0)	3.71	4	4	.47	.44***

Anmerkung. ^a a priori Zuordnung nach Autonomie förderndem (AF) und Autonomie einschränkendem (AE) Pflegestil; ^b Zellen enthalten die absolute und die relative Häufigkeit; ^c *M* = Mittelwert; *Mo* = Modalwert; *Md* = Median; *SD* = Standardabweichung; *K-S* = Kolmogorov-Smirnov-Test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .000$; ^d Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

7.3.5.2 Die Ziele der Probanden in Bezug auf sich selbst

Bei dieser Frage wurden den Probanden sechs Items vorgeschlagen, anhand welcher sie ausdrücken konnten, was jedem Einzelnen von ihnen für sich selbst, in seinem Arbeitsalltag, besonders wichtig war, d.h. was seine Ziele für sich selbst waren (vgl. Tabelle 11). Durch Unterstreichen der Worte *in Ihrem Arbeitsalltag* wurde in der Fragestellung hervorgehoben, dass es ausschließlich um die persönliche Situation des Probanden ging. Die Items wurden selbst formuliert, ihre Reihenfolge unterlag einer zufälligen Anordnung. Jeder Proband konnte die Wichtigkeit der einzelnen Items in einer vierstufigen Rating-Skala mit den Anker *sehr wichtig, eher wichtig, eher unwichtig, sehr unwichtig* ankreuzen.

Im Antwortformat fand man rechts über der Rating-Skala den einleitenden Satz: *Es ist mir in meinem Arbeitsalltag* Darunter standen dann die vier Anker und der Satz konnte mit den, in der linken Hälfte des Itemblocks befindlichen, Items vervollständigt werden, welche jedes ein separates individuelles Ziel für den Pfleger selbst verfolgte.

Mit *Item 1* verfolgten, die in Luxemburg ausgebildeten, Probanden das Ziel in der Krankenpflege zu arbeiten und somit nach dem Autonomie einschränkenden Modell von Henderson zu arbeiten (vgl. Kapitel 2.3.2).

Mit *Item 2* setzte sich der Proband zum Ziel, sich vor Überlastungen zu schützen (vgl. Krug, 2010, S. 111). Wenn sich der Aufwand in Grenzen halten soll, muss sich der Proband für den Autonomie einschränkenden Pflegestil entscheiden, da er diesen während seiner Ausbildung in Luxemburg kennengelernt hat und somit weniger Fortbildung braucht bzw. dieser Pflegestil weniger Flexibilität und Eigeninitiative verlangt.

Item 3 unterstrich die Absicht des Probanden, wie von Henderson vorgegeben, die Rolle des „Zupflegenden“ zu übernehmen. Dieses Ziel stellte ein Autonomie einschränkendes Pflegeziel in den Vordergrund, welches zur „Fremdbestimmung“ führen könnte (vgl. Schewior-Popp 2012, S. 140ff.; Gögel & Walther, 2009, S. 89; Ehret et al., 2013, S. 81). Autonomie fördernde Pflegestile würden eher auf multidisziplinäre Teamarbeit mit Einbeziehung der Bedürfnisse des Bewohners setzen.

Item 4 unterstrich einen absolut einschränkenden Pflegestil. Ein solches Ziel wird von verschiedenen Autoren als „Fremdbestimmung“ bis hin zum Machtmissbrauch beschrieben (vgl. Schewior-Popp, 2012, S. 140ff.; Gögel & Walther, 2009, S. 89; Ehret et al., 2013, S. 81;

Charta¹⁰⁴ von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen des deutschen Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2010); oder Artikel 2 (Titre I) der Charte Européenne des Droits et Libertés des Personnes Âgées en Institution¹⁰⁵).

Item 5 beschrieb das Ziel des Teilnehmers, sich für Verbesserungsmöglichkeiten in seinem Aufgabenbereich zu interessieren, was die Motivation der Probanden unterstrich (vgl. Loffing & Loffing, 2010, S. 11) und sein Interesse aktiv an einem innovativen Pflegestil mitzuwirken (vgl. Kapitel 5).

Item 6 unterstrich den Willen des Probanden neue Pflegepraktiken umzusetzen und somit seine Offenheit für den Autonomie fördernden Pflegestil (vgl. Kapitel 5).

¹⁰⁴ „Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe. Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können(...) Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung beteiligten Personen müssen Ihren Willen beachten und ihr Handeln danach ausrichten (...)“ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2010).

¹⁰⁵ „ Nous nous engageons à préserver l'autonomie de la Personne Agée, à favoriser l'expression de son libre-arbitre, à lui donner les moyens d'exprimer sa capacité et sa liberté de choix“. (Charte Européenne des Droits et Libertés des Personnes Âgées en Institution, 1993).

Tabelle 11 : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Ziele der Pflegekräfte in Bezug auf sich selbst.

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b				Statistik ^c				
		Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Sehr unwichtig	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i> ^d
1. dass ich meinen erlernten Beruf ausüben kann.	AE	96 (61.9)	44 (28.4)	13 (8.4)	1 (0.6)	3.53	4	4	.68	,38***
2. dass sich der Aufwand bei meiner Arbeit in Grenzen hält.	AE	19 (12.3)	41 (26.5)	63 (40.6)	27 (17.4)	2.35	2	2	.92	,24***
3. dass ich bei meiner Tätigkeit nicht von äußeren Vorgaben (z.B. Arbeitgeber, Angehörige, Pflegeversicherung, usw.) eingeschränkt werde.	AE	44 (28.4)	67 (43.2)	36 (23.2)	3 (1.9)	3.01	3	3	.79	,23***
4. dass ich bestimmen kann, wie der Bewohner gepflegt und betreut wird.	AE	36 (23.2)	70 (45.2)	34 (21.9)	12 (7.7)	2.86	3	3	.87	,27***
5. dass ich neue Entwicklungen für Pflege und Betreuung kennenlerne.	AF	98 (63.2)	51 (32.9)	4 (2.6)	0 (0.0)	3.61	4	4	.54	,40***
6. dass ich neue Praktiken in der Pflege und Betreuung umsetzen kann.	AF	99 (63.8)	52 (33.5)	1 (0.6)	1 (0.6)	3.63	4	4	.54	,40***

Anmerkung. ^a a priori Zuordnung nach Autonomie förderndem (AF) und Autonomie einschränkendem (AE) Pflegestil; ^b Zellen enthalten die absolute und die relative Häufigkeit; ^c *M* = Mittelwert; *Mo* = Modalwert; *Md* = Median; *SD* = Standardabweichung; *K-S* = Kolmogorov-Smirnov-Test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .000$; ^d Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

7.3.5.3 Die Überzeugungen der Probanden zu verschiedenen Entwicklungen und Aussagen zur Pflege bzw. Betreuung von Heimbewohnern

Es wurde ein Itemblock erstellt mit sechs Items, welche auf den Ergebnissen der Literaturrecherchen basierten und Aussagen wiedergaben zu den Schwerpunkten der Bereiche: Kompetenzförderung, Aktivierung, Demenz, Prävention, Bedürfnisbefriedigung (vgl. Tabelle 12). Die Items wurden selbst entworfen und basierten auf Literaturstudien. Die Reihenfolge der Items war zufällig. Das Antwortformat bestand aus einer Rating-Skala mit vier Ankern *voll und ganz ja, eher ja, eher nicht, gar nicht*.

Item 1 lehnte an das Kompetenzmodell aus den Alterstheorien an (vgl. Kapitel 1.2.4) und an Studien zahlreicher anderer Autoren, z.B. Abt-Zegelin und Reuther; Hollmann und Mitarbeiter; Hollmann und Studer; Tschan; Hayder; u.a.; vgl. Kapitel 4.6.2.2 und Kapitel 5.3.2.4).

Item 2 war Teil eines Autonomie einschränkenden Pflegestils (vgl. Abt-Zegelin & Reuther, 2011; 2013; Kapitel 4.6.2.2; Kapitel 4.6.2.12).

Item 3 wurde unterstützt durch zahlreiche internationale Studien (vgl. Hollmann & Strüder, 2004, S.266; Hollmann et al. 2006, S. 15; Abbott et al., 2004, S. 1447; Nugandu et al., 2015; Bonifer, 2016, S. 102; Lautenschlager et al., 2008, S. 1036; Reimers et al., 2012, S. 289; u.a.; vgl. Kapitel 4.6.2.7.) und stand für eine aktivierende Betreuung (vgl. Kapitel 4.6.2.10; Kapitel 4.6.2.12).

Item 4 stand für einen Autonomie einschränkenden Pflegestil, welcher durch Studien und Erkenntnisse von Abt-Zegelin (2013a, S. 30); Abt-Zegelin & Reuther (2011; 2013); Tschan (2011, S. 2); Kastner und Löbach (2010, S. 112); Eisenburger (2015, S. 27); u.a. belegt wurde.

Item 5 wurde durch zahlreiche Studien in Kapitel 4.6.2.5 belegt.

Item 6 stand für eine Autonomie einschränkende Pflege, da der Rückzug aufs Zimmer, sich negativ auf die Aktivierung, auf die Autonomieförderung bzw. den Kompetenzerhalt/-förderung auswirkte (vgl. Kapitel 4.6.2.2 und 4.6.2.7.).

Tabelle 12 : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich der Einstellungen der Pflegekräfte zu unterschiedlichen Aussagen zur Betreuung und Pflege.

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b				Statistik ^c				
		Voll und ganz ja	Eher ja	Eher nicht	Gar nicht	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i> ^d
1. Bewohner können auch im Alten- und Pflegeheim noch Kompetenzen dazugewinnen.	AF	83 (53.5)	56 (36.1)	12 (7.7)	2 (1.3)	3.44	4	4	.70	.33***
2. Bewohner möchten in Ruhe gelassen werden.	AE	5 (3.2)	60 (38.7)	76 (49.0)	12 (7.7)	2.38	2	2	.68	.28***
3. Demenz kann durch körperliche Bewegung und Aktivitäten verzögert werden.	AF	49 (31.6)	71 (45.8)	28 (18.1)	3 (1.9)	3.10	3	3	.76	.25***
4. Bewohner sollen im Heim keine Aufgaben des täglichen Lebens (Betten machen, ...) mehr übernehmen.	AE	7 (4.5)	51 (32.9)	77 (49.7)	17 (11.0)	2.32	2	2	.73	.29***
5. Mit Toilettentraining kann man einer Inkontinenz vorbeugen oder sie verringern.	AF	74 (47.7)	67 (43.2)	10 (6.5)	0 (0.0)	3.42	4	3	.62	.31***
6. Bewohner wollen allein auf ihrem Zimmer essen.	AE	5 (3.2)	8 (5.2)	103 (66.5)	36 (23.2)	1.88	2	2	.64	.34***

Anmerkung: ^a a priori Zuordnung nach Autonomie förderndem (AF) und Autonomie einschränkendem (AE) Pflegestil; ^b Zellen enthalten die absolute und die relative Häufigkeit; ^c *M* = Mittelwert; *Mo* = Modalwert; *Md* = Median; *SD* = Standardabweichung; *K-S* = Kolmogorov-Smirnov-Test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .000$; ^d Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

7.3.5.4 Das Interesse der Probanden an Fortbildungen

Es wurde ein Itemblock mit neun verschiedenen Fortbildungsbereichen ausgearbeitet. Die Themenbereiche lehnten sich an den theoretischen Teil der Forschungsarbeit an. Die Probanden sollten auf einer fünfstufigen Ratingskala bewerten, in welchem Ausmaß sie Interesse an den jeweiligen Fortbildungsthemen hätten (vgl. Tabelle 13). So sollte anhand der Items das Interesse der Probanden an den einzelnen Bereichen einer aktivierenden, bedürfnis- und kompetenz- und präventionsorientierten Weiterentwicklung der Altenarbeit erfasst werden. Die Anker der Rating-Skala waren *sehr viel*, *viel*, *mittelmässig*, *wenig*, *gar nicht*. Die Reihenfolge der Items unterlag keiner bestimmten Anordnung.

Item 1 legte seinen Schwerpunkt auf den medizinischen und somit auf den Autonomie einschränkenden Teil der Pflege (vgl. Kapitel 3.1 und Kapitel 3.2).

Die meisten Items betrafen die Themen dieser Forschungsarbeit *Aktivierung*, *Kompetenzerhalt*, *Kompetenzförderung*, *Prävention*. Demnach konnte so auch erfasst werden, ob die Probanden Bedarf sahen, bzw. Interesse hatten sich in diesen Bereichen weiterzubilden und somit offen waren für die verschiedenen Arten der Betreuung.

Item 2 (vgl. Kapitel 3);

Item 3 (vgl. Kapitel 5.10.3);

Item 4 (vgl. Kapitel 5.10.3);

Item 5 (vgl. Kapitel 5.3.2.1);

Item 6 (vgl. Kapitel 5.3.2.4);

Item 7 (vgl. Peters, 2006, S. 14);

Item 8 (vgl. Kapitel 5.3.2.5.);

Item 9 (vgl. Pain Care, 2015; Scheuren, Anton, Erpelding, Michaux, 2014; Schreier, 2015).

Tabelle 13 : Deskriptive Statistiken zu den Angaben bezüglich des Interesses der Pflegekräfte an verschiedenen Fortbildungsangeboten.

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b					Statistik ^c				
		Sehr viel	Viel	Mittel-mässig	Wenig	Gar nicht	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S^d</i>
1. Medizinische Pflege von Heimbewohnern	AE	26 (16.8)	42 (27.1)	49 (31.6)	25 (16.1)	7 (4.5)	3.37	3	3	1.10	.17***
2. Pflege und Betreuung von Heimbewohnern mit Demenz	AF	81 (52.3)	53 (34.2)	13 (8.4)	5 (3.2)	1 (0.6)	4.36	5	5	.82	.31***
3. Humor in der Pflege	AF	74 (47.7)	48 (31.0)	17 (11.0)	12 (7.7)	2 (1.3)	4.18	5	4	1.00	.29***
4. Biografiearbeit in der Altenpflege	AF	69 (44.5)	60 (38.7)	14 (9.0)	10 (6.5)	0 (0.0)	4.23	5	4	.87	.26***
5. Aktivierung und Reaktivierung von Heimbewohnern	AF	69 (44.5)	58 (37.4)	21 (13.5)	4 (2.6)	1 (0.6)	4.24	5	4	.83	.27***
6. Kompetenzförderung in Alten- und Pflegeheimen	AF	62 (40.0)	63 (40.6)	20 (12.9)	7 (4.5)	0 (0.0)	4.18	4	4	.83	.25***
7. Interkulturelle Altenpflege	AF	36 (23.2)	72 (46.5)	27 (17.4)	15 (9.7)	2 (1.3)	3.82	4	4	.95	.28***

(Tabelle wird fortgesetzt)

Tabelle 13 (Fortsetzung)

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b					Statistik ^c				
		Sehr viel	Viel	Mittel-mässig	Wenig	Gar nicht	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i> ^d
8. Prävention in der Altenpflege	AF	46 (29.7)	68 (43.9)	28 (18.1)	8 (5.2)	3 (1.9)	3.95	4	4	.93	.27***
9. Schmerzmanagement	AF	74 (47.7)	49 (31.6)	20 (12.9)	8 (5.2)	2 (1.3)	4.21	5	4	.95	.28***

Anmerkung. ^a a priori Zuordnung nach Autonomie förderndem (AF) und Autonomie einschränkendem (AE) Pflegestil; ^b Zellen enthalten die absolute und die relative Häufigkeit; ^c *M* = Mittelwert; *Mo* = Modalwert; *Md* = Median; *SD* = Standardabweichung; *K-S* = Kolmogorov-Smirnov-Test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .000$; ^d Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

7.3.5.5 Gefühlserlebnisse der Probanden im Pflegealltag

Diese Frage befasste sich mit unterschiedlichen Gefühlen, die die Probanden im Rahmen der Pflege/Betreuung von Heimbewohnern erleben oder empfinden konnten. Dabei ging es darum die situationelle Befindlichkeit der Probanden während ihres Arbeitsalltags zu erfassen. Es wurden sechs positive und sechs negative Gefühle bzw. Stimmungen stellvertretend für den gesamten Stimmungs- und Gefühlshaushalt ausgewählt und nach fünf Häufigkeitskategorien *sehr oft, oft, manchmal, selten, nie* aufgeführt (vgl. Tabelle 14). Diese Variablen wurden in einer fünfstufigen Ratingskala dargestellt, in welcher die Probanden die Häufigkeit der beschriebenen Empfindungen und Gefühle durch Ankreuzen des zutreffenden Ankers angeben konnten.

Die sechs Items für positive Affektivität waren *froh, zufrieden, begeistert, motiviert, stolz, zuversichtlich*. Die 6 Items für die negative Affektivität waren *frustriert, erschöpft, verärgert, überfordert, besorgt, bedrückt*.

Gefühle werden in der Forschung oftmals anhand der PANAS¹⁰⁶-Skala gemessen. Da diese Skala aber in der vorgestellten Studie die Gefühls- bzw. Stimmungslagen der Pflegekräfte nicht in allen Dimensionen erfassen kann, wird nur ein Teil der Gefühle beschreibenden Adjektive aus der PANAS-Skala übernommen und die restlichen gefühls- und stimmungsbezogenen Begriffe werden dem Fragebogen der deutschen Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): „Psychische Belastung in der stationären Altenpflege“, entnommen.

¹⁰⁶ PANAS bedeutet: Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) und dient dem Erfassen von „emotionalen Befindlichkeiten“. PANAS wurde von Watson, Clark und Tellegen (1988) entworfen (vgl. Breyer & Bluemke, 2016).

Tabelle 14 : Deskriptive Statistiken zu den Angaben der Pflegekräfte in Bezug auf ihre unterschiedlichen Gefühle im Rahmen der Pflege und Betreuung.

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b					Statistik ^a				
		Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S^d</i>
1. froh	PA	49 (31.6)	73 (47.1)	28 (18.1)	4 (2.6)	0 (0.0)	4.08	4	4	.77	.25***
2. frustriert	NA	18 (11.6)	30 (19.4)	58 (37.4)	36 (23.2)	11 (7.1)	3.05	3	3	1.09	.20***
3. erschöpft	NA	29 (18.7)	40 (25.8)	60 (38.7)	18 (11.6)	7 (4.5)	3.43	3	3	1.07	.20***
4. zufrieden	PA	21 (13.5)	88 (56.8)	38 (24.5)	7 (4.5)	0 (0.0)	3.80	4	4	.73	.32***
5. verärgert	NA	14 (9.0)	32 (20.6)	53 (34.2)	44 (28.4)	11 (7.1)	2.96	3	3	1.07	.18***
6. begeistert	PA	23 (14.8)	59 (38.1)	45 (29.0)	26 (16.8)	0 (0.0)	3.52	4	4	.95	.23***
7. überfordert	NA	12 (7.7)	24 (15.5)	52 (33.5)	52 (33.5)	13 (8.4)	2.80	2 ^a	3	1.06	.20***

(Tabelle wird fortgesetzt)

Tabelle 14 (Fortsetzung)

Item	A priori Zuordnung ^a	Antwortskala ^b					Statistik ^a				
		Sehr oft	Oft	Manch-mal	Selten	Nie	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i> ^d
8. motiviert	PA	58 (37.4)	63 (40.6)	25 (16.1)	8 (5.2)	0 (0.0)	4.11	4	4	.86	.24***
9. besorgt	NA	15 (9.7)	56 (36.1)	55 (35.5)	23 (14.8)	4 (2.6)	3.36	4	3	.94	.21***
10. stolz	PA	26 (16.8)	55 (35.5)	50 (32.3)	21 (13.5)	2 (1.3)	3.53	4	4	.97	.21***
11. bedrückt	NA	12 (7.7)	22 (14.2)	53 (34.2)	51 (32.9)	16 (10.3)	2.76	3	3	1.07	.20***
12. zuversichtlich	PA	31 (20.0)	61 (39.4)	40 (25.8)	17 (11.0)	5 (3.2)	3.62	4	4	1.03	.24***

Anmerkung. ^a a priori Zuordnung nach positiven (PA) und negativen (NA) Affektivitäten; ^b Zellen enthalten die absolute und die relative Häufigkeit;

^c *M* = Mittelwert; *Mo* = Modus; *Md* = Median; *SD* = Standardabweichung; *K-S* = Kolmogorov-Smirnov-Test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .000$;

^d Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

7.3.5.6 Die Erwartungen der Probanden zu den Konsequenzen der Einführung eines neuen Modells

Bei dieser Frage ging es darum, festzustellen, wie die Probanden die Reaktion der Heimbewohner bzw. von deren Umfeld auf eine verstärkt aktivierende bedürfnis-, kompetenz- und/oder präventionsorientierte Betreuung, einschätzten. Die Itembatterie bestand aus sechs Items, die entweder intuitiv konstruiert wurden oder an Literaturstudien anlehnten (vgl. Tabelle 15). Die Probanden wurden gebeten durch Ankreuzen in der Rating-Skala des Antwortblocks die Wahrscheinlichkeit der jeweiligen Reaktion anzugeben. Der Antwortblock bestand aus einer fünfstufigen Rating-Skala mit den Ankern *sehr wahrscheinlich, eher wahrscheinlich, ich weiss es nicht, eher unwahrscheinlich, sehr unwahrscheinlich*.

Item 1 beschrieb eine Konsequenz, die durch Studien oder Erkenntnisse unterschiedlicher Autoren in dieser Forschungsarbeit belegt wurde (vgl. Kapitel 4.6.2; vgl. Kapitel 5.3.2).

Item 2 wurde von Autoren wie z.B. Höwler (2004), Vercauteren und Hervy (2009) oder Frühsammer (2003) erläutert (vgl. Kapitel 5.13).

Item 3 wurde als mögliche Konsequenz in den Kapiteln 4.6.2; 5.3.2.1.; 5.2.5 dargelegt.

Item 4 war eine Konsequenz, die von Abt-Zegelin und Reuther (2011) geschildert wurde (vgl. S. 325).

Item 5 wurde intuitiv formuliert und wird nicht in der Literatur belegt.

Item 6 bezog sich auf eine Konsequenz, die in der Literatur von Frühsammer (2003) textuell und von anderen Autoren in ähnlichem Wortlaut bestätigt wurde (vgl. Kapitel 5.13).

Tabelle 15 : Deskriptive Statistiken zu den Angaben der Pflegekräfte in Bezug auf die Konsequenzen bei Einführung eines neuen Pflegestils.

Item	Antwortskala ^a					Statistik ^b				
	Sehr wahr-scheinlich	Eher wahr-scheinlich	Ich weiss es nicht	Eher unwahr-scheinlich	Sehr unwahr-scheinlich	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i> ^c
1. Die Autonomie der Bewohner würde steigen oder zumindest erhalten bleiben.	69 (44.5)	70 (45.2)	6 (3.9)	7 (4.5)	0 (0.0)	4.32	4	4	.76	.27***
2. Die Bewohner und/oder deren Angehörige würden sich beschweren, weil sie mehr Service im Heim erwarten.	39 (25.2)	44 (28.4)	31 (20.0)	31 (20.0)	8 (5.2)	3.49	4	4	1.22	.20***
3. Die Bewohner wären zufriedener.	31 (20.0)	62 (40.0)	37 (23.9)	20 (12.9)	1 (0.6)	3.68	4	4	.97	.25***
4. Das Personal wäre zufriedener.	40 (25.8)	60 (38.7)	32 (20.6)	15 (9.7)	3 (1.9)	3.79	4	4	1.01	.24***
5. Das Personal bekäme Angst, nicht mehr gebraucht zu werden.	5 (3.2)	16 (10.3)	28 (18.1)	62 (40.0)	40 (25.8)	2.23	2	2	1.06	.26***
6. Das Personal würde von den Bewohnern und/oder deren Angehörigen als „faul“ bezeichnet werden.	26 (16.8)	34 (21.9)	32 (20.6)	37 (23.9)	22 (14.2)	3.03	2	3	1.32	.17***

Anmerkung: ^a Zellen enthalten die absolute und die relative Häufigkeit; ^b *M* = Mittelwert; *Mo* = Modalwert; *Md* = Median; *SD* = Standardabweichung; *K-S* = Kolmogorov-Smirnov-Test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .000$; ^c Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

7.4 Auswertungsverfahren und statistische Analysen

Die Auswertung der vorliegenden Daten erfolgte unter Verwendung von statistischen Parametern, welche mit Hilfe des Softwarepakets „Statistical Package for Social Sciences“ SPSS, Version 24.0 für Windows durchgeführt wurde.

Die wesentlichen statistischen Verfahren, die bei dieser Auswertung angewendet wurden, waren das univariate Analyseverfahren und das multivariate Analyseverfahren (vgl. Böhler, 1992, S. 163).

Bei den univariaten Analyseverfahren wurde zwischen deskriptiven und induktiven Verfahren unterschieden. Die deskriptiven Verfahren bestanden aus Darstellungen statistischer Parameter der Mittelwerte (M), Modalwerte (Mo), Mediane (Md), Standardabweichungen (SD) oder des Kolmogorov-Smirnov-Tests ($K-S$). Als induktives Verfahren wird der t -Test angewandt. Des Weiteren beinhalteten diese Verfahren die Berechnungen des Reliabilitätswertes (Cronbach's Alpha (α)) oder der Trennschärfe der Items, Tabellierungen und graphischen Darstellungen, welche zur Beschreibung der Variablen eingesetzt wurden (vgl. Böhler, 1992, S. 163).

Zu den, in dieser Studie angewandten multivariaten Analyseverfahren zählten die exploratorische Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) und die hierarchisch-agglomerative Clusteranalyse, welche die Strukturen der wechselseitigen Beziehungen zwischen den Variablen untersuchen sollten.

Zunächst erfolgt in Abschnitt 7.4.1 die deskriptiven Parameter der Fragebogenitems dargestellt und aufbereitet. In Abschnitt 7.4.2 werden die Ergebnisse der exploratorischen Faktoranalysen, welche dazu dienen die Variablen des Fragebogens auf wenige latente Variablen zu reduzieren, dargestellt. In Abschnitt 7.4.3 werden multivariate, strukturentdeckende Verfahren vorgestellt, welche in Kapitel 8 zur Auswertung der Ergebnisse der Erhebung dienen werden.

7.4.1 Deskriptive Parameter der Fragebogen-Items

Dieser Abschnitt befasst sich mit der deskriptiven Analyse der Items aus den Teilen III (Situationen aus dem Pflegealltag) und IV (Einstellungen und Gefühle der Mitarbeiter) des eingesetzten Fragebogens. Die Ergebnisse der statistischen Kenndaten wurden anhand von relativen Häufigkeiten, Mittelwerten (M), Modalwerten/Modi (Mo), Medianen (Md), Standardabweichungen (SD) und Kolmogorov-Smirnov-Tests ($K-S$) beschrieben. Diese

Parameter wurden aus dem Auswertungstool SPSS extrahiert und in Microsoft Excel tabellarisch aufbereitet (vgl. Tabelle 6 bis Tabelle 15). In der folgenden Aufbereitung der statistischen Kennzahlen werden nur die wichtigsten Aspekte der Teile III und IV des Fragebogens dargestellt.

Aus Teil III des Fragebogens wurden drei Pflegesituationen aus dem Pflegealltag zurückbehalten. In den Tabellen 6 bis 9 wurden die deskriptiven Statistiken zu diesen drei unterschiedlichen Situationen aus der Pflegepraxis der Probanden dargestellt¹⁰⁷. Aus Tabelle 6 „Einschränkung der motorischen Fähigkeiten der Hände“ geht hervor, dass die Mittelwerte bei den vier Items zwischen 2.17 ($SD = 1.213$) und 4.38 ($SD = .935$) lagen. Dabei fiel auf, dass die beide Items 1 und 2, die einen Autonomie einschränkenden Pflegestil beschreiben, die niedrigsten Mittelwerte von 2,17 ($SD = 1.213$) bzw. 2,97 ($SD = 1.198$) hatten, verbunden mit relativ hohen Standardabweichungen. Die beiden Items 3 und 4, welche ein Autonomie förderndes Verhalten verkörpern, hatten die höchsten Mittelwerte von 4.38 ($SD = .935$) und 4.08 ($SD = 1.091$), was daraufhin deutete, dass die Pflegekräfte vermehrt zum Autonomie fördernden Pflegestil tendierten, was auch durch die Auswertung der Modalwerte (Mo) unterstrichen wurde. Die Modalwerte und die Mediane der Autonomie einschränkenden Items (Items 1 und 2) betragen ($Mo = 1$) und ($Mo = 3$) sowie ($Md = 2$) und ($Md = 3$). Bei den Items der Autonomie fördernden Pflegestile waren beide Male die Werte der Modi ($Mo = 5$), bei den Medianen betragen die Werte ($Md = 5$) und ($Md = 4$). Bei Item 1 handelte es sich um eine rechtsschiefe Verteilung, d.h. es gab viele kleine Werte in den Daten. Die Verteilung war nach SPSS symmetrisch, was auch durch den Wert der hohen Standardabweichung ($SD = 1.12$) erklärt werden konnte, laut Auswertung war M nicht gleich Mo und Md . Item 3 und 4 waren beide linksschief verteilt, was darauf schließen ließ, dass bei der Verteilung viele große Werte und weniger kleine Werte vorgekommen waren. Die Überprüfung der Normalverteilung anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests, bestätigte, dass von einer Normalverteilung nicht ausgegangen werden konnte, da bei allen vier Variablen das Signifikanzniveau bei $p < .000$ lag und somit als „höchst signifikant gilt“ (Ebermann, 2010), auch bei Item 2, wo die Verteilung laut Statistikprogramm als symmetrisch einzuschätzen war.

Bei der Situation „Auswahl der Beteiligung an Aktivitäten“ (Tabelle 7) lag der Mittelwert der vier Items zwischen 1.85 ($SD = .892$) und 4.47 ($SD = .923$). Die beiden Items des Autonomie

¹⁰⁷ Tabelle 8 wurde für die weitere Auswertung der Studie nicht zurückbehalten, weil die Antwortstruktur dieser Frage sich von den anderen Pflegesituationen unterschied.

einschränkenden Pflegestils (Item 1 und 2) hatten die niedrigsten Mittelwerte ($M = 1.85$ und $M = 2.09$) und die Autonomie fördernden Pflegestile hatten die höchsten Mittelwerte ($M = 4.36$ und $M = 4.47$). Die Standardabweichungen der vier Items bewegten sich zwischen ($SD = .89$) und ($SD = 1.248$). Diese Auswertung deutete an, dass sich die Pflegekräfte bei der Erhebung eher für Autonomie fördernde Pflegestile entschieden hatten. Die Modalwerte und die Werte der Mediane bestätigten die Angaben der Mittelwerte bei den Autonomie einschränkenden Pflegestilen, da die Modi und die Medianwerte tief ($Mo = 1$) und ($Md = 2$) waren und bei den beiden Autonomie fördernden Pflegestilen beide Werte ($Mo = 5$) und ($Md = 5$) hoch waren. Die Verteilung für Item 1 und 2 waren daher rechtsschief, da sie mehrheitlich kleine Daten bei der Erhebung erhalten hatten und die Verteilung der Items 3 und 4 waren linksschief, da ihre Daten bei der Untersuchung viele große Werte hatten. Die Normalverteilung wurde für alle Items getrennt mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Die Ergebnisse fielen hierbei relativ einheitlich aus, es gab bei keiner Frage eine Normalverteilung. Dabei zeigten sich die Ergebnisse höchst signifikant ($p < .000$) mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 1 %.

Tabelle 9 beschrieb die Pflegesituation „Transfer eines Bewohners mit eingeschränkter Mobilität“. Bei dieser Verhaltensfrage lagen die Mittelwerte zwischen ($M = 1.63$) und ($M = 4.06$), wobei drei Mittelwerte der Items 1; 2 und 3 stärker ausgeprägt waren mit ($M = 3.53$; $M = 4.01$ und $M = 4.06$). Lediglich der Mittelwert von Item 4 war relativ niedrig ($M = 1.63$). Die Standardabweichungen lagen zwischen ($SD = .98$) und ($SD = 1.39$). Die beiden Items, welche dem Autonomie fördernden Pflegestil angehörten, zeigten die höchsten Mittelwerte, die höchsten Modalwerte ($Mo = 5$) und die höchsten Mediane ($Md = 4$) auf, was wiederum die Tendenz der Probanden in Richtung Autonomie fördernde Pflege widerspiegelte. Allerdings fiel in dieser Pflegesituation auf, dass anders als in den vorherigen Situationen, auch ein Autonomie einschränkendes Item einen relativ hohen Mittelwert ($M = 3.53$) erreichte, verbunden mit ($SD = 1.39$), ($Mo = 5$) und ($Md = 4$). Die Verteilung war bei den drei Items 1; 2 und 3 linksschief und bei Item 4 rechtsschief. Auch die Überprüfung der Normalverteilung anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests, bestätigte, dass von einer Normalverteilung nicht ausgegangen werden konnte, bei einem Signifikanzniveau von bei $p < .000$, welches nach Ebermann (2010) als „höchst signifikant“ gilt.

Beim Betrachten von Tabelle 10 (Ziele der Probanden in Bezug auf die Bewohner) merkte man, dass die Mittelwerte der Items betreffend den Autonomie fördernden Pflegestil zwischen ($M = 3.48$) und ($M = 3.71$) und somit alle im hohen Bereich lagen. Das Gleiche galt für die Modi und die Mediane. Die Modalwerte dieser sieben Items betragen ($Mo = 4$) und die

Mediane lagen ebenfalls alle bei ($Md = 4$) also auf dem Höchstwert. Die Standardabweichungen befanden sich zwischen ($SD = .46$) und ($SD = .61$). Diese linksschiefe Verteilung, bedingt durch die höheren Werte der Daten bei der Erhebung (vgl. Mo und Md), aller Autonomie fördernden Items deuteten darauf hin, dass die Ziele der befragten Pflegekräfte für die Bewohner im Durchschnitt eher Autonomie fördernd waren.

Die Ergebnisse der Mittelwerte der Autonomie einschränkenden Items (1; 3; 4; 6; 8; 10; 12) dagegen hatten eine breitere Streuung. Sie lagen zwischen $M = 1.83$ (Item 12) und $M = 3,88$ (Item 4). Viermal betrug der Modalwert ($Mo = 2$) und dreimal waren die Modi ($Mo = 4$). Die Mediane lagen zwischen ($Md = 2$) und ($Md = 4$). Auch die Standardabweichungen (SD) hatten eine weitaus größere Streuung als bei den Autonomie fördernden Pflegestilen. Sie lagen zwischen ($SD = .32$) und ($SD = .96$) und deuteten somit auf eine Heterogenität der Antworttendenzen hin. Auch die Schiefen waren unterschiedlich, 3 Items waren linksschief und vier Items waren rechtsschief. Die linksschiefgeprägten Items 1; 3 und 4 unterstützten durch die hohen Daten bei der Erhebung den Autonomie einschränkenden Pflegestil und zeigten, dass die Probanden die medizinische Versorgung als eines ihrer wichtigsten Ziele für die Bewohner einschätzten. Drei weitere Autonomie einschränkende Items waren rechtsschief, hier lagen Mittelwerte zwischen ($M = 2.17$) und ($M = 2.42$), ($Mo = 2$) und ($Md = 2$) sehr nahe beieinander, verbunden mit hohen Standardabweichungen zwischen ($SD = .86$) und ($SD = .96$), welche durch eine eher niedrige Bewertung (dieser Autonomie einschränkenden Items) auf die Bevorzugung eines Autonomie fördernden Pflegestils schließen ließen, allerdings deuteten die hohen Standardabweichungen auch an, dass die Antworten sehr unterschiedlich waren. Auffallend niedrig war lediglich ein Mittelwert von ($M = 1.83$) (Item 12), ($Mo = 2$) und ($Md = 2$), auch er war rechtsschief und deutete mit seinen tiefen Werten an, dass die Probanden auch dieses Autonomie einschränkende Item als „eher unwichtig“ einschätzten. Die Normalverteilung wurde für jedes einzelne Item getrennt mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Die Ergebnisse fielen hierbei sehr einheitlich aus, es gab bei keinem Item eine Normalverteilung. Dabei zeigten sich die Ergebnisse höchst signifikant ($p < .000$) mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 1%.

In Tabelle 11 (die Ziele der Probanden in Bezug auf sich selbst) lagen die Mittelwerte für die Items (1; 2; 3 und 4) betreffend einen eher Autonomie einschränkenden Pflegestil im mittleren bis höheren Bereich zwischen ($M = 2.35$) und ($M = 3.53$) mit Standardabweichungen, welche zwischen ($SD = .68$) und ($SD = .92$) lagen. Drei dieser vier Autonomie einschränkenden Items waren linksschief und bestätigten somit die Tendenz der Probanden zu diesen drei Items. Ein Autonomie einschränkende Items war rechtsschief.

Sein Mittelwert betrug ($M = 2.35$) mit ($SD = .92$), ($Mo = 2$) und ($Md = 2$). Die große Zahl an niedrigen Daten bei der Erhebung könnte darauf hinweisen, dass die Probanden bei diesem Item eher einen Autonomie fördernden Stil vorziehen würden und somit dieses Item als weniger wichtig einschätzten. Die beiden Autonomie fördernden Items 5 und 6 waren linksschief und mit ($M = 3.61$) und ($M = 3.63$), ($SD = .54$) und identischen Modal- und Medianwerten von ($Mo = 4 = Md$) die Autonomie fördernden Items 5 und 6, jeweils mit dem höchsten Modus-Wert ($Mo = 4$), alles Werte, die belegten, dass die Teilnehmer diese Items mehrheitlich als wichtig bis sehr wichtig eingeschätzt hatten. Auch bei diesen sechs Items wurde der Kolmogorov-Smirnow-Test durchgeführt, hinsichtlich der Überprüfung der Daten auf Normalverteilung. Die getesteten Items wiesen überwiegend keine Normalverteilung auf (Kolmogorov-Smirnov-Test: $p < .000$).

Bei der Beschreibung der statistischen Kenndaten aus Tabelle 12 betreffend die Überzeugungen der Probanden zu unterschiedlichen Aussagen in Bezug auf Pflege und Betreuung lagen die Mittelwerte betreffend den Autonomie einschränkenden Einstellungen bzw. Aussagen (Item 2; 4; 6) zwischen ($M = 1.88$) und ($M = 2.38$) und somit im niedrigeren bis mittleren Bereich. Die Modalwerte sowie die Werte der Mediane erreichten bei allen drei Items lediglich den Wert ($Mo = 2$) und ($Md = 2$), was bei Item 2, verbunden mit einer Standardabweichung von ($SD = .68$) zu einer symmetrischen Verteilung führen sollte. Item 4 und Item 6 waren rechtsschief, was darauf hindeutete, dass die Probanden bei der Erhebung diese Items mit vielen niedrigen Daten bewertet hatten und somit bekundet hatten, dass ihnen dieses Autonomie einschränkenden Aussagen oder Einstellungen nicht förderlich erschienen. Die Mittelwerte der Bewertung der drei Autonomie fördernden Einstellungen bzw. Aussagen (Item 1; 3; 5) lagen im höheren Bereich zwischen ($M = 3.1$) und ($M = 3.44$). Bei diesen Items lagen auch die Modalwerte und die Mediane im höheren Bereich zwischen ($Mo/Md = 3$) oder ($Mo/Md = 4$). Die Standardabweichungen lagen zwischen ($SD = .62$) und ($SD = .76$). Die Verteilung war linksschief und deutete an, dass bei der Untersuchung eher große Werte zu diesen Items ausgewählt wurden und somit auch eine grössere Überzeugung betreffend diese Items übermittelt wurde. Auch die Überprüfung der Normalverteilung anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests, bestätigte, dass von einer Normalverteilung nicht ausgegangen werden konnte.

In Tabelle 13, welche sich auf die Fortbildungsangebote bezog, hatte das Item, welches als Autonomie einschränkend bewertet werden konnte, die schwächsten Werte mit ($M = 3.37$), ($Mo = 3$) und ($Md = 3$) verbunden mit einer Standardabweichung von ($SD = 1.01$). Alle andern 8 Items bezogen sich eher auf Autonomie fördernde Pflegestile. Ihre Mittelwerte

lagen im höheren Bereich zwischen ($M = 3.82$) und ($M = 4.36$), die Modalwerte betrugten fünfmal ($Mo = 5$) und dreimal ($Mo = 4$); die Mediane waren siebenmal ($Md = 4$) und einmal ($Md = 5$), was bedeutete, dass die Probanden diesen acht Items höhere Werte bei der Erhebung zugedacht hatten. Die Standardabweichungen lagen zwischen ($SD = .83$) und ($SD = 1.00$) und deuteten auf unterschiedliche Antworttendenzen der Teilnehmer hin. Alle 9 Items waren linksschief, was darauf schließen ließ, dass wenig niedrige Werte bei der Untersuchung gewählt wurden. Auch bei dieser Frage konnte demnach nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden, was durch die Überprüfung anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests bestätigt wurde.

Bei der Datenanalyse der Gefühle der Teilnehmer (Tabelle 14) fiel auf, dass bei den positiven Gefühlen (*froh, zufrieden, begeistert, motiviert, stolz, zuversichtlich*) die statistischen Daten eher im höheren Bereich zu finden waren, zwischen ($M = 3.52$) und ($M = 4.11$), ($Mo = 4$) und ($Md = 4$), jeweils für alle sechs Items. Die Standardabweichungen lagen zwischen ($SD = .73$) und ($SD = 1.03$), was auf eine Heterogenität bei den Antworten hinweisen konnte. Die Schiefe für die Häufigkeitsverteilung war bei allen positiven Gefühlen linksschief, was bedeutete, dass die Probanden diese positiven Gefühle bei der Erhebung mit höheren Werten belegt hatten. Die Mittelwerte der negativen Gefühle (*frustriert, erschöpft, verärgert, überfordert, besorgt, bedrückt*) lagen eher im mittleren Bereich zwischen ($M = 2.76$) und ($M = 3.43$). Ihre Modalwerte waren unterschiedlich mit viermal ($Mo = 3$), einmal ($Mo = 4$) und einmal ($Mo = 2$), dabei sticht heraus, dass die Probanden besonders oft *besorgt* waren. Der Wert für die Mediane aller sechs Items betrug ($Md = 3$). Auffallend war auch, dass die negativen Gefühle höhere Standardabweichungen hatten als die positiven, zwischen ($SD = .94$) und ($SD = 1.09$), wobei die Standardabweichungen von fünf der sechs Items über ($SD = 1.00$) lagen, was für eine breite Streuung der Daten bei der Verteilung spricht. Von den negativen Gefühlen waren die beiden Items (*erschöpft* und *besorgt*) linksschief, die restlichen vier Items waren rechtsschief, was daraufhin deutete, dass sowohl beim Gefühl *erschöpft* als auch beim Gefühl *besorgt* hohe Werte von den Teilnehmern der Studie vergeben wurden und die Probanden somit ausdrückten, dass diese beiden negativen Gefühle dominierten. Die restlichen negativen Gefühle deuteten eher auf eine schwache Bewertung bei der Erhebung hin. Allerdings durfte man die hohen Standardabweichungen nicht unbeachtet lassen. Die Normalverteilung wurde für jedes einzelne Gefühl getrennt mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Die Ergebnisse fielen hierbei einheitlich aus, es gab bei keiner Frage eine Normalverteilung. Dabei zeigten sich die Ergebnisse höchst signifikant ($p < .000$) mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 1 ‰.

Bei der Frage betreffend die Konsequenzen einer Einführung eines neuen Modells (Tabelle 15) waren die Werte der Parameter sehr unterschiedlich. Die Mittelwerte lagen sowohl im unteren als auch im mittleren und im höheren Bereich zwischen ($M = 2.23$) und ($M = 4.32$) mit Standardabweichungen zwischen ($SD = .76$) und ($SD = 1.32$), was auf unterschiedliche Antworttendenzen schließen ließ. Bei den Items 5 und 6 waren die Modalwerte ($Mo = 2$), bei den restlichen Items lagen sie bei ($Mo = 4$). Ähnlich verlief es bei den Medianen, bei den ersten vier Items war ihr Wert ($Md = 4$) bei Item 5 betrug ($Md = 2$) und bei Item 6 war der Wert ($Md = 3$). Die Items 1; 2; 3 und 4 waren linksschief, was darauf hindeutete, dass die Probanden diese Konsequenzen bei der Studie eher mit hohen Werten bedacht hatten und so ihre Zustimmung mitgeteilt hatten. Die Items 5 und 6 waren rechtsschief, was bedeutete, dass sie eher mit kleinen Werten bei der Untersuchung bedacht wurden. Auch diese Items wurden mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests hinsichtlich ihrer Normalverteilung überprüft. Der Test zeigte keine Normalverteilung auf bei einem Signifikanzniveau von $p < .000$.

7.4.2 Ergebnisse der Faktoren- und Skalenanalysen des Fragebogens

Die in der Erhebung eingesetzten Teile des Fragebogens (Teil III und Teil IV) zur Erfassung Autonomie einschränkender und/oder Autonomie fördernder Pflegestile wurden zur Überprüfung ihrer Messeigenschaften, Faktoren- und Skalenanalysen unterzogen.

„Mit der Faktorenanalyse können Variablen gemäss ihrer korrelativen Beziehungen in von einander unabhängigen Gruppen klassifiziert werden“ (Bortz, 1993, S. 473). Das Ziel der explorativen Faktorenanalyse besteht darin viele manifeste Variablen (z.B. Items eines Fragebogens) auf eine kleinere Anzahl Variablen (Faktoren) zu reduzieren und ihnen so eine ordnende Struktur zu verleihen. Anhand eines solchen „Ordnungsschemas“ kann einfacher entschieden werden, welche Variablen gemeinsame und welche unterschiedliche Informationen beinhalten. Nach Bortz (1993) ist die Faktorenanalyse ein „datenreduzierendes Verfahren“, welches die Eigenschaft besitzt, „ohne entscheidenden Informationsverlust viele wechselseitig mehr oder weniger hoch korrelierende Variablen durch wenige von einander unabhängige Faktoren zu ersetzen“ (S. 474).

Die Eignung des Datensatzes dieser Dissertation für eine Faktorenanalyse wurde anhand des Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizients (KMO) und des Bartlett Tests geprüft, wonach die Korrelationen zwischen den Items signifikant von Null verschieden sein mußten. Der Wertebereich des KMO-Kriteriums liegt zwischen 0 und 1. Je näher der Wert an „Eins“ heranreicht, umso geeigneter sind die Variablen für die Faktorenanalyse. Nach Bühner

(2004) gelten Werte kleiner als 0.5 als „inakzeptabel“ und Werte größer als 0.9 werden als „wunderbar, fabelhaft“ beschrieben werden (vgl. S. 170). Des Weiteren prüft der Bartlett Test, ob die Variablen in ihrer Grundgesamtheit zusammenhängen. Eine Faktorenanalyse ist sinnvoll, wenn der Bartlett Test signifikant ist (vgl. Bühner, 2006, S. 206f.). Eine explorative Faktorenanalyse besteht nach Bühner (2006) aus vier Teilen: „Analysemethode“, „Faktorextraktion“, „Rotationstechniken“ und „Ermittlung der Faktorwerte“ (vgl. S. 182; S. 210f.).

Als *Analysemethode* wurde in dieser Dissertation die Hauptkomponentenanalyse (mit Varimaxrotation) gewählt. Sie verfolgte das Ziel der Datenreduktion ohne entscheidende Informationsverluste, d.h. eine möglichst umfassende Reproduktion der Datenstruktur durch wenige Faktoren (vgl. Bühner, 2006, S. 196).

Für die *Faktorextraktion* kamen in dieser Arbeit das Kaiser-Guttman Kriterium und das Screen-Plot zur Anwendung. Nach dem Kaiser-Guttman Kriterium werden Faktoren als wichtig eingestuft, wenn sie einen Eigenwert größer als 1 haben, so dass eine Filterfunktion für aussagekräftige Konstrukte entsteht (vgl. Bortz, 2005, S. 791). Zusätzlich wird der Scree-Plot hinzugezogen, falls es bei der Einstufung nach dem Kaiser-Guttman Kriterium zu einer Überschätzung der Anzahl wichtiger Faktoren kommt. Der Scree-Plot ist ein Eigenwertdiagramm, auf welchem man Faktorenanalysen visuell beurteilen kann. Ein „Knick“ im Eigenwertverlauf dient als Entscheidungshilfe bei der Frage, wie viele Faktoren extrahiert werden sollen, wobei die Faktoren vor dem Knick als die Wichtigsten erachtet werden (vgl. Bortz, 2005, S. 544).

Als *Rotationstechnik* wurde in dieser Studie die Varimax-Rotation (ein orthogonales Verfahren) angewandt. Dabei handelte es sich um eine „Einfachstruktur“, d. h. dass ein Item lediglich auf einem Faktor hochlad und auf den anderen Faktoren niedrige Ladungen besaß (vgl. Bühner, 2006, S. 204f.).

Zur Ermittlung der Faktorwerte für die Konstruktion, der für die Auswertung der Ergebnisse benötigten Skalen, gibt es verschiedene Interpretationshilfen. Die Faktorladung liegt im Wertebereich zwischen -1 und +1 und informiert darüber wie gut eine Variable zu einer Variablengruppe, d.h. zu einem Faktor passt (vgl. Bortz, 2005, S. 512; S. 539). Generell gilt, dass Items als bedeutsam interpretiert werden können, wenn ihre Faktorladung mindestens .30 beträgt (Bühner, 2006, S. 209). In dieser Dissertation wurden Faktorladungen (*l*) ab .50 als sinnvoll berücksichtigt. Items mit Mehrfachladungen oder Items, welche nicht eindeutig zugeordnet werden können, sollten nach Bühner (2006) schrittweise entfernt werden. Falls

ein Item mit geringer Ladung für das Konstrukt von Wichtigkeit ist, kann es trotzdem beibehalten werden (vgl. S. 211).

Die Qualität der Items dieser Studie und die interne Konsistenz der gebildeten Skalen wurden anhand von Reliabilitätsanalysen geprüft. Als zentrales Maß der Reliabilität der Skalen wurde Cronbachs Alpha (α) berechnet. Er stellt ein Maß zur Beurteilung der Genauigkeit dar und kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen, wobei Reliabilitäten kleiner als .80 zwar nach Bühner (2006) als niedrig eingeschätzt werden (vgl. S. 140), in der Praxis aber durchaus akzeptiert werden (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2005, S. 153), denn eigentlich existiert kein allgemein verbindlicher Grenzwert für die Reliabilität. Nach Ziegler und Bühner (2012) sollte der Wert von Cronbachs α nicht unter .70 liegen (vgl. 86), allerdings findet man an anderer Stelle in der Literatur auch Werte zwischen .49 und .70, welche dennoch als zufriedenstellend beschrieben werden (vgl. Schecker, 2014, S. 5).

Die in den Skalen angegebenen Kommunalitäten (h^2) sind „der Teil der Gesamtvarianz einer Variablen, der durch die gemeinsamen Faktoren erklärt werden soll“ (Backhaus et al., 2003, S. 289). Da man in der Hauptkomponentenanalyse davon ausgeht, dass es keine „Einzelrestvarianz“ gibt, wird der Wert der Kommunalitäten auf „Eins“ festgelegt. Wenn die Zahl der zurückbehaltenen Faktoren mit der Anzahl der vorhandenen Variablen identisch ist, bleibt der Kommunalitätswert bei „Eins“; werden weniger Faktoren in den Skalen aufgeführt, verringert sich der Wert der Kommunalitäten auf „kleiner als Eins“. Kommunalitäten sollten demnach möglichst hoch sein, da durch den nicht reproduzierten Varianzteil Informationsverluste entstehen können (vgl. Backhaus et al., 2003, S. 291f.).

„Die Trennschärfe bzw. der Trennschärfekoeffizient gibt an, wie gut ein einzelnes Item das Gesamtergebnis eines Testes repräsentiert“ (Bortz & Döring, 2006, S. 229), d.h. die Trennschärfe gibt an, wie gut das Testergebnis durch das Beantworten des Items vorhersagbar ist und wird daher als das wichtigste Maß zur Beurteilung der Brauchbarkeit eines Items betrachtet. Der Trennschärfekoeffizient (r_{it}) hat einen Wert von -1 bis +1. Grundsätzlich sind möglichst hohe Trennschärfekoeffizienten anzustreben. Nach Bortz und Döring (2006) gelten Werte zwischen .30 und .50 als „mittelmässig“ und Werte, die größer als .50 sind, als „hoch“. Items mit einem niedrigen Trennschärfekoeffizient, sind als schlechte Indikatoren zu betrachten und sollten nach Bortz und Döring (2006) entfernt werden (vgl. S. 220)¹⁰⁸.

¹⁰⁸ „Es ist zu beachten, dass die Trennschärfe eines Items von seiner Schwierigkeit abhängt: Je extremer die Schwierigkeit umso geringer die Trennschärfe. Bei sehr leichten und sehr schweren

In dieser vorliegenden Studie wurden getrennte Faktorenanalysen durchgeführt, zum einen betreffend das Verhalten in der Pflegepraxis, zusammengefasst aus drei Fragen aus Teil III des Fragebogens (12 Items) und zum andern betreffend vier einzelne Fragen aus Teil IV des Fragebogens. Ziel war es u.a. herauszufinden, ob die extrahierten Faktoren und die darauf ladenden Items eindeutig entweder dem Autonomie einschränkenden Pflegestil oder dem Autonomie förderndem Pflegestil zugeordnet werden konnten.

7.4.2.1 Verhalten der Pflegekräfte in unterschiedlichen Pflegesituationen

Bezüglich der Autonomie einschränkenden und Autonomie fördernden Pflegestile wurden drei Fragen aus Teil III des Fragebogens (Frage III.1; III.2 und III.4), bestehend aus 12 Items ausgewertet. Sie beschrieben drei verschiedene Verhaltenssituationen, die mit Hilfe einer angepassten Häufigkeitsskala, welche die abgestuften Antwortkategorien von 1 bis 5 (von „nie“ bis „sehr oft“) enthielt, ausgewertet wurden.

Mit einem KMO-Koeffizient von .65 und dem Bartlett-Test, welcher für diesen Datensatz signifikant war, da $p < .05$, war die Variablenauswahl für eine Faktorenanalyse geeignet (vgl. Bühner, 2004, S. 170).

Im Scree-Plot war der Knick nach den ersten fünf Faktoren erkennbar (vgl. Abbildung 14).

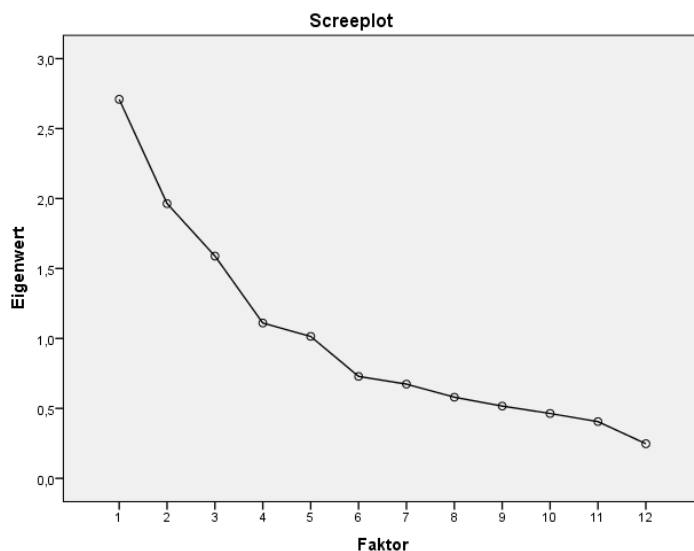


Abbildung 14: Scree-Plot zum Pflegeverhalten.

Items wird man deshalb Trennschärfeeinbußen in Kauf nehmen müssen. Items mit mittleren Schwierigkeiten besitzen die höchsten Trennschärfen“ (Bortz und Döring, 2006, S. 220).

Demnach ergab sich eine fünf-faktorielle Lösung mit einem Eigenwert über „1“, die gemeinsam 69.88% der Varianz der Items erklärten. Auf den ersten Blick konnte dies auf recht unterschiedliche Verhaltensweisen der Teilnehmer in den verschiedenen Pflegesituationen hindeuten. Faktor 1 erreichte einen Eigenwert von 2.71 und eine Varianzaufklärung von 22.58%. Der Eigenwert von Faktor 2 betrug 1.96 mit einer Varianz von 16.36%. Faktor 3 klärte noch einen Eigenwert von 1.59 (Varianzaufklärung 13.24%) und die Faktoren 4 und 5 hatten Eigenwerte von 1.11 und 1.01 mit Varianzen von 9.25% und 8.45% (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16 : Faktorenladungsmatrix und Kommunalitäten zum Pflegeverhalten.

Item	Faktoren ^a					h^{2b}
	Autonomie-Einschränkung beim Essen	Förderung der Selbstbestimmung	Kompetenzförderung durch Bewegung	Autonomie-Einschränkung durch Ortsfixierung	Fremdbestimmung bei Aktivitäten -auswahl	
	1	2	3	4	5	
1.1 Ich gebe dem Bewohner nur weiche oder pürierte Kost, so kann er alles mit dem Löffel essen.	,827	-,152	-,082	,114	,052	.729
1.2 Ich reiche dem Bewohner das Essen an.	,801	-,186	,056	,121	-,068	.699
2.3 Ich lasse die Bewohner selbst entscheiden, an welchen Aktivitäten sie teilnehmen wollen.	-,122	,870	-,038	,050	,065	.779
2.4 Ich unterstütze die Bewohner bei der Auswahl der Aktivitäten und berücksichtige dabei ihre Wünsche und Kompetenzen.	-,226	,840	,205	-,119	,139	.831
1.4 Ich gebe dem Bewohner angepasste Bestecke und Geschirr (Tellerring, usw.), die es ihm erlauben, selbstständig zu essen.	,071	,472	,262	-,446	-,341	.612
4.2 Ich begleite den Bewohner, lasse ihn kurz vor Erreichen des Tisches aus dem Rollstuhl aussteigen, damit er die letzten 2 – 3 Schritte zum Tisch zu Fuß gehen und sich auf einen Stuhl setzen kann.	-,143	,029	,851	-,046	,124	.763

(Tabelle wird fortgesetzt)

Tabelle 16 (Fortsetzung)

Item	Faktoren ^a					h^{2b}
	Autonomie-Einschränkung beim Essen	Förderung der Selbstbestimmung	Kompetenzförderung durch Bewegung	Autonomie-Einschränkung durch Ortsfixierung	Fremdbestimmung bei Aktivitätenauswahl	
	1	2	3	4	5	
4.3 Ich begleite den Bewohner und setze ihn dann am Tisch vom Rollstuhl auf einen Stuhl um.	,091	,127	,798	-,015	-,031	.662
4.1 Ich begleite den Bewohner an seinen Platz und schiebe den Rollstuhl in Position, so dass der Bewohner seine Mahlzeit einnehmen kann.	,070	,068	-,174	,844	-,071	.757
4.4 Ich bringe Bewohnern, die sich nicht selbstständig in den Speisesaal begeben können, das Essen aufs Zimmer.	,375	-,173	,244	,672	,032	.683
2.2 Ich suche die Aktivitäten für die Bewohner nach den ihnen zustehenden Leistungen der Pflegeversicherung aus.	,056	,067	,190	-,110	,778	.661
1.3 Ich schmiere die Butterbrote für den Bewohner und schneide diese ebenso wie die anderen Nahrungsmittel in mundgerechte Portionen, so dass der Bewohner selbstständig essen kann (z.B. Fingerfood).	,287	,041	,413	-,143	-,552	.580
2.1 Ich lasse die Familienangehörigen entscheiden, an welchen Aktivitäten die Bewohner teilnehmen sollen.	,489	,305	,025	,084	,538	.629
Eigenwert	2.71	1.96	1.59	1.11		
% der Varianz	22.58	16.36	13.24	9.25		

Anmerkung. ^a Fünffaktorielle Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation. Ladungen größer als .50 gelten als bedeutungsvoll (vgl. Kapitel 7.4.2) und sind in der Faktorladungsmatrix durch Fettdruck gekennzeichnet. ^b h^2 = Kommunalitäten.

Alle fünf Faktoren konnten eindeutig interpretiert werden. Faktor 1 (Autonomie-Einschränkung beim Essen) beschrieb zwei Formen von Autonomie-Einschränkung bei der Nahrungsaufnahme von Heimbewohnern, zum einen das Anreichen der Kost durch die Pfleger ohne Eigenbeteiligung der Bewohner und zum anderen die Zubereitung pürierter Kost, so dass nur ein Löffel zum Essen des Breies benötigt wurde, die Nahrungsaufnahme schneller vor sich ging und keine weiteren Kompetenzen stimuliert wurden. Faktor 2 (Förderung der Selbstbestimmung) wurde konstituiert durch Items, welche die selbstbestimmte Teilnahme der Heimbewohner an angebotenen Aktivitäten sowie die eigenständige Nahrungsaufnahme durch angepasste Hilfsmittel, umfassten. Faktor 3 (Kompetenzförderung durch Bewegung) wurden Items zugeordnet, welche Autonomie fördernde Handlungen beinhalteten, die zu einer verbesserten Mobilität der Bewohner beitragen sollten. Faktor 4 (Autonomie-Einschränkung durch Ortsfixierung) bestand aus Items, welche die fehlende Förderung von Mobilität und Eigenbewegung beschrieben haben, bei Menschen, denen es ohne Unterstützung nicht möglich war, einen Orts- und/oder Positionswechsel vorzunehmen. Faktor 5 (Fremdbestimmung bei Aktivitätenauswahl) stellte Items dar, welche als Autonomie einschränkend galten, da die Heimbewohner in ihrer Selbstbestimmung eingeengt wurden, da sie nicht bei der Auswahl, der ihnen angebotenen Aktivitäten teilnehmen konnten.

Auf Basis der inhaltlichen Gemeinsamkeit der verschiedenen Faktoren, wurden die inhaltlich ähnlichen Faktoren zu Autonomie einschränkenden bzw. Autonomie fördernden Skalen zusammengefasst. Da Item (1.3) auf keinem Faktor substantiell lud, wurde es nicht in diese Skalenkonstruktionen einbezogen. Item (1.4) lud zwar auch nur sehr schwach auf Faktor 2, wurde aber trotzdem nicht ausgeschlossen, da dieses Item trotz geringer Ladung, für das Konstrukt von Bedeutung war und eine hohe Kommunalität aufwies (vgl. Bühner, 2006, S. 211).

Im Folgenden wird zuerst die gebildete Skala zur Erfassung der Autonomie einschränkenden Pflegepraxis und danach die Skala zur Erfassung der Autonomie fördernden Pflegepraxis dargestellt.

Zur Bildung der Skala „Autonomie einschränkender Pflegestil“ wurden jene Items herangezogen, die auf den Faktoren 1; 4 und 5 hochluden. In Tabelle 17 wurden die statistischen Kenndaten der jeweiligen Items abgebildet.

Tabelle 17: Autonomie einschränkender Pflegestil.

Item	Statistik ^a			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	α
1.1 Ich gebe dem Bewohner nur weiche oder pürierte Kost, so kann er alles mit dem Löffel essen.	2,17	1.21	.45	.54
1.2 Ich reiche dem Bewohner das Essen an.	2,97	1.20	.44	.46
4.1 Ich begleite den Bewohner an seinen Platz und schiebe den Rollstuhl in Position, so dass der Bewohner seine Mahlzeit einnehmen kann.	3,53	1.39	.22	.57
4.4 Ich bringe Bewohnern, die sich nicht selbstständig in den Speisesaal begeben können, das Essen aufs Zimmer.	1,63	.98	.46	.47
2.1 Ich lasse die Familienangehörigen entscheiden, an welchen Aktivitäten die Bewohner teilnehmen sollen.	1,85	.89	.33	.52
(2.2 <i>Ich suche die Aktivitäten für die Bewohner nach den ihnen zustehenden Leistungen der Pflegeversicherung aus.</i>)	2,09	1.25	.06	.63) ¹⁰⁹
Durchschnittswert und Gesamtreliabilität	2.43	1.13		.63

Anmerkung. Die Rating Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.

^a *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *r_{it}* = Trennschärfe; α = Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen.

Die Faktorladungen aller Items lagen über dem von Bühner (2006) vorgegeben Wert von $I > .30$ bzw. über dem für diese Auswertung festgesetzten Wert von $I > .50$. Die Kommunalitäten dieser Skala betragen $.63 \leq h^2 \leq .76$ und deuteten an, dass in etwa zwischen 63% und 76% der Ausgangsvarianz durch gemeinsame Faktoren erklärbar waren. Die Mehrzahl der Trennschärfen der Items der Skala waren von mittelmäßiger Ausprägung ($.33 \leq r_{it} \leq .46$). Lediglich zwei Items hatten niedrigere Werte: Bei Item (2.2) schien es naheliegend dieses Item auf Grund eines zu geringen Trennschärfekoeffizienten ($r_{it} = .06$) aus der Skala auszuschließen, zumal durch den Ausschluss dieses Items die Gesamtreliabilität der Skala von $\alpha = .57$ auf $\alpha = .63$ anstieg. Item (4.1) allerdings sollte, trotz geringer Trennschärfe nicht ausgeschlossen werden, da sein Mittelwert im höheren Bereich lag, bzw. dieses Item eine hohe Kommunalität hatte und sein Ausschluss die Gesamtreliabilität nicht verändern würde. Die so optimierte Skala umfasste dann 5 Items und erzielte mit $\alpha = .63$ eine *zufriedenstellende* Gesamtreliabilität (vgl. Schecker, 2014, S. 5). Aus dem Durchschnittswert des Mittelwertes von $M = 2.43$ ($SD = 1.13$) konnte man schließen, dass die Pflegekräfte im Mittel *manchmal* bis *selten* Autonomie einschränkende

¹⁰⁹ Item 2.2 wurde wegen zu schlechter Parameter ausgeschlossen.

Verhaltensweisen aufwiesen. Allerdings konnte ein Durchschnittswert um den mittleren Bereich auch andeuten, dass es keine gefestigte Einstellung der Probanden gegenüber den Pflegestilen gab, da dieser Score entweder durch häufiges Ankreuzen der Ausweichposition oder durch den gegenseitigen Ausgleich von zustimmenden und ablehnenden Antworten der Befragten zustande kommt.

Für die Konstruktion der Skala „Autonomie fördernder Pflegestil“, wurden die Items aufgeführt, welche auf den Faktoren 2 und 3 hochgeladen hatten. Tabelle 18 stellte die jeweiligen statistischen Kenndaten dar.

Tabelle 18: Autonomie fördernder Pflegestil.

	Item	Statistik ^a			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	α
2.3	Ich lasse die Bewohner selbst entscheiden, an welchen Aktivitäten sie teilnehmen wollen.	4.36	.95	.29	.59
2.4	Ich unterstütze die Bewohner bei der Auswahl der Aktivitäten und berücksichtige dabei ihre Wünsche und Kompetenzen.	4.47	.92	.49	.51
1.4	Ich gebe dem Bewohner angepasste Bestecke und Geschirr (Tellerring, usw.), die es ihm erlauben, selbstständig zu essen.	4.08	1.10	.38	.56
4.2	Ich begleite den Bewohner, lasse ihn kurz vor Erreichen des Tisches aus dem Rollstuhl aussteigen, damit er die letzten 2 - 3 Schritte zum Tisch zu Fuß gehen und sich auf einen Stuhl setzen kann.	4.01	1.06	.37	.56
4.3	Ich begleite den Bewohner und setze ihn dann am Tisch vom Rollstuhl auf einen Stuhl um.	4.06	1.00	.42	.54
Durchschnittswert und Gesamtreliabilität		4.20	1.00		.64

Anmerkung. Die Rating Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.
^a *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *r_{it}* = Trennschärfe; α = Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen.

Vier dieser fünf Items hatten Faktorladungen um oder über .80 erreicht, somit konnten diese Items als *bedeutsam* interpretiert werden (vgl. Bühner, 2006, S.209). Sie passten somit gut zu dieser Variablengruppe. Lediglich Item 1.4. lag mit $f = .48$ knapp unter dem, vorab für diese Auswertung, festgelegten Mindestwert $f > .50$, was jedoch nach Bühner (2004) bereits als mittelmässig bis *gut* eingestuft werden konnte (vgl. 318). Daher wurde dieses Item beibehalten, zumal es ein wichtiges Element für die Autonomie fördernde Pflegepraxis darstellte. Die Gesamtreliabilität der Skala lag bei $\alpha = .64$. Die optimierte Skala bestand demnach aus fünf Items mit Trennschärfekoeffizienten zwischen $.29 \leq r_{it} \leq .49$, was nach Bortz und Döring (2006) als *mittelmässig* galt. Die Kommunalitäten lagen zwischen

$.61 \leq h^2 \leq .83$, was bedeutete, dass die Variablen zwischen 61% und 83% durch die extrahierten Faktoren erklärt werden konnten. Aus dem Mittelwert von $M = 4.20$ ($SD = 1.00$) konnte man schließen, dass die Pflegekräfte im Mittel *oft* bis *sehr oft* Autonomie fördernde Verhaltensweisen aufwiesen.

7.4.2.2 Ziele, Überzeugungen, Fortbildungsinteressen und Gefühle der Mitarbeiter

Im vierten Teil des Fragebogens boten sich drei Fragen an, um eine allgemeine Betrachtung betreffend die Autonomie einschränkenden und Autonomie fördernden Pflegestile durchzuführen (Frage IV/1; Frage IV/2 und Frage IV/3). Demnach sollten diese Fragen einer Faktorenanalyse unterzogen werden. Die beiden ersten Fragen wurden mit einer vierstufigen Wichtigkeitsskala beantwortet, welche die abgestuften Antwortkategorien von 1 bis 4 (*sehr unwichtig*, *eher unwichtig*, *eher wichtig* und *sehr wichtig*) enthielten. Die dritte Frage wurde mit Hilfe einer vierstufigen Zustimmungsskala beantwortet, welche die abgestuften Antwortkategorien von 1 bis 4 (*gar nicht*, *eher nicht*, *eher ja* und *voll und ganz ja*) enthielt.

Auch die Frage betreffend die Gefühle der Probanden, welche mittels einer Häufigkeitsskala von 1 bis 5 (1 = *nie* bis 5 = *sehr oft*) abgestuft war, wurde einer Faktorenanalyse unterzogen.

7.4.2.3 Ziele der Probanden in Bezug auf die Bewohner

Zunächst wurde geprüft, ob die Items zur Erfassung der Ziele der Pflegekräfte in Bezug auf die Bewohner auf getrennten Faktoren luden. Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung einer Faktorenanalyse ergab mit $KMO = .77$ und mit einem signifikanten Ergebnis des Bartlett'schen Tests von $p < .05$, dass die Variablenauswahl *ziemlich gut* (Bühner, 2004, S. 170) für eine Faktorenanalyse geeignet war.

Bezüglich der Ziele der Probanden in Bezug auf die Bewohner wurden insgesamt 14 Items vorgegeben, die im Rahmen einer Wichtigkeitsantwortskala mit Hilfe von Antwortkategorien von 1 bis 4, d.h. von *sehr unwichtig* bis *sehr wichtig* zu beantworten waren.

Im Scree-Plot (vgl. Abbildung 15) ist der Knick nach dem vierten Faktor erkennbar.

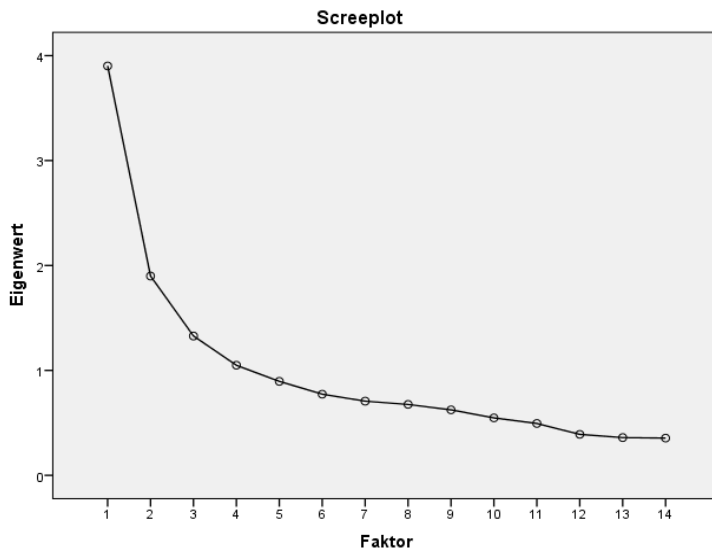


Abbildung 15: Scree-Plot zu den Zielen der Pflegekräfte in Bezug auf die Bewohner.

Die Faktorstruktur ergab demnach vier Faktoren mit einem Eigenwert von über „1“, die zusammen 58.41% der Varianz der Items erklärten. Dabei fiel auf, dass Faktor 1 besonders hervorstach mit einem Eigenwert von 3.90 und einer Varianzaufklärung von 27.87%. Auch Faktor 2 hatte noch einen relativ hohen Eigenwert von 1.90 und einer Varianzaufklärung von 13.56%. Die Faktoren 3 mit einem Eigenwert von 1.33. (Varianzaufklärung 9.48%) und 4 (Eigenwert 1.05 und Varianz 7.44%) lagen näher zusammen (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19 : Faktorenladungsmatrix und Kommunalitäten zu den Zielen der Pflegekräfte in Bezug auf die Bewohner.

Item	Faktoren ^a				h^{2b}
	Hotelisierung und Sicherheits- denken	Medizinisches Denkmodell und Sorgfalts- pflicht	Selbst- bestimmung	Kompetenz- erhalt	
	1	2	3	4	
6 dass den Bewohnern die allermeisten Aufgaben abgenommen werden, damit sie sich nicht anstrengen müssen (Betten machen, ...).	,764	,062	,034	,171	.618
10 dass die Grundpflege bei allen Bewohnern vor dem morgendlichen Kaffeetrinken abgeschlossen ist.	,740	-,002	-,078	,092	.561
12 dass die Bewohner ihre Mahlzeiten in der Regel in ihren Zimmern einnehmen können.	,682	,094	,308	-,053	.572

(Tabelle wird fortgesetzt)

Tabelle 19 (Fortsetzung)

Item	Faktoren ^a				h^{2b}
	Hotelisierung und Sicherheits- denken	Medizinisches Denkmodell und Sorgfalts- pflicht	Selbst- bestimmung	Kompetenz- erhalt	
	1	2	3	4	
8 dass sich sturzgefährdete Bewohner möglichst nur noch im Rollstuhl fortbewegen, um Risiken zu vermeiden.	,618	,470	-,075	,000	.608
1 dass die Bewohner medizinisch exzellent betreut werden.	,112	,832	,061	,017	.710
3 dass der Gesundheitszustand der Bewohner stabil bleibt.	,050	,700	,148	,268	.586
7 dass die Bewohner immer ein gepflegtes Erscheinungsbild haben.	,398	,505	,052	,160	.442
9 dass die Bewohner grundlegende Tätigkeiten selbstständig ausführen können (z.B. sich waschen, anziehen, zur Toilette gehen, usw.)	,178	,326	,295	,278	.302
11 dass die Bewohner selbst über ihren Tagesablauf bestimmen können.	,035	,194	,850	-,139	.780
13 dass die Bewohner ihren bisherigen Lieblingsbeschäftigungen nachgehen können.	,025	-,002	,759	,299	.666
14 dass die Wünsche der Bewohner stets Priorität haben.	,018	,034	,591	,388	.501
5 dass die körperlichen Fähigkeiten der Bewohner erhalten bleiben.	,229	,107	,059	,826	.749
2 dass die geistigen Fähigkeiten der Bewohner erhalten bleiben.	,093	,234	,304	,694	.638
4 dass die Bewohner auf keinen Fall Schmerzen haben.	-,166	,449	,050	,463	.446
Eigenwert	3.90	1.90	1.33	1.05	
% der Varianz	27.87	13.56	9.48	7.49	

Anmerkung. ^aVierfaktorielle Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation. Ladungen größer als .50 gelten als bedeutungsvoll (vgl. Kapitel 7.4.2) und sind in der Faktorladungsmatrix fett gedruckt.

^b h^2 = Kommunalitäten.

Alle vier Faktoren konnten eindeutig interpretiert werden. Faktor 1 (Hotelisierung und Sicherheitsdenken) wurde konstituiert durch Items, welche verstärkt die Autonomie einschränkende Pflegemethoden repräsentierten, welche durch die Durchführung der ATLS durch die Pflegenden und durch ein übersteigertes Sicherheitsdenken der Pflegekräfte hervorgerufen wurden. Die Items von Faktor 2 (Medizinisches Denkmodell und Sorgfaltspflicht) konnten dem Autonomie einschränkende Pflegestil zugeordnet werden, da es bei diesen Items darum ging, die Defizite der Bewohner zu verwalten und nicht um die Förderung von deren Autonomie oder deren Kompetenzen. Item 7 lud zwar mit $f = .50$ noch knapp auf diesem Faktor, wurde aber trotzdem ausgeschlossen, da er neben der niedrigen Ladung auch eine sehr niedrige Kommunalität ($h^2 = .44$) aufwies, welche belegte, dass mehr als die Hälfte seiner Varianz verloren gegangen war. Faktor 3 (Selbstbestimmung) beschrieb drei Autonomie fördernde Items, welche den Heimbewohnern die Möglichkeit boten, über Aktivitäten, Bedürfnisse oder Tagesablauf selbst zu bestimmen. Die Items von Faktor 4 (Kompetenzerhalt) konstituierten sich aus Items, welche den Erhalt und die Förderung der geistigen und der physischen Kompetenzen der Heimbewohner umfassten.

Auf Basis der inhaltlichen Gemeinsamkeit der verschiedenen Faktoren, wurden die inhaltlich ähnlichen Faktoren zu Autonomie einschränkende bzw. Autonomie fördernde Skalen zusammengefasst. Die Items 4 und 9 luden auf keinem Faktor substantiell und wurden deshalb nicht in die folgenden Skalenkonstruktionen einbezogen.

Im Folgenden wird zuerst die gebildete Skala zur Erfassung der *Autonomie einschränkende Ziele in Bezug auf die Bewohner* und danach die Skala zur Erfassung der *Autonomie fördernde Ziele in Bezug auf die Bewohner* dargestellt.

Zur Bildung der Skala „Autonomie einschränkende Ziele in Bezug auf die Bewohner“ wurden jene Items herangezogen, die auf den Faktoren 1 und 2 hochgeladen hatten. In Tabelle 20 wurden die statistischen Parameter der jeweiligen Items dargestellt.

Tabelle 20 : Autonomie einschränkende Ziele in Bezug auf die Bewohner.

	Item	Statistik ^a			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	α
6	dass den Bewohnern die allermeisten Aufgaben abgenommen werden, damit sie sich nicht so anstrengen müssen (Betten machen, ...).	2.16	.88	.50	.70
8	dass sich sturzgefährdete Bewohner möglichst nur noch im Rollstuhl fortbewegen, um Risiken zu vermeiden.	2.24	.91	.57	.69
10	dass die Grundpflege bei allen Bewohnern vor dem morgendlichen Kaffeetrinken abgeschlossen ist.	2.44	.54	.42	.72
12	dass die Bewohner ihre Mahlzeiten in der Regel in ihren Zimmern einnehmen können.	1.83	.83	.46	.71
1	dass die Bewohner medizinisch exzellent betreut werden.	3.42	.63	.42	.72
3	dass der Gesundheitszustand der Bewohner stabil bleibt.	3.63	.53	.40	.72
Durchschnittswert und Gesamtreliabilität		2.62	.72		.71

Anmerkung. Die Rating Skala lautete: 1 = sehr unwichtig, 2 = eher unwichtig, 3 = eher wichtig, 4 = sehr wichtig. ^a *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *r_{it}* = Trennschärfe; α = Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen.

Die Faktorladungen aller Items lagen über dem, für diese Auswertung, festgesetzten Wert von $f > .50$. Die Kommunalitäten dieser Skala betragen $.56 \leq h^2 \leq .71$ und deuteten an, dass in etwa zwischen 56% und 71% der Ausgangsvarianz durch gemeinsame Faktoren erklärbar waren. Die Trennschärfen der Items dieser Skala waren von mittelmäßiger bis hoher Ausprägung ($.40 \leq r_{it} \leq .57$). Die Gesamtreliabilität von $\alpha = .71$ galt zwar als niedrig, kann nach Schnell, Hill und Esser (2005) aber noch durchaus akzeptiert werden (vgl. S. 153). Die Durchschnittswerte des Mittelwertes von $M = 2.62$ ($SD = .72$) vermittelten, dass den Pflegekräften die Autonomie einschränkende Ziele in Bezug auf die Bewohner *eher wichtig* waren.

Für die Konstruktion der Skala *Autonomie fördernde Ziele in Bezug auf die Bewohner* wurden die Items aufgeführt, welche auf den Faktoren 3 und 4 hochgeladen hatten. Tabelle 21 stellte die jeweiligen statistischen Parameter dar.

Tabelle 21 : Autonomie fördernde Ziele in Bezug auf die Bewohner.

	Item	Statistik ^a			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	α
11	dass die Bewohner selbst über ihren Tagesablauf bestimmen können.	3.55	.55	.40	.70
13	dass die Bewohner ihren bisherigen Lieblingsbeschäftigungen nachgehen können.	3.58	.59	.55	.64
14	dass die Wünsche der Bewohner stets Priorität haben.	3.70	.47	.51	.67
2	dass die geistigen Fähigkeiten der Bewohner erhalten bleiben.	3.56	.59	.55	.64
5	dass die körperlichen Fähigkeiten der Bewohner erhalten bleiben.	3.70	.53	.40	.70
Durchschnittswert und Gesamtreliabilität		3.61	.55		.75

Anmerkung. Die Rating Skala lautete: 1 = sehr unwichtig, 2 = eher unwichtig, 3 = eher wichtig, 4 = sehr wichtig. ^a *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *r_{it}* = Trennschärfe; α = Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen.

Die Faktorenladungen dieser Skala lagen mit Werten von $.59 \leq l \leq .85$ alle über dem, zu Beginn der Faktorenanalyse festgelegten Wert von $l = .50$. Die Variablen passten also mehrheitlich sehr gut zu dieser Variablengruppe. Die Kommunalitäten lagen zwischen $h^2 = .50$ und $h^2 = .85$, was bedeutete, dass zwischen 50% und 85% der Varianz der Variablen durch die extrahierten Faktoren erfasst werden konnten. Die Skala bestand aus fünf Items mit Trennschärfekoeffizienten zwischen $r_{it} = .40$ und $r_{it} = .55$. Die Gesamtreliabilität konnte mit einem Wert von $\alpha = .75$ als *gut* bezeichnet werden. Aus dem Mittelwert $M = 3.61$ ($SD = .55$) konnte man schließen, dass den Pflegekräften die Autonomie fördernden Ziele in Bezug auf die Bewohner *sehr wichtig* waren.

7.4.2.4 Die Ziele der Probanden in Bezug auf sich selbst

Zunächst wurde geprüft, ob die Items auf getrennten Faktoren laden und ob sie sich zur Faktorenanalyse eignen. Der KMO-Wert von .57 wurde zwar nach Bühner (2004) als *kläglich* bezeichnet, aber er ermöglichte es, immerhin noch eine explorative Faktorenanalyse durchzuführen (vgl. S. 170), da auch der Bartlett Test mit $p < .05$ signifikant war.

Der Knick im Scree-Plot (vgl. Abbildung 16) war nach dem zweiten Faktor erkennbar.

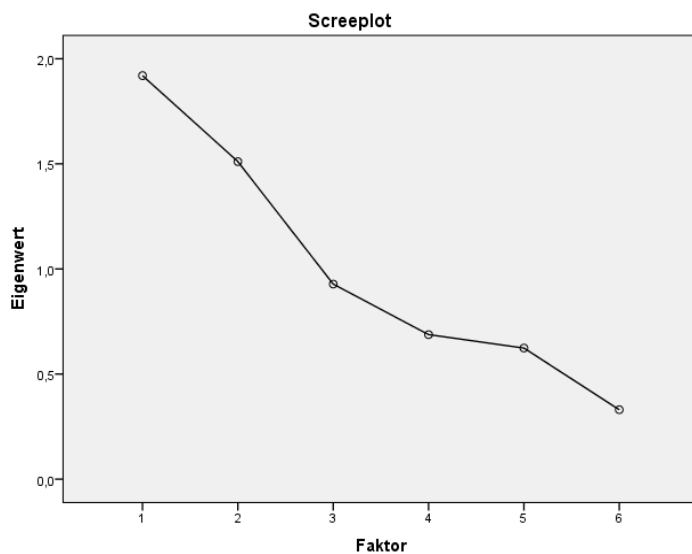


Abbildung 16: Scree-Plot zu den Zielen der Pflegekräfte in Bezug auf sich selbst.

Laut Faktorstruktur hatten lediglich zwei Faktoren einen Eigenwert von „1“ überschritten, welche zusammen 57.17% der Varianz der Items erklärten. Faktor 1 hatte einen Eigenwert von 1.92 und eine Varianzaufklärung von 25.18% und der Eigenwert von Faktor 2 betrug 1.51 mit einer Varianz von 25.18% (vgl. Tabelle 22).

Table 22 : Faktorenladungsmatrix und Kommunalitäten zu den Zielen der Pflegekräfte in Bezug auf sich selbst.

Item	Faktoren ^a		h^{2b}	
	Berufliche Weiterentwicklung	Fremdbestimmung		
	1	2		
6	dass ich neue Praktiken in der Pflege und Betreuung umsetzen kann.	,889	-,052	.792
5	dass ich neue Entwicklungen für Pflege und Betreuung kennenlerne.	,883	-,007	.780
1	dass ich meinen erlernten Beruf ausüben kann.	,450	,434	.390
2	dass sich der Aufwand bei meiner Arbeit in Grenzen hält.	-,050	,744	.556
3	dass ich bei meiner Tätigkeit nicht von äußeren Vorgaben (z.B. Arbeitgeber, Angehörige, Pflegeversicherung, usw.) eingeschränkt werde.	,157	,735	.566
4	dass ich bestimmen kann, wie der Bewohner gepflegt und betreut wird.	-,062	,585	.345
Eigenwert		1.92	1.51	
% der Varianz		31.99	25.18	

Anmerkung. ^aZweifaktorielle Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation. Ladungen größer als .50 gelten als bedeutungsvoll (vgl. Kapitel 7.4.2) und sind in der Faktorladungsmatrix fett gedruckt. ^b h^2 : Kommunalitäten.

Beide Faktoren waren eindeutig interpretierbar. Faktor 1 (Berufliche Weiterentwicklung) beschrieb die Bedürfnisse der Pflegekräfte, neue Erkenntnisse und Praktiken im Pflege- und/oder Betreuungsbereich kennenzulernen. Faktor 2 (Fremdbestimmung) wurde von mehreren Items konstituiert, welche den Wunsch der Pflegekräfte umfassten, ihren Arbeitsalltag dahingehend gestalten zu können, dass sie über Pflege und Betreuung der Bewohner bestimmen könnten, ohne dabei überlastet zu werden. Item 1 lud auf keinem Faktor substantiell und wurde demzufolge nicht in die Skalenkonstruktion eingeschlossen.

Auf Basis der inhaltlichen Unterschiede der beiden Faktoren, konnten eine Autonomie einschränkende und eine Autonomie fördernde Skalen erstellt werden. Im Folgenden wird zuerst die gebildete Skala zur Erfassung der *Autonomie einschränkende Ziele der Mitarbeiter in Bezug auf sich selbst* und danach die Skala zur Erfassung der *Autonomie fördernden Ziele der Mitarbeiter in Bezug auf sich selbst* dargestellt.

Zur Bildung der Skala „Autonomie einschränkende Ziele der Mitarbeiter in Bezug auf sich selbst“ wurden die Items 2; 3 und 4 herangezogen, welche auf Faktor 2 geladen hatten. In Tabelle 23 wurden die statistischen Kenndaten der jeweiligen Items abgebildet.

Tabelle 23 : Autonomie einschränkende Ziele der Mitarbeiter in Bezug auf sich selbst.

	Item	Statistik ^a			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	α
2	dass sich der Aufwand bei meiner Arbeit in Grenzen hält.	2.34	.91	.35	.38
3	dass ich bei meiner Tätigkeit nicht von äußeren Vorgaben (z.B. Arbeitgeber, Angehörige, Pflegeversicherung, usw.) eingeschränkt werde.	3.01	.79	.35	.38
4	dass ich bestimmen kann, wie der Bewohner gepflegt und betreut wird.	2.88	.85	.29	.47
Durchschnittswert und Gesamtreliabilität		2.74	.85		.80

Anmerkung. Die Rating Skala lautete: 1 = sehr unwichtig, 2 = eher unwichtig, 3 = eher wichtig, 4 = sehr wichtig. ^a *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *r_{it}* = Trennschärfe; α = Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen.

Die Faktorladungen aller Items der Skala lagen über dem, für diese Auswertung, festgesetzten Wert von $l > .50$. Die Kommunalitäten dieser Skala betragen $.58 \leq h^2 \leq .74$ und deuteten an, dass in etwa zwischen 58% und 74% der Ausgangsvarianz durch gemeinsame Faktoren erklärbar waren. Die Trennschärfen der Items waren von mittelmässiger Ausprägung $.29 \leq r_{it} \leq .35$. Die Gesamtreliabilität erzielte einen Wert von $\alpha = .80$, welcher nach Bühner (2004) als *gut* einzuschätzen war. Die Kommunalitäten $.34 \leq h^2 \leq .57$ bedeuteten, dass in etwa 34% der Varianz der beiden Variablen durch den extrahierten Faktor erklärt werden konnten. Mit einem Mittelwert von $M = 2.74$ ($SD = .85$) bekundeten die Teilnehmer, dass ihnen die Autonomie einschränkenden Ziele in Bezug auf sich selbst *eher wichtig* waren.

Für die Konstruktion der Skala „Autonomie fördernde Ziele der Mitarbeiter in Bezug auf sich selbst“, wurden die Items 5 und 6 aufgeführt, welche auf Faktor 1 hochgeladen hatten. Tabelle 24 stellte die jeweiligen statistischen Parameter dar.

Tabelle 24 : Autonomie fördernde Ziele der Mitarbeiter in Bezug auf sich selbst.

	Item	Statistik ^a			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	α
5	dass ich neue Entwicklungen für Pflege und Betreuung kennenlerne.	3.61	.54	.55	.37
6	dass ich neue Praktiken in der Pflege und Betreuung umsetzen kann.	3.61	.54	.54	.38
Durchschnittswert und Gesamtreliabilität		3.61	.54		.80

Anmerkung. Die Rating Skala lautete: 1 = sehr unwichtig, 2 = eher unwichtig, 3 = eher wichtig, 4 = sehr wichtig. ^a *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *r_{it}* = Trennschärfe; α = Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen.

Die Faktorenladungen dieser Skala konnten mit Werten von $.88 \leq l \leq .89$, als hoch bewertet werden, d.h., die Variablen passten sehr gut zu dieser Variablengruppe. Die Kommunalitäten $.78 \leq h^2 \leq .79$ drückten aus, dass in etwa 79% der Varianz dieser Variablen durch diesen Faktor erfasst wurden. Die Trennschärfekoeffizienten von $.54 \leq r_{it} \leq .55$ galten als *hoch* und zeigten, dass diese Items *gut* mit dem Gesamtergebnis korrelierten. Die Gesamtreliabilität erzielte den Wert von $\alpha = .75$ und galt somit als *gut*. Aus dem Mittelwert von $M = 3.61$ ($SD = .54$) konnte man schließen, dass den Pflegekräften die Autonomie fördernden Ziele in Bezug auf sich selbst *sehr wichtig* waren.

7.4.2.5 Die Überzeugungen der Probanden zu verschiedenen Aspekten der Pflege bzw. Betreuung von Heimbewohnern

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Durchführung einer Faktorenanalyse ergab mit KMO = .61 und mit einem signifikanten Ergebnis des Bartlett'schen Test, dass die Variablenauswahl mittelmäßig für eine Faktorenanalyse geeignet war (Bühner, 2004).

Im Scree-Plot (vgl. Abbildung 17) war der Knick nach den ersten beiden Faktoren erkennbar.

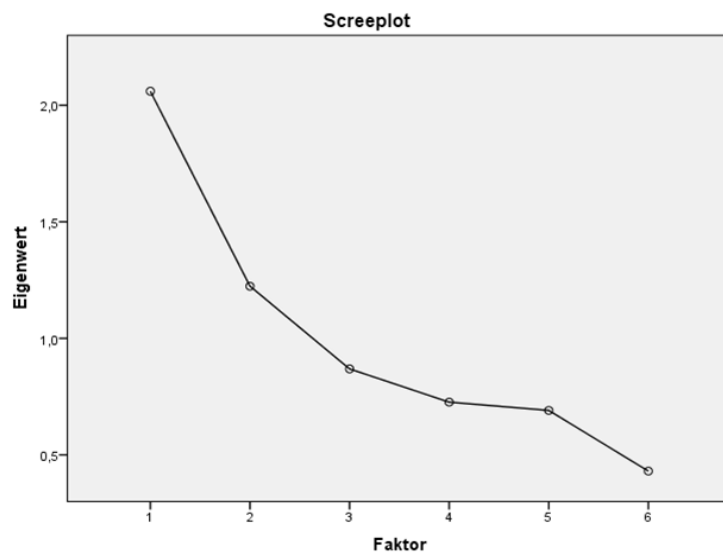


Abbildung 17: Scree-Plot zu Überzeugungen der Pflegekräfte zu verschiedenen Aussagen der Pflege bzw. Betreuung von Heimbewohnern.

Die Faktorstruktur zeigte an, dass zwei Faktoren mit einem Eigenwert über „1“, zusammen 54.73% der Varianz der Items erfassten. Faktor 1, der einen Eigenwert von 2.06 hatte und eine Varianzaufklärung von 33.34% war stärkster Faktor. Auch Faktor 2 hob sich noch deutlich, mit einem Eigenwert von 1.22 (Varianzaufklärung von 20.40%), von den restlichen Faktoren ab (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25 : Faktorenladungsmatrix und Kommunalitäten zu Überzeugungen der Pflegekräfte zu verschiedenen Aussagen zur Pflege bzw. Betreuung von Heimbewohnern.

Item	Faktoren ^a		h^2 ^b
	Rückzug der Bewohner	Kompetenzförderung der Bewohner	
	1	2	
2 Bewohner möchten in Ruhe gelassen werden.	,826	-,095	.691
6 Bewohner wollen allein auf ihrem Zimmer essen.	,732	-,027	.536
4 Bewohner sollen im Heim keine Aufgaben des täglichen Lebens (Betten machen, ...) mehr übernehmen.	,699	-,173	.519
5 Mit Toilettentraining kann man einer Inkontinenz vorbeugen oder sie verringern.	,068	,762	.585
3 Demenz kann durch körperliche Bewegung und Aktivitäten verzögert werden.	-,173	,730	.562
1 Bewohner können auch im Alten- und Pflegeheim noch Kompetenzen dazugewinnen.	-,172	,601	.390
Eigenwert	2.06	1.22	
% der Varianz	34.33	20.40	

Anmerkung. ^aZweifaktorielle Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation. Ladungen größer als .50 gelten als bedeutungsvoll (vgl. Kapitel 7.4.2) und sind in der Faktorladungsmatrix fett gedruckt. ^b h^2 = Kommunalitäten.

Beide Faktoren konnten eindeutig interpretiert werden. Faktor 1 (Rückzug der Bewohner) konstituierte sich aus Items, welche den sozialen Rückzug von Heimbewohnern bzw. ihren Ausschluss von Alltagstätigkeiten umfassten. Faktor 2 (Kompetenzförderung der Bewohner) beschrieb Maßnahmen oder rezente Erkenntnisse aus dem Altenpflegebereich, welche in Zusammenhang stehen mit Autonomieförderung.

Auf Basis der inhaltlichen Unterschiede der beiden Faktoren konnten zwei verschiedene Skalen erstellt werden. Im Folgenden wird zuerst die gebildete Skala zur Erfassung der Überzeugungen Autonomie einschränkender Aussagen und danach die Skala zur Erfassung der Überzeugungen zu Autonomie fördernden Aussagen dargestellt.

Zur Bildung der Skala „Autonomie einschränkende Überzeugungen zu verschiedenen Aussagen zur Pflege bzw. Betreuung von Heimbewohnern“ wurden die Items 2; 4 und 6 herangezogen, welche auf Faktor 1 hochgeladen hatten. In Tabelle 26 waren die statistischen Parameter der jeweiligen Items abgebildet.

Tabelle 26 : Autonomie einschränkende Überzeugungen zu verschiedenen Aussagen zur Pflege bzw. Betreuung von Heimbewohnern.

	Item	Statistik ^a			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	α
2	Bewohner möchten in Ruhe gelassen werden.	2.40	.68	.56	.41
4	Bewohner sollen im Heim keine Aufgaben des täglichen Lebens (Betten machen, ...) mehr übernehmen.	2.33	.72	.44	.59
6	Bewohner wollen allein auf ihrem Zimmer essen.	1.89	.65	.39	.64
Durchschnittswert und Gesamtreliabilität		2.21	.68		.65

Anmerkung. Die Rating Skala lautete: 1 = gar nicht, 2 = eher nicht, 3 = eher ja, 4 = voll und ganz ja.

^a *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *r_{it}* = Trennschärfe; α = Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen.

Diese Skala umfasste drei Items, welche alle Autonomie einschränkende Aussagen beschrieben. Die Faktorladungen $.70 \leq l \leq .83$ konnten als *bedeutsam* erklärt werden (vgl. Bühner, 2006, S. 209). Die Kommunalitäten betragen zwischen $h^2 = .52$ und $h^2 = .69$, was bedeutete, dass zwischen 52% und 69% der Ausgangsvarianz durch gemeinsame Faktoren erklärbar waren. Die Trennschärfe zwischen $.39 \leq r_{it} \leq .56$ galt als *mittelmäßig* (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 220) und die Reliabilität von $\alpha = .65$ konnte als *gut bewertet werden*. Der Mittelwert von $M = 2.21$ ($SD = .68$) zeigte, dass die Probanden mit den Autonomie einschränkenden Aussagen und Entwicklungen *eher einverstanden* waren. Allerdings konnte auch hier der Wert nahe am mittleren Bereich bedeuten, dass keine gefestigte Einstellung gegenüber den vorgegebenen Aussagen herrschte.

Die Skala „Autonomie fördernde Überzeugungen zu verschiedenen Aussagen aus dem Bereich der Altenpflege“, bestand aus den Items 1; 3 und 5, welche auf Faktor 2 hochgeladen hatten. Tabelle 27 stellte die jeweiligen statistischen Kenndaten dar.

Table 27 : Autonomie fördernde Überzeugungen zu verschiedenen Aussagen aus dem Bereich der Altenpflege.

	Item	Statistik ^a			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	α
1	Bewohner können auch im Alten- und Pflegeheim noch Kompetenzen dazugewinnen.	3.43	.71	.27	.47
3	Demenz kann durch körperliche Bewegung und Aktivitäten verzögert werden.	3.10	.76	.36	.31
5	Mit Toilettentraining kann man einer Inkontinenz vorbeugen oder sie verringern.	3.42	.62	.32	.39
Durchschnittswert und Gesamtreliabilität		3.32	.70		.50

Anmerkung. Die Rating Skala lautete: 1 = gar nicht, 2 = eher nicht, 3 = eher ja, 4 = voll und ganz ja.

^a *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *r_{it}* = Trennschärfe; α = Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen.

Obwohl Item 1 mit $r_{it} = .27$ eine sehr niedrige Trennschärfe und mit $h^2 = .39$ eine äußerst niedrige Kommunalität hatte, wurde es nicht ausgeschlossen, da die Faktorladung mit $f = .60$ und der Mittelwert *höhere* Werte aufwies. Somit verblieben alle drei Items in dieser Skala. Die Faktorladungen befanden sich zwischen $.60 \leq f \leq .76$, und konnten somit als *bedeutsam* eingestuft werden (vgl. Bühner 2006, S. 221). Die Kommunalitäten der drei Items betragen zwischen $.56 \leq h^2 \leq .58$ und die Trennschärfen von $.27 \leq r_{it} \leq .36$ waren, nach Bortz und Döring (2006), als *niedrig* bis *mittelmäßig* einzustufen (vgl. S. 229). Die Gesamtreliabilität der Skala betrug $\alpha = .50$ und war als *niedrig* zu bewerten (vgl. Bühner, 2006, S. 140). Der Mittelwert von $M = 3.32$ ($SD = .70$) unterstrich, dass die Probanden mit den Autonomie fördernden Überzeugungen und Aussagen aus dem Fragebogen *eher* bzw. *voll und ganz einverstanden* waren.

7.4.2.6 Gefühlserlebnisse des Probanden im Pflegealltag

Die Voraussetzungen für die Durchführung einer Faktorenanalyse waren gegeben, da $KMO = .91$ bedeutete, dass die Variablenauswahl *sehr gut* für eine Faktorenanalyse geeignet war (vgl. Bühner, 2004) und weil der Bartlett Test signifikant war $p < .05$.

Der Knick im Scree-Plot (vgl. Abbildung 18) war nach dem zweiten Faktor erkennbar.

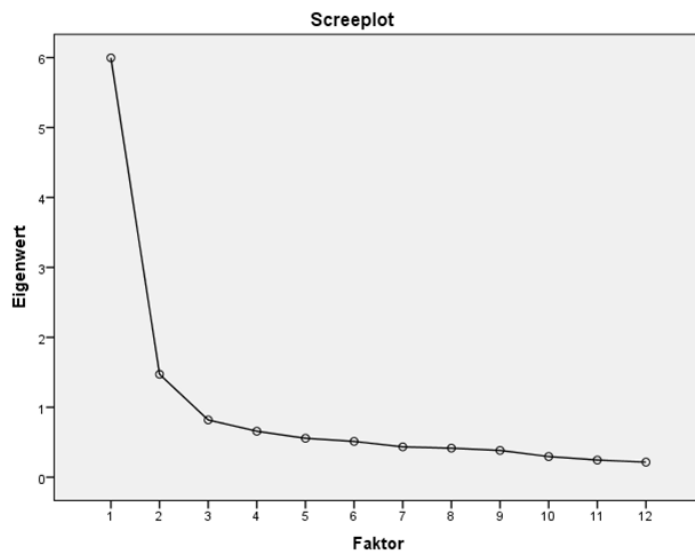


Abbildung 18: Scree-Plot zu den Gefühlen der Pflegekräfte während der Pflege / Betreuung.

Laut Faktorstruktur überschritten demnach zwei Faktoren einen Eigenwert von „1“, welche zusammen 62.23% der Varianz der Items erfassten. Faktor 1 war mit einem Eigenwert von 6.00 sehr dominant und hatte eine Varianzaufklärung von 49.97%. Der Eigenwert von Faktor 2 betrug deutlich weniger mit 1.47 mit einer Varianz von 12.26% (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28 : Faktorenladungsmatrix und Kommunalitäten zu den Gefühlen der Pflegekräfte während der Pflege / Betreuung.

Item	Faktoren ^a		h^{2b}
	Positive Affektivitäten ^c	Negative Affektivitäten ^c	
	1	2	
6 begeistert	,811	-,243	.811
10 stolz	,801	-,004	.801
1 froh	,773	-,284	.773
4 zufrieden	,737	-,282	.737
8 motiviert	,721	-,133	.721
12 zuversichtlich	,643	-,382	.643
11 bedrückt	-,273	,768	.768
9 besorgt	,212	,698	.698
3 erschöpft	-,454	,697	.697
7 überfordert	-,325	,696	.696
2 frustriert	-,535	,635	.635
5 verärgert	-,486	,554	.554
Eigenwert	6.00	1.47	
% der Varianz	49.97	12.26	

Anmerkung. ^aZweifaktorielle Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation. Ladungen größer als .50 gelten als bedeutungsvoll (vgl. Kapitel 7.4.2) und sind in der Faktorladungsmatrix fett gedruckt. ^b h^2 : Kommunalitäten.

Beide Faktoren waren deutlich interpretierbar. Auf Faktor 1 (Positive Affektivitäten) luden die Items 1; 4; 6; 8; 10 und 12 hoch, alle Items, welche positive Gefühle beschrieben und auf Faktor 2 (Negative Affektivitäten) luden, mit den Items 2; 3; 5; 7; 9 und 11, ausschließlich Items hoch, welche negative Gefühle beschrieben (vgl. Tabelle 28).

Auf Basis der unterschiedlichen Inhalte der beiden Faktoren, liessen sich zwei Skalen erstellen. Im Folgenden wird zuerst die gebildete Skala zur Erfassung der positiven Gefühle während der Pflege und danach die Skala zur Erfassung der negativen Gefühle während der Pflege dargestellt.

Die Skala „Positive Gefühle“, bestand aus den Items 1; 4; 6; 8; 10 und 12, welche auf Faktor 1 hochluden. Tabelle 29 beschrieb die jeweiligen statistischen Kenndaten.

Tabelle 29 : Positive Gefühle während der Pflege und/oder Betreuung.

Item		Statistik ^a			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	α
1	froh	4.07	.77	.74	.84
4	zufrieden	3.79	.73	.72	.85
6	begeistert	3.51	.95	.77	.83
8	motiviert	4.09	.86	.58	.87
10	stolz	3.53	.98	.64	.86
12	zuversichtlich	3.60	.10	.65	.86
Durchschnittswert und Gesamtreliabilität		3.76	.73		.87

Anmerkung. Die Rating Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.
^a *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *r_{it}* = Trennschärfe; α = Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen.

Die Faktorladungen konnten mit Werten zwischen $.54 \leq l \leq .72$ alle als *bedeutsam* eingeschätzt werden. Die Kommunalitäten mit Werten größer als .64, bedeuteten, dass mindestens 64% der Varianz der Variablen durch die extrahierten Faktoren erfasst werden konnten. Die Trennschärfekoeffizienten lagen zwischen $.58 \leq r_{it} \leq .74$ und galten somit als *hoch* (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 220). Die Gesamtreliabilität der Skala war mit $\alpha = .87$ als *gut* einzuschätzen (vgl. Bühner, 2006, S. 140). Mit einem Mittelwert von $M = 3.76$ ($SD = .73$) gaben die Pflegekräfte im Mittel an, dass sie *oft* positive Gefühle im Rahmen der Pflege und Betreuung empfanden.

Zur Bildung der Skala „Negative Gefühle“ wurden die Items 2; 3; 5; 7; 9 und 11 herangezogen, die auf Faktor 2 hochgeladen hatten. In Tabelle 30 wurden die statistischen Parameter dieser Items beschrieben.

Tabelle 30 : Negative Gefühle während der Pflege und/oder Betreuung.

	Item	Statistik ^a			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	α
2	frustriert	3.07	.11	.72	.80
3	erschöpft	3.43	1.08	.74	.80
5	verärgert	2.96	1.07	.63	.82
7	überfordert	2.80	1.06	.66	.81
9	besorgt	3.36	.94	.32	.87
11	bedrückt	2.77	1.07	.70	.81
Durchschnittswert und Gesamtreliabilität		3.06	.89		.85

Anmerkung. Die Rating Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.
^a *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *r_{it}* = Trennschärfe; α = Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen.

Die Faktorladungen lagen alle über $| > .53$ und konnten somit als *bedeutsam* eingestuft werden (vgl. Bühner, 2006, S. 211) und die Kommunalitäten zwischen $.55 \leq h^2 \leq .70$, bedeuteten, dass zwischen 55% und 70% der Varianz der beiden Variablen durch den extrahierten Faktor erfasst werden konnten. Die Gesamtreliabilität der Skala war mit $\alpha = .85$ als *gut* einzuschätzen (vgl. Bühner, 2006, S. 140). Der Mittelwert von $M = 3.06$ ($SD = .89$) deutete an, dass die Pflegekräfte im Mittel *manchmal* bis *oft* negative Gefühle im Rahmen der Pflege und Betreuung empfanden.

7.4.3 Durchführung der Clusteranalysen

Die bisherigen Ergebnisse dieser Studie hatten gezeigt, dass es sich bei den TIn keineswegs um eine homogene Gruppe handelte, die alle den gleichen Pflegestil umgesetzt hatten. Um herauszufinden, welche Wege sie bei der Pflege der Heimbewohner bevorzugten, bot sich an, auf das multivariate, strukturentdeckende Verfahren der Clusteranalyse zurückzugreifen und mittels einer clusteranalytischen Auswertung Gruppen zu identifizieren, die Anhaltspunkte, zu den von den TIn bevorzugten Pflegestilen liefern sollten.

Die Clusteranalyse ist ein Gruppenbildungsverfahren, welches als Ziel hat, homogene Teilmengen in einer heterogenen Gesamtheit zu identifizieren (vgl. Backhaus et al., 2003, S. 479ff.; Bortz, 1999, S. 547ff.; Gutfleisch, 2008, S. 1ff.). Demnach dient sie dazu, die Unterschiede der Objekte oder Personen innerhalb eines Clusters möglichst gering zu halten, d.h. Personen oder Objekte innerhalb des Clusters sollen sich möglichst ähnlich sein; wohingegen die Unterschiede zwischen den verschiedenen Clustern aber möglichst groß sein sollen (vgl. Bortz, 2005, S. 565). In der vorgestellten Dissertation sollten so mit Hilfe clusteranalytischer Auswertungen Cluster (Klassifizierungen) herausgearbeitet werden, die

die Umsetzung von Autonomie fördernden und Autonomie einschränkenden Pflegestilen voneinander unterschieden.

Bei der Analyse wurde sich für das hierarchisch-agglomerative Verfahren entschieden, zu welchem das in der nachfolgenden Auswertung angewandte Ward-Verfahren zählte. Dieses, in der Praxis als sehr bedeutungsvoll eingeschätzte Verfahren (vgl. Backhaus et al., 2006, S. 511; Bortz, 2005, S. 572; Bühl & Zöfel, 2002, S. 192) hatte zum Ziel, durch die Vereinigung der jeweiligen Objekte, welche die Streuung innerhalb einer Gruppe am wenigsten erhöhten, möglichst homogene Cluster zu bilden (vgl. Backhaus et al., 2016, S. 484).

Da Backhaus und Mitarbeiter (2016) zur Absicherung des hierarchischen Clusterverfahrens durch weitere Algorithmen raten (vgl. S. 512), wurde das Ward-Verfahren zusätzlich durch die Clusterzentrenanalyse (k-means-Methode) optimiert. Die Kombination der beiden genannten Methoden hat sich nach Bortz (2005) und Backhaus (2006) besonders bewährt (vgl. S. 565; S. 528), da die k-means-Methode insbesondere zur Verbesserung der Gruppierungen der Ward-Methode beiträgt (Bortz, 1999, S. 560). Zur Durchführung der k-means-Analyse wird vorab die gewünschte Anzahl der Cluster festgelegt und anschließend werden die Objekte bzw. Personen, auf der Grundlage der bereits ermittelten Clusterzentren, den Clustern zugeordnet. Über dieses iterative Vorgehen kann nach Backhaus und Mitarbeiter (2016) eine „optimale Zuordnung“ erfolgen (vgl. S. 512).

Es ist eine Grundvoraussetzung der Clusteranalyse unter Anwendung des Ward-Verfahrens, dass alle Variablen das gleiche Gewicht haben und die Variablen unkorreliert sind (vgl. Backhaus et al., 2011, S. 430f.), da es sonst bei der Fusion der Objekte zu einer Ergebnisverzerrung kommen kann. Um vor der Durchführung der Clusteranalyse diese Voraussetzung zu schaffen, wurden die Ausgangsvariablen vorab mit Hilfe einer explorativen Faktorenanalyse zu unabhängigen Faktoren zusammengefasst, so dass keine Korrelation mehr auftreten konnte (vgl. Kapitel 7.4.2).

Ferner wurde der Tukey-Test als eine Posthoc-Analyse¹¹⁰ durchgeführt, um die möglichen Gruppenkombinationen zu vergleichen. Es wurde sich für den Tukey-Test entschieden, da dieser die besondere Eigenschaft hatte, das Fehlerniveau bei den Mittelwertvergleichen „konstant nahe bei 5%“ zu halten (Hain, o.D., S. 15).

¹¹⁰ „Posthoc-Analysen sind paarweise Vergleichsprozeden, mit denen nach einem signifikanten Ergebnis des globalen Tests durch sog. multiple Mittelwertvergleiche nach signifikanten Unterschieden zwischen den einzelnen Faktorstufen gesucht werden kann“ (Hain, o.D., S. 14).

Demnach wurde die Clusteranalyse mit der feinsten Partitionierung begonnen, deren Anzahl mit jedem Fusionierungsschritt verringert wurde. Bei der Durchführung der k-Means-Analyse wurde, aus sachlogischen Überlegungen¹¹¹, eine Cluster-Lösung von zwei Clustern vorgegeben, insbesondere weil zwei Hauptkomponenten bei dieser empirischen Untersuchung im Mittelpunkt standen, nämlich die Umsetzung eines Autonomie einschränkenden Pflegestils oder die Umsetzung eines Autonomie fördernden Pflegestils. Wichtig ist, nach Backhaus und Mitarbeiter (2016), bei der Festlegung der Clusterzahl nach sachlogischen Überlegungen, dass diese sich nur „auf die Anzahl der Cluster beziehen und nicht an den in den Clustern zusammengefassten Fällen ausgerichtet sein sollten“ (S. 494f.).

Um Fehler bei der Begrenzung der Clusteranzahl auf lediglich zwei Cluster auszuschließen, wurden vorab Tests durchgeführt, bei welchen versuchsweise eine höhere Anzahl an Cluster (drei bzw. vier Cluster) vorgegeben wurde, um so eventuell eine noch detailliertere Zuteilung der TIn zu den bevorzugten Pflegestilen zu erreichen. Aber die Verteilung der TIn auf mehrere Cluster hat lediglich dazu geführt, dass in den einzelnen Clustern weniger Personen vertreten waren. Die Mittelwerte blieben nahezu die Gleichen. Es hatten sich keine anderen Subgruppen herauskristallisiert, die zu anderen Rückschlüssen hätten führen können. Demnach wurde die Anzahl der Cluster auf zwei begrenzt, da diese beiden Cluster sachlogisch begründbar waren. Zur inhaltlichen Auslegung dieser Cluster wurden die Mittelwerte auf den Faktorwerten herangezogen, welche als Basis für die Interpretation dienten.

¹¹¹ Bei dieser Untersuchung lagen ausreichend sachlogisch begründbare Gründe vor, welche zu einer Gruppierung der Objekte bzw. Personen in zwei Cluster führten, insbesondere weil es bei dieser empirischen Untersuchung um die Umsetzung von zwei unterschiedlichen Pflegestilen ging, nämlich dem Autonomie einschränkenden Pflegestil und dem Autonomie fördernden Pflegestil.

8 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auswertungen zu den einzelnen Fragestellungen und Hypothesen dargelegt. Es werden diesbezüglich alle relevanten Ergebnisse vorgestellt. Um die gestellten Fragen beantworten und die Hypothesen analysieren bzw. beurteilen zu können, werden unterschiedliche multivariate, strukturentdeckende Verfahren angewandt. Diese Verfahren sollen dazu beitragen, die von den Studienteilnehmern bevorzugten Pflegestile zu identifizieren bzw. einen Zusammenhang zwischen diesem Pflegeverhalten und der Gefühlslage der Pflegekräfte zu analysieren.

8.1 Das statistische Auswertungsdesign

Da es sich bei den Studienteilnehmern keineswegs um eine homogene Gruppe handelte, die alle den gleichen Pflegestil umgesetzt haben, wird in erster Linie auf das multivariate, strukturentdeckende Verfahren der Clusteranalyse zurückgegriffen, um mittels einer clusteranalytischen Auswertung Gruppen zu identifizieren, die Anhaltspunkte zu den, von den TIn bevorzugten, Pflegestilen liefern konnten.

Als weiteres Analyseverfahren wird der *t*-Test durchgeführt, um zu überprüfen, ob eine Mittelwertdifferenz zwischen den untersuchten Subgruppen durch Zufall entstanden ist oder, ob es tatsächlich bedeutungsvolle Differenzen gibt, d.h. ob die zwei beobachteten Gruppen in dem analysierten Merkmal wirklich einen Unterschied aufweisen. Das Signifikanzniveau wurde vor der Durchführung des *t*-Testes auf 5% festgelegt (vgl. Rasch, 2010, S. 57).

Ferner werden Kreuztabellierungen verschiedener Daten bzw. Variablen durchgeführt, um auf diese Weise mögliche Zusammenhänge zwischen den Variablen zu erkennen (insbesondere Zusammenhänge mit soziodemografischen Variablen). Die statistische Überprüfung einer möglichen Abhängigkeit wird mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson (χ^2) vorgenommen (vgl. Backhaus et al., 2016, S. 357ff.). „Die Chi-Quadrat-Statistik mißt die Streuung, der beobachteten Werte um die erwarteten Werte und kann somit als Maß für die in einer Kreuztabelle enthaltene Streuung oder Information angesehen werden“ (Backhaus et al., 2016, S. 622).

8.2 Ergebnisse zur Fragestellung und Hypothese 6.1: Pflegepraxis und ihre Korrelate

Im Folgenden geht es darum, herauszufinden, welches Pflegeverhalten (AE oder AF) die Pflegekräfte in den luxemburgischen Alten- und/oder Pflegeheimen umsetzen, d.h. ob sich Autonomie einschränkende (AE) oder Autonomie fördernde (AF) Pflegestile in der Stichprobe zeigen. Mittels einer Clusteranalyse wird im Rahmen dieser Untersuchung versucht, durch die Bündelung von Pflegekräften zwei, aus sachlogischen Überlegungen zurückbehaltene, Cluster zusammenzufassen, die sich auf den Dimensionen *Autonomie einschränkendes Pflegeverhalten* und *Autonomie förderndes Pflegeverhalten* voneinander unterscheiden. Das Forschungsinteresse besteht darin Zusammenhänge, einerseits zwischen den so gebildeten Clustern und den soziodemografischen Merkmalen und andererseits zwischen den Clustern und der Variable *Kenntnisse von Pflegemodellen* aufzudecken.

Beschreibung der gebildeten Cluster

Die beiden Cluster ($n = 130$) konstituierten sich in Bezug auf das Autonomie einschränkende (AE) und das Autonomie fördernde (AF) Pflegeverhalten der Pflegekräfte. Tabelle 31 zeigte die Mittelwerte und die Standardabweichungen der Cluster zu den Einschätzungen des AE- und AF-Pflegeverhaltens auf den Skalenwerten sowie die Ergebnisse des Mittelwertvergleichs auf diesen Variablen. Abbildung 19 visualisierte die Mittelwertprofile der beiden Cluster, wobei der theoretische Skalenmittelwert ($M = 3$) betrug.

Tabelle 31: Deskriptive Kennwerte der beiden Cluster bezüglich das Pflegeverhalten der TIn in unterschiedlichen Pflegesituationen.

Variable	Deskriptive Kennwerte ^a				Mittelwertvergleich ^b		
	Cluster 1: inkonsequentes Pflegeverhalten ($n = 68$; 52.31%)		Cluster 2: Autonomie förderndes Pflegeverhalten ($n = 62$; 47.69%)		t	df	p
M	SD	M	SD				
AE-Pflegeverhalten	2.94	.53	1.82	.40	13.60	123.82	.000
AF-Pflegeverhalten	3.90	.69	4.47	.46	-5.54	117.96	.000

Anmerkung. Die Rating Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.
^a n = Anzahl der TIn im entsprechenden Cluster, % = Prozentzahl der TIn im entsprechenden Cluster;
 M = Mittelwerte der Skalenwerte, SD = Standardabweichung der Skalenwerte; ^b t = t -Wert, df = Anzahl der Freiheitsgrade, p = Signifikanz.

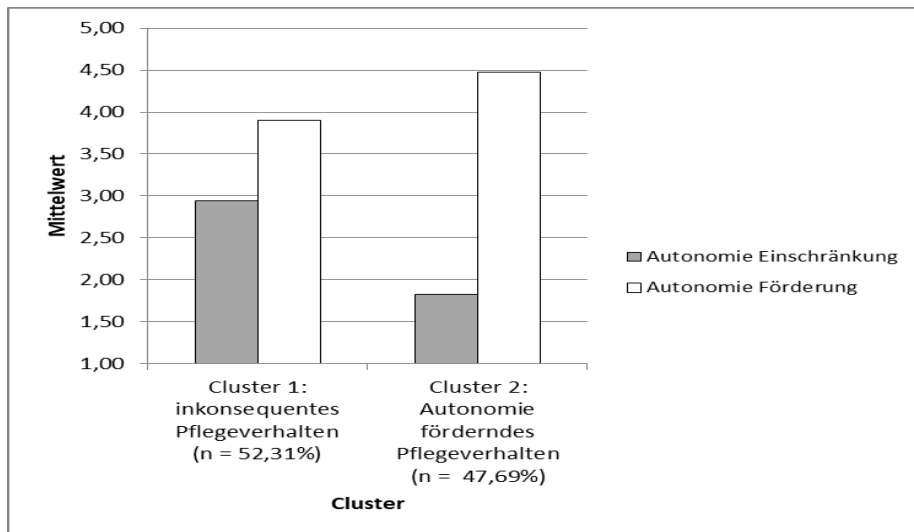


Abbildung 19: Veranschaulichung der Clustermittelwerte betreffend das Pflegeverhalten in unterschiedlichen Pflegesituationen.

Die TIn waren etwa paritätisch auf die beiden Subgruppen verteilt. Beide Cluster unterschieden sich auf beiden Skalenwerten hochsignifikant ($p \leq .001$) voneinander (vgl. Tabelle 31). Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) bestand aus 52.31% der TIn, welche angaben den Autonomie einschränkenden (AE) Pflegestil *manchmal* anzuwenden ($M = 2.94$, $SD = .53$) und *oft* auf Autonomie fördernde (AF) Pflegevarianten zurückzugreifen ($M = 3.90$, $SD = .69$). Die Differenz von nur .96 zwischen den beiden Mittelwerten innerhalb dieses Clusters, mit einem Mittelwert des AE-Pflegeverhaltens nur sehr knapp unter dem theoretischen Skalenmittelwert von ($M = 3$), könnte darauf hindeuten, dass diesen TIn eine konsequente, entschlossene Umsetzung eines konkreten vorgegebenen Pflegestils (entweder AE oder AF) fehlte. Sie setzten im Pflegealltag sowohl AE- als auch AF-Pflegemethoden um und praktizierten so ein *inkonsequentes Pflegeverhalten*.

Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) bestand aus 47.69% der TIn, die ihr Pflegeverhalten *selten* als Autonomie einschränkend (AE) ($M = 1.82$, $SD = .40$) einschätzten, dagegen aber angaben, *oft bis sehr oft* Autonomie fördernde (AF) Pflegemaßnahmen durchzuführen ($M = 4.47$, $SD = .46$). Die Mittelwertdifferenz in diesem Cluster ergab 2.65. Der Pflegestil der TIn aus Cluster 2 konnte somit als *Autonomie förderndes Pflegeverhalten* (AF) bezeichnet werden.

Demnach konnte nur einem Cluster (Cluster 2) ein konkreter Pflegestil zugewiesen werden: ein *Autonomie förderndes Pflegeverhalten*. Das Pflegeverhalten der TIn in Cluster 1 konnte keinem konkreten Pflegestil (AE oder AF) zugewiesen werden, sondern belegte, dass diese

TIn Schwierigkeiten hatten sich für einen Pflegestil zu entscheiden, wonach das Pflegeverhalten als *inkonsequent* bezeichnet wurde.

Unterschiede in den identifizierten Pflegeverhaltens-Clustern hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale der Pflegekräfte

Ob das Pflegeverhalten der Pflegekräfte der beiden identifizierten Cluster mit ihren soziodemografischen Merkmalen¹¹² zusammenhing, wurde anhand verschiedener Kreuztabellierungen ermittelt. Gemäß den Ergebnissen des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson konnte für keines der soziodemografischen Merkmale ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem Pflegeverhalten der TIn nachgewiesen werden. Trotzdem waren einige Auffälligkeiten bei den Kreuztabellierungen dieser Merkmale mit den Pflegeverhaltensclustern der TIn zu erkennen.

Das Geschlecht ($\chi^2_{\text{nach Pearson}}(1) = .000, p = .989$). Bei der Überprüfung der Unterschiede zwischen den Clustern fiel auf, dass es keine bedeutsamen Differenzen in Bezug auf das Geschlecht der TIn gab, denn sowohl die Männer als auch die Frauen waren in etwa paritätisch auf beide Cluster verteilt. Von den männlichen TIn befanden sich 47.83% in Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) und 52.17% in Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten). Von den weiblichen TIn gehörten 52.34% zu Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) und 47.66% zu Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten).

Das Alter. Nach Chi-Quadrat ($\chi^2_{\text{nach Pearson}}(4) = 2.79; p = .594$) war kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der TIn und den Pflegeverhaltens-Clustern feststellbar. Man konnte lediglich anmerken, dass Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) fast zur Hälfte (42.20%) aus TIn bestand, die zwischen 17 und 30 Jahren alt waren und sich die verbleibenden 57.80 auf die Altersklassen zwischen 30 und 60 Jahre verteilten. In Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) stach keine Altersklasse besonders hervor.

Die berufliche Position. Bei der Verteilung der einzelnen Berufskategorien auf die beiden Cluster (vgl. Tabelle 32) war erkennbar, dass alle Berufssparten in beiden Clustern vertreten waren. Die Gruppe der Führungskräfte erzielte mit 83.3% ihren größten Wert in Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten). Die Krankenpfleger waren am höchsten in Cluster 1

¹¹² Die soziodemografische Variable *Arbeitsplatz* wurde bewusst aus der Untersuchung ausgeschlossen, da durch die Auswertung dieser Variable, die Anonymität der TIn nicht mehr hätte gewährleistet werden können.

(inkonsequentes Pflegeverhalten) vertreten (51.9%), genau wie die Hilfspfleger (60.6%), die ASF (59.1%), die Altenpfleger (60.0%) und die Aide senior (100%). Die Erzieher hingegen gehörten mehrheitlich (53.8%) zu Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) genau wie die Gruppe, der „anderen“ Mitarbeiter (z.B. Therapeuten, usw.) mit 57.1%.

Tabelle 32 : Vergleich bezüglich der beruflichen Positionen der TIn und den Clustern ihres Pflegeverhaltens.

Berufliche Position ^b	Deskriptive Kennwerte ^a	
	Cluster	
	Cluster 1: inkonsequentes Pflegeverhalten	Cluster 2: Autonomie förderndes Pflegeverhalten
FK	2 (16.7)	10 (83.3)
INF	14 (51.9)	13 (48.1)
AS	20 (60.6)	13 (39.4)
ASF	13 (59.1)	9 (40.9)
AP	9 (60.0)	6 (40.0)
Aide senior	1 (100.0)	0 (0.0)
Erzieher	6 (42.9)	7 (53.8)
Andere	3 (42.9)	4 (57.1)

Anmerkung. $\chi^2(9) = 10.48$, $p = .313$. ^a Anzahl und Prozente (in Klammern) der TIn im entsprechenden Cluster; ^b FK = Führungskräfte, INF = Krankenpfleger, AS = Hilfspfleger (Aide-soignant), ASF = Aide-socio-familiale, AP = Altenpfleger.

Die Berufserfahrung. Bei der Kreuztabellierung der Cluster betreffend das Pflegeverhalten mit der Berufserfahrung der TIn konnte man feststellen, dass die TIn mit weniger als 15 Jahren Berufserfahrung (69.1%) zu Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) gehörten und die TIn mit einer mehr als 15-jährigen Berufserfahrung sich mehrheitlich in Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) befanden (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 33 : Vergleich der Cluster bezüglich dem Pflegeverhalten der TIn und ihrer Berufserfahrung.

Cluster	Deskriptive Kennwerte ^a							
	Berufserfahrung							
	0 - 4 Jahre	5 - 9 Jahre	10 - 14 Jahre	15 - 19 Jahre	20 - 24 Jahre	25 - 29 Jahre	30 - 34 Jahre	> 35 Jahre
Cluster 1: inkonsequentes Pflegeverhalten	19 (27.9)	14 (20.6)	14 (20.6)	10 (14.7)	2 (2.9)	3 (4.4)	5 (7.4)	1 (1.5)
Cluster 2: Autonomie förderndes Pflegeverhalten	10 (16.1)	5 (8.1)	4 (6.5)	10 (16.1)	5 (8.1)	4 (6.5)	5 (8.1)	5 (8.1)

Anmerkung. $\chi^2(7) = 9.02$, $p = .251$. ^a Anzahl und Prozente (in Klammern) der TIn in den entsprechenden Clustern.

Das Ausbildungsland. Besonders interessant in Bezug auf die Hypothese betreffend die Forschungsfrage schien die Frage nach dem Zusammenhang zwischen den beiden identifizierten Cluster betreffend das Pflegeverhalten und dem Ausbildungsland der TIn, denn bei der Fragestellung war davon ausgegangen worden, dass in Luxemburg ausgebildete Pflegekräfte eher Autonomie einschränkend pflegen könnten. Da aber in Luxemburg zahlreiche Arbeitnehmer aus der Grenzregion arbeiten, schien es wichtig zu untersuchen, inwieweit sich unter den Studienteilnehmern ebenfalls Pflegekräfte befanden, die im Ausland ausgebildet wurden und somit eventuell, bedingt durch ihren differenten Ausbildungshintergrund, ein anderes Pflegeverhalten praktizieren könnten, als die, in Luxemburg ausgebildeten Pflegekräfte. Die Stichprobe bestand aus 44.5% in Luxemburg ausgebildeten Teilnehmern und aus 55.5% im Ausland ausgebildeten Pflegekräften. Von den im Ausland ausgebildeten Studienteilnehmern hatten 5.8% ihre Ausbildung in Belgien, 47.1% in Deutschland, 1.9% in Frankreich und 0.6% in den Niederlanden¹¹³ absolviert.

Tabelle 34 zeigte, dass, von den in Luxemburg ausgebildeten TIn, sich 55.4% in Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) befanden und 44.6% zu Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) gehörten. Die, im Ausland ausgebildeten TIn waren paritätisch auf die beiden Cluster verteilt.

Tabelle 34: Vergleich der Cluster bezüglich dem Pflegeverhalten der Pflegekräfte und ihrem Ausbildungsland.

Ausbildungsland	Deskriptive Kennwerte ^a	
	Cluster	
	Cluster 1: inkonsequentes Pflegeverhalten	Cluster 2: Autonomie förderndes Pflegeverhalten
Luxemburg	31 (55.4)	25 (44.6)
Ausland	37 (50.0)	37 (50.0)

Anmerkung. $\chi^2(9) = 8.10$, $p = .524$. ^a Anzahl und Prozente (in Klammern) der TIn in den entsprechenden Clustern.

Demnach gehörten, die, in Luxemburg ausgebildeten, Pflegekräfte mehrheitlich (55.4%) Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) an. In Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) befanden sie sich in der Minorität (44.6%).

¹¹³ Der TIn aus der Kategorie „anderes Ausbildungsland“ hat bei der Erhebung angegeben, dass er seine Ausbildung in den Niederlanden gemacht hat.

Unterschiede in den identifizierten Clustern bezüglich das Pflegeverhalten der TIn hinsichtlich ihrer Kenntnisse von Pflegemodellen

Der Befund, dass in luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen zahlreiche Pflegekräfte arbeiten, die ihre Ausbildung im Ausland (in unterschiedlichen Nachbarländern) absolviert hatten, bot die Möglichkeit, dass diese Pflegekräfte andere bzw. weitere Pflegemodelle kannten, als die, in luxemburgischen Schulen für Gesundheitsberufe hauptsächlich gelehrt, Pflegemodelle von Erwin Böhm, Naomi Feil und Virginia Henderson.

Die, in Tabelle 3 (vgl. Kapitel 7.3.1) aufgeführten, der Stichprobe bekannte, Pflegemodelle zeigten, dass die Pflegemodelle von Erwin Böhm (14.2%) und Virginia Henderson (14.2%) bei der Bekanntheit gleichauf lagen, dass aber nicht das, ebenfalls in Luxemburg gelehrt, Pflegekonzept von Naomi Feil¹¹⁴, sondern das Modell von Monika Krohwinkel als drittes bekanntestes Pflegemodell (6.5%) von den TIn angegeben wurde (vgl. Tabelle 35). 21.3% der TIn gaben überhaupt kein Pflegemodell an bzw. gaben ungültige Antworten (vgl. Tabelle 3, Kapitel 7.3.1). Somit schien einem Fünftel der TIn kein Pflegemodell bekannt zu sein und dies, obwohl die Verantwortlichen der teilnehmenden Institutionen, also die Vorgesetzten der TIn, angaben, dass in ihren Institutionen mindestens ein Pflegemodell¹¹⁵ (in allen Einrichtungen das Modell von Virginia Henderson) umgesetzt würde (vgl. Kapitel 7.1.1).

Tabelle 35 beschrieb die Anzahl der Nennungen der, den Studienteilnehmern, bekanntesten Pflegemodelle. Dabei waren sowohl die Einzelnennungen als auch die Aufzählungen in Kombination mit anderen Pflegemodellen berücksichtigt worden. Um die Übersichtlichkeit für die Leser zu erhöhen, waren nur Pflegemodelle berücksichtigt worden, die mehr als sieben Mal genannt worden waren. Das bekannteste Modell war das psychobiographische Pflegemodell nach Böhm, welches von 74 TIn genannt wurde (40.88% der Gesamtnennungen), gefolgt von Henderson mit 56 Nennungen (30.94% der Gesamtnennungen) und Krohwinkel mit 45 Nennungen (24.86%). 3.31% der TIn hatten Pflegemodelle angegeben, die weniger als sieben Mal genannt wurden. Demnach blieben nur drei Modelle übrig, welche als *bekannt* bezeichnet werden konnten.

¹¹⁴ Das Pflegemodell von Naomi Feil ist das dritte, in Luxemburgs Schulen für Gesundheitsberufe, gelehrt Pflegemodell (vgl. Kapitel 2.3.2).

¹¹⁵ Verschiedene Verantwortliche hatten mehrere Pflegemodelle genannt, welche in ihrer Institution umgesetzt würden (vgl. Kapitel 7.1.1).

Tabelle 35 : Anzahl der Nennungen der bekanntesten Pflegemodelle.

Pflegemodell	Häufigkeit/Nennung	Prozentzahl
Erwin Böhm	74	40,84
Virginia Henderson	56	30,91
Monika Krohwinkel	45	24,84
Andere	6	3,31

Unterschiede in den identifizierten Clustern bezüglich des Pflegeverhaltens hinsichtlich der Ziele bzw. der Überzeugungen der Pflegekräfte

Tabelle 36 zeigte die Verteilung der Mittelwerte und der Standardabweichungen, bezüglich der AE- und AF-Ziele der TIn in Bezug auf die BW, bezüglich der AE- und AF-Ziele der TIn in Bezug auf sich selbst und bezüglich der Überzeugungen der TIn zu AE- oder AF-Aussagen aus dem Altenpflegebereich, auf den Skalenwerten sowie die Ergebnisse des Mittelwertvergleichs auf diesen Variablen. Alle theoretischen Skalenmittelwerte betragen ($M = 2.5$).

Tabelle 36 : Vergleich der Cluster bezüglich des Pflegeverhaltens der TIn hinsichtlich der Ziele und Überzeugungen der TIn.

Variable	Deskriptive Kennwerte ^a				Mittelwertvergleich ^b		
	Pflegeverhalten Cluster 1: inkonsequentes Pflegeverhalten		Pflegeverhalten Cluster 2: Autonomie förderndes Pflegeverhalten		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
AE-Ziele der TIn für BW	2.75	.55	2.48	.49	2.86	116	.005
AF-Ziele der TIn für BW	3.57	.38	3.70	.35	-1.98	116	.050
AE-Ziele der TIn für sich	2.95	.55	2.52	.60	4.20	121	.000
AF-Ziele der TIn für sich	3.48	.57	3.72	.39	-2.73	110.55	.007
Überzeugungen der TIn zu AE-Aussagen	2.36	.53	2.03	.51	3.55	120	.001
Überzeugungen der TIn zu AF-Aussagen	3.21	.52	3.43	.46	-2.43	120	.016

Anmerkung. Die Rating-Skalen bezüglich der Ziele lauteten: 1 = sehr unwichtig, 2 = eher unwichtig, 3 = eher wichtig, 4 = sehr wichtig. Die Rating-Skala bezüglich der Überzeugungen zu den Aussagen lautete: 1 = gar nicht, 2 = eher nicht, 3 = eher ja, 4 = voll und ganz ja. ^a *M* = Mittelwerte der Skalenwerte, *SD* = Standardabweichung der Skalenwerte; ^b *t* = *t*-Wert, *df* = Anzahl der Freiheitsgrade, *p* = Signifikanz; AE-Ziele = Autonomie einschränkende Ziele; AF-Ziele = Autonomie fördernde Ziele; AE-Aussagen = Autonomie einschränkende Aussagen; AF-Aussagen = Autonomie fördernde Aussagen.

Vergleich zwischen den Zielen der Teilnehmer in Bezug auf die Bewohner und den Clustern des Pflegeverhaltens

In Bezug auf die AE-Ziele der TIn für die BW unterschieden sich beide Cluster des Pflegeverhaltens auf beiden Mittelwerten hoch signifikant voneinander ($t(116) = 2.86, p \leq .01$). Den TIn aus Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) waren AE-Ziele in Bezug auf die BW *eher wichtig* ($M = 2,75, SD = .55, n = 50.85\%$). Für die TIn aus Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) lagen die AE-Ziele zwischen *eher unwichtig* und *eher wichtig*, wobei der Mittelwert ($M = 2.48, SD = .49, n = 49.15\%$) etwas niedriger war als bei Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten). Bei der Variable *AF-Ziele der TIn für die BW* unterschieden sich beide Cluster des Pflegeverhaltens zwar weniger deutlich, aber immerhin noch signifikant auf beiden Mittelwerten voneinander ($t(116) = -.98, p \leq .05$). AF-Ziele tendierten sowohl für die TIn aus Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) ($M = 3.70, SD = .35, n = 48.15\%$) als auch für die TIn aus Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) ($M = 3.57, SD = .38, n = 50.85\%$) zu *sehr wichtig*, wobei der Mittelwert von Cluster 2 (Autonomie fördernder Pflegestil) etwas höher war, als derjenige von Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) (vgl. Tabelle 36). Anhand der Mittelwertvergleiche war zu erkennen, dass die TIn aus dem ersten Cluster (inkonsequentes Pflegeverhalten), eine höhere Präferenz für AE-Ziele hatten, wohingegen die TIn aus Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten), ihrer Linie treu blieben und den AF-Zielen in Bezug auf die BW die meiste Wichtigkeit zuordneten.

Vergleich zwischen den Zielen der Teilnehmer in Bezug auf sich selbst und den Clustern des Pflegeverhaltens

Beim Vergleich der Ziele der TIn in Bezug auf sich selbst und den beiden Clustern des Pflegeverhaltens, war das Ergebnis ähnlich wie beim Vergleich der Ziele der TIn bezüglich der BW und dem Pflegeverhalten: Der Unterschied zwischen den Mittelwerten der AE-Ziele der TIn für die BW und somit die Unterschiedlichkeit zwischen den beiden Clustern war höchst signifikant ($t(121) = 4.20, p \leq .001$). Den TIn aus Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) waren AE-Ziele in Bezug auf sich selbst *eher wichtig* ($M = 2.95, SD = .55, n = 51.22\%$). Den TIn aus Cluster 2 (Autonomie fördernder Pflegestil) waren die AE-Ziele für sich selbst *eher unwichtig* bis *eher wichtig* ($M = 2.52, SD = .60, n = 48.78\%$).

Der Unterschied zwischen den Mittelwerten bezüglich die AF-Ziele konnte als hoch signifikant bezeichnet werden ($t(110.55) = -2.73, p \leq .01$). Die AF-Ziele der TIn in Bezug auf sich selbst waren für die Pflegekräfte aus Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) ($M =$

3.48, $SD = .57$, $n = 51.22\%$) *eher wichtig* bis *sehr wichtig* und tendierten für die Pflegenden aus Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) ($M = 3.72$, $SD = .39$, $n = 48.78\%$) mehr zu *sehr wichtig* (vgl. Tabelle 36).

Vergleich zwischen den Überzeugungen der Teilnehmer zu unterschiedlichen Aussagen aus dem Bereich der Altenpflege und den Clustern des Pflegeverhaltens

Die Mittelwerte betreffend die beiden Cluster in Verbindung mit den Überzeugungen zu AE-Aussagen, unterschieden sich höchst signifikant voneinander $t(120) = 3.20$, $p \leq .001$. Der Mittelwert betreffend die AE-Aussagen zeigte, dass mit ($M = 2.36$, $SD = .53$, $n = 52.46\%$) für die TIn aus Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) sich dieser Wert nur sehr knapp unter dem Skalenmittelwert befand. Der Mittelwert ($M = 2.03$, $SD = .51$, $n = 47.54\%$) für die TIn aus Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) belegte, dass sich diese TIn zwar ***eher nicht*** mit diesen Aussagen *einverstanden* erklärten, somit machte der Wert deutlich, dass das Einverständnis dieser Studienteilnehmer mit AE-Aussagen doch relativ gering war. Bei den Überzeugungen bezüglich von AF-Aussagen unterschieden sich die Mittelwerte in den beiden Clustern signifikant voneinander $t(120) = -2.43$, $p \leq .05$. Die TIn aus beiden Clustern waren *voll und ganz* mit den AF-Aussagen *einverstanden*, wobei der Mittelwert von Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) am höchsten waren ($M = 3.43$, $SD = .46$, $n = 47.54\%$) gegenüber ($M = 3.21$, $SD = .52$, $n = 52.46\%$) in Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten). Allerdings war hier die Mittelwertdifferenz zwischen den beiden Clustern mit .22 äußerst gering (vgl. Tabelle 36).

8.3 Ergebnisse zur Fragestellung und Hypothese 6.2: Pflegerelevante Zielsetzungen und Überzeugungen und ihre Korrelate

Im Folgenden geht es darum, herauszufinden, inwiefern bei den Zielen der Pflegekräfte für die Bewohner bzw. für sich selbst und bei ihren Überzeugungen zu Entwicklungen und Aussagen aus dem Altenpflegebereich eine Tendenz zu einem Autonomie einschränkenden oder zu einem Autonomie fördernden Pflegestil erkennbar ist. Um dies festzustellen wird versucht Cluster zu bilden, anhand welcher man zwischen Autonomie einschränkenden (AE) bzw. Autonomie fördernden (AF) Zielen oder Überzeugungen unterscheiden kann. Des Weiteren soll ermittelt werden, ob ein Zusammenhang zwischen den gruppenkonstituierten Variablen der Ziele und der Einstellungen der Studienteilnehmer und ihrem Pflegeverhalten besteht. Darüber hinaus ist das Forschungsinteresse darauf gerichtet Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zwischen den gebildeten Clustern in Bezug auf soziodemografische Aspekte aufzudecken.

Bildung von Cluster auf Basis Autonomie einschränkender und Autonomie fördernder Dimensionen

Um zu ermitteln, ob sich die Ziele der TIn in Bezug auf die BW oder auf sich selbst sowie ihre Überzeugungen zu Entwicklungen und Aussagen aus dem Altenpflegebereich, auf der Grundlage ihrer Angaben über die Wichtigkeit, welche sie den einzelnen Zielen bzw. Überzeugungen beimessen, klassifizieren lassen, wurde eine Clusteranalyse durchgeführt. Mit diesem Instrument sollte die Stichprobe in zwei sachlogisch ausgewählte Subgruppen aufgeteilt werden, welche sich systematisch voneinander unterscheiden sollten, was die AE- und AF-Ziele bzw. die Überzeugungen zu AE- und AF-Aussagen der Studienteilnehmer anbelangte.

Beschreibung der Cluster bezüglich der Ziele der Pflegenden in Bezug auf die Bewohner.

Tabelle 37 zeigt die Mittelwerte und die Standardabweichungen der Cluster betreffend AE- und AF-Ziele der TIn in Bezug auf die Bewohner auf den Skalenwerten sowie die Ergebnisse des Mittelwertvergleichs auf diesen Variablen. Abbildung 20 veranschaulichte die Clustermittelwerte. Der theoretische Skalenmittelwert lag bei ($M = 2.5$).

Tabelle 37 : Deskriptive Kennwerte und Mittelwertvergleich der beiden Cluster betreffend die Ziele der TIn in Bezug auf die BW.

Variable	Deskriptive Kennwerte ^a				Mittelwertvergleich ^b		
	Cluster 1: leichte Präferenz zu AF-Zielen ($n = 77$; 54.23%)		Cluster 2: widersprüchliche Ziele ($n = 65$; 45.77%)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
AE-Ziele für die BW	2.26	.31	3.05	.35	-14.35	140	.000
AF-Ziele für die BW	3.46	.38	3.81	.26	-6.49	133.76	.000

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = sehr unwichtig, 2 = eher unwichtig, 3 = eher wichtig, 4 = sehr wichtig. ^a n = Anzahl und Prozentzahl der TIn; M = Mittelwerte der Skalenwerte, SD = Standardabweichung der Skalenwerte; ^b t = t -Wert, df = Anzahl der Freiheitsgrade, p = Signifikanz.

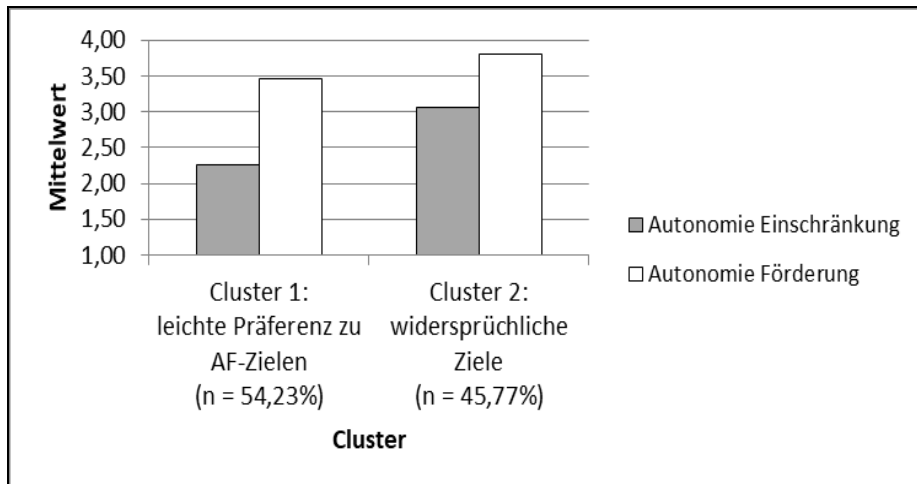


Abbildung 20: Veranschaulichung der Clustermittelwerte betreffend die Ziele der TIn in Bezug auf die Bewohner.

Die beiden Cluster unterschieden sich auf beiden Skalenwerten höchst signifikant ($p \leq .001$) voneinander (vgl. Tabelle 37). Cluster 1 (leichte Präferenz zu AF-Zielen) bestand aus 54.23% der TIn, die angaben, dass Autonomie einschränkende Ziele in Bezug auf die Bewohner für sie *eher unwichtig* waren ($M = 2.26$, $SD = .31$) und dass für sie Autonomie fördernde Ziele in Bezug auf die Bewohner *eher wichtig* bis *sehr wichtig* waren ($M = 3.46$, $SD = .38$). Die Mittelwertdifferenz betrug 1.20. Der nur knapp unter dem Skalenmittelwert liegende Wert betreffend die AE-Ziele wies darauf hin, dass diesen Zielen von den TIn eine eher geringe Wichtigkeit zugestanden wurde. Da der Mittelwert betreffend die Wichtigkeit der AF-Ziele aber deutlich über dem theoretischen Skalenmittelwert lag, konnte man davon ausgehen, dass die TIn diese Ziele bevorzugten.

Der zweite Cluster (widersprüchliche Ziele) bestand aus 45.77% der TIn, denen Autonomie einschränkende Ziele *wichtig* ($M = 3.05$, $SD = .35$) und denen Autonomie fördernde Ziele ($M = 3.81$, $SD = .26$) in Bezug auf die Bewohner *sehr wichtig* waren, womit beide Pflegestil weit über dem theoretischen Skalenmittelwert vom ($M = 2.5$) lagen, was wiederum belegte, dass diese TIn unentschlossener oder unentschiedener waren bei der Einschätzung der Wichtigkeit von AE- und AF- Zielen für die Bewohner als die TIn aus Cluster 1 und ihre Ziele als *widersprüchlich* bezeichnet werden konnten (vgl. Abbildung 20; Tabelle 37).

Beschreibung der Cluster betreffend die Ziele der Pflegenden in Bezug auf sich selbst.

Tabelle 38 beschrieb die Mittelwerte und die Standardabweichungen der Cluster betreffend die Ziele der TIn in Bezug auf sich selbst sowie die Ergebnisse des Mittelwertvergleichs auf diesen Variablen. Der theoretische Skalenmittelwert betrug ($M = 2.5$). In Cluster 1 (leichte

Präferenz zu AF-Zielen, $n = 65.54\%$) befanden sich nahezu zwei Drittel der TIn gegenüber einem Drittel in Cluster 2 (widersprüchliche Ziele, $n = 34.46\%$).

Die t -Test belegte, dass sich die beiden Cluster in Bezug auf die AE-Ziele der TIn für sich selbst höchst signifikant voneinander unterschieden hatten $t(146) = -17.58$, $p \leq .001$. In Bezug auf die AF-Ziele unterschieden sich die beiden Cluster lediglich signifikant voneinander $t(146) = -2.42$, $p \leq 0.05$, aber immerhin war noch eine bedeutsame Unterschiedlichkeit zwischen den beiden Clustern erkennbar. Abbildung 21 veranschaulichte die Mittelwertprofile der beiden Cluster

Tabelle 38 : Deskriptive Kennwerte und Mittelwertvergleich der zwei Cluster betreffend die Ziele der TIn in Bezug auf sich selbst.

Variable	Deskriptive Kennwerte ^a				Mittelwertvergleich ^b		
	Cluster 1: leichte Präferenz zu AF-Zielen ($n = 97$; 65.54%)		Cluster 2: widersprüchliche Ziele ($n = 51$; 34.46%)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
AE-Ziele der TN für sich	2.38	.36	3.43	.31	-17.58	146	.000
AF-Ziele der TN für sich	3.54	.50	3.75	.45	-2.42	146	.017

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = sehr unwichtig, 2 = eher unwichtig, 3 = eher wichtig, 4 = sehr wichtig. ^a n = Anzahl und Prozentzahl der TIn; M = Mittelwerte der Skalenwerte, SD = Standardabweichung der Skalenwerte; ^b t = t -Wert, df = Anzahl der Freiheitsgrade, p = Signifikanz.

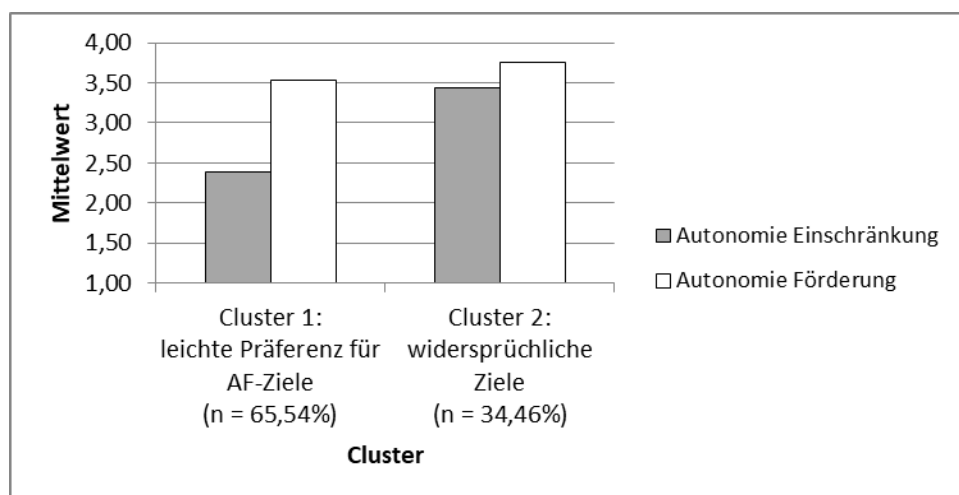


Abbildung 21: Veranschaulichung der Clustermittelwerte betreffend die Ziele der TIn in Bezug auf sich selbst.

Die TIn aus Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele) gaben an, dass Autonomie einschränkende Ziele für sich selbst für sie *eher unwichtig* waren ($M = 2.38$; $SD = .36$) und dass für sie Autonomie fördernde Ziele in Bezug auf sich selbst ($M = 3.54$, $SD = .50$) *eher wichtig* bis *sehr wichtig* waren. Die Mittelwertdifferenz zwischen den Mittelwerten von AE- und AF-Zielen betrug 1.16 und der Mittelwert betreffend die AE-Ziele lag knapp unter dem theoretischen Skalenmittelwert, wohingegen der Mittelwert betreffend die AF-Ziele über diesem Wert lag.

Den TIn aus Cluster 2 (widersprüchliche Ziele) waren sowohl Autonomie einschränkende Ziele ($M = 3.43$, $SD = .31$) als auch Autonomie fördernde Ziele ($M = 3.75$, $SD = .45$) in Bezug auf sich selbst *eher wichtig* bis *sehr wichtig*. In diesem Cluster war die Differenz zwischen diesen beiden Mittelwerten von AE- und AF-Zielen mit dem Wert von .32 deutlich geringer als in Cluster 1 (leichte Präferenz zu AF-Zielen). Demnach war in diesem Cluster kein großer Unterschied zwischen der Wichtigkeit von AE- und AF-Zielen zu erkennen, was auch hier, wie bei den Zielen der TIn in Bezug auf die BW, auf *widersprüchliche Ziele* hindeuteten ließ.

Beschreibung der Cluster bezüglich die Überzeugungen der Teilnehmer zu AE- bzw. AF-Entwicklungen und Aussagen aus dem Bereich der Altenpflege

Tabelle 39 illustrierte die Mittelwerte und die Standardabweichungen der Cluster sowie die Ergebnisse des Mittelwertvergleichs. Abbildung 22 visualisierte die Clustermittelwerte. Der theoretische Skalenmittelwert betrug ($M = 2.5$).

Tabelle 39: Deskriptive Kennwerte und Mittelwertvergleich der zwei Cluster betreffend die Überzeugungen der TIn zu Entwicklungen und Aussagen betreffend den Altenpflegebereich.

Variable	Deskriptive Kennwerte ^a				Mittelwertvergleich ^b		
	Cluster 1: Überzeugungen für AF-Aussagen ($n = 101$; 70.14%)		Cluster 2: widersprüchliche Überzeugungen ($n = 43$; 29.86%)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Überzeugungen zu AE-Aussagen	2.01	.42	2.67	.45	-8.51	142	.000
Überzeugungen zu AF-Aussagen	3.51	.35	2.85	.48	8.09	60.93	.000

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = gar nicht, 2 = eher nicht, 3 = eher ja, 4 = voll und ganz ja.
^a n = Anzahl und Prozentzahl der TIn, M = Mittelwerte der Skalenwerte, SD = Standardabweichung der Skalenwerte; ^b t = t -Wert, df = Anzahl der Freiheitsgrade, p = Signifikanz.

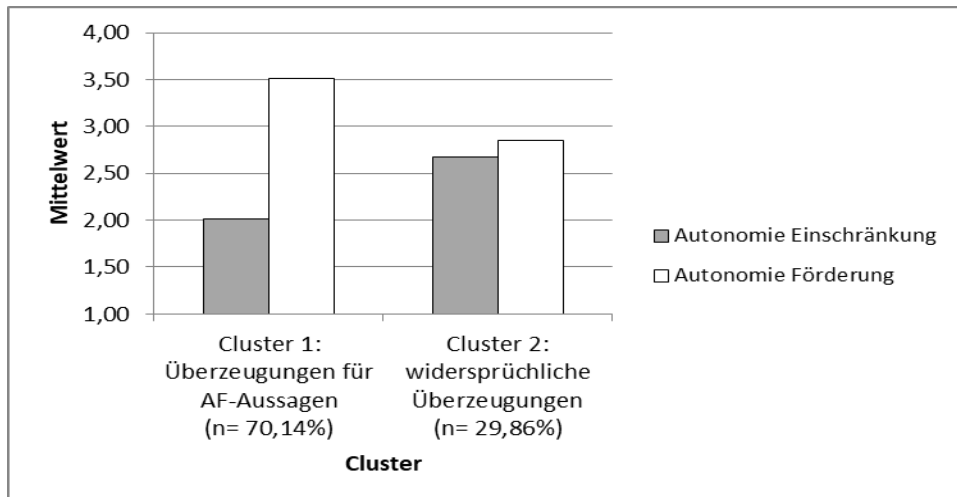


Abbildung 22: Veranschaulichung der Clustermittelwerte betreffend Überzeugungen der TIn zu Entwicklungen und Aussagen aus dem Altenpflegebereich.

Beide Cluster unterschieden sich auf beiden Skalenwerten höchst signifikant voneinander ($p \leq .001$). Cluster 1 (Überzeugungen für AF-Aussagen) bestand aus 70.14% der TIn, die angaben ($M = 2.01$, $SD = .42$) mit AE-Aussagen *eher nicht einverstanden* zu sein. Damit lag dieses Ergebnis knapp unter dem Skalenmittelwert. Dass die TIn aus Cluster 1 (Überzeugungen für AF-Aussagen) eher mit AF-Aussagen einverstanden waren, bestätigte der hohe Mittelwert betreffend die Variable der AF-Aussagen ($M = 3.51$, $SD = .35$), mit welchen diese TIn sich *eher einverstanden bis voll und ganz einverstanden* erklärten. Die deutliche Mittelwertdifferenz von 1.50 zeigte, dass man die Überzeugungen zu Entwicklungen und Aussagen aus dem Altenpflegebereich der TIn aus diesem Cluster durchaus als *Autonomie fördernd (AF)* bezeichnen konnte.

Zu Cluster 2 (widersprüchliche Überzeugungen) gehörten 29.86% der TIn, die sowohl mit AE- ($M = 2.67$, $SD = .45$) als auch mit AF-Überzeugungen ($M = 2.85$, $SD = .45$) zu Entwicklungen und Aussagen aus dem Altenpflegebereich *eher einverstanden* waren. Der äußerst geringe Mittelwertunterschied von .18 belegte, dass aus den Mittelwerten der Überzeugungen dieser TIn keine klare deutliche Tendenz zu AE- oder AF- Entwicklungen oder Aussagen passend zu einem bestimmten Pflegestil (AE oder AF) herauszulesen war. Somit konnten diese Überzeugungen als *widersprüchlich* bezeichnet werden.

Unterschiede in den identifizierten Clustern hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale der Pflegekräfte

Um die Zusammenhänge zwischen den Clustern betreffend die Ziele der TIn bezüglich der BW, bzw. in Bezug auf sich selbst sowie die Überzeugungen der TIn, und den soziodemografischen Variablen prüfen zu können, wurden die entsprechenden Variablen mittels Kreuztabellen analysiert. Die statistische Überprüfung erfolgte mittels eines Chi-Quadrat-Testes nach Pearson.

Das Geschlecht. Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson erkannte zwar bei keiner der drei Auswertungen einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht der TIn, allerdings sollte doch auf verschiedene Auffälligkeiten eingegangen werden. In Bezug auf die Ziele der TIn für die BW ($\chi^2_{\text{nach Pearson}} = 1.168, p = .280$) fiel auf, dass nahezu doppelt so viele männliche TIn (64.0%) in Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele) als in Cluster 2 (widersprüchliche Ziele) (36.0%) vertreten waren. Bei den Zielen der TIn in Bezug auf sich selbst ($\chi^2_{\text{nach Pearson}} = .117, p = .732$) war die Verteilung bei den weiblichen TIn fast paritätisch: 52.1% in Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele) und 47.9% in Cluster 2 (widersprüchliche Ziele). Auch in Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele) betreffend die Ziele der TIn bezüglich sich selbst waren weitaus mehr Männer (62.5%) vertreten als in Cluster 2 (widersprüchliche Ziele) (37.5%). Das Gleiche galt für die weiblichen TIn, von ihnen gehörten zwei Drittel (66.1%) zu Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele) und ein Drittel (33.9%) zu Cluster 2 (widersprüchliche Ziele). In Bezug auf die Überzeugungen der TIn für Entwicklungen und Aussagen aus dem Altenpflegebereich ($\chi^2_{\text{nach Pearson}} = .131, p = .718$) war die Verteilung noch deutlicher: Hier befanden sich nahezu drei Viertel (73.1%) der männlichen Pfleger in Cluster 1 (Überzeugungen für AF-Aussagen) und ein Viertel (26.9%) in Cluster 2 (widersprüchliche Überzeugungen). Bei den Frauen gehörten etwas mehr als zwei Drittel (69, 5%) zu Cluster 1 (Überzeugungen für AF-Aussagen) und knapp ein Drittel (30.5%) zu Cluster 2 (widersprüchliche Überzeugungen) (vgl. Tabelle 47 – I 1 im Anhang).

Das Alter. Auch in Bezug auf das Alter der TIn konnten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Altersklassen und den Clustern der Ziele bzw. der Überzeugungen der TIn durch den Chi-Quadrat-Test nach Pearson nachgewiesen werden. In Bezug auf die Ziele der TIn für die BW ($\chi^2_{\text{nach Pearson}} = 2.131, p = .712$) waren 62.5% der TIn aus Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele) zwischen 21 und 40 Jahre alt. In den beiden Altersklassen über 41 Jahre waren es jeweils 18.1% der TIn. Im zweiten Cluster (widersprüchliche Ziele) befanden sich fast 40% der TIn in einer einzigen Alterskategorie zwischen 21 und 30 Jahren. Die verbleibenden 60% waren, mit Ausnahme von 1.6% der TIn

in der Altersklasse zwischen 17 und 20 Jahren, in etwa paritätisch auf die drei Klassen über 31 Jahre verteilt. In Bezug auf die Ziele der TIn für sich selbst ($\chi^2_{\text{nach Pearson}} = 1.515, p = .824$) fiel auf, dass sich ein Drittel der TIn des zweiten Clusters (widersprüchliche Ziele) in der Altersgruppe zwischen 21 und 30 Jahre befanden, gefolgt von der Altersklasse zwischen 31 und 40 Jahren mit 27.5% der TIn und der Alterskategorie von 41 bis 50 Jahren mit 22.0%. In Cluster 2 (widersprüchliche Ziele) war die Situation ähnlich: Mehr als ein Drittel der zugehörigen TIn befand sich in der Klasse zwischen 21 und 30 Jahren (37.5%), gefolgt von der Alterskategorie von 31 bis 40 Jahre (31.3%). Zur Klasse von 41 bis 50 Jahren gehörten nur noch 18.8% der TIn dieses Clusters. In Bezug auf die Überzeugungen der TIn zu den Entwicklungen und Aussagen aus dem Altenpflegebereich ($\chi^2_{\text{nach Pearson}} = 4.472, p = .346$) war der Grossteil der TIn aus Cluster 1 (Überzeugungen für AF-Aussagen) in die drei Altersgruppen zwischen 21 und 50 Jahre verteilt (85.2%). In Cluster 2 (widersprüchliche Überzeugungen) befand sich fast die Hälfte (42.7%) der TIn in der Altersgruppe von 21 bis 30 Jahre, gefolgt von der Klasse zwischen 31 und 40 Jahren mit 30%.

Die berufliche Position. Bei der Verteilung der einzelnen Berufskategorien auf die einzelnen Cluster (vgl. Tabelle 40) konnte, nach dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson, lediglich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Clustern der Ziele der TIn bezüglich der BW und der Variable *berufliche Position der TIn* festgestellt werden ($\chi^2_{\text{nach Pearson}} = 18.74, p \leq .05$). Zwischen den Clustern der beiden übrigen Auswertungen und der Variable *berufliche Position* konnte kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang festgestellt werden. Auffällig war trotzdem, dass bei den Zielen der TIn für sich selbst ($\chi^2_{\text{nach Pearson}} = 8.10, p = .524$) und bei den Überzeugungen der TIn zu unterschiedlichen Entwicklungen und Aussagen ($\chi^2_{\text{nach Pearson}} = 9.123, p = .426$), jeweils die Mehrzahl aller vorgestellten Berufsgruppen zu Cluster 1 (Präferenz für AF-Ziele und AF-Aussagen) gehörten. Bei der Kreuztabellierung der Cluster der Ziele der TIn bezüglich der BW mit der Variable *berufliche Position* war dies nicht der Fall. Zwar war auch hier die Mehrzahl der Berufssparten in Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele) vertreten, allerdings nicht alle, denn die Kategorien der ASF und der Erzieher erreichten ihre größten Werte (ASF = 73.1% und Erzieher = 66.7%) in Cluster 2 (widersprüchliche Ziele). Außerdem waren die TIn der Kategorie *andere Berufe* paritätisch auf beide Cluster verteilt.

Tabelle 40: Vergleich der beruflichen Positionen und den Clustern bezüglich der Ziele und Überzeugungen der TIn.

Berufliche Position ^b	Deskriptive Kennwerte ^a					
	Cluster					
	Ziele der TIn für BW		Ziele der TIn für sich		Überzeugungen zu AE- oder AF-Aussagen	
Cluster 1: leichte Präferenz für AF-Ziele	Cluster 2: widersprüchliche Ziele	Cluster 1: leichte Präferenz für AF-Ziele	Cluster 2: widersprüchliche Ziele	Cluster 1: Überzeugungen für AF-Aussagen	Cluster 2: widersprüchliche Überzeugungen	
FK	9 (75.0)	3 (25.0)	11 (84.6)	2 (15.4)	10 (90.91)	1 (9.1)
INF	19 (63.3)	11 (36.7)	19 (59.4)	13 (40.6)	22 (71.0)	9 (29.0)
AS	20 (58.8)	14 (41.2)	22 (56.4)	17 (43.6)	23 (60.5)	15 (39.5)
ASF	7 (26.9)	19 (73.1)	16 (64.0)	9 (36.0)	15 (57.7)	11 (42.3)
AP	13 (72.2)	5 (27.8)	13 (72.2)	5 (27.8)	14 (77.8)	4 (22.2)
Aide senior	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
Erzieher	5 (33.3)	10 (66.7)	10 (66.7)	5 (33.3)	11 (84.6)	2 (15.4)
Andere	3 (50.0)	3 (50.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	5 (83.3)	1 (16.7)
$\chi^2 (9) = 18.74, p = .026$		$\chi^2 (9) = 8.10, p = .524$		$\chi^2 (9) = 9.12, p = .426$		

Anmerkung. ^a n = Anzahl und Prozente (in Klammern) der TIn im entsprechenden Cluster; FK = Führungskräfte, INF = Krankenpfleger, AS = Hilfspfleger, ASF = Aide socio-familiale, AP = Altenpfleger.

Die Berufserfahrung. Auch in Bezug auf die Variable *Berufserfahrung* konnte lediglich ein tendenziell signifikanter Zusammenhang zwischen der Variable *Berufserfahrung* der TIn und deren Zielen bezüglich der BW, $\chi^2_{\text{nach Pearson}} = 12.22, p \leq .1$, ermittelt werden (vgl. Tabelle 41). Bei den Kreuztabellierungen der Variable *Berufserfahrung* mit den Zielen der TIn bezüglich sich selbst sowie mit den Einstellungen der TIn zu Aussagen aus dem Altenpflegebereich waren keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zu erkennen.

Bei der Kreuztabellierung der Ziele der TIn in Bezug auf die BW war erkennbar, dass sich nahezu die Hälfte der TIn (44.2%) aus Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele) in der Kategorie zwischen 5 und 15 Jahren Berufserfahrung befand. Die andere Hälfte (55.8%) verteilte sich auf die verbleibenden sechs Berufserfahrungsabschnitte. In Cluster 2 (widersprüchliche Ziele) hatte die Mehrheit der zugehörigen TIn eine Berufserfahrung von 0 bis 10 Jahre. In diesem Cluster (widersprüchliche Ziele) gab es relativ wenig TIn, die eine längere Berufserfahrung als 19 Jahre hatten.

Auch wenn weder für die Cluster der Ziele der TIn für sich selbst noch für ihre Überzeugungen zu AE- oder AF-Aussagen betreffend die Altenpflege bedeutsame Zusammenhänge mit der Berufserfahrung der TIn bewiesen werden konnten, so fiel doch auf, dass auch bei diesen beiden Auswertungen in Cluster 2 (widersprüchliche Ziele bzw. Überzeugungen) mehr oder weniger 50% der TIn eine Berufserfahrung unter 10 Jahren hatten. In Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele bzw. Überzeugungen für AF-Aussagen) waren die TIn homogener auf die einzelnen Kategorien verteilt, wobei auch dort auffiel, dass die Mehrzahl jeweils eine Berufserfahrung von weniger als 20 Jahre angab.

Tabelle 41: Vergleich der Cluster bezüglich den Zielen und Überzeugungen der TIn und ihrer Berufserfahrung.

Cluster	Deskriptive Kennwerte ^a								Sign. ^b
	Berufserfahrung								
	0 - 4 Jahre	5 - 9 Jahre	10 - 14 Jahre	15 - 19 Jahre	20 - 24 Jahre	25 - 29 Jahre	30 - 34 Jahre	> 35 Jahre	
Ziele der TIn für BW									
Cluster 1: leichte Präferenz für AF-Ziele	9 (11.7)	18 (23.4)	16 (20.8)	10 (13.0)	6 (7.8)	8 (10.4)	4 (5.2)	6 (7.8)	$\chi^2(7) = 12.22,$ $p = .094$
Cluster 2: widersprüchliche Ziele	18 (27.7)	16 (24.6)	10 (15.4)	8 (12.3)	2 (3.1)	2 (3.1)	7 (10.7)	2 (3.1)	
Ziele der TIn für sich									
Cluster 1: leichte Präferenz für AF-Ziele	15 (15.5)	23 (23.7)	18 (18.6)	12 (12.4)	8 (8.2)	8 (8.2)	8 (8.2)	5 (5.2)	$\chi^2(7) = 3.97,$ $p = .783$
Cluster 2: widersprüchliche Ziele	12 (23.5)	12 (23.5)	10 (19.6)	7 (13.7)	1 (2.0)	3 (5.9)	3 (5.9)	3 (5.9)	
Überzeugungen zu Aussagen (Altenpflege)									
Cluster 1: Überzeugungen für AF-Aussagen	14 (13.9)	20 (19.8)	21 (20.8)	15 (14.9)	8 (7.9)	9 (8.9)	7 (6.9)	7 (6.9)	$\chi^2(7) = 10.91,$ $p = .142$
Cluster 2: widersprüchliche Überzeugungen	11 (25.6)	14 (32.6)	7 (16.3)	4 (9.3)	1 (2.3)	2 (4.7)	4 (9.3)	0 (0.0)	

Anmerkung. ^a Anzahl und Prozente (in Klammern) der TIn in den entsprechenden Clustern; ^b Sign. = Signifikanz.

Das Ausbildungsland. Interessant war auch die Frage nach den Zusammenhängen zwischen den Clustern der drei Auswertungen betreffend die Ziele bzw. die Überzeugungen der TIn und dem Ausbildungsland der TIn (vgl. Tabelle 42). Die Kreuztabellierungen sollten Aufschluss geben, ob bedeutsame Zusammenhänge festgestellt werden konnten,

insbesondere, weil bereits beim Beantworten der ersten Forschungsfrage festgestellt worden war, dass bei den Teilnehmern der Studie, die in Luxemburg ausgebildeten Pflegekräfte in der Minorität waren.

Statistisch bestand zwischen der Variable *Ausbildungsland* und den Clustern der Ziele der TIn in Bezug auf die BW ein höchst signifikanter Zusammenhang $\chi^2_{\text{nach Pearson}} = 13.13$, $p \leq .001$ und zwischen dem Ausbildungsland und den Überzeugungen der TIn zu AE- oder AF-Aussagen ein hoch signifikanter Zusammenhang $\chi^2_{\text{nach Pearson}} = 9.74$, $p \leq .01$. Lediglich bei der Kreuztabellierung des Ausbildungslandes mit den Clustern der Ziele der TIn in Bezug auf sich selbst konnte kein bedeutsamer Zusammenhang ermittelt werden (vgl. Tabelle 42). Allerdings fiel beim Betrachten der Tabelle auf, dass bei allen drei Befunden die TIn in Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele bzw. Überzeugungen für AF-Aussagen) jeweils mehrheitlich im Ausland ausgebildet worden waren. Besonders deutlich erkennbar war dies bei den Zielen der TIn in Bezug auf die BW, wo nur knapp ein Drittel der TIn (31.2%) ihre Ausbildung in Luxemburg und mehr als zwei Drittel (68.8%) ihre Ausbildung im Ausland absolviert hatten. Ähnlich deutlich stellte sich die Situation bei den Überzeugungen der TIn zu den Aussagen betreffend die Altenpflege dar, wo wiederum nur 34.5% der TIn aus Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele bzw. Überzeugungen für AF-Aussagen) in Luxemburg ausgebildet worden waren und die restlichen 65.3% ihre Ausbildung im Ausland gemacht hatten. Bei diesen beiden Auswertungen konnte man auch beobachten, dass sich in Bezug auf die Clusterzugehörigkeit zu Cluster 2 (widersprüchliche Ziele bzw. Überzeugungen), die Situation genau umgekehrt verhielt: Zu Cluster 2 der Ziele der TIn in Bezug auf die BW (widersprüchliche Ziele) gehörten 61.5% in Luxemburg ausgebildete Pflegekräfte und 38.5% im Ausland ausgebildete Pflegenden. Bei den Überzeugungen zu den unterschiedlichen Entwicklungen und Aussagen war es ähnlich, 62.8% der Personen in Cluster 2 (widersprüchliche Überzeugungen) hatten ihre Ausbildung in Luxemburg gemacht und 37.2% waren im Ausland ausgebildet worden.

Table 42 : Vergleich der Cluster bezüglich den Zielen und Überzeugungen der TIn und ihrem Ausbildungsland.

Cluster	Deskriptive Kennwerte ^a		
	Ausbildungsland		
	Luxemburg	Ausland	Signifikanz
<i>Ziele der TIn für BW</i>			
Cluster 1: leichte Präferenz für AF-Ziele	24 (31.2)	53 (68.8)	$\chi^2(1) = 13.13,$ $p = .000$
Cluster 2: widersprüchliche Ziele	40 (61.5)	25 (38.5)	
<i>Ziele der TIn für sich</i>			
Cluster 1: leichte Präferenz für AF-Ziele	38 (39.2)	59 (60.8)	$\chi^2(1) = 1.33,$ $p = .250$
Cluster 2: widersprüchliche Ziele	25 (49.0)	26 (51.0)	
<i>Überzeugungen zu Aussagen</i>			
Cluster 1: Überzeugungen für AF-Aussagen	35 (34.7)	66 (65.3)	$\chi^2(1) = 9.74,$ $p = .002$
Cluster 2: widersprüchliche Überzeugungen	27 (62.8)	16 (37.2)	

Anmerkung. ^a Anzahl und Prozente (in Klammern) der TIn in den entsprechenden Clustern.

8.4 Ergebnisse zur Fragestellung und Hypothese 6.3: Positive und negative Gefühle im Rahmen der Pflege und Betreuung

Im Folgenden geht es darum, zu untersuchen, ob man einen Zusammenhang zwischen dem Pflegeverhalten, d.h. zwischen der Umsetzung von Autonomie fördernden oder Autonomie einschränkenden Pflegestilen und positiven bzw. negativen Gefühlen der Pflegekräfte während der Pflege, feststellen kann. Um dies zu untersuchen, werden einerseits Mittelwertvergleiche zwischen den Gefühlsvariablen und den Clustern des Pflegeverhaltens (aus Abschnitt 8.2) vorgenommen und andererseits wird analysiert, ob es einen Zusammenhang gibt, zwischen dem Pflegeverhalten, den soziodemografischen bzw. berufsspezifischen Merkmalen und/oder den Gefühlen der Teilnehmer während der Pflege.

In Tabelle 43 wurden Mittelwerte und Standardabweichungen der Stichprobe betreffend die positiven und negativen Gefühle: *froh, zufrieden, begeistert, motiviert, stolz, zuversichtlich, frustriert, erschöpft, verärgert, überfordert, besorgt, bedrückt* der TIn in Bezug auf die beiden Cluster des Pflegeverhaltens sowie die Ergebnisse des Mittelwertvergleichs dargestellt. Der theoretische Skalenmittelwert betrug ($M = 3$). Zu Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) gehörten 52.31% der TIn und Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) zählten

47.69% der TIn, womit die Studienteilnehmer in etwa paritätisch auf die beiden Cluster verteilt waren (vgl. Kapitel 8.2).

Tabelle 43: Mittelwerte und Mittelwertvergleich der Gefühlsvariablen der TIn in Abhängigkeit von ihrem Pflegeverhalten.

Variable	Deskriptive Kennwerte ^a				Mittelwertvergleich ^b		
	Pflegeverhalten Cluster 1: inkonsequentes Pflegeverhalten (n = 68; 52.31%)		Pflegeverhalten Cluster 2: Autonomie förderndes Pflegeverhalten (n = 62; 47.69%)		t	df	p
M	SD	M	SD				
<i>PA-Gefühle</i>							
froh	3.92	.77	4.20	.80	-1.97	124	.051
zufrieden	3.59	.70	3.98	.75	-3.04	124	.003
begeistert	3.21	.99	3.77	.87	-3.34	124	.001
motiviert	3.92	.97	4.20	.80	-1.74	124	.085
stolz	3.35	1.09	3.63	.88	-1.62	122.45	.108
zuversichtlich	3.35	1.07	3.88	.90	-3.01	124	.003
Durchschnittsmittelwert	3.56	.93	3.94	.83	-3.03	126	.003
<i>NA-Gefühle</i>							
frustriert	3.42	1.07	2.68	1.02	3.98	124	.000
erschöpft	3.73	1.00	3.03	1.15	3.62	124	.000
verärgert	3.27	1.15	2.55	.91	3.94	121.90	.000
überfordert	3.06	1.04	2.45	.96	3.42	124	.001
besorgt	3.47	.92	3.13	1.02	1.96	124	.054
bedrückt	3.14	1.09	2.37	.94	4.22	124	.000
Durchschnittsmittelwert	3.35	1.05	2.70	1.00	4.72	125	.000

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.
^a n = Anzahl und Prozente der TIn im entsprechenden Cluster; M = Mittelwerte der Skalenwerte, SD = Standardabweichung der Skalenwerte; ^b t = t-Wert, df = Anzahl der Freiheitsgrade, p = Signifikanz.

Bei der Analyse der Mittelwerte betreffend die Gefühle der TIn in Abhängigkeit zu ihrem Pflegeverhalten konnte für das positive Gefühl *begeistert* ein *höchst signifikanter* ($p \leq .001$), für die Variablen *zufrieden* und *zuversichtlich* ein hoch signifikanter ($p \leq .01$) und für den PA *froh* ein signifikanter ($p \leq .05$) Unterschied zwischen den Subgruppen, ermittelt werden. Für die beiden Variablen *motiviert* und *stolz* konnte lediglich ein tendenziell signifikanter Unterschied ($p \leq .1$) festgestellt werden.

Von den NA konnte für fünf der sechs negativen Emotionen: *frustriert, erschöpft, verärgert, überfordert und bedrückt*, ein statistisch höchst signifikanter Unterschied ($p \leq .001$) betreffend die beiden Cluster ermittelt werden. Lediglich für die Variable *besorgt* konnte nur ein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden ($p \leq .05$).

Zur Prüfung der Gefühlslage in Bezug auf das Pflegeverhalten wurden in beiden Clustern jeweils die Durchschnittswerte der positiven Variablen und der negativen Variablen getrennt aufgeführt. Diese durchschnittlichen Mittelwerte gaben an, wie häufig die positiven bzw. negativen Gefühle der TIn im entsprechenden Cluster empfunden wurden. Hohe Werte standen für eine verstärkte Häufigkeit der Gefühle, niedrigere Werte zeigten eine geringere Häufigkeit der betreffenden Gefühle an.

In Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) erreichten die positiven Gefühle einen tieferen Durchschnittswert ($M = 3.56$, $SD = .93$) als in Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) ($M = 3.94$, $SD = .83$), was belegte, dass sich im zweiten Cluster die TIn mit den positiveren Gefühlen befanden. Beide Cluster unterschieden sich hoch signifikant voneinander ($p \leq .01$). Die durchschnittliche Mittelwertdifferenz zwischen den positiven Affekten in den beiden Cluster betrug $.38$. Bei den Durchschnittswerten der negativen Gefühle war es genau umgekehrt. Hier lag der durchschnittliche Mittelwert ($M = 3.35$, $SD = 1.05$) in Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) deutlich höher als in Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) ($M = 2.70$, $SD = 1.00$) und zeigte an, dass die negativen Emotionen der TIn im ersten Cluster (inkonsequentes Pflegeverhalten) deutlich ausgeprägter waren als in Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten), was durch den durchschnittlichen Mittelwertunterschied von $.65$, zwischen den NA-Durchschnittswerten der beiden Cluster, bestätigt wurde. Diese beiden Cluster unterschieden sich höchst signifikant voneinander ($p \leq .001$) (vgl. Tabelle 43).

In Bezug auf die positiven Gefühle gaben die TIn aus Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) an, sich während der Pflege *oft* „froh, zufrieden, motiviert, begeistert, stolz und/oder zuversichtlich zu fühlen. Bezüglich der negativen Gefühle waren die TIn ebenfalls *oft* „frustriert, verärgert, überfordert, bedrückt, erschöpft und/oder besorgt (vgl. Abbildung 23).

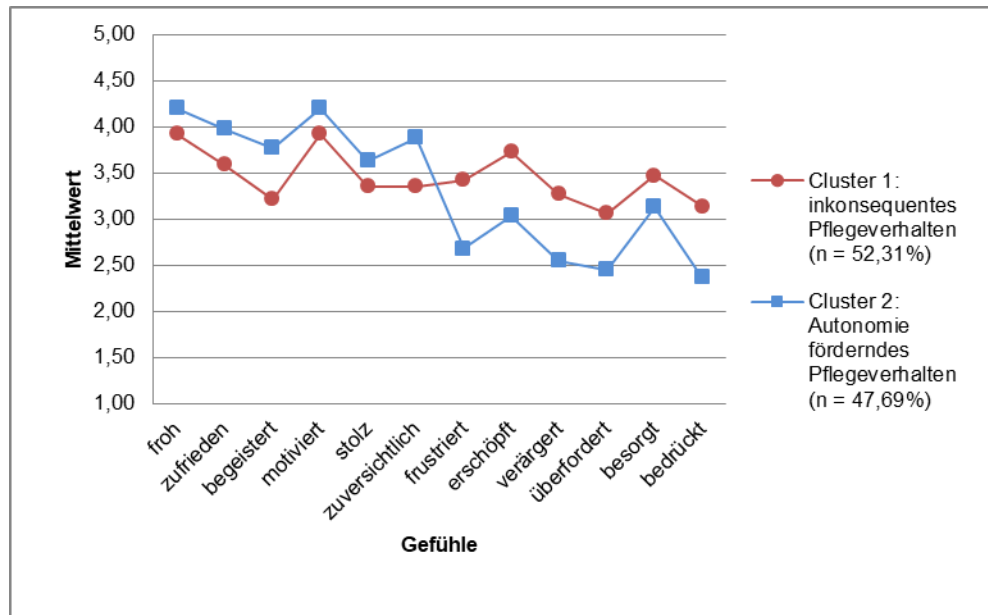


Abbildung 23: Ausprägungen der unterschiedlichen Gefühle in Abhängigkeit der Pflegeverhaltens-Cluster.

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.

Die TIn aus Cluster 2 gaben an im Rahmen der Pflege und Betreuung *sehr oft* „froh“ und/oder „motiviert“ zu sein und sich *oft* „zufrieden, begeistert, stolz und/oder zuversichtlich“ zu fühlen. In Bezug auf die negativen Gefühle gaben sie an sich *manchmal* „erschöpft“ und/oder „besorgt“ zu fühlen und *selten* „frustriert, verärgert, überfordert und/oder bedrückt“ zu sein (vgl. Tabelle 43; Abbildung 23).

Unterschiede in den Gefühlen der Pflegekräfte während der Pflege hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale

Das Geschlecht. Der Durchschnittswert der PA bei den Männern war etwas höher als bei den Frauen, was auf häufigere positive Gefühle der Männer bei der Pflege schließen ließ. Bei den negativen Gefühlen war es genau umgekehrt, dort lag der höhere durchschnittliche Mittelwert der negativen Emotionen bei den weiblichen TIn und belegte, dass diese während der Pflege öfters NA empfanden als ihre männlichen Kollegen (vgl. Anhang I: Tabelle 48 – I 2).

Das Alter. Tabelle 44 stellte die Durchschnittswerte sowohl der positiven als auch der negativen Gefühlsvariablen, je nach den vorgegebenen Altersklassen, dar. Alle TIn hatten *oft* positive Gefühle, allerdings fiel auf, dass mit zunehmendem Alter auch die Durchschnittswerte anstiegen, was vermuten ließ, dass auch die positiven Gefühle bei den älteren TIn während der Pflege zunahm (vgl. Anhang I: detaillierte Tabelle 49 – I 3).

Bei den negativen Gefühlen fiel auf, dass mit zunehmendem Alter die negativen Gefühle abnahmen. Während in den Altersklassen von 17 bis 40 Jahren, die Pflegekräfte angaben oft negative Gefühle zu empfinden, bekundeten die über-40-jährigen Pflegenden selten negative Gefühle zu empfinden.

Bei den negativen Gefühlen stachen die TIn aus der Altersklasse von 17 bis 20 Jahren hervor, die sich auch, wie man beim Betrachten von Abbildung 24 sehen konnte, *erschöpft*, *überfordert*, *besorgt* und *bedrückt* fühlten. Keine andere Altersklasse empfand negative Gefühle in einer solchen Ausprägung.

Tabelle 44: Mittelwerte und Standardabweichung der Gefühlsvariablen in Abhängigkeit vom Alter der TIn.

Durchschnitts- mittelwerte	Deskriptive Kennwerte ^a				
	Alter				
	17-20 Jahre	21-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-60 Jahre
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Positive Gefühle	3.78 (.65)	3.74 (.91)	3.75 (.92)	3.83 (.84)	3.94 (.77)
Negative Gefühle	3.45 (1.13)	3.16 (1.13)	3.02 (1.06)	3.00 (1.00)	2.82 (.80)

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.

^a *M* = Mittelwerte der Gefühlsvariablen, *SD* = Standardabweichung der Gefühlsvariablen.

Abbildung 24 visualisierte die Gefühle der TIn in Abhängigkeit ihres Alters. Auffällig war, dass insbesondere die TIn aus den beiden ersten Altersklassen, also die jüngsten Pflegekräfte, am häufigsten negative Gefühle empfanden. Dabei dominierten bei den 17 bis 20-jährigen TIn die Gefühle *erschöpft*, *überfordert*, *besorgt*, *bedrückt*. Bei den 21- bis 30-Jährigen waren die ausgeprägtesten NA: *erschöpft und besorgt*. Die TIn zwischen 21 und 30 Jahren empfanden am seltensten positive Emotionen (vgl. Durchschnittsmittelwerte in Tabelle 44). Dies unterschied sie von der Altersklasse zwischen 17 und 20 Jahre, deren TIn, trotz der ausgeprägten NA, etwas häufiger PA empfanden.

Am häufigsten empfanden, neben den TIn aus der ersten Altersklasse, die ältesten TIn aus den beiden Altersklassen zwischen 41 und 50 Jahren und zwischen 51 und 60 Jahren positive Gefühle. Sie waren es auch die am seltensten negative Emotionen verspürten (vgl. Tabelle 44; Abbildung 24).

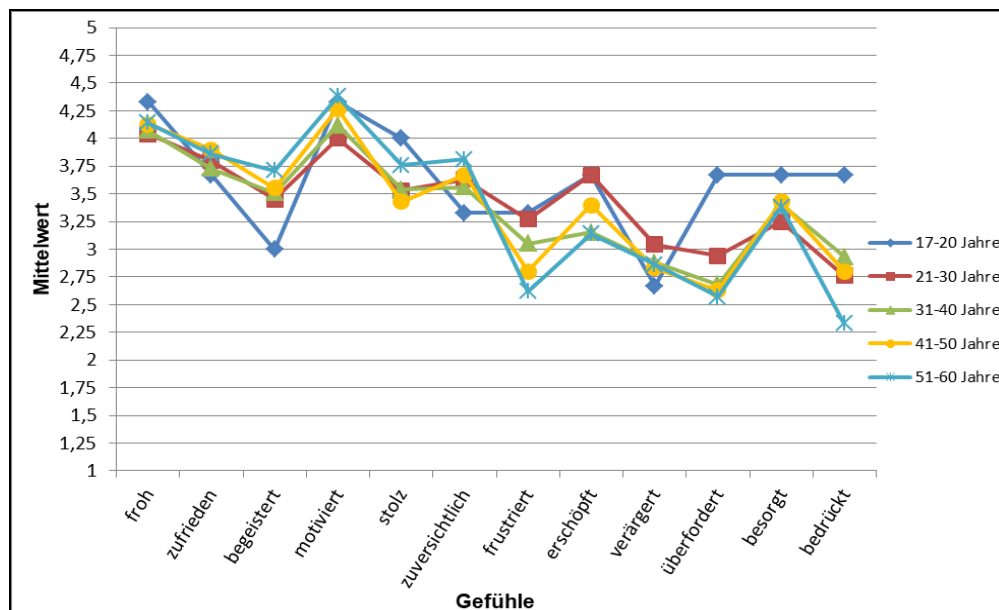


Abbildung 24: Ausprägung der einzelnen PA und NA der TIn in Abhängigkeit ihres Alters. Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.

Die berufliche Position. Tabelle 45 stellte die Durchschnittswerte der positiven und der negativen Gefühlsvariablen in Abhängigkeit von den beruflichen Positionen der TIn dar (vgl. Anhang I: detaillierte Tabelle 50 – I 4). Dabei konnte man feststellen, dass die TIn aus der Kategorie „andere Berufe“, die Erzieher, die Führungskräfte und die Aide senior *sehr oft* positive Gefühle während der Pflege empfanden. Altenpflege, ASF, Hilfspfleger und Krankenpfleger gaben an *oft* positive Gefühle zu haben, wobei die Kranken- und die Hilfspfleger die niedrigsten Mittelwerte erzielten.

Bei den negativen Gefühlen gaben allen voran die Krankenpfleger (höchster Mittelwert), gefolgt von den Hilfspfleger, den Altenpflegern, den Aide senior und den ASF an *oft* negative Gefühl während der Pflege zu empfinden (vgl. Tabelle 45). Lediglich die Erzieher, die TIn aus anderen Berufsgruppen (z.B. Therapeuten) und die Führungskräfte gaben an *selten* negative Gefühle zu haben (vgl. Anhang I: Abbildung 28 – I 1).

Tabelle 45 : Durchschnittswerte der PA und der NA der TIn in Abhängigkeit ihrer beruflichen Positionen.

Durchschnitts- mittelwerte	Deskriptive Kennwerte ^a							
	Berufliche Position							
	FK	INF	AS	ASF	AP	Aide senior	Er- zieher	andere
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Positive Gefühle	4.12 (.53)	3.55 (.83)	3.54 (.96)	3.83 (.92)	3.78 (.84)	4.00 (.00)	4.19 (.75)	4.33 (.80)
Negative Gefühle	2.30 (.71)	3.36 (1.01)	3.21 (1.15)	3.10 (.98)	3.12 (1.05)	3.17 (.00)	2.75 (.96)	2.45 (.66)

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.

^a *M* = Mittelwerte der Skalenwerte, *SD* = Standardabweichung der Skalenwerte.

Die Berufserfahrung. Beim Analysieren der Durchschnittswerte der verschiedenen Gefühlsvariablen in Abhängigkeit der Berufserfahrung der TIn, konnte man feststellen, dass es keinen erkennbaren Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Häufigkeit von positiven und/oder negativen Emotionen zu geben schien, denn PA und NA waren unregelmäßig den einzelnen Klassen zugeordnet (vgl. Anhang I: Tabelle 51 – I 5; vgl. Anhang I: Abbildung 29 – I 2).

Der Ausbildungshintergrund. Tabelle 46 stellte die Durchschnittswerte und die Standardabweichungen der positiven und der negativen Gefühle der TIn in Abhängigkeit ihres Ausbildungslandes dar (vgl. Anhang I: detaillierte Tabelle 52 - I 6). Beim Betrachten der positiven und der negativen Mittelwerte konnte man feststellen, dass es bei den beiden durchschnittlichen Mittelwerten der positiven Gefühle betreffend die Ausbildungshintergründe *Luxemburg* und *Ausland*, nahezu keine Differenz gab (vgl. Tabelle 46). Sowohl die Pflegekräfte, die in Luxemburg ausgebildet wurden, als auch die Pflegenden, die ihre Ausbildung in Ausland absolviert hatten, empfanden *oft* positive Gefühle während der Pflege.

Beim Vergleich der Durchschnittswerte bezüglich der negativen Gefühle konnte man allerdings einen signifikanten Unterschied feststellen ($p \leq .05$). Die in Luxemburg ausgebildeten Pflegekräfte empfanden *oft* negative Gefühle während der Pflege, wohingegen ihre Kollegen, mit einer im Ausland absolvierten Ausbildung, *selten* negative Gefühle empfanden.

Tabelle 46 : Durchschnittswerte der PA und der NA in Abhängigkeit des Ausbildungslandes der TIn.

Variable	Deskriptive Kennwerte ^a				Mittelwertvergleich ^b		
	Ausbildungsland: Luxemburg		Ausbildungsland: Ausland		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Positive Gefühle	3.81	.93	3.73	.83	.70	151	.486
Negative Gefühle	3.23	1.03	2.94	1.05	2.09	149	.038*

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft. ^a *n* = Anzahl und Prozente der TIn im entsprechenden Cluster; *M* = Mittelwerte der Skalenwerte, *SD* = Standardabweichung der Skalenwerte; ^b *t* = *t*-Wert, *df* = Anzahl der Freiheitsgrade, *p* = Signifikanz. **p* ≤ .05 = signifikant.

Abbildung 25 visualisierte den Vergleich zwischen den einzelnen Gefühlen der, in Luxemburg ausgebildeten und der im Ausland ausgebildeten, TIn. Dabei fiel auf, dass bei den positiven Emotionen, der Ausbildungshintergrund keinen bedeutsamen Einfluss auf die Ausprägung dieser Gefühle hatte, denn die Werte der PA waren für die gesamte Stichprobe etwa gleich, was auch gut auf dem Liniendiagramm in Abbildung 25 zu erkennen war. Bei den NA stach die Differenz zwischen den Gefühlen, der in Luxemburg und der im Ausland ausgebildeten TIn, sichtlich hervor. Die negativen Gefühle der, in Luxemburg ausgebildeten, TIn waren deutlich ausgeprägter. Besonders deutlich traten die Variablen *besorgt* und *erschöpft* bei den NA dieser TIn in den Vordergrund, auch mit statistisch bedeutsame Ergebnissen (vgl. Tabelle 52 – I 6 im Anhang). Auch die TIn, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert hatten, gaben an, sich am häufigsten *erschöpft* und/oder *besorgt* zu fühlen, allerdings war diese Häufigkeit bedeutend geringer als bei den, in Luxemburg ausgebildeten, TIn (vgl. Abbildung 25).

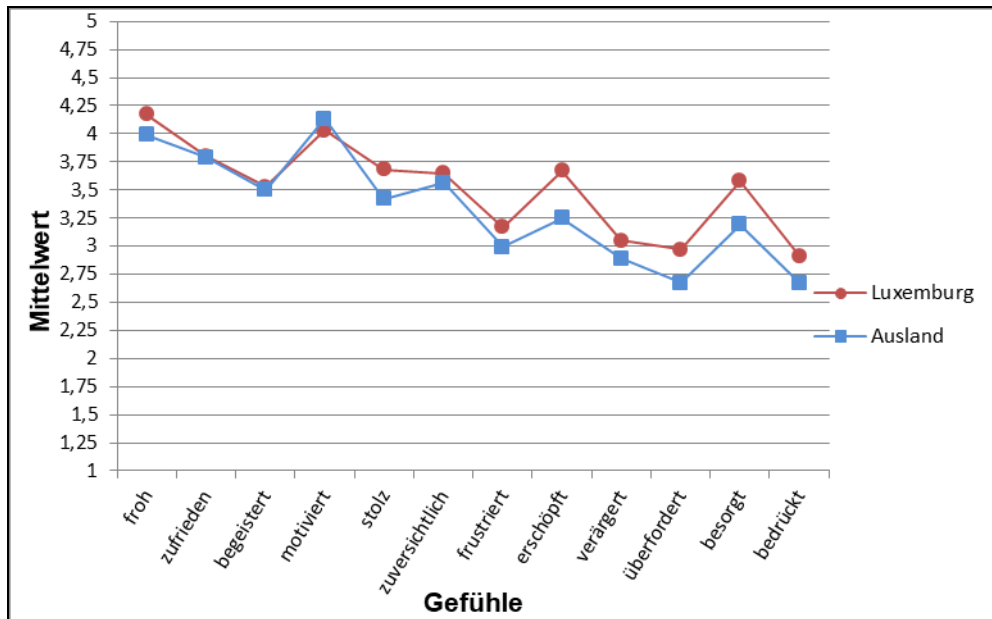


Abbildung 25: Ausprägung der unterschiedlichen PA und NA der TIIn in Abhängigkeit ihres Ausbildungshintergrundes.

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.

Abbildung 26 visualisierte das Empfinden der positiven und der negativen Gefühle der gesamten Stichprobe, welches anhand der Mittelwertvergleiche der einzelnen Gefühle dargestellt wurde. Sowohl bei den PA als auch bei den NA ragten jeweils zwei Gefühle heraus, die besonders häufig von der Stichprobe empfunden wurden: bei den PA waren es die Gefühlsvariablen *froh* und *motiviert* und bei den NA waren es die Variablen *besorgt* und *erschöpft*.

Am seltensten fühlten sich die Pflegekräfte bei den PA: *begeistert* und/oder *stolz* und bei den NA fühlten sie sich am seltensten *überfordert* und/oder *bedrückt* (vgl. Abbildung 25).

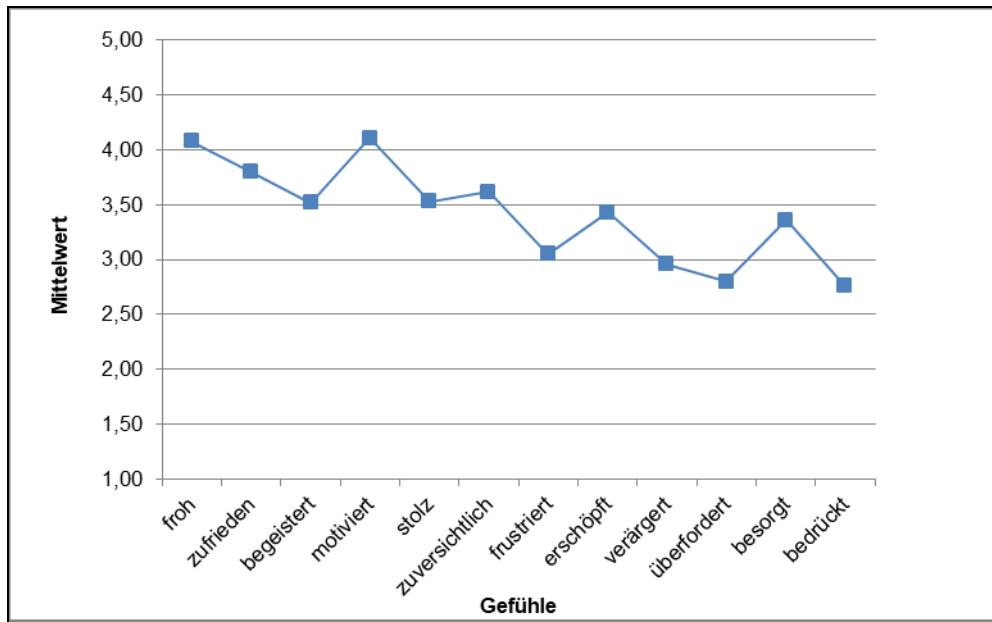


Abbildung 26: Ausprägungen der unterschiedlichen PA und NA der gesamten Stichprobe. Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.

9 Diskussion der Forschungsergebnisse

Die vorgestellte Dissertation soll den Fragen nachgehen, ob die in luxemburgischen Alten- und/oder Pflegeheimen angewandten Pflegemodelle den Ansprüchen des 21. Jahrhunderts entsprechen und eine bewohnerzentrierte Altenhilfe im Mittelpunkt der Altenarbeit steht, d.h. ob die zur Zeit umgesetzten Pflegestile noch ausreichen, um die Bedürfnisse der Heimbewohner zu befriedigen oder ob es an der Zeit ist, sich neueren Pflegemodellen zuzuwenden bzw. sich in eine ganz neue Richtung, weg vom Pflegemodell, hin zum Betreuungsmodell zu bewegen.

Demnach geht es bei dieser Forschungsarbeit darum zu ermitteln, ob die Pflegekräfte ein, den internationalen Forschungserkenntnissen entsprechendes, Autonomie förderndes Pflegeverhalten aufweisen, d.h. dass das Hauptaugenmerk der Pflege auf einer aktivierenden, kompetenz-, bedürfnis- und/oder präventionsorientierten Pflege bzw. Betreuung liegt oder ob die Pflegenden immer noch unter dem Einfluss des, in Luxemburgs Schulen für Gesundheitsberufe, bevorzugt gelehrtten Pflegemodells von Virginia Henderson stehen und die diesbezüglichen Autonomie einschränkende Pflegeweisen der Krankenpflege in der Altenpflege umsetzen oder zumindest einfließen lassen. Ferner soll die Studie zeigen, ob die persönlichen Ziele und Überzeugungen der Pflegekräfte mit ihrem Pflegeverhalten identifizierbar sind und ob die umgesetzten Pflegestile und die Gefühlswelt der Pflegekräfte in einem systematischen Zusammenhang stehen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse (vgl. Kapitel 8) zu den drei Forschungsfragen (vgl. Kapitel 6) diskutiert. In Abschnitt 9.1 wird der Frage nachgegangen, ob anhand des unterschiedlichen Pflegeverhaltens der Studienteilnehmer, in der Stichprobe, Subgruppen (Cluster) ermittelt werden können, die Präferenzen zu einem Autonomie einschränkende oder einem Autonomie fördernde Pflegestil aufweisen und was die Hintergründe für das jeweilige Pflegeverhalten sind. In Abschnitt 9.2 wird erörtert ob auch bei den persönlichen Zielen der Studienteilnehmer in Bezug auf die Heimbewohner bzw. in Bezug auf sich selbst und auch bei ihren Überzeugungen zu unterschiedlichen Bereichen der Altenpflege, Autonomie einschränkende oder Autonomie fördernde Tendenzen erkennbar sind und ob diese in Verbindung stehen mit dem Pflegeverhalten der Teilnehmer. In Abschnitt 9.3 werden Zusammenhänge zwischen den, während der Pflege empfundenen, Gefühlen der Pflegekräfte und den angewandten Pflegepraxen untersucht. Daran anschließend werden methodische und inhaltliche Reflexionen zur vorliegenden Forschungsarbeit durchgeführt (Abschnitt 9.4).

9.1 Pflegepraxis und ihre Korrelate

Durch die clusteranalytisch ermittelten Klassifizierungen wurde deutlich, dass es in den, an der Studie teilnehmenden, Alten- und/oder Pflegeheimen keine einheitliche Verhaltensweisen bei der Pflege der Heimbewohner gab. Mit Hilfe der Clusteranalyse wurden zwei Cluster identifiziert, deren Angehörige unterschiedliche Pflegeverhalten aufwiesen. In der Hypothese zu den Forschungsfragen war davon ausgegangen worden, dass die Autonomie einschränkende Pflegepraxis dominieren könnte. Diese Vermutung wurde aber durch die Clusteranalyse nicht bestätigt, denn keine der beiden identifizierten Gruppierungen repräsentierte eine Subgruppe mit Pflegekräften, die ausschließlich einen Autonomie einschränkenden Pflegestil umgesetzt hatte. Die clusteranalytische Auswertung zeigte aber, dass die Stichprobe trotzdem zwei unterschiedlichen Pflegestilen zugeordnet werden konnte, wobei ein erstes Cluster entstand, mit Pflegekräften, die ein inkonsistentes Pflegeverhalten zeigten, da ihr Pflegestil weder *konsistent Autonomie einschränkend* noch *konsistent Autonomie fördernd* war, sondern eher als *unentschlossen*, *unentschieden* oder *konkurrierend* bezeichnet werden konnte und ein zweites Cluster, mit Teilnehmern, deren Pflegeverhalten als *Autonomie fördernd* zu bewerten war.

Die Tatsache, dass sich die Pflegekräfte paritätisch auf die beiden Cluster verteilt hatten, sogar mit einer minimalen Überzahl im Cluster mit den inkonsequenten Pflegekräften, unterstrich noch einmal die fehlende konsistente, zielgerichtete Pflegepraxis in den, an der Studie teilnehmenden Institutionen. An sich konnte man die beiden, aus der Clusteranalyse entstandenen, Gruppierungen so deuten, dass die eine Hälfte der Teilnehmer angegeben hatte, Autonomie fördernd zu pflegen, was rezenten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspräche, welche eine aktivierenden, kompetenz- fördernde Altenpflege in den Vordergrund stellen, und dass die andere Hälfte der Pflegekräfte zwischen einem AE- und einem AF-Pflegeverhalten hin und her wechselte und so pflegte, wie diese Pflegekräfte es gerade für richtig hielten oder was sie gerade zu leisten im Stande waren. Ein solches Vorgehen sollte nach Aussagen von Krohwinkel jedoch vermieden werden: „Es kann nicht sein, dass jeder so pflegt, wie er gerade kann oder meint. Das geht in keiner Profession“ (Krohwinkel zit. nach Müller, 2015, S. 66).

Dass dieses schwankende Pflegenverhalten nicht im Sinne einer aktivierenden bewohner- und bedürfnisorientierten Altenpflege ist, wird durch die Aussage von Müller (2015) untermauert, der bekundet, dass man nach heutigem Verständnis von Altenpflege, davon ausgeht, dass die Grundlage einer professionellen Pflegepraxis die Durchführung der Pflege und Betreuung „nach einheitlichen Wertvorstellungen und Kriterien“ ist, wobei die

Heimbewohner eindeutig im Mittelpunkt stehen. Die einheitliche Orientierung der Pflegepraxis innerhalb einer Altenhilfeeinrichtung „ist nicht mehr in das Belieben der Mitarbeiter und des Trägers gestellt, sondern Verpflichtung für alle“ (Müller, 2015, S. 44).

Beim, in Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten), festgestellten Pflegeverhalten kann nicht mehr von Konsistenz in der Pflege die Rede sein, die laut Krohwinkel (2008) unerlässlich ist, für die „Effektivität des Pflegeprozesses“ (S. 247). Hier muss man davon ausgehen, dass das permanente Hin und Her zwischen zwei Pflegestilen bzw. Interventionsformen einerseits negative Auswirkungen auf die Qualität der Pflege und der Betreuung der Bewohner hat und somit auch deren Wohlbefinden und deren Lebensqualität beeinträchtigt und andererseits dieses Pflegeverhalten für die Pflegenden viel schwieriger umsetzbar und kräftezehrender ist, als die Pflege nach einheitlichen Kriterien oder einem konsequenten Pflegekonzept. Denn bereits die Entscheidung, wann?, bei wem?, welcher? der beiden Pflegestile umgesetzt werden soll, muss eine Belastung für die Pflegenden darstellen, insbesondere, wenn ihnen die Konsequenzen der unterschiedlichen Pflegemethoden bewusst sind.

Zu vermuten ist, dass die Hauptleidtragenden dieses inkonsistenten Pflegeverhaltens, der fehlenden Kontinuität und somit der fehlenden Pflegeeffektivität, die Heimbewohner sind (vgl. Lind, 2007, S. 19), denn die Tatsache, dass zwei unterschiedliche Pflegestile paritätisch unter den Pflegekräften aufgeteilt sind, kann äußerst verwirrend für die alten Menschen sein. Ob eventuell die AF-eingestellten Teilnehmer in den gleichen Institutionen arbeiten und somit dieser Pflegestil dort zum Pflegealltag dazugehört, kann auf Grund der Anonymität der Studienteilnehmer nicht überprüft werden.

Am schwierigsten dürfte für die Bewohner der Umgang mit der alltäglichen Spaltung der Pflegepraxis sein, denn die Unterschiede zwischen dem AF-Pflegestil und dem AE-Pflegeverhalten sind doch sehr deutlich. Während die Bewohner sich bei der AF-Pflegepraxis eigenständig am Pflegegeschehen beteiligen können, müssen sie die AE-Pflege passiv über sich ergehen lassen. Somit können diese Bewohner, bedingt durch die fehlende Konsistenz und die fehlende Kontinuität im Pflegeverhalten, kein Gefühl der Sicherheit, des Vertrauens oder der Geborgenheit entwickeln (vgl. Korecic, 2012, S. 10), da sie nie einschätzen können, welche Pflegepraxis an der Tagesordnung steht: Zum Beispiel können Bewohner, die Unterstützung bei der Körperpflege brauchen, an einem Tag die Möglichkeit haben, ihre Körperpflege weitestgehend eigenständig am Waschbecken durchzuführen, am darauffolgenden Tag können sie aber dazu aufgefordert werden im Bett zu bleiben, um sich dort vom Pflegenden waschen zu lassen ohne dabei selbst aktiv zu

werden. Ein anderes Beispiel betrifft Bewohner, die an Inkontinenz leiden und beim Umsetzen des AF-Pflegestils die Möglichkeit haben ihre Ausscheidungen durch Toilettentraining zu kontrollieren bzw. ihre Inkontinenz so zu verbessern oder zu kontrollieren (vgl. Kapitel 4.6.2.5), wohingegen sie vielleicht am darauffolgenden Tag einen Pflegenden antreffen, der für sie den AE-Pflegestil bevorzugt und sie dann Windeln tragen müssen. Allein an diesen beiden Beispielen kann man erkennen, welche Tragweite die fehlende Konsequenz im Pflegeverhalten für die alten Menschen hat. Da es sich hier um eine Gruppe von Pflegekräften handelt, die sowohl den AE- als auch den AF-Pflegestil „oft“ umsetzen (vgl. Kapitel 8.2), weiß der Bewohner nie, was ihn erwartet, da er weder die Ursachen noch die Auslöser für das unterschiedliche Pflegeverhalten kennt.

Es muss davon ausgegangen werden, dass die Pflegenden, die dieses inkonsequente bzw. inkonsistente Pflegeverhalten umsetzen, nicht verstehen oder nicht wissen, welche Bedeutung ihre Handlungsweisen für die betroffenen Heimbewohner haben oder inwieweit sie diese alten Menschen in ihrer Selbstbestimmung und Selbstständigkeit einschränken, denn eine aktivierende, kompetenz-, bedürfnis- und präventionsorientierte Altenpflege bedeutet eine kontinuierliche Förderung der Autonomie und eine kontinuierliche Stimulation der Fähigkeiten der Bewohner, um ihre Autonomie, ihre Würde und ihre Selbstbestimmung möglichst lange zu bewahren (vgl. Seel & Hurling, 2005, S. 97).

Demnach scheint bei einer Teilgruppe von Pflegenden, ein einheitliches Pflegekonzept zu fehlen, welches den Pflegeprozess regelt und von den Führungskräften der Institutionen vorgegeben wird, denn Krohwinkel (2008) geht davon aus, „dass personen- und förderungsorientierte Pflegepraxis immer auch ein personen- und förderungsorientiertes Management erfordert“ (S. 247). Zwar geben die Verantwortlichen, der an der Studie teilnehmenden Institutionen, Pflegemodelle an, nach denen die Mitarbeiter arbeiten sollen und an welche auch die Pflegeplanung und die Pflegedokumentation gekoppelt sein sollen, aber scheinbar sind diese Informationen nicht bis zur Basis vorgedrungen oder das Pflegepersonal hat Schwierigkeiten die vorgegebenen Modelle zu verstehen, umzusetzen und/oder zu akzeptieren, denn bei der Erhebung hat ein Viertel der Teilnehmer überhaupt kein Pflegemodell oder ungültige Pflegekonzept genannt. Des Weiteren scheinen andere Pflegemodelle, die von den Pflegedienstleitern oder Direktoren, als institutionsinterne Pflegemodelle oder Konzepte genannt worden sind, beim Personal gänzlich unbekannt zu sein (vgl. Kapitel 8.2).

Da das Pflegeverhalten der Pflegekräfte einen entscheidenden Anteil am Wohlbefinden der Heimbewohner hat und da einerseits sich mit Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten)

eine Gruppierung von Pflegenden herauskristallisiert hat, deren Pflegeverhalten weder ausschließlich dem AE-Pflegestil noch dem AF-Pflegestil zugeordnet werden kann und andererseits in Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten), sich entgegen der hypothetischen Vermutung zur Forschungsfrage, ein ausgeprägtes AF-Pflegeverhalten andeutet, scheint es interessant zu untersuchen, ob es erkennbare Ursachen oder Zusammenhänge für das unerwartete Ergebnis der Clusteranalyse gibt.

Eine Ursache für das ausgeprägte Autonomie fördernde Pflegeverhalten kann in Zusammenhang stehen mit dem Ausbildungshintergrund der Studienteilnehmer, zumal ein Viertel der Teilnehmer angibt, dass ihnen das Pflegemodell von Monika Krohwinkel bekannt ist. Das Modell von Krohwinkel ist ein Autonomie förderndes Pflegemodell, das nicht auf dem Lehrplan der luxemburgischen Schulen für Gesundheitsberufe steht und zugleich ein Pflegemodell, was von keinem der Verantwortlichen der teilnehmenden Institutionen als angewandtes Pflegemodell oder als Alternativmodell genannt worden ist und somit wahrscheinlich auch nicht Teil von institutionsinternen Fortbildungen ist. Demnach scheint es so, dass hauptsächlich im Ausland ausgebildete Studienteilnehmer dieses Autonomie fördernde Pflegemodell kennen und auch entsprechend umsetzen können, auch wenn die Vorgaben ihrer Arbeitgeber anders lauten. Diese Pflegenden haben vielleicht erkannt, wie Vercauteren und Hervy (2009) beschreiben, dass es zu Beginn des 21. Jahrhunderts im Altenpflegebereich insbesondere darum geht, die individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen der Bewohner zu befriedigen, sie aktivierend, kompetenz- und präventionsorientiert zu betreuen und sie so zu stimulieren, dass ihnen ihre Autonomie und Selbstbestimmung möglichst lange erhalten bleiben, damit die Heimbewohner auch als „Kunden“ zufrieden sind (vgl. S. 44). Die Unvereinbarkeit des AF- und des AE-Pflegestils könnte somit für diese Pflegenden in ein Dilemma führen, da sie sich einerseits ihrem Arbeitgeber verpflichtet fühlen und andererseits die Bedürfnisse der Bewohner erfüllen wollen. Fest steht, dass im Spannungsfeld zwischen einer effektiven Autonomie fördernden Pflegepraxis und einer Autonomie einschränkenden Pflege, eine pflegerische Optimierung und Sensibilisierung sich nur äußerst schwer, wird entwickeln können.

Als weitere Ursache für das inkonsistente Pflegeverhalten kann auch vermutet werden, dass die, im Ausland ausgebildeten, Teilnehmer Schwierigkeiten haben das Pflegemodell von Henderson umzusetzen, da sie dieses während ihrer Ausbildung nicht so intensiv kennengelernt haben wie ihre, in Luxemburg ausgebildeten, Kollegen. Daher kann der Ausbildungshintergrund nicht nur ausschlaggebend sein für die Entstehung von Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten), sondern er kann auch mitverantwortlich sein für das

unausgewogene Pflegeverhalten der Teilnehmer in Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten), denn die Tatsache, dass die im Ausland ausgebildeten Teilnehmer vermehrt AF-Pflegemodelle kennen, in luxemburgischen Alteneinrichtungen aber nach dem Pflegemodell von Henderson arbeiten sollen (Pflege einschließlich Planung und Dokumentation), kann sicherlich zu Verwirrungen bei den Pflegenden führen. Diese Pflegekräfte sind besonders gefährdet einen unausgewogenen Pflegestil zu entwickeln, da sie einerseits den Vorgaben der Arbeitgeber Folge leisten müssen, andererseits aber erfahrener im Umsetzen von AF-Pflegestilen sind, was sich beim Pflegeverhalten schwierig leugnen lässt. Es besteht natürlich auch die Möglichkeit, dass die Pflegenden zwar weitestgehend nach dem Modell von Henderson pflegen, dass sie dann aber in verschiedenen Situationen bewusst auf den AF-Pflegestil zurückgreifen, wenn sie glauben, dass die AF-Pflege viel stärker zur Steigerung des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit der Heimbewohner beiträgt, als der Pflegestil nach Henderson. Dabei kann es sein, dass sie sich nicht bewusst sind, dass sie durch ihr eigenständiges Einbringen eines neuen Pflegestils, die Heimbewohner zusätzlich verwirren könnten.

Neben dem Ausbildungshintergrund gibt es noch weitere mögliche Ursachen für die Entwicklung eines unausgewogenen Pflegeverhaltens. So gibt Tschan (2010) z.B. an, dass „Unwissenheit“ (S. 35) eine Ursache sein kann für Unausgewogenheiten bzw. Inkonsequenz im Pflegeverhalten. Beim Vergleich des Alters, der beruflichen Qualifikation und der Berufserfahrung der Studienteilnehmer aus Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) kann man vermuten, dass tatsächlich hier die „Unwissenheit“, d.h. fehlende Qualifikation im Bereich der Altenpflege, fehlende Berufserfahrung und/oder fehlende Erfahrung im Umgang mit schwierigen Situationen (Demenzerkrankung, Tod von Bewohnern, usw.) zu diesem inkonsistenten Pflegeverhalten führen könnten, denn mehr als zwei Drittel dieser Pflegekräfte haben eine Berufserfahrung von weniger als 15 Jahren. Wenn diese, bereits durch ihre fehlende Qualifikation im Bereich der Altenpflege (vgl. Demortier, 2014, S. 43ff.) geschwächten, jungen, unerfahrenen Pflegekräfte dann unter Zeitdruck arbeiten müssen und/oder durch weitere schwierige Ereignisse wie z.B. Tod von Bewohnern, usw. zusätzlich belastet werden, besteht die Möglichkeit, dass sie in den von Tschan (2010) zitierten „Arbeitsstress“ (S. 35) geraten, was zu dem in der Literatur beschriebenen Phänomen führen kann, dass Menschen in Stresssituationen oder in belastenden Situationen dazu neigen unwillkürlich auf ursprünglich erlernte Lösungsmuster zurückzugreifen (vgl. Leidenfrost, 2006, S. 40; Knoch et al., 2014, S. 10f), d.h. dass sie möglicherweise dann auf die Pflegemethoden zurückgreifen, die sie sich während ihrer Ausbildung eingeprägt haben oder dass sie automatisch den Pflegemodus übernehmen, den sie, während ihrer Ausbildung

verinnerlicht haben, was sowohl ein AE- als auch ein AF-Verhalten sein kann, je nachdem in welchem Land sie ihre Ausbildung absolviert haben.

In Bezug auf die berufliche Qualifikation, befinden sich im ersten Cluster (inkonsequentes Pflegeverhalten) ebenfalls die Mehrheit der einzelnen Berufsgruppen betreffend die Krankenpflege (Kranken- und Hilfspfleger und ASF). Auch die Altenpfleger befinden sich mehrheitlich in diesem Cluster. Vermutlich ist die starke Präsenz der Pflegenden aus der Akutkrankenpflege in diesem Cluster damit zu erklären, dass sie durch die fehlende Ausbildung im Bereich der Altenpflege, in Stresssituationen geraten und dann (wie bereits erwähnt) auf den, während der Ausbildung erlernten, Pflegemodus aus der Krankenhauspflege zurückgreifen. Auffällig ist die große Präsenz der Altenpfleger in Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten), denn sie werden ausschließlich im Ausland ausgebildet, da es diese Ausbildung in Luxemburg nicht gibt und diese Ausbildung ist spezifisch auf den Altenpflegebereich zugeschnitten. Demnach müssten diese Teilnehmer wissen, dass ein Durcheinander an Pflegestilen die alten Menschen verwirren kann. Ihre Präsenz in Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) kann aber damit zusammenhängen, dass sie versuchen bestmöglichst das, vom Arbeitgeber vorgegebenen, AE-Pflegemodell umzusetzen und so eine Mischung aus dem vorgegebenen und aus dem erlernten Pflegestil produzieren. Es kann aber auch sein, dass sie sich von den AE-pflegenden Kollegen beeinflussen lassen und zugleich zu den jüngeren Mitarbeitern gehören, die ihren Weg noch nicht gefunden haben und die versuchen allen Seiten gerecht zu werden, sowohl den Arbeitgebern wie den Bewohnern und sich auch noch den Kollegen anpassen wollen. Es besteht auch die Vermutung, dass sich Pflegekräfte aus anderen Fachbereichen (z.B. ASF), „irrtümlicherweise“ im Fragebogen als *Altenpfleger* bezeichnet haben, da sie sich in den Altenhilfeeinrichtungen als Altenpfleger fühlen, auch wenn dies nicht die korrekte Bezeichnung ihrer Fachausbildung ist und sie somit eigentlich anderen beruflichen Fachrichtungen zugerechnet werden müssten.

Die Erzieher sowie die Mitarbeiter, die unter der Kategorie „andere Berufe“ aufgeführt sind und die Führungskräfte sind mehrheitlich in Cluster 2 (Autonomie fördernder Pflegestil) präsent. Widersprüchlich ist, dass sich in diesem zweiten Cluster mehr als drei Viertel der Führungskräfte befinden, die angeben, ein Autonomie förderndes Pflegeverhalten in den Institutionen umzusetzen. Gleichzeitig gehören aber zu dieser Gruppe auch die leitenden Angestellten, die das Pflegemodell von Henderson, als wichtigstes institutionsinternes Pflegemodell vorgeben. Hier stellt sich die Frage, ob dieses widersprüchliche Verhalten der Führungskräfte nicht auch eine Ursache für die fehlende Konsistenz im Pflegeverhalten

eines Großteils der Teilnehmer ist, denn man kann vermuten, dass es diesen Vorgesetzten an Überzeugungskraft und/oder Durchsetzungsvermögen fehlen kann, um die Mitarbeiter für eine konsequente, ausgewogene Altenhilfe zu motivieren, wenn sie selbst zwischen zwei Stühlen sitzen: auf der einen Seite behaupten sie selbst den AF-Pflegestil umzusetzen und auf der andern Seite geben sie, das Pflegemodell von Henderson als wichtigstes institutionsinternes Pflegemodell an, nach welchem dann folglich auch die Pflegeplanung und Pflegedokumentation ausgerichtet sein werden.

Diese Widersprüchlichkeit ihrer Vorgesetzten dürfte sich auf die Pflegekräfte übertragen und möglicherweise ist das Hin- und Her-Schwanken zwischen zwei Pflegestilen somit auch eine Reaktion auf das zögernde Verhalten der Leitung der Institutionen. Es kann aber auch ein Zeichen sein von fehlender Kommunikation zwischen Führungskräften und Pflegekräften und/oder ein Zeichen von Hilflosigkeit, weil den Pflegenden klare Anweisungen bzw. wie Müller (2015) es ausdrückt „entsprechende Rahmenbedingungen, eine klare Führung und gut eingeübte Abläufe“ (S. 27) von Seiten der Vorgesetzten fehlen, um den Ansprüchen einer Autonomie fördernden Altenpflege im 21. Jahrhundert gerecht zu werden. Aus dem kontradiktorischen Verhalten der Führungskräfte kann man schließen, dass es nur schwer möglich sein dürfte, wie Löffing und Löffing (2010) es fordern, dass Führungskräfte den Mitarbeitern ein konsistentes Pflegeverhalten „verbindlich (vor-)leben“ (S. 8) und den Pflegenden so die praxisnahe Anleitung zur Umsetzung eines konsequenten Pflegeverhaltens vermitteln. In dieser Situation sind sich die Führungskräfte ihrer Aufgabe als „Coach“ (Müller, 2010, S. 27) ihrer Mitarbeiter nicht bewusst oder sie können diese nicht ausfüllen, da sie selbst hin und her gerissen sind zwischen dem eigenen Wunsch Autonomie fördernd (AF) zu pflegen und den Vorgaben der Pflegeplanung nach Henderson (AE).

Dass sich die Mehrzahl der Erzieher in Cluster 2 (Autonomie fördernder Pflegestil) befindet, kann dadurch erklärt werden, dass Erzieher insbesondere im Bereich des Kompetenzerhalts und der Kompetenzförderung ihrer Klienten ausgebildet werden und sie ihre Aufgabe in der Altenpflege darin sehen, dafür zu sorgen, dass vor allem die sozialen Bedürfnisse nach Ablenkung, Zusammensein, Unterhaltung, usw. gestillt werden, und zwar in dem Ausmaß, dass sie die alten Menschen in ihrer Selbstbestimmung und Autonomie unterstützen. Krankenhauspflege oder Pflegemodelle stehen während der Ausbildung der Erzieher nicht auf ihrem Lehrplan. Demnach kann das Autonomie fördernde Pflegeverhalten die Konsequenz ihrer Ausbildung sein, welche allerdings auch nicht auf die Altenpflege zugeschnitten ist, sondern breitgefächert ist und Klienten aller Altersklassen betrifft. Bei den Mitarbeitern aus der Kategorie „andere Berufe“ ist es ähnlich. Es sind vor allem Therapeuten

(Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, usw.), deren Aufgabenbereich darauf zielt bestehende Kompetenzen (in ihrem Fachbereich) bei ihren Klienten zu erhalten und/oder zu fördern. Da weder die Ausbildung der Erzieher noch die, der Therapeuten in einer engen Beziehung zur Krankenpflege steht, ist es möglich, dass sie in den Bewohnern eher die „alten Menschen“ als selbstbestimmende Personen sehen und nicht den „Pflegefall“ bzw. die „Person die Pflege braucht“ auf ihre Defizite reduziert wird.

In Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) hat es keine weiteren Auffälligkeiten im Zusammenhang mit den sozio-demografischen Daten der Teilnehmer gegeben. In Bezug auf das Alter sind die Teilnehmer relativ gleichmäßig auf alle Altersklassen ab 20 Jahre verteilt gewesen mit einem kleinen Anstieg in der Altersklasse zwischen 31 und 40 Jahren. Das Gleiche gilt für die Berufserfahrung, auch hier hat keine Kategorie extrem hervorstechen, alle Kategorien hatten eine Teilnehmerzugehörigkeit zwischen 6.5% und 16.1%. Hier kann man davon ausgehen, dass es sich zum einen bei den Teilnehmern um Pflegekräfte handelt, die den, während der Ausbildung erlernten, Autonomie fördernden Pflegestil in den Institutionen beibehalten haben und selbstbewusst genug sind, sich nicht durch den vorgegebenen AE-Pflegestil von Henderson beeindrucken zu lassen. Diese Pflegenden können, laut Krohwinkel (2008), die Fähigkeit besitzen zu verstehen, was die einzelnen Pflegemaßnahmen für die Heimbewohner bedeuten und sie sind „bereit und fähig“ ihr Pflegeverhalten der Autonomie-Förderung anzupassen (vgl. S. 218).

Bei den in Luxemburg ausgebildeten Teilnehmern, die zu Cluster 2 (Autonomie fördernder Pflegestil) gehören, kann es sein, dass zwar ihre Ausbildung vom Pflegemodell von Henderson geprägt gewesen ist, dass sie aber von den verschiedenen Autonomie fördernden Pflegemaßnahmen ihrer, im Ausland ausgebildeten Kollegen beeinflusst sind, so dass sie deren AF-Pflegemethoden übernehmen bzw. dass sie Fortbildungen bezüglich AF-Pflegemaßnahmen besucht haben, um schwierige Situationen besser zur Zufriedenheit der Bewohner lösen zu können, auch wenn dies nicht dem institutionsinternen Pflegemodell entsprechen sollte.

Inwieweit die Kenntnisse bzw. die fehlenden Kenntnisse von Pflegemodellen mit dem inkonsistenten Pflegeverhalten der einen Hälfte und dem Autonomie fördernden Pflegeverhalten der anderen Hälfte der Studienteilnehmer in Verbindung steht, ist schwer zu ermitteln. Fest steht, dass es nach dem Vergleich, der angegebenen Kenntnisse von Pflegemodellen durch die Pflegekräfte und den, von den Verantwortlichen der teilnehmenden Institutionen, vorgegebenen Pflegemodellen, kein konsequentes Pflegeverhalten geben kann, denn ein Viertel der Teilnehmer gibt an überhaupt kein Pflegemodell zu kennen.

Demnach scheinen sie auch nicht das vorgegebene Pflegemodell des Arbeitgebers bzw. die Richtlinien, nach welchen die Heimbewohner zu pflegen sind, zu kennen, was eine einheitliche konsequente Pflegepraxis erheblich erschweren dürfte. Ein weiteres Viertel der Teilnehmer gibt an das Pflegemodell von Krohwinkel zu kennen (Krohwinkel ist nach Böhm und Henderson das meistbekannteste Modell unter den Teilnehmern), wobei aber kein einziger Pflegedienstleiter oder Direktor dieses Autonomie fördernde Pflegemodell als angewandtes Pflegemodell in seiner Institution angegeben hat. Im Gegenteil, die, von den Verantwortlichen, als „institutionsintern umgesetzt“, angegebenen Pflegemodelle, außer die Modelle von Böhm und Henderson, sind von den Teilnehmern, demnach den Mitarbeitern in den teilnehmenden Institutionen, weniger als sieben Mal oder überhaupt nicht aufgezählt worden.

Bei diesen verwirrenden Angaben ist zu vermuten, dass die Umsetzung bzw. die Kenntnisse der unterschiedlichen Pflegemodelle, ohne einheitlich fundamentierte Richtlinien, zu Konfusionen im Pflegeverhalten führen können (vgl. Lind, 2007, S. 19). Gross (2013) drückt es so aus: „Wer glaubt, man könne die Zutaten von Pflegemodellen wie auf einer Pizza zusammenstellen, der wird mit keinem Modell etwas erreichen“ (S. 8f.). Für Gross (2013) ist es wichtig, „die Linie eines ganzheitlichen Modells im Team tatsächlich einzuhalten“ (S. 9). „Die Modelle können einen Leitfaden bieten, der einen langfristigen Teamentwicklungs- und Lernprozess auslösen kann. Sie benötigen diagnostische Methoden, um die Wirkung der eingesetzten Techniken auf das Wohlbefinden der Betroffenen und auch der Mitarbeiter einschätzen und verbessern zu können. Sie brauchen aber auch einen langfristigen Motor, der die Begeisterung an dem Modell lebendig hält, damit dieses langfristig umgesetzt wird“ (Gross, 2013, S. 9).

Die grosse Herausforderung der Führungskräfte in den luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen wird demnach in Zukunft sein, der, von Gross (2013) zitierte, „Motor“ zu sein und eine konsequente zielorientierte Altenpflege zu organisieren, bei welcher das „Crazy-making“ (Böhm, 2004b, S. 204) der Mitarbeiter zu vermeiden ist und die persönlichen Kompetenzen und Kenntnisse der Pflegenden mit eingebunden, gefördert und unterstützt werden sollen.

Dieser Vorsatz beginnt bereits bei den Zielformulierungen innerhalb der Institutionen, denn aus ihnen gehen die notwendigen Strategien und Arbeitsschritte für den Pflegealltag hervor. Demnach stehen die Ziele der Pflegekräfte, sei es in Bezug auf die Bewohner oder in Bezug auf sich selbst, in einem engen Verhältnis zu ihrem Pflegeverhalten, was sich an sich auch durch die Befunde der vorliegenden Studie bestätigt, denn beim Vergleich der Ziele und Überzeugungen der Pflegekräfte mit ihrem Pflegeverhalten, war zu erkennen, dass bei der

Formulierung ihrer Ziele, die Pflegekräfte ihrer Linie aus der Pflegepraxis treu blieben. Auch wenn keine deutliche Tendenz für ausschließlich Autonomie fördernde oder ausschließlich Autonomie einschränkende Ziele zu erkennen war und in beiden Pflegeverhaltens-Clustern die Pflegekräfte AE-Ziele als *eher unwichtig* bis *eher wichtig* und AF-Ziele als *eher wichtig* bis *sehr wichtig* einschätzten, so war doch beim Mittelwertvergleich der Unterschied erkennbar, dass die Pflegekräfte aus dem Pflegeverhaltens-Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) einen etwas höheren Mittelwert im Bereich der AF-Ziele und einen etwas tieferen Mittelwert im Bereich der AE-Ziele hatten und dies sowohl für die Ziele in Bezug auf die Bewohner als auch bei den Zielen in Bezug auf sich selbst. Bei den Pflegekräften aus dem Pflegeverhaltens-Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) war es genau umgekehrt, bei ihnen waren die Mittelwerte bezüglich der AE-Ziele leicht erhöht und die Mittelwerte betreffend die AF-Ziele lagen unter den Werten derer von Pflegeverhaltens-Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten).

Bei den Überzeugungen der Pflegekräfte für Entwicklungen und Aussagen aus dem Bereich der Altenpflege stellt sich die Situation ähnlich dar wie bei den Zielen. Die Pflegekräfte aus dem inkonsequenten ersten Pflegeverhaltens-Cluster sind mit AE-Aussagen *eher nicht einverstanden* und mit AF-Aussagen *eher einverstanden* bis *voll und ganz einverstanden*. Bei den Pflegekräften aus dem Autonomie fördernden Pflegeverhaltens-Cluster 2 stellt sich die Situation deutlicher dar. Ihr Einverständnis mit AE-Aussagen lag knapp unter dem theoretischen Skalenmittelwert, was darauf schließen lässt, dass sie nur bedingt oder eher nicht von AE-Aussagen überzeugt sind. Bei den AF-Überzeugungen ist ihr Mittelwert höher als derjenige der Teilnehmer aus Pflegeverhaltens-Cluster 1.

Die Befunde zeigen, dass die Pflegekräfte aus dem ersten Pflegeverhaltens-Cluster mit dem inkonsequenten Pflegeverhalten, auch bei der Definition ihrer Ziele inkonsequenter sind, denn die Mittelwertdifferenzen zwischen AE- und AF-Zielen sind deutlich geringer als zwischen den AE- und AF-Zielen der Ziele der Pflegekräfte aus Pflegeverhaltenscluster 2, welche ein deutlicheres Autonomie förderndes Pflegeverhalten offenbart hatten. Allerdings muss man auch anmerken, dass die Pflegekräfte aus dem Autonomie fördernden Pflegeverhaltenscluster 2 keinen so deutlichen Unterschied zwischen AE- und AF- Zielen setzen wie sie es anfänglich beim Pflegeverhalten getan hatten, denn die Mittelwerte sowohl der AE- als auch der AF-Ziele lagen am oder über dem theoretischen Skalenmittelwert, was man auch als Unsicherheit, Inkonsequenz, Inkonsistenz oder Unentschlossenheit auf Seiten der, an sich Autonomie fördernd pflegenden, Pflegekräfte werten könnte. Diese Tatsache könnte darauf hindeuten, dass auch sie, trotz eines relativ deutlichen Befundes beim

Pflegeverhalten, in ihrem Pflegeverhalten nicht sicher sind, denn aus undeutlich definierten Zielen ist es eigentlich schwierig konsistente geeignete Strategien und ein konsistentes, geeignetes Pflegeverhalten im Pflegealltag zu entwickeln, denn die Ziele bestimmen die Richtung des Handelns.

Auch wenn man die Mittelwerte der Ziele der Pflegekräfte in Bezug auf die Bewohner oder in Bezug auf sich selbst vergleicht, fällt auf, dass zwar eine Abstufung zwischen *wichtig* (AE-Ziele) und *sehr wichtig* (AF-Ziele) erkennbar ist, die Differenzierung zwischen der Gewichtung der Ziele aber relativ gering ist, woraus man schließen kann, dass den Pflegekräften zwei gegenläufige Zielsetzungen (AE und AF) nahezu gleichermaßen wichtig erscheinen, wobei sich dann die Frage stellt, wie aus einer derartigen Mischung von Autonomie einschränkenden und Autonomie fördernden Zielen „konkrete Maßnahmen für die tägliche Arbeit abgeleitet“ werden sollen (vgl. Müller, 2015, S. 38). Der Zielkonflikt könnte demnach mit verantwortlich sein für die festgestellte Spaltung des Pflegeverhaltens bzw. für das Umsetzen unterschiedlicher, konkurrierender Interventionsformen durch die Pflegenden, welche sowohl aus dem Bereich der Autonomie fördernden als auch der Autonomie einschränkenden Pflegepraxis stammen und sich insbesondere in Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) des Pflegeverhaltens widerspiegeln.

Zusammengefasst kann somit festgestellt werden, dass die vorliegende Diskussion ergeben hat, dass es schwierig ist, anhand des Pflegeverhaltens der Studienteilnehmer einen eindeutigen Pflegestil in den luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen zu erkennen. Fest steht, dass es sich nicht, um ein ausschließlich Autonomie einschränkendes Pflegeverhalten handelt, so wie dies in der Hypothese zur Forschungsfrage vermutet worden war, sondern dass sich andere Konstellationen ergeben haben, welche in der vorliegenden Diskussion analysiert worden sind.

Somit gilt es im Folgenden zu diskutieren, ob man bei den Zielen der Studienteilnehmer in Bezug auf die Bewohner oder in Bezug auf sich selbst bzw. bei ihren Überzeugungen zu wissenschaftlichen Aussagen aus dem Bereich der Altenpflege eher eine Autonomie fördernde bzw. Autonomie einschränkende Präferenz erkennen kann und, ob soziodemografische Merkmale auch auf die Ziele und Überzeugungen der Pflegekräfte Einfluss nehmen.

9.2 Pflegerelevante Zielsetzungen und Überzeugungen und ihre Korrelate

Anhand von Clusteranalysen wurden sowohl für die Ziele der Teilnehmer in Bezug auf die Bewohner, für die Ziele der Teilnehmer in Bezug auf sich selbst und auch für die Überzeugungen der Teilnehmer zu unterschiedlichen Entwicklungen und Aussagen aus dem Bereich der Altenpflege jeweils zwei Cluster identifiziert, die sich allerdings von den Vermutungen der Hypothese zur Forschungsfrage unterschieden. Mit Hilfe von Mittelwertvergleichen konnte dargelegt werden, dass sich die Cluster höchst signifikant (Cluster der Ziele der TIn für BW und die Überzeugungen der TIn zu unterschiedlichen Aussagen) und signifikant (Cluster betreffend die Ziele der TIn für sich selbst) voneinander unterscheiden und dass kein klarer deutlicher Unterschied zwischen den AE- und AF-Zielen bzw. zwischen den Überzeugungen für AE- oder AF-Aussagen erkannt werden konnte.

Betreffend *die Ziele der Studienteilnehmer sowohl in Bezug auf die Bewohner als auch in Bezug auf sich selbst* konnte in keinem der identifizierten Cluster eine deutliche Tendenz für die Wichtigkeit von hauptsächlich AE- oder von hauptsächlich AF-Zielen ermittelt werden. Der Unterschied zwischen den Clustern bestand darin, dass für die, zu Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele) gehörenden Teilnehmer, AF-Ziele wichtiger schienen als AE-Ziele. Für die Angehörigen von Cluster 2 (widersprüchliche Ziele) hatten sowohl AE- als auch AF-Ziele eine sehr deutliche Wichtigkeit und beide Zielorientierungen differenzierten sich nur minimal anhand der Mittelwerte, voneinander. Diese Pflegekräfte schienen Schwierigkeiten zu haben zwischen AE- und AF-Zielen zu unterscheiden und räumten daher beiden, doch sehr unterschiedlichen Zielorientierungen, in etwa die gleiche Wichtigkeit ein (vgl. Kapitel 8.3).

Der vorliegende Befund war so nicht erwartet worden. An sich war, laut Hypothese, zwar von zwei möglichen Clustern ausgegangen worden, allerdings mit einer anderen Prägung: Einerseits ist ein Cluster mit einer ausgeprägten Tendenz für AE-Ziele vermutet worden, als Konsequenz der eher Autonomie einschränkenden Krankenpflegeausbildung in luxemburgischen Schulen für Gesundheitsberufe und andererseits ist angenommen worden, dass sich ein zweites Cluster identifizieren könnte mit einer dominierenden Tendenz zu AF-Zielen in der Annahme, dass die rezenten wissenschaftlichen Erkenntnisse im Bereich einer Autonomie fördernden Altenpflege, den Pflegekräften im Rahmen von Fortbildungen nahegebracht werden. Aber die vorliegenden Befunde dieser Studie konnten keine derart deutlichen Ergebnisse offengelegen und somit konnte sich keine der beiden Annahmen bestätigen.

Im Gegenteil, es hatten sich in beiden Auswertungen (*Ziele der TIn für die BW* und *Ziele der TIn für sich selbst*) jeweils zwei Cluster gebildet, die sich zwar bedeutsam voneinander unterschieden, deren Befunde aber vermuten ließen, dass in der Stichprobe keine durchgängige Präferenz, weder für Autonomie fördernde Ziele noch für Autonomie einschränkende Ziele, identifiziert werden konnte, auch wenn sich in Cluster 1 eine leichte Präferenz für AF-Ziele verzeichnete. Daraus konnte man ableiten, dass weder die Pflegekräfte aus Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele) noch aus Cluster 2 (widersprüchliche Ziele) eindeutige oder konsistente Ziele oder Zielsetzungen für die Pflege der Bewohner oder für sich selbst hatten und somit, laut Müller (2015), auch keinen „gradlinigen“ bzw. konsequenten Weg bei der Pflege der Heimbewohner einschlagen konnten (vgl. S. 38). Auffällig war, dass insbesondere bei den Zielen der Teilnehmer in Bezug auf die BW, fast die Hälfte der Pflegekräfte (TIn in Cluster 2 mit den widersprüchlichen Zielen) den AE- und den AF-Zielen nahezu die gleiche Wichtigkeit beigemessen hat bzw. keinen bedeutsamen Unterschied zwischen diesen beiden sehr unterschiedlichen Zielsetzungen gemacht hat. Die andere Hälfte der Stichprobe (Cluster 1 mit einer leichten Präferenz für AF-Ziele) maß zwar den AF-Zielen eine etwas größere Wichtigkeit bei, aber nicht in dem Maß, dass man von einer deutlichen Tendenz zu AF-Zielen sprechen könnte. Demnach kann man in dieser Studie nicht von den Vorgaben von Müller (2015) ausgehen, laut denen, Pflegeziele oder Pflegezielorientierungen im Rahmen der Pflegeprozessplanung formuliert werden und somit eine gemeinsame konsequente Richtung für alle Pflegekräfte einer Institution vorgeben, welche im besten Fall, im Hinblick auf die rezenten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Forschungsergebnisse, *Autonomie fördernde Ziele* sein sollten, welche als Richtlinien für „die notwendigen Strategien und Arbeitsschritte“ im Pflegealltag der Pflegekräfte dienen sollen (vgl. S. 42f.).

Die Befunde der vorliegenden Studie ließen aber vermuten, dass die fehlende Konsistenz bei den Zielsetzungen der Stichprobe unterschiedliche Ursachen haben könnte. Zum einen geht Müller (2015) davon aus, dass Ziele, die den Pflegenden persönlich wichtig sind, von ihren „eigenen Ressourcen und Wertvorstellungen“ (S. 42) abhängen, d.h. dass sie abhängig sind von der Ausbildung, dem Umfeld, den persönlichen Einschätzungen unterschiedlicher Situationen, den soziodemografischen Daten, usw. der Teilnehmer. Allerdings können diese persönlichen Ziele auch durch Zielsetzungen oder Vorschriften der Institutionen bzw. der Vorgesetzten eingeengt oder beeinflusst werden (vgl. Müller, 2015, S. 42; Kowalzik, 2005, S. 52), da in den Institutionen „Grundsatzziele“ der Träger und „Rahmenziele“ der mittleren Leitungsebene fehlen können oder nicht umgesetzt werden und so verhindert wird, dass die

die Pflegekräfte daraus ihre Arbeitsziele („Ergebnisziele“) ableiten, formulieren oder gar umsetzen können (vgl. Müller, 2015, S. 40f.; vgl. Kapitel 3.1).

Zum ändern kann es sein, dass es innerhalb der teilnehmenden Institutionen, d.h. zwischen den verschiedenen Ebenen (oberste, mittlere und ausführende Ebene) Unstimmigkeiten, Kommunikationsschwierigkeiten oder Missverständnisse bei der Zielformulierung oder bei der Zielentwicklung gibt. Ziele müssen von allen Mitarbeitern mitgetragen werden, wenn sie nicht „lediglich als Alibi das Gewissen beruhigen“ sollen (Müller, 2015, S. 38). Sie müssen „transparent“ und realistisch sein, wenn sie von den Pflegekräften als verständlich, erreichbar und umsetzbar eingeschätzt werden sollen. Bei undurchsichtigen, inkonsequenten, inkonsistenten Zielsetzungen besteht die Gefahr, dass die Pflegenden die Ziele so interpretieren wie sie können oder meinen und ihre Ziele dahingehend entwickeln, dass diese zwar nicht unbedingt den Zielsetzungen des Pflegeprozesses oder der Institutionen entsprechen bzw. aktivierend, bedürfnis- und/oder präventionsorientiert sind, aber so sind, dass sie für die Pflegenden als verständlich und/oder umsetzbar erscheinen. Daraus entstehen dann, wie in der vorliegenden Studie vermutet, Institutionen, wo sich die Ziele der Mitarbeiter in „jede beliebige Richtung entwickeln“ (Müller, 2015, S.38, vgl. Kowalzik, 2005, S. 53) könnten.

Die Gefahren von fehlenden konsistenten Zielen in der Praxis sind, für die Mitarbeiter, fehlende Arbeitszufriedenheit und ein gesteigertes Reibungspotenzial während des Pflegealltags (vgl. Müller, 2015, S. 39; Frodl, 2011, S. 46). Für die Bewohner bedeutet, nach Lind (2007), das Fehlen klarer, eindeutiger, konsistenter, in eine Richtung weisender Zielsetzungen, dass den Pflegekräften „der gemeinsame pflegepraktische Rahmen zur Beobachtung, Beurteilung und Behandlung“ (S. 19) der Heimbewohner fehlt und somit die Heimbewohner die Leidtragenden sind, da sie immer wieder unterschiedlichen „Interventionsformen“ (AE oder AF) ausgesetzt werden, die sie hilflos akzeptieren bzw. über sich ergehen lassen müssen.

Betreffend die beiden Cluster der *Überzeugungen der Studienteilnehmer zu AE- oder AF-Aussagen aus dem Bereich der Altenpflege*, zeigte Cluster 1 (Überzeugungen für AF-Aussagen) eine relativ deutliche Präferenz zu AF-begünstigten Überzeugungen. Die Teilnehmer dieses Clusters stimmten den AE-Überzeugungen *eher nicht* zu, und ihr überwiegendes Einverständnis mit AF-Überzeugungen stach sehr deutlich hervor. Für die Pflegekräfte in Cluster 2 (widersprüchliche Überzeugungen) dagegen gab es nahezu keinen Unterschied zwischen AE- und AF-Aussagen. Sie teilten beide Arten von Überzeugungen in gleichem Maße. In Anbetracht der rezenten internationalen Erkenntnisse war der Befund in

Cluster 2 (widersprüchliche Überzeugungen) erschreckend, denn in der internationalen Forschung wird eine Autonomie fördernde Altenpflege befürwortet. Positiv bei der Auswertung der Ergebnisse war, dass diesem zweiten Cluster (widersprüchliche Überzeugungen) zumindest nur etwa ein Drittel der Studienteilnehmer angehört hat und somit die große Mehrheit doch eher AF-begünstigende Überzeugungen teilt. Die große Differenz zwischen den Mittelwerten der AE- und AF-Aussagen in Cluster 1 (Überzeugungen für AF-Aussagen) deutet an, dass die Mehrheit der Teilnehmer die Vorzüge der Autonomie fördernden Entwicklungen in der Altenpflege kennt und schätzt, auch wenn sie diese vielleicht nicht in der Praxis anwenden. Dass mehr als zwei Drittel der Teilnehmer, trotz fehlender konsistenter Pflegestile von Autonomie fördernden Entwicklungen in der Altenarbeit überzeugt sind, könnte dadurch erklärt werden, dass sie sich in ihrer Freizeit mit diesem Thema beschäftigen und sich durch die Medien, die sozialen Netzwerke oder durch Lesen von Fachliteratur auf dem Laufenden halten oder aber, dass diese Tatsache mit ihrer Ausbildung zusammenhängt.

Einflüsse von soziodemografischen Merkmalen auf die Ziele der Pflegekräfte

Unterschiedliche Ursachen für inkonsistente oder widersprüchliche Ziele von Pflegekräften finden sich in der Literatur, wie z.B. bei Müller (2015), Kowalzik (2005), u.a., aber es kann auch vermutet werden, dass soziodemografischen Merkmale der Studienteilnehmer eine Ursache für die vorliegenden Befunde sind, zumal auch der Chi-Quadrat-Test nach Pearson bedeutsame Zusammenhänge zwischen den Zielen der Teilnehmer in Bezug auf die Bewohner und den soziodemografischen Variablen: berufliche Position der TIn, Berufserfahrung der TIn und Ausbildungshintergrund der TIn, ermittelt hat (vgl. Kapitel 8.3).

In Bezug auf *die beruflichen Positionen* fiel auf, dass außer den ASF und den Erziehern, alle Pflegekräfte mehrheitlich oder paritätisch, Cluster 1 (leichte Präferenz zu AF-Zielen) angehörten. Dieser Befund ließ vermuten, dass die AF-Ziele dieser Pflegekräfte in Zusammenhang standen mit der Tatsache, dass die absolute Mehrheit der TIn aus Cluster 1 (leichte Präferenz zu AF-Zielen) im Ausland ausgebildet worden war (fast 70% der zugehörigen TIn) und so, wie in den Kapiteln 2.3.2 und 2.3.3, beschrieben, eine eher auf Autonomie fördernde Pflegemodelle ausgerichtete Ausbildung, genossen hatten. Demnach kann es durchaus sein, dass *der Ausbildungshintergrund* eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der persönlichen Ziele der Pflegekräfte gespielt hat, zumal Müller (2015) angibt, dass persönliche Ziele der Pflegenden „von eigenen Ressourcen und Wertvorstellungen“ (S. 42) der Pflegekräfte abhängen, welche sicherlich durch die Ausbildung entscheidend beeinflusst bzw. geprägt werden.

Diese Vermutung wird verstärkt durch die Tatsache, dass die ASF, die ausschließlich in Luxemburg ausgebildet wurden, sich mehrheitlich (73.1%) in Cluster 2 (widersprüchliche Ziele) befanden. Hier könnte es also durchaus sein, dass diese Pflegekräfte durch ihre, auf das Pflegemodell von Henderson aufbauende Ausbildung (vgl. Kapitel 2.3.2), vermehrt AE-Ziele haben. Da die ASF-Ausbildung eine berufsbegleitende Ausbildung ist, d.h. dass diese Pflegenden in den Institutionen, individuelle Tutoren haben, die sich um ihre fachliche Ausbildung in der Praxis kümmern, kann es durchaus sein, dass neben der theoretischen Ausbildung auch der Pflegestil und die Ziele der jeweiligen Tutoren, die ASF beeinflussen und sie somit auch AF-Ziele entwickeln, falls die Tutoren oder andere Kollegen, entsprechend orientiert sind. Diese Tatsache könnte auch erklären, dass trotz gleicher theoretischer Ausbildung in Luxemburg, ein Viertel der ASF trotzdem eine stärkere Präferenz für AF-Ziele hat. Es ist zu vermuten, dass diese ASF, die Autonomie-Förderung der Bewohner bevorzugen und somit ihre Ziele auch in diese Richtung stecken (vgl. Müller, 2015, S. 42).

Da auch zwei Drittel der Erzieher, Cluster 2 (widersprüchliche Ziele) angehören, kann man mutmaßen, dass auch bei ihnen der Ausbildungshintergrund eine Rolle gespielt hat. An sich geht man davon aus, dass gerade diese Berufsgruppe, die während ihrer Ausbildung hauptsächlich in Bezug auf Kompetenzförderung ihrer Klienten geschult worden ist (vgl. Kapitel 2.3.2), ausschließlich AF-Ziele für die Bewohner haben müsste. Da in dieser Studie das Gegenteil der Fall war, stellt sich die Frage, was diese Mitarbeiter derart beeinflusst hat, dass sie ihr theoretisches Wissen bzw. ihre schulische Prägung außer Acht gelassen haben und AE- und AF-Zielen nahezu, die gleiche Wichtigkeit beigemessen haben, was auf eine inkonsistente Zielorientierung hindeuten ließ (vgl. Müller, 2015, S. 38).

Hierfür könnte es unterschiedliche Erklärungen geben: Einerseits ist möglich, dass die Erzieher, angesichts des widersprüchlichen Pflegeverhaltens ihrer, für die Pflege ausgebildeten, Kollegen, verwirrt sind und nicht mehr wissen, welche Ziele sie sich setzen sollen. Andererseits ist es, nach Müller (2015), auch möglich, dass sie von den Vorgaben ihrer Vorgesetzten oder durch fehlende Grundsatz- oder Rahmenziele irritiert sind und sie ihre Ziele während des Arbeitsalltags nicht in die Richtung der Kompetenzförderung leiten können, da sie zum einen keine Fachausbildung im Bereich der Altenpflege haben (vgl. S. 42; Lind, 2007, S. 19) und es zum anderen vorkommen kann, dass ihnen die Unterstützung im Pflorgeteam fehlt, um kompetenzfördernde Ergebnisziele zu formulieren, und sie sich daher den Zielen der Kollegen anpassen, um sich so besser ins Pflorgeteam zu integrieren

bzw. sich vor abwertendem Verhalten und/oder geringschätzigen Bemerkungen¹¹⁶ gegenüber ihrem Berufsstand zu schützen (vgl. Vercauteren & Hervy, 2009, S. 57; Bokelmann, 2017, S. 1).

Ferner liegt die Vermutung nahe, dass die Erzieher, bedingt durch die, ihnen gänzlich fehlende Ausbildung im Bereich der Pflege bzw. durch fehlende Erfahrung¹¹⁷, (vgl. Vercauteren & Hervy, 2009, S. 45), insbesondere da es sich mehrheitlich um sehr junge Erzieher handelt (vgl. Tabelle 47), ausgeprägtere Sicherheitsbedenken entwickeln bzw. die Gesundheitslage der Bewohner schlechter einschätzen können und/oder eher Angst entwickeln, haftbar¹¹⁸ gemacht zu werden (vgl. Berner et al., 2017, S. 13) für Konsequenzen, die aus aktivierenden kompetenz-, bedürfnis- und/oder präventionsorientierten Zielsetzungen entstehen könnten (z.B. erhöhte Sturzgefahr durch Mobilisierung, Verschlucken bei Angebot von Fingerfood, usw.) (vgl. Abt-Zegelin, 2011, S. 324).

Des Weiteren kann es sein, dass die Erzieher, bei ihren Zielformulierungen, versuchen ihrem Umfeld gerecht zu werden, indem sie die Vorgaben ihrer Arbeitgeber (das Pflegemodell von Henderson), mit ihrer eigenen, auf Kompetenzförderung ausgelegten, Ausbildung (vorteilhaft für die Bewohner) und den Arbeitsweisen der Kollegen (zur Verbesserung des Arbeitsklimas) vermischen, was dann dazu führen kann, dass ihren eigenen Zielen die notwendige Konsistenz fehlt.

Auch in Bezug auf *die Berufserfahrungen* ermittelte der Chi-Quadrat-Test einen tendenziellen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung der Stichprobe und den Zielen der TIn für die Bewohner. Da in Cluster 2 (widersprüchliche Ziele) mehr als die Hälfte der zugehörigen Teilnehmer weniger als 10 Jahre Berufserfahrung hatten, könnte man vermuten, dass Pflegekräfte mit einer geringeren Berufserfahrung Schwierigkeiten haben

¹¹⁶ „das könnt ihr doch noch in der Sozialen Betreuung übernehmen. Ihr sitzt doch eh nur rum und wir müssen schuften“ (Bokelmann, 2017, S. 1) oder „Die spielen doch nur!“ oder „Die machen den ganzen Tag Kaffeekränzchen“ (Bokelmann, 2017, S. 1).

¹¹⁷ Vercauteren und Hervy (2009) gehen davon aus, dass es sich bei den, im Altenbereich tätigen Erziehern, mehrheitlich um sehr junge Mitarbeiter handelt. Die Autoren bezeichnen den Altenbereich als „cibles des ‚emplois-jeunes““ für die Erzieher. Tabelle 48 bestätigt diese Vermutung auch für die vorliegende Studie.

¹¹⁸ „Mit einem Bein stehen wir als Pflgende ja immer im Gefängnis!“ – dieser ebenso populäre wie problematische Satz ist im Bereich Pflege häufig zu hören. Dahinter steht die Angst, bestehenden rechtlichen Verpflichtungen gegenüber Menschen mit Demenz eventuell nicht Genüge zu tun und sich womöglich sogar haftbar zu machen. In der Konsequenz führt diese Angst in vielen Pflegeeinrichtungen zu einem einseitig ausgerichteten Sicherheitsdenken“ (Berner et al., 2017, S. 15).

könnten konsequente Ziele in der Pflege zu stecken. Auch die Erzieher könnten zu diesen eher unerfahrenen Pflegekräften zählen, zumal mehr als 50% der teilnehmenden Erzieher jünger sind als 30 Jahre und somit wäre dies ein weiterer Grund, für deren verstärkte Präsenz in Cluster 2 (widersprüchliche Ziele). Insbesondere bei jungen unerfahrenen Mitarbeitern ist die Gefahr größer, dass sie sich durch externe Faktoren (wie bereits erwähnt) beeinflussen und dazu verleiten lassen, durch das Vermischen von AE- und AF- Zielen, den Kompetenzerhalt und die Kompetenzförderung der Bewohner aus den Augen zu verlieren.

Dass das *Ausbildungsland* einen Einfluss auf die Ziele und die Überzeugungen der Studienteilnehmer hatte, wurde dadurch belegt, dass der Chi-Quadrat-Test bei den Zielen der TIn in Bezug auf die BW einen höchst signifikanten Zusammenhang und bezüglich der Überzeugungen der TIn für AE- oder AF-Aussagen einen hoch signifikanten Zusammenhang ermittelt hat. Bei den Zielen der TIn in Bezug auf die BW, kann vermutet werden, dass die Präsenz von mehr als zwei Drittel, im Ausland ausgebildeten, Pflegekräfte in Cluster 1 (leichte Präferenz für AF-Ziele) zumindest dazu geführt hat, dass bei den Befunden dieses Clusters eine leichte Präferenz für AF-Ziele feststellbar ist, insbesondere da Ziele von „eigenen Ressourcen und Wertvorstellungen“ abhängen (vgl. Müller, 2015, S. 42), die sicherlich während der schulischen und beruflichen Ausbildung entstehen und somit Einfluss auf die späteren Zielsetzungen im Beruf nehmen. Da im Ausland ausgebildete Pflegekräfte scheinbar verstärkt im Bereich der Autonomie fördernden Pflege ausgebildet werden, kann es durchaus sein, dass diese Teilnehmer demnach Autonomie fördernde Ziele bevorzugt haben. Diese Vermutung wird unterstützt durch die Tatsache, das Cluster 2 (widersprüchliche Ziele) aus 60% in Luxemburg ausgebildete Pflegekräfte bestand, die zwar wahrscheinlich nicht alle, die während der Ausbildung kennengelernten AE-Ziele ausgewählt haben, aber sicherlich verstärkt zum Befund dieses Clusters beigetragen haben, wo die Teilnehmer sowohl AE- als auch AF-Ziele als sehr wichtig empfunden haben und so ein Cluster mit widersprüchlichen Zielen entstanden ist, ein Zustand, den es laut Müller (2015) absolut zu vermeiden gilt, um konkrete Strategien für den Pflegealltag abzuleiten (vgl. S. 39).

Der hoch signifikante Zusammenhang zwischen den Überzeugungen für AE- oder AF-Aussagen und dem Ausbildungsland der Studienteilnehmer, könnte damit zusammenhängen, dass sich in Cluster 1 (Überzeugungen für AF-Aussagen) zwei Drittel, der im Ausland ausgebildeten Teilnehmer befinden und diese wohl eher mit AF-Aussagen einverstanden sind, da sie vermehrt AF-Pflegestile während ihrer Ausbildung kennengelernt haben und vielleicht auch offener sind für die neuesten Forschungserkenntnisse, da sie bereits während ihrer Ausbildung darauf vorbereitet wurden (vgl. Kapitel 2.3.2; 2.3.3). In

Cluster 2 (widersprüchliche Überzeugungen) befanden sich zwei Drittel der in Luxemburg ausgebildeten Teilnehmer, die verstärkt AE-Pflegemodelle, während ihrer Ausbildung kennengelernt hatten. Somit lag die Vermutung nahe, dass sie durch ihre schulische Prägung eher mit AE-Aussagen einverstanden sein könnten und vielleicht gleichzeitig durch Fortbildungen oder durch persönliches Interesse für neue Pflegemethoden, auch positive Einstellungen zu AF-begünstigenden Überzeugungen entwickelt hätten, eine Mischung die den unentschlossenen widersprüchlichen Befund aus Cluster 2 (widersprüchliche Überzeugungen) erklären könnte.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass man an den Zielen der Pflegekräfte für die Bewohner bzw. für sich selbst und bei ihren Überzeugungen zur Entwicklung in der Altenpflege keine deutliche Tendenz zu Autonomie einschränkenden oder zu Autonomie fördernden Zielen erkennen kann. Zwar ist bei den Überzeugungen eine Präferenz für AF-begünstigende Überzeugungen erkennbar, aber die Ergebnisse der Studie stimmen keinesfalls mit der Hypothese zur Forschungsfrage (vgl. Kapitel 6.2) überein. Man muss davon ausgehen, dass insbesondere die Ziele der Pflegekräfte inkonsistent und schwankend sind und es schwierig wird sie einem Pflegemodell oder Pflegestil zuzuordnen.

Ob ein Zusammenhang zwischen dem Pflegeverhalten der Teilnehmer und ihren Gefühlen während der Pflege erkennbar ist, wird im Folgenden diskutiert.

9.3 Positive und negative Gefühle im Rahmen der Pflege und Betreuung

Entscheidungen und Verhaltensweisen in der Pflege können von positiven und negativen Gefühlen der Pflegekräfte beeinflusst bzw. überlagert werden (vgl. Tietz, 2017, S. 214; Ekert & Ekert, 2014, S. 93). „Emotionen sind Motive, also Beweggründe für ein Verhalten. Sie sind für die Art der Handlung und die Stärke der Motivation bedeutsam.“ (Ekert & Ekert, 2014, S. 95). In Anbetracht dieser Erkenntnisse schien es wichtig zu analysieren, ob es auch in der vorgestellten Studie einen Zusammenhang zwischen den Emotionen der TIn und ihrem Pflegeverhalten gab, bzw. ob das Umsetzen unterschiedlicher Pflegestile die Gefühle der Studienteilnehmer beeinflusst hat, zumal man in der Hypothese betreffend diese Forschungsfrage, davon ausgegangen war, dass das Umsetzen eines Autonomie einschränkenden Pflegestils eher negative Gefühle bei den Pflegenden hervorrufen könnte. Um diese Vermutung zu überprüfen, waren sechs positive und sechs negative Gefühle bzw. Stimmungen stellvertretend für den gesamten Stimmungs- und Gefühlshaushalt der Pflegekräfte, sowohl aus der PANAS-Skala als auch aus dem Fragebogen der deutschen Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, ausgewählt und analysiert worden (vgl. Kapitel 7.3.5.5). Die Mittelwerte der ausgewählten Gefühlsvariablen waren mit den Werten der beiden, in Kapitel 9.1, identifizierten Cluster, betreffend das Pflegeverhalten der Studienteilnehmer, verglichen worden und der *t*-Test hatte bestätigt, dass sich die beiden Cluster bei nahezu allen Gefühlsvariablen signifikant bis höchst signifikant voneinander unterscheiden. Lediglich bei den Gefühlen *motiviert* und *stolz* unterschieden sich die Cluster nur tendenziell. Die Durchschnittswerte der positiven Gefühle unterschieden sich hoch signifikant voneinander und die Durchschnittswerte der negativen Gefühle unterschieden sich höchst signifikant voneinander.

Der Befund der vorliegenden Studie ließ vermuten, dass die Hypothese zur Forschungsfrage sich zu bestätigen schien, denn beim Vergleich der Durchschnittswerte der positiven bzw. der negativen Emotionen, fiel auf, dass die Teilnehmer aus Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) öfters positive Gefühle empfanden als die Teilnehmer aus Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten). Auch wenn Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) nicht, wie in der Hypothese angenommen, einen einheitlichen AE-Pflegestil repräsentierte, sondern eine inkonsistente Mischung aus AE- und AF-Pflegeverhalten, so schien auch dieses unausgewogene, inkonsequente Pflegeverhalten, negative Gefühle bei den Pflegenden im Pflegealltag anzuregen. Die Mittelwertdifferenz zeigte jedenfalls deutlich, dass es Unterschiede bei den Ausprägungen der PA und der NA zwischen den beiden

Cluster gab, wobei in Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) eine deutliche Tendenz zu vermehrten PA und zu deutlich weniger NA erkennbar war als in Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten). Auch beim Vergleich der Durchschnittswerte von PA und NA innerhalb der beiden Cluster selbst (vgl. Kapitel 8.4) fiel auf, dass in Cluster 2 (Autonomie förderndes Pflegeverhalten) die PA deutlich häufiger waren als die NA. Die große Differenz zwischen den Durchschnittswerten von PA und NA ließ erahnen, dass es sich hier um einen ausgeprägten Häufigkeitsunterschied zu Gunsten der PA gehandelt hat, zumal in Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) die Differenz zwischen den Durchschnittswerten von PA und NA deutlich geringer war (zu Gunsten der PA) und somit deutlich wurde, dass die TIn, denen die Konsequenz in der Umsetzung eines Pflegestils fehlte, auch deutlich öfter negative Gefühle bei der Pflege empfanden als die TIn, die bevorzugt den AF-Pflegestil umgesetzt hatten. Demnach ließ der Befund der vorliegenden Studie vermuten, dass mehr als die Hälfte der Pflegekräfte fast genau so oft negative Gefühle während der Pflege empfanden als positive Gefühle (vgl. Tabelle 52).

Hier knüpfte der Befund an eine Studie von Kahana und Kiyak (1984) an, die ebenfalls ermittelt hatten, dass es einen Zusammenhang zwischen der Förderung der Autonomie alter Menschen und den PA der Pflegekräfte gibt, bzw. dass die Förderung eines einschränkenden Pflegeverhaltens mit negativen Gefühlen der Pflegenden zusammenhängt (vgl. S. 409).

Eine Ursache für die verstärkt positiven Gefühle der Pflegekräfte beim Umsetzen von Autonomie fördernden Pflegemethoden kann, nach Abt-Zegelin und Reuther (2011), die Tatsache sein, dass die, nach AF-Pflegekonzepten, betreuten Bewohner zufriedener sind, da ihr Wohlbefinden und ihre Lebenszufriedenheit durch die aktivierende, kompetenz-, bedürfnis- und/oder präventionsorientierte Pflege bewiesenermaßen gesteigert wird (vgl. Kapitel 5.9) und diese Steigerung der Zufriedenheit der Bewohner sich auf die Pflegenden überträgt, insbesondere wenn diese erkennen, dass ihre AF-Pflegemaßnahmen das Wohlbefinden der Bewohner steigern und sie die Bewohner aktiv in ihrem Autonomieerhalt bzw. in ihrer Autonomieförderung unterstützen (vgl. Abt-Zegelin & Reuther, (2011, S. 325).

Im Gegensatz kann demnach die Tatsache, dass die Bewohner weniger positiv auf die ständig wechselnden Pflegeinterventionen reagieren, denen sie hilflos ausgeliefert sind (vgl. Lind, 2007, S. 19), dazu führen, dass diese Pflegekräfte verstärkt negative Gefühle empfinden, da sich die Gefühle der Unzufriedenheit der Bewohner auf die Pflegenden übertragen. Ferner kann es sein, dass sich die Pflegenden unsicher fühlen beim Umsetzen ihrer inkonsistenten Pflegeinterventionen, da ihnen einheitliche Pflegeziele und/oder

Pflegekonzepte fehlen. Nach Poppelreuter und Mierke (2005) können „Unsicherheit und Schwierigkeiten im Arbeitsablauf“ (S. 15) die kognitiven Fähigkeiten der Pflegekräfte überfordern und zu negativen Emotionen führen.

Gleichzeitig führen Poppelreuter und Mierke (2005) aber auch an, dass es möglich ist, dass die Ursache für die vermehrt negativen Emotionen der Pflegekräfte neben der Überforderung auch Unterforderung der Pflegekräfte sein können: Zum einen führt Überforderung zu negativen Emotionen, weil verschiedene Pflegekräfte unsicher sind, nicht mit „Zeitdruck“, „Akkord“, der „Vielzahl an Aufgaben“ oder der psychischen Belastung (Tod von Bewohnern, Trauer der Angehörigen, usw.) umgehen können und somit im Pflegealltag überlastet sind. Des Weiteren kann, die Überforderung oder Überlastung, mit der fehlenden Fachausbildung im Altenpflegebereich, mit der Überforderung des Personals durch zuviel Verantwortung bzw. dem fehlenden Nähe-Distanz-Verhalten der Pflegenden zu den Bewohnern in Verbindung gebracht werden (vgl. Demortier, 2014, S. 23; Schneider, 2005, S. 100).

Zum andern können negative Gefühle, laut den Autoren, auch bei Pflegenden entstehen, die unter Unterforderung leiden. Diese NA können durch „Monotonie“ am Arbeitsplatz, durch „unzureichende Aufgabenstellungen“ bzw. durch „die Nichtnutzung der persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten“ ausgelöst werden (vgl. Poppelreuter & Mierke, 2005, S. 22f.). Dies trifft insbesondere auf das Umsetzen von AE-Pflegemethoden zu, da es dabei eher um das Durchführen standardisierter Pflegemodi oder um Funktionspflege geht, wie das von Böhm (2004a) zitierte „Waschen-Kämmen-Anziehen“ (S. 240) oder die, von Tschan (2010) genannte, „Warm-Satt-Sauber-Pflege“ (S. 136), wobei von den Pflegekräften weitaus weniger Eigeninitiative, Flexibilität und/oder Kreativität, wie z.B. beim Umsetzen von AF-Pflegemaßnahmen, verlangt wird (vgl. Kapitel 5.10; vgl. Poppelreuter & Mierke, 2005, S. 22f.). Hier besteht die Gefahr, dass auch die kompetentesten Mitarbeiter ein Übermaß an NA-Gefühlen empfinden, da sie, eingeengt durch die institutionellen Vorgaben, unausgewogene Pflegeziele und/oder durch fehlende Fachausbildungen, den Bewohnern nicht die Pflege zu kommen lassen können, die deren Bedürfnisse erfüllen würde und den internationalen Erkenntnissen der Altenarbeit entsprechen könnte.

Ferner ist zu vermuten, wie Boschert (2010) aus eigener Erfahrung schildert, dass vermehrt negative Gefühle während der Pflege entstehen können, weil organisatorische und pflegerische Defizite innerhalb der Pflegeteams und/oder der Institutionen bestehen; durch

Gefühle von Ohnmacht (vgl. S. 11) bei den Pflegenden oder durch Coolout¹¹⁹ der Pflegekräfte (vgl. Kersting, 2011, S. 1ff.). Diese Erkenntnisse der verschiedenen Autoren könnten in der vorliegenden Studie zutreffen, wenn man die Befunde der Kapitel 9.1 und 9.2 betrachtet, woraus hervorgeht, dass einem bedeutsamen Teil der Pflegekräfte die Konsequenz in ihrem Pflegeverhalten und/oder bei ihren Zielsetzungen fehlt, was auf die, von Boschert (2010) aufgeführten „organisatorischen Defizite“, „fehlende Gradlinigkeit bei den Zielsetzungen“ (Müller, 2015, S. 38), usw. innerhalb der teilnehmenden Institutionen zurückzuführen sein kann.

Ferner unterstützt der Vergleich der Mittelwerte der Gefühle (vgl. Tabelle 53) mit dem Alter der TIn, die Erkenntnisse von Demortier (2014), dass besonders jüngere Pflegekräfte zwischen 17 und 30 Jahren, am häufigsten negative Gefühle empfinden (Abbildung 23), woraus, nach Demortier (2014), ein „Choc de la réalité“ entstehen kann, was dazu führen kann, dass die jüngeren Pflegenden den Beruf schnellstmöglich wechseln (vgl. S. 43). Der Befund der vorliegenden Arbeit belegte, dass die jüngeren Studienteilnehmer zwischen 17 und 20 Jahren am häufigsten die negativen Gefühle *besorgt*, *erschöpft*, *bedrückt* und *überfordert* empfunden haben und bei den TIn zwischen 21 und 30 Jahren, die Gefühle *erschöpft* und *besorgt* besonders hervorstachen. Auffällig war, dass in allen Altersklassen diese beiden Gefühle bei den NA dominiert haben, nur eben in unterschiedlichen Häufigkeiten (vgl. Kapitel 8.4).

Auffällig war auch, dass insbesondere die Krankenpfleger und die Hilfspfleger am häufigsten negative Gefühle empfanden. Dies könnte einerseits damit zusammenhängen, dass ihnen, wie bereits erwähnt, die meiste Verantwortung von der Heimleitung aufgetragen wird und die diesbezügliche Überforderung negative Gefühle bis hin zur Erschöpfung oder „fatigue morale“ hervorrufen könnte, da sie für viele, ihnen zugeteilten Aufgaben¹²⁰, nicht ausgebildet wurden (vgl. Demortier, 2014, S. 23). Die Ausprägung der negativen Gefühle bei Kranken- und Hilfspflegern könnte aber auch damit zusammenhängen, dass, bei der Erhebung 90.3% der TIn angegeben hatten, dass es ihr persönliches Ziel sei, in ihrem erlernten Beruf arbeiten

¹¹⁹ „Coolout in der Pflege beschreibt und erklärt den Prozess einer moralischen Desensibilisierung, der sich in dem Spannungsfeld zwischen dem normativen pflegefachlichen Anspruch und den ökonomischen Zwängen des Pflegealltags entwickelt“ (Kersting, 2011, S. 1).

¹²⁰ In verschiedenen Institutionen sind die Kranken- und Hilfspfleger nicht nur für die Pflege und Betreuung der Bewohner zuständig, sondern in Abwesenheit der Führungskräfte, müssen sie auch Aufgaben aus dem Bereich der Personalführung (z.B. Krankmeldungen ersetzen) oder aus dem technischen Bereich (Reparaturdienste anfordern bei Ausfall von technischen Anlagen wie Aufzug, Telefonzentrale, usw.) übernehmen.

zu können. Dies ist im Altenpflegebereich für ausgebildete Kranken- und/oder Hilfspfleger nur bedingt möglich, da insbesondere, in Luxemburg ausgebildete, Pflegekräfte nicht ausreichend für die Arbeit im Altenhilfebereich ausgebildet worden sind und sie diese Tätigkeit demnach nicht unbedingt als ihren „erlernten“ Beruf ansehen werden. Die Berufsgruppen mit den positivsten Gefühlen sind die Erzieher und die Gruppe mit den „anderen“ Berufen, d.h. Therapeuten, usw. Ihre NA sind deutlich geringer als z.B. bei allen andern Berufsgruppen, die Führungskräfte ausgenommen. Zum einen können die positiven Gefühle der Erzieher und z.B. Therapeuten damit zusammenhängen, dass sie im Gegensatz zu den Kranken- und Hilfspflegern, in ihrem erlernten Beruf arbeiten können, da sowohl Erzieher als auch Therapeuten, für die Arbeit mit Klienten aller Altersgruppen und z.B. unterschiedlichen Pathologien (Therapeuten) ausgebildet sind und zum andern entfällt für sie meistens der Drei-Schichten Rhythmus von Frühdienst, Spätdienst und Nachtdienst, der wöchentliche Wechsel dieser Dienste und die Wochenenddienste, was als eine der bedeutendsten Belastungen von Pflegekräften gilt, zumal auch das Privatleben dieser Mitarbeiter durch die wechselnden Dienste belastet wird (vgl. Richter & Heckmann, 2014, S. 20). Erzieher, Therapeuten und Führungskräfte dagegen arbeiten überwiegend tagsüber und selten an Wochenenden, so dass ihre Lebensqualität deutlich weniger negativ durch Schichtdienste beeinflusst wird, was sich sicherlich auf ihre Emotionen auswirkt.

Da es, wie erwähnt, sein kann, dass verschiedene Studienteilnehmer verstärkt NA entwickeln, da sie nicht in ihrem erlernten Beruf arbeiten können, muss man davon ausgehen, dass auch der Ausbildungshintergrund eine Ursache für verstärkt negative Emotionen bei der Pflege ist. Beim Vergleich der Gefühle, der in Luxemburg und der im Ausland ausgebildeten TIn, fiel auf, dass in Bezug auf die positiven Gefühle die gesamte Stichprobe in etwa die gleiche Häufigkeit angegeben hat und kein statistisch bedeutsamer Unterschied festgestellt werden konnte. Bei den negativen Gefühlen, aber empfanden die, im Ausland ausgebildeten, TIn deutlich seltener negative Emotionen während der Pflege. Hier war ein signifikanter Unterschied festzustellen. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass diese TIn sich, durch ihre Ausbildung besser mit den AF-Pflegemethoden auskennen und eher weniger unter den, von Poppelreuter und Mierke (2005); Schneider (2005) und/oder Demortier (2014) aufgeführten Ursachen für NA leiden. Es kann auch sein, dass die TIn, weniger häufig NA empfinden, weil sie bedingt durch eine verstärkte Ausbildung in der AF-Pflege schneller Lösungen finden im Umgang mit „schwierigen¹²¹“ oder unkooperativen

¹²¹ „Der ‚schwierige Patient im Pflegeheim‘ ist sehr häufig ein dementer oder depressiver, nicht selten auch ein deliranter Patient. Gelegentlich kann es sich auch um einen alt gewordenen Menschen mit schwerer Persönlichkeitsstörung, einer schizophrenen oder schizoaffektiven Erkrankung handeln.

Bewohnern, da sie neben dem vorgegebenen AE-Pflegestil immer wieder auf Methoden aus der AF-Pflege zurückgreifen können, um die Bedürfnisse der Bewohner besser zu befriedigen, schwierige Pflegesituationen wie z.B. Demenzkrisen zu lösen oder zu minimieren (vgl. Lind, 2004, S. 35ff.; Lind, 2011, S. 52).

Dass auch die TIn in Cluster 2 negative Emotionen empfanden, ließ sich nach Boschert (2010) dadurch erklären, dass sich negative Emotionen und Erfahrungen der TIn während des Pflegealltags nie ganz werden vermeiden lassen und an sich auch gelegentlich erlaubt sein müssen (vgl. S. 11), aber in solchen Fällen ist es besonders wichtig, dass die Pflegenden Möglichkeiten erhalten (z.B. vom Arbeitgeber) diese Gefühle zu verarbeiten, sei es durch Gespräche, Supervision, usw., damit sich keine ernsthaften Störungen (Aggressionen, Burnout, Wutausbrüche, Gewalt in der Pflege, usw.) daraus entwickeln (vgl. Boschert, 2010, S. 11; Lummer, 2005, S. 25).

Die Befunde der Studie bestätigten demnach, dass es einen Zusammenhang zwischen den Gefühlen der TIn und der angewandten Pflegepraxis gegeben hat, aber nicht unbedingt wie Tietz (2017) und Ekert und Ekert (2014) angeben, dass die Gefühle das Pflegeverhalten der TIn beeinflussen, sondern die vorliegenden Befunde ließen eher vermuten, dass das Pflegeverhalten die Gefühle der Pflegenden beeinflusst hatte. Zum einen schien die Studie zu bestätigen, dass die TIn aus dem Cluster mit dem AF-Pflegeverhalten deutlich häufiger positivere Gefühle während der Pflege verspürten und zum andern machte die Studie deutlich, dass mehr als die Hälfte der TIn, die dem Cluster angehörten, dessen TIn ein konsequentes Pflegeverhalten fehlte, fast genau so oft negative wie positive Gefühle während der Pflege empfanden.

Der vorliegende Befund schien bedenklich, weil die Prozentzahl der TIn mit ausgeprägten negativen Gefühlen sehr hoch schien (über 50% der TIn in Cluster 1 – inkonsequentes Pflegeverhalten) und weil diese negativen Emotionen sowohl das Wohlbefinden der Bewohner als auch der Pflegekräfte beeinflussen können. Einerseits können die Bewohner unter den inkonsequenten Pflegeinterventionen leiden, was ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität negativ beeinflusst und andererseits haben die negativen Gefühle der TIn während dieser Pflegeinterventionen, negative Konsequenzen auf deren eigenes Wohlbefinden.

Generell wird die psychiatrische Komorbidität oft multimorbider älterer Patienten als der eigentlich schwierige Betreuungs- und Behandlungsbereich erlebt“ (Jagsch et al., 2007, S. 8).

Dass es, wie in der Hypothese vermutet, der Stichprobe nicht an Einsatzwille und Motivation gefehlt hat, belegte die Auswertung der Mittelwerte der einzelnen Gefühle der Stichprobe, denn bei den positiven Emotionen stachen vor allem *froh* und *motiviert* hervor, allerdings hielt sich ihre *Begeisterung* (schwächstes PA-Gefühl) in Grenzen, was bedeuten könnte, dass sie mit ihrem aktuellen Pflegeverhalten selbst nicht zufrieden sind, da sie, wie in Kapitel 9.1 angedeutet, versuchen den Spagat zwischen AE-Pflegemodell als Vorgabe des Arbeitgebers und der AF-Pflege zur Bedürfnisbefriedigung der Bewohner zu vereinbaren oder weil ihnen entsprechende Zielsetzungen fehlen (vgl. Abbildung 25).

Beunruhigender war dagegen, dass bei den negativen Emotionen, die Gefühle *erschöpft* und *besorgt* dominiert haben (vgl. Abbildung 25), denn nach der Stress-Leistungskurve von Yerkes-Dodson (zit. nach Breuer & Frot, 2012, S. 74) (vgl. Abbildung 27), sind diese beiden Gefühle Vorstufen zum „Burnout“. Da die Gefühle *besorgt* und *erschöpft*, laut der von Breuer und Frot (2012) zitierten Stress-Leistungskurve, den drittletzten und den letzten Platz vor dem definitiven Burnout belegen, ließ der Befund der vorliegenden Studie vermuten, dass die herausragenden Werte der *Besorgnis* und der *Erschöpfung* auf einen, wie Breuer und Frot (2012) es nennen, „Emotions-Gau“ (Burnout) (S. 74) hinsteuern. Abbildung 22 deutete an, dass hier insbesondere die Pflegekräfte, die Cluster 1 (inkonsequentes Pflegeverhalten) angehörten, hochgradig gefährdet sein könnten, denn sie fühlten sich überdurchschnittlich oft *erschöpft* und *besorgt*, was nach den Auswertungen der vorliegenden Studie mit der fehlenden Konsequenz beim Pflegeverhalten und bei den Zielsetzungen der TIn in Bezug auf die Bewohner oder in Bezug auf sich selbst in Zusammenhang gebracht werden kann (vgl. Kapitel 9.1; 9.2).

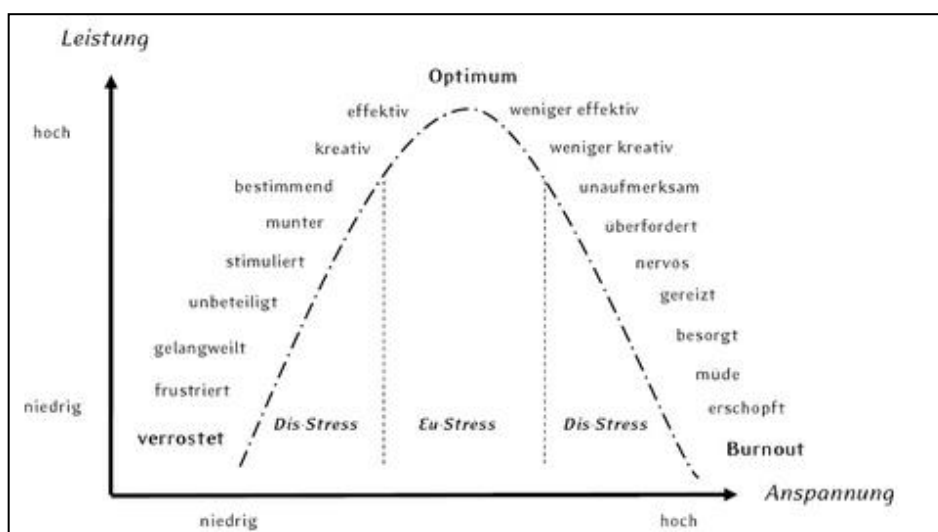


Abbildung 27: Stress-Leistungskurve von Yerkes-Dodson (zit. Breuer & Frot, 2012, S.74)

Bereits Demortier (2014) hatte die Gefahr einer „fatigue morale“, bzw. das Risiko eines Burnouts bei den Pflegekräften im Bereich der luxemburgischen Altenpflege erkannt und angesprochen (vgl. S. 23). Insbesondere, wenn Pflegekräfte ein hohes Maß an emotionaler Dissonanz in ihrem Pflegealltag erleben (vgl. Glaser, 2006, S. 317), d.h. dass sie, aus unterschiedlichen Ursachen, negative Gefühle unterdrücken und versuchen positiv auf die Bewohner und ihr Umfeld zu wirken, entsteht ein „Emotionsstau“ (Breuer & Frot, 2012, S. 69), der das Stressniveau erhöht und zum Burnout führen kann. „Verdrängte Gefühle wirken im Unterbewusstsein weiter und übernehmen die Macht über unser Verhalten, wenn sie nicht auf die bewusste Ebene geholt werden“ (Breuer & Frot, 2012, S. 69). Demnach könnten diese unterdrückten negativen Gefühle, über einen gewissen Zeitraum, zu einem unangemessenen Verhalten der Pflegekräfte gegenüber den Bewohnern führen bzw. sie könnten ein aggressives Verhalten der TI_n heraufbeschwören oder aber sie könnten zur Dauerbelastung für die Pflegenden werden, deren Folgen, Beeinträchtigungen der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit sowie eine Rückbildung der eigenen Gefühle sein könnten (vgl. Wüstenhagen, 2011, S. 2; Kleinevers, 2004, S. 71). Außerdem kann es zu vermehrten Unstimmigkeiten zwischen Pflegenden und Bewohnern kommen, da die Gefahr besteht, dass die Bewohner die unechten Gefühle der Pflegekräfte erkennen und es so zu einem Vertrauensverlust zwischen Pflegekräften und Bewohner kommt, was wiederum Unzufriedenheit und eine Minderung der Lebensqualität der Bewohner nach sich ziehen kann (vgl. Fischbach et al., 2011, S. 55; Pfäfflin-Mühlenhoff, 2011c, S. 388).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass ein Zusammenhang zwischen dem Pflegeverhalten und den Gefühlen der Studienteilnehmer stattfindet und, dass zu vermuten ist, dass das konkurrierende Pflegeverhalten der Teilnehmer sich auf ihre Gefühlswelt auswirkt, und zwar in dem Maße, dass bei den negativen Gefühlen die Dominanz der Erschöpfung und der Besorgnis, darauf hindeuten, dass der Zusammenhang zwischen Pflegeverhalten und Emotionen bereits an einem Punkt angekommen ist, wo sich diese Verbindung zu einem Teufelskreis entwickeln kann, wenn die betroffenen Pflegekräfte es nicht schaffen sollten, die negativen Gefühle unter Kontrolle zu bekommen. Denn dann ist zu vermuten, dass über kurz oder lang, die negativen Gefühle das Pflegeverhalten der Teilnehmer beeinträchtigen, bestimmen oder zumindest deutlich beeinflussen werden. Demnach könnte diese Entwicklung, und die Konsequenzen von Zusammenhängen zwischen Pflegeverhalten und Emotionen der Pflegekräfte in der Altenpflege, Thema weiterer Forschungsarbeiten sein.

9.4 Methodische und inhaltliche Reflexion

Auch wenn die ausgewählte Methodik und Literaturanalyse die Forschungsziele der vorliegenden Dissertation erreicht haben, so kann doch festgestellt werden, dass trotzdem Grenzen und weitere Möglichkeiten der Forschungsstrategien im Hinblick auf zukünftige Forschungsarbeiten zu erkennen sind. Demnach soll die Arbeit im folgenden Abschnitt einer inhaltlichen und methodischen Reflexion unterzogen werden, um Überlegungen festzuhalten, welche man in künftigen Forschungsarbeiten umsetzen könnte.

Das, für die vorliegende Studie, ausgewählte quantitative Forschungsdesign hat sich, bedingt durch die große Anzahl an Teilnehmern, als geeignete Befragungsform angeboten (vgl. Kapitel 7.1), insbesondere weil diese ökonomische und standardisierte Erhebungsform die Möglichkeit geboten hat, einen einheitlichen Vergleich zwischen den Teilnehmern zu gewährleisten und gleichzeitig den Arbeitsaufwand in Grenzen zu halten. Dagegen hätte eine qualitative Befragung Vorteile im Bereich der Offenheit und der Flexibilität gegenüber den Teilnehmern gehabt. Die durchgeführte quantitative Befragung hat nicht die Möglichkeit geboten, den Fragetext und/oder die Frageformulierungen auf die Gesprächssituationen der Gesprächspartner anzupassen oder durch den persönlichen Kontakt und/oder die direkte Interaktion des Interviewers Schwierigkeiten bei der Beantwortung eines Fragebogens, bedingt durch Fehlinterpretationen der Frageformulierungen, aufzufangen (vgl. Lamnek, 1995, S. 65). Nach Diekmann (2002) spielt die Sinndeutung der Fragen durch die Befragten eine wichtige Rolle bei einer Erhebung (vgl. S. 444). Hier hätte die Möglichkeit des Nachfragens und/oder die Präzisierung einer Aussage bei qualitativen Erhebungen zum besseren Verständnis und zur Ermittlung einer verstärkten inhaltlichen Tiefe über wichtige Zusammenhänge führen können. Allerdings kann die Intervention des Interviewers auch zu Antwortverzerrungen führen (vgl. Schnell, Hill, & Esser, 1999, S. 330ff.). Für weiterführende Forschungen könnte man eine Kombination aus quantitativer und qualitativer Erhebungen in Betracht ziehen. So könnten quantitative Befragungsmethoden qualitative Verfahren umrahmen, z.B. indem die Pflegekräfte ihr Pflegeverhalten zuerst anhand eines Fragebogens einschätzen, anschließend wird über einen festgelegten Zeitraum dieses Pflegeverhalten mit ihnen analysiert und im Anschluss dran wird ihr Umgang mit den Heimbewohnern noch einmal mittels Fragebogen überprüft. Allerdings muss man sich bewusst sein, dass qualitative Erhebungen immer auch eine Steigerung des Arbeitsaufwands bedeuten und daher oftmals die Stichprobe verkleinert wird, was auch zu Antwortverzerrungen führen kann.

In Kapitel 7.3.4 ist das Pflegeverhalten der Studienteilnehmer durch Selbsteinschätzung auf einer fünfstufigen Skala bewertet worden. Hier muss auf die Gefahr einer sozial erwünschten Selbstdarstellung (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 232; Eckert, 1999, S. 379) aufmerksam gemacht werden. Nach den Autoren kann die Selbsteinschätzung eine Fehlerquelle oder ein Verzerrungsfaktor bei statistischen Erhebungen darstellen. Auch bei der vorliegenden Studie könnte dieses Phänomen eine Rolle gespielt haben, da es sich bei der Erhebung betreffend das Pflegeverhalten der Pflegekräfte, um eine Selbsteinschätzung des Verhaltens der Studienteilnehmer in Bezug auf die Pflege der Heimbewohner, gehandelt hat. Die Selbstwahrnehmung eines Verhaltens muss nach Eckert (1999), nicht unbedingt mit der Fremdwahrnehmung eines Verhaltens übereinstimmen. Eine solche Selbsteinschätzung muss demnach nicht unbedingt der Realität entsprechen und kann auch reines „Wunschdenken“ (Eckert, 1999, S. 379) sein, welches dann für ein verzerrtes Ergebnis bei den Auswertungen der Verhaltensfragen sorgen kann. Um diese Fehlerquelle bei weiteren Forschungsarbeiten zu vermeiden, könnte man die Einschätzung des Selbstbildes durch eine zusätzliche Erhebung mittels Fremdeinschätzungen ergänzen, um so die Gefahr von Fehleinschätzungen aufgrund der sozialen Erwünschtheit und der systematisch überschätzten Selbstwahrnehmung zu beheben oder zu minimieren. Solche Fremdeinschätzungen könnten durch Vorgesetzte, Arbeitskollegen, andere Mitarbeiter der Institutionen oder Heimbewohner durchgeführt werden.

Bei schriftlichen Erhebungen besteht auch die Möglichkeit, dass es zu einer Antwortverzerrung kommt, da die Studienteilnehmer die Möglichkeit haben, im Internet oder in der entsprechenden Fachliteratur nach passenden Antworten zu recherchieren. So kann es, ähnlich wie bei der Selbsteinschätzung, zu Ergebnissen kommen, die nicht unbedingt die tatsächlichen Meinungen bzw. Überzeugungen der Teilnehmer wiedergeben.

„Die systematische, nicht zufällige Verweigerung oder Nicht-Teilnahme an einer Studie führen zu Ergebnissen, die bei Verallgemeinerungen auf die Grundgesamtheit diese nur verzerrt wiedergeben“ (Weinhardt & Liebig, 2015, S. 47). Bei einer Rücklaufquote von 54% und der Tatsache, dass in mindestens einer Institution die Fragebögen scheinbar nicht, wie abgemacht, verteilt worden waren (vgl. Kapitel 7.1.4), kann man davon ausgehen, dass es sich bei dieser Studie nicht ausschließlich um eine beabsichtigte Nichtteilnahme von Mitarbeitern (Nonresponse-Bias) der teilnehmenden Institutionen handelt, sondern, dass nicht gewährleistet worden ist, dass alle Pflegekräfte der Institutionen in gleicher Weise, Zugang zur Erhebung hatten, bzw. dass sie nicht aktiv von ihren Vorgesetzten auf die Befragung hingewiesen worden sind (vgl. Kapitel 7.1.3). Da bewusst auf Nachfassaktionen

verzichtet worden ist, um aus der Rücklaufquote, Rückschlüsse auf das Interesse oder die Gleichgültigkeit der Teilnehmer zum Thema zu ziehen (vgl. Porst & von Briel, 1995, S. 6; S. 9), kann diese Auswertung nicht vorgenommen werden, da nicht alle infrage kommenden Pflegekräfte in gleichem Maße Zugang zu den Fragebögen hatten. Allerdings lässt die Tatsache, dass die Fragebögen nicht wie abgesprochen verteilt worden sind, vermuten, dass bei den zuständigen Führungskräften eine Indifferenz oder Kommunikationsprobleme untereinander bestehen. Bei fehlender Kooperation der teilnehmenden Institutionen ist eine Stichprobenverzerrung fast unumgänglich, da der Messende keinen Einfluss auf die Verteilung nehmen kann, da er auf die Unterstützung der Einrichtungen und deren Leitungskräfte angewiesen ist. Die einzige Möglichkeit, solche Stichprobenverzerrungen bei zukünftigen Forschungsarbeiten zu vermeiden, ist, die Fragebögen selbst zu verteilen oder postalisch zu verschicken. Dazu müssten aber die Institutionen ihr Einverständnis geben, bzw. die Adressen ihrer Mitarbeiter freigeben. Eine postalische Zustellung der Fragebögen hätte den Vorteil, dass der Messende innerhalb eines gewissen Zeitraumes postalisch nachfassen könnte (vgl. Kapitel 7.1.4) und er nicht, wie bei dieser Studie, auf die Unterstützung unterschiedlicher Mitarbeiter der einzelnen Einrichtungen angewiesen wäre.

Zukünftige Forschungsarbeiten könnten auch die Heimbewohner an der Erhebung beteiligen z.B. bei der Fremdeinschätzung des Pflegeverhaltens der Pflegekräfte. Zum einen könnten so wichtige Informationen von Seiten der Bewohner betreffend die unterschiedlichen Pflegeinterventionen mit in die Auswertung einfließen, zumal bei der vorliegenden Forschungsarbeit vermutet wird, dass die Bewohner die Leidtragenden der unterschiedlichen Pflegeinterventionsformen sind. Zum anderen müsste man sich aber auch bewusst sein, dass die Aussagen der Bewohner nicht immer objektiv sein könnten, da sie möglicherweise ihre eigenen Erwartungen beim Heimeinzug als Grundlage für die Bewertung der Pflege und/oder Betreuung durch die Pflegenden, nehmen könnten (vgl. Kapitel, 5.11).

In Bezug auf die Gefühle der Studienteilnehmer während der Pflege, hätte man die Befragung vertiefen können, indem man weitere Fragen zur Verarbeitung der negativen Emotionen gestellt hätte und so besser hätte einschätzen können, ob die teilnehmenden Pflegekräfte im Stande sind ihre negativen Gefühle zu verarbeiten, oder ob durch fehlende Verarbeitungsmöglichkeiten bzw. durch fehlende Möglichkeiten, die negativen Gefühle auf eine „bewusste Ebene“ zu holen (vgl. Breuer & Frot, 2012, S. 69), die Gefahr der totalen Erschöpfung der Pflegekräfte noch zusätzlich gesteigert wird.

Nach dieser Reflexion der inhaltlichen und methodischen Aspekte der vorliegenden Arbeit, wird im Folgenden eine Schlussbetrachtung verfasst, welche sowohl ein Resümee der

Dissertation als auch einen, auf diese Forschungsarbeit aufbauenden, Ausblick für weitere Forschungsarbeiten beinhaltet.

IV. Schlussbetrachtung

10 Schlussbetrachtung

Im Folgenden wird der, in der Dissertation erarbeitete Wissensstand verwendet, um praktische und wissenschaftliche Erkenntnisse zu resümieren, und Schlussfolgerungen abzuleiten (Abschnitt 10.1). Das Kapitel schließt mit Abschnitt 10.2, welcher einen Ausblick für weiteren Forschungsbedarf identifizieren wird und zu weiteren Forschungsbeiträgen anregen soll.

10.1 Resümee

Das übergeordnete Ziel der Dissertation hat darin bestanden, ein Modell für die Betreuung von Heimbewohnern in luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen zu entwickeln, welches sich von den üblichen Pflegemodellen unterscheidet. Diese Umorientierung würde die bisher erfolgte, in den vergangenen 50 Jahren stattgefundene, Weiterentwicklung der luxemburgischen Altenhilfe im Bereich der Gesetzgebung, der Finanzierung, der Infrastrukturen und der wachsenden Forderungen der Heimbewohner, ergänzen. Lediglich der Umgang mit den Bewohnern und die Ausbildung der Mitarbeiter der Altenhilfeeinrichtungen hat nicht mit der Entwicklung der Rahmenbedingungen der Altenhilfe Schritt gehalten.

Im neu ausgearbeiteten Modell steht nicht mehr die *Pflege* der Heimbewohner im Fokus, sondern *der Erhalt ihrer Autonomie, ihrer Kompetenzen und die Erfüllung ihrer Bedürfnisse*. Zukünftig soll eine aktivierende, kompetenz-, bedürfnis- und präventionsorientierte Betreuung die objektiven Empfindungen der Bewohner und die bereits bestehenden fortschrittlichen Rahmenbedingungen der Altenhilfe mit der Erfüllung der Bedürfnisse der Bewohner in dem Maße verknüpfen, dass ihnen, Handlungs- und Sozialkompetenzen, Gefühle der Selbstwirksamkeit, der Selbstkontrolle und ein solides Selbstwertgefühl erhalten bleiben. Um dieses Ziel zu erreichen und mangels der, z.B. zu Hause anfallenden kleinen Alltagstätigkeiten, die zur Aktivierung älterer Menschen beitragen können, wird es bei der Betreuung von Heimbewohnern zukünftig darum gehen, ihnen sinnvolle Aktivierungsmöglichkeiten anzubieten, die sich in den Heimalltag integrieren lassen ohne dabei zusätzliche finanzielle oder personelle Ressourcen zu benötigen. Dabei wird es in erster Linie darum gehen, bisher passive Pflegeinterventionen in Aktivitäten des Alltags umzuwandeln, wobei die Bedürfniserfüllung der Bewohner im Mittelpunkt stehen soll. So sollen die alten Menschen auch nach dem Umzug in ein Heim, einen Sinn in ihrem Leben sehen und sich nicht überflüssig und/oder nutzlos fühlen. Sie sollen die Möglichkeit erhalten,

ihre alters- und/oder krankheitsbedingten Einschränkungen so in den Alltag zu integrieren, dass sie sich selbst trotzdem noch als kompetent und wirksam wahrnehmen und dabei bis ins hohe Alter Wohlbefinden und Zufriedenheit verspüren.

Obwohl das neu ausgearbeitete Modell auf internationalen Forschungserkenntnissen aufbaut, kann es trotzdem nicht, ohne vorherige Analyse der Ausgangssituation, in den Pflegealltag der luxemburgischen Altenhilfeinstitutionen übertragen werden. Es muss vorab überprüft werden, welche Pflegemodelle oder Pflegekonzepte den Pflegealltag bestimmen und ob und in welcher Weise ein Bedarf an Erneuerung bzw. Umwandlung der aktuell eingesetzten Pflegemodelle besteht. Daher wurde mittels einer empirischen Feldstudie untersucht, inwieweit die Autonomie einschränkende Pflegepraxis im Pflegealltag dominiert, oder ob sich die Autonomie fördernde Pflegepraxis bereits durchsetzt. Dazu wird eine Befragung bei 155 Pflegekräften in unterschiedlichen luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen durchgeführt.

Die Befunde der Studie zeigten, dass sich die Pflegesituation in der Praxis etwas verwirrend bzw. inkonsistent darstellte. Es war nicht deutlich erkennbar, nach welchen konkreten Pflegemodellen oder Pflegestilen die Studienteilnehmer während ihres Pflegealltags arbeiteten. Zwar gaben die Heimleitungen an, hauptsächlich nach dem Autonomie einschränkenden Pflegemodell von Henderson (initial für die Krankenpflege entwickelt) zu arbeiten, bei der Auswertung der Angaben der Studienteilnehmer bestätigten sich diese Angaben aber nicht, denn es konnte weder beim Pflegeverhalten noch bei den Pflegezielen der Teilnehmer eine einheitliche konsistente Orientierung zu einem bestimmten Pflegemodell oder zu einem bestimmten Pflegestil (Autonomie einschränkend oder Autonomie fördernd) festgestellt werden.

Im Gegenteil, die Befunde belegten, dass sich die Studienteilnehmer im Pflegealltag etwa paritätisch in zwei Subgruppen aufteilten. Bei einer Gruppe lag die Häufigkeit der Umsetzung von sowohl Autonomie einschränkenden als auch Autonomie fördernden Pflegepraxen im Pflegealltag über dem Durchschnitt, ein Pflegeverhalten welches auf fehlende Konsequenz hindeutete und welches nach Ausführungen von Lind (2007), Gross (2013) oder Müller (2015) durch fehlende einheitliche Rahmenkonzepte oder Strukturen, z.B. durch fehlende Pflegemodelle, hervorgerufen werden könnte (vgl. S. 44). Bei dieser Gruppe schien sich die Vermutung von Krohwinkel zu bestätigen, dass diese Pflegekräfte so pflegen wie sie gerade können oder meinen, da ihnen vielleicht die vorgegebenen Aufgabenverteilungen und/oder Ziele unklar waren. Für die Heimbewohner können so aber verwirrende Pflegesituationen entstehen, da sie den unterschiedlichen widersprüchlichen Pflegeinterventionsformen hilflos

ausgeliefert sind. Die zweite Gruppe bevorzugte ein verstärkt Autonomie förderndes Pflegeverhalten, was zwar eigentlich auch nicht mit den Angaben und Vorgaben der Leitungskräfte übereinstimmte, aber nach Erkenntnissen aus Kapitel 4 dieser Arbeit, den Bewohnern zu Gute kommen dürfte.

Bei den Pflegezielen, die eigentlich auf Basis eines, von den Institutionen ausgewählten, Pflegemodells formuliert werden, stellte sich die Situation noch widersprüchlicher dar, denn hier gaben alle Teilnehmer an, dass für sie die Wichtigkeit der Zielsetzungen beider konkurrierender Pflegestile, d.h. sowohl von Autonomie einschränkenden als auch von Autonomie fördernden Zielen, über dem Durchschnitt lag. Zwar kann man bei einem Teil der Pflegekräfte eine leichte Präferenz für Autonomie fördernde Ziele und Überzeugungen erkennen, aber es fehlt die Bestimmtheit, sich für eine Zielorientierung zu entscheiden, was nach Müller (2015) belegt, dass die Pflegekräfte keine „festen Ziele“ haben (S. 38). Diese Tatsache lässt, ähnlich wie beim Pflegeverhalten, vermuten, dass die Orientierung von Pflegepraxis und Pflegezielen an einem Pflegemodell zu fehlen scheint (vgl. Müller, 2015, S. 44). Die Tatsache, dass es der Mehrheit der Studienteilnehmer an konsistenten Zielsetzungen zu fehlen scheint, deutete darauf hin, dass es sich nicht um persönliche, sondern um institutionsinterne Mängel handelte.

Einer der Hauptgründe für die verwirrende, inkonsistente, widersprüchliche Pflegepraxis scheint die unterschiedliche Ausbildung der Pflegekräfte zu sein. Laut den Befunden der Studie bestand ein Zusammenhang zwischen dem Ausbildungshintergrund und den Pflegezielen und den Überzeugungen der Studienteilnehmer. Insbesondere die Tatsache, dass die, in luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen beschäftigten Pflegekräfte majoritär im Ausland ausgebildet wurden, könnte ein Grund für die Vermischung der konkurrierenden Pflegestile, für die Umsetzung inkonsistenter Pflegestile oder von widersprüchlichen Zielsetzungen sein. Die in Luxemburg ausgebildeten Pflegekräfte lernen hauptsächlich das klassische Pflegemodell von Henderson kennen, wohingegen im Ausland, z.B. in Deutschland, (vgl. Kapitel 2.3.2) Autonomie fördernde Pflegemodelle, allen voran das Pflegemodell von Krohwinkel, gelehrt werden. Somit treffen während des Pflegealltags in den luxemburgischen Altenhilfeeinrichtungen unterschiedlichen Pflegementalitäten aus unterschiedlichen Ausbildungsstätten aufeinander, die dann durch die institutionsübergreifende Vorgabe eines klassischen Pflegemodells in eine Richtung gelenkt werden sollen. Bei der Stichprobe der vorliegenden Studie waren es *sieben* verschiedene Berufsgruppen mit *sieben* verschiedenen Ausbildungshintergründen aus *vier* verschiedenen Ländern, d.h. Pflegekräfte mit 28 unterschiedlichen Ausbildungshintergründen bzw.

Ausbildungsprogrammen, deren Zusammenarbeit in den Institutionen koordiniert werden sollte.

Wenn dann noch die wachsenden Forderungen der Bewohner nach Autonomie-Förderung und Bedürfniserfüllung gepaart mit Stress, Zeitnot, psychischen Belastungen, usw. hinzukommen, ist es verständlich, dass die Pflegekräfte auf die Pflegeweisen zurückgreifen, die sie während ihrer Ausbildung kennengelernt (vgl. Leidenfrost, 2006, S. 40; Knoch et al., 2014, S. 10f) und verinnerlicht haben, zumal es den Institutionen an festen Zielen, Vorgaben oder konsistenten Konzepten zu fehlen scheint. Dabei sind sich die Pflegekräfte wahrscheinlich nicht bewusst, dass sie durch die Konfusionen der widersprüchlichen Pflegeweisen, dem unkoordinierten Pflegeverhalten im Pflgeteam und der fehlenden Kontinuität in der Pflege, die Bewohner verwirren können. Daher wäre besonders bei einer derart konfusen Ausgangslage in Bezug auf den Ausbildungshintergrund der Pflegekräfte, die Orientierung der praktischen Arbeit im Pflegealltag nach einem ausgewählten Pflegemodell von äußerster Wichtigkeit, insbesondere um eine einheitliche Grundlage für Pflegepraxis und Zielsetzungen zu schaffen und so eine verwirrende, inkonsistente, widersprüchliche Pflege zu verhindern.

Zumal die Befunde der Studie nicht nur verdeutlichten, dass das Umsetzen der inkonsistenten Pflegestile einen Einfluss auf die Gefühlswelt der Bewohner haben könnten, sondern auch, weil die Studie verdeutlichte, dass auch Zusammenhänge zwischen den von den Studienteilnehmern angewandten Pflegestilen und ihren Gefühlen während des Pflegealltags festzustellen waren. Die deutliche Ausprägung der Gefühle *froh* und *motiviert* bei der großen Mehrheit der Teilnehmer zeigte zwar, dass es ihnen nicht an Einsatzwille und Motivation mangelte, um ihren Aufgaben nachzukommen, aber besonders beunruhigend war die Tatsache, dass insbesondere die Teilnehmer, bei denen unausgewogene, verwirrende, widersprüchliche Pflegemethoden erkennbar waren, (immerhin die Hälfte der Teilnehmer) besonders häufig negative Gefühle während der Pflege empfanden, wobei das Gefühl *erschöpft* am häufigsten (überdurchschnittlich oft) auftrat. Die Häufigkeit der empfundenen negativen Emotionen und die deutliche Ausprägung der Gefühle der *Besorgnis* und der *Erschöpfung* ließen vermuten, dass zumindest ein Teil diese Pflegekräfte sich am Rand der totalen Erschöpfung befinden könnte, ein Zustand, der nicht nur negative Konsequenzen für die betroffenen Pflegekräfte, sondern auch wiederum für die Bewohner haben könnte, da die hohe Frequenz an negativen Gefühlen zu einem unangemessenen Verhalten der betroffenen Pflegenden gegenüber den Bewohnern führen könnte.

Insgesamt lässt sich aus den Befunden der vorliegenden Studie der Schluss ziehen, dass der Bedarf zur Einführung des Betreuungsmodells gegeben ist, zumal zurzeit scheinbar ein ausgewogenes, konsequentes Konzept fehlt, welches Rahmen und Strukturen in den Institutionen vorgibt und einheitliche Kriterien und Wertvorstellungen sowie die Aufgaben und Tätigkeiten der beteiligten Mitarbeiter definiert. Diese Lücke könnte genutzt werden, um das Autonomie fördernde Betreuungsmodell einzuführen und so die Lebensqualität der Bewohner und der Pflegekräfte positiv zu beeinflussen.

10.2 Ausblick

Ausgehend von der Tatsache, dass in den letzten Jahrzehnten zwar die infrastrukturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine, dem 21. Jahrhundert angepasste Altenhilfe, geschaffen worden sind und sich auch die Bedürfnisse und Forderungen der Heimbewohner weiterentwickelt haben, aber keine einschneidenden Veränderungen bei der Auswahl und Umsetzung der Pflegemodelle und bei der Ausbildung der Pflegekräfte aus dem Altenpflegebereich zu erkennen sind, versteht sich diese Arbeit als Versuch zur Ausarbeitung eines Betreuungsmodells für die Bewohner luxemburgischer Altenhilfeinstitutionen und als diesbezügliche erste empirische Analyse des Problemfeldes.

Da das Betreuungsmodell bisher lediglich als theoretisches Modell besteht, sollte angeregt werden, es versuchsweise in den, an der Studie beteiligten Institutionen, in die Realität umzusetzen. Nach einer vorab festgelegten Einführungs- und Testphase sollte eine Replikation der empirischen Studie durchgeführt werden, um zu prüfen, inwieweit die Einführung des Betreuungsmodells eine Veränderung der Pflegepraxis herbeigeführt hat, und ob die Umsetzung des Modells einen Einfluss auf die Gefühlswelt der Pflegekräfte hat. Man sollte nicht davon ausgehen, dass ein neues Betreuungsmodell alle bestehenden Schwierigkeiten im luxemburgischen Altenhilfebereich im Handumdrehen löst.

Vor einer möglichen Implementierung des Betreuungsmodells fallen unterschiedliche Anpassungen auf verschiedensten Ebenen an, damit das neue Modell überhaupt eine Chance bekommt, sich durchzusetzen oder von den Betroffenen, ihren Angehörigen bzw. der Gesellschaft akzeptiert zu werden:

Als erstes müssen, wie bereits in Kapitel 4.3 beschrieben, die *Alten- und Pflegeheimbewohner* sensibilisiert werden und es muss ihnen bewusst gemacht werden, dass ihre Eigenbeteiligung am Alltagsgeschehen und an den Betreuungsinterventionen wichtig ist, für den Erhalt ihrer Selbstbestimmung, ihrer Autonomie und ihrer Selbstkontrolle, was wiederum zum Erhalt ihres Wohlbefindens und ihrer Zufriedenheit beiträgt. Das Gleiche

gilt für die *Angehörigen* der Bewohner (vgl. Kapitel 5.13), denen bewusst werden muss, dass für den Erhalt der Lebensqualität der Heimbewohner, es wichtig ist, dass sie sich, einerseits bewegen, um mobil und autonom zu bleiben und andererseits sich aktiv an den Betreuungsinterventionen beteiligen, um so sinnvolle Beschäftigungen zu haben, was wiederum ihr Selbstwertgefühl steigert.

Heimmitarbeiter müssen mittels Fortbildungen bzw. zukünftigen Fachausbildungen auf die Herausforderungen des Betreuungsmodells vorbereitet werden, denn auch für sie wird es eine Herausforderung sein, sich nicht mehr ausschließlich auf die Grundpflege der Heimbewohner zu konzentrieren, sondern vor allem den Bewohnern unterstützend zur Seite zu stehen (vgl. Kapitel 5.12).

Ob das Betreuungsmodell überhaupt eine Chance bekommt, in der Realität erprobt zu werden, wird insbesondere von den *Heimleitungen* und den *Trägern* abhängen. Entscheidend wird sein, ob diese bereit sind, die Umstellung vom passiven Pflegemodell einschließlich Hotelisierung, hin zum Betreuungsmodell mit einer verstärkten Eigenbeteiligung der Bewohner, durchzuziehen, denn besonders in der ersten Zeit nach der Implementierung werden nicht nur positive Kritiken zu erwarten sein.

Inwieweit die *Gesellschaft* sich mit dem Betreuungsmodell einverstanden erklärt, hängt von der Werbung bzw. der Öffentlichkeitsarbeit ab, die zukünftig für die neue Art der Altenhilfe betrieben wird. Kabarettisten in Deutschland und Österreich machen vor, wie eventuelle positive Sensibilisierung zur Aktivierung der Senioren ablaufen kann (vgl. Kapitel 5.8).

Eine *spezialisierte Ausbildung für Heimmitarbeiter* dürfte eigentlich nur noch eine Frage der Zeit sein, denn auch in den luxemburgischen Schulen für Gesundheitsberufe sind sich die Verantwortlichen bewusst, dass die internationale Entwicklung der Altenhilfe eine Autonomie fördernde Betreuung fordert, und dass es an der Zeit ist, dies auch in Luxemburg umzusetzen und demnach das Personal fachgerecht zu schulen. Die vorliegende Studie könnte dazu genutzt werden, die zuständigen Ministerien von der Wichtigkeit einer Spezialisierung im Altenhilfebereich zu überzeugen.

Ein Umdenken bei den *staatlichen Instanzen* wird für das Gelingen der Implementierung auf zwei Ebenen notwendig sein: Einerseits muss das „Ministère d'Éducation Nationale“ der spezialisierten Ausbildung von Fachpersonal für den Altenhilfebereich zustimmen, d.h. die Finanzierung genehmigen und sich um die schulischen Abläufe kümmern. Andererseits müsste das „Agrément ministériel“ und der „Accueil gérontologique“ dahingehend angepasst

werden, dass mehr Eigenbeteiligung (natürlich nur soweit die Kompetenzen der Bewohner es erlauben) überhaupt möglich ist (vgl. Kapitel 5.6).

Bei der *Finanzierung* der Mehrkosten für den, zu erwartenden, größeren Zeitaufwand, würde sich die Möglichkeit bieten, die im Gesetz der Pflegeversicherung verankerten „Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit“, welche zur Zeit per Gesetz lediglich als Zusatzaktivitäten durch Erzieher bzw. Krankenpfleger separat und in Verbindung mit fünf definierten Grundbedürfnissen¹²² angeboten werden, so umzuverteilen, dass diese, den Bewohnern individuell zugestandene, „Aktivitätszeit“ den Betreuungsinterventionen zugerechnet wird (bis zu 5 Stunden pro Woche) (vgl. Kapitel 5.7.2).

Bei den *Infrastrukturen und Ausstattungen* werden kaum Anpassungen notwendig sein, da hier, wie bereits in Kapitel 5 beschrieben, in den vergangenen Jahrzehnten sich den internationalen Anforderungen angepasst wurde.

Allerdings wird die Implementierung des neuen Modells sicherlich weitere Forschungsfragen, z.B. im Bereich der Qualitätsrichtlinien aufwerfen, da die vorliegende Dissertation erst der Grundstein einer Weiterentwicklung in der luxemburgischen Altenarbeit ist.

Im Hinblick auf die Ausbildung der Mitarbeiter der Altenhilfeinstitutionen wäre das Angebot von spezifischen Ausbildungen, wie z.B. für die Berufe des Altenpflegers und/oder des „BTS en gériatrie pour la profession d’infirmier“ (vgl. Demortier, 2014, S. 36) sicherlich wünschenswert und eine Bereicherung für die Betreuung der Heimbewohner. Vorstellbar wäre auch den bereits bestehenden Studiengang „Master en gérontologie“ als verbindliche Basisausbildung für Führungskräfte bzw. angehende Führungskräfte (Wohnbereichsleiter, Hauswirtschafts- und Pflegedienstleiter, Sozialarbeiter, usw.) aus dem Altenhilfebereich einzuführen, da er sowohl theoretische als auch praktische Kenntnisse aus dem Bereich der Altenhilfe vermittelt. Die internationale Besetzung des Lehrkörpers und das breitgefächerte Studienprogramm dieses Studiengangs bieten die Möglichkeit, über die Landesgrenzen hinaus neue Erkenntnisse zu gewinnen, Erfahrungen zu sammeln und mit den neuesten Forschungserkenntnissen in Kontakt zu kommen, und wären somit eine optimale Grundlage für eine weiterführende Qualifizierung der Leitungskräfte. Gleichzeitig könnte die Teilnahme an diesem Studiengang als Präventionsmaßnahme vor der Überforderung dieser Leitungskräfte gewertet werden, eine Überlastung, welche nach Demortier (2014) auf

¹²² Hygiene, Toilettengang, Ernährung, An- und Auskleiden, Mobilität (vgl. Gesondheetskees, 2017b)

fehlende Kompetenzen im Führungsbereich (vgl. S. 47) oder aber auf auch auf fehlende Kenntnisse aus dem Altenhilfebereich zurückzuführen sein kann.

Der Zusammenhang zwischen den Gefühlen der Altenpflegekräfte und ihrem Pflegeverhalten könnten weitere Themen für Forschungsarbeiten sein. Als fortführende Studie zu der vorliegenden Forschungsarbeit wäre interessant zu untersuchen, ob insbesondere die Studienteilnehmer, die häufig negative Emotionen während der Pflege verspüren, von ihren Arbeitgebern die Möglichkeit erhalten, diese negativen Gefühle zu verarbeiten, und/oder ob sie eigene Mechanismen entwickelt haben, um zu verhindern, dass aus den negativen Emotionen körperliche und/oder seelische Beschwerden werden. Ein weiteres Forschungsthema wäre in diesem Zusammenhang, ob sich insbesondere die negative Gefühlslage der Heimpflegekräfte auch auf ihr Privatleben überträgt und somit nicht nur ihre Arbeitszufriedenheit belastet, sondern auch negative Effekte auf ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hat.

Für die Zukunft wäre das Betreuungsmodell demnach eine innovative Alternative für Altenhilfeeinrichtungen und/oder Träger, die sich verstärkt der aktivierenden kompetenz-, bedürfnis- und präventionsorientierten Betreuung von Heimbewohnern widmen wollen, zumal auch das Gesetz betreffend die Reform der Pflegeversicherung, verstärkt Wert auf den Erhalt, bzw. die Förderung von Autonomie und Kompetenzen aus dem Bereich des alltäglichen Lebens der alten Menschen sowie auf die Prävention vor weiteren gesundheitlichen Einschränkungen und/oder einer Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit legt.

V. Literaturverzeichnis und Anhänge

11 Literaturverzeichnis

- Abbott, R. D., White, MD., Webster Ross, MD. et al. (2004). Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men. *JAMA*, September 22/29, 2004, Vol 292, No. 12, 1447-1453.
- Abt-Zegelin, A. (2010). Mobilitätsförderung im Pflegeheim. „Es ist jetzt viel lebendiger bei uns ...“. *Die Schwester Der Pfleger* 49. Jahrg. 02|10, 146-147.
- Abt-Zegelin, A. & Reuther, S. (2011). Bewegungsförderung. Mobil im Pflegeheim. *Die Schwester Der Pfleger*, 50. Jahrg. 04/11, 322-325.
- Abt-Zegelin, A. (2013a). „Beweggründe“ statt Mobilisationsübungen. *PROALTER* Januar/Februar 2013. 29-31.
- Abt-Zegelin, A. (2013b). „Festgenagelt sein“. *Der Prozess des Bettlägerigwerdens* (2., ergänzte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Ackermann, A. (2005). *Empirische Untersuchungen in der stationären Altenhilfe: Relevanz und methodische Besonderheiten der gerontologischen Interventionsforschung mit Pflegeheimbewohner*. Münster: LIT Verlag.
- Agence pour le développement de l'emploi (Adem) – Orientation Professionnelle, (2015). Auxiliaire de vie. (gelesen am 10.10.2015; https://beruffer.anelo.lu/media/generated_pdfs/Auxiliaire_de_vie.pdf).
- Ahnis et al., (2008). Inkontinenz bei alten Menschen. *Pflege & Gesellschaft*, 13. Jg. 2008 H.1. 62-76.
- Ahnis, A. & Knoll, N. (2008). Subjektives Belastungserleben bei alten Menschen mit Inkontinenz – eine qualitative Analyse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, August 2008, Volume 41, 251-260.
- Amberger, S. & Roll, S.C. (2010). *Psychiatriepflege und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Amrhein, L. (2011). „Jeder will alt werden, aber niemand alt sein.“ Die gesellschaftliche Konstruktion des hohen Alters und ihre gerontologische und soziologische Rekonstruktion. Zentrum Altern und Gesellschaft Universität Vechta. (gelesen am

- 13.02.2016; http://www.sektion-altern.de/shareddocs/presentations/2011.Amrhein_gerontol_soziolog_Konstruktion.pdf).
- Antoine de Saint-Exupéry. (2016, 24/25. September). *Luxemburger Wort*, S.52.
- Anton, W. (2011a). Gesundheit, Krankheit, Behinderung, Prävention. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 35-47), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Anton, W. (2011b). Ruhen, schlafen, sich entspannen können. In: I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 353-369), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Anton et al., (2011). Die eigene Sexualität leben können. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 35-47), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Backes, G. M. & Clemens, W. (2003). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung* (2. Auflage). Weinheim und München: JUVENTA.
- Backes, G. M. & Clemens, W. (2008). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung* (3. Auflage). Weinheim und München: JUVENTA.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (10. neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (11. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Baer, U. (2014). LIEBE eben anders – sich als Mann und als Frau fühlen mit Demenz. (gelesen am 27.08.2016; https://www.demenz-service-koeln.de/tl_files/koeln/Bilder_Allgemein/PDF/Archiv/VortragRemscheidBaer2014.pdf).
- Bär, M. (2004). *Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten: Arbeitshilfe für die Entwicklung und Umsetzung von Pflege- und Betreuungskonzepten*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Baltes, P. B. (2004). Das hohe Alter. Mehr Bürde oder Würde. (gelesen am 14.02.2016; http://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/archiv/2004_01/04_01_baltes/index.html).
- Baltes, P. B. (2005). Zukunft ist Alter. (gelesen am 14.02.2016; <https://www.google.com/search?q=zukunft+ist+alter+baltes&ie=utf-8&oe=utf-8>).

- Baltes, P. (2006). Hoffnung mit Trauerflor. Lebenslänge contra Lebensqualität – von der Menschenwürde im hohen Alter. *Neue Zürcher Zeitung*, 4/5. November 2006, Nr. 257. 30.
- Baltes, P. B. (2007). Alter(n) als Balanceakt. Im Schnittpunkt von Fortschritt und Würde. In P. Gruss (Hrsg.), *Die Zukunft des Alterns: die Antwort der Wissenschaft* (S. 15-34). München: Verlag C.H. Beck.
- Baltes, P. B. & Salthouse, T. (o.D.). Lernen und Leistung im mittleren und höheren Erwachsenenalter. (gelesen am 19.02.2016; https://www.psychologie.uni-freiburg.de/studium.lehre/bachelor.of.science/skripte/frueheresem.html/vorlesung-entwicklungspsychologie/vl_ep06_aeltere_pdf).
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1989). Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 3, 5-10.
- Barnes, R. & Eicher, J.B. (1993). Introduction. In R. Barnes & J. B. Eicher (Hrsg.), *Dress and Gender: Making and Meaning (Cross-Cultural Perspectives on Women)* (S. 1-7). Oxford: Berg Publishers.
- Barrick, A. L., Rader, J., Hoeffler, B., Sloane, P. D. & Biddle, S. (2008). *Körperpflege ohne Kampf. Personenorientierte Pflege von Menschen mit Demenz*. Bern : Verlag Hans Huber.
- Bartholomeyczik, S., Schreier, M. M., Volkert, D. & Bai, J.C. (2008). *Qualitätsniveaus in der stationären Altenpflege: Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung*. Heidelberg: Economica Verlag.
- Bartoszek, G., Denzel, S. & Nydahl, P. (2011). Kommunizieren können. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 147-168), 3. Auflage. Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag.
- Bauer, R. (2002). Kongruente Beziehungspflege – Ein Modell zur Gestaltung professioneller Beziehung in der Pflege. *Psych Pflege* 2002; 8(1),18–24.
- Baumann, T. (2012). Quartäre Prävention. *Pädiatrie up2date* 3 / 2012, 215-216.
- Bausewein, C., Roller, S. & Voltz, R. (2010). Palliative Care/Palliativmedizin. In C. Bausewein, S. Roller & R. Voltz (Hrsg.), *Leitfaden Palliative Care, Palliativmedizin und Hospizbetreuung* (S. 2-14). München: Urban & Fischer.

- Behrendt, H. (2008). *Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern*. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Behrens, C. (2008). Einführung: Das Bedürfnis nach sinnlicher Anregung. In: J. Steurer (Hrsg.), *Palliative Care in Pflegeheimen: Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte* (S. 81-122). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Beier, O. (2016). Demenz verstehen – Teil 9: Tipps für demente Menschen mit Inkontinenz. (gelesen am 07.11.2016; <https://www.pflege-durch-angehoerige.de/2016/07/27/demenz-verstehen-teil-9-tipps-fuer-demente-menschen-mit-inkontinenz/>).
- Bennett, J. & Riedel, M. (2013). Was beeinflusst die Lebenszufriedenheit im hohen Alter? Repräsentative Studie zur ambulanten Altenpflege und -betreuung in der Deutschschweiz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1 - 2013 - 46. 21-26.
- Berger, F. (2006). Zur Wirkung unterschiedlicher materieller Incentives in postalischen Befragungen: ein Literaturbericht. *ZUMA Nachrichten 30 (2006)*, 58, 81-100.
- Berger, M. (o.D.). Psychische Alterserkrankungen. Freiburg: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. (gelesen am 15.03.2015; <http://www.uniklinik-freiburg.de/psych/klinische-schwerpunkte/psychische-alterserkrankungen.html>).
- Berger, B. & Hennings, D. (2014). Bettlägrigkeit verhindern – Bewegung fördern. *demenz DAS MAGAZIN /22-2014*, 27-29.
- Bergler, R. (2009). *Psychologie der Hygiene*. Heidelberg: Steinkopf Verlag.
- Berkowitz, E. & Green, R. E. (1965). Changes in intellect with age: V. Differential changes as functions of time interval and original score. *Journal of genetic Psychology*, 1965, 107, 179-192.
- Berner, R., Fischer, U., Kreutzner, G., Kuhn, C., Radzey, B., et al., (2013). Den Alltag gestalten. Praktische Hilfestellungen für die Pflege von Menschen mit Demenz (1. Auflage). (gelesen am 26.11.2016; https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/den-alltag-gestalten.pdf?__blob=publicationFile).
- Berner, R., Fischer, U., Kreutzner, G., Kuhn, C., Radzey, B., et al., (2017). Den Alltag gestalten. Praktische Hilfestellungen für die Pflege von Menschen mit Demenz (2. Auflage). (gelesen am 15.11.2017; https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/den-alltag-gestalten.pdf?__blob=publicationFile).

- Berting-Hüneke, C., Langner, D., Lüttje, D. & Pastina, E. (2002). *Selbständigkeit im Alter erhalten: Eine Einführung in die geriatrische Rehabilitation*. Berlin-New York: Springer Verlag.
- Bertsch, R. (2016). Hilfreiche Technik im Alter. (gelesen am 26.11.2016; <http://www.familienservice.uni-freiburg.de/pflege/vortrag-hilfreiche-technik-im-alter>)
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), (2002). Psychische Belastung und Beanspruchung. (gelesen am 15.09.2015; https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw-themen/TP-miab-11-14-Mitarbeiterbefragung_Download.pdf?__blob=publicationFile).
- Beutel, M. E., Knickenberg, R. J., & Brähler, E. (2005). Seelische Balance und mentale Fitness im Anti-Aging. In G. Jacobi et al. (Hrsg.), *Kursbuch Anti-Aging* (S. 241-245). Stuttgart : Georg Thieme Verlag.
- Bexton, W. H., Heron, W., & Scott, T. H. (1954). Effects of decreased variation in the sensory environment. *Canadian Journal of Psychology/Revue canadienne de psychologie*, 8(2), 70-76.
- Biedermann, M. (2011). *Essen als basale Stimulation*. (3. Aufl.) Hannover: Vincentz.
- Biedermann, M. & Hoffmann, A. (2005). *Der Heimkoch. Esskultur im Heim*. Hannover: Vincentz.
- Bilinski, W. (2016). *Resilienz. Krisen erfolgreich meistern und nutzen*. Freiburg: Haufe-Lexware.
- Blaise Pascal. (XVII^e siècle). Pensées diverses II – Fragment n° 25 / 37 – Papier original : RO 47-8. (gelesen am 12.07.2015 ; <http://www.penseesdepascal.fr/XXIV/XXIV25-moderne.php>).
- Boeger, A. (2009). *Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte : Theorie und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Boetcker, W. J. H. (1873-1962). William J. H. Boetker. (gelesen am 6.11.2017; https://www.goodreads.com/author/show/5610807.William_J_H_Boetker).
- Böger, A. & Huxhold, O. (2014). Ursachen, Mechanismen und Konsequenzen von Einsamkeit im Alter: Eine Literaturübersicht. *Informationsdienst Altersfragen. Heft 01, Januar / Februar 2014 / 41. Jahrgang*. 9-17.

- Böhm, E. (2004a). *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band I: Grundlagen* (3. Auflage). Wien-München-Bern: Verlag Wilhelm Maudrich.
- Böhm, E. (2004b). *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band II: Arbeitsbuch* (3. Auflage). Wien-München-Bern: Verlag Wilhelm Maudrich.
- Bohndick, C. (2015). Fragebögen. (gelesen am 04.02.2017; <https://blogs.uni-paderborn.de/fips/2015/02/13/frageboegen/>).
- Bokelmann, S. (2017). „Die sitzen nur rum und wir müssen schuften!“. *Praxis Soziale Betreuung. Vorabdruck*, 1.
- Bonifer, R. (2016). Alzheimer-Demenz. Was bringen Lebensstil, Ernährung, alte und neue Medikamente? *ARS MEDICI 3-2016*, 100-102.
- Borschert, S. (2010). 100 Tipps für eine zeitgemäße Altenpflege. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Bortz, J. (1993). *Statistik: Für Sozialwissenschaftler*. 4. überarbeitete Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. BORTZ, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Auflage). Berlin: Springer.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Auflag). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Boyle, P. A., Buchman, A. S., Wilson, R. S., Yu, L., Schneider, J. A. & Bennett, D. A. (2012). Effect of Purpose in Life on the Relation Between Alzheimer Disease Pathologic Changes on Cognitive Function in Advanced Age. *ARCH GEN PSYCHIATRY / Vol. 69 (No 5), May 2012*. 499-505.
- Brater, M. & Maurus, A. (1999). *Das schlanke Heim: Lean-Management in der stationären Altenpflege*. Hannover: Vincentz Verlag.
- Brandenburg, H. (2005). Autonomieförderung durch Pflegende in der Langzeitpflege. In M. Huber, S. A. Sigel, C. Wächter & A. Brandenburg (Hrsg.), *Autonomie im Alter. Leben und Alt werden im Pflegeheim* (S. 34-40). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

- Brauer, S. & Strub, J.-D. (2016). Zwischen Selbstbestimmung und Paternalismus: Die Autonomie des Selbst. In Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.), *Autonomie und Beziehung* (S. 50-59). Basel: Kreis Druck.
- Bremer, D. (2005). Autonomie – Überlegung aus ethischer Sicht. In M. Huber, S. A. Sigel, C. Wächter & A. Brandenburg (Hrsg.), *Autonomie im Alter. Leben und Alt werden im Pflegeheim* (S. 24-33). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Brendebach, C. M. (2007). *Prüfungswissen Altenpflege: Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen*. München / Jena: Urban & Fischer.
- Breuer, J. P. & Frot, P. (2012). *Das emotionale Unternehmen: Mental starke Organisationen entwickeln* (2. Auflage). Wiesbaden: Gabler Verlag Springer Fachmedien.
- Breyer, B. & Bluemke, M. (2016). *Deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule PANAS (GESIS Panel)*. (gelesen am 12.02.2017; https://www.researchgate.net/publication/309210530_Deutsche_Version_der_Positive_and_Negative_Affect_Schedule_PANAS_GESIS_Panel).
- Brockmann, H. (1998). *Die Lebensorganisation älterer Menschen: Eine Trendanalyse*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Brög-Kurzemann, U., Sieber, H. & Weh, B. (2000). *Lehrbuch Altenpflege: Grundpflege - Behandlungspflege, gegliedert nach AEDL*. Hannover: Vincentz Verlag.
- Bücker, C. & Niggemeier, M. (2014). *Tagespflege für ältere Menschen*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2002). *SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows* (8. überarb. und erw. Auflage). München : Pearson Studium.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2. Auflage). München: Pearson Studium.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3. aktualisierte und erweiterte Auflage). München: Pearson Studium.
- Bundesinteressenvertretung - BIVA, 2010. Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. (gelesen am 29.10.2016;

<http://www.biva.de/dokumente/broschueren/EU-Charta-der-Rechte-u-Pflichten-aelterer-hilfe-u-pflegebeduerftiger-Menschen.pdf>).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, (2013). *Gewalt erkennen – Ältere Menschen in Institutionen*. Wien: Paul Gerin GmbH & Co KG.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. (gelesen am 01.05.2015 ; <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-21786-4.-Altenbericht-Teil-I,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (2004). Ihre Rechte als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. (gelesen am 17.04.2015 ; <http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Themen/Pflege/Ihre-Rechte-als-Heimbewohnerinnen-und-Heimbewohner.pdf>).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (2005). Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. (gelesen am 13.02.2016; <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (2006). Qualitätssicherung in Heimen. (gelesen am 22.09.2015; <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/6/6-1-Grundlagen-der-qualitaetssicherung/6-1-1-zu-den-begriffen-qualitaet-und-qualitaetssicherung%2cseite%3d5.html>).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (2008). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Befunde und Empfehlungen. (gelesen am 22.12.2015; <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/zusammenfassung-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium Für Gesundheit, (2010). Charta der Rechte hilfe-und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Publikationsversand der Bundesregierung. (gelesen am 29.10.2016; <https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/Pflege-Charta.pdf>).

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2014a). Altenpflegeausbildung Informationen zu Ausbildung und Beruf der Altenpflegerinnen und Altenpfleger. (gelesen am 12.01.2016; https://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Altenpflegeausbildung-Brosch_C3_BCRe,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (2014b). Eine neue Kultur des Alterns. Altersbilder in der Gesellschaft. Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts. (gelesen am 26.01.2016; <https://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/6.-Altenbericht-Eine-neue-Kultur-des-Alterns,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (2015a). Abschlussbericht für das Forschungsprojekt: „Entwicklung eines Kriterienkataloges zur Erfassung palliativer Bedürfnisse von Menschen mit fortgeschrittener Demenz in der stationären Altenhilfe“. Köln: Zentrum für Palliativmedizin Universitätsklinik Köln. (gelesen am 06.12.2015; http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/Abschlussbericht_20zum_20_20Forschungsprojekt_20des_20Zentrums_20f_C3_BCr_20Palliativmedizin_20der_20Uniklinik_20K_C3_B6In,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (2015b). Länger zuhause leben. Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter. (gelesen am 15.11.2016; <https://www.bmfsfj.de/blob/94192/c468d2287a2c5e675374475d980e0e66/laenger-zuhause-leben-wegweiser-data.pdf>).
- Bundesministerium für Gesundheit, (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. (gelesen am 4.10.2016; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf).
- Charlier, S. (2001). *Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik für Pflegeberufe*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Charlier, S. (2007). Spannungen und Gewalt in der Pflegebeziehung. In S. Charlier (Hrsg.), *Soziale Gerontologie: Altenpflege professionell* (S. 397-409). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Charte Européenne des Droits et Libertés des Personnes Âgées en Institution, 1993 (gelesen am 12.02.2017; <http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/charteeupersonagees.html>).
- Cizek, B., Kapella, O. & Steck, M. (2005). *Kommunikationspsychologie. Grundlagen*. Working Paper Nr 50/2005, Österreichisches Institut für Familienforschung. (gelesen am 28.10.2016; http://www.pantucek.com/seminare/200709avalon/cizek_kommunikationspsychologie.pdf).
- Clark, J. & Lang, N. (1992). Nursing's next advance: An internal classification for nursing practice. *International Nursing Review*, July-August 39(4), 109-111, 128.
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A, Larimore, W. L. & König, H. C. (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality – The Forgotten Factor. *The Gerontologist*, Vol.42, No. 5, 613-620.
- Demenz-Leitlinie (2012). Pflegekonzepte. (gelesen am 09.01.2018; <http://www.demenz-leitlinie.de/pflegende/KonkreteHilfe/pflegekonz.html>).
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH). (2014). *Sexuelle Orientierung und Ausdruck der Geschlechtlichkeit*. (gelesen am 02.11.2016: https://www.dbsh.de/fileadmin/redaktionell/pdf/Sozialpolitik/DE_ifsw_90852-5.pdf).
- De Jong Gierveld, J. & van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European Journal of Ageing* (2010) 7. 121-130.
- De Klerk-Rubin, V. (2013). Vorwort von Vicki de Klerk-Rubin. In N. Feil & V. De Klerk-Rubin (Hrsg.), *Validation in Anwendung und Beispielen* (S.12-15), 7. aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt.
- Del Rae, V. (2016). Was man trotzdem nie vergisst - Sex und Demenz“. LIEBE eben anders Sexualität erleben mit Demenz - aber wie? (S.6-9) (gelesen am 21.10.2016; [https://www.demenz-service-bergischesland.de/tl_files/bergischesland/2016_Liebe%20eben%20anders/Tagungsdokumentation_%20Demenz-und-Sexualitaet_web_end\(1\).pdf](https://www.demenz-service-bergischesland.de/tl_files/bergischesland/2016_Liebe%20eben%20anders/Tagungsdokumentation_%20Demenz-und-Sexualitaet_web_end(1).pdf)).

- Demortier, A. (2014). Étude thématique « Secteur Soins ». Rapport final. (gelesen am 17.08.2015; <http://www.iuil.lu/uploads/documents/files/rapport-secteur-soins-final.pdf>).
- Destatis, (2017). Europa in Zahlen. (gelesen am 21.11.2017; <https://www.destatis.de/Europa/DE/Staat/Vergleich/DEUVergleich.html>).
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2007). Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung. (gelesen am 04.01.2017; <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/070709%20Spirituelle%20Begl%20in%20Pm%20070510.pdf>).
- Deutscher Ethikrat. (2012). *Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme*. (gelesen am 22.12.2017; <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf>).
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin - DGSM. (2011). Schlaf im Alter. (gelesen am 01.11.2016; <http://www.dgsm.de/downloads/patienteninformationen/ratgeber/DGSM%20Ratgeber%202015/Schlaf%20im%20Alter%20DIN%20A5%20-%20PFADE.pdf>).
- De Vries, N. (2011). Erotische Wünsche. *Altenpflege, Juli 2011*. 22-24.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP, (2014). Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. (gelesen am 02.07.2016; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Pflege_Expertenstandard_Mobilitaet_Abschlussbericht_14-07-14_finaleVersion.pdf).
- Diekmann, A. (2002). *Empirische Sozialforschung, Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (9. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Doran, G. T. (1981). There is a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review* 70, Heft 11, 35-36.
- Drees, M. & Klinkowski, M. (2010). *Leitziel – Teilziel – Handlungsziel*. (gelesen am 05.02.2018; <http://www.kreis-stormarn.de/lvw/forms/3/31/WorkshopZiele16062010Praesentation.pdf>).
- Dudenredaktion, (o.D.). „Aktivieren“. (gelesen am 17.12.2015; <http://www.duden.de/rechtschreibung/aktivieren>).

- Dudenredaktion, (o.D.). „Autonomie“. (gelesen am 22.12.2017;
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Autonomie>).
- Dudenredaktion, (o.D.). „Betreuen“. (gelesen am 27.11.2015;
<http://www.duden.de/rechtschreibung/betreuen>).
- Dudenredaktion, (o.D.). „Empathie“. (gelesen am 15.12.2015;
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Empathie>).
- Dudenredaktion, (o.D.). „Obhut“. (gelesen am 27.11.2015;
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Obhut>) .
- Dudenredaktion, (o.D.). „Pfleger“. (gelesen am 27.11.2015;
<http://www.duden.de/rechtschreibung/pfleger>).
- Dudenredaktion, (o.D.). „Sicherheit“. (gelesen am 12.04.2016;
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Sicherheit>).
- Dyck, S. van & Lessenich, S. (2009). „Junge Alte“: Vom Aufstieg und Wandel einer Sozialfigur. In: S. Van Dyck & S. Lessenich (Hrsg.), *Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur* (S. 11-50). Frankfurt: Campus Verlag.
- Ebermann, E. (2010). Grundlagen statistischer Auswertungsverfahren. (gelesen am 03.02.2017;
<https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/quantitative/quantitative-34.html>).
- Eckert, T. (1999). Methoden und Ergebnisse der quantitativ orientierten Erwachsenenbildungsforschung. In: R. Tippelt (Hrsg.), *Handbuch Erwachsenenbildung, Weiterbildung* (S. 328-340), 2., überarb. und aktualisierte Auflage. Opladen: Leske und Budrich.
- Eglin, A. (2015). Ich schenke dir einen Sonnenuntergang. Spirituelle Begleitung von Menschen mit Demenz. In: R. Famos & A. Müller (Hrsg.), *Wie wird es sein? Was Seelsorge mit hochbetagten Menschen vermag* (S. 57-69). Zürich: Theologischer Verlag.
- Ehret, S., Jacobs, T. & Wozniak, D. (2013). Bedingungen guten Alterns – Der Weg vom Diskurs zur Verantwortung. In Rentsch et al. (Hrsg.), *Altern in unserer Zeit: Späte Lebensphasen zwischen Vitalität und Endlichkeit* (S. 65-100). Frankfurt/New York: Campus Verlag.

- Eichleter, G. (2016). Ausscheidung, Inkontinenz. In E. Jedelsky (Hrsg.), *Heimhilfe* (S. 134-141), 4. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Eisenburger, M. (2015). *Aktivieren und Bewegen von älteren Menschen* (4. Auflage). Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Eisenmann et al. (2015). Abschlussbericht für das Forschungsprojekt: „Entwicklung eines Kriterienkataloges zur Erfassung palliativer Bedürfnisse von Menschen mit fortgeschrittener Demenz in der stationären Altenhilfe“. Köln: Zentrum für Palliativmedizin Universitätsklinik Köln. (gelesen am 06.12.2015; http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/Abschlussbericht_20zum_20_20Forschungsprojekt_20des_20Zentrums_20f_C3_BCr_20Palliativmedizin_20der_20Uniklinik_20K_C3_B6In,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf).
- Ekert, B. & Ekert, C. (2014). *Psychologie für Pflegeberufe*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Emmons, K. R. & Robinson, J.P., (2014). The Impact of Urinary Incontinence on Older Adults and Their Caregivers*. *Journal of aging life care* TM Spring 2014, (gelesen am 12.08.2016; <http://www.aginglifecarejournal.org/the-impact-of-urinary-incontinence-on-older-adults-and-their-caregivers/>).
- Empathie (2013). In *Empathie-Akademie*. (gelesen am 15.12.2015; <http://www.empathie-lernen.de/empathie-definition>).
- Engel, S. (2006). *Alzheimer und Demenzen. Die Methode der einfühlsamen Kommunikation*. Stuttgart: TRIAS.
- Engel, S. (2007). *Belastungserleben bei Angehörigen Demenzkranker aufgrund von Kommunikationsstörungen*. Berlin: LIT Verlag.
- Engel, S. (o.D.). „EduKation“ - Schulung für Angehörige Demenzkranker und „EduKation^{TRAINER}“ als Fortbildungskurs für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen. (gelesen am 11.11.2015; http://www.alzheimerforum.de/2/3/1/EduKation_Engel.pdf).
- Enpp-Böhm Bildungs- und Forschungsgesellschaft, (o.D.). Entstehung eines Modells durch eigene Beobachtungen. (gelesen am 01.08.2015; http://www.enpp-boehm.com/erwin_boehm.htm).

- Erlemeier, N. (2002). *Alternspsychologie. Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe*. Münster: Waxmann Verlag.
- Erlemeier, N. (2011). Lebensqualität und Wohlbefinden unter erschwerten Bedingungen. Förderung von Ressourcen und Potenzialen im Alter. In C. Hölzle & I. Jansen (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Biografiearbeit* (S. 236-253), 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Ern, G. & Fischbach, R. D. (2008). *Gesunder Schlaf: Endlich wieder gut schlafen*. Hannover: Humboldt.
- Eurostat, (2013). Glossary:Total-age-dependency ratio. (gelesen am 28.01.2016; http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Total-age-dependency_ratio).
- Eurostat, (2015a). Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsalterung. (gelesen am 28.01.2016; http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/de).
- Eurostat, (2015b). Statistiken zur Sterblichkeit und Lebenserwartung. (gelesen am 13.02.2016; http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics/de).
- Eurostat, (2016). File: Population age structure indicators, 1 January 2015. (gelesen am 21.11.2017; [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_age_structure_indicators,_1_January_2015_\(%25\)_YB16-de.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_age_structure_indicators,_1_January_2015_(%25)_YB16-de.png)).
- Eurostat, (2017). Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsalterung. (gelesen am 21.11.2017; http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/de).
- Eychmüller, S. & Grossbacher-Gschwend, B. (2017). Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. *Swiss Medical Forum*, 2017; 17(3031), 624-629.
- Faber, C. (2015). Demenz: War Ich gestern? *WOXX, déi aner Wochenzeitung*, 14.09.2015. (gelesen am 30.12.2015; <http://www.woxx.lu/demenz-war-ich-gestern%E2%80%A9/>).

- Fauss, P. (2015). *"Oma Frieda" nimmt das Älterwerden auf die Schippe*. (gelesen am 07.09.2015; http://www.swp.de/ulm/lokales/kreis_neu_ulm/Oma-Frieda-nimmt-das-Aelterwerden-auf-die-Schippe;art1158550,3371685).
- Fenchel, V. & Brandenburg, H. (1999). Hilfe- und Pflegebedarf älterer Menschen. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 24-40). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Ferring, D. (2014). „Zufriedenheitsparadox“ und „Unzufriedenheitsdilemma“. Die Einstellung zum Altern. *Forum 342*, 41-42.
- Fey, M. (2014). *Angst im Alter*. (gelesen am 03.03.2016; https://www.franz-hitze-haus.de/fileadmin/redakteure/download/14_412_powerpoint_Teil_1.pdf).
- Fiedler, P. & Kerlen, E. (2010). *Religiös begleiten. Die passenden Worte finden*. Hannover: Vincentz Network.
- Filipp, S. - H. & Mayer, A. - K. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochbetagter Frauen und Männer. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band I. Das hohe Alter. Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität* (S. 315-415). Hannover: Vincentz Verlag.
- Fischbach, A., Decker, C., Zeuch, N. & Lichtenthaler, O. W. (2011). Unterschiedliche Wertschätzungserfahrungen in der Alten- und Krankenpflege. In Ciesinger et al. (Hrsg.), *Berufe im Schatten. Wertschätzung von Dienstleistungsberufen* (S. 53-78). Berlin: LIT Verlag.
- Flechtenberger, M. (2011). Pflege und Begleitung alter Menschen mit geistiger Behinderung. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 439-454), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Forst, S. (2011). Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können. In: I. Köther, *Altenpflege* (S. 886-903), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Franzkowiak, P. (2008). Prävention im Gesundheitswesen. Systematik, Ziele, Handlungsfelder und die Position der Sozialen Arbeit. In G. Hensen & P. Hensen (Hrsg.), *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit* (S. 195-219). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2007). Toward a theory of successful aging. Selection, Optimization and Compensation. In R. Fernandez-Ballesteros (Hrsg.), *Gerontopsychology* (S. 239-254). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Frodl, A. (2011). *Personalmanagement im Gesundheitsbetrieb*. Wiesbaden: Gabler Verlag-Springer Fachmedien.
- Frühsammer, R. (2003). *Aktivierende Pflege*. (gelesen am 30.12.2015; <http://www.altenpflegeschueler.de/pflege/aktivierende-pflege/>).
- Furer-Fawer, S. (2010). Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten von Kau- und Schluckstörungen. In M. Biedermann et al. (Hrsg.), *Smoothfood. 5 Sterne für die Heimküche* (S. 12-41). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Garms – Homolová, V. (2016). *Schlaf- und Wachstörungen bei alten Menschen: Aktuelles Wissen über wirkungsvolle Interventionen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Garms – Homolová, V. & Flick, U. (2013). Schlaf und Schlafstörungen im Alter im Blickfeld der Forschung. In V. Garms-Homolová & U. Flick (Hrsg.), *Schlafstörungen im Alter: Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege* (S. 9-22). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Garms – Homolová, V. & Theiss, K. (2013). Epidemiologie von Schlafstörungen im Alter. In V. Garms-Homolová & U. Flick, *Schlafstörungen im Alter: Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege* (S. 55-84). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Gatterer, G. (1996). Rehabilitation. In H.G. Zapotoczky & P.K. Fischhof (Hrsg.), *Handbuch der Gerontopsychiatrie* (S. 480-513). Wien : Springer Verlag.
- Gatterer, G. (2015a). Bedürfnisorientierte Betreuungsstrukturen für ältere Menschen und mit Demenzerkrankung. *Pflege Professionell - Das Fachmagazin 02/2015*. 37-42.
- Gatterer, G. (2015b). Wie wir uns im Alter verändern. (gelesen am 27.12.2016; <http://www.franziskanerinnen.at/aktuell/2015/150506symposium.html>).
- Gatterer, G. (o.D.). Psychotherapie im höheren Lebensalter. (gelesen am 27.12.2016; http://intern.sfu.ac.at/docs/Gatterer/Gerontopsychotherapie_Handout_2016.pdf).
- Gatterer, G. & Croy, A. (2005). *Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung*. Wien: Springer Verlag.

- Gauntlett Beare, P. & Stanley, M. (2005). *Soins infirmiers en gériatrie. Vieillesse normale et pathologique*. Bruxelles : Éditions de Boeck Université.
- Gerhard, C. (2015). *Praxiswissen Palliativmedizin. Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Gerok, W. & Brandstädter, J. (1994). Normales, krankhaftes und optimales Altern: Variations- und Modifikationsspielräume. In P. Baltes et al. (Hrsg.), *Alter und Altern: ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie* (S. 356-385). Berlin: Walter de Gruyter & Co.
- Gesondheetskees, (2017a). Décompte de l'Assurance dépendance 2016. (gelesen am 22.11.2017; <http://cns.public.lu/fr/publications/decompte-annuel/Decompte.html>).
- Gesondheetskees, (2017b). Pflegeversicherung. (gelesen am 29.12.2017; <http://cns.public.lu/de/assure/vie-privee/dependance.html>).
- Glaser, J. (2006). Interaktionsarbeit in der Dienstleistung – Vergleich und Perspektiven. In F. Böhle & J. Glaser (Hrsg.), *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit* (S. 309-324). Wiesbaden: GWV Fachverlage.
- Glatzer, W. (2002). Lebenszufriedenheit/Lebensqualität. In M. Greiffenhagen & K. Neller (Hrsg.), *Handwörterbuch zur politischen Kultur der Bundesrepublik Deutschland* (S. 248-255), 2. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Gnam, E. (2007). Sich als Frau oder Mann fühlen oder verhalten können. In I. Köther (Hrsg.), *THIEMEs Altenpflege* (S. 681-687), 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Göckel, M. (2011). Religion und Spiritualität. In W. L. Federlin (Hrsg.), *THEION. Studien zur Religionskultur. Studies in Religious Cultures. Band XXVII* (S. 49-56). Frankfurt am Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Gögel, A. & Walther, M. (2009). „Wandern“ bei dementiell erkrankten Menschen als pflegerische Herausforderung im stationären Bereich. In S. Strupeit & N. Fleischmann (Hrsg.), *Pflegewissenschaftliche Schriften* (S. 77-114). Norderstedt: Books on Demand.
- Göth, M. & Kohn, R. (2014). Sexuelle Orientierung: in Psychotherapie und Beratung. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

- Graf, G. (2011). Hochbetagte in der Heimsituation. In H.G. Petzold et al. (Hrsg.), *Hochaltrigkeit: Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit* (S. 211-226). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Grond, E. (2006). *Kompendium der Alters-Psychiatrie und Alters-Neurologie für Altenpfleger/innen*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag - Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Grond, E. (2009). *Palliativpflege bei Menschen mit Demenz: Empathisch handeln – wertschätzend begleiten – kreativ pflegen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Grond, E. (2011). *Sexualität im Alter. Was Pflegekräfte wissen sollten und was sie tun können* (2. Aufl.). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Grond, E. (2014). *Pflege Demenzkranker: Impulse für eine wertschätzende Pflege* (5. aktualisierte Auflage). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Gross, S. (2013). Pflegetheorien. Modelle zur Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz. *RBS-Bulletin, Nummer 68, 2013, 1/3*, 6-12.
- Gross, S. (2015). Allein unter Fremden. *RBS Bulletin, Januar 2015, #74*. 3.
- Gruhl, M. (2014). *Resilienz - die Strategie der Stehauf-Menschen: Krisen meistern mit innerer Widerstandskraft*. Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag.
- Grützner, C. (2004). ATL Sich waschen und kleiden. In Kellnhauser et al. (Hrsg.). *Thiemes Pflege. Professionalität erleben* (S. 210-222), 3. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Gunster, B. (2011). *Ja-aber was, wenn alles klappt? So machen Sie Ihr Problem zur Möglichkeit*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Gunzelmann, T. (2008). Ist Altern messbar ? In W.D. Oswald et al., *Gerontopsychologie: Grundlagen Und Klinische Aspekte Zur Psychologie Des Alterns* (S. 59-78). Wien: Springer Verlag.
- Gutfleisch, R. (2008). Was ist eine Clusteranalyse, wann und wie wird sie angewendet? (gelesen am 3.07.2017; http://www.staedtestatistik.de/fileadmin/vdst/ag-methodik/Leitfaeden/2008_AGMethodik_LeitfadenClusteranalyse_Teil2.pdf).

- Haas, M. & Gehrs, M. (2011). Pflegewissenschaftliche Grundlagen. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 48-69), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Habermann, C. (2005). Altern soziologisch. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (S. 7-32). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Hain, J. (o.d.). Varianzanalyse – ANOVA. (gelesen am 04.07.2017; http://www.uni-wuerzburg.de/fileadmin/10040800/user_upload/hain/SPSS/ANOVA.pdf).
- Halek, P. & Nyiri, A. (2002). *Das Heartbeat-Modell: Der Brückenschlag zwischen strategischem Marketing und Wissensmanagement*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Hansen, W. (2007). *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Stuttgart: Schattauer.
- Haustein, T. & Mischke, J. (2011). Ältere Menschen in Zahlen. In Statistisches Bundesamt (Hrsg), *Im Blickpunkt Ältere Menschen in Deutschland und in der EU* (S. 7-16). (gelesen am 11.02.2016; https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BlickpunktAeltereMenschen1021221119004.pdf?__blob=publicationFile).
- Hawkey, L.C. & Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanismus. *Annals of Behavioral Medecine*. 2010 Oct; 40(2). 1-14.
- Hayder, D. (2004). Scham und Ekel. Inkontinenz als Problem in der häuslichen Pflege. *Pflegen Ambulant*. 15. Jahrgang, 3/04. 6-9.
- Hayder, D., Kuno, E. & Müller, M. (2012). *Kontinenz – Inkontinenz – Kontinenzförderung. Praxishandbuch für Pflegendende*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hayder-Beichel, D. (2013). Inkontinenz - eine facettenreiche Problematik. In D. Hayder-Beichel (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kontinenzberatung* (S. 9-16). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Hayek (van), D. & Weniger, J. (2006). Erkrankungen des Nervensystems. In S. Andrae et al. (Hrsg.), *Gesundheits- und Krankheitslehre für die Altenpflege* (S. 398-429), 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Heimerl, K. (2016). Pflegeheime als „Caring Institutionen“. In M. Kojer & M. Schmidl (Hrsg.), *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis* (S. 275-286), 2. Auflage. Wien: Springer Verlag.

- Heinzelmann, M. (2004). *Das Altenheim – immer noch eine „totale Institution“? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime*. Göttingen: Cuvillier.
- Hellmann, S. & Kundmüller, P. (2006). *Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag - Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M. & Wilms, H.- U. (2010). Psychische Erkrankungen im Alter. In U. Lindenberger et al. (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie* (S. 209-243). Berlin: Akademie Verlag.
- Herberger, G. S. (2005). Die 12 Fähigkeiten zur gesunden Lebensführung (FGL) – ein salutogenetisches Pflegekonzept. In G.S. Herberger (Hrsg.), *Ganzheitlich beraten in der Pflege. Einsatz von Naturheilkunde, Qualifikation, Wege in die Selbstständigkeit* (S. 117-134), 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Hannover: Schlütersche Verlag.
- Herold, E. E., (2001). Theoretische und methodische Grundlagen für die ambulante Pflege. In M. H. Brunen & E. E. Herold (Hrsg.), *Ambulante Pflege: die Pflege gesunder und kranker Menschen* (S. 58-205). Hannover: Schlütersche Verlag.
- Hervy, B. (2006). «On ne vit pas pour attendre la mort». *Revue Doc'Animation en Gérontologie*, 2006, 23-26.
- Hill, P. L. & Turiano, N. A. (2014). Purpose in Life as a Predictor of Mortality Across Adulthood. *Association For Psychological Science* 2014, Vol. 25 (7), 1482-1486.
- Hirtler, M. (o. D.). Ermi Oma. (gelesen am 30.12.2015 ; http://ermi-oma.at/de/ermi_oma/buch/).
- Hollmann, W. & Strüder, H. (2000). Gehirn, Psyche und körperliche Aktivität. *Der Orthopäde* 11-2000, 948-956.
- Hollmann, W. & Strüder, H. (2004). Gehirngesundheit, -leistungsfähigkeit und körperliche Aktivität. *DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR SPORTMEDIZIN, Jahrgang 54, Nr. 9 (2004)*, 265-266.
- Hollmann, W., Strüder, H. K. & Diehl, J. (2006). Körperliche Aktivität und Gesundheit. *Blickpunkt DER MANN* 3/2006, 11-15.

- Hollstein, B. (2002). *Soziale Netzwerke nach der Verwitwung: Eine Rekonstruktion der Veränderungen informeller Beziehungen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medecine*. July2010/ Volume 7/ Issue 7. 1-20.
- Höpflinger, F. (2005). Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden im höheren Lebensalter. In: B. Boothe & B. Ugolini (Hrsg.), *Lebenshorizont Alter* (S. 69-90). Zürich : Hochschulverlag.
- Höpflinger, F. (2009). Konzeptuelle Grundsätze und essentielle Elemente einer modernen Altersforschung. (gelesen am 13.02.2016; <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter11.html>).
- Höpflinger, F. (2014). Sozialbeziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder. (gelesen am 28.09.2016; <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf>).
- Horn, A. & Schaeffer, D. (2011). *Nutzerorientierte Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung*. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Höwler, E. (2004). *Gerontopsychiatrische Pflege: Lehr und Arbeitsbuch für die Altenpflege*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Huber., M. (2005). *Autonomie im Alter: Leben und Altwerden im Pflegeheim - Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Immel-Sehr, A. (2006). Ausreichend essen und trinken trotz Demenz. *Pharmazeutische Zeitung* 44/2006. (gelesen am 11.11.2016; <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=2155>).
- Imoz, (o.d.). *INFOMAPPE MÄEUTIK – Erlebnisorientierte Pflege und Betreuung*. (gelesen am 20.09.2015 ; http://www.imoz.de/uploads/media/Infomappe_Maeeutik.pdf).
- Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle, (2017). Le marché du travail des soins dans la Grande Région – professions, mobilité et besoin de main d'œuvre qualifiée. (gelesen am 15.10.2017 ; <http://www.iba-oie.eu/Le-marche-de-l-emploi-des-soin.96.0.html?&L=1>).

- Ishak W. W., Bagot, K., Thomas, S., Magakian, N., Bedwani, D. et al. (2012). Quality of Life in Patients Suffering from Insomnia. *Innovations in Clinical Neuroscience, Lume 9, Number 10, October 2012*. 13-26.
- Institut universitaire internationale Luxembourg (iuil), (2014). *Étude thématique « Secteur Soins »*. *Rapport final*. (gelesen am 17.08.2015; <http://www.iuil.lu/uploads/documents/files/rapport-secteur-soins-final.pdf>).
- International Workgroup on Death, Dying an Bereavement - IWG. (1990). Assumptions and Principles of Spiritual Care. *Death Studies, 1990 14(1)*, 75-81.
- Jagsch, C., Psota, G., Vitecek, P. & Weindl, M. (2007). Der schwierige Patient im Pflegeheim. *Geriatric > expertise*. (gelesen am 1.11.2017; http://medizin-akademie.at/wp-content/uploads/2014/06/GPOE_Exp_SchwPat.pdf).
- Jasper, B. M. (2002). *Lehrbuch Altenpflege. Gerontologie*. Hannover: Vincentz Verlag.
- Juchli, L. (2009). Entstehung eines revolutionären Pflegemodells. Sr. Liliane Juchli und ihr ganzheitliches Pflegeverständnis. *Lebensqualität, 04/2009*, 4-9.
- Kade, S. (2009). *Altern und Bildung: eine Einführung*. Bielefeld : W. Bertelsmann Verlag.
- Kahana, E. & Kiyak, H. (1984). Attitudes and behavior of staff in facilities of the aged. *Research on Aging, 1984, 6*, 395-416.
- Kahla-Witzsch, H. & Paltzer, A. (2007). *Risikomanagement für die Pflege. Ein praktischer Leitfaden*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Kaiser, H. (1988). Therapie von Schlafstörungen. IN D. Platt (Hrsg.) *Pharmakotherapie und Alter*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.
- Kaiser, H. J. (2000). Erlernen von Sicherheits- (und Kontroll)bewusstsein. In S. Becker et al. (Hrsg.) *Handbuch Altenhilfe. Theorien und Konzepte für Gegenwart und Zukunft* (S. 435-444). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kaiser; H. J. (2008). Sozialpsychologie des Alterns. In Oswald et al. (Hrsg.). *Gerontopsychologie* (S. 79-102). Wien Springer Verlag.
- Kämmer, K. (2005). Überzeugungskraft und Hartnäckigkeit. Zur Rolle der Pflegedienstleitung als Steuerungs- und Fachaufsicht. *PDL, 01/2005*, 6-7.

- Kämmer, K. (2013). *50 Tipps für die Umsetzung von mehr Lebensqualität bei Menschen mit Demenz*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Kämmer, K., Sirsch, E. & Strunk-Richter, G. (2008). Pflegeprozesse gestalten, planen und dokumentieren. In K. Kämmer (Hrsg.), *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen* (S. 133-136). Hannover : Schütersche Verlagsgesellschaft.
- Kastner, U. & Löbach, R. (2010). *Handbuch Demenz* (2. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Kaya, M. (2009). Verfahren der Datenerhebung. In S. Albers (Hrsg.), *Methodik der empirischen Forschung* (S. 49-64), 3. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kersting, K. (2011). „Coolout in der Pflege“. (gelesen am 29.08.2017; http://www.hs-lu.de/fileadmin/user_upload/fachbereiche/fachbereich-1/GIP/Veranstaltung/GoeG_11/Vortraege/Kersting_Denkanstoss_Vortrag_Coolout_in_der_Pflege_Gesundheitsoekonomische_Gespraech.pdf).
- Kleinevers, S. (2004). *Sexualität und Pflege*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Knoch et al. (2014). *Qualitätsentwicklung in der Altenpflegeausbildung – wie betriebliche Ausbildungsstandards entstehen können*. (gelesen am 13.10.2017; https://www.bibb.de/dokumente/pdf/140822_IGF_QUESAP_Manuskript_final.pdf).
- Ko et al. (2005). The Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life of the Elderly. VOL. 11, NO. 4, SUP. THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE 103-111.
- Koenig, H. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network - Psychiatry*. Article ID 278730, 33 pages. (gelesen am 06.01.2017; <http://dx.doi.org/10.5402/2012/278730>).
- König, J. & Zemlin, C. (2015). *100 Fehler im Umgang mit Menschen mit Demenz und was Sie dagegen tun können* (3. Aufl.). Hannover: Schütersche Verlagsgesellschaft.
- Kooij, C. van Der, (1997). *Das mæeutische Konzept: Gefühle von Bewohnern und Betreuern und ihre Wechselwirkungen*. (gelesen am 24.08.2015; http://www.integra.at/files/integra%201998_Cora_van_der_Kooij.pdf).
- Korecic, J. (2012). *Pflegestandards Altenpflege* (5. Aufl.). Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Köther, I. (2011a). Sich kleiden können. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 341-352). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Köther, I. (2011b). Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 370-380). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Köther, I. & Anton, W. (2011). Pflegequalität und Qualitätsmanagement in der Altenpflege. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 968-990). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Köther, I. & Seibold, H. (2011). Begleiten und Pflegen schwerkranker und sterbender Menschen. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 678-706), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kowalzik, U. (2005). *Erfolgreiche Personalentwicklung: Was Pflegeeinrichtungen und -dienste dafür tun können*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Kramer, M. (2012). *Potentiale der Angehörigenarbeit. Eine quantitative Studie zur Integration Angehöriger im Pflegeheim*. Berlin: LIT Verlag.
- Krause, C. (2015). *Mit dem Glauben Berge versetzen? Psychologische Erkenntnisse zur Spiritualität*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.
- Kreimer, R. (2004). *Altenpflege: menschlich, modern und kreativ: Grundlagen und Modelle einer zeitgemäßen Prävention, Pflege und Rehabilitation*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Kreiss, C. & Immel-Sehr, A. (2016). *Beratung aktiv - Selbstmedikation: Medizinisch-pharmazeutischer Leitfaden für die Kundenberatung in der Apotheke* (22. Aufl.). Eschborn: Govi (Imprint).
- Kreuziger, A. (2000). Carl Rogers. Die Grundhaltungen der personenzentrierten Gesprächstherapie. (gelesen am 01.01.2016; <http://www.carlrogers.de/grundhaltungen-personenzentrierte-gespraechstherapie.html>).
- Kripke, D. F., Garfinkel, L., Wingard, D. L., Klauber, M. R. & Marler, M. R. (2002). Mortality Associated With Sleep Duration and Insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 59. 131-136.
- Krohwinkel, M. (2013). *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Krohwinkel, M. (2008). *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexie-kranken. Fördernde Prozesspflege als System* (3. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

- Krug, W. (2010). Psychohygiene im Pflegeberuf. In S. Amberger & S. C. Roll (Hrsg.), *Psychiatriepflege und Psychotherapie* (S. 97-119). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kruse, A. (2001). *Gesundheit im Alter*. (gelesen am 02.03.2016; https://www.google.lu/?gws_rd=cr&ei=8c_XVrScB4K56AS-9lrwDA#q=kruse+gesundheit+im+alter).
- Kruse, A., Kröhn, R., Langerhans, G. & Schneider C. (1992). *Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Kuhlmeiy, A. & Tesch-Römer, C. (2013). Autonomie trotz Multimorbidität im Alter: Eine Einführung. In A. Kuhlmeiy & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter* (S.9-22). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Krystal, A.D. (2007). Treating the Health, Quality of Life, and Functional Impairments in Insomnia. *Journal of Clinical Sleep Medicine, Vol. 3, No. 1, 2007*. 63-72.
- Lamnek, S. (1995): *Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken, Band 2* (3. korrigierte Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlag.
- Langer, E. J. & Rodin, J. (1976). The Effects of Choice and Enhanced Personal Responsibility for the Aged: A Field Experiment in an Institutional Setting. *Journal of Personality and Social Psychology, 1976, Vol. 34, No. 2*. 191-198.
- Lauber, A. (2007). *Grundlagen beruflicher Pflege - verstehen und pflegen 1*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Lautenschlager N. L., Cox, K. L., Flicker, L. Foster, J. K., van Bockxmeer, F. M. et al. (2008). Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease. *JAMA, September 3, 2008 – Vol. 300, No 9*. 1027-1037.
- Lefrançois, G. R. (1986). *Psychologie des Lernens*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag GmbH.
- Léger, D., Morin, C. M., Uchivama, M., Hakimi, Z., Cure, S. & Walsh, J. K. (2012). Chronic insomnia, quality-of-life, and utility scores: Comparison with good sleepers in a cross-sectional international survey. *Sleep medicine 13 (2012)*, 43-51.

- Légilux. (1999). Formation aux fonctions d'aide socio-familiale. S.2317-2323. (gelesen am 10.10.2015 ; <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/1999/0129/a129.pdf#page=2>).
- Légilux. (2004a). Accueil gérontologique. S.2535-2542. (gelesen am 02.09.2015 ; <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2004/0168/a168.pdf#page=2>).
- Légilux. (2004b). Accueil gérontologique. S.1057-1061. (gelesen am 31.12.2016 ; <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2004/0070/2004A10581.html>).
- Légilux. (2009). Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie. (gelesen am 20.01.2017 ; <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n1/jo>).
- Légilux. (2010). Gestionnaires de services pour personnes âgées. S. 1869-1883. (gelesen am 02.02.2016 ; <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2010/0107/a107.pdf>).
- Légilux. (2017). Règlement grand-ducal du 28 octobre 2017 portant déclaration d'obligation générale de l'avenant à la convention collective de travail et de la nouvelle convention collective de travail des salariés du Secteur d'Aides et de Soins et du Secteur Social (gelesen am 22.11.2017 ; <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2017/10/28/a952/jo>).
- Lehr, U. (1979). *Interventionsgerontologie*. Darmstadt: Dr. Dietrich Steinkopff Verlag.
- Lehr, U. (2003). Lebenslanges Lernen - eine Herausforderung in einer Zeit des technischen, sozialen und demografischen Wandels. (gelesen am 03.12.2016; <https://www.uni-due.de/III/docs/Vortraege/Lehr.pdf>).
- Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns*. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.
- Lehr, U. (2009). Langlebigkeit verpflichtet: Bewegungsförderung ohne Altersgrenzen. In K.-J. Laumann (Hrsg.), *Prävention bis ins hohe Alter* (S.9-26). Sankt Augustin/Berlin: Konrad Adenauer Stiftung.
- Leidenfrost, J. (2006). *Kritischer Erfolgsfaktor Körper*. München Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Lendner, I. (2015). Präventive, diagnostische und behandelnde Interventionen bei Mangelernährung. In T. A. Vilgis et al. (Hrsg.), *Ernährung bei Pflegebedürftigkeit und Demenz. Lebensfreude durch Genuss* (S. 121-136). Wien: Springer Verlag.

- Leuenberger, B. (2010). Validation nach Naomi Feil. «Validieren heisst: In den Schuhen des anderen gehen». *CURAVIVA*, 2/10, 10-13.
- Lind, S. (2004). Pflege und Betreuung Demenzkranker. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse. *PflegeImpuls 1+2 / 2004*, 35-42.
- Lind, S. (2007). *Demenzkranken Menschen pflegen. Grundlagen – Strategien – Konzepte*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Lind, S. (2010). Pflegen und Beruhigen ergänzen sich. *Die Schwester Der Pfleger*, 12/2010, 1190-1192.
- Lind, S. (2011). Mehr Schein als Sein. *Altenpflege*, März 2011, 52-53. (gelesen am 05.02.2017; http://www.gerontologische-beratung-haan.de/pdf/downloads/3_Stufen_Stress.pdf).
- Lindenberg, U., Smith, J., Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (2010). Die Berliner Altersstudie (BASE). (gelesen am 15.05.2015; <https://www.base-berlin.mpg.de/de>).
- Lindner, E. (2005). *Aktivierung in der Altenpflege*. München: Urban & Fischer.
- Lindner, J. (o. D). Oma F.R.I.E.D.A. (gelesen am 07.09.2015; <http://www.oma-frieda.com/>).
- Lindner, J. (2015). *OMA Frieda*. (gelesen am 07.09.2015; <http://www.oma-frieda.com/>).
- Link, J. (2016). *Als Betreuungskraft in der Altenpflege*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Loewy, E. H. (1989). *Textbook of Medical Ethics*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Loffing, D. & Loffing, C. (2010). *Mitarbeiterbindung ist lernbar: Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Löllgen, H. (2015). Gesundheit, Bewegung und körperliche Aktivität. Health, Exercise and Physical Activity. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 66. Jahrgang 6 /2015. 139-140.
- Löllgen, H. & Löllgen, D. (2009). Prävention von Volkskrankheiten. Aus kardiologischer und sportwissenschaftlicher Sicht. In Vogel et al. (Hrsg.), *Volkskrankheiten. Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft* (S. 553-569). Freiburg im Breisgau: Herder Verlag.

- Lombris, A & Anderegg, G. (2013). Nähe und Distanz. Lassen Sie uns darüber sprechen!
CURAbulletin, Ausgabe Nummer 2, 11 November 2013. 2-4.
- Lubitz, H. (2014). *"Das ist wie Gewitter im Kopf!" - Erleben und Bewältigung demenzieller Prozesse bei geistiger Behinderung.* Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Lührmann, S. (2010). Pflgetheorien und Pflegemodelle. In S. Amberger & S. C. Roll (Hrsg.),
Psychiatriepflege und Psychotherapie (S. 7-14). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Lummer, C. (2005). Praxisanleitung und Einarbeitung in der Altenpflege (2. aktualisierte Auflage). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Lummer, C. (2015). *Praxisanleitung und Einarbeitung in der Altenpflege. Pflegequalität sichern – Berufszufriedenheit verstärken.* (3., aktualisierte Auflage). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Lycée Technique pour Professions de Santé. (2017a). L'aide-soignant. Le profil professionnel. (gelesen am 22.11.2017; <http://www.ltps.lu/documents/formations/AS.pdf>).
- Lycée Technique pour Professions de Santé. (2017b). L'infirmier. Le profil professionnel. (gelesen am 22.11.2017 ; <http://www.ltps.lu/offre-scolaire/infirmier.html>).
- Lyons, L. (2005a). *Older Americans Dream of Good Night's Sleep.* GALLUP, December 6, 2005. (gelesen am 10.11.2016 ; <http://www.gallup.com/poll/20323/older-americans-dream-good-nights-sleep.aspx>).
- Lyons, L. (2005b). *Older Americans: Sleep "Doze" a Body Good.* GALLUP, December 13, 2005. (gelesen am 10.11.2016 ; <http://www.gallup.com/poll/20434/older-americans-sleep-doze-body-good.aspx>).
- Maercker, A. (2015). Psychologie des höheren Lebensalters. In A. Maercker (Hrsg.),
Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie (S. 3-42). Heidelberg: Springer Verlag.
- Majerus, M. (2000). Dornige Distel, freundliche Blume oder starker Lebensbaum. Zur Sexualität im 3. Und 4. Alter. In Ministère de la Famille, de la Solidarité sociale et de la Jeunesse.Association Luxembourgeoise de Gérontologie-Gériatrie. *Herbst des Lebens* (S.159-179). Luxembourg: Editions Promoculture.

- Malwitz-Schütte, M. (2003). Lernen und Alter – Perspektiven des Lernens im Alter. (gelesen am 19.12.2016; <https://www.uni-due.de/III/docs/Vortraege/Malwitz.pdf>).
- Mantz, S. (2014). Kommunizieren in der Pflege. (gelesen am 1.10.2016; <http://blog.kohlhammer.de/pflege/kommunizieren-in-der-pflege/>).
- Mantz, S. (2015). Jedes Wort wirkt: "Wer spricht, pflegt bereits". Pflegebedürftige Menschen brauchen eine besondere Ansprache – Tipps von Gesprächstherapeutin Sandra Mantz. (gelesen am 31.10.2016; http://www.vdk.de/deutschland/pages/presse/vdk-zeitung/69106/jedes_wort_wirkt_wer_spricht_pflegt_bereits).
- Mark, Twain. (o.D). Zitate von Mark Twain. (gelesen am 5.02.2018; <https://www.zitate-welt.de/zitate/autor.php?autor=Mark+Twain&id=1116&eintrag=60>).
- Marti, P. (2014). *Das Zusammenspiel von Wohlbefinden und Lebenssinn in der Entwicklung zum Alter*. Wien: LIT Verlag.
- Matolycz, E. (2011). *Pflege von alten Menschen*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Matolycz, E. (2016). *Pflege von alten Menschen* (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Mayer, H. O. (2002). *Interview und schriftliche Befragung*. München: Oldenbourg.
- Mayer, P. & Maier, R. (2011). Die Bedürfnisse Sterbender und ihrer Angehörige. In G. Huber & C. Casagrande (Hrsg.), *Komplementäre Sterbebegleitung. Ganzheitliche Konzepte und naturheilkundliche Therapien* (S. 14-33). Stuttgart: Karl F. Haug Verlag.
- Mc Pherson, K. (2005). L'influence de Florence Nightingale dans l'essor de l'hôpital moderne. In C. Bates, D. Dodd & N. Rousseau (Hrsg.), *Sans frontières: quatre siècles de soins infirmiers canadiens* (S. 73-88). Ottawa: University of Ottawa Press.
- Mémorial A N°1089, (2017). Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance. (gelesen am 29.12.2017 ; <http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-rgd-2017-12-13-a1089-jo-fr-pdf.pdf>).
- Menner, H. (2004). Aktivierende und Reaktivierende Pflege. In G. Thür (Hrsg.), *Professionelle Altenpflege: Ein praxisorientiertes Handbuch* (S. 23-34). Wien: Springer Verlag.

- Menning, H. (2015). *Das psychische Immunsystem: Schutzschild der Seele*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Messer, B. (2004). *Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege: Handbuch für eine fähigkeitsorientierte Pflegeplanung*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Meudt, D. (2012). Sexualität im Alter – Ärger oder Freude? (gelesen am 17.12.2016; http://www.lwl.org/psychiatrieverbund-download/pdf/Vortrag_Meudt.pdf).
- Meyer - Kühling, I. (2016). *Bedürfnisbegegnung in der stationären Altenpflege: Eine qualitative Studie zum „Ich-sein-Dürfen“ von Pflegeheimbewohnern*. Marburg: Tectum Verlag.
- Meyer, N. (2013). AEDL – Das Management-Modell nach Monika Krohwinkel. In S. Charlier (Hrsg.), *ABC der Pflegedienstleitung. Das Nachschlagewerk fürs Management* (S. 13-18). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Miller, W. R. & Thoresen. C. E. (2003). Spirituality, Religion, and Health. An Emerging Research Field. *American Psychologist*, January 2003, Vol. 58, No. 1, 24-35.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la jeunesse (2017). Consultation des programmes et manuels scolaires. (gelesen am 22.11.2017 ; [https://ssl.education.lu/eSchoolBooks/QuickSearch.aspx#-1\\$39722\\$90516](https://ssl.education.lu/eSchoolBooks/QuickSearch.aspx#-1$39722$90516)).
- Ministère de la Famille et de l'Intégration ; Ministère de la Santé ; Ministère de la Sécurité Sociale. (Hrsg.). (2009). Ratgeber zur Palliativpflege. Mersch: Imprimerie Faber.
- Ministère de la Famille, de l'Intégration et de la Grande Région, (2015). Aide socio-familiale (Formation aux fonctions d'). (gelesen am 10.10.2015; http://www.mfi.public.lu/a_z/A/AideSocioFamiliale/).
- Ministère de la Sécurité Sociale, (2014). (gelesen am 29.12.2017 ; http://www.mss.public.lu/publications/dependance/ad_feuille_information_all_fr.pdf).
- Ministère de la Sécurité Sociale, (2015). Die Pflegeversicherung. Praktischer Ratgeber. (gelesen am 07.03.2016; http://www.mss.public.lu/publications/dependance/ad_guide_pratique_all.pdf).
- Ministère de la Sécurité Sociale, (2016). Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg. (gelesen am 22.11.2017; <http://www.statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2017/01/20170113/20170113.pdf>).

- Mittermayer, C. (2005). *Die Pflege des beatmeten Menschen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Molitor, S. (2014). Gegen das Alleinsein. *JOURNAL*, 20. Mai 2014, 10.
- Möhring, W. & Schlütz, D. (2010). *Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft: Eine praxisorientierte Einführung* (2. überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien.
- Mötzing, G. (2013a). *Beschäftigung und Aktivitäten mit alten Menschen* (3. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Mötzing, G. (2013b). *Aktivierung und Beschäftigung*. München: Urban & Fischer.
- Müller, A. (2015). „Meine Gedanken fahren Karussell – wenn du da bist hält es an“. (gelesen am 13.01.2017; <https://www.ahpd-herne.de/nrw-fachtagung-demenz-2015-archiv/referenten/annegret-m%C3%BCller/>).
- Müller, H. (2015). *Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Müller-Hergl, C. (2007). Menschen mit Demenz: Spirituelle Bedürfnisse. In Demenz Support Stuttgart (Hrsg.), *Spiritualität - Ein Thema für die Pflege von Menschen mit Demenz?* (S. 23-27). Stuttgart: Zentrum für Informationstransfer.
- National Institut Of Health. (1990). The Treatment of Sleep Disorders of Older People. (gelesen am 17.11.2016; <https://consensus.nih.gov/1990/1990SleepDisordersOlderPeople078html.htm>).
- Neise, M. & Zank, S. (2016). Lebensqualität. In S. V. Müller & C. Gärtner (Hrsg.), *Lebensqualität im Alter: Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen* (S. 3-22). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Nessita. (2015). *Erotik im Alter. Was ist Sexualassistenz*. (gelesen am 12.10.2016; <http://www.nessita.de/info/sexualassistenz/>).
- Neubart, R. (2015). *Repetitorium Geriatrie. Geriatrie Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie – Schwerpunktbezeichnung Geriatrie*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.

- Neuner-Jehle, S. (2012). *Weniger ist mehr - der Polypharmazie vorbeugen*. (gelesen am 8.01.2016; <https://www.google.com/search?q=UpdatePr%C3%A4vention%2FGesundheitsf%C3%B6rderung+im+Alter+Baar&ie=utf-8&oe=utf-8>).
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S. et al. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet Volume 385, No. 9984, 6 June 2015*, S.2255–2263.
- Nickels, M. (2008, November 12). Die Entwicklung der Pflegeversicherung. *Tageblatt*, (gelesen am 14.11.2017; <http://www.tageblatt.lu/nachrichten/luxemburg-nachrichten/die-entwicklung-der-pflegeversicherung-96307462/>).
- Nies, C. S. (2012). ATL Ausscheidungen. In Schewior-Popp et al. (Hrsg.). *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegendende in Ausbildung* (S. 346-395), 12. Aufl.. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Nightingale, F. (1860). Notes on Nursing. What it is, and what it is not. (gelesen am 12.07.2015; <http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html>).
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013). Gesundheit. (gelesen am 12.01.2016; <http://www.oecdbetterlifeindex.org/de/topics/health-de/>).
- Olbrich, E. (1987). Kompetenz im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 319-330.
- Oppikofer et al. (2002). Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Käferberg-Besucherstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft 1 (2002)*, 39-48.
- Oswald, W. D. (2008). Gerontopsychologie – Gegenstand, Perspektiven und Probleme. In: W. D. Oswald, G. Gatterer, U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie : Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S. 1-12), 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Wien: Springer Verlag.
- Pain Care (2015). „Schmerzmanagement in der stationären Altenpflege“. Interaktiv – Multiprofessionell – Interdisziplinär. (gelesen am 01.02.2017; http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2015/dokumente/presentationen/Blatzheim_Reckinger_Wulfert---PAIN-CARE.pdf).

- Pamminger, J. (2005). Lebensqualität im Alter aus der persönlichen Sicht einer Pflegefachfrau. (Stationäre Langzeitpflege). In Likar et al. (Hrsg.), *Lebensqualität im Alter: Therapie und Prophylaxe von Altersleiden* (S. 307-314). Wien: Springer Verlag.
- Perrig-Chiello, P. (1997). *Wohlbefinden im Alter : körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Ehram, E., Staehelin, H. B. & Krings, F. (1998). The effects of resistance training on well-being and memory in elderly volunteers. *Age and Ageing* 1998, 27. S. 469-475. (gelesen am 29.02.2016; <http://ageing.oxfordjournals.org/content/27/4/469.full.pdf>).
- Perrig-Chiello, P. (2001). Images sexuées de la vieillesse : entre stéréotypes sociaux et auto-définition. *Retraite et société* 2001/3 (n° 34). 69-87.
- Perrig-Chiello, P. (2007). Das Paradox des Wohlbefindens. Kriterien für ein positives Lebensgefühl im Alter. *SozialAktuell, AvenirSocial, Nr. 3 März 2007*, 2-5.
- Peters, M. (2006). *Mehr als Tee und Baklava ... Die Facetten der kultursensiblen Altenpflege*. Wiesbaden: Druckerei und Verlag Klaus Koch.
- Pfäfflin-Müllenhoff, U. (2011a). Alte Menschen. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 2-34), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Pfäfflin-Müllenhoff, U. (2011b). Biografisch orientierte Pflege/Biografiearbeit. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 88-98), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Pfäfflin-Müllenhoff, U. (2011c). Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 381-397), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Plischke, H. (2011). Geleitwort. In A. Büssing & N. Kohls (Hrsg.), *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit* (S. VI). Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.
- Pohlmann, R. (1971). Autonomie. In J. Ritter (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie, Band 1: A – C* (S. 702). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Popp, I. (2006). *Pflege dementer Menschen* (3. Aufl.) Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Poppelreuter, S. & Mierke, K. (2005). *Psychische Belastungen am Arbeitsplatz: Ursachen - Auswirkungen - Handlungsmöglichkeiten* (2. Auflage). Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Porst, R. (1996). Ausschöpfungen bei sozialwissenschaftlichen Umfragen. Die Sicht der Institute. (gelesen am 04.02.2017; http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/96_07.pdf).
- Porst, R. (2001). Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. (gelesen am 04.02.2017; http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/how-to9rp.pdf).
- Porst, R. (2014). *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch* (4. Auflage). Wiesbaden: Springer VS.
- Porst, R. & Briel (von), C. (1995). Wären Sie vielleicht bereit, sich gegebenenfalls noch einmal befragen zu lassen? Oder: Gründe für die Teilnahme an Panelbefragungen. (gelesen am 04.02.2017; http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/95_04.pdf).
- Prell, M. (2011). Psychobiographisches Pflegemodell nach Prof. Böhm - eine kurze Vorstellung des Modells (gelesen am 01.08.2015; http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf).
- Prezewowski, M. (2007). *Demografischer Wandel und Personalmanagement: Herausforderungen und Handlungsalternativen vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Promberger, M., Meier, L., Sowa, F. & Boost, M. (2015). Chancen des Resilienzbegriffs für eine soziologische Armutsforschung. In M. Endress & A. Maurer (Hrsg), *Resilienz im Sozialen* (S. 265-294). Wiesbaden: Springer VS.
- Pudel, V. & Westerhöfer, J. (2003). *Ernährungspsychologie. Eine Einführung* (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Radenbach, J. (2009). *Aktiv trotz Demenz*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. J. & Naumann, E. (2010). *Quantitative Methoden. Band 1. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (3. erweiterte Auflage). Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.
- Rattner, J. & Danzer, G. (2011). *Persönlichkeit braucht Tugenden: Positive Eigenschaften für eine moderne Welt*. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.

- Reimers, C. D., Knapp, G. & Tettenborn, B. (2012). Impact of Physical Activity on Cognition. Can Physical Activity Prevent Dementia? *Aktuelle Neurologie* 2012,; 39: 276-291.
- Reitzer, C. (2014). *Erfolgreich lehren: Ermutigen, motivieren, begeistern*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Reuther, S., Abt-Zegelin, A. & Simon, M. (2010). Schleichende Immobilität bei älteren Menschen verhindern. *Pflegezeitschrift* 2010, Jg. 63, Heft 3, 139-143.
- Reuther, S. & Abt-Zegelin, A. (2011). Bewegungsförderung. Mobil im Pflegeheim. *Die Schwester Der Pfleger*, 50. Jahrgang. 04|11, 322-325.
- Richard, N. (2012). *Die integrative Validation nach Richard® (IVA)*. (gelesen am 10.10.2015; <http://www.integrative-validation.de/>).
- Richter, D. & Heckmann, B. (2014). *Resilienz bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen*. (gelesen am 2.11.2017; <http://www.gesundheitsdienstportal.de/files/Resilienz-Schlussbericht-Februar-2014.pdf>).
- Riedl, M. (2006). *Integratives Pflegekonzept, Band 3: Pflegeprozess, Band 3. Pflegeprozess*. Norderstedt: Books on Demand.
- Robinson, V. M. (2002). *Praxishandbuch Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen für Gesundheits- und Pflegeberufe* (2. Aufl). Bern: Verlag Hans Huber.
- Rogall-Adam, R. (2008). *50 Tipps für eine effektive Praxisanleitung in der Altenpflege*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Roth, C. & Gähje, H. (2011). Das Heidelberger Bewegungsprogramm – ein niederschwelliges Angebot zur Gesundheitsförderung Älterer. (gelesen am 20.08.2015; http://www.uni-heidelberg.de/md/gero/heidelberger_bewegungsprogramm_2011.pdf).
- Ruch, F. & Zimbardo, P. (1974). *Lehrbuch der Psychologie*. Berlin: Springer Verlag.
- Rudolf, G. A. E. (1990). Der Stellenwert der in der Behandlung von Schlafstörungen verwendeten Hypnotika. In G.A.E. Rudolf & A. Engfer. *Schlafstörungen in der Praxis* (S.48-64). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Rüsing, D. (2014). *Umgang mit Wahn und Halluzinationen: Empfehlungen aus der Wissenschaft*. (gelesen am 09.01.2018; <http://dzd.blog.uni->

- wh.de/rahmenempfehlungen-aus-der-wissenschaft-zum-umgang-mit-wahn-und-halluzinationen-bei-demenz/).
- Rutenkröger, A. & Boes, C. (2006). Mensch bleiben bis zum Ende - Lebensqualität und Einschätzungsinstrumente. *Demenz Support Stuttgart*, 2/06, 12-18.
- Sadowski, K. (2003). Pflegemodelle. In Caritasverband Magdeburg (Hrsg.). *Altenpflege im Dialog – ein Werkheft* (S. 75-90). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Said, C. & Schön, J. (2011). Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 196-218), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Santiago, M. (2009). *Schluss mit Secondhand-Sex. Innenerleben statt Aussenleben – Sexualität, die das ganze Wesen berührt*. Norderstedt: Books on Demand.
- Sayvanska, P. (2015). *Welche Einflussfaktoren erfährt das subjektive Wohlbefinden der Rentner in Bulgarien?* Hamburg: Diplomica Verlag.
- Schaade, G. (2009). *Demenz: Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schäfer, U. & Rüter, E. (2004). *Demenz - Gemeinsam den Alltag bewältigen: Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schecker, H. (2014). *Überprüfung der Konsistenz von Itemgruppen mit Cronbachs Alpha*. (gelesen am 02.03.2017; www.springer.com/cda/content/document/cda.../Cronbach+Alpha.pdf).
- Scheuren, R., Anton, F., Erpelding, N. & Michaux, G. (2014). *Beep Tones Attenuate Pain following Pavlovian Conditioning of an Endogenous Pain Control Mechanism*. (gelesen am 01.02.2017; <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0088710>).
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (2012). *Thiemes Pflege (großes Format): Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung* (12. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schmid, C. (2009). Spiritualität als Quelle der Kraft und Ort des Getragenseins. Von guten Mächten wunderbar geborgen. *CURAVIVA* 12 | 09, 4-9.
- Schmid, A. C. & Hesecker, H. (2009). Anforderungen an die Ernährung des alten Menschen. In H. Hesecker & V. Odenbach, (Hrsg.), *Ernährung von Senioren und*

- Pflegebedürftigen. Praxisleitfaden für eine bedarfsgerechte Versorgung im Alter (S. 1-12), 15. Auflage. Hamburg: B. Behr's Verlag.
- Schmidt, D. (2010). Humor in der Pflege. Humor als Heilmittel. *Die Schwester Der Pfleger* 49. Jahrg. 09 | 10, 844-847.
- Schmidt, R. (2015). Stärkung chronisch-kranker und pflegebedürftiger Patienten: Interventions- und dienstleistungstheoretische Perspektiven. In U. Bettig (Hrsg.), *Empowerment in der Pflege: Jahrbuch Pflegemanagement (Gesundheitswesen in der Praxis)* (S. 1-22). Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Schmidt, H., Eisenmann, Y. & Perrar, K. M. (2015). Arbeitshilfe für die Versorgungspraxis der stationären Altenhilfe Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase erkennen und ihnen begegnen. Köln: Universitätsklinik Zentrum für Palliativmedizin. (gelesen am 06.12.2015; <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/arbeitshilfe-beduerfnisse-menschen-mit-demenz,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>).
- Schmidt, S. & Döbele, M. (2016). *Demenzbegleiter: Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte in der Pflege* (3. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Schmidt, S. & Meissner, T. (2009). *Organisation und Haftung in der ambulanten Pflege. Praxisbuch*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schmugge, B. (2007). Wohlbefinden im Alter. (gelesen am 20.02.2016; http://www.fachwissenalter.ch/weiterbildung/data/637/070322_isis-sag_referat_schmugge.pdf).
- Schneider, C. (2005). *Gewalt in Pflegeeinrichtungen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Schnell, T. (2016). *Psychologie des Lebenssinns*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (6. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage). München/Wien: Oldenbourg.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2005). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (7. Auflage). München/Wien: Oldenbourg.

- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (9. Auflage). München/Wien: Oldenbourg.
- Schnurr, S. (2011). *Singularisierung im Alter: Altern im Kontext des demographischen Wandels*. Berlin: LIT Verlag.
- Schön, J. (2011). Pneumonieprophylaxe. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 218-228), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schramek, R. & Bubolz-Lutz, E. (2016). Partizipatives Lernen – ein geragogischer Ansatz. In Naegele et al. (Hrsg.), *Teilhabe im Alter gestalten* (S. 161-180). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schreier, M. (2015). Pflegerisches Schmerzmanagement in der stationären Altenpflege – Ergebnisse aus der OSiA-Studie –. (gelesen am 01.02.2017; <https://www.pflegekongress.at/html/publicpages/144733944122254.pdf>).
- Schulz-Hausgenoss, A. (2005/2006). Lebensqualität im Alter unter besonderer Berücksichtigung psychischer Erkrankungen. (gelesen am 25.02.2016; <https://www.uni-frankfurt.de/43699553/Schulz-Hausgenoss2.pdf>).
- Schulze, B. (1998). *Kommunikation im Alter*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. https://books.google.lu/books?id=bnueBgAAQBAJ&pg=PA47&lpg=PA47&dq=tunstall+einsamkeit&source=bl&ots=kU7I6VE7CL&sig=Z51dDtLPEXHLAxQFT3tLkmE-oIM&hl=de&sa=X&redir_esc=y - v=onepage&q=tunstall%20einsamkeit&f=false
- Schüz, B. & Wurm, S. (2009). Wie wichtig ist Prävention? In Böhm et al. (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 160-166). Berlin: Robert Koch Institut.
- Schweizerische Alzheimervereinigung, (2007). *Den Alltag aktiv gestalten*. (gelesen am 14.01.2017 ; <http://www.alzheimerurischwyz.ch/udoc/27.pdf>).
- Schwentker, B. & Elmer, C. (2014). *Wo die Hundertjährigen wohnen*. (gelesen am 05.03.2016; <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/bevoelkerungs-statistik-land-der-hundertjaehrigen-a-963633.html>).
- Schwerdt, R & Tschainer, S. (2002). Spezifische Anforderungen an die Pflege dementiell erkrankter Menschen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum vierten Altenbericht der Bundesregierung - Band III. Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung* (S. 181-288). Hannover: Vincentz Verlag.

- Seel, M. (2003). *Die Pflege des Menschen* (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Hannover: Schlütersche GmbH.
- Seel, M. & Hurling, E. (2005). *Die Pflege des Menschen im Alter: Ressourcenorientierte Unterstützung bei den AEDL* (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Seibold, H. (2011a). Alltag im Alter. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 878-885), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Seibold, H. (2011b). Wohnen im Alter. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 850.-877), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Seibold, H. (2011c). Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 824-834), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Seifert, A. & Schelling, H.R. (2011). Leben im Altersheim: Erwartungen und Erfahrungen. *Zürcher Schriften zur Gerontologie – Nr. 9/2011*.
- Seifert, A. & Schelling, H.R. (2013). «Im Alter ziehe ich (nie und nimmer) ins Altersheim». Motive und Einstellungen zum Altersheim. *Zürcher Schriften zur Gerontologie – Nr. 11/2013*.
- Sensorische Deprivation. (2000). In *Lexikon der Psychologie*. ((gelesen am 07.03.2016; <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/sensorische-deprivation/14102>).
- Seybold, K.S. & Hill, P.C. (2001). The Role of Religion an Spirituality in Menstal and Physical Health. *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 10, No. 1 (Feb., 2001), 21-24.
- Sieber, G., Kolb, C. & Volkert, D. (2015). Besonderheiten der Ernährung bei Demenz. In D. Volkert (Hrsg.) *Ernährung bei Demenz* (S. 111-125). Berlin/Boston: Walter de Gruyter.
- Sieber, G., Kolb, C. & Volkert, D. (2012). Ernährung bei Demenz. *a i d – Ernährung im Fokus* 12-01/12. 2-7.
- Siegel, S. A. (2005). Biografie : Heimlicher Schlüssel für die Autonomieförderung. In Huber et al. (2005). *Autonomie im Alter: Leben und Altwerden im Pflegeheim - Wie Pflegende*

- die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern.* Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Sirsch, E. (2007). Sich pflegen. In I. Köther (Hrsg.), *Thiemes Altenpflege* (S. 128-165), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Sirsch, E. (2008). Pflegeprozessplanung – worauf es ankommt. In K. Kämmer (Hrsg.), *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen* (S. 137-147). Hannover : Schütersche Verlagsgesellschaft.
- Sirsch, E. (2011). Geriatrische Prävention und Rehabilitation. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 99-112), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Sirsch, E. & Bartoszek, G. (2011). Sich pflegen können. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. 229-265), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Sowinski, C. & Michell-Auli, P. (2011). Gleitwort. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S. VII), 3. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Specht-Tomann, M. (2015). *Ganzheitliche Pflege von alten Menschen.* Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.
- Sporken, P. (1974). *Geistig Behinderte, Erotik und Sexualität.* Düsseldorf: Patmos Verlag.
- Stadmüller, S. (2009). Rücklauf gut, alles gut? Zu erwünschten und unerwünschten Effekten monetärer Anreize bei postalischen Befragungen - Desirable and Undesirable Effects of Monetary Incentives in Mail Surveys. *Methoden — Daten — Analysen · 2009, Jg. 3, Heft 2*, 167-185.
- Staedt, J., Gudlowski, J. & Hauser, M. (2009). *Schlafstörungen im Alter: Rat und Hilfe für Betroffene und Angehörige.* Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Stanjek, K. (2017). *Altenpflege konkret - Sozialwissenschaften.* München: Elsevier
- Starbatty, A. (2009). *Aussehen ist Ansichtssache: Kleidung in der Kommunikation der römischen Antike.* München: Herbert Utz Verlag.
- STATEC, (2015). Luxemburg in Zahlen. (gelesen am 14.10.2015; <http://www.statistiques.public.lu/catalogue-publications/luxembourg-en-chiffres/luxemburg-zahlen.pdf>).

- STATEC, (2017). Luxemburg in Zahlen. Troisvierges: Imprimerie exe. (gelesen am 13.11.2017; <http://www.statistiques.public.lu/catalogue-publications/luxembourg-en-chiffres/2017/luxemburg-zahlen.pdf>).
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau* 51(4), 185-197.
- Staudinger, U. (2005). Lebenserfahrung, Lebenssinn und Weisheit. In S.-H. Filipp & U. Staudinger (Hrsg.) *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 740-761). Göttingen: Hogrefe.
- Staudinger, U. & Greve, (2001). Resilienz im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Band 1* (S. 95-144). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Stephoe et al. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. In *PNAS/April 9, 2013/vol. 110/ No 15*. 5797-5801.
- Stoppe, G. (2009). Salutogenese und Saluotherapie im hohen Erwachsenenalter. In M. Linden & W. Weig (Hrsg.), *Saluotherapie in Prävention und Rehabilitation* (S. 45-54). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Stracke-Mertes, A. (2003). Soziologie. Der Blick auf soziale Beziehungen. Hannover: Vincentz Verlag.
- Sydow (von), K. (2008). Sexuelle Probleme und Störungen im höheren Alter. *PID-Psychotherapie im Dialog. Heft 1 – 9. Jahrgang, März 2008*, 53-58.
- Tartler, R. (1964). Die Freizeit im Alter. In Gesellschaft für Sozialen Fortschritt (Hrsg.), *Die Situation der alten Menschen* (S.175). Berlin: Duncker und Humbolt.
- Tavier, P. (2003). Maisons de repos : Instauration des projets de vie et intégration du travail social. *Pensée plurielle, 2003/2 (n°6)*, 87-96.
- Telger, K. (2014). Spiritualität im Alter. *Geronymuns, Nr. 40, 12/2014*, 1-3.
- Teschauer, W. (2013). Bedürfnisse von Demenzkranken in der Palliativphase. (gelesen am 26.12.2015; http://dvsg.org/fileadmin/dateien/06Veranstaltungen/01DVSG-Bundeskongress/Praesentationen_2013/2013BundeskongressTeschauer.pdf).

- Tesch-Römer, C. (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S.7-20). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Tesch-Römer, C., Wiest, M., Wurm, S. & Huxhold, O. (2014). Einsamkeit-Trends in der zweiten Lebenshälfte: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS). *Informationsdienst Altersfragen. Heft 01, Januar / Februar 2014*. 3-8.
- Theunissen, G. (2002). *Altenbildung und Behinderung: Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten*. Bad Heilbronn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Thiele, C. (2000). Ausgewählte gerontopsychologische Modelle zum Übergang ins Seniorenheim. *Salzburger Beiträge zur Erziehungswissenschaft 4* (2), 56-67.
- Thielsch, M. T., Lenzner, T. & Melles, T. (2012). Wie gestalte ich gute Items und Interviewfragen? In T. Brandenburg & M. T. Thielsch (Hrsg.), *Praxis der Wirtschaftspsychologie. Themen und Fallbeispiele für Studium und Anwendung* (S.221-240). Münster: MV Wissenschaft.
- Thielsch, M. T. & Weltzin, S. (2009). Online - Befragungen in der Praxis. In T. Brandenburg & M. T. Thielsch (Hrsg.), *Praxis der Wirtschaftspsychologie* (S.69-86). Münster: Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat OHG.
- Thieme (Hrsg.), (2011). *Pflegeassistenz: Lehrbuch für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe und Altenpflegehilfe*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Thieme, (2015). *Pflege. I care*. (2., korrigierter Nachdruck). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Thierbach, A. (2002). *Lexikon der Notfallmedizin*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Thill-Ditsch, G. (2010). Regards sur l'évolution démographique. Luxembourg: STATEC. (gelesen am 04.10.2015; <http://www.statistiques.public.lu/catalogue-publications/regards/2010/PDF-3-2010.pdf>).
- Tietz, R. (2017). Ethik – verantwortlich handeln. In: K. Stanjek (Hrsg.), *Altenpflege konkret. Sozialwissenschaften* (6. Auflage). (S. 197-248). München: Elsevier.

- Trögner, J. & Sieber, C. (2006). Physiologische Veränderungen im Alter. In T. Günnewig & F. Erbguth (Hrsg.), *Praktische Neurogeriatrie* (S. 42-48). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tschan, E. (2010). *Integrative Aktivierende Alltagsgestaltung. Konzept und Anwendung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Tschan, E. (2011). *Bewegungsförderung! ... auch wenn es schon zwickt und zwackt*. *NOVAcura* 1/11, 2-4.
- Türl, P. C., (2011). *Qualität und Qualitätsmanagement-Systeme in Einrichtungen der stationären Altenpflege*. Hamburg : Diplomica Verlag.
- Ulatowski, H. (2016). *Pflegeplanung in der Psychiatrie. Eine Praxisanleitung mit Formulierungshilfen*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.
- Universität Wien, (2011). Prävalenzerhebung zur Bettlägerigkeit und Ortsfixierung - eine Pilotstudie. (gelesen am 15.09.2015 ; https://pflgewissenschaft.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_pflgewiss/Homepage_neu/Home/Institut/Projekte/Endbericht_Pr%C3%A4valenzerhebung_2011.pdf).
- Universität Witten/Herdecke, (2011). Prof. Zegelin entwickelt Konzept für Mobilität im Altenheim. (gelesen am 30.01.2017; <http://www.uni-wh.de/aktuelles/detailansicht/artikel/prof-zegelin-entwickelt-konzept-fuer-mobilitaet-im-altenheim/>).
- Urselmann, H.-W. (2015). *Schreien und Rufen. Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Vercauteren, R. & Hervy, B. (2009). *L'animation dans les établissements pour personnes âgées*. Toulouse : Éditions érès.
- Wadenpohl, S. (2016). Resilienz – An der Schnittstelle von Public Health und Gerontologie. In R. Wink (Hrsg.), *Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung* (S.73-99). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Wagner, T. H. & Subak, L. L. (2010). Talking About Incontinence. The First Step Toward Prevention and Treatment. *JAMA*, June 2, 2010 issue, Volume 303, Number 21, S.2184-2185.
- Walter, V. (2015). Erotik im Alter - Geht das? *RBS BULLETIN*, September 2015 #76, 11-13.

- Walter et al. (2006). *Alt und gesund?: Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Walter, U. & Schwartz, F. W. (2001). Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter* (S.145-252). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (2007). *Menschliche Kommunikation. Formen Störungen Paradoxien* (11. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Weichler-Oelschlägel, M. (2012). Schlaf. In A. Laubach & P. Schmalstieg (Hrsg.). *Wahrnehmen und beobachten* (S. 204-222), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Weier, E. (2009). *Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Welling, K. (2004). Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood – ein bedeutender Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz. (gelesen am 18.01.2016; http://www.prodos-verlag.de/pdf/personzentrierung_kitwood_0070.pdf).
- Weniger, J. (2011). Pflegeschwerpunkt Alzheimer-Demenz. In S. Andreae (Hrsg.), *Gesundheits- und Krankheitslehre für die Altenpflege* (S. 439-448), 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Wenger, S. (2009). Wenn die Sprache verloren geht, bleiben immer noch die Gefühle. In *CURAVIVA*, 9 / 09. S.28-31.
- Wenger, S. (2010). Bettlägerigkeit im Alter muss nicht sein, sagt die Pflegewissenschaft. «Drei kleine Schritte können die ganze Welt verändern.» *CURAVIVA* 9/10, 12-15.
- Wenger, S. (2014). „So bin ich denn nun allein auf Erden ...“. *SPITEX Magazine*. 3/2014 / Juni/Juli. 20-21.
- Wenger, S. (2015). Lebenssinn trotz Verlusten und nachlassenden Kräften. *SPITEX Magazine* 3/2015 | Juni / Juli. 12-14.

- Westerink, H. (2005). Gerontopsychologie: Altern deuten. In Th. Klie et al. (Hrsg.), *Praktische Theologie des Alterns* (S. 35-54). Berlin: Walter de Gruyter.
- Weinhardt, M. & Liebig, S. (2015). Teilnahmeverhalten und Stichprobenverzerrung in der deutschen Stichprobe des European Social Survey. In J. Schupp & C. Wolf (Hrsg.), *Nonresponse Bias. Qualitätssicherung sozialwissenschaftlicher Umfragen* (S. 47-56). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Wieland, S. (2014). Erotische Dienste für Pflegebedürftige. *SENIOREN Zeitung*, 2. Jahrgang, Nummer 3, Juli 2014, 7.
- Wilkening, K. & Kunz, R. (2005). *Sterben im Pflegeheim: Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wingchen, J. (2004). *Geragogik: von der Interventionsgerontologie zur Seniorenbildung*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Wingchen, J. (2011). *Geragogik. Begleiten, Leiten, Bilden: ein Lehr- und Arbeitsbuch*. Berlin: Pro BUSINESS.
- Winkels, R. S. (2007). *Demografischer Wandel: Herausforderungen und Chancen für Personalentwicklung und Betriebliche Weiterbildung*. Berlin: LIT Verlag.
- Wirtschaftslexikon (2015). *Fragebogenrücklauf*. (gelesen am 04.02.2017; <http://www.wirtschaftslexikon24.com/e/fragebogen%C3%BCcklauf/fragebogen%C3%BCcklauf.htm>).
- Wirtschaftslexikon (2015). *Wechsler-Test*. (gelesen am 15.02.2016; <http://www.wirtschaftslexikon.co/d/wechsler-test/wechsler-test.htm>).
- Wissmann, P. & Ganss, M: (2009). Technische Hilfen für mehr Autonomie. *demenz Leben / 2 - 2009*, 7-11.
- Wittmer, H. (2015). Editorial. Lustiges Alter. Kraftquelle Humor. Warum lachen in jedem Alter wichtig ist. (gelesen am 15.12.2015; http://www.humorcare.ch/pics/medien/senevita-Post_03-2015.pdf).
- Woods, L. (2015). Purpose In Life May Help You Live Longer, Mount Sinai St. Luke's And Mount Sinai Roosevelt Study. (gelesen am 16.01.2017; <http://www.biospace.com/News/purpose-in-life-may-help-you-live-longer-mount/367858>).

- World Health Organization (1997). WHOQOL – Measuring Quality of Life. (gelesen am 23.12.2017; http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf).
- Wüstenhagen, C. (2011). Meine Gefühle und ich. ZEIT Wissen Nr 2/2011. 8. Februar 2011. (gelesen am 20.08.2017; <http://www.zeit.de/zeit-wissen/2011/02/Lernen-Gefuehle>).
- Yerkes, R. & Dodson, J. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative Neurology an Psychology*, 18 (1908), 459-482.
- Zahlen, P. (2011). Regards sur les 65 ans et plus. Luxembourg : STATEC. (gelesen am 04.10.2014; <http://www.statistiques.public.lu/catalogue-publications/regards/2011/PDF-9-2011.pdf>).
- Zahlen, P. (2012). Le Luxembourg 1960-2010. 50 ans d'évolution démographique. Luxembourg: STATEC. (gelesen am 04.10.2015; <http://www.statistiques.public.lu/catalogue-publications/luxembourg/2012/PDF-11-12.pdf>).
- Zank, S. & Schacke, C., (o.D.). Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2: Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie. (gelesen am 10.03.2016; <https://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/Leander%20II%20-%20vollstaendiger%20Bericht.pdf>).
- Zegelin, A. (2011). „Geh noch ein paar Schritte“. *Angehörige pflegen*. 2/2011 1. | Jahrg., 2-3.
- Zegelin, A. (2013). Bewegungsförderung in der Altenpflege. „Nicht schwächeln!“. *pflegen: Demenz*, 26, 1. Quartal 2013, 8-13.
- Zenneck, H.-U. (2008). *THIEMEs Altenpflege in Lernfeldern: Schnell finden - schnell lesen - schnell verstehen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Ziegler, M. & Bühner, M. (2012). *Grundlagen der Psychologischen Diagnostik*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C.-T., Ofstedal, M. B., Rojo, F. & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM – Population Health*, Volume 2, December 2016, 373-381.
- Zürcher, G. & Fassl-Garbani, E. (2010). Geriatrische Malnutrition. In M. Ledochowski (Hrsg.), *Klinische Ernährungsmedizin* (S. 949-960). Wien: Springer Verlag.

12 Anhänge

12.1 Anhang A: Ausbildung Krankenpfleger: Lehrplanübersicht

12.2 Anhang B: Ausbildung Krankenpfleger: Lehrprogramm Geriatrie

12.3 Anhang C: Ausbildung Krankenpfleger: Pflegemodell Virginia Henderson

12.4 Anhang D: Ausbildung Hilfspfleger: Lehrplanübersicht

12.5 Anhang E: Ausbildung Aide socio-familiale: Lehrplanübersicht einschließlich
Unterrichtsunterlagen zu Pflegemodellen

12.6 Anhang F: Ausbildung Altenpfleger und Altenpflegehelfer: Lehrplanübersicht

12.7 Anhang G: Erhebungsinstrument – Fragebogen (deutsche und französische Version)

12.8 Anhang H: Schreiben an Heimleitungen: Genehmigungsantrag für die Erhebung

12.9 Anhang I: Tabellenanhang

12.1 Anhang A – Ausbildung Krankenpfleger: Lehrplanübersicht

Anhang A

Formation de l’infirmier responsable de soins généraux

Programme de modules 2017 - 2019 -

BSI Infirmier

Grille avec programme

(Lycée Technique pour Professions de Santé, 2017b).

BREVET DE TECHNICIEN												
2017 - 19												
Domaine des professions de santé - Formation de l'infirmier responsable de soins généraux												
		1.SEM		2.SEM		3.SEM		4.SEM				
		ECTS	L/H*	ECTS	L/H*	ECTS	L/H*	ECTS	L/H*			
Enseignement théorique		Codes modules	Codes Unités	16	257	12	217	15	257	14	189	920
Module SCMED 1		SCMED1		5,0	70							
Sciences médicales 1		SCMED1		5,0	70							
Module COSPI 1		COSPI1		5,0	91							
Soins à la personne perfusée		SOPER		2,5	49							
Soins des plaies chirurgicales et chroniques		SOPIA		2,5	42							
Module COPRD 1		COPRD1		6,0	84							
Communication professionnelle et relation d'aide 1		COMPR1		2,0	28							
Education pour la santé et santé publique 1		EDSAP1		2,0	28							
Connaissance du monde professionnel 1		CONPR1		2,0	28							
Module SCMED 2		SCMED2				5,0	50					
Sciences médicales 2		SCMED2				5,0	50					
Module COSPI 2		COSPI2				7,0	155					
Soins en Gériatrie 1		SOGER1				2,0	25					
Soins à la femme et à l'enfant + Option A		SOFEE				2,0	40					
Soins à la personne atteinte, plans de soins de chirurgie, exploitation de situations cliniques + semaine Projet		SOAPC				3,0	90					
Module COSPI 3		COSPI3						9,0	154			
Soins en Santé mentale/Psychiatrie et en Gériatrie 2		SOMPG						4,0	63			
Soins à la personne en crise existentielle 1		SOPCE1						2,0	42			
Plans de soins de médecine interne, exploitation de situations cliniques		PLACL						3,0	48			
Module COPDR 2		COPDR2						6,0	91			
Communication professionnelle et relation d'aide 2		COMPR2						2,0	28			
Education pour la santé et santé publique 2		EDSAP2						2,0	35			
Connaissance du monde professionnel 2		CONPR2						2,0	28			
Module COSPI 4		COSPI4								9,0	179	
Soins à la personne en crise existentielle 2 + séminaire Santé mentale		SOPCE2								3,0	79	
Soins intensifs et gestion de situation d'urgence		SOINU								3,0	45	
Plan de soins de neurologie, exploitation de situations cliniques + Option B		PLNEC								3,0	55	
Travail de fin d'études										6,0	46	
Travail de fin d'études												
				12		12		12		10		
Enseignement clinique				16,0	460	21,0	620	17,0	400	17,0	400	1880
Enseignement clinique 1 *		ENSCL1		16	460							
Médecine, Gériatrie et Pédiatrie		ENSCL1		16,0	460							
Enseignement clinique 2 *		ENSCL2				16,0	460					
Chirurgie, Soins à domicile et Obstétrique		ENSCL2				16,0	460					
Enseignement clinique 3						5,0	160					
Stage de vacances		ENSCL3				5,0	160					
Enseignement clinique 4 **		ENSCL4						17,0	400			
Chirurgie, Soins palliatifs / Onco-Hématologie et Psychiatrie		ENSCL4						17,0	400			
Enseignement clinique 5 **		ENSCL5								17	400	
Médecine, OP ou Praticienne / Hôpital de jour ou Soins intensifs ou Santé publique (2 au choix)		ENSCL5								17	400	
				32		33		32		31		128
					717		837		657		589	2800

ECTS
LECONSHEURES

Enseignement clinique exprimé en heures de 60 minutes
 Enseignement théorique exprimé en leçons de 50 minutes
 * Pour des raisons d'organisation ces modules peuvent être organisés au 1e ou au 2e semestre.
 ** Pour des raisons d'organisation ces modules peuvent être organisés au 3e ou au 4e semestre.

12.2 Anhang B – Ausbildung Krankenpfleger: Lehrprogramm Geriatrie

Anhang B

Programme en gériatrie

- **Terrains d'ENSCL : Médecine, Gériatrie et Pédiatrie (460 h)**
- **Cours: Soins en Gériatrie 1 (25 leçons)**
- **Cours: Soins en santé mentale/psychiatrie (42 leçons) et
Gériatrie 2 (21 leçons)**

(Lycée Technique pour Professions de Santé, 2017b).



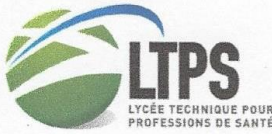
Enseignement supérieur	
Domaine des professions de santé	
Formation de l'infirmier	
Module: ENSCL 1	
Code: ENSCL 1	
Terrains d'ENSCL: Médecine, Gériatrie et Pédiatrie	
Volume - ECTS: 16	Heures présentielles: 460 (400 + 60)

Compétences visées: l'étudiant(e)

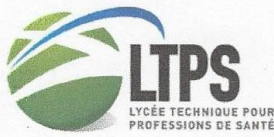
- Pose un jugement professionnel *selon les critères définis*
- Réalise les prestations de soin *selon les critères définis*
- Etablit une communication professionnelle *selon les critères définis*
- S'engage dans la profession *selon les critères définis*

Pré-requis	13 ^e SI réussie Les connaissances théoriques et pratiques enseignées en 12 ^e et 13 ^e SI et au courant de l'année académique.
<u>Contenus :</u> Compétences Professionnelles et/ou objectifs d'apprentissage	<p>Le référentiel de compétences de base doit être appliqué pour chaque enseignement clinique. Il doit être adapté aux différents terrains d'enseignement clinique.</p> <p><u>Médecine:</u> Voir le référentiel de compétences en ENSCL SI.</p> <p><u>Gériatrie:</u> L'étudiant</p> <ul style="list-style-type: none"> - explique la spécificité de l'architecture et de l'organisation des soins dans un service de Gériatrie - décrit et analyse la spécificité du rôle de l'infirmière en gériatrie - observe et synthétise les modifications relatives aux besoins fondamentaux des personnes âgées en institution - observe le comportement d'une personne âgée présentant un problème de démence et/ou présentant des altérations de la communication (problèmes auditifs, visuels...) et y adapte les soins à exécuter. - explique l'importance de la biographie de la personne âgée dans la prise en charge de celle-ci.

	<p>Pédiatrie:</p> <p>L'étudiant</p> <ul style="list-style-type: none"> - explique la spécificité architecturale et organisationnelle d'un service de pédiatrie - décrit la spécificité du rôle de l'infirmière en pédiatrie - décrit les réactions de l'enfant à l'hospitalisation et aux problèmes de santé - observe et synthétise les modifications relatives aux besoins fondamentaux de l'enfant malade et hospitalisé - exécute sous surveillance les activités suivantes faisant <u>partie du rôle propre</u> de l'infirmière en pédiatrie : <ul style="list-style-type: none"> ➤ participation et surveillance lors des activités ludiques ➤ aide au repas ➤ préparation d'un biberon ➤ soins d'hygiène, changement de couches de bébé
<p>Méthodes d'enseignement et modalités pratiques</p>	<p>L'ENSCL constitue l'accompagnement de l'étudiant(e) lors de la prise en charge de bénéficiaires de soins hospitalisés par l'enseignant et permet l'application des fondements comme la philosophie holiste, un modèle conceptuel et la démarche de soins de la profession aux soins réels.</p> <p>Une semaine d'ENSCL compte 40 heures, dont:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 x 8 heures de présence sur le terrain - 8 heures pour le pré- ou postclinique et les travaux personnels <p>➤ La phase préclinique</p> <p>L'étudiant reçoit ou se procure les informations utiles pour pouvoir effectuer son stage dans le service en questions.</p> <p>L'étudiant réserve avec l'équipe de soins un à deux bénéficiaires de soins, il prend ses renseignements et remplit les documents structurants. Si possible, il envoie les renseignements essentiels sur la situation médicale et les soins à prester à l'enseignant avant l'ENSCL.</p> <p>L'étudiant établit également une planification chronologique prévisionnelle pour les activités à réaliser.</p> <p>L'étudiant doit se présenter avec ses objectifs spécifiques à l'équipe soignante du terrain d'ENSCL.</p> <p>➤ La phase clinique</p> <p>Elle comprend l'activité effective des étudiants dans l'unité de soin et auprès du bénéficiaire de soins. Pendant cette phase les étudiants sont soit encadrés par l'infirmier enseignant soit sous la responsabilité de l'équipe soignante.</p> <p>L'intégration à une équipe de soin a des effets de modelage, de développement d'habiletés techniques et organisationnelles et d'entraînement à la vie en équipe.</p> <p>➤ La phase postclinique</p> <p>C'est l'enseignement qui donne suite aux situations rencontrées et qui fournit à l'enseignant l'occasion de poursuivre à la fois des objectifs cognitifs et affectifs, où l'étudiant doit faire des liens,</p>



	<p>réfléchir, discriminer, généraliser et organiser certaines connaissances reliées aux bénéficiaires de soins et au milieu. C'est aussi le moment du partage des expériences entre les élèves. Le postclinique leur permet de verbaliser le vécu de la journée et de recevoir au besoin le support où les éclairages dont elles ont besoin</p> <p>L'organisation pratique, en fonction de considérations pédagogiques et selon les disponibilités de l'équipe pédagogique, comprend:</p> <p>En médecine: 2 postcliniques de 2h</p> <p>En gériatrie: 1 postclinique de 2h</p>
Méthodes d'apprentissage	<p>L'apprentissage en milieu clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - se situe en complémentarité et en continuité avec l'apprentissage théorique et l'apprentissage en laboratoire, en préparation directe au futur travail de l'élève - rend possible l'application des principes et des éléments techniques en situations réelles et favorise ainsi un ancrage plus solide des savoirs dans les représentations mentales de l'élève - permet à l'élève de s'adapter à la réalité, d'apprendre par modèles de rôles, de saisir les implications éthiques, relationnelles et organisationnelles du travail de l'infirmière - favorise le développement d'une identité professionnelle. <p>L'apprentissage se fait à l'aide d'un portfolio d'apprentissage et d'évaluation.</p> <p>L'apprentissage en milieu clinique est complété par des exercices de simulation.</p>
Modalités d'évaluation	<p>Description de la situation de soins à la base de l'évaluation sommative en médecine:</p> <p>Un à plusieurs bénéficiaires de soins adultes (= à partir de 14 ans) sont coopératifs, leur douleur est gérable, ils sont porteurs d'appareillages dont les principes de surveillance ont été vus au cours (sonde vésicale, cathéter supra - pubien, perfusions...), ils ne sont pas en isolement protecteur, ils ne présentent aucune perturbation aiguë des fonctions respiratoires, circulatoires, neurologiques.</p> <p>Lors de l'évaluation, l'étudiant, selon son niveau d'apprentissage et la complexité des situations, prend en charge les soins pour un ou plusieurs bénéficiaires de soins. Il est recommandé d'ajouter seulement une nouvelle prestation de soin par évaluation sommative.</p> <p>L'évaluation se fait selon les quatre domaines de compétences:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Etablir une communication professionnelle ➤ Poser un jugement professionnel ➤ Réaliser les prestations de soin ➤ S'engager dans la profession <p>L'évaluation par l'enseignant</p> <ul style="list-style-type: none"> - En MEDECINE, chaque étudiant bénéficie d'une évaluation sommative continue répartie sur 4 jours d'évaluation. - Pour préparer chaque encadrement, l'étudiant réalise par écrit un recueil d'information avec une analyse de la situation de soins pour 1 bénéficiaire de soins et une présentation des données essentielles pour les autres bénéficiaires de soins prises en charge. La fiche



	<p>de planification reprendra tous les bénéficiaires de soins auprès desquels sont réalisés des soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lors de chaque évaluation sommative, des moments d'évaluation formative font partis de l'encadrement, les situations d'évaluation sommative doivent être clairement indiquées. - En GERIATRIE, chaque étudiant bénéficie d'une évaluation sommative qui se fait par le biais d'un entretien pendant lequel l'étudiant présente la situation d'un bénéficiaire de soins et un travail de réflexion sur la situation des soins en gériatrie. Ce travail sera évalué dans le domaine du jugement professionnel et de l'engagement. - Travail de réflexion en GERIATRIE: Il faut choisir un sujet parmi les propositions suivantes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La dépendance, l'isolement social, la violence et les personnes âgés, la dépression, la sexualité, la sécurité, les activités socio thérapeutiques et occupationnelles, la mort, la famille, l'assurance dépendance, etc. ➤ ou bien préparation d'un autre sujet du domaine de la Gériatrie qui intéresse plus particulièrement l'étudiant. - La structure suivante devra être respectée: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Explication du sujet/ du problème analysé en l'illustrant par des observations faites auprès des résidents soignés. ➤ Analyse des facteurs / causes qui ont engendré ce problème ou cette situation. ➤ Proposition de quelques interventions pour remédier à ce problème ou bien description des mesures déjà mises en place par le service ou l'institution. - La présentation se fera oralement le jour de la visite de l'enseignant. - En PEDIATRIE, chaque étudiant bénéficie d'une évaluation sommative qui se fait par le biais d'un entretien pendant lequel l'étudiant présente la situation d'un enfant hospitalisé. Ce travail sera évalué dans le domaine du jugement professionnel et de l'engagement. <p>L'évaluation par l'équipe soignante et/ou le tuteur infirmier Les évaluations des équipes soignantes et/ou des tuteurs infirmiers des terrains de médecine, de gériatrie et de pédiatrie sont prises en compte dans l'évaluation des différents domaines de compétence par l'enseignant et incluses dans le bilan certificatif. Si l'étudiant a été suivi par un tuteur infirmier en médecine, il y a lieu de prévoir au moins deux moments d'échanges entre l'enseignant, le tuteur et l'étudiant.</p> <p>L'évaluation synthèse du module ENSCL par bilan certificatif</p>
--	---



	<ul style="list-style-type: none"> - L'évaluation certificative se fera par un bilan en fin de module qui tiendra compte de l'évolution de l'étudiant et qui sera rédigé par l'enseignant qui a pris en charge les 3 évaluations de l'hospitalisation. - Cette proposition sera soumise à l'équipe pédagogique de l'ENSCL de ce module pour concertation et accord commun. <p>Toutes les compétences retenues pour les quatre domaines doivent être maîtrisées pour réussir l'ENSCL.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de non maîtrise, lorsqu'une ou plusieurs compétences d'un domaine de compétence ne sont pas maîtrisées, correspond à 7/20p. - Le niveau de « Maîtrise (M) » d'une compétence est atteint si l'élève satisfait aux critères/indicateurs retenus. - Le niveau de « Très bonne maîtrise (T.B.M.) » d'une compétence est atteint si l'élève montre une performance constante et une progression continue tout au long de l'année - Le niveau de « Très bonne maîtrise (T.B.M.) » par domaine de compétence est atteint si l'élève a 2 sur 3, ou 3 sur 5, ou 4 sur 6 compétences avec T.B.M. - Il faut avoir atteint dans 3 domaines au moins une « Très bonne maîtrise (T.B.M.) » pour avoir une T.B.M. globale. - Transformation des appréciations en notes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les quatre domaines de compétences sont acquis avec maîtrise : 12/20p. ➤ Un des quatre domaines de compétence est acquis avec une très bonne maîtrise (T.B.M.): 14/20p. ➤ Deux des quatre domaines de compétences sont acquis avec une T.B.M : 16/20p. ➤ Trois des quatre domaines de compétences sont acquis avec une T.B.M : 18/20p. ➤ Quatre domaines de compétences sont acquis avec une T.B.M : 20/20p. <p>Le présent programme est complété par les informations pratiques contenues dans le « Vademecum de l'enseignement clinique en BSI » mis à jour chaque année.</p>
Support didactique / Bibliographie	<ul style="list-style-type: none"> - Livres - Portfolio - Ressources pédagogiques sur le site www.ltps.lu
Langue(s) véhiculaire(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Luxembourgeois, français, allemand



Enseignement supérieur
Domaine des professions de santé
Formation de l'Infirmier Responsable de Soins Généraux
Module: COSPI 2
Code: SOGER
Cours: Soins en Gériatrie 1
Volume - ECTS: 2 Heures présentielle: 25

Compétence visée: l'étudiant (e)

- **identifie, analyse, prend en charge et évalue les problèmes de soins les plus fréquents d'une personne âgée dépendante et acquiert les habilités pour accompagner cette personne âgée et son entourage à domicile ou en institution de long séjour.**

Pré-requis	Toutes les connaissances de base en rapport avec les thèmes abordés et enseignés lors des années de formation antérieures
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Concernant les soins en Gériatrie, l'étudiant(e): <ul style="list-style-type: none"> - analyse les problèmes démographiques et socio-économiques liés au vieillissement de la population luxembourgeoise. - identifie les problèmes de soins standards en relation avec la multimorbidité des personnes âgées. - décrit les différents stades évolutifs d'une démence de type Alzheimer et les interventions de soins appropriées par rapport au problème infirmier de la confusion chronique. - identifie et analyse les différentes formes de violence inhérentes aux soins en milieu gériatrique. - décrit et explique différentes approches pour gérer une situation conflictuelle avec une personne âgée agressive. - identifie, évalue et aide à soulager la douleur chronique /aiguë auprès des personnes âgées en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. - identifie, évalue et aide à soulager les problèmes liés à l'incontinence urinaire et/ou fécale de la personne âgée dépendante. - identifie et évalue les risques de chutes auprès des personnes âgées vivant au domicile ou en institution de long séjour et explique et applique les mesures préventives. - décrit les principes de bases de l'assurance dépendance au Luxembourg.



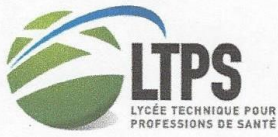
	<ul style="list-style-type: none"> - décrit les principes de bases pour l'organisation d'activités auprès de personnes âgées en institution de long séjour / foyer de jour et transfère ces principes dans la pratique soignante.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Démographie et aspects socio-économiques (2 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Analyse de l'évolution démographique et des problèmes socio-économiques liés au vieillissement de la population au Luxembourg et dans les régions avoisinantes - Problème infirmier : syndrome d'inadaptation à un changement de milieu • Multimorbidité et problèmes de soins standards (2 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Mise en évidence des grands problèmes de soins standards par type de pathologie classés sous forme de problèmes infirmiers. • Introduction au sujet de la prise en charge d'une personne âgée démente (8 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Définition de la démence - Epidémiologie au Luxembourg - Stadification et échelle de Reisberg (GDS) - Test de Folstein (MMS) - Principes de base de la communication avec une personne démente - Problèmes de soins standards en rapport avec le problème infirmier : confusion chronique - Prise en charge des aidants • Gestion de la violence au niveau des soins (2 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Identification des différentes formes de violence au niveau des soins gériatriques - Que faire face à une personne âgée agressive ? • La douleur et la personne âgée (2 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Identification des causes principales de la douleur (aiguë et chronique) - Présentation et utilisation des échelles DOLOPLUS® et ALGOPLUS® - Conséquences des douleurs chroniques en termes de qualité de vie pour les personnes âgées. - Prise en charge spécifique de la douleur auprès de personnes âgées dépendantes incluant les thérapies alternatives (aromathérapie, musicothérapie, massages relaxants, réflexologie).

	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention et prise en charge de l'incontinence urinaire et fécale auprès d'une personne âgée dépendante (3 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Rappel physiologique de la continence et de la miction. - Causes somatiques de l'incontinence urinaire <ul style="list-style-type: none"> ○ Incontinence urinaire fonctionnelle ○ Incontinence urinaire à l'effort ○ Incontinence urinaire par regorgement ○ Incontinence urinaire par besoin impérieux - Evaluation de l'incontinence urinaire et fécale et prise en charge soignante. • Prévention et prise en charge des chutes auprès de personnes âgées (2 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Epidémiologie des chutes - Examen et étiologies des chutes - Moyens de prévention des chutes - La fixation des personnes âgées : Privation de liberté ou prévention des chutes ? • L'assurance dépendance au Luxembourg (2 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Conférence donnée par les infirmières de la CEO • Spécificités de l'organisation d'activités auprès de personnes âgées (2 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Problème infirmier : manque de loisirs
Méthodes d'enseignement	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode magistrale: exposé, démonstrations • Méthode interrogative: questions/réponses, brainstorming • Méthode découverte (active): apprentissage par problème, travail en projet • Etc.
Méthodes d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> • Participation active au cours, prises de notes • Autoévaluation des acquis • Exercices théoriques et pratiques, activités dirigées • Apprentissage par problèmes, Travail en projet • Evaluation formative écrite ou orale facultative lors des cours • Etc.
Modalités d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Examen terminal écrit • Epreuve de 2h



Support didactique /
Bibliographie

- **Les scripts obligatoires** sont à télécharger des webfolios SI.
- **Les manuels obligatoires:**
 - HERVY M-P. et al., Nouveaux Cahiers de l'Infirmière N°20 : Gériologie/Géropsychiatrie, Elsevier/Masson, Paris 2005, 192 p.
- **Bibliographie**
 - Livres:
 - BERGER Louise, MAILLOUX-POIRIER Danielle, Personnes âgées: une approche globale, Ed. Maloine, 1989,
 - BÖHM Erwin., Psychobiographisches Plegemodell nach Böhm Band I+II, 4. Auflage, Verlag Maudrich, Wien 2009, 620 S.
 - DOENGES M.E., MOORHOUSE M.F., GEISSLER-MURR A.C., Diagnostics infirmiers, interventions et justifications, Ed. De Boeck, Bruxelles, 2012, 1118 p.
 - DUCHARME Francine, Famille et soins aux personnes âgées : Enjeux, défis et stratégies, Ed. Beauchemin, Chenelière Editeur, 2006, 210 p.
 - FEIL Naomi, Validation in Anwendung und Beispielen: Der Umgang mit verwirrten alten Menschen, 2. Überarbeitete Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, 2000, 250 S.
 - LAMBRECHT Elisabeth, Jule-Geschichten: Wie die heute alten Menschen ihre Kindheit erlebten, Verlag: Vincentz Network, 2te Auflage, 2010, 164 S.
 - MATOLYCZ Esther, Pflege von alten Menschen, Verlag Springer, Wien 2011, 292 S.
 - MÖTZING Gisela, Beschäftigung und Aktivitäten mit alten Menschen, Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2te Auflage, 2009, 336 S.
 - NIGG Bernhard, STEIDL Siegfried, Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie: Ein Lehrbuch für Gesundheits- und Pflegeberufe, Verlag: Facultas Universitätsverlag; 3te Auflage, 2010, 158 S.
 - ORELLANA-GELAIN Blandine, Communiquer avec les personnes âgées: Guide pratique, Ed. L'Harmattan, 2007, 114 p.
 - ORLEWSKI Jacqueline, La période d'empreinte collective en gériatrie, Ed. Service RBS, 2003, 61 p.
 - PHANEUF, Margot, Démarche de soins face au vieillissement perturbé, démence et maladie d'Alzheimer, Ed. Masson, Paris 1998, 285 pages.
 - PIEROBON Adriano et al., Sturzprävention bei älteren Menschen, Verlag Thieme, Stuttgart 2007, 100 pages
 - Sites internet :
 - www.luxsenior.lu



	<ul style="list-style-type: none"> ○ www.resolux.lu ○ www.rbs.lu ○ www.enpp-boehm.com ○ www.mss.public.lu/acteurs/org_ceo/index.html ○ http://www.mfi.public.lu/index.html ○ www.tena.fr
Langue(s) véhiculaire(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Théorie: français • Laboratoire d'enseignement clinique: luxembourgeois; luxembourgeois et français pour les classes à régime linguistique spécifique



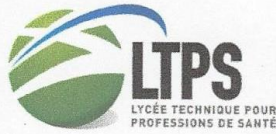
Enseignement supérieur
Domaine des professions de santé
Formation de l'Infirmier Responsable de Soins Généraux
Module: COSPI 3
Code: COSPI 3
Cours: Soins en Santé Mentale / Psychiatrie et Gériatrie 2 - SOMPG
Volume – ECTS: 4 Heures présentielle: 63

SOINS EN PSYCHIATRIE/SANTE MENTALE (42 leçons)

Compétences visées: l'étudiant(e)

- Pose un jugement professionnel *selon les critères définis*
- Réalise les prestations de soin *selon les critères définis*
- Etablit une communication professionnelle *selon les critères définis*

Pré-requis	Toutes les connaissances de base en rapport avec les thèmes abordés et enseignés lors des années de formation antérieures
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Concernant le secteur de la psychiatrie, l'étudiant : <ul style="list-style-type: none"> - prend conscience de ses représentations de la normalité et de la maladie mentale, et il définit la pathologie psychiatrique. - explique les facteurs qui influencent la santé mentale. - explique l'évolution de la psychiatrie et du rôle infirmier au cours des siècles. - explique l'objectif des différents milieux thérapeutiques (il ne doit pas connaître toutes les structures existantes, mais il doit prendre conscience qu'il y a différents milieux thérapeutiques selon les besoins du bds) - explique le rôle des différents intervenants en psychiatrie. • Concernant la relation thérapeutique en Psychiatrie, l'étudiant(e): <ul style="list-style-type: none"> - explique les différents rôles décrits par Hildegard Peplau. - explique les différentes étapes de la relation thérapeutique - définit les notions de transfert et de contre-transfert et donne des exemples de sa pratique. - Nomme les buts des activités thérapeutiques et explique les différents critères à respecter lors de l'animation d'une activité de groupe.



	<ul style="list-style-type: none"> • Concernant les soins infirmiers face aux principales pathologies psychiatriques, l'étudiant(e): <ul style="list-style-type: none"> - identifie les attitudes et les comportements à adopter et à éviter - nomme et argumente les diagnostics infirmiers les plus fréquemment rencontrés dans les différentes pathologies - établit un plan de soins (pour chaque pathologie) pour un diagnostic infirmier - explique le rôle infirmier par rapport aux antidépresseurs, aux benzodiazépines et aux neuroleptiques • Concernant « la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux », l'étudiant(e): <ul style="list-style-type: none"> - explique les idées essentielles reprises dans les chapitres 1 – 5 (inclus) du texte de loi.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Le secteur de la psychiatrie (14 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Concepts de la maladie mentale et de la santé mentale (de la normalité et de l'anormalité) - Le concept d'adaptation au stress - Différence entre le handicap mental et la maladie mentale - Les facteurs qui influencent la santé mentale - Aperçu de l'histoire de la psychiatrie et de l'évolution du rôle infirmier (« du gardien au thérapeute ») - Les différents milieux thérapeutiques et leurs objectifs thérapeutiques - Les principaux intervenants en milieu psychiatrique <ul style="list-style-type: none"> o Différence entre psychiatre, psychologue et psychothérapeute o Différence entre l'infirmier et l'infirmier psychiatrique o Brève description du rôle des autres professionnels (ergothérapeute, assistant social, éducateur, etc.) • La relation thérapeutique entre l'infirmier et le bénéficiaire de soins ou le rôle de l'infirmier en psychiatrie (7 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Le rôle de l'infirmier psychiatrique selon Hildegard Peplau - Les étapes de la relation thérapeutique entre l'infirmier et le bénéficiaire de soins <ul style="list-style-type: none"> o La pré-interaction o L'orientation o Le travail (y inclus la notion du transfert et du contre-transfert).



	<ul style="list-style-type: none"> - Les activités occupationnelles (de loisirs) : critères à respecter pour animer une activité avec un groupe de bénéficiaires de soins (Annexe 1). - L'agressivité et la violence en milieu psychiatrique <p>• Rôle infirmier face aux principales pathologies rencontrées en service hospitalier (18 leçons)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soins infirmiers et lignes de conduite <ul style="list-style-type: none"> o face au bénéficiaire de soins dépressif o face au bénéficiaire de soins suicidaire o face au bénéficiaire de soins alcoolique o face au bénéficiaire de soins schizophrène - Y inclus les problèmes infirmiers : <ul style="list-style-type: none"> o Confusion aigue o Risque de violence envers soi-même o Stratégies d'adaptation inefficace (alcool, drogues) - Rôle infirmier par rapport aux psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques et benzodiazépines - à inclure dans les chapitres respectifs) <p>• Le patient présentant un danger pour soi ou pour autrui (3 leçons)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux (chapitre 1 – 5 inclus)
Méthodes d'enseignement	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode magistrale: exposé, démonstrations • Méthode interrogative: questions/réponses, brainstorming • Méthode découverte (active): apprentissage par problème, travail en projet • etc...
Méthodes d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> • Participation active au cours, prises de notes • Autoévaluation des acquis • Exercices théoriques et pratiques, activités dirigées • Apprentissage par problèmes, Travail en projet, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> - Analyse de films sur la psychiatrie - Travail en groupe par rapport aux représentations de la maladie mentale (santé mentale) - Travail en groupe par rapport aux différents milieux thérapeutiques (Proposition : chaque groupe doit représenter une structure/institution de chaque secteur : milieu hospitalier fermé et ouvert, hôpital de jour, appartements thérapeutiques, soins psychiatriques à domicile, addictologie, psychiatrie juvénile et pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, etc.



	<ul style="list-style-type: none"> - Description du travail d'un infirmier en psychiatrie (Invitation d'un infirmier psychiatrique) - Travail en groupe par rapport aux activités thérapeutiques : Un groupe d'étudiant organise une activité thérapeutique pour un autre. A partir de là : établissement des critères à respecter. - Lecture d'articles de journaux par rapport aux suicides au Luxembourg, par rapport à la dépression. - Cas cliniques <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation formative écrite ou orale facultative lors des cours • etc....
Modalités d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Examen terminal écrit (60% Psychiatrie et 40% Gériatrie) • Epreuve de 2 heures
Support didactique / Bibliographie	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliographie <ul style="list-style-type: none"> - Livres : <ul style="list-style-type: none"> ○ D. SAUTER, Ch. ABDERHALDEN, I.NEEDHAM, St. WOLFF, Lehrbuch Psychiatrische Pflege, 3. Auflage, Huber Verlag, Bern, 2011. ○ M. C. TOWNSEND, Soins infirmiers Psychiatrie et Santé mentale, 2e édition, ERPI, Québec, 2010. ○ St. GRUNST, A. SCHRAMM, Pflege Konkret Neurologie Psychiatrie, 3. Auflage, Urban Fischer Verlag, 2006.
Langue(s) véhiculaire(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Théorie: français • Laboratoire d'enseignement clinique: luxembourgeois; luxembourgeois et français pour les classes à régime linguistique spécifique

SOINS EN GERIATRIE 2 (21 leçons)

Compétences visées: l'étudiant(e)

- **identifie, évalue et prend en charge les problèmes de soins spécifiques d'une personne âgée dépendante au niveau psychique et acquiert les habilités pour accompagner cette personne âgée et son entourage à domicile ou en institution de long séjour.**

Pré-requis	<p>Toutes les connaissances de base en rapport avec les thèmes abordés et enseignés lors des années de formation antérieures :</p> <p>BTS 1 :</p> <p>Cours Soins en Gériatrie I</p> <p>Communication professionnelle et relation d'aide</p> <p>Sciences médicales I et II</p>
------------	---

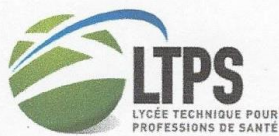


<p>Objectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concernant les soins en gériatrie, l'étudiant(e): <ul style="list-style-type: none"> - explique l'importance de la biographie et de l'imprégnation régionale dans le modèle de soins d'Erwin Böhm - explique les principes de base du modèle des 7 degrés d'accessibilité (Erreichbarkeitsstufen) - explique les concepts suivants du modèle d'Erwin Böhm : <ul style="list-style-type: none"> o « Kollektive Prägungszeit » (Période d'empreinte collective) o « Normalitätsprinzip » (Principe de normalité) o « Daheimseingefühl » (Sentiment d'être chez soi) o « Adaptationszeit » (Temps d'adaptation) - différencie les soins activants des soins réactivants - différencie les personnes sympathicotoniques des personnes parasympathicotoniques - explique le concept de validation selon Naomi Feil - cite et explique les 10 principes fondateurs et valeurs de la validation - explique les différences entre une curatelle et une tutelle sur base des textes législatifs en vigueur - identifie les risques d'un surmenage des aidants (entourage de la personne soignée) et explique les moyens d'aides existants - explique la spécificité, les moyens de prévention et la prise en charge soignante des problèmes infirmiers suivants auprès de la personne âgée : <ul style="list-style-type: none"> o Déshydratation o Dénutrition o Constipation/Fécalome - explique les causes et la symptomatologie spécifique d'une dépression chez une personne âgée et les principes d'une prise en charge adaptée - met en évidence la prévalence et les spécificités du suicide des personnes âgées, identifie les facteurs de risque et explique les moyens de prévention d'un suicide d'une personne âgée vivant en institution ou à domicile - comprend les règles de base de la prescription médicamenteuse en gériatrie en tenant compte de la polymédication et du risque d'intoxication médicamenteuse - analyse les accidents médicamenteux les plus redoutables en gériatrie et identifie les moyens pour prévenir ces accidents - identifie les besoins et comportements sexuels spécifiques des personnes âgées dépendantes vivant en institution et explique divers moyens pour faire face à un comportement sexuel déviant provenant d'un résident en milieu gériatrique - identifie les spécificités des soins palliatifs en gériatrie.
------------------	---

Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle de prise en charge de personnes démentes selon Erwin Böhm (8 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Importance de la biographie et de l'empreinte individuelle et collective dans le modèle de prise en charge d'Erwin Böhm - Les principes de base du modèle des 7 phases d'accessibilité (Erreichbarkeitsstufen) - Les concepts: <ul style="list-style-type: none"> ○ « Kollektive Prägungszeit » (Période d'empreinte collective) ○ « Normalitätsprinzip » (Principe de normalité) ○ « Daheimseingefühl » (Sentiment d'être chez soi) ○ « Adaptationszeit » (Temps d'adaptation) - Différenciation des personnes sympathicotoniques des personnes parasympathicotoniques • Théorie de la validation selon Naomi Feil (2 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que la validation ? - Les 10 principes fondateurs et valeurs de la validation • La curatelle / la tutelle (1 leçon) <ul style="list-style-type: none"> - Différenciation des notions de curatelle et tutelle à l'aide des textes législatifs en vigueur • Déshydratation / alimentation déficiente / constipation et fécalome (1 leçon) <ul style="list-style-type: none"> - Mise en évidence du risque spécifique chez la personne âgée - Moyens de prévention en gériatrie - Prise en charge spécifique du problème infirmier • Dépression et suicide chez la personne âgée (4 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Prévalence, causes et symptomatologie de la dépression chez une personne âgée - Comment prévenir une dépression chez une personne âgée ? - Prise en charge soignante d'une personne âgée atteinte d'une dépression - Prévalence et spécificités du suicide auprès des personnes âgées - Prévention du suicide - Accompagnement des personnes âgées suicidaires • Polymédication et intoxication médicamenteuse en gériatrie (2 leçons)
----------	--



	<ul style="list-style-type: none"> - Les problèmes de polymédication et d'intoxication médicamenteuse en milieu gériatrique - Règles de base pour la prescription de médicaments en gériatrie - Les accidents médicamenteux les plus redoutables en gériatrie et leurs moyens de prévention <ul style="list-style-type: none"> • La sexualité des personnes âgées (2 leçons) <ul style="list-style-type: none"> - Besoins et comportements sexuels spécifiques des personnes âgées à domicile et en institution - Déviances sexuelles en institution - Que faire en cas de comportement sexuel déviant d'un résident ? • Soins palliatifs et décès en milieu gériatrique (1 leçon) <ul style="list-style-type: none"> - Spécificités des soins palliatifs en milieu gériatrique : - L'accompagnement - Les soins spécifiques - Soutien des familles.
Méthodes d'enseignement	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode magistrale: exposé, démonstrations • Méthode interrogative: questions/réponses, brainstorming • Méthode découverte (active): apprentissage par problème, travail en projet, visites • etc...
Méthodes d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> • Participation active au cours, prises de notes • Autoévaluation des acquis • Exercices théoriques et pratiques, activités dirigées • Apprentissage par problèmes, Travail en projet • Evaluation formative écrite ou orale facultative lors des cours • etc....
Modalités d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Examen terminal écrit (60% Psychiatrie et 40% Gériatrie) • Epreuve de 2 heures
Support didactique / Bibliographie	<ul style="list-style-type: none"> • Les scripts obligatoires sont à télécharger des webfolios SI. • Les manuels obligatoires: <ul style="list-style-type: none"> - HERVY M-P. et al., Nouveaux Cahiers de l'Infirmière N°20 : Gériatrie / Géropsychiatrie, Elsevier/Masson, Paris 2005, 192 p. • Bibliographie <ul style="list-style-type: none"> - Livres : <ul style="list-style-type: none"> ○ BERGER Louise, MAILLOUX-POIRIER Danielle, Personnes âgées: une approche globale, Ed. Maloine, 1989,



	<ul style="list-style-type: none"> ○ BÖHM Erwin., Psychobiographisches Plegemodell nach Böhm Band I+II, 4. Auflage, Verlag Maudrich, Wien 2009, 620 S. ○ DOENGES M.E., MOORHOUSE M.F., GEISSLER-MURR A.C., Diagnostics infirmiers, interventions et justifications, Ed. De Boeck, Bruxelles, 2012, 1118 p. ○ DUCHARME Francine, Famille et soins aux personnes âgées : Enjeux, défis et stratégies, Ed. Beauchemin, Chenelière Editeur, 2006, 210 p. ○ FEIL Naomi, Validation in Anwendung und Beispielen: Der Umgang mit verwirrten alten Menschen, 2. Überarbeitete Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, 2000, 250 S. ○ LAMBRECHT Elisabeth, Jule-Geschichten: Wie die heute alten Menschen ihre Kindheit erlebten, Verlag: Vincentz Network, 2te Auflage, 2010, 164 S. ○ MATOLYCZ Esther, Pflege von alten Menschen, Verlag Springer, Wien 2011, 292 S. ○ MÖTZING Gisela, Beschäftigung und Aktivitäten mit alten Menschen, Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2te Auflage, 2009, 336 S. ○ NIGG Bernhard, STEIDL Siegfried, Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie: Ein Lehrbuch für Gesundheits- und Pflegeberufe, Verlag: Facultas Universitätsverlag; 3te Auflage, 2010, 158 S. ○ ORELLANA-GELAIN Blandine, Communiquer avec les personnes âgées: Guide pratique, Ed. L'Harmattan, 2007, 114 p. ○ ORLEWSKI Jacqueline, La période d'empreinte collective en gériatrie, Ed. Service RBS, 2003, 61 p. ○ PHANEUF, Margot, Démarche de soins face au vieillissement perturbé, démence et maladie d'Alzheimer, Ed. Masson, Paris 1998, 285 pages. ○ PIEROBON Adriano et al., Sturzprävention bei älteren Menschen, Verlag Thieme, Stuttgart 2007, 100 pages. - Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> ○ www.luxsenior.lu ○ www.resolux.lu ○ www.rbs.lu ○ www.enpp-boehm.com ○ www.mss.public.lu/acteurs/org_ceo/index.html ○ http://www.mfi.public.lu/index.html ○ www.tena.fr
Langue(s) véhiculaire(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Théorie: français • Laboratoire d'enseignement clinique: luxembourgeois; luxembourgeois et français pour les classes à régime linguistique spécifique.

12.3 Anhang C – Ausbildung Krankenpfleger: Pflegemodell Henderson

Anhang C

Programme 12 SI –

Concepts de soins et problèmes infirmiers

Programme 13 SI –

Concepts de soins et problèmes infirmiers

(LTPS)

(Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la jeunesse, 2017).



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

Enseignement secondaire technique		
Régime technique		
Division des professions de santé et des professions sociales		
Section SI		
COSPI / Concepts de soin et problèmes infirmiers		
Programme		
12SI		

Langue véhiculaire : français

Nombre minimal de devoirs par semestre : 3 devoirs par semestre

Introduction	<ul style="list-style-type: none"> - Pour permettre une cohérence maximale entre les différents sujets et branches enseignés, il est recommandé de respecter la chronologie proposée dans le fichier « Organisation de l'enseignement théorique et clinique » dans les webfolios.
Remarques importantes	<ul style="list-style-type: none"> - Il est recommandé d'utiliser des méthodes pédagogiques actives / un enseignement orienté vers l'action pour faciliter le transfert des connaissances de la théorie à la pratique. - Il est important de montrer aux élèves que les différents besoins fondamentaux sont constamment en interactions. - Il est recommandé de planifier des séances d'intégration en classe sur la base de cas concrets ou d'autres exercices d'intégration, et ce à un rythme régulier. - Les fondements théoriques des prestations de soin font partie intégrante des « 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson et les problèmes infirmiers ».
Pré-requis et Interdisciplinarité	BIOHU, HYGMI, NUTRI, SCMED, PHARM



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

Compétences professionnelles	<p>Dans ce cours sont enseignés les savoirs à la base des compétences professionnelles des quatre domaines de compétences de l'enseignement clinique.</p>
Objectifs d'apprentissage	<p>Les concepts de soin</p> <p>L'élève</p> <ul style="list-style-type: none"> - décrit sa représentation personnelle de la profession - analyse l'image de la profession dans la société - explique la conception de la profession du point de vue des professionnels infirmiers - explique les notions de savoir, savoir-faire et savoir-être - explique le rôle propre et le rôle délégué de l'infirmière - explique les droits du bénéficiaire de soins - argumente l'utilité d'un modèle conceptuel en soins infirmiers - explique les concepts « indépendance, dépendance, holisme, santé, maladie, ressources » selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson - argumente l'utilité d'une démarche de résolution de problèmes pour la profession de l'infirmier - argumente l'utilité d'une documentation des soins - applique le jugement professionnel dans des situations simulées <p>Les besoins fondamentaux selon Virginia Henderson</p> <p>L'élève</p> <ul style="list-style-type: none"> - définit le besoin et explique l'importance de la satisfaction du besoin - explique les différentes dimensions du besoin - identifie les facteurs influençants - utilise la terminologie professionnelle - énumère les signes d'indépendance - énumère les signes de dépendance et les écarts fréquents de cause pathologique sans devoir expliquer les mécanismes physiopathologiques



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

	<p>Les problèmes infirmiers</p> <p>L'élève</p> <ul style="list-style-type: none"> - définit le problème - explique les facteurs de risque/facteurs favorisants - cite les caractéristiques pour les problèmes réels - cite les résultats escomptés standard - argumente les prestations de soin <p>Les prestations de soin</p> <p>L'élève</p> <ul style="list-style-type: none"> - fait preuve de connaissances fondamentales en vue de la réalisation des prestations de soin - explique les conseils à donner aux bénéficiaires de soins en vue de l'éducation pour la santé
<p>Contenu / Volume horaire</p>	<p>Les concepts de soin (28 leçons)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La profession d'infirmière Les activités de soin de l'infirmière : Le rôle autonome et le rôle délégué Règlement grand-ducal du 21 janvier 1998 sur l'exercice de la profession d'infirmier Le code de déontologie Les champs de responsabilité médecin/infirmière Les champs d'activités - Le bénéficiaire de soins y compris ses droits et devoirs - Le modèle conceptuel en soins infirmiers (MCSI) de Virginia Henderson - La démarche de soins - La documentation des soins <p>Notions théoriques concernant l'ENSCL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les compétences/activités de soin à développer en ENSCL de la 12^e jusqu'à la fin de la 13^e SI - Le bilan des compétences à la fin de la 13^e SI - L'autoévaluation et le feed-back de l'infirmier(ère) enseignant(e) - Le recueil d'informations avant les soins, l'analyse des données et les observations / surveillances pendant les soins - Le portfolio



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

**Les besoins fondamentaux selon Virginia Henderson et
les problèmes infirmiers**

- BF 1 : Respirer (8 leçons)
- BF 2 : Manger et boire (10 leçons)
 - ❖ Alimentation déficiente
 - ❖ Risque de déshydratation en lien avec des apports hydriques per os insuffisants par 24 heures
 - ❖ Risque de fausse route
- BF 3 : Eliminer (10 leçons)
 - ❖ Risque de constipation / constipation / pseudo-constipation
 - ❖ Risque d'infection urinaire
- BF 4 : Se mouvoir et maintenir une bonne posture (10 leçons)
 - ❖ Risque de chute
 - ❖ Risque de thrombo-embolie veineuse
 - ❖ Risque de contractures
- BF 5 : Dormir et se reposer (4 leçons)
- BF 6 : Choisir ses vêtements, s'habiller et se déshabiller (4 leçons)
- BF 7 : Garder une température corporelle normale (y compris la physiologie de la thermorégulation) (8 leçons)
- BF 8 : Être propre et soigné, de protéger ses téguments (18 leçons)
 - ❖ Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau et atteinte à l'intégrité de la peau
 - ❖ Risque d'atteinte de la muqueuse buccale et atteinte de la muqueuse buccale
 - ❖ Risque de mycose cutanée
- BF 9 : Éviter les dangers (+ sécurité à l'école) (4 leçons)
- Bilan d'indépendance et de dépendance



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

	<p>Problèmes infirmiers : argumentation, interventions infirmières</p> <p>→ exercices sur base de cas clinique (8 leçons)</p> <p>Fondements théoriques pour les prestations de soin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activités de soin en lien avec les besoins fondamentaux et les problèmes infirmiers ❖ La surveillance des paramètres : mesure et observation ❖ Les activités de soin en lien avec le besoin de manger et boire ❖ La réfection du lit et l'installation du bénéficiaire de soins ❖ Les activités de soin en lien avec l'hygiène corporelle ❖ Les activités de soin en lien avec le besoin d'éliminer ❖ Les activités de soin en lien avec la prévention thrombo-embolique ❖ La préparation et l'administration des médicaments par les voies : oculaire, auriculaire, nasale, rectale, cutanée, transdermique, pulmonaire (aérosols doseurs).
<p>Méthodes et outils pédagogiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exposé - question - réponse - Démonstration - Exercices de recueil de données - Travaux de groupe - Résolution de problèmes (APP) - Exercices sur cas cliniques, - analyse de séquences de films - Autoévaluation des connaissances acquises - Visites
<p>Evaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de connaissances sous forme de liste de questions - Evaluation du jugement professionnel sur la base de cas cliniques (obligatoire pour le dernier devoir en classe de l'année) - Il est recommandé d'organiser un devoir en classe/un contrôle de l'année sous forme orale



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

Support didactique obligatoire	- Scripts bilingues / Web folios LTPS
Références supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> - MENCHE Nicole., <u>Pflege Heute</u> 5. Auflage, Urban + Fischer Verlag/Elsevier GmbH, März 2011, 1384 S. - BENZINGER-KÖNIG B., PAETZ B., <u>Chirurgie für Pflegeberufe</u>, 21 Auflage, Thieme Verlag, 2009, 616 S. - Voir références indiquées à la fin du chapitre concepts de soin, de chaque besoin fondamental et problème infirmier.



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

Enseignement secondaire technique		
Régime technique		
Division des professions de santé et des professions sociales		
Section SI		
COSPI / Concepts de soin et problèmes infirmiers		
Programme		
13SI		

Langue véhiculaire : Français
Nombre minimal de devoirs par semestre : 3 devoirs par semestre

Introduction	Pour permettre une cohérence maximale entre les différents sujets et branches enseignés, il est recommandé de respecter la chronologie proposée dans le fichier « Organisation de l'enseignement théorique et clinique » dans les webfolios.
Remarques importantes	<p>Il est recommandé d'utiliser des méthodes pédagogiques actives / un enseignement orienté vers l'action pour faciliter le transfert des connaissances de la théorie à la pratique.</p> <p>Il est important de montrer aux élèves que les différents besoins fondamentaux sont constamment en interactions.</p> <p>Il est recommandé de planifier des séances d'intégration en classe sur la base de cas concrets ou d'autres exercices d'intégration, et ce à un rythme régulier.</p> <p>Les fondements théoriques des prestations de soin font partie intégrante des « 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson et les problèmes infirmiers ».</p>
Pré-requis et interdisciplinarité	BIOHU, HYGMI, NUTRI, SCMED, PHARM
Compétences professionnelles	Dans ce cours sont enseignés les savoirs à la base des compétences professionnelles des quatre domaines de compétences de l'enseignement clinique.



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

<p>Objectifs d'apprentissage</p>	<p>Les concepts de soin</p> <p>L'élève</p> <ul style="list-style-type: none"> • approfondit la notion du rôle propre et du rôle délégué de l'infirmière • applique le modèle conceptuel selon V. Henderson • applique la démarche de résolution de problèmes pour la profession de l'infirmier et applique le jugement professionnel dans des situations simulées • rédige des transmissions ciblées dans des situations simulées <p>Les besoins fondamentaux selon Virginia Henderson</p> <p>L'élève</p> <ul style="list-style-type: none"> • définit le besoin et explique l'importance de la satisfaction du besoin • explique les différentes dimensions du besoin • identifie les facteurs influençants • utilise la terminologie professionnelle • énumère les signes d'indépendance • énumère les signes de dépendance et les écarts fréquents de cause pathologique sans devoir expliquer les mécanismes physiopathologiques <p>Les problèmes infirmiers</p> <p>L'élève</p> <ul style="list-style-type: none"> • définit le problème • explique les facteurs de risque/facteurs favorisants • cite les caractéristiques pour les problèmes réels • cite les résultats escomptés standard • argumente les prestations de soin <p>Les prestations de soin</p> <p>L'élève</p> <ul style="list-style-type: none"> • fait preuve de connaissances fondamentales en vue de la réalisation des prestations de soin • explique les conseils à donner aux bénéficiaires de soins en vue de l'éducation pour la santé
---	--



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

Contenu / Volume horaire	Les concepts de soin	12 leçons
	- Approfondissement /répétition des sujets appris en 12SI	(4L)
	- La documentation des soins :	(8L)
	• les transmissions ciblées (+exercices)	
	Les besoins fondamentaux selon Virginia Henderson	20 leçons
	- BF 10 : Communiquer	(6L)
	- BF 11 : Agir selon sa religion et ses valeurs	(6L)
	- BF 12 : S'occuper en vue de se réaliser	(2L)
	- BF13 : Se récréer	(2L)
	- BF14 : Apprendre	(4L)
	Plan de soins standard pré-/post-op	4 leçons
	Les problèmes infirmiers	28 leçons
	- Risque d'infection en lien avec la plaie opératoire	
	- Risque d'hémorragie	
	- Risque de compression neurovasculaire	
	- Anxiété	
	- Risque de pneumonie	
	- Intolérance à l'activité	
	Problèmes infirmiers et interventions chez une personne subissant une chirurgie orthopédique	
	- Plan de soin standardisé chez une personne opérée d'une prothèse totale de la hanche	
	- Education du bénéficiaire de soins par rapport au risque de luxation	
	Education pour la santé en général	10 leçons
	- La gestion du stress	
	- Le sevrage tabagique	
	Personnes atteintes de BPCO	4 leçons
	Contenus de l'éducation pour la santé	
	- Education de l'asthmatique	
	- Adaptation du mode de vie à l'insuffisance respiratoire	



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

Personnes atteintes de troubles cardiovasculaires

4 leçons

Contenus de l'éducation pour la santé concernant

- l'alimentation en cas de pathologies cardiovasculaires (hypertension, problèmes du métabolisme des lipides) (voir script Nutrition)
- l'auto-surveillance et contrôles médicaux
- le traitement médicamenteux

Personnes atteintes de Diabète

12 leçons

Contenus de l'éducation pour la santé concernant

- les complications :
 - coma diabétique
 - choc hypoglycémique
 - micro- et macroangiopathies et neuropathies
 - l'alimentation en cas de diabète type 1 et type 2 (voir script Nutrition)
 - l'activité physique, habitudes de vie saines
 - l'hygiène corporelle et la prévention du pied diabétique
 - l'auto-surveillance et les contrôles médicaux
 - le traitement médicamenteux
- (Visite de la maison du Diabète)
- (Elaboration ou analyse d'une brochure)

Applications :

20 leçons

- Bilan d'indépendance et de dépendance pour les 14 besoins (Exercices sur cas cliniques)
- Observations et surveillances spécifiques à faire chez des personnes atteintes
 - de troubles cardiovasculaires
 - du diabète (plan de soin standard)
- Cas concrets pour intégrer les connaissances apprises en SCMED, Nutrition, ...
- Plans de soins standards

Fondements théoriques pour les prestations de soin

14 leçons

- Préparation et administration de médicaments p.o. et préparation de solutions injectables



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

	<ul style="list-style-type: none"> - Soins de plaies aseptiques, enlèvement de fils et d'agrafes, changement de flacons et enlèvement de drains de Redon - Administration d'aérosols, administration d'O₂ - Mesure de la glycémie par glucomètre et injections sous-cutanée d'insuline - Les premiers secours : Basic life support et défibrillation semi-automatique <p>Remarque : Le restant du total des heures se répartit sur les devoirs en classes, leur correction et selon les besoins et intérêts des élèves ainsi que les souhaits du pédagogue.</p>
Méthodes et outils pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> - Exposé - question - réponse - Démonstration - Exercices de recueil de données - Travaux de groupe - Résolution de problèmes (APP) - Exercices sur cas cliniques, - analyse de séquences de films - Autoévaluation des connaissances acquises - Visites
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de connaissances sous forme de liste de questions - Evaluation du jugement professionnel sur la base de cas cliniques - Il est obligatoire d'organiser un devoir en classe/un contrôle de l'année sous forme orale
Support didactique obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Scripts bilingues / Webfolios LTPS
Références supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Menche N., <u>Pflege Heute</u> 5. Auflage, Urban + Fischer Verlag/Elsevier GmbH, März 2011, 1384 S. - Benzinger-König B., Paetz B., <u>Chirurgie für Pflegeberufe</u>, 21 Auflage, Thieme Verlag, 2009, 616 S. - Voir références indiquées à la fin du chapitre concepts de soin, de chaque besoin fondamental et problème infirmier.

12.4 Anhang D: Ausbildung Hilfspfleger: Lehrplanübersicht

Anhang D

Lehrplanübersicht – Hilfspfleger (aide-soignant)

(Lycée Technique pour Professions de Santé, 2017a).

2017/2018

Grille horaire

Page 400

Enseignement professionnel		Classe	X0AS		X1AS		X2AS	
		Semestre	1	2	3	4	5	6
		Nb. semaines	18	14	14	10	8	4
UC	Titre du module	Code	Nombre de leçons hebdomadaires					
NUBAS Nursing de base	CO - Apprendre à communiquer	APPCO	4					
	CO - Analyser les fondements du nursing	FONUR	4					
	CO - Equilibrer activité et repos	ACTRE *	8					
	CO - Observer l'alimentation et l'élimination	ALIEL	4					
	CO - Observer les besoins psycho-sociaux	PSYCH		4				
	CO - Pratiquer l'hygiène professionnelle	HYPRO		4				
	CO - Soutenir l'hygiène corporelle et l'alimentation	HYCOR *		8				
NUVIT Nursing en rapport avec les fonctions vitales	FO - Observer les fonctions vitales	VITAL1	4					
	FO - Surveiller les fonctions vitales	VITAL2 *		8				
NUDEP Nursing général de la personne dépendante	CO - Faire une démarche de soins	DEMSO			4			
	FO - Soigner dans le besoin d'éliminer	SOIEL *			6			
	CO - Pratiquer toilette complète et manutention	TOIMA *			6			
	CO - Ecouter activement	ECOAC			2			
	CO - Travailler en équipe	EQUIP *				2		
	FO - Prévenir les complications corporelles de la dépendance	PROPH				2		
NUSPE Nursing dans des situations spécifiques	CO - Nursing cardio-respiratoire	NUCAR			4			
	CO - Pratiquer les premiers secours	PRSEC *			2			
	CO - Comprendre le vieillissement	GERON			4			
	CO - Administrer des médicaments	MEDIC			4			
	CO - Nursing en neurologie aiguë	NEUAI			6			
	CO - Nursing périopératoire	PEROP			6			
NUCHR Nursing dans des situations chroniques	CO - Nursing en neurologie chronique	NEUCH Période 1					8	
	CO - Nursing en endocrinologie	ENDCR *					6	
	CO - Nursing à domicile	NUDOM * Période 2					6	
	CO - Occuper la personne âgée	OCCUP * Période 1					4	
	CO - Nursing en psychiatrie	NUPSY Période 1						6
NUCOM Nursing dans des situations complexes	FO - Nursing de la personne démente	NUDEM					6	
	CO - Nursing palliatif	NUPAL Période 1						6
	CO - Nursing en oncologie et hématologie	NUONC * Période 2					6	
	CO - Gérer les conflits	GERCO Période 1						6
	CO - Respecter la législation professionnelle	LEGIS Période 1						6
PROST Projet intégré et stage(s)	ST - Stage 1	ENSPR1 Période 1		X				
	ST - Stage 2	ENSPR2 Période 2			X			
	ST - Stage 3	ENSPR3 Période 2				X		
	ST - Stage 4	ENSPR4 Période 1					X	
	ST - Stage 5	ENSPR5 Période 2					X	
	ST - Stage 6	ENSPR6 Période 1						X
	ST - Stage 7	ENSPR7 Période 2						X

2017/2018

Grille horaire

Page 401

Enseignement professionnel		Classe	X0AS		X1AS		X2AS	
		Semestre	1	2	3	4	5	6
		Nb. semaines	18	14	14	10	8	4
UC	Titre du module	Code	Nombre de leçons hebdomadaires					
	PF - Projet intégré final	PROFI						X
Total Enseignement professionnel			24	24	24	24	24	24
Total des cours de base			30	30	30	30	30	30
Cours optionnels (min / max)			0 / 4	0 / 4	0 / 4	0 / 4	0 / 4	0 / 4

Remarques

FRANC1	ou ALLEM1 au choix
FRANC2	ou ALLEM2 au choix
FRANC3	ou ALLEM3 au choix
EDSAN	Peut être enseigné au 3e et au 4e semestre. Autre(s) semestre(s): 4
FRANC4	ou ALLEM4 au choix
EDUCI3	Peut être enseigné au 3e et au 4e semestre. Autre(s) semestre(s): 3
FRANC5	ou ALLEM5 au choix
FRANC6	ou ALLEM6 au choix
LAPER1-F	à organiser en laboratoire d'enseignement pratique, un dédoublement des leçons est à planifier.
LAPER2-F	à organiser en laboratoire d'enseignement pratique, un dédoublement des leçons est à planifier.
ACTRE	3 leçons hebdomadaires du module ACTRE sont à organiser en laboratoire d'enseignement pratique, un dédoublement des leçons est à planifier.
HYCOR	2 leçons hebdomadaires du module HYCOR sont à organiser en laboratoire d'enseignement pratique.
VITAL2	2 leçons hebdomadaires du module VITAL2 sont à organiser en laboratoire d'enseignement pratique.
SOIEL	2 leçons hebdomadaires sont à organiser en laboratoire d'enseignement pratique.
TOIMA	2 leçons hebdomadaires sont à organiser en laboratoire d'enseignement pratique.
EQUIP	le dédoublement des leçons est à planifier.
PRSEC	le module est à organiser pour 1/3 des leçons en laboratoire d'enseignement pratique.
ENDCR	2 leçons hebdomadaires sont à organiser en laboratoire d'enseignement pratique.
NUDOM	Le module NUDOM est à organiser de préférence en deuxième période du cinquième semestre avec 6 leçons/ semaine.
OCCUP	Le module OCCUP est à organiser de préférence en première période du cinquième semestre avec 4 leçons/ semaine.
NUONC	Le module NUONC est à organiser de préférence en deuxième période du cinquième semestre avec 6 leçons/ semaine.

Remarque générale

Le volume horaire à disposition pour terminer la formation au cours d'une année supplémentaire est en principe le même que celui de la dernière année d'études.

Stages

En X0AS, le module de stage ENSPR1 de 4 semaines est prévu au cours du deuxième semestre.
 En X1AS, la formation pratique prévoit 2 modules de stage en milieu professionnel. Le module ENSPR2 a lieu au troisième semestre et dure 4 semaines. Le module ENSPR3 a lieu au quatrième semestre et se compose de deux parties de 4 semaines chacune.
 En X2AS, la formation pratique se compose de 4 modules de stage en milieu professionnel. Les modules ENSPR4 et ENSPR5 de 5 semaines chacun ont lieu au cinquième semestre. Le module ENSPR6 de cinq semaines et le module ENSPR7 de 8 semaines ont lieu au sixième semestre.

12.5 Anhang E : Ausbildung Aide socio-familiale: Lehrplanübersicht einschließlich Unterrichtsunterlagen zu Pflegemodellen

Anhang E

Ausbildung Aide socio-familiale (ASF):

- **Übersicht Lehrplan**
- **Unterrichtsmaterial zum Thema Pflegemodelle**

(Bruna Martine, persönliches Gespräch, 23.11.2015).

WEITERBILDUNG "AIDE SOCIO-FAMILIALE" (Aktueller Stand, 2015)		FORMATION "AIDE SOCIO-FAMILIALE" (État actuel, 2015)		
KURS	STUNDEN	2 Gruppen	DURÉE	2 groupes
Berufspflichtenlehre	14		14	
Erste Hilfe	30		30	
Entwicklungspsychologie	24		24	
Basispflege	30	10	30	10
Sexualität	8		8	
Ernährung	16		16	
Sauberhaltung	16		16	
Sicherheit	4		4	
Prévidos (Rückenschule)1	7	7	7	7
Spezielle Krankheiten: (Asthma ² , Diabetes ⁴ , MS ² , Aids ² , Alkohol- und Drogensucht ² , Krebs ⁴ , Depressionen ² , Herz ⁴)	22			
Relaxation	10		10	
Haushaltsbudget	4		4	
Kommunikationstraining	24	24	24	24
Kursdauer:	209		Durée des cours:	209
Total Supervision:	30	30	Total supervision:	30
Total tronc commun	239	71	239	71
(personnes âgées)			(personnes âgées)	
Alt werden, Auswirkungen und Bedürfnisse	22		22	
Senile Demenz	8		8	
Relaxation und Animationstechnik	12		12	
Recyclage Erste Hilfe	8		8	
Der Tod	8		8	
Institutionen im Dienste älterer Menschen	6		6	
Prévidos (Rückenschule)2	7	7	7	7
Berufspflichtenlehre	8		8	
Operationen und Folgen	8		8	
Beobachtung und Dokumentation	8		8	
Examensvorbereitung	8	4	8	4
Kursdauer:	103		Durée des cours:	103
Supervision:	12	12	Total supervision:	12
Total module spécifique	115	23	115	23
(Gesamtdauer 78 Wochen = +/- 2 Schuljahre)			(Durée totale 78 semaines +/- 2 années scolaires)	
Gesamtstundenanzahl	354	448	Durée totale	354
				448

Bedürfnisorientierte Pflegemodelle

- ✓ Die Begleitung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen orientiert sich an deren individuellen Problemen, Bedürfnissen und Ressourcen.
- ✓ Verschiedene Experten haben versucht diese Bedürfnisse zu strukturieren und in Bereiche zu gliedern z.B.:
 - die 14 Grundbedürfnisse nach Virginia Henderson
 - die 12 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Liliane Juchli
 - die Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL) nach Monika Krohwinkel

Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| ✓ wach sein und schlafen | ✓ Atmen |
| ✓ sich bewegen | ✓ sich sicher fühlen und verhalten |
| ✓ sich waschen und kleiden | ✓ sich beschäftigen |
| ✓ essen und trinken | ✓ kommunizieren |
| ✓ ausscheiden | ✓ Kind, Frau, Mann sein |
| ✓ Körpertemperatur regulieren | ✓ Sinn finden |

Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL)

- ✓ kommunizieren
- ✓ sich bewegen
- ✓ vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten
- ✓ sich pflegen
- ✓ essen und trinken
- ✓ ausscheiden
- ✓ sich kleiden
- ✓ ruhen und schlafen
- ✓ sich beschäftigen
- ✓ sich als Mann oder Frau fühlen
- ✓ für eine sichere Umgebung sorgen
- ✓ soziale Bereiche des Lebens sichern
- ✓ mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen.

12.6 Anhang F - Ausbildung Altenpfleger und Altenpflegehelfer: Lehrplanübersicht

Anhang F

Lehrplanübersicht für die Ausbildung zum Altenpfleger und Altenpflegehelfer

(Simon Anne, E-Mail zur Ausbildung der Altenpfleger, 18.01.2016).

Zeitliche Rahmenbedingungen

Stundentafel für die Fachschule		
Fachbereich Fachrichtung	Altenpflege Altenpflege und Altenpflegehilfe	
Lernmodule	Gesamtstundenzahl	
	Vollzeit	
	1. Jahr und Altenpflegehilfe	2./3. Jahr
A. Pflichtmodule ¹⁾		
Fachrichtungsbezogener Bereich		
1. In den Beruf Altenpflege eintreten	120	-
2.1 Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen (Fpr) ²⁾	160	320
2.2 Dementiell erkrankte und gerontopsychiatrisch veränderte alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen	120	120
3. Anleiten, beraten und Gespräche führen	40	40
4. Alte Menschen bei der Lebensgestaltung unterstützen	120	-
5. Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren	60	60
6. Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken (Fpr) ²⁾	60	140
7. Anthropologisch-soziale Aspekte Altenpflegerischen Handelns in religiöser Perspektive erschließen	80	120
8. Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen	-	100
9. An qualitätssichernden Maßnahmen in der Altenpflege mitwirken	-	40
10. Mit Krisen und schwierigen Situationen umgehen	-	80
11. Theoretische Grundlagen in das Altenpflegerische Handeln einbeziehen	-	60
12. Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen	-	80
13. Alte Menschen bei der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung unterstützen	-	40
14. Alte Menschen bei der Tagesgestaltung und bei selbstorganisierten Aktivitäten unterstützen	-	80
15. Die eigene Gesundheit erhalten und fördern	-	40
16. Berufliches Selbstverständnis entwickeln	-	40
B. Wahlpflichtmodule	40	140
17. Regionalspezifisches Lernmodul		
C. Praktische Ausbildung ³⁾	850	1650
Pflichtstundenzahl	1650	3150
¹⁾ Für den Unterricht in den Pflichtmodulen stehen insgesamt 320 Teilungsstunden zur Verfügung; über die Verteilung auf die Lernmodule entscheidet die Schule. ²⁾ Der Fachpraxisanteil umfasst 160 Stunden und ist in den 320 Teilungsstunden enthalten. ³⁾ Die praktische Ausbildung kann geblockt werden. In der unterrichtsfreien Zeit gilt die vertraglich geregelte Arbeitszeit.		

12.7 Anhang G: Schreiben an Heimleitungen: Antrag für Genehmigung der Erhebung

Anhang G

Genehmigungsantrag bei den Direktoren der ausgewählten Institutionen für die Durchführung der quantitativen Erhebung

Pax Nadine
Schousterwee, 3a
L-9181 Ringel

Rëngel, den XX.XX.20XX

Dissertatioun iwert Fleeg a Betreierung an den Alters- a Fleegeheemer zu Lëtzebuerg

Madame Direkter/Här Direkter.....,

Am Kader vu mengem „Doctorat en psychologie“ op der Universitët Lëtzebuerg erlaaben ech mir lech ze kontaktéieren.

Meng Dissertatioun betrëfft d’Fleeg an d’Betreierung an den Alters- an an de Fleegeheemer zu Lëtzebuerg. Et geet virun allem ëm d’Fro op déi aktuell, zu Lëtzebuerg applizéiert Fleegemodeller nach adaptéiert sin, fir d’Bedürfnisser vun den Heembewunner aus dem 21. Jorhonnert ze erfëllen an op déi aktuell ugewardte Fleegemodeller nach mat der Weiderentwécklungen vun de Fleege- an/oder Alterstheorien mathaalen.

Fir dozou kënnen méi eng präzis Aschätzung vun der aktueller Situatioun um Terrain ze machen, hun ech an Zesummenarbecht mat der Universitët Lëtzebuerg, ee Questionnaire ausgeschafft, deen ech gäre géif, mat Ärer Awëllegung, un d’Matarbhecter aus de Servicer „Soins“ an „Encadrement“ verdeelen. D’Zil vun der Ëmfro ass, daat ech mir, mat Hëllef vun de Meenungen an Aschätzungen vun Äre Matarbechter, méi ee konkret Bild mache kann, a wéi wäit meng Recherchen mat der Realitéit um Terrain iwwerenee stëmmen oder ob Ännerungen néideg oder erwënscht sin.

Fir kënnen dës Ëmfro duerchzeféieren, brauch ech Ären Accord, fir daat déi Enquête an Ärer Institutioun ka gemach gin. Wann Dir d’accord sidd, da soll dës Ëmfro tëschent dem 15. Januar an dem 15. Februar 2016 ooflaafen.

Wann Dir interesséiert sidd ze partizipéieren respektiv wann Dir weider Froen zur Enquête oder zum Sujet huet, kontaktéiert mech w.e.g. op menger E-mail npax@pt.lu.

An der Hoffnung op eng positiv Äntwert.

Mat frëndleche Gréiss

Nadine Pax

12.8 Anhang H : Erhebungsinstrument - Fragebogen

Anhang H

Erhebungsinstrument -

Fragebogen

(deutsche und französische Version)

Mitarbeiterbefragung zum Thema „Pflege und Betreuung in Alten- und Pflegeheimen“

Ihre Meinung und Ihre Erfahrungen sind gefragt!

Im Rahmen meiner Doktorarbeit an der Universität Luxemburg beschäftige ich mich mit der Pflege und der Betreuung der Bewohner in Alten- und Pflegeheimen.

Die Befragung ist anonym und Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, sondern Ihre persönlichen Ansichten und Erfahrungen sind entscheidend. Nur so können wir zuverlässige Informationen über die Pflege und Betreuung im Altenbereich bekommen.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Es wäre mir aber sehr wichtig, dass Sie an der Befragung teilnehmen, da wir nur so zu einem aussagekräftigen Ergebnis über die verschiedenen Arbeits- und Umsetzungsmethoden in der Praxis gelangen können.

Um möglichst viele Mitarbeiter zu erreichen, ist der Fragebogen in deutscher und in französischer Sprache verfasst. Sie haben die Möglichkeit zwischen diesen zwei Sprachen zu wählen.

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Umschlag und werfen diesen bis spätestens **15. Februar 2016** in die dafür vorgesehene Sammelbox in der Rezeption Ihrer Institution.

Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Unterstützung und Ihre Mitarbeit.

Nadine Pax

nadine.pax.001@student.uni.lu

I. Angaben zu Ihrer Person

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ weiblich
Alter : Jahre
Arbeitsplatz :	<input type="checkbox"/> ₁ Pflegeheim <input type="checkbox"/> ₂ CIPA – Centre Intégré pour Personnes Âgées
Ausbildungsland:	<input type="checkbox"/> ₁ Luxemburg <input type="checkbox"/> ₂ Deutschland <input type="checkbox"/> ₃ Frankreich <input type="checkbox"/> ₄ Belgien <input type="checkbox"/> ₅ anderes Land:.....
Aktuelle berufliche Position:	<input type="checkbox"/> ₁ Pflegedienstleiter/in <input type="checkbox"/> ₂ Verantwortliche(r) - Animation <input type="checkbox"/> ₃ Wohnbereichsleiter/in <input type="checkbox"/> ₄ Krankenpfleger/ Krankenschwester <input type="checkbox"/> ₅ Hilfspfleger/in (Aide-soignant) <input type="checkbox"/> ₆ Aide socio-familiale (ASF) <input type="checkbox"/> ₇ Altenpfleger/in <input type="checkbox"/> ₈ Aide senior <input type="checkbox"/> ₉ Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> ₁₀ Erzieher/in <input type="checkbox"/> ₁₁ andere
Berufserfahrung :	<input type="checkbox"/> ₁ 0 – 4 Jahre <input type="checkbox"/> ₂ 5 – 9 Jahre <input type="checkbox"/> ₃ 10 – 14 Jahre <input type="checkbox"/> ₄ 15 – 19 Jahre <input type="checkbox"/> ₅ 20 – 24 Jahre <input type="checkbox"/> ₆ 25 – 29 Jahre <input type="checkbox"/> ₇ 30 – 34 Jahre <input type="checkbox"/> ₈ > 35 Jahre

II. Allgemeine Fragen zur Pflege und Betreuung

1. Die Pflege und Betreuung von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen kann verschiedenen Pflegemodellen folgen. Sind Ihnen solche Modelle bekannt?

₁ Ja; Pflegemodell(e) nach: _____

₂ Nein

2. Im Zusammenhang mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung ist manchmal von Theorien und Modellen über das menschliche Altern die Rede. Sind Ihnen solche Alterstheorien oder Altersmodelle bekannt?

₁ Ja; und zwar: _____

₂ Nein

3. Wie wichtig oder unwichtig sind in Ihrer Institution die folgenden Grundsätze oder Konzepte für die Pflege und die Betreuung der Bewohner? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Sehr unwichtig
Biographiearbeit	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Warm-Satt-Sauber Pflege	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Erfüllung der Grundbedürfnisse	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Kompetenzerhaltung bei den Bewohnern	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Medizinische Versorgung der Bewohner	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

4. Die Pflege wird im Wesentlichen von Grundsätzen und Konzepten bestimmt, die in einer Institution gelten. Glauben Sie, dass die Grundsätze und Konzepte, nach denen in Ihrer Institution aktuell gearbeitet wird, den Bedürfnissen der Bewohner gerecht werden?

₄ Vollkommen

₃ Weitgehend

₂ Eher nicht

₁ Gar nicht

III. Situationen aus dem Pflegealltag

Im Folgenden werden typische Situationen aus dem Pflegealltag geschildert. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile der verschiedenen Situationen an, wie häufig Sie sich so, wie dort beschrieben, verhalten.

1. Ein Bewohner kann durch eingeschränkte Fähigkeiten der Hände Messer und Gabel nicht mehr richtig halten und hat Schwierigkeiten bei der Einnahme der Mahlzeiten. Wie gehen Sie vor?					
	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
Ich gebe dem Bewohner nur weiche oder pürierte Kost, so kann er alles mit dem Löffel essen.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Ich reiche dem Bewohner das Essen an.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Ich schmiere die Butterbrote für den Bewohner und schneide diese ebenso wie die anderen Nahrungsmittel in mundgerechte Portionen, so dass der Bewohner selbstständig essen kann (z.B. Fingerfood).	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Ich gebe dem Bewohner angepasste Bestecke und Geschirr (Teller, usw.), die es ihm erlauben, selbstständig zu essen.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

2. Da nicht immer alle Bewohner gleichzeitig an verschiedenen haus-übergreifenden Aktivitäten wie Sitztanz, Ausflüge, usw. teilnehmen können, müssen jeweils Teilnehmer ausgewählt werden. Wie gehen Sie vor?					
	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
Ich lasse die Familienangehörigen entscheiden, an welchen Aktivitäten die Bewohner teilnehmen sollen.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Ich suche die Aktivitäten für die Bewohner nach den ihnen zustehenden Leistungen der Pflegeversicherung aus.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Ich lasse die Bewohner selbst entscheiden, an welchen Aktivitäten sie teilnehmen wollen.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Ich unterstütze die Bewohner bei der Auswahl der Aktivitäten und berücksichtige dabei ihre Wünsche und Kompetenzen.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

3. Ein Bewohner, der an Demenz erkrankt ist, verweigert die Körperpflege und wehrt sich heftig. Wie reagieren Sie? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen)					
	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
Damit der Bewohner sich weniger wehrt, gebe ich ihm vorab ein, vom Arzt verordnetes, Beruhigungsmittel.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Ich informiere mich über frühere Körperpflege-Gewohnheiten des Bewohners und versuche die Körperpflege daran an-zupassen.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Ich versuche, den Bewohner zu beruhigen und abzulenken, um so die Körperpflege zu ermöglichen.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Wenn sich der Bewohner wehrt, lasse ich die Körperpflege ausfallen.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

4. Ein Bewohner braucht für den Transfer in den Speisesaal einen Rollstuhl. Wenn Sie den Bewohner dorthin begleiten, wie verhalten Sie sich? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen)					
	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
Ich begleite den Bewohner an seinen Platz und schiebe den Rollstuhl in Position, so dass der Bewohner seine Mahlzeit einnehmen kann.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Ich begleite den Bewohner, lasse ihn kurz vor Erreichen des Tisches aus dem Rollstuhl aussteigen, damit er die letzten 2 – 3 Schritte zum Tisch zu Fuß gehen und sich auf einen Stuhl setzen kann.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Ich begleite den Bewohner und setze ihn dann am Tisch vom Rollstuhl auf einen Stuhl um.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Ich bringe Bewohnern, die sich nicht selbstständig in den Speisesaal begeben können, das Essen aufs Zimmer.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

IV. Einstellungen und Gefühle der Mitarbeiter

1. In dieser Frage geht es um Ziele, die Sie in Bezug auf die Bewohner haben. Ich bin mir bewusst, dass Ihnen alle diese Ziele sehr wichtig erscheinen. Im Pflegealltag sind jedoch oft Prioritäten zu setzen, und dabei sind manche Ziele vorrangiger als andere. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen daher so, dass Sie von dieser Situation ausgehen. Bitte kreuzen Sie daher in jeder Zeile an, wie wichtig oder unwichtig Ihnen ganz persönlich die folgenden Ziele in Ihrem Arbeitsalltag sind?				
	Es ist mir in meinem Arbeitsalltag...			
	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	sehr unwichtig
dass die Bewohner medizinisch exzellent betreut werden.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass die geistigen Fähigkeiten der Bewohner erhalten bleiben.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass der Gesundheitszustand der Bewohner stabil bleibt.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass die Bewohner auf keinen Fall Schmerzen haben.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass die körperlichen Fähigkeiten der Bewohner erhalten bleiben.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass den Bewohnern die allermeisten Aufgaben abgenommen werden, damit sie sich nicht so anstrengen müssen (Betten machen, ...).	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass die Bewohner immer ein gepflegtes Erscheinungsbild haben.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass sich sturzgefährdete Bewohner möglichst nur noch im Rollstuhl fortbewegen, um Risiken zu vermeiden.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass die Bewohner grundlegende Tätigkeiten selbstständig ausführen können (z.B. sich waschen, anziehen, zur Toilette gehen, usw.).	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass die Grundpflege bei allen Bewohnern vor dem morgentlichen Kaffeetrinken abgeschlossen ist.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

	Es ist mir in meinem Arbeitsalltag...			
	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	sehr unwichtig
dass die Bewohner selbst über ihren Tagesablauf bestimmen können.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass die Bewohner ihre Mahlzeiten in der Regel in ihren Zimmern einnehmen können.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass die Bewohner ihren bisherigen Lieblingsbeschäftigungen nachgehen können.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass die Wünsche der Bewohner stets Priorität haben.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

2. In dieser Frage geht es um Ihre Ziele, in Bezug auf sich selbst. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, wie wichtig oder unwichtig Ihnen die folgenden Ziele in Ihrem Arbeitsalltag sind?				
	Es ist mir in meinem Arbeitsalltag...			
	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	sehr unwichtig
dass ich meinen erlernten Beruf ausüben kann.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass sich der Aufwand bei meiner Arbeit in Grenzen hält.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass ich bei meiner Tätigkeit nicht von äußeren Vorgaben (z.B. Arbeitgeber, Angehörige, Pflegeversicherung, usw.) eingeschränkt werde.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass ich bestimmen kann, wie der Bewohner gepflegt und betreut wird.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass ich neue Entwicklungen für Pflege und Betreuung kennenlerne.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
dass ich neue Praktiken in der Pflege und Betreuung umsetzen kann.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

3. Im Folgenden finden Sie Aussagen zur Betreuung und Pflege von Bewohnern. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, inwieweit Sie mit den Aussagen einverstanden sind.				
	Voll und ganz ja	Eher ja	Eher nicht	Gar nicht
Bewohner können auch im Alten- und Pflegeheim noch Kompetenzen dazu-gewinnen.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Bewohner möchten in der Regel in Ruhe gelassen werden.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Demenz kann durch körperliche Bewegung und Aktivitäten verzögert werden.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Bewohner wollen im Heim keine Aufgaben des täglichen Lebens (Betten machen, ...) mehr übernehmen.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Mit Toilettentraining kann man einer Inkontinenz vorbeugen oder sie verringern.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Bewohner wollen allein auf ihrem Zimmer essen.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

4. In welchem Ausmaß hätten Sie Interesse an den folgenden Fortbildungsangeboten? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)					
	Sehr viel	Viel	Mittel-mässig	Wenig	Gar nicht
Medizinische Pflege von Heim-bewohnern	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Pflege und Betreuung von Heim-bewohnern mit Demenz	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Humor in der Pflege	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Biografiearbeit in der Altenpflege	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Aktivierung und Reaktivierung von Heimbewohnern	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Kompetenzförderung in Alten- und Pflegeheimen	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Interkulturelle Altenpflege	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Prävention in der Altenpflege	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Schmerzmanagement	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

5. Im Rahmen der Pflege und Betreuung alter Menschen kann man unterschiedliche Gefühle erleben. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, wie häufig Sie sich wie folgt fühlen.

	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
froh	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
frustriert	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
erschöpft	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
zufrieden	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
verärgert	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
begeistert	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
überfordert	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
motiviert	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
besorgt	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
stolz	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
bedrückt	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
zuversichtlich	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

6. Angenommen, man würde versuchen, die Bewohner verstärkt zu aktivieren und ihnen nicht mehr alle Aufgaben abnehmen. Wie wahrscheinlich oder unwahrscheinlich sind Ihrer Meinung nach folgende Konsequenzen? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)					
	Sehr wahr- scheinlich	Eher wahr- scheinlich	Ich weiß es nicht	Eher unwahr- scheinlich	Sehr unwahr- scheinlich
Die Autonomie der Bewohner würde steigen oder zumindest erhalten bleiben.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Die Bewohner und/oder deren Angehörige würden sich beschweren, weil sie mehr Service im Heim erwarten.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Die Bewohner wären zufriedener.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Das Personal wäre zufriedener.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Das Personal bekäme Angst, nicht mehr gebraucht zu werden.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Das Personal würde von den Bewohnern und/oder deren Angehörigen als „faul“ bezeichnet werden.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Enquête concernant la prise en charge des personnes âgées institutionnalisées

Votre avis et vos expériences nous intéressent !

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'un doctorat à l'Université du Luxembourg. Elle a pour objectif de fournir plus de renseignements sur la mise en pratique de la prise en charge des résidents dans les institutions pour personnes âgées au Luxembourg.

L'enquête est complètement anonyme et aucune inférence sur votre identité n'est possible. Il n'y a ni de bonnes ni de mauvaises réponses, ce sont votre avis et votre expérience qui sont essentiels. L'objectif est de recueillir, avec votre soutien, un maximum d'informations concernant la mise en pratique de la prise en charge dans les structures pour personnes âgées.

La participation à l'enquête est facultative, mais il serait très important pour moi que vous participiez à celle-ci car ce n'est que de cette manière que nous arriverons à un résultat significatif sur les différentes méthodes de travail et de pratiques.

Pour être accessible à la majorité des membres du personnel, le questionnaire est disponible en langue française et en langue allemande. Choisissez s'il vous plaît une des deux langues.

Après avoir complété le questionnaire, merci de bien vouloir le mettre dans l'enveloppe ci-jointe et de la déposer dans la boîte prévue, à la réception de votre institution jusqu'au
15 février 2016.

Je vous remercie sincèrement pour votre soutien et votre collaboration.

Nadine Pax

nadine.pax.001@student.uni.lu

I. Questions concernant votre situation

Sexe:	<input type="checkbox"/> ₁ masculin <input type="checkbox"/> ₂ féminin
Âge : ans
Lieu de travail :	<input type="checkbox"/> ₁ Maison de Soins <input type="checkbox"/> ₂ CIPA – Centre Intégré pour Personnes Âgées
Pays de formation:	<input type="checkbox"/> ₁ Luxembourg <input type="checkbox"/> ₂ Allemagne <input type="checkbox"/> ₃ France <input type="checkbox"/> ₄ Belgique <input type="checkbox"/> ₅ Autre pays :
Profession actuelle:	<input type="checkbox"/> ₁ Responsable des soins <input type="checkbox"/> ₂ Responsable de l'animation et de la vie sociale <input type="checkbox"/> ₃ Responsable d'unité de vie <input type="checkbox"/> ₄ Infirmier/ière <input type="checkbox"/> ₅ Aide-soignant(e) <input type="checkbox"/> ₆ Aide socio-familiale (ASF) <input type="checkbox"/> ₇ „Altenpfleger/in“ <input type="checkbox"/> ₈ Aide senior <input type="checkbox"/> ₉ Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> ₁₀ Éducateur/trice <input type="checkbox"/> ₁₁ Autre:
Expérience de travail :	<input type="checkbox"/> ₁ 0 – 4 années <input type="checkbox"/> ₂ 5 – 9 années <input type="checkbox"/> ₃ 10 – 14 années <input type="checkbox"/> ₄ 15 – 19 années <input type="checkbox"/> ₅ 20 – 24 années <input type="checkbox"/> ₆ 25 – 29 années <input type="checkbox"/> ₇ 30 – 34 années <input type="checkbox"/> ₈ > 35 années

II. Questions générales sur la prise en charge et les soins des résidents de structures pour personnes âgées

1. La prise en charge des résidents des Maisons de Soins et des CIPAs¹²³ est organisée selon différents modèles de soins. Connaissez-vous de tels modèles?

₁ Oui; le(s) modèle(s) de : _____

₂ Non

2. Dans le cadre des changements démographiques, on parle beaucoup de théories et de modèles concernant le vieillissement. Connaissez-vous de tels théories ou modèles ?

₁ Oui; ceux de : _____

₂ Non

3. Dans votre institution, quels sont les degrés d'importance des principes et des concepts suivants pour la prise en charge des résidents? (Veuillez s'il vous plaît cocher pour chaque ligne).

	Très important	Plutôt important	Peu important	Vraiment sans importance
Travail biographique	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Soin « au chaud-rassasié-propre »	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Satisfaction des besoins primaires	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Promotion des compétences des résidents	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Soins médicaux des résidents	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

4. La prise en charge des résidents est principalement déterminée par des principes et des concepts appliqués dans une institution. Pensez-vous que les principes et les concepts selon lesquels vous travaillez dans votre institution satisfont les besoins des résidents ?

₄ Tout à fait ₃ Plutôt oui ₂ Plutôt non ₁ Pas du tout

¹²³ Centre Intégré pour Personnes Âgées

III. Situations des soins quotidiens

Ci-après sont mentionnées des situations de la vie quotidienne. Veuillez s'il vous plaît cocher pour chaque ligne la fréquence à laquelle vous réagissez comme décrit.

1. Un résident, ayant une mobilité restreinte de ses mains, ne peut pas manipuler correctement la fourchette et le couteau et a ainsi des problèmes lors des repas. Comment réagissez-vous?					
	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Je donne au résident uniquement des aliments mous ou sous forme de purée, ainsi il peut tout manger avec une cuillère.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Je fais manger le résident.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Je fais les tartines pour le résident et/ou je coupe les aliments en petits morceaux pour que le résident puisse manger de façon autonome (ex : Fingerfood).	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Je donne au résident des couverts et de la vaisselle adaptés (anneau d'assiette, etc.) pour qu'il puisse manger en autonomie.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

2. Etant donné que tous les résidents ne peuvent pas participer en même temps aux activités internes de l'institution (danses assises, excursions, etc.), vous devez choisir les résidents participant aux différentes activités. Selon quelle méthode faites-vous votre choix ?					
	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Je laisse le choix aux proches des résidents pour décider à quelles activités les résidents peuvent participer.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Je fais le choix selon les prestations payées pour les différents résidents par l'assurance dépendance.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Je laisse aux résidents la possibilité de choisir à quelles activités ils veulent participer.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Je soutiens les résidents pour faire leur choix d'activités en prenant en compte leurs souhaits et compétences.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

3. Un résident atteint d'une démence refuse les soins corporels et s'oppose avec véhémence. Quelle est votre réaction ? (Veuillez s'il vous plaît cocher pour chaque ligne).					
	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Pour que le résident s'oppose moins, je lui donne à l'avance un sédatif prescrit par le médecin.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Je demande à ses proches quelles ont été ses habitudes antérieures pour prendre soin de lui-même et j'essaie de m'y adapter.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
J'essaie de calmer et de distraire le résident pour rendre possible les soins corporels.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Si le résident refuse les soins, je ne les fais pas.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

4. Un résident a besoin d'une chaise roulante pour le transfert dans le restaurant de l'institution. Si vous l'accompagnez, comment réagissez-vous ? (Veuillez s'il vous plaît cocher pour chaque ligne).					
	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
J'accompagne le résident à sa place et je mets le fauteuil roulant en position pour que le résident puisse prendre son repas.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
J'accompagne le résident et je lui fais quitter le fauteuil roulant juste avant d'arriver à la table pour qu'il puisse par lui-même faire les 2 à 3 derniers pas et s'installer sur la chaise.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
J'accompagne le résident à la table et je le transfère du fauteuil roulant sur la chaise.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Pour les résidents ayant des problèmes pour se déplacer par eux-mêmes, je sers les repas dans leur chambre.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

IV. Attitudes et sentiments des collaborateurs

<p>1. Cette question porte sur les différents objectifs que vous avez pour les résidents. Je suppose que tous ces objectifs vous semblent très importants, mais dans les soins quotidiens on doit souvent avoir des priorités, ce qui rend donc certains objectifs prioritaires par rapport aux autres. Merci de répondre aux questions suivantes en partant de cette situation. Veuillez s'il vous plaît cocher pour chaque ligne la fréquence d'importance personnelle que vous accordez, lors de votre travail quotidien, aux objectifs suivants.</p>				
	Dans mon travail quotidien il m'est...			
	très important	plutôt important	plutôt pas important	vraiment sans importance
que les résidents bénéficient de soins médicaux excellents.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que les résidents gardent leurs capacités intellectuelles.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que l'état de santé des résidents reste stable.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que les résidents n'aient absolument pas de douleurs.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que les résidents gardent leurs capacités physiques.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que les résidents soient déchargés de la majorité de leurs tâches pour qu'ils n'aient pas besoin de faire trop d'efforts (faire leur lit, etc.).	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que les résidents aient toujours une apparence soignée.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que des résidents à risque de chute se déplacent uniquement en chaise roulante pour éviter tout risque inutile.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que les résidents puissent effectuer par eux-mêmes des activités essentielles du quotidien (ex : se laver, aller aux toilettes, etc.)	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que les soins de base soient terminés pour tous les résidents avant le petit déjeuner.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que les résidents puissent décider eux-mêmes du déroulement de leur journée.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

	Dans mon travail quotidien il m'est...			
	très important	plutôt important	plutôt pas important	vraiment sans importance
que les résidents puissent régulièrement prendre leurs repas dans leurs chambres.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que les résidents puissent vaquer à leurs occupations favorites.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que les intérêts des résidents soient toujours prioritaires.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

2. Cette question porte sur vos objectifs concernant vous-même. Veuillez s'il vous plaît cocher pour chaque ligne le degré d'importance que vous accordez, lors de votre travail, aux objectifs suivants.

	Dans mon travail quotidien il m'est...			
	très important	plutôt important	plutôt pas important	vraiment sans importance
que je puisse exercer la profession que j'ai apprise.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que mes charges ou contraintes professionnelles restent dans la limite du raisonnable.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que je ne sois pas limité dans mon travail par des directives externes (patron, proches, assurance dépendance, etc.).	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que je puisse décider comment le résident est soigné et encadré.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que j'apprenne de nouvelles méthodes de soin et de prise en charge des résidents.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
que je puisse mettre en pratique de nouvelles méthodes de soin et de prise en charge des résidents.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

3. Ci-dessous vous trouverez des affirmations en relation avec la prise en charge des résidents. Veuillez s'il vous plaît cocher pour chaque ligne dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes.

	Tout à fait d'accord	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout d'accord
Les résidents peuvent encore acquérir des compétences pendant leur vie en institution.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Les résidents veulent habituellement être laissés tranquilles.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
La démence peut être retardée par des exercices et des activités physiques.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Les résidents veulent être déchargés de toutes les activités de la vie quotidienne (faire leur lit, etc.)	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Avec des exercices pour aller aux toilettes („Toilettentraining“), on peut prévenir ou améliorer une incontinence.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Les résidents veulent prendre leur repas seuls dans leur chambre.	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

4. Dans quelle mesure seriez-vous intéressé par les formations continues suivantes ? (Veuillez s'il vous plaît cocher pour chaque ligne).

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Moyennement	Peu	Pas du tout
Les soins médicaux des résidents	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
La prise en charge des résidents atteints d'une démence	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
L'humour dans les soins	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Le travail biographique dans les soins aux personnes âgées	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Activités et stimulation des résidents	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
La promotion des compétences dans les structures pour personnes âgées	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
La prise en charge interculturelle des résidents	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Moyennement	Peu	Pas du tout
La prévention dans les soins aux personnes âgées	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
La gestion des douleurs	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

5. En travaillant avec des personnes âgées, on peut être confronté à différents sentiments. Veuillez s'il vous plaît cocher pour chaque ligne quelle est la fréquence de tels sentiments chez vous.

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
heureux	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
frustré	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
épuisé	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
satisfait	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
fâché	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
enthousiaste	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
débordé	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
motivé	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
soucieux	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
fier	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
abattu	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
plein de confiance	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

6. Supposons qu'on essaie de rendre plus actifs les résidents et qu'on ne les décharge plus des tâches de la vie quotidienne. Quel est selon vous le degré de probabilité des conséquences suivantes? (Veuillez s'il vous plaît cocher pour chaque ligne).					
	Très probable	Plutôt probable	Je ne sais pas	Plutôt improbable	Très improbable
L'autonomie des résidents augmentera ou restera au moins stable.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Les résidents et/ou leur proches se plaindront de ne pas avoir assez de services dans l'institution.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Les résidents seront plus satisfaits.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Le personnel sera plus satisfait.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Le personnel aura peur d'être inutile.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
Le personnel sera traité de „paresseux“ par les résidents et/ou leurs proches.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

MERCI pour votre participation!

Befragung der Pflegedienstleiter betreffend die angewandten Pflegemodelle in den teilnehmenden Institutionen

Pax Nadine
Schousterwee, 3a
L-9181 Ringel

Rëngel, den XX.XX.20XX

Madame/ Monsieur.....,

An Zesummenhang mat der Enquête betreffend meng Dissertatioun an der Psychologie op der Universitéit Lëtzebuerg hun ech nach eng Fro un Iech als Responsable vum Département Soin:

Waat fir e Fleegemodell as bei Iech an der Institutioun d'Haapt-Fleegemodell, nodem Dir schafft? Wann Dir der méi huet, no denen Dir schafft, kënt Dir mir déi dann w.e.g. der Rei no opschreiwén wéi se bei Iech am Haus wichteg sin.

Ech wir frou wann Dir mir kéint Är Äntwert per Email op folgend Adress npax@pt.lu zoukomme lossen.

Merci fir Är Ënnerstëtzung.

Mat beschte Gréiss

Nadine Pax

12.9 Anhang I - Tabellenanhang

Anhang I

Tabellenanhang

Tabellenanhang zu Kapitel 8

Table 47 – I 1: Kreuztabelle der Variable *Geschlecht* mit den Clustern bezüglich der Ziele und Einstellungen der Studienteilnehmer.

Cluster	Deskriptive Kennwerte ^a	
	Geschlecht	
	männlich	weiblich
Ziele der TIn in Bezug auf die BW		
Cluster 1 <i>n</i> (%)	16 (64.0)	61 (52.1)
Cluster 2 <i>n</i> (%)	9 (36.0)	56 (47.9)
Ziele der TIn in Bezug auf sich		
Cluster 1 <i>n</i> (%)	15 (62.5)	82 (66.1)
Cluster 2 <i>n</i> (%)	9 (37.5)	42 (33.9)
Aussagen der TIn		
Cluster 1 <i>n</i> (%)	19 (73.1)	82 (69.5)
Cluster 2 <i>n</i> (%)	7 (26.9)	36 (30.5)

Anmerkungen. ^a *n* = Anzahl der Probanden; % = prozentualer Anteil an der Stichprobe.

Table 48 – I 2: Durchschnittswerte der positiven und der negativen Gefühle der TIn in Bezug auf das Geschlecht der TIn.

Summenscore	Deskriptive Kennwerte ^a	
	Geschlecht	
	männlich	weiblich
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Positive Gefühle	23.38 (.17)	22.42 (.08)
Negative Gefühle	18.03 (.37)	18.47 (.09)

Anmerkung. ^a *M* = Mittelwerte der Skalenwerte, *SD* = Standardabweichung der Skalenwerte.

Tabelle 49 – I 3: Durchschnittswerte und Standardabweichungen der Gefühlsvariablen in Abhängigkeit des Alters der TIn.

Variable	Deskriptive Kennwerte ^a				
	Alter				
	17-20 Jahre	21-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-60 Jahre
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
<i>PA-Gefühle</i>					
froh	4.33 (1.16)	4.04 (.79)	4.07 (.82)	4.13 (.82)	4.14 (.66)
zufrieden	3.67 (.58)	3.80 (.74)	3.73 (.78)	3.90 (.61)	3.90 (.61)
begeistert	3.00 (.00)	3.45 (1.02)	3.51 (.98)	3.55 (.95)	3.71 (.85)
motiviert	4.33 (.58)	4.00 (.89)	4.12 (.84)	4.27 (.83)	4.38 (.59)
stolz	4.00 (1.00)	3.53 (.96)	3.54 (1.05)	3.43 (1.01)	3.76 (.77)
zuversichtlich	3.33 (.58)	3.63 (1.04)	3.56 (1.07)	3.67 (.84)	3.81 (1.12)
Durchschnitts- mittelwert	3.78 (.65)	3.74 (.91)	3.75 (.92)	3.83 (.84)	3.94 (.77)
<i>NA-Gefühle</i>					
frustriert	3.33 (1.53)	3.27 (1.17)	3.05 (1.06)	2.80 (1.03)	2.62 (1.03)
erschöpft	3.67 (1.16)	3.67 (1.16)	3.15 (1.17)	3.40 (.89)	3.14 (.66)
verärgert	2.67 (.58)	3.04 (1.08)	2.88 (.98)	2.83 (1.29)	2.86 (.79)
überfordert	3.67 (1.16)	2.94 (1.19)	2.68 (1.15)	2.63 (.77)	2.57 (.77)
besorgt	3.67 (1.16)	3.25 (1.06)	3.41 (.89)	3.43 (.94)	3.38 (.74)
bedrückt	3.67 (1.16)	2.76 (1.11)	2.93 (1.08)	2.80 (1.10)	2.33 (.80)
Durchschnittsmitt- el-wert	3.45 (1.13)	3.16 (1.13)	3.02 (1.06)	3.00 (1.00)	2.82 (.80)

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.

^a *M* = Mittelwerte der Skalenwerte, *SD* = Standardabweichung der Skalenwerte.

Tabelle 50 – 1 4: Durchschnittswerte und Standardabweichungen der Gefühlsvariablen in Abhängigkeit der beruflichen Position der TIn.

Variable	Deskriptive Kennwerte ^a							
	Berufliche Position							
	FK	INF	AS	ASF	AP	Aide senior	Erzieher	andere
<i>PA-Gefühle</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
froh	4.33 (.38)	3.72 (.73)	3.85 (.78)	4.22 (.94)	4.16 (.50)	4.00 (.00)	4.63 (.50)	4.57 (.79)
zufrieden	4.06 (.41)	3.47 (.67)	3.59 (.75)	3.89 (.70)	4.00 (.75)	4.00 (.00)	4.13 (.62)	4.29 (.76)
begeistert	3.95 (.60)	3.23 (.88)	3.26 (.97)	3.52 (.89)	3.42 (1.07)	4.00 (.00)	4.13 (.81)	4.14 (.90)
motiviert	4.61 (.56)	4.13 (.75)	3.67 (.96)	4.15 (.95)	4.16 (.69)	4.00 (.00)	4.38 (.81)	4.71 (.49)
stolz	3.50 (.87)	3.47 (.98)	3.33 (1.11)	3.63 (1.11)	3.53 (1.07)	4.00 (.00)	3.81 (.75)	3.86 (.90)
zuversichtlich	4.28 (.36)	3.25 (.95)	3.51 (1.17)	3.56 (.94)	3.42 (.96)	4.00 (.00)	4.06 (1.00)	4.43 (.98)
Durchschnitts- mittelwert	4.12 (.53)	3.55 (.83)	3.54 (.96)	3.83 (.92)	3.78 (.84)	4.00 (.00)	4.19 (.75)	4.33 (.80)
<i>NA-Gefühle</i>								
frustriert	2.58 (.76)	3.47 (.98)	3.18 (1.21)	2.88 (1.03)	3.21 (1.13)	3.00 (.00)	2.75 (1.07)	2.29 (.76)
erschöpft	2.42 (.77)	3.78 (.98)	3.77 (1.14)	3.52 (.94)	3.47 (1.02)	3.00 (.00)	3.00 (.82)	2.57 (.54)
verärgert	2.42 (.78)	3.28 (1.05)	3.15 (1.11)	2.93 (1.04)	3.11 (1.20)	3.00 (.00)	2.69 (.87)	1.71 (.49)
überfordert	2.14 (.61)	3.22 (1.01)	3.03 (1.20)	2.81 (.88)	2.74 (1.15)	3.00 (.00)	2.13 (.92)	2.57 (.54)
besorgt	3.08 (.72)	3.50 (.98)	3.16 (1.03)	3.70 (.87)	3.32 (.75)	4.00 (.00)	3.31 (.95)	3.14 (1.07)
bedrückt	2.14 (.61)	2.91 (1.06)	2.95 (1.19)	2.74 (1.10)	2.84 (1.07)	3.00 (.00)	2.63 (1.15)	2.43 (.54)
Durchschnitts- mittelwert	2.30 (.71)	3.36 (1.01)	3.21 (1.15)	3.10 (.98)	3.12 (1.05)	3.17 (.00)	2.75 (.96)	2.45 (.66)

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.

^a *M* = Mittelwerte der Faktorwerte, *SD* = Standardabweichung der Faktorwerte. FK = Führungskräfte, INF = Krankenpfleger, AS = Hilfspfleger, ASF = Aide socio-familiale, AP = Altenpfleger.

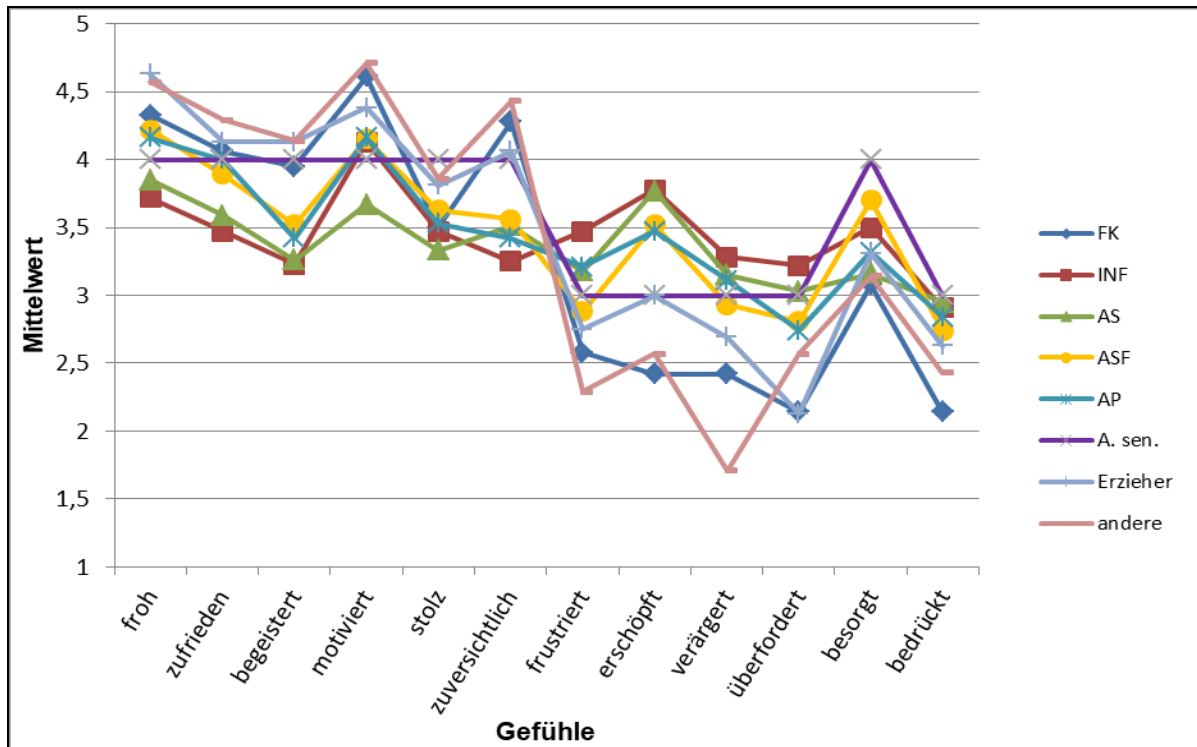


Abbildung 28 – I 1 : Ausprägung der unterschiedlichen PA und NA Gefühle der TIn in Verbindung mit ihrer beruflichen Position.

Table 51 - I 5: Durchschnittswerte und Standardabweichungen der Gefühlsvariablen in Abhängigkeit der Berufserfahrung der Tln.

Variable	Deskriptive Kennwerte ^a							
	Berufserfahrung							
	0-4 Jahre	5-9 Jahre	10-14 Jahre	15-19 Jahre	20-24 Jahre	25-29 Jahre	30-34 Jahre	>35 Jahre
<i>PA-Gefühle</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
froh	4.28 (.80)	4.05 (.78)	4.11 (.69)	4.00 (.89)	4.22 (.83)	3.73 (.79)	3.91 (.70)	4.25 (.71)
zufrieden	3.97 (.63)	3.81 (.70)	3.64 (.78)	3.81 (.87)	4.00 (1.00)	3.64 (.67)	3.64 (.51)	3.88 (.64)
begeistert	3.72 (.92)	3.57 (.87)	3.19 (1.00)	3.57 (1.12)	3.67 (1.00)	3.27 (1.01)	3.36 (.81)	3.88 (.64)
motiviert	4.07 (.92)	4.00 (.91)	3.93 (.98)	4.05 (.81)	4.44 (.73)	4.27 (.65)	4.36 (.67)	4.63 (.52)
stolz	3.72 (.96)	3.54 (.87)	3.36 (.99)	3.29 (1.15)	4.11 (.93)	3.00 (1.00)	3.55 (.82)	4.13 (.64)
zuversichtlich	3.83 (.85)	3.65 (1.03)	3.43 (1.14)	3.48 (1.21)	3.89 (1.05)	3.27 (.79)	3.45 (1.13)	4.25 (.71)
Durchschnitts- mittelwert	3.93 (.69)	3.77 (.86)	3.61 (.93)	3.70 (1.01)	4.06 (.92)	3.53 (.82)	3.71 (.77)	4.07 (.64)
<i>NA-Gefühle</i>								
frustriert	3.21 (1.18)	3.11 (1.12)	3.25 (1.08)	2.81 (.87)	3.11 (1.36)	2.73 (1.10)	3.09 (.82)	2.50 (.93)
erschöpft	3.59 (1.02)	3.54 (1.22)	3.54 (1.17)	3.19 (.93)	2.78 (1.20)	3.45 (.93)	3.55 (.82)	3.13 (.64)
verärgert	2.90 (1.05)	3.11 (1.13)	3.18 (1.06)	2.76 (.94)	2.56 (1.01)	2.64 (1.29)	3.27 (1.27)	2.75 (.71)
überfordert	3.14 (1.21)	2.70 (1.10)	2.86 (1.01)	2.90 (1.18)	2.22 (.83)	2.64 (.67)	3.00 (.89)	2.25 (.71)
besorgt	3.41 (1.05)	3.39 (.96)	3.14 (1.04)	3.48 (.75)	3.22 (.97)	3.73 (.79)	3.36 (.92)	3.13 (.84)
bedrückt	3.03 (1.21)	2.68 (1.08)	2.89 (.96)	2.81 (1.17)	2.67 (1.19)	2.27 (1.01)	2.82 (.98)	2.25 (.71)
Durchschnitts- mittelwert	3.21 (1.12)	3.09 (1.10)	3.14 (1.05)	2.99 (.97)	2.76 (1.09)	2.91 (.97)	3.18 (.95)	2.67 (.76)

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.

^a *M* = Mittelwerte der Skalenwerte, *SD* = Standardabweichung der Skalenwerte.

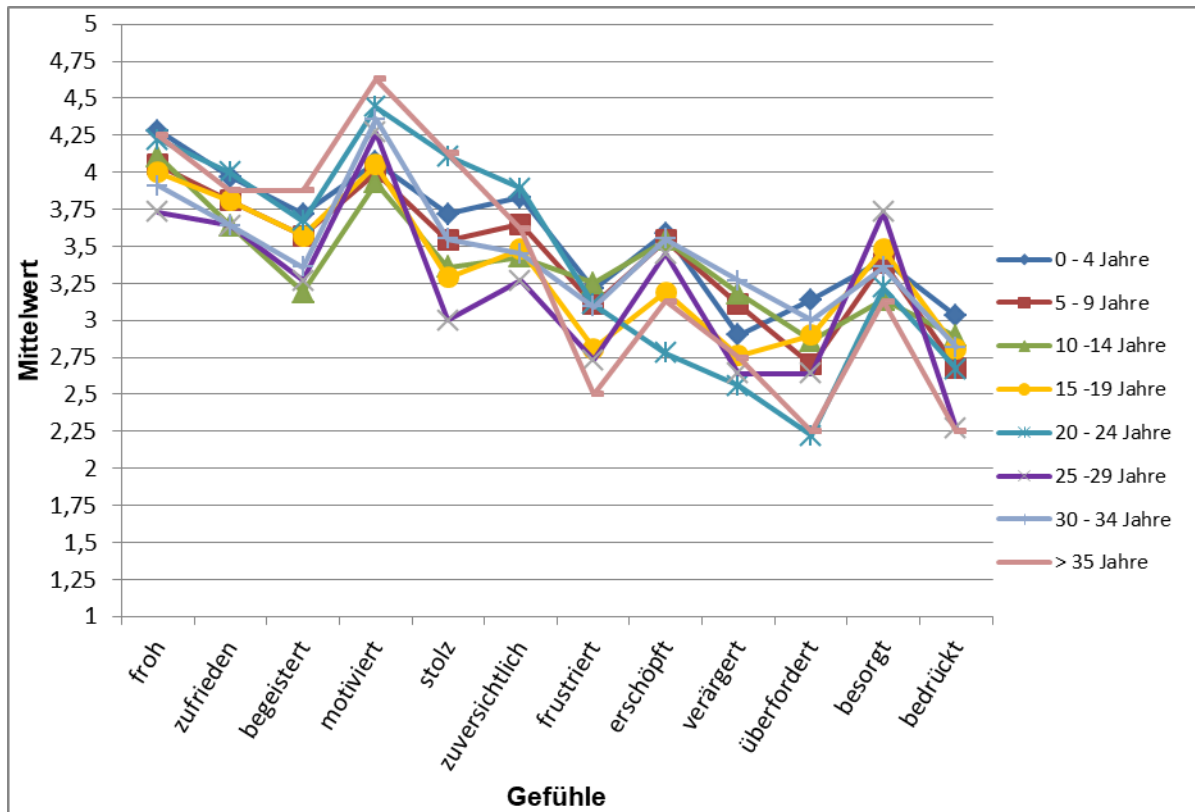


Abbildung 29 - I 2 : Ausprägung der unterschiedlichen PA und NA Gefühle der TIn in Abhängigkeit mit ihrer Berufserfahrung.

Tabelle 52 - I 6: Mittelwerte und Mittelwertvergleiche der Gefühlsvariablen der TIn in Abhängigkeit von ihrem Ausbildungsland.

Variable	Deskriptive Kennwerte ^a				Mittelwertvergleich ^b		
	Ausbildungsland: Luxemburg		Ausbildungsland: Ausland		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
<i>PA-Gefühle</i>							
froh	4.17	.89	3.99	.67	1.36	117.48	.176
zufrieden	3.80	.68	3.80	.68	.14	148	.884
begeistert	3.53	.93	3.50	.98	.19	148	.847
motiviert	4.03	.96	4.13	.77	-.71	148	.489
stolz	3.68	.93	3.42	1.01	1.65	148	.097
zuversichtlich	3.65	1.06	3.56	1.01	.54	148	.591
Durchschnittswert	3.81	.93	3.73	.83	.70	151	.486
<i>NA-Gefühle</i>							
frustriert	3.17	1.13	2.99	1.07	.99	148	.327
erschöpft	3.67	.97	3.25	1.13	2.39	148	.016
verärgert	3.05	1.03	2.89	1.10	.87	148	.383
überfordert	2.97	1.11	2.67	1.01	1.75	148	.086
besorgt	3.58	.84	3.19	.99	2.53	148	.011
bedrückt	2.91	1.12	2.67	1.02	1.38	148	.174
Durchschnittswert	3.23	1.03	2.94	1.05	2.09	149	.038

Anmerkung. Die Rating-Skala lautete: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.

^a *n* = Anzahl und Prozente der TIn im entsprechenden Cluster; *M* = Mittelwerte der Skalenwerte, *SD* = Standardabweichung der Skalenwerte; ^b *t* = *t*-Wert, *df* = Anzahl der Freiheitsgrade, *p* = Signifikanz.

